

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU NÃO THẤT

The role of CT-Scanner in diagnosis of intraventricle hemorrhage

*Phạm Hồng Mạnh**, *Phạm Minh Thông***,
*Nguyễn Văn Thành***, *Vũ Đăng Lưu*****

SUMMARY

Objective: To describe the feature of intraventricular hemorrhage (IVH) image in CT scanner and beginning describe some reasons related to IVH in adults.

Methods: In a cross - sectional using quantitative methods, we chose 52 patients who definitive diagnosed IVH by CT scan in Bach Mai hospital from August/2014 to September/2015.

Results: The most common location hematoma in primary parenchyma is hippocampal central gray (55.55%), the most common location of IVH is occipital horn ventricular, the more greater hematoma size, the more high risk of poor prognosis, the more higher level of IVH, the high risk of poor prognosis. In people over 50 years old, the most common causes of IVH is hypertension and hypertension coordinate with other causes (51%), while people under 50 years old, they usually caused by vascular abnormalities (30%), the main causes of thalamus lobe bleeding and hippocampal central gray bleeding is hypertension (25%), lobe of brain bleeding caused by aneurysm (42.86%).

Conclusion: When patients are diagnosed stroke, they must be take CT scanner image immediately, when the results showed IVH image, they must be take cerebrovascular CT scanner with multiple array receiver, with intravenous injection of contrast dye to initially find the causes.

Key words: CT scanner, intraventricular hemorrhage, cause.

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

**Bệnh viện Bạch Mai

***Đại học Y Hà Nội

****Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não (CMN) chỉ chiếm 10-15% tổng số trường hợp tai biến mạch máu não (Rhart, 1994) nhưng có tỷ lệ tử vong và tàn tật cao nhất trong các thể tai biến. Trước đây, chẩn đoán chảy máu não chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm dịch não tủy. Ngày nay, cùng với sự tiến bộ của y học, các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh ngày càng phát triển, trong đó chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là những phương pháp hàng đầu trong đánh giá tình trạng chảy máu não. Những tiêu chuẩn về chẩn đoán hình ảnh đã góp phần quan trọng vào trong việc chẩn đoán và tiên lượng CMN, đặc biệt là thể chảy máu não thất (CMNT), một thể lâm sàng chỉ được phân loại từ khi có chụp CLVT. Với mục đích góp phần nghiên cứu sâu hơn về CMNT, chúng tôi nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chảy máu não thất”** nhằm các mục tiêu sau:

1) *Mô tả đặc điểm hình ảnh chảy máu não thất trên cắt lớp vi tính.*

- Các biến số về hình ảnh CLVT:

❖ **Mức độ chảy máu vào não thất:** Theo Graeb và cộng sự[1]

Não thất	Số lượng máu trong não thất	Điểm
Não thất bên	Máu rất ít không đáng kể	1
	Máu chiếm ít hơn phân nửa thể tích NT	2
	Máu nhiều hơn phân nửa thể tích NT	3
	Toàn bộ não thất	4
Não thất III và NT IV	Có máu, kích thước NT bình thường	1
	NT đầy máu và giãn rộng	2

Trong đó: mức độ nhẹ có điểm chảy máu não thất dưới 4, trung bình: 5 đến 8 điểm, nặng: 9 đến 12 điểm.

❖ **Mức độ giãn não thất:** Theo Graeb và cs:

Ghi nhận khi có giãn một trong các não thất sau.

+ Giãn não thất IV: Máu đầy trong não thất, không nhìn thấy dịch não tủy xung quanh; đường kính trước sau >1.25cm, đường kính ngang >2cm.

+ Giãn não thất III và não thất bên.

Mức độ giãn NT	Nhẹ	Vừa	Nặng
NT III (mm)	8-10	11-14	>14
Chỉ số NT	1,4-1,6	1,0-1,3	< 1,0
Chỉ số khoang giữa	3,6-4	3,0-3,5	< 3

2) *Bước đầu mô tả một số nguyên nhân liên quan đến chảy máu não thất ở người lớn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân là người lớn điều trị tại Khoa Thần kinh, Khoa Hồi sức cấp cứu, Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2014 đến 9/2015 được chẩn đoán xác định chảy máu não thất bằng chụp cắt lớp vi tính tại Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 52 bệnh nhân là người lớn đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

- **Phương tiện nghiên cứu:**

Máy chụp CLVT Siemens Sensation 64 dãy, Siemens Somatom Definition 256 dãy tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai.

