

Đề xuất quy trình chẩn đoán lâm sàng,
cận lâm sàng của nhồi máu não

Nguyễn Chứng; Lê Đức Hình, Ngô Đăng Thục, Nguyễn Phương Mỹ, Lê Văn Thịnh

Tóm tắt:

Tai biến mạch máu não là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong trong lâm sàng thần kinh, trong đó chiếm 80% là bệnh cận lâm sàng của nhồi máu não. Bệnh phần lớn xảy ra thuộc động mạch não giữa. Chúng tôi nghiên cứu 107 bệnh nhân bị nhồi máu não vào điều trị tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ 1997 tới 2000 thấy: Bệnh thường xảy ra ở bệnh nhân trên 50 tuổi (75%) và có sáng sớm; những tháng mùa rét và đặc biệt có thay đổi thời tiết. Bệnh khởi phát đột ngột (72%); nhức đầu (43%); chóng mặt (69%); buồn nôn và nôn (8,4%). Toàn phát với các biểu hiện gồm liệt nửa người (100%); rối loạn cảm giác nửa người (64%); rối loạn ngôn ngữ (36%); có thể động kinh (5,6%)... Chụp cắt lớp vi tính sọ não trong thời gian sau 2 ngày đến 3 tuần sau khi bị tai biến, sẽ thấy hình ảnh nhồi máu điển hình với tỷ trọng thấp hơn so với nhu mô não. Trong điều kiện không chụp cắt lớp vi tính sọ não, sử dụng thang điểm Siriraj để chẩn đoán phân biệt, với độ nhạy 91,2%, độ đặc hiệu 86,9%.

I. Đặt vấn đề:

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lý thường gặp nhất - là loại bệnh vừa có tính chất kinh điển vừa có tính chất thời sự của y học. 80% của tai biến mạch máu não là nhồi máu não.

Song nhồi máu não là tập hợp bệnh với nhiều yếu tố nguy cơ lại xuất hiện gia tăng cùng với các lứa tuổi. Đồng thời với sự phát triển kỹ thuật làm cho phong phú về nghiên cứu sinh bệnh học cũng như về điều trị phòng ngừa các yếu tố nguy cơ.

Dựa trên tình hình thực tế của chuyên khoa thần kinh, tình hình kỹ thuật chẩn đoán của các trung tâm y tế. Chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đề xuất quy trình chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não".

Mục tiêu của đề tài là:

- Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của nhồi máu não.
- Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng của nhồi máu não, từ đó đưa ra một "Lộ trình" chẩn đoán.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân nằm điều trị tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán là nhồi máu não khu vực động mạch não giữa (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hội đồng quy và được nhận rõ qua hình ảnh chụp cắt lớp vi tính).

- Phương pháp nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

+ Đánh giá thang điểm SIRIRAJ dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng.

+ Kết hợp lâm sàng và thang điểm đưa ra thuật toán chẩn đoán.

III. Kết quả nghiên cứu:

Chúng tôi nghiên cứu 107 bệnh nhân bị nhồi máu não được điều trị tại khoa thần kinh BV Bạch Mai, trong 4 năm 1997 – 2000, kết quả nghiên cứu như sau:

1. Các đặc điểm về dịch tễ:

- Tuổi và giới:

Biểu đồ 1: Tỷ lệ bệnh theo các lớp tuổi

Nhận xét: Nhồi máu não thường gặp ở người trên 50 tuổi.

- Giới tính:

Biểu đồ 2: Tỷ lệ bệnh giữa hai giới

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh giữa hai giới là 78/29 bằng 2,7 lần.

- Tỷ lệ mắc bệnh trong năm:

Biểu đồ 3: Tỷ lệ mắc bệnh trong các tháng trong năm

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não xảy ra quanh năm, tập trung nhiều vào các tháng mùa rét và chuyển đổi thời tiết.

- Tỷ lệ mắc bệnh liên quan thời gian trong ngày:

Nhận xét: Bệnh nhân nhồi máu não hay xảy ra vào lúc sáng sớm và buổi trưa.

