

Về kích thước, túi phình nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất. KT túi phình trung bình là $5,59 \pm 1,95$ mm trên CT. Về đặc điểm cổ TP, các TP có cổ túi bé (<4mm) chiếm nhiều hơn vượt trội với tỉ lệ 88,2%, kích thước cổ túi trung bình là 2.73 ± 1.18 với tỉ lệ túi/cổ <1,5 chiếm 47,1%. Kết quả về tỉ lệ túi/cổ < 1,5 rất tương đồng với kết quả tác giả Trần Anh Tuấn là 45,2% [4]. Các nóm, thùy múi hay đáy thứ hai của hình đồng hồ cát thường chính là các điểm vỡ. Do vậy khi điều trị phải ưu tiên gây tắc các vị trí đó. Trong nghiên cứu này có 85,3% túi phình dạng thùy múi, không đều, có nóm.

Trong nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp co thắt mạch mang mức độ trung bình. Co thắt mạch máu là phản xạ cầm máu nhưng cũng có thể là hậu quả của máu chảy khoang dưới nhện, giáng hóa ra các chất vận mạch, có thể kích thích gây co thắt mạch. Hậu quả vừa làm thiếu máu não, vừa làm khó khăn cho quá trình can thiệp. Ở ĐM thông trước và thông sau, có thể xuất hiện biến thể thiếu sản/bất sản nhánh ĐM đối diện (nhánh A1 đối với TP vị trí thông trước, nhánh P1 đối với nhánh TP vị trí thông sau). Khi đó, điều trị bảo tồn nhánh bên của túi nuôi dưỡng cho phần nhánh mạch bị thiếu sản là hết sức quan trọng. Nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu năm 2012 thấy tỷ lệ thiếu sản/bất sản nhánh đối diện với các TP ở ĐM thông trước là 52,3%, ở vị trí ĐM thông sau là 12,9% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến thể thấp với 3 ca, chiếm 8,8%.

V. KẾT LUẬN

- Kích thước túi phình hầu hết bé, với đường

bờ thùy múi, không đều, có nóm. Một tỉ lệ nhỏ có co thắt mạch mang và biến thể mạch máu.

- CLVT 128 dây có hiệu quả trong việc đánh giá tính chất túi phình, qua đó hỗ trợ định hướng cho các chỉ định can thiệp nút mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. L. Brisman, J. K. Song, D. W. Newell** (2006), "Cerebral aneurysms". *N Engl J Med*, 355(9), pp. 928-39.
2. **Zhao B. Zhong M., Li Z. and Tan X. ()**, "ISBN: 987-953-51-0623-4. (2012), Ruptured cerebral aneurysms: An update, in *Explicative Cases of Controversial Issues in Neurosurgery*, Francesco Signorelli, Editor.
3. **Steven Chang, Gary Steinberg** (1998), "Management of intracranial aneurysms". *Vascular medicine* (London, England), 3, pp. 315-26.
4. **Trần Anh Tuấn** (2015). Nghiên cứu điều trị phình động mạch não cổ rộng bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Tiến sĩ, mã số: 62720166, Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y Hà Nội.
5. **I. M. Kessler, C. Mounayer, M. Piotin. et al.** (2005), "The use of balloon-expandable stents in the management of intracranial arterial diseases: a 5-year single-center experience". *AJNR Am J Neuroradiol*, 26(9), pp. 2342-8.
6. **Nguyễn An Thanh** (2014), "Phát hiện túi phình động mạch não bằng CT mạch máu 64 lát cắt". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(3), pp. 364-70.
7. **Tạ Vương Khoa, Vũ Anh Nhị, Nguyễn Quang Trí. et al.** (2021), "Đánh giá chất lượng và tính an toàn của thủ thuật can thiệp nội mạch điều trị xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não". *Tạp chí y - dược học quân sự*, 5, pp. 47-54.
8. **Vũ Đăng Lưu, Phạm Minh Thông** (2012). Kết quả và theo dõi điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai. Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA DẠNG THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO ĐỘ THẤP

