

**NHỒI MÁU NÃO LỚN DO TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA:
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN**

Lê Văn Thịnh

Khoa Thần kinh-Bệnh viện Bạch Mai

ABSTRACT: Large supratentorial infarctions play an important role in early mortality and severe disability from stroke. However, data concerning these types of infarction are scarce. Using data from the Stroke Unit in Department of Neurology, Bachmai University Hospital, Hanoi, Vietnam, we studied patients with a CT-proven infarction of the middle cerebral artery (MCA) territory that covered at least two of three MCA subterritories (deep, superficial anterior and posterior territory). My study group of large MCA infarction contained 42 patients, corresponding to 8% of all ischemic infarctions in the Stroke Unit.

Severe neurologic deficit (Hemiplegia and hemisensory loss in the face, arm and leg, hemianopia, global aphasia, reduced consciousness) was more common than in other types of infarct. Large middle cerebral artery infarction is associated with cardiogenic embolism, internal carotid artery stenosis or occlusion. It is a major predictor of death and severe disability.

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ:** Nhồi máu do tổn thương động mạch não giữa (ĐMNG) đã được mô tả nhiều về lâm sàng và nguyên nhân. Năm 1927 một công trình nghiên cứu về nhồi máu não (NMN) do tổn thương ĐMNG, Foix và Levy đã phân loại NMN ở ĐMNG thành các phân nhóm. Hầu hết các số liệu nghiên cứu về giải phẫu bệnh đều tiến hành ở giai đoạn trước khi có chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

Các số liệu nghiên cứu trước nói tiên lượng điều trị loại NMN lớn do tổn thương ĐMNG là ít khả quan, thường là tiên lượng xấu. Với những tiến bộ trong điều trị tai biến NMN trong những năm gần đây, việc điều trị NMN lớn do tổn thương ĐMNG có phần khả quan hơn, mặc dù cửa sổ điều trị về thời gian rất ngắn, <3h.

Do có khả năng, điều trị như vậy, cho nên sự cần thiết nên xem xét lại một cách tốt hơn, chính xác hơn các đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và yếu tố tiên lượng của các bệnh nhân được nhập viện với bệnh cảnh của NMN lớn do tổn thương ĐMNG. Nghiên cứu này nhằm cung cấp số liệu của các bệnh nhân nằm viện tại Đơn vị Nghiên cứu Tai biến mạch máu não (TBMMN) của khoa Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2002 đến 6/2003.

2. PHƯƠNG PHÁP

Các bệnh nhân khám lâm sàng cẩn thận, chi tiết (theo mẫu bệnh án nghiên cứu), chọn bệnh nhân xảy ra tai biến NMN lần đầu tiên, tất cả đều được chụp CLVT não lần thứ 1 khi xảy ra tai biến và lần thứ 2 nếu thấy cần thiết. Duplex scan (thăm dò động mạch cảnh ngoài sọ) và doppler xuyên sọ (thăm dò động mạch não trong sọ), điện tim, siêu âm tim và các xét nghiệm cơ bản về máu. Các thăm dò khác như chụp động mạch DSA, MRI, MRA được thực hiện ở những trường hợp cần thiết.

Phân loại NMN do tổn thương ĐMNG trên hình ảnh CLVT, bao gồm: khu vực sâu của ĐMNG, khu vực nông phía trước của ĐMNG, khu vực nông phía sau của ĐMNG, và NMN toàn bộ ĐMNG. Tất cả các bệnh nhân, được ghi nhận đầy đủ các yếu tố nguy cơ (YTNC) như tuổi, giới, tăng huyết áp, đái đường, hút thuốc lá (ít nhất là 5 điếu/ ngày), rối loạn lipid máu, tiền sử bệnh tim, thiếu máu não thoáng qua (TMNTQ).

Nguyên nhân của NMN cũng được ghi nhận dựa theo kết quả các thăm dò, vữa xơ động mạch (VXĐM) với hẹp khu trú $\geq 50\%$ của động mạch cảnh trong hoặc ĐMNG. VXĐM lan toả không rõ khu trú với hẹp $< 50\%$ và ít nhất có 2 YTNC sau: tuổi ≥ 50 , tăng huyết áp, đái đường, hút thuốc, tăng lipid máu. Chẩn đoán phình mạch bóc tách của động mạch cảnh trong được xác định với tắc hoặc bán tắc của động mạch cảnh trong trên hình ảnh DSA (thành mạch không đều, thậm chí thấy 2 lỗ động mạch). Tắc mạch do bệnh tim được xác định khi có các bệnh về tim như rung nhĩ, huyết khối trong buồng tim, hẹp van 2 lá do thấp, thay van 2 lá hoặc van động mạch chủ nhân tạo, viêm nội tâm mạc, suy thất trái, các nguyên nhân phối hợp cũng được đề cập tới.

