

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN NHỒI MÁU NÃO TRƯỚC TRONG VÒNG 24H KỂ TỪ KHI PHÁT HIỆN BỆNH

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Thị Hoa², Nguyễn Văn Kiên²,
Nguyễn Minh Châu^{1,2}, Trần Quang Lục^{2,3}, Trần Phan Ninh^{2,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quy 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 tật². Đột quy 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 quy não, định hướng điều trị và theo dõi bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán nhồi máu não trước trong vòng 24h kể từ khi phát hiện bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** 130 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) cấp do tắc tuần hoàn não trước đã điều trị bằng can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện E. 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 = 1,55/1. Tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,9%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 54,6%. Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và xóa dài 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 70% và 53,8%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, thang điểm đột quy (NIHSS), điểm của hội đồng y học Vương Quốc Anh (MRC) và thang điểm Rankin (mRS) với mức độ tuần hoàn bàng hệ (THBH) 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

MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS IN DIAGNOSING ANTERIOR CIRCULATION INFARCTION WITHIN 24 HOURS OF SYMPTOM ONSET

Background: Stroke is the second leading cause of death worldwide. The burden of stroke lies not only in its high mortality and morbidity rates but also in the fact that 50% of survivors are left disabled. Stroke is mainly classified into two types: cerebral infarction

and cerebral hemorrhage. Imaging diagnostics play a crucial role in determining the type of stroke, guiding treatment, and monitoring patients. **Objective:** To study the characteristics of multi-slice computed tomography in diagnosing anterior circulation infarction within 24 hours of symptom onset. **Subjects and Methods:** 130 patients diagnosed with acute cerebral infarction due to anterior circulation occlusion who were treated with mechanical thrombectomy at E Hospital. Describe the characteristics of brain and cerebral vascular on MSCT and evaluate the relationship between brain and cerebral vascular CT characteristics with some clinical features in patients with acute circulation infarction. **Results:** The male/female ratio was 1.55/1. Patients aged ≥ 60 accounted for the highest proportion at 73.9%, with hypertension being the most common risk factor at 54.6%. The signs of hypodensity of the lentiform nucleus and loss of insular ribbon were the two most common signs on non-contrast brain CT scans, with rates of 70% and 53.8% respectively. There was a statistically significant relationship between Glasgow Coma Scale, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Medical Research Council (MRC) scale, and modified Rankin Scale (mRS) with the degree of collateral circulation ($p < 0.05$). **Conclusion:** Brain and cerebral vascular CT characteristics are valuable in diagnosing acute circulation infarction. **Keywords:** Acute cerebral infarction, anterior circulation occlusion, cerebral vascular computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não bao gồm nhồi máu não (NMN) và xuất huyết não (XHN), trong đó có khoảng 85% là nhồi máu não. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có 15 triệu người bị đột quy não trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ người bị đột quy ngày càng gia tăng từ 200/100.000 người/năm (1990) lên đến 250/100.000 người/năm (2010). Mỗi năm Việt Nam ghi nhận thêm 200.000 ca mắc mới đột quy và 11.000 tử vong do đột quy. Nhồi máu não và XHN khó có thể phân biệt được nếu như chỉ căn cứ vào các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng. Vì vậy, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ não hiện nay là bắt buộc². Đột quy là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quy 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 tật³. Đột quy phân thành hai loại chính gồm NMN và xuất huyết

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: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

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 XHN, sau đó là đánh giá mức độ nặng của tổn thương NMN 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 não². Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả hình ảnh cắt lớp vi tính đa dày trong chẩn đoán nhồi máu não trước trong vòng 24h kể từ khi phát hiện bệnh

2. 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. 130 bệnh nhân NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước được điều trị bằng can thiệp mạch tại Bệnh viện E từ ngày 01/01/2020 đến ngày 30/09/2024.

2.1.1. 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 \geq 6 điểm

- Tuổi của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

- Tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính sọ - mạch não \leq 24h từ khi có triệu chứng theo quy trình chụp cắt lớp vi tính nhồi máu não cấp tại Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện E.

- Tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện E.

- Có đủ thông tin hồ sơ bệnh án lưu trữ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ dữ liệu hình ảnh hoặc hình ảnh không đạt chất lượng chẩn đoán.

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

- Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. 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 E.

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện E

Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2020 – 30/09/2024

Cách chọn mẫu: thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tối thiểu trên 100 bệnh nhân

2.2.3. 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 các dấu hiệu nhồi máu não sớm.

