Outcome", GebFra Science, 13(79), pp1191–1198. https://doi.org/10.1055/a-0880-6182
6. **Trần Thị Hạnh** (2019), Tỉ lệ gãy xương đòn và các yếu tố liên quan ở thai phụ sinh con ≥ 4000 gram tại Bệnh Viện Từ Dũ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Võ, Thị Mỹ Dung, và Trương Quang Vinh** (2023). "Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện đa Khoa tỉnh Ninh Thuận". Tạp Chí Phụ sản 20 (4), 50-55. https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1364.
8. **Hoàng Thị Thùy Trang, Hoàng Thị Huệ, Nguyễn Ngọc Bảo Hân, và cộng sự.** 2023. "Tỷ lệ tổn thương tầng Sinh môn của phương pháp giữ tầng Sinh môn Trong Sinh Ngả âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2021". Tạp Chí Phụ sản 20, tr 38-42. https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1549.
9. **Sabrina Pillai** (2020), " Fetal macrosomia in home and birth center births in the United States: Maternal, Fetal and newborn outcomes", Birth, 47(4), pp 409-417. https://doi.org/10.1111/ birt.12506.
10. **Sahruh Turkmen, Simona Johasson and Marju Dahmoun** (2018), "Foetal Macromsomia and Foetal – Maternal Outcomes at Birth", Jounal of Pregnancy, 14(2), pp1-9. https://doi.org/ 10.1155/2018/4790136

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

Trần Hữu Thông[1], Lương Quốc Chính[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 200 bệnh án của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não điều trị tại trung tâm Đột quỵ và khoa Phẫu thuật thần kinh từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (46,5%). Triệu chứng khởi phát thường gặp là đau đầu, chiếm 88,5%. Tại thời điểm nhập viện, dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp nhất là gáy cứng, chiếm 50,5%, vị trí túi phình thường gặp nhất nằm ở tuần hoàn não trước, chiếm 81,5%. Về mức độ nặng của bệnh, đa số bệnh nhân nhập viện với WFNS độ I chiếm 59% và 69,6% bệnh nhân có kết quả tốt**.** Khi phân loại mức độ nặng của bệnh theo thang điểm Hunt & Hess, mức độ II chiếm đa số với 54,5% và 69,3% bệnh nhân có kết quả tốt. **Kết luận và khuyến nghị:** việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và hình ảnh học là cần thiết để phát hiện kịp thời các biến chứng sau chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. ***Từ khóa:*** Chảy máu dưới nhện, vỡ phình động mạch não.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED ANEURYSMS CERABRAL VESSEL

Purpose: To describe the clinical and imaging characteristics of patients with subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral vessel. **Design:** Retrospective study. **Methods:** Study on 200 medical records of subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral vessel patients admitted to the Stroke Center and the Department of Neurosurgery from August 2023 to August 2024. **Main findings:** Of these patients (mean age 59; 54,5% women), previous hypertension was common disease (46.5%). The most common initial symptom was headache, accounting for 88.5%. At admission, the most common focal-neurological sign was stiff neck, accounting for 50.5%, and the most common location of the aneurysm was in the anterior cerebral circulation, accounting for 81.5%. Regarding the severity of the disease, 59% of patients were grade I of WFNS, and 69.6% of them had good outcomes. Arccording to the Hunt & Hess scale, grade II accounted for the majority, with 54.5%, and 69.3% of patients had good outcomes. **Conclusion and recommendations:** the coordination between clinical and imaging diagnostics is necessary to promptly detect complications following subarachnoid hemorrhage due to ruptured aneurysms cerebral vessel. ***Keywords:*** subarachnoid hemorrhage, ruptured aneurysms cerebral vessel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện (CMDN) chiếm tỉ lệ 5% trong các ca đột quỵ não, trong đó 80% trường hợp chảy máu dưới nhện là do vỡ phình động mạch não [1]. Các nghiên cứu về CMDN do vỡ phình động mạch não cho thấy tỉ lệ tử vong chung khoảng 50%, với 10% bệnh nhân tử vong trước khi đến bệnh viện, 25% tử vong trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát CMDN và 45% tử vong trong vòng 30 ngày [2].

Chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não có tiên lượng xấu vì các biến chứng của nó, các biến chứng nguy hiểm bao gồm chảy máu tái phát, thiếu máu não muộn, giãn não thất. Trong đó chảy máu tái phát là biến chứng nguy hiểm

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông
Email: thongccbm@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 10.4.2025
Ngày duyệt bài: 8.5.2025

nhất sau CMDN, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỉ lệ chảy máu tái phát là cao nhất trong vòng 24 giờ đầu tiên sau CMDN với tỉ lệ 4,1%-17,3% [3]. Hầu hết các nghiên cứu báo cáo kết quả liên quan đến chảy máu tái phát trong vòng 24 giờ đã chứng minh tỉ lệ tử vong lên tới 65%, một số lên tới 80% và tỉ lệ mắc là 10% [2].

Việc nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân CMDN do vỡ phình động mạch não có ý nghĩa quan trọng trong việc tiên lượng và điều trị bệnh. Xử trí sớm phình động mạch vỡ có thể làm giảm nguy cơ tái chảy máu và cải thiện kết quả lâm sàng[4].

Tại Việt Nam, mặc dù số lượng bệnh nhân CMDN do vỡ phình động mạch não ngày càng gia tăng, nhưng các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý này còn hạn chế. Việc nghiên cứu sâu hơn về các đặc điểm này sẽ giúp cải thiện khả năng chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, và giảm thiểu tỉ lệ tử vong cũng như di chứng cho bệnh nhân. Để nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và dự đoán tiên lượng, chúng tôi thực hiện đề tài*: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện là do vỡ phình động mạch não"* nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch được điều trị tại Trung tâm Đột quỵ, Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08 năm 2023 đến hết tháng 08 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

1) Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

2) Chẩn đoán xác định chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch dựa vào triệu chứng lâm sàng và bằng chứng trên chẩn đoán hình ảnh CLVT sọ não.

3) Chẩn đoán nguyên nhân phình mạch dựa vào bằng chứng trên chụp mạch não số hóa xóa nền hoặc chụp cắt lớp vi tính đa dãy não và mạch não phát hiện túi phình có liên quan đến chảy máu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

1) Không đánh giá được kết quả chức năng thần kinh (theo thang điểm Rankin sửa đổi) cho đến thời điểm ngày 30 kể từ khi ra viện.

2) Bệnh án không đủ số liệu phục vụ cho các mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 200 hồ sơ bệnh án chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch đủ tiêu chuẩn từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024.

Cách thức tiến hành: thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được khai thác từ sổ theo dõi bệnh nhân cùng toàn bộ hồ sơ bệnh án của các đối tượng nghiên cứu được lưu trữ tại Phòng hồ sơ bệnh án Bệnh viện Bạch Mai.

Thu thập số liệu: khai thác hồ sơ bệnh án để xác định theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các thông tin chung của người bệnh trong nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp, với tỉ lệ 46,5%. Trong số bệnh nhân đã được can thiệp túi phình động mạch, 79% bệnh nhân có chức năng thần kinh tốt sau ra viện 1 tháng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Các triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	mRS 0-2 n (%)	mRS 3-6 n (%)	Tổng n (%)	Giá trị p
Đau đầu	148(93,7)	29(69,0)	177(88,5)	<0,001
Buồn nôn, nôn	58(36,7)	8 (19,0)	66(33,0)	0,03
Gáy cứng	9 (5,7)	1 (2,4)	10(5,0)	0,691
Nhìn mờ, nhìn đôi	4 (2,5)	3 (7,1)	7 (3,5)	0,162
Mất ý thức	15 (9,5)	20(47,6)	35 (17,5)	<0,001
Co giật	5 (3,2)	2 (4,8)	7 (3,5)	0,639

Nhận xét: Đau đầu chiếm tỉ lệ cao nhất 88,5%, bệnh nhân nhập viện với triệu chứng khởi phát: đau đầu, buồn nôn nôn, gáy cứng có kết quả tốt cao hơn kết quả xấu.

