

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ CỦA NHỒI MÁU NÃO CẤP HỆ ĐỘNG MẠCH SỐNG - NỀN

Nguyễn Văn Tùng¹, Nguyễn Thế Anh^{2,4},
Nguyễn Văn Hương^{2,3}, Nguyễn Thị Ích¹

TÓM TẮT

Nhồi máu não luôn là vấn đề thời sự của y học bởi đây là căn bệnh phổ biến, mang tính toàn cầu, có tỷ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng nặng nề, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Với mục đích nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng tử sọ não trong nhồi máu não cấp hệ động mạch sống nền, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng tử của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền". Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $66,7 \pm 12,02$ điểm, vị trí tổn thương thường gặp ở cầu não (22,73%), các yếu tố tiên lượng nặng bao gồm rối loạn ý thức ($p=0,000$), bất thường đồng tử ($p=0,031$), rối loạn nuốt ($p=0,042$), rối loạn ngôn ngữ ($p=0,002$), có sự liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm NIHSS ($p=0,000$), tình trạng ý thức ($p=0,000$) và điểm Rankin lúc ra viện ($p=0,047$). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết luận:** các yếu tố tiên lượng nặng bao gồm rối loạn ý thức, bất thường đồng tử, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ, điểm pc-Aspect thấp. **Từ khóa:** Nhồi máu não, giai đoạn cấp, pc-Aspect.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF ACUTE CEREBRAL INFARCTION OF THE VERTEBROBASILAR ARTERY SYSTEM

Cerebral infarction is always a topical issue in medicine because it is a common, global disease, has a high mortality rate, leaves many serious sequelae, and is a burden for families and society. For the purpose of clinical research and magnetic resonance imaging in vertebrobasilar cerebral infarction, we conducted research on the topic: "Clinical features and magnetic resonance imaging of acute cerebral infarction of the vertebrobasilar artery system". Research shows that the average age of the disease is 66.7 ± 12.02 , and the most common location of damage is in the pons (22.73%), and severe prognostic factors include consciousness disorders ($p=0.000$), pupil abnormalities ($p=0.031$), swallowing disorders ($p=0.042$), speech disorders ($p=0.002$), there is an association between pc-Aspect score and

NIHSS score ($p= 0.000$), conscious status ($p=0.000$) and Rankin score at discharge ($p=0.047$). **Research methodology:** a descriptive cross-sectional study. **Conclusion:** Severe prognostic factors include consciousness disorders, pupil abnormalities, swallowing disorders, speech disorders, and low pc-Aspect scores. **Keywords:** Cerebral infarction, acute phase, pc-Aspect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một vấn đề thời sự trong y học. Bệnh có tần suất 0,2% trong cộng đồng, phần lớn ở người trên 65 tuổi(7). Đây là bệnh lý thường gặp đặc biệt là các nước phát triển và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, nếu qua khỏi thì thường để lại di chứng nặng nề và là gánh nặng cho gia đình và cho xã hội.

Đột quy não gồm hai thể là nhồi máu não và chảy máu não, trong đó, nhồi máu não chiếm tỷ lệ khoảng 80 – 85%. Trong đó nhồi máu thuộc hệ động mạch sống - nền chiếm 25% tổng số bệnh nhân nhồi máu não(5), có tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao.

Trong những năm gần đây, nhờ các tiến bộ trong điều trị nhồi máu não cấp, đặc biệt là điều trị theo cơ chế bệnh sinh để giải quyết nguyên nhân như tiêu sợi huyết bằng đường tĩnh mạch, đường động mạch hay lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học đã mang lại những cải thiện đáng kể về sự hồi phục lâm sàng.

