

dụng nhuộm kém rõ hơn. Sự khác biệt là do nồng độ thuốc nhuộm của chúng tôi sau khi pha chỉ còn 0.04% so với 0.075% của Lesnik. Nghiên cứu của chúng tôi có 26/27 mắt (96,3%) bóc được hoàn toàn màng ngăn trong quá trình phẫu thuật, chỉ có 1 mắt bóc được một phần màng ngăn trong phẫu thuật, không có mắt nào không bóc được màng ngăn trong. Điều này một lần nữa phản ánh là hỗn hợp TB 0.08% với glucose 10% với tỉ lệ 1:1 có tác dụng nhuộm đủ để tiến hành bóc màng ngăn trong phẫu thuật LHD.

Đánh giá tình trạng màng ngăn trong sau phẫu thuật đánh giá trên OCT tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi có 26/27 mắt không còn màng ngăn trong, chỉ có 1 mắt còn sót màng ngăn trong trên OCT sau phẫu thuật..

Với việc sử dụng hỗn hợp thuốc nhuộm này chúng tôi thu được kết quả tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ lỗ hoàng điểm đóng hoàn toàn là 85,2%; 14,8% lỗ hoàng điểm đóng một phần, toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thị lực cải thiện sau phẫu thuật. Một trường áp tăng nhãn áp sau phẫu thuật điều chỉnh với thuốc tra. Điều này chứng tỏ có thể sử dụng hỗn hợp thuốc nhuộm này để nhuộm màng ngăn trong trong quá trình phẫu thuật lỗ hoàng điểm.

V. KẾT LUẬN

Hỗn hợp TB 0.08% và glucose 10% với tỉ lệ 1:1 có tác dụng đủ để nhuộm màng ngăn trong phẫu thuật LHD: 88,9% mắt bắt màu thuốc nhuộm trung bình; 96,3% mắt bóc được màng ngăn trong hoàn toàn.

Kết quả phẫu thuật: tại thời điểm 3 tháng sau

phẫu thuật, tỷ lệ lỗ hoàng điểm đóng hoàn toàn là 85,2%, có 14,8% lỗ hoàng điểm đóng một phần, toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thị lực cải thiện sau phẫu thuật, 66,7% bệnh nhân có thị lực cải thiện trên hai hàng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kusuhara S, Negi A.** Predicting visual outcome following surgery for idiopathic macular holes. *Ophthalmologica Journal international d'ophtalmologie International journal of ophthalmology Zeitschrift fur Augenheilkunde.* 2014;231(3):125-132.
2. **Brooks HL, Jr.** Macular hole surgery with and without internal limiting membrane peeling. *Ophthalmology.* 2000;107(10):1939-1948; discussion 1948-1939.
3. **Shukla D, Kalliath J, Neelakantan N, et al.** A comparison of brilliant blue G, trypan blue, and indocyanine green dyes to assist internal limiting membrane peeling during macular hole surgery. *Retina.* 2011;31(10):2021-2025.
4. **Lesnik Oberstein SY, de Smet MD.** Use of heavy Trypan blue in macular hole surgery. *Eye.* 2010;24(7):1177-1181.
5. **Tadayoni R, Vicaut E, Devin F, et al.** A randomized controlled trial of alleviated positioning after small macular hole surgery. *Ophthalmology.* 2011: 150-155.
6. **Stanescu-Segall D, Jackson TL.** Vital staining with indocyanine green: a review of the clinical and experimental studies relating to safety. *Eye.* 2009;23(3):504-518.
7. **Jacobs DS, Cox TA, Wagoner MD, et al.** Capsule staining as an adjunct to cataract surgery: a report from the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology.* 2006;113(4):707-713.
8. **Costa Ede P, Rodrigues EB, Farah ME, et al.** Vital dyes and light sources for chromovitrectomy: comparative assessment of osmolarity, pH, and spectrophotometry. *Investigative ophthalmology & visual science.* 2009;50(1):385-391.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ THÔNG SỐ CỦA ĐIỆN THỂ KÍCH THÍCH CẢM GIÁC THÂN THỂ TRÊN BỆNH NHÂN XƠ CỨNG RAI RÁC

