

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

TRẦN LONG GIANG, LÂM ĐÔNG PHONG  
Trường Đại học Y dược Cần Thơ

### TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) vùng đầu và mối liên quan giữa chúng trên 33 bệnh nhân (BN) tai biến mạch máu não (TBMMN), chúng tôi thu được các kết quả sau: Tỷ lệ nhồi máu não (NMN) chiếm 84,8%, tỷ lệ xuất huyết não (XHN) là 15,2%. Tỷ lệ nam/ nữ là 1,36/1. Nhóm tuổi trên 60 chiếm 54,5%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là yếu hoặc liệt chi (60,6%), nói khó (18,2%), đau đầu (12,1%). Yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (69,7%). Về đặc điểm hình ảnh CHT, kết quả cho thấy: Thời gian từ lúc khởi phát đến khi được chụp CHT trung bình là 127,03 giờ, không có bệnh nhân nào được chụp trong 3 giờ đầu. Vị trí tổn thương não thường gặp là thùy thái dương (51,5%) và bao trong (39,4%). Động mạch não giữa thường bị tổn thương (75,8%), thường gặp tổn thương đa ổ (51,6%). Thể tích tổn thương trung bình trên hình T2W (4,4209 cm<sup>3</sup>), DWI (6,1629 cm<sup>3</sup>), FLAIR (5,1884cm<sup>3</sup>) gấp đôi thể tích trung bình tổn thương trên hình T1W (2,6796 cm<sup>3</sup>). Những bệnh nhân NMN, có 78,6% trường hợp hình T1W có tín hiệu thấp hay trung gian, 100% hình T2W, FLAIR, DWI có tín hiệu cao. Trên những bệnh nhân xuất huyết não thì 80% hình T1W có tín hiệu cao hay trung gian, 60% hình T2W có tín hiệu cao, 66,7% hình FLAIR hay DWI có tín hiệu cao. Bệnh nhân có triệu chứng yếu, liệt tay chân đồng đều thì 57,9% tổn thương nằm ở bao trong; yếu, liệt tay chân không đồng đều thì 71,4% tổn thương nằm ở vỏ não. Bệnh nhân có triệu chứng yếu, liệt bên trái thì 92,9% trường hợp có ổ tổn thương bên phải. Bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt thì 75% trường hợp có tổn thương tiểu não và 25% có tổn thương động mạch não giữa.

**Từ khóa:** tai biến mạch máu não, nhồi máu não, xuất huyết não, cộng hưởng từ.

### SUMMARY

Study of the clinical features and brain imaging characteristics by MRI examination of 33 cerebral stroke patients, we have had some results:

- Clinical features: The rate of cerebral infarction was higher than the rate of cerebral hemorrhage (84.8% versus 15.2%). A group of over 60-year-old patients accounted for 54.5%. Ratio of male/female was 1.36/1. Common clinical symptoms were hemiparesis or hemiplegia (60.6%), dysarthria or aphasia (18.2%), headache (12.1%). The most of risk factor was hypertension (69.7%).

- Brain MRI characteristics: The average time for patients taken MRI examination was 127.03 hours.

There was no patient taken MRI in the 3 hours first. Areas of brain affected the most were temporal lobes (51.5%) and internal capsules (39.4%). Middle cerebral arteries (MCAs) (75.8%), multifocal lesions (51.6%). Average volumes of lesions on T2W, DWI, FLAIR and T1W images were 4,4209 cm<sup>3</sup>, 6,1629 cm<sup>3</sup>, 5,1884cm<sup>3</sup> and 2,6796cm<sup>3</sup>, respectively. Volumes of lesions measured on FLAIR images were twice as they measured on T1W images.

On cerebral infarction's patients, there were 78.6% cases got high or so signal intensity on T1W images and 100% cases got high signal intensity on T2W, FLAIR and DWI images. On cerebral hemorrhage patients, there were 80% cases got high or so signal intensity on T1W images, 60% cases got high signal intensity on T2W images and 66.7% cases got high signal intensity on FLAIR or DWI images. When patients were undergone symmetric hemiparesis or hemiplegia, there were 57.9% lesions located on internal capsules. When patients were undergone asymmetric hemiparesis or hemiplegia, there were 71.4% lesions located on cerebral cortex. When patients were undergoing hemiparesis or hemiplegia on the left, there were 92.9% lesions located on the cerebral tissue on the right. When patients were undergone dizziness or vertigo, there were 75% lesions located on cerebellum and 25% lesions located on the MCAs.

