

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP VÒNG TUẦN HOÀN SAU
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Phạm Trường Nhân*, Lê Văn Minh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: truongnhanpham@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não vòng tuần hoàn sau chiếm khoảng 20% tổng số bệnh nhân nhồi

máu não. Sự đa dạng về triệu chứng lâm sàng, đánh giá, chẩn đoán và điều trị tạo ra thách thức cho các bác sĩ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 30 bệnh nhân nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau được điều trị tại khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp của nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau là yếu chi 50%, chóng mặt 40%, nói khó 23,3% và rung giật nhãn cầu 16,7%, 20% bệnh nhân có tiền sử cơn thoáng thiếu máu não, tổn thương chủ yếu vùng cấp máu các nhánh xuyên cầu não 43,3%, động mạch tiểu não trên 30%. Kết quả điều trị 70% bệnh nhân có khiếm khuyết chức năng nhẹ, 23,3% bệnh nhân khiếm khuyết chức năng nặng, 6,7% bệnh nhân tử vong. **Kết luận:** Nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau có biểu hiện đa dạng, gây thách thức cho chẩn đoán xác định.

Từ khóa: Nhồi máu não, vòng tuần hoàn sau, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, RISK FACTORS AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH ACUTE POSTERIOR CIRCULATION STROKE AT NEUROLOGY DEPARTMENT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Pham Truong Nhan*, Le Van Minh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Posterior circulation strokes represent approximately 20% of all ischemic strokes. Variation in symptoms, clinical evaluation, diagnostic testing, and management strategy exist presenting a challenge to the treating physician. **Objectives:** This study aimed to describe the clinical, subclinical characteristics, risk factors and treatment results of patients with acute posterior circulation stroke. **Materials and methods:** A prospective descriptive cross-sectional study was performed on 30 patients with acute posterior circulation stroke at neurology department of Can Tho Central General Hospital from 2019 to 2020. **Results:** Among 30 patients with posterior circulation stroke, 50% had extremity weakness, 40% had vertigo, 23.3% had dysarthria, 16.7% had nystagmus and 20% had transient ischemic attacks as a single risk factor. Infarcts most often included the pontine paramedian penetrators territories with 43.3% and superior cerebellar artery territories with 30%. Mortality was low (6.7%) and most patients (70%) had mild disability, 23.3% had moderate disability. **Conclusion:** Posterior circulation strokes had broad spectrum of clinical scenarios, which present a challenge to the treating physician.

Keywords: Ischemic stroke, posterior circulation, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới sau bệnh lý tim mạch và ung thư, đồng thời cũng là nguyên nhân số một gây tàn tật ở người trưởng thành. Nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau với tổn thương chủ yếu ở thân não và tiểu não, chiếm khoảng 20% tổng số nhồi máu não. Sự đa dạng về triệu chứng lâm sàng, đánh giá, chẩn đoán và điều trị tạo ra thách thức cho các bác sĩ. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019-2020.

2. Đánh giá kết quả ngắn hạn điều trị nội khoa bệnh nhân nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau được điều trị tại khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2019 đến năm 2020.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Lâm sàng được chẩn đoán đột quỵ não: Các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, các triệu chứng tồn tại qua 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ (loại trừ chấn thương sọ não) [2]. Có hình ảnh tổn thương nhồi máu não cấp vòng tuần hoàn sau trên CT scan và/ hoặc cộng hưởng từ sọ não.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Nhồi máu não kèm xuất huyết não. Nhồi máu não vòng tuần hoàn sau có kèm tổn thương ở vòng tuần hoàn trước. Nhồi máu não tái phát. Bệnh nhân không được thực hiện đầy đủ các xét nghiệm. Được điều trị tái thông bằng can thiệp hoặc tiêu sợi huyết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện 30 bệnh nhân nhồi máu não vòng tuần hoàn sau thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, yếu tố nguy cơ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả ngắn hạn điều trị nội khoa.