- Hoàn cảnh xảy ra nhồi máu não;

Bảng 2: Hoàn cảnh xảy ra nhồi máu não.

Hoàn cảnh bị nhồi máu não

Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Khi nghỉ ngơi

	67	62,6
Đang làm việc	36	33,6
Sau uống rượu	4	3,8
Sau tắm lạnh	0	0

Nhận xét: Hầu hết nhồi máu não xảy ra khi nghỉ ngơi

2. Thời gian bệnh nhân tới bệnh viện sau khi bị tai biến nhồi máu:

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhồi máu não vào viện từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 10 (75,7%)

3. Các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não:

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu não

Yếu tố nguy cơ

Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Không có yếu tố nguy cơ

30 28,1

Tăng huyết áp đơn thuần

2 1,88

Tăng huyết áp và tăng lipid máu

Tăng huyết áp và đái tháo đường

Tăng huyết áp và bệnh tim mạch

Tăng huyết áp và tai biến mạch máu não cũ

Tăng huyết áp và thiếu máu não thoáng qua

Tăng huyết áp và nghiện rượu, thuốc lá 20

3

2

7

3

2

34,6

Tăng lipid máu 18 16,8

Đái tháo đường 2 1,88

Tai biến mạch máu não cũ 2 1,88

Thiếu máu cục bộ thoáng qua 12 11

Bệnh tim mạch 4 3,7

Cộng 107 100

Nhận xét: 30 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28,1% chưa phát hiện được yếu tố nguy cơ nào trong tiền sử, tăng huyết áp đơn thuần chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 1,88%. Trong khi đó tăng huyết áp phối hợp một trong các yếu tố nguy cơ khác chiếm tỷ lệ khá cao 37 bệnh nhân (34,6%)

4. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nhồi máu não:

4.1. Tiền triệu của nhồi máu não:

Bng 4: Các dấu hiệu tiền triệu ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não.

Triệu chứng Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Chóng mặt

68 63,6

Đau đầu 59 55,1

Tê bì nửa người 73 68,2

Thiếu sót vận động nửa người 32 29,9

Rối loạn ngôn ngữ 28 26,2

Rối loạn ý thức 19 17,8

Nhận xét: Tiền triệu của nhồi máu não rất phong phú và đa dạng, gặp nhiều nhất là triệu chứng tê bì nửa người chiếm 68,2%; tiếp đến là chóng mặt chiếm 63,6%; đau đầu gặp 55,1%

4.2. Khởi phát:

Bng 5: Đặc điểm lâm sàng thời kỳ khởi phát

Triệu chứng Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Khởi bệnh Đột ngột 77 71,9

Từ từ 30 28,1

ý thức Tỉnh táo 82 76,6

Lú lẫn, sững sờ 21 19,6

Hôn mê	4	3,8	
Đau đầu	46	42,9	
Chóng mặt	74	69,2	
Nôn	9	8,4	
Rối loạn cm giác			
72	67,3		
Thất vận ngôn	38	35,5	
Co giật dạng động kinh	8	7,5	
Thiếu sót vận động nửa người			Phi
51	47,7		
Trái	50	46,7	

Rối loạn c tròn

16 14,9

Nhận xét: 77 bệnh nhân (chiếm 71,9%) khởi bệnh đột ngột và 30 bệnh nhân (chiếm 28,1%) có cách khởi bệnh từ từ nặng dần lên trong 24 giờ đầu của bệnh.

4.3. Toàn phát:

Bng 6: Đặc điểm lâm sàng thời kỳ toàn phát

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
ý thức Tỉnh táo	72	67,3	
Lú lẫn sững sờ	26	24,3	
Hôn mê	9	8,4	
Hội chứng liệt nửa người			Phi
54	50,5		
Trái	53	49,5	
Liệt thần kinh VII trung ương			
Phi			
52	48,6		
Trái	52	48,6	
Rối loạn cm giác			
68	63,6		
Đau đầu	37	34,6	
Co giật kiểu động kinh	6	5,6	
Thất ngôn	38	35,5	
Rối loạn tâm thần	32	29,9	
Bán manh	12	11,2	
Rối loạn c tròn			
21	19,6		

Nhận xét: Hội chứng liệt nửa người chiếm 100% số bệnh nhân, liệt dây VII trung ương gặp trong 104 bệnh nhân (chiếm 97,2%). Tình trạng ý thức của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu cũng kém hn.

5. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não

5.1. Sinh hoá máu:

Bng 7: Kết qu Cholesterol toàn phần, triglyxerit, đường máu ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não.

Kết qu xét nghiệm sinh hoá

Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Bình thường	64	59,8
Đường huyết cao	5	4,7
Tăng Cholesterol toàn phần	12	11,2
Tăng Triglyxerit	16	14,9
Tăng c Cholesterol toàn phần và Triglyxerit	10	9,4

Cộng 107 100

Nhận xét: 64 bệnh nhân nhồi máu não (59,8%) trong nhóm nghiên cứu không có sự gia tăng của các chỉ số sinh hoá này.

5.2. Chụp cắt lớp vi tính não:

5.2.1. Thời gian chụp cắt lớp vi tính não:

Bng 8: Thời gian chụp cắt lớp vi tính não tính từ khi khởi bệnh.

Thời gian Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Trước 1 tuần	57	53,3
Từ 1 đến 2 tuần	30	28,1
Từ 2 đến 3 tuần	9	8,4
Sau 3 tuần	11	10,2

Cộng 107 100

Nhận xét: chủ yếu bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 2.

5.2.2. Đặc điểm hình nh của tổ chức não bị nhồi máu:

Bng 9: Đặc điểm hình nh gim tỷ trọng trên chụp cắt lớp vi tính não của bệnh nhân nhồi máu não.

Đặc điểm hình gim tỷ trọng

Số bệnh nhân Tỷ lệ %

Không rõ	16	14,9
Giống tổ chức phù não	91	85,1
Giống như dịch não tủy	0	0

Cộng 107 100

Nhận xét: 85,1% bệnh nhân có hình nh điển hình của nhồi máu não qua chụp cắt lớp vi tính.

6. Nghiên cứu áp dụng tính thang điểm Siriraj :

Bng 10: Kết qu đánh giá lâm sàng bằng thang điểm Siriraj trong nhóm bệnh nhân nhồi máu não.

thang điểm Siriraj

Số bệnh nhân Tỷ lệ %

< -1	93	86,92
Từ -1 đến +1	9	8,41
> +1	5	4,67

Cộng 107 100

Nhận xét: Số bệnh nhân được tính theo thang điểm Siriraj <-1 chiếm 87%

6.1. Đối chiếu điểm Siriraj với kích thước ổ nhồi máu:

Bng 11: Đối chiếu thang điểm Siriraj và kích thước ổ tổn thương

Kích thước

thangđiểm Siriraj

	? 5cm	Tỷ lệ %	5 - 10cm	Tỷ lệ %	? 10cm	Tỷ lệ %
< -1	62	57,9	23	21,5	8	7,5
Từ -1 đến +1	2	1,88	6	5,7	1	0,94
> +1	1	0,94	1	0,94	3	2,8
Cộng	65	60,72	30	28,1	12	11,2

Nhận xét: 95,4% ổ tổn thương nhỏ hơn 5cm có giá trị thang điểm Siriraj < -1; 20% những tổn thương từ 5 - 10cm có giá trị thang điểm Siriraj từ -1 đến +1 và 25% tổn thương lớn hơn 10cm có giá trị thang điểm Siriraj lớn hơn 1.

6.2. Đối chiếu điểm Siriraj với vị trí ổ nhồi máu n o:

Bng 12: Đối chiếu thang điểm Siriraj và vị trí tổn thương.

