

khó qua ống nội soi mềm là an toàn và cần thiết. Thời gian thực hiện của chúng tôi nhanh hơn của tác giả có thể do chúng tôi thực hiện kỹ thuật thường xuyên hơn do đó thời gian thực hiện của chúng tôi nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặt NKQ khó bằng đèn soi ống mềm có dùng an thần tĩnh cho hiệu quả tốt hơn, thời gian nhanh hơn và an toàn ở người bệnh áp xe vùng hàm mặt khít hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahran E, Hassan M** (2016). Comparative randomised study of GlideScope® video laryngoscope versus flexible fibre-optic bronchoscope for awake nasal intubation of oropharyngeal cancer patients with anticipated difficult intubation. *Indian J Anaesth*. 60(12):936-938.
2. **Roshan M.S., Shital N.M. et al.** (2016), "Awake fiberoptic intubation in patients of deep neck infections: experience at rural tertiary care hospital: case series", *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(12).
3. **Ismail A.J., Wan Ahmeed W.A., Mohd Zaini R.H. et al.** (2021), "Awake Nasal Fiberoptic Intubation in Diffuse Para-pharyngeal Abscess", 22(22): 1-5.
4. **Goldberg M., Larijani G., Azad S. et al.** (1989), "Comparison of tracheal intubating

- conditions and neuromuscular blocking profiles after intubating doses of mivacurium chloride or succinylcholine in surgical outpatients", 69(1): 93-99.
5. **Nguyễn Thị Thanh Huyền** (2022), So sánh hiệu quả khởi mê, thoát mê và tác dụng trên tuần hoàn giữa gây mê kết hợp propofol TCI với ketamin và etomidat với sevofluran ở bệnh nhân cao tuổi, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà nội.
 6. **Alhomary M., Ramadan E., Curran E. et al.** (2018), "Videolaryngoscopy vs. fiberoptic bronchoscopy for awake tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis", 73(9): 1151-1161
 7. **Lallo, Alexandre MD. et al.** A Comparison of Propofol and Remifentanyl Target-Controlled Infusions to Facilitate Fiberoptic Nasotracheal Intubation. *Anesthesia & Analgesia* 108(3):p 852-857, March 2009.
 8. **Ahmad I., El-Boghdady K., Bhagrath R. et al.** (2020), "Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults", 75(4): 509-528.
 9. **Vourc'h M., Huard D., Le Penndu M. et al.** (2023), "High-flow oxygen therapy versus facemask preoxygenation in anticipated difficult airway management (PREOPTI-DAM): an open-label, single-centre, randomised controlled phase 3 trial".
 10. **Cabrini L., Redaelli M.B., Ball L. et al.** (2019), "Awake fiberoptic intubation protocols in the operating room for anticipated difficult airway: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", 128(5): 971-980.

BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Lê Thị Nguyệt², Trần Quang Lục^{2,3}, Nguyễn Minh Châu^{1,2}, Trần Phan Ninh^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện E sau khi dùng tiêu sợi huyết. Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não và đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt

lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1. Tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 75%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 55%. Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và xóa dải băng thùy đảo là hai dấu hiệu thường gặp nhất trên cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang với tỷ lệ lần lượt là 64% và 52%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NHISS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ tuần hoàn bàng hệ với $p < 0,05$. **Kết luận:** CLVT não - mạch não có giá trị trong chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, tắc tuần hoàn não trước, cắt lớp vi tính mạch não.

