

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG BÁN CẦU CÓ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Võ Hồng Khôi^{1,2}, Nguyễn Văn Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bán cầu có đặt nội khí quản (NKQ). **Đối tượng nghiên cứu:** 31 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bán cầu có đặt NKQ điều trị tại Trung tâm thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020-7/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 70,32±11,37 tuổi, nam giới chiếm 67,7%, tỷ lệ tử vong là 41,9%. Các triệu chứng lâm sàng khi khởi phát thường gặp bao gồm: liệt vận động (100%), rối loạn ngôn ngữ (100%), rối loạn ý thức (90,3%), quay mắt quay đầu (77,4%), rối loạn cơ tròn (74,2%). Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 21,81±3,53 điểm, điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện là 11,87±1,15 điểm. Đặt nội khí quản do nguyên nhân thần kinh chiếm 80,6%; điểm Glasgow trung bình lúc đặt NKQ là 9,10±1,35 điểm; có 51,6% bệnh nhân bất thường kích thước đồng tử và 35,5% bệnh nhân mất phản xạ ánh sáng đồng tử lúc đặt NKQ. Điểm ASPECT trung bình lúc vào viện là 4,39±1,15 điểm; mức độ đè đẩy đường giữa trung bình là 7,03±3,83 mm, trong đó có 22,6% bệnh nhân đè đẩy đường giữa độ 3 (>10mm); chuyển dạng chảy máu chiếm 45,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bán cầu có đặt NKQ là một dạng nặng của đột quỵ nhồi máu não với các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học đa dạng, mức độ tàn tật nặng và nguy cơ tử vong cao (41,9%).

Từ khóa: Nhồi máu não điện rộng bán cầu, nội khí quản.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGES OF PATIENTS WITH LARGE HEMISPHERIC INFARCTION WITH ENDOTRACHEAL INTUBATION

Background: Comments on clinical features and images of patients with large hemispheric infarction with endotracheal intubation. **Method:** Study of 31 patients with the intubation, were treated in Neurological Center of Bach Mai Hospital from August 2020 to July 2021. **Result:** The average age of patients was 70.32±11.37, the percentage of male was 67.7%, mortality rate was 41.9%. Frequent clinical symptoms onset included: paralysis (100%),

language disorder (100%), consciousness disorder (90.3%), head-eye deviation (77.4%), urinary and fecal incontinence (74.2%). The mean of NIHSS score and Glasgow score at hospital admission was 21.81±3.53 and 11.87±1.15, respectively. The intubation due to neurologic disorders accounted for 80.6%, the mean of Glasgow score in case of intubation was 9.10±1.35; 51.6% patients with abnormal pupil size and 35.5% patients with loss of light reflex when intubated. The ASPECT score at hospital admission was 4.39±1.15; average midline shift classification was 7.03±3.83 mm including 22.6% patients with midline shift classification level 3 (>10mm). 45.2% patients with hemorrhagic transformation. **Conclusion:** Large hemispherical infarction is a severe form of stroke with various clinical features and images and high mortality rate (41.9%).

Keywords: Large hemispheric infarction, endotracheal intubation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba và tàn phế đứng hàng thứ nhất. Các bệnh nhân đột quỵ càng nặng càng làm tăng nguy cơ tử vong cũng như mức độ tàn phế. Nhồi máu não điện rộng bán cầu là một dạng nặng của đột quỵ nhồi máu não với diện tổn thương lớn, lâm sàng thường nặng nề, có thể kèm theo rối loạn ý thức, mất khả năng bảo vệ đường thở, ùn tắc đờm dãi, hoặc có thể suy hô hấp do ảnh hưởng trung khu hô hấp hay do biến chứng viêm phổi. Việc đặt nội khí quản trong quá trình điều trị cho những bệnh nhân này là cần thiết để hỗ trợ hô hấp, bảo vệ đường thở, đảm bảo cung cấp oxy đầy đủ cho tế bào não, góp phần chống phù não. Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não phải đặt nội khí quản không cao (10-16%) nhưng tiên lượng lại rất xấu, di chứng thần kinh nặng nề, tỷ lệ tử vong cao (40-70%)¹. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về bệnh nhân nhồi máu não nói chung nhưng còn ít nghiên cứu về bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bán cầu có đặt NKQ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bán cầu có đặt nội khí quản".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não điện rộng bán cầu được đặt NKQ điều trị tại Trung tâm thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2020-7/2021.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Đa khoa Cửa Đông

