

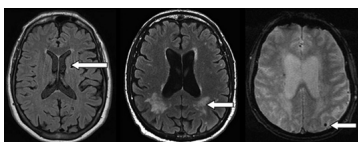
Bs CKII Trần Lâm -

Giới thiệu: Bệnh mạch máu não thềm lồi (silent cerebrovascular disease) hay còn gọi là Đột quỵ thềm lồi (silent stroke), là cơn đột quỵ không có bất kỳ triệu chứng bên ngoài nào liên quan đến đột quỵ, và bệnh nhân thường không biết mình đã bị đột quỵ. Trong một nghiên cứu lớn của Mayo vào năm 1998, ước tính có gần 12 triệu người bị đột quỵ, khoảng 770.000 ca trong số này có triệu chứng và 11 triệu ca là đột quỵ thềm lồi được phát hiện trên MRI. Như vậy, tỷ lệ đột quỵ thềm lồi vượt quá tỷ lệ đột quỵ có triệu chứng [1,3].

Sau hơn 2 thập kỷ nghiên cứu, người ta nhận thấy đột quỵ thềm lồi gặp khá phổ biến; mặc dù không gây ra các triệu chứng điển hình, nhưng một cơn đột quỵ thềm lồi vẫn khiến bệnh nhân tăng nguy cơ biến chứng máu não cục bộ thoáng qua (TIA), đột quỵ lớn và sa sút trí tuệ trong tương lai. Đột quỵ thềm lồi thường do các tổn thương não nhỏ được phát hiện thông qua việc sử dụng hình ảnh học thần kinh như MRI. Do tỷ lệ mắc bệnh cao nên đột quỵ thềm lồi là phát hiện tình cờ thường gặp nhất trên hình ảnh MRI não [2].

Nguy cơ đột quỵ thềm lồi tăng lên theo tuổi nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến người trẻ tuổi. Phần lớn đột quỵ não có triệu chứng nguy cơ bị đột quỵ thềm lồi.

3 biểu hiện của bệnh cơn đột quỵ thềm lồi là nhồi máu não thềm lồi, tổn thương chất trắng do nguyên nhân mạch máu, và chảy máu não vi thể [1] (hình 1).



Hình 1: Nhồi máu não thềm lồi (trái), tăng tín hiệu chất trắng (giữa) và chảy máu não vi thể (phải) trên hình ảnh MRI não

I. Chọn đoán đột quỵ thềm lồi ng bằng hình ảnh nh hình c thần kinh:

Đi n hình, đột quỵ thềm lồi ng đ c nh n biệt trên chụp MRI và CT não. MRI có đ nh y và đ đ c hi u cao h n CT, có th ch ng minh và phân biệt t t h n nh i máu nh đ i v và v não, nh i máu khuy t, tăng tín hi u ch t tr ng (WMH), các kho ng quanh m ch, teo não và các t n th ng c u trúc khác (Hình 1). Ch y máu não vi th (CMB) có th nhìn th y trên chu i MRI nh y v i ch y máu, nh ng không rõ ràng trên CT (b ng 1). M t s k thu t khác hi n đang đ c nghiên c u nh ng vai trò c a chúng trong th c hành lâm sàng v n ch a ch c ch n.

B ng 1: Các tiêu chu n MRI não đ i v i b nh m ch máu nh

Sequence	Purpose	Orientation	Target Thickness, mm/In-Plane Resolution, mm	Slice Resolution, mm	Comment
T1-weighted	Important for discriminating lesions from dilated PVS, demonstrating gray-white matter, and detecting brain atrophy	2D axial, sagittal, or coronal	3-5/1-1		At least 1 sequence acquired in sagittal or coronal plane is helpful in visualizing full extent and orientation
DSI	Most sensitive sequences for acute subarachnoid hemorrhage, produce up to several weeks after event	2D axial	3-5/2-2		Reduced signal on apparent diffusion coefficient map likely identify recent from old lesions
T2-weighted	Brain structure, differentiate lesions from WMH and PVS, identify old hemorrhage	2D axial	3-5/1-1		
FLAIR	Hemorrhage WMH, and established cortical or large subcortical infarcts; differentiate white matter lesions from PVS and lesions	2D axial	3-5/1-1		
T2*-weighted GRE or SWI	Detect hemorrhage, cerebral microbleeds, and cavernomas	2D axial	3-5/1-1		Only reliable routine sequence for detection of hemorrhage; PVS is more sensitive than GRE

2D indicates 2-dimensional; DSI, diffusion-weighted imaging; FLAIR, fluid-attenuated inversion recovery; GRE, gradient-recalled echo; PVS, periventricular spaces; SWI, susceptibility-weighted imaging; and T2WI, T2-weighted imaging.