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCTION DUE TO

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

⁴Bệnh Viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

ANTERIOR CEREBRAL CIRCULATION OCCLUSION AT E HOSPITAL

Purpose: To evaluate the correlation between brain computed tomography findings and some clinical characteristics in patients with acute stroke due to anterior cerebral circulation occlusion. **Subjects and methods:** 40 patients diagnosed with acute stroke due to anterior cerebral circulation occlusion were treated with mechanical thrombectomy at E Hospital after receiving thrombolytic therapy. Describe brain computed tomography imaging characteristics and assess the correlation between brain computed tomography findings and some clinical features in patients with acute cerebral infarction due to anterior cerebral circulation occlusion. **Results:** The male/female ratio was 1.5/1. Age ≥ 60 accounted for the highest proportion at 75%, hypertension was the most common risk factor at 55%. Signs of decreased density of the lentiform nucleus and loss of the insular ribbon were the two most common signs on non-contrast CT, with rates of 64% and 52% respectively. There was a statistically significant correlation between Glasgow score, NIHSS score, MRC score and mRS score with the degree of collateral circulation with $p < 0.05$. **Conclusion:** Brain computed tomography is valuable in diagnosing acute cerebral infarction due to anterior cerebral circulation occlusion. **Keywords:** Acute cerebral infarction, anterior cerebral circulation occlusion, cerebrovascular computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quỵ không chỉ nằm ở tỷ lệ tử vong cao cùng với tỷ lệ mắc bệnh cao mà còn dẫn đến 50% số người sống sót bị tàn tật¹. Đột quỵ phân thành hai loại chính gồm nhồi máu não và xuất huyết não. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng việc chẩn đoán xác định loại đột quỵ não, định hướng điều trị và theo dõi bệnh nhân. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) không tiêm thuốc trước hết giúp loại trừ tổn thương xuất huyết não, sau đó là đánh giá mức độ nặng của tổn thương nhồi máu não thông qua thang điểm ASPECTS với vòng tuần hoàn trước². Cắt lớp vi tính mạch não (CTA) có vai trò xác định vị trí mạch tắc, đánh giá chính xác tuần hoàn bàng hệ (THBH). Đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, được tiến hành nhanh chóng, thuận tiện và có tính phổ biến cao, phù hợp với tính chất và yêu cầu trong cấp cứu đột quỵ não. Gần đây THBH được chỉ ra là một yếu tố quan trọng để tiên lượng kết cục nhồi máu não³. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 40 BN NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp mạch tại Bệnh viện E từ ngày 01/01/2023 đến ngày 30/04/2024.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các BN được chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được chụp CLVT và điều trị bằng can thiệp mạch tại Bệnh viện E sau khi dùng tiêu sợi huyết.

- Các BN có điểm ASPECT ≥ 6 điểm

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Loại trừ BN có bệnh lý khác kèm theo như u não, chấn thương sọ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Phương pháp lấy số liệu: Hồi cứu và tiến cứu.

Tất cả BN hồi cứu và tiến cứu đều được chụp CLVT não - mạch não theo quy trình kỹ thuật của Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện E. Các thông tin về hình ảnh CLVT não - mạch não được lấy trên hệ thống PACS của Bệnh viện.

* **Kỹ thuật chụp CLVT:** Thực hiện trên máy CLVT 64 dãy hãng Siemens

Chụp CLVT sọ não không tiêm thuốc

- Chụp xoắn ốc từ nền sọ đến hết vòm sọ.

- Điện áp 120kV, 250mAs, pitch 1. Độ dày lớp cắt 5mm recon 1mm.

Kỹ thuật chụp CLVT mạch máu não (CTA): Chụp CTA được thực hiện theo quy trình chụp 2 pha theo protocol: Điện áp 120kV, 250mAs, pitch 1. Độ dày lớp cắt 5mm recon 1mm. Sử dụng thuốc cản quang Omnipaque 300mg I/ml, liều 100ml, tốc độ bơm 3,5ml/giây.

- Pha 1: chụp từ quai ĐM chủ đến vòm sọ. Thời điểm chụp sau khi ROI đặt vào quai động mạch chủ đạt 100HU.

- Pha 2: chụp từ nền sọ đến vòm sọ. Thời điểm chụp sau khi thực hiện xong pha 1 khoảng 40 giây.

* Đánh giá hình ảnh:

- Đánh giá các dấu hiệu nhồi máu não sớm.

- Đánh giá tuần hoàn bàng hệ trên CTA.

* Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính và một số tiền sử bệnh lý hay gặp bao gồm tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn mỡ máu (RLMM), rung nhĩ, suy tim, tiền sử đột quỵ não cũ.

