

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ RUNG NHĨ

Võ Hồng Khôi^{1,2}, Lê Thị Nga¹, Nguyễn Hải Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên thế giới, đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và ung thư. Nhồi máu não chiếm 85% đột quỵ não [1]. Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất ở người lớn tuổi, làm tăng nguy cơ nhồi máu não lên gấp 5 lần. So với bệnh nhân không rung nhĩ, nhồi máu não xảy ra trên bệnh nhân rung nhĩ thường nặng hơn, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong và nguy cơ tàn phế nặng đều cao hơn [2]. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về đặc điểm hình ảnh học và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 55 bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 7 năm 2020. **Kết quả:** Tổn thương trong vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%), thường là tổn thương đa ổ trong một vùng mạch máu (49,1%). Hình ảnh tổn thương nhồi máu não diện rộng, biên chứng nhồi máu não chuyển dạng chảy máu là yếu tố tiên lượng xấu.

Từ khóa: nhồi máu não, rung nhĩ, đặc điểm hình ảnh học, kết quả điều trị.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND OUTCOME IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Background: Stroke is the third most common cause of death worldwide after focal ischemic heart disease and cancer. In general stroke patients, ischemic type accounts for 85%. Patients with stroke due to cardioembolic etiology tend to have worse prognosis for recovery. Atrial fibrillation is the most common cardiac arrhythmia. The most serious common complication of atrial fibrillation is arterial thromboembolism; the most clinically evident thromboembolic event is ischemic stroke. In Vietnam, there have not been any studies on magnetic resonance imaging and outcome of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. **Objectives:** to describe imaging characteristics and outcome in ischemic stroke patients with atrial fibrillation. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive

study. **Result:** infarction in blood supply territory of middle cerebral artery account for highest proportion (70,9%) to other arteries, with multi-focal infarction region in MRI (49,1%). Large hemispherical infarction and hemorrhagic transformation complication were predictors for poor outcome.

Key words: ischemic stroke, atrial fibrillation, image characteristic, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau bệnh lý tim mạch và ung thư, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tàn phế vĩnh viễn ở các nước công nghiệp hóa. Đột quỵ não có hai thể chính là nhồi máu não và chảy máu não, trong đó, nhồi máu não chiếm 85% [1]. Trong các nhóm nguyên nhân của nhồi máu não, nguyên nhân thuyên tắc mạch do huyết khối từ tim thường gây ra hậu quả nặng nề hơn cả. Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất, gây ra rối loạn huyết động và hình thành huyết khối từ tâm nhĩ làm tăng nguy cơ nhồi máu não lên gấp 5 lần [2]. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh học và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 55 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có rung nhĩ điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2019 đến tháng 7/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Chọn tất cả bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ.

- Tiêu chuẩn nhồi máu não: Lâm sàng: Đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán tai biến mạch máu não của Tổ chức y tế thế giới 1989. Chẩn đoán hình ảnh: cộng hưởng từ sọ não có hình ảnh tổn thương tăng tín hiệu trên T2W và FLAIR, hạn chế khuếch tán trên DWI.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán rung nhĩ: có ít nhất 1 điện tâm đồ trong lúc nằm viện có hình ảnh rung nhĩ, không phân biệt loại rung nhĩ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhồi máu não do huyết khối tĩnh mạch não, có các khiếm khuyết chức năng nặng trước khi khởi bệnh, có các bệnh nặng kèm theo ảnh hưởng đến kết cục, bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội;

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2021

Ngày duyệt bài: 23.12.2021

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:

Theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo điểm ASPECTS

Điểm ASPECTS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 6	19	45,24
7-10	23	54,76
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân tổn thương hệ động mạch cảnh, có 19 bệnh nhân có điểm ASPECTS ≤ 6, chiếm tỷ lệ 45,24%, có 23 bệnh nhân có điểm ASPECTS 7-10, chiếm tỷ lệ 54,76%.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo điểm pc-ASPECTS

Điểm pc-ASPECTS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 7	2	15,38
8-10	11	84,62
Tổng	13	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não hệ sống nền, có 2 bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≤ 7, chiếm tỷ lệ 15,38%. Có 11 bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS 8-10, chiếm tỷ lệ 84,62%.

