

LÂM SÀNG NHỒI MÁU NÃO DO XƠ VỮA MẠCH THUỘC HỆ THỐNG ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG

NGUYỄN CÔNG HOAN
Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nhồi máu não do xơ vữa thường gặp nhất trong các thể nhồi máu và hay tái phát nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. **Mục tiêu:** nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của nhồi máu do xơ vữa mạch thuộc hệ thống động mạch cảnh trong. 50 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não do xơ vữa mạch tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** triệu chứng lâm sàng thường gặp: liệt vận động (100%), bán manh bên đồng danh (70%), thất ngôn (64%), rối loạn cảm giác (60%), rối loạn ý thức (32%). Hẹp > 70% mạch cảnh: 76%, trong đó, hẹp khít (70-99%): 38%, tắc hoàn toàn: 38%. Hẹp vừa (50-69%): 24%. Vị trí hẹp tắc hay gặp: phân cảnh (43,1%).

Từ khoá: Nhồi máu não; Xơ vữa mạch; Động mạch cảnh trong

SUMMARY

Ischemic stroke due to atherosclerosis is the most common subtype and often recurrent in the first year after stroke if without early diagnosis and therapy. **Objective:** Describe clinical and neuroimaging of the ischemic stroke due to atherosclerosis. **Method:** We studied 50 patients with the diagnosis of ischemic stroke by atherosclerosis admitted to Neurology Department of Bach Mai. **Results and conclusions:** The most clinical manifestations are: contra lateral hemiplegia (100%), hemianopia (70%), aphasia (64%), sensory disorder (60%), unconscious (32%). Stenosis over 70% of carotid artery is 76% (Obstruction: 38%), moderate stenosis is 24%. Stenosis is often in the bifurcation (43,1%).

Keywords: Ischemic stroke; Atherosclerosis; Internal carotid artery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) luôn là một vấn đề thời sự của y học hiện đại vì mức độ thường gặp và hậu quả nặng nề để lại cho bệnh nhân, gia đình và xã hội (TCYTGG - 1990).

Hiện nay, TBMMN đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ gây tàn phế, nguyên nhân thứ hai dẫn tới sa sút trí tuệ sau bệnh Alzheimer, nguyên nhân thứ ba gây tử vong sau bệnh tim mạch và ung thư. Theo báo cáo của BONITA, tỷ lệ tử vong do tai biến mạch máu não chiếm từ 10 đến 12% tổng số tử vong nói chung ở các nước công nghiệp hóa.

TBMMN gồm nhồi máu não, chảy máu não và chảy máu màng não. Trong đó, nhồi máu não gặp với tỷ lệ xấp xỉ 80%.

Theo phân loại TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment) năm 1993, nhồi máu não được chia thành năm nhóm: nhồi máu não do tổn

thương xơ vữa mạch máu lớn của não, nhồi máu não do bệnh tim gây huyết khối, nhồi máu não do tổn thương động mạch nhỏ (nhồi máu ổ khuyết), nhồi máu não do nguyên nhân hiếm gặp và nhồi máu não do nguyên nhân chưa xác định. Trong đó, nhồi máu não do xơ vữa mạch là nguyên nhân thường gặp nhất.

Ngày nay, việc áp dụng ngày rộng rãi những phương pháp thăm dò mạch máu không can thiệp như siêu âm Doppler mạch máu trong và ngoài sọ, chụp CLVT mạch máu đa dãy, chụp cộng hưởng từ mạch với độ nhạy, độ an toàn cao, cho phép chẩn đoán khá chính xác những tổn thương mạch máu não.

Hơn nữa, việc chẩn đoán sớm và có chiến lược điều trị đúng đắn đóng vai trò quan trọng trong dự phòng tái phát nhồi máu não do xơ vữa mạch.

Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng nhồi máu não do xơ vữa mạch thuộc hệ thống động mạch cảnh trong" với mục tiêu sau: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não do xơ vữa mạch thuộc hệ thống động mạch cảnh trong.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não trong giai đoạn cấp (dưới một tháng), điều trị tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai.

Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu khi có đầy đủ các tiêu chuẩn sau đây

- Tiêu chuẩn lâm sàng:

+ Dựa vào định nghĩa về tai biến mạch máu não của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1989: "Tai biến mạch máu não là sự xuất hiện nhanh chóng trên lâm sàng các dấu hiệu rối loạn khu trú chức năng não kéo dài trên 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu".

