

RFA với điều trị bệnh nhân HCC. Về tỷ lệ sống sót trung bình trong nghiên cứu khi phối hợp điều trị hai phương pháp trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ sống trên 8 năm, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng các phân tích đa biến thì lựa chọn phương pháp điều trị là yếu tố quan trọng nhất liên quan đến tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. TACE là phương pháp điều trị cơ bản ở bệnh nhân HCC giai đoạn trung bình. nghiên cứu đều cho thấy TACE đã chứng tỏ khả năng kéo dài thời gian sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan Trong nghiên cứu tác giả Llovet JM[5]. Phối hợp điều trị TACE và RFA tăng hiệu quả điều trị HCC đồng thời làm giảm tỷ lệ tiến triển tại chỗ của khối u, các nghiên cứu trước đây cho thấy phối hợp TACE và tiêm cồn qua da cho thấy giúp bệnh nhân cải thiện kéo dài thời gian sống sót.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ AFP trung bình nhóm nghiên cứu là 8,8 ng/ml, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng làm xét nghiệm PIVKA-II, đây là marker kết hợp với AFP, giúp cho tăng độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan và giúp theo dõi điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng RFA phối hợp TACE là phương pháp hiệu quả và an toàn ở những bệnh nhân HCC giai đoạn trung gian. Tuy nhiên cần phải có những nghiên cứu có đối chứng để so sánh với TACE đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.,** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. **71**(3): p. 209-249.
2. **Bosch, F., et al.,** Bosch FX, Ribes J, Diaz M, Cleries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. *Gastroenterology* 127(5 Suppl 1):S5-S16. *Gastroenterology*, 2004. **127**: p. S5-S16.
3. **Lencioni, R., et al.,** Treatment of intermediate/advanced hepatocellular carcinoma in the clinic: how can outcomes be improved? *Oncologist*, 2010. **15 Suppl 4**: p. 42-52.
4. **Tanaka, M., et al.,** Radiofrequency ablation combined with transarterial chemoembolization for intermediate hepatocellular carcinoma. *Hepato Res*, 2014. **44**(2): p. 194-200.
5. **Lo, C.M., et al.,** Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 2002. **35**(5): p. 1164-71.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA NHỒI MÁU NÃO KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Duy Tùng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não-mạch não của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân trong đó có 44 nam, 24 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29 có yếu tố nguy cơ là tăng huyết áp, uống rượu, đái tháo đường và hút thuốc lá. Triệu chứng lâm sàng gồm: rối loạn cảm giác (45,5%), bán manh

(22%), thất ngôn (23,5%), suy giảm nhận thức (38,2%) và các thiếu hụt thần kinh khác. Có mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người với tổn thương đối thị, triệu chứng bán manh với tổn thương thùy chẩm, triệu chứng giảm sút nhận thức với tổn thương thùy thái dương với p < 0,001. Bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS < 8 sẽ có khả năng bị tàn tật nặng gấp 15 lần bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≥ 8.

Từ khóa: Nhồi máu khu vực động mạch não sau, cộng hưởng từ.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL SYMPTOMS AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF POSTERIOR CEREBRAL ARTERY INFARCTION

Objective: To analysis the relationship between clinical symptoms and magnetic resonance imaging of posterior cerebral artery infarction. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study of 68 patients with posterior cerebral artery infarction treated at the Department of Neurology, Bach Mai Hospital from March 2017 to March 2018. **Results:** The mean age was 64.79 ± 11.29, the male/female

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN

⁴Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 01.3.2022

ratio was 1.83. Risk factors are high blood pressure, alcohol consumption, diabetes, and smoking. Clinical symptoms include: sensory disturbance (45.5%), hemianopia (22%), aphasia (23.5%), cognitive impairment (38.2%) and other neurological deficits. There is a close relationship between symptoms of hemisensory disturbances with thalamus lesions, hemispheric symptoms with occipital lobe lesions, cognitive impairment symptoms with temporal lobe lesions with $p < 0.001$. Patients with pc-ASPECTS score < 8 will be 15 times more likely to have severe disability than patients with pc-ASPECTS score ≥ 8 .

