

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TUỔI MÁU NÃO TRONG CHỌN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐỂ TÁI THÔNG ĐỘNG MẠCH

Huỳnh Lê Anh Vũ, Nguyễn Bùi Việt Cường, Hà Phương Diễm- Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Nhồi máu não là căn bệnh phổ biến, mỗi năm có thêm 17 triệu ca trên toàn cầu. Trong đó 6 triệu trường hợp tử vong, 5 triệu người sống sót với các di chứng tàn tật vĩnh viễn, đứng hàng thứ 2 nguyên nhân gây tàn phế. Trước 2018, việc điều trị đặc hiệu để cứu mô não bị nhồi máu phụ thuộc chính vào mốc thời gian mắc bệnh, được tiêu sợi huyết nếu trước 3-4,5 giờ và can thiệp mạch lấy huyết khối nếu trước 6-8 giờ. Tuy nhiên, phương thức này có một số bất cập. Từ năm 2018, có nhiều bằng chứng mạnh mẽ cho phép mở rộng cửa sổ điều trị can thiệp mạch lấy huyết khối lên tới 24 giờ nếu có minh chứng hình ảnh học về lõi nhồi máu và diện vùng nguy cơ nhồi máu. Chụp cắt lớp vi tính tưới máu não cho phép nhận diện được các vùng này, do đó giúp lựa chọn bệnh nhân can thiệp tái thông dòng chảy chuẩn xác hơn so với dựa mốc thời gian. **Đối tượng nghiên cứu:** 62 trường hợp được chẩn đoán nhồi máu não cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, cần xác định lõi nhồi máu và vùng thiếu máu nguy cơ nhồi máu. **Thời gian nghiên cứu:** từ 4/2019 đến 5/2021. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Phân tích đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính tưới máu não ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. 2) Nhận xét vai trò của cắt lớp vi tính tưới máu não trong lựa chọn bệnh nhân nhồi máu não cấp để tái thông động mạch. **Kết quả:** tuổi trung bình là $68 \pm 12,13$, bệnh nhân > 50 tuổi chiếm 95,2%. Nam giới gặp 66,1%, nữ giới là 33,9. Nhồi máu ở vùng cấp máu của động mạch não giữa là 96,8%, của hệ động mạch sừng nền là 3,2%. Hẹp, tắc gặp 50% ở M1, 6,5% ở đoạn đầu M2 động mạch não giữa, 19,4% ở cảnh trong đoạn nội sọ. Vùng thiếu máu gặp 90% ở M2, 85% ở M5, M6, 71,7% ở M1, vỏ thùy đảo. Ít gặp nhất, tại đầu nhân đuôi 31,7%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Lõi nhồi máu xuất hiện thấp nhất tại bao trong (23,1%) và cao nhất tại M5 (76,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm ASPECTS 1-6 điểm với 7-9 điểm của lõi nhồi máu động mạch não giữa không khác biệt theo cửa sổ thời gian < 6 giờ và 6-24 giờ. Thể tích trung bình của lõi nhồi máu $64,4 \pm 60,7$ ml, vùng nguy cơ nhồi máu là $128,1 \pm 70,8$ ml. Tỷ lệ giữa thể tích lõi và thể tích vùng nguy cơ nhồi máu có $18,3\% \leq 0,5$, $1,7\% < 1$ và $8,3\% \geq 1$ ở giai đoạn < 6 giờ; có $38,3\% \leq 0,5$, $20\% < 1$ và $13,3\% \geq 1$ ở giai đoạn 6-24 giờ. Các thông số tưới máu trực tiếp của vùng lõi, nguy cơ nhồi máu phân bố ở giai đoạn < 6 giờ với 6-24 giờ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong chọn đối tượng can thiệp qua thang điểm ASPECTS, cắt lớp vi tính không đối quang có độ phù hợp Kappa = 0,3-0,4 so với cắt lớp vi tính tưới máu não; qua thang điểm ASPECTS có độ phù hợp Kappa = 0,57 so với qua thể tích lõi nhồi máu trên cắt lớp vi tính tưới máu não. Cắt lớp vi tính tưới máu não chọn được 20% trường hợp giai đoạn 6-24 giờ tính từ khởi phát đủ điều kiện can thiệp mạch lấy huyết khối. **Kết luận:** Nhồi máu ở vùng cấp máu của ĐM não giữa là chủ yếu. Hẹp, tắc gặp phần lớn ở M1 động mạch não giữa. Vùng thiếu máu gặp 90% ở M2, ít gặp nhất là tại đầu nhân đuôi. Lõi nhồi máu xuất hiện thấp nhất ở bao trong và cao nhất tại M5. Trong chọn đối tượng can thiệp qua thang điểm ASPECTS, cắt lớp vi tính không đối quang có độ phù hợp yếu so với cắt lớp vi tính tưới máu não; qua thang điểm ASPECTS có độ phù hợp trung bình so với qua thể tích lõi nhồi máu trên cắt lớp vi tính tưới máu não. Cắt lớp vi tính tưới máu não chọn được thêm 20% trường hợp đủ điều kiện can thiệp mạch lấy huyết khối so với cách lựa chọn dựa vào mốc thời gian. **Kiến nghị:** Cần áp dụng kỹ thuật cắt lớp vi tính tưới máu não thường quy cho các trường hợp nhồi máu não cấp đến muộn hơn 6 giờ hoặc không rõ thời gian khởi phát.