

quan hệ thống trước đây [5],[6]. Theo Cortellini và Tonetti [7], nên sử dụng kết hợp các vật liệu hỗ trợ hoặc vật liệu ghép xương để điều trị các khuyết hổng xương rộng hoặc khuyết hổng quanh răng còn lại ít thành xương. Điều này được cho là do khả năng ổn định cục máu đông của vật liệu ghép xương, hoạt động như một giá đỡ để các tế bào tạo xương gắn vào trong giai đoạn đầu của quá trình lành thương. Đó là kết quả hợp lý vì vật liệu ghép xương đóng vai trò như một ma trận giúp các tế bào tạo xương bám lên, tăng sinh, biệt hóa và tạo ra xương mới. Như chúng ta đã biết, việc chữa lành biểu mô lợi và các mô liên kết cơ bản của quá trình lành thương thường kết thúc sau một vài tuần, còn sự tái tạo DCQR, cement chân răng và xương ổ răng thường xảy ra trong một vài tuần hoặc vài tháng. Điều này có thể giải thích tại sao CAL-G ở cả nhóm chứng và nhóm can thiệp đều diễn ra thuận lợi và nhanh chóng, tuy nhiên sau điều trị thì những trường hợp được ghép với FGF-2 sẽ có quá trình tái bám dính lâm sàng diễn ra mạnh mẽ hơn và đạt hiệu quả cao hơn. Dựa trên kết quả của những nghiên cứu trên, chúng tôi suy luận rằng mặc dù cả nhóm chứng và nhóm can thiệp ở các nghiên cứu đều cho thấy sự tăng của CAL-G nhưng có thể tồn tại sự khác biệt về thành phần các sợi DCQR mới và biểu mô lợi giữa các nhóm trong quá trình lành thương. Việc xác nhận bản chất của tổ chức quanh răng sau lành thương đòi hỏi phải đánh giá mô học cụ thể trong các nghiên cứu lâm sàng trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng FGF-2 có hiệu quả trong tái sinh mô quanh răng cả về tăng chiều cao xương ổ răng và tái bám dính lâm sàng. Nồng độ hiệu quả nhất là 0,3%. Kết hợp YTTT với xương nhân tạo sẽ nâng cao hiệu quả lâm sàng so với việc chỉ sử dụng FGF-2 đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murakami Y, Kojima T, Nagasawa T, Kobayashi H, Ishikawa I (2003), Novel Isolation of Alkaline Phosphatase-Positive Subpopulation from Periodontal Ligament Fibroblasts, Journal of Periodontology, 74(6), 780-786.
2. Takayama S-i, Yoshida J, Hirano H, Okada H, Murakami S (2002), Effects of Basic Fibroblast Growth Factor on Human Gingival Epithelial Cells, Journal of Periodontology, 73(12), 1467-1473.
3. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al (2018), PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation, Ann Intern Med, 169(7), 467-473.
4. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al (2019), Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Wiley.
5. Poulou MM, Fragkioudakis I, Doufexi AE, Batas L. The role of rhFGF-2 in periodontal defect bone fill: A systematic review of the literature. J Periodontol Res. Aug 2023;58(4):733-744. doi:10.1111/jre.13131
6. Li F, Yu F, Xu X, et al. Evaluation of Recombinant Human FGF-2 and PDGF-BB in Periodontal Regeneration: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sci Rep. Mar 6 2017;7(1):65. doi:10.1038/s41598-017-00113-y
7. Cortellini P, Tonetti MS. Focus on intrabony defects: guided tissue regeneration. Periodontol 2000. Feb 2000;22:104-32. doi:10.1034/j.1600-0757.2000.2220108.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Trần Văn Việt¹, Ngô Quang Lập¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nhồi máu não giai đoạn cấp tính trên cắt lớp vi tính đa dây. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 48 bệnh nhân có chẩn đoán nhồi máu não chụp CLVT trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2023 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện 19-8 Bộ Công an. **Kết quả:** tuổi hay gặp từ 60-79 tuổi (60.4%), nam 64.6%, nữ 35.4%, tỉ lệ nam/nữ là 1.82. Vùng tổn thương thường

gặp nhất trước khi tiêm thuốc cản quang là bao trong với tỷ lệ 28,6%. Đợt quy thiếu máu cục bộ cấp tính thường gặp nhất trên CT não với tình trạng mất phân biệt chất xám-trắng với tỷ lệ 10,4% và dấu Ribbon thùy đảo ở mức 2,08%. Thang đo ASPECT=10 chiếm tỷ trọng cao nhất là 68,79% và thang đo ASPECT=7 chiếm tỷ trọng ít nhất là 4,16%. Tỷ lệ đợt quy thiếu máu cục bộ do tổn thương động mạch não giữa chiếm đa số 31,25%.