Nguyễn Văn An¹, Lương Quốc Chính², Ngô Mạnh Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của nhóm 65 bệnh nhân dị dạng thông động tĩnh mạch độ thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 65 bệnh

nhân dị dạng động tĩnh mạch độ thấp được điều trị bằng vi phẫu thuật tại Trung Tâm Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/01/2017 – 30/04/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình chẩn đoán: $34,5 \pm 16,6$. Tỉ lệ nam/nữ: 1,24. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (78,8%). Tỉ lệ chảy máu khi nhập viện chiếm ưu thế (58,5%). Trong nhóm có co chảy máu não, máu tụ trong nhu mô não là phổ biến nhất (94,7%). Hơn 90% các dị dạng động tĩnh mạch não ở trên lều tiểu não. Nguồn động mạch nuôi phổ biến nhất là động mạch não giữa, chiếm 38,4%. **Kết luận:** Đau đầu là triệu chứng lâm sàng phổ biến, máu tụ trong não là loại xuất huyết chủ yếu ở nhóm dị dạng vỡ, nguồn động mạch nuôi thường gặp nhất là động mạch não giữa.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

SUMMARY**CLINICAL AND NEUROIMAGING PRESENTATIONS OF LOW-GRADE BRAIN ATERIOVENOUS MALFORMATIONS**

Objective: Describe clinical and neuroimaging presentations of a group of 65 patients with low-grade brain AVMs. **Patients and Methods:** Cross-sectional study of 65 patients with low-grade brain AVMs suffering microsurgery at the center of Neurosurgery in Viet Duc Hospital from 01/01/2017 – 30/04/2022. **Results:** The mean age at diagnosis was $34,5 \pm 16,6$. Male to female ratio: 1,24. The most common manifestation was headache (78,8%). The rate of bleeding on admission prevailed (58,5%). In the group with brain hemorrhage, the intraparenchymal hematoma was the most prevalent (94,7%). Supratentorial lesions accounted for more than 90% of brain AVMs. The type of the most popular feeders was the middle cerebral artery (MCA), accounting for 38,4%. **Conclusions:** Headache was the common clinical symptom, intraparenchymal hematoma was the main type of hemorrhage in the group of ruptured AVMs, the type of the most prevalent feeders was the middle cerebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (AVM: Arteriovenous Malformations) là loại dị dạng nguy hiểm nhất trong số các dị dạng mạch máu não. AVM não chiếm khoảng 0,1% dân số nói chung, 90% các dị dạng ở trên lều tiểu não, phần còn lại nằm ở hố sau. AVM là nguyên nhân của 1 – 2% tổng số các đột quỵ não và tỉ lệ này còn tăng lên ở nhóm bệnh nhân đột quỵ trẻ tuổi (3%) [4]. Phát hiện và chẩn đoán sớm các triệu chứng của dị dạng động tĩnh mạch não độ thấp sẽ giúp loại bỏ khối dị dạng bằng vi phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1: Các đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi trung bình (năm)		34,5 ± 16,6. Dao động: 11 – 75		
Giới	Nam	55,4%	P > 0,05	
	Nữ	44,6%		
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		15,6 ± 8,1. Dao động: 5 – 40		
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ (ngày)		7,8 ± 4,9. Dao động: 3 – 40		
Thời gian khởi phát bệnh	Số BN		Tỉ lệ %	P
	< 6h	1	1,5%	
	6 – 12h	6	9,2%	
	13 – 24h	7	10,8%	
> 24h	51	78,5%	P < 0,001	
Tiên sử xuất huyết não	Tình trạng khối AVM			Tổng
	Vỡ	Chưa vỡ	P	
Có	4 (6,2%)	2 (3,1%)	6 (9,2%)	> 0,05
Không	34 (52,3%)	25 (38,5%)	59 (90,8%)	

