

hợp viêm cầu thận màng nguyên phát và thiếu kính hiển vi điện tử. Nghiên cứu ở Trung Quốc<sup>[2]</sup> và Brazil<sup>[5]</sup> cũng ghi nhận tăng tỷ lệ MN. Xu X và cộng sự đưa ra giả thuyết về xu hướng gia tăng tỷ lệ MN ở các nước đang phát triển có thể do tác động của ô nhiễm môi trường hoặc lạm dụng các chất hóa học trong quá trình công nghiệp hóa<sup>[12]</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 300 mẫu sinh thiết thận tại Bệnh Viện Thống Nhất, chúng tôi ghi nhận trong số các bệnh cầu thận nguyên phát thể MCD là phổ biến nhất, kể đến là bệnh thận IgA và FSGS. Các bệnh lý IgAN, viêm thận lupus thường gặp hơn ở người trẻ. Ngược lại, DN và bệnh ống thận mô kẽ thường gặp ở người lớn tuổi hơn. Trong chỉ định sinh thiết thận do HCTH, MCD chiếm tỷ lệ thấp. Hội chứng thận viêm thường gặp bệnh thận IgA và FSGS. Bất thường nước tiểu không triệu chứng chủ yếu là bệnh thận IgA. Tỷ lệ MN tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Shaughnessy MM., Hogan SL., Thompson BD., Coppo R., Fogo AB., Jennette JC. (2018). Nephrology Dialysis Transplantation, 33 (4), pp 661-669.
2. Hu R., Qian S., Wang Y., Zhou Y., Zhang Y., Liu L., et al. (2020). Spectrum of biopsy proven renal diseases in Central China: a 10-year retrospective study based on 34,630 cases. Sci Rep 10, 10994.
3. Yim T, Kim SU., Park S., Lim JH., Jung HY., Cho JH., et al. (2020). Patterns in renal diseases diagnosed by kidney biopsy: A single-center experience. Kidney Res Clin Pract. 39 (1), pp 60-69.
4. Mai Thị Hiền. (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và bước đầu theo dõi điều trị bệnh thận IgA. Luận án tiến sĩ y học. Hà Nội.
5. Polito MG., de Moura LA., Kirsztain GM. (2010). An overview on frequency of renal biopsy diagnosis in Brazil: clinical and pathological patterns based on 9617 native kidney biopsies. Nephrol Dial Transplant, 25 (2), pp 490-496.
6. Chura J., Bernstein J., Glassock RJ. (1995). Renal disease: classification and atlas of glomerular diseases. 2nd ed. Igaku-Shoin; New York.
7. Beniwal P., Pursnani L., Sharma S., Garsa RK., Mathur M., Dharmendra P., et al. (2016). A clinicopathologic study of glomerular disease: A single-center, five-year retrospective study from Northwest India. Saudi J Kidney Dis Transpl. 27 (5), pp 997-1005.
8. Shin HS., Cho DH., Kang SK., Kim HJ., Kim SY., Yang JW. et al. (2017). Patterns of renal disease in South Korea: a 20-year review of a single-center renal biopsy database. Ren Fail. 39(1), pp 540-546.
9. Suqiyama H., Yokoyama H., Sato H., Saito T., Kohda Y., Nishi S., et al. (2011). Japan Renal Biopsy Registry: the first nationwide, web-based, and prospective registry system of renal biopsies in Japan. Clin Exp Nephrol, 15 (4), pp 493-503.
10. Nguyễn Bách., Huỳnh Ngọc Linh., Lê Việt Thắng. (2015). Khảo sát đặc điểm tổn thương mô bệnh học ở bệnh nhân người lớn mắc bệnh thận. Tạp chí Y học Quân sự. 311, pp 54-58.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG KHỞI PHÁT NHỒI MÁU HỆ TUẦN HOÀN NÃO SAU

