

- Kim ES. Differentiating between spinal schwannomas and meningiomas using MRI: A focus on cystic change. PLOS ONE. 2020;15(5):e0233623. doi:10.1371/journal.pone.0233623
3. Takashima H, Takebayashi T, Yoshimoto M, et al. Differentiating spinal intradural-extramedullary schwannoma from meningioma using MRI T2 weighted images. Br J Radiol. 2018;91(1092):20180262. doi:10.1259/bjr.20180262
4. Liu WC, Choi G, Lee SH, et al. Radiological findings of spinal schwannomas and meningiomas: focus on discrimination of two disease entities. Eur Radiol. 2009;19(11):2707-2715. doi:10.1007/s00330-009-1466-7
5. Iwata E, Shigematsu H, Yamamoto Y, et al. Preliminary algorithm for differential diagnosis between spinal meningioma and schwannoma using plain magnetic resonance imaging. J Orthop Sci Off J Jpn Orthop Assoc. 2018;23(2):408-413. doi:10.1016/j.jos.2017.11.012
6. Chen JC, Tseng SH, Chen Y, Tzeng JE, Lin SM. Cervical dumbbell meningioma and thoracic dumbbell schwannoma in a patient with neurofibromatosis. Clin Neurol Neurosurg. 2005;107(3):253-257. doi:10.1016/j.clineuro.2004.06.012
7. Cohen-Gadol AA, Zikel OM, Koch CA, Scheithauer BW, Krauss WE. Spinal meningiomas in patients younger than 50 years of age: a 21-year experience. J Neurosurg Spine. 2003;98(3):258-263. doi:10.3171/spi.2003.98.3.0258
8. Intradural Extramedullary Spinal Neoplasms: Radiologic-Pathologic Correlation | RadioGraphics. Accessed April 5, 2021. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2019180200>
9. Wippold FJ, Lubner M, Perrin RJ, Lämmle M, Perry A. Neuropathology for the neuroradiologist: Antoni A and Antoni B tissue patterns. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(9):1633-1638. doi:10.3174/ajnr.A0682

## MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TỔN THƯƠNG MẠCH NÃO CỦA NHỒI MÁU KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Võ Hồng Khôi<sup>1,2,3</sup>, Phạm Thị Ngọc Linh<sup>2</sup>, Phạm Duy Tùng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu khu vực động mạch não sau và phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tổn thương mạch máu của 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 ± 11,29. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83. Các yếu tố nguy cơ hàng đầu vẫn là các yếu tố gây xơ vữa mạch máu. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (77,9%), uống rượu (44,1%), hút thuốc lá (38,2%), đái tháo đường (39,7%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (29,4%). Tiền sử tai biến mạch não ít gặp hơn (16,2%). Yếu tố nguy cơ hàng đầu của huyết khối từ tim là rung nhĩ đứng thứ sáu (11,8%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương mạch máu và số yếu tố nguy cơ với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân có dưới 2 yếu tố

nguy cơ. Mức độ tàn phế sau 30 ngày ở những bệnh nhân tắc mạch chính cao gấp 16,5 lần nhóm tắc mạch xiên.

**Từ khóa:** Nhồi máu khu vực động mạch não sau, yếu tố nguy cơ.

### SUMMARY

#### RELATIONSHIP BETWEEN RISK FACTORS AND CEREBRAL BLOOD VESSEL DAMAGE OF POSTERIOR CEREBRAL ARTERY INFARCTION

**Objective:** To describe risk factors of posterior cerebral artery infarction and to analysis relationship between risk factors and cerebral blood vessel damage 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. The leading risk factors are still those that cause atherosclerosis. Hypertension is the most common risk factor (77.9%), alcohol consumption (44.1%), smoking (38.2%), diabetes (39.7%), metabolic disorder. blood lipids (29.4%), history of stroke is less common (16.2%). The leading risk factor for thrombosis from the heart is atrial fibrillation (11.8%). There is a statistically significant relationship between the degree of vascular damage and the number of risk factors with  $p < 0.05$ . Patients with more than 2 risk factors were 2.8 times more likely to have a major embolism than patients with less than 2 risk factors. The degree of disability after 30 days in patients with major occlusion was 16.5 times higher other group.

**Keywords:** Posterior cerebral artery infarction, risk factors.

<sup>1</sup>Trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Dược ĐHYQG HN

<sup>4</sup>Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

## 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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: "Một số yếu tố nguy cơ và mối liên quan với tổn thương mạch não của nhồi máu khu vực động mạch não sau" với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ và mối liên quan giữa chúng với tổn thương mạch não trên hình ảnh cộng hưởng từ não-mạch não.*

## 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

## 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  $64,79 \pm 11,29$ . Tỷ lệ nam:nữ là 2:1, 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. Một số yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Giảm ý thức	17	25,0
Liệt vận động	14	20,6

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 tiến cứu.