- Đánh giá tuần hoàn bàng hệ trên CTA.

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

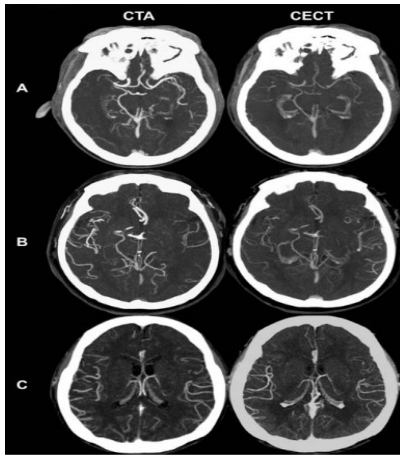
- Đánh giá THBH trên CTA 2 pha đánh giá dựa trên hình ảnh MIP hướng axial trên phim CTA thì động mạch (ĐM) và thì tĩnh mạch (TM) bằng cách sử dụng thang điểm 4 điểm⁴:

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 2.1. Đánh giá THBH trên CTA 2 pha
(Nguồn tác giả Na - Young S⁵)

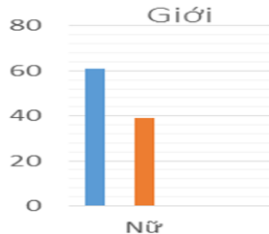
A. Một số nhánh THBH của vùng động mạch bị tắc nghẽn trên CTA với một số vùng không có mạch vẫn tồn tại trên CECT (Độ 1). B. Một số nhánh tuần hoàn của vùng động mạch bị tắc nghẽn trên CTA với sự lấp đầy hoàn toàn trên CECT (Độ 2). C. THBH trong toàn bộ vùng động mạch bị tắc nghẽn trên cả CTA và CECT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

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới

- 130 BN gồm 79 nam (60,8%), 51 nữ (39,2%), tỷ lệ nam/nữ: 1,55/1.



Biểu đồ 3.1: Giới

- Tuổi trung bình 68,12 ± 14,331 (từ 36 - 96 tuổi). 96 BN ≥ 60 tuổi (73,9%)

3.1.2. Bệnh nền

- THA chiếm tỷ lệ cao nhất 54,6%, RLMM 20,8%, rung nhĩ 14,6% và ĐTD 9,2%



Biểu đồ 3.2: Bệnh nền

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

Đặc điểm hình ảnh nhu mô não trên CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang, các dấu hiệu sớm của NMN, vị trí ổ nhồi máu, kích thước ổ nhồi máu, số lượng ổ nhồi máu, vị trí tắc mạch lớn, liên quan giữa thời gian khởi phát đột quỵ với tổn thương nhu mô não trên CLVT sọ não không tiêm thuốc, liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với điểm ASPECTS, liên quan điểm NIHSS với vị trí động mạch tổn thương trên CTA.

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=130)	Tỷ lệ %
Liệt nửa người	130	100%
Liệt dây thần kinh sọ	121	93%
Rối loạn ngôn ngữ	113	86,9%
Rối loạn ý thức	50	38,4%
Rối loạn cảm giác	40	30,7%
Đau đầu	12	9,2%

Nhận xét: phần lớn bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người (100%), liệt dây thần kinh sọ (93%), rối loạn ngôn ngữ (86,9%). Đây cũng là 3 dấu hiệu được dùng để sàng lọc và phát hiện sớm bệnh nhân đột quỵ não qua thang điểm FAST

3.1.4. Tính tương quan r giữa hai biến định lượng phân phối chuẩn bằng phép kiểm Pearson, phân phối không chuẩn bằng Spearman cho hai biến điểm NIHSS và điểm ASPECTS

Bảng 3.2: Phân bố theo điểm NIHSS nhập viện

Nhóm điểm NIHSS	Số bệnh nhân (n=130)	Tỷ lệ %
5 - 15 điểm	72	55,4%
16 - 20 điểm	52	40%
21 - 42 điểm	6	4,6%
Tổng	130	100%
X ± SD	15,68 ± 3,505 (10 - 24)	

Nhận xét: Điểm NIHSS trung bình là 15,6 ± 3,505 điểm; cao nhất là 24 điểm, thấp nhất là 10 điểm. Phần lớn bệnh nhân nhập viện với mức độ trung bình với điểm NIHSS từ 5 - 15 điểm (55,4%)