Đỗ Đức Thuần\*, Phạm Ngọc Thảo\*, Đặng Phúc Đức\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng khởi phát của nhồi máu hệ tuần hoàn não sau. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang có đối chứng với 115 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước và 130 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau. **Kết quả:** nhồi máu hệ tuần hoàn não sau có triệu chứng khởi phát. Liệt nửa người 50,43%, rối loạn ngôn ngữ 18,26%, méo miệng 70,43%, chóng mặt 31,30%, nôn buồn nôn 34,78%, hôn mê 4,34%. **Kết**

**luận:** nhồi máu hệ tuần hoàn não sau tỷ lệ các triệu chứng khởi phát như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, méo miệng gặp ít hơn khi nhồi máu hệ tuần hoàn não trước, Trong khi chóng mặt, nôn, buồn nôn, hôn mê gặp nhiều hơn khi nhồi máu hệ tuần hoàn não trước.

**Từ khóa:** tuần hoàn não sau, nhồi máu não, chóng mặt, triệu chứng nhồi máu não

### SUMMARY

#### RESEARCH FOR CLINICAL SYMPTOMS OF ONSET OF POSTERIOR CEREBRAL INFARCTION SYSTEM

**Objectives:** to study the symptoms of onset of posterior cerebral infarction. **Subjects and methods:** A controlled cross-sectional description of 115 patients with anterior cerebral infarction and 130 patients with posterior cerebral infarction. **Results:** Infarction of

\*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

the posterior cerebral circulation had the onset of symptoms. Hemiplegia 50.43%, speech disturbance 18.26%, mouth distortion 70.43%, dizziness 31.30%, nausea and vomiting 34.78%, coma 4.34%. **Conclusion:** Infarction of the cerebral circulatory system after the onset of symptoms such as hemiplegia, speech disorders, and facial paralysis is less common in anterior cerebral infarction, while dizziness, vomiting, nausea, coma is more common with infarction of the anterior cerebral circulation.

**Keywords:** posterior cerebral circulation, cerebral infarction, dizziness, symptoms of cerebral infarction

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân chính gây tàn phế trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm 85%. Điều trị nhồi máu não với phương châm "thời gian là não", điều đó được chứng minh việc điều trị sớm làm giảm tỷ lệ tử vong, tàn phế của đột quy. Trong đó chẩn đoán xác định chậm ở bệnh nhân nhồi máu não làm tăng tỷ lệ tử vong gấp 8 lần so với nhồi máu não được chẩn đoán xác định sớm. Nhồi máu hệ tuần hoàn não sau chiếm 20% tổng số đột quy nhồi máu não. Không giống nhồi máu tuần hoàn não trước với các triệu chứng thần kinh điển hình, Nhồi máu thuộc hệ tuần hoàn não sau thường chẩn đoán ban đầu sai do có các triệu chứng không điển hình và triệu chứng giống những trường hợp giả đột quy. Vì vậy nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng khi khởi phát của nhồi máu hệ tuần hoàn não sau giúp cải thiện khả năng chẩn đoán và điều trị nhóm bệnh nhân này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 245 bệnh nhân nhồi máu não, bao gồm nhóm nghiên cứu 115 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não sau, và nhóm chứng 130 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não trước.

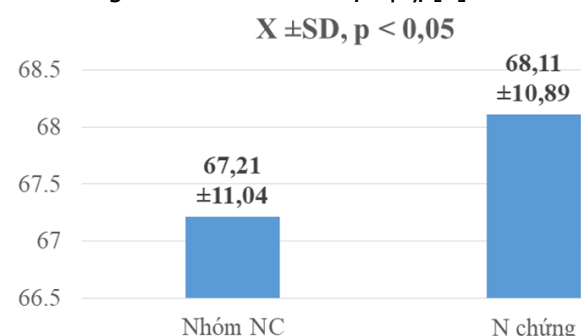
- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** bệnh nhân nhồi máu não được chẩn đoán xác định trên lâm sàng theo định nghĩa đột quy của tổ chức y tế thế giới. Chẩn đoán xác định nhồi máu não và vị trí nhồi máu dựa vào hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) hoặc cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu 67,21±11,04, tuổi ở nhóm chứng trung bình là 68,11± 10,89, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Theo hướng dẫn dự phòng đột quy của Tổ chức Đột quy Thế giới, tuổi trung

bình của đột quy năm 2005 là 69,2 và đang có xu hướng trẻ hóa tuổi mắc đột quy [1].



