

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: Bất 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

CHARACTERISTICS OF THE EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFARCT

Objective: To investigate computed tomography (CT) features of the internal carotid artery (ICA) extracranial of patients with acute cerebral infarct (ACI). **Methods:** Retrospective study of 50 patients with ACI admitted and treated at People's Hospital 115 from January 2023 to December 2023. **Results:** The study involved 35 men, 15 women, with an average age of $64,76 \pm 11,43$ years. The location of ACI lesions in the middle cerebral artery region accounted for 100% (60% on the right side, 40% on the left side). The rate of stenosis of the extracranial ICA on the same side as ACI increased gradually from the distal segment (10%) to the middle segment (20%) and was highest in the proximal segment (70%). The rates of calcified plaque, soft plaque, and mixed plaque were approximately equal. The size of plaque was $4,81 \pm 1,05$ mm in thickness and $20,16 \pm 2,27$ mm in length. Common features of high-risk plaque were: arterial wall enhancement (90%), perivascular fat infiltration (86%), remodeling index (74%). The average diameter lumen diameter of the ICA on the same side ACI was $1,62 \pm 0,60$ mm, which was statistically significant narrower than that on the opposite side ($4,74 \pm 0,83$ mm) ($p < 0,001$). **Conclusion:** Plaque characteristics of ICA on CT scan, especially high-risk plaque, help improve the quality of treatment and stroke prevention for patients. **Keywords:** atherosclerotic plaque, internal carotid artery, computed tomography, cerebral infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một vấn đề thời sự của y học trên thế giới và Việt Nam gây tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ 2 chỉ sau bệnh tim thiếu máu cục bộ, để lại di chứng nặng nề, gánh nặng cho gia đình và xã hội (3). Trong đột quỵ não, NMN chiếm hơn 80%. Khoảng 15-20% đột quỵ là do hẹp động mạch cảnh ngoài sọ. Những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh gần đây, đặc biệt là chụp XQCLVT là một phương pháp chẩn đoán hiện đại ít xâm lấn, ít tai biến, có độ tin cậy cao chỉ sau DSA, đã dần thay thế DSA trong việc chẩn đoán lâm sàng. Chính vì đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán nhồi máu não cấp.
- Bệnh nhân được chụp XQCLVT động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân xuất huyết não (màng não và nhu mô não) được xác nhận trên phim XQCLVT

sọ não.

- Bệnh nhân bị nhồi máu não tuần hoàn sau.
- Hồ sơ lưu trữ không đủ các thông tin của nghiên cứu.
- Bệnh nhân có chất lượng hình ảnh trên XQCLVT không đảm bảo chẩn đoán.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

* Kỹ thuật thu thập số liệu:

Hình ảnh XQCLVT động mạch cảnh được chụp trên Máy CT scan Siemens 128 lát cắt

Kỹ thuật chụp XQCLVT mạch máu não ngoài sọ có dựng hình 3D:

- Máy XQCLVT đa lát cắt chụp theo hướng từ chân lên đầu (caudocranial); chuẩn trục, 0,625 mm; Các lát cắt được tái tạo ở độ dày 1,25 mm với khoảng cách tái tạo 1 mm để đánh giá mạch máu, trong khi hình ảnh dữ liệu thô 0,625 mm được sử dụng để dựng hình. Để đánh giá mô mềm sẽ được tái tạo ở độ dày 2,5 mm với khoảng cách tái tạo 2 mm để đánh giá các mô mềm.

- Bệnh nhân được chụp thì không tiêm để đánh giá nhu mô, sau đó chụp test bolus, đặt trường chụp vùng cổ ngang C4 làm test tìm đỉnh thuốc cản quang lên mạch não cao nhất, đo nhiều thì ở động mạch cảnh (lượng thuốc test thông thường là 10ml) hoặc có thể ước lượng theo thời gian tuần hoàn. Lựa chọn thời điểm chụp để phát tia X trong thì bơm thuốc, đặt trường chụp từ quai động mạch chủ cho tới vòng mạch đa giác Willis. Tiêm tĩnh mạch thuốc cản quang Xenetix (Iobitridol) 300mg I / 100ml liều từ 1,5-2ml/kg cân nặng bằng bơm tiêm điện hai nòng, có đuổi thuốc bằng nước muối sinh lý.