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**
 - + Được chẩn đoán xác định nhồi máu não:
 - Lâm sàng (theo định nghĩa đột quy não của Tổ chức Y tế Thế giới 1990).
 - Hình ảnh học: có hình ảnh nhồi máu não tương ứng trên CLVT/CHT.
 - + Hình ảnh tổn thương nhồi máu não diện rộng trên CLVT/CHT: ASPECT < 6 điểm và có ít nhất một tổn thương hạch nền.
 - Tiêu chuẩn loại trừ: tiền sử đột quy não có mRS>2 điểm hay có các bệnh lý nội khoa nặng như suy gan, suy thận nặng, ung thư, COPD...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Tất cả các bệnh nhân khám thấy các dấu hiệu của đột quy não nghi ngờ nhồi máu não diện rộng bán cầu, được chụp CT Scanner hoặc MRI sọ não để chẩn đoán xác định, sau đó được khai thác các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học theo một mẫu bệnh án thống nhất.
- **Nội dung nghiên cứu:** Nhận xét một số đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu có đặt NKQ.
- **Xử lý số liệu:** theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số BN	Tỷ lệ %
Giới	Nam	21	67,7%
	Nữ	10	32,3%
Tuổi trung bình (năm)		70,32±11,37	

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân có đặt NKQ là 70,32±11,37 tuổi. Nam giới chiếm 67,7%.

3.2 Một số đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Bảng 3.2 Một số tiền sử và yếu tố nguy cơ nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tiền sử và yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	18	58,1%
Rung nhĩ	5	16,1%
Đái tháo đường	8	25,8%
Đột quy não cũ	6	19,4%
Rối loạn lipid máu	2	6,5%
Hút thuốc lá	5	16,1%

Nhận xét: Tiền sử và yếu tố nguy cơ thường gặp là: Tăng huyết áp (58,1%), đái tháo đường (25,8%), đột quy não cũ (19,4%), rung nhĩ (16,1%).

Bảng 3.3 Một số đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

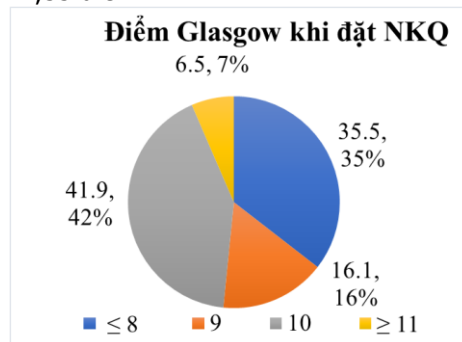
Đặc điểm lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Đau đầu khi khởi phát	15	48,1%
RL ý thức khi khởi phát	28	90,3%
RL ngôn ngữ khi khởi phát	31	100%
Liệt vận động khi khởi phát	31	100%
RL cơ tròn khi khởi phát	23	74,2%
Quay mắt quay đầu	24	77,4%
Điểm Glasgow lúc vào viện	11,87±1,15	
Điểm NIHSS lúc vào viện	21,81±3,53	
Sức cơ trung bình lúc vào viện	Sức cơ chân	0,39±0,67
	Sức cơ tay	0,23±0,50

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng lúc khởi phát của nhóm bệnh nhân nghiên cứu rất đa dạng, các triệu chứng thường gặp lúc khởi phát bao gồm: Liệt vận động (100%), rối loạn ngôn ngữ (100%), rối loạn ý thức (90,3%), rối loạn cơ tròn (74,2%). Điểm Glasgow trung bình lúc vào viện là 11,87±1,15 điểm; điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 21,81±3,53 điểm.

Bảng 3.4 Các đặc điểm lâm sàng liên quan đến đặt NKQ

Đặc điểm lâm sàng liên quan đến đặt NKQ	Số BN	Tỷ lệ %	
Nguyên nhân đặt NKQ	Nguyên nhân thần kinh	25	80,6%
	Nguyên nhân hô hấp	6	19,4%
Thời điểm đặt NKQ (ngày)	2,77±1,41		
Điểm Glasgow lúc đặt NKQ	9,10±1,35		
Bất thường kích thước đồng tử	16	51,6%	
Mất phản xạ ánh sáng đồng tử	11	35,5%	

Nhận xét: Lý do đặt NKQ ở nhóm nghiên cứu phần lớn do nguyên nhân thần kinh: 80,6%. Thời điểm đặt NKQ trung bình là 2,77±1,41 ngày, điểm Glasgow lúc đặt NKQ trung bình 9,10±1,35 điểm.



Biểu đồ 3.1. Phân loại điểm Glasgow khi đặt NKQ

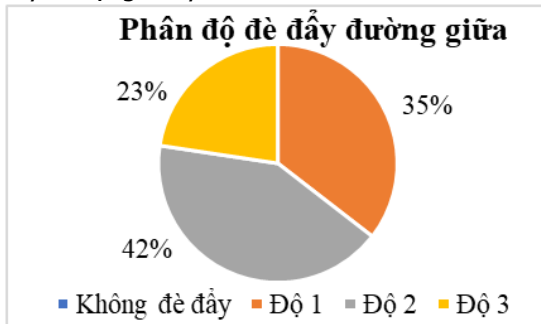
Nhận xét: Có 35,5% bệnh nhân đặt NKQ với Glasgow ≤ 8 điểm, Glasgow ≥ 11 điểm là 6,5%.