Kích thước khối máu tụ (Theo Hoàng Đức Kiệt) [2] chia làm 3 mức: KMT nhỏ: < 3cm; KMT vừa: Từ 3 - 5cm; KMT lớn: > 5cm.

Khối máu tụ dưới lều: KMT nhỏ: < 1,5cm; KMT vừa: Từ 1,5-3 cm; KMT lớn: > 3cm.

❖ **Phù quanh khối máu tụ** gồm 3 độ: Độ I: Phù não quanh khối máu tụ đến 2cm; Độ II: Từ 2cm đến nửa bán cầu; Độ III: Phù não lớn hơn nửa bán cầu.

❖ **Di lệch cấu trúc đường giữa:** (Theo Hoàng Đức Kiệt) 3 độ: Độ 1: < 5mm; Độ 2: Từ 5 - 10mm; Độ 3: Trên 10mm.

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

* Phương pháp thu thập số liệu:

Sử dụng các mẫu bệnh án để lấy thông tin của các bệnh nhân tại các Khoa Thần kinh, Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán chảy máu não thất trên phim chụp CLVT, lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, phim chụp VLVT được đọc bởi những bác sĩ Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai.

* Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý bằng toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 16.0, dùng test χ^2 và test Fisher để so sánh các tỷ lệ với nhau, lập bảng và vẽ biểu đồ thể hiện kết quả nghiên cứu.

3.3. Đặc điểm hình ảnh CLVT

Bảng 3.1. Mức độ chảy máu não thất

Mức độ (Điểm CMNT)	CMNT tiên phát		CMNT thứ phát		p
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Nhẹ (≤ 4 đ)	2	66,67	33	67,35	0,744
Trung bình (5-8 đ)	1	33,33	10	20,41	
Nặng (9-12 đ)	0	0	6	12,24	
Tổng	3	5,77	49	94,23	

Có 5,77% bệnh nhân CMNT tiên phát và 94,23% là CMNT thứ phát. CMNT chủ yếu ở mức độ nhẹ, CMNT tiên phát (66,67%), thứ phát (73,47%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ CMNT ở bệnh nhân CMNT tiên phát và thứ phát ($p > 0,05$).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về bệnh nhân và lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 20 và cao nhất là 81, tuổi trung bình bệnh nhân nam: $55 \pm 13,4$, nữ: $62,8 \pm 10,9$. Lứa tuổi hay gặp nhất từ 50 - 59. Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới. Tình trạng tri giác của các bệnh nhân chảy máu não thất khi vào viện, tỉnh (59,62%), hôn mê nhẹ (30,77%) và hôn mê nặng (9,62%). Có 59,61% các trường hợp có tăng huyết áp tâm trương, huyết áp tâm trương trung bình $88,1 \pm 12,4$, tăng huyết áp mức độ vừa hay gặp nhất (32,69%). Có 71,16% bệnh nhân có tăng huyết áp tâm thu, huyết áp tâm thu trung bình ($150,9 \pm 25,6$), mức độ vừa hay gặp nhất (42,31%), tăng huyết áp nặng (11,5%). Chủ yếu số bệnh nhân bị đột quỵ được đưa đến viện và chụp CLVT chủ yếu ở khoảng thời gian 7-72h (84,62%). Có 3 (5,77%) bệnh nhân não được chụp trong khoảng thời gian trước 6h.

3.2. Về triệu chứng lâm sàng

Trong các triệu chứng cơ năng thì số bệnh nhân có biểu hiện nhức đầu hay gặp nhất (82,7%), buồn nôn và nôn (63,5%), chóng mặt ít gặp nhất (9,6). Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là cứng gáy (88,5%), tiếp theo đến dấu hiệu Kernig (82,7%), rối loạn cơ tròn và liệt người và liệt mặt, tỷ lệ lần lượt là 65,4% và 59,6%. Số bệnh nhân chảy máu não thất có thời gian điều trị trên hai tuần là 57,6%, dưới hai tuần 42,4%. Thời điều trị trung bình 12,3%.