SUMMARY

STUDY ON IMAGING ISCHAEMIC STROKE EARLY HYPERACUTE ON MULTI-SEQUENCE COMPUTED

Objectives: To describe the image ischaemic stroke early hyperacute on multi-detector row

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y Tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

computed tomography. **Methods:** Descriptive study of 48 patients diagnosed with ischaemic stroke using CT scans from January 2022 to May 2023 at diagnostic imaging department of Hospital 19-8 Ministry of Public Security. **Results:** common age ranges from 60-79 years old (60.4%), 64.6% male, 35.4% female, male/female ratio is 1.82. The most common area of injury before contrast injection is the internal capsule with a rate of 28.6%. The most commonly ischaemic stroke early hyperacute on brain CT scans loss of grey-white matter differentiation at a rate of 10.4%, and the insular Ribbon sign at 2.08%. ASPECT scale = 10 accounts for the highest proportion of 68.79%, and ASPECT scale = 7 accounts for the least 4.16%. The rate of ischemic stroke due to damage to the middle cerebral artery accounts for the majority of 31.25%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ luôn là vấn đề thời sự trong y học và là thuật ngữ gây ám ảnh cho người bệnh, với tần suất 0.2% trong cộng đồng. Đây là căn bệnh phổ biến có tỉ lệ tử vong và để lại nhiều di chứng nặng nề cả về thể xác và tinh thần, xếp thứ ba sau bệnh lý ung thư và tim mạch ở các nước phát triển, do đó đã để lại nhiều gánh nặng cho gia đình và xã hội. [1]

Tại Mỹ là một đất nước có nền y học phát triển, nhưng đã có một thống kê cho thấy những con số đang ở mức báo động đó là cứ mỗi 40 giây là có một bệnh nhân đột quỵ, mỗi 3 phút có một trường hợp tử vong. Ở Pháp bệnh lý này cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người già. Còn tại Châu Á, nhiều nghiên cứu cho thấy số trường hợp mắc bệnh và tử vong do đột quỵ ngày càng gia tăng nhất là ở các nước đang phát triển, mặc dù tỷ lệ tử vong có giảm dần theo thời gian. [2],[3].

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra dịch tễ học của bộ môn Thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội, tại miền Bắc và miền Trung, tỉ lệ mắc đột quỵ là 75/100.000 dân, tỉ lệ mới mắc là 53/100.000 dân. [4] Theo báo cáo của Bộ Y tế, thống kê năm 2010 cho thấy đột quỵ đứng đầu tiên trong mười nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất trong bệnh không lây nhiễm và cũng là một trong mười nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở người cao tuổi chiếm tới 27%. [5]

Đối với chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh, một trong những yêu cầu được đặt ra là phải có một phương pháp chẩn đoán sớm, nhanh và chính xác để đánh giá tình trạng người bệnh từ đó đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. Cộng hưởng từ là một lựa chọn đã đáp ứng được các yêu cầu cấp thiết trên. Tuy nhiên, nhiều vấn đề đặt ra như ở các tuyến dưới khi sự trạng bị về máy cộng hưởng từ còn thiếu thì chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cũng sẽ giúp chúng ta chẩn đoán

xác định và dự báo mức độ nặng của bệnh, thời gian tiến hành nhanh, ít xâm lấn, có khả năng dựng ảnh rõ nét trên không gian ba chiều. Máy CLVT có tính phổ biến cao ở các cơ sở y tế và các phòng khám, đặc biệt chụp cắt lớp vi tính tưới máu não (CT perfusion) ở máy 64 dãy trở lên, là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Được áp dụng trong việc đánh giá mức độ tưới máu não khi có những nghi ngờ bất thường về tưới máu. Phương pháp này đặc biệt có giá trị trong đột quỵ nhồi máu não giai đoạn tối cấp để xác định vùng tranh tối tranh sáng (penumbra), đây là vùng có thể cứu được nếu áp dụng những biện pháp điều trị thích hợp.

