

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

TRẦN VŨ ANH, HOÀNG ANH TUẤN,
VŨ XUÂN NGHĨA, TRẦN QUANG TRUNG
Học viện Quân y

TÓM TẮT

Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CT-Scanner với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ĐQN. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: có HCCH và không có HCCH. Kết quả cho thấy, kích thước ổ NMN có tương quan chặt chẽ nghịch với thang điểm Glasgow ở nhóm có HCCH ($n=39$), hệ số tương quan $r = -0,777$. Trong khi đó, đặc điểm hình ảnh tổn thương ở bệnh nhân nhóm HCCH có liệt nửa người và tổn thương dây thần kinh ($n=18$) khác biệt so với nhóm không có HCCH ($n=14$) với $p < 0,05$. Ngược lại, đặc điểm hình ảnh tổn thương ở nhóm bệnh nhân HCCH có tiền sử thiếu máu thoáng qua ($n=32$) không có sự khác biệt với nhóm bệnh nhân không có HCCH ($n=9$) với $p > 0,05$.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, ĐQN, HCCH

SUMMARY

Study the relationship between characteristics of lesions on CT-Scanner with clinical characteristics of DQN patients. Patients were divided into 2 groups: with and without metabolic syndrome metabolic syndrome. Results showed that the NMN size is inversely correlated with the scale Glasgow in metabolic syndrome group ($n=39$), coefficient correlation $r=-0.777$. Meanwhile, the characteristic lesions in patients with hemiplegia metabolic syndrome and nerve injury ($n=18$) compared with group differences without metabolic syndrome ($n=14$) with $p < 0.05$. In contrast, lesions characteristic in metabolic syndrome patients with a history of transient ischemic ($n=32$) did not differ for patients without metabolic syndrome ($n=9$) with $p > 0.05$.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) xảy ra ở mọi lứa tuổi và giới tính, tuy nhiên đột quy tăng theo tuổi, đối với mỗi thập niên sau 55 tuổi, nguy cơ đột quy tăng gấp hai lần (Sykora, Wilson et al. 2013). Yếu tố nguy cơ của đột quy bao gồm tăng huyết áp (60-75%) (Pires, Dams

Ramos et al. 2013), vữa xơ động mạch (35%) (Li, Yin et al. 2013), bệnh lý van tim (12-15%), đái tháo đường (15-25%), rối loạn lipid máu (40-57%), nghiện thuốc lá (30-35%), nghiện rượu (25-30%), béo phì, thiếu máu não thoáng qua (15%)... (Shao and Bayraktutan 2013). Tỷ lệ tử vong do đột quy đứng thứ hai (9%) sau ung thư trên toàn thế giới, đứng thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch ở Mỹ. Tỷ lệ tử vong do đột quy não ở Việt Nam chiếm 10-12% so với tổng số tử vong nói chung. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương trên CT-Scanner với đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân ĐQN có hội chứng chuyển hóa (HCCH).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ĐQN tại Bệnh viện 103-Học Viện Quân Y và Bệnh Viện Quân y 17-Quân khu V theo tiêu chuẩn WHO

* **Tiêu chuẩn lâm sàng:**

- Khởi phát đột ngột, nhanh chóng đạt mức tối đa.
- Có triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ.

* **Có dấu hiệu tổn thương trên CLVT:** có hình ảnh ổ giảm tỷ trọng hoặc tăng tỷ trọng ở trong sọ phù hợp với vùng tổ chức não được cấp máu của các ĐM não.

Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: Nhóm có HCCH bệnh nhân, nhóm không có HCCH.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu và hồi cứu có mô tả.

Hình ảnh chẩn đoán được thực hiện bằng máy chụp CLVT Brivo 325 của hãng GE Hoa Kỳ, có chương trình xoắn ốc, được đặt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện 103. Máy chụp CLVT Philips của Hà Lan tại khoa Chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viện 17-Quân khu V.

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa kích thước ổ NMN với phân độ thang điểm GCS ở bệnh nhân ĐQN có HCCH

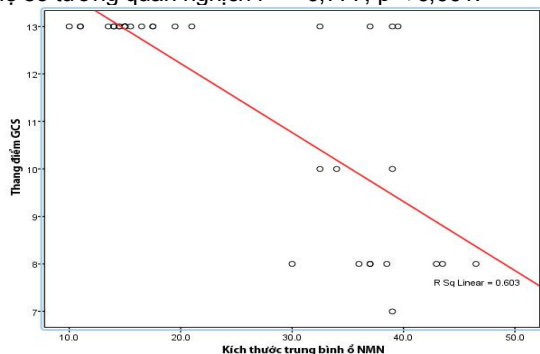
Đánh giá trên 39 bệnh nhân NMN có HCCH khi vào viện với phân độ thang điểm GCS

Bảng1. Mối liên quan kích thước ổ NMN với phân độ thang điểm GCS ở bệnh nhân NMN có HCCH

Nhóm Kích thước ổ NMN	GCS ≤ 8 (n = 9)	GCS > 8 (n = 30)
ổ NMN < 30 mm	1 (11,1)	23 (85,2)
ổ NMN ≥ 30 mm	8 (88,9)	4 (14,8)
OR (95%, CI), p	46,0 (4,5-474,9), p < 0,001	

Kết quả cho thấy, tỉ lệ có ổ NMN ≥ 30 mm ở nhóm có thang điểm GCS ≤ 8 điểm chiếm 88,9% cao hơn so với nhóm có thang điểm GCS > 8 điểm là 14,9% với p < 0,001.