Bảng 2. Các dấu hiệu thần kinh khú trú lúc nhập viện

Dấu hiệu	mRS 0-2 n(%)	mRS 3-6 n(%)	Tổng n (%)	Giá trị p
Liệt dây thần kinh sọ III	4 (2,5)	2 (4,8)	6 (3,0)	0,451
Liệt nửa người	11 (7,0)	13 (31)	24 (12,0)	<0,001
Thất ngôn	7 (4,4)	6 (14,3)	13 (6,5)	0,032
Yếu hai chi dưới	1 (0,6)	1 (2,4)	2 (1,0)	0,377
Gáy cứng	75 (47,5)	26 (61,9)	101 (50,5)	0,096
Suy giảm ý thức	43 (27,2)	29 (69,0)	72 (36,0)	<0,001

Nhận xét: Gáy cứng là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 50,5%, suy giảm ý thức chiếm 36%.

3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh lúc vào viện

Bảng 3. Các vị trí của máu trong khoang dưới nhện

Vị trí máu trong khoang dưới nhện	mRS 0-2 n(%)	mRS 3-6 n(%)	Tổng n (%)	Giá trị p
Bế đáy	43(26,9)	18(45,0)	61(30,5)	0,051
Rãnh sylvian	140(88,8)	40(95,0)	180(90,0)	0,092
Rãnh gian bán cầu	139 (86,9)	37 (92,5)	176 (88,0)	0,327
Hố gian cuống não	119 (74,4)	30 (75,0)	149 (74,5)	0,935
Hố trên yên	115(71,9)	32(80,0)	147(73,5)	0,298
Bế quanh thân não	100 (62,5)	29 (72,5)	129 (64,5)	0,075
Bế củ não sinh tư	53 (33,0)	19 (47,5)	72 (36,0)	0,09

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có chảy máu lan tỏa trong khoang dưới nhện, trong đó vị trí rãnh sylvian 90%, rãnh gian bán cầu 88% là vị trí thường gặp.

Bảng 4. Đặc điểm về chảy máu não thất

	mRS 0-2	mRS 0-2	Tổng	Giá trị p
Máu trong não thất, n (%)	84 (52,5)	32 (80,0)	116 (58,0)	<0,01
Điểm Graeb, trung vị (khoảng tứ phân vị)	2 (0-6)	7 (6-11)	2 (0-6)	<0,01
Giãn não thất, n (%)	13 (8,1)	15 (37,5)	28 (14,0)	<0,01
Chỉ số Evans, trung bình (SD)	0,24 (0,47)	0,29 (0,69)	0,25 (0,5)	<0,01
Chỉ số Bicaudate, trung bình (SD)	0,15 (0,31)	0,26 (0,36)	0,16(0,43)	<0,01
Chỉ số Bicaudate tương đối, trung bình (SD)	0,83 (0,16)	1,07 (0,34)	0,88(0,43)	<0,01

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có máu trong não thất chiếm 58%, giãn não thất chiếm 14%. Nhóm có kết quả tốt có điểm Graeb, chỉ số Evans, Chỉ số Bicaudate, Bicaudate tương đối có trung bình, trung vị thấp hơn so với nhóm có kết quả xấu.

Bảng 5. Vị trí và phân bố túi phình động mạch não

	mRS 0-2 (n=158) n(%)	mRS 3-6 (n=42) n(%)	Tổng (n=200) n(%)	Giá trị p
Vị trí túi phình trong tuần hoàn não				
Tuần hoàn não trước	135 (85,4)	28 (66,6)	163 (81,5)	0,005
Tuần hoàn não sau	23 (14,6)	14 (33.4)	37 (18,5)	0,005
Bên có túi phình động mạch não				
Bên phải	48 (30,4)	15 (35,7)	63 (31,5)	0,062
Bên trái	46 (29,1)	18 (42,9)	64 (32,0)	0,062
Cả hai bên hoặc không xác định	64 (40,5)	9 (21,4)	73 (36,5)	0,062
Vị trí túi phình động mạch não				
Động mạch cảnh trong	31 (19,6)	5 (11,9)	36 (18,0)	0,247
Động mạch não trước	4 (2,5)	1 (2,4)	5 (2,5)	1,0
Động mạch thông trước	66 (41,8)	11 (26,2)	77 (38,5)	0,065
Động mạch não giữa	40 (25,3)	12 (28,6)	52 (26,0)	0,669
Động mạch đốt sống	2 (3,0)	20 (7,6)	22 (6,7)	0,271
Động mạch thông sau	17 (10,8)	9 (21,4)	26 (13,0)	0,068
Động mạch tiểu não sau dưới	4 (2,5)	1 (2,4)	5 (2,5)	1,0
Động mạch đốt sống	0 (0,0)	1 (2,4)	1 (0,5)	0,21
Động mạch nền	1 (0,6)	1 (2,4)	2 (1,0)	0,377
Động mạch tiểu não trên	1 (0,6)	0 (0)	1 (0,5)	1,0
Động mạch não sau	0 (0,0)	2 (4,8)	2 (1,0)	0,053
Động mạch nền	1(1,5)	7(2,7)	8 (2,4)	0,999

