

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Thành Bắc¹,
Hoàng Mạnh Linh¹, Ngô Quang Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô lâm sàng trên 32 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103 từ 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022. Đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh trên phim cắt lớp vi tính. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng theo thang điểm NIHSS cho thấy đa số bệnh nhân ở mức độ trung bình và nặng (NIHSS ≥ 16), chiếm 84,4%; tình trạng tri giác trong phạm vi 6-12 điểm Glasgow (96,9%); triệu chứng lâm sàng thường gặp chính bao gồm liệt nửa người (100%), nói khó (90,6%), giãn đồng tử cùng bên (78,1%); Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não cho thấy diện nhồi máu rộng vùng cấp máu của động mạch não giữa 0 – 3 điểm theo thang điểm ASPECTS (78,1%). **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa có triệu chứng chính là liệt nửa người, nói khó, giãn đồng tử cùng bên với tình trạng lâm sàng ở mức trung bình và nặng là chủ yếu, hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy diện tích vùng nhồi máu rộng. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, nhồi máu não điện rộng, động mạch não giữa.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, COMPUTER TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH EXTREME CEREBRAL INHALTY DUE TO MIDDLE CEREBRAL ARTERY OBSTRUCTION AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: Describe clinical characteristics and computed tomography images in patients with large-scale cerebral infarction due to middle cerebral artery occlusion at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** Clinical tissue research on 32 patients with large cerebral infarction due to middle cerebral artery occlusion at Military Hospital 103 from January 2017 to September 2022. Evaluate clinical features and images on computed tomography. **Results:** Clinical characteristics according to the NIHSS scale showed that the majority of patients were moderate and severe (NIHSS ≥ 16), accounting for 84.4%; Consciousness status within the range of 6-12 Glasgow points (96.9%); The main common clinical

symptoms include hemiplegia (100%), difficulty speaking (90.6%), ipsilateral mydriasis (78.1%); Brain computed tomography images showed extensive infarction in the blood supply area of the middle cerebral artery with 0 - 3 points according to the ASPECTS scale (78.1%). **Conclusion:** Patients with large-scale cerebral infarction due to middle cerebral artery occlusion have main symptoms of hemiplegia, difficulty speaking, and dilated pupils on the same side with mainly moderate and severe clinical conditions; computed tomography images show a large infarct area. **Keywords:** clinical features, computed tomography, large cerebral infarction, middle cerebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới, sau tim mạch và ung thư. Theo nhiều nghiên cứu, nhồi máu não do tắc động mạch não giữa chiếm tỉ lệ cao nhất trong các thể lâm sàng của đột quy não [1]. Trong đó nhồi máu não điện rộng vùng cấp máu của động mạch não giữa được xác định khi phạm vi nhồi máu trên 50% vùng cấp máu của động mạch não giữa. Bệnh thường diễn biến phức tạp do tình trạng phù não tiến triển, dễ dẫn tới tăng áp lực nội sọ gây tăng nguy cơ tử vong. Nếu chỉ điều trị bằng các phương pháp nội khoa thì tỉ lệ tử vong lên đến 80% [2]. Ở Việt Nam, cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa tại bệnh viện Quân Y 103*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa được phẫu thuật mở sọ giảm áp tại khoa Phẫu thuật Thần kinh và Khoa Đột quy - Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ (AHA/ASA): vùng nhồi máu > 50% diện cấp máu của động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính sọ não, có hồ sơ, bệnh án đầy đủ. Bệnh nhân hoặc

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân nhồi máu não không được xác định là nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa. Bệnh án không đầy đủ, rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả lâm sàng, không đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn được 32 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Triệu chứng lâm sàng chính: liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người, bán manh, nói khó/thất ngôn, giãn đồng tử cùng bên.

- Tình trạng bệnh nhân theo thang điểm Glasgow: 3-5 điểm, 6-8 điểm 9-12 điểm, 13-15 điểm, điểm Glasgow trung bình.

- Vị trí nhồi máu: theo bán cầu não
- Mức độ di lệch đường.
- Diện tích nhồi máu theo thang điểm ASPECTS.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu

thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa được phẫu thuật mở sọ giảm áp tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Quân Y 103 trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2022. Chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 64,16 ± 9,4; trong đó nam giới chiếm phần lớn với 68,8%, nữ giới chiếm 31,2%.

*** Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa**

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng chính

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liệt nửa người	32	100
Rối loạn cảm giác nửa người	6	18,8
Bán manh	1	3,1
Nói khó/thất ngôn	29	90,6
Giãn đồng tử cùng bên	12	37,5

Trong nghiên cứu, 100% các bệnh nhân liệt nửa người bên đối diện. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp khác, bao gồm: nói khó, giãn đồng tử cùng bên với tỷ lệ lần lượt là 90,6% và 37,5%.

Bảng 2. Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật

Tình trạng bệnh nhân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trí giác theo thang điểm Glasgow		
3-5	0	0
6-8	15	46,9
9-12	16	50
13-15	1	3,1
Glasgow trung bình thời điểm phẫu thuật	8,84 ± 0,35	
Tình trạng bệnh nhân (Thang điểm NIHSS)		
1 – 4	0	0
5 – 15	05	15,6
16 – 20	09	28,1
21 - 42	18	56,3
Điểm NIHSS trung bình	21,16±7,23	
Tổng	32	100

Phần lớn trí giác của bệnh nhân theo Glasgow tại thời điểm phẫu thuật thuộc nhóm 9-12 với 16/32 bệnh nhân (50%). Có 15/32 bệnh nhân ở mức độ nặng 6-8 điểm (46,9%). Có 1 bệnh nhân nào trong nhóm mức độ nhẹ (GCS 13- 15 điểm).

Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đột quy ở mức độ trung bình đến nặng theo thang điểm đột NIHSS (từ 16 - 42) với 09/32 bệnh nhân (28,1%), 18/32 bệnh nhân (56,3%) mức độ rất nặng (NIHSS: 21-42). Không có bệnh nhân không có triệu chứng và mức độ nhẹ.

*** Hình ảnh cắt lớp vi tính**

Bảng 3. Vị trí nhồi máu

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bán cầu não phải	18	56,3
Bán cầu não trái	14	43,7
Tổng số	32	100

Vùng nhồi máu bán cầu não phải chiếm 56,3%, nhồi máu Bán cầu não trái chiếm 43,7%. Không có trường hợp nào nhồi máu cả hai bán cầu.

Bảng 4. Mức độ di lệch đường giữa trên phim chụp cắt lớp vi tính

Mức độ dè dẩy đường giữa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Độ I	19	59,4
Độ II	07	21,9
Độ III	05	15,6
Độ IV	01	3,1
Tổng	32	100

Phần lớn mức độ di lệch trên phim chụp CLVT sọ não trước phẫu thuật ở độ I 59,4% và độ II 21,9%.

Bảng 5. Diện tích nhồi máu theo thang điểm ASPECTS

Diện tích nhồi máu (điểm ASPECTS)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
-----------------------------------	----------	-----------

0	05	15,6
1	07	21,9
2	07	21,9
3	06	18,8
4	01	3,1
5	06	18,8
Tổng	32	100

Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân nhồi máu diện rộng có điểm ASPECTS \leq 5. Tỷ lệ số bệnh nhân từ 0- 3 điểm gặp trong 78,1% các trường hợp; trong đó có 5/32 trường hợp (15,6%) đạt điểm 0.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tôi cho thấy điểm NIHSS lúc nhập viện trung bình là $20,66 \pm 7,55$. Đây là mức điểm đánh giá tình trạng nặng ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng diện cấp mạch động mạch não giữa có phù não ác tính. Điểm NIHSS ban đầu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Eric Juttler và cộng sự (2014) là 20 [3], Katayoun Vahedi là $22,5 \pm 5,4$ [4]. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu cao hơn kết quả của Badih Daou (2016) là 16 ± 5 [5]. Kết quả này cho thấy có thể lựa chọn bệnh nhân can thiệp phẫu thuật trong các nhóm nghiên cứu có thể khác nhau trong các thử nghiệm lâm sàng. Thử nghiệm DESTINY lựa chọn phẫu thuật cho các bệnh nhân có điểm NIHSS > 18 đối với Bán cầu não trái và > 20 đối với bán cầu kém ưu thế.

