

độ quan tâm và sẵn sàng tiếp nhận tư vấn dinh dưỡng. Tuy nhiên, chỉ một tỷ lệ nhỏ thực sự từng được tiếp cận dịch vụ này trước đó. Phát hiện này tương tự với nghiên cứu của Marshall và cộng sự (2016), cho rằng rào cản triển khai tư vấn dinh dưỡng không đến từ người bệnh mà chủ yếu đến từ hệ thống bệnh viện và nhân lực dinh dưỡng chưa được bố trí đầy đủ [6]. Kết quả nghiên cứu đặt ra yêu cầu cần tích cực triển khai sàng lọc dinh dưỡng định kỳ bằng các công cụ đã chuẩn hóa như NRS-2002, đồng thời thiết lập các đơn vị tư vấn dinh dưỡng trong bệnh viện theo đúng tinh thần của Thông tư 18/2020/TT-BYT [8].

V. KẾT LUẬN

Gần một nửa bệnh nhân nội trú có nguy cơ suy dinh dưỡng. Các yếu tố liên quan gồm: tuổi ≥ 60 , suy dinh dưỡng theo BMI, tôn giáo.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài theo Quyết định giao thực hiện số 1482/QĐ-ĐHYDCT ngày 29 tháng 05 năm 2024 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lim SL, et al.** Malnutrition and its impact on cost

of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clin Nutr. 2012;31(3):345–50. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.001>

2. **Pirlich M, et al.** Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. Clin Nutr. 2006;25(4):563–9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.03.012>

3. **Volkert D, et al.** ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1): 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

4. **Kondrup J, et al.** ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415–21. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)

5. **Correia MITD, et al.** The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003;22(3):235–9. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00215-7](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00215-7)

6. **Marshall S, et al.** Malnutrition in geriatric rehabilitation: prevalence, patient outcomes, and criterion validity of the scored patient-generated subjective global assessment and the mini nutritional assessment. J Acad Nutr Diet. 2016;116(5): 785–94. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.020>

7. **Detsky AS, et al.** What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11(1):8–13. <https://doi.org/10.1177/014860718701100108>

8. **Bộ Y tế.** Thông tư số 18/2020/TT-BYT ngày 12 tháng 11 năm 2020 về hướng dẫn công tác dinh dưỡng trong bệnh viện. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Phạm Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thế Hào¹,
Vũ Tân Lộc¹, Phạm Thị Linh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định ảnh hưởng của các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm phẫu thuật đến kết quả điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa vỡ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu các trường hợp phình động mạch não giữa vỡ được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 2/2025. **Kết quả và kết luận:** Có 99 trường hợp vỡ phình động mạch não giữa được phẫu thuật. Kết quả điều trị tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi thấp, độ lâm sàng trước phẫu thuật tốt, phân độ chảy máu dưới nhện theo Fisher thấp, có thể tích khối máu tụ nhỏ hơn 31ml, mức độ di lệch đường giữa dưới 4,5mm, kích

thước túi phình nhỏ, không có vỡ túi phình hoặc không kẹp tam thời động mạch mang trong mổ.

Từ khóa: Phình động mạch não giữa vỡ, phẫu thuật, kết quả điều trị, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING SURGICAL RESULTS OF RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSMS

Objective: To evaluate the influence of clinical, paraclinical, and surgical factors on the treatment outcomes of ruptured middle cerebral artery (MCA) aneurysms. **Methods:** A retrospective and prospective cross-sectional study was conducted on patients with ruptured MCA aneurysms who underwent surgical treatment at Bach Mai Hospital from January 2023 to February 2025. **Results and conclusion:** A total of 99 patients with ruptured MCA aneurysms were surgically treated. Favorable outcomes were significantly associated with younger age, good preoperative clinical condition, lower Fisher grade on CT, hematoma volume less than 31 ml, midline shift

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Phạm Quỳnh Trang

Email: drphamquynhtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

less than 4.5 mm, smaller aneurysm sac size, absence of intraoperative aneurysm rupture, and no use of temporary parent artery clipping during surgery.

