

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CT SỌ NÃO Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TÁI DIỄN

Dương Đình Phúc; Nguyễn Hồng Thanh***

TÓM TẮT

So sánh đặc điểm lâm sàng 52 bệnh nhân (BN) nhồi máu não (NMN) tái diễn (nhóm nghiên cứu) với 52 BN NMN lần đầu (nhóm chứng) thấy: bệnh chủ yếu xảy ra ở người cao tuổi (trung bình $67,33 \pm 10,48$) và nam giới (61,5%), không khác biệt so với nhóm chứng. Các dấu hiệu tiền triệu hay gặp ở nhóm nghiên cứu là chóng mặt (36,5%); đau đầu (30,8%); tê bì nửa người (21,2%); ít gặp rối loạn ngôn ngữ (11,5%), chưa khác biệt so với nhóm chứng. Tỷ lệ liệt nửa người, liệt dây VII trung ương, rối loạn ngôn ngữ và rối loạn cơ vòng ở nhóm nghiên cứu (100,0%; 92,3%; 44,2% và 42,3%) cao hơn nhóm chứng. Mức độ liệt ở nhóm nghiên cứu nặng hơn, nhưng tỷ lệ có phản xạ bệnh lý bó tháp (46,2%) và điểm Glasgow trung bình ($14,00 \pm 1,86$) không khác biệt so với nhóm chứng. Tỷ lệ có nhiều ổ tổn thương hơn (≥ 2) và kích thước lớn (21 - 40 mm) trên chụp cắt lớp vi tính (CT) ở nhóm nghiên cứu (84,6% và 19,2%) cao hơn so với nhóm NMN lần đầu. Vị trí tổn thương chủ yếu ở bao trong nhân xám (92,3%).

* Từ khóa: Đột quy não; Nhồi máu não tái diễn; Đặc điểm lâm sàng; Chụp cắt lớp vi tính.

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND CT IMAGES OF RECURRENT CEREBRAL INFARCTION

SUMMARY

Comparing data from 52 patients with recurrent cerebral infarction (RCI) with 52 patients with primary cerebral infarction (PCI) showed that the RCI mainly occurred in elderly (67.33 ± 10.48 years) and men (61.5%), similarity to the PCI group. Frequent warning signs were vertigo (36.5%), headache (30.8%), hemi-numbed (21.2%) and verbal disturbances (11.5%), those rates were significantly higher than that in the PCI group. The RCI group had more serious paralysis, but the rate of pathological reflex of pyramid cord (46.2% positive) and average of Glasgow score (14.00 ± 1.86) were not significantly different to the PCI group. The rates of multiple (2 or more) and large lesions (21 - 40 mm) in CT images in RCI group were 84.6% and 19.2%, higher than that in PCI group. The locations of infarction were mostly in putamen, caudate nucleus (92.3%).

* Key words: Stroke; Recurrent cerebral infarction; Clinical characteristics; CT images.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh khá phổ biến trên thế giới, có tỷ lệ tử vong cao và để lại nhiều hậu quả nặng nề. Ở các nước phát triển, tỷ lệ ĐQN là 150/100.000 dân [9]. ĐQN bao gồm đột quy thiếu máu (NMN) và đột quy

xuất huyết, trong đó NMN chiếm 68 - 70% các trường hợp được điều trị nội trú. Sau giai đoạn cấp, những BN sống sót đều có nguy cơ ĐQN tái phát, trong đó, NMN nguy cơ tái phát cao hơn. Đã có nhiều nghiên cứu

* Bệnh viện 354

** Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mạnh
PGS. TS. Nguyễn Minh Hiền

về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ĐQN, tuy nhiên, còn ít công trình nghiên cứu về ĐQN tái diễn nói chung và NMN tái diễn nói riêng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Tim hiểu và so sánh đặc điểm lâm sàng và CT NMN tái diễn với NMN lần đầu, làm cơ sở cho việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.*

**□□I T□□NG VÀ PH□□NG PH□P
NGHI□N C□U**

1. Đối tượng nghiên cứu.

104 BN NMN (được chụp CT), điều trị tại Khoa Đột quy não (A14), Bệnh viện 103. Chia BN làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu: 52 BN NMN tái diễn (đã được khám và điều trị NMN một hoặc nhiều lần ở các cơ sở y tế trước đó), nhóm chứng: 52 BN NMN lần đầu.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

BN đột quy (theo tiêu chuẩn của WHO: khởi phát đột ngột, có tổn thương thần kinh khu trú, tồn tại > 24 giờ hoặc tử vong, không có chấn thương), được chụp CT sọ. Chẩn đoán NMN dựa trên hình ảnh CT.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NMN tái diễn: BN đã được khám và điều trị NMN một hoặc nhiều lần ở các cơ sở y tế trước đó.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN đột quy chảy máu não hay không xác định được nguyên nhân, BN không được chụp CT sọ hay không hợp tác.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu có đối chứng; kết hợp hồi cứu và tiến cứu. BN NMN được khám bệnh, theo dõi theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Đánh giá mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm Glasgow, mức độ liệt theo thang điểm Henry G và CS (1984), mức độ tiến triển theo thang điểm NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale). Thực hiện CT tại Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện 103.

