

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH 128 DẪY VÀ SIÊU ÂM DOPPLER XUYÊN SỌ Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN

Phan Hà An¹, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Nguyễn Mạnh Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, mô tả cắt ngang được thực hiện trên 32 bệnh nhân chảy máu dưới nhện điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,12 ± 14,33. Tỷ lệ nam/nữ là 1/3. Triệu chứng toàn phát nhức đầu thường gặp nhất (100%), buồn nôn và nôn (75%), gáy cứng và dấu hiệu kernig (68,8%), rối loạn ý thức (31,2%), co giật (6,2%), liệt nửa người (6,2%). Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, trong đó bệnh cảnh thường gặp nhất là đau đầu phối hợp nôn – buồn nôn, gáy cứng, dấu hiệu kernig chiếm 31,2%. Mức độ nặng lâm sàng đánh giá bằng thang điểm Hunt và Hess thường gặp nhất là mức độ 2 (56,5%), tiếp đó là mức độ 3 (25%), mức độ 1 (12,5%), mức độ 4 (6,2%). Đánh giá trên cận lâm sàng bằng thang điểm Fisher nhận thấy mức độ hay gặp nhất là Fisher 4 (37,5%). Hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy cho thấy chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não chiếm 65,6%, trong đó vỡ phình hình túi chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,9%, vỡ phình hình thoi chiếm tỷ lệ ít hơn là 19,1%, chưa ghi nhận trường hợp chảy máu dưới nhện do thông động tĩnh mạch não. Nghiên cứu cho thấy co thắt mạch phát hiện bằng siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng và không đặc hiệu, triệu chứng đau đầu gặp trong tất cả bệnh nhân (100%), bên cạnh đó, buồn nôn và nôn (75%), gáy cứng và dấu hiệu kernig (68,8%), rối loạn ý thức (31,2%). Thang điểm Hunt và Hess đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng thường gặp nhất là 2, tuy nhiên mức độ nặng trên cận lâm sàng đánh giá bằng thang điểm Fisher thường gặp nhất là 4. Chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não chiếm 65,6%, đa số là phình hình túi. Co thắt mạch gặp ở 50% bệnh nhân vào ngày thứ 6 đến ngày thứ 8 của bệnh phát hiện bằng siêu âm doppler xuyên sọ

Từ khóa: Chảy máu dưới nhện, lâm sàng, cận lâm sàng, cắt lớp vi tính đa dãy, siêu âm doppler xuyên sọ

SUMMARY

CLINICAL, 128-SLICE COMPUTED

¹Đại học Y Hà Nội,

²Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hà An

Email: phanhaan2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 22.9.2022

TOMOGRAPHY AND TRANSCRANIAL DOPPLER ULTRASOUND IMAGING IN SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with cerebral venous thrombosis. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was performed on 32 patients with subarachnoid hemorrhage treated at the Neurology Center, Bach Mai Hospital from June 2021 to July 2022. **Results:** The mean age of the study group was 55.12 ± 14.33. The male/female ratio is 1/3. The most common symptoms were headache (100%), nausea and vomiting (75%), neck stiffness and kernig's sign (68.8%), confusion (31.2%), convulsions (6.2%), hemiplegia (6.2%). The clinical picture is diverse, in which the most common symptom is headache combined with vomiting - nausea, stiff neck, kernig sign accounting for 31.2%. The most common clinical severity assessed by the Hunt and Hess scale is level 2 (56.5%), followed by level 3 (25%), level 1 (12.5%), and level 4 (6.2%). Evaluation on clinical examination by Fisher's scale found that the most common level was Fisher 4 (37.5%). The 128-slice computed tomography image showed that subarachnoid hemorrhage caused by ruptured cerebral aneurysm accounted for 65.6%, of which ruptured saccular aneurysms accounted for the highest rate of 80.9%, and ruptured fusiform aneurysms accounted for a small percentage of 19.1%, no case of subarachnoid hemorrhage due to arteriovenous malformation has been recorded. The study showed that vasospasm detected by transcranial doppler ultrasound was highest at the second time performed within 6-8 days after symptom onset with a rate of 50%. Vasospasm detected at the first ultrasound examination was 18.7%, the third ultrasound examination was 12.5%. **Conclusion:** The clinical symptoms of the disease are varied and non-specific, headache symptom is seen in all patients (100%), besides, nausea and vomiting (75%), stiff neck and kernig sign (68.8%), consciousness disorder (31.2%). The most common Hunt and Hess score for assessing clinical severity is 2, but the most common subclinical severity assessed by Fisher score is 4. Subarachnoid hemorrhage due to ruptured cerebral aneurysm accounts for 65.6%, mostly saccular aneurysms. Vasospasm occurs in 50% of patients on day 6 to day 8 after symptom onset detected by transcranial doppler ultrasound.