Nguyễn Thị Vân¹, Nguyễn Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Xơ cứng rải rác (XCRR), là một bệnh viêm của hệ thần kinh trung ương trong đó có sự hình thành rất đặc trưng của các mảng mất myelin tại não bộ và tủy sống. Việc tiến hành chẩn đoán XCRR dưới sự hỗ trợ của điện thể kích thích (SSEP) rất cần thiết, không chỉ

giúp chẩn đoán mà còn giúp cho việc điều trị dựa vào sinh lý bệnh học. **Mục tiêu:** 1. Đánh giá một số thông số của điện thể kích thích cảm giác thân thể trên bệnh nhân xơ cứng rải rác. 2. Xác định mối liên quan của các sóng SSEP với một số triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân xơ cứng rải rác. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 30 bệnh nhân tại khoa thần kinh bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2021. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân XCRR là $32,73 \pm 2,27$, thường gặp từ 20 đến 50 tuổi. Giới tính: gặp nhiều ở nữ giới (76,7%), tỷ lệ nữ / nam là 3,3:1. Bệnh nhân có sóng N9 bình thường là chủ yếu (93,3%), trong khi đó sóng N13 bất thường chiếm 80% và N20 bất thường chiếm 86,7%.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022

Trong số bệnh nhân có sóng N13 bất thường, số bệnh nhân tăng thời gian tiềm tàng là 37,5%, hay gặp bệnh nhân không có sóng N13 là 62,5%. Với sóng N20 thì có 8 bệnh nhân tăng thời gian tiềm tàng, 18 bệnh nhân mất sóng N20 (69,2%). Bệnh nhân có các triệu chứng như tê bì chân tay, rối loạn cơ tròn trên lâm sàng thì sóng N13 và N20 bất thường chiếm tỷ lệ cao (73,3 - 85,7%), trong khi đó sóng N9 bình thường là chủ yếu. **Kết luận:** Những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như tê bì chân tay, rối loạn cơ tròn có sóng bất thường cao hơn sóng bình thường

Từ khóa: Điện thế kích thích cảm giác thân thể (SSEP), Xơ cứng rải rác (XCRR)

SUMMARY

STUDY ON SOME PARAMETERS OF SOMATOSENSORY EVOKED POTENTIAL IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Objectives: Multiple sclerosis (MS), is an inflammatory disease of the central nervous system in which the formation is very characteristic of demyelinated lesions in the brain and spinal cord. Conducting a diagnosis of Multiple Sclerosis supported by Somatosensory evoked potential (SSEP) is essential, not only for diagnosis, but also for the pathophysiological treatment.

Methods: Crosssectional descriptive study of 30 patients at the neurological department of Nghe An hospital from January 2021 to October 2021. **Results:** the average age of patients with Multiple Sclerosis was 32,73 ± 2,27, commonly from 20 to 50years old. There were 7 males (23.3%) and 23 females (76.7%) enrolled in this study. The incidence of the disease is higher in women than in men, female/male ratio is 3.3:1. The patients with normal N9 waves were common (93.33%), while abnormal N13 waves accounted for 80% and abnormal N20 accounted for 86.7%. Among patients with abnormal N13 waves, the number of patients with increased latent time was 37.5%, or the patients without N13 waves was commonly 62.5%. With N20 waves, 8 patients had increased latent time, 18 patients lost N20 waves (69.2%). The patients with symptoms such as limb numbness and disorder of anal sphincter had abnormal N13 and N20 waves accounting for high percentages (73.3 - 85.7%), while normal N9 waves accounted for the majority. **Conclusion:** The patients with symptoms such as limb numbness and disorder of anal sphincter had abnormal waves higher than normal waves.

Key words: Somatosensory Evoked Potential (SSEP), Multiple Sclerosis (MS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, phương pháp thăm dò các điện thế kích thích cảm giác thân thể (SSEP), được đánh giá là một phương pháp chẩn đoán có giá trị trong thần kinh học hiện đại [1]. Điện thế kích thích giúp ghi lại sóng điện của hệ thống thần kinh sau khi kích thích lên khu vực nào đó trên đường dẫn truyền cảm giác. Do các tổn thương ở lớp vỏ ngoài myelin của dây thần kinh sẽ khiến cho phản ứng với các kích thích bị

