

nhiên, nghiên cứu của Nicolai Petry và cộng sự^[5] cho thấy SDD thấp còi, nhẹ cân làm tăng nguy cơ TMTS, trong khi gầy còm không có sự liên quan. Trẻ thấp còi tăng 17% nguy cơ TMTS. Trẻ SDD thiếu các vi chất và đại chất dinh dưỡng, do đó làm tăng nguy cơ TMTS. Có sự khác biệt này là do mẫu của chúng tôi nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn, cần thực hiện thêm các nghiên cứu với mẫu lớn hơn để xác định mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thiếu máu ở trẻ suy dinh dưỡng cao, đặc biệt là thiếu máu thiếu sắt. Cần tăng cường công tác phòng chống SDD, TMTS, nâng cao kiến thức, thực hành bữa ăn dinh dưỡng cho trẻ, tích cực thực hiện xổ giun định kỳ mỗi 6 tháng, kịp thời điều trị các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính nhằm làm giảm tỉ lệ TMTS ở trẻ SDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Kim Diệp, Phạm Trung Kiên (2010), Thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân dưới 5 tuổi tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học thực hành, **708**, 5-8.
2. Nguyễn Thị Thu Hà (2017), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em

dưới 5 tuổi tại Bệnh viện ĐK tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

3. Rìn Keo, Phạm Duy Tường, và cs (2005), Tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu dinh dưỡng ở trẻ dưới 24 tháng tuổi tại 4 xã quận ĐôngKor, Phnôm Pênh, Cam pu chia, Tạp chí nghiên cứu y học, **36(3)**, 71-76.
4. Trần Thị Lan (2013), Hiệu quả của bổ sung đa vi chất dinh dưỡng và tẩy giun ở trẻ em 12-36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi người dân tộc Vân Kiều và Pakoh huyện Dakrông, tỉnh Quảng Trị, Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội.
5. Petry N., Jallow B., et al. (2019), Micronutrient Deficiencies, Nutritional Status and the Determinants of Anemia in Children 0-59 Months of Age and Non-Pregnant Women of Reproductive Age in The Gambia, *Nutrients*, **11**(10).
6. Thorne C. J., Roberts L. M., et al. (2013), Anaemia and malnutrition in children aged 0-59 months on the Bijagos Archipelago, Guinea-Bissau, West Africa: a cross-sectional, population-based study, *Paediatr Int Child Health*, **33**(3), 151-60.
7. Viện dinh dưỡng (2019), Cách phân loại và đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào Z-Score.
8. Nguyễn Anh Vũ (2017), Hiệu quả bổ sung thực phẩm sẵn có đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi trẻ 12-23 tháng tuổi huyện Tiên Lữ - tỉnh Hưng Yên, Luận án Tiến sĩ Dinh Dưỡng, Viện Dinh Dưỡng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐƯỢC TÁI THÔNG TRONG 6 GIỜ ĐẦU

Nguyễn Quang Ân*, Nguyễn Huy Ngọc*, Nguyễn Minh Hiên**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phát hiện triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh của ĐQNMN sớm, xác định diễn biến của bệnh rất quan trọng cho quyết định điều trị bệnh, trong đó khoảng thời gian 6 giờ đầu vô cùng quan trọng và có ý nghĩa sống còn đối với BN ĐQNMN cấp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân nhồi máu não đã tái thông trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả được thực hiện trên 114 BN đột quy TMN cấp tại Trung tâm Đột quy Bệnh viện 108, từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp là: Liệt nửa người 96,5%, rối loạn ngôn ngữ 97,4% và méo miệng 92,1%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%. Điểm NIHSS trung bình của bệnh nhân là 16,89 ± 7,14 điểm. Trên hình ảnh CLVT

gặp 54,8% bệnh nhân có giảm tỷ trọng dưới vỏ, tổn thương mạch máu lớn chiếm 98,2%. Điểm ASPECT trung bình 8,30 ± 1,52. Hầu hết bệnh nhân có điểm ASPECT > 6 điểm. Vị trí tắc mạch: Chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt. **Kết luận:** Việc nắm vững đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đột quy nhồi máu não trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát sẽ giúp cứu sống và hy vọng để lại ít di chứng nhất đang là mục tiêu hướng đến với tỷ lệ bệnh nhân hồi phục cao nhất.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, đột quy, nhồi máu não.