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương trên phim cộng hưởng từ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương đơn lẻ	19	34,5
Tổn thương rải rác trong một vùng cấp máu động mạch	27	49,1
Tổn thương nhiều vùng mạch máu	9	16,4

2. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh học và mức độ hồi phục

Bảng 5: Liên quan giữa hình ảnh nhu mô não và mức độ hồi phục

	Mức độ hồi phục		p	OR
	Tốt	Xấu		
Nhồi máu não diện rộng	1 (5,3%)	18 (70,7%)	0,02	10,17 (1,22 – 85,22)
Nhồi máu não nhỏ và vừa	13 (36,1%)	23 (29,3%)		
Nhồi máu não chuyển dạng chảy máu	2 (7,4%)	25 (92,6%)	0,03	9,36 (1,85 - 47,52)
Nhồi máu não không có chuyển dạng chảy máu	16 (57,15)	12 (42,9%)		

Nhận xét: nhóm bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có mức độ hồi phục xấu nhiều gấp 10,17 nhóm nhồi máu não nhỏ và vừa với độ tin cậy 95% CI từ 1,22 đến 85,22 không chứa 1.

Nhóm bệnh nhân có chuyển dạng chảy máu có mức độ hồi phục xấu gấp 9,36 lần nhóm không có chuyển dạng chảy máu với độ tin cậy 95% CI từ 1,85-47,52 không chứa 1.

Bảng 6: Liên quan giữa chi phổi động mạch và mức độ hồi phục lâm sàng

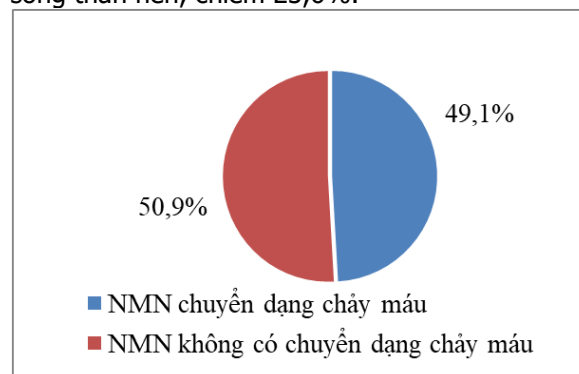
Chi phổi động mạch	Mức độ hồi phục	p	OR
--------------------	-----------------	---	----

Nhận xét: Đa số tổn thương nhiều ổ trong một vùng cấp máu động mạch (hệ mạch cảnh hoặc động mạch sống nền một bên) với 27 bệnh nhân (chiếm 49,1%). Có 9 bệnh nhân tổn thương trên nhiều vùng mạch máu (hệ mạch cảnh hai bên, động mạch sống nền 2 bên hoặc động mạch cảnh và sống nền cùng bên hoặc khác bên), chiếm 16,4%.

Bảng 4: Phân bố tổn thương theo chi phổi động mạch

Động mạch chi phổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Động mạch não trước	3	5,5
Động mạch não giữa	39	70,9
Động mạch đốt sống thân nền	13	23,6

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương trong vùng chi phổi của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (39 bệnh nhân, chiếm 70,9%). Có 13 bệnh nhân có tổn thương nằm trong vùng chi phổi của động mạch đốt sống thân nền, chiếm 23,6%.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não có chuyển dạng chảy máu

Nhận xét: Có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu có chuyển dạng chảy máu, chiếm tỷ lệ 49,1%.

	Tốt	Kém		
Hệ động mạch cảnh	8 (19,0%)	34 (81,0%)	0,07	0,28 (0,07 – 1,04)
Hệ động mạch đốt sống thân nền	6 (46,2%)	7 (53,8%)		
Tổng	14 (25,5%)	41 (74,5%)		