Việc chỉ định chụp cộng hưởng tử (CHT) não và mạch não trong nhồi máu thuộc hệ động mạch sống - nền giai đoạn cấp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, góp phần chẩn đoán xác định bệnh, giúp đưa ra các biện pháp điều trị như: tiêu sợi huyết, lấy huyết khối qua đường động mạch, nong động mạch hẹp... Và còn giúp tiên lượng nhồi máu não. Ở nước ta, chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng tử trong nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền. Do vậy, để góp phần tìm hiểu về vấn đề trên, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học cộng hưởng tử của Nhồi máu não cấp hệ động mạch sống nền" nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền.
2. Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng tử

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tùng

Email: nguyenvantungbvdktb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 13.12.2023

sơ não và mối liên quan với lâm sàng của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não giai đoạn cấp.

- Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ não, mạch não có hình ảnh nhồi máu não hệ động mạch sống - nền.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Lâm sàng liên quan tới chấn thương sọ não, u não, chảy máu não.

- Không đủ tiêu chuẩn về chẩn đoán hình ảnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 8/2022 tới tháng 7/2023 tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu, chọn mẫu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Dựa vào mẫu bệnh án nghiên cứu và điểm pc-Aspect được đính kèm trong phụ lục, sử dụng phần mềm SPSS 26.0

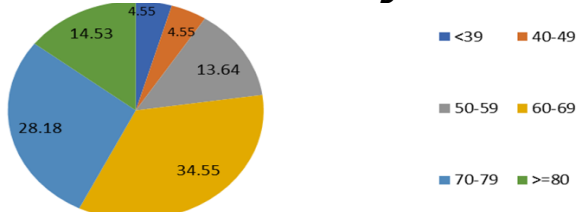
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhồi máu não cấp hệ động mạch sống - nền

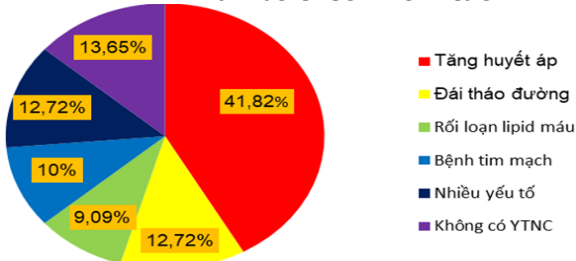
3.1.1. Đặc điểm chung



Hình 1. Phân bố theo giới tính



Hình 2. Phân bố theo nhóm tuổi



Hình 3. Một số yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Nhồi máu não hệ động mạch

sống - nền chủ yếu gặp ở nam giới (69,1%), nữ chiếm 30,9%, tỷ lệ nam/ nữ: 2,24. Độ tuổi trung bình 66,7±12,02, cao nhất là 90 tuổi, thấp nhất 32 tuổi. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp, chiếm 41,82%, tiếp theo là đái tháo đường (12,72%), bệnh tim mạch (10%), rối loạn lipid máu (9,09%), bệnh nhân có nhiều hơn 1 yếu tố nguy cơ chiếm 12,72%, không có yếu tố nguy cơ là 13,65%

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau đầu	54	49,09
Chóng mặt	60	54,55
Buồn nôn, nôn	36	32,73
Nhìn mờ	17	15,45
Ù tai	19	17,27

Bảng 2. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Ý thức (thang điểm Glasgow)	13-15	58 52,73
	8-12	36 32,72
	<8	16 14,55
Kích thước đồng tử	Bất thường	28 25,45
	Bình thường	82 74,55
Vận động	Liệt nửa người	58 52,73
	Liệt tứ chi	15 13,64
	Không liệt vận động	37 33,63
Cảm giác	Rối loạn nửa người	26 23,64
	Rối loạn tứ chi	6 5,45
	Bình thường	78 70,91
Rối loạn ngôn ngữ	67	60,91
Rối loạn nuốt	19	17,27
Rối loạn cơ tròn	25	22,73
Liệt thần kinh sọ	30	27,27

Bảng 3. Điểm NIHSS lúc nhập viện

Điểm NIHSS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=110)
0 điểm	3	2,73
1-6 điểm	72	65,45
7-15 điểm	30	27,27
Trên 15 điểm	5	4,55