Ở chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh nói riêng đã có nhiều đóng góp quan trọng trong việc chẩn đoán sớm từ đó giúp cho bác sĩ có chiến lược điều trị đúng đắn trong việc dự phòng tái phát tai biến mạch máu não. Với mong muốn tìm hiểu sâu hơn về đặc điểm hình ảnh của bệnh lý nhồi máu não, chúng tôi đã thực hiện đề tài: "Đặc điểm hình ảnh nhồi máu não giai đoạn cấp tính trên cắt lớp vi tính đa dãy tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an", với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh nhồi máu não giai đoạn cấp tính trên cắt lớp vi tính đa dãy tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 48 bệnh nhân nhồi máu não cấp tính trong vòng 24h được nhập viện tại Khoa Cấp cứu bệnh viện 19-8, được chụp CLVT trên máy CLVT 256 dãy Siemens tại khoa chẩn đoán hình ảnh từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo giới

Bảng 3.1 Phân bố theo giới của toàn nhóm nghiên cứu

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	31	64,6
Nữ	17	35,4
Tổng	48	100

Nhận xét: Đột quỵ nhồi máu não gặp nhiều ở nam giới, chiếm tỉ lệ 64,6%, so với nữ là 35,4%, tỷ lệ nam/nữ là 1,82.

3.1.2. Theo tuổi

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Tuổi trung bình
≤19	0	0	64,8 ± 13,2
20 – 39	2	4,2	

40 – 59	11	22,9
60 – 79	29	60,4
80 – 100	6	12,5

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,8 \pm 13,2$ tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 23 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhồi máu não nhất là 60 đến 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 60,4%.

3.1.3. Phân bố theo thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến chụp

Bảng 3.3. Thời gian từ khi khởi phát bệnh tới khi được chụp CLVT

Thời gian (phút)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 360	38	79,1
360 - 1440	10	20,9
Tổng	48	100
Thời gian trung bình (phút)	$302,38 \pm 252,76$	

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi khởi phát bệnh đến khi được chụp CLVT là $302,38 \pm 252,76$. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đến khám từ 181 đến 360 phút (<6h), chiếm tỷ lệ là 45,8%

3.2. Đặc điểm hình ảnh

3.2.1. Vị trí tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân có các tổn thương nhu mô

	n	%
Không có tổn thương	25	52,08
BN có tổn thương thuộc vùng cấp máu của động mạch não giữa	15	31,25
BN có tổn thương thuộc vùng cấp máu của động mạch não trước	3	6,25
BN có tổn thương thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau	4	8,3
Tổn thương diện rộng	0	0
Khác	1	2,12
Tổng cộng	48	100

Nhận xét: Trong phân vùng các vị trí tổn thương thì tỷ lệ bệnh nhân tổn thương nhu mô não thuộc vùng cấp máu động mạch não giữa chiếm nhiều nhất, 31,25%. Không nhìn thấy tổn thương chiếm đa số, 52,08%. Trong 15 BN có 21 tổn thương thuộc vùng cấp máu não của động mạch não giữa, ghi nhận có điểm tổn thương (một BN có thể có nhiều điểm tổn thương).

Bảng 3.5. Vị trí tổn thương

Vùng tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thái dương	3	14,3
Bao trong	6	28,6
Nhân đuôi	1	4,8
Nhân bèo	1	4,8

Thùy đảo	2	9,4
Cạnh não thất bên (vành tia)	5	23,8
Trung tâm bán cầu dục	3	14,3
Tổng số	21	100

Nhận xét: Trong các tổn thương thuộc vùng cấp máu của động mạch não giữa tỷ lệ tổn thương bao trong chiếm đa số, chiếm 28,6%.