2. Nhồi máu não thềm lồi ng (SBI- Silent Brain Infarct)

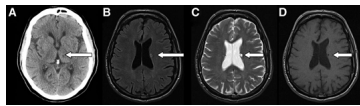
Đ c tính c m i c n đ t quỵ có tri u ch ng thì có 10 c n nh i máu não thềm lồi ng. Kho ng 25% ng i > 80 tu i có ≥1 c n nh i máu não thềm lồi ng.

Trong các nghiên c u qu n th , kho ng 90% nh i máu não thềm lồi ng là nh i máu khuy t, đây là nh ng nh i máu đ i v nh t 3 đ n 15 mm; 10% còn l i là nh i máu l n h n đ i v ho c v não. Nhìn chung, t l i hi n m c c a nh i máu não thềm lồi ng là 8% đ n 31%, tùy theo nghiên c u, v i t l m i m c là 0,3%/ năm đ n 3%/năm, và tăng đ n theo tu i. Trong m t m u nghiên c u Framingham v i c tu i trung bình là 62 ± 9 tu i, t l i hi n m c c a nh i máu não thềm lồi ng là 10,7%, v i 84% có 1 nh i máu.

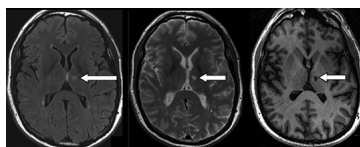
Nh i máu não thềm lồi ng hay g p h n nh ng b nh nhân m c b nh tim m ch, đ t quỵ và sa sút trí tu . Các y u t nguy c c a nh i máu não thềm lồi ng bao g m tu i cao, tăng huy t áp,

đái tháo đường, béo phì, rung nhĩ và hút thuốc lá. Một nghiên cứu cho thấy, nam giới và người da đen trẻ tuổi cũng tăng nguy cơ mắc nhồi máu não thềm lừng.

Hầu hết các cơn nhồi máu não thềm lừng (80%–90%) nằm ở vỏ não. Nhồi máu mất tính đặc trưng biểu hiện điển hình theo vùng trú, hình dạng không đều với giảm mật độ T1W và tăng mật độ T2W, phản ánh sự phá hủy mô và tạo khoang (Hình 2). Chúng thường, nhồi máu không phải luôn luôn, biểu hiện giảm mật độ trung tâm trên chuỗi FLAIR, thường với mật độ tăng tín hiệu trên T2W không đều phản ánh tăng thên kinh động lân cận; tuy nhiên, đôi khi trên FLAIR biểu hiện tăng mật độ do dịch trong khoang không tiêu hoàn toàn (Hình 3).

