

Đặc điểm vi xuất huyết não và nguy cơ chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông

Characteristics of cerebral microbleeds and risk of hemorrhagic transformation in patients with acute cerebral infarction undergoing revascularization therapy

Kiểu Mạnh Hà

Bệnh viện Quân y 7A

Tác giả liên hệ

BS. Kiểu Mạnh Hà
Bệnh viện Quân y 7A
Email: kieuha37a@gmail.com

Nhận ngày: 8/2/2024
Chấp nhận đăng ngày: 6/3/2024
Xuất bản online ngày: 25/3/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm vi xuất huyết não và các yếu tố liên quan đến chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp theo dõi hồ sơ bệnh án trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) cấp được nhập viện và điều trị tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Bệnh nhân có vi xuất huyết (VXH) chiếm 37,97%. Số lượng từ 1- 4 VXH chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,65%, chỉ có 01 trường hợp có trên 10 VXH chiếm tỷ lệ 1,27%. Vị trí VXH chủ yếu là ở khu vực não sâu chiếm 21,52%. Có mối liên quan giữa VXH và rối loạn lipid máu với $p = 0,16$ (OR 4,12, CL 1,14-18,47), bệnh lý chất trắng theo phân loại Fazekas với $p = 0,041$. Các biến chứng chuyển dạng xuất huyết (CDXH) sau tái thông chủ yếu là nhồi máu xuất huyết (HI) chiếm tỷ lệ 26,58%, tiếp đó là tụ máu nhu mô (PH) chiếm tỷ lệ 6,33% và ICH+ chiếm tỷ lệ 3,8%. Có mối liên quan giữa thang điểm Glasgow (OR = 1,66, KTC 0,79 - 3,51) với NMN CDXH có triệu chứng (sICH) và PH với $p < 0,05$. Tìm thấy mối liên quan giữa Thang điểm NIHSS và ICH với $p = 0,037$ (OR = 5,46 KTC 1,10 - 19,00). Chưa đủ bằng chứng để kết luận về mối liên quan giữa số lượng, vị trí vi xuất huyết với biến chứng chuyển dạng xuất huyết sau tái thông.

Kết luận: VXH không phải là một yếu tố để trì hoãn các biện pháp can thiệp tái thông trên bệnh nhân NMN cấp có chỉ định can thiệp. Các bệnh nhân có nguy cơ cao mắc nhiều VXH nên được chụp CHT trước can thiệp.

Từ khóa: Vi xuất huyết, nhồi máu não, cộng hưởng từ, chuyển dạng xuất huyết, điều trị tái thông.

SUMMARY

Objective: Evaluate the characteristics of cerebral microbleeds and factors related to hemorrhagic transformation in patients with acute cerebral infarction undergoing revascularization treatment at University Medical Center, Ho Chi Minh City.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study combined with medical record monitoring on 79 patients diagnosed with acute cerebral infarction who were admitted and treated at the Department of Neurology, University Medical Center, Ho Chi Minh City.

Results: Patients with microhemorrhage (VXH) accounted for 37.97%. The number of 1-4 VXH accounted for the highest rate of 31.65%, only 01 case had more than 10 VXH, accounting for 1.27% %. The location of social lesions is mainly in the deep brain area, accounting for 21.52%. There is an association between VXH and dyslipidemia with $p = 0.16$ (OR 4.12, CL 1.14-18.47), white matter pathology according to Fazekas classification with $p = 0.041$. The main complications of hemorrhagic transformation after revascularization are hemorrhagic infarction (HI), accounting for 26.58%, followed by parenchymal hematoma PH, accounting for 6.33%, and ICH+, accounting for 3.8%. There is an association between Glasgow scale (OR = 1.66, CI 0.79 - 3.51) with symptomatic ICH and PH with $p < 0.05$. Found an association between NIHSS Scale and ICH with $p = 0.037$ (OR = 5.46 CI 1.10 – 19.00). There is not enough evidence to conclude about the relationship between the number and location of microbleeds and complications of hemorrhagic transformation after revascularization.

Conclusion: VXH is not a factor to delay recanalization interventions in acute myocardial infarction patients with indications for intervention. Patients at high risk of multiple VHs

should have an MRI scan before intervention.