Thang điểm Siriraj

Vị trí tổn thương

< -1	Tỷ lệ %	-1 đến +1	Tỷ lệ %	> +1	Tỷ lệ %
Vùng thái dương - đỉnh					
17	18,3	2	22,2	1	20
Vùng thái dương - chẩm					
2	2,2	0	0	0	0
Vùng thái dương					
11	11,8	1	11,1	0	0
Vùng đỉnh					
7	7,5	0	0	0	0
Vùng thái dương - đỉnh - chẩm					
7	7,5	1	11,1	0	0
Vùng trán - thái dương - đỉnh					
3	3,2	1	11,1	1	20
Bán cầu đại n o					
		7	7,5	1	11,1
		2		40	
Các nhân xám trung ương					
14	15,1	1	11,1	1	20
Bao trong					
		13	13,9	1	11,1
		0		0	
Chất trắng cạnh n o thất bên					
12	12,9	1	11,1	0	0
Cộng	93	100	9	100	5
				100	

Nhận xét: Hầu hết các tổn thương vùng thái dương - đỉnh đều có thang điểm Siriraj ? -1.

ở thùy chẩm, thùy thái dương, thùy đỉnh, bao trong và các nhân xám trung ương đa số có thang điểm Siriraj < -1.

Tổn thương bán cầu đại n o và vùng trán - thái dương - đỉnh có thể gặp thang điểm Siriraj ở c ba mức độ nhưng đa số cũng < -1.

6.3. Đối chiếu thang điểm Siriraj với số ổ tổn thương nhồi m u n o.

Bng 13: Đối chiếu thang điểm Siriraj với các ổ tổn thương :

Thể tổn thương

Thang điểm Siriraj	Một ổ	Tỷ lệ %	Nhiều ổ	Tỷ lệ %	Ổ khuyết	Tỷ lệ %
< -1	65	89,1	24	80	4	100
Từ -1 đến +1	5	6,8	4	13,3	0	0
> +1	3	4,1	2	6,7	0	0
Cộng	73	100	30	100	4	100

Nhận xét: Đa số nhồi máu não có 1 ổ tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính não (chiếm 89,1%) có thang điểm Siriraj < -1. 24/30 bệnh nhân (chiếm 80%) có nhiều ổ tổn thương với thang điểm Siriraj < -1. Tất cả các trường hợp nhồi máu não ổ khuyết có thang điểm Siriraj < -1.

IV. Bàn luận

Nhồi máu não thường gặp ở người trên 50 tuổi (75,8%), đặc biệt ở lứa tuổi 60-69 tuổi chiếm 31,8%. Trong nghiên cứu của Lương Văn Chất (1991) thì lứa tuổi 60-69 gặp 29,54%. Nhồi máu não tăng lên theo lứa tuổi (biểu đồ 1) và xơ vữa mạch là một yếu tố nguy cơ cao nên cho thấy tuổi càng cao thì xơ vữa mạch càng nhiều. Nhồi máu não động mạch não giữa có thể xảy ra quanh năm, tập trung vào các tháng mùa rét, và lúc chuyển đổi thời tiết (chuyển mùa) (biểu đồ 3). Và trong ngày thì thường vào buổi sáng (28,3%). Điều này cũng tương tự như nhận xét của Hoàng Khánh (9), của Lê Văn Thính, Lê Đức Hình, Nguyễn Chung, Ngô Đăng Thục (1983). Đã có những công trình nghiên cứu về sự xuất hiện nhồi máu não trong ngày có liên quan tới nhịp sinh học. Huyết áp động mạch thay đổi theo nhịp sinh học, nhịp ngày đêm. (kết dính tiểu cầu, độ nhớt của máu...)

Về thời gian từ lúc khởi bệnh tới khi vào viện, thấy hầu hết bệnh nhân nhồi máu não vào viện từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 10 chiếm 75,7% (biểu đồ 5). Chỉ có 5,6% đến trước 24 giờ. Điều này cho thấy còn có nhiều hiểu biết khác nhau về loại bệnh này cũng như về trình độ tổ chức, đánh giá, sàng lọc bệnh nhân ở tuyến trước.