+ Dựa vào tiêu chuẩn phân loại nhồi máu não do xơ vữa mạch TOAST 1993 [4]:

+ Biểu hiện thiếu sót thần kinh của vỏ não, dưới vỏ thuộc khu vực cấp máu của hệ thống động mạch cảnh (liệt vận động và thần kinh sọ não, khuyết thị trường, thất ngôn...)

+ Tiền sử thường có triệu chứng thiếu sót cục bộ não thoáng qua tái phát thuộc cùng khu vực chi phối của hệ thống mạch cảnh.

+ Khám lâm sàng có tiếng thổi hoặc mất đập động mạch cảnh.

- Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

+ Cắt lớp vi tính não và/hoặc cộng hưởng từ não có hình ảnh tổn thương dạng nhồi máu ở vỏ não, dưới vỏ có đường kính lớn hơn 1,5cm, thuộc khu vực cấp máu của động mạch cảnh bị hẹp tắc do mảng xơ vữa.

+ Siêu âm Duplex mạch, hình ảnh học động mạch não (chụp CHT mạch não và/hoặc chụp CLVT mạch máu đa dây và/hoặc chụp mạch mã số xóa nền) có hẹp đáng kể (trên 50%) động mạch cảnh đoạn trong sọ hoặc ngoài sọ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn trên.
- Có bệnh tim gây huyết khối, xác định qua thăm khám lâm sàng tim mạch, ghi điện tim và siêu âm tim qua thành ngực.
- Có các nguyên nhân khác gây nhồi máu não.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.2. Các dữ liệu cần thu thập

2.2.1. Một số đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp. Thời gian xảy ra tai biến mạch máu não đến khi nhập viện. Tiền sử bệnh tật: tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường, nghiện rượu, hút thuốc lá, cơn thiếu máu não thoáng qua, TBMMN cũ...

2.2.2. Các biểu hiện lâm sàng

- Các thiếu sót thần kinh: rối loạn ý thức, rối loạn vận động, hội chứng các dây thần kinh sọ, rối loạn cảm giác, rối loạn thị trường, rối loạn ngôn ngữ.....

- Xác định một số yếu tố nguy cơ mạch

2.2.3. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản được thực hiện tại khoa Huyết học và khoa Sinh hoá Bệnh viện Bạch Mai.

- Chụp CLVT và chụp CHT sọ não.

- Ghi điện tim, siêu âm tim qua thành ngực tại Viện Tim mạch Quốc gia

2.3. Xử lý số liệu.

Các kết quả được thống kê và xử lý bằng chương trình thống kê Y học SPSS 15.0, trong đó: tính số trung bình, so sánh tỷ lệ. Kiểm định khi bình phương (χ^2), test chính xác của Fisher khi so sánh nhiều tỷ lệ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Triệu chứng ở giai đoạn khởi phát (N=50)

Triệu chứng	Số bệnh nhân (N=50)	Tỷ lệ %
Rối loạn ý thức	15	30
Tê nửa người	30	60
Yếu nửa người	50	100
Rối loạn ngôn ngữ	32	64
Cơ giật kiểu động kinh	1	2

Yếu nửa người là triệu chứng gặp nhiều nhất (50/50 bệnh nhân). Rối loạn ngôn ngữ gặp với tỷ lệ 64%, tiếp đến là triệu chứng tê nửa người (60%). Rối loạn ý thức chiếm 30%, đặc biệt, chỉ có 1 bệnh nhân (2%) có cơn cơ giật kiểu động kinh lúc khởi phát bệnh.

Bảng 2. Thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến khi nhập viện

Thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 giờ	4	8
Từ 6 giờ đến 3 ngày	23	46
Từ 3 ngày đến 1 tuần	15	30
Trên 1 tuần	8	16
Tổng	50	100

Chỉ có 8% bệnh nhân nhập viện trong vòng 6 giờ tính từ thời điểm khởi phát bệnh. Đa số bệnh nhân nhập viện trong tuần đầu của bệnh (76%).

Bảng 3. Một số triệu chứng lâm sàng giai đoạn toàn phát

Triệu chứng		Số bệnh nhân (N=50)	Tỷ lệ %
Rối loạn ý thức	Glasgow > 12 điểm	32	64
	Glasgow 8-12 điểm	16	32
	Glasgow < 8 điểm	2	4
Liệt nửa người (Theo thang điểm Rankin)	Không hoàn toàn	2/5	2
		3/5	9
		4/5	25
	Hoàn toàn (5/5)	14	28
Rối loạn cảm giác		30	60
Bán manh		35	70
Thất ngôn	Thất ngôn Broca	14	64
	Thất ngôn Wernicke	6	
	Thất ngôn toàn bộ	12	
Mất đập/Tiếng thổi mạch cảnh		22	44

Liệt nửa người chiếm 100%, chủ yếu là liệt không hoàn toàn (72%). Dấu hiệu bán manh đồng danh cũng thường gặp (70%). Thất ngôn chiếm 64%, trong đó, 24% là thất ngôn toàn bộ. Rối loạn ý thức chiếm 36%, có 2/50 chiếm 4% hôn mê sâu. Mất đập hoặc có tiếng thổi động mạch cảnh chỉ thấy ở 22/50 bệnh nhân, chiếm 44%.