Keywords: Microhemorrhage, cerebral infarction, magnetic resonance, hemorrhagic transformation, recanalization treatment.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (ĐQ) là một bệnh khá phổ biến trên thế giới và Việt Nam, nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế nghiêm trọng về lâu dài, làm giảm khả năng lao động của hơn nửa số người sống sót sau ĐQ, để lại hậu quả nặng nề với bệnh nhân, gia đình và xã hội⁵. Cho tới nay, điều trị can thiệp NMN cấp dựa trên các phương pháp chính là tiêu huyết đường tĩnh mạch, tái thông bằng dụng cụ cơ học hay kết hợp bắc cầu cả hai tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng. VXH đã được nghiên cứu rất sớm, từ những năm cuối thế kỉ XIX trên cơ sở giải phẫu bệnh của những bệnh nhân xuất huyết não (XHN)³. Nhằm tìm hiểu về đặc điểm của VXH có liên quan đến CDXH sau tái thông hay không chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm vi xuất huyết não và nguy cơ chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông” với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm vi xuất huyết não và các yếu tố liên quan đến chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng

Gồm 79 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) cấp được nhập viện và điều trị tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán ĐQ NMN cấp.
- Nhồi máu não có tái thông bằng rtPA, bằng dụng cụ hoặc kết hợp cả hai phương pháp.
- Chụp cộng hưởng từ (CHT) trước can thiệp.

Sau can thiệp có chụp CT scanner hoặc CHT.

Tiêu chuẩn loại trừ

- CHT trước can thiệp không có chuỗi xung T2*W-GRE hoặc SWI.
- Không có đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

2.2 Phương pháp

Phương pháp

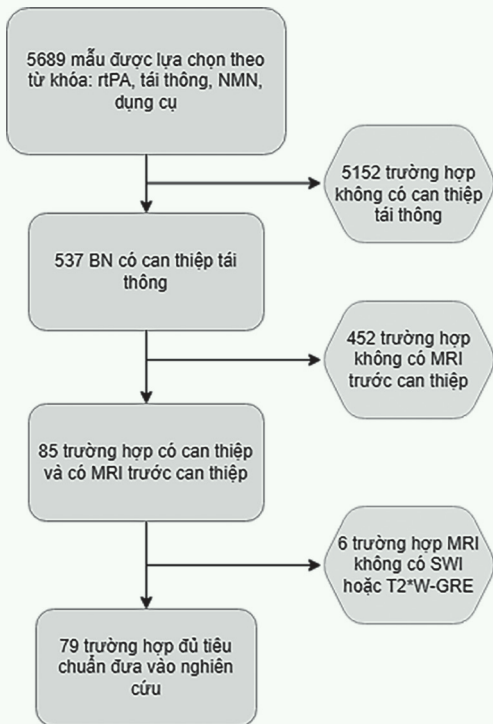
Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp theo dõi

hồ sơ bệnh án.

Kỹ thuật lấy mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ: chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán NMN đã được can thiệp tái thông tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ tháng 01/2017 – 01/2022.

Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

2.3 Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập xử lý theo thuật toán thống kê trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm Stata 16.0.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022, có 79 bệnh nhân tại khoa thần kinh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM phù hợp tiêu chí của nghiên cứu, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71±10 tuổi, nữ giới chiếm 71,4%.

3.1 Đặc điểm bệnh nhân nhồi máu não có điều trị tái thông

Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi và giới (N = 79)

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng số	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
< 65 tuổi	30	58,81	10	35,71	40	50,63

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng số	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
≥ 65 tuổi	21	41,18	18	64,29	39	49,37
Tổng số	51	64,56	28	35,44	79	100,0

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 64,56%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nơi cư trú (N=79)

Đặc điểm nơi cư trú	Số BN	Tỷ lệ (%)
TP. Hồ Chí Minh	37	46,84
Tỉnh khác	42	53,16
Tổng cộng	79	100,0

