

# Mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa

Relationship between clinical and imaging of recurrent MCA infarction

Nguyễn Thị Huyền<sup>1</sup>, Phan Văn Đức<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai

## Tác giả liên hệ

ThS. Nguyễn Thị Huyền  
Trường Đại học Y Hà Nội

Nhận ngày: 2/3/2024

Chấp nhận đăng ngày: 15/3/2024

Xuất bản online ngày: 25/3/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 77 bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa được điều trị tại trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

**Kết quả:** Liệt vận động nửa người đối bên tổn thương, liệt dây VII trung ương đối bên tổn thương và giảm cảm giác nửa người đối bên tổn thương là các triệu chứng gặp với tỷ lệ cao, chiếm lần lượt là 100%; 90,9% và 77,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức ngay từ đầu chiếm 49,4% số bệnh nhân, 2 bệnh nhân hôn mê sâu khi nhập viện (chiếm 2,6%). Rối loạn ngôn ngữ bao gồm rối loạn ngôn ngữ Broca, rối loạn ngôn ngữ Wernicke và rối loạn ngôn ngữ hỗn hợp chiếm 20/77 bệnh nhân (26,0%). Quay mắt quay đầu, rối loạn cơ tròn, mất chú ý nửa người, bán manh chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,5%; 26,0%; 22,1%; 26,0%. Có 7,8% bệnh nhân có các rối loạn tâm thần và 14,3% bệnh nhân có co giật khi nhập viện; các triệu chứng đau đầu, buồn nôn, nôn chiếm lần lượt 45,5% và 31,2%. Bệnh nhân có triệu chứng tập hợp thành hội chứng Gerstman và hội chứng Anton – Babinski chiếm tỷ lệ thấp: 9,1% và 11,7%. Nhánh động mạch bị tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 với 31 bệnh nhân chiếm 40,2%; các nhánh xiên của động mạch não giữa hay nhánh nhân đậu – thể vân chiếm 32,5%. Chỉ có 4 bệnh nhân tổn thương nhánh M3 – M4 (chiếm 5,2%). Số bệnh nhân tổn thương nhánh M1 có rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8%, không có bệnh nhân tổn thương nhánh sâu nào có rối loạn ý thức. Các triệu chứng lúc vào viện: rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ, quay mắt quay đầu về bán cầu tổn thương có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với vị trí nhánh động mạch não giữa bị tổn thương ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa có triệu chứng lâm sàng đa dạng, tùy thuộc vào nhánh động mạch não giữa bị tổn thương

**Từ khóa:** nhồi máu não, tái phát, động mạch não giữa, hình ảnh học.

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluate the relationship between clinical and imaging of recurrent cerebral infarction due to MCA damaged.

**Subjects and method:** A cross-sectional, descriptive study of 77 patients with recurrent cerebral infarction due to damaged middle cerebral artery treated at the Neurological Center, Bach Mai Hospital from July 2021 to August 2022.

**Results:** Motor paralysis of the hemibody on the opposite side of the injury, paralysis of the central VII nerve on the opposite side of the injury and decreased sensation of the hemibody on the opposite side of the injury are symptoms seen at a high rate, accounting for 100% respectively; 90.9% and 77.9%. The proportion of patients with consciousness disorders from the beginning accounted for 49.4% of patients, 2 patients were in a deep coma when hospitalized (accounting for 2.6%). Language disorders including Broca's language disorder, Wernicke's language disorder and mixed language disorder accounted for 20/77 patients (26.0%). Horizontal eye and head deviation, circular muscle disorders, loss of attention on one side of the body, and hemianopia account for 32.5% respectively; 26.0%; 22.1%; 26.0%. 7.8% of patients had mental disorders and 14.3% of patients had seizures when hospitalized; The symptoms of headache, nausea, and vomiting accounted for 45.5% and 31.2%, respectively. Patients with symptoms

clustered into Gerstman syndrome and Anton - Babinski syndrome account for a low rate: 9.1% and 11.7%. The most damaged arterial branch is the M1 branch with 31 patients, accounting for 40.2%; Oblique branches of the middle cerebral artery or putamen-striatum branches account for 32.5%. Only 4 patients had damage to branches M3 - M4 (accounting for 5.2%). The number of patients with damage to the M1 branch who had consciousness disorders accounted for the highest rate of 33.8%, with no patients with damage to the deep branch having consciousness disorders. Symptoms at hospital admission: consciousness disorders, speech disorders, turning eyes and head to the damaged hemisphere have a statistically significant relationship with the location of the damaged middle cerebral artery branch ( $p < 0.05$ )