Keywords: Posterior cerebral artery infarction, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não đang là một vấn đề mang tính chất thời sự, phổ biến trong lâm sàng thần kinh. Theo thống kê của Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO) đột quy não là nguyên nhân gây tử vong thường gặp, đứng thứ ba sau bệnh lý tim mạch, ung thư và có tỉ lệ tàn tật đứng đầu trong các bệnh lý thần kinh. Nhồi máu não được chia thành nhồi máu thuộc vùng cấp máu của tuần hoàn trước và tuần hoàn sau.¹Nhiều nghiên cứu ngoài nước đã mô tả đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ, tổn thương mạch máu nhồi máu động mạch não sau.² Ở nước ta, nghiên cứu về nhồi máu khu vực động mạch não sau chỉ được mô tả chung trong nghiên cứu về nhồi máu hệ thống tuần hoàn sau.

Do đó, để phục vụ cho việc điều trị và dự phòng cho bệnh nhân nhồi máu động mạch não sau tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Mối liên quan giữa một số triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau"* với mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não-mạch não của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não phù hợp với vùng tưới máu của động mạch não sau. Điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán tai biến mạch não của WHO (1990): Xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ.

+ Hình ảnh học: Bệnh nhân có tổn thương trên phim CHT sọ não phù hợp với vùng tưới máu của khu vực động mạch não sau thỏa mãn được các triệu chứng lâm sàng.

+ Bệnh nhân hoặc người bảo trợ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Nhồi máu não khu vực động mạch não sau nhưng có liên quan với bệnh lý khác: chấn thương sọ não, u não, chảy máu não, viêm não – màng não, chảy máu dưới nhện.

+ Nhồi máu não khu vực động mạch não sau phối hợp với nhồi máu não ở vùng cấp máu của động mạch khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi- giới tính		Nam	Nữ	Chung
		n=44 (67,4%)	n=24 (35,3%)	n=68 (100%)
Phân bố theo nhóm tuổi	40 - 59 tuổi	16 (23,5)	6 (8,8)	22 (32,3)
	60- 79 tuổi	24 (35,3)	13 (19,1)	37 (54,5)
	≥ 80 tuổi	4 (5,9)	5 (7,3)	9 (13,2)

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $64,79 \pm 11,29$. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83 ,trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 36 tuổi, cao tuổi nhất là 89. Nhóm tuổi thường gặp nhất là nhóm từ 60 đến 79 tuổi.

3.2. Mối liên quan lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não mạch não

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giảm ý thức	17	25,0
Liệt vận động	14	20,6
Rối loạn cảm giác	31	45,5
Bán manh	15	22,0
Rối loạn thị giác	1	1,5
Thất ngôn	16	23,5
Suy giảm nhận thức	26	38,2

Nhận xét: Rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp theo là suy giảm nhận thức (38,2%), rối loạn ý thức, thất ngôn, bán manh và liệt nửa người thường gặp chiếm lần lượt 25,%; 23,5; 22% và 20,6%. 20 bệnh nhân (29,4%) có trên 3 triệu chứng phối hợp.

3.2.2. Môi liên quan giữa rối loạn cảm giác và tổn thương đôi thị

Bảng 2: Môi liên quan rối loạn cảm giác và tổn thương đôi thị

Đặc điểm theo vị trí	Rối loạn cảm giác	p
----------------------	-------------------	---

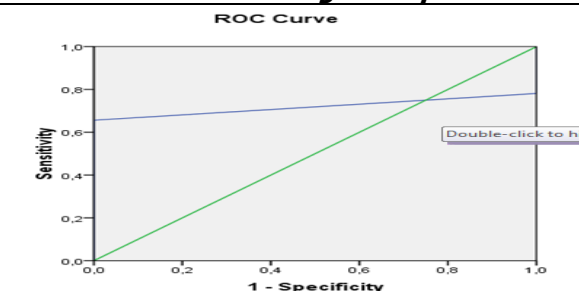
3.2.3. Môi liên quan giữa rối loạn cảm giác và thể tích tổn thương đôi thị