**Keywords:** stroke, cerebral infarction, cerebral hemorrhage, magnetic resonance imaging.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là bệnh phổ biến, tỉ lệ tử vong cao và để lại di chứng nặng nề trên những người còn sống sót. Bệnh có hai thể nhồi máu não (NMN) và xuất huyết não (XHN).

Hiện nay, việc chẩn đoán bệnh và phân biệt các thể dựa vào lâm sàng và các khảo sát hình ảnh học vùng đầu, trong đó có phương pháp chụp cộng hưởng từ (CHT). CHT là kỹ thuật tạo ra hình ảnh tương phản mô mềm rất tốt, những bất thường sẽ nổi bật trên hình CHT. CHT khá hoàn hảo trong chẩn đoán TBMMN giai đoạn tối cấp. Ưu điểm của CHT là nhạy cảm với trường hợp TBMMN nhỏ, tiến triển hoặc vị trí tổn thương ở hố sọ sau (do ít bị nhiễu ảnh xương). Hơn nữa, có thể xác định sự tiến triển của ổ nhồi máu từ cấp sang mạn tính.

Để có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh học TBMMN, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh

cộng hưởng từ ở bệnh nhân TBMMN điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng.**

33 bệnh nhân TBMMN nhập viện và điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ có chụp CHT vùng đầu từ tháng 9/2012 đến tháng 4/2013.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

– Chẩn đoán TBMMN dựa theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế thế giới (1990): TBMMN là sự xảy ra đột ngột của các thiếu sót chức năng thần kinh, thường khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, mà không có nguyên nhân rõ ràng ngoài tổn thương mạch máu não.

– Chụp CHT có hình ảnh nhồi máu não hoặc xuất huyết não:

+ Nhồi máu não:

Giai đoạn cấp: thường tín hiệu trung gian hay cao trên hình T1W, tín hiệu cao trên hình T2W, FLAIR, DWI.

Giai đoạn bán cấp: tín hiệu thấp trên hình T1W và tín hiệu cao trên hình T2W, FLAIR, DWI.

Giai đoạn mạn: giống giai đoạn cấp nhưng cường độ tín hiệu thấp hơn trên hình T1W, cao hơn trên hình T2W, tín hiệu cao ít hơn trên hình FLAIR, DWI.

+ Xuất huyết não:

T1W: tín hiệu trung gian, tín hiệu viền cao.

T2W, FLAIR, DWI: tín hiệu cao, viền tín hiệu thấp (3 giờ đầu), tín hiệu thấp (4 giờ đến 3 ngày).

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

– Nhồi máu não hoặc xuất huyết não nghi do chấn thương, u não, các di căn não do ung thư.

– Mắc bệnh tâm thần.

– Bản thân và hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

– Nghiên cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca lâm sàng.

– Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm:

+ Các đặc điểm chung ở bệnh nhân nghiên cứu về: tuổi, giới, phân bố theo thể bệnh, lý do vào viện.

+ Các đặc điểm lâm sàng biểu hiện như đau đầu, chóng mặt, rối loạn ngôn ngữ & cảm giác, yếu và liệt nửa người, co giật, nói khó, nôn và buồn nôn, liệt dây thần kinh VI, VII.

+ Một số yếu tố nguy cơ gây TBMMN như: tăng huyết áp, tăng lipid máu, đái tháo đường, bệnh tim, tiền sử TBMMN cũ.

+ Các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ như: Thời gian khởi phát đến lúc chụp CHT, đậm độ, kích thước, vị trí, đặc điểm các hình ảnh của thể NMN và XHN.

– Phân tích và xử lý số liệu thu được theo thuật toán thống kê.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm chung.**

#### **1.1. Phân bố theo thể bệnh:**

Tỷ lệ bệnh nhân bị nhồi máu não 84,8%, cao hơn 5 lần với nhóm xuất huyết não (15,2%). Kết quả này tương đối phù hợp với các nước Âu - Mỹ và các nước công nghiệp phát triển. Tuy nhiên kết quả này

không phù hợp với các nghiên cứu khác ở tại Việt Nam. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu trước đây chẩn đoán TBMMN dựa vào lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT), tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não bị bỏ sót còn nhiều, nhất là nhồi máu não giai đoạn tối cấp. Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán dựa vào lâm sàng và hình ảnh CHT nên độ chính xác có phần cao hơn.