Keywords: Ruptured middle cerebral artery aneurysm; surgery; treatment outcome; prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch não (ĐMN) là hiện tượng giãn hình túi, khu trú ở một phần của thành ĐMN và thành túi giãn không còn cấu trúc bình thường của thành mạch. Phình động mạch não giữa (PĐMNG) chiếm khoảng 20% các loại túi phình. Tỷ lệ vỡ trung bình hàng năm của túi phình ĐMN là 10-15 người/100.000 dân. Trong đó, tỷ lệ vỡ túi PĐMNG chiếm khoảng 30-37,5%. PĐMNG vỡ không được điều trị có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong trên 80%.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho các trường hợp PĐMNG vỡ. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật bao gồm: tuổi, mức độ chảy máu, độ lâm sàng, độ di lệch đường giữa, kích thước túi phình, vỡ túi phình trong mổ... Tuy nhiên, chưa nhiều nghiên cứu nói về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa vỡ" nhằm mục tiêu xác định vai trò của các yếu tố tiên lượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Khoa Phẫu Thuật Thần Kinh Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có Glasgow ≤ 6 điểm.
- Có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu

Bảng 1. Tương quan giữa tuổi và kết quả phẫu thuật (n=99)

Đặc điểm chung		Kết quả phẫu thuật				OR (95% KTC)	Giá trị p
		Tốt		Trung bình, xấu			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	< 40	8	100,0	0	-	-	-
	40-60	27	52,9	24	47,1	2,9 (1,2 – 7,1)	0,01
	> 60	11	27,5	29	72,5	1	-
Giới	Nam	14	38,9	22	61,1	0,6 (0,3 – 1,4)	0,18
	Nữ	32	50,8	31	49,2	1	

Kết quả cho thấy tuổi của bệnh nhân càng cao thì tỷ lệ kết quả phẫu thuật tốt càng giảm. Nhóm bệnh nhân 40-60 tuổi có khả năng có kết quả phẫu thuật tốt cao gấp 2,9 lần so với nhóm

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu là cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 1/2023 đến tháng 2/2025 được lựa chọn vào nghiên cứu

2.4. Biến số và chỉ tiêu nghiên cứu

- Các đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng: phân độ lâm sàng WFNS.

- Chẩn đoán hình ảnh: Độ chảy máu dưới nhện (được đánh giá dựa vào phân độ của Fisher cải tiến); thể tích khối máu tụ (≤ 31 ml, > 31 ml); Độ di lệch đường giữa ($\leq 4,5$ mm, $> 4,5$ mm); Kích thước túi phình

- Đặc điểm phẫu thuật: Trong mổ túi phình vỡ hay ko, có kẹp tam thời động mạch mang không.

- Kết quả điều trị: Được đánh giá theo thang điểm Rankin cải tiến (mRS) tại thời điểm ra viện và khi khám lại sau 3 tháng. Chúng tôi phân thành 2 loại: kết quả điều trị là tốt với mRS 0-2, kết quả xấu với mRS 3-6.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê IBM SPSS.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được triển khai sau khi nhận được sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện Bạch Mai. Người tham gia được cung cấp thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Việc đồng ý hay không đồng ý tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả phẫu thuật của bệnh nhân.

Số bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt là 46 chiếm 46,5%, kết quả phẫu thuật trung bình, xấu là 53 chiếm 53,5%.

3.2. Tương quan giữa một số yếu tố với kết quả phẫu thuật

3.2.1. Tương quan giữa đặc điểm chung của bệnh nhân và kết quả phẫu thuật

bệnh nhân trên 60 tuổi. Kết quả điều trị trong nhóm bệnh nhân nữ tốt hơn nhóm bệnh nhân nam. Cụ thể, tỷ lệ có kết quả điều trị tốt trong nhóm bệnh nhân nữ là 50,8%, trong khi kết quả

này ở nhóm nam chỉ có 38,9%. Tuy nhiên, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả phẫu thuật giữa hai nhóm

này.