**Conclusion:** Recurrent cerebral infarction due to damage to the middle cerebral artery has diverse clinical symptoms, depending on the damaged middle cerebral artery branch.

**Keywords:** cerebral infarction, recurrence, middle cerebral artery, imaging.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não tái phát là tình trạng nhồi máu não xảy ra trên các bệnh nhân đã bị nhồi máu não. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ tái phát thay đổi từ 7%-20% trong 1 năm đến 16%-35% trong 5 năm<sup>1</sup>. Nhồi máu não tái phát gây suy giảm chức năng thần kinh, tăng tỷ lệ tàn phế, tử vong và chi phí điều trị gấp nhiều lần so với nhồi máu não lần đầu. Tại Hoa Kỳ, đột quỵ tái phát chiếm khoảng 25% trong tổng số gần 800.000 trường hợp đột quỵ não. Trong các vùng động mạch chi phối, nhồi máu não tái phát thuộc vùng chi phối của động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất cũng ảnh hưởng nặng nề nhất tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau nhồi

máu não. Động mạch não giữa là nhánh tận lớn nhất của động mạch cảnh trong và cũng là nhánh phức tạp nhất của tuần hoàn trước. Các nhánh của động mạch não giữa cấp máu cho phần lớn bề mặt của bán cầu đại não, phía ngoài của nền sọ và bề mặt trên trong của bán cầu đại não. Các nhánh xuyên quan trọng chi phối cho hạch nền cũng xuất phát từ động mạch não giữa. Động mạch não giữa được chia thành 4 đoạn:<sup>2</sup> Đoạn M1 (đoạn bướm) cấp máu cho vùng sâu, gồm các nhân nền, nhân trước tường, bao trong, bao ngoài, và bao trước ngoài. Đoạn M2 (đoạn đảo) và M3 (đoạn nắp) cấp máu cho thùy đảo (các động mạch thùy đảo), phần trên của hồi não trán dưới và trán ổ mắt (động mạch trán – nền), và vùng nắp thái dương, bao gồm cả hồi ngang của Heschl (các động mạch thái dương). Đoạn M4 (đoạn vỏ) cấp máu cho thùy trán (các động mạch trước trung tâm và rãnh tam giác, động mạch rãnh trung tâm), thùy đỉnh (các động mạch sau trung tâm đỉnh trước và đỉnh sau) và thùy thái dương (các động mạch thái dương trước, giữa và sau). Động mạch thái dương sau còn cấp máu cho một phần thùy chẩm; nhánh động mạch góc là một nhánh tận, cấp máu cho hồi góc. Các vùng vỏ não đặc biệt do động mạch não giữa cấp máu là vùng ngôn ngữ Broca (nhánh nông trên) và Wernicke (nhánh nông dưới). Tại Việt Nam, các nghiên cứu thường tập trung nghiên cứu nhồi máu não tái phát thuộc tất cả các vùng động mạch cấp máu, chưa có nghiên cứu nào đi sâu vào nghiên cứu nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. Do đó để phục vụ cho việc chẩn đoán bệnh sớm, điều trị và dự phòng tái phát cho bệnh nhân tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với mục tiêu: “Nhận xét mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa”

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 77 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa. Điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên

- Lâm sàng:

Thỏa mãn định nghĩa cập nhật về đột quỵ não theo đồng thuận chuyên gia của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội đột quỵ não Hoa Kỳ<sup>3</sup>, nhồi máu hệ thần kinh trung ương là chết tế bào ở não do thiếu máu cục bộ, dựa trên:

Bệnh học, hình ảnh và các bằng chứng khách quan khác của tổn thương thiếu máu cục bộ ở não theo chi phối của mạch máu; hoặc

Bằng chứng lâm sàng tổn thương thiếu máu khu trú ở não dựa trên triệu chứng kéo dài  $\geq 24$  giờ hoặc thậm chí tử vong và loại trừ nguyên nhân khác.