#### **1.2. Tuổi và giới:**

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu  $61,58 \pm 16,19$ , tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi lớn nhất là 94. Tỷ lệ bệnh nhân TBMMN từ 60 tuổi trở lên chiếm 54,5%, cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi 45,5%. Tuổi càng cao tỷ lệ TBMMN càng nhiều. Do đó, tuổi luôn là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh nhân TBMMN.

Nhóm bệnh nhân nam TBMMN chiếm 57,6%, cao hơn nhóm bệnh nhân nữ TBMMN 42,4%. Do đó, giới tính cũng là một yếu tố nguy cơ TBMMN quan trọng và không thể tránh khỏi.

### **2. Đặc điểm lâm sàng.**

#### **2.1. Thời gian khởi phát đến khi vào viện:**

Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến lúc vào viện là  $50,061 \pm 56,106$  giờ (hơn 2 ngày), kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào vào viện trong vòng 3 giờ đầu, vào viện trong vòng 12 giờ chiếm 33,3%, trong vòng 24 giờ chiếm 60,6%. Kết quả này cho thấy bệnh nhân vào viện còn khá trễ, trong khi thời gian mong muốn từ khi khởi phát đến lúc nhập viện trong khoảng 3 giờ. Vào viện trong 3 giờ đầu là thời gian cửa sổ điều trị để có thể sử dụng thuốc chống đông hoặc tiêu sợi huyết đối với những bệnh nhân bị nhồi máu não.

Tỷ lệ bệnh khởi phát ban ngày chiếm 81,8% cao hơn nhóm bệnh khởi phát ban đêm chiếm 18,2%. Trong những bệnh nhân khởi phát bệnh ban ngày, nhóm bệnh khởi phát buổi sáng chiếm 77,8% cao hơn nhóm bệnh khởi phát buổi chiều chiếm 22,2%. Kết quả này phù hợp nhiều tác giả khác trong nước.

#### **2.2. Lý do vào viện:**

Bảng 1. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng

Lý do vào viện	Số mẫu	Tỷ lệ %
Yếu liệt tay, chân	20	60,66
Đau đầu	4	12,2
Chóng mặt	1	3
Co giật	1	3
Nôn, buồn nôn	1	3
Nói khó	6	18,2
Tổng	33	100

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân vào viện vì yếu, liệt tay chân chiếm tỷ lệ cao nhất 60,6%, kế đến là nói khó (18,2%), đau đầu (12,1%), các nguyên nhân còn lại chỉ chiếm 3,3%. Như vậy, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân vào viện vì rất nhiều nguyên nhân khác nhau, không chỉ có yếu liệt chi, nói khó và đau đầu như nhiều người vẫn nghĩ.

### 2.3. Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số mẫu	Tỷ lệ (%)
Yếu (liệt) tay chân	28	84,8
Đau đầu	8	24,2
Lơ mơ	5	15,2
Chóng mặt	4	12,1
Nôn, buồn nôn	3	9,1
Rối loạn thị giác	3	9,1
Co giật	2	6,1
Rối loạn ngôn ngữ	2	6,1
Liệt dây VII trung ương	2	6,1
Liệt dây VII trung ương	18	54,5

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là yếu, liệt tay chân (84,8%), liệt dây VII trung ương (54,5%), đau đầu (24,2%). Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng của BN TBMMN không phù hợp với các nghiên cứu trước đây, có thể do nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng và hình ảnh CHT nên có thể phát hiện được các trường hợp có tổn thương nhỏ hơn, triệu chứng lâm sàng nhẹ hơn. Còn các nghiên cứu trước đây chẩn đoán dựa vào lâm sàng và CLVT nên dễ bỏ sót tổn thương hơn.

Ngoài ra, khảo sát kỹ tính chất yếu liệt chi, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân yếu liệt bên phải chiếm 39,3%, cao hơn nhóm bệnh nhân yếu liệt bên trái 50%; nhóm bệnh nhân yếu liệt cả hai bên chỉ chiếm 10,7%. Tỷ lệ bệnh nhân yếu, liệt đồng đều chiếm 71,4%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân yếu, liệt không đồng đều (28,6%).