chậm lại, nên điện thế kích thích cho ta thông tin về những tổn thương trên đường dẫn truyền thần kinh mà có thể không thể hiện trong các kiểm tra thần kinh. Xơ cứng rải rác (XCRR), là một bệnh viêm của hệ thần kinh trung ương trong đó có sự hình thành rất đặc trưng của các mảng mất myelin tại não bộ và tủy sống [1], [3]. Việc chẩn đoán bệnh XCRR dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với chụp cộng hưởng từ, xét nghiệm dịch não tủy và ghi điện thế kích thích. SSEP là một phương pháp thăm khám chẩn đoán khá đơn giản về phương tiện cũng như giá thành không quá cao. Phương pháp này có tính ưu việt là cho phép lặp đi lặp lại mà không gây tổn thương hay đau đớn cho bệnh nhân [1],[3]. Do đó, việc tiến hành chẩn đoán XCRR dưới sự hỗ trợ của điện thế kích thích sẽ rất cần thiết, không chỉ giúp chẩn đoán mà còn giúp cho việc điều trị dựa vào sinh lý bệnh học [4]. Để góp phần chẩn đoán sớm và giảm chi phí cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *mô tả đặc điểm của các sóng SSEP và xác định mối liên quan của các sóng SSEP với một số triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân XCRR.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là XCRR theo tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế của Mc Donald năm 2016 [6], được điều trị tại khoa thần kinh của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong khoảng thời gian từ tháng 01 - 2020 đến tháng 10 - 2021

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân khởi phát bệnh trước 10 hoặc sau 60 tuổi.
- Các bệnh lý ảnh hưởng đến thần kinh: nghiện rượu, đái tháo đường, suy thận, giang mai, HIV, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ gây nên như bệnh mạch máu não...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thần kinh - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2021 đến tháng 10/2021

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa

chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Phương tiện ghi SSEP: Máy NEUROPACK 8 của hãng NIHON KOHDEN- Nhật Bản. Máy gồm bộ phận nhận tín hiệu, lọc và khuếch đại tín hiệu, phần mềm ghi SSEP, màn hình, các điện cực dán có điện trở nhỏ.

- Kỹ thuật ghi SSEP:

+ Bật công tắc nguồn của máy.

+ Nhập số thứ tự, tên, tuổi, giới của bệnh nhân vào máy.

+ Đặt chương trình ghi SSEP.

+ Đặt điện cực và kiểm tra điện trở không vượt quá 5 kOhm.

2.5. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

2.5.1. Tiêu chuẩn quốc tế của Mc Donald năm 2016 chẩn đoán xơ cứng rải rác:

1. Có ≥ 2 đợt lâm sàng (LS) và ≥ 2 tổn thương LS khác nhau. Hoặc

2. Có ≥ 2 đợt LS và có 1 tổn thương LS và :

- Có ≥ 3/4 tổn thương trên cộng hưởng từ (rải rác trong không gian).

- Hoặc có ≥ 2 tổn thương trên CHT và tăng IgG dịch não tủy.

3. Có 1 đợt LS và có ≥ 2 tổn thương LS khác nhau và rải rác theo thời gian được chứng minh bằng cộng hưởng từ (CHT 3 tháng sau có tổn thương T2 mới hoặc tăng tín hiệu gadolinium).

4. Có 1 đợt lâm sàng và 1 tổn thương lâm sàng:

- Có tính chất rải rác trong không gian:

+ ≥ 3/4 tổn thương CHT

+ Hoặc có ≥ 2 tổn thương CHT và tăng IgG dịch não tủy.

- Và có tính chất rải rác theo thời gian được chứng minh trên CHT.

5. Sự tiến triển thần kinh âm i gợi ý đến bệnh XCRR với tăng IgG DNT và có tính chất rải rác trong không gian và thời gian.

2.5.2. Tiêu chuẩn xác định các giá trị bình thường và bất thường của các thông số SSEP:

Giá trị bình thường trên người Việt Nam (Nguyễn Hữu Công) [2]

Dây thần kinh	Các thông số	Bình thường	SD
Dây giữa (median nerve)	N9	9.29 ms	0.71
	N13	12.52 ms	0.85
	N20	18.5 ms	0.96

Giá trị bất thường của các thông số SSEP

Dây thần kinh	Các thông số	Tăng thời gian tiềm tàng	Không có sóng
Dây giữa (median nerve)	N9	> 10.00 ms	0 ms
	N13	> 13.37 ms	0 ms
	N20	> 19.46 ms	0 ms

2.6. Xử lý số liệu: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát và sử dụng test χ² để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