Bảng 4. Mức độ hồi phục (Theo thang điểm Glasgow Outcome Scale)

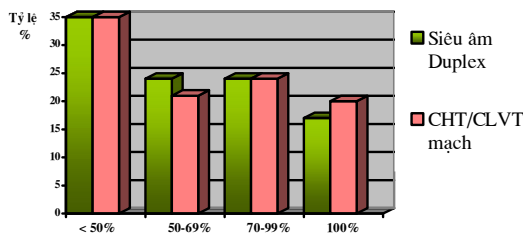
Mức độ hồi phục	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn / Di chứng nhẹ	9	18
Di chứng vừa	30	60
Di chứng nặng / Tử vong	11	22
Tổng	50	100

Chủ yếu là di chứng nhẹ và vừa: 78%. 22% bệnh nhân để lại di chứng nặng hoặc tử vong.

Bảng 5. Đặc điểm mảng xơ vữa trên siêu âm Duplex mạch (N=65)

Đặc điểm mảng xơ vữa		Số bệnh nhân (N=65)	Tỷ lệ (%)
Chiều dày	≤ 3mm	46	70,77
	>3 mm	19	29,23
Mật độ âm	Giảm âm	5	7,69
	Đồng âm	27	41,53
	Tăng âm	20	30,78
Bề mặt	Vôi hóa	13	20,00
	Đều, nhẵn	26	40,00
Không đều, loét		39	60,00

Thường gặp mảng xơ vữa với kích thước ≥ 3cm (70,77%). Mảng xơ vữa đồng âm hay gặp nhất (41,53%). Bề mặt không đều hoặc có loét gặp 60%.



Biểu đồ 1. So sánh mức độ hẹp mạch cảnh trên siêu âm Duplex và CHT/CLVT mạch máu

Mức độ hẹp tắc mạch trên siêu âm Duplex và CHT và/hoặc CLVT mạch não đa dây không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Vị trí và mức độ hẹp tắc do xơ vữa mạch trên CHT/CLVT mạch não (N=100 mạch cảnh của 50 bệnh nhân)

Vị trí	Mức độ hẹp						Tổng		
	50-69%		70-99%		100%		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Động mạch cảnh gốc	2	3,08	5	7,69	6	9,23	13	20,0	
Phình cảnh	8	12,3	10	13,89	10	13,89	28	43,08	
Động mạch cảnh trong	Trong sọ	6	9,23	6	9,23	3	4,61	24	36,92
	Ngoài sọ	5	7,69	3	4,61	1	1,56		
Tổng	21	32,31	24	36,92	20	30,77	65	100,0	

$p = 0,45$

Vị trí hẹp do mảng xơ vữa hay gặp nhất là chỗ chia đôi động mạch cảnh (43,08%). Hẹp động mạch cảnh trong chiếm 24/65 (37,92%), trong đó, 62,5% là hẹp đoạn trong sọ (15/24). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$) giữa vị trí hẹp/tắc mạch cảnh với mức độ hẹp mạch cảnh.

bàn luận

1. Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc nhập viện

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phần lớn bệnh nhân được vào viện trong tuần đầu của bệnh, chiếm tỷ lệ 84%. Tuy nhiên, chỉ có 4/50 (8%) bệnh nhân nhập viện trong vòng 6 giờ sau khi có triệu chứng đột quy não. Các bệnh nhân này đều ở nội thành Hà Nội nên có thể đến viện sớm ngay trong những giờ đầu của bệnh.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhóm bệnh nhân nhập viện trong vòng 3 ngày đầu chiếm 46%. Đây là khoảng thời gian đủ để các thiếu sót thần kinh xuất hiện và đạt mức độ tối đa. Bệnh nhân thường nhập bệnh viện Bạch Mai khi các triệu chứng lâm sàng đã rõ ràng, sau những giờ đầu, ngày đầu chưa nhập viện hoặc được theo dõi và điều trị tại y tế địa phương.