- Có tới 44,6% bệnh nhân nằm trong nhóm có độ tuổi từ 20 – 40 tuổi.
- Nam giới có tỉ lệ mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (55,4%) với $p > 0,05$.

do đó làm giảm tối đa nguy cơ xuất huyết về sau và từ đó làm giảm các gánh nặng bệnh tật do vỡ dị dạng gây ra. Báo cáo này trình bày các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) của một nhóm 65 bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch não độ thấp đã được chẩn đoán và điều trị tại Trung Tâm Phẫu Thuật Thần kinh-Bệnh viện Việt Đức từ 01/01/2017 – 30/04/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là AVM độ I, độ II theo Spetzler – Martin [5].
- Được điều trị bằng vi phẫu thuật.
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là AVM.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là AVM độ I hoặc độ II theo Spetzler – Martin.
- Không có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn lựa chọn còn lại ở trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn cỡ mẫu: Chúng tôi chọn cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.3.1. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm phẫu thuật thần kinh – Bệnh viện Việt Đức.

2.3.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2017 đến 30/04/2022

- Thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 3 ngày và lâu nhất 40 ngày.
- 78,5% bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện là > 24h.
- Hơn 90% số bệnh nhân không có tiền sử xuất huyết não trước đó.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các dấu hiệu và triệu chứng lúc vào viện		Tình trạng khối AVM		Tổng	P
		Vỡ	Chưa vỡ		
Đau đầu		34(52,3%)	18(27,7%)	52(78,8%)	P < 0,001
Nôn		5 (7,7%)	1 (1,5%)	6 (9,2%)	
Glasgow Coma Scale (GCS) lúc vào viện	13 – 15 điểm	23 (35,4%)	27 (41,5%)	50 (76,9%)	
	9 – 12 điểm	10 (15,4%)	0 (0%)	10 (15,4%)	
	6 – 8 điểm	4 (6,2%)	0 (0%)	4 (6,2%)	
	3 – 5 điểm	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,5%)	
Co giật		2 (3,1%)	13(20,0%)	15(23,0%)	
Dấu hiệu thần kinh khu trú		14(21,5%)	1(1,5%)	15(23,0%)	
Không có		0 (0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	

- Có 76,9% bệnh nhân có điểm GCS lúc vào viện từ 13 – 15 điểm.
- Hầu hết các bệnh nhân nhập viện là có triệu chứng lâm sàng. 1 trường hợp phát hiện tình cờ sau tai nạn giao thông (1,5%). Đau đầu là triệu chứng phổ biến nhất (78,8%).
- Triệu chứng co giật và dấu hiệu thần kinh khu trú (DHTKKT) xảy ra ở 15 trường hợp, chiếm 23%. Trong đó, DHTKKT thường gặp nhất là liệt nửa người (73,3%).

3.3. Đặc điểm trên CDHA của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Đặc điểm về CDHA của đối tượng nghiên cứu (N = 65)

Đặc điểm CDHA trên phim CT không tiêm thuốc	Phân độ AVM theo Spetzler – Martin		% theo tổng số bệnh nhân có xuất huyết	% theo tổng số các loại xuất huyết	
	Độ I	Độ II			
Không chảy máu: 27 (41,5%)					
Chảy máu	38 (58,5%)				
	Máu tụ trong não	17 (44,7%)	19 (50%)	36 (94,7%)	36 (69,2%)
	Chảy máu não thất	5 (13,2%)	8 (21,1%)	13(34,2%)	13 (25,0%)
	Chảy máu dưới nhện	1 (2,6%)	2 (5,3%)	3 (7,9%)	3 (5,8%)
	Máu tụ dưới màng cứng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Vị trí khối AVM theo thùy não			% theo tổng số bệnh nhân	% theo tổng số thùy não chứa AVM	
	Thùy trán	10 (15,4%)	18 (27,7%)	28(43,1%)	28 (40%)
	Thái dương	6 (9,2%)	6 (9,2%)	12(18,4%)	12(17,1%)
	Thùy đỉnh	7 (10,8%)	8 (12,3%)	15(23,1%)	15(21,4%)
	Thùy chẩm	3 (4,6%)	6 (9,2%)	9 (13,8%)	9 (12,9%)
	Tiểu não	4 (6,2%)	1 (1,5%)	5 (7,7%)	5 (7,1%)
	Trong não thất	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,4%)
Vị trí khối AVM so với lều tiểu não			Tổng	P	
	Trên lều tiểu não	25 (38,5%)	35 (53,8%)	60(92,3%)	> 0,05
	Dưới lều tiểu não	4 (6,2%)	1 (1,5%)	5 (7,7%)	
Vị trí khối AVM so với đường giữa					
	Bên phải	11 (16,9%)	15 (23,1%)	26 (40%)	> 0,05
Bên trái	17 (26,2%)	20 (30,8%)	37(56,9%)		
Hình dạng AVM	Không xác định	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (3,1%)	> 0,05
	Dạng khối	28 (43,1%)	35 (53,8%)	63(96,9%)	
	Dạng lan tỏa	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (3,1%)	
Số DM nuôi			% theo tổng số	% theo tổng số	

