

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO DO HẸP MẠCH NỘI SỌ

Mai Duy Tôn^{1,2,3}, Bùi Quốc Việt¹, Đào Việt Phương^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ vữa động mạch nội sọ. Phân tích cơ chế đột quy não trong bệnh cảnh hẹp mạch nội sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích 135 bệnh nhân đột quy thiếu máu não do hẹp xơ vữa động mạch nội sọ tại bệnh viện Bạch Mai năm 2022-2023. **Kết quả:** Đặc điểm bệnh nhân đột quy thiếu máu não do hẹp xơ vữa động mạch nội sọ: tuổi cao ($64,9 \pm 12,6$); tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (% nam giới: 65,9%); tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh (62,2%); chủ yếu hẹp động mạch nội sọ tuần hoàn não trước (85,9%); cơ chế đột quy thường gặp là huyết khối tại chỗ hẹp hoặc huyết tắc động mạch – động mạch (65,2%); không có sự khác biệt về tái phát đột quy thiếu máu não và kết cục chức năng thần kinh ở thời điểm 3 tháng giữa nhóm bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ mức độ vừa so với mức độ nặng. **Kết luận:** Hẹp mạch nội sọ thường gặp hơn ở hệ tuần hoàn não trước, và cơ chế động mạch-động mạch là cơ chế thường gặp nhất.

Từ khóa: đột quy thiếu máu não, hẹp xơ vữa động mạch nội sọ, kết cục lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC STROKE DUE TO INTRACRANIAL ATHEROSCLEROSIS

Target: Describe clinical and paraclinical characteristics of patients with intracranial atherosclerosis. Analysis of the mechanism of cerebral stroke in the setting of intracranial stenosis. **Methods:** a cross-sectional descriptive study, analysis of 135 patients with ischemic stroke due to intracranial atherosclerotic stenosis at Bach Mai hospital in 2022-2023. **Results:** Characteristics of patients with ischemic stroke due to intracranial atherosclerosis: advanced age (64.9 ± 12.6); The proportion of men is higher than that of women (% men: 65.9%); Hypertension is the leading risk factor for the disease (62.2%); Mainly anterior cerebral circulation intracranial atherosclerosis (85.9%); The common mechanism of stroke is thrombosis at the site of stenosis or arterio-arterial thrombosis (65.2%); There was no difference in ischemic stroke recurrence and neurological function outcomes at 3 months

between the group of patients with moderate versus severe intracranial atherosclerosis. **Conclusion:** Intracranial atherosclerosis is more common in the anterior cerebral circulation, and the artery-to-artery mechanism is the most common.

Keywords: ischemic stroke, intracranial atherosclerosis, clinical outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong những căn nguyên hàng đầu gây tàn tật và tử vong trên thế giới. Gánh nặng do đột quy não ngày càng tăng, tập trung chủ yếu ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, đột quy cũng là căn nguyên hàng đầu gây tàn tật và tử vong, với tỷ lệ hiện mắc là 415 bệnh nhân trên 100000 dân.¹

Đột quy thiếu máu não chiếm khoảng 80% tới 85% số ca đột quy não nói chung. Trong đó bệnh hẹp mạch nội sọ do xơ vữa (ICAD) là một trong những nguyên nhân chính gây đột quy thiếu máu não, với tỷ lệ mắc cao hơn ở người châu Á, da đen so với người da trắng. Ở châu Á, tỷ lệ đột quy thiếu máu não do hẹp động mạch nội sọ vào khoảng 9% tới 65% tùy theo các nghiên cứu, cao hơn ở những nghiên cứu Âu – Mỹ (10% tới 16%).² Ở Việt Nam, chúng ta vẫn chưa có con số chung nhất về tỷ lệ đột quy thiếu máu não do hẹp động mạch nội sọ. Tuy nhiên qua các nghiên cứu đơn lẻ thì tỷ lệ mắc hẹp động mạch nội sọ trên nhóm bệnh nhân đột quy thiếu máu não là khá cao, vào khoảng 40%.³

