

sinh môn giảm từ 14,2% xuống 1,6%.

Đa số các sản phụ rất hài lòng về dịch vụ chiếu tia Plasma lạnh tăng sinh môn tại khoa Sản thường: trang thiết bị (86,1%); thái độ phục vụ (87,4%) và kỹ thuật (89,1%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Nhiễm khuẩn hậu sản. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2016:125-129.
2. **Bệnh viện Phụ sản Trung ương.** Quyết định số 168/QĐ-PTSW về việc ban hành 03 quy trình của khoa Sản thường.
3. **Bộ Y tế.** Quyết định số 898/QĐ-BYT ngày 15/03/2017 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn quy

- trình điều trị vết thương bằng máy Plasmamed.
4. **NHS. Episiotomy and perineal tears.** <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/episiotomy/> 9 June 2023.
5. **George Z Kyzas, Athanasios C Mitropoulos** Plasma Kinetic theory. Kinetic Theory. Chapter 7. 2018.
6. **T. Bernhardt, M.L.Semmel, M.Schafer, S.Bekeschus, S Emmert, Lboeckmann.** Plasma Medicine: Applications of cold Atmospheric Pressure Plasma in Dermatology. Oxid Med Cell Longev. 2019; 3873928.
7. **Vũ Bá Quyết, Nguyễn Quảng Bắc.** Đánh giá tác dụng hỗ trợ của Plasma lạnh trong điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai. Tạp chí Sản phụ khoa. 2017; 15(3):36-39.

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT RÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH MÀNG CỨNG THÁI DƯƠNG TRÁI VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Trung Kiên<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Rò động tĩnh mạch màng cứng (dAVF) là một dị dạng mạch ít gặp, nối thông giữa động mạch vào xoang tĩnh mạch màng cứng hoặc tĩnh mạch vỏ não. Phương pháp điều trị chính là can thiệp mạch nút đường thông khối dị dạng. Tuy nhiên, có một số trường hợp phẫu thuật vẫn đóng vai trò quyết định trong loại trừ hoàn toàn khối dị dạng, giảm thiểu tai biến và biến chứng cho bệnh nhân. Đặc biệt là khối dị dạng dAVF nằm trên bán cầu đại não, can thiệp phẫu thuật là an toàn và hiệu quả. Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh dAVF phức tạp bán cầu trái, được can thiệp nút mạch trước và sau đó được phẫu thuật lấy toàn bộ khối dị dạng. Kết luận: Phẫu thuật là một trong những phương pháp góp phần xử lý loại trừ khối dAVF, với lựa chọn bệnh nhân tốt sẽ đưa ra được kết quả phẫu thuật tốt, để lại ít di chứng.

**Từ khóa:** Dị dạng mạch não, rò động tĩnh mạch não, rò tĩnh mạch màng cứng...

#### SUMMARY

#### A CASE OF SURGICAL FOR LEFT TEMPORAL DURAL ARTERIOVENOUS FISTULA AND A REVIEW OF THE LITERATURE

Dural arteriovenous fistula (dAVF) is a rare vascular malformation, connecting the artery to the dural venous sinus or cortical vein. The main treatment is vascular intervention to embolize the malformation. However, in some cases, surgery still plays a decisive role in completely eliminating the malformation, minimizing complications and adverse

events for patients. Especially for dAVF located in the cerebral hemisphere, surgical intervention is safe and effective. We describe a case of complex dAVF in the left hemisphere, which was embolized first and then surgically removed the entire malformation. Conclusion: Surgery is one of the methods that contributes to the treatment and elimination of dAVF, with good patient selection, it will give good surgical results, leaving few sequelae. **Keywords:** Cerebral vascular malformation, cerebral arteriovenous malformation, dural antero-venous fistula...