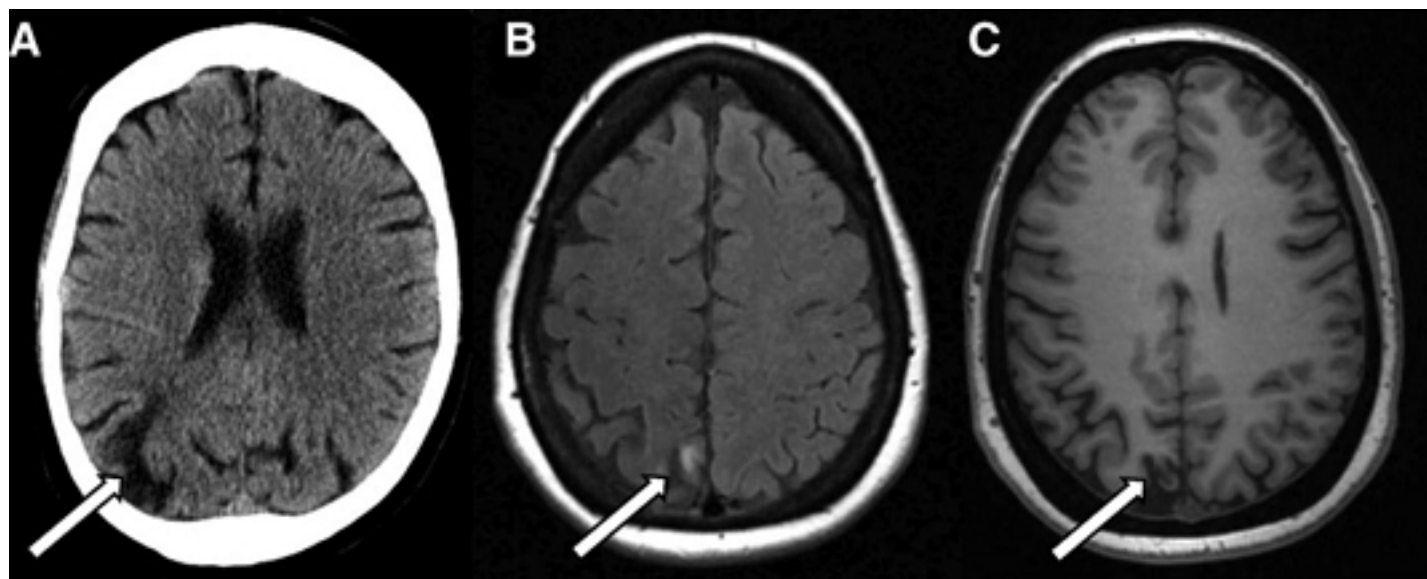


Hình 2. (A) Một nhồi máu não thềm lừng ở vỏ não (4 mm) có thể nhìn thấy điển hình giảm mật độ ở thùy bên trái trên phim chụp cắt lớp vi tính. (B) Trên hình ảnh MRI chuỗi FLAIR của một bệnh nhân khác, nhồi máu não thềm lừng ở vỏ não 4 mm (mũi tên) có thể nhìn thấy FLAIR. Chuỗi T2 (C) và T1 (D) minh họa các đặc điểm hình ảnh điển hình của nhồi máu nhồi máu ở vỏ não (đường chéo).



Hình 3. Hình trái, có 1 tăng mật độ ở thùy trái 5 mm (mũi tên) trên chuỗi FLAIR với bóng trắng rõ ràng của sự tạo khoang đặc trưng trên hình ảnh tăng mật độ nhồi máu não tuỷ trên T2W (hình giữa) và giảm mật độ trên T1W (hình phải). Các nhồi máu nhồi máu đôi khi có thể biểu hiện tăng mật độ trên FLAIR do dịch trong khoang chưa tiêu hoàn toàn.

Một số ít nhồi máu não thềm lừng liên quan đến vỏ não (Hình 4). Trong trường hợp này, tăng mật độ T2W và giảm mật độ T1W có thể là do nhồi máu thay đổi về thên kinh động lân cận với teo vỏ não. Tuy nhiên, teo não có thể là kết quả khi nhồi máu vỏ não nhồi.



Hình 4. Trên chụp CT (A), mất nhồi máu v não thềm lừng có thể nhìn thấy thùy đ nh ph i (mũi tên). Trên hình ảnh MRI của mất bệnh nhân khác, 1 nhồi máu v não thềm lừng (mũi tên) có thể nhìn thấy d i d ng mất vùng nh tăng mất đ T2W trên FLAIR (B) v não đ nh ph i và ch t tr ng d i v lân c n. Trên T1 W (C), nhồi máu bì u h n g m m t đ làm gián đ n d i v não.

Do nhồi máu não thềm lừng và đột quỵ thiếu máu cục bộ đ đ c cho là có chung mất bệnh lý nên ph ng pháp ti p c n ch n đoán đ đ c cho là gi ng nhau. C n đánh giá các y u t nguy c m ch máu kinh đ i n, nh tăng huyết áp, đái tháo đ đ ng, r i lo n lipid máu, hút thu c lá, i i v n đ ng, ...Còn ngu n g c c a nhồi máu não thềm lừng đ đ c phân lo i theo 1 trong 5 c ch sau: thuyên t c t tim, thuyên t c t huyết k h i x v a m ch máu l n, b nh t c m ch máu nh , nguyên nhân xác đ nh khác, ho c không rõ nguyên nhân (vô căn).