Các dấu hiệu và triệu chứng thần kinh được đánh giá ngay từ khi mới nhập viện: Liệt vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn ngôn ngữ (nói khó, loạn ngôn, thất ngôn), mất nhận thức (agnosia), mất thực dụng (apraxia). Rối loạn ý thức được chia 4 loại (lú lẫn, ngủ gà, hôn mê nông, hôn mê sâu) nếu có sự suy giảm ý thức trong 24^h sau khi nhập viện, thì mức độ ý thức nặng nhất được ghi nhận.

Chúng tôi đánh giá các loại khởi phát thành 6 mức độ (hoàn toàn < 5 phút, dao động $< 24^h$, dao động $> 24^h$, và khởi phát tron tru $< 1^h$, từ 1-24^h và 24^h). Đánh giá sự hồi phục sau 1 tháng thành các mức độ sau: 1/ không di chứng, 2/ di chứng nhẹ (trở lại với tất cả các hoạt động nhưng khó khăn), 3/ di chứng vừa (trở lại với các hoạt động chính nhưng khó khăn), 4/ di chứng nặng (không trở lại với hầu hết mọi hoạt động) và 5/ tử vong.

3. KẾT QUẢ

3.1. Bảng phân bố theo giới tính

Giới	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nam	35	83
Nữ	7	17
Tổng số	42	100

3.2 Bảng phân bố theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
16 - 25	0	0
26 - 35	2	4,76
36 - 45	8	19,05
46 - 55	7	16,67
56 - 65	9	21,43
> 65	16	38,09
Tổng số	42	100

3.3. Mức độ rối loạn ý thức

Mức độ	Số lượng (n=42)	Tỉ lệ %
Tỉnh táo	15	35,71
Lú lẫn	18	42,85
Ngủ gà	2	4,76
Hôn mê nông	6	14,28
Hôn mê sâu	1	2,38
Cộng	42	100

3.4. Loại khởi phát và tần xuất nhức đầu.

Thời gian khởi phát	Số lượng bệnh nhân (n=42)	Tỉ lệ %
Hoàn toàn < 5 phút	1	2,38
Dao động < 24 ^h	6	14,28
Dao động > 24 ^h	18	42,85

Tiến triển tron tru < 1 ^h	4	9,52
Tiến triển tron tru từ 1 - 24 ^h	8	19,04
Tiến triển tron tru > 24 ^h	5	11,90
Nhức đầu		
Không	26	61,91
Có	16	38,09
* Không khu trú	2	
* Thùy trán	4	
* Thùy thái dương	7	
* Thùy chẩm	2	
* Thùy trán chẩm	1	

3.5. Đặc điểm lâm sàng

Hội chứng tổn thương toàn bộ bán cầu não bao gồm:

- Liệt vận động nửa người.
- Rối loạn (giảm hoặc mất) cảm giác nửa người.
- Giảm hoặc mất thị lực một bên.
- Bán manh đồng danh.
- Quay mắt, quay đầu nhìn về bên tổn thương, tránh nhìn về bên liệt.
- Rối loạn ngôn ngữ nếu tổn thương bán cầu ưu thế.

Hội chứng này trong nghiên cứu của chúng tôi là 42/42 (100%).

3.6. Nguyên nhân

- Kết quả khám chuyên khoa tim mạch:

- * ECG bình thường ở 38/42 (90,47%).

* 4/42 ECG bất thường, phát hiện có rung nhĩ 1 bệnh nhân, dây thất trái 2 bệnh nhân, 1 bệnh nhân có hẹp hở van 2 lá. Các bệnh nhân này đều có hội chẩn với chuyên khoa tim mạch để phối hợp điều trị.

- Kết quả khám xét nguyên nhân mạch máu:

+ Kết quả khám Duplex scan phát hiện có 13/ 42 (30,95%) có biểu hiện của hẹp hoặc tắc động mạch cảnh trong, một bên hoặc cả 2 bên.

+ Doppler xuyên sọ phát hiện 5/42 (11,90%) có hẹp hoặc tắc động mạch não giữa.