SUMMARY

CLINICAL AND CTScan OF PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE WITHIN 6 FIRST HOURS

Background: Early determination of clinical features and imagines of patients with cerebral infarction stroke as well as their development are important for treatment's decision, specially in the 6 first hours. These are means for patients with acute occurrence of stroke. **Objective:** The aim of this study is characterization of clinical and paraclinical

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú thọ

**Bệnh viện quân đội 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân

Email: Longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

features of patients with cerebral infarction stroke from its happening. **Methods:** The study has designed as a cohort study which carried out on 114 acute stroke patients at the Center of Stroke of 108 Military Central Hospital from June, 2016 to July, 2017. **Results:** The common clinical symptoms were hemiplegia (96,5%), language disorder (97,4%) and distorted mouth (92,1%), respectively, which were the reasons for hospital admissions. 74,6% of patients was changed from delirium/lethargy to coma in the level of consciousness. The average NIHSS score was $16,89 \pm 7,14$. The CT Images showed 54,8% of patients with the cortex decrease of thickness. The average ASPECT score was $8,30 \pm 1,52$. The ASPECT score of most patients was over 6 (point). The proportion of blood vessels were blocked at middle cerebral artery and lenticulostriate arteries, 53,5% and 35,1%, respectively. The major number of patients having the average collateral circulation was 71,6%, while there was only 23,5% patients having good collateral circulation. **Conclusion:** Knowing clinical and subclinical characteristics of hemorrhagic stroke patients within 6 first hours from happens will rescue patients from death and possibly reducing their sequelae.

Keywords: Clinical, paraclinical, subclinical, stroke, hemorrhagic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cũng như hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não trong giai đoạn sớm có ý nghĩa then chốt cho việc chẩn đoán và quyết định điều trị BN ĐQ não cấp. Đối với chuyên ngành ĐQ, việc chạy đua với thời gian để cứu sống và hy vọng để lại ít di chứng nhất đang là mục tiêu hướng đến với tỷ lệ BN hồi phục cao nhất. Để làm được việc đó, bước đầu trong cả quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phục hồi cho BN ĐQ não cấp là phát hiện triệu chứng lâm sàng và hình ảnh của ĐQ NMN sớm, xác định diễn biến của bệnh rất quan trọng cho quyết định điều trị bệnh, trong đó khoảng thời gian 6 giờ đầu vô cùng quan trọng và có ý nghĩa sống còn đối với BN ĐQ NMN cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não đã tái thông trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ tháng 06/2016 đến tháng 07/2017, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108. Các BN này đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ sau.

Tiêu chuẩn chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐQ TMN cấp trong 6 giờ đầu kể từ khi khởi phát. Dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐQ TMN cấp năm 2015 của Hội đột quỵ/Hội tim mạch Mỹ: Lâm sàng: đột ngột méo miệng, đột

ngột yếu nửa người, đột ngột nói ngọng, dấu hiệu mất đầu; Chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang loại trừ chảy máu não; Phân loại đối tượng BN có tắc nhánh lớn (Các động mạch nhánh lớn được lựa chọn bao gồm: động mạch cảnh trong, động mạch não giữa (đoạn M1, M2), động mạch não trước (đoạn A1), động mạch não sau (đoạn P1), động mạch thân nền, động mạch đốt ống), hoặc tổn thương nhánh nhỏ (TMN cấp ổ khuyết). Phân loại NMN do hệ tuần hoàn não trước, hoặc não sau; Nếu BN có đột quỵ trước đó, điểm mRS từ 0-1; Tuổi BN ≥ 18 ; Thời gian dưới 6 giờ kể từ khi khởi phát đối với ĐQ NMN cấp; Được sự chấp thuận của người thân BN, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có NMN chảy máu, điểm mRS ≥ 2 ; Có hình ảnh u não, sán não trên chụp CLVT.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, phân tích mối liên quan.

Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trên 114 BN đột quỵ TMN cấp tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện 108, nhằm xác định đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não đến viện trước 6 giờ; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản; Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính; Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của các nhóm BN NMN thường gặp.

Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

Bảng 1. Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng khởi phát	Số bệnh nhân (n=114)	Tỷ lệ (%)
Tê nửa người	20	17,5
Liệt nửa người	110	96,5
Méo miệng	105	92,1
Đau đầu	31	27,2
Chóng mặt	15	13,2
Nói khó	111	97,4
Nôn, buồn nôn	10	8,8
Cơ co giật	1	0,9

Bảng 2. Điểm Glasgow khi nhập viện

Nhóm Điểm Glasgow	Số bệnh nhân (n = 114)	Tỷ lệ (%)
15 (n,%)	29	25,4
9-14 (n,%)	71	62,3
6-8 (n,%)	12	10,5
3-5 (n,%)	2	1,8
Điểm Glasgow trung bình: $11,98 \pm 2,65$		

Bảng 3. Phân loại sức cơ khi nhập viện

Sức cơ-MRC	Nhóm	Sức cơ tay n = 114(%)	Sức cơ chân n = 114(%)
0		66 (57,9)	61 (53,5)
1		16 (14,0)	19 (16,7)
2		8 (7,0)	10 (8,8)
3		20 (17,5)	19 (16,7)
4		2 (1,8)	2 (2,6)
5		2 (1,8)	2 (1,8)

Bảng 4. Điểm NIHSS khi nhập viện

Nhóm Điểm NIHSS	Số bệnh nhân (n = 114)	Tỷ lệ (%)
≤ 5	9	7,9
6 – 15	38	33,3
16 – 20	30	26,3
21 – 42	37	32,5
Trung bình	16,89 ± 7,14	
Thấp nhất	2	
Cao nhất	42	

Bảng 5. Đặc điểm huyết áp khi nhập viện

Huyết áp	Nhóm	Số bệnh nhân (n = 114)
Tâm thu (mmHg)	Trung bình	140,61 ± 25,58
	Thấp nhất	85
	Cao nhất	217
Tâm trương (mmHg)	Trung bình	81,80 ± 14,10
	Thấp nhất	48
	Cao nhất	140
Nhóm HA tâm thu (mmHg)	< 90	1 (0,9)
	90 – 139	59 (51,8)
	140 – 184	49 (43,0)
	≥ 185	5 (4,4)

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi bệnh nhân nhập viện

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi nhập viện

Đặc điểm tổn thương	Số BN (n=114)	Tỷ lệ (%)
ĐM cảnh trong	40	35,1
ĐM não giữa	61	53,5
ĐM não trước	1	0,9
ĐM đốt sống	4	3,5
ĐM thân nền	6	5,3
Nhánh nhỏ ĐM não	2	1,8

Bảng 8. Đặc điểm tổn thương não sớm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Dấu hiệu	Nhóm	Hệ não trước n = 104 (%)
Giám đậm độ dưới vỏ		57 (54,8)
Xóa rãnh cuộn não		35 (33,7)
Xóa ruy băng thủy não		36 (34,6)
Xóa mờ nhân đầu		21 (20,2)
Vùng giám đậm độ > 1/3		9 (8,7)
Dấu hiệu "tăng tỷ trọng động mạch"		12 (11,5)

Trong các BN có tổn thương mạch máu lớn, chủ yếu là hệ động mạch não trước, trong đó chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Hệ động mạch não sau gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống và động mạch não sau chiếm tỷ lệ không đáng kể.

Điểm ASPECT chỉ được tính cho BN có thiếu máu cấp tính vùng cấp máu ĐM não giữa bao gồm 61 BN. Trong 6 giờ đầu chỉ có 2 BN có điểm ASPECT dưới 5 điểm chiếm 3,3%. Chủ yếu là các BN có điểm ASPECT trên 6.

Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

100% bệnh nhân đột quy não vùng chi phối của động mạch não giữa có biểu hiện liệt nửa người. Hầu hết bệnh nhân có thất ngôn, liệt dây VII trung ương. Khi khảo sát hình ảnh CLVT thấy có 60,4% nguyên nhân do tắc động mạch não giữa và 39,6% do tắc động mạch cảnh trong.

90% bệnh nhân đột quy não vùng chi phối của động mạch thân nền có biểu hiện thất ngôn. Có 60% bệnh nhân có rối loạn ý thức