- Điểm Glasgow (GCS), NIHSS, MRC khi nhập viện và điểm mRS khi ra viện.

- Các dấu hiệu nhồi máu não sớm trên CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang bao gồm tăng đậm độ động mạch não giữa, giảm đậm độ

nhân bào, xóa dải băng thùy đảo, mất phân biệt chất trắng – chất xám và xóa các rãnh cuộn não.

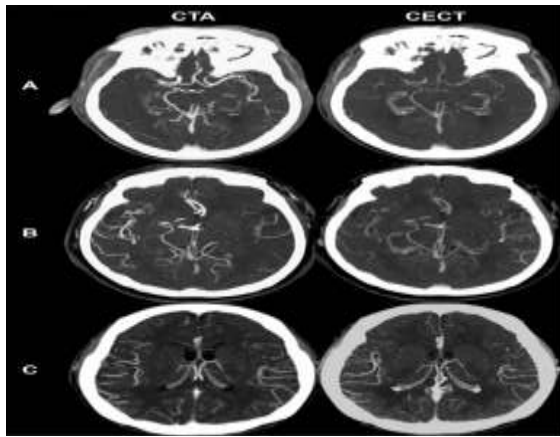
- Đánh giá THBH trên CTA 2 pha đánh giá dựa trên hình ảnh MIP hướng axial trên phim CTA thì động mạch (ĐM) và thì tĩnh mạch (TM) bằng cách sử dụng thang điểm 4 điểm⁴:

0 = không có THBH trong vùng ĐM bị tắc nghẽn.

1 = có một số nhánh THBH trong vùng ĐM bị tắc nghẽn nhưng vẫn còn vùng không có mạch trên thì TM.

2 = THBH chậm nhưng hoàn chỉnh chỉ có thể phát hiện trên thì TM.

3 = THBH nhanh và hoàn chỉnh trên cả thì ĐM và thì TM.



Hình 1. Đánh giá tuần hoàn bằng hệ trên CTA 2 pha

(Nguồn tác giả Na - Young S⁴)

Một số nhánh THBH của vùng động mạch bị tắc nghẽn trên CTA với một số vùng không có mạch vẫn tồn tại trên CECT (Độ 1). B, Một số nhánh THBH của vùng động mạch bị tắc nghẽn trên CTA với sự lấp đầy hoàn toàn trên CECT (Độ 2). C, THBH trong toàn bộ vùng động mạch bị tắc nghẽn trên cả CTA và CECT (Độ 3).

***Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 26.0. Tính tỷ lệ phần trăm với các biến định tính, tính giá trị trung bình (X) và độ lệch chuẩn (SD) với các biến định lượng. So sánh tỷ lệ của các nhóm nghiên cứu bằng test Chi – Square, test Fisher's Exact.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- 40 BN gồm 24 nam (60%), 16 nữ (40%), tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1.

- Tuổi trung bình 67,7 ± 14,7 (từ 35 - 94 tuổi). 30 BN ≥ 60 tuổi (75%)

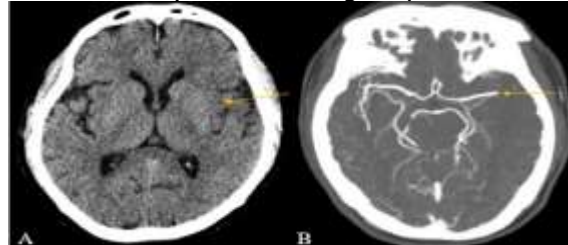
- THA chiếm tỷ lệ cao nhất 55%, RLMM 20%, rung nhĩ 15% và ĐTĐ 10%.

3.2. Liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não với một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Dấu hiệu NMN trên CLVT sọ não không tiêm

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n=25)	Tỷ lệ %
Tăng đậm độ ĐM não giữa	10	40%
Giảm đậm độ nhân bào	16	64%
Dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo	13	52%
Mất phân biệt chất trắng – chất xám	10	40%
Xóa các rãnh cuộn não	10	40%
Dấu hiệu điển hình	3	12%

Trong các dấu hiệu NMN sớm trên CLVT thường gặp là dấu hiệu giảm đậm độ nhân bào 64% và dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo 52%.