3.3 Một số đặc điểm hình ảnh học nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.5 Đặc điểm hình ảnh học nhóm nghiên cứu

Đặc điểm hình ảnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chuyển dạng chảy máu	Có	14 / 45,2%
	Không	17 / 54,8%
Điểm ASPECT trung bình	4,39 ± 1,15	
Mức độ di lệch đường giữa	7,03 ± 3,83	

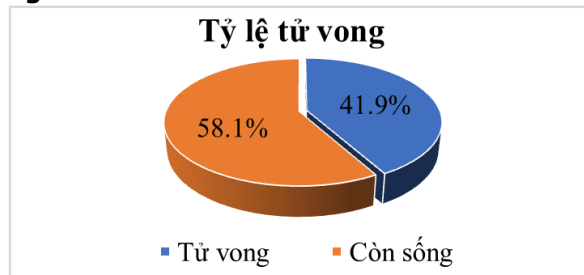
Nhận xét: Điểm ASPECT trung bình lúc nhập viện là 4,39±1,15 điểm. Mức độ di lệch đường giữa là 7,03±3,83 mm. Có 45,2% bệnh nhân có chuyển dạng chảy máu.



Biểu đồ 3.2 Phân độ dè đẩy đường giữa nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều có dè đẩy đường giữa ở các mức độ khác nhau, trong đó độ 1 là 35,5%, độ 2 là 41,9%, độ 3 là 22,6%.

3.4 Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.3 Kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có đặt NKQ còn cao: 41,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 70,32±11,37 tuổi, cao hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và Trần Thanh Hùng (61,5±13,4 tuổi)² và nghiên cứu của Berrouscht và cộng sự (63±13)³. Nam giới chiếm 67,7% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân

(73,2%)⁴. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có đặt NKQ là 41,9%, kết quả này tương tự một số kết quả nghiên cứu như của Francois Santoli và cộng sự (40,5% bệnh nhân tử vong trong tuần đầu tiên khi nhập viện, 72,4% bệnh nhân tử vong sau 1 năm)⁵, Nguyễn Hồng Quân (tỉ lệ tử vong là 42,6%)⁴.

Triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu rất đa dạng, các triệu chứng lâm sàng lúc khởi phát thường gặp bao gồm: liệt vận động (100%), rối loạn ngôn ngữ (100%), rối loạn ý thức (90,3%), quay mắt quay đầu (77,4%) và rối loạn cơ tròn (74,2%). Điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện là 11,87±1,15 điểm; điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 21,81±3,53 điểm. Năm 2014, Walcott và cộng sự nghiên cứu 46 bệnh nhân nhồi máu não động mạch não giữa nghiêm trọng thấy điểm Glasgow lúc vào viện là 10,7±0,4 điểm, điểm NIHSS lúc vào viện là 20,9±0,5 điểm⁶.

Chỉ định đặt NKQ do nguyên nhân thần kinh chiếm 80,6%, kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Eva Schielke và cộng sự (81%)⁷, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân (76%)⁴. Điểm Glasgow trung bình lúc đặt NKQ là 9,10±1,35 điểm, trong đó Glasgow ≤ 8 điểm là 35,5%, Glasgow ≥ 11 điểm là 6,5%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Quân (điểm Glasgow trung bình khi đặt NKQ là 7,9±2,3 điểm)⁴. Tại thời điểm đặt NKQ, có 51,6% bệnh nhân bất thường kích thước đồng tử và 35,5% bệnh nhân mất PXAS đồng tử.

Điểm ASPECT trung bình lúc nhập viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: 4,35±1,2 điểm. Mức độ di lệch đường giữa trung bình là 7,03±3,83 mm, trong đó di lệch đường giữa độ 1 là 35,5%, độ 2 là 41,9% và độ 3 là 22,6%. Nguyễn Thị Oanh (2018) nghiên cứu bệnh nhân nhồi máu não trên lều tiểu não có thông khí cơ học nhận thấy dè đẩy đường giữa trung bình là 10,04±4,69 mm⁸. Mayer và cộng sự (1996) nghiên cứu các bệnh nhân đột quỵ có đặt NKQ nhận thấy có 30% bệnh nhân dè đẩy đường giữa độ 3⁹. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy chuyển dạng chảy máu trên hình ảnh học chiếm 45,2%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu có đặt NKQ là một dạng nặng của đột quỵ nhồi máu não với các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học đa dạng, nguy cơ tử vong cao (41,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta P, Prasad K, Kumar A, Kumar P, Bhatia