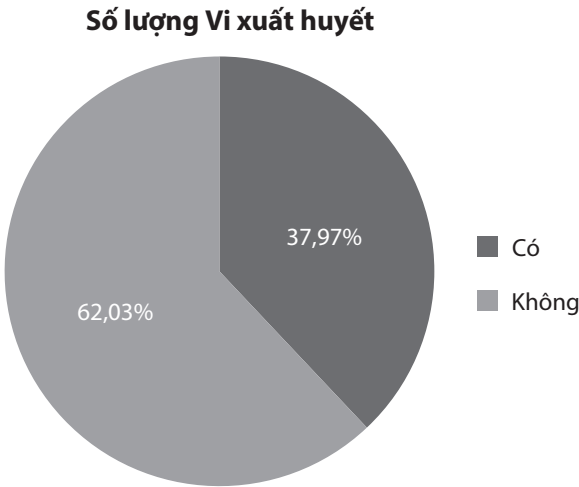
Nhận xét: Trong 79 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân ở tỉnh khác chiếm ưu thế với tỷ lệ 53,16%.

Bảng 3.3. Các yếu tố nguy cơ vi xuất huyết (N = 79)

Yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ (%)
THA	73	92,41
Hút thuốc lá	5	6,33
Sử dụng thuốc chống đông	3	3,8
Đái tháo đường	29	36,71
RLLP máu	56	70,89
Tiền căn NMN	21	26,58
Trên 65 tuổi	35	44,3
Rung nhĩ	22	27,85
Bệnh lý van tim	4	5,06
Tiền căn sử dụng KKTTC	11	13,92

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố nguy cơ THA chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 92,41% (73 bệnh nhân).

3.2 Đặc điểm vi xuất huyết não



Hình 3.1. Tỷ lệ vi xuất huyết

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được VXH chiếm tỷ lệ 37,97% (30 bệnh nhân).

Bảng 3.4. Số lượng vi xuất huyết (N = 79)

Số lượng VXH	Số BN	Tỷ lệ (%)
1 – 4 VXH	25	31,65
5 – 9 VXH	4	5,06
≥ 10 VXH	1	1,27

Nhận xét: Trong 79 bệnh nhân có 30 bệnh nhân tìm thấy VXH chiếm tỷ lệ 37,97% trong đó 1- 4 VXH chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,65%, chỉ có 01 trường hợp có trên 10 VXH chiếm tỷ lệ 1,27%.

Bảng 3.5. Vị trí các vi xuất huyết (N = 79)

Vị trí vi xuất huyết	Số BN	Tỷ lệ (%)
Não sâu		
Có	17	21,52
Không	62	78,48
Dưới lều		
Có	7	8,86
Không	72	91,14

Vị trí vi xuất huyết	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thùy não		
Có	14	17,72
Không	65	82,28

Nhận xét: Vị trí VXH trong nghiên cứu cho thấy ở não sâu chiếm tỷ lệ cao nhất (21,52%).

Bảng 3.6. Đánh giá yếu tố nguy cơ với vi xuất huyết (N=79)

Yếu tố nguy cơ	VXH				p - values	OR (KTC: 95%)
	VXH (+)		VXH (-)			
	n	%	n	%		
THA	29	96,67	44	89,80	0,263	3,30 (0,34 – 161,13)
Hút thuốc lá	2	6,67	3	6,12	0,923	1,10 (0,09 – 10,17)
Thuốc chống đông	0	0,00	3	6,12	//	//
ĐTDĐ	11	36,67	18	36,73	0,995	1,00 (0,35 – 2,81)
RLLP	26	86,67	30	61,22	0,016*	4,12 (1,14 – 18,47)
Tiền căn NMN	7	23,33	14	28,57	0,609	0,76 (0,22 – 2,41)
Trên 65 tuổi	16	53,33	19	38,78	0,206	1,80 (0,65 – 5,01)
Rung nhĩ	10	33,33	12	24,49	0,395	1,54 (0,50 – 4,69)
Bệnh van tim	1	3,33	3	6,12	0,583	0,53 (0,01 – 7,00)
Sử dụng KKTTC	6	20,00	5	10,20	0,222	2,20 (0,50 – 10,05)

//: Không xác định

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lipid máu và VXH với $p = 0,016 < 0,05$. Theo đó, những bệnh nhân có rối loạn lipid máu có nguy cơ bị VXH não cao gấp 4,12 lần so với những bệnh nhân không có RLLP máu với khoảng tin cậy 1,14 – 18,47.