Bảng 4. Điểm Rankin lúc ra viện

Điểm Rankin	Số BN	Tỷ lệ %
I (0,1,2,3)	72	65,45
II(4,5,6)	38	34,55
Tổng	110	100%

Bảng 5. Nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=110)
Mạch máu lớn	62	56,36
Bệnh lý mạch máu nhỏ	11	10,00
Nguồn gốc từ tim	21	19,09
Không xác định	16	14,55

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau đầu, chóng mặt, chiếm tỷ lệ lần lượt 49,09% và 54,55%. Tình trạng ý thức: nhóm bệnh nhân có Glasgow từ 13 đến 15 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất: 52,73%, nhóm có điểm dưới 8 chiếm 23,64%, nhóm 8-12 điểm chiếm 14,55%. Điểm NIHSS 1-6 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất: 65,45%. Điểm Rankin lúc ra viện phần lớn thuộc nhóm I chiếm 65,45%, nhóm 2 chiếm tỷ lệ 34,55%. Nguyên nhân thường gặp là nguyên nhân mạch máu lớn chiếm 56,36%.

3.2. Hình ảnh cộng hưởng từ sọ não và mối liên quan với lâm sàng

Bảng 6. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Thùy chẩm	10	9,09
Đồi thị	6	5,45
Tiểu não	18	16,36
Cuống não	8	7,27
Cầu não	25	22,73
Hành não	12	10,92
Tổn thương nhiều vị trí	31	28,18

Bảng 7. Động mạch tổn thương

Động mạch tổn thương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ % (n=110)
Động mạch tủy sống	10	9,09

Bảng 8. Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và ý thức bệnh nhân

Điểm pc-Aspect	Tình trạng ý thức (điểm Glassgow)					
	13-15 điểm		8-12 điểm		Dưới 8 điểm	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
0-7	5	4,55	11	10,00	12	10,91
8-10	53	48,18	25	22,73	4	3,64
Tổng	58	52,73	36	32,72	16	14,55

Bảng 9. Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm NIHSS

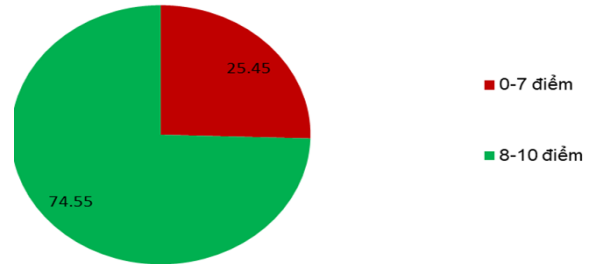
Điểm pc-Aspect	Điểm NIHSS							
	0 điểm		1-6 điểm		7-15 điểm		Trên 15 điểm	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
0-7	0	0	11	10	12	10,91	5	4,55
8-10	3	2,73	61	55,45	18	16,36	0	0
Tổng	3	2,73	72	65,45	30	27,27	5	4,55

Nhận xét: Có sự liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm Glasgow lúc nhập viện với $p=0,000$ ($<0,001$), điểm NIHSS $p=0,000$ ($<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 110 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy nhồi máu não vùng hố sau gặp ở nhiều độ tuổi khác nhau, tuổi trung bình là $66,7 \pm 12,02$, tuổi cao nhất là 90 tuổi, trẻ nhất là 32 tuổi. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Trinh và cộng sự nhận xét trong 145 trường hợp thấy độ tuổi

Động mạch đốt sống	15	13,64
Các động mạch cầu não	60	54,55
Động mạch tiểu não trước dưới	15	13,64
Động mạch tiểu não sau dưới	20	18,18
Động mạch tiểu não trên	6	5,45
Động mạch não sau	29	26,36