Bảng 3.2. Vị trí máu tụ trong não thất

Vị trí	Phải		Trái		Cả hai		Không có máu	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Sừng TD	0	0	2	0,03	0	0	49	94,23
Sừng trán	3	5,66	8	15,38	4	7,6	37	71,15
Sừng chẩm	9	17,3	11	21,15	27	51,92	5	9,61

Số bệnh nhân tụ máu trong não thất chủ yếu ở sừng chẩm não thất bên (90,37%), não thất bốn (30,76%), sừng trán (28,64%), não thất ba (25%).

Bảng 3.3. Vị trí khối máu tụ trong nhu mô não và mức độ CMNT

Mức độ (điểm CMNT)	Nhân xám TƯ, Đồi thị		Thùy não		Dưới lều	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Nhẹ ≤ 4 đ	12	60	7	46,67	1	100
Trung bình (5-8 đ)	5	25	5	33,33	0	0
Nặng (9-12 đ)	3	15	3	20	0	0
Tổng (36)	20	57,14	15	42,86	1	0

Theo kết quả nghiên cứu, vị trí máu tụ tiên phát hay gặp nhất là vùng nhân xám trung ương, đồi thị (57,14%), CMNT mức độ nhẹ hay gặp nhất (60%), có 15% bệnh nhân CMNT mức độ nặng. CMNT thứ phát từ các thùy não (42,86%), trong số đó CMNT mức độ nhẹ (46,67%), trung bình (33,33%) và nặng (20%). Có 73,08% trường hợp CMNT kèm theo giãn não thất, 26,09% trường hợp CMNT không giãn não thất kèm theo.

Bảng 3.4. Kích thước khối máu tụ trong CMNT thứ phát

Mức độ CMNT Kích thước	Độ I		Độ II		Độ III		p (test χ^2)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<3 cm (nhỏ)	9	45	1	11,11	1	16,67	0,198
3-5cm (vừa)	5	25	4	44,44	4	66,67	
Trên 5cm (to)	6	30	4	44,44	1	16,67	

Về mức độ CMNT, không có sự khác biệt ở chảy máu não thất tiên phát và thứ phát, cũng như không có sự liên quan giữa vị trí khối máu tụ trong nhu mô và mức độ CMNT thứ phát.

Bảng 3.5. Mức độ dịch chuyển đường giữa trong chảy máu nhu mô não

Dịch chuyển đường giữa	Nhân xám TƯ Đồi thị		Thùy não		Dưới lều		p (test χ^2)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không di lệch	10	50	5	33,33	0	0	0,325
Độ I	3	15	6	40	1	100	
Độ II	6	30	2	13,33	0	0	
Độ III	1	5	2	13,33	0	0	
Tổng	20	57,14	15	42,86	1	0	

Trong số 37 bệnh nhân máu tụ trong nhu mô não có CMNT thứ phát, 15 bệnh nhân không có sự di chuyển đường giữa, vị trí khối máu tụ trong nhu mô khác nhau không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ di chuyển đường giữa ($p > 0,05$).

Bảng 3.6. Nguyên nhân chảy máu và vị trí khối máu tụ

Nguyên nhân \ Vị trí chảy máu	Nhân xám trung ương, đồi thị		Thùy não		Dưới lều		p (Test χ^2)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ%	n	Tỷ lệ %	
THA	5	25	2	7,14	1	100	0,001
Phình mạch não	1	5	6	42,86	0	0	
Dị dạng mạch	2	10	0	0	0	0	
Thông động TM	0	0	1	7,14	0	0	
Không rõ nn	12	60	6	42,86	0	0	
Tổng	20	57,14	15	41,18	1	1,68	

Kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về nguyên nhân gây chảy máu não trong nhu mô ($p < 0,05$). Vùng đồi thị, nhân xám trung ương nguyên nhân chủ yếu là do tăng huyết áp (25%), vị trí thùy não thường do phình mạch não (42,86%).