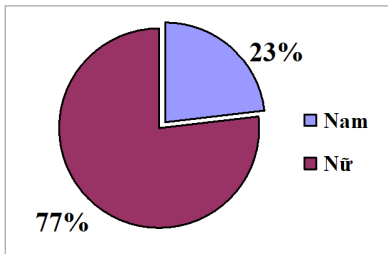
3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố các nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu:

Giới tính	Phân nhóm tuổi				Tổng số (n)	%
	< 50 tuổi		≥ 50 tuổi			
	N	%	n	%		
Nữ	19	76	4	80	23	76,7
Nam	6	24	1	20	7	23,3
Tổng	25	100	5	100	30	100

p < 0,05

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu, trẻ tuổi nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 59 tuổi. Lứa tuổi thường gặp từ 20 đến 50. Tuổi trung bình của bệnh nhân bị xơ cứng rải rác là 32,73 ± 2,27 (năm).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong tổng số 30 bệnh nhân có 7 bệnh nhân nam chiếm 23,3%, 21 bệnh nhân nữ chiếm 76,7%.

3.2 Đặc điểm sóng SSEP trên bệnh nhân XCRR

Bảng 2. Tần suất xuất hiện các sóng của đối tượng nghiên cứu

Sóng	Bình thường		Bất thường	
	n	%	n	%
N9	28	93,3	2	6,7

N13	6	20	24	80
N20	4	13	26	86,7

Nhận xét: Bệnh nhân XCRR có tỷ lệ sóng

N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với các sóng N13 và N20 bình thường, còn sóng N9 có tỷ lệ sóng bình thường là chủ yếu.

Bảng 3. Biểu hiện của các sóng SSEP bất thường của đối tượng nghiên cứu

Sóng	Tăng thời gian tiềm tàng		Không có sóng 1 bên		Không có sóng 2 bên	
	N	%	n	%	n	%
N9	2	100	0	0	0	0
N13	9	37,5	7	29,2	8	33,3
N20	8	30,7	4	15,4	14	53,9

Nhận xét: Bệnh XCRR có bất thường về sóng N9 là tăng thời gian tiềm tàng chứ không mất sóng, bất thường N13 và N20 là vừa tăng thời gian tiềm tàng vừa không có sóng.

3.3 Môi liên quan của các sóng SSEP với một số triệu chứng lâm sàng:

Bảng 4. Môi liên quan của các sóng với triệu chứng tê bì chân tay (n = 15) của đối tượng nghiên cứu

Sóng	Triệu chứng	Không tê bì chân tay			Tê bì chân tay			
		Biểu hiện	n	%	p	n	%	p
N9	Bình thường		13	86,7	< 0,05	15	100	< 0,05
	Bất thường		2	13,3		0	0	
N13	Bình thường		4	66,7	< 0,05	2	33,3	< 0,05
	Bất thường		11	45,8		13	54,2	
N20	Bình thường		3	75,0	< 0,05	1	25,0	< 0,05
	Bất thường		12	46,2		14	53,8	

Nhận xét: Ở cả hai nhóm bệnh nhân tê bì chân tay và nhóm bệnh nhân không có triệu chứng tê bì chân tay đều có tỷ lệ các sóng N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với sóng N13 và N20 bình thường, còn sóng N9 bình thường cao hơn hẳn so với sóng N9 bất thường. Những bệnh nhân tê bì chân tay có tỷ lệ các sóng N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với những bệnh nhân không tê bì chân tay ($p < 0,05$).

Bảng 5. Môi liên quan của các sóng với triệu chứng rối loạn cơ tròn (n = 14) của đối tượng nghiên cứu

Sóng	Triệu chứng	Không rối loạn cơ tròn			Rối loạn cơ tròn			
		Biểu hiện	n	%	p	n	%	p
N9	Bình thường		13	46,4	< 0,05	15	53,6	< 0,05
	Bất thường		1	50		1	50	
N13	Bình thường		3	50	< 0,05	3	50	< 0,05
	Bất thường		11	42,3		13	57,7	
N20	Bình thường		2	50	< 0,05	2	50	< 0,05
	Bất thường		12	46,2		14	53,8	