Bảng 3.3: Phân bố điểm ASPECTS

Điểm ASPECTS	Số bệnh nhân (n=130)	Tỷ lệ %
6 - 7 điểm	25	19,2%
8 - 10 điểm	105	80,8%
Tổng	130	100%
X ± SD	8,81 ± 1,324 (6 - 10)	

Nhận xét: Điểm ASPECTS trung bình là

8,81 ± 1,324 điểm. Điểm ASPECTS thấp nhất là 6 điểm, điểm ASPECTS cao nhất là 10 điểm. Có 25 bệnh nhân có điểm ASPECTS 6 - 7 điểm, chiếm tỷ lệ 19.2%. 105 bệnh nhân có điểm ASPECTS 8 - 10 điểm, chiếm tỷ lệ 80.8%.

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa thời gian khởi phát – chụp với tổn thương nhu mô não trên CLVT sọ não không tiêm thuốc

Đặc điểm CLVT	Bình thường n=52	Bất thường n=78	p
Thời gian khởi phát			
< 4,5 giờ	49(49,5%)	50(50,5%)	<0,001
≥ 4,5 giờ	3(9,7%)	28(90,3%)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh CLVT bất thường ở nhóm có thời gian khởi phát đến khi chụp CLVT sọ não < 4,5 giờ là 50.5%, thấp hơn nhóm có thời gian khởi phát đến khi chụp CLVT sọ não ≥ 4,5 giờ là 90.3%. Những bệnh nhân có hình ảnh CLVT bình thường chỉ gặp ở nhóm có thời gian khởi phát đến khi chụp CLVT sọ não < 4,5 giờ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hình ảnh CLVT sọ não ở các nhóm bệnh nhân có thời gian khởi phát < 4,5 giờ và nhóm ≥ 4,5 giờ với p < 0,01.

3.1.5. Môi liên quan giữa Glasgow với mức độ THBH

Bảng 3.5: Môi liên quan giữa điểm GCS với mức độ THBH

Mức độ THBH	Kém n=12	Trung bình n=75	Tốt n=43	p
GCS				
15	0(0%)	6(20%)	24(80%)	<0,001
9 - 14	12(12,4%)	66(68%)	19(19,6%)	
6 - 8	0(0%)	3(100%)	0(0%)	

Nhận xét: Tỷ lệ điểm rối loạn ý thức GCS 15 điểm khi vào viện cao nhất ở nhóm THBH tốt chiếm 80%; cao hơn nhóm THBH trung bình chiếm 20% và nhóm THBH kém thấp nhất chiếm 0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm GCS giữa 3 nhóm THBH với p < 0,01.

3.1.6. Môi liên quan giữa NIHSS với mức độ THBH

Bảng 3.6: Môi liên quan giữa điểm NIHSS với mức độ THBH

Mức độ THBH	Kém n=12	Trung bình n=75	Tốt n=43	p
NIHSS				
5 - 15	3(4,2%)	29(40,3%)	40(55,6%)	<0,001
16 - 20	3(5,8%)	46(88,4%)	3(5,8%)	
21 - 42	6(100%)	0(0%)	0(0%)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm thiếu hụt chức năng thần kinh NIHSS ở nhóm 5 - 15 điểm khi vào viện cao nhất ở nhóm THBH tốt chiếm 55,6%, cao hơn nhóm THBH trung bình

40,3% và nhóm THBH kém là thấp nhất với 4,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm NIHSS giữa 3 nhóm THBH với p < 0,01.

3.1.7. Môi liên quan giữa mRS với mức độ THBH

Bảng 3.7: Môi liên quan giữa thang điểm mRS với mức độ THBH

Mức độ THBH	Kém n=12	Trung bình n=75	Tốt n=43	p
mRS				
0 - 1	0(0%)	3(12,5%)	21(87,5%)	<0,001
2 - 3	0(0%)	32(62,7%)	19(37,3%)	
4 - 6	12(21,8%)	40(72,7%)	3(5,5%)	

Nhận xét: Tỷ lệ tàn phế nhẹ khi ra viện ở bệnh nhân NMN với mRS = 0 - 1 điểm cao nhất ở nhóm THBH tốt là 87,5%; cao hơn nhóm THBH trung bình là 12,5% và nhóm THBH kém là thấp nhất chiếm 0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tàn phế khi ra viện giữa 3 nhóm THBH với p < 0,01.

