

4. Hägg, O., P. Fritzell, and A.J.E.S.J. Nordwall, Sexual function in men and women after anterior surgery for chronic low back pain. 2006. **15**(5): p. 677-682.
5. Akbaş, N.B., et al., Assessment of sexual dysfunction before and after surgery for lumbar disc herniation. 2010. **13**(5): p. 581-586.
6. Davis, C.M., et al., Handbook of sexuality-related measures. 1998: Sage.
7. Keefe, M.K., et al., Sexual function after cervical spine surgery: Independent predictors of functional impairment. 2017. **36**: p. 94-101.
8. Thảo, N.Đ.P.J.L.á.T.s.Y.h., Trường Đại học Y được Huế, Nghiên cứu các rối loạn chức năng ở phụ nữ mãn kinh tại thành phố Huế và hiệu quả của một số biện pháp điều trị. 2017.

## ỨNG DỤNG CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CỦA LIỆT THẦN KINH VẬN NHÃN

Nguyễn Duy Trinh<sup>1,2,3</sup>, Võ Hồng Khôi<sup>1,2,4</sup>

không đỡ sau 3 tuần.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá ứng dụng của cộng hưởng từ trong chẩn đoán liệt vận nhãn do liệt dây thần kinh số III. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả trên 75 bệnh nhân liệt dây III, chụp cộng hưởng từ không và có tiêm thuốc đối quang từ. **Kết quả:** 48 bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh trên cộng hưởng từ. Trong đó 9 bệnh nhân có tổn thương thân não, 22 bệnh nhân có tổn thương dây III đoạn xoang hang, 11 bệnh nhân có tổn thương dây III đoạn sau trần hốc mắt (gọi là hốc dây III) (Cisternal segment, được định nghĩa là đoạn từ trước khidây III đi vào xoang hang, được bao bọc bởi một lớp màng nhện tạo thành lớp áo ngoài, đoạn này kết thúc trước khi dây III chui vào hốc mắt qua lỗ thị giác trên. Đây là thuật ngữ được chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh và chuyên ngành phẫu thuật thần kinh sử dụng, các nhà thần kinh học ít dùng). Nguyên nhân do viêm và thâm nhiễm gây liệt dây III gặp ở 28 bệnh nhân. Có 10 bệnh nhân có các dấu hiệu bất thường về đồng tử, gợi ý nguyên nhân chèn ép. 6 trường hợp có hiện tượng dãn và tăng tín hiệu dây III cùng các biểu hiện thâm nhiễm. 27 bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, bệnh lý mạch máu nhưng cộng hưởng từ lại hoàn toàn bình thường, không có tăng tín hiệu dây III trên cộng hưởng từ. **Kết luận:** Những bệnh nhân không có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, chỉ biểu hiện liệt dây III đơn thuần vẫn cần được chụp cộng hưởng từ như là xét nghiệm cơ bản, tất nhiên trừ trường hợp bệnh nhân có biểu hiện chảy máu màng não đi kèm, để loại trừ những nguyên nhân tổn thương nội sọ hoặc thâm nhiễm. Những bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, đã gợi ý sẵn tổn thương nhồi máu rất thường gặp, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nhưng vẫn phải chụp cộng hưởng từ sọ não thường quy nếu như bệnh nhân

### SUMMARY

#### CLINICAL SIGNIFICANCE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF OCULOMOTOR NERVE PALS

**Objective:** To evaluate the application of magnetic resonance imaging (MRI) in the diagnosis of the neuropathy by nerve III palsy. **Methods:** Cross-sectional descriptive analysis was performed on 75 patients with paroxysmal cataract, benefited one cerebral IRM with and without Gadolinium. **Results:** 48 patients had nerve damage on MRI. Of these, 9 patients had lesion in brain stem, 22 had lesion of the segment in the cavernous sinus, and 11 had a lesion of Cisternal segment. Inflammation and infection of nerve III were seen in 28 patients. There were 10 patients with abnormalities of the pupil, suggesting the cause of compression. 6 cases with thickening and increased signal of the III line and the appearance of infiltration. 27 patients with a history of diabetes mellitus, vascular disease, but complete magnetic resonance, with no enhance of the nerve III on MRI. **Conclusions:** Patients with no history of diabetes or vascular disease, only acute third nerve palsy should remain who exhibit pure mesenteric lymphoma should still receive MRI as a baseline unless, of course, the patient with the symptoms of hemorrhage meningeal, to exclude the cause of infiltration or intracerebral lesion. Patients with a history of diabetes mellitus or vascular disease, suggest a prevalence of ischemic infiltration very common, particularly in elder patients, but should still receive conventional cerebral apoplexy if disease doesn't improve after 3 weeks.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây vận nhãn chung là một triệu chứng thường gặp trong thực hành lâm sàng thần kinh. Bệnh nhân thường biểu hiện nhìn đôi, sụp mí. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng liệt dây vận nhãn chung thường gặp thứ hai, chỉ sau liệt dây VI. Bệnh nhân có thể biểu hiện liệt dây III đơn thuần, kèm theo các bất thường đồng tử hoặc không, nhưng các biểu hiện lâm sàng cũng có thể giúp ích cho chẩn đoán định khu tổn