- Cận lâm sàng: Chụp CHT não mạch não có hình ảnh nhồi máu não mới và nhồi máu não cũ.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Lâm sàng có liên quan đến u não, chảy máu não hoặc chấn thương sọ não.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

- Nghiên cứu lâm sàng: đặc điểm lâm sàng lúc vào viện.

- Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng Hình ảnh học cộng hưởng từ não mạch não.

**2.2.4. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:**

Theo chương trình SPSS20.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 3.1.** Các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

STT	Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Đau đầu	35	45,5
2	Buồn nôn, nôn	24	31,2
3	Rối loạn ý thức	38	49,4
4	Liệt vận động nửa người đối bên	77	100
5	Giảm cảm giác nửa người đối bên	60	77,9
6	Liệt dây VII trung ương đối bên	70	90,9
7	Quay mắt quay đầu	25	32,5
8	Rối loạn ngôn ngữ	20	26,0
9	Co giật	11	14,3
10	Mất chú ý nửa người	17	22,1
11	Các rối loạn tâm thần	6	7,8
12	Rối loạn cơ tròn	20	26,0
13	Bán manh	22	28,5
14	Hội chứng Gerstman	7	9,1
15	Hội chứng Anton - Babinski	9	11,7

**Nhận xét:**

- Liệt vận động nửa người đối bên tổn thương, liệt dây VII trung ương đối bên tổn thương và giảm cảm giác nửa người đối bên tổn thương là các triệu chứng gặp với tỷ lệ cao, chiếm lần lượt là 100%; 90,9% và 77,9%.

- Rối loạn ý thức: tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức ngay từ đầu chiếm 49,4% số bệnh nhân, 2 bệnh nhân hôn mê sâu khi nhập viện (chiếm 2,6%).

- Rối loạn ngôn ngữ bao gồm rối loạn ngôn ngữ Broca, rối loạn ngôn ngữ Wernicke và rối loạn ngôn ngữ hỗn hợp chiếm 20/77 bệnh nhân (26,0%).

- Quay mắt quay đầu, rối loạn cơ tròn, mất chú ý nửa người, bán manh chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,5%; 26,0%; 22,1%; 26,0%

- Có 7,8% bệnh nhân có các rối loạn tâm thần và 14,3% bệnh nhân có co giật khi nhập viện; các triệu chứng đau đầu, buồn nôn, nôn chiếm lần lượt 45,5% và 31,2%.

- Bệnh nhân có triệu chứng tập hợp thành hội chứng Gerstman và hội chứng Anton – Babinski chiếm tỷ lệ thấp: 9,1% và 11,7%.

**3.2. Đặc điểm vị trí nhánh của động mạch não giữa bị tổn thương**

**Bảng 3.2.** Vị trí nhánh của động mạch não giữa bị tổn thương

Nhánh động mạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhánh M1	31	40,2
Nhánh M2 nhánh trên	9	11,7
Nhánh M2 nhánh dưới	8	10,4
Nhánh M3 – M4	4	5,2
Nhánh sâu	25	32,5

**Nhận xét:** Nhánh động mạch bị tổn thương nhiều nhất là nhánh M1 với 31 bệnh nhân chiếm 40,2%; các nhánh xiên của động mạch não giữa hay nhánh nhân đậu – thể vân chiếm 32,5%. Chỉ có 4 bệnh nhân tổn thương nhánh M3 – M4 (chiếm 5,2%).