3.2.2. Tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Tương quan giữa độ lâm sàng (theo WFNS) với kết quả phẫu thuật

Lâm sàng	Kết quả phẫu thuật				OR (95% KTC)	Giá trị p
	Tốt		Trung bình, xấu			
	n	%	n	%		
ĐỘ I	5	100	0	0	-	-
ĐỘ II	7	70,0	3	30,0	5,6 (1,03 – 38,1)	0,02
ĐỘ III	22	71,0	9	29,0	5,9 (1,9 – 18,8)	0,0004
ĐỘ IV	12	29,3	29	70,7	1	-
ĐỘ V	0	0	12	100	-	-

Kết quả cho thấy, bệnh nhân có phân độ lâm sàng theo WFNS càng tốt thì kết quả điều trị càng tốt. Nhóm bệnh nhân có phân độ lâm sàng độ II có khả năng phẫu thuật tốt cao gấp 5,6 lần so với nhóm có phân độ IV. Tương tự, nhóm có phân độ lâm sàng độ III có khả năng phẫu thuật tốt cao

gấp 5,9 lần so với nhóm có phân độ IV. Đặc biệt, nhóm có phân độ I có tỷ lệ phẫu thuật tốt chiếm 100%, ngược lại, nhóm có phân độ V có kết quả phẫu thuật trung bình, xấu chiếm 100%.

3.2.3. Tương quan giữa đặc điểm hình ảnh và kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Tương quan giữa đặc điểm hình ảnh với kết quả phẫu thuật (n=99)

Đặc điểm hình ảnh		Kết quả phẫu thuật				OR (95% KTC)	Giá trị p
		Tốt		Trung bình, xấu			
		n	%	n	%		
Phân độ chảy máu dưới nhện Fisher	Độ I	2	100,0	0	-	-	-
	Độ II	14	73,7	5	26,3	9,5 (2,4 - 40,9)	0,0001
	Độ III	20	58,8	14	41,2	4,9 (1,6 - 14,7)	0,001
	Độ IV	10	22,7	34	77,3	1	-
Thể tích máu tụ	≤31 ml	40	70,0	18	30,0	12,9 (4,3 - 43,3)	<0,001
	>31 ml	6	14,6	35	85,4	1	
Di lệch đường giữa	Dưới 4,5 mm	35	76,1	11	23,9	12,1 (4,3 - 35,1)	<0,001
	Trên 4,5 mm	11	20,8	42	79,2	1	
Kích thước túi phình	Nhỏ	34	63,0	20	37,0	4,7 (1,8 - 12,2)	<0,001
	Lớn	12	26,7	33	73,3	1	

Kết quả cho thấy mức độ máu chảy dưới nhện theo phân độ Fisher sửa đổi càng cao thì kết quả phẫu thuật càng kém. Cụ thể, bệnh nhân có mức độ chảy máu dưới nhện độ I thì tỷ lệ phẫu thuật tốt đạt 100%. Nhóm có mức độ chảy máu dưới nhện độ II và độ III có khả năng có kết quả phẫu thuật tốt cao gấp 9,5 lần và 4,9 lần so với nhóm có mức độ chảy máu dưới nhện độ IV. Sự khác biệt

này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm bệnh nhân có thể tích khối máu tụ nhỏ hơn hoặc bằng 31ml, mức độ di lệch đường giữa dưới 4,5mm hoặc kích thước túi phình nhỏ có kết quả phẫu thuật tốt cao hơn nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.4. Tương quan giữa đặc điểm phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Tình trạng vỡ túi phình trong mổ với kết quả điều trị (n=99)