* *Xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.5.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 đến tháng 7 - 2010.

K□T QU□ NGHI□N C□U VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố tuổi, giới của BN NMN.

		(n = 52)		(n = 52)		
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	30 - 40	0	0	3	5,8	p > 0,05
	41 - 50	5	9,6	2	3,8	
	51 - 60	7	13,5	6	11,5	
	61 - 70	17	32,7	13	25,0	
	71 - 80	20	38,5	23	44,2	
	81 - 89	3	5,8	5	9,6	
	$\bar{X} \pm SD$	67,33 ± 10,48		68,12 ± 14,12		
Giới	Nam	32	61,5	33	63,5	p > 0,05
	Nữ	20	38,5	19	36,5	

Tuổi BN NMN từ 30 - 89, tuổi trung bình của nhóm NMN tái diễn ($67,33 \pm 10,48$ tuổi) không khác biệt so với nhóm NMN lần đầu ($68,12 \pm 14,12$ tuổi) ($p > 0,05$). Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt so với nghiên cứu về tuổi của Nguyễn Văn Đăng, Lương Văn Chất, Nguyễn Xuân Thân và nhiều tác giả khác [1, 3, 4].

Giới: NMN tái diễn hay gặp ở nam giới (61,5%), khác biệt so với nhóm NMN lần

đầu chưa có ý nghĩa thống kê. Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ NMN ở nam giới nhiều hơn so với nữ, có thể liên quan tới sự căng thẳng về thể chất và tinh thần, thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá... Kết quả này cho thấy phân bố tỷ lệ nam và nữ ở BN NMN tái diễn là 1,59/1,0, tương tự như nhận xét của Nguyễn Xuân Thân (2/1); Lương Văn Chất (2/1); Lê Văn Thịnh (1,6/1,0); Nguyễn Văn Đăng (1,33/1) [1, 3, 4, 6].

Bảng 2: Tỷ lệ gặp các dấu hiệu tiền triệu.

	(n = 52)		(n = 52)		
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Đau đầu	16	30,8	12	23,1	$p > 0,05$
Chóng mặt	19	36,5	20	38,5	$p > 0,05$
Tê bì nửa người	11	21,2	16	30,8	$p > 0,05$
Rối loạn ngôn ngữ	6	11,5	4	7,7	$p > 0,05$

Tỷ lệ các dấu hiệu tiền triệu ở nhóm NMN tái diễn không khác biệt so với nhóm NMN lần đầu ($p > 0,05$), tương tự kết quả của Nguyễn Ngọc Thiều: 26,1% cảm thấy choáng váng, 14,5% thấy chóng mặt thoáng qua và 8,7% có đau đầu nhẹ [5].

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng ở BN NMN.

	n = 52		(n = 52)			
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Liệt nửa người	52	100	46	88,5	$p < 0,05$	
Liệt dây VII TW cùng bên	48	92,3	40	76,9	$p < 0,05$	
Rối loạn ngôn ngữ	23	44,2	12	23,1	$p < 0,05$	
Rối loạn cơ vòng	22	42,3	10	19,2	$p < 0,01$	
Phản xạ bệnh lý bó tháp	24	46,2	20	38,5	$p > 0,05$	
Mức độ liệt	Không liệt	0	0	6	11,5	$p < 0,001$
	Độ I	1	1,9	9	17,3	
	Độ II	14	26,9	25	48,1	
	Độ III	20	38,5	6	11,5	
	Độ IV	11	21,2	5	9,6	
Độ V	6	11,5	1	1,9		
Điểm Glasgow ($\bar{X} \pm SD$)	14,00 \pm 1,86		14,35 \pm 1,50		$p > 0,05$	

Tỷ lệ liệt nửa người, liệt dây VII trung ương cùng bên liệt, rối loạn ngôn ngữ và rối loạn cơ vòng ở nhóm NMN tái diễn cao hơn so với nhóm NMN lần đầu ($p < 0,05$ hoặc $p < 0,01$), mức độ liệt ở nhóm nghiên cứu nặng hơn nhóm chứng ($p < 0,001$), tỷ lệ có phản xạ bệnh lý bó tháp và điểm Glasgow trung bình giữa 2 nhóm khác nhau chưa có ý nghĩa.