Nhận xét: Phần lớn túi phình nằm ở tuần hoàn não trước 81,5% và túi phình ở động mạch thông trước chiếm tỉ lệ đa số 38,5%. Các bệnh nhân có túi phình ở tuần hoàn não trước có kết quả tốt cao hơn so với tuần hoàn não sau.

Bảng 6. Phân loại mức độ nặng khi nhập viện của CMDN theo liên hiệp thần kinh thế giới WFNS

WFNS	mRS 0-2 (n=158) n (%)	mRS 3-6 (n=42) n (%)	Tổng (n=200) n (%)	Giá trị p
Độ I	110 (69,6)	8 (19)	118 (5)	<0,001
Độ II	26 (16,5)	9 (21,4)	35 (17,5)	0,451
Độ III	5 (3,2)	5 (11,9)	10 (5)	0.127
Độ IV	16 (10,1)	19 (45,2)	35 (17,5)	<0,001
Độ V	1 (0,6)	1 (2,4)	2 (1)	0,377

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện với WFNS độ I chiếm 59%. Trong đó, nhóm kết quả tốt chiếm đa số, với tỉ lệ 69,6%.

Bảng 7. Phân loại mức độ nặng của chảy máu dưới nhện theo thang điểm Hunt & Hess khi nhập viện

	mRS 0-2 (n=158) n (%)	mRS 3-6 (n=42) n (%)	Tổng (n=200) n (%)	Giá trị p
Độ I	14 (8,9)	2 (4,8)	16 (8,0)	0,531
Độ II	101 (63,9)	8 (19)	109 (54,5)	<0,001
Độ III	29 (18,4)	11 (26,2)	40 (20)	0,259
Độ IV	13 (8,2)	20 (47,6)	33 (16,5)	<0,001
Độ V	1 (0,6)	1 (2,4)	2 (1)	0,377

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện với phân độ II chiếm 54,5%. Trong đó, tỉ lệ kết quả tốt là 63,8% cao hơn nhóm kết quả xấu chiếm 19%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp, với tỉ lệ 46,5%. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là đau đầu đột ngột dữ dội (88,5%), tiếp theo lần lượt là buồn nôn hoặc nôn (33%), mất ý thức (17,5%), đau cổ hoặc gáy cứng (5%). Tại thời điểm nhập viện, gáy cứng là dấu hiệu thần kinh khu trú chiếm tỉ lệ cao nhất với 50,5%, tiếp đó là suy giảm ý thức với tỉ lệ 36% và liệt nửa người chiếm 12%. Tỉ lệ bệnh nhân bị suy giảm ý thức và liệt nửa người ở nhóm kết quả xấu là 69% và 31%, cao hơn đáng kể so với 27,2% và 14,3% ở nhóm kết quả tốt (các giá trị p<0,01). Điều này cho thấy các bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh khu trú lúc nhập viện có tính dự báo mạnh về kết quả thần kinh xấu. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, bệnh nhân chảy máu dưới nhện có suy giảm ý thức thường có kết cục lâm sàng nặng nề hơn [5-6].[79]

Về chẩn đoán hình ảnh, đa số các bệnh nhân có chảy máu dưới nhện lan tỏa, vị trí của CMDN ở các vị trí lần lượt là rãnh sylvius 90%, rãnh gian bán cầu 88%, hố gian cuống não 74,5%, hố trên yên 71,9%, bể quanh thân não 64,5% bể củ não sinh tư 36%, bể đáy 30,5% (bảng 3). Nghiên cứu của Rosengart cho thấy chảy máu dưới nhện lan tỏa (OR: 3,08, CI: 1,23 -7,45, p= 0,016) làm tăng tỉ lệ kết cục thần kinh bất lợi sau 3 tháng [7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với vị trí của CMDN giữa 2 nhóm kết cục thần kinh.