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Trinh

Email: drtrinhxqbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

thương trên đường đi của dây thần kinh và dự đoán được nguyên nhân. Khai thác những tiền sử bệnh lý phù hợp như tu hốt, tiền sử đái tháo đường, bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp..., các bệnh lý viêm hệ thống tiến triển hoặc ác tính, cũng giúp ích cho chẩn đoán bệnh sinh của liệt dây vận nhãn chung. Đã có nhiều đề tài nghiên cứu chỉ ra nguyên nhân chủ yếu của liệt dây III [1], [2], [3], đó là đái tháo đường, tuy nhiên cần chẩn đoán định khu tổn thương trong một vài trường hợp. Đặc biệt là ở những bệnh nhân tăng huyết áp hoặc đái tháo đường, thông thường, tổn thương vi mạch nằm ở phần ngoại vi của dây thần kinh, nhưng có nhiều tác giả vẫn mô tả đó là kết quả nhồi máu nhân dây III nằm ở thân não [8]. Mối liên hệ giữa chẩn đoán hình ảnh và triệu chứng lâm sàng khi cộng hưởng từ chưa ra đời, thường không đánh giá được. Ngày nay, nhờ sự phát triển của cộng hưởng từ, chúng ta đã xác định được vị trí tổn thương của dây thần kinh, vì cộng hưởng từ cho phép đánh giá hầu như toàn bộ đường đi của nó và thậm chí cả những thóc chức xung quanh. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, nhằm đánh giá tổn thương dây III trên cộng hưởng từ ở những bệnh nhân liệt vận nhãn do liệt dây III, nhập viện tại khoa Thần Kinh, Bệnh Viện Bạch Mai trong năm 2015, qua đó đánh giá vai trò của cộng hưởng từ trong tìm hiểu bệnh nguyên của liệt đơn độc dây thần kinh này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 75 bệnh nhân có liệt vận nhãn (do liệt dây III) hoặc sụp mí, được chụp cộng hưởng từ sọ não có khảo sát dây thần kinh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đánh giá mức độ liệt hoàn toàn hay không hoàn toàn. Những bệnh nhân này được thăm khám lâm sàng và làm bệnh án theo mẫu thống nhất, khai thác kỹ các tiền sử liên quan, đặc biệt là tiền sử bệnh lý mạch máu, đái tháo đường.

Ngoài ra trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng không tính tỷ lệ các nguyên nhân gây bệnh, mà chỉ ghi nhận đa tổn thương dây thần kinh, nếu có, trên cộng hưởng từ (không phân biệt do nguyên nhân nào).

**Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả, tiến cứu.

- Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán liệt dây III đơn độc qua thăm khám lâm sàng thần kinh.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não có đánh giá dây thần kinh số III bằng máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla, trước và sau tiêm thuốc đối quang từ. Trong đó trên mặt cắt Axial, các lớp cắt được

chia nhỏ 3 mm (thay vì 8 mm như bình thường).