Tỷ lệ gặp liệt nửa người trong nhóm nghiên cứu rất cao, tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Thịnh (98,18%) [6]. BN NMN tái diễn có tỷ lệ liệt độ nặng (độ III, IV và V là 71,2%) cao hơn so với nhóm NMN lần đầu (23,0%), tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thiều (71,0%) [5].

Tỷ lệ BN liệt dây VII trung ương cùng bên liệt ở nhóm NMN tái diễn tương tự kết quả của Lê Văn Thịnh (96,36%) [6].

Tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ trong nhóm NMN tái diễn (44,2%) tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thiều (52,1%) [5].

Hầu hết BN khi vào viện có điểm Glasgow là 15 điểm (77,9%), 21,2% BN có điểm Glasgow từ 9 - 14 điểm. Mặc dù điểm Glasgow trung bình của nhóm NMN tái diễn ($14,00 \pm 1,86$ điểm) thấp hơn nhóm NMN lần đầu ($14,35 \pm 1,50$ điểm), nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$).

BN NMN tái diễn có tỷ lệ gặp tổn thương khu trú cao hơn (liệt nửa người, liệt dây VII, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cơ vòng) với mức độ liệt nặng hơn, nhưng mức độ rối loạn ý thức không nặng hơn so với nhóm NMN lần đầu.

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh chụp CT sọ não.

		(n = 52)		(n = 52)		
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Số ổ tổn thương	1 ổ	8	15,4	44	84,6	$p < 0,001$
	2 ổ	43	82,7	8	15,4	
	3 ổ	1	1,9	0	0	
Kích thước	Dấu hiệu sớm	0	0	1	1,9	$p < 0,01$
	≤ 20 mm	34	65,4	37	71,2	
	21 - 40 mm	10	19,2	1	1,9	
	Dạng lỗ khuyết	8	15,4	13	25,0	
Vị trí tổn thương	Bao trong nhân xám	48	92,3	31	59,6	$p < 0,001$
	Thùy đỉnh	5	9,6	2	3,8	$p > 0,05$
	Thùy chẩm	6	11,5	2	3,8	$p > 0,05$
	Thái dương	2	3,8	3	5,8	$p > 0,05$
	Thùy trán	9	17,3	8	15,4	$p > 0,05$
	Tiểu não	1	1,9	1	1,9	$p > 0,05$
	Cầu não	0	0	1	1,9	$p > 0,05$
	Cạnh não thất	0	0	1	1,9	$p > 0,05$

Tỷ lệ BN có nhiều ổ tổn thương (≥ 2) trên CT ở nhóm nghiên cứu (84,6%) cao hơn so với nhóm chứng (15,4%) ($p < 0,001$), tỷ lệ BN có ổ tổn thương kích thước lớn (21 - 40 mm) ở nhóm NMN tái diễn (19,2%) cao hơn so với nhóm NMN lần đầu (1,9%) ($p < 0,01$). Tỷ lệ tổn thương ở bao trong nhân xám ở nhóm NMN tái diễn (92,3%) cao hơn so với nhóm NMN lần đầu ($p < 0,001$), sự khác biệt về tổn thương ở các vị trí khác chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Chụp CL sọ não là một xét nghiệm không xâm lấn, có giá trị trong chẩn đoán NMN. Ngoài đặc điểm tổn thương của NMN tái diễn là ổ tổn thương, có tính chất cũ và mới, trong nghiên cứu này chúng tôi phân tích sâu thêm những đặc điểm khác của CL sọ não ở BN NMN tái diễn.

Tỷ lệ BN có nhiều ổ thương trên hình ảnh CT sọ não ở nhóm NMN tái diễn cao hơn so với nhóm NMN lần đầu. Tỷ lệ BN NMN tái diễn có 2 ổ tổn thương trên CT sọ não (82,7%) cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thế Duy: 20% trường hợp tổn thương > 2 ổ, có lẽ do tác giả không phân biệt NMN tái diễn và NMN lần đầu [2]. Tỷ lệ BN có ổ tổn thương kích thước lớn ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, BN NMN tái diễn thường có kích thước tổn thương diện vừa, gây phù não và đè ép các cấu trúc lân cận.

Tỷ lệ tổn thương ở bao trong nhân xám của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm NMN lần đầu, cao hơn so với kết quả của Phạm Thanh Thủy: 81,2% [7]. Tỷ lệ tổn thương ở các vị trí khác không khác biệt

giữa 2 nhóm và cũng không khác biệt so với một số nghiên cứu.