3.1.8. Môi liên quan giữa MRC với mức độ THBH

Bảng 3.8: Môi liên quan giữa thang điểm MRC với điểm THBH

Mức độ THBH	Kém n=12	Trung bình n=75	Tốt n=43	p
MRC				
0 - 2	9(13,4%)	55(82,1%)	3(4,5%)	<0,001
3 - 4	3(4,8%)	20(31,7%)	40(63,5%)	

Nhận xét: Tỷ lệ mức độ liệt chi (độ 3 - 4) khi vào viện cao nhất ở THBH tốt chiếm 63.5%, cao hơn nhóm THBH trung bình là 31.7% và nhóm THBH kém là thấp nhất chiếm 4.8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ liệt chi giữa 3 nhóm THBH với p < 0,01.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính não – mạch não

Bảng 3.9. Dấu hiệu NMN trên CLVT sọ não không tiêm BN không có triệu chứng trên lâm sàng

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n=78)	Tỷ lệ %
Tăng đậm độ ĐM	25	28%
Giảm đậm độ nhân bèo	55	70%
Dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo	42	53,8%
Mất phân biệt chất trắng – chất xám	19	24,3%
Xóa các rãnh cuộn não	19	24,3%
Dấu hiệu điển hình	9	11,5%

Trong các dấu hiệu NMN sớm trên CLVT thường gặp là dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo 70% và dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo 53,8%.

3.3. Đặc điểm THBH trên chụp CTA

Bảng 3.10. Mức độ THBH trên CTA chụp toàn bộ BN có và không có triệu chứng

Mức độ THBH	Số bệnh nhân (n=130)	Tỷ lệ %
Kém	12	9,2%
Trung bình	75	57,7%
Tốt	43	33,1%
Tổng	130	100%

Trong 130 bệnh nhân, có 75 bệnh nhân THBH trung bình chiếm tỷ lệ 57,7%, có 43 bệnh nhân THBH tốt chiếm tỷ lệ 33,1% và có 12 bệnh nhân có THBH kém chiếm tỷ lệ 9,2%.

3.4. 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

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa các thang điểm lâm sàng với mức độ THBH

THBH	Kém n=12	Trung bình n=75	Tốt n=43	p	
GCS	15	0 (0%)	6 (20%)	24(80%)	< 0,001
	9-14	12(12,4%)	66(68%)	19(19,6%)	
	6-8	0(0%)	3 (100%)	0 (0%)	
NIHSS	5-15	3(4,2%)	29(40,3%)	40(55,5%)	< 0,001
	16-20	3(5,8%)	46(88,4%)	3(5,8%)	
	21-42	6(100%)	0(0%)	0(0%)	
MRC	0-2	9(13,4%)	55(82,1%)	3(4,5%)	< 0,001
	3-4	3(4,8%)	20(31,7%)	40(63,5%)	
mRS	0-1	0(0%)	3(12,5%)	21(87,5%)	< 0,001
	2-3	0 (0%)	32(62,7%)	19(37,3%)	
	4-6	12(21,8%)	40(72,7%)	3 (5,5%)	

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

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 70%, tiếp đến là dấu hiệu xóa dải băng thùy đảo chiếm 53,8%, dấu hiệu tăng đậm độ ĐM não giữa chiếm 28%, dấu hiệu mất phân biệt chất trắng – chất xám và dấu hiệu xóa các rãnh cuộn não chiếm 24,3%, dấu hiệu nhồi máu não điển hình chiếm 11,5% (Bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so 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%⁶. 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%⁷. Điều này được giải thích do bệnh nhân của tôi đến sớm hơn và số lượng bệnh nhân đủ lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 75 bệnh nhân THBH trung bình chiếm tỷ lệ 57,7%, có 43 bệnh nhân THBH tốt chiếm tỷ lệ 33,1% và có 12 bệnh nhân có THBH kém chiếm tỷ lệ 9,2%. (Bảng 3.10). 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%⁸. 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%⁸. Có nhiều khác biệt về mức độ THBH 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 THBH với $p < 0,05$ (Bảng 3.11). 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 THBH càng kém, mức độ liệt chi có liên quan với thang điểm THBH, có sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ⁹. 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, $p = 0,003$)¹⁰. 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 tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế sau: 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.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/nữ = 1,55/1. Tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,9%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 54,6%.

- Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và dấu hiệu xóa dài 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 70% và 53,8%.