2. Triệu chứng thần kinh lúc khởi phát

Các dấu hiệu thần kinh ngay từ khi khởi phát bệnh đã xuất hiện với tỷ lệ cao. Trong đó, 50/50 bệnh nhân có biểu hiện thiếu sót vận động nửa người với nhiều mức độ, đa phần là yếu nhẹ, tiến triển nặng dần sau vài giờ, vài ngày. 60% bệnh nhân có rối loạn cảm

giác kiểu dị cảm, cảm giác kiến bò, giảm hoặc mất cảm giác nửa người cùng bên với yếu vận động. 64% bệnh nhân trong nghiên cứu này có biểu hiện thất ngôn. Rối loạn ý thức ở giai đoạn khởi phát gặp với tỷ lệ 30% trong nghiên cứu này. Tuy nhiên, không gặp bệnh nhân nào có rối loạn ý thức nặng, hôn mê ngay từ khi khởi phát bệnh. Theo SaifS. Rathore, thiếu sót vận động chỉ gặp ở 24% bệnh nhân nhồi máu não do xơ vữa mạch cảnh, trong đó, 75,5% là liệt không hoàn toàn ưu thế tay mặt. Rối loạn cảm giác cũng chỉ gặp với tỷ lệ 44,5%. Tác giả Barker WH thấy thiếu sót vận động ở giai đoạn khởi phát chiếm 20% bệnh nhân, trong đó, 78% là liệt không hoàn toàn. Theo Stermayr B, thiếu sót vận động giai đoạn khởi phát xuất hiện với tỷ lệ 48,9%, trong đó, 82% là liệt không hoàn toàn ưu thế tay mặt.

3. Triệu chứng lúc toàn phát

Ở giai đoạn toàn phát, các thiếu sót thần kinh đều đã xuất hiện rõ ràng, biểu hiện các rối loạn chức năng thần kinh quan trọng của não tương ứng với vị trí giải phẫu chức năng của mô não bị tổn thương. ý thức của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm Glasgow và chia thành ba nhóm. Nhóm không có rối loạn ý thức gồm những bệnh nhân có điểm Glasgow từ 12 điểm trở lên, nhóm này chiếm 64%. Nhóm thứ hai là nhóm rối loạn ý thức vừa gồm những bệnh nhân có điểm Glasgow từ 8 đến 12 điểm, nhóm này chiếm 32%. Nhóm thứ ba là nhóm rối loạn ý thức nặng gồm những bệnh nhân có điểm Glasgow dưới 8 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp 2 bệnh nhân, chiếm 4%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 50/50 bệnh nhân đều có liệt vận động, trong đó, 36/50 (72%) trường hợp liệt không hoàn toàn, 28% bệnh nhân mất hoàn toàn vận động nửa người. Mai Hữu Phước gặp tỷ lệ liệt nửa người là 93,88%, trong đó 53,02% liệt nửa người trái. Wen Yi Huang gặp bệnh nhân mất vận động nửa người ở bệnh nhân tắc động mạch cảnh trong chiếm tỷ lệ 25,97%. Theo thang điểm Rankin chúng tôi nhận thấy, chỉ có 22% bệnh nhân có điểm Rankin ≤ 3 , trong khi 78% bệnh nhân còn lại có điểm Rankin > 3 . Trong khi Verlatto F thấy các tỷ lệ này gần như tương đương (45,5% và 55,5%).

4. Mức độ hồi phục

Mức độ hồi phục của bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm ngày thứ 21 của bệnh, theo thang điểm diễn biến Glasgow (Glasgow Outcome Scale). Chúng tôi nhận thấy, đa số bệnh nhân có di chứng nhẹ và vừa, chiếm tỷ lệ 78%, di chứng nặng chiếm 22%, trong đó 10% nằm liệt giường do mất hoàn toàn vận động nửa người. 2/50 bệnh nhân (4%) xin ra viện trong tình trạng nguy kịch. Hai trường hợp này là do tắc hoàn toàn động mạch cảnh gốc ngay từ chỗ xuất phát gây nhồi máu toàn bộ bán cầu não cùng bên với tổn thương, gây hiệu ứng khối rất mạnh lên các cấu trúc đường giữa. Cả hai bệnh nhân này đều cao tuổi (trên 70 tuổi).

