

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ TRẦM CẢM VÀ VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG TRÊN MRI Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO Ổ KHUYẾT

ThS. ĐẶNG VIỆT HÙNG - *Bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng*

ThS. NGUYỄN HƯƠNG TRÂM ANH

PGS.TS. NGUYỄN MINH HIỆN - *Học viện Quân y*

Phản biện khoa học: GS.TS. CAO TIẾN ĐỨC

Chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần, *Học viện Quân y*

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Mô tả đặc điểm lâm sàng, tìm mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ tổn thương trên hình ảnh MRI ở bệnh nhân nhồi máu não ổ khuyết trên lều tiểu não. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang 90 bệnh nhân nhồi máu não ổ khuyết có rối loạn trầm cảm, điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Việt Tiệp, từ tháng 3/2013-5/2015. *Kết quả:* Thời điểm hay gặp nhồi máu não ổ khuyết từ 6 đến trước 12 giờ (53,33%). Đa số bệnh nhân liệt vận động nửa người (85,56%) và rối loạn ngôn ngữ (55,56%). Hội chứng liệt vận động nửa thân đơn độc chiếm tỉ lệ cao nhất (60%), các hội chứng khác chiếm tỉ lệ ít hơn. Triệu chứng trầm cảm nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,33% và 35,56%, trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ 21,11%. Vị trí ổ khuyết ở bao trong, nhân bèo, thùy thái dương chưa thấy ảnh hưởng đến các mức độ trầm cảm trong nhồi máu não ổ khuyết. Tổn thương thùy trán, nguy cơ trầm cảm nặng cao gấp 7,31 lần so với trầm cảm nhẹ và gấp 5,81 lần trầm cảm vừa. Tổn thương bán cầu não trái, trầm cảm nặng cao gấp 4,88 lần so với trầm cảm nhẹ. *Kết luận:* Chưa thấy rõ sự liên quan giữa mức độ trầm cảm và hình ảnh MRI sọ não ở bệnh nhân nhồi máu não ổ khuyết.

Từ khóa: MRI, nhồi máu ổ khuyết.

ABSTRACT: *Objectives:* To study clinical characteristics, and relationship between levels of depression and cranial MRI of patients with lacunar infarcts in supratentorial region. *Subjects and methods of study:* Cross-sectional study on 90 patients with lacunar infarcts and signs of depression collected from Department of Neurology of Viet Czech Friendship hospital between March 2013 to May 2015. *Results:* The time of onset of lacunar infarction from 6 to 12 am accounted for 53.33%. Among onset symptoms in the majority of patients, hemiplegia accounted for 85.56%, and language disorders accounted for 55.56%, motor dysfunction accounted for 60%. Mild depression, moderate depression, severe depression accounted for 43.33%, 35.56%, and 21.11% respectively. Locations of lacuna in internal capsule, gray matter, and temporal lobe have not been found to affect levels of depression in cerebral infarct. Frontal lobe damage increased the risk of severe depression by 7.31 times than that of mild depression and 5.81 times than that of moderate depression. Left cerebral hemisphere damage increased the risk of severe depression 4.88 times more than mild depression. *Conclusion:* There is no clear relationship between levels of depression and cranial MRI in patients with lacunar infarcts.

Keywords: MRI, lacunar infarcts.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Nguyễn Minh Hiện, Email: hienstroke@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/4/2018; mời phản biện khoa học: 04/5/2018; chấp nhận đăng: 25/5/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tỉ lệ người mắc đột quỵ não tăng tỉ lệ thuận với tuổi thọ trung bình. Năm 1995, có 12,8% người Mỹ trên 65 tuổi bị đột quỵ. Dự báo đến năm 2025, tỉ lệ này sẽ tăng lên khoảng 18,7%. Nhồi máu não ổ khuyết chiếm tỉ lệ từ 20-26% trong tổng số bệnh nhân (BN) nhồi máu não. Căn nguyên là do tắc những nhánh xuyên gây ra ổ nhồi máu nhỏ, khi mô não hoại tử sẽ tạo thành một xoang nhỏ.

Vấn đề còn đang tranh luận là: sự tổn thương ở bán cầu ưu thế có liên quan tới trầm cảm sau đột quỵ não hay không? Trước đây, đã có một số

nghiên cứu cho thấy, BN nhồi máu não bán cầu trái, đặc biệt tổn thương vùng trước trán thường bị trầm cảm nhiều hơn. Ngày nay, trên thế giới, đã có những nghiên cứu về mối liên hệ giữa trầm cảm sau đột quỵ não với vị trí tổn thương nhờ vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu ngày càng cao.