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch cảnh, có 8 bệnh nhân có mức độ hồi phục tốt, chiếm tỷ lệ 19%, có 34 bệnh nhân có mức độ hồi phục kém, chiếm tỷ lệ 81%. Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền, có 6 bệnh nhân có mức độ hồi phục tốt, chiếm tỷ lệ 46,2%, có 7 bệnh nhân có mức độ hồi phục kém, chiếm tỷ lệ 53,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với hệ động mạch cảnh, số bệnh nhân có điểm ASPECT ≤ 6 khá cao, 19/42 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 45%. Trong khi đó với hệ động mạch sống nền, chỉ có 2/13 bệnh nhân có điểm pc - ASPECTS ≤ 7 , chiếm 15,38%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Chu Bá Chung khi số bệnh nhân có điểm ASPECT < 7 chỉ chiếm 31% trong khi số bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≤ 7 chiếm tới 30,6% [3]. Còn theo Nguyễn Duy Trinh số bệnh nhân có điểm ASPECT < 7 là 36,4% [4].

Đa số tổn thương não là nhiều ổ trong một vùng cấp máu động mạch (hệ mạch cảnh hoặc động mạch sống nền một bên) với 27 bệnh nhân, chiếm 49,1%. Có 9 bệnh nhân tổn thương trên nhiều vùng mạch máu (hệ mạch cảnh hai bên, động mạch sống nền 2 bên), chiếm 16,4%. Có 19 bệnh nhân có một ổ tổn thương đơn lẻ, chiếm 34,5%. Tổn thương trong vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (39 bệnh nhân, chiếm 70,9%). Chỉ có 3 bệnh nhân có tổn thương trong vùng chi phối của động mạch não trước, chiếm 5,5%. Có 13 bệnh nhân có tổn thương nằm trong vùng chi phối của động mạch đốt sống thân nền, chiếm 23,6%. Có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu có chuyển dạng chảy máu, chiếm tỷ lệ 49%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của T. Wessels và cộng sự. Nhồi máu não do căn nguyên từ tim mạch thường gây tắc các động mạch lớn hoặc nhiều vùng lãnh thổ mạch máu, do vậy trên hình ảnh MRI sọ não thường là hình ảnh nhồi máu não diện rộng hoặc đa ổ [5]. Theo Eleni Doufekias và cộng sự, thuyên tắc tim thường làm tắc các động mạch lớn hoặc nhiều vùng lãnh thổ mạch máu, thường ảnh hưởng đến một số mạch nhất định, và thường dẫn đến biến đổi xuất huyết [6].

Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, có 1 bệnh nhân hồi phục tốt, chiếm 5,3%, 18 bệnh nhân hồi phục kém chiếm 70,7%. Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não nhỏ và vừa, có 13 bệnh nhân hồi phục tốt, chiếm 36,1%, có 23 bệnh nhân có mức độ hồi phục kém chiếm 29,3%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nhồi máu não diện rộng thể hiện ở những bệnh nhân có điểm ASPECTS dưới 7. Theo Nguyễn Bá Thăng và cộng sự, khi đánh giá tổn thương não theo thang điểm ASPECTS, với mỗi điểm ASPECTS giảm đi thì nguy cơ tử vong tăng 4% [7].

Trong nhóm bệnh nhân có biến chứng nhồi máu chuyển dạng chảy máu, tỷ lệ bệnh nhân hồi phục tốt và xấu lần lượt là 7,4% và 92,6%, trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng chuyển dạng chảy máu tỷ lệ hồi phục tốt và kém lần lượt là 3,6% và 92,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Paciaroni và cộng sự đã cho thấy bệnh nhân chuyển dạng chảy máu có liên quan đến nhồi máu tái phát sớm mặc dù không đáng kể. Khi theo dõi đến 90 ngày, chuyển dạng chảy máu là yếu tố tiên lượng xấu đến tỉ lệ tử vong và mức độ tàn tật của bệnh nhân [8]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Dang và cộng sự khi theo dõi các bệnh nhân nhồi máu chuyển dạng chảy máu trong vòng 3 và 6 tháng [9].