**Biểu đồ 1: Tuổi ở hai nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1: Phân bố giới ở hai nhóm nghiên cứu**

Giới tính	Nhóm NC n =115	Nhóm C n =130	P
Giới nam (% , n)	58,26 (67)	55,38 (72)	> 0,05
Giới nữ (% , n)	41,74 (48)	44,62 (58)	0,05

Giới nam nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn trong nghiên cứu, 58,26% ở nhóm nghiên cứu, 55,38% ở nhóm chứng, nhưng không có khác biệt về tỷ lệ giới ở hai nhóm nghiên cứu trên thông kê y học với p > 0,05. Trong nghiên cứu của Tao W.-D và cộng sự so sánh đặc điểm lâm sàng của 302 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau và 872 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước, thấy: tỷ lệ giới nam ở nhóm tuần hoàn não sau là 67,2%, tỷ lệ giới nam ở tuần hoàn não trước là 58%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, nhưng không thấy tác giả lý giải nguyên nhân [2]. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ giới nam cao hơn nữ giới do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ đột quy hơn.

**Bảng 2: Bệnh nền và các yếu tố nguy cơ**

Bệnh nền	Nhóm NC n =115	Nhóm C n =130	P
ĐTĐ (% ,n)	33,04(38)	34,61(45)	>0,05
Tăng HA (% ,n)	83,48(96)	70,77(92)	>0,05
Rối loạn lipid máu (% ,n)	73,04(84)	71,54(93)	>0,05
Béo phì (% , n)	15,65(18)	17,69(23)	>0,05
Gout (% ,n)	5,22(6)	6,92(9)	>0,05
Lạm dụng rượu (% ,n)	8,69(10)	5,38(7)	>0,05
Hút thuốc lá (% ,n)	21,74(25)	23,08(30)	>0,05
Rung nhĩ (% ,n)	23,48(27)	20,77(27)	>0,05

Trong hai nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nền gặp nhiều là tăng huyết áp (83,48% ở nhóm nghiên cứu và 70,77% ở nhóm chứng), rối loạn lipid máu (gặp 73,04% ở nhóm nghiên cứu và 71,54% và nhóm chứng), đái tháo đường (33,04% ở nhóm nghiên cứu và 34,61% ở nhóm

chứng). Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nền ở hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ các bệnh nền trong nghiên cứu của Phạm Phước Sung khi nghiên cứu 99 bệnh nhân nhồi máu não, thấy tỷ lệ các bệnh tăng huyết áp là 78,79%, rối loạn lipid máu là 72,73%, đái tháo đường 19,19% [3]. Đây là những bệnh được xác định là yếu tố nguy cơ thường xuyên gặp ở bệnh nhân nhồi máu não [4].

**Bảng 3: Triệu chứng khởi phát**

Triệu chứng khởi phát	Nhóm NC n = 115	Nhóm C n = 130	p	
Rối loạn ngôn ngữ (% , n)	18,26(21)	59,23(77)	<0,05	
Liệt (% , n)	Nửa người	50,43(58)	89,23(116)	<0,05
	Tứ chi	10,43(12)	3,08(4)	<0,05
Méo miệng (% , n)	70,43(81)	87,69(114)	>0,05	
RL cảm giác nửa người (% , n)	14,78(17)	13,08(17)	>0,05	
Chóng mặt (% , n)	31,30(36)	3,85(5)	<0,05	
Nôn, buồn nôn (% , n)	34,78(40)	2,31(3)	<0,05	
Cơ co giật (% , n)	1,74(2)	0,77(1)	>0,05	
Glasgow (% , n)	10-15 điểm	6,09(7)	16,15(21)	<0,05
	9-3 điểm	4,34(5)	0,77(1)	<0,05
Bán manh (% , n)	4,34(5)	0,77(1)	<0,05	
Song thị (% , n)	6,96(8)	0,77(1)	<0,05	
Mù một mắt (% , n)	0	0,77(1)	>0,05	