Bảng 3.7. Mối liên quan Fazekas với vi xuất huyết (N = 79)

Fazekas	VXH				p- values
	Có (n%)		Không (n%)		
	n	%	n	%	
0	2	13,33	13	86,67	0,041
1	13	37,14	22	62,86	
2	11	45,83	13	54,17	
3	4	80,0	1	20,0	

Fazekas	VXH				p- values
	Có (n%)		Không (n%)		
	n	%	n	%	
0 - Không/có đơn độc 1 điểm tổn thương chất trắng, 1- Nhiều điểm nhỏ, 2-Nhiều tổn thương, có tích hợp lưu, 3-Nhiều tổn thương hợp lưu, lan rộng cả vùng					

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa Fazekas với VXH, giá trị $p = 0,041 < 0,05$.

3.3. Ảnh hưởng của vi xuất huyết và các yếu tố liên quan đến chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông

Bảng 3.8. Tỷ lệ các loại chuyển dạng xuất huyết sau can thiệp tái thông (N=79)

CDXH	Số BN	Tỷ lệ (%)
HI	21	26,58
HI1	11	52,38
HI2	10	47,62
PH	7	6,33
PH1	7	100,0
PH2	0	0
slCH (n=79)	79	100,0
slCH+	3	3,80
slCH-	76	96,20

Nhận xét: Các biến chứng CDXH sau tái thông chủ yếu là HI chiếm tỷ lệ 26,58%, tiếp đó là PH chiếm tỷ lệ 6,33% và NMN CDXH có triệu chứng (slCH) chiếm tỷ lệ 3,80%.

Bảng 3.9. Số lượng vi xuất huyết và mối liên quan các biến chứng chuyển dạng xuất huyết theo phân loại ECASS trên hình ảnh học và lâm sàng (N=79)

Số lượng VXH	slCH+ (n,%)	slCH- (n,%)	p-values
Không có	3 (6,12)	46 (93,88)	0,628*
1–4 VXH	0	25 (100,0)	
5–9 VXH	0	4 (100,0)	
≥ 10 VXH	0	1 (100,0)	

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các biến chứng CDXH theo phân loại ECASS trên hình ảnh học và lâm sàng với số lượng VXH với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Vị trí vi xuất huyết và mối liên quan đến các loại chuyển dạng xuất huyết theo phân loại ECASS trên hình ảnh học (N=79)

Vị trí VXH	PH (n,%)	HI (n,%)	Không (n,%)	p-values
Dưới lều				
Có	0 (0,0)	3 (42,86)	4 (57,14)	0,454*
Không	7 (9,72)	18 (25,0)	47 (65,28)	
Não sâu				
Có	1 (5,88)	4 (23,53)	12 (70,59)	0,915*
Không	6 (9,68)	17 (27,42)	39 (62,9)	
Thùy não				
Có	1 (7,14)	4 (28,57)	9 (64,29)	1,000*
Không	6 (9,23)	17 (26,15)	42 (64,62)	

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các biến chứng CDXH theo phân loại ECASS trên hình ảnh học với vị trí VXH.

Bảng 3.12. Glasgow và mối liên quan đến các loại chuyển dạng xuất huyết theo phân loại ECASS trên hình ảnh học (N=79)

Glasgow	PH (n,%)	HI (n,%)	Không (n,%)	p-values
Nặng	1 (16,67)	3 (50,0)	2 (33,33)	0,04* OR = 1,66 KTC 0,79 - 3,51
TB	3 (25,0)	1 (8,33)	8 (66,67)	
Nhẹ	3 (4,92)	17 (27,87)	41 (67,21)	

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giữa điểm Glasgow với biến chứng CDXH theo phân loại ECASS với $p = 0,04 < 0,05$. Theo đó, những bệnh nhân có điểm Glasgow được phân loại thấp (nhẹ) hơn một bậc thì có biến chứng CDXH cao gấp 1,66 lần so với nhóm trên cấp đó với khoảng tin cậy 0,79 – 3,51.