Cho đến nay, ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề nêu trên. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí tổn thương trên hình ảnh MRI sọ não ở BN nhồi máu ổ khuyết trên lều tiểu não.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

90 BN có chẩn đoán xác định nhồi máu não ổ khuyết (có hình ảnh tổn thương trên phim CT sọ não hoặc MRI sọ não), có rối loạn trầm cảm (xác định trầm cảm theo ICD 10, năm 1992), điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt - Tiệp, từ tháng 3/2013 đến tháng 11/2015.

Loại trừ BN có bệnh nặng phối hợp; tiền sử có triệu chứng trầm cảm trước khi đột quỵ não; BN có nhồi máu do u não, chấn thương, viêm nhiễm, chảy máu não-màng não...; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Các BN nghiên cứu được theo dõi từ lúc vào viện đến lúc xuất viện.
- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu riêng.
- Sử dụng thang test Beck để đánh giá mức độ trầm cảm của BN.
- Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 và phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Thời điểm xuất hiện triệu chứng nhồi máu não ổ khuyết (n = 90).

Thời gian	Số BN	Tỉ lệ %
Trước 6 giờ	11	12,22
Từ 6 đến trước 12 giờ	48	53,33
Từ 12 đến trước 18 giờ	24	26,67
Từ 18 đến 24 giờ	7	7,78

Thời điểm xuất hiện triệu chứng nhồi máu não ổ khuyết hay gặp nhất từ 6 đến trước 12 giờ (chiếm 53,33%), ít gặp nhất là thời điểm từ 18 đến 24 giờ (chiếm 7,78%).

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát (n = 90).

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Giảm chức năng nhận thức	16	17,78
Liệt vận động nửa người	77	85,56
Rối loạn cảm giác	19	21,11
Rối loạn ngôn ngữ	50	55,56
Rối loạn nuốt	8	8,89
Cơn động kinh	1	1,11
Bán manh	0	0
Rối loạn điều phối	3	3,3

Liệt vận động nửa người là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất (85,56%). Tiếp theo là triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, giảm chức năng

nhận thức, rối loạn nuốt, rối loạn điều phối, cơn động kinh (chiếm tỉ lệ lần lượt là 55,56%, 21,11%, 17,78%, 8,89%, 3,30%, 1,11%). Không BN nào có triệu chứng bán manh.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của nhồi máu não ổ khuyết (n = 90).

Triệu chứng		Số BN	Tỉ lệ %
Liệt vận động nửa thân đơn độc	Mặt-tay-chân	33	36,67
	Liệt tay ưu thế	14	15,56
	Liệt chân ưu thế	7	7,78
	Cộng	54	60,0
Rối loạn ngôn ngữ và bàn tay vùng về		2	2,22
Rối loạn về vận động và cảm giác		12	13,33
Liệt nhẹ nửa thân, thất điều		11	12,22
Rối loạn cảm giác đơn độc		11	12,22

Hội chứng liệt vận động nửa thân đơn độc chiếm tỉ lệ cao nhất (60%), rối loạn ngôn ngữ và bàn tay vùng về chiếm tỉ lệ ít nhất (2,22%).

Bảng 4. Mức độ trầm cảm theo thang test Beck rút gọn (n = 90).

Kết quả	Số BN	Tỉ lệ %
Trầm cảm nhẹ	39	43,33
Trầm cảm vừa	32	35,56
Trầm cảm nặng	19	21,11

Trong 90 BN nghiên cứu, 43,33% BN có triệu chứng trầm cảm nhẹ, 35,56% BN trầm cảm vừa và 21,11% BN trầm cảm nặng.

3.2. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí tổn thương.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ khuyết ở bao trong.

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p	OR (95%CI)
	Bao trong (n = 51)	Khác (n = 39)	Tổng (n = 90)		
Nhẹ (1)	22 (56,41%)	17 (43,59%)	39	$p_{3,1}: 0,914$	1,07 (0,31-3,78)
Vừa (2)	18 (56,25%)	14 (43,75%)	32	$p_{2,1}: 0,989$	0,99 (0,35-2,84)
Nặng (3)	11 (57,89%)	8 (42,11%)	19	$p_{3,2}: 0,909$	1,07 (0,29-3,97)

BN tổn thương bao trong có tỉ lệ trầm cảm ở các mức độ tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ khuyết ở đồi thị.

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p; OR (95%CI)
	Đồi thị (n = 19)	Khác (n = 71)	Tổng (n = 90)	
Nhẹ (1)	7 (17,95%)	32 (82,05%)	39	$p_{3,1} = 0,460$ OR = 1,63 (0,34-7,19)
Vừa (2)	7 (21,88%)	25 (78,12%)	32	$p_{2,1} = 0,679$ OR = 1,28 (0,33-4,89)
Nặng (3)	5 (26,32%)	14 (73,68%)	19	$p_{3,2} = 0,718$ OR = 1,28 (0,26-5,72)

BN tổn thương đồi thị có nguy cơ trầm cảm nặng cao gấp 1,63 lần so với mức độ nhẹ, song khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ khuyết ở thùy trán.

