

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phạm Duy Tùng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh học của bệnh nhân nhồi máu khu vực động mạch não sau. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân trong đó 44 nam, 24 nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,79 \pm 11,29$ nam có tỉ lệ mắc cao hơn nữ và tỉ lệ nam/ nữ là 1,83. Trên CLVT sọ não trong những ngày đầu có 58,8 % nhu mô não bình thường, 26,4% thấy hình ảnh giảm tỉ trọng nhu mô não thuộc vùng cấp máu của ĐMNS. Tỉ lệ tổn thương bán cầu trái và phải là như nhau. Vị trí tổn thương đồi thị và thùy chẩm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,0%), thùy thái dương (23,5%). Trên MSCT mạch não tắc mạch chính (các đoạn P1,P2,P3,P4) chiếm 55,9%, 44,1% không có tổn thương mạch máu lớn trên phim MSCT. Tổng thể tích nhồi máu trung bình là $20,45 \pm 19,08 \text{ cm}^3$. Thể tích nhồi máu lớn nhất là $61,6\text{cm}^3$, nhỏ nhất là $0,7\text{cm}^3$.

Từ khóa: Nhồi máu khu vực động mạch não sau, cộng hưởng từ.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF POSTERIOR CEREBRAL ARTERY INFARCTION

Objective: To describe magnetic resonance imaging of posterior cerebral artery infarction **Subjects and methods:** A prospective, descriptive study of 68 patients with posterior cerebral artery infarction treated at the Department of Neurology, Bach Mai Hospital from March 2017 to March 2018. **Results:** Mean age was 64.79 ± 11.29 , male/female ratio was 1.83. On CT scan normal brain parenchyma (58.8%), parenchyma hypodensity is supplied by the posterior cerebral artery (26.4%). There was no difference in injury rates between the two hemispheres. Infarction of the thalamus and occipital lobes was the highest (47.0%), and the temporal lobes (23.5%). MSCT showed major vessel occlusion (segments P1,P2,P3,P4) in 55.9%, 44.1% without major vessel lesions. The mean total infarct volume was $20.45 \pm 19.08 \text{ cm}^3$. The largest infarct volume is 61.6cm^3 , the smallest is 0.7cm^3 .

¹Trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN

⁴Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

Keywords: Posterior cerebral artery infarction, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não đang là một vấn đề mang tính chất thời sự, phổ biến trong lâm sàng thần kinh. Theo thống kê của Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO) đột quy não là nguyên nhân gây tử vong thường gặp, đứng thứ ba sau bệnh lý tim mạch, ung thư và có tỉ lệ tàn tật đứng đầu trong các bệnh lý thần kinh. Đột quy não thường gặp nhất là nhồi máu não và chảy máu não. Nhồi máu não được chia thành nhồi máu thuộc vùng cấp máu của tuần hoàn trước và tuần hoàn sau.¹

Nhiều nghiên cứu ngoài nước đã mô tả đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ, tổn thương mạch máu nhồi máu động mạch não sau.² Ở nước ta, nghiên cứu về nhồi máu khu vực động mạch não sau chỉ được mô tả chung trong nghiên cứu về nhồi máu hệ thống tuần hoàn sau.

Do đó, để phục vụ cho việc điều trị và dự phòng cho bệnh nhân nhồi máu động mạch não sau tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Mối liên quan giữa một số triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau" với mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ não-mạch não của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não phù hợp với vùng tưới máu của động mạch não sau. Điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán tai biến mạch não của WHO (1990): Xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ.

+ Hình ảnh học: Bệnh nhân có tổn thương trên phim MRI sọ não phù hợp với vùng tưới máu của khu vực ĐMNS thỏa mãn được các triệu chứng lâm sàng.

+ Bệnh nhân hoặc người bảo trợ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Nhồi máu não khu vực ĐMNS nhưng có liên quan với bệnh lý khác: chấn thương sọ não, u não, chảy máu não, viêm não – màng não, chảy máu dưới nhện.

+ Nhồi máu não khu vực ĐMNS phối hợp với

nhồi máu não ở vùng cấp máu của động mạch khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi- giới tính		Nam n = 44 (67,4%)	Nữ n = 24 (35,3%)	Chung N = 68 (100%)
Phân bố theo nhóm tuổi	40 - 59 tuổi	16 (23,5)	6 (8,8)	22 (32,3)
	60- 79 tuổi	24 (35,3)	13 (19,1)	37 (54,5)
	≥ 80 tuổi	4 (5,9)	5 (7,3)	9 (13,2)

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 64,79 ± 11,29. Tỷ lệ nam : nữ là 1,83, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 36 tuổi, cao tuổi nhất là 89. Nhóm tuổi thường gặp nhất là nhóm từ 60 đến 79 tuổi.