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

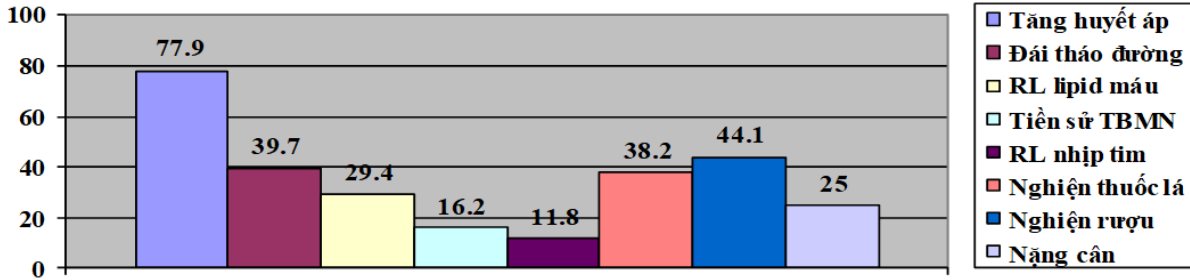
**2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 20.

Rối loạn cảm giác	31	45,5
Bán manh	15	22,0
Rối loạn thị giác	1	1,5
Thất ngôn	16	23,5
Suy giảm nhận thức	26	38,2

**Nhận xét:** Rối loạn cảm giác chiếm tỉ lệ cao nhất (45,5%), tiếp theo là suy giảm nhận thức (38,2%), rối loạn ý thức, thất ngôn, bán manh và liệt nửa người thường gặp chiếm lần lượt 25,0%; 23,5; 22% và 20,6%. 20 bệnh nhân (29,4%) có nhiều hơn 3 triệu chứng phối hợp.

#### 3.2.2. Một số yếu tố nguy cơ

**Bảng 2: Yếu tố nguy cơ**



**Nhận xét:** Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (77,9%). Sau đó, là uống rượu nhiều (44,1%), đái tháo đường (39,7%), hút thuốc lá (38,2%) và rối loạn chuyển hóa lipid máu (29,4%).

**3.2.3. Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ và tổn thương mạch máu**

**Bảng 4: Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ và tổn thương mạch máu**

Số yếu tố nguy cơ	Tổn thương mạch máu		P	OR
	Nhánh chính (n = 38)	Nhánh bên (n = 30)		
0 – 2 yếu tố	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,05	2,8
> 2 yếu tố	27 (65,8%)	14 (34,2%)		

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương mạch máu và số yếu tố nguy cơ với p = 0,05. Bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân có dưới 2 yếu tố nguy cơ đột quỵ.

**3.2.4. Môi liên quan giữa tổn thương mạch máu và mức độ tàn phế**

**Bảng 5: Môi liên quan giữa tổn thương mạch máu và mức độ tàn phế**

Mức tàn phế sau 30 ngày	Tổn thương mạch máu		P	OR
	Nhánh chính (n = 38)	Nhánh bên (n = 30)		
mRS 0-2	22 (57,9%)	30 (100%)	0,00	16,
mRS ≥3	16 (42,1%)	0 (0%)	1	5

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương mạch máu và mức độ tàn phế sau một tháng điều trị với p = 0,05. Bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân có dưới 2 yếu tố nguy cơ đột quỵ.