- R, Tripathi M. Clinical predictors and outcome of patients of acute stroke requiring ventilatory support: A prospective hospital based cohort study. Journal of the Neurological Sciences. 2014;337(1-2):14-17.
2. **Vũ Anh Nhi, Trần Thanh Hùng (2012)**, "Kiểm định các yếu tố tiên lượng đột quỵ cấp có đặt nội khí quản", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 7 (số đặc biệt), tr. 267-270.
 3. **Berrouschot J, Rössler A, Köster J, Schneider D.** Mechanical ventilation in patients with hemispheric ischemic stroke: Critical Care Medicine. 2000;28(8):2956-2961.
 4. **Nguyễn Hồng Quân, Nguyễn Văn Thông (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đột quỵ có đặt nội khí quản", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, số 7(Số đặc biệt), tr. 234 – 240.
 5. **Santoli F, De Jonghe B, Hayon J, et al.** Mechanical ventilation in patients with acute ischemic stroke: survival and outcome at one year. Intensive Care Med. 2001;27(7):1141-1146.
 6. **Walcott BP, Miller JC, Kwon C-S, et al.** Outcomes in Severe Middle Cerebral Artery Ischemic Stroke. Neurocrit Care. 2014;21(1):20-26.
 7. **Schielke E, Busch MA, Hildenhagen T, et al.** Functional, cognitive and emotional long-term outcome of patients with ischemic stroke requiring mechanical ventilation. J Neurol. 2005;252(6):648-654.
 8. **Trần Thị Oanh (2018)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nhồi máu não cấp trên lều tiểu não có thông khí cơ học. :27.
 9. **Mayer SA, Copeland D, Bernardini GL, et al.** Cost and Outcome of Mechanical Ventilation for Life-Threatening Stroke. Stroke. 2000;31(10): 2346-2353.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ DOCETAXEL TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*, Phạm Vĩnh Hùng*,
Nguyễn Viết Bình*, Nguyễn Khánh Toàn*, Phạm Thị Hường

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, độc tính của phác đồ Docetaxel duy trì trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn tại BVUBNA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi tiến cứu trên 47 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn được điều trị duy trì Docetaxel sau khi điều trị bước 1 bằng phác đồ hóa trị bộ đôi đạt đáp ứng hoặc bệnh ổn định tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2016 đến tháng 8/2020. **Kết quả:** Tuổi TB của nhóm nghiên cứu là $62,5 \pm 7,06$; Tỷ lệ nam/ nữ 3,7/1. Có 1BN đáp ứng hoàn toàn (2,3%); 34% đáp ứng 1 phần; 38,3% bệnh ổn định. Thời gian sống thêm không tiến triển $9,0 \pm 0,4$ tháng, thời gian sống thêm toàn bộ 18,7 tháng. Các tác dụng không mong muốn: Giảm huyết sắc tố 78,7%, giảm bạch cầu là 46,7%, giảm bạch cầu có sốt là 17,1% trong đó 4,3% ở độ 3. Tăng men gan (21,3%), Nôn và buồn nôn (27,6%). Hầu hết ở độ 1- 2. **Kết luận:** Điều trị Docetaxel duy trì cho hiệu quả cao và dung nạp thuốc tốt ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, Docetaxel duy trì

SUMMARY

THE EFFICALLY OF MAINTANCE

*Bệnh Viện Ung Bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hường

Email: Bshuonng2ub@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2021

Ngày duyệt bài: 11.11.2021

DOCETAXEL IN ADVANCED STAGE NON SMALL CELL LUNG CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: Effect and side effect of maintance Docetaxel in advance stage non-small cell lung cancer. **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 47 non-small cell lung cancer patients in advanced stage after first- line treatment double- platinum chemotherapy from January 2016 to August 2020. **Results:** Median of age $62,5 \pm 7,06$; Male/Female: 3,7/1. A patient completely responded (2,3%), 34% partial response, stable disease rate 38,3%. Mean Progression free survival $9,0 \pm 0,4$ months, overall survival 18,7 months. Side effects: anemia 78,7%, neutropenia 46,7%, transaminase elevation 21,3%, nausea and vomiting (27,6%). Almost side effects are grade 1 – 2.

Key word: Advance stage Non small cell lung cancer, Maintance docetaxel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (Globocan 2018), ước tính có khoảng 2,1 triệu ca UTP mới mắc, chiếm 11,6% tổng số bệnh nhân ung thư và 1,8 triệu người tử vong, chiếm 18,4 % tổng số ca tử vong do ung thư nói chung [1]. Tại Việt Nam, các kết quả ghi nhận ung thư quần thể cũng cho thấy UTP có tỷ lệ mắc và tử vong cao ở cả hai giới [2]. Theo phân loại của Tổ chức