- **Số liệu được xử lý** bằng Excel.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Các tổn thương dây III tìm thấy trên phim cộng hưởng từ**

Loại tổn thương	Không tổn thương (n)	Có tổn thương (n)
	27	48
Tăng tín hiệu rõ ràng dây Tk		14
Tổn thương thân não		
Khối u		1
Chảy máu sau chấn thương		2
Nhồi máu não		5
Tổn thương khoang dưới nhện		16
Phình động mạch thông sau		2
Liệt vận nhãn do đau nửa đầu		1
Viêm màng não Virus		3
Chấn thương dây thần kinh		2
Giang mai thần kinh		3
Hội chứng Miller Fisher		2
Tổn thương xoang hang/ Trần ổ mắt		22
Lymphoma		5
Carcinoma		2
Hội chứng Tolosa-Hunt		6
Phình động mạch cảnh trong đoạn xoang hang		3
Chảy máu tuyến yên		4
U sọ hầu		2

Trong số 75 bệnh nhân, có 48 bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh trên cộng hưởng từ sọ não. Trong đó có 16 bệnh nhân có tổn thương khoang dưới nhện, 9 bệnh nhân có tăng tín hiệu dây thần kinh. 22 bệnh nhân tổn thương xoang hang do khối choán chỗ (u tuyến yên là ví dụ). Trong số đó có 6 bệnh nhân liệt gian nhân, 10 bệnh nhân có rối loạn đồng tử, 6 trong số đó có tổn thương tại đoạn "hốc dây III".

Có 27 bệnh nhân không có tổn thương hình ảnh học nội sọ, nhưng có tiền sử bệnh lý mạch máu, chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Tuy nhiên trong số 48 bệnh nhân còn lại, vẫn có những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu và có tổn thương ở thân não.

## IV. BÀN LUẬN

Cộng hưởng từ hiện nay là phương pháp duy nhất cho phép khảo sát dây thần kinh vận nhãn chung suốt hành trình của nó, từ nhân bụng bên, qua thân não, tới "hốc dây III", xuyên qua màng nhện vào xoang hang, đoạn trần hốc mắt, rồi tới chi phối cho cơ vận nhãn. Nhờ tiêm thuốc đối quang từ, tổn thương dễ phát hiện hơn, đặc biệt

ở đoạn từ nhân tới trần hốc mắt. Các tổn thương tại thân não và nhân có những đặc điểm hình ảnh học điển hình.

Tổn thương dạng thoái hóa myeline cấp tính và nhồi máu trên phim cộng hưởng từ rất giống nhau, đều tăng tín hiệu trên T2 và Flair. Sự xuất hiện của nhiều hốc thoái hóa Myeline dạng tăng tín hiệu vùng chất trắng quanh não thất có thể gợi ý tới bệnh lý chất trắng, như xơ cứng rải rác. Ngược lại nếu có nhiều tổn thương dạng hốc khuyết rải rác, tập trung ở vùng hạch nền, cầu não, bao trong thì sẽ gợi ý nhồi máu. Việc khai thác kỹ lưỡng tiền sử bệnh lý và thời gian xuất hiện các triệu chứng lâm sàng sẽ giúp tìm được bệnh nguyên đang tiến triển âm thầm [8].

Tổn thương dây III cũng khá thường gặp trong một số các bệnh lý viêm và ung thư đang tiến triển. Các thâm nhiễm màng não có thể khiến teo dây thần kinh. Khi hàng rào máu não bị phá vỡ do viêm, thâm nhiễm, ung thư tiến triển, có thể thấy "hốc dây III" ngấm thuốc nhiều, tăng tín hiệu sau tiêm thuốc đối quang từ. Ngoài ra liệt dây III còn gặp trong u lympho và Leukemia. Bệnh nhân phát triển u Lympho sau vài tháng liệt dây III đơn độc đã được báo cáo khá nhiều [5] [6].

Dây III tăng tín hiệu trên cộng hưởng từ được xem là có bệnh lý. Tuy nhiên chúng tôi chưa nhận thấy có mối liên hệ với biểu hiện lâm sàng. Các bệnh nhân suy giảm miễn dịch tiên phát sau nhiễm virus, sau khi dùng các thuốc kháng virus và chụp lại cộng hưởng từ thì tín hiệu dây III trở về bình thường.

Có 6 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có biểu hiện lâm sàng liệt dây III kèm theo bất thường đồng tử, nhưng không có bất thường mạch máu não, trên phim chụp cộng hưởng từ có tăng tín hiệu dây thần kinh. Ngoài ra trong đau nửa đầu có liệt vận nhãn, hội chứng Tolosa Hunt, u Lymphome, chúng tôi cũng ghi nhận có tổn thương dây thần kinh trên phim cộng hưởng từ. Tuy nhiên, trong những trường hợp này, bệnh nhân có kèm theo đau, rối loạn đồng tử.