3.2. Đặc điểm hình ảnh CLVT và cộng hưởng tử não mạch não

3.2.1. Các dấu hiệu trên phim CLVT sọ não trong những ngày đầu

Bảng 2: Các dấu hiệu trên phim CLVT sọ não trong những ngày đầu

Các dấu hiệu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh CLVT bình thường	40	58,8
Hình ảnh giảm tỉ trọng nhu mô não	18	26,4
Tăng tỉ trọng động mạch não sau	0	0

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả chụp CLVT sọ não bình thường trong những ngày đầu chiếm tỉ lệ rất cao 58,8%. Chỉ có 26,4% thấy hình ảnh giảm tỉ trọng nhu mô não thuộc vùng cấp máu của ĐMNS trong những ngày đầu.

3.2.2. Vị trí tổn thương trên phim chụp CLVT hoặc CHT sọ não

Bảng 3. Vị trí bán cầu tổn thương

Vị trí bán cầu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bán cầu trái	31	45,6
Bán cầu phải	33	48,5
Cả hai bên bán cầu	4	5,9
Tổng số	68	100

Nhận xét: Tỉ lệ tổn thương bán cầu trái và phải là như nhau. Có 4 bệnh nhân tổn thương cả hai bên bán cầu, trong đó có 2 bệnh nhân tổn thương thùy chẩm hai bên và 2 bệnh nhân tổn thương đôi thị 2 bên.

3.2.3. Vị trí nhồi máu não theo vùng chi

phối động mạch

Bảng 4: Vị trí nhồi máu

Vị trí nhồi máu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thùy chẩm	32	47,0
Thùy thái dương	16	23,5
Cuống não	7	10,3
Đôi thị	32	47,0
Vùng giáp ranh	1	1,7

Nhận xét: Nhồi máu não đôi thị và thùy chẩm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,0%), trong đó có 2 bệnh nhân nhồi máu thùy chẩm 2 bên, 1 bệnh nhân có tổn thương đôi thị 2 bên. Tiếp theo là nhồi máu não thùy thái dương chiếm tỉ lệ 23,5%. Nhồi máu não ở cuống não gặp ở 7 bệnh nhân (10,3%). Có 25/68 (36,7%) bệnh nhân có ≥ 2 vị trí tổn thương trên phim chụp MRI sọ não.

3.2.4. Hình ảnh chụp động mạch não

Bảng 5: Kết quả chụp động mạch não

Kết quả chụp động mạch não	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hẹp/ tắc đoạn P1,P2	23	33,8
Hẹp/ tắc đoạn P3,P4	15	22,1
Không hẹp mạch lớn	30	44,1
Có hẹp ĐM thân nền - đốt sống	11	16,1
Tổng số	68	100

Nhận xét: Có 55,9% trường hợp hẹp/ tắc mạch >50%, trong đó 11 ca hẹp/ tắc động mạch thân nền và/hoặc đốt sống. Có 44,1% trường hợp chụp mạch cho kết quả bình thường.

3.2.5. Điểm pc-ASPECTS

Bảng 6: Điểm pc-ASPECTS

Điểm pc-ASPECTS	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
6	1	1,5
7	7	10,3
8	17	25,0
9	43	63,2
Tổng số	68	100

Nhận xét: Điểm pc-ASPECTS giảm dần theo thứ tự. 63,2% bệnh nhân có điểm pc-ASPECTS là 9 điểm, tiếp theo số bệnh nhân 8 điểm (25%) và 7 điểm (10,2%)

3.2.6. Thể tích khối nhồi máu các vị trí

Bảng 6: Thể tích khối nhồi máu các vị trí

Vị trí	Trung bình thể tích khối độ lệch chuẩn (cm ³)	Thể tích nhỏ nhất (cm ³)	Thể tích lớn nhất (cm ³)
Đồi thị	1,80 ± 0,73	0,70	3,10
Thùy chẩm	20,24 ± 12,22	3,20	49,00
Thùy thái dương	23,72 ± 9,29	9,20	41,20
Các vị trí	20,45 ± 19,08	0,70	61,60