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm triệu chứng lúc nhập viện. Xác định các triệu chứng đột quy não khi bệnh nhân nhập viện là để xác định tình trạng và định hướng chẩn đoán, phương pháp điều trị cho bệnh nhân đột quy não nhồi máu não. Chúng tôi đã hỏi bệnh nhân, người thân bên cạnh bệnh nhân và khám lâm sàng các triệu chứng nghi ngờ bệnh nhân bị đột quy não. Các triệu chứng được trình bày tại bảng 1. Kết quả cho thấy, Liệt nửa người chiếm 96,5%, rối loạn ngôn ngữ gặp 97,4% và méo miệng chiếm 92,1%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%. Các biểu hiện khác bao gồm đau đầu, chóng mặt, tê nửa người chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Kết quả của chúng tôi cũng gần giống với Lê Văn Thịnh⁽⁵⁾, là liệt nửa người gặp ở 100%, rối loạn cảm giác nửa người là 80% và rối loạn ngôn ngữ gặp ở 46,67%. Đỗ Đức Thuận và cộng sự (2017) nhận thấy liệt nặng chân tay ở các BN TMN cấp đến sớm được dùng tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ cao nhất là 79,24%⁽⁴⁾, theo sau đó là rối loạn ngôn ngữ chiếm 75,47% và rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ thấp hơn 35,85%; Peter Vanacker (2014) khi đánh giá các dấu hiệu lâm sàng của TMN cấp cho thấy liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất là 96%. Các triệu chứng kinh điển như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ đều được ghi nhận. Có thể lý giải điều này dựa trên đặc

điểm tổn thương chủ yếu ở bệnh nhân đột quỵ não thuộc khu vực cấp máu của động mạch não giữa nên triệu chứng của bán cầu đại não chiếm ưu thế. Động mạch não giữa cấp máu cho các vùng vỏ não quan trọng, các đường dẫn truyền thần kinh vận động cảm giác đều tập trung ở khu vực bao trong do đó triệu chứng liệt nửa người gặp nhiều trên lâm sàng. Như vậy những bệnh nhân vào viện vì lý do rối loạn cảm giác nửa người, liệt nửa người, rối loạn lời nói, hầu như chắc chắn là bị đột quỵ não, tuy nhiên cần thận trọng với những bệnh nhân chỉ đơn thuần bị chóng mặt, nôn hoặc đau đầu. Những bệnh nhân này cần được nhanh chóng đánh giá và kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định cũng như lựa chọn để điều trị thuốc tiêu huyết khối sớm.

Thang điểm NIHSS của Viện nghiên cứu sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ có ý nghĩa rất lớn khi đánh giá sớm tình trạng thần kinh của bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối cũng như theo dõi sau điều trị. Điểm NIHSS trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là $16,89 \pm 7,14$ điểm, cao nhất là 42 điểm, thấp nhất là 2 điểm. Chủ yếu gặp BN có điểm NIHSS ≥ 6 điểm (92,1%). Tỷ lệ BN có điểm NIHSS dưới 6 chiếm tỷ lệ nhỏ khoảng 7,9%. Các nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103⁽⁴⁾, hay 108 hoặc của nước ngoài đều ghi nhận điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu là 17. Chúng tôi có những BN tắc động mạch thân nền, hôn mê sâu ngay khi nhập viện do vậy điểm NIHSS được ghi nhận cao nhất 42 điểm.

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính khi bệnh nhân nhập viện. Hầu hết bệnh nhân nhồi máu não được chẩn đoán trên phim chụp CT sọ não biểu hiện bằng các tổn thương giảm tỷ trọng tương ứng với vùng động mạch não chi phối, tỷ lệ có giảm đậm độ dưới vỏ chiếm 54,8%. Tỷ lệ BN có tổn thương mạch máu lớn chiếm 98,2%. Nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103 trước đó cũng ghi nhận có tới 39,62% BN không có hình ảnh tổn thương nhu mô não⁽⁴⁾. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận độ nhạy trên CLVT không tiêm thuốc dao động từ 40–73% với các BN NMN trong 6 giờ đầu, tức tỷ lệ không thấy tổn thương nhu mô não dao động từ 37 đến 60%. Tuy nhiên các tỷ lệ này có thể khác nhau tùy vào từng nghiên cứu và cách thức lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm trong dải phát hiện tổn thương so với các nghiên cứu trước đó trên thế giới. Lý giải cho kết quả này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường là những bệnh nhân tắc nhánh lớn (98,2%), lõi nhồi máu đã hình thành ngay từ rất sớm.