Bảng 3: Phân tích ROC giữa rối loạn cảm giác và thể tích tổn thương đôi thị

V Tổn thương đôi thị (cm ³) ≥	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
1,0000	87,5	0
1,1500	78,1	0
1,2500	65,6	100
1,4000	62,5	100
1,5500	59,4	100

tổn thương	Có N (%)	Không N (%)	
Có tổn thương đôi thị	31 (96,78)	1 (3,22)	<0,001
Không tổn thương đôi thị	0(0)	36 (100)	
Tổng	31	37	

Nhận xét: Có mối liên hệ mật thiết giữa tổn thương đôi thị và triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người với p<0,001.



Nhận xét: Diện tích dưới đường cong là 0,719. Khoảng tin cậy của diện tích dưới đường cong là: 0,548 – 0,889. Khi thể tích tổn thương đôi thị ≥ 1,25cm³, thì có độ nhạy 65,6% và độ đặc hiệu 100% trong tiên lượng có rối loạn cảm giác do tổn thương đôi thị.

3.2.4. Môi liên quan giữa suy giảm nhận thức và tổn thương thùy thái dương

Bảng 4: Môi liên quan giữa suy giảm nhận thức và tổn thương thùy thái dương

Vị trí tổn thương	Suy giảm nhận thức		P	OR
	Có (%)	Không (%)		
Thùy thái dương	22 (84,61)	4 (15,39)	< 0,001	35
Không phải thùy thái dương	5 (11,90)	37 (88,10)		
Tổng	27	41		

Nhận xét: Có mối liên hệ mật thiết giữa tổn thương thùy thái dương và triệu chứng suy giảm nhận thức với p<0,001. Bệnh nhân có tổn thương thùy thái dương sẽ có suy giảm nhận thức cao gấp 35 lần người không có tổn thương.

3.4.5. Môi liên quan giữa bán manh và tổn thương thùy chẩm

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa bán manh và tổn thương thùy chẩm

Vị trí tổn thương	Bán manh		P	OR
	Có (%)	Không (%)		
Thùy chẩm	14 (43,75)	18 (56,25)	< 0,001	16,5
Không phải thùy chẩm	1 (2,77)	35 (97,23)		
Tổng	15	53		

Nhận xét: Có mối liên hệ mật thiết giữa tổn thương thùy thái dương và triệu chứng suy giảm nhận thức với p<0,001. Bệnh nhân có tổn thương thùy chẩm sẽ bị bán manh cao gấp 16,5 bệnh nhân không tổn thương thùy chẩm.

3.4.6. Môi liên quan giữa mức tàn tật sau 30 ngày và điểm pc-ASPECTS

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa mức tàn tật sau 30 ngày và điểm pc-ASPECTS

Điểm pc-ASPECTS	Mức tàn tật		p	OR
	mRS 0-2	mRS 3-6		
8-9	50 (96,2%)	2 (3,8%)	< 0,001	15
≤ 7	10 (62,5%)	6 (37,5%)		
Tổng	60	8		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tàn tật và điểm pc-ASPECTS với $p < 0,001$. Bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS < 8 sẽ có khả năng bị tàn tật nặng cao gấp 15 lần bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≥ 8 .