Bảng 3.13. Glasgow và mối liên quan các biến chứng chuyển dạng xuất huyết theo phân loại ECASS trên hình ảnh học và lâm sàng (N=79)

Glasgow	sICH+ (n,%)	sICH- (n,%)	p-values
Nặng	1 (33,33)	5 (6,58)	0,02* OR= 5,95 KTC 1,33 – 26,70
TB	2 (66,67)	10 (13,16)	
Nhẹ	0	61 (80,26)	

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giữa điểm Glasgow với sICH với $p = 0,02 < 0,05$. Theo đó, những bệnh nhân có điểm Glasgow được phân loại thấp (nhẹ) hơn một bậc thì có ICH cao gấp 5,95 lần so với nhóm trên cấp đó với khoảng tin cậy 1,33 – 26,70.

Bảng 3.14. NIHSS và mối liên quan các biến chứng chuyển dạng xuất huyết theo phân loại ECASS trên hình ảnh học và lâm sàng (N=79)

NIHSS	sICH+ (n,%)	sICH- (n,%)	p-values
1 - 4	0	9 (11,84)	0,037* OR = 5,46 KTC 1,10 – 19,00
5 - 15	1 (33,33)	49 (64,47)	
16 - 20	0	12 (15,79)	
21 - 42	2 (66,67)	6 (7,89)	

* Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giữa Thang điểm NIHSS với sICH với $p = 0,037$. Theo đó, những bệnh nhân có điểm NIHSS cao hơn một bậc có sICH cao gấp 5,46 lần so với nhóm dưới cấp đó với khoảng tin cậy 1,10 – 19,00.

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi và giới là yếu tố nguy cơ độc lập và thuộc nhóm yếu tố nguy cơ không thay đổi được đối với các bệnh lý tim mạch nói chung và bệnh lý mạch máu não nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng

tôi có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới: lần lượt là 64,56/35,44% (51 nam/ 28 nữ). Sự phân bố theo độ tuổi cho thấy nhóm tuổi dưới 65 tuổi chiếm tỷ lệ 50,63% có 40 trường hợp, nhóm tuổi trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ 49,37% có 39 trường hợp (Bảng 3.1). Hai nhóm tuổi gần tương đương nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Hà Quang Vinh (2018) tại Việt Nam nghiên cứu tỷ lệ VXH não và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân NMN cho kết quả tuổi trung bình nghiên cứu là 66,8 tuổi, 53,2% bệnh nhân có tuổi từ 65 trở lên². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Maria Luisa Capuana và

cộng sự nghiên cứu nguy cơ xuất huyết sau tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch ở bệnh nhân NMN có VXH và bệnh lý chất trắng, nghiên cứu thu thập được 434 bệnh nhân, độ tuổi trung bình 68,3 tuổi, nam giới chiếm 60,8%.⁴

Trong 79 bệnh nhân nghiên cứu có 42 bệnh nhân (53,16%) ở tỉnh khác và có 37 bệnh nhân (46,84%) ở Thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Hà Quang Vinh (2018) cho kết quả có 150 bệnh nhân đến từ nông thôn (60,5%), sống đô thị chiếm (36,7%) và nước ngoài chiếm (2,8%)². Nghiên cứu của tác giả Cao Phi Long (2014) với tỷ lệ bệnh nhân ở vùng nông thôn chiếm ưu thế 63,5% của mẫu nghiên cứu¹. Có sự chênh lệch này bởi vì điều kiện sinh hoạt và thăm khám sức khỏe ở nông thôn có thể kém hơn so với thành thị, việc tiếp cận với y tế hiện đại ở thành phố là vượt trội, nên nhóm bệnh nhân ở thành phố có thể được tầm soát tốt hơn đối với các bệnh lý nói chung, đặc biệt là bệnh lý mạch máu não.

4.2 Đặc điểm vi xuất huyết não ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có điều trị tái thông

Dân số Việt Nam ước tính năm 2021 là 98,32 triệu người, trong đó dân số trẻ chiếm đa số. Tỷ lệ người trên 65 tuổi chiếm 7,7% tổng dân số. ĐQ là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu ở Việt Nam, tỷ lệ mắc và tỷ lệ hiện mắc đột quỵ lần lượt là 161 và 415 trên 100.000 người⁷.