5. Đặc điểm tổn thương trên siêu âm Duplex mạch

Cấu trúc âm của mảng xơ vữa theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hay gặp nhất là cấu trúc đồng âm chiếm 41,54% (27/65), tăng âm chiếm 30,77% (20/65), mảng xơ vữa có vôi hóa chiếm 20% (13/65), giảm âm chiếm 7,79% (5/65). Hoàng Đức Kiệt và Nguyễn Hồng Hoa nghiên cứu 39 mảng xơ vữa trên siêu âm Duplex có kết luận tương tự.

6. Tổn thương nhồi máu não do xơ vữa mạch trên CHT/CLVT mạch não

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 50/50 (100%) bệnh nhân được siêu âm Duplex và chụp CHT mạch máu não, 10/50 (20%) bệnh nhân được chụp CLVT mạch máu não đa dãy. Vị trí gây hẹp tắc mạch hay gặp nhất là chỗ chia đôi động mạch cảnh chiếm tỷ lệ 43,07% (28/65). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước khác như Phạm Thăng, Nguyễn Hồng Hoa, Li R, Duncan B.B, Cormier J.M... Vị trí hẹp tắc mạch hay gặp thứ hai trong nghiên cứu của chúng tôi là động mạch cảnh trong chiếm 36,92% (24/65), trong đó 15/24 (62,5%) ở đoạn trong sọ. Theo Caplan và cộng sự, xơ vữa động mạch cảnh đoạn trong sọ thường gặp ở người châu á và châu Phi, trong khi hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ thường gặp trên người da trắng

Biến đổi tín hiệu của đa giác Willis thông qua thay đổi tín hiệu động mạch não giữa cùng bên hẹp mạch cảnh, chúng tôi nhận thấy, tín hiệu động mạch não giữa bình thường chiếm 62% (30/50), giảm tín hiệu chiếm 16% (8/50), mất tín hiệu chiếm 22% (11/50). Trong khi, có 47/50 chiếm 94% nhồi máu thuộc khu vực cấp máu của động mạch này, và tất cả trường hợp giảm hoặc mất tín hiệu đều thấy nhồi máu thuộc khu vực động mạch não giữa. Theo Szabo Kristina, tín hiệu não giữa bình thường chiếm 51,3%, mất tín hiệu trong 28,6% các trường hợp có hẹp mạch cảnh. Trong số tín hiệu não giữa bình thường, 13% có nhồi máu não.

KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: liệt vận động (100%), bán manh bên đồng danh (70%), thất ngôn

(64%), rối loạn cảm giác (60%), rối loạn ý thức (32%). Đa số để lại di chứng nhẹ hoặc vừa (78%).

Hẹp trên 70% mạch cảnh chiếm 76%, trong đó, hẹp khít (70-99%) chiếm 38%, tắc hoàn toàn chiếm 38%, hẹp vừa (50-69%) chiếm 24%. 62% hẹp/tắc mạch cảnh không thấy bất thường tín hiệu động mạch não giữa cùng bên.

Vị trí hẹp tắc hay gặp là chỗ chia đôi mạch cảnh (43,1%). Nhồi máu thuộc khu vực động mạch não giữa là chủ yếu (88%), trong đó, nhồi máu toàn bộ động mạch não giữa chiếm 36%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Ngọc Liên, Trần Đức Thọ, Hoàng kỷ (2000): Đối chiếu đặc điểm lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong tai biến mạch máu não ở người có tuổi, *Công trình NCKH Bệnh viện Bạch Mai 1999 - 2000*, 2, tr 193 - 203.
2. Nguyễn Hoàng Ngọc, Nguyễn Văn Thông (2004): Một số nhận xét lâm sàng của 48 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, *Tạp chí Y học Việt Nam số XI (8-2004)*, tr 29-35.
3. Mai Hữu Phước, Hoàng Khánh (2007): Nghiên cứu tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và chụp CLVT ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh giai đoạn cấp, *Luận án thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Huế*.
4. Bogousslavsky J, Van Melle G (1990): Alcohol consumption and carotid atherosclerosis in the Lausanne Stroke Registry, *Stroke* (21), pp 715-720.
5. Brott T (1994): Baseline silent cerebral infarction in the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study, *Stroke* (25), pp 1125-1129.
6. Caplan LR et al. (1986): Race, sex, and occlusive vascular disease, *Stroke*, 17, pp 648.
7. Demirovic J, Naabulsi A (1993): Alcohol consumption and ultrasonographically assessed carotid artery wall thickness and distensibility (for the ARIC Study Investigators), *Circulation* (88), pp 2787-2793.
8. Longstreth W.T (1998): Asymptomatic internal carotid artery stenosis defined by ultrasound and the risk of subsequent stroke in the elderly, *Stroke* (29), pp 2371 - 2376.