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p; OR (95%CI)
	Thùy trán (n = 5)	Khác (n = 85)	Tổng (n = 90)	
Nhẹ (1)	1 (2,56%)	38 (97,44%)	39	$p_{3,1} = 0,062$ OR = 7,13 (0,51-383,55)
Vừa (2)	1 (3,13%)	31 (96,87%)	32	$p_{2,1} = 0,887$ OR = 1,23 (0,02-98,72)
Nặng (3)	3 (15,79%)	16 (84,21%)	19	$p_{3,2} = 0,104$ OR = 5,81 (0,41-314,69)

Tổn thương thùy trán có nguy cơ trầm cảm nặng cao gấp 7,13 lần so với trầm cảm nhẹ và gấp 5,81 lần so với trầm cảm mức độ vừa, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 8. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ khuyết ở bán cầu trái.

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p; OR (95%CI)
	Bán cầu trái (n = 40)	Khác (n = 50)	Tổng (n = 90)	
Nhẹ (1)	12 (30,77%)	27 (69,23%)	39	$p_{3,1} = 0,007$ OR = 4,88 (1,3-19,16)
Vừa (2)	15 (46,88%)	17 (53,12%)	32	$p_{2,1} = 0,164$ OR = 1,99 (0,67-5,88)

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p; OR (95%CI)
	Bán cầu trái (n = 40)	Khác (n = 50)	Tổng (n = 90)	
Nặng (3)	13 (68,42%)	6 (31,58%)	19	$p_{3,2} = 0,135$ OR = 2,46 (0,65-9,83)

BN tổn thương tại bán cầu não trái có nguy cơ trầm cảm mức độ nặng cao gấp 4,88 lần so với trầm cảm mức độ nhẹ (95%CI: 1,30-19,16), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 9. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí ổ khuyết ở bán cầu phải.

Mức độ trầm cảm	Vị trí tổn thương			p; OR (95%CI)
	Bán cầu phải (n = 36)	Khác (n = 54)	Tổng (n = 90)	
Nhẹ (1)	16 (41,03%)	23 (58,97%)	39	$p_{3,1} = 0,487$ OR = 0,66 (0,17-2,39)
Vừa (2)	14 (43,75%)	18 (56,25%)	32	$p_{2,1} = 0,817$ OR = 1,12 (0,39-3,19)
Nặng (3)	6 (31,58%)	13 (68,42%)	19	$p_{3,2} = 0,389$ OR = 0,59 (0,15-2,24)

Mức độ trầm cảm giữa các nhóm tương đương nhau trên BN có tổn thương tại bán cầu não phải (với $p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Thời điểm xuất hiện triệu chứng nhồi máu não ổ khuyết hay gặp nhất từ 6-12 giờ (chiếm 53,33%), tiếp theo là từ 12-18 giờ (26,67%). Các giờ còn lại có gặp nhưng với tỉ lệ ít hơn. Như vậy kết quả nghiên cứu này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Văn Chương, thời gian xảy ra đột quỵ nói chung có tỉ lệ cao nhất từ 6-12 giờ, tiếp theo từ 12-18 giờ (trong thời gian làm việc).

- Triệu chứng khởi phát: chiếm tỉ lệ cao nhất là triệu chứng liệt nửa người (85,56%), tiếp đến là rối loạn ngôn ngữ (55,56%). Các triệu chứng khác chiếm tỉ lệ ít hơn. Theo Nguyễn Văn Oanh, triệu chứng khởi phát gặp nhiều nhất là liệt vận động nửa người (chiếm 92,2%), rối loạn ngôn ngữ (44%), rối loạn chức năng nhận thức (16%). Phương Việt Trung thấy triệu chứng liệt nửa người ở BN nhồi máu não ổ khuyết chiếm 98,1%. Còn nghiên cứu của Dương Tuấn Bảo cho kết quả là 93,7%.

- Triệu chứng lâm sàng: 60% BN liệt vận động nửa thân đơn độc. Nghiên cứu của một số tác giả trong nước cho kết quả phù hợp với kết quả nghiên cứu này (từ 51-53%), song có sự chênh lệch với các nghiên cứu của tác giả nước ngoài, như Gan R (45%) và Landi G (70%). Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ và bàn tay vụng về chúng tôi gặp tỉ lệ thấp (2,22%), phù hợp nghiên cứu của Lê Văn Thính, Nguyễn Văn Oanh.