So với bệnh lý hẹp xơ vữa động mạch cảnh đoạn ngoại sọ, sự khác biệt về vị trí giải phẫu và cấu tạo thành mạch lý làm cho bệnh lý hẹp xơ vữa động mạch nội sọ có những đặc trưng riêng về sinh lý bệnh, lâm sàng, điều trị và tiên lượng. Những tiến bộ về hình ảnh học ngày nay như chụp mạch số hoá xoá nền, chụp cắt lớp vi tính mạch não, chụp cộng hưởng từ thành mạch cho phép chúng ta hiểu biết sâu hơn về bệnh học hẹp xơ vữa động mạch nội sọ và cho phép chẩn đoán chính xác hơn. Tuy nhiên, đây vẫn là bệnh lý có tỷ lệ tái phát cao (nguy cơ tái phát đột quy hàng năm từ 10% tới 20%), di chứng nặng nề.² Về điều trị, các điều trị xâm lấn như can thiệp mạch hay phẫu thuật vẫn chưa cho thấy được ưu thế hơn so với điều trị nội khoa đơn thuần trong dự phòng tái phát đột quy. Các điều trị dự phòng cấp hai chủ yếu vẫn là sử dụng các thuốc chống huyết khối và kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường,

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

rối loạn lipid máu, suy thận,⁴...

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh lý hẹp động mạch nội sọ trên những chủng tộc người khác nhau.⁵ Với mong muốn góp phần vào những hiểu biết về hẹp xơ vữa động mạch nội sọ trên người Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do hẹp mạch nội sọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi ≥ 18 . Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não và có bằng chứng hẹp nhánh lớn động mạch nội sọ (50% - 99%) tương ứng với tổn thương (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa, động mạch thân nền, động mạch đốt sống), được chẩn đoán bằng chụp phim cắt lớp vi tính mạch máu não hoặc cộng hưởng từ mạch máu não hoặc chụp động mạch não số hóa xóa nền. Bệnh án đầy đủ thông tin

Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh lý không xơ vữa gây hẹp động mạch nội sọ: lóc tách động mạch do chấn thương, huyết tắc tái thông một phần, loạn sản xơ cơ, co thắt mạch não, bệnh moya moya. Hẹp động mạch cảnh đoạn ngoại sọ $\geq 50\%$ cùng bên. Có căn nguyên huyết khối từ tim đi kèm: rung nhĩ, van tim cơ học, suy tim nặng, bệnh cơ tim, huyết khối buồng tim. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện lấy mẫu từ tháng 4/2022 tới tháng 4/2023 tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu thu tuyển được 135 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu điều trị tại Trung tâm Đột Quỵ - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu:

- Các biến số sử dụng trong đánh giá tiên lượng bao gồm:

+ Lâm sàng: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá), điểm NIHSS, chỉ số huyết áp vào viện, dấu hiệu lâm sàng đột quỵ

+ Xét nghiệm lipid máu: cholesterol toàn phần, Triglycerid, HDL - Cholesterol, LDL - Cholesterol

+ Chẩn đoán hình ảnh: vị trí hẹp động mạch nội sọ, số vị trí hẹp, mức độ hẹp, vị trí tổn

thương nhu mô, cơ chế đột quỵ

+ Điều trị: tiêu huyết khối tĩnh mạch, lấy huyết khối cơ học, sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép (DAPT).

+ Kết cục: tái phát đột quỵ thiếu máu não trong 3 tháng, điểm chức năng thần kinh thời điểm 3 tháng (mRS)

- Đánh giá mức độ hẹp mạch nội sọ trên DSA, CTA, MRI- TOF, với thứ tự ưu tiên là DSA > CAT > MRI - TOF, theo phương pháp WASID: Phần trăm hẹp = $[(1 - (Ds / Dn)] \times 100$, trong đó: Ds là đường kính phần hẹp nhất của động mạch, Dn là đường kính của động mạch bình thường gần.⁶

+ Đường kính đoạn mạch bình thường bình thường được xác định bởi các tiêu chí sau: đối với động mạch não giữa, đốt sống nội sọ và động mạch thân nền, đường kính của phần gần nhất của động mạch ở đoạn rộng nhất, không gập góc (lựa chọn đầu tiên).

+ Nếu đoạn gần bị hẹp (ví dụ hẹp động mạch não giữa), đường kính của phần xa của động mạch ở đoạn bình thường rộng nhất, song song, không gập góc được thay thế (lựa chọn thứ hai).

