

vùng tổn thương nặng nhất (mất phân bố 98,1%; tái phân bố 86,5%), tiếp theo là thắt lưng (86,5% và 61,5%), hành não (76,9% và 59,6%), thấp nhất ở tủy ngực (69,2% và 38,5%).

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh được chẩn đoán bệnh xơ cứng cột bên teo cơ theo tiêu chuẩn Gold Coast nằm trong độ tuổi 50 – 69. Trên bản ghi dẫn truyền thần kinh thường cho thấy sự suy giảm biên độ đáp ứng hoạt động cơ toàn phần tại các dây thần kinh chi trên, trong khi ở các vận động chi dưới cũng như hoạt động cảm giác bình thường. Bản ghi điện cơ cầm kim cho thấy sự mất phân bố và/ hoặc tái phân bố thần kinh chủ yếu ở vùng tủy cổ và vùng thắt lưng, trong khi các vùng tủy khác có tỉ lệ thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Hình.** Ứng dụng tiêu chuẩn Awaji trong chẩn đoán bệnh xơ cứng cột bên teo cơ. Luận văn Thạc sĩ. TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI; 2020. Accessed October 28, 2025.

2. **Shefner JM, Al-Chalabi A, Baker MR, et al.** A proposal for new diagnostic criteria for ALS. *Clin Neurophysiol.* 2020;131(8):1975-1978.
3. **Masrori P, Van Damme P.** Amyotrophic lateral sclerosis: a clinical review. *Eur J Neurol.* 2020;27(10):1918-1929. doi:10.1111/ene.14393
4. **Gunnarsson LG, Bodin L.** Amyotrophic Lateral Sclerosis and Occupational Exposures: A Systematic Literature Review and Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(11):2371. doi:10.3390/ijerph15112371.
5. **Joyce NC, Carter GT.** Electrodiagnosis in Persons With Amyotrophic Lateral Sclerosis. *PM&R.* 2013;5(5S). doi:10.1016/j.pmrj.2013.03.020.
6. **Fang J, Cui LY, Liu MS, et al.** F Wave Study in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Assessment of Segmental Motoneuronal Dysfunction. *Chin Med J (Engl).* 2015;128(13):1738-1742. doi:10.4103/0366-6999.159346
7. **Pugdahl K, Camdessanché JP, Cengiz B, et al.** Gold Coast diagnostic criteria increase sensitivity in amyotrophic lateral sclerosis. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol.* 2021;132(12):3183-3189. doi:10.1016/j.clinph.2021.08.014
8. **Ravits JM, La Spada AR.** ALS motor phenotype heterogeneity, focality, and spread. *Neurology.* 2009;73(10):805-811. doi:10.1212/WNL.0b013e3181b6bbbd

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM

Vũ Tường Lâm^{1,2}, Nguyễn Hồng Sơn¹, Dương Văn Ninh³,
Hoàng Bùi Hải², Lương Quốc Chính^{1,4}, Đào Xuân Cơ^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (bao gồm hình ảnh học) ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện (CMDN) do vỡ phình động mạch não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 330 bệnh nhân CMDN do vỡ phình động mạch não tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung vị là 58 (IQR: 50-65), nữ giới chiếm 57,3%. Triệu chứng lâm sàng khởi phát phổ biến nhất là đau đầu (86,1%) và mất ý thức (37,9%). Về cận lâm sàng, số lượng bạch cầu trung bình là $14,75 \pm 5,56$ và glucose máu là $8,42 \pm 2,99$ mmol/l. Đặc điểm hình ảnh học ghi nhận vị trí túi phình

thường gặp nhất là động mạch thông trước (32,7%), động mạch cảnh trong (25,8%) và động mạch não giữa (21,8%). Tỷ lệ chảy máu não thất đi kèm chiếm 67,6% và Fisher độ IV chiếm 70,8%. **Kết luận:** CMDN do vỡ phình mạch não thường gặp ở phụ nữ trung niên với biểu hiện lâm sàng nặng nề và hình ảnh học đa dạng, chủ yếu là túi phình ở tuần hoàn trước. **Từ khóa:** Chảy máu dưới nhện; Phình động mạch não; Lâm sàng; Cận lâm sàng.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED CEREBRAL ANEURYSM: A MULTICENTER STUDY

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics (including imaging) of patients with subarachnoid hemorrhage (SAH) due to ruptured cerebral aneurysm. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study of 330 patients at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to August 2023. **Results:** The median age was 58 (IQR: 50-65), with 57.3% being female. The most common initial symptoms were headache (86.1%) and loss of