Hình 4. Điểm pc-Aspect

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhồi máu các động mạch cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 54,55%, thấp nhất là nhồi máu động mạch tiểu não trên (5,45%) và động mạch tủy sống (9,09%). Số bệnh nhân có điểm pc-Aspect 8-10 chiếm tỷ lệ cao nhất 74,55%. Tổn thương nhiều vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất 28,18%, tổn thương cầu não chiếm 22,73%, tiểu não chiếm 16,36%. Tổn thương ít gặp nhất ở đồi thị và cuống não, chiếm lần lượt 5,45% và 7,27%.

mắc bệnh là $63,2 \pm 11,8(4)$.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có độ tuổi trên 60 chiếm 77,26%. Kết quả này là phù hợp với nhận xét của Tổ chức Y tế Thế giới: "Tuổi càng cao thì tỷ lệ đột quỵ não càng nhiều"

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng số bệnh nhân nam chiếm 69,1% cao hơn số bệnh nhân nữ 30,9% và tỷ lệ nam/nữ là 2,24.

Kết quả này của chúng tôi tương đương với công trình nghiên cứu của Lê Thị Mỹ (2015) tỷ lệ nam/nữ= 2,5(2).

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất 41,82%. Đây là một trong số các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của nhồi máu não, và thay đổi được. Nhiều nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Theo Lê Văn Thịnh tăng huyết áp chiếm 28,18%(3).

Nguyên nhân gây bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh mạch máu lớn chiếm 56,36%, bệnh lý mạch máu nhỏ chiếm 10%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đoàn Thị Bích: bệnh lý mạch máu lớn 20%, bệnh lý mạch máu nhỏ 27,2%(1), và tương đồng với Lê Thị Mỹ: bệnh lý mạch máu lớn 52,7%, bệnh lý mạch máu nhỏ 10%(2).

Tiếp theo là bệnh có nguồn gốc tim mạch chiếm 19,09%, tương đương với tác giả Lê Thị Mỹ 19,8%(2), và cao hơn kết quả của Đoàn Thị Bích nguyên nhân từ tim chiếm 12,8%(1).

Triệu chứng cơ năng của nhồi máu thuộc hệ động mạch sống - nền rất đa dạng. Mức độ nặng của triệu chứng phụ thuộc vào mạch máu, nhu mô tổn thương, tuần hoàn bàng hệ và nguyên nhân gây bệnh.

Về các triệu chứng cơ năng, chóng mặt là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất 54,55%, cao hơn so với kết quả của tác giả Lê Thị Mỹ (49,5%) (2), do trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương tiểu não chiếm tỷ lệ cao chỉ đứng sau cầu não. Đây cũng là biểu hiện duy nhất chúng tôi gặp ở một số bệnh nhân nghiên cứu. Do vậy đứng trước một bệnh nhân chóng mặt tới khám, điều phân biệt đây là chóng mặt ngoại vi hay trung ương. Theo nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan giữa kết quả bệnh nhân với tình trạng ý thức, kích thước đồng tử, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Và đây là các yếu tố tiên lượng nặng.

Devuyt chỉ ra các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân tắc động mạch thân nền, đó là rối loạn kích thước đồng tử, nói khó, rối loạn ý thức và hội chứng thân não(6); hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Số bệnh nhân tổn thương các động mạch ở cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 54,55%, cao hơn so với kết quả của Lê Thị Mỹ nghiên cứu 91 bệnh nhân có 19 bệnh nhân tổn thương các động mạch cầu não(2).

Các động mạch tủy sống, động mạch đốt sống chiếm tỷ lệ thấp lần lượt 9,09% và 13,64%, tương đồng với kết quả của Lê Thị Mỹ động mạch đốt sống chiếm 12 trong số 69 bệnh nhân(2). Tổn thương các động mạch cấp máu cho tiểu não chiếm 37,27%.

Nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có điểm pc-Aspect từ 0 đến 7 điểm chiếm 25,45%, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ (49,3%)(2) và Volker Puetz và cộng sự, trong 158 bệnh nhân tắc động mạch thân nền thấy số bệnh nhân điểm từ 0 đến 7 chiếm 50,6%(8).