			các ĐM nuôi	bệnh nhân
Các nguồn ĐM nuôi	ACA	28	32,6%	43,1%
	MCA	33	38,4%	50,8%
	PCA	18	20,9%	27,7%
	VA	1	1,2%	1,5%
	BA	1	1,2%	1,5%
	SCA	2	2,3%	3,1%
	AICA	1	1,2%	1,5%
	PICA	2	2,3%	3,1%
Tổng		86	100%	132,3%

– Tỷ lệ chảy máu là 58,5%, trong đó máu tụ trong não là phổ biến nhất (94,7%). Không có trường hợp nào tụ máu dưới màng cứng và 7,9% xuất huyết dưới nhện.

- AVM gặp nhiều nhất ở thùy trán (43,1%). 1 trường hợp (1,5%) AVM trong não thất.
- Hầu hết các AVM nằm ở trên lều tiểu não (92,3%). 7,7% AVM ở hố sọ sau.
- Có 96,9% các AVM có dạng hình khối. Dạng lan tỏa chỉ có 2 trường hợp (3,1%).
- Có 3 nguồn động mạch (ĐM) nuôi gặp nhiều nhất lần lượt là: ĐM não giữa (50,8%), ĐM não trước (43,1%) và ĐM não sau (27,7%).

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến phân độ Spetzler – Martin

Kích thước nidus trung bình: 2,38 ± 0,87 (cm). Dao động: 0,4 – 5,0 (cm)					
		Độ I	Độ II	Tổng	P
Kích thước nidus	< 3cm	29 (44,6%)	27 (41,5%)	56 (86,2%)	< 0,05
	3 – 6 cm	0 (0%)	9 (13,8%)	9 (13,8%)	
Vị trí AVM	Vùng chức năng	0 (0%)	23 (35,4%)	23(35,4%)	< 0,001
	Vùng không chức năng	29 (44,6%)	13 (20%)	42(64,6%)	
TM dẫn lưu	Nông	29 (44,6%)	32 (49,2%)	61(93,8%)	> 0,05
	Sâu	0 (0%)	4 (6,2%)	4 (6,2%)	

– Hầu hết các AVM có kích thước < 3cm, chiếm 86,2% với p < 0,05.

– Phần lớn các AVM ở vùng não không chức năng, 100% AVM độ I nằm ở vùng này.

– Hầu hết các tĩnh mạch dẫn lưu cho nidus thuộc hệ tĩnh mạch nông của não (93,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ học

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,5 (tuổi). Theo nghiên cứu của Potts. M. B, và CS năm 2015, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân AVM độ thấp là 38,1 (tuổi) [6]. So với nghiên cứu này, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Bệnh nhân trẻ nhất là 11 tuổi và lớn tuổi nhất là 75 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 20 – 40 tuổi chiếm phần lớn, 44,6% và tỉ lệ AVM vỡ trong nhóm tuổi này là 24,6%. Do đó, phẫu thuật sẽ giúp loại bỏ nguy cơ xuất huyết về sau và làm giảm các gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội do AVM vỡ gây ra.