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Cơ

Email: daoxuanco@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

consciousness (37.9%). Paraclinical findings showed an average white blood cell count of 14.75 ± 5.56 G/l and blood glucose of 8.42 ± 2.99 mmol/l. Imaging revealed that the most common aneurysm locations were the anterior communicating artery (32.7%), internal carotid artery (25.8%), and middle cerebral artery (21.8%). Intraventricular hemorrhage was present in 67.6% of cases, and Fisher grade IV accounted for 70.8%. **Conclusion:** SAH due to ruptured cerebral aneurysm is prevalent in middle-aged women, characterized by severe clinical presentation and diverse imaging findings, predominantly involving anterior circulation aneurysms. **Keywords:** *Subarachnoid hemorrhage; Cerebral aneurysm; Clinical; Paraclinical.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong đột quỵ não, chảy máu dưới nhện (CMDN) chiếm khoảng 9,7%.¹ Đây là bệnh lý cấp cứu thần kinh nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao: 33% sau 1 tháng, 43% sau 1 năm và 47% sau 5 năm, kèm theo để lại di chứng nặng nề.² Bên cạnh đó, một tỷ lệ lớn bệnh nhân sống sót phải chịu các di chứng thần kinh kéo dài, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tạo gánh nặng cho hệ thống y tế cũng như xã hội.

Vỡ phình động mạch não là nguyên nhân phổ biến nhất của CMDN tự phát, chiếm khoảng 80% các trường hợp.² Khi túi phình vỡ, máu tràn vào khoang dưới nhện gây kích thích màng não, tăng áp lực nội sọ và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề như co thắt mạch não, thiếu máu não muện, não úng thủy hoặc chảy máu lan vào nhu mô não và hệ thống não thất.^{3,4} Những biến chứng này góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh và ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng của người bệnh.

Hiện nay, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não, tuy nhiên các dữ liệu tại Việt Nam, đặc biệt từ các nghiên cứu đa trung tâm, vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân CMDN do vỡ phình động mạch não điều trị tại các bệnh viện tuyến cuối, từ đó góp phần cung cấp dữ liệu thực chứng phục vụ cho công tác đánh giá, quản lý và điều trị bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch được điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9, Trung tâm Đột quỵ, Khoa Phẫu thuật Thần kinh của Bệnh viện Bạch Mai; Khoa Cấp cứu và Hồi sức Tích cực của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

đáp ứng các tiêu chuẩn tuyển chọn và tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trong vòng 4 ngày.
- Được chẩn đoán chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não theo Hướng dẫn điều trị chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch của tổ chức đột quỵ châu Âu 2013:

- Chẩn đoán xác định:

- + Lâm sàng: Đột ngột đau đầu dữ dội, nôn hoặc buồn nôn, có dấu hiệu màng não và/hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú, rối loạn ý thức.

- + Chụp cắt lớp vi tính sọ não có máu trong khoang dưới nhện hoặc chọc dịch não tủy có máu không đông hoặc sắc tố vàng (xanthochromia) trong trường hợp chụp cắt lớp vi tính sọ não âm tính mà lâm sàng vẫn nghi ngờ nhiều.

- Chẩn đoán nguyên nhân phình mạch:

- + Chụp mạch não số hóa xóa nền hoặc chụp cắt lớp vi tính đa dãy mạch máu não phát hiện túi phình có liên quan đến chảy máu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trên phim cắt lớp vi tính sọ não ban đầu không phân biệt được là tụ máu nhu mô hay tụ máu khoang dưới nhện

- Bệnh án không đủ dữ liệu phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Cấp cứu A9, Trung tâm Đột quỵ, Khoa Phẫu thuật Thần kinh bệnh viện Bạch Mai; Khoa Cấp cứu và Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 1 năm 2020 tới tháng 8 năm 2023.

2.2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Nghiên cứu đưa vào tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu là hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân vào viện trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.2.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm:

Đặc điểm chung: tuổi (năm dương lịch), giới tính (nam/ nữ) và các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường và các bệnh lý nền khác.

Đặc điểm lâm sàng: các triệu chứng khởi phát (đau đầu, buồn nôn/nôn, mất ý thức, co giật),

dấu hiệu thần kinh (gáy cứng, liệt nửa người, suy giảm ý thức) và các chỉ số sinh tồn khi nhập viện (nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ).