#### I. TỔNG QUAN

Rò động tĩnh mạch màng cứng là bệnh lý chiếm 10%-15% dị dạng mạch não. Điều trị rò động tĩnh mạch màng cứng bao gồm các biện pháp bao gồm nút mạch và can thiệp phẫu thuật lấy khối dị dạng. Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc lấy khối dị dạng xuất phát từ động mạch màng não và dẫn lưu vào xoang tĩnh mạch màng cứng hoặc tĩnh mạch vỏ não. dAVF thường gặp ở người lớn trưởng thành trên 60 tuổi. Nguy cơ chảy máu ở nam giới thường nhiều hơn ở nữ giới. Một số trường hợp dAVF xuất hiện ở trẻ em, những trường hợp này có thể khối dị dạng được cấp máu bởi các nhánh động mạch cả 2 bên bán cầu, liên quan tới xoang dọc trên hoặc hội lưu xoang tĩnh mạch. dAVF không có tính chất cấp tính, đe dọa tính mạng ngay lập tức hoặc các biến chứng nặng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp dAVF có thể có dòng máu chảy ngược vào tĩnh mạch màng não hoặc tĩnh mạch vỏ não gây quá tải lưu lượng gây chảy máu trong não và trong não thất.<sup>1,2</sup>

#### Bảng 1: Phân loại Borden của dAVF

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: trantrungkien300684@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

| Phân loại Borden | Miêu tả                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Loại I           | Dẫn lưu tĩnh mạch vào xoang màng cứng; không dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não       |
| Loại II          | Dẫn lưu tĩnh mạch vào xoang màng cứng có dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não liên quan |
| Loại III         | Thoát nước vào tĩnh mạch vỏ não                                             |

**Bảng 2: Phân loại Cognard của dAVF**

| Phân loại Cognard | Mô tả                                                                                     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Loại I            | Dẫn lưu tĩnh mạch vào xoang màng cứng với dòng chảy thuận chiều                           |
| Loại II a         | Dẫn lưu tĩnh mạch vào xoang màng cứng với dòng chảy ngược                                 |
| Loại II b         | Dẫn lưu tĩnh mạch vào xoang màng cứng với dòng chảy xuôi dòng và dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não |
| Loại III          | Dẫn lưu tĩnh mạch vào tĩnh mạch vỏ não                                                    |
| Loại IV           | Dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não kèm theo giãn tĩnh mạch                                          |
| Loại V            | Dẫn lưu tĩnh mạch vào tĩnh mạch quanh tủy sống                                            |

Các triệu chứng của dAVF phụ thuộc vào vị trí, nguồn cấp máu của động mạch, mức độ phân luồng cử tĩnh mạch và dẫn lưu tĩnh mạch. Trường hợp không có dẫn lưu đến các tĩnh mạch vỏ não thông thường không có triệu chứng tuy nhiên có thể gây nên các biểu hiện liên quan đến lưu lượng máu xoang tăng lên, như ù tai, ảnh hưởng đến xoang hang có thể có các triệu chứng về mắt: phù nề, liệt vận nhãn, lồi mắt, giảm thị lực do chèn ép vào các dây thần kinh sọ. dAVF dẫn lưu vào tĩnh mạch vỏ não thường có biểu hiện rõ rệt hơn: Đau đầu dữ dội, co giật, có thể xuất huyết trong nhu mô, chảy máu dưới màng cứng, chảy máu dưới nhện...<sup>3,4</sup>

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh khiến chẩn đoán khó khăn. Tuy nhiên, gợi ý đến dAVF trên CT Scanner và cộng hưởng từ thông thường: xung huyết, phù não, phình động mạch, tĩnh mạch vỏ não ngoằn ngoèo. Gần đây, với tiến bộ của chụp CTA (CT angiogram) và MRA, có thể dựng hình được hình dạng của mạch máu não, phân biệt được các pha động mạch và tĩnh mạch, phân luồng động mạch vào thì tĩnh mạch sớm vào xoang màng cứng bị bệnh. Tuy nhiên, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dAVF vẫn là chụp DSA, phương pháp này cho phép hình dung: Nguồn cấp máu của động mạch và dẫn lưu xoang tĩnh mạch màng cứng, cũng như tĩnh mạch dẫn lưu vỏ não của khối dAVF. Ngoài ra chụp DSA cho phép đánh giá tắc nghẽn của tĩnh mạch não và phình tĩnh mạch kèm theo.