Số bệnh nhân có điểm pc-Aspect từ 8 đến 10 chiếm 74,55%, cao hơn so với Lê Thị Mỹ (50,5%)(2), thấp hơn nghiên cứu của Volker Puetz và cộng sự, điểm từ 8 đến 10 chiếm 49,5%(8).

Theo nghiên cứu của chúng tôi điểm pc-Aspect có mối liên quan đến tình trạng ý thức bệnh nhân lúc nhập viện (với $p < 0,001$). Số bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì có ý thức xấu hơn nhóm bệnh nhân có từ 8 đến 10 điểm. Trong nhóm pc-Aspect 0-7 điểm có đến 42,8% bệnh nhân có Glasgow dưới 8 điểm cao hơn rất nhiều nhóm từ 8 đến 10 điểm chỉ 4,8% bệnh nhân có Glasgow dưới 8 điểm. Điểm pc-Aspect càng thấp chứng tỏ bệnh nhân có nhiều tổn thương nhồi máu não kết hợp. Do vậy, ở các bệnh nhân có điểm pc-Aspect thấp, thì có càng nhiều vùng tế bào não tổn thương đặc biệt là tổn thương ở các vị trí quan trọng như cầu não, cuống não, hành não. Và đây là yếu tố tiên lượng nặng bệnh.

Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm NIHSS. Theo nghiên cứu của chúng tôi có mối liên quan chặt chẽ giữa điểm pc-Aspect với điểm NIHSS (với $p < 0,001$) có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân với điểm pc-ASPECT 0-7 điểm có tỷ lệ điểm NIHSS trên 7 điểm chiếm 60,7%, cao hơn rất nhiều so với nhóm nhóm từ 8 đến 10 điểm là 21,9%.

Ngược lại, nhóm bệnh nhân với điểm pc-ASPECT 0-7 điểm có tỷ lệ điểm NIHSS thấp dưới 6 điểm chiếm 40,3%, thấp hơn so với nhóm nhóm từ 8 đến 10 điểm là 78,1%. Như vậy, điểm pc-Aspect càng thấp, tổn thương não càng nhiều, tình trạng lâm sàng cũng càng nặng.

Mối liên quan giữa điểm pc-Aspect và điểm Rankin lúc ra viện. Theo nghiên cứu của chúng tôi điểm pc-Aspect có mối liên quan đến điểm Rankin lúc ra viện (với $p < 0,05$) có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân với điểm pc-ASPECT 0-7 điểm có điểm rankin nhóm II(4,5,6) chiếm 71,4%, cao hơn rất nhiều so với nhóm nhóm từ 8 đến 10 điểm là 21,9%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Volker Puetz và cộng sự, nghiên cứu 619 bệnh nhân nhồi máu khu vực tuần hoàn phía sau, tỷ lệ chết ở hai nhóm lần lượt là 44% và 25%(8) và cao hơn so với kết quả của tác giả Lê Thị Mỹ, tỷ lệ nặng lần lượt là 67,4% và 14,6%(4).

V. KẾT LUẬN

Tổn thương trên nhu mô não nhiều nhất là tổn thương phối hợp nhiều vị trí chiếm 28,18%, sau đó đến cầu não chiếm 22,73%.

Phân bố vị trí tổn thương mạch đa dạng, gặp nhiều nhất là tổn thương các động mạch cầu não chiếm 54,55%.