V. KẾT LUẬN

- Nhồi máu não diện rộng chiếm tỷ lệ 38%.
- Tổn thương trong vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 70,9%), thường là tổn thương nhiều ổ trong một vùng lãnh thổ mạch máu (chiếm 49,1%).
- Có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu có chuyển dạng chảy máu, chiếm tỷ lệ 49%.
- Những bệnh nhân nào có hình ảnh tổn thương nhồi máu não diện rộng, biến chứng nhồi máu não chuyển dạng chảy máu có tiên lượng xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2016 Stroke Collaborators (2019).** Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*, **18(5)**, 439–458.
2. **2020 ESC** Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in

- collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) | European Heart Journal | Oxford Academic. <<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaa612/5899003>>, accessed: 18/10/2020.
- Chu Bá Chung (2017).** Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu. .
 - Nguyễn Duy Trinh, Lê Văn Thịnh, và Phạm Minh Thông (2015),** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cộng hưởng từ 1,5 Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Wessels T., Wessels C., Ellsiepen A. và cộng sự. (2006).** Contribution of Diffusion-Weighted Imaging in Determination of Stroke Etiology. American Journal of Neuroradiology, **27(1)**, 35–39.
 - Doufekias E., Segal A.Z., và Kizer J.R. (2008).** Cardiogenic and Aortogenic Brain Embolism. Journal of the American College of Cardiology, **51(11)**, 1049–1059.
 - Nguyễn Bá Thăng (2015),** Khảo sát các yếu tố tiên lượng của nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Paciaroni M., Bandini F., Agnelli G. và cộng sự. (2018).** Hemorrhagic Transformation in Patients With Acute Ischemic Stroke and Atrial Fibrillation: Time to Initiation of Oral Anticoagulant Therapy and Outcomes. J Am Heart Assoc, **7(22)**, e010133.
 - Dang H., Ge W.-Q., Zhou C.-F. và cộng sự. (2019).** The Correlation between Atrial Fibrillation and Prognosis and Hemorrhagic Transformation. ENE, **82(1–3)**, 9–14.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG TRONG 2 NĂM 2019 VÀ 2020

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Nguyễn Duy Hoàng¹, Nguyễn Thanh Hồi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ngực trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng, năm 2019 đến 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, chọn mẫu không xác suất. Phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp CHT Avanto Siemens (Germany) 1.5 Tesla với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ càng. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học SPSS 22.0. **Kết quả và Kết luận:** Nghiên cứu gồm 43 BN UTPKTBN, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (2.1/1), tuổi trung bình là 64,4 ± 12,6. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất: ho khan 39,5%, ho khạc đờm trắng hoặc trong 27,9%, đau ngực 23,3%, gầy sút cân chiếm 23,3%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất: HC 3 giảm 16,3%, ran ẩm ran nổ ở phổi 23,3%, ngón tay dùi trống 7%. Trên chụp CHT, kích thước trung bình khối u nguyên phát trong 43 ca được chụp CHT ngực là 39,7 ± 18,7 mm.

Khối có kích thước lớn nhất là 92 mm, nhỏ nhất là 8,9 mm. Trên hình ảnh CHT, khối UTP có tỷ lệ xâm lấn màng phổi là 53,5%, xâm lấn cột sống là 2,3% và trung thất là 7%, tỷ lệ di căn tại phổi là 18,6%, di căn hạch trung thất là 32,6%.

Từ khóa: U phổi, không tế bào nhỏ, chụp cộng hưởng từ phổi

SUMMARY

STUDY ON THE ROLE OF CHEST MAGNETIC RESONANCE IN DIAGNOSING NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL 2019 - 2020

Objectives: This study aims to: 1-Describe clinical features and computed tomography images, chest magnetic resonance in the diagnosis of non-small cell lung cancer at Hai Phong International General Hospital, 2019 up to 2020. **Subjects and methods:** The study subjects included 43 patients diagnosed at Hai Phong International General Hospital during the period from January 2019 to December 2020, in accordance with the study criteria. The research method was descriptive cross-sectional, prospective, non-probability sampling. Research facilities included Avanto Siemens CT scanner (Germany) 1.5 Tesla with an agreed procedure and carefully trained. The data collected in the study were processed according to the SPSS 22.0 medical statistical algorithm. **Results and Conclusions:** The study included 43 patients, the proportion of men was higher than that of women (2.1/1), the mean age was 64.4 ± 12.6. The most common functional symptoms: dry cough 39.5%, cough with white or white sputum in 27.9%, chest

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: drhoangducha.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2021

Ngày duyệt bài: 29.12.2021