Nhóm có kết quả tốt có tỉ lệ chảy máu não thất thấp hơn (52,5% so với 80%), tỉ lệ có giãn não thất thấp hơn (8,1% so với 37,5%), điểm Graeb trung vị thấp hơn (2 so với 7), chỉ số Evans thấp hơn (0,24 so với 0,29), chỉ số Bicaudate thấp hơn (0,15 so với 0,26), chỉ số Bicaudate tương đối thấp hơn (0,15 so với 0,26) (Các giá trị p<0,01) (bảng 4). Điều này cho thấy tình trạng chảy máu não thất, tình trạng giãn não thất nhẹ hơn ở nhóm có kết cục chức năng thần kinh tốt. Trong nghiên cứu của Brawanski và cộng sự trên 449 bệnh nhân CMDN, nhóm có tỉ lệ giãn não thất có kết quả tốt so với kết quả xấu thời điểm 6 tháng sau ra viện là 84,5% so với 68,7% (p= 0,02) [8]. Nghiên cứu của Rosengart cho thấy chảy máu trong não thất làm tăng nguy cơ kết cục thần kinh xấu sau 3 tháng (OR: 1.34, KTC 95% 1,10 - 1,63, p=0,003) [7]. Có thể thấy, tỉ lệ bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não có kèm theo chảy máu não thất và giãn não thất càng nặng thì có kết quả thần kinh tốt càng thấp.