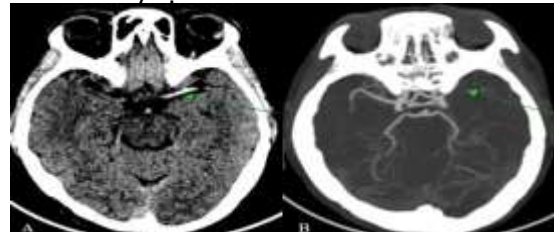
Hình 2. BN Đinh Quốc B, 60 tuổi, mã hồ sơ 2308025099

Dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo trái (Hình A mũi tên), tắc động mạch não giữa trái trên CTA (Hình B mũi tên).

Bảng 2. Mức độ THBH trên CTA

Mức độ THBH	Số bệnh nhân (n=40)	Tỷ lệ %
Kém	4	10%
Trung bình	22	55%
Tốt	14	35%
Tổng	40	100%

Trong 40 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân tuần hoàn bằng hệ trung bình chiếm tỷ lệ 55%, có 14 bệnh nhân tuần hoàn bằng hệ tốt chiếm tỷ lệ 35% và có 4 bệnh nhân có tuần hoàn bằng hệ kém chiếm tỷ lệ 10%.



Hình 3. BN Tô Thị L. 54 tuổi, mã hồ sơ 2307008702

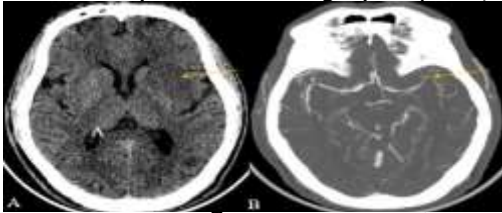
Tăng đậm độ ĐM não giữa bên trái trên phim CLVT sọ não không tiêm (Hình A mũi tên).

Tắc đoạn M1 ĐM não giữa bên trái trên CTA (Hình B mũi tên).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các thang điểm lâm sàng với mức độ THBH

THBH	Kém (n=4)	Trung bình (n=22)	Tốt (n=14)	p	
GCS	15	0(0%)	2(20%)	8(80%)	0,014
	9-14	4(13,8%)	19(65,5%)	6(20,7%)	
	6-8	0(0%)	1(100%)	0(0%)	
NIHSS	5-15	1(4,5%)	8(46,4%)	13(59,1%)	< 0,001
	16-20	1(6,25%)	14(87,5%)	1(6,25%)	
	21-42	2(100%)	0(0%)	0(0%)	
MRC	0-2	3(15%)	16(80%)	1(5%)	< 0,001
	3-4	1(5%)	6(30%)	13(65%)	
mRS	0-1	0(0%)	1(14,3%)	6(85,7%)	0,001
	2-3	0(0%)	10(58,8%)	7(41,2%)	
	4-6	4(25%)	11(68,8%)	1(6,2%)	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NIHSS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ tuần hoàn bàng hệ với $p < 0,05$.



Hình 4. BN Nguyễn Văn V. 60 tuổi, mã hồ sơ 2308022404

Giảm đậm độ nhân bèo và thùy đảo trái trên phim CLVT sọ não không tiêm (Hình A mũi tên). Tắc ĐM não giữa bên trái trên CTA (Hình B mũi tên).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi các dấu hiệu NMN sớm trên hình ảnh CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang hay gặp nhất là dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo chiếm 64%, tiếp đến là dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo chiếm 52%, dấu hiệu tăng đậm độ ĐM não giữa chiếm 40%, dấu hiệu mất phân biệt chất trắng – chất xám và dấu hiệu xóa các rãnh cuộn não chiếm 40%, dấu hiệu nhồi máu não điển hình chiếm 12% (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Minh và cộng sự (năm 2023), dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo gặp trong 60/92 trường hợp chiếm tỷ lệ 65,22%, dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo gặp trong 46/92 trường hợp chiếm tỷ lệ 50%, dấu hiệu mất phân biệt chất trắng – chất xám gặp trong 41/92 trường hợp chiếm tỷ lệ 44,57%, dấu