Thang điểm lâm sàng: mức độ rối loạn ý thức được đánh giá bằng Glasgow Coma Scale (GCS); mức độ nặng của chảy máu dưới nhện được phân loại theo WFNS và Hunt & Hess.

Đặc điểm hình ảnh học: vị trí máu trong khoang dưới nhện, sự hiện diện của chảy máu não thất, máu tụ nhu mô não hoặc máu tụ dưới màng cứng trên cắt lớp vi tính sọ não; thể tích khối máu tụ (ml).

Đặc điểm túi phình động mạch não: vị trí túi phình, kích thước túi phình (đáy, chiều dài và cổ túi phình) và tỷ lệ đáy/cổ, được xác định bằng chụp mạch não.

Phân loại mức độ chảy máu trên hình ảnh học: theo thang điểm Fisher trên phim cắt lớp vi tính sọ não.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng các thuật toán thống kê y học.

Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm với các biến định tính hoặc dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD), trung vị, khoảng tứ phân vị đối với các biến định lượng.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội trước khi tiến hành thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung vị của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 58 (khoảng tứ phân vị IQR 50–65) với tỉ lệ nữ giới chiếm đa số (57,3%).

Bảng 3.1. Các triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	284	86,1
Buồn nôn, nôn	185	56,1
Gáy cứng	117	35,5
Sợ ánh sáng	2	0,6
Nhìn mờ, nhìn đôi	2	0,6
Mất ý thức	125	37,9
Co giật	8	2,4

Triệu chứng khởi phát: Đau đầu đột ngột dữ dội chiếm 86,1%, nôn/buồn nôn chiếm 56,1%, mất ý thức chiếm 37,9%

Bảng 3.2. Chỉ số sinh tồn lúc nhập viện

Chỉ số lâm sàng	Trung bình (\bar{X})	Độ lệch chuẩn (SD)
Nhịp tim (lần/phút)	83	14

Chỉ số lâm sàng	Trung bình (\bar{X})	Độ lệch chuẩn (SD)
Nhịp thở (lần/phút)	19	5
Huyết áp tâm thu (mmHg)	146	26
Huyết áp tâm trương (mmHg)	85	15
Nhiệt độ (độ C)	36,9	0,3

Khi nhập viện, huyết áp tâm thu trung bình 146 ± 26 mmHg, huyết áp tâm trương 85 ± 15 mmHg. Nhịp tim và nhịp thở lần lượt là 83 ± 14 và 19 ± 5 lần/phút. Nhiệt độ trung bình $36,9 \pm 0,3^\circ\text{C}$.

Bảng 3.3. Dấu hiệu thần kinh khu trú

Dấu hiệu	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Liệt nửa người	36	10,9%
Gáy cứng	168	50,9%
Suy giảm ý thức	138	41,8%
Điểm Glasgow trung vị (IQR)	13 (10 – 15)	

Trong các dấu hiệu thần kinh ghi nhận được ở quần thể nghiên cứu của chúng tôi, gáy cứng là biểu hiện thường gặp nhất (50,9%), tiếp theo là suy giảm ý thức (41,8%), trong khi liệt nửa người ít gặp hơn (10,9%). Điểm Glasgow trung vị là 13 (IQR: 10–15) cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện với mức độ rối loạn ý thức từ nhẹ đến trung bình.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Vị trí máu trong khoang dưới nhện (n, %)

	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Bể đáy	191	57,9
Rãnh Sylvius	301	91,2
Rãnh gian bán cầu	268	81,2
Hố gian cuống	224	67,9
Hố trên yên	229	69,4
Bể quanh thân não	197	59,7
Bể củ não sinh tư	155	47,0
Chảy máu não thất	223	67,6
Máu tụ dưới màng cứng	11	3,3

Trong các vị trí máu trong khoang dưới nhện trên CT sọ não, rãnh Sylvius là vị trí gặp nhiều nhất (91,2%), tiếp theo là rãnh gian bán cầu (81,2%). Các bể nền của não cũng ghi nhận tỷ lệ xuất huyết khá cao, bao gồm hố trên yên (69,4%), hố gian cuống (67,9%), bể quanh thân não (59,7%) và bể đáy (57,9%). Ngoài ra, chảy máu não thất gặp ở 67,6% bệnh nhân, cho thấy đây là biến chứng khá thường gặp của chảy máu

dưới nhện do vỡ phình mạch não. Trong khi đó, máu tụ dưới màng cứng ít gặp (3,3%).

Thể tích trung bình khối máu tụ là 14,82 ± 11,86 ml.