- Hình ảnh thu được sẽ được phân tích, dựng hình theo chương trình MIP, MRP, VRT, để bộc lộ tổn thương, dựng hình 3D mạch máu não, có thể bổ sung chương trình SSD, CR trong trường hợp cần thiết.

Biên số nghiên cứu: Khảo sát các đặc điểm MXV trên XQCLVT: kích thước MXV, đậm độ MXV, các đặc tính MXV: huyết khối, loét, bắt thuốc, thâm nhiễm mỡ, chỉ số tái cấu trúc, dấu hiệu viền; độ dày thành mạch, đường kính lòng mạch, độ hẹp lòng mạch được tính theo chỉ số đường kính NASCET.

Đường kính lòng hẹp

Đường kính xa

Chỉ số đường kính = 1 -

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 20 cho Macbook và Excel 2019. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ, hình ảnh và mô tả.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhân Dân 115, số 311/BVND115-NCKH, ngày 29/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 50 đối tượng nghiên cứu có 35 nam, 15 nữ, tỷ lệ nam cao hơn nữ, nam giới chiếm tỷ lệ 70% và nữ giới chiếm tỷ lệ 30%. Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu 64,76±11,43; cao nhất 89 tuổi, thấp nhất 37 tuổi.

Vị trí tổn thương nhồi máu não cấp thuộc vùng chi phối động mạch não giữa chiếm tỷ lệ 100%, trong đó bên phải chiếm 60% và bên trái chiếm 40%, sự khác biệt giữa hai bên không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Tỷ lệ hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên với MNM cấp tăng dần từ đoạn xa (10%) đến đoạn giữa (20%) và cao nhất tại đoạn gần (70%). Vị trí hẹp/tắc hay gặp nhất là chỗ hành cảnh chiếm tỷ lệ 70%. (hình 1).

Số lượng MXV cùng bên với MNM là 134, số lượng trung bình mảng xơ vữa trên 1 động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ là 2,67 ± 1,25. Giá trị số lượng MXV nhỏ nhất là 1 và giá trị số lượng MXV lớn nhất là 5.



Hình 1. Vị trí và tần suất hẹp ICA đoạn ngoài sọ

Bảng 1. Đậm độ trung bình các loại MXV

Đặc tính MXV	Tần số (%)	Đậm độ HU (TB±ĐLC)*
MXV vôi hóa	43 (32%)	330±189
MXV mềm	46 (35%)	28±9,86
MXV hỗn hợp	45 (33%)	91±17,67

(*) : Kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis Sự khác biệt đậm độ trung bình của các loại MXV có ý nghĩa thống kê với p<0,001

Bảng 2. Kích thước mảng xơ vữa

	GTNN	GTLN	TB± ĐLC
Bề dày thành mạch			1,40 ± 0,05

Bề dày MXV	3,2	7	4,81 ± 1,05
Chiều dài MXV	15	23	20,16 ± 2,27

(GTNN: giá trị nhỏ nhất, GTLN: giá trị lớn nhất, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, KTC: khoảng tin cậy)

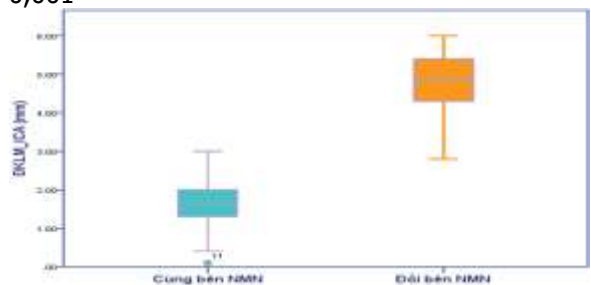
Bảng 3. Các dấu hiệu nguy cơ cao của MXV trong nhóm cứu