hiệu tăng đậm độ ĐM gặp trong 51/92 trường hợp chiếm tỷ lệ 55,43% và dấu hiệu xóa rãnh cuộn não gặp trong 31/92 trường hợp tỷ lệ 33,7%⁵. Về tỷ lệ các dấu hiệu sớm của NMN có nhiều khác biệt giữa các nghiên cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Wardlaw J.M. và cộng sự (năm 2005) làm phân tích tổng hợp từ 15 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gặp các dấu hiệu NMN sớm là $61 \pm 21\%$; tỷ lệ tăng đậm độ ĐM não giữa hay gặp nhất với 36 - 100%, tiếp theo là giảm đậm độ nhu mô não với 30 - 53%, mất phân biệt chất trắng - chất xám là 20 - 35%⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi có 22 bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ trung bình chiếm tỷ lệ 55%, có 14 bệnh nhân tuần hoàn bàng hệ tốt chiếm tỷ lệ 35% và có 4 bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ kém chiếm tỷ lệ 10% (Bảng 2). Nghiên cứu của tác giả Miteff F và cộng sự (2009) ở 92 bệnh nhân tắc ĐM não giữa cho thấy tỷ lệ THBH tốt trên CTA 1 pha ĐM là 51/92 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 55,4%⁷. Menon B.K và cộng sự (2015) nghiên cứu cùng 1 nhóm đối tượng và so sánh THBH trên CTA 3 pha và CTA 1 pha ĐM ở bệnh nhân NMN thấy tỷ lệ THBH tốt theo 2 phương pháp trên lần lượt là 82% và 62%⁷. Có nhiều khác biệt về mức độ tuần hoàn bàng hệ giữa các nghiên cứu.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NIHSS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ tuần hoàn bàng hệ với $p < 0,05$ (Bảng 3). Nghiên cứu của tác giả Ngô Tiến Quyền (2019) cho thấy điểm GCS càng thấp thì THBH càng kém, có mối liên quan giữa điểm GCS với điểm THBH, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ liệt chi càng nặng thì tuần hoàn bàng hệ càng kém, mức độ liệt chi có liên quan với thang điểm THBH, có sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ⁸. Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Rusanen, H., Saarinen, J. T. & Sillanpää, N.(2015), THBH kém có liên quan đến mức độ đột quỵ nghiêm trọng hơn theo điểm NIHSS vào viện (15 điểm ở nhóm THBH kém so với 7 điểm ở THBH tốt, $p = 0,005$) và sau điều trị 24 giờ (10 điểm so với 3 điểm, $p = 0,003$)⁹. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Nguyễn Thanh Tuấn (2023) cho thấy khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tàn phế nặng (mRS 3-6) khi vào viện giữa 3 nhóm THBH với $p < 0,05$: 95,7% ở nhóm THBH kém, so với 42,1% ở nhóm THBH tốt¹⁰.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế sau: Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít có 40 bệnh nhân do đó chưa thể thực hiện được một nghiên cứu ngẫu nhiên như mong đợi. Chúng tôi đánh giá THBH bằng kỹ thuật CTA 2

pha. Trên thế giới có một số ít các nghiên cứu sử dụng CTA 2 pha để đánh giá THBH, còn trong nước thì chưa có công trình nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy việc đánh giá THBH bằng CTA 2 pha còn cần được nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 BN NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước có can thiệp mạch tại Bệnh viện E. Chúng tôi đi đến một số kết luận sau:

- Tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1. Tuổi \geq 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 75%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 55%.

- Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và dấu hiệu xóa dải bằng thủy đảo là hai dấu hiệu thường gặp nhất trên cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang với tỷ lệ lần lượt là 64% và 52%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NHISS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ tuần hoàn bàng hệ với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Donkor ES.** Stroke in the 21(st) Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat* 2018, 3238165, doi:10.1155/2018/3238165 (2018).
2. **Bộ Y tế.** Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não" Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020 (Bộ Y tế, Hà Nội, 2020).

3. **Đặng Phúc Đức.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và tuần hoàn bàng hệ theo giới ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam* 525, 9 - 12 (2023).
4. **Na-Young S, Kyung-eun K, Mina P, et al.** Dual-phase CT collateral score: a predictor of clinical outcome in patients with acute ischemic stroke. *PLoS One* 9, e107379 (2014).
5. **Phạm Hồng Minh, Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh và cộng sự.** Đánh giá hiệu quả lấy huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn tuần hoàn trước không dùng thuốc tiêu sợi huyết. *Tạp chí y học Việt Nam* 522, 1 - 5 (2023).
6. **Wardlaw JM, Mielke O.** Early signs of brain infarction at CT: observer reliability and outcome after thrombolytic treatment systematic review. *Radiology* 235, 444-453 (2005).
7. **Miteff F, Christopher RL, Grant AB, et al.** The independent predictive utility of computed tomography angiographic collateral status in acute ischaemic stroke. *Brain* 132, 2231 - 2238 (2009).
8. **Ngô Tiên Quyên.** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học hệ động mạch cảnh trong qua chụp cắt lớp vi tính 6 dây ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện Quân Y 110, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên, (2019).
9. **Rusanen, H., Saarinen, J. T. & Sillanpää, N.** Collateral circulation predicts the size of the infarct core and the proportion of salvageable penumbra in hyperacute ischemic stroke patients treated with intravenous thrombolysis. *Cerebrovascular Diseases* 40, 182-190 (2015).
10. **Nguyễn Thanh Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tuần hoàn bàng hệ trên cắt lớp vi tính mạch não ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân Y, (2023).

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỌ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

Huỳnh Tế¹, Nghiêm Phương Thảo², Nguyễn Đức Khang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) động mạch cảnh trong (ICA: internal carotid artery) đoạn ngoài sọ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp (NMN). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 50 bệnh nhân nhồi máu não cấp nhập viện và điều trị tại bệnh viện nhân dân 115 từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu gồm 35 nam, 15 nữ, tuổi trung bình là $64,76 \pm 11,43$ tuổi. Vị trí tổn thương NMN cấp thuộc vùng chi phối động mạch não giữa chiếm tỷ lệ

100% (60% bên phải, 40% bên trái). Tỷ lệ hẹp ICA đoạn ngoài sọ cùng bên với NMN cấp tăng dần từ đoạn xa (10%) đến đoạn giữa (20%) và cao nhất tại đoạn gần (hình cảnh chiếm 70%). Tỷ lệ các loại MXV vôi hoá, MXV mềm, và MXV hỗn hợp gần như tương đương nhau. Kích thước trung bình MXV là $4,81 \pm 1,05$ mm (bề dày); $20,16 \pm 2,27$ mm (dài). Các dấu hiệu nguy cơ cao của MXV thường gặp là: Bắt thuốc thành mạch (90%), Thâm nhiễm mỡ quanh thành mạch (86%), chỉ số tái cấu trúc (74%). Đường kính trung bình lòng mạch cùng bên NMN $1,62 \pm 0,60$ (mm) hẹp hơn so với đối bên NMN có đường kính trung bình là $4,74 \pm 0,83$ (mm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Đặc điểm MXV, đặc biệt là MXV nguy cơ cao của ICA trên XQCLVT giúp tiên lượng được độ hẹp ICA, từ đó nâng cao chất lượng điều trị và dự phòng đột quỵ cho bệnh nhân. **Từ khóa:** mảng xơ vữa, động mạch cảnh trong, XQCLVT, nhồi máu não.

¹Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Nam Sài Gòn

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Nhân Dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tế

Email: huynhte9@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

SUMMARY

COMPUTED TOMATOGRAPHY