Các dấu hiệu tổn thương não sớm trên CLVT được chúng tôi ghi nhận bao gồm: 54,8% bệnh nhân đột quỵ đến sớm có hình ảnh giảm đậm độ dưới vỏ. Ngoài ra còn nhiều dấu hiệu tổn thương sớm được ghi nhận như xóa rãnh vỏ não, xóa vùng chất xám, chất trắng, mờ nhân đậu, mờ rãnh Sylvius. Đặc biệt hình ảnh “tăng đậm động mạch” chiếm 11,5%. Tương tự kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Bệnh viện 103⁽⁴⁾. Các dấu hiệu sớm trên hình ảnh CLVT không tiêm thuốc cản quang đã được các tác giả đề cập từ lâu và được các nhà khoa học tổng hợp lại, cập nhật thường xuyên trên trang uptodate.com. Qua đó các biểu hiện này gồm giảm tỷ trọng nhu mô não trên 1/3 vùng cấp máu của ĐM não giữa, xóa rãnh vỏ não, xóa vùng chất xám, chất trắng, mờ nhân đậu, mờ rãnh Sylvius. Các dấu hiệu này hiện tại ít được các nghiên cứu đề cập đến do có các phương tiện chẩn đoán tốt hơn, cho độ nhạy cao hơn như chụp CHT, hay chụp CLVT mạch máu. Các bài báo trước đó đều đã đăng từ những năm 2000–2005 như Wardlaw & cs năm 2005 hay Kalafut MA & cs năm 2000.

Để phát hiện sớm và chính xác các tổn thương trên phim CLVT không tiêm thuốc chúng ta có thể điều chỉnh cửa sổ trên phim, chúng ta có thể phát hiện các tổn thương kín đáo trên phim mà để nguyên không phát hiện ra. Dấu hiệu tăng tín hiệu trong lòng mạch máu mà hay gặp nhất là ở ĐM não giữa là dấu hiệu đặc biệt. Do huyết khối mới trong lòng mạch. Ý nghĩa của dấu hiệu này là chỉ điểm có tắc động mạch nhưng không có nghĩa là nhồi máu trong vùng cấp máu động mạch đó. Thường quan sát thấy ở động mạch não giữa tuy nhiên độ nhạy không cao, khoảng 30–40% trường hợp. Tăng tỷ trọng tự nhiên động mạch não giữa chỉ thấy trong 30% trường hợp, khoảng 24% trường hợp đối với động mạch cảnh trong. Đoạn xa động mạch cũng có thể thấy dấu hiệu này, biểu hiện là chấm tăng tỷ trọng.

Về vị trí tắc mạch trong nghiên cứu, chúng tôi chủ yếu gặp BN TMN cấp hệ động mạch não trước, trong đó chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Hệ động mạch não sau gồm động mạch thân nền, động mạch đốt sống và động mạch não sau chiếm tỷ lệ không đáng kể. Các BN có bệnh lý mạch máu nhỏ gồm cả não trước và khu vực cấp máu động mạch não sau. Phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Behme D. & cs năm 2014 khảo sát những bệnh nhân TMN cấp do tắc nhánh lớn, cho kết quả tổn thương MCA là 48%; ICA 33%, tổn thương hệ động mạch sống nền

chiếm 16%⁽²⁾. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng nhận thấy tỉ lệ tắc động mạch não giữa đoạn M1 luôn chiếm số lượng lớn (TREVO 2: 60%, SWIFT: 61%).

Điểm ASPECT chỉ được tính cho BN có thiếu máu cấp tính vùng cấp máu ĐM não giữa (bao gồm tắc ĐM cảnh trong và đoạn M1 ĐM não giữa) bao gồm 61 BN. Trong 6 giờ đầu chỉ có 2 BN có điểm ASPECT dưới 5 điểm chiếm 3,3%. Chủ yếu là các BN có điểm ASPECT trên 6. Tỷ lệ này cũng khá tương đồng với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Hoàng Ngọc và cs tại Bệnh viện 108. Điểm ASPECTS là hệ thống hóa các dấu hiệu sớm trên phim chụp CLVT, đã được các tác giả trên thế giới áp dụng cho chẩn đoán và tiên lượng BN. Họ có thể sử dụng hệ thống điểm ASPECTS trên chụp CLVT không tiêm thuốc hay trên chụp CLVT mạch máu hoặc trên CHT, tức có nhiều cách áp dụng chấm điểm ASPECTS khác nhau. Tại bệnh viện đa khoa Phú Thọ chúng tôi cũng đã áp dụng bảng điểm này cho các BN ĐQ MNM thuộc vùng cấp máu của ĐM não giữa.