Đặc điểm	Tần số (N=50)	Tỷ lệ (%)
Bắt thuốc thành mạch	45	90%
Bắt thuốc mảng bám	25	50%
Huyết khối trong lòng mạch	8	16%
Thâm nhiễm mỡ quanh thành mạch	43	86%
Chỉ số tái cấu trúc	37	74%
Dấu hiệu viêm	24	48%

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh hẹp ICA trên XQCLVT

Đặc điểm	GTNN	GTLN	TB± ĐLC	KTC 95%
Đường kính trung bình lòng mạch chỗ hẹp nhất trong XQCLVT (mm)	0	3	1,62± 0,60	1,45– 1,79
Chiều dài trung bình đoạn hẹp trên XQCLVT (mm)	5	15	9,52± 2,84	8,72– 10,33
Mức độ hẹp lòng mạch trung bình (%)	50	100	77,12± 11,45	73,87– 80,37

Đường kính trung bình lòng mạch cùng bên MNM 1,62 ± 0,60 (mm) hẹp hơn so với đối bên MNM có đường kính trung bình là 4,74 ± 0,83 (mm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001



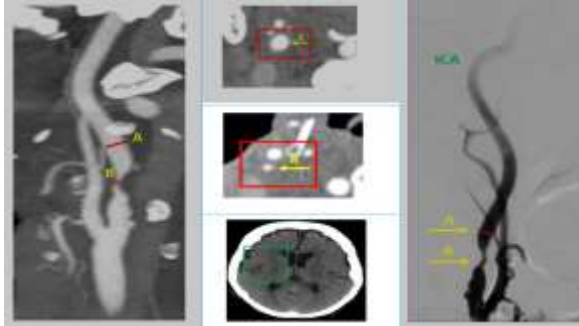
Biểu đồ 1. Đường kính ICA cùng bên và đối bên MNM

Bảng 5. Tổng hợp các giá trị trong phân tích hồi qui tuyến tính đơn biến với % độ hẹp ICA

Các yếu tố	β	α	R	R ²	P
Tuổi	0,006	0,374	0,612	0,374	0,001
Giới	0,025	0,739	0,101	0,010	0,486
Bề dày mảng xơ vữa	0,092	0,329	0,844	0,713	0,001
Chiều dài MXV	0,028	0,211	0,551	0,304	0,001

Chiều dài đoạn hẹp	0,020	0,582	0,492	0,227	0,001
Bề dày thành mạch máu	1,527	1,376	0,728	0,531	0,001

Khi phân tích hồi quy đa biến giữa độ hẹp ICA với các biến độc lập là tuổi, giới, bề dày màng xơ vữa, chiều dài mảng xơ vữa, chiều dài đoạn hẹp và bề dày thành mạch máu, phương trình hồi quy tuyến tính đa biến có dạng: % Độ hẹp = $0,083 + 0,102 \times$ Bề dày màng xơ vữa ($p=0,001$).



Hình 2. Bệnh nhân nam 75 tuổi có triệu chứng nhồi máu cấp tính ở thùy thái dương phải

Hẹp ICA đoạn ngoài sọ bên phải trên XQCLVT với mức độ hẹp 75% theo tiêu chí NASCET, có mảng xơ vữa hỗn hợp bị loét. XQCLVT sọ não cho thấy nhồi máu não bán cầu phải. Nguồn: bệnh viện nhân dân 115.

IV. BÀN LUẬN

Đột quỵ có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi nào, nhưng khi tuổi càng cao thì khả năng mắc bệnh càng lớn (1). Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $64,76 \pm 11,43$ tuổi, kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác (7),(9).