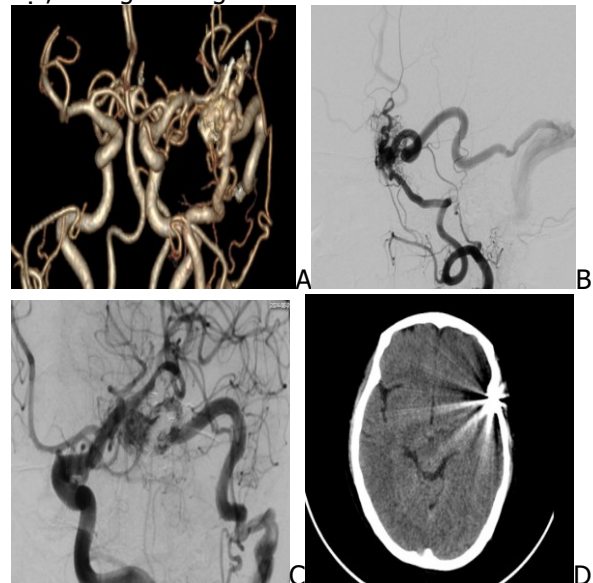
**Quản lý điều trị dAVF:** Quản lý điều trị dựa vào đặc điểm của lâm sàng bệnh nhân, vị trí khối dị dạng, và tình trạng nghiêm trọng có hoặc không trào ngược vào tĩnh mạch vỏ não.

Đối với dAVF không có dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não điều trị bảo tồn với biến chứng thấp. Tuy nhiên cần theo dõi kiểm tra thường xuyên đánh giá lỗ rò mới.

Đối với dAVF có biểu hiện lâm sàng nặng hoặc biểu hiện mạch máu có nguy cơ cao nên điều trị kịp thời với mục tiêu đóng hoàn toàn đường rò. Các phương pháp bao gồm: Can thiệp nội mạch, phẫu thuật và xạ trị, hoặc kết hợp giữa các phương pháp khác nhau. Trường hợp gây tắc mạch không phù hợp có thể gây rối loạn tuần hoàn mạch não dẫn tới hậu quả nghiêm trọng. Phương pháp can thiệp nội mạch được coi là phương pháp điều trị chính, tuy nhiên đối với dAVF bán cầu phương pháp can thiệp phẫu thuật được cho rằng là có hiệu quả. Tỷ lệ biến chứng tử vong trong quá trình theo dõi thời gian dài là 13%. Trong đó, biến chứng của phẫu thuật là: Nhiễm trùng, não úng thủy, rò dịch não tủy, đột quỵ, liệt dây thần kinh sọ, mất máu<sup>5,6</sup>.

## II. TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 61 tuổi vào viện vì đau đầu dữ dội. Chụp cộng hưởng từ, DSA thấy có khối dAVF thái dương trái, Phân loại, Borden III Cognard IV. Bệnh nhân được can thiệp nội mạch nút các nhánh cấp máu dAVF từ động mạch cảnh ngoài, sau đó được can thiệp phẫu thuật cắt nhánh cấp máu từ động mạch mắt và lấy khối dị dạng. Sau mổ bệnh nhân tỉnh táo, không liệt, không thất ngôn.

**Hình 1: Khối dAVF bán cầu**

A: CTA khối dAVF chưa vỡ, B: DSA, C: Hình ảnh sau nút còn nhánh của động mạch mắt cấp máu cho khối dị dạng, D: Hình CT sau lấy khối dị dạng.

Một số các nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự, mô tả các trường hợp phẫu thuật dAVF trên bán cầu đại não cho kết quả tốt đặc biệt là khối có nguy cơ vỡ và thay đổi huyết động cao: Những khối dị dạng có dẫn lưu vào tĩnh mạch vỏ não<sup>3,4</sup>. Đặc biệt phẫu thuật cũng cho thấy có ưu thế khi can thiệp loại trừ các dòng nối thông từ động mạch mắt, nếu nút tắc nhánh động mạch nguy cơ cao gây nên thương tổn thị lực sau can thiệp<sup>7</sup>.