Chẩn đoán được đưa ra dựa trên sự kết hợp lâm sàng và hình ảnh học, gồm có: liệt vận nhãn do đau nửa đầu, hội chứng Tolosa-Hunt, u lymphoma và coccidioidomycosis. Thêm nữa, cần nhấn mạnh rằng với các chẩn đoán viêm hoặc thâm nhiễm tiến triển, thường có kèm theo đau, rối loạn đồng tử kèm theo, ví dụ dấu hiệu Argyll Robertson trong bệnh giang mai não. Phình mạch não vẫn được chẩn đoán dựa vào những gợi ý lâm sàng, và cộng hưởng từ mạch não có thể giúp chẩn đoán xác định phình mạch

ở bệnh nhân liệt dây III gian nhân. Trong trường hợp này, việc tiếp tục chụp angiography là không cần thiết. Ở bệnh nhân có hội chứng Miller-Fisher gồm liệt vận nhãn, mất phản xạ gân xương và thất điều, có thể thấy hình ảnh dây thần kinh tăng tín hiệu. Nguyên nhân là do hủy Myeline nên hình ảnh tương tự như các bệnh lý hủy Myeline của thần kinh thị. Những bất thường này đã được chứng minh qua sinh thiết và các nghiên cứu sinh lý học thần kinh. Các tổn thương đó không thấy ở thân não. Khi chụp có tiêm thuốc, chúng ta có thể quan sát rõ hơn khu vực xoang hang. Các triệu chứng lâm sàng gợi ý chèn ép vùng này thường không đặc hiệu, có thể là tăng tín hiệu sau tiêm Gadolinium và thấy xâm lấn hố trên ổ mắt. Teo hoặc tăng tín hiệu dây III đôi khi là triệu chứng kèm theo trong khối u xoang hang. Chèn ép dây III có thể là hậu quả của hiệu ứng khối. Tiến triển nhanh nhất thường thấy trong chảy máu tuyến yên, rất hay chèn ép dây III, [2], [4], [7].

Vi nhồi máu ngoại biên dây vận nhãn chung thường gặp trong các bệnh lý mạch máu, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường, chiếm một phần ba đến một nửa số bệnh nhân liệt dây III đơn độc. Các nghiên cứu có sinh thiết ở những bệnh nhân đái tháo đường chết sau thời gian ngắn liệt dây III cho thấy rất nhiều vùng nhồi máu ngoại vi kèm theo thoái hóa Myeline không có phản ứng viêm đoạn trong xoang hang và dưới nhện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có nhiều bệnh nhân có tổn thương là nhồi máu dây thần kinh, bởi chúng tôi đã sàng lọc trước các bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường không được chụp cộng hưởng từ. Đa phần những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu, liệt dây III đơn độc thì chỉ được chụp cắt lớp vi tính sọ não và sau đó được cho ra viện. Do đó, những bệnh nhân liệt dây III có tiền sử bệnh lý mạch máu gần như không có mặt trong nghiên cứu này. Vì vậy, những trường hợp cộng hưởng từ bình thường sẽ được xếp vào nhóm vi nhồi máu tại lõi dây thần kinh ở phần ngoại vi. Nhồi máu thân não được xếp vào nhóm nguyên nhân ít gặp, và vi nhồi máu ở phần ngoại biên được xem là nguyên nhân thường gặp nhất của liệt dây III, theo Dreyfus [2]. Và ngày nay, người ta chấp nhận rằng liệt vận nhãn chung ở những bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp hoặc đái tháo đường chủ yếu là do nhồi máu đoạn ngoài trục của dây thần kinh. Theo Capo và cộng sự [1] 100% bệnh nhân liệt dây III có nguyên nhân nhồi máu ngoại vi dây thần kinh đều thuyên giảm trong vòng 12 tuần kể từ khi khởi phát

triệu chứng đầu tiên. Nếu triệu chứng không thuyên giảm trong vòng 3 tháng thì cần phải tìm nguyên nhân khác, và lúc này chụp cộng hưởng từ rất cần thiết.

Khởi phát liệt dây III sau chấn thương sọ não cũng là một gợi ý. Có những chấn thương gây nhỏ rời sợi thần kinh và biểu hiện lâm sàng liệt dây III nặng nề. Trên hình ảnh cộng hưởng từ sẽ thấy mất tiếp xúc giữa sợi thần kinh và thân não. Chấn thương gây chảy máu vùng thân não có thể làm tổn thương nhân hoặc xoắn sợi thần kinh, hoặc chấn thương ở vùng ngoại vi của dây trong trường hợp có tổn thương trần ổ mắt hoặc xoang hang.