Keywords: Subarachnoid hemorrhage, clinical, subclinical, multislice computed tomography, transcranial doppler ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện là chảy máu giữa màng nhện và màng mềm. Chảy máu dưới nhện là một chẩn đoán lâm sàng nguy hiểm với nguy cơ tử vong và tàn tật cao. Tuy nhiên triệu chứng

lâm sàng của chảy máu dưới nhện rất đa dạng và không điển hình, có thể bị bỏ qua chẩn đoán hoặc chẩn đoán sai với các đau đầu nguyên phát thông thường hoặc viêm màng não. Chảy máu dưới nhện không do chấn thương thường gặp nhất nguyên nhân do vỡ túi phình chiếm đến 80%.¹ Tần suất chẩn đoán nhầm chảy máu dưới nhện trong các nghiên cứu khác nhau có thể gặp từ 12% đến 51%.² Tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện phụ thuộc phần lớn vào khả năng chẩn đoán sớm và can thiệp sớm. Chẩn đoán muộn hoặc bỏ sót chẩn đoán là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tăng tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn tật, chi phí điều trị, gánh nặng bệnh tật tại các quốc gia. Thiếu máu não cục bộ muộn là một trong những biến chứng thần kinh đáng ngại nhất sau chảy máu dưới nhện. Nguyên nhân phổ biến nhất của thiếu máu não cục bộ muộn sau chảy máu dưới nhện được cho là co thắt mạch.³

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy và siêu âm doppler xuyên sọ ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi- giới tính	Nam	Nữ	Chung
	n=8 (25%)	n=24 (75%)	n=32 (100%)
Tuổi trung bình (khoảng tuổi)	46,0 ± 11,8 (37 – 63 tuổi)	58,2 ± 14,2 (36-81 tuổi)	55,1 ± 14,3 (36-81 tuổi)
Phân bố theo nhóm tuổi	36-45	6 (18,7)	10 (31,2)
	46-55	0 (0)	10 (31,2)
	56-65	2 (6,2)	8 (2,0)
	>65	0 (0)	4 (12,5)

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 55,1 ± 14,3, tuổi trẻ nhất là 36 và lớn nhất là 81. Tuổi trung bình mắc ở nam là 46,0 ± 11,8 thấp hơn tuổi trung bình mắc ở nữ 55,1 ± 14,3. Phân bố nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất là 36-45 và 46-55 với cùng tỷ lệ là 31,2%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/3.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy và hình ảnh siêu âm doppler xuyên sọ của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng toàn phát chảy máu dưới nhện

Bảng 2: Triệu chứng giai đoạn toàn phát

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 32)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	32	100.0
Buồn nôn và nôn	24	75

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán xác định chảy máu dưới nhện điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

+ Chẩn đoán xác định bằng lâm sàng khởi phát đột ngột, dữ dội với các dấu hiệu màng não
+ Chẩn đoán xác định cận lâm sàng bằng cắt lớp vi tính sọ não có hình ảnh tăng tỷ trọng dạng máu ở khoang dưới nhện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Chảy máu dưới nhện do chấn thương
+ Bệnh nhân có chống chỉ định chụp cắt lớp vi tính 128 dãy
+ Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 16.

Gáy cứng	22	68,8
Dấu hiệu Kernig	22	68,8
Rối loạn ý thức	10	31.2
Cơ giật	2	6.2
Liệt nửa người	2	6.2

Nhận xét: Trong các triệu chứng giai đoạn toàn phát, đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 100%. Buồn nôn và nôn ít gặp hơn với tỷ lệ 75%. Gáy cứng và dấu hiệu kernig gặp ở 68,8% bệnh nhân. Ít gặp nhất là triệu chứng co giật và liệt nửa người gặp ở 6,2 % số đối tượng nghiên cứu.