Trên bảng 3, các triệu chứng khởi phát ở bệnh nhân nhồi máu thuộc tuần hoàn não sau có tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ (speech disturbance) là 18,26%, bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước có tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ là 59,23%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Rối loạn ngôn ngữ bao gồm rối loạn vận ngôn (disarthria do đột quy gây nói khàn, rối loạn phát âm do liệt dây 7 hoặc dây 9, 10) và mất ngôn ngữ (aphasia-do đột quy tổn thương trung tâm ngôn ngữ tiếp nhận hoặc diễn đạt). Do khó khăn việc phân biệt rối loạn vận ngôn và diễn đạt ngôn ngữ trên lâm sàng nên chúng tôi xếp chung vào rối loạn ngôn ngữ. Sự khác biệt về thống kê tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ ở hai nhóm nghiên cứu do mất ngôn ngữ do tổn thương vùng Broca hoặc vùng Vernicke đều thuộc tuần hoàn não trước, vì vậy tổn thương vùng tuần hoàn não trước có tỷ lệ triệu chứng rối loạn ngôn ngữ cao hơn. Trong nghiên cứu của Tao W.-D và cộng sự thấy mất ngôn ngữ (aphasia) ở hệ tuần hoàn não trước là 22%, tuần hoàn não sau là 1% [2]. Liệt nửa người nhóm nghiên cứu là 50,43% ít hơn so với liệt nửa người ở nhóm chứng (89,23%). Trong

khi đó liệt tứ chi lại gặp nhiều ở nhóm nghiên cứu (10,43%) so với nhóm chứng (3,08%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu của Tao W.-D và cộng sự. Do tuần hoàn não trước bao gồm các động mạch não trước, động mạch não giữa đều chi phối cho vùng vận động, trong khi đó các động mạch thuộc tuần hoàn não sau như tiểu não, động mạch não sau vùng cấp máu ít ảnh hưởng đến vận động. Triệu chứng méo miệng (liệt dây thần kinh số 7) gặp ở nhóm chứng 87,69%, nhóm nghiên cứu có tỷ lệ thấp hơn là 70,43% với khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Méo miệng, liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ đây là 3 dấu hiệu trong mô hình khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới nhằm khuyến cáo cộng đồng sử dụng trong nhận biết đột quỵ não sớm (FAST- face, arm, speech, time) [5], như vậy sẽ có nhiều bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau mà triệu chứng không có mô hình chẩn đoán FAST. Trong nghiên cứu, triệu chứng ý thức được đánh giá theo thang điểm glasgow, những trường hợp glasgow từ 10-15 điểm, nhóm chứng có tỷ lệ cao hơn nhóm nghiên cứu, nhưng với glasgow từ 3-9 điểm, nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng. Như vậy ở khi nhồi máu hệ động mạch não sau khi khởi phát có rối loạn ý thức thường là hôn mê ngay, thường do tắc động mạch thân nền gây tổn thương thân não bao, vùng não có thể lưới mang chức năng thức tỉnh. Với tuần hoàn não trước khi khởi phát nếu có rối loạn ý thức thường nhẹ (glasgow 10-15 điểm) do rối loạn ý thức do nhồi máu hệ tuần hoàn não trước thường phải tắc mạch lớn và ý thức xấu do phù nề nề đẩy lớn ở bán cầu, sự phù nề nề đẩy do hậu quả phù não thường gặp ở những ngày thứ 2 trở đi sau đột quỵ.

Các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn gặp nhiều ở các bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau với tỷ lệ là 31,30% và 34,78%. Nhồi máu hệ tuần hoàn não trước có các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn là 3,85% và 2,31%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong nghiên cứu của Nouh A và cộng sự thấy các triệu chứng thường gặp do nhồi máu tuần hoàn não sau với: chóng mặt từ 47-75%, buồn nôn, nôn 27-60% [6] và cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, do nghiên cứu của Nouh A và cộng sự các triệu chứng này khai thác không phải giai đoạn khởi phát. Nghiên cứu của Tao W.-D và cộng sự và cộng sự cũng thấy khi nhồi máu toàn hoàn não sau các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn gặp nhiều hơn so với