### 2.4. Yếu tố nguy cơ.

Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp cao nhất chiếm 69,7%, kế đến là đột quỵ (36,4%), đái tháo đường (15,2%), rối loạn lipid máu (12,1%). Ngoài ra, tỷ lệ nhóm bệnh nhân TBMMN có yếu tố nguy cơ chiếm 87,9%, cao hơn nhóm bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ 12,1%. Chúng tôi nhận thấy 48,5% bệnh nhân bị TBMMN có một yếu tố nguy cơ, 33,3% bệnh nhân có hai yếu tố nguy cơ, 6,1% bệnh nhân có ba yếu tố nguy cơ. Qua đó, kiểm soát tích cực các yếu tố nguy cơ là vấn đề tối quan trọng trong việc phòng ngừa TBMMN. Vì vậy, vấn đề đối với bệnh nhân TBMMN hiện nay không chỉ là điều trị tích cực, hiệu quả mà còn là điều trị dự phòng.

### 3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ:

#### 3.1. Thời gian khởi phát đến lúc chụp cộng hưởng từ:

Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến lúc chụp CHT là 127,03 ± 57,202 giờ, kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân TBMMN được chụp CHT trong vòng 24 giờ chiếm 3%, chụp trong vòng 48 giờ 9,1% và chụp trong vòng 72 giờ 21,2%, không có bệnh nhân nào được chụp CHT trong 3 giờ đầu. Như vậy thời gian bệnh nhân được chụp CHT là khá muộn, trung bình bệnh nhân được chụp CHT sau 5 ngày, khi đó việc can thiệp điều trị không còn hiệu quả. Việc điều trị lúc này chỉ còn có thể hạn chế tổn thương lan rộng và tránh biến chứng. Vấn đề chụp CHT trễ này là do bệnh nhân đến bệnh viện muộn, giá thành chụp CHT còn cao, tâm lý của các bác sĩ đa phần vẫn là

chụp CLVT trước, đến khi điều trị không hiệu quả mới đặt vấn đề chụp CHT.

#### 3.2. Vị trí, số lượng, kích thước tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ:

Tỷ lệ vị trí tổn thương não theo bên ở ba nhóm bên trái, bên phải, cả hai bên gần như bằng nhau, lần lượt là 33,3%, 30,3%, 36,4%.

Tỷ lệ tổn thương động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 75,8%. Tổn thương động mạch não sau, động mạch thân nền và động mạch não trước lần lượt theo thứ tự là 15,2%, 9,1% và 6,1%, phù hợp với nhận xét của đa số các tác giả nghiên cứu về TBMMN "TBMMN hay xảy ra ở khu vực động mạch não giữa và nhồi máu vỏ não là hay gặp nhất" [trích 2].

Bảng 3. Tỷ lệ các vị trí tổn thương trên hình CHT

Vị trí tổn thương		Số mẫu	Tỷ lệ (%)	
Bán cầu đại não	Đôi thị	4	12,1	
	Bao trong	13	39,4	
	Nhân xám	7	21,2	
	Hạch nền	3	9,1	
	Thùy não	Thùy chẩm	7	21,2
		Thùy trán	4	12,1
		Thùy thái dương	17	51,5
Thùy đỉnh		5	15,2	
Thân não	Cuống não	1	3	
	Cầu não	7	21,8	
	Hành não	0	0	
Tiểu não		3	9,1	
Não thất		1	3	

Bệnh nhân có tổn thương thùy thái dương chiếm tỷ lệ cao nhất 51,5%, kế đến là tổn thương bao trong (39,4%), cầu não (21,8%), nhân xám, thùy chẩm (21,2%), thùy đỉnh (15,2%), đôi thị, thùy trán (12,1%). Kết quả này tương đối phù hợp với các tài liệu y văn và nhiều nghiên cứu khác trong nước.

Tỷ lệ bệnh nhân có đa ổ tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%, tổn thương một và hai ổ đều chiếm 24,2%.

Bảng 4. Đặc điểm kích thước tổn thương trên hình ảnh CHT

Chuỗi xung	Số mẫu	Kích thước trung bình (cm <sup>3</sup> )	Độ lệch chuẩn	p
T1W	27	2,6796	4,46489	0,008
T2W	33	4,4209	9,77051	0,014
FLAIR	31	5,1884	9,60322	0,005
DWI	24	6,1629	9,78503	0,005

Kích thước tổn thương trung bình trên các hình CHT về độ lớn theo thứ tự là DWI, FLAIR, T2W, T1W và những giá trị này khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy rằng thể tích tổn thương trung bình trên hình T2W, DWI, FLAIR gấp đôi thể tích tổn thương trung bình trên hình T1W. Do đó khảo sát hình ảnh qua hình CHT có lợi thế ưu việt nhờ khảo sát được tính chuyển động tự do của các phân tử nước trong môi trường, cấu trúc có nồng độ protein

cao... nên việc phát hiện và đánh giá kích thước ổ tổn thương chính xác.