Vị trí mảng xơ vữa trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất ở hành cảnh (chiếm 70%), kết quả này phù hợp với xu hướng hình thành mảng xơ vữa tại chỗ chia đôi, nơi có tốc độ máu chảy cao và các dòng xoáy máu. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Hoàng Ngọc (8) và Nguyễn Hạnh Ngân (7).

Đậm độ trung bình mảng xơ vữa vôi, mảng xơ vữa mềm và mảng xơ vữa hỗn hợp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Wintermark Max và cs.(12) và Nandalur KR và cs.(6).

Về kích thước MXV, bề dày trung bình mảng xơ vữa trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,81 \pm 1,05$ (mm) gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả McNally JS và cs. (4) là $4,76 \pm 2,1$ (mm).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs. (11) cho thấy đường kính trung bình lòng mạch động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên nhồi máu não $4,9 \pm 0,2$ mm và đường kính trung bình lòng mạch đối bên nhồi máu não $5 \pm 0,2$ mm đều cao hơn của chúng tôi. Lý giải điều này là do nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs. lấy số đo trung bình của động mạch cảnh chung và động mạch cảnh trong. Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs. có tỷ lệ hẹp lòng mạch mức độ nhẹ (<50%) chiếm 62,5% trong khi nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hẹp lòng mạch mức độ trung bình (>50%) trở lên chiếm 100%.

Về các đặc điểm dấu hiệu nguy cơ cao, tỷ lệ huyết khối lòng mạch trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 16% (8/50) gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hediye Baradaran và cs.(2) và tác giả McNally JS cs. (4) có tỷ lệ lần lượt là 13% (14/108) và 18% (18/10). Đậm độ trung bình thành mạch bắt thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi là $61,74 \pm 10,79$ (HU) thấp hơn đậm độ trung bình thành mạch bắt thuốc của tác giả Javier M. Romero và cs. (10) $79,3 \pm 13$ (HU). Lý giải điều này là do toàn bộ đối tượng trong mẫu nghiên cứu của tác giả Javier M. Romero và cs. đều có hẹp lòng mạch mức độ nặng ($\geq 70\%$), trong khi mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm cả trường hợp hẹp lòng mạch mức độ nặng và mức độ trung bình (hẹp từ 50-69%). Chỉ số tái cấu trúc trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 37/50 (74%) trường hợp nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Toshiyasu Miura và cs.(5) và tác giả Jia Yang và cs.(13) lần lượt có tỷ lệ là 61% và 58% do trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều có biến cố NMN cấp trong khi nghiên cứu của tác giả Toshiyasu Miura và Jia Yang đối tượng nghiên cứu gồm cả NMN và TIA.

Các nghiên cứu tiền cứu trong tương lai đánh giá khả năng dự đoán tăng đậm độ mỡ quanh ICA như một dấu hiệu cho tình trạng viêm quanh ICA sẽ hữu ích để xem liệu đây có phải là dấu ấn sinh học có nguy cơ đột quỵ hay không. Giá trị trung bình đậm độ mỡ quanh mạch máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với giá trị trung bình đậm độ mỡ quanh mạch máu - $75,23 \pm 12,73$ (HU) của tác giả Zhang và cs.(14)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính trung bình lòng mạch động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên nhồi máu não $1,62 \pm 0,60$ (mm) và đường kính trung bình lòng mạch đối bên nhồi máu não $4,74 \pm 0,83$ (mm) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong khi nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs.

(11) đường kính trung bình lòng mạch động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên nhồi máu não $4,9 \pm 0,2$ mm và đường kính trung bình lòng mạch đối bên nhồi máu não $5 \pm 0,2$ mm đều cao hơn của chúng tôi. Lý giải điều này là do nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs. lấy số đo trung bình của động mạch cảnh chung và động mạch cảnh trong. Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu của tác giả Wintermark Max và cs. có tỷ lệ hẹp lòng mạch mức độ nhẹ (<50%) chiếm 62,5% trong khi nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hẹp lòng mạch mức độ trung bình (>50%) trở lên chiếm 100%.