3.7. Bảng phân bố thời gian chụp CLVT não.

Thời điểm chụp CLVT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Trong 24 giờ đầu của bệnh (Ngày đầu tiên)	9	21,43
Từ 24 - 72 giờ (Ngày thứ 2 → thứ 4 của bệnh)	18	42,85
Từ 72 giờ - hết tuần đầu (Ngày thứ 5 → thứ 8 của bệnh)	6	14,29
Ngoài tuần đầu tiên	9	21,43
Tổng số	42	100

3.8. Bảng phân bố mức độ tổn thương trên CLVT

Tổn thương trên CLVT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Phù não nhưng chưa gây đè ép các cấu trúc lân cận	23	54,76
Phù não + đè ép các cấu trúc lân cận và đường giữa (kèm hoặc không chảy máu trong ổ nhồi máu)	19	45,24
Tổng số	42	100

3.9. Bảng phân bố một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ % (n=42)
TMNTQ	5	11,90
Tăng huyết áp	11	26,19
Đái tháo đường	2	4,76
Bệnh tim	4	9,52
Hút thuốc lá	21	50
Nghiện rượu	29	69,05
Tiền sử TBMMN cũ	8	19,05
Tăng mỡ máu	15	35,71
Hẹp một động mạch cảnh trong (phát hiện qua SA doppler)	13	30,95

3.10. Bảng phân bố độ phục hồi (sau 1 tháng điều trị).

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
1	0	0
2	16	38,09
3	19	45,24
4	6	14,28
5	01	2,38
Tổng số	42	100

4. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất.

Trong thời gian từ 1/2002 đến 6/2003, Khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai tiếp nhận 525 bệnh nhân NMN, trong đó có 42 trường hợp NMN lớn toàn bộ ĐMNG 42/525 (8,0%).

Theo Donnan và Levi tần xuất là 3-15%, theo số liệu của J.Bogouslavsky và CS, 1998 tần xuất là 9,2%.

4.2. Các yếu tố nguyên nhân.

Cho đến nay vẫn còn thiếu số liệu để giải thích cơ chế của NMN lớn do tổn thương ĐMNG. Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố nguy cơ của NMN lớn do tổn thương ĐMNG cũng tương tự như YTNC gây NMN nói chung, tuy nhiên có một số YTNC nổi bật như vữa xơ động mạch gây hẹp hoặc tắc động mạch cảnh trong đoạn trong sọ hoặc ngoài sọ, các YTNC gây bệnh tim cũng được đề cập tới. *Điều cần chú ý 1 bệnh nhân có rung nhĩ thì ổ NMN thường lớn và di chứng nặng nề hơn.* Trong nghiên cứu của nhiều tác giả đều nhận thấy rằng thể tích trung bình của ổ NMN do tắc mạch từ tim lớn gấp 2 lần so với thể tích trung bình của ổ NMN do tắc mạch có nguồn gốc từ động mạch tới động mạch. Các nghiên cứu về NMN lớn là cần thiết cho việc điều trị tích cực hơn và nhiều NMN lớn và toàn bộ bán cầu có nguyên nhân thường là tắc mạch có nguồn gốc từ tim.

Vấn đề tiên lượng:

Trong nghiên cứu này, chỉ có 1 bệnh nhân tử vong mặc dù có nhiều bệnh nhân sống với những di chứng vừa và nặng. Điều này nói lên tỉ lệ sống sót cao hơn so với các nghiên cứu trước. Tỉ lệ tử vong trước kia (theo nhiều tác giả) dao động từ 39-78%. Đây là tỉ lệ cao so với tần xuất tử vong chung của NMN là 10-25%.

Trong một nghiên cứu gần đây với 55 bệnh nhân NMN lớn thì tỉ lệ tử vong là 78%.

Kết luận: Trong nghiên cứu này chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỉ lệ mắc NMN lớn do tổn thương động mạch não giữa là 8%.

- Có 2 nguyên nhân chính gây nhồi máu não lớn do tổn thương động mạch não giữa là: hẹp tắc động mạch cảnh trong do vữa xơ động mạch và hẹp, tắc thân động mạch não giữa xuất phát từ các bệnh tim.

- Di chứng nặng nề thường cao hơn so với các loại nhồi máu não khác (so sánh với các nghiên cứu trước) tỉ lệ tử vong thấp hơn so với các nghiên cứu trước.

Tài liệu tham khảo chính

1- Lê Văn Thính và CS (2002) - Phân loại nhồi máu não. YHTH số 11 (435), trang 36-38.

2. Lê Văn Thính (1995) - Đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, chụp động mạch não nhồi máu não. Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội.

3. Lê Văn Thính (2002) - Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính nhồi máu não chảy máu - YHTH số 11 (435), trang 40-43.

4. Le Van Thinh (2001) - Cerebral infarction evolving to Hemorrhagic infarction due to Hypertension. Eleventh European Meeting on Hypertension. Italy: pp 99-100.

5. Lê Văn Thính (2003) - Sa sút trí tuệ nguyên nhân mạch máu. Vai trò của tai biến nhồi máu não - YHLS Bệnh viện Bạch Mai, trang 22-34.