3.2.2. Các dấu hiệu sớm ở BN có nhồi máu não cấp trên phim chụp

Bảng 3.6. Vị trí các dấu hiệu sớm trên phim chụp CLVT

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu ruy - băng thùy đảo	1	2,08
Mất phân biệt chất trắng và chất xám	5	10,4
Xóa các rãnh cuộn não	0	0

Nhận xét: Dấu hiệu sớm của nhồi máu não cấp trên phim chụp CLVT sọ não ở nhóm nghiên cứu thấy được nhiều nhất là mất phân biệt chất trắng chất xám với tỷ lệ 10,4%, và dấu hiệu ruy - băng thùy đảo chiếm 2,08%. Còn các dấu hiệu còn lại không nhìn thấy trên phim chụp.

3.2.3. Điểm ASPECT

Bảng 3.7. Điểm ASPECT

Điểm	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
ASPECT=7	2	4,16
ASPECT=8	4	8,3
ASPECT=9	9	18,75
ASPECT=10	33	68,79

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có thang điểm ASPECT = 10 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 68,79%, và thang điểm ASPECT = 7 chiếm 4,16%.

3.2.4. Vị trí tổn thương mạch trên phim chụp CLVT mạch máu não

Bảng 3.8. Vị trí tổn thương mạch máu não

Vị trí ĐM tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không có tổn thương	6	18,75
Tổn thương ĐM cảnh trong	8	25
Tổn thương ĐM não giữa	10	31,25
Tổn thương ĐM não trước	0	0
Tổn thương ĐM não sau	2	6,25
Tổn thương ĐM thân nền và đốt sống	2	6,25
Khác	4	12,5
Tổng cộng	32	100

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương động mạch não giữa chiếm đa số, 31,25%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân bố theo tuổi và giới. Tuổi trung bình các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là $64,8 \pm 13,2$ tuổi. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 23 tuổi và cao nhất là 88 tuổi (bảng 3.2). Nhóm tuổi hay gặp nhồi máu não nhất là 60 đến 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 60,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của SaaKe [5]. Các tác giả đều thấy rằng tuổi trung bình của bệnh nhân >60 tuổi. Theo tác giả Trần Anh Tuấn [7], tỷ lệ bệnh nhân từ 50-60 tuổi là thường gặp nhất. Tuổi càng cao nguy cơ nhồi máu não càng cao, có thể do nhiều bệnh lý nguy cơ phối hợp như rối loạn mỡ máu, cao huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa mạch.

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam giới lớn hơn nữ giới, nam chiếm 64,6% còn nữ chiếm 35,4%. Hầu hết mọi công bố trong y văn cũng ghi nhận tình trạng tương tự, theo một số tác giả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ gặp bệnh ở nam nhiều hơn nữ như tác giả Trần Anh Tuấn thì tỷ lệ nam chiếm 66,3% [7]

4.1.2. Phân bố theo thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến chụp CLVT. Xác định thời điểm bệnh nhân xảy ra cơn đột quỵ não rất quan trọng, cho phép tính được thời gian khởi phát bệnh đến lúc vào viện, cũng như thời gian từ lúc khởi phát đến lúc điều trị. Từ đó đưa ra quyết định cận lâm sàng phù hợp.

Thời gian là yếu tố cực kỳ quan trọng, bởi đó là yếu tố đầu tiên ảnh hưởng tới quả điều trị. Nếu đến càng sớm tỷ lệ thành công sẽ càng cao và ngược lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình từ lúc bệnh nhân khởi phát đến lúc chụp CLVT là $302,38 \pm 252,76$ phút (Bảng 3.3). Bệnh nhân chụp sớm nhất là 65 phút, muộn nhất là 1448 phút. Các bệnh nhân chụp sớm thường có địa chỉ Hà Nội, hoặc ở gần các khu vực lân cận. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đến khám trước 360 phút (<6h), chiếm tỷ lệ là 45,8%. Thời gian nghiên cứu trung bình của chúng tôi cao hơn so với tác giả Trần Anh Tuấn (2018) [7] $277,18 \pm 320,46$ phút. Sự khác biệt không lớn lắm này, có thể do hoàn cảnh thống kê số liệu do người nhà bệnh nhân khai báo lúc nhập viện.