3.4. Về hình ảnh CLVT và tiến triển lâm sàng

Chúng tôi nhận thấy CMNT tiên phát có tiên lượng tốt hơn CMNT thứ phát, mức độ CMNT càng nhiều thì nguy cơ tỷ lệ tiên lượng xấu càng cao, vị trí khối máu tụ trong nhu mô não khác nhau không liên quan với tiến triển lâm sàng và tiên lượng bệnh, mức độ di chuyển đường giữa càng nhiều, thì nguy cơ tỷ lệ tiên lượng xấu càng cao, khối máu tụ kích thước càng lớn thì nguy cơ tỷ lệ tiên lượng xấu càng cao. Tuy nhiên tất cả sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ và vị trí chảy máu trong não thất

Theo nghiên cứu của Nguyễn Liên Hương, mức độ chảy máu não thất lần lượt là: nhẹ (59,7%); trung bình (31,9%); nặng (8,3%) trong đó 85,7% chảy máu não thất tiên phát có máu trong toàn bộ não thất. Chảy máu não thất thứ phát thường tràn vào não thất một bên (34,7%) hoặc hai não thất bên (26,4%), máu vào các não thất (23,6%) [3].

Qua nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự tương đồng về mức độ chảy máu não thất mức độ nhẹ (67,3%), trung bình (21,15%) và nặng (11,53%) nhưng

có sự khác biệt về vị trí chảy máu não thất mà chủ yếu là ở sừng chẩm não thất bên (90,37%), não thất bốn (30,76%), sừng trán (28,64%), não thất ba (25%), tỷ lệ vị trí sừng chẩm não thất có máu cao do bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính ở tư thế nằm.

4.2. Vị trí đầu tiên của khối máu tụ

Theo kết quả nghiên cứu (bảng 3.3): Có 37 bệnh nhân có chảy máu trong nhu mô não, vị trí đầu tiên của khối máu tụ hay gặp nhất là ở vùng đồi thị và nhân xám trung ương (57,14%), tiếp theo là vị trí thùy não 42,86%, vùng hố sau ít gặp hơn. Kết quả nghiên tương tự với nghiên cứu của Khúc Thị Nhện và Đào Thị Hồng Hải [4][5].

Vị trí khối máu tụ tiên phát có liên với mức độ chảy máu trong não thất, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ mức độ chảy máu não thất từ vị trí đồi thị và nhân xám trung ương: nhẹ (60%), trung bình (25%), nặng (15%). Từ thùy não: nhẹ (46,77%), trung bình (33,33%), nhẹ (20%). Kết quả nghiên cứu có chênh lệch so với nghiên cứu của Nguyễn Liên Hương[3].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Liên Hương, chảy máu từ nhân xám trung ương: nhẹ (48,8%), trung

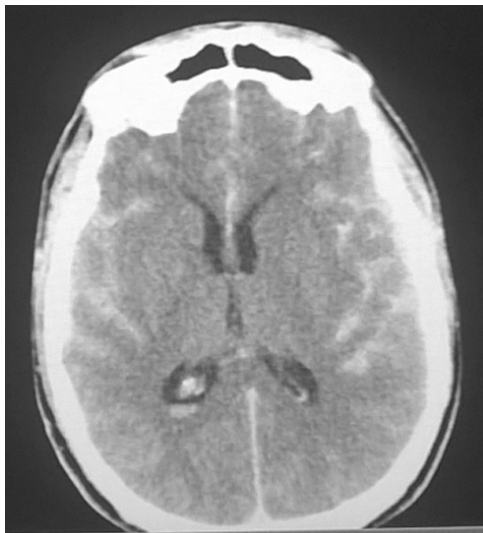
bình (28,8%), nặng (12,4%), chảy máu từ đồi thị: nhẹ (73,1%), trung bình (26,9%), nặng (0%), chảy máu từ thùy não: nhẹ (87%), trung bình (12,7%), nặng (0%) [3].