3.2.2. Thang điểm Hunt and Hess

Bảng 3: Thang điểm Hunt and Hess

Phân độ Hunt-Hess	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	4	12,5

Độ 2	18	56,2
Độ 3	8	25
Độ 4	2	6,2
Độ 5	0	0

Nhận xét: Hunt-Hess độ 2 thường gặp nhất với tỷ lệ 56,2%, lần lượt tiếp theo là độ 3 (25%), độ 1 (12,5%), độ 4 (6,2%), không có trường hợp nào độ 5

3.2.3. Thang điểm Fisher

Bảng 4: Thang điểm Fisher

Thang điểm Fisher	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	10	31,2
Độ 2	4	12,5
Độ 3	6	18,8
Độ 4	12	37,5

Nhận xét: Trên phim cắt lớp vi tính sọ não, mức độ fisher thường gặp nhất là độ 4 với tỷ lệ 37,5%, tiếp theo đó là độ 1 (31,2%), độ 3 (18,8%), ít gặp nhất là độ 2 với 12,5%

3.2.4. Hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy

Bảng 5: Hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy bệnh nhân chảy máu dưới nhện

Vị trí túi phình	Phình hình túi	Phình hình thoi	Thông động tĩnh mạch	Tổng (n=32)
Động mạch não giữa	3	1	0	4
Động mạch não trước	4	0	0	4
Động mạch não sau	2	0	0	2
Động mạch thân nền	0	1	0	1
Động mạch đốt sống	0	2	0	2
Động mạch thông trước	6	0	0	6
Động mạch thông sau	2	0	0	2
Tổng	17	4	0	21 (65,6%)

Nhận xét: Trên phim cắt lớp vi tính sọ não 128 dãy, chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não chiếm 65,6%, trong đó vỡ phình hình túi chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,9%, vỡ phình hình thoi chiếm tỷ lệ ít hơn là 19,1%, chưa ghi nhận trường hợp chảy máu dưới nhện do thông động tĩnh mạch.

3.4.5. Hình ảnh siêu âm doppler xuyên sọ ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện

Bảng 6. Hình ảnh siêu âm doppler xuyên sọ ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện

Siêu âm doppler xuyên sọ	Lần 1 (3-5 ngày)		Lần 2 (6-8 ngày)		Lần 3 (9-14 ngày)	
	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Co thắt	6	18,7	16	50	4	12,5
Không co thắt	26	81,3	16	50	28	87,5
Tổng	32	100	32	100	32	100

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy co thắt mạch phát hiện bằng siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%.

Triệu chứng lâm sàng gia đoạn toàn phát của bệnh nhân chảy máu dưới nhện tương đối đa dạng, đau đầu là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân (100%), buồn nôn và nôn ít gặp hơn với tỷ lệ 75%. Gây cứng và dấu hiệu kernig gặp ở 68,8% bệnh nhân. Ít gặp nhất là triệu chứng co giật và liệt nửa người gặp ở 6,2% số đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Võ Hồng Khôi năm 2012 trên 316 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ đau đầu là 97,5%, gáy cứng là 96,8%, dấu Kernig 94,9%, sốt 92,4%, nôn và buồn nôn 25,3%, rối loạn ý thức 13,6%, liệt nửa người 8,5%, ngoài ra có một số triệu chứng khác chúng tôi không quan sát thấy trong nghiên cứu lần này như cơn động kinh, rối loạn cơ tròn, liệt VII Trung ương.⁴ Hunt-Hess độ 2 thường gặp nhất với tỷ lệ 56,2%, lần lượt tiếp theo là độ 3 (25%), độ 1 (12,5%), độ 4 (6,2%), không có trường hợp nào độ 5. Trên phim cắt lớp vi tính sọ não, mức độ fisher thường gặp nhất là độ 4