Nhận xét: Thể tích ổ nhồi máu trung bình tại đồi thị là bé nhất, rồi đến thùy chẩm và thùy thái dương. Tổng thể tích nhồi máu tại các vị trí của bệnh nhân trung bình là 20,45 ± 19,08 cm³. Thể tích nhồi máu lớn nhất là 61,6cm³, nhỏ nhất là 0,7cm³.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 68 bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 36 tuổi, cao tuổi nhất là 89. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83. Kết quả này tương đồng với kết quả công trình nghiên cứu dịch tễ học tại biến mạch máu não của Bộ môn Thần Kinh Trường Đại học Y Hà Nội với tỉ lệ nam/nữ 1,48³ và các tác giả nước ngoài như Eugene Lee tỉ lệ là 1,3 hay Arboix A. tỉ lệ nam/ nữ 1,13.^{4,5}

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có tổn thương tại vùng chi phối của động mạch não sau trên phim CLVT sọ não ngay tại thời điểm nhập viện và không có bệnh nhân nào có dấu hiệu gợi ý là tăng tín hiệu của động mạch não sau, tỷ lệ xuất hiện dấu hiệu tăng tín hiệu của động mạch não sau giảm dần theo số giờ lúc bệnh nhân nhập viện hay nói cách khác, bệnh nhân đến viện càng muộn thì dấu hiệu này càng khó gặp trên phim CLVT. Ở nghiên cứu của

Timo Frings, 7 trong số 15 bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ có tăng tín hiệu động mạch não sau trên phim CLVT; trong khi đó chỉ có 3 trong 20 bệnh nhân nhập viện từ 6-12 giờ có dấu hiệu này. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trong số 68 bệnh nhân 45,6% bệnh nhân có nhồi máu não bán cầu bên trái, 48,5% nhồi máu não bán cầu bên phải và có 4,4% bệnh nhân nhồi máu cả hai bên bán cầu não. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Eugene Lee 51% nhồi máu bên trái, 44% bên phải và 5% cả hai bên bán cầu.⁶

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp phim cộng hưởng từ trong khoảng 2-4 ngày sau khi nhập viện. Các bệnh nhân được khảo sát bằng những xung cơ bản như T1, T2, T2 Flair, DWI, TOF 3D. Tổn thương nhồi máu não được nhận định, đánh giá điểm pc-ASPECTS và đo thể tích khối nhồi máu trên xung DWI. Trên hình ảnh cộng hưởng từ tổn thương đồi thị là nhiều nhất, chiếm 47,0% số bệnh nhân, tổn thương thùy chẩm (41,2%) và thùy thái dương (23,5%), thấp nhất là cuống não (10,3%), 1 bệnh nhân (chiếm 1,5%) có tổn thương tại vùng Watershed giữa động mạch não giữa và động mạch não sau. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Eugene Lee: đồi thị gặp ở 81,9%, thùy chẩm 47,3%, thùy thái dương 35,6%, cuống não 18,6%.⁶ Điểm pc-ASPECTS trung bình là 8,5 ± 0,74, thấp nhất là 6 điểm, cao nhất là 9 điểm. Tỉ lệ của từng điểm pc-ASPECTS ở bảng 3. Cho thấy phần lớn bệnh nhân (88,2%) từ 8 điểm trở lên, 11,8% có tổn thương nhiều vùng (pc-ASPECTS ≤7). Các nghiên cứu về nhồi máu não khu vực ĐMNS của các tác giả trong và ngoài nước khác đều thực hiện trước năm 2013, nên chưa có số liệu tương ứng về điểm pc-ASPECTS để so sánh. Trong số 40 bệnh nhân được chụp MSCT mạch não chúng tôi thấy có 55,9% trường hợp tắc mạch chính (các đoạn P1,P2,P3,P4), 44,1% không có tổn thương mạch máu lớn trên phim MSCT và 16,1% hẹp động mạch đốt sống và/hoặc thân nền và/hoặc động mạch cảnh trong kèm theo. Chúng tôi không phân chia thành từng đoạn nhỏ hơn, ví dụ như P3 hay P4 vì những đoạn này rất khó xác định trên MSCT. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Eugene Lee và cộng sự.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của động mạch não sau điều trị tại Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy: Tuổi

trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,79 ± 11,29 tuổi, nam có tỉ lệ mắc cao hơn nữ và tỉ lệ nam/ nữ là 1,83. Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả chụp CLVT sọ não bình thường trong những ngày đầu chiếm tỉ lệ rất cao 58,8%. Chỉ có 26,4% thấy hình ảnh giảm tỉ trọng nhu mô não thuộc vùng cấp máu của ĐMNS trong những ngày đầu. Tỉ lệ tổn thương bán cầu trái và phải là như nhau.