Bảng 3.5. Đặc điểm túi phình động mạch não

Vị trí túi phình động mạch não		
	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Động mạch cảnh trong	85	25,8
Động mạch não trước	23	7,0
Động mạch thông trước	108	32,7
Động mạch não giữa	72	21,8
Động mạch đốt sống	22	6,7
Động mạch thông sau	29	8,8
Động mạch tiểu não	3	0,9
Động mạch nền	8	2,4
Kích thước túi phình động mạch não (mm)		
	X	SD
Chiều rộng hoặc đáy	4,56	2,37
Chiều dài hoặc sâu	5,30	2,67
Cổ túi phình	3,13	1,38
Tỉ lệ đáy/cổ	1,56	1,15

Về vị trí túi phình, túi phình động mạch thông trước gặp nhiều nhất (32,7%), tiếp theo là động mạch cảnh trong (25,8%) và động mạch não giữa (21,8%). Các vị trí khác ít gặp hơn như động mạch thông sau (8,8%), động mạch não trước (7,0%), động mạch đốt sống (6,7%), động mạch nền (2,4%) và động mạch tiểu não (0,9%). Kết quả này cho thấy phần lớn túi phình tập trung ở hệ tuần hoàn não trước, đặc biệt tại các vị trí phân nhánh của vòng Willis, phù hợp với cơ chế hình thành phình mạch do yếu thành mạch tại các điểm chịu áp lực dòng chảy cao.

Về kích thước túi phình, kích thước trung bình của đáy túi phình là 4,56 ± 2,37 mm, chiều dài hoặc chiều sâu là 5,30 ± 2,67 mm, trong khi đường kính cổ túi phình trung bình là 3,13 ± 1,38 mm. Tỷ lệ đáy/cổ trung bình là 1,56 ± 1,15, cho thấy đa số túi phình có cổ tương đối rộng. Đặc điểm hình thái này có thể có ý nghĩa trong lựa chọn phương pháp điều trị can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật, do túi phình cổ rộng thường gây khó khăn hơn cho kỹ thuật nút coil đơn thuần.

3.5. Phân độ mức độ nặng

Bảng 3.6. Phân loại mức độ nặng của CMDN theo WFNS

Độ	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Độ I	179	54,2
Độ II	39	11,8
Độ III	18	5,5
Độ IV	68	20,6
Độ V	27	8,2

Bảng 3.7. Phân loại mức độ nặng của CMDN theo thang điểm Hunt & Hess

	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Độ I	22	6,7
Độ II	180	54,5
Độ III	40	12,1
Độ IV	40	12,1
Độ V	48	14,5

Bảng 3.8. Phân loại mức độ nặng của CMDN theo thang điểm Fisher

	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Độ I	6	1,8
Độ II	40	15,2
Độ III	50	12,1
Độ IV	234	70,8

Theo thang điểm WFNS, phần lớn bệnh nhân thuộc độ I (54,2%), tiếp theo là độ IV (20,6%) và độ II (11,8%), trong khi độ III (5,5%) và độ V (8,2%) chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện ở mức độ nhẹ, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân ở mức độ nặng (độ IV-V chiếm 28,8%).

Theo thang điểm Hunt & Hess, bệnh nhân độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%), tiếp theo là độ V (14,5%), trong khi các mức độ III và IV đều chiếm 12,1%, và độ I chiếm 6,7%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng mức độ nhẹ đến trung bình khi nhập viện, nhưng vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có biểu hiện nặng (độ IV, V, chiếm 26,6%) với rối loạn ý thức hoặc thiếu hụt thần kinh rõ rệt.

Theo thang điểm Fisher, đa số bệnh nhân thuộc độ IV (70,8%), trong khi các mức độ còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn, bao gồm độ II (15,2%), độ III (12,1%) và độ I (1,8%).

Nhìn chung, kết quả phân loại theo các thang điểm cho thấy mặc dù mức độ lâm sàng của bệnh nhân khi nhập viện chủ yếu ở mức nhẹ đến trung bình, nhưng mức độ chảy máu trên hình ảnh học lại khá nặng, với tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc Fisher độ IV.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tụ máu nhu mô não (TMNMN) ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện (CMDN) do vỡ phình động mạch não là 20%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó tỷ lệ TMNMN kèm theo khoảng 21%. Điều này cho thấy TMNMN là biến chứng tương đối thường gặp và có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do khối máu tụ có nguy cơ gây ra hiệu ứng khối dẫn đến tăng áp lực nội sọ kéo dài, là một trong những yếu tố gây ra chấn thương não sớm.⁵

Đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ

Tuổi trung vị của toàn bộ nghiên cứu là 58, với tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (57,3%), phù hợp đặc điểm dịch tễ học của CMDN do vỡ phình mạch, tuy nhiên con số này thấp hơn kết quả của Wan A và cộng sự (2016) với 77,9%;⁶ thấp hơn của Guresir và cộng sự (2008) với 60,2%.⁷ Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm dân số nghiên cứu, cấu trúc tuổi và yếu tố chủng tộc, khu vực. Tỷ lệ nữ mắc phình động mạch não và vỡ phình thường tăng theo tuổi, đặc biệt sau mãn kinh, có thể do vai trò bảo vệ mạch máu của estrogen suy giảm.⁸

Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây về chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não. Về biểu hiện lâm sàng, gáy cứng và suy giảm ý thức là các triệu chứng thường gặp, phù hợp với cơ chế kích thích màng não và tăng áp lực nội sọ sau khi máu tràn vào khoang dưới nhện.⁹ Một số nghiên cứu cũng ghi nhận dấu hiệu thần kinh khu trú thường ít gặp hơn trong giai đoạn đầu, trừ khi có biến chứng như thiếu máu não hoặc xuất huyết nhu mô kèm theo, do xuất huyết nhu mô kèm theo thường liên quan chặt chẽ đến tăng áp lực nội sọ, hiệu ứng khối của khối máu tụ và tổn thương nhu mô não trực tiếp.^{6,7}

Đặc điểm cận lâm sàng

Trên hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận máu dưới nhện thường phân bố ở các rãnh não và các bể nền, đặc biệt là rãnh Sylvius và rãnh gian bán cầu, tương tự các báo cáo trước đây.³ Ngoài ra, tỷ lệ chảy máu não thất khá cao, đây là yếu tố đã được chứng minh có liên quan đến nguy cơ não úng thủy cấp và tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện.^{6,7,10}

Về vị trí túi phình, động mạch thông trước là vị trí gặp nhiều nhất, tiếp theo là động mạch cảnh trong và động mạch não giữa, phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy phần lớn túi phình nội sọ xuất hiện tại các vị trí phân nhánh của vòng Willis, nơi chịu tác động của dòng chảy huyết động mạnh.⁴

Mức độ nặng theo các thang điểm

Khi so sánh các thang điểm đánh giá mức độ nặng, có thể thấy mức độ lâm sàng của bệnh nhân theo WFNS và Hunt & Hess chủ yếu ở mức nhẹ đến trung bình, với tỷ lệ cao ở WFNS độ I (54,2%) và Hunt & Hess độ II (54,5%). Tuy nhiên, mức độ chảy máu trên hình ảnh học theo thang điểm Fisher lại khá nặng, với 70,8% bệnh nhân thuộc Fisher độ IV. Sự khác biệt giữa mức độ lâm sàng và mức độ chảy máu trên hình ảnh học trong nghiên cứu này có thể được giải thích

bởi đặc điểm sinh lý bệnh của chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não. Trong nhiều trường hợp, mặc dù lượng máu trong khoang dưới nhện hoặc trong não thất khá nhiều trên CT, biểu hiện lâm sàng ban đầu của bệnh nhân có thể chưa tương xứng hoặc còn tương đối nhẹ, đặc biệt khi chưa xuất hiện các biến chứng thứ phát. Các triệu chứng nặng hơn thường liên quan đến tăng áp lực nội sọ, co thắt mạch não hoặc thiếu máu não muộn, những biến chứng có thể xảy ra sau đó trong quá trình diễn tiến bệnh.^{3,4}

Do đó, việc kết hợp đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng và trên cận lâm sàng giúp phân ánh toàn diện tình trạng bệnh, đồng thời có giá trị quan trọng trong tiên lượng và định hướng chiến lược theo dõi, điều trị ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não.

Hạn chế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm nên phụ thuộc vào tính đầy đủ của hồ sơ bệnh án và có thể tồn tại sai số thu thập số liệu. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân điều trị tại các bệnh viện tuyến cuối, do đó có thể có sai lệch chọn mẫu và hạn chế khả năng khái quát cho cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não thường biểu hiện bằng các triệu chứng kích thích màng não và rối loạn ý thức, trong đó gáy cứng và suy giảm ý thức là các dấu hiệu thường gặp, trong khi dấu hiệu thần kinh khu trú ít gặp hơn.