Nhận xét: Ở cả hai nhóm bệnh nhân rối loạn cơ tròn và nhóm bệnh nhân không có triệu chứng rối loạn cơ tròn đều có tỷ lệ các sóng N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với sóng N13 và N20 bình thường ($p < 0,05$), còn sóng N9 bình thường cao hơn hẳn so với sóng N9 bất thường.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu thu được lứa tuổi (bảng 1) gặp nhiều từ 20 đến 50 tuổi, tuổi trung bình bị XCRR là $32,73 \pm 2,27$, đây là lứa tuổi lao động sản xuất do vậy nó ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống và cho xã hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả phần lớn bệnh nhân XCRR là nữ (76,7%), tỷ lệ nữ / nam $\approx 3,3: 1$ (biểu đồ 1). Tất cả các

nghiên cứu đều nhận thấy nữ bao giờ cũng nhiều hơn nam và tỷ lệ nam / nữ ở Châu Âu xấp xỉ 1,1: 3,4, trên thế giới trung bình khoảng 1 nam cho 2 nữ (nam / nữ $\approx 0,4-0,67$), ở Nhật Bản năm 2014 nghiên cứu 1889 bệnh nhân thấy nam / nữ $\approx 1: 2,9$, ở Đài Loan 2016, tỷ lệ nữ / nam là 4,4 : 1. Nhiều tác giả nhận thấy nữ gặp nhiều hơn nam là do có liên quan đến thời kỳ có thai và hậu sản [5].

Trong 30 bệnh nhân tiến hành nghiên cứu, có 3 sóng là N9, N13 và N20. Đối với sóng N9 thì chỉ có 2 bệnh nhân có sóng bất thường đó là tăng thời gian tiềm tàng, còn lại 28 bệnh nhân (93,33%) có sóng N9 bình thường. Nhưng với sóng N13 bất thường chiếm tỷ lệ cao (80%), và sóng N20 bất thường chiếm 86,67% (bảng 2). Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo của

Nguyễn Hữu Công (2019) [2] và một số tác giả trên thế giới [7]. Khi kích thích dây giữa có 3 điện thế là N9, N13 và N20. N9 ghi ở đám rối cánh tay và không thay đổi trong các bệnh lý tủy sống hay não. N13 ghi ở tủy cổ, còn N20 ghi được trên sọ não. Do đó, N13 và N20 là 2 SSEP quan trọng nhất thuộc hệ thần kinh trung ương khi kích thích dây giữa, đặc biệt có ý nghĩa là N20.

Trong 24 bệnh nhân có sóng N13 bất thường có 9 bệnh nhân có tăng thời gian tiềm tàng (37,5%), 15 bệnh nhân không có sóng N13 (62,5%), trong đó không có sóng 1 bên là 7 bệnh nhân, mất hẳn sóng N13 cả 2 bên là 33,33%. Còn sóng N20 có 8 bệnh nhân tăng thời gian tiềm tàng, 18 bệnh nhân mất sóng N20 (69,23%), trong đó 14 bệnh nhân (53,85%) mất hẳn N20 cả hai bên bán cầu (bảng 3). Báo cáo của Nguyễn Hữu Công và một số tác giả trên thế giới cho thấy SSEP đặc biệt có lợi ích trong chẩn đoán tổn thương chức năng của bệnh XCRR: nếu biểu hiện lâm sàng tương đối rõ thì SSEP bất thường khoảng 80% (bất kể có rối loạn cảm giác trên lâm sàng hay không), nếu lâm sàng không rõ thì SSEP bất thường ở khoảng 25 – 35% số bệnh nhân [2], [7].

Tê bì chân tay là triệu chứng rối loạn cảm giác hay gặp (50%). Phần lớn các tác giả đều nhận thấy tê bì chân tay là triệu chứng gặp đầu tiên của bệnh XCRR [5],[8]. Đây là triệu chứng khiến bệnh nhân và người nhà dễ nhận ra và đi khám bệnh. Ở những bệnh nhân XCRR trên lâm sàng có triệu chứng tê bì chân tay có tỷ lệ các sóng N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với những bệnh nhân không tê bì chân tay (bảng 4). Tuy tê bì cảm giác là triệu chứng hay gặp trên lâm sàng nhưng triệu chứng rối loạn cảm giác còn có nhiều biểu hiện khác như mất cảm giác, dị cảm, rối loạn cảm giác kiểu kim châm, kiến bò, cảm giác ngứa ran, thắt, đau, bóp chặt lấy ở một vùng xung quanh thân hoặc chi. Dấu hiệu này liên quan đến tổn thương cột sau của tủy sống. Triệu chứng này xuất hiện hàng giờ đến hàng ngày, thường được coi nhẹ, làm bệnh nhân không chú ý, nó thường ít gặp hơn ở giai đoạn tối cấp và dễ nhận ra khi bệnh nhân đi cấp cứu đến gặp thầy thuốc. Như vậy cần nghiên cứu trên nhiều triệu chứng khác nhau của rối loạn cảm giác thì khi đối chiếu với kết quả SSEP sẽ phong phú hơn.

Rối loạn cơ tròn mà chúng tôi gặp chủ yếu là rối loạn tiểu tiện, trong đó bệnh nhân do tổn thương tủy sống chiếm phần lớn. Những bệnh nhân có rối loạn cơ tròn có sóng N13 và N20 bất thường cao hơn hẳn so với những bệnh nhân có

sóng N13 và N20 bình thường (bảng 5).

Qua nghiên cứu về các đặc điểm của SSEP cũng như đối chiếu kết quả với triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân XCRR chúng tôi thấy rằng khám nghiệm SSEP giúp xác định tổn thương hệ thống hướng tâm ở một tầm mức cho tới nay vẫn chưa từng có, từ hệ thần kinh ngoại vi cho tới tận khu vực của vỏ não. Nhờ phân bố giải phẫu xác định của từng đường cong SSEP, ta có thể định khu vị trí tổn thương tốt hơn. Những bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng sẽ có các sóng N13 và N20 bất thường cao hơn rất nhiều so với những bệnh nhân có sóng bình thường, do đó những bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng thì sẽ có các sóng bất thường rất cao và tổn thương cảm giác từ đoạn tủy cổ rất rõ. Như vậy, phương pháp ghi điện thế kích thích cảm giác thân thể sẽ giúp cho các nhà lâm sàng chẩn đoán sớm được bệnh XCRR. Cùng với các phương tiện nghiên cứu và chẩn đoán khác, SSEP là một phương pháp hữu ích, tiện lợi và tiết kiệm để giúp chẩn đoán các bệnh lý thần kinh, đặc biệt là XCRR.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân có sóng N9 bình thường là chủ yếu (93,3%), trong khi đó sóng N13 bất thường chiếm 80% và N20 bất thường chiếm 86,7%.

- Trong số bệnh nhân có sóng N13 bất thường, số bệnh nhân tăng thời gian tiềm tàng là 37,5%, hay gặp bệnh nhân không có sóng N13 là 62,5%. Với sóng N20 thì có 8 bệnh nhân tăng thời gian tiềm tàng, 18 bệnh nhân mất sóng N20 (69,2%).

- Có mối liên quan giữa triệu chứng tê bì chân tay, rối loạn cơ tròn với bất thường sóng N12 và N20.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương (2018)**, Xơ não tủy rải rác, Bệnh học thần kinh . Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội; 346-351.
2. **Nguyễn Hữu Công (2019)**, Điện thế gợi cảm giác thân thể. Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, NXB Y học; 84-95.
3. **Compston A. (2019)**, Distribution of multiple sclerosis. In: Alastair Compston et al eds McAlpine's Multiple Sclerosis, 3rd edition, Churchill Livingstone, London; 63 – 100.
4. **Compston A. (2020)**, Treatment and management of multiple sclerosis. In: Alastair Compston et al eds McAlpine's Multiple Sclerosis, 3rd edition, Churchill Livingstone, London; 437 – 498.
5. **Kira J. Ishizu T., Osoegawa M.** and The Research Committee of neuroimmunological diseases (2020), Multiple sclerosis in Japan: Nationwide surveys over 30 years, Neurology Asia; 13: 131 – 143.
6. **Mc Donald W. I., Compston A., Edan G., Goodkin D., Hartung H. P., Lublin F. D., et al.**

(2016), "Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis", *Ann Neurol*; 50: 121-127.

7. **Michael J. Aminoff & Andrew Eisen (2020)**, Somatosensory Evoked Potentials (SSEP). In:

Electrodiagnosis in Clinical Neurology, 3th Edition. Churchill Livingstone; 571 – 603.

8. **Oger J. (2019)**, "World Federation of Neurology. Seminars in clinical neurology. Multiple sclerosis for the practicing neurologist", Demos medical publishing, New York; 112.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CT SỌ NÃO DO VỠ DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO

Đỗ Đức Thuần*, Đặng Phúc Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh ct sọ não do vỡ dị dạng động tĩnh mạch não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, nhóm nghiên cứu 41 bệnh nhân được xác định chẩn đoán chảy máu não do vỡ AVM, nhóm chứng gồm 183 bệnh nhân đột quỵ chảy máu não không do vỡ AVM. Kết quả: Chảy máu não do vỡ AVM gặp 53,67% ở lứa tuổi 20-40, đột quỵ chảy máu não không do vỡ AVM gặp tỷ lệ cao ở tuổi 40-60 là 42,62%. Chảy máu não do vỡ AVM có glasgow trung bình 13,35±1,57 điểm, mRS trung bình 1,03 ± 0,78 điểm, hình ảnh CT sọ não thấy chảy máu ở vỏ não 80,49%, thể tích ổ máu tụ trên 30 ml là 12,19%, có hình ảnh vôi hóa 26,83%. Ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu não không do vỡ AVM có các tỷ lệ tương ứng là: glasgow 9,61 ± 1,72 điểm, mRS 3,11± 1,27 điểm, chảy máu vỏ não 9,23 %, thể tích ổ máu tụ > 30 ml 40,98%, có điểm vôi hóa là 1,64%. **Kết luận:** Chảy máu do AVM thường gặp ở người 20-40 tuổi, mức độ lâm sàng theo điểm glasgow nhẹ, thể tích ổ máu tụ nhỏ, hay có điểm vôi hóa và khả năng hồi phục tốt hơn so với bệnh nhân đột quỵ chảy máu não không do vỡ AVM.

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL FEATURES AND IMAGES OF COMPUTER TOMOGRAPHY IN RUPTURED BRAIN ARTERIOVENOUS MALFORMATION

Objective: Describe the clinical features and images of computer tomography in ruptured brain arteriovenous malformation. **Subject and method:** Prospectively, the research group of 41 patients was diagnosed with cerebral hemorrhage in ruptured brain AVM patients, the control group included 183 patients with non-AVM hemorrhagic stroke. **Result:** Hemorrhagic stroke in rupture brain AVM was found in 53.67% at the age of 20-40, non-ruptured hemorrhagic stroke had a high rate at the age of 40-60, was 42.62%. Intracerebral bleeding due to rupture

brain AVM had glasgow 13.35±1.57 points, mRS 1.03±0.78 points, CT image with bleeding in cerebral cortex 80.49%, volume hematoma over 30 ml was 12.19%, with calcification 26.83%. In patients with stroke without rupture of AVM, the corresponding rates were: glasgow 9.61 ± 1.72 points, mRS 3.11 ± 1.27 points, cortical bleeding 9.23%, possible hematoma volume > 30 ml 40.98%, calcification score is 1.64%. **Conclusion:** Bleeding in brain AVM was common in people 20-40 years old, the clinical degree according to mild glasgow score, small volume of hematoma, or calcification score and better recovery ability compared with hemorrhagic stroke patients not due to rupture brain AVM.

Key word: rupture brain arteriovenous malformation, brain arteriovenous malformation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ chảy máu não chiếm gần 20% của tổng số bệnh nhân đột quỵ và có tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Đột quỵ chảy máu não có nhiều nguyên nhân trong đó chảy máu não do vỡ dị dạng động tĩnh mạch não (AVM) chiếm khoảng 0,9% [1]. Mặc dù tỷ lệ vỡ AVM trong đột quỵ chảy máu não là thấp nhưng vỡ AVM mạch máu não có đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cũng như việc tiếp cận điều trị khác so với chảy máu não do các nguyên nhân khác. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về bệnh nhân chảy máu não do vỡ AVM, nhưng các nghiên cứu dạng quan sát. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để nâng cao chẩn đoán và điều trị bệnh nhân chảy máu não do AVM với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chảy máu não do vỡ AVM, nhằm nâng cao khả năng chẩn đoán điều trị bệnh nhân đột quỵ do chảy máu não do vỡ AVM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** đối tượng nghiên cứu gồm nhóm nghiên cứu 41 bệnh nhân được xác định chẩn đoán chảy máu não do vỡ AVM, nhóm chứng gồm 183 bệnh nhân đột quỵ chảy máu não không do vỡ AVM từ tháng 2 năm 2019 đến tháng 6 năm 2021 tại Bệnh viện Quân y 103.

- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022