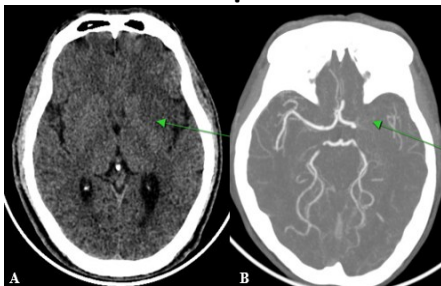
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, điểm NIHSS, điểm MRC và điểm mRS với mức độ THBH với p < 0,05.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước được giải thích bởi bệnh nhân của tôi đến sớm hơn và số lượng bệnh nhân đủ lớn.

V. KIẾN NGHỊ

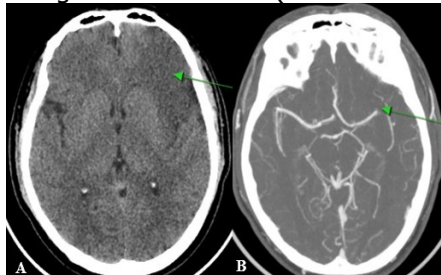
Những bệnh nhân có nghi ngờ có tai biến (trước 24h). khuyến cáo đến bệnh viện chụp CLVT hoặc MRI sớm để chẩn đoán và điều trị sớm nhất nhằm giảm thiểu di chứng để lại.

VI. HÌNH ẢNH MINH HỌA



Hình 1. BN Từ Văn M, 68 tuổi, mã hồ sơ 2403010215

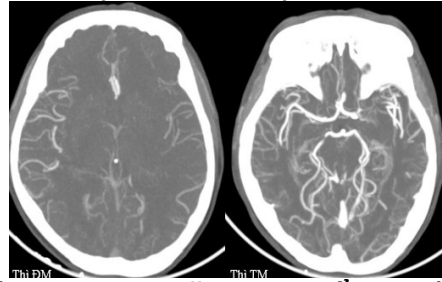
Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và xóa dài bằng thủy đảo trái (Hình A mũi tên), tắc động mạch não giữa trái trên CTA (Hình B mũi tên)



Hình 2. BN Đinh Văn P, 37 tuổi, mã hồ sơ 2308024238

Dấu hiệu nhồi máu não điển hình thủy trán trái thuộc vùng cấp máu của động mạch não

giữa (Hình A mũi tên), tắc động mạch não giữa trái trên CTA (Hình B mũi tên)



Hình 3. BN Vũ Văn T. 73 tuổi, mã hồ sơ 2303002548

Một số nhánh THBH trong vùng động mạch bị tắc nghẽn trên thì ĐM (Hình A) với sự lấp đầy hoàn toàn trên thì TM (Hình B)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Natarajan Sabareesh K, Kenneth V Snyder** 2009, "Safety and effectiveness of endovascular therapy after 8 hours of acute ischemic stroke onset and wake-up strokes", Stroke. 40(10), tr. 3269-3274
- 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).
- 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).
- Đặng Phúc Đức.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và THBH theo giới ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. Tạp chí Y học Việt Nam 525, 9 - 12 (2023).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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 tại bệnh viện Quân Y 110, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên, (2019).
- 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).