Theo quan sát của chúng tôi, cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán được rất nhiều nguyên nhân gây liệt dây III, bao gồm cả bất thường đồng tử, trong đó có cả những nhồi máu vi mạch đã có trước khi chụp cộng hưởng từ. Ở bệnh nhân trẻ tuổi, không có tiền sử bệnh lý mạch máu hay các bệnh lý viêm hệ thống cũng như ung thư, cộng hưởng từ có thể giúp tìm được nguyên nhân. Do đó, tất cả các bệnh nhân liệt dây III có hoặc không bất thường đồng tử, đều phải được chụp cộng hưởng từ như xét nghiệm thường quy. Với những bệnh nhân có bất thường đồng tử, thì chụp cộng hưởng từ giúp loại trừ các nguyên nhân chèn ép và thâm nhiễm. Tất nhiên, trong những trường hợp bệnh nhân có kèm theo các triệu chứng xuất huyết màng não, cắt lớp vi tính sọ não kèm dựng mạch não sẽ có lợi hơn nhằm tìm phình mạch não.

## V. KẾT LUẬN

Những bệnh nhân không có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, chỉ biểu hiện liệt

dây III đơn thuần vẫn cần được chụp cộng hưởng từ như là xét nghiệm cơ bản, tất nhiên trừ trường hợp bệnh nhân có biểu hiện chảy máu màng não đi kèm, để loại trừ những nguyên nhân tổn thương nội sọ hoặc thâm nhiễm. Những bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu, đã gợi ý sẵn tổn thương nhồi máu rất thường gặp, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nhưng vẫn phải chụp cộng hưởng từ sọ não thường quy nếu như bệnh nhân không đỡ sau 3 tuần

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Capo H, Warren F, Kupersmith MJ (1992).** Evolution of oculomotor nerve palsies. J Clin Neuroophthal 1992;10:21–25
2. **Dreyfus PM, Hakim S, Adams RD (1957).** Diabetic ophthalmoplegia: report of a case, with postmortem study and comments on the vascular supply of human oculomotor nerve. Arch Neurol Psychiatry 1957;77:337–349
3. **Green WR, Hackett ET, Schlezinger NE.** Neuro-ophthalmologic evaluation of oculomotor nerve paralysis. Arch Ophthalmol 1960;72:154–167
4. **Hopf HC, Gutmann L(1990).** Diabetic 3rd nerve palsy: evidence for a mesencephalic lesion. Neurology 1990;40(7):1041–1045
5. **Mark AS, Blake P, Atlas SW, Ross M, Brown D, Kolsky M.** Enhancement of the cisternal segment of the third cranial nerve on Gd-MRI: clinical and pathological correlation. AJNR Am J Neuroradiol 1992;13:1463–1470
6. **Richards BW, Jones FR, Younge BR (1992).** Causes and prognosis in 4,278 cases of paralysis of the oculomotor, trochlear, and abducens cranial nerves. Am J Ophthalmol 1992;113:489 – 496
7. **Rucker CW.** Paralysis of the third, fourth and sixth cranial nerves. Am J Ophthalmol 1958; 46:787–794
8. **Trobe JD (1985).** Isolated pupil-sparing third nerve palsy. Ophthalmology 1985;92:58 – 61

## CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT TIỀN PHÁT: CẬP NHẬT Y VĂN

Phạm Hữu Lư\*, Nguyễn Đức Thái\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trần khí màng phổi tự phát tiên phát là bệnh lý thường xảy ra ở người trẻ với tỉ lệ tái phát nhất định. Hiện nay, chỉ định phẫu thuật nội soi lồng

ngực trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát đã trở thành thường quy và khuyến cáo thực hiện sớm ngay với các trường hợp tràn khí lần đầu. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang; Kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: Tuổi, giới tính; chỉ định phẫu thuật; thời gian mổ... Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. **Kết quả:** Từ tháng 01/2018 đến 04/2021 tại trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức có 38 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát. Chỉ định phẫu thuật bao gồm: Trần khí tái phát 44,74%; Rò khí kéo

\*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

\*\*Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022