**3.3. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng lúc vào viện và vị trí nhánh động mạch não giữa bị tổn thương**

**Bảng 3.3.** Mối liên quan giữa triệu chứng liệt vận động với vị trí nhánh động mạch tổn thương

Nhánh động mạch tổn thương	Liệt vận động nửa người	
	Liệt không đồng đều	Liệt đồng đều
Nhánh M1	13 (16,9%)	18 (23,3%)
Nhánh M2 nhánh trên	6 (7,8%)	3 (3,9%)
Nhánh M2 nhánh dưới	6 (7,8%)	2 (2,6%)
Nhánh M3 – M4	1 (1,3%)	3 (3,9%)
Nhánh sâu	12 (15,6%)	13 (16,9%)
p = 0,337		

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tính chất liệt vận động với vị trí nhánh động mạch tổn thương (p = 0,337).

**Bảng 3.4.** Mối liên quan giữa rối loạn ý thức với vị trí nhánh động mạch tổn thương

Vị trí nhánh động mạch tổn thương	Rối loạn ý thức	
	Có	Không
Nhánh M1	26 (33,8%)	5 (6,4%)
Nhánh M2 nhánh trên	7 (9,1%)	2 (2,6%)
Nhánh M2 nhánh dưới	3 (3,9%)	5 (6,5%)
Nhánh M3 – M4	1 (1,3%)	3 (3,9%)
Nhánh sâu	1 (1,3%)	24 (31,2%)
p = 0,000		

**Nhận xét:** Số bệnh nhân tổn thương nhánh M1 có rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8%, không có bệnh nhân tổn thương nhánh sâu nào có rối loạn ý thức. Giá trị p < 0,05, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn ý thức với vị trí nhánh động mạch não giữa bị tổn thương.

**Bảng 3.5.** Mối liên quan giữa rối loạn ngôn ngữ với vị trí nhánh động mạch tổn thương

Vị trí nhánh động mạch tổn thương	Rối loạn ngôn ngữ	
	Có	Không
Nhánh M1	10 (13,0%)	21 (27,2%)
Nhánh M2 nhánh trên	4 (5,2%)	4 (5,2%)
Nhánh M2 nhánh dưới	4 (5,2%)	5 (6,5%)
Nhánh M3 – M4	1 (1,3%)	3 (3,9%)
Nhánh sâu	1 (1,3%)	24 (31,2%)
p = 0,008		

**Nhận xét:** Trong 20 bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ, số bệnh nhân tổn thương nhánh M1 chiếm tỷ lệ cao nhất 13,0%, tổn thương các nhánh sâu chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,3%. Giá trị p bằng 0,008 (< 0,05), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, có mối liên quan giữa triệu chứng rối loạn ngôn ngữ với vị trí nhánh động mạch tổn thương.

**Bảng 3.6.** Mối liên quan giữa triệu chứng quay mắt quay đầu về bán cầu tổn thương với vị trí nhánh động mạch tổn thương

Vị trí nhánh động mạch tổn thương	Quay mắt quay đầu	
	Có	Không
Nhánh M1	16 (20,8%)	15 (19,4%)
Nhánh M2 nhánh trên	5 (6,5%)	4 (5,2%)
Nhánh M2 nhánh dưới	3 (3,9%)	5 (6,5%)
Nhánh M3 – M4	1 (1,3%)	3 (3,9%)
Nhánh sâu	0 (0%)	25 (32,5%)
p = 0,000		

**Nhận xét:** Trong 25 bệnh nhân có triệu chứng quay mắt quay đầu về bán cầu tổn thương, số bệnh nhân có tổn thương nhánh M1 chiếm tỷ lệ cao nhất (20,8%), nhánh M2 trên và nhánh M2 dưới chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,5% và 3,9%. Có mối liên quan giữa triệu chứng quay mắt quay đầu về bán cầu tổn thương với vị trí nhánh động mạch não giữa (p < 0,05).