Kết quả nhiên cứu ghi nhận, vị trí của túi phình trong tuần hoàn não ở tuần hoàn não trước chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn so với túi phình ở tuần hoàn não sau (81,5% so với 18,5% p <0,01). Trong nhóm bệnh nhân có kết quả tốt sau ra viện, vị trí túi phình ở tuần hoàn não trước chiếm tỉ lệ cao hơn tuần hoàn não sau (85,4% so với 66,6% p<0,01). Nhóm bệnh nhân có WFNS độ I, độ II, độ IV chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 59%**,** 17,5% và 17,5%, với WFNS độ III và V chiếm tỉ lệ rất nhỏ. Nhóm có WFNS độ I có kết quả tốt cao hơn kết quả xấu (69,6% so với 19%), nhóm có WFNS độ IV có kết quả tốt thấp hơn nhóm có kết quả xấu (10,1% so với 45,2%) (các giá trị p<0,01) (bảng 6). Có thể thấy bệnh nhân với mức độ ý thức khi nhập viện có WFNS càng thấp có giá trị dự báo với kết quả chức năng thần kinh tốt càng cao và ngược lại.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân nhập viện với mức độ nặng được đánh giá theo thang điểm Hunt & Hess độ II chiếm tỉ lệ cao nhất 54,5%. Trong đó, các bệnh nhân có kết quả tốt cao hơn so với nhóm có kết quả xấu (63,9% so với 19%, p<0,01), nhóm bệnh nhân có Hunt & Hess độ IV có kết quả tốt thấp hơn nhóm có kết quả xấu (8,2% so với 47,6%, p<0,01) (bảng 7). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Zhou và cộng sự, với Hunt & Hess độ II có kết quả tốt cao hơn so với kết quả xấu (75,1% so với 37,3%, p<0,01), Hunt & Hess độ IV có kết quả tốt thấp hơn so với kết quả xấu (5,9% so với 30,5,p<0,01) [9]. Điều này cũng cho thấy các bệnh nhân nhập viện với Hunt & Hess độ cao thì tỉ lệ đạt kết quả chức năng thần kinh tốt thấp hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Triệu chứng khởi phát thường gặp là đau đầu, chiếm 88,5%. Tại thời điểm nhập viện, dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp nhất là gáy cứng, chiếm 50,5%, vị trí túi phình thường gặp nhất nằm ở tuần hoàn não trước, chiếm 81,5%. Về mức độ nặng khi nhập viện, mức độ I chiếm 59% tính theo phân độ WFNS, còn theo thang điểm Hunt & Hess, mức độ II chiếm đa số là 54,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh là cần thiết để phát hiện kịp thời các biến chứng sau chảy máu dưới nhện là do vỡ phình động mạch não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A., Jung, C., Forsting, M., & Rinkel, G.** (2013). European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. Cerebrovascular diseases, 35(2), 93-112.
2. **Rosenørn, J., Eskesen, V., Schmidt, K., & Rønde, F.** (1987). The risk of rebleeding from ruptured intracranial aneurysms. Journal of neurosurgery, 67(3), 329–332. https://doi.org/10. 3171/jns.1987.67.3.0329
3. **Cha, K. C., Kim, J. H., Kang, H. I., Moon, B. G., Lee, S. J., & Kim, J. S.** (2010). Aneurysmal rebleeding: factors associated with clinical outcome in the rebleeding patients. Journal of Korean Neurosurgical Society, 47(2), 119–123. https://doi.org/10.3340/jkns.2010.47.2.119
4. **Kassell, N. F., Torner, J. C., Haley, E. C., Jr, Jane, J. A., Adams, H. P., & Kongable, G. L.** (1990). The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery. Part 1: Overall management results. Journal of neurosurgery, 73(1), 18–36. https://doi.org/ 10.3171/jns. 1990.73.1.0018
5. **Rivero Rodríguez, D., Scherle Matamoros, C., Cúe, L. F., Miranda Hernández, J. L., Pernas Sánchez, Y., & Pérez Nellar, J.** (2015). Predictor's of Mortality in Patients with Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage and Reebleding. Neurology research international, 2015, 545407. https://doi.org/10. 1155/2015/ 545407
6. **Vương Thị Thu Hiền, Lương Quốc Chính.** (2022). Giá trị tiên lượng của thang điểm wfns đối với kết quả xấu sau chảy máu dưới nhện do phình động mạch não. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 149(1), 135-142. https://doi.org/10.52852/ tcncyh. v149i1.516
7. Rosengart, A. J., Schultheiss, K. E., Tolentino, J., & Macdonald, R. L. (2007). Prognostic factors for outcome in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke, 38(8), 2315–2321. https://doi.org/ 10.1161/STROKEAHA.107.484360
8. **Brawanski, N., Dubinski, D., Bruder, M., Berkefeld, J., Hattingen, E., Senft, C.,... & Konczalla, J.** (2021). Poor grade subarachnoid hemorrhage: treatment decisions and timing influence outcome. Should we, and when should we treat these patients?. Brain hemorrhages, 2(1), 29-33.
9. **Zhou, Z., Wang, F., Chen, T., Wei, Z., Chen, C., Xiang, L., Xiang, L., Zhang, Q., Huang, K., Jiang, F., Zhao, Z., & Zou, J.** (2023). Pre- and Post-Operative Online Prediction of Outcome in Patients Undergoing Endovascular Coiling after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Visual and Dynamic Nomograms. Brain sciences, 13(8), 1185. https://doi.org/10.3390/brainsci13081185

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỬA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTREXATE TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 09/2024

Đào Thị Hồng Nhung[1], Lê Thị Vân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý chửa ngoài tử cung (CNTC) bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu bệnh nhân CNTC chưa vỡ điều trị bằng Methotrexate đơn liều từ 01/01/2023 - 30/09/2024 tại khoa Phụ, Bệnh viện Phụ sản Nam Định. **Kết quả:** Có 88 hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, trước điều trị có 93,1% số trường hợp có đủ 3 triệu chứng: chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo. Kích thước khối chửa trung bình là 15±1,2 mm; nồng độ βhCG trung bình là 987 ± 350 mIU/ml. Sau điều trị, tỷ lệ thành công là 89,9% và thất bại 10,2%; với chủ yếu số trường hợp tiêm 3 mũi (chiếm 73,8%), chỉ 3,6% số trường hợp tiêm Methotrexate kết hợp Acid Folic. Thời gian βhCG âm tính trung bình là 34,6 ± 3,5 ngày, trong đó chủ yếu là những trường hợp βhCG âm tính trước 30 ngày (chiếm 66%). **Kết luận:** Điều trị nội khoaCNTC chưa vỡ bằng Methotrexate đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 89,9%; đặc biệt với những khối chửa kích thước nhỏ và nồng độ βhCG ≤ 1000 mIU/ml.

[1]*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung
Email: daonhung.tl89@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025
Ngày duyệt bài: 12.5.2025