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (1990) có hơn 20 yếu tố nguy cơ gây nên tai biến nhồi máu não. Trong nghiên cứu chúng tôi (bảng 3) có một số yếu tố nguy cơ cần chú ý sau:

Tăng huyết áp (36,5%) thường là tăng huyết áp có phối hợp với các yếu tố khác nhau như tăng lipid, tăng đường huyết. Tăng lipid máu (16,8%). Đây là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây xơ vữa động mạch. Theo Nguyễn Văn To, xơ vữa động mạch ở người dưới 40 tuổi là 27%, còn trên 40 tuổi là 100%. Ở những người khỏe mạnh, tử vong do thủng tim. Tác giả nhận thấy xơ vữa mạch chủ yếu ở động mạch chủ bụng, động mạch chnh và động mạch não giữa. Khi có nồng độ lipid máu tăng (tăng cholesterol, Triglycerid, LDL) sẽ gây hậu quả lắng đọng cholesterol tại thành mạch tạo thành mảng xơ vữa động mạch gây nguy cơ nhồi máu não xuất hiện. Thiếu năng tuần hoàn não (14%), trong đó có 3 bệnh nhân có kèm tăng huyết áp.

Thiếu máu cục bộ thông qua (Thiếu năng tuần hoàn não là yếu tố nguy cơ chắc chắn gây nhồi máu não. Theo Lê Văn Thính tỷ lệ này là 22,73%, của Nguyễn Minh Hiên là 15 - 16%.

Triệu chứng bắt đầu (bảng 4) thường gặp là tê bì nửa người (68,2%), chóng mặt (63,6%) và nhức đầu (55,1%)

Qua bng 4, chúng tôi thấy các biểu hiện bắt đầu khá phong phú, đa dạng với các chứng tê bì nửa người, chóng mặt, nhức đầu, thiếu sót vận động ở nửa người, rối loạn ngôn ngữ và rối loạn ý thức. Nghiên cứu của Lương Văn Chất (1991) còn có 10,6% có giập dạng động kinh. Bắt đầu của bệnh (bng 5) thường đột ngột (71,9%), của Ngô Đăng Thục là 74%, Lê Văn Thính là 65,45%. Các triệu chứng lâm sàng ở thời kỳ này của nhồi máu não động mạch não giữa rất phong phú và đa dạng. Rối loạn ý thức có tỷ lệ là 23,4% với nhiều mức độ khác nhau trong đó có 4 trường hợp hôn mê và cũng tương tự như của Lương Văn Chất, Lê Văn Thính

Liệt nửa người chiếm 94,4%, chóng mặt chiếm 69,2%, rối loạn cảm giác 67,3% ...và 7,5% có co giật kiểu động kinh.

Qua bng 6, nêu rõ đặc điểm triệu chứng ở thời kỳ toàn phát nặng nề hơn: liệt nửa người có tỷ lệ 100%, 35 trường hợp (32,7%) có rối loạn ý thức, từ lúc lần đến hôn mê. Có 32 trường hợp (29%) có các rối loạn tâm thần khác như thờ ơ, chậm chạp, phản ứng chậm với các kích thích, rối loạn cảm xúc dễ xúc động. Có 38 trường hợp (35,5%) có thất vận ngôn ngữ...

Về các chỉ tiêu sinh hoá (bng 7), có 38 trường hợp (35,5%) trong đó tăng cholesterol toàn phần 11,2%, số trường hợp tăng Triglycerid đơn độc là 14,2% và có 94% trường hợp tăng cholesterol và Triglycerid. Kết quả này cũng tương tự như của Đào Bích Hoà. Tăng đường huyết chỉ gặp ở 5 trường hợp (4,7%)

Chụp cắt lớp vi tính từ giờ thứ 48 tới tuần lễ thứ 2 cho thấy hình ảnh tổn thương gim tử trọng (85,1%) (tương tự phù não). Nhận xét của chúng tôi phù hợp với Hoàng Đức Kiệt. Nếu chụp cắt lớp vi tính sớm hơn từ tuần thứ nhất tới tuần thứ ba thì hình ảnh gim tử trọng đặc thù của nhồi máu não rất rõ. 81 trường hợp (74,8%) có những biểu hiện gián tiếp của phù não: mờ mất rãnh cuộn não, chèn ép não thất bên, di lệch đường giữa. Những trường hợp này được đối chiếu với lâm sàng và là những trường hợp nặng.