### III. KẾT LUẬN

dAVF là một dị dạng mạch ít gặp, biến chứng do bất thường của tĩnh mạch dẫn lưu tĩnh mạch. Phương pháp can thiệp chính là can thiệp nội mạch làm tắc đường rò. Trường hợp ca lâm sàng với phân loại Borden III, cho thấy việc can thiệp phẫu thuật sau can thiệp nút mạch là hiệu quả đối với khối dị dạng dAVF bán cầu đại não.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gandhi D, Chen J, Pearl M, Huang J,

Gemmete JJ, Kathuria S, 2012, Intracranial dural arteriovenous fistulas: classification, imaging findings, and treatment. AJNR Am J Neuroradiol.; 33:1007–1013.

2. Houser OW, Campbell JK, Campbell RJ, Sundt TM Jr, 1979, Arteriovenous malformation affecting the transverse dural venous sinus--an acquired lesion. Mayo Clin Proc;54:651–661.
3. Chung SJ, Kim JS, Kim JC, Lee SK, Kwon SU, Lee MC, Suh DC, 2002, Intracranial dural arteriovenous fistulas: analysis of 60 patients Cerebrovasc Dis. ;13:79–88.
4. Morita A, Meyer FB, Nichols DA, Patterson MC, 1995, Childhood dural arteriovenous fistulae of the posterior dural sinuses: three case reports and literature review. Neurosurgery. ;37:1193–1199.
5. Sarma D, ter Brugge K, 2003, Management of intracranial dural arteriovenous shunts in adults. Eur J Radiol.;46:206–220.
6. Cognard C, Januel AC, Silva NA Jr, Tall P, 2008, Endovascular treatment of intracranial dural arteriovenous fistulas with cortical venous drainage: new management using Onyx. AJNR Am J Neuroradiol. ;29:235–241.
7. Babici D, Johansen P, Snelling B, 2021, Surgical Treatment of Dural Arteriovenous Fistula: A Case Report and Literature Review. Cureus. Oct 23;13(10):e18995. doi: 10.7759/cureus.18995. PMID: 34853738; PMCID: PMC8608377.

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TÂN PHƯỚC NĂM 2021

Dương Trương Phú<sup>1</sup>, Thái Thị Kim Tươi<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hằng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Chí Toàn<sup>2</sup>, Giang Thị Thu Hồng<sup>2</sup>, Nguyễn Thuý Thuý Nga<sup>1</sup>,  
Cao Nguyễn Hồng Khanh<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Kiệt<sup>1</sup>,  
Quách Khánh Thành<sup>1</sup> Nguyễn Thị Diễm Trinh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Bên cạnh tăng huyết áp, đái tháo đường là bệnh lý nội tiết chuyển hóa song hành với các bệnh lý tim mạch, cũng đang là vấn đề xã hội mang tính toàn cầu, trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư hoặc thứ năm ở các nước phát triển và được xếp vào nhóm bệnh không lây phát triển nhanh nhất thế giới. **Mục tiêu:** Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân

đái tháo đường típ 2 tại Trung tâm Y tế huyện Tân Phước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, lấy mẫu thuận tiện thu thập kết quả dựa trên phiếu thu thập thông tin của 300 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. **Kết quả:** Qua khảo sát 300 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường típ 2 cho thấy độ tuổi trung bình là  $64,92 \pm 10,78$  và tỷ lệ nam là 36,3%, nữ là 63,7%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến trong mẫu nghiên cứu bao gồm tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp, béo bụng hoặc béo phì và thói quen ăn mặn. Sử dụng nhiều nhất là thuốc amlodipin chiếm tỷ lệ rất cao 87,3%, tiếp đến là enalapril 14%, losartan 4%, bisoprolol 3%. Phác đồ đơn trị liệu chiếm 62,7% trong đó metformin chiếm đa số 59,7% và sulfonyleure là 3%. Một mối là tác dụng phụ phổ biến nhất ghi nhận được trong nghiên cứu với tỷ lệ 36,7%, đau đầu là 23,7%. Tương tác thuốc ghi nhận được là 56 trường hợp chiếm tỷ lệ

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Tây Đô

Chịu trách nhiệm chính: Dương Trương Phú

Email: dtrphu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024