U SAU PHỨC MẠC: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Ngô Hoàng Minh Thiện¹, Hoàng Danh Tấn¹, Trần Thiện Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U sau phúc mạc (USPM) hiếm gặp, thường là ác tính, xuất phát từ nhiều nguồn gốc, triệu chứng lâm sàng mơ hồ nên thường chẩn đoán muộn. Phẫu thuật cắt u gần như là phương pháp điều trị duy nhất, gặp nhiều khó khăn do phẫu trường sâu, kích thước u lớn, liên quan chặt chẽ với nhiều mạch máu lớn và các tạng xung quanh. Chẩn đoán giải phẫu bệnh cũng rất đa dạng và phức tạp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bản chất giải phẫu bệnh của USPM. **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật USPM. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu các trường hợp chẩn đoán USPM và phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 1/2015 đến 12/2022. **Kết quả:** 112 trường hợp: 42,9% nam, 57,1% nữ. Tuổi trung bình $49,4 \pm 14,1$ (23 - 78). Khám bụng sờ thấy u 21,4%. Kích thước u trung bình $14,3 \pm 4,9$ cm (3 - 42 cm). U ác 45,5%, thường gặp nhất là sarcom mỡ, lymphoma và u mô đệm đường tiêu hóa. U lành 54,5%, thường gặp nhất là u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Nhuộm hóa mô miễn dịch để xác định bản chất giải phẫu bệnh là 49,1%: trong đó u lành 34,4%, u ác 66,7%. Phẫu thuật nội soi 37,5% (42/112), phẫu thuật mở 62,5% (70/112). Có 25,9% cần phối hợp từ 2 chuyên khoa phẫu thuật trở lên. Cắt trọn u 68,8%, cắt u bán phần 8%, chỉ sinh thiết 23,2%. Có 12,5% phải cắt tạng kèm theo như thận, đại tràng, tử cung và 2 phần phụ, một phần bàng quang, tĩnh mạch thận... Máu mất trung bình $125,7 \pm 22,1$ ml, cần truyền máu 20,5% với lượng máu truyền trung bình 1,5 đơn vị. Thời gian mổ trung bình $137,4 \pm 13,6$. Chưa ghi nhận tử vong và biến chứng nặng sau mổ. **Kết luận:** USPM ít gặp, triệu chứng mơ hồ, thường chẩn đoán muộn, kích thước u to. Chẩn đoán giải phẫu bệnh khá đa dạng và phức tạp, đa số cần nhuộm hóa mô miễn dịch. Khoảng một nửa trường hợp là ác tính, thường nhất là sarcom mỡ, lymphoma và u mô đệm đường tiêu hóa. U lành tính thường gặp là u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Phẫu thuật cắt u khó khăn, thời gian mổ kéo dài, đôi khi phải cắt tạng kèm theo, không ít trường hợp cần phối hợp nhiều kíp chuyên khoa phẫu thuật. **Từ khóa:** U sau phúc mạc

SUMMARY

RETROPERITONEAL TUMORS: CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL MANAGEMENT RESULTS

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hoàng Minh Thiện

Email: thien.nhm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

Background: Retroperitoneal tumors are rare lesions with diverse pathological subtypes. Malignant tumors of the retroperitoneum occur more frequently than benign lesions. Tumors are usually diagnosed late because the clinical manifestations of the retroperitoneal tumors are vague. Complete surgical resection is the only potential curative treatment modality for retroperitoneal tumors. Surgical management presents several challenges because retroperitoneal tumors often surround and associate with abdominal organs and blood vessels. The operative field is also very deep. The pathological diagnosis is usually difficult. **Objectives:** Study clinical, paraclinical manifestations and pathological findings of the retroperitoneal tumors. To evaluate the surgical management results. **Materials and Methods:** We conducted retrospectively all of diagnosed retroperitoneal tumors which are operated in University Medical Center at Ho Chi Minh city from January 2015 to December 2022. **Results:** There were 112 retroperitoneal tumors cases: 48 (42,9%) were male, 64 (57,1%) were female. The mean age of the patients was $49,4 \pm 14,1$ years (range, from 23 to 78 years). A mass was palpated in 21,4% of the patients. The mean tumor size was $14,3 \pm 4,9$ cm (range, from 3 to 42 cm). 45,5% of the patients were reported to have malignant tumors. The most frequently seen malignant pathology was liposarcoma followed by lymphoma, gastrointestinal stromal tumors. 54,5% of the patients were reported to have benign tumors and the most common benign pathologies encountered in the retroperitoneum include Schwannoma, cyst and leiomyoma. We had to performed immunohistochemical diagnostic technique to confirm the pathological characteristics of 49,1% retroperitoneal tumors cases (34,4% benign tumors and 66,7% malignant tumors). We performed surgical approach by laparoscopic surgery in 42 (37,5%) retroperitoneal tumors and open surgery in 70 (62,3%) cases. Surgical management includes total resection in 77 (68,8%) cases, subtotal resection in 9 (8%) cases and the only surgical biopsy in 26 (23,2%) cases. Resection of adjacent involved organs in sometimes required and the rate of resection of adjacent viscera or other anatomical structures were reported in 14 (12,5%) retroperitoneal tumors cases. The most common organs requiring resection were: kidney, colon, uterus and fallopian tubes, partial urinary bladder, renal vein and so on. The mean estimated intraoperative blood loss was $125,7 \pm 22,1$ ml, and requiring blood transfusion was reported in 20,53%, cases with the mean blood transfusion was 1,5 units. The mean operation time was $137,4 \pm 13,6$ minutes. We had no mortality and severe complications. **Conclusions:** Retroperitoneal tumors are rare lesions with equivocal clinical manifestations. They were usually diagnosed late and had large size at presentation. Pathological diagnosis was difficult and almost of the cases which need to confirm by