nhồi máu tuần hoàn não trước [2]. Chóng mặt là triệu chứng của hệ động mạch sống nền, nhưng chóng mặt cũng gặp ở nhiều bệnh lý khác như bệnh lý tiền đình gồm: tiền đình ngoại vi do tai trong hay thần kinh tiền đình hoặc tiền đình trung ương do tổn thương tiểu não, thân não. Vì vậy các bệnh nhân do nhồi máu hệ tuần hoàn não sau với biểu hiện khởi phát là triệu chứng chóng mặt có nguy cơ bỏ sót chẩn đoán đột quỵ rất cao. Hiện này mô hình chẩn đoán đột quỵ BEFAST (balance, eyes, face, arms, speech, time) bao gồm các triệu chứng: thăng bằng, mắt, mặt, tay, ngôn ngữ và thời gian bao hàm được các triệu chứng của hệ đột sống thân nền được nhiều nơi sử dụng. Mô hình chẩn đoán đột quỵ BEFAST được chứng minh là có độ chính xác trong chẩn đoán đột quỵ cao hơn so với mô hình chẩn đoán FAST [7]. Các triệu chứng có thể gặp với tỷ lệ ít ở bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não là bán manh, song thị, nhưng rất có giá trị do nhồi máu hệ tuần hoàn não trước rất hiếm gặp các triệu chứng này.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 245 bệnh nhân nhồi máu não, bao gồm 115 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não sau và 130 bệnh nhân nhồi máu não thuộc tuần hoàn não trước.

Thấy rằng: triệu chứng khởi phát của nhồi máu hệ tuần hoàn não sau với liệt nửa người 50,43%, rối loạn ngôn ngữ 18,26% gặp ít hơn so với hệ tuần hoàn não trước, khác biệt có ý nghĩa

thống kê với  $p < 0,05$ . Các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn, hôn mê, bán manh, nhìn đôi có tỷ lệ gặp nhiều hơn ở bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau so với hệ tuần hoàn não trước, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. et al (2014), "Guidelines for the Primary Prevention of Stroke", Stroke, 45(12), pp. 3754-3832.
2. Tao W.-D., Liu M., Fisher M. et al (2012), "Posterior Versus Anterior Circulation Infarction", Stroke, 43(8), pp. 2060-2065.
3. Phạm Phước Sung (2019), "Kết quả điều trị nhồi máu não trong giai đoạn từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu huyết khối Alteplase liều thấp", Đại học Y Hà Nội.
4. Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R. et al (2014), "Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack", Stroke, 45(7), pp. 2160-2236.
5. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al (2019), "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke, 50(12), pp. e344-e418.
6. Nouh A., Remke J., Ruland S. (2014), "Ischemic posterior circulation stroke: a review of anatomy, clinical presentations, diagnosis, and current management", Front Neurol, 5, pp. 30.
7. Chen X., Zhao X., Xu F. et al (2021), "A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing FAST and BEFAST in Acute Stroke Patients", Front Neurol, 12, pp. 765069.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U GIÁP LÀNH TÍNH Ở TRẺ EM ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Hiền<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u giáp lành tính ở trẻ em được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu 13 bệnh nhân u giáp lành tính  $\leq 18$  tuổi được phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng cắt u tuyến

giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 02/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $15,77 \pm 3,27$  tuổi (8-18); nữ chiếm 76,92%. 76,92% trẻ đi khám vì phát hiện khối vùng cổ, 100% trường hợp khám lâm sàng sờ thấy khối u. Hầu hết các trường hợp chỉ có u một thùy (84,6%), tỉ lệ u nằm ở thùy phải là 57,4%. U lớn nhất có kích thước trung bình là  $26,46 \pm 5,28$  (20 – 37)mm, chủ yếu là u từ 20-30mm (69,2%). Tất cả trường hợp đều có kết quả tế bào học và giải phẫu bệnh sau mổ u giáp lành tính. **Kết luận:** TOETVA có thể ứng dụng trong điều trị u tuyến giáp lành tính ở trẻ em.

**Từ khóa:** U giáp lành tính trẻ em, TOETVA.

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023