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,79 \pm 11,29$, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 36 tuổi, cao tuổi nhất là 89. Điều này có thể do xu hướng trẻ hóa của các biến cố tim mạch dẫn đến phơi nhiễm sớm các yếu tố nguy cơ, đồng thời các biện pháp dự phòng ở người trẻ ít được quan tâm. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83. Kết quả này tương đồng với kết quả công trình nghiên cứu dịch tễ học tại biến mạch máu não của Bộ môn Thần Kinh Trường Đại học Y Hà Nội với tỷ lệ nam/nữ 1,48³ và các tác giả nước ngoài như Eugene Lee tỉ lệ là 1,3 hay Arboix A. tỷ lệ nam/nữ 1,13.^{4,5}

Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người với tổn thương đồi thị, triệu chứng bán manh với tổn thương thùy chẩm, triệu chứng giảm sút nhận thức với tổn thương thùy thái dương, với $p < 0,001$. Kích thước tổn thương là một trong những yếu tố tiên lượng về sự phục hồi chức năng thần kinh. Những dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện khi ổ tổn thương có một kích thước nhất định. Nghiên cứu cho thấy khi ổ tổn thương tại đồi thị có thể tích lớn hơn $1,25\text{cm}^3$ thì độ nhạy và độ đặc hiệu của triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người là cao nhất 100%. Điểm pc- ASPECT đánh giá vị trí cũng như mức độ tổn thương tại các vị trí tưới máu của hệ tuần hoàn phía sau, càng thấp chứng tỏ bệnh nhân có nhiều tổn thương nhồi máu kết hợp. Do vậy, ở các bệnh nhân có điểm pc-ASPECT thấp, càng có nhiều vùng tế bào não tổn thương không phục hồi hoặc tổn thương không phục hồi ở các vị trí quan trọng như cầu não, cuống não, hành não. Và đây là yếu tố tiên lượng nặng bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ tàn tật và điểm pc-ASPECTS với $p < 0,001$. Bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS < 8 sẽ có khả năng bị tàn tật nặng cao gấp 15 lần bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≥ 8 . Nghiên cứu trên bệnh nhân nhồi máu khu

vực tuần hoàn sau như của Volker Puetz⁶ kết luận rằng nhóm bệnh nhân có điểm pc-ASPECT từ 8-10 điểm kết cục tốt hơn nhóm bệnh nhân có pc- ASPECT dưới 8 điểm (RR, 1.7; 95% CI, 0.98 -3.0). Cụ thể là điểm Rankin sửa đổi dưới 4 điểm ở hai nhóm dưới 8 điểm và từ 8-10 điểm lần lượt là 15% và 25%.⁷

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,79 \pm 11,29$ tuổi, nam có tỷ lệ mắc cao hơn nữ và tỷ lệ nam/ nữ là 1,83. Triệu chứng lâm sàng gồm: rối loạn cảm giác (45,5%), bán manh (22%), thất ngôn (23,5%), suy giảm nhận thức (38,2%) và các thiếu hụt thần kinh khác. Có mối liên quan chặt chẽ giữa triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người với tổn thương đồi thị, triệu chứng bán manh với tổn thương thùy chẩm, triệu chứng giảm sút nhận thức với tổn thương thùy thái dương với $p < 0,001$. Bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS < 8 sẽ có khả năng bị tàn tật nặng cao gấp 15 lần bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS ≥ 8 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, et al.** Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947.
2. **Nouh A, Remke J, Ruland S.** Ischemic posterior circulation stroke: a review of anatomy, clinical presentations, diagnosis, and current management. *Frontiers in neurology*. 2014;5:30.
3. **Caplan LR.** *Caplan's stroke*. Cambridge University Press; 2016.
4. **Arboix A, Arbe G, Garcia-Eroles L, Oliveres M, Parra O, Massons J.** Infarctions in the vascular territory of the posterior cerebral artery: clinical features in 232 patients. *BMC Research Notes*. 2011;4(1):1-7.
5. **Hypertension TFFtMoAHotESo.** Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2007;28:1462-1536.
6. **Pauletto P, Palatini P, Da Ros S, et al.** Factors underlying the increase in carotid intima-media thickness in borderline hypertensives. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 1999;19(5):1231-1237.
7. **Puetz V, Sylaja P, Coutts SB, et al.** Extent of hypoattenuation on CT angiography source images predicts functional outcome in patients with basilar artery occlusion. *Stroke*. 2008;39(9):2485-2490.