Đối chiếu với thang điểm Siriraj, có 93 trường hợp thang điểm <-1 (86,92%, được xác định qua chụp cắt lớp vi tính) Độ nhạy của thang điểm này là 91,2%

Trước những đặc điểm trên về dịch tễ, về lâm sàng, cận lâm sàng, về chỉ số Siriraj, cùng chụp cắt lớp vi tính, ta có thể phác họa một "lộ trình" cho chẩn đoán.

Schuidt có bng phân định chy máu não và nhồi máu não (bng 14).

Bng 14: Phân định chy máu não và nhồi máu não

Dấu hiệu

phân biệt	Xuất huyết não		Huyết khối (ngẽn mạch)		Lắp mạch
1	2	3	4		
Phát triển cơn đột quy	Đột ngột ồn ào		Dần dần vài giờ		Nhanh
Bắt đầu của bệnh	Ban ngày, tối, sau 1 sang chấn về thể chất, về tinh thần		Thường sau lao động cố gắng thể lực		Ban đêm,
Triệu chứng khu trú	Hiện tượng đỏ mặt	Chóng mặt, tối mắt, ngái ngủ			Không
Trạng thái ý thức	Hôn mê kéo dài vài ngày		Rối loạn ý thức		Mất ý thức
Mặt đỏ mặt	xanh tái		xanh		
Nhiệt độ	tăng sau một thời gian gim gim				

bình thường, tăng ở viêm nội tâm mạc

Nhịp thở thở khò khè, ồn ào, (kéo bề). chậm yếu rối loạn, loạn nhịp
Mạch thay đổi yếu loạn nhịp nhanh
Huyết áp tăng gim
bình thường, gim

Đồng tử gi n co nhỏ gi n, bình thường
Dấu hiệu khu trú liệt nửa người, gim trương lực
liệt nửa người, tăng trương lực sớm
liệt 1 chi, liệt nửa người

Cn co giật

? ? có khi là bắt đầu của bệnh

Co cứng mắt n o có, ở trường hợp chy máu n o thất 0 0

Dấu màng n o ? - không điển hình

Đáy mắt võng mạc xung huyết chy máu

mạch x cứng hẹp

bình thường hoặc tắc động mạch trung tâm võng mạc

Tiền sử có tăng huyết áp cn đột quy nhỏ, vài ba lần bệnh tim, bệnh thấp khớp

C tròn

rối loạn rối loạn và hồi phục nhanh không

Dịch n o tuỷ có máu ? ? tế bào tăng

Máu bạch cầu tăng, bilirubin tăng tăng thẩm thấu và độ quánh, tỷ lệ prothrombin tăng
bạch cầu hạ

Nước tiểu protêin + vết không ?

Trước những đặc điểm trên về dịch tể, về lâm sàng, cận lâm sàng, về chỉ số Siriraj , cùng chụp cắt lớp vi tính, ta có thể phác hoạ một "lộ trình" cho chẩn đoán.

"Lộ trình" cho chẩn đoán nhồi máu n o

V. Kết luận :

Qua nghiên cứu 107 trường hợp nhồi máu não - động mạch não giữa điều trị tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch mai, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Nhồi máu não thường gặp ở những người trên 50 tuổi (75,8%), thường bắt đầu vào buổi sáng.
2. Dấu hiệu báo trước thường là tê bì nửa người, chóng mặt và nhức đầu. Bắt đầu thường đột ngột, có liệt nửa người, rối loạn cảm giác, có thể có thất vận ngôn. Ngoài ra còn có rối loạn tâm lý, co giật kiểu động kinh.
3. Chụp cắt lớp vi tính từ giờ thứ 48 tới tuần thứ 2-3 cho hình ảnh giảm tỷ trọng điển hình hướng tới chẩn đoán nhồi máu não. Chỉ số Siriraj được đối chiếu với chụp cắt lớp vi tính và có giá trị chẩn đoán nhồi máu não là 86,92%. độ nhạy của thang điểm là 91,2%.
4. Trước những điều trên, chúng tôi xin đề xuất một lộ trình cho chẩn đoán

Summary

Cerebrovascular disease is one of the major causes of morbidity and death. In which, 80% are cerebral infarction of the middle cerebral artery. Based on 107 cases of cerebral infarction of middle cerebral artery, who were treated in Department of Neurology, Bachmai Hospital since 1997 to 2000. we found that: it is often occurs on the patient of above 50 years old (75%) in the beginning of the day. The onset is often sudden with the headach (43%); dizziness (69%); nausea or vomit (8,4%). and then hemiplegia (100%); hemisensory loss (63,6%); disturb of language (35,5%) and epilepsy sometimes (5,6%). CT examination within 2 to 15 days after the accident onset is advisable for better visualization in cerebral infarction.