4.3. Mức độ di lệch đường giữa và phù não quanh khối

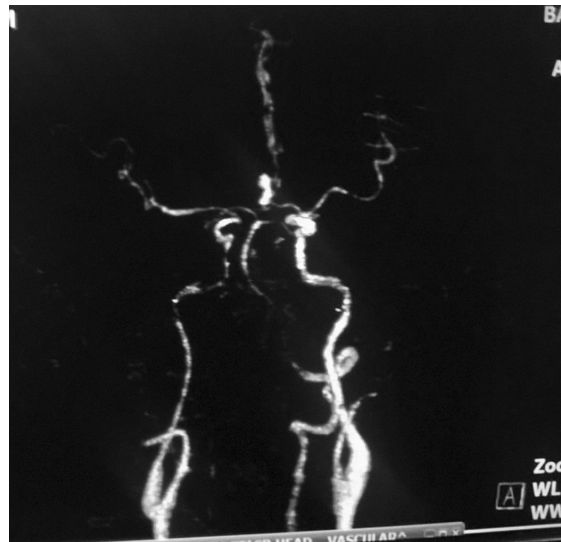
Mức độ di lệch đường giữa (Bảng 3.6). Qua phân tích kết quả chụp cắt lớp vi tính sọ não, chúng tôi thấy rằng số bệnh nhân có di lệch đường giữa (58,33%). Không di lệch 41,67%. Chủ yếu di lệch đường giữa độ I và II (61,01%), độ III (38,09%). Trong đó di lệch độ I (47,6%), độ II (38,09), độ III (14,28%). Kết quả nghiên

cứu tương tự với nghiên cứu của Khúc Thị Nhện, số bệnh nhân có di lệch đường giữa (53,3%), trong đó (độ I: 23,0%, độ II: 21,4% và độ III: 8,9%). Không di lệch 46,7% [5].

Mức độ phù não quanh khối. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong 37 trường hợp có khối máu tụ trong nhu mô, có 26 trường hợp (55,32%) phù não quanh khối độ I, có 21 trường hợp (44,64%) không có phù não quanh khối. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Đức Kiệt, Trương Ngọc Trường Sơn [2],[6].



Bệnh nhân Nguyễn Văn L, 50 tuổi, nam. Mã hồ sơ: 160/142. Chảy máu dưới nhện và não thất



Chụp MDCT: phình ĐM thông trước

4.4. Liên quan giữa nguyên nhân và vị trí chảy máu não trong nhu mô

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là nguyên nhân hay gây chảy máu não nhất ở vùng nhân xám trung ương, đồi thị (75%), thùy não (14,28%).

Theo Phạm Minh Thông và Vũ Đăng Lưu chảy máu vùng nhân xám trung ương, đồi thị thường do THA. Theo Bùi Thị Tuyến [7] chảy máu não do THA gặp ở vùng nhân xám trung ương, đồi thị 31 trường hợp (72%), thùy não 12 trường hợp (28%). Theo Hồ Hữu Thật và Vũ Anh Nhị thì chảy máu ở vùng nhân xám trung ương, đồi thị gặp 248 trường hợp (88%), thùy não gặp 33 trường hợp (12%).

Như vậy nhận xét chảy máu não do THA gặp chủ yếu ở vùng nhân xám trung ương, đồi thị trong nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp so với các tác giả khác. Cũng theo bảng 3.3, chúng tôi nhận thấy trong các nguyên nhân gây máu ở các thùy não, nguyên nhân hay gặp nhất là do phình mạch não cao nhất (42,86%).

Theo nghiên cứu của Trương Ngọc Sơn dị dạng mạch máu não chiếm tỷ lệ cao nhất (35,3%). Ngô Thanh Sơn nghiên cứu chảy máu ở các thùy não đã báo cáo các nguyên nhân với tỷ lệ như sau: dị dạng mạch máu não 20,8%, u não 5,8%, rối loạn đông máu 4,6%, không rõ nguyên nhân 68,6% [6]. Tanaka Y và

Furuse M nghiên cứu 32 bệnh nhân chảy máu ở thùy não nhận thấy các nguyên nhân do dị dạng mạch não là 19% và không rõ nguyên nhân là 38%[8].

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trong và ngoài nước tỷ lệ không hoàn toàn tương đồng có lẽ do đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu của các nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chảy máu não thất

- Chảy máu não thất là bệnh cấp cứu nội khoa thường gặp, lứa tuổi hay gặp nhất 50-69 (67,31%).

- Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ 3/1).

- Vị trí khối máu tụ tiên phát trong nhu mô hay gặp nhất là vùng đồi thị, nhân xám trung ương (55,55%), thùy não (41,66%).

- Vị trí có máu trong não thất hay gặp nhất là sừng chẩm não thất (90,37%), não thất bốn (30,76%), sừng trán (28,64%).