Phân tích hồi qui đơn biến và đa biến đều cho thấy bề dày MXV là yếu tố quan trọng nhất trong việc đánh giá độ hẹp ICA cùng bên NMN.

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allen CL, Bayraktutan UJIjoS.** Risk factors for ischaemic stroke. 2008;3(2):105-16.
2. **Baradaran H, Eisenmenger LB, Hinckley PJ, de Havenon AH, Stoddard GJ, Treiman LS, et al.** Optimal carotid plaque features on computed tomography angiography associated with ischemic stroke. 2021;10(5):e019462.

3. **Katan M, Luft A, editors.** Global burden of stroke. Seminars in neurology; 2018: Thieme Medical Publishers.
4. **McNally JS, McLaughlin MS, Hinckley PJ, Treiman SM, Stoddard GJ, Parker DL, et al.** Intraluminal thrombus, intraplaque hemorrhage, plaque thickness, and current smoking optimally predict carotid stroke. 2015;46(1):84-90.
5. **Miura T, Matsukawa N, Sakurai K, Katano H, Ueki Y, Okita K, et al.** Plaque vulnerability in internal carotid arteries with positive remodeling. 2011;1(1):54-65.
6. **Nandalur KR, Baskurt E, Hagspiel KD, Phillips CD, Kramer CMJAAJor.** Calcified carotid atherosclerotic plaque is associated less with ischemic symptoms than is noncalcified plaque on MDCT. 2005;184(1):295.
7. **Nguyễn Hạnh Ngân, Nguyễn Trọng Hưng.** Lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;522(1).
8. **Nguyễn Hoàng Ngọc.** Nghiên cứu tình trạng hẹp động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não và hẹp động mạch cảnh không triệu chứng bằng siêu âm Doppler: Luận văn tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội; 2002.
9. **Phùng Đức Lâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương hệ động mạch cảnh trong ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não: Luận văn tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội; 2017.
10. **Romero JM, Babiarez LS, Forero NP, Murphy EK, Schaefer PW, Gonzalez RG, et al.** Arterial wall enhancement overlying carotid plaque on CT angiography correlates with symptoms in patients with high grade stenosis. 2009;40(5):1894-6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU CAN THIỆP BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NĂM 2024 TẠI BỆNH VIỆN TƯQĐ 108

Nguyễn Thị Thuý Hằng¹, Trần Thanh Tuấn², Vũ Thị Tắm²,
Trần Thị Thu Thuý², Đỗ Thị Loan², Đặng Việt Đức²,
Nguyễn Thị Kim Dung¹, Nguyễn Trọng Tuyển²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp động mạch chi dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2024 và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp.
Đối tượng và phương pháp: thiết kế nghiên cứu

mô tả, tiến cứu. Chúng tôi thu thập 150 bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới được can thiệp nội mạch tại khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch, bệnh viện TƯQĐ 108 qua hồ sơ bệnh án, bảng kiểm trong can thiệp, và phỏng vấn bệnh nhân từ đó chúng tôi đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan kết quả chăm sóc người bệnh sau can thiệp. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình $71,9 \pm 9,8$, nam giới 66%. Tăng huyết áp 89,3%, đái tháo đường 43,3%, hút thuốc 35,3%, uống rượu bia 29,3%. Các triệu chứng lâm sàng cải thiện sau can thiệp: đau cách hồi giảm từ 66% trước can thiệp xuống 15% trước ra viện, tăng khoảng cách đi bộ trên 200m từ 16,7% trước can thiệp lên 81,3% sau can thiệp. Mức độ đau (VAS) giảm từ 53,3% đau nhiều trước can thiệp xuống 25,3% đau nhiều trước ra viện. Lo âu vừa - nặng giảm từ 43,4% trước can thiệp

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Tuyển

Email: trongtuyen108@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024