

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

TRẦN VŨ ANH, VŨ XUÂN NGHĨA
Học viện Quân y

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 69 bệnh nhân ĐQN được chia làm 2 nhóm có HCCH và không có HCCH. Kết quả cho thấy, 4 yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng mạnh trong nhóm có HCCH và khác biệt so với nhóm không có HCCH. Đánh giá tổn thương, ở nhóm có HCCH số lượng ổ tổn thương và kích thước cũng khác biệt so với nhóm không có HCCH. Tuy nhiên, khi phân tích vị trí tổn thương, cả hai nhóm đều không có sự khác biệt.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, ĐQN

SUMMARY

Research was carried out on 69 brain stroke patients divided into 2 groups with and without metabolic syndrome. Results showed that 4 risk factors have a strong influence in the metabolic syndrome group when compared with no metabolic syndrome. Vulnerability Assessment, in the metabolic syndrome group and the number of lesions drive size is different with the group without metabolic syndrome. However, when analyzing the lesion location, the two groups did not differ.

Keywords: brain stroke, metabolic syndrome.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO thống kê hàng năm có 3 triệu nam và 2,5 triệu nữ chết do đột quỵ não (ĐQN), cao nhất ở lứa tuổi ≥ 65 chiếm 42% (Chatterjee, Gupta et al. 2013). Ở Việt nam, theo thống kê năm 2004 thì tỉ lệ chết do ĐQN ở Việt Nam là: 10,9% với nam và 13,4% ở nữ (Castillo and Alvarez 2013). Các nước có số người tử vong do ĐQN cao nhất thế giới như: ấn độ (771.000 người), Nga (517.000 người) và Trung Quốc (1.652.000 người) (Belur, Chang et al. 2013, Fang, Churilov et al. 2013, Khanna, Rink et al. 2013). Để đánh giá đặc điểm tổn thương trên hình ảnh cắt lớp vi tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tổn thương ở bệnh nhân đột quỵ não có hội chứng chuyển hóa (HCCH).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 69 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ĐQN tại Bệnh viện 103-Học Viện Quân Y và Bệnh Viện Quân y 17 - Quân khu V theo tiêu chuẩn WHO

* *Tiêu chuẩn lâm sàng:*

- Khởi phát đột ngột, nhanh chóng đạt mức tối đa.

- Có triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ.

* *Có dấu hiệu tổn thương trên CLVT:* có hình ảnh ổ giảm tỷ trọng hoặc tăng tỷ trọng ở trong sọ phù hợp với vùng tổ chức não được cấp máu của các ĐM não.

Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: Nhóm có HCCH 39 bệnh nhân, nhóm không có HCCH: 30 bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu và hồi cứu có mô tả.

Hình ảnh chẩn đoán được thực hiện bằng máy chụp CLVT Brivo 325 của hãng GE Hoa Kỳ, có chương trình xoắn ốc, được đặt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện 103. Máy chụp CLVT Philips của Hà Lan tại khoa Chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viện 17-Quân khu V.

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐQN

YTNC	Nhóm	Có HCCH (n = 39)	Không HCCH (n = 30)	P
Tiền sử gia đình có người bị TBMMN, n (%)		1 (2,6)	0	>0,05
Đã bị TBMMN, n (%)		2 (5,2)	1 (3,3)	>0,05
Thiếu máu não thoáng qua, n (%)		32 (82,1)	9 (30,0)	<0,05
Tuổi > 60, n (%)		26 (66,7)	17 (56,7)	>0,05
Tiền sử ĐTĐ, n (%)		21 (53,8)	1 (3,3)	<0,05
Tiền sử THA, n (%)		32 (82,1)	19 (63,3)	<0,05
Tiền sử RLLP máu, n (%)		18 (46,2)	5 (16,7)	<0,05
Ít vận động, n (%)		9 (23,1)	6 (20,0)	>0,05
Hút thuốc lá (10 điếu/ngày), n (%)		7 (17,9)	5 (16,7)	>0,05
Uống nhiều rượu, n (%)		4 (10,3)	1 (3,3)	>0,05
Stress		4 (10,3)	1 (3,3)	>0,05
Bệnh van tim, n (%)		0	0	>0,05

Các YTNC như tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua, THA, ĐTĐ và RLLP máu ở nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mặc dù, cho đến nay cơ chế bệnh sinh của HCCH còn chưa được hiểu biết đầy đủ. Song béo (nhất là béo bụng), kháng insulin, RLLP máu, sự bất thường glucose máu và THA là những biểu

hiện cơ bản của HCCH. Cơ chế bệnh sinh hiện nay cho rằng mối liên quan giữa kháng insulin với huyết áp được giải thích là do tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm, làm tăng hoạt động tế bào cơ trơn thành mạch, tăng vận chuyển ion Ca^{++} và tăng sự giữ muối trong lòng mạch. Sự tăng hoạt động thần kinh giao cảm cũng có nghĩa là tăng sự kích thích của adrenergic receptor hay có mối liên quan giữa sự kích thích beta adrenergic receptor với đề kháng insulin.