Đặc điểm phẫu thuật		Kết quả phẫu thuật				OR (95% KTC)	Giá trị p
		Tốt		Trung bình, xấu			
		n	%	n	%		
Vỡ túi phình trong mổ	Vỡ	5	17,2	24	82,8	1	0,0002
	Không vỡ	41	58,6	29	41,4	6,8 (2,2 – 25,0)	
Kẹp tam thời động mạch mang	Có kẹp	22	36,7	38	63,3	1	0,02
	Không kẹp	24	61,5	15	38,5	2.8 (1,1-6.9)	

Người bệnh không vỡ túi phình trong mổ hoặc không kẹp tam thời động mạch mang có kết quả phẫu thuật tốt cao hơn nhóm vỡ túi phình hoặc kẹp động mạch mang trong mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm khám lại sau phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh có kết quả tốt (mRS 0,1,2) chiếm 46,5%, kết quả trung bình, xấu (mRS 3-6) chiếm 53,5%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết

quả của một số tác giả khác như trong nghiên cứu của Mooney khi tỷ lệ người bệnh ra viện mRS 0-2 là 41% và mRS 3-5 là 59% [1].

Kết quả điều trị của những bệnh nhân dưới 60 tuổi tốt hơn so với nhóm trên 60 tuổi. Nhóm bệnh nhân 40-60 tuổi có khả năng có kết quả phẫu thuật tốt cao gấp 2,9 lần so với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới như Nguyễn Sơn, J. Mocco [2,3]. Các tác giả đều cho rằng, tuổi có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị, tuổi càng cao, kết quả điều trị càng xấu. Bệnh nhân tuổi cao thường có kèm theo các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh lý tim mạch do đó dễ bị các biến chứng liên quan đến gây mê hồi sức cũng như quá trình thở máy điều trị sau mổ hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi.

Về tương quan giữa giới của đối tượng nghiên cứu với kết quả phẫu thuật, sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,18$). Các tác giả J. Mocco, Gobranh và Lai Chuang Chee cũng cho rằng giới không ảnh hưởng tới kết quả điều trị phình động mạch não vỡ [2, 4, 5].

Kết quả tốt ở những bệnh nhân có độ lâm sàng nhẹ trong nghiên cứu này (độ I-II-III) cao hơn nhóm có độ lâm sàng nặng (độ IV-V), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân có phân độ lâm sàng độ II có khả năng phẫu thuật tốt cao gấp 5,6 lần so với nhóm có phân độ IV. Tương tự, nhóm có phân độ lâm sàng độ III có khả năng phẫu thuật tốt cao gấp 5,9 lần so với nhóm có phân độ IV. Đặc biệt, nhóm có phân độ I có tỷ lệ phẫu thuật tốt chiếm 100%, ngược lại, nhóm có phân độ V có kết quả phẫu thuật trung bình, xấu chiếm 100%. Tình trạng lâm sàng có vai trò quan trọng trong chỉ định phẫu thuật và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Độ lâm sàng trước phẫu thuật càng nặng thì kết quả xấu sau phẫu thuật càng cao. Kết luận này phù hợp với nhiều tác giả trong và ngoài nước [1, 6, 7, 8, 9]. Trước phẫu thuật, những bệnh nhân có độ lâm sàng nặng thường liên quan đến thang điểm hôn mê Glasgow kém, kèm theo mức độ chảy máu nặng, não phù nhiều và dẫn đến rối loạn chuyển hóa. Chảy máu có liên quan đến tăng áp lực nội sọ một cách nhanh chóng và do đó làm giảm lưu lượng máu não, dẫn đến giảm việc cung cấp oxy cho não trong thời gian nhu cầu tăng lên. Hơn nữa do tri giác không tốt, các bệnh nhân này còn gặp nhiều biến chứng liên quan đến thở máy sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt

ở nhóm bệnh nhân có độ Fisher 1, 2 cao hơn nhóm Fisher độ 3 và độ 4. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Vũ Minh Hải với tỉ lệ kết quả xấu ở Fisher độ 1, 2, 3, 4 lần lượt là 4%; 2,4%; 12,9% và 24,1% [9]. Theo tác giả này, độ Fisher càng cao mức độ co thắt mạch sau vỡ phình động mạch càng nặng, dẫn đến nhiều biến chứng như thiếu máu não, phù não. Vì vậy, tỷ lệ tử vong và di chứng ở nhóm bệnh nhân này cao hơn.