+ Nếu toàn bộ động mạch nội sọ bị hẹp, đoạn bình thường xa nhất, song song, không quanh co của động mạch bên đối diện được đo (lựa chọn thứ ba).

+ Phân chia mức độ hẹp 50% -69%: hẹp vừa; 70% - 99%: hẹp nặng

+ Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm đọc về đột quỵ não xác định kết quả

- Có 4 cơ chế chính gây đột quỵ thiếu máu não trên các bệnh nhân hẹp xơ vữa mạch nội sọ: cơ chế huyết khối hình thành tại vị trí hẹp gây tắc mạch; huyết tắc di chuyển động mạch - động mạch; nhồi máu não do tắc mạch xuyên (nhánh bèo vãn của động mạch não giữa, nhánh cầu não của động mạch thân nền); nhồi máu não giáp ranh do giảm tưới máu sau chỗ hẹp. Có thể xếp cơ chế huyết khối tại vị trí hẹp và huyết tắc động mạch - động mạch vào một nhóm do sự bất ổn của mảng xơ vữa.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi dựa vào đặc điểm hình ảnh học của tổn thương để phân loại cơ chế gây đột quỵ thiếu máu não.

- Thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) bao gồm: 0: Không có bất kỳ triệu chứng gì; 1: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật mặc dù có triệu chứng nhẹ; 2: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây; 3: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ; 4: Tàn tật mức độ trung

bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp; 5: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường; 6: Tử vong.⁸

Xử lý số liệu. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị hoặc trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và phần trăm. Các biến số lâm sàng, hình ảnh, được so sánh giữa hai nhóm dựa vào mức độ hẹp mạch nội sọ bằng kiểm định T-test, kiểm định chi bình phương và Mann Whitney U test.

Các số liệu được nhập và xử lý dựa trên phần mềm SPSS bản 20.0.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ hồi cứu các số liệu bệnh án của bệnh nhân đột quỵ não được điều trị tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai, mà không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, do vậy không gây bất kỳ ảnh hưởng nào đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 135 bệnh nhân vào nghiên cứu. Qua phân tích, chúng tôi có một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình cao ($64,9 \pm 12,6$), với 49,6% bệnh nhân trên 65 tuổi, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (tỷ lệ nam : nữ = 1,93 : 1). Tăng huyết áp là bệnh lý nền thường gặp nhất của bệnh (62,2%), xếp thứ hai là hút thuốc là với 35,6%. Chỉ số khối cơ thể mẫu nghiên cứu là $22,48 \pm 2,75$, với 42,2% bệnh nhân thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23). Điểm NIHSS lúc nhập viện của bệnh nhân có trung vị là 5 (khoảng tứ phân vị từ 2 tới 9), với 51,11% bệnh nhân nhập viện có điểm NIHSS ≤ 5 . Triệu chứng nhập viện của bệnh nhân đa dạng, với triệu chứng phổ biến nhất khi nhập viện là liệt nửa người (79,3%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả n=?; N=135
Tuổi	64,9 \pm 12,6
Giới (% Nam)	65,9%
Tiền Sử Bệnh (n,%)	
Tăng huyết áp	84, 62,2%
Đái tháo đường	31, 23%
Rối loạn mỡ máu	16, 11,9%
Hút thuốc lá	48, 35,6%
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	22,48 \pm 2,75
Huyết áp tâm thu (mmHg)	150,92 \pm 20,77
Huyết áp tâm trương (mmHg)	86,61 \pm 12,3
NIHSS vào viện (Trung vị, IQR)	5 (2 - 9)

Triệu chứng lâm sàng (n, %)	
Rối loạn ý thức	20, 14,8%
Liệt nửa người	107, 79,3%
Thất điều	4, 3%
Rối loạn cảm giác	20, 14,8%
Liệt dây thần kinh sọ	60, 44,4%
Thất ngôn	25, 18,5%
Nói khó	58, 43%
Mất chú ý nửa thân	2, 1,5%
Đau đầu	11, 8,1%
Chóng mặt	14, 10,4%