Trong 79 bệnh nhân được chẩn đoán NMN, nghiên cứu phát hiện có 30 bệnh nhân có VXH chiếm tỷ lệ 37,97%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Hà Quang Vinh (2018) nghiên cứu trên 248 bệnh nhân được chẩn đoán NMN có 101 bệnh nhân có VXH chiếm tỷ lệ là 40,7%². Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu tổng hợp của tác giả Andreas Charidimou đánh giá trên 790 bệnh nhân NMN cấp tính được điều

trị bằng phương pháp tiêu huyết khối đường tĩnh mạch có tỷ lệ VXH chung 17,1% (135 bệnh nhân), có 10/135 (7,4%) có biểu hiện XHN có triệu chứng sau khi tiêu huyết khối, so với 29/655 (4,4%) bệnh nhân không VXH⁶. Một nghiên cứu khác về đánh giá VXH và nguy cơ XHN có triệu chứng ở bệnh nhân NMN cấp sau tái thông với phân tích gộp từ 10 nghiên cứu với 2.028 bệnh nhân được gộp lại cho tỷ lệ chung của VXH là 23,3%.

Nghiên cứu của tác giả Võ Hà Quang Vinh (2018) ghi nhận có tất cả 1570 tổn thương VXH được phát hiện trên hình ảnh học CHT sọ não. Vị trí vùng não sâu ghi nhận tỷ lệ VXH nhiều nhất chiếm 56%. Vùng dưới lều chiếm 25%, còn lại là vùng não thùy nông chiếm 19%². Như vậy các tổn thương VXH được ghi nhận nhiều nhất ở vùng não sâu. Nghiên cứu chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Võ Hà Quang Vinh kết luận rằng vị trí vùng não sâu ghi nhận tỷ lệ chiếm nhiều nhất chiếm 17/38 tổng VXH chiếm 44,74%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương đồng hoặc cao hơn như nghiên cứu của Soo (2008) với tỷ lệ VXH được ghi nhận nhiều nhất ở vùng não sâu là 59,8%¹⁰. Nghiên cứu có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu của Potigumjon và cộng sự (2017) tại Thái Lan tỷ lệ vị trí não sâu ghi nhận được chỉ có 30,6%⁹.

Các tổn thương VXH được ghi nhận nhiều ở vùng não sâu trong nghiên cứu cũng có thể lý giải bởi cơ chế bệnh sinh của VXH não, nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu mắc các nguy cơ THA, RLLP, ĐTĐ...không có trường hợp nào được chẩn đoán xác định bệnh mạch máu não dạng bột.

4.3 Đánh giá ảnh hưởng của vi xuất huyết và các yếu tố liên quan chuyển dạng xuất huyết ở bệnh nhân nhồi máu não cấp sau tái thông

Trong nghiên cứu không tìm thấy mối liên

quan có ý nghĩa thống kê giữa giữa số lượng VXH với NMN CDXH với $p = 0,628 > 0,05$. Tuy nhiên y văn cho thấy có mối liên quan giữa số lượng VXH và biến chứng NMN CDXH có thể do trên các bệnh nhân có nhiều VXH thì thành mạch và các nhu mô não dễ bị tổn thương và dễ chảy máu hơn. Chính vì vậy trong các nghiên cứu khác nhau cho thấy ở bệnh nhân có nhiều VXH dễ xảy ra NMN CDXH và tăng nguy cơ XHN sau này.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi tìm thấy được mối liên quan giữa biến chứng NMN CDXH có triệu chứng theo phân loại ECASS với điểm Glasgow với $p = 0,04 < 0,05$, OR = 1,66 (KTC 95%: 0,79 – 3,51) (Bảng 3.18), mối liên quan giữa NMN CDXH có triệu chứng theo phân loại có lâm sàng với điểm Glasgow với $p = 0,02 < 0,05$, OR = 5,95 (KTC 95%: 1,33 – 26,7) kiểm định có tính khuynh hướng và khoảng tin cậy rộng (Bảng 3.19).

Nghiên cứu của Võ Hà Quang Vinh (2018) có kết quả là điểm Glasgow lúc nhập viện trung bình là $14,4 \pm 1,4$. Trong đó có 87,1% bệnh nhân có mức ý thức tốt (14 – 15) khi nhập viện². Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả điểm hôn mê nhẹ (13 – 15 điểm) là 77,22%.