Giới: Tỷ lệ mắc bệnh ở nam (55,4%) nhiều hơn nữ (44,6%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Potts, năm 2015, tỉ lệ nữ trong 232 bệnh nhân AVM độ thấp là 56% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ [6]. Theo Lê Văn Bằng (2015), tỉ lệ nam 72,9% và nữ 27,1% [1]. Nguyên nhân có thể là do tình trạng gắng sức ở

nam nhiều hơn ở nữ.

Thời gian khởi phát bệnh: Khoảng thời gian từ khi bệnh nhân có triệu chứng đến khi nhập viện tại bệnh viện Việt Đức phần lớn là sau 24 giờ, chiếm tỉ lệ 78,5%. Điều này có thể là do phần lớn các bệnh nhân được chuyển từ khác tỉnh khác đến nên thường mất khoảng thời gian cấp cứu ban đầu cũng như khoảng thời gian để di chuyển. Chỉ có một số ít bệnh nhân (21,5%) ở gần bệnh viện Việt Đức được nhập viện sớm hơn.

Tiền sử xuất huyết não: 90,8% số bệnh nhân không có tiền sử xuất huyết não trước đó và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm AVM đã vỡ và chưa vỡ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Điểm Glasgow lúc nhập viện: Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi có điểm Glasgow lúc nhập viện là 13 – 15 điểm, chiếm 76,9%, chỉ có 7,7% bệnh nhân hôn mê do AVM với p < 0,001. Kết quả này tương tự với kết quả của Phạm Văn Thành Công (2012) với tỉ lệ GCS lúc nhập viện là 70,9% [2] và với 72,9% theo Lê Văn Bằng (2015) [1].

Dấu hiệu và triệu chứng lúc vào viện:

Đau đầu là triệu chứng phổ biến nhất (78,8%) trong khi tỉ lệ AVM vỡ chỉ là 58,5%. Tỉ lệ đau đầu ở nhóm AVM chưa vỡ là 27,7%. Triệu chứng này có thể là do tình trạng “ăn cắp máu” của AVM dẫn tới thiếu máu não ở các vùng lân cận và gây ra đau đầu. Theo Phạm Văn Thành Công (2012), đau đầu gặp nhiều nhất 89,1% [2].

Cơ giật gặp ở 15 trường hợp chiếm 23% trong đó chủ yếu xảy ra ở nhóm AVM chưa vỡ. Chỉ có 2 trường hợp cơ giật ở nhóm AVM vỡ. Tỉ lệ này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của các tác giả khác: 18,2% theo Phạm Văn Thành Công [2] và 12,9% theo Lê Văn Bằng [1]. Điều này có thể được lý giải là do tình trạng “ăn cắp máu” của AVM dẫn tới rối loạn huyết động trong não và thiếu máu não ở các vùng xung quanh AVM hoặc do tình trạng tăng áp lực nội sọ sau xuất huyết não và gây ra các khiếm khuyết thần kinh và rối loạn chức năng tương ứng.

Các dấu hiệu thần kinh khu trú (DHTKKT) cũng xảy ra ở 23% các trường hợp, chủ yếu là ở nhóm AVM vỡ. Chỉ có 1 trường hợp ở nhóm AVM chưa vỡ. Nguyên nhân là do khối máu tụ do AVM vỡ chèn ép vào vùng não chức năng và gây nên triệu chứng. Trong số các DHTKKT, liệt nửa người là hay gặp nhất với tỉ lệ 73,3%. Theo Phạm Văn Thành Công, liệt nửa người gặp ở 52,7% [2].

4.3. Đặc điểm trên CDHA. Có 38 trong số 65 bệnh nhân bị vỡ khối AVM, chiếm tỉ lệ 58,5%, gây xuất huyết não. Trong số các loