

- Chotmaihet Thangphaet. 2008;91(12):1894-1898.
4. **Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Pondé MP, Hechtman L.** Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(1):47-54.
 5. **Germinario EAP, Arcieri R, Bonati M, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder drugs and growth: an Italian prospective observational study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23(7):440-447. doi:10.1089/cap.2012.0086
 6. **Wang T, Liu K, Li Z, et al.** Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:32. doi:10.1186/s12888-016-1187-9
 7. **DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD.** Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013;46(1):43-51. doi:10.1177/0022219412464351
 8. **Masi L.** **ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning Disorders and Developmental Coordination Disorder.** *Clin Psychiatry.* 2015;1(1). doi:10.21767/2471-9854.100005

GIÁ TRỊ CỦA CÁC DẤU HIỆU ĐẶC HIỆU TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT U BAO THẦN KINH VÀ U MÀNG NÃO TUỖ DƯỚI MÀNG CỨNG – NGOÀI TUỖ

Đặng Khánh Huyền¹, Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

- EXTRAMEDULLARY SPINAL

SCHWANNOMAS AND MENINGIOMAS

Objective: Our study aimed to investigate the specific signs on Magnetic Resonance Imaging (MRI) in providing useful data to differentiate between intradural - extramedullary schwannomas and meningiomas. **Materials and Methods:** This retrospective study reviewed 42 patients with intradural - extramedullary schwannomas and 18 patients with intradural - extramedullary meningiomas. All patients had undergone spinal MRI prior to surgery at Vietduc University hospital, Hanoi, Vietnam, from July 2019 to December 2021. **Results:** Patients with schwannoma showed significantly higher frequency of cystic change sign (SE 64.3%, SP 100%, PPV 100%), neural foraminal widening sign (SP 94.4% và PPV 92.3%); patients with meningioma showed significantly higher frequency of dural tail sign (SP 97.6%, PPV 90.9%, NPV 83.7%) ($p < 0.05$). **Conclusion:** cystic change sign, neural foraminal widening sign, dural tail sign were useful in differentiating between intradural extramedullary schwannomas from meningiomas. Cystic change sign, neural foraminal widening sign were significantly common in intradural - extramedullary schwannomas; dural tail sign was significantly common in meningiomas.

Keywords: Schwannomas, Meningiomas, cystic change sign, dural tail sign, neural foraminal widening sign, Magnetic Resonance Imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới màng cứng – ngoài tuỷ là các u nằm ở khoang dưới màng cứng – ngoài tuỷ của tuỷ sống, trong đó u hay gặp nhất và thứ 2 lần lượt là UBTK và UMNT với tỷ lệ mắc khoảng 55-90%^{1,2}. Các u này thường lành tính, nhưng có thể chèn ép vào tuỷ sống, dây, rễ thần kinh sống gây các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi mục đích để đánh giá các dấu hiệu hình ảnh đặc hiệu trên cộng hưởng từ (CHT) để bổ xung cho phân biệt u bao thần kinh (UBTK) và u màng não tuỷ (UMNT) dưới màng cứng – ngoài tuỷ, tập trung vào 3 dấu hiệu là tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng và dấu hiệu rộng lỗ liên hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 42 bệnh nhân (BN) UBTK và 18 BN UMNT dưới màng cứng – ngoài tuỷ đã được chụp CHT cột sống trước mổ tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 7/2019 - 12/2021. **Kết quả:** UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang (SE 64.3%, SP 100%, PPV 100%), dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp (SP 94.4% và PPV 92.3%) hơn UMNT; còn UMNT hay gặp dấu hiệu đuôi màng cứng (SP 97.6%, PPV 90.9%, NPV 83.7%) hơn có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0.05$). **Kết luận:** Các đặc điểm tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp có thể cung cấp các dữ kiện hữu ích để phân biệt UBTK và UMNT trên hình ảnh CHT. UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang, dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp hơn UMNT; còn UMNT hay gặp dấu hiệu đuôi màng cứng hơn UBTK.

Từ khóa: u bao thần kinh, u màng não tuỷ, dấu hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, dấu hiệu rộng lỗ liên hợp, cộng hưởng từ.

SUMMARY

VALUE OF SPECIFIC SIGNS ON MRI IN DIFFERENTIATING BETWEEN INTRADURAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

chất lượng cuộc sống người bệnh³.

Phương pháp điều trị tốt nhất hiện nay là phẫu thuật, tuy nhiên cách thức phẫu thuật của 2 u có một số điểm khác biệt^{1,3}. Phẫu thuật UBTK yêu cầu cắt bỏ cả màng cứng và màng nhện do u ở khoang dưới nhện, phải khâu kín màng cứng và màng nhện để tránh rò dịch não tủy sau mổ. Ngược lại, UMNT nằm ở khoang dưới màng cứng, phải loại bỏ cả u và phần màng cứng tiếp xúc với u, việc bảo tồn màng nhện giúp tránh rò dịch não tủy³. Do vậy, dự đoán mô bệnh học trước mổ giúp phẫu thuật viên tiên lượng phương án phẫu thuật và tiên lượng BN sau phẫu thuật.

CHT cột sống có tiêm thuốc đối quang từ giúp phát hiện, mô tả đặc điểm hình ảnh, các biến chứng chèn ép, xâm lấn, liên quan với các cấu trúc lân cận và góp phần đưa ra các gợi ý về bản chất u³. Nhìn chung, trên T2W, UBTK thường tăng tín hiệu, còn UMNT thường đồng tín hiệu; trên T1W, cả 2 u thường đồng hoặc giảm tín hiệu^{1,4}. Do đó, sự khác biệt về tín hiệu trên T2W có thể sử dụng để phân biệt UBTK và UMNT. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy có sự khác biệt giữa tín hiệu của 2 u trên T2W, tuy nhiên sự phân biệt còn nhiều khó khăn⁴. Ngoài ra, một số nghiên cứu đã gợi ý dấu hiệu đuôi màng cứng và rộng lỗ liên hợp cũng hữu ích để phân biệt 2 loại u này³⁻⁵.

Vì vậy, mục đích của nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá các dấu hiệu tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, rộng lỗ liên hợp trong phân biệt UBTK và UMNT.

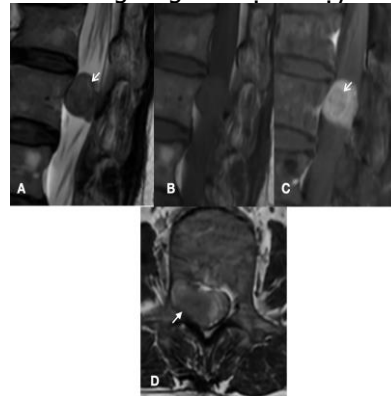
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên 60 BN gồm 42 UBTK và 18 UMNT dưới màng cứng – ngoài tủy đã chứng minh qua kết quả giải phẫu bệnh. Các BN đều được chụp CHT cột sống trước mổ tại trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 7/2019 - 12/2021, gồm 10 cột sống cổ, 29 cột sống ngực, 19 cột sống thắt lưng và 2 cột sống cùng. Protocol chụp là các chuỗi xung cơ bản gồm: sagittal T1W trước và sau tiêm thuốc đối quang từ, sagittal và axial T2W, trên máy CHT Siemens 1.5T Magnetom Essenza (Siemens, Erlangen, Germany) hoặc Philips Ingenia 1.5T (Philips, Netherlands). Hình ảnh được lưu trữ tại hệ thống Infinitt Pacs, được phân tích hồi cứu bởi 1 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh hơn 10 năm kinh nghiệm.

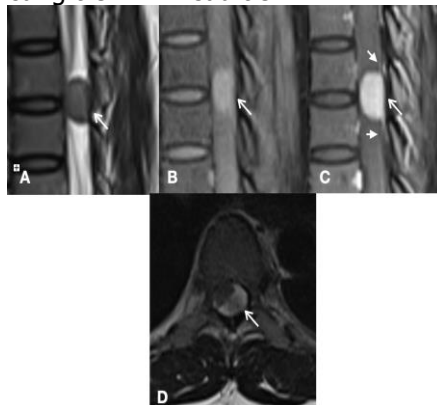
Tín hiệu dạng nang (hình 1) là vùng có tín hiệu tương đương dịch não tủy, tăng mạnh tín hiệu trên T2W, giảm tín hiệu trên T1W, không ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm, bao gồm cả vi nang và nang lớn². Dấu hiệu đuôi màng cứng

(hình 2) là phần màng cứng dày, ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm, liên tiếp với u và thon gọn dần ra khỏi u ở 2 bên¹. Rộng lỗ liên hợp (hình 1) khi u lan vào hoặc lan qua lỗ liên hợp 1 bên gây rộng lỗ liên hợp so với bên đối diện, có thể xâm lấn xương hoặc không⁶.

Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM Corp, Armonk, New York, Hoa Kỳ). Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị, kiểm định bằng thuật toán Mann-Whitney test, Kolmogorov-Smirnov; các biến định tính được mô tả bằng phần trăm, số lượng, kiểm định bằng thuật toán Binomial test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ tương ứng với độ tin cậy 95%.



Hình 1: UBTK ở BN nữ 49 tuổi. U ở dưới màng cứng – ngoài tủy ngang mức đốt sống L3, tăng nhẹ tín hiệu so với tủy sống trên sagittal T2W (A), đồng tín hiệu trên sagittal T1W trước tiêm (B), ngấm thuốc mạnh, không đồng nhất trên sagittal T1W sau tiêm (C) và có phần tín hiệu dạng nang (mũi tên mảnh). U chèn ép, đè đẩy các rễ đuôi ngựa sang trái, lan qua và làm rộng lỗ liên hợp L3/4 phải (mũi tên đầu tam giác) trên axial T2W (D), không có dấu hiệu đuôi màng cứng trên T1W sau tiêm.



Hình 2: UMNT ở BN nữ 51 tuổi. U (mũi tên mảnh) ở dưới màng cứng – ngoài tủy ngang mức

đốt sống T7-T8, đồng tín hiệu với tuỷ sống trên sagittal T2W (A) và sagittal T1W trước tiêm (B), ngấm thuốc mạnh, đồng nhất sau tiêm thuốc và có dấu hiệu đuôi màng cứng (mũi tên đầu tam

giác) trên sagittal T1W sau tiêm (C). U chèn ép, đẩy tuỷ sống ra trước - sang phải, gây phù tuỷ, không thấy tín hiệu dạng nang trên T2W và không gây rộng lỗ liên hợp trên axial T2W (D).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

60 BN trong nghiên cứu gồm 42UBTK và 18UMNT, trong đó có 22 nam và 38 nữ, tuổi từ 18 - 83.

Bảng 1: Phân biệt UBTK và UMNT trên các đặc điểm chung và các dấu hiệu đặc hiệu trên cộng hưởng từ

Đặc điểm		Loại u		p
		UMNT (n = 18)	UBTK (n = 42)	
Tuổi		61 (41-83)	48 (18-68)	0.00*
Giới	Nam	1 (5.6%)	21 (50%)	0.00**
	Nữ	17 (94.4%)	21 (50%)	0.63
Kích thước		9.97 (6.5-23.9)	12.1 (7.7-58.8)	0.013*
Vị trí	Cổ	1 (5.6%)	9 (21.4%)	0.02**
	Ngực	15 (83.3%)	14 (33.3%)	1.00
	Thắt lưng	2 (11.1%)	17 (40.5%)	0.001**
	Cùng	0	2 (4.8%)	-
Tín hiệu dạng dịch		0	27 (64.3%)	0.00**
Dấu hiệu đuôi màng cứng		10 (55.6%)	1 (2.4%)	0.012**
Dấu hiệu rộng lỗ liên hợp		1 (5.6%)	12 (28.6%)	0.003**

*kiểm định Mann-Whitney U, ** kiểm định Binomial test (p < 0.05) khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Tuổi của nhóm UMNT cao hơn UBTK, kích thước của nhóm UBTK lớn hơn nhóm UMNT; tỷ lệ UBTK cao hơn UMNT ở giới nam, vị trí cột sống cổ, thắt lưng có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Tín hiệu dạng dịch và dấu hiệu rộng lỗ liên hợp hay gặp ở UBTK hơn UMNT; dấu hiệu đuôi màng cứng hay gặp ở UMNT hơn UBTK có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Bảng 2: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và âm tính của các dấu hiệu đặc hiệu trên hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán phân biệt UBTK và UMNT dưới màng cứng – ngoài tuỷ

Đặc điểm	U	Độ nhạy (SE)(%)	Độ đặc hiệu (SP) (%)	Giá trị dự báo dương tính (PPV) (%)	Giá trị dự báo âm tính. (NPV)(%)
Tín hiệu dạng nang	UBTK	64.3	100	100	54.5
Dấu hiệu đuôi màng cứng	UMNT	55.6	97.6	90.9	83.7
Dấu hiệu rộng lỗ liên hợp	UBTK	28.6	94.4	92.3	36.2

Trong 3 dấu hiệu trên, tín hiệu dạng nang có SE và SP, PPV cao nhất cho chẩn đoán phân biệt UBTK, lần lượt là 64.3%, 100%, 100%. Dấu hiệu đuôi màng cứng chỉ có SE 55.6% cho chẩn đoán phân biệt UMNT, tuy nhiên có SP, PPV và NPV cao lần lượt là 97.6%, 90.9%, 83.7%. Dấu hiệu rộng lỗ liên hợp có SE và NPV thấp nhưng có SP và PPV cao, lần lượt là 94.4% và 92.3% trong việc chẩn đoán phân biệt UBTK với UMNT.

IV. BÀN LUẬN

Các u ngoài tuỷ và trong tuỷ sống chiếm lần lượt 80% và 20% các u của tuỷ sống³ và hai phần ba các u dưới màng cứng – ngoài tuỷ sống là UBTK và UMNT¹. UBTK có nguồn gốc từ tế bào Schwann rễ sau thần kinh sống, thường đơn độc, ranh giới rõ, có vỏ, nằm về phía bên của ống sống, còn UMNT phát triển từ các tế bào màng

nhện, thường nhỏ, đơn độc, tròn hoặc bầu dục⁴.

Các nghiên cứu trước đây phân biệt 2 u này tập trung vào tuổi, giới, vị trí và các đặc điểm hình ảnh CLVT và MRI¹⁻⁵. UBTK và UMNT đều có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào, tuy nhiên hay gặp ở người lớn tuổi, và UBTK, UMNT ở người trẻ có xu hướng xâm lấn cao hơn, tiên lượng xấu, tỉ lệ tái phát và tử vong cao hơn so với người lớn tuổi⁷. Lee JH và cộng sự², Eiichiro Iwata và cộng sự⁵ báo cáo tuổi trung bình của nhóm UMNT lần lượt là 59.7 và 68, của nhóm UBTK lần lượt là 47.6 và 56.2; cả 2 nghiên cứu đều cho thấy tuổi trung bình của nhóm UMNT cao hơn UBTK có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với trung vị tuổi của nhóm UMNT và UBTK lần lượt là 61 (41-83) và 48 (18-68). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước của UBTK lớn hơn

UMNT có ý nghĩa thống kê với trung vị kích thước lẫn lượt là 12.1 (7.7-58.8) và 9.97 (6.5-23.9), tương tự nghiên cứu của Xiaodong Zhai và cộng sự¹, Lee JH và cộng sự². Theo Xiaodong Zhai và cộng sự¹, tỷ lệ UBTK cao hơn UMNT ở giới nam, cột sống thắt lưng; tỉ lệ UMNT cao hơn UBTK ở cột sống ngực. Có một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tăng tỉ lệ mắc UMNT như: hormone nội sinh hoặc ngoại sinh, béo phì, thuốc lá; yếu tố giảm tỉ lệ mắc là phụ nữ cho con bú⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UBTK cao hơn UMNT ở giới nam, cột sống thắt lưng, phù hợp với kết quả các báo cáo trước đây. Ngoài ra UBTK còn cao hơn UMNT ở cột sống cổ và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cột sống ngực.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang hơn UMNT có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%, trong đó 64.3% UBTK có tín hiệu dạng nang và không có UMNT nào có tín hiệu dạng nang. Eiichiro Iwata và cộng sự⁵, Lee JH và cộng sự², Xiaodong Zhai và cộng sự¹, Wei Chiang Liu và cộng sự⁴ đều cho thấy tín hiệu dạng nang (tăng tín hiệu mạnh trên T2W) hay gặp ở UBTK hơn UMNT có ý nghĩa thống kê, cho rằng tín hiệu dạng nang là yếu tố tốt để chẩn đoán phân biệt UBTK. UBTK có 2 kiểu mô bệnh học điển hình là Antoni A là vùng dày đặc tế bào và Antoni B là vùng ít tế bào, giữa các tế bào có thoái hóa nang chứa đầy chất nhầy ưa bazơ, các vi nang có thể kết hợp lại thành các nang lớn⁹. Kiểu Antoni B là yếu tố chính tạo nên tín hiệu dạng nang. Số lượng vùng Antoni B thay đổi, có thể ít hoặc thiếu hoàn toàn⁹. Tỉ lệ hay gặp của tín hiệu dạng nang ở UBTK có thể là nguyên nhân tín hiệu trên T2W của UBTK tăng hơn UMNT trong nhiều nghiên cứu. Theo Xiaodong Zhai và cộng sự¹, UBTK có tăng tín hiệu không đều trên T2W so với UMNT có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Ngược lại, UMNT có thể giảm tín hiệu trên T2W do vôi hóa khoảng 20–30%³. Hơn nữa, theo Akinobu Suzuki và cộng sự¹⁰, hiếm gặp tín hiệu dạng nang ở UMNT ở tuỷ sống.

Phù hợp với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy dấu hiệu đuôi màng cứng hay gặp ở UMNT hơn UBTK có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%^{1,2,4,5}. Dấu hiệu đuôi màng cứng là một trong các dấu hiệu gợi ý UMNT nhưng không đặc hiệu, có thể gặp ở di căn màng mềm, bệnh u hạt, u lympho. Dấu hiệu đuôi màng cứng gặp ở 64% UMNT theo Lee JH và cộng sự², 60.4% theo Xiaodong Zhai và cộng sự¹, 57% theo Alorainy và cộng sự, tương tự nghiên cứu chúng tôi với tỷ lệ 55.6%. Chỉ có 1

UBTK trong nghiên cứu của chúng tôi có dấu hiệu đuôi màng cứng, chiếm 2.4%. Lee JH và cộng sự² cũng báo cáo có 2 bệnh nhân UBTK có dấu hiệu đuôi màng cứng (chiếm 1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu đuôi màng cứng có SE thấp 55.6% cho chẩn đoán phân biệt UMNT, tuy nhiên có SP, PPV và NPV cao lần lượt là 97.6%, 90.9%, 83.7%; tương tự kết quả của Xiaodong Zhai và cộng sự¹ với SE chỉ 60.4% nhưng SP, PPV và NPV cao lần lượt là 93.6%, 84.2%, 80.7%; theo Liu và cộng sự⁴ với SE, SP, PPV lần lượt là 58.3%, 94.6%, 80.8%. Theo Alorainy và cộng sự, dấu hiệu đuôi màng cứng ở UMNT hay gặp như u màng não trong sọ và không phải là dấu hiệu xâm lấn của u mà phản ánh phản ứng xơ mạch mô.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu rộng lỗ liên hợp hay gặp ở UBTK hơn UMNT có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% với tỷ lệ rộng lỗ liên hợp chiếm 28.6% các UBTK và chỉ có 1 trường hợp UMNT có rộng lỗ liên hợp (5.6%), SE và NPV thấp (lần lượt là 28.6% và 36.2%) nhưng có SP và PPV cao (lần lượt là 94.4% và 92.3%), tương tự nghiên cứu của Liu và cộng sự⁴ có 18% UBTK và 0% UMNT làm rộng lỗ liên hợp, dấu hiệu rộng lỗ liên hợp hay gặp ở UBTK hơn UMNT có ý nghĩa thống kê với SE, SP, PPV lần lượt là 19.6%, 100%, 100%. UBTK có thể lan từ khoang dưới màng cứng – ngoài tuỷ ra ngoài màng cứng tạo hình giống quả tạ (dấu hiệu Dumbbell), làm rộng lỗ liên hợp, do u phát sinh từ tế bào Schwann rễ sau thần kinh sống⁶. Ngược lại, UMNT thường không lan qua lỗ liên hợp, rất hiếm làm rộng lỗ liên hợp, còn gọi là "dumbbell-type meningioma"⁶. Nghiên cứu của Iwata và cộng sự⁵ cho thấy có 14/56 UBTK và 1/24 UMNT có dạng Dumbbell, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm tín hiệu dạng nang, dấu hiệu đuôi màng cứng, làm rộng lỗ liên hợp có thể cung cấp các dữ kiện hữu ích để phân biệt UBTK và UMNT trên hình ảnh CHT. UBTK hay gặp tín hiệu dạng nang, dấu hiệu làm rộng lỗ liên hợp hơn UMNT; còn UMNT hay gặp dấu hiệu đuôi màng cứng hơn UBTK có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhai X, Zhou M, Chen H, et al. Differentiation between intraspinal schwannoma and meningioma by MR characteristics and clinic features. *Radiol Med (Torino)*. 2019;124 (6):510-521. doi:10.1007/s11547-019-00988-z
2. Lee JH, Kim HS, Yoon YC, Cha MJ, Lee SH,

- Kim ES. Differentiating between spinal schwannomas and meningiomas using MRI: A focus on cystic change. PLOS ONE. 2020;15(5): e0233623. doi:10.1371/journal.pone.0233623
3. Takashima H, Takebayashi T, Yoshimoto M, et al. Differentiating spinal intradural-extramedullary schwannoma from meningioma using MRI T2 weighted images. Br J Radiol. 2018;91(1092):20180262. doi:10.1259/bjr.20180262
4. Liu WC, Choi G, Lee SH, et al. Radiological findings of spinal schwannomas and meningiomas: focus on discrimination of two disease entities. Eur Radiol. 2009;19(11):2707-2715. doi:10.1007/s00330-009-1466-7
5. Iwata E, Shigematsu H, Yamamoto Y, et al. Preliminary algorithm for differential diagnosis between spinal meningioma and schwannoma using plain magnetic resonance imaging. J Orthop Sci Off J Jpn Orthop Assoc. 2018;23(2):408-413. doi:10.1016/j.jos.2017.11.012
6. Chen JC, Tseng SH, Chen Y, Tzeng JE, Lin SM. Cervical dumbbell meningioma and thoracic dumbbell schwannoma in a patient with neurofibromatosis. Clin Neurol Neurosurg. 2005; 107(3):253-257. doi:10.1016/j.clineuro.2004.06.012
7. Cohen-Gadol AA, Zikel OM, Koch CA, Scheithauer BW, Krauss WE. Spinal meningiomas in patients younger than 50 years of age: a 21-year experience. J Neurosurg Spine. 2003;98(3):258-263. doi:10.3171/spi.2003.98.3.0258
8. Intradural Extramedullary Spinal Neoplasms: Radiologic-Pathologic Correlation | RadioGraphics. Accessed April 5, 2021. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2019180200>
9. Wippold FJ, Lubner M, Perrin RJ, Lämmle M, Perry A. Neuropathology for the neuroradiologist: Antoni A and Antoni B tissue patterns. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(9):1633-1638. doi:10.3174/ajnr.A0682

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TỔN THƯƠNG MẠCH NÃO CỦA NHỒI MÁU KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Thị Ngọc Linh², Phạm Duy Tùng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu khu vực động mạch não sau và phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tổn thương mạch não của nhồi máu khu vực động mạch não sau. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân trong đó 44 nam, 24 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83. Các yếu tố nguy cơ hàng đầu vẫn là các yếu tố gây xơ vữa mạch máu. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (77,9%), uống rượu (44,1%), hút thuốc lá (38,2%), đái tháo đường (39,7%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (29,4%). Tiền sử tai biến mạch não ít gặp hơn (16,2%). Yếu tố nguy cơ hàng đầu của huyết khối từ tim là rung nhĩ đứng thứ sáu (11,8%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương mạch máu và số yếu tố nguy cơ với $p < 0,05$. Bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân có dưới 2 yếu tố

nguy cơ. Mức độ tàn phế sau 30 ngày ở những bệnh nhân tắc mạch chính cao gấp 16,5 lần nhóm tắc mạch xiên.

Từ khóa: Nhồi máu khu vực động mạch não sau, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN RISK FACTORS AND CEREBRAL BLOOD VESSEL DAMAGE OF POSTERIOR CEREBRAL ARTERY INFARCTION

Objective: To describe risk factors of posterior cerebral artery infarction and to analysis relationship between risk factors and cerebral blood vessel damage of posterior cerebral artery infarction. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study of 68 patients with posterior cerebral artery infarction treated at the Department of Neurology, Bach Mai Hospital from March 2017 to March 2018. **Results:** Mean age was 64.79 ± 11.29, male/female ratio was 1.83. The leading risk factors are still those that cause atherosclerosis. Hypertension is the most common risk factor (77.9%), alcohol consumption (44.1%), smoking (38.2%), diabetes (39.7%), metabolic disorder. blood lipids (29.4%), history of stroke is less common (16.2%). The leading risk factor for thrombosis from the heart is atrial fibrillation (11.8%). There is a statistically significant relationship between the degree of vascular damage and the number of risk factors with $p < 0.05$. Patients with more than 2 risk factors were 2.8 times more likely to have a major embolism than patients with less than 2 risk factors. The degree of disability after 30 days in patients with major occlusion was 16.5 times higher other group.

Keywords: Posterior cerebral artery infarction, risk factors.

¹Trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN

⁴Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022