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa mức độ dè dặt đường giữa với kết quả điều trị. Theo đó, nếu mức độ dè dặt đường giữa trên 4,5 mm thì kết quả điều trị xấu gấp 12,1 lần so mức độ dè dặt đường giữa từ 4,5 mm trở xuống. Mức độ di lệch đường giữa được rất nhiều tác giả công nhận là yếu tố tiên lượng nặng trong chấn thương sọ não cũng như xuất huyết não do vỡ túi phình. Huang Y. và cộng sự cho thấy mức độ dè dặt đường giữa trung bình là $8,96 \pm 6,31$ mm, đây là yếu tố tiên lượng tử vong với $p < 0,001$ [10]. Di lệch đường giữa là một yếu tố chỉ điểm tăng áp lực nội sọ cũng như tiên lượng xấu đến kết quả điều trị của người bệnh.

Về tương quan giữa kích thước túi phình và kết quả phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả điều trị tốt ở nhóm bệnh nhân có kích thước túi phình lớn thấp hơn nhóm có kích thước nhỏ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những túi phình lớn thường có nhiều thùy, cổ rộng, dẫn đến khó khăn trong quá trình thao tác xử lý kẹp cổ túi phình. Hơn nữa những túi phình này thường có huyết khối hoặc xơ vữa trong lòng túi phình dẫn đến dễ làm hẹp lòng mạch đi sau túi phình. Do đó tỷ lệ biến chứng cũng như di chứng ở nhóm túi phình lớn này cao hơn so với nhóm túi phình kích thước nhỏ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ túi phình trong phẫu thuật là 58,6%, cao hơn tỷ lệ kết quả tốt của nhóm vỡ túi phình trong phẫu thuật là 17,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thủy (2018) khi cho thấy tỉ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ trong phẫu thuật là 61,6% nhiều hơn nhóm vỡ trong mổ là 3,2%. Túi phình vỡ trong phẫu thuật có thể làm nặng hơn mức độ chảy máu dưới nhện và co thắt mạch sau mổ; khi túi phình vỡ, phẫu thuật viên thường phải kẹp tạm thời động mạch nuôi dẫn đến thành các mạch này dễ bị tổn thương và co thắt hơn.

Thời gian kẹp tạm thời trung bình là $5,5 \pm 2,3$ phút, trong đó ca kẹp tạm thời lâu nhất là 9

phút, ngắn nhất là 2 phút. Tỷ lệ có kết quả phẫu thuật tốt trong nhóm không kẹp tạm thời là 61,5%, trong khi tỷ lệ này trong nhóm có kẹp chỉ chiếm 36,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân có thời gian kẹp tạm thời động mạch nuôi kéo dài thường là những trường hợp túi phình có hình dạng phức tạp, kích thước lớn hoặc vỡ trong phẫu thuật. Việc kẹp động mạch nuôi trong thời gian dài có thể dẫn đến thiếu máu não làm nặng hơn tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 99 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa được điều trị bằng phẫu thuật chúng tôi nhận thấy: Kết quả điều trị tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi thấp, độ lâm sàng trước phẫu thuật tốt, phân độ CMDMN theo Fisher thấp, có thể tích khối máu tụ nhỏ hơn 31ml, mức độ di lệch đường giữa dưới 4,5mm, kích thước túi phình nhỏ, không có vỡ túi phình hoặc không kẹp tạm thời động mạch mang trong mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mooney, M.A., E.D. Simon, S. Brigeman, et al** (2018), "Long-term results of middle cerebral artery aneurysm clipping in the Barrow Ruptured Aneurysm Trial", *J Neurosurg*; 130(3): 895-901.
2. **Mocco, J., R.J. Komotar, S.D. Lavine, et al**

(2004), "The natural history of unruptured intracranial aneurysms", *Neurosurgical Focus*; 17(5): 1-5.