4.2. Một số hình ảnh học của nhồi máu não giai đoạn cấp tính trên CLVT.

4.2.1. Vị trí tổn thương trên nhu mô não trước tiêm và dấu hiệu sớm trên phim chụp CLVT. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình từ khi khởi phát đến khi chụp CLVT là $302,38 \pm 252,76$ (Bảng 3.3). Đây là thời điểm có thể phát hiện những dấu hiệu nhồi máu não cấp trên CLVT chưa tiêm thuốc

cản quang. Việc phát hiện những dấu hiệu nhồi máu não sớm trên phim chụp CLVT có ý nghĩa lớn trong việc định hướng chẩn đoán và điều trị khi nghi ngờ có nhồi máu não.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương gặp nhiều nhất khi không sử dụng thuốc cản quang là ở vị trí bao trong với tỷ lệ 28,6%.

Trong các dấu hiệu sớm của nhồi máu não cấp ở trên phim chụp CLVT không tiêm thuốc, nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấy được:

Dấu hiệu Ruy-băng thùy đảo: giảm tỷ trọng và xóa các rãnh thùy đảo, do vị trí thùy đảo nằm xa các vị trí chuyển tiếp giữa não trước - não giữa hay não giữa - não sau đó vậy khi tắc động mạch não giữa thì vùng này có ít tuần hoàn bằng hệ hơn cả và biểu hiện hoại tử sớm áo với các vùng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu gặp 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,08%, thời gian từ lúc có dấu hiệu đột quỵ đến lúc chụp < 2h.

Mất phân biệt chất xám và chất trắng: Khi nhu mô não bị thiếu máu gây ra phù nề làm giảm tỷ trọng và tổn thương sớm hơn ở chất xám do nhu cầu oxy ở đó lớn hơn gây nên xóa ranh giới chất xám - chất trắng. Dấu hiệu này thường không quan sát thấy trong vòng 3h từ khi có triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu này gặp ở 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,4%, và cả 5 đều chụp trước 6h. Dấu hiệu này trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả gần giống với tác giả Lê Quỳnh Sơn (2019) [6], với tỷ lệ là 10%.

4.2.2. Điểm ASPECT. Tổn thương nhu mô não trên hình ảnh học đánh giá bằng thang điểm ASPECT. Thang điểm ASPECT dùng cho chẩn đoán nhồi máu não sớm trên CLVT và cả CHT. ASPECT là thang điểm phân vùng động mạch não giữa, theo đó diện cấp máu động mạch này được chia 10 vùng, mỗi một vùng được tính là một điểm, mỗi vùng tổn thương sẽ trừ đi một điểm. Nếu tổn thương trên 3 vùng (ASPECT <7) có nghĩa là tổn thương đã quá 1/3 diện cấp máu động mạch não giữa. Phân chia theo thang điểm ASPECT phân vùng theo vị trí không dựa vào thể tích. Ưu điểm của thang điểm này là đánh giá rất nhanh và chính xác, phù hợp cao giữa những người đọc khác nhau. Điểm ASPECT trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bằng 10 với tỷ lệ 68,79%, ASPECT = 7 chiếm 4,16%.

4.2.3. Vị trí tổn thương mạch trên phim chụp CLVT mạch máu não. Chụp mạch máu não trên CLVT đa dãy được dùng để hỗ trợ chẩn đoán cho chụp CLVT không có thuốc, là một dụng cụ hiệu quả. Kỹ thuật này giúp khảo sát toàn bộ hệ thống mạch máu não trên các hình

ảnh tái tạo ba chiều, nhiều mặt phẳng với độ phân giải cao giúp xác định chính xác vị trí và tình trạng mạch máu. Ngoài ra, chụp CLVT mạch máu não có thể giúp xác định một số nguyên nhân đặc hiệu khác gây ra nhồi máu như bóc tách hay vỡ vữa thành mạch. Trong nghiên cứu dựa trên hình ảnh CLVT mạch máu não của chúng tôi, với số bệnh nhân chụp mạch là 32 người. Trong đó tỷ lệ nhồi máu não cấp do tổn thương động mạch não giữa chiếm đa số 31,25% vị trí mạch bị tổn thương nhiều nhất ở đây là động mạch não giữa đoạn M1 với tỷ lệ 23,5%.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

- Tuổi: Tuổi trung bình là $64,8 \pm 13,2$ tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhồi máu não nhất là 60 đến 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 60,4%.