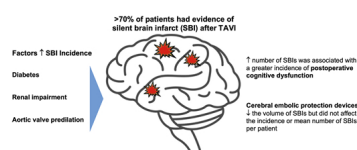
H u h t các nhồi máu thềm lừng n m vùng d i v và có đ đ ng kính t i đa <15mm, do đó có thể đ đ c phân lo i là b nh t c m ch máu nh ho c nhồi máu khuy t. Ch m t ít (10% –20%) là nhồi máu v não ho c nhồi máu l n, có nhi u kh năng do thuyên t c g n t tim ho c đ ng m ch l n g n h n nh đ ng m ch c nh.

Nguyên nhân ph bi n nh t c a thuyên t c t tim là rung nhĩ (AF). Các nghiên c u g n đây cho

th y, quá trình vi thuyên t c c a các huyết kh i nh t ti u nhĩ trái b nh nhân rung nhĩ (AF) đóng m t vai trò quan tr ng trong b nh sinh c a nh i máu não th m lồi ng (SBI). Nguy c đ t qu i b nh nhân rung nhĩ có th đ c c tính b ng thang đ m CHADS2-VASC. Theo k t qu nghiên c u c a Keita Miki và cs, không có b nh nhân rung nhĩ nào có đ m CHA2DS2-VASc = 0 mà i có SBI trên MRI; các y u t nguy c có ý nghĩa đ i v i SBI i khu y t là tu i, tăng huyết áp, suy tim sung huyết, đ ng kính nhĩ trái và ch s tim-m ch máu c chân (CAVI); và các y u t nguy c đ i v i SBI ngu n g c t tim là th i gian rung nhĩ, ch s c chân-cánh tay (ABI) và b t th ng nhĩ trái. H cho r ng, đ m CHA2DS2-VASc có th h u ích trong sàng l c SBI; và b t th ng nhĩ trái là ch đ m đ c hi u đ i v i SBI xu t phát t tim [7]. H ng d n c a H i tim m ch M /H i đ t qu M (AHA/ASA) v d phòng tiên phát đ t qu cũng đã nh n m nh “vi c t m soát tích c c rung nhĩ cho đ i t ng > 65 tu i có th h u ích”.

H p đ ng m ch c nh trong cũng là m t nguyên nhân c a nh i máu não. Nh i máu não th m lồi ng g p i kho ng 1/4 s b nh nhân h p đ ng m ch c nh không tri u ch ng, nh ng không th ng xuyên xu t hi n nhi u h n i bên b h p đ ng m ch c nh. M t phân tích g p nh n th y, hình nh CT nh i máu não th m lồi ng không ph i đ ng i khu y t cùng bên v i h p đ ng m ch c nh có liên quan v i nguy c đ t qu trong t ng lai (t su t chênh [OR], 4,6; kho ng tin c y 95% [CI], 3.0–7.2).

G n đây, m t phân tích g p d li u t 39 nghiên c u v i 2408 b nh nhân sau c y van đ ng m ch ch qua đ ng ng thông (TAVI) đ c ch p MRI não đ phát hi n nh i máu não th m lồi ng m i m c. K t qu, 73,7% b nh nhân có m t ho c nhi u SBI m i. R i lo n ch c năng nh n th c sau th thu t 10 ngày g p i 16% b nh nhân, và tăng lên 25% i 6,1 tháng sau đó [4]. Nh v y, t l m c m i nh i máu não th m lồi ng sau TAVI khá cao!



V nguy c đ t qu trong t ng lai, b ng 5 trình bày t l đ t qu m i có tri u ch ng i nh ng ng i b / không b nh i máu não th m lồi ng xác đ nh b ng MRI lúc kh i đ u t 4 nghiên c u d a vào qu n th i M và Châu Âu, v i th i gian theo dõi trung bình t 3 đ n 15 năm. K t qu cho th y, s hi n di n c a nh i máu não th m lồi ng là m t y u t đ báo đ c l p đ t qu m i sau này, v i t su t nguy c (HR) dao đ ng t 1,5 - 3,3. H u h t các tr ng h p đ t qu m i là do thi u máu c c b (81% –89%), do xu t huyết ch chi m 11% –19%.