**Bàn luận**

Liệt vận động nửa người đối bên tổn thương, liệt dây VII trung ương đối bên tổn thương và giảm cảm giác nửa người đối bên tổn thương là các triệu chứng gặp với tỷ lệ cao, chiếm lần lượt là 100%; 90,9% và 77,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương có 99% bệnh nhân vào viện có liệt nửa người,<sup>4</sup> nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long cho thấy có 96,6% bệnh nhân liệt nửa người lúc khởi phát và 98,2% bệnh nhân liệt nửa người giai đoạn toàn phát.<sup>5</sup> Đặc điểm lâm sàng này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của

nhiều tác giả tổn thương chủ yếu thuộc khu vực cấp máu của động mạch não giữa nên triệu chứng của bán cầu đại não chiếm ưu thế. Như vậy triệu chứng liệt vận động nửa người là triệu chứng thường gặp nhất. Nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa nói chung, triệu chứng liệt vận động nửa người có thể đồng đều và toàn bộ nếu tổn thương các nhánh sâu hoặc tổn thương động mạch não giữa toàn bộ; cũng có thể liệt vận động nửa người ưu thế tay mặt nặng hơn chân nếu tổn thương các nhánh nông; bên cạnh triệu chứng liệt còn kết hợp các triệu chứng của tổn thương các chức năng cao cấp của bán cầu đại não. Khác với nhồi máu não do tổn thương động mạch não trước, có thể chỉ liệt một chân hoặc liệt nửa người nhưng chân nặng hơn tay, hay nhồi máu não do hệ tuần hoàn sau thường có hội chứng giao bên hoặc hội chứng khóa trong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức ngay từ đầu chiếm 49,4% số bệnh nhân. Một

nửa số bệnh nhân không có rối loạn ý thức khi nhập viện, 2 bệnh nhân hôn mê sâu khi nhập viện (chiếm 2,6%). Nghiên cứu về nhồi máu não ác tính động mạch não giữa của Phan Bảo Trung cho thấy có 39,3% bệnh nhân có mức ý thức tốt (Glasgow 13 – 15 điểm), 19,6% bệnh nhân hôn mê sâu (Glasgow  $\leq$  8 điểm).<sup>6</sup> Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu về nhồi máu não nói chung như trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Long, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức giai đoạn toàn phát cao hơn với 79,1% trong đó có đến 33,6% có mức điểm Glasgow  $\leq$  9 điểm;<sup>5</sup> nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huyền, tỷ lệ NMN tái phát có mức điểm Glasgow  $\leq$  9 điểm chiếm 27,1%;<sup>4</sup> điều này có thể do tỷ lệ bệnh nhân trong các nghiên cứu này có vùng tổn thương rộng ngoài động mạch não giữa. Rối loạn ý thức ở bệnh nhân NMN do tổn thương động mạch não giữa trong những ngày đầu thường do phù não tiến triển, dẫn đến tăng áp lực nội sọ và gây thoát vị trên lều, tụt kẹt hồi hải mã và thoát vị dưới liềm đại não. Sự suy giảm ý thức trên lâm sàng xảy ra điển hình trong vòng 48 – 72 giờ. Khác với rối loạn ý thức trong nhồi máu não hệ động mạch sống – nền (thường trong trường hợp tắc hoàn toàn động mạch thân nền), thường xảy ra đột ngột ngay từ đầu, bệnh nhân đi vào hôn mê sâu thậm chí tử vong sớm hơn. Nguyễn Minh Hiện cho rằng điểm Glasgow dưới 9 là yếu tố tiên lượng tử vong cho bệnh nhân nhồi máu não. Bệnh nhân rối loạn ý thức càng nặng thì các biến chứng như viêm phổi, loét do tỳ đè, nhiễm khuẩn tiết niệu,... càng tăng lên làm bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn. Chi phí điều trị tăng cao, thời gian nằm tại bệnh viện của bệnh nhân kéo dài và bệnh nhân có thể tử vong vì suy hô hấp, suy kiệt. Như vậy bệnh nhân NMN tái phát nói chung và NMN tái phát do tổn thương ĐM não giữa nói riêng tổn thương nặng nề hơn và tiên