Điểm Glasgow trung bình tại thời điểm trước phẫu thuật là $8,84 \pm 0,35$. Nghiên cứu cũng cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật nằm trong nhóm có điểm Glasgow từ 6-8 và từ 9-12. Kết quả này cũng phù hợp với các thử nghiệm lâm sàng khác với nhận định các bệnh nhân điểm tri giác 13-15 ít có nguy cơ tăng áp nội sọ. Chính vì vậy, hiệu quả của phẫu thuật mở sọ giảm áp đối với nhóm bệnh nhân này không rõ ràng. Trên một khía cạnh khác, nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow từ 3-5 cũng không nhiều vì hiệu quả phẫu thuật mở sọ cũng không nhiều. Thử nghiệm DESTINY không lựa chọn phẫu thuật cho các bệnh nhân có điểm Glasgow < 6 . [4]

Trong nghiên cứu, 100% các bệnh nhân liệt nửa người bên đối diện. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp khác, bao gồm: nói khó, giãn đồng tử cùng bên với tỷ lệ lần lượt là 90,6% và 78,1%. Các triệu chứng này phản ánh tổn thương chức năng của người bệnh, nó ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo các nghiên cứu của Hiệp hội Tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ (2014): phẫu thuật mở sọ giảm áp có thể giảm tỷ lệ tử vong các nhồi

máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa song chỉ có 1/3 các bệnh nhân cải thiện các triệu chứng này sau phẫu thuật. Chính vì vậy, điều này phải được các bác sĩ khuyến cáo đến người bệnh trước khi có lựa chọn phẫu thuật hay không.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: vùng nhồi máu bán cầu não phải chiếm 56,3%, nhồi máu bán cầu não trái chiếm 43,7%. Không có trường hợp nào nhồi máu cả hai bán cầu. Carter và cs (1997) [6]; Delashaw và cs (1990) [7]; Amadeep Kumar và cs (2013) [8] và một số tác giả khác cũng đã đề cập đến nhồi máu não ở bán cầu trội tức là bán cầu não bên trái và bán cầu không trội tức là bán cầu não bên phải. Một vài tác giả cho rằng không nên chỉ định phẫu thuật mở sọ giải ép đối với người bị nhồi máu bán cầu trội với lý do đơn giản là gây nên rối loạn ngôn ngữ sau phẫu thuật. Nhưng, Desiree J. Lazio (2000) phân tích 7 trường hợp nhồi máu bán cầu não trái, nhận thấy chỉ có 1 tử vong, hồi phục chức năng tốt ở 6 bệnh nhân (BI đạt 60-100). Trong số 6 bệnh nhân sống sót, có 1 bệnh nhân không có rối loạn ngôn ngữ, còn lại 5 bệnh nhân khác đều có khả năng hiểu người khác nói gì. Tác giả đi đến kết luận là các bệnh nhân bị nhồi máu bán cầu não trái mà được phẫu thuật thì kết quả không có gì khác biệt với người bị nhồi máu bán cầu não phải [9]. Do vậy, phẫu thuật có thể được tiến hành với người bệnh bị nhồi máu não bán cầu trái. Vấn đề là cứu sống người bệnh cho dù sau mổ có mất lời (aphasia) nhưng vẫn còn một vài chức năng nói như nghe, hiểu. Diện nhồi máu tính theo thang điểm ASPECTS: 100% bệnh nhân nhồi máu diện rộng có điểm ASPECTS \leq 5. Tỷ lệ số bệnh nhân từ 1-3 điểm gặp trong 75% các trường hợp; trong đó có 3/32 trường hợp (9,4%) đạt điểm 1. Kết quả này không có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác, đây là những điểm đặc trưng của nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa.

Mức độ di lệch đường giữa có liên quan đến kết cục lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, phù não ác tính được phẫu thuật mở sọ giảm áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ di lệch đường giữa cao (độ III, IV) chiếm 18,7%. Phẫu thuật mở sọ giảm áp làm giảm áp lực nội sọ, qua đó làm giảm mức độ di lệch đường giữa. Giảm đè đẩy đường giữa là yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật và sự hồi phục thần kinh của bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, trong đó 85% số bệnh nhân phẫu thuật mở sọ giảm áp có hình ảnh giảm mức độ di lệch đường giữa, 50% có đường giữa trở về bình thường [10]. Theo Badih Daou và cộng sự mức