Vị trí tổn thương đồi thị và thùy chẩm chiếm tỉ lệ cao nhất (47,0%) tiếp theo là nhồi máu não thùy thái dương chiếm (23,5%). 55,9% trường hợp tắc mạch chính (các đoạn P1,P2,P3,P4), 44,1% không có tổn thương mạch máu lớn trên phim MSCT. Tổng thể tích nhồi máu trung bình là 20,45 ± 19,08 cm³. Thể tích nhồi máu lớn nhất là 61,6cm³, nhỏ nhất là 0,7cm³.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, et al.

Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(3):870-947.

2. Nouh A, Remke J, Ruland S. Ischemic posterior circulation stroke: a review of anatomy, clinical presentations, diagnosis, and current management. Frontiers in neurology. 2014;5:30.
3. Caplan LR. Caplan's stroke. Cambridge University Press; 2016.
4. Arboix A, Arbe G, García-Eroles L, Oliveres M, Parra O, Massons J. Infarctions in the vascular territory of the posterior cerebral artery: clinical features in 232 patients. BMC Research Notes. 2011;4(1):1-7.
5. Hypertension TffftMoAHotESo. Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007;28:1462-1536.
6. Yamamoto Y, Georgiadis AL, Chang H-M, Caplan LR. Posterior cerebral artery territory infarcts in the New England medical center posterior circulation registry. Archives of neurology. 1999;56(7):824-832.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ ARV TDF+3TC+DTG TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA 2020-2021

Nguyễn Kim Thu¹, Phạm Bá Hiền², Lê Xuân Toàn²

TÓM TẮT

Nhiễm HIV/AIDS là gánh nặng về bệnh tật cho người bệnh và gia đình bệnh nhân cũng như toàn xã hội. Điều trị bằng các thuốc (ARV-anti retroviral drugs) đang là biện pháp điều trị tối ưu cho nhóm bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Bộ Y tế Việt Nam mới đây phê chuẩn và khuyến cáo sử dụng phác đồ TDF+3TC+DTG. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ TDF + 3TC + DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa Đồng Đa. **Đối tượng:** Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS và được điều trị bằng phác đồ TDF+3TC+DTG theo dõi đủ 24 tuần, trong thời gian từ 2/202- đến 6/2021. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu. Kết quả: Cân nặng, BMI và số lượng CD4 tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm sau 24 tuần điều trị. Có 45/61 (73,8%) bệnh nhân đạt mức vi rút ức chế tối đa (dưới ngưỡng phát hiện). Tuân thủ điều trị có liên quan đến kết quả điều trị (OR=2,32 CI95% 0,21-8,643, $p < 0,05$). **Kết luận:** Phác đồ thuốc ARV TDF+3TC+DTG có hiệu quả điều trị tốt trên bệnh

nhân nhiễm HIV/AIDS (cân nặng, CD4 tăng sau 24 tuần điều trị và vi rút được ức chế đạt tỷ lệ cao). Nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có khả năng ức chế vi rút ở mức tối đa cao hơn 2,32 lần với nhóm tuân thủ điều trị không tốt.

Từ khóa: Nhiễm HIV/AIDS, Thuốc ARV, Dolutegravir.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT EFFICACY OF TDF+3TC+DTG ARV REGIME IN HIV/AIDS PATIENTS AT DONG DA GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

HIV/AIDS infection is a burden of disease for patients and their families and society as a whole. Anti-retroviral drugs (ARV) are the optimal treatment for HIV/AIDS patients. The TDF+3TC+DTG regimen was newly approved and recommended by MOH in Vietnam. **Objective:** To study the effectiveness and side effects of TDF + 3TC + DTG regimen in HIV/AIDS patients at Dong Da General Hospital. Subjects: The study involved 61 patients diagnosed with HIV/AIDS and treated with the TDF+3TC+DTG regimen followed for a full 24 weeks, between February 202 and June 2021. **Method:** retrospective cross-description study. **Results:** Weight, BMI and CD4 count increases statistically ($p < 0.05$) at the time after 24 weeks of treatment. 45/61 (73.8%) of patients reached the under detectable threshold virus level. Adherence to treatment is associated with viral load treatment result (OR=2.32 CI95% 0.21-8.643, $p < 0.05$). **Conclusion:** The TDF+3TC+DTG ARV drug regimen

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyengkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022