Rối loạn ý thức, bất thường đồng tử, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ là các yếu tố tiên lượng nặng bệnh

Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì tình trạng lâm sàng nặng hơn, tỷ lệ tử vong và tàn tật cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Bích** (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của nhồi máu não ở bệnh nhân dưới 50 tuổi. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thị Mỹ** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học nhồi máu não thuộc hệ động mạch sống nền. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Văn Thính**. Nhồi máu não lớn do tổn thương động mạch não giữa: "Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân". Báo cáo khoa học.
4. **Nguyễn Duy Trinh**: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng Nhồi máu não gia đoạn cấp tính [Luận án tiến sĩ]. Đại học Y Hà Nội;
5. **Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C**. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. Lancet. ;337(8756):1521-6.
6. **Devuyst G, Bogousslavsky J, Meuli R, Moncayo J, de Freitas G, van Melle G**. Stroke or transient ischemic attacks with basilar artery stenosis or occlusion: clinical patterns and outcome. Arch Neurol. Tháng Tư 2002; 59(4):567-73.
7. **Goldszmidt A.J, Caplan L.R** (2010), Cẩm nang xử trí tại bệnh viện (PGS.TS Nguyễn Đạt Anh dịch). Nhà xuất bản Y học.
8. **Puetz V, Khomenko A, Hill MD, Dzialowski I, Michel P, Weimar C, và c.s**. Extent of hypoattenuation on CT angiography source images in basilar artery occlusion: prognostic value in the Basilar Artery International Cooperation Study. Stroke. Tháng 12 2011; 42(12):3454-9.

BÁO CÁO CA BỆNH: PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TỬY THƯỢNG THẬN HAI BÊN Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Trần Xuân Nam¹,
Phan Hồng Long¹, Nguyễn Thọ Anh¹, Đặng Hanh Tiệp¹,
Vũ Chí Dũng¹, Cần Thị Bích Ngọc¹, Lê Đình Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tủy thượng thận hai bên ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả một ca bệnh. **Kết quả:** Trẻ nam 14 tuổi, phát hiện tình cờ cao huyết áp sau khi khám sức khỏe do tai nạn giao thông ngã xe đạp. Khám lâm sàng: bệnh nhân không sờ thấy khối ở thành bụng, không có phản ứng thành bụng, mạch nhanh và huyết áp duy trì cao liên tục. Siêu âm bụng và chụp cắt lớp ghi nhận có khối u thượng thận 2 bên kích thước bên trái 8cm, bên phải 7cm. Xét nghiệm máu: giá trị các chỉ số trong công thức máu và đông máu cơ bản trong ngưỡng giới hạn bình thường. Chỉ số HVA niệu bình thường (2,34 micromol/l) và VMA niệu tăng (18,58 micromol/l). Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u tủy thượng thận 2 bên. Bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định huyết áp trước mổ. Bệnh nhân đã được nút động mạch thượng thận trái kết hợp phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận 2 bên. Tình trạng ổn

định sau phẫu thuật, bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh lý u sắc tố bào (pheochromocytoma) 2 bên, diện phẫu thuật không có u. Bệnh nhân được theo dõi và điều trị bằng liệu pháp hormone thay thế sau mổ. Theo dõi tới thời điểm hiện tại sau 3 tháng phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân ổn định. **Kết luận:** U tủy thượng thận 2 bên rất hiếm gặp ở trẻ em. Phối hợp điều trị giữa các bác sĩ nội tiết, gây mê, ngoại khoa và phẫu thuật cắt u triệt để đem lại kết quả khả quan.

Từ khóa: u tủy thượng thận hai bên, ở trẻ em.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR BILATERAL PHEOCHROMOCYTOMA IN CHILDREN: A CASE REPORT

Objective: to present clinical and laboratory findings of bilateral pheochromocytoma and laparoscopic bilateral adrenalectomy results in children. **Methods:** a case report. **Results:** a male - 14 years old accidentally was found of hypertension after traffic accident. Clinical examination revealed: no abdominal mass, no tenderness, hypercardia and hypertension. On abdominal ultrasound and CT scanner described bilateral adrenal mass (Right: 8cm, Left: 7cm). Laboratory findings showed that: total blood count and coagulation test is normal. HVA in urine was normal (2,34 micromol/l) and increased VMA in urine

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023