độ đẩy lệch đường giữa >10 mm là yếu tố tiên lượng xấu cho hồi phục lâm sàng [5]. Trong nghiên cứu của tôi, trước phẫu thuật có 06/32 bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa trên phim chụp CLVT sọ não > 10 mm chiếm 18,7%, sau phẫu thuật số bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa trên phim chụp CLVT sọ não >10 mm giảm còn 15,6%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 32 bệnh nhân mắc nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa từ tháng 1/2017 tới tháng 9/2022 chúng tôi nhận thấy về đặc điểm lâm sàng theo thang điểm NIHSS cho thấy đa số bệnh nhân ở mức độ trung bình và nặng (NIHSS \geq 16), chiếm 84,4%; tình trạng tri giác trong phạm vi 6-12 điểm Glasgow (96,9%); triệu chứng lâm sàng thường gặp chính bao gồm liệt nửa người (100%), nói khó (90,6%), giãn đồng tử cùng bên (78,1%); Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não cho thấy diện nhồi máu rộng vùng cấp máu của động mạch não giữa 0-3 điểm theo thang điểm ASPECTS (78,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yuping li, mengzhuo hou, guangyu lu, et al.** (2016). Decompressive craniectomy for severe middle cerebral artery infarction: a meta-analysis of randomised controlled trials. *The lancet*, 388: s92.
2. **S. Das, p. Mitchell, n. Ross, et al.** (2019). Decompressive hemicraniectomy in the treatment of malignant middle cerebral artery infarction: a meta-analysis. *World neurosurg*, 123: 8-16.
3. **Eric jüttler, andreas unterberg, johannes woitzik, et al.** (2014). Hemicraniectomy in older patients with extensive middle-cerebral-artery stroke. *Stroke* 37(12): 1091-1100.
4. **E. Jüttler, s. Schwab, p. Schmiedek, et al.** (2007). Decompressive surgery for the treatment of malignant infarction of the middle cerebral artery (destiny): a randomized, controlled trial. *Stroke*, 38(9): 2518-2525.
5. **B. Daou, a. P. Kent, m. Montano, et al.** (2016). Decompressive hemicraniectomy: predictors of functional outcome in patients with ischemic stroke. *J neurosurg*, 124(6): 1773-9.
6. **Ogilvy cs carter bs, candia gj, et al** (1997). One year outcome after decompressive surgery for nondominant hemispheric infarction. *Neurosurgery* 40 : 1168 – 1176.
7. **Brossaus wc delashaw jb, kassell nf, et al** (1990). Treatment of right hemispheric cerebral infarction by hemicraniectomy stroke. 21: 874 – 881.
8. **Manish singh sharma amadeep kumar, et al** (2013). Outcome after decompressive craniectomy in patient with dominant middle cerebral artery infarction: a preliminary report. *Ann indian acad neurol*. Oct-dec; 16(4): 509-515.
9. **Giuseppe I desiree jl** (2000). Decompressive craniectomy for space occupying supratentorial infarct: rational, indication and outcome. *Neurosurg focus* 8(5).
10. **S. B. Jeon, s. U. Kwon, j. C. Park, et al.** (2016). Reduction of midline shift following decompressive hemicraniectomy for malignant middle cerebral artery infarction. *J stroke*, 18(3): 328-336.

BIẾN THỂ MICA-129 VAL/MET ẢNH HƯỞNG ĐẾN LƯỢNG VIRUS EPSTEIN-BARR (EBV) TÍCH LŨY TRONG TẾ BÀO U VÒM HỌNG

Lê Hạ Long Hải^{1,2}, Lê Văn Hưng^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2},
Vũ Huy Lượng^{1,2}, Lê Ngọc Anh³, Nguyễn Thị Thúy Mậu³,
Vũ Thị Thu Trang¹, Vũ Thị Hà¹, Trần Tín Nghĩa^{1,4},
Tạ Thành Đạt¹, Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Protein MICA (major histocompatibility complex (MHC) class I chain-related A) biểu hiện trên bề mặt tế bào, đóng vai trò quan trọng trong việc loại bỏ cả tế

bào bị nhiễm virus và tế bào ác tính thông qua việc kích hoạt thụ thể NKG2D của tế bào NK và tế bào lympho T. Sự biến đổi Valine (Val) thành Methionine (Met) ở vị trí axit amin 129 trên MICA ảnh hưởng tới ái lực liên kết với thụ thể NKG2D và đã được tìm thấy trong một loạt các rối loạn liên quan đến miễn dịch. Nghiên cứu trên 164 mẫu mô u vòm họng, kiểu gen của MICA-129 được xác định lần lượt là Val/Val (33,54%), Val/Met (46,34%) và Met/Met (20,12%). Tần số alen của MICA-129 cũng được ghi nhận, với 43,29% alen Met và 56,71% alen Val. Đáng chú ý, sự hiện diện của alen Val có liên quan đáng kể đến sự gia tăng nồng độ EBV trong mô u vòm họng ($p=0,04$). Kết quả của nghiên cứu gợi ý vai trò tiềm năng của MICA-129 trong việc đánh giá nguy cơ bệnh và có thể trở thành mục tiêu cho những liệu pháp miễn dịch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung Ương

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng Việt

Email: hoangviet@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023