lượng xấu hơn so với NMN lần đầu. Rối loạn ngôn ngữ bao gồm rối loạn ngôn ngữ Broca, rối loạn ngôn ngữ Wernicke và rối loạn ngôn ngữ hỗn hợp chiếm 20/77 bệnh nhân (26,0%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huyền cho thấy có 79,2% bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ ở nhóm bệnh nhân tái phát nhồi máu não.<sup>4</sup> Theo nhóm tác giả Nguyễn Văn Long, tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ chiếm 60,9%.<sup>5</sup> Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước có thể là do cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi nhỏ hơn các nghiên cứu khác. Rối loạn ngôn ngữ xảy ra khi tổn thương quanh khe Sylvius liên quan đến các nhánh của động mạch não giữa. Đây là rối loạn nhận thức chính của đột quỵ não bán cầu ưu thế, có tác động rõ rệt đến chất lượng cuộc sống, tự chủ hoạt động và khả năng quay trở lại công việc hoặc các hoạt động trước đó của bệnh nhân. Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ thường không gặp trong nhồi máu não do tổn thương động mạch não trước hoặc nhồi máu não hệ động mạch sống – nền. Có 7,8% bệnh nhân có các rối loạn tâm thần và 14,3% bệnh nhân có co giật khi nhập viện. Theo Nguyễn Thị Thu Huyền, triệu chứng co giật gặp ở số bệnh nhân không nhiều nhưng chênh lệch rất nhiều ở hai nhóm 11,98 lần giữa tái đột quỵ NMN và NMN lần đầu.<sup>4</sup> Động mạch não giữa nuôi dưỡng cả vùng vỏ não và vùng sâu trong não, các nhân xám trung ương. Động kinh do tổn thương vùng vỏ não hơn là dưới vỏ. Với nhồi máu não lần đầu, tế bào bị mất chức năng hoàn toàn, ít gây ra cơn động kinh trong giai đoạn cấp. Tuy nhiên, với nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa, tổn thương thường rộng và nhiều ổ và chủ yếu vùng vỏ não, kết hợp với tình trạng động kinh sau nhồi máu não lần đầu, nên triệu chứng co giật xảy ra cao hơn. Quay mắt quay đầu về bên tổn thương, rối loạn cơ

tròn, mất chú ý nửa người, bán manh chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,5%; 26,0%; 22,1%, 28,5%. Trái ngược với hầu hết các nhồi máu não dưới lều, quay mắt quay đầu trong nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa không thể khắc phục bằng phẫu thuật – tiền đình. Quay mắt quay đầu về bên bán cầu tổn thương và mất chú ý nửa người là những triệu chứng điển hình gợi ý tổn thương vỏ não. Bệnh nhân có triệu chứng tập hợp thành hội chứng Gertsman và hội chứng Anton – Babinski chiếm tỷ lệ thấp: 9,1% và 11,7%. Đây là hai hội chứng điển hình của nhồi máu não do tổn thương động mạch não giữa.

Chúng tôi đi sâu phân tích mối liên quan của một số đặc điểm lâm sàng điển hình của nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa và chiếm tỷ lệ cao: rối loạn ý thức, liệt vận động, rối loạn ngôn ngữ, quay mắt quay đầu sang bán cầu tổn thương với đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ mạch máu não cụ thể là vị trí nhánh của động mạch não giữa tổn thương. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, các triệu chứng rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ, quay mắt quay đầu có mối liên quan với vị trí nhánh động mạch não giữa bị tổn thương.

### 3. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 77 bệnh nhân nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa chúng tôi có kết luận: nhồi máu não tái phát do tổn thương động mạch não giữa có triệu chứng lâm

sàng đa dạng, tùy thuộc vào nhánh động mạch não giữa bị tổn thương

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mohan KM, Wolfe CDA, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP. Risk and Cumulative Risk of Stroke Recurrence. *Stroke*. 2011;42(5):1489-1494.
2. Nguyễn Bá Thắng. Tuổi máu não và tương quan với tổn thương tuổi máu não. *Nhà Xuất Bản Y Học*. Published online 2011:20.
3. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca
4. Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương. *Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Hình Ảnh Học Thần Kinh và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ ở Bệnh Nhân Tái Đột Quy Nhồi Máu Não*. Luận án tiến sĩ y học. 2012.
5. Nguyễn Văn Long. *Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Một Số Nguy Cơ ở Bệnh Nhân Nhồi Máu Não Tái Phát Sớm*. Luận văn chuyên khoa cấp II. 2019.
6. Phan Bảo Trung. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hình ảnh học và kết quả điều trị hội chứng động mạch não giữa ác tính tại bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2017.