- Kích thước khối máu tụ càng lớn, thì nguy cơ tiên lượng xấu càng cao, tỷ lệ tiên lượng xấu của kích

thước khối máu tụ nhỏ (16,67%), trung bình (33,33%), lớn (50%).

- Mức độ chảy máu não thất càng nhiều nguy cơ tiên lượng xấu càng cao, tỷ lệ tiên lượng xấu: độ I (11,43%), độ II (18,18%), độ III (33,33%).

- Chảy máu não thất tiên phát có tỷ lệ tiên lượng tốt hơn chảy máu não thất thứ phát.

5.2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân chảy máu não thất hay gặp nhất là do tăng huyết áp (tăng huyết áp đơn thuần (16,33%) và tăng huyết áp phối hợp với nguyên nhân khác (51,9%), sau đó đến phình mạch (34,69%).

- Chảy máu não thất ở người dưới 50 tuổi, nguyên nhân thường do dị dạng mạch (30%), ở người từ 50 tuổi trở lên phình mạch não (34,69%) và tăng huyết áp (tăng huyết áp đơn thuần và tăng huyết áp phối hợp với nguyên nhân khác).

- Chảy máu não vị trí đồi thị và nhân xám trung ương nguyên nhân thường do tăng huyết áp (25%), thùy não thường do phình mạch (42,86%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graed D.A and Roberto J.S, "Computer dianostic of intraceculer hemorrhaha". E tilogy and prognosis. Radiology, 1982. **143**(1): p. 91 - 96.

2. Hoàng Đức Kiệt, "Nhân 649 trường hợp tai biến chảy máu trong não phát hiện qua chụp cắt lớp vi tính". Y học Việt Nam, 1996. **9**(208): p. 13 - 19.

3. Nguyễn Liên Hương, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chảy máu não thất ở bệnh nhân trên 15 tuổi". 2003, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y Hà Nội.

4. Đào Thị Hồng Hải, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và một số yếu tố tiên lượng chảy máu não thất ở bệnh nhân trên 50 tuổi". 2010, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học.

5. Khúc Thị Nhện, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố tiên lượng của chảy máu não thất". . 2010, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II.

6. Ngô Thanh Sơn, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chảy máu thùy não tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai". 2005, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Bùi Thị Tuyền, "Góp phần nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chảy máu não trên bệnh nhân cao huyết áp". 1996, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

8. Tanaka Y and Furuse M, "Lobar intracerebral hemorrhage: etiology and a long-term follow-up study of 32 patients". Stroke, 1986. **17**(1): p. 51-57.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chảy máu não thất (CMNT) trên cắt lớp vi tính (CLVT) và bước đầu mô tả một số nguyên nhân liên quan đến CMNT ở người lớn.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang mô tả sử dụng nghiên cứu định lượng, chọn mẫu thuận tiện 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định CMNT bằng chụp CLVT tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2014 đến 9/2015.

Kết quả: Vị trí khối máu tụ tiên phát trong nhu mô hay gặp nhất là vùng đồi thị nhân xám trung ương (55,55%) vị trí có máu trong não thất hay gặp nhất là sừng chẩm não thất, kích thước khối máu tụ càng lớn nguy cơ tiên lượng xấu càng cao, mức độ chảy máu não thất càng nhiều nguy cơ tiên lượng xấu càng cao. Ở người trên 50 tuổi, nguyên nhân CMNT hay gặp nhất là do tăng huyết áp và tăng huyết áp phối hợp nguyên nhân khác (51%), còn người dưới 50 tuổi, nguyên nhân thường do dị dạng mạch (30%), chảy máu vị trí thùy đồi thị và nhân xám trung ương nguyên nhân thường do tăng huyết áp (25%), thùy não thường do phình mạch (42,86%).

Kết luận: Khi bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là tai biến mạch máu não thì cần chụp CLVT ngay, khi kết quả chụp CLVT có CMNT thì cần chụp mạch máu não bằng CLVT đa dãy đầu thu, có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch để bước đầu tìm nguyên nhân.

Từ khoá: Cắt lớp vi tính, chảy máu não thất, nguyên nhân.

Người liên hệ: Phạm Minh Thông

Email: phamminhthong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.1.2016

Ngày chấp nhận đăng: 2.2.2016