- Trên cắt lớp vi tính sọ não, máu dưới nhện chủ yếu phân bố tại các rãnh não và các bể nền, đặc biệt là rãnh Sylvius và rãnh gian bán cầu; tỷ lệ chảy máu não thất tương đối cao.

- Túi phình động mạch não chủ yếu nằm ở hệ tuần hoàn não trước, với vị trí gặp nhiều nhất là động mạch thông trước, tiếp theo là động mạch cảnh trong và động mạch não giữa. Kích thước túi phình trung bình tương đối nhỏ.

- Mặc dù phần lớn bệnh nhân có mức độ lâm sàng nhẹ đến trung bình theo WFNS và Hunt & Hess, nhưng mức độ chảy máu trên hình ảnh học theo thang điểm Fisher chủ yếu ở mức độ nặng, cho thấy cần đánh giá đồng thời lâm sàng và hình ảnh học để tiên lượng và theo dõi bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não.

LỜI CẢM ƠN

Bài báo nghiên cứu được thực hiện trong khuôn khổ đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Đại học Quốc gia Hà Nội (ĐHQGHN) năm 2025, mã số QG.25.40, thuộc Chương trình nghiên cứu trọng điểm của ĐHQGHN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GBD 2019 Stroke Collaborators.** Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
- Rehman S, Phan HT, Reeves MJ, et al.** Case-Fatality and Functional Outcome after Subarachnoid Hemorrhage (SAH) in International STROkE oUtcomes sTudy (INSTRUCT). *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2022;31(1):106201. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106201
- Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al.** 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2023;54(7). doi:10.1161/STR.0000000000000436
- van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ.** Subarachnoid haemorrhage. *The Lancet.* Published online 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)60153-6
- Darkwah Oppong, Skowronek, Pierscianek, Gembruch, Et. A.** Aneurysmal intracerebral hematoma: Risk factors and surgical treatment decisions. *Clin Neurol Neurosurg.* Published online 2018. doi:10.1016/j.clineuro.2018.07.014
- Wan A, Jaja BNR, Schweizer TA, Macdonald RL.** Clinical characteristics and outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma. *J Neurosurg.* 2016;125(6):1344-1351. doi:10.3171/2015.10.JNS151036
- Güresir E, Beck J, Vatter H, et al.** Subarachnoid hemorrhage and intracerebral hematoma: incidence, prognostic factors, and outcome. *Neurosurgery.* 2008;63(6):1088-1093; discussion 1093-1094. doi:10.1227/01.NEU.0000335170.76722.B9
- Vlak MH, Algra A, Brandenburg R, Rinkel GJ.** Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2011;10(7):626-636. doi:10.1016/S1474-4422(11)70109-0
- Connolly ES, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al.** Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2012;43(6):1711-1737. doi:10.1161/STR.0b013e3182587839
- Steiner T, Juvela S, Unterberg A, et al.** European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35(2):93-112. doi:10.1159/000346087

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER HOLMIUM (HOLEP) TRONG ĐIỀU TRỊ PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Trần Tuấn Anh¹, Tô Hoài Nam¹, Đặng Xuân Hưng¹,
 Nông Văn Thịnh¹, Nguyễn Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp trên 40 bệnh nhân được phẫu thuật HoLEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2025. Các chỉ số được thu thập bao gồm tuổi, nồng độ PSA trước phẫu thuật, thể tích tuyến tiền liệt trên siêu âm, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, thời gian đặt ống thông niệu đạo, thời gian nằm viện và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật 1 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 73,75 ± 7,97 tuổi. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình

trước phẫu thuật là 91,27 ± 28,12 ml, PSA trung bình 13,14 ± 11,7 ng/ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 128,85 ± 48,14 phút. Có 10 bệnh nhân (25%) cần truyền máu trong mổ. Thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình 4 ngày và thời gian nằm viện trung bình 5,83 ngày. Sau 1 tháng, 36 bệnh nhân (90%) tiểu tiện bình thường. Thể tích tuyến tiền liệt sau phẫu thuật giảm còn 28,5 ± 7,5 ml. **Kết luận:** HoLEP là phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt, giúp cải thiện rõ rệt triệu chứng đường tiểu dưới với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của phương pháp. **Từ khóa:** Phì đại lành tính tuyến tiền liệt, laser Holmium, phẫu thuật nội soi tuyến tiền liệt.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: Trần Tuấn Anh

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

ABSTRACT

TO EVALUATE THE EARLY OUTCOMES OF HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE (HoLEP) IN THE TREATMENT OF