Nighoghossian và cộng sự ban đầu đã báo cáo một loạt trường hợp trong đó mối liên hệ giữa VXH và XHN sau đó được tìm thấy sau các liệu pháp điều trị NMN cấp tính khác nhau (bao gồm thuốc chống huyết khối và làm tan huyết khối tĩnh mạch)⁸, 100 bệnh nhân được thu nhận, trong đó 20 bệnh nhân được phát hiện có một hoặc nhiều VXH trên CHT ban đầu. Chỉ 27 trong số 100 bệnh nhân được điều trị tiêu huyết khối, số còn lại được dùng thuốc chống huyết khối. Một phân tích hồi quy logistic đa biến thuận tập cho thấy VXH, đái tháo đường và thang điểm NIHSS là những yếu tố dự báo độc lập về XHN sau đó.

Kết quả nghiên cứu trên cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi với thang điểm NIHSS chúng tôi phân tích định tính không phân tích định lượng theo các nghiên cứu trên thế giới nhóm cho tỷ lệ cao nhất nhất cũng là nhóm từ 5 – 15 điểm chiếm tỷ lệ 63,79%. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa thang điểm đánh giá đột quỵ NIHSS với NMN CDXH theo phân loại có lâm sàng với $p = 0,037$, OR = 5,46 (KTC 95%: 1,10 – 19,0). Các bệnh nhân có thang điểm NIHSS càng cao thì tỉ lệ biến chứng CDXH càng tăng (Bảng 3.21).

5. KẾT LUẬN

VXH không phải là một yếu tố để trì hoãn các biện pháp can thiệp tái thông trên bệnh nhân NMN cấp có chỉ định can thiệp. Các bệnh nhân có nguy cơ cao mắc nhiều VXH nên được chụp CHT trước can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Phi Phong (2016) “Đánh giá các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não do căn nguyên mạch máu lớn”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 4 (20), 48 – 55.
2. Võ Hà Quang Vinh (2018) “Tỉ lệ vi xuất huyết não và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu não”. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh*,
3. Sagar Buch, Yu-Chung N Cheng, Jiani Hu, Saifeng Liu, John Beaver, Rajasimhan Rajagovindan, et al. (2017) “Determination of detection sensitivity for cerebral microbleeds using susceptibility-weighted imaging”. 30 (4), e3551.

4. M. L. Capuana, S. Lorenzano, M. C. Caselli, M. Paciaroni, D. Toni (2021) "Hemorrhagic risk after intravenous thrombolysis for ischemic stroke in patients with cerebral microbleeds and white matter disease". *Neurol Sci*, 42 (5), 1969-1976.
5. CDC Vietnam (2018) *CDC Global Health*, <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/vietnam/>,
6. Andreas Charidimou, Puneet Kakar, Zoe Fox, David J %J *Journal of Neurology Werring, Neurosurgery, Psychiatry* (2013) "Cerebral microbleeds and the risk of intracerebral haemorrhage after thrombolysis for acute ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis". 84 (3), 277-280.
7. Duy Ton Mai, Ngoc Khue Luong, Trong Khoa Nguyen, Huy Thang Nguyen (2022) "Current State of Stroke Care in Vietnam". *Stroke: Vascular and Interventional Neurology*, 2 (2), Pp. 331.
8. N Nighoghossian, M Hermier, P Adeleine, K Blanc-Lasserre, L Derex, J Honnorat, et al. (2002) "Old microbleeds are a potential risk factor for cerebral bleeding after ischemic stroke: a gradient-echo T2*-weighted brain MRI study". 33 (3), 735-742.
9. A. Potigumjon, A. Watcharakorn, P. A. Dharmasaroja (2017) "Prevalence of Cerebral Microbleeds in Thai Patients with Ischemic Stroke". *J Neurosci Rural Pract*, 8 (2), 216-220.
10. Yannie OY Soo, Song Ran Yang, Wynn WM Lam, Adrian Wong, Yu Hua Fan, Howan HW Leung, et al. (2008) "Risk vs benefit of anti-thrombotic therapy in ischaemic stroke patients with cerebral microbleeds". 255 (11), 1679-1686.