Bảng 5: Đánh giá mức độ tiến triển theo thang điểm NIHSS.

	(n = 52)		(n = 52)		
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tàn tật hoặc tử vong (NIHSS ≥ 16)	8	15,4	2	3,8	$p < 0,05$
Phục hồi (NIHSS < 16)	44	84,6	50	96,2	

Tỷ lệ BN tiên lượng tàn tật hoặc tử vong (NIHSS ≥ 16 điểm) ở nhóm nghiên cứu (15,4%) cao hơn so với nhóm chứng (3,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tương ứng với tổn thương nhiều và nặng hơn trên lâm sàng, nhiều ổ tổn thương với kích thước lớn hơn trên chụp CT sọ não, BN NMN tái diễn có tiến triển nặng hơn so với BN NMN lần đầu. Những BN này cũng có nguy cơ tái diễn nhiều hơn, điều này đã được Kang D. W và CS khẳng định: NMN não đa ổ là yếu tố nguy cơ của đột quỵ NMN tái diễn [8]. Đáng chú ý, NMN có nguy cơ tái phát cao hơn so với chảy máu não. Nghiên cứu của Zia E và CS (2008) cho thấy: tỷ lệ tái phát sau ĐQN là 5,1/100 người/năm, trong đó 2,3 do chảy máu não và 2,8 do NMN [10].

KẾT LUẬN

Qua so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 52 BN NMN tái diễn với 52 BN NMN lần đầu, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Tuổi trung bình của nhóm NMN tái diễn $67,33 \pm 10,48$, chủ yếu gặp ở nam giới

(61,5%), không khác biệt so với nhóm NMN lần đầu.

- Các dấu hiệu tiền triệu hay gặp ở nhóm NMN tái diễn là đau đầu; chóng mặt; tê bì nửa người; gặp ít hơn là rối loạn ngôn ngữ, tỷ lệ gặp các dấu hiệu này không khác biệt so với nhóm NMN lần đầu.

- Các triệu chứng liệt nửa người, liệt dây VII trung ương, rối loạn ngôn ngữ và rối loạn cơ vòng ở nhóm NMN tái diễn cao hơn so với nhóm NMN lần đầu. Mức độ liệt ở BN NMN tái diễn cũng nặng hơn ở BN NMN lần đầu, nhưng tỷ lệ có phản xạ bệnh lý bó tháp và điểm Glasgow trung bình không khác biệt so với nhóm NMN lần đầu.

- Chụp CT sọ não thấy: tỷ lệ BN có nhiều ổ tổn thương (≥ 2) và kích thước lớn (21 - 40 mm) ở nhóm NMN tái diễn cao hơn so với nhóm NMN lần đầu. Vị trí tổn thương chủ yếu ở bao trong nhân xám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Lương Văn Chất*. Góp phần nghiên cứu chẩn đoán NMN hệ động mạch cảnh trong giai đoạn cấp tính. Luận án Phó Tiến sỹ Khoa học Y Dược. Học viện Quân y. Hà Nội. 1991.

2. *Nguyễn Thế Duy*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của NMN và giảm đậm ở bán cầu đại não. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. Hà Nội. 2002.

3. *Nguyễn Văn Đăng*. Tai biến mạch máu não. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2000, tr.76-121.

4. *Nguyễn Xuân Thân*. Tai biến mạch máu não. Bệnh học Thần kinh. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân. 2001, tr.34-48.

5. *Nguyễn Ngọc Thiều*. Nghiên cứu tác dụng thuốc luotai trên lâm sàng và một số chỉ số đông cầm máu ở BN NMN giai đoạn cấp. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2007.

6. *Lê Văn Thịnh*. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của NMN ổ khuyết. Y học thực hành. 2002, số 12, tr.35-36.

7. *Phạm Thanh Thủy*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng ngưng tập tiểu cầu ở BN NMN giai đoạn cấp. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2007.

8. *Kang D. W, Yoo S. H, Chun S, et al*. Inflammatory and hemostatic biomarkers associated with early recurrent ischemic lesions in acute ischemic stroke. Stroke. 2009, 40 (5), pp.1653-1658.

9. *Mattle H. P, Hennerici M, Sztajzel R*. Pathophysiology, etiology and diagnosis of stroke. Ther Umsch. 2003, 60 (9), pp.499-507.

10. *Zia E, Engstrom G, Svensson PJ, Norrving B, et al*. Three-year survival and stroke recurrence rates in patients with primary intracerebral hemorrhage. Stroke. 2009, 40, pp.3567-3573.

Ngày nhận bài: 22/5/2012

Ngày giao phản biện: 26/7/2012

Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012