3. **Nguyễn Sơn** (2010), Nghiên cứu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị vi phẫu kẹp túi phình động mạch trên lều đã vỡ, Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
4. **Ahmed Alfotih, G.T., F.-C. Li, X.-K. Xu, et al** (2015), "Factors associated with outcomes in ruptured aneurysmal patients: Clinical Study of 80 Patients", *Romanian Neurosurgery*; 29(1): 103-110.
5. **Chee, L.C., J.A. Siregar, A.R.I. Ghani, et al** (2018), "The Factors Associated with Outcomes in Surgically Managed Ruptured Cerebral Aneurysm", *Malays J Med Sci*; 25(1): 32-41.
6. **Trần Bá Tuấn, Ngô Mạnh Hùng** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ", *Tạp chí Y học Việt Nam*; 535(Tháng 2 - Số 1): 149-153.
7. **Trần Trung Kiên** (2021), Kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch thông trước, Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
8. **Trần Văn Việt, Trần Minh Tân** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não trên cắt lớp vi tính đa dãy", *Tạp chí Y học Việt Nam*; 527(số 2-tháng 6): 89-94.
9. **Vũ Minh Hải** (2014), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não vỡ, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
10. **Huang, Y.H., T.C. Lee, T.H. Lee, et al** (2013), "Thirty-day mortality in traumatically brain-injured patients undergoing decompressive craniectomy", *J Neurosurg*; 118(6): 1329-35.

TÌNH TRẠNG SAI LỆCH KHỚP CẢN VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ CHÍNH HÌNH RĂNG MẶT CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH

Nguyễn Mỹ Huyền¹, Nguyễn Thị Mỹ Hòa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sai lệch khớp cắn là một trong những vấn đề răng miệng ngày càng trở nên phổ biến, không chỉ ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai mà còn gây tác động đến thẩm mỹ khuôn mặt, khả năng phát âm và chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tình trạng sai lệch khớp cắn và xác định nhu cầu điều trị chỉnh hình răng mặt của sinh viên Trường Đại học Trà Vinh theo chỉ số IOTN. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 250 sinh viên (106 nam và 144 nữ). **Kết quả:** Tỷ lệ sai lệch khớp cắn trong nghiên cứu là 89,2%; trong đó nam giới chiếm 87,7% và nữ giới chiếm 90,3%. Sai lệch khớp cắn loại I theo Angle

chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,2% và thấp nhất là loại II chiếm 10,0%. Nguyên nhân thường gặp nhất trong phân loại sức khỏe răng đó là di lệch vị trí răng >1mm (41,1%). Nghiên cứu về nhu cầu điều trị theo chỉ số IOTN theo thành phần sức khỏe răng có 85,6% và theo thành phần thẩm mỹ răng có 74,4% sinh viên ít/ cần điều trị chỉnh hình răng mặt. **Kết luận:** Tình trạng sai lệch khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha chiếm tỷ lệ cao trong sinh viên. **Từ khóa:** Sai lệch khớp cắn, nhu cầu điều trị, IOTN

SUMMARY

THE STATUS OF MALOCCLUSION AND ORTHODONTIC TREATMENT NEEDS OF STUDENTS AT TRA VINH UNIVERSITY

Background: Malocclusion is one of the dental problems that is becoming increasingly common, not only affecting chewing function but also affecting facial aesthetics, speech ability and quality of life. **Research objective:** Describe the condition of malocclusion and determine the need for orthodontic treatment of students at Tra Vinh University according

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mỹ Huyền

Email: nmhuyen@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025