Đặc điểm hình ảnh tổn thương ở bệnh nhân ĐQN có HCCH

Hình ảnh tổn thương não ở bệnh nhân đột quỵ được đánh giá theo tiêu chí về số lượng, hình dạng và kích thước tổn thương.

Bảng 2: Số lượng ổ nhồi máu ở hai nhóm nghiên cứu có ĐQN:

Nhóm ổ nhồi máu	Có HCCH n = 39(%)	Không HCCH n = 30 (%)	p
1 ổ	29 (74,3)	26 (86,7)	<0,05
2 ổ	1 (2,6)	3 (10,0)	
3 ổ	6 (15,4)	1 (3,3)	
≥ 4 ổ	3 (7,7)	0	

Số lượng có 1 ổ tổn thương ở nhóm HCCH (74,3%) thấp hơn so với nhóm không có HCCH (86,7%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó, ở nhóm không HCCH có số lượng nhiều hơn nhóm có HCCH khi là 2 ổ. Nhưng khi số lượng ổ lớn từ 3 và hơn 4, thì số lượng lại có nhiều ở nhóm có HCCH. Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đây (Ortiz de Mendivil, Alcalá-Galiano et al. 2013).

Khi đánh giá về kích thước tổn thương, chúng tôi thấy kích thước ổ NMN ngang, dọc và trung bình ở nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ (bảng 3). Theo những nghiên cứu trước đây, tỉ lệ hình ảnh tổn thương ở các kích thước còn nhiều bàn cãi, song tỉ lệ vượt trội ở mỗi nhóm kích thước thường không rõ ràng. Song sự khác biệt giữa nhóm có HCCH và không có HCCH là có ý nghĩa thống kê (Fang, Churilov et al. 2013).

Bảng 3: Kích thước ổ tổn thương ở hai nhóm trên bệnh nhân ĐQN

Chỉ tiêu	Nhóm	Có HCCH (n = 39)	Không HCCH (n = 30)	p
Kích thước dọc (mm)		22,1 ± 10,4	16,8 ± 7,2	<0,05
Kích thước ngang (mm)		26,5 ± 13,7	19,4 ± 10,4	<0,05
Kích thước trung bình (mm)		24,3 ± 11,8	18,1 ± 8,7	<0,05

Đánh giá vị trí tổn thương, chúng tôi đánh giá ở một số vị trí điển hình trong ĐQN.

Bảng 4: Vị trí tổn thương ở hai nhóm nghiên cứu trên bệnh nhân ĐQN

Ổ nhồi máu	Nhóm	Có HCCH (n = 39)	Không HCCH (n = 30)	p
Bao trong, n (%)		5 (12,8)	8 (26,7)	>0,05
Thái dương, n (%)		12 (30,8)	7 (23,3)	
Vùng đỉnh, n (%)		6 (15,4)	2 (6,7)	
Đồi thị, n (%)		2 (5,1)	0	
Ổ khuyết, n (%)		2 (5,1)	3 (10,0)	
Các nhân xám, n (%)		5 (12,8)	6 (20,0)	
Nhiều ổ rải rác, n (%)		3 (7,7)	3 (10,0)	
Bán cầu, n (%)		4 (10,3)	1 (3,3)	

Vị trí các ổ tổn thương ở hai nhóm có HCCH và không có HCCH không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Điều này cho thấy, vị trí tổn thương được chia đều cho cả hai nhóm có HCCH và không có HCCH.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân ĐQN có HCCH khi so sánh với 39 bệnh nhân bị ĐQN không có HCCH, kết quả cho thấy, ở nhóm HCCH bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ tổn thương cho thấy, số lượng ổ từ 3 hoặc lớn hơn chiếm ưu thế ở nhóm có HCCH và kích thước ổ tổn thương cũng lớn khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, vị trí tổn thương được chia đều cho cả hai nhóm không có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belur, P. K., et al. (2013). "Emerging experimental therapies for intracerebral hemorrhage: targeting mechanisms of secondary brain injury." *Neurosurg Focus* 34(5): E9.
2. Castillo, M. and H. Alvarez (2013). "Acute stroke: basic concepts and use of imaging for clinicians." *JBR-BTR* 96(1): 3-9.
3. Chatterjee, T., et al. (2013). "Prediction of ischemic stroke in young Indians: is thrombophilia profiling a way out?" *Blood Coagul Fibrinolysis* 24(4): 449-453.
4. Fang, K., et al. (2013). "Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke: Do Patients Treated Out of Hours Have a Worse Outcome?" *J Stroke Cerebrovasc Dis*.
5. Khanna, S., et al. (2013). "Loss of miR-29b following acute ischemic stroke contributes to neural cell death and infarct size." *J Cereb Blood Flow Metab*.
6. Ortiz de Mendivil, A., et al. (2013). "Brainstem stroke: anatomy, clinical and radiological findings." *Semin Ultrasound CT MR* 34(2): 131-141.