### 3.3. Đặc điểm tín hiệu các loại tổn thương trên hình cộng hưởng từ:

Bảng 5. Đặc điểm các tín hiệu trên các hình CHT so với loại tổn thương

Các tín hiệu trên các chuỗi xung		Loại tổn thương		p
		NMN	XHN	
T1W	Cao	0 (0%)	2 (40%)	0,005
	Trung gian	11 (39,3%)	2 (40%)	
	Thấp	11 (39,3%)	1 (20%)	
	Bình thường	6 (21,4%)	0 (0%)	
T2W	Cao	28 (100%)	3 (60%)	0,019
	Thấp	0 (0%)	2 (40%)	
FLAIR	Cao	28 (100%)	2 (66,7%)	0,097
	Thấp	0 (0%)	1 (33,3)	
DWI	Cao	19 (100%)	2 (66,7%)	0,136
	Thấp	0 (0%)	1 (33,3%)	

Bệnh nhân nhồi máu não có 78,6% tổn thương có tín hiệu thấp hay trung gian trên hình T1W, bệnh nhân xuất huyết não có 80% tổn thương có tín hiệu cao hay trung gian trên hình T1W. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,005$ .

Bệnh nhân nhồi máu não có 100% tổn thương có tín hiệu cao trên hình T2W, bệnh nhân xuất huyết não có 60% tổn thương có tín hiệu cao trên hình T2W, 40% tổn thương có tín hiệu thấp trên hình T2W. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân nhồi máu não có 100% tổn thương có tín hiệu cao trên hình FLAIR và hình DWI, bệnh nhân xuất huyết não có 66,7% tổn thương có tín hiệu cao hình FLAIR và hình DWI, 33,3% tổn thương có tín hiệu thấp trên hình FLAIR và hình DWI. Kết quả này khác biệt có không ý nghĩa thống kê với  $p = 0,097$  và  $p = 0,136$ .

Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy trên bệnh nhân nhồi máu não có 21,4% tổn thương có tín hiệu bình thường trên hình T1W. Hình T1W cho kết quả hình ảnh tương tự như trên hình CLVT. Kết quả này cho thấy được hình CHT có khả năng khảo sát tổn thương chính xác hơn hình CLVT, khảo sát được một số tổn thương mà trên hình CLVT không phát hiện được.

#### 4. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tính chất yếu liệt đồng đều và sự tổn thương não

Triệu chứng		Nơi tổn thương (%)			p
		Vỏ não	Bao trong	Khác	
Yếu liệt	Đồng đều	10,5	57,9	31,6	0,008
	Không đồng đều	71,4	14,3	14,3	

Khi bệnh nhân yếu (liệt) tay chân đồng đều thì 57,9% tổn thương nằm ở bao trong, yếu (liệt) tay chân

không đồng đều thì 71,4% bệnh nhân có tổn thương nằm ở vỏ não. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,008$ .

Bảng 7. Mối liên quan giữa bên yếu liệt và bên tổn thương

		(%)	OR	p
Yếu liệt bên trái	Tổn thương não trái	57,1	0,364	0,42
	Tổn thương não phải	92,9	17,333	0,013
Yếu liệt bên phải	Tổn thương não trái	82,4	5,6	0,095
	Tổn thương não phải	47,1	0,471	0,004
Yếu liệt hai bên	Tổn thương hai bên	66,7%	4,25	0,284

Khi bệnh nhân yếu (liệt) bên trái, có 92,9% trường hợp có ổ tổn thương bên phải và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,013$ . Những bệnh nhân yếu (liệt) bên phải, có 82,4% bệnh nhân có ổ tổn thương bên trái và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,095$ .