3.2. Đặc điểm hình ảnh học. Bệnh nhân hẹp động mạch tuần hoàn não trước chiếm ưu thế (85,9%), trong đó hẹp động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,7%. Đa số bệnh nhân có hẹp trên một đoạn mạch (81,5%). Tỷ lệ bệnh nhân hẹp mạch nội sọ mức độ nặng là 72,6%, hẹp vừa 27,4%. Cơ chế gây đột quỵ là huyết khối tại chỗ hẹp hay huyết tắc di chuyển động mạch – động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%) (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh học của các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm hình ảnh học	Kết quả N=135
Vị trí hẹp mạch	
Động mạch cảnh trong	17%
Động mạch não giữa	63,7%
Động mạch cảnh trong – não giữa	5,2%
Động mạch thân nền	11,9%
Động mạch đốt sống	2,2%
Số đoạn mạch hẹp	
1	81,5%
2	15,5%
3	3%
Mức độ hẹp mạch	
Hẹp mức độ vừa (50% - 69%)	27,4%
Hẹp nặng (70% - 99%)	72,6%
Cơ chế đột quỵ thiếu máu não	
Huyết khối tại chỗ hoặc huyết tắc động mạch – động mạch	65,2%
Nhồi máu do tắc mạch xuyên	11,1%
Nhồi máu giáp ranh	14,1%
Phối hợp các cơ chế	9,6%

3.3. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết cục theo mức độ hẹp mạch nội sọ

Qua so sánh các đặc điểm giữa hai nhóm mức độ hẹp (hẹp vừa (50% - 69%) và hẹp nặng (70% - 99%)), chúng tôi không thấy có sự khác biệt về tuổi, giới, tiền sử bệnh, điểm NIHSS lúc vào viện, xét nghiệm lipid máu và vị trí hẹp mạch nội sọ. Cơ chế nhồi máu do tắc mạch xuyên cao hơn ở nhóm hẹp vừa so với nhóm hẹp nặng ($p = 0,003$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê về tái phát đột quy ($p = 0,263$) hay kết cục chức năng thần kinh tại thời điểm 3 tháng giữa hai nhóm hẹp mạch vừa và nặng ($p = 0,899$) (Bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học theo mức độ hẹp mạch nội sọ

	Nhóm hẹp vừa	Nhóm hẹp nặng	p
Tuổi	69,38 ± 12,83	63,27 ± 12,17	0,01
Giới (% Nam)	73%	63,3%	0,228
Tiền sử bệnh			
Tăng huyết áp	51,4%	63,3%	0,109
Đái tháo đường	27%	21,4%	0,490
Rối loạn lipid máu	13,5%	11,2%	0,714
Hút thuốc lá	35,1%	35,7%	0,950
BMI	22,4 ± 2,80	22,5 ± 2,75	0,885
Điểm NIHSS vào viện (IQR)	5 (7)	5 (6)	0,606
Xét nghiệm lipid máu			
Cholesterol toàn phần	5,05 ± 0,92	4,98 ± 1,26	0,713
Triglycerid	2,24 ± 1,32	2,51 ± 1,55	0,375
HDL -Cholesterol	1,10 ± 0,21	1,12 ± 0,27	0,627
LDL - Cholesterol	2,96 ± 0,91	3,20 ± 2,89	0,951
Vị Trí hẹp mạch			
Động mạch cảnh trong	18,9%	23,5%	0,571
Động mạch não giữa	73%	67,3%	0,529
Động mạch thân nền	10,8%	12,2%	1,000
Động mạch đốt sống	2,7%	2%	1,000
Cơ chế đột quy			
Huyết khối tại chỗ hoặc huyết tắc động mạch – động mạch	45,9%	29,6%	0,074
Nhồi máu do tắc mạch xuyên	24,3%	6,1%	0,003
Nhồi máu não giáp ranh	16,2%	12,3%	0,575
Phối hợp các cơ chế	5,4%	11,2%	0,514
Điều trị			
Tiêu huyết khối tĩnh mạch	24,3%	17,3%	0,359
Lấy huyết cơ học	10,8%	8,2%	0,736
DAPT	32,4%	41,8%	0,318
Tái phát đột quy thiếu máu não trong 3 tháng	18,9%	11,3%	0,263
mRS: 0 – 2 thời điểm 3 tháng	56,7%	66,3%	0,899