Đột quỵ thềm lồi - nhồi máu não u cầu nhồi máu

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 20 Tháng 4 2021 10:55 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 20 Tháng 4 2021 15:47

Bảng 5. Nguy cơ đột quỵ trong tương lai của nhồi máu não u cầu nhồi máu máu não thềm lồi

Study	Setting	Size n(Mean Age, y)	With Stroke Brain Infarct, n	Incident Stroke Events, n	Event Rate in Individuals With Stroke Brain Infarct, %/y	Event Rate in Individuals Without Stroke Brain Infarct, %/y	Adjusted HR (95% CI)
Cardiovascular Health Study ¹⁵	Population- based	332474	27.8	169	1.87	0.95	1.5 (1.1- 2.1)
Rotterdam Scan Study ¹⁶	Population- based	107772	21	57	2.9	0.58	3.3 (1.8- 5.9)
Atherosclerosis Risk in Communities Study ¹⁷	Population- based	188462	11.7	167	1.6	0.4	2.9 (1.7- 3.8)
Framingham study ¹⁸	Population- based	222962	11	32	0.5	0.16	2.8 (1.3- 6.0)

Điểm ưu điểm phòng:

Các phòng ngừa pháp điểm phòng tiên phát bao gồm xử lý các yếu tố nguy cơ theo hướng dẫn hiện hành, như THA, ĐTD, tăng cholesterol máu, hút thuốc lá, béo phì, ..., bằng thuốc kết hợp với can thiệp chế độ ăn uống, giảm cân và tập thể dục.

Phòng ngừa phát đột quỵ là một chiến lược cần thiết, có thể ngăn ngừa tới 80% cơn đột quỵ tái phát, bao gồm các thuốc chống huyết khối như aspirin, clopidogrel, ..., và xử lý các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn. Các biện pháp kiểm soát huyết áp, ĐTD, điều trị tăng lipid máu, cai thuốc lá, giảm cân và tập thể dục thể thao xuyên suốt trong chiến lược phòng ngừa. Mục tiêu huyết áp tâm thu của đột quỵ là < 130 mmHg.

Các thuốc kháng kết tập tiểu cầu làm giảm nguy cơ tái phát bệnh nhân đột quỵ không khuyết. Tuy nhiên, liệu pháp kháng tiểu cầu kép (clopidogrel và aspirin) không làm giảm thêm nguy cơ tái phát đột quỵ không khuyết mà còn có thể làm tăng nguy cơ chảy máu quan trọng. Do vậy, nên trì hoãn kháng tiểu cầu đơn thuần khuyến cáo để phòng đột quỵ tái phát sau nhồi máu não khuyết. Trong các nghiên cứu gần đây, Cilostazol và Triflusal không nhồi máu có hiệu quả tương đương trong phòng đột quỵ mà nguy cơ gây xuất huyết cũng thấp hơn aspirin. Điều này gợi ý cilostazol có thể là thuốc kháng kết tập tiểu cầu thích hợp cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ có nguy cơ cao xuất huyết não.