Bảng 8. Mối liên quan giữa rối loạn thị giác, chóng mặt và tổn thương não

		Tỷ lệ	OR	p
Rối loạn thị giác	Tổn thương thùy chẩm	66,7%	10	0,106
	Tổn thương động mạch não sau	33,3%	3,25	0,4
Chóng mặt	Tổn thương tiểu não	75		0,001
	Tổn thương động mạch não giữa	25	0,069	0,036

Khi bệnh nhân có triệu chứng rối loạn thị giác thì 66,7% trường hợp có tổn thương thùy chẩm và 33,3% tổn thương động mạch não sau nhưng kết quả khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Khi bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt thì 75% trường hợp có tổn thương tiểu não và 25% có tổn thương động mạch não giữa. Kết quả này khác biệt có nghĩa thống kê với  $p$  lần lượt là 0,001 và 0,036.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân TBMMN có chụp CHT sọ não tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ chúng tôi rút ra những kết luận sau:

#### 1. Một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Tỷ lệ bệnh nhân XHN 84,8%, nhiều hơn XHN 15,2%. Bệnh nhân nam bị TBMMN (57,6%) cao hơn bệnh nhân nữ (42,4%). Tuổi trung bình  $61,58 \pm 16,19$ . Nhóm tuổi trên 60 chiếm 54,5%.

Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến lúc vào viện 50,061 giờ, thường khởi phát bệnh vào buổi sáng (63,6%).

Các lý do vào viện thường gặp là yếu, liệt tay chân (60,6%), nói khó (18,2%), đau đầu (12,1%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là yếu, liệt tay chân (84,8%), liệt dây VII trung ương (54,5%), đau đầu (24,2%). Các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết

áp (69,7%), tiền sử TBMMN (36,4%), đái tháo đường (15,2%), rối loạn lipid máu (12,1%).

## **2. Một số đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ bệnh nhân tai biến mạch máu não.**

Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến lúc chụp CHT 127,03 giờ.

Vị trí tổn thương não thường gặp là thùy thái dương (51,5%), bao trong (39,4%). Động mạch não giữa thường bị tổn thương (75,8%); đa ổ tổn thương chiếm 51,6%.

Kích thước tổn thương trung bình trên hình T2W (4,4209 cm<sup>3</sup>), DWI (6,1629 cm<sup>3</sup>), FLAIR (5,1884 cm<sup>3</sup>) lớn hơn gấp đôi kích thước tổn thương trung bình trên hình T1W (2,6796 cm<sup>3</sup>).

Trong những bệnh nhân nhồi máu não, có 78,6% trường hợp hình T1W có tín hiệu thấp hay trung gian, 100% hình T2W, FLAIR, DWI có tín hiệu cao. Trên những bệnh nhân xuất huyết não 80% hình T1W có tín hiệu cao hay trung gian, 60% hình T2W có tín hiệu cao, 66,7% hình FLAIR hay DWI có tín hiệu cao.

## **3. Một số mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ.**

Khi bệnh nhân yếu, liệt tay chân đồng đều thì 57,9% tổn thương nằm ở bao trong, yếu, liệt tay chân không đồng đều thì 71,4% bệnh nhân có tổn thương nằm ở vỏ não.

Những bệnh nhân yếu, liệt bên trái thì 92,9% bệnh nhân có ổ tổn thương bên phải.

Những bệnh nhân có chóng mặt thì có 75% trường hợp bệnh nhân có tổn thương tiểu não và 25% trường hợp có tổn thương động mạch não giữa.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Văn Chương (2007), "Nghiên cứu lâm sàng và đột quy não tại khoa nội bệnh viện 103", *Tạp chí y dược lâm sàng* 108, tập 2, tr. 25-33.
2. Daniel D.Trương, Lê Đức Hình, Nguyễn Thị Hùng (2004), *Thần kinh học lâm sàng*, NXB Y học, tr. 119-220.
3. Trần Nguyên Hồng, Nguyễn Văn Chương (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của đột quy não do chảy máu não và nhồi máu não", *Tạp chí y học quân sự*, số 2, tr. 57-61.
4. Jacques Clarisse, Nguyễn Thị Hùng, Phạm Ngọc Hoa (2008), *Hình ảnh học sọ não X quang cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ*, NXB Y học, tr. 340-343.
5. Khúc Thị Nhện, Lê Văn Thịnh (2010), "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị chảy máu não không do chấn thương", *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 367 (1), tr. 1-5.
6. Jonathan H. Gillard, Adam D. Waldman, Peter B. Barker (2010), *Clinical MR Neuroimaging - Physiological and Functional Techniques*, Cambridge University Press, pp. 169-287.
7. Osborn G. Anne (1994), *Diagnostic neuroradiology*, Mosby, pp. 330- 398.
8. Scott W. Atlas (2009), *Magnetic Resonance Imaging of the Brain and Spine*, Lippincott Williams & Wilkins.
9. Valery N. Kornienko, Igor N. Pronin (2009), *Diagnostic neuroradiology*, Springer, pp. 87-332.