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong các yếu tố nguy cơ của bệnh lý mạch máu do xơ vữa nói chung. Trong hẹp xơ vữa mạch nội sọ, có những nghiên cứu cho thấy rằng tuổi là một yếu tố nguy cơ độc lập của hẹp xơ vữa động mạch nội sọ. Đồng thời, tuổi của bệnh nhân hẹp xơ vữa động mạch nội sọ có xu hướng cao hơn so với ngoại sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,9 ± 12,6, và kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu lớn về hẹp xơ vữa động mạch nội sọ: nghiên cứu WASID⁶, nghiên cứu SAMMPRIS⁹, nghiên cứu TOSS – 2¹⁰.

Giống như các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với tỷ lệ nữ giới. Tuy nhiên cũng chưa có nghiên cứu nào cho thấy ảnh hưởng của giới tính lên các đặc điểm lâm sàng khác hay ảnh hưởng tới kết cục lâm sàng của bệnh nhân hẹp

xơ vữa động mạch nội sọ.

Về các yếu tố nguy cơ của đột quy thiếu máu não do hẹp xơ vữa mạch nội sọ, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu, tiếp sau đó là đái tháo đường, tăng huyết áp và hút thuốc lá. Tuy nhiên có khác biệt về phân bố các yếu tố nguy cơ qua các nghiên cứu, đối với các nghiên cứu của chúng tôi hay nghiên cứu TOSS – 2¹⁰ thì hút thuốc là là yếu tố nguy cơ quan trọng và chỉ xếp sau tăng huyết áp. Trong các nghiên cứu ở Âu – Mỹ như WASID⁶ hay SAMMPRIS⁹ thì rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ quan trọng và thường gặp hơn so với hút thuốc lá.

Chỉ số khối cơ thể của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu SAMMPRIS.⁹ Về mối quan hệ giữa chỉ số khối cơ thể và hẹp xơ vữa động mạch nội sọ, Jongjung Han và cộng sự cũng chỉ ra rằng chỉ số khối cơ

thể cao không đồng nghĩa với tăng nguy cơ mắc hẹp xơ vữa động mạch nội sọ.¹²

Triệu chứng nhập viện của bệnh nhân đa dạng, phụ thuộc vào vị trí tổn thương tổn ở não. Trong đó, liệt nửa người là triệu chứng phổ biến nhất đưa bệnh nhân tới viện. Đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhập viện với đột quỵ mức độ nhẹ và vừa (điểm NIHSS trung vị là 5, khoảng tứ phân vị từ 2 tới 9), trong đó trên một nửa bệnh nhân có điểm NIHSS nhập viện ≤ 5 . Tương tự, trong nghiên cứu CHANCE về những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não nhẹ và cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua thì có tới 55,8% bệnh nhân do hẹp xơ vữa động mạch nội sọ. Vì vậy, có thể nói hẹp xơ vữa động mạch nội sọ là một căn nguyên quan trọng của đột quỵ thiếu máu não nhẹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ của tuần hoàn não trước với 85,9%, trong đó hẹp động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,7%, tuần hoàn não sau chỉ chiếm 14,1%. So sánh với các nghiên cứu về hẹp xơ vữa động mạch nội sọ trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi có phân bố vị trí hẹp động mạch nội sọ tương đồng với nghiên cứu CATHARSIS¹¹ thực hiện ở Nhật Bản, với tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch não giữa chiếm ưu thế. Trong khi ở các nghiên cứu Âu - Mỹ như nghiên cứu WASID⁶ hay nghiên cứu SAMMPRIS⁹ thì tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch tuần hoàn não sau chiếm ưu thế. Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra có mối quan hệ giữa phân bố hẹp mạch nội sọ và chủng tộc người. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là có 1 vị trí hẹp động mạch nội sọ (81,5%) và chỉ có 18,5% là có đồng thời 2 vị trí hẹp động mạch khác nhau trong sọ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số các nghiên cứu về hẹp động mạch nội sọ ở Việt Nam: Nghiên cứu của Trương Thị Phương Thảo và cộng sự năm 2010 với tỷ lệ hẹp trên 1 đoạn mạch là 63,57%.³