Khi so sánh mối tương quan cho thấy, tỉ lệ này có mối tương quan nghịch chặt chẽ giữa kích thước trung bình ổ NMN với thang điểm Glasgow lúc nhập viện với hệ số tương quan nghịch r = - 0,777; p < 0,001.



Hình1: Mối tương quan giữa kích thước trung bình ổ NMN với thang điểm GCS ở bệnh nhân có HCCH

Mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương với đặc điểm lâm sàng liệt nửa người, liệt dây thần kinh.

Để làm rõ mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương và đặc điểm lâm sàng liệt nửa người, liệt dây thần kinh, chúng tôi phân tích trên 18 bệnh nhân ĐQN có HCCH và 14 bệnh nhân ĐQN không có HCCH, kết quả trong bảng 2.

Bảng2. Kích thước ổ NMN ở bệnh nhân NMN có HCCH và không có HCCH liệt nửa người có kèm theo liệt dây thần kinh.

Chỉ tiêu	Nhóm Có HCCH (n=18)	Nhóm Không HCCH (n=14)	p
Kích thước dọc (mm)	25,9±10,5	18,6±8,6	<0,05
Kích thước ngang(mm)	31,5±14,9	21,9±11,9	<0,05
Kích thước trung bình (mm)	28,7±12,6	20,3±10,1	<0,05

Bảng kết quả cho thấy, ở nhóm NMN có HCCH bị liệt nửa người có kèm theo liệt dây thần kinh thì kích thước ổ NMN ngang, dọc và trung bình cao hơn so với nhóm không có HCCH có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Hơn nữa, khi đánh giá mối liên quan giữa phân độ kích thước ổ NMN có liệt nửa người và liệt dây thần

kinh trên nhóm có HCCH và không có HCCH, kết quả cho trong bảng 3.

Bảng3. Mối liên quan phân độ kích thước ổ NMN ở bệnh nhân NMN có HCCH và nhóm không có HCCH kèm theo liệt nửa người và liệt dây thần kinh

Nhóm Số lượng ổ NMN	Có HCCH (n = 18)	Không có HCCH (n = 14)
< 30 mm, n (%)	10 (55,6)	11 (78,6)
≥ 30 mm, n (%)	8 (44,4)	3 (21,4)
OR (95%, CI), p	4,6 (1,0-22,2), p < 0,05	

Kết quả cho thấy, ở nhóm NMN có HCCH liệt nửa người kèm theo liệt dây thần kinh có kích thước ổ NMN ≥ 30 mm (44,4%) cao hơn so với nhóm không có HCCH (21,4) với tỉ suất chênh OR (95%, CI) = 4,6 (1,0-22,2) có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Mối liên quan giữa hình ảnh và đặc điểm lâm sàng có tiền sử có cơn thiếu máu thoáng qua

Mối liên quan hơn nữa của hình ảnh tổn thương với đặc điểm lâm sàng còn được đánh giá ở nhóm bệnh nhân tiền sử có cơn thiếu máu thoáng qua, kết quả thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Mối liên quan phân độ kích thước ổ NMN ≥ 30 mm ở nhóm NMN có HCCH và nhóm không có HCCH với tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua

Nhóm Số lượng ổ NMN	Có HCCH (n = 32)	Không có HCCH (n = 14)
< 30 mm, n (%)	20 (62,5)	7 (77,8)
≥ 30 mm, n (%)	12 (37,5)	2 (22,2)
OR (95%, CI), p	2,1 (0,4-11,8), p > 0,05	

Kết quả cho thấy, ở nhóm NMN có HCCH với tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua có kích thước ổ NMN ≥ 30 mm (37,5%) cao hơn so với nhóm không có HCCH (22,2) với tỉ suất chênh OR (95%, CI) = 2,1 (0,4-11,8). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy, có mối tương quan khăng khít nghịch giữa kích thước ổ và phân độ thang điểm GCS. Hơn nữa, hình ảnh tổn thương trên bệnh nhân ĐQN có HCCH khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 so với nhóm không có HCCH ở bệnh nhân liệt nửa người, liệt dây thần kinh. Trong khi đó, không có sự khác biệt giữa hai nhóm trên đặc điểm lâm sàng có tiền sử thiếu máu thoáng qua. Kết quả này có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh nhân đột quỵ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Li, L., et al. (2013). "Anaplastic astrocytoma masquerading as hemorrhagic stroke." J Clin Neurosci.
- Pires, P. W., et al. (2013). "The Effects of Hypertension on the Cerebral Circulation." Am J Physiol Heart Circ Physiol.
- Shao, B. and U. Bayraktutan (2013). "Hyperglycaemia promotes cerebral barrier dysfunction through activation of protein kinase C-beta." Diabetes Obes Metab.
- Sykora, P., et al. (2013). "Base Excision Repair in the Mammalian Brain: Implication for Age related Neurodegeneration." Mech Ageing Dev.