- Giới: Nhồi máu não gặp nhiều ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,82.

- Thời gian trung bình từ khi khởi phát bệnh đến khi được chụp CLVT là $302,38 \pm 252,76$. Đa số bệnh đến khám trước 6h, chiếm tỷ lệ là 45,8%.

Đặc điểm hình ảnh.

- Vùng tổn thương trước tiêm thuốc cản quang gặp nhiều nhất là bao trong với tỷ lệ 28,6%

- Dấu hiệu sớm của nhồi máu não cấp trên phim chụp CLVT sọ não thấy được nhiều nhất là mất phân biệt chất trắng chất xám với tỷ lệ 10,4%, và dấu hiệu Ruy-băng thùy đảo chiếm 2,08%.

- Thang điểm ASPECT = 10 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 68,79%, và thang điểm ASPECT = 7 chiếm ít nhất 4,16%.

- Tỷ lệ nhồi máu não cấp do tổn thương động mạch não giữa chiếm đa số 31,25%. Động mạch thân nền, động mạch não sau, động mạch não trước là 6,25%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Trinh (2015). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1,5tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Joanna M. Wardlaw, O.M., Early Signs of Brain Infarction at CT: Observer Reliability and Outcome after Thrombolytic Treatment— Systematic Review. Radiology, 2005. Volume 235(2): p. 444-453.
3. Srinivasan, A., et al., State-of-the-Art Imaging of Acute Stroke. Radiographics, 2006. 26(suppl 1): p. S75-S95.
4. Puetz, V., et al., Extent of hypoattenuation on CT angiography source images predicts functional outcome in patients with basilar artery occlusion. Stroke, 2008. 39(9): p. 2485-90.
5. Saake, M., et al., Comparison of conventional CTA and volume perfusion CTA in evaluation of cerebral arterial vasculature in acute stroke. AJNR Am J Neuroradiol, 2012. 33(11): p. 2068-73.
6. Lê Quỳnh Sơn (2019). Nhận xét đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính 256 dãy trong chẩn đoán nhồi máu não cấp ở người cao tuổi, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Anh Tuấn và cộng sự (2018). Nghiên cứu áp dụng chụp cắt lớp vi tính mạch máu não nhiều pha chẩn đoán nhồi máu não tối cấp. Tạp chí y học Việt Nam, 462,141.

KẾT QUẢ SÀNG LỌC HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN TẠI NGHỆ AN: NGHIÊN CỨU MÔ TẢ CẮT NGANG 5 NĂM TỪ 2016-2020

Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Thị Hải Yến²

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp, tỷ lệ người tăng huyết áp có dùng thuốc, tỷ lệ người dùng thuốc tăng huyết áp đạt mục tiêu và tỷ lệ người được đo huyết áp trong 12 tháng gần đây. **Đối tượng và phương pháp:** Người dân từ 18 tuổi trở lên bao gồm 2 giới, kể cả những người đang được điều trị huyết áp. Tổng số được khám sàng lọc là: 12303 người. Tất cả người dân được nghỉ ngơi trước khi đo tối thiểu 5

phút, sau đó được đo huyết áp ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút, lấy trung bình. Phòng đo thoáng mát nhiệt độ xung quanh 30⁰ C. Người đo là sinh viên năm cuối và điều dưỡng của bệnh viện được tập huấn kỹ về cách đo và cách ghi chép dữ liệu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp chung trên dân số nghiên cứu là 31,4%. Tỷ lệ tăng huyết áp độ I chiếm tới 82,1%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 43,7% Tỷ lệ người tăng huyết áp được điều trị là 40,8%. Tỷ lệ người đạt huyết áp mục tiêu trên tổng số người tăng huyết áp là 29,7%. Tỷ lệ người tăng huyết áp dùng thuốc đạt mục tiêu chiếm 72,9%. Tỷ lệ người không được đo huyết áp trong 12 tháng gần đây chiếm tới 60,4%. **Kết luận:** Gần 1/3 dân số người từ 18 tuổi trở lên bị tăng huyết áp. Tỷ lệ người được dùng thuốc điều trị tăng huyết áp đang chiếm tỷ lệ thấp (40,8%). Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu trên số người tăng huyết áp còn thấp.

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu nghị ĐK Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024