Điểm ASPECTS là một hệ thống tính điểm 10 tương đương với 10 vùng giải phẫu theo vùng cấp máu của động mạch não giữa. Các vùng bao gồm: Nhân bèo, nhân đuôi, bao trong, thùy đảo, các vùng vỏ não M1, M2, M3 tương ứng với các nhánh trước, giữa và sau của động mạch não giữa, các vùng M4, M5, M6 tương ứng các nhánh trên nhưng ở tầng cao hơn. Theo thang điểm này, bình thường, không có nhồi máu não được tính 10 điểm. Mỗi vùng bị tổn thương sẽ bị trừ đi 1 điểm. Khi tổn thương >3 vùng (ASPECTS <7), tương ứng diện tổn thương > 1/3 động mạch não giữa. Ban đầu ASPECTS được thiết kế như là một dấu hiệu hình ảnh mạnh mẽ để tiên lượng BN đột quỵ não cấp sau điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Sau đó ASPECTS đã cho thấy nhiều ý nghĩa trong việc loại trừ bệnh nhân đủ điều kiện lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học năm 2015.

Đối với hệ tuần hoàn sau, cũng có thể áp dụng thang điểm pc-ASPECTS (posterior circulation- ASPECTS). Tuy nhiên việc áp dụng khó khăn hơn do hình ảnh nhồi máu cấp hệ tuần hoàn sau khó quan sát thấy trên CLVT do nhiều người ta có thể áp dụng với hình ảnh sau tiêm thuốc (CTA-SI). Puetz (2011) nhận thấy các bệnh nhân có pc- ASPECTS \geq 8, có tiên lượng tốt hơn so với nhóm có pc-ASPECTS <8 điểm.

Về điểm tuần hoàn bàng hệ trên phim chụp CLVT mạch máu, hệ thống điểm áp dụng của học viện Albecta Canada khá dễ dàng khi thực hiện trực tiếp trên máy tính với việc chụp 3 thì

khác nhau. Kết quả của chúng tôi ghi nhận đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng thường gặp là: Liệt nửa người 96,5%, rối loạn ngôn ngữ 97,4% và méo miệng 92,5%, là biểu hiện chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Rối loạn ý thức từ lơ mơ đến hôn mê chiếm 74,6%.

Trên hình ảnh CLVT gặp 54,8% bệnh nhân có giảm tỷ trọng, tổn thương mạch lớn chiếm 62,7%; Các dấu hiệu sớm trên CLVT thường gặp trong 6 giờ đầu là: xóa dãn cuộn não 37,7%, xóa duy bằng thùy đảo 34,6%, mờ nhân đậu 20,2%. Điểm ASPECT trung bình $8,30 \pm 1,52$. Hầu hết bệnh nhân có điểm ASPECT > 6 điểm. Vị trí tắc mạch: Chủ yếu là động mạch não giữa (53,5%) và động mạch cảnh trong (35,1%). Đa phần bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 71,6%. Chỉ có 23,5% bệnh nhân có điểm tuần hoàn bàng hệ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Awadh M., MacDougall N., Santosh C., et al.(2010)** Early recurrent ischemic stroke complicating intravenous thrombolysis for stroke: incidence and association with atrial fibrillation, Stroke, 41(9), 1990-5.
2. **Behme D., Kowoll A., Mpotsaris A., et al.(2014)** Multicenter clinical experience in over 125 patients with the Penumbra Separator 3D for mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke, J Neurointerv Surg.
3. **Dharmasaroja P. A., Dharmasaroja P., Muengtaweepongsa S.(2011)** Outcomes of Thai patients with acute ischemic stroke after intravenous thrombolysis, J Neurol Sci, 300(1-2), 74-7.
4. **Đỗ Đức Thuận, Phạm Đình Đài, Đức Đặng Minh(2017)** Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị rt-PA đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ trong 4,5 giờ đầu, Tạp Chí Y Dược lâm sàng 108, Tập 12 - số đặc biệt 10/2017, 22-25.
5. **Lê Văn Thịnh, Lê Đức Hình, Hoàng Đức Kiệt(1996)** Một số đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não, Y học Việt nam, số 9, tập 208, tr.22-25.
6. **Nakagawara J., Minematsu K., Okada Y., et al.(2010)** Thrombolysis with 0.6 mg/kg intravenous alteplase for acute ischemic stroke in routine clinical practice: the Japan post-Marketing Alteplase Registration Study (J-MARS), Stroke, 41(9), 1984-9.
7. **Nguyễn Công Hoan(2009)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhồi máu não do xơ vữa hệ động mạch cảnh trong, Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 4, tập 63, tr.60-65.
8. **Serena J., Davalos A., Segura T., et al.(2003)** Stroke on awakening: looking for a more rational management, Cerebrovasc Dis, 16(2), 128-33.