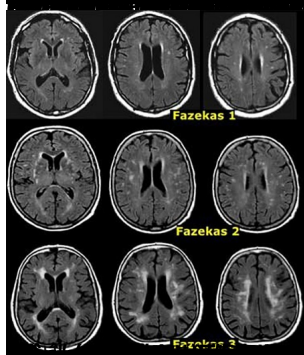
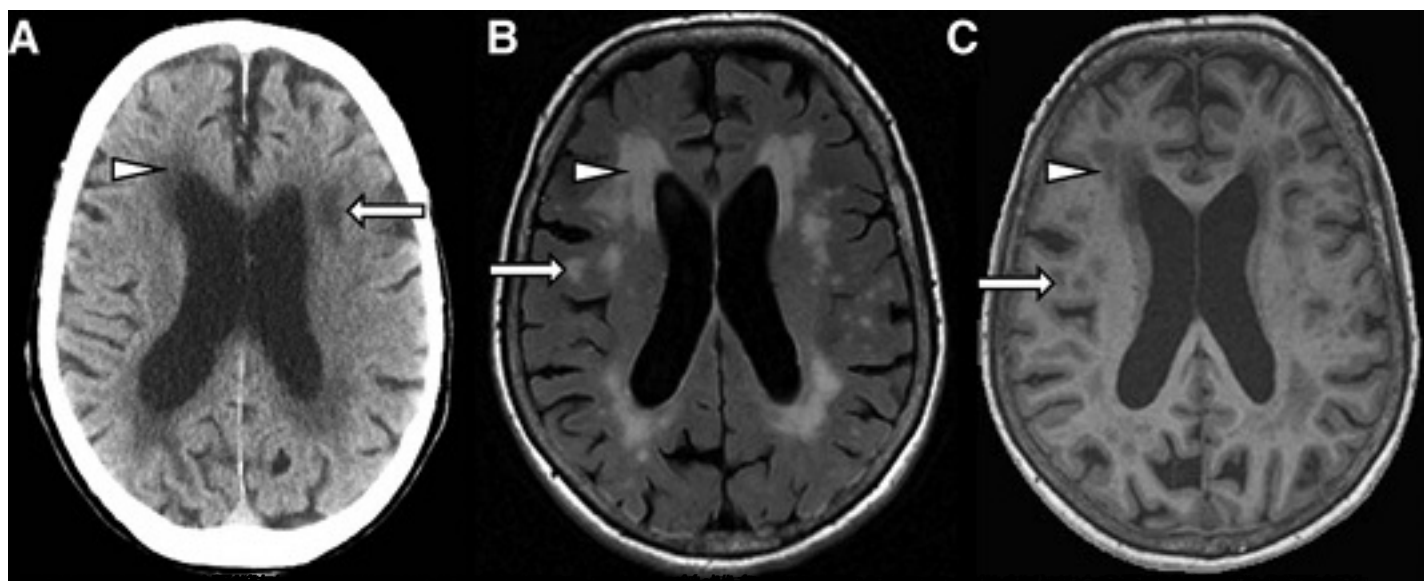
Do làm tăng nguy cơ xuất huyết não không đáng có, nên thuốc chống đông đường uống không được xem xét để ngăn ngừa đột quỵ liên quan đến bệnh lý mạch máu não như, bao gồm cơn nhồi máu não khuyết tái phát.

Theo AHA/ASA, bác sĩ lâm sàng cũng cần lưu ý rằng, nhồi máu não thềm lồi có báo tăng nguy cơ đột quỵ có triệu chứng trong tương lai ngay cả khi đã kiểm soát được các yếu tố nguy cơ mạch máu. Nên cân nhắc thông tin này trước khi đưa ra quyết định về lợi ích của liệu pháp statin, lựa chọn thuốc chống huyết khối và biện pháp can thiệp khác, tái thông mạch và biện pháp điều trị mạch máu không triệu chứng!?

Các phương pháp điều trị không dùng thuốc, như đóng tim trái, có thể là các lựa chọn thay thế tiềm năng cho liệu pháp kháng đông suốt đời với rung nhĩ không do van tim (NVAF). Lưu ý, trong nhồi máu cấp tim cấp và huyết khối tĩnh mạch sâu, thời gian kháng đông nên được giảm thiểu để giảm thiểu biến chứng có thể như biến chứng chảy máu não như [2,5,6].

3. Tăng tín hiệu trắng (White Matter Hyperintensity-WMH):

WMH gặp rất phổ biến trên hình ảnh CT và MRI não của người cao tuổi, và có liên quan đến đột quỵ, suy giảm nhận thức, trầm cảm và rối loạn dáng đi (như Parkinson do nguyên nhân mạch máu). Đây là một thuật ngữ dùng để mô tả các vùng tăng tín hiệu của chất trắng trên T2W hoặc FLAIR, hoặc là các vùng giảm tín hiệu trên CT (Hình 5). Hai loại WMH đã được mô tả trên vị trí của chúng trong não, đó là WMH quanh não thất (tiếp giáp ngay với hệ thống não thất) và WMH sâu (nằm trong vùng vỏ và không tiếp giáp với não thất). Trong y văn, có nhiều thuật ngữ nghĩa với WMH, như là bệnh chất trắng lan tỏa (leukoaraiosis), biến đổi chất trắng, bệnh thiếu máu cục bộ mạch máu não ...



MRI Fazekas White Matter Hyperintensity Scale Score

		Periventricular			Subcortical			
		0	1	2-3	0	1	2	3
Age	N	None	Caps/lining	Halo	None	Punctate	Early Confluence	Confluent
<55	440	72%	28%	0%	52%	45%	3%	0%
55-64	644	51%	47%	2%	27%	66%	5%	2%
65-74	563	34%	57%	9%	12%	60%	22%	6%
≥75	149	6%	74%	19%	3%	44%	30%	23%

Hsin-Hsi Tsai, Jann-S. Kuo, Eric Juwono