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân có chẩn đoán chảy máu dưới nhện điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022. Tuổi trung bình là 55,1 ± 14,3, tuổi trẻ nhất là 36 và lớn nhất là 81. Tuổi trung bình mắc ở nam là 46,0 ± 11,8 thấp hơn tuổi trung bình mắc ở nữ 55,1 ± 14,3. Phân bố nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất là 36-45 và 46-55 với cùng tỷ lệ là 31,2%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/3. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Thịnh và cộng sự, của Võ Hồng Khôi và cộng sự.^{4,5}

với tỷ lệ 37,5%, tiếp theo đó là độ 1 (31,2%), độ 3 (18,8%), ít gặp nhất là độ 2 với 12,5%.^{4,6} Kết quả khác biệt có thể giải thích bằng việc cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, qua đây có thể thấy một số triệu chứng lâm sàng như đau đầu, gáy cứng, dấu kernig rất có giá trị trong chẩn đoán chảy máu dưới nhện

Co thắt mạch phát hiện bằng siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước.^{4,7}

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, triệu chứng toàn phát đau đầu gặp trong tất cả bệnh nhân (100%), bên cạnh đó, buồn nôn và nôn (75%), gáy cứng và dấu hiệu kernig (68,8%), rối loạn ý thức (31,2%). Các triệu chứng đau đầu, nôn, gáy cứng và dấu kernig rất có giá trị trong chẩn đoán chảy máu dưới nhện. Thang điểm Hunt và Hess đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng thường gặp nhất là 2, tuy nhiên không tương đồng với mức độ nặng trên cận lâm sàng đánh giá bằng thang điểm Fisher thường gặp nhất là 4, qua đó có thể thấy mức độ chảy máu không tương đồng với mức độ trầm trọng biểu hiện lâm sàng. Co thắt mạch phát hiện bằng

siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rowland LP, Pedley TA. Merritt's Neurology. 12th Edition.; 2010.
2. Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, et al. Initial Misdiagnosis and Outcome After Subarachnoid Hemorrhage. JAMA. 2004;291(7):866-869. doi:10.1001/jama.291.7.866
3. Rabinstein AA, Friedman JA, Weigand SD, et al. Predictors of Cerebral Infarction in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Stroke. 2004;35(8):1862-1866. doi:10.1161/01.STR.0000133132.76983.8e
4. Khôi VH. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Doppler xuyên sọ và cắt lớp vi tính 64 dãy ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện. Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2012.
5. Thịnh LV. Hình ảnh Doppler xuyên sọ trong chẩn đoán co thắt mạch máu não do chảy máu dưới nhện. Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai năm 2002. 2002;(2):310-313.
6. Thịnh LV, Khôi VH. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng, Nguyên Nhân và Hướng Xử Trí Một Số Biến Chứng Của Chảy Máu Dưới Nhện. 2010.
7. Sekhar LN, Wechsler LR, Yonas H, Luyckx K, Obrist W. Value of transcranial Doppler examination in the diagnosis of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery. 1988;22(5):813-821. doi:10.1227/00006123-198805000-00002.

TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Quỳnh Nga*, Phan Thị Huyền Ninh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 132 trẻ sơ sinh đẻ non dưới 32 tuần được xét nghiệm nồng độ 25-(OH)D huyết thanh lúc 3 đến 4 tuần tuổi tại Trung tâm sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022. Tất cả trẻ trong đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm đủ vitamin D (nồng độ 25-(OH)D \geq 50nmol/l) và nhóm không đủ

vitamin D (nồng độ 25-(OH)D <50nmol/l). **Kết quả:** Tỷ lệ không đủ vitamin D là 54,5%. Có sự khác biệt giữa nồng độ Calci toàn phần, Phospho và Alkaline Phosphatase (ALP) trong máu giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tuổi thai không liên quan đến tình trạng không đủ vitamin D. Nồng độ 25-(OH)D thấp hơn đáng kể ở các nhóm có mẹ mắc bệnh lý, nhiễm nấm, loạn sản phế quản phổi, vấn đề tại đường tiêu hóa và suy giáp. **Kết luận:** Tỷ lệ không đủ vitamin D ở trẻ đẻ non còn tương đối cao. Bệnh lý của mẹ trong thời kỳ mang thai, nhiễm nấm, loạn sản phế quản phổi, vấn đề tại đường tiêu hóa và suy giáp làm tăng nguy cơ thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non.

Từ khóa: Thiếu vitamin D, trẻ đẻ non, 25-hydroxyvitamin D.

SUMMARY

VITAMIN D DEFICIENCY IN PRETERM INFANTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

*Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Huyền Ninh

Email: Phanhuyenninh1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 27.9.2022