- **Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu:** Khám lâm sàng, sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020 tại khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ có 30 bệnh nhân nhồi máu não vòng tuần hoàn sau với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung và một số yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Giới	Nam	19	63,3
	Nữ	11	36,7
Nhóm tuổi	< 60	6	20,0
	≥ 60	24	80,0
Tuổi trung bình		66,3 ± 8,7	

Nhận xét: Nam chiếm đa số với 63,3% trường hợp, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ		Tần số	Tỷ lệ %
Có	Tăng huyết áp	2	6,7
	Rối loạn lipid máu	1	3,3
	Cơn thoáng thiếu máu não	6	20,0
	Đái tháo đường	2	6,7
	Rung nhĩ	0	0,0
	Phối hợp nhiều yếu tố	10	33,3
Không yếu tố nguy cơ		9	30,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân mang nhiều yếu tố nguy cơ chiếm 33,3%, yếu tố đơn lẻ thường gặp nhất là tiền sử cơn thoáng thiếu máu não 20%, số bệnh nhân không ghi nhận yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ đáng kể 30%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Thời gian từ lúc khởi phát đến nhập viện

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ %
<3 giờ	3	10,0
3-6 giờ	9	30,0
6-24 giờ	12	40,0
>24 giờ	6	20,0
Trung bình	23,93 ± 27,29 giờ	

Nhận xét: Phân bố thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện dao động rất lớn, chủ yếu trong khoảng 6-24 giờ.

Bảng 4. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng lúc khởi phát

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Chóng mặt	12	40,0
Nói khó	7	23,3
Nôn/ buồn nôn	3	10,0
Mất hoặc giảm tri giác	2	6,7
Yếu chi	15	50,0
Thất điều	2	6,7
Rung giật nhãn cầu	5	16,7

Nhận xét: Các triệu chứng và dấu hiệu khởi phát chủ yếu là yếu chi, chóng mặt, nói khó. Các dấu hiệu không đặc hiệu như rung giật nhãn cầu, thất điều chiếm tỷ lệ đáng chú ý.

Bảng 5. Tổn thương theo vùng cấp máu của động mạch trên cộng hưởng từ não

Vùng động mạch	Tần số	Tỷ lệ %
Động mạch não sau	3	10,0
Động mạch tiểu não sau dưới	3	10,0
Động mạch tiểu não trên	9	30,0
Động mạch nền	2	6,7
Các nhánh xuyên cầu não	13	43,3

Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất ở vùng cấp máu của các nhánh xuyên tại cầu não chiếm 43,3%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 6. Kết quả điều trị theo thang Rankin sửa đổi

Kết quả điều trị	Lúc nhập viện		Lúc ra viện	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Mất chức năng nhẹ/ vừa (Rankin 0-3)	21	70,0	21	70,0
Mất chức năng nhiều (Rankin 4-5)	9	30,0	7	23,3
Tử vong (Rankin 6)	0	0,0	2	6,7

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chưa ghi nhận sự cải thiện chức năng khi theo dõi ngắn hạn, tỷ lệ tử vong 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và một số yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân nam (63,3%) và 11 bệnh nhân nữ (36,7%). Tỷ lệ nam so với nữ là 1,73. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mạc Doanh Thịnh (2012) với nam chiếm 69,2% và nữ chiếm 30,8% [6]. Kết quả của Lê Uy Nghiêm (2017) là 51,9% nam và 48,1% nữ [3]. Sự khác biệt có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu không hoàn toàn tương đồng, sự khác nhau về thời điểm nghiên cứu và số lượng mẫu thu thập được. Chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $66,3 \pm 8,7$, đa số nằm trong nhóm từ 60 tuổi trở lên, người lớn tuổi thường đi kèm nhiều bệnh đồng mắc, cùng với sự thoái hóa tự nhiên trong cấu trúc mạch máu dẫn đến nguy cơ nhồi máu não cao hơn [4].