Nghiên cứu này đã phân loại bệnh nhân làm 4 nhóm cơ chế: cơ chế huyết khối hình thành tại chỗ hẹp hoặc huyết tắc động mạch - động mạch, có thể coi đây là cơ chế do sự bất ổn định mảng xơ vữa; cơ chế nhồi máu não ổ khuyết do mảng xơ vữa tiến triển gây tắc các mạch xuyên, gặp ở các mạch xuyên của động mạch não giữa và động mạch thân nền; cơ chế nhồi máu não giáp ranh hay cơ chế huyết động do sự giảm dòng máu sau chỗ hẹp gây nhồi máu vùng giáp ranh giữa khu vực được động mạch hẹp cấp máu và vùng lân cận do các mạch khác cấp máu; sự

phối hợp của các cơ chế trên. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cơ chế huyết khối tại chỗ hẹp hay huyết tắc động mạch - động mạch chiếm ưu thế (65,2%), nhồi máu não giáp ranh và nhồi máu ổ khuyết do tắc mạch xuyên chỉ chiếm 14,1% và 11,1%. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, phân bố về cơ chế gây đột quỵ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng trong nghiên cứu WASID,⁶ với cơ chế huyết khối tại chỗ hay huyết tắc động mạch - động mạch chiếm ưu thế. So với nghiên cứu SAMMPRIS⁹ thực hiện trên những bệnh nhân hẹp nặng tuần hoàn não trước thì nhồi máu não giáp ranh do cơ chế huyết động lại chiếm ưu thế. Hiện nay, ngoài mức độ hẹp thì cơ chế gây đột quỵ cũng là một đặc điểm được các nhà lâm sàng xem xét tới trong việc lựa chọn điều trị cho bệnh nhân. Ví dụ, việc đặt stent nội sọ để điều trị dự phòng cấp hai sẽ được cân nhắc trên những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do cơ chế huyết động hơn là nhồi máu não ổ khuyết do tắc mạch xuyên.

Nhằm đánh giá sự khác biệt về lâm sàng và kết cục của bệnh nhân theo mức độ hẹp, chúng tôi phân chia và so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục các bệnh nhân trong nghiên cứu theo hai nhóm: hẹp vừa (50% - 69%) và hẹp nặng (70% - 99%). Chúng tôi không thấy sự khác biệt về lâm sàng và xét nghiệm giữa hai nhóm mức độ hẹp. Với những điều trị tương đồng giữa hai nhóm về tỷ lệ tái tưới máu, tỷ lệ dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép, chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát đột quỵ thiếu máu não trong 3 tháng và kết cục chức năng thần kinh ở thời điểm 90 ngày. Trên thực tế, những nghiên cứu về can thiệp mạch sử dụng mức độ hẹp mạch nội sọ nhưng một chỉ tiêu chính để lựa chọn bệnh nhân vẫn chưa cho thấy tính hiệu quả. Do vậy, để đánh giá một bệnh nhân hẹp xơ vữa động mạch nội sọ, chúng ta không chỉ phải nhìn vào mức độ hẹp mạch, mà có thể phải cần tới những thông tin về cơ chế đột quỵ, sự ảnh hưởng tới huyết động học, tính bất ổn định của mảng xơ vữa để có thể tiên lượng bệnh và lựa chọn những công cụ điều trị phù hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn do vậy có những hạn chế về thống kê và ngoại suy cho quần thể. Hy vọng trong tương lai, chúng tôi có điều kiện tiến hành những nghiên cứu lớn hơn và có giá trị hơn về chủ đề này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi có một số kết luận

về bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do hẹp xơ vữa động mạch nội sọ: tuổi cao (64,9 ± 12,6); tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (% nam giới: 65,9%); tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu (62,2%); chủ yếu gặp hẹp mạch nội sọ toàn hoàn não trước (85,9%); cơ chế đột quỵ thường gặp là huyết khối tại chỗ hẹp hoặc huyết tắc động mạch – động mạch (65,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai DT, Dao XC, Luong NK, et al.** Current State of Stroke Care in Vietnam. *Stroke: Vascular and Interventional Neurology.* 2022;2(2): e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331
2. **Gutierrez J, Turan TN, Hoh BL, et al.** Intracranial atherosclerotic stenosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *Lancet Neurol.* 2022;21(4): 355-368. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00376-8
3. **Thảo TTP, Phước LV, Dương NQT, et al.** Vai trò của chụp cắt lớp vi tính mạch máu trong chẩn đoán hẹp tắc động mạch nội sọ ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp. *vjnm.* 2020;(39):35-40. doi:10.55046/vjnm.39.192.2020
4. **Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al.** 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2021;52(7). doi:10.1161/STR.0000000000000375
5. **Sacco RL, Kargman DE, Gu Q, et al.** Race-Ethnicity and Determinants of Intracranial Atherosclerotic Cerebral Infarction. *Stroke.* 1995;26(1):14-20. doi:10.1161/01.STR.26.1.14
6. **Chimowitz MI, Lynn MJ, Howlett-Smith H, et al.** Comparison of warfarin and aspirin for symptomatic intracranial arterial stenosis. *N Engl J Med.* 2005;352(13): 1305-1316. doi:10.1056/NEJMoa043033
7. **Bang OY.** Intracranial Atherosclerosis: Current Understanding and Perspectives. *J Stroke.* 2014;16(1):27-35. doi:10.5853/jos.2014.16.1.27
8. **Banks JL, Marotta CA.** Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials. *Stroke.* 2007; 38(3): 1091-1096. doi: 10.1161/01.STR.0000258355.23810.c6
9. **Derdeyn CP, Fiorella D, Lynn MJ, et al.** Intracranial stenting: SAMMPRIS. *Stroke.* 2013; 44(6 Suppl 1): S41-44. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.000370
10. **Kim BJ, Rha JH, Kim SR, et al.** The effect of cilostazol on carotid intima-media thickness progression in patients with symptomatic intracranial atherosclerotic stenosis. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2014;23(5):1164-1170. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.10.007

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ TRONG NÃO TIÊN PHÁT TRÊN LỀU TIỂU NÃO BẰNG PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Quang Thành¹, Nguyễn Thế Hào¹,
Phạm Quỳnh Trang¹, Nguyễn Tất Đặng¹

phát trên lều tiểu não. **Từ khóa:** phẫu thuật ít xâm lấn, máu tụ trong não tiên phát

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật máu tụ trong não tiên phát trên lều tiểu não bằng phương pháp ít xâm lấn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các trường hợp điều trị máu tụ trong não tiên phát trên lều tiểu não bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020. Khảo sát tri giác trước mổ, thời điểm phẫu thuật, kết quả điều trị theo mRS lúc ra viện và sau 3 tháng. **Kết quả:** 40 BN với tuổi trung bình 57,8, tỉ lệ nam:nữ 1,9:1. 97,5% BN được lấy phần lớn hoặc toàn bộ máu tụ. 22,5% BN ra viện trong tình trạng tốt. 7,5% tử vong. 62,5% BN có lâm sàng tốt hoặc không bị phụ thuộc sau 3 tháng. Điểm GSC trước mổ và thời điểm phẫu thuật trên 24 giờ sau khởi phát là yếu tố tiên lượng xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật ít xâm lấn là phương pháp khả quan trong điều trị máu tụ trong não tiên

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Thành

Email: drthanbhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

SUMMARY

OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR SUPRATENTORIAL SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMATOMAS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To assess the outcomes and associating factors of minimally invasive surgery for supratentorial spontaneous intracerebral hematomas. **Methodology:** Retrospective study of patients with supratentorial spontaneous intracerebral hematomas underwent minimally invasive surgery at Bach Mai Hospital from December 2019 to December 2020. Pre-operative GCS score, time to operation, mRS score at discharge and after 3 months were evaluated. **Results:** 40 patients were included in this study, mean age was 57,8 and male:female ratio was 1,9:1. 97,5% of clots were totally or sub-totally evacuated. 22,5% of patients were discharged with good results. Mortality rate was 7,5%. 62,5% of patients had good or favorable outcomes after 3 months. Low pre-operation GCS score and operation after 24 hours of onset were poor prognostic factors. **Conclusions:**