**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. Nhóm tuổi thường gặp nhất là nhóm từ 60 đến 79 tuổi, tỷ lệ này tương tự với TBMN nói chung. Tỷ lệ nam: nữ là 1,83. Kết quả này tương đồng với kết quả công trình nghiên cứu dịch tễ học tai biến mạch máu não của Bộ môn Thần Kinh Trường Đại học Y Hà Nội với tỉ lệ nam/nữ 1,48<sup>3</sup> và các tác giả nước ngoài như Eugene Lee tỉ lệ là 1,3 hay Arboix A. tỉ lệ nam/ nữ 1,13.<sup>4,5</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố nguy cơ hàng đầu vẫn là các yếu tố gây xơ vữa mạch máu. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất, chiếm 77,9%. Sau đó là uống rượu (44,1%), hút thuốc lá (38,2%), đái tháo đường (39,7%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (29,4%). Tiền sử tai biến mạch não ít gặp hơn (16,2 %). Yếu tố nguy cơ hàng đầu của thuyên tắc có nguồn gốc từ tim là rung nhĩ đứng thứ sáu (11,8%). Theo phân loại TOAST, tỉ lệ nguyên nhân do bệnh mạch máu nhỏ là cao nhất chiếm 44,1%, thường do tổn thương các nhánh động mạch xiên trên bệnh nhân bị tăng huyết áp và đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu. Nhóm nguyên nhân do xơ vữa động mạch lớn chiếm tỉ lệ 33,8%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Eugene Lee, với 41% bệnh nhân có xơ vữa động mạch lớn, 33% bệnh nhân có xơ vữa mạch nhỏ, cao hơn nghiên cứu của Arboix A. với tỷ lệ tương ứng là 29% và 22%. Các nguyên nhân gây thuyên tắc tử tim, gồm 7 bệnh nhân rung nhĩ và nhịp nhanh nhĩ đa ổ. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu Eugene Lee (16%) và Arboix A. (22%). Nhóm nguyên nhân hiếm chiếm tỉ lệ 11,8%. Chúng tôi gặp 1 bệnh nhân (1,47%) có bệnh lý huyết học là đa hồng cầu. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Eugene Lee (11%), Arboix A. (15%), Ntaois G. (25%) thì tỉ lệ nhóm nguyên

nhân khác của chúng tôi thấp hơn, có thể do nghiên cứu trên thế giới có các phương pháp cận lâm sàng thăm dò chuyên sâu về mạch máu, đặc biệt là chụp DSA.<sup>2,4</sup>

Bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân chỉ có 0-2 yếu tố nguy cơ, và khi đã bị tắc mạch chính thì mức độ tàn phế cao sau 30 ngày sẽ gấp 16,5 lần nhóm bệnh nhân chỉ tắc mạch xiên. Điều này một lần nữa nói lên tầm quan trọng của việc kiểm soát yếu tố nguy cơ, càng ít yếu tố nguy cơ thì khả năng mắc bệnh lại càng giảm xuống.

## 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. Các yếu tố nguy cơ hàng đầu vẫn là các yếu tố gây xơ vữa mạch máu. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (77,9%), uống rượu (44,1%), hút thuốc lá (38,2%), đái tháo đường (39,7%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (29,4%). Tiền sử tai biến mạch não ít gặp hơn (16,2%). Yếu tố nguy cơ

hàng đầu của huyết khối có nguồn gốc từ tim là rung nhĩ đứng thứ sáu (11,8%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương mạch máu và số yếu tố nguy cơ với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân có nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ sẽ có khả năng bị tắc mạch chính cao gấp 2,8 lần bệnh nhân có dưới 2 yếu tố nguy cơ. Mức độ tàn phế sau 30 ngày ở những bệnh nhân tắc mạch chính cao gấp 16,5 lần nhóm tắc mạch xiên.

## 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 TFFtMoAHotESo.** Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2007;28:1462-1536.

## ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA SLT THÌ ĐẦU TRÊN GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Đỗ Tấn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bằng laser tạo hình vùng bè chọn lọc thì đầu trên bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp được tiến hành trên 36 mắt của 18 bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát, được điều trị bằng laser tạo hình vùng bè chọn lọc 360° thì đầu. Bệnh nhân được theo dõi tại các thời điểm 2 tuần, 1 tháng và 2 tháng. Số thuốc tra cần sử dụng bổ sung tại các thời điểm trước và sau điều trị 2 tuần, 1 tháng và 2 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị được phân tích. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa tình trạng nhãn áp trước điều trị với mức độ thành công của điều trị ở các thời điểm 2 tuần và 2 tháng, nhãn

áp càng cao càng làm tăng khả năng thành công điều trị. Độ mở góc cũng ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ hạ nhãn áp sau SLT ( $p=0,044$ ). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, thị lực trước điều trị, giai đoạn bệnh, tình trạng sắc tố vùng bè với mức độ thành công của điều trị. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa nhãn áp trước điều trị với mức độ thành công điều trị.

**Từ khóa:** laser tạo hình vùng bè thì đầu, glôcôm góc mở nguyên phát, yếu tố ảnh hưởng

### SUMMARY

#### AFFECTING FACTORS FOR IOP LOWERING ABILITY OF PRIMARY STL ON POAG

**Objectives:** To evaluate the affecting factors on the outcome of the primary SLT for POAG. **Patients and Methods:** no control interventional study on 36 eyes of 18 POAG patients who were treated with primary SLT on 360°. All patients then were followed at 2 weeks, 1 month and 2 months. Additional IOP lowering medications were noted at 1 month and 2 months. The affecting factors were analyzed. **Results:** There was a proportionate relationship between the

\*Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022