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có bệnh nền kèm theo. Trong đó, đa số bệnh nhân mang cùng lúc nhiều yếu tố nguy cơ, chiếm 33,3%, đáng chú ý có 20% số bệnh nhân có tiền sử biểu hiện cơn thoáng thiếu máu não (TIA) là yếu tố nguy cơ duy nhất. Nguy cơ đột quỵ não cấp sau cơn TIA đã được đánh giá thấp trước đây. Các nghiên cứu đoàn hệ tại bệnh viện và quần thể đã báo cáo nguy cơ đột quỵ não trong 7 ngày lên tới 10% và sự gia tăng nguy cơ các biến cố đột quỵ não và tim mạch được duy trì trong ít nhất 5 năm sau khi TIA xảy ra [8]. Rung nhĩ, trong khi là một yếu tố nguy cơ nhồi máu não quan trọng, lại không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, để lý giải cho điều này có một số yếu tố cần xem xét như tính chất rung nhĩ có thể không liên tục và không triệu chứng, do đó không được nhận biết bởi bệnh nhân cũng như qua các đánh giá tim mạch thường quy, đồng thời người lớn tuổi cũng là đối tượng thường mắc nhiều bệnh nền, dẫn đến khả năng bỏ sót chẩn đoán trong quá trình chăm sóc và điều trị dài hạn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là yếu chi 50%, chóng mặt 40%, nói khó 23,3%, các triệu chứng khác xuất hiện với tần suất thấp hơn là rối loạn tri giác và thất điều cùng chiếm tỷ lệ 6,7%. Mạc Doanh Thịnh (2012) có kết quả nghiên cứu tương tự với chúng tôi cho thấy chóng mặt chiếm 77% [6], một triệu chứng không đặc hiệu xuất hiện nổi trội trong bệnh cảnh nhồi máu não vòng tuần hoàn sau. Kết quả trên cũng phù hợp trong 2 nghiên cứu NEMC-PCR và IPCSQ với tỷ lệ triệu chứng chóng mặt tương ứng là 47% và 75%. Cũng trong hai nghiên cứu trên, có hai triệu chứng đáng chú ý khác là rung giật nhãn cầu với tỷ lệ lần lượt là 24% và 48%, thất điều với 31% và 65%, đây được coi là các triệu chứng đặc hiệu hơn với tổn thương vùng não chi phối bởi vòng tuần hoàn sau [7], [10]. Trong khi đó ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rung giật nhãn cầu là 16,7% và thất điều là 6,7%. Sự khác nhau này có thể do khác nhau về thời gian và địa điểm nghiên cứu nên dẫn đến đặc điểm bệnh nhân cũng khác nhau. Yếu chi được xem là triệu chứng kinh điển ở bệnh nhân đột quỵ nói chung và nhồi máu não nói riêng, mặc dù vẫn là triệu chứng chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi (50%), nhưng tỷ lệ thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu gộp nhồi máu não tuần hoàn trước và sau như nghiên cứu của Lê Uy Nghiêm (2017) với 80,2% yếu chi và ở nghiên cứu của Ngô Thanh Hằng (2015) là 92,9% [1], [3]. Sự khác biệt trên có thể được giải thích một phần bởi cấu trúc giải phẫu của não, do sự ít liên quan của một số vùng với đường dẫn truyền vận động [9].

Về thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến lúc nhập viện, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt lớn giữa các bệnh nhân, với thời gian trung bình $23,93 \pm 27,29$ giờ. Có 20% bệnh nhân nhập viện sau 24 giờ, với thời gian dài nhất được ghi nhận 96 giờ và ngắn nhất trong 1 giờ. Với đột quỵ nhồi máu não, thời gian nhập viện ngắn mở ra nhiều cơ hội xem xét điều trị tái thông sớm, đây là phương pháp hiện tại cho thấy hiệu quả nhất đối với điều trị

nhồi máu não. Do đó xu hướng nhập viện muộn của bệnh nhân nhồi máu não vòng tuần hoàn sau cũng là một thách thức lớn cho điều trị hiệu quả. Lý do chính cho tình trạng nhập viện muộn của nhóm bệnh nhân này có thể một phần do biểu hiện ít điển hình của bệnh gây ý thức chủ quan của bệnh nhân lớn tuổi và làm giảm nhẹ sự cảnh giác của thân nhân.

Đặc điểm tổn thương theo động mạch liên quan với vùng cấp máu của động mạch đó, thể hiện bằng dấu hiệu trên CT-scan, cộng hưởng từ sọ não (MRI) và các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng. CT-scan sọ não là cận lâm sàng ban đầu khi tiếp cận bệnh nhân đột quỵ. Tuy nhiên CT-scan không cung cấp hình ảnh tối ưu trong các tổn thương vùng hố sau, do xảo ảnh, sự cản trở bởi cấu trúc xương nền sọ, đồng thời các tổn thương thiếu máu giai đoạn sớm có thể không xuất hiện trên CT-scan. Ngược lại, MRI cung cấp hình ảnh cấu trúc mô mềm tốt hơn và ưu thế hơn trong phát hiện các dấu hiệu sớm trong nhồi máu não với chuỗi xung khuếch tán. Tuy nhiên trong bệnh cảnh cấp cứu, MRI tốn nhiều thời gian hơn, cũng như không thích hợp với một số đối tượng như gắn máy tạo nhịp, có gắn thiết bị kim loại trong người [5]. Nghiên cứu của chúng tôi tổng hợp kết quả từ phối hợp linh hoạt giữa CT-scan và MRI với các kết quả sau: Tổn thương chủ yếu ở vùng chi phối bởi các nhánh xuyên của động mạch nền ở cầu não 43,3%, theo sau là vùng cấp máu động mạch tiểu não trên (SCA) 30%, trong khi tắc đoạn gần các nhánh mạch máu lớn ít gặp (6,7%). Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu NEMC-PCR với 66% tổn thương do tắc đoạn giữa và xa [10].

4.3. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong là 6,7%, 23,3% bệnh nhân sống với di chứng khiếm khuyết chức năng nặng (Rankin 4-5) và 70% bệnh nhân xuất viện với không hoặc mất chức năng nhẹ (Rankin 0-3). Các nhận định trước đây với kết quả điều trị kém hơn có lẽ do các nghiên cứu chỉ bao gồm những bệnh nhân với khởi đầu nặng mà chưa bao hàm hết sự đa dạng về lâm sàng của bệnh cảnh nhồi máu não vòng tuần hoàn sau. Dữ liệu từ NEMC-PCR cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ tử vong rất thấp 3,6% và gần 4/5 bệnh nhân không hoặc có khiếm khuyết chức năng nhẹ [10]. Chúng tôi chưa thể xác định rõ sự liên quan của kết quả điều trị tốt đến quá trình điều trị chăm sóc ở cơ sở, do các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu không được điều trị tái thông, cũng như sự khiếm tốn về cỡ mẫu nghiên cứu.

Sự cải thiện sau đột quỵ não phần lớn là do sự bù trừ của chức năng và các hoạt động, và thường rõ rệt trong vòng 3 tháng đầu tiên. Các nghiên cứu cắt dọc bắt đầu từ ngày đầu sau đột quỵ não cho thấy việc phục hồi chức năng liên tục không phải là tuyến tính mà theo một mô hình phi tuyến tính [4]. Trong theo dõi ngắn hạn của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân chưa cải thiện rõ về chức năng.

V. KẾT LUẬN

Trong 30 trường hợp được nghiên cứu, 33,3% bệnh nhân mang nhiều yếu tố nguy cơ, cơn thoáng thiếu máu não là yếu tố đơn lẻ quan trọng nhất chiếm 20%, các bệnh nhân không ghi nhận yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ đáng kể với 30%, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp là yếu chi 50%, chóng mặt 40%, nói khó 23,3% và rung giật nhãn cầu 16,7%, tổn thương chủ yếu vùng cấp máu các nhánh xuyên cầu não 43,3% và động mạch tiểu não trên 30%. Kết quả điều trị 70% bệnh nhân có khiếm khuyết chức năng nhẹ, 23,3% bệnh nhân khiếm khuyết chức năng nặng, 6,7% bệnh nhân tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thanh Hằng (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Cần Thơ.
2. Lê Văn Minh (2019), *Bài giảng nội khoa*, Nhà xuất bản y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, tr.46-62.
3. Lê Uy Nghiêm (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CT – Scan sọ não và đánh giá kết quả điều trị nội khoa trên bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2015-2017. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Cần Thơ.
4. Vũ Anh Nhị (2015), *Điều trị bệnh thần kinh*, Nhà xuất bản ĐH Quốc gia TP.HCM, tr.52-96.
5. Lê Văn Phước (2011), *Cộng hưởng từ sọ não*, NXB Y học, tr.58-83.
6. Mạc Doanh Thịnh (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhồi máu tiểu não. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
7. Akhtar N, Kamran SI, Deleu D, D'Souza A, Miyares F, Elsotouhy A, *et al.* (2009). Ischaemic posterior circulation stroke in State of Qatar. *Eur J Neurol*, 16, pp.910-1004.
8. Amarenco P, Monteiro Tavares L, *et al.* (2018). Five-year risk of stroke after TIA or minor ischemic stroke. *N Engl J Med*, 378, pp.90-2182.
9. Frank H. Netter (2018), *Atlas human anatomy*, Elsevier, US, pp.138.
10. Searls DE, Pazdera L, Korbel E, Vysata O, Caplan LR (2012). Symptoms and signs of posterior circulation ischemia in the new England Medical Center posterior circulation registry. *Arch Neurol*, 69, pp.346.

(Ngày nhận bài: 20/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 29/9/2021)