- BN có triệu chứng trầm cảm mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 43,33%; 35,56% và 21,11%. Theo Đặng Hoàng Anh, khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở BN đột quỵ có tăng huyết áp nhận thấy, trầm cảm nhẹ chiếm 23%, trầm cảm vừa chiếm 10%, trầm cảm nặng chỉ chiếm 2%. Tỉ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn, vì chúng tôi đã sàng lọc các BN có trầm cảm để đưa vào nghiên cứu, còn tác giả lựa chọn BN ngẫu nhiên, nên tỉ lệ trầm cảm sẽ giảm hơn so với chúng tôi.

4.2. Mối liên quan giữa mức độ trầm cảm và vị trí tổn thương:

Theo Dương Minh Tâm, BN bị nhồi máu não tại nhiều vị trí khác nhau. Nhồi máu não thùy thái dương gặp nhiều nhất, trong đó, 13,6% nhồi máu não thùy thái dương trái, 20,2% tổn thương thùy thái dương phải. So sánh tỉ lệ trầm cảm giữa nhóm bị nhồi máu não bán cầu phải và bán cầu trái tác giả thấy, tỉ lệ trầm cảm do tổn thương bán cầu trái cao hơn ở bán cầu phải, với CI 95%, nhưng yếu tố nguy cơ chưa có ý nghĩa thống kê với OR = 1,052 (0,61-1,81). Theo Vataja R, trầm cảm điển hình không liên quan đến vị trí tổn thương não, trầm cảm không điển hình có liên quan đến vị trí tổn thương do nhồi máu não. Bhogal và cộng sự cho rằng, vị trí tổn thương não sau đột quỵ chỉ có vai trò khi trầm cảm xuất hiện trong giai đoạn đầu của nhồi máu não. Clarke cho thấy mối liên quan giữa vị trí tổn thương não và trầm cảm sau đột quỵ não, tổn thương bán cầu trái có tỉ lệ trầm cảm cao hơn bán cầu phải. Bhogal tổng kết các nghiên cứu gần đây thấy rằng, đánh giá những người bị đột quỵ não trong giai đoạn sớm sau khi khởi phát hoặc trong giai đoạn người bệnh còn nằm viện, thì tổn thương bán cầu trái trong đột quỵ não có liên quan đến trầm cảm sau nhồi máu não.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 90 BN nhồi máu não ổ khuyết có rối loạn trầm cảm, điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, từ tháng 3/2013 đến tháng 5/2015, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Thời điểm hay gặp nhồi máu não ổ khuyết từ 6 đến trước 12 giờ (chiếm 53,33%)

- Đa số BN liệt vận động nửa người (85,56%) và rối loạn ngôn ngữ (55,56%).

- Hội chứng liệt vận động nửa thân đơn độc chiếm tỉ lệ cao nhất (60%), các hội chứng khác chiếm tỉ lệ ít hơn.

- Triệu chứng trầm cảm nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,33% và 35,56%, trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ 21,11%.

- Vị trí ổ khuyết ở bao trong, nhân bèo, thùy thái dương chưa thấy ảnh hưởng đến các mức độ trầm cảm trong nhồi máu não ổ khuyết.

- Tổn thương thùy trán, nguy cơ trầm cảm nặng cao gấp 7,31 lần so với mức độ trầm cảm nhẹ và 5,81 lần trầm cảm vừa.

- Tổn thương ở bán cầu não trái, trầm cảm nặng cao gấp 4,88 lần so với trầm cảm nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Dương Minh Tâm (2011), "Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não", *Tạp chí Y học thực hành*, số 9 (783), tr. 50-53.
2. Nguyễn Thành Long (2011), *Khảo sát tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau tai biến mạch máu não*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Minh Hiện và CS, "Đặc điểm đột quỵ nhồi máu não tại bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Y dược học quân sự*, Học viện Quân y, tập 41, 11/2016, tr. 56-62.
4. Lê Văn Thính (2003), *Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não ổ khuyết*, Hội thảo khoa học kỷ niệm 47 năm thành lập chuyên khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai.
5. Nguyễn Văn Oanh (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ não và nguyên nhân nhồi máu não ổ khuyết*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
6. Caeiro L, Ferro J.M, Santos C.O, Figueira M.L, (2006), "Depression in acute stroke", *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, Ottawa, Vol 31, Iss 6, pp. 377-384.
7. Carota A, Berney A, Aybek S et al (2005), "A prospective study of predictors of post-stroke depression", *Neurology*, 64, pp. 428-433.
8. Hackett M.L, Yapa C, Parag V et al (2005), "Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies", *Stroke*, 36, pp. 1330-40.
9. Herrmann M, Bartels C (1995), "Poststroke depression: Is the pathoanatomic correlate for depression in the postacute stage of stroke?", *Stroke*, 26, pp. 850-856.
10. Liang-Po et al (2005), "Depression Symptoms Following Ischemic Stroke: A Study of 207 Patients", *Acta Neurol Taiwan*, 14, pp. 187-190. □