Tài liệu tham khảo

1. Lương Văn Chất (1991) - Góp phần nghiên cứu nhồi máu não hệ động mạch não trong giai đoạn cấp tính - Luận án PTS y khoa - Học viện quân y.
2. Lâm Văn Chế (1987) - Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu não cục bộ hệ não trong ở người trẻ - Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện - Đại học y hà nội.
3. Nguyễn Chung (1992) - Một số nhận xét về tai biến mạch máu não các năm 1978 - 1989. Báo cáo hội nghị chuyên đề tai biến mạch máu não lần I - Đại học y hà nội.
4. Nguyễn Văn Đăng (1995) - tai biến mạch máu não - Nhà xuất bản y học Hà nội.

5. Nguyễn Chứng (1998) - Một vài đặc điểm dịch tễ tai biến mạch máu não ở Việt Nam - báo cáo khoa học tại hội nghị đột quy các nước ASEAN, Singapo; hội nghị khoa học thần kinh nhiệt đới, Martinique (30/11 - 2/12/1998).
6. Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Xuân Thn (1998) - Chẩn đoán phân biệt giữa nhồi máu não và chy máu não bằng thang điểm Siriraj - Tạp chí y học quân sự số 5, 13 - 17.
7. Lê Đức Hình, Đặng Thế Chân (1994). Tử vong do tai biến mạch máu não tại bệnh viện Bạch Mai. Công trình nghiên cứu khoa học. Bộ Y tế. Bệnh viện Bạch Mai. Tập 1, 230 - 240.
8. Đào Thị Bích Hoà (1987). Nhận xét 50 trường hợp thiếu máu não cục bộ ở người trên 45 tuổi tại khoa thần kinh, bệnh viện Bạch Mai (1982 - 1986). Luận văn tốt nghiệp CKI nội trú.
9. Hoàng Khánh - Thái Nhân Sâm (1999). Đối chiếu thang điểm Siriraj với chụp cắt lớp vi tính não trong chẩn đoán thể tai biến mạch máu não. Tạp chí tim mạch học Việt Nam số 17, 58 - 61.
10. Hoàng Đức Kiệt (1996). Một số nhận xét qua 467 trường hợp thiếu máu não cục bộ. Y học Việt Nam số 9, 9 - 12.
11. Lê Văn Thính - Lê Đức Hình, Hoàng Đức Kiệt (1996). Một số đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não. Y học Việt Nam số 9, 22 - 25.
12. Nguyễn Bá Thắng (9 - 2000). Thử nghiệm lập thang điểm lâm sàng chẩn đoán phân biệt nhồi máu não và xuất huyết não trên lều. Báo cáo hội nghị thần kinh học.
13. Ngô Đăng Thục (1984). Đặc điểm lâm sàng thần kinh tắc mạch não hệ động mạch chnh trong.
Kỷ yếu công trình NCKH bệnh viện Bạch Mai, 1984, 9 - 18.
14. Pong Varin N; Viriyavefakul A; Komentri C. Siriraj Stroke (1991) - Score and Validation Study to distinguish Supratentorial intra - cerebral Hemorrhage from Infarction. BMJ, 302, 1566 - 1567.
15. Sacco R. L (1995). Risk factors and out come for ischemic stroke. Neurology, 45, 10 - 14.
16. Sacco R. L; Toni D; Mohr J. P (1998). Classification of ischemic stroke. Stroke, 341 - 304.
17. Wang PY; Hung LY; Chia LG (1995). Clinical distinction between acute hemorrhagic and acute ischemic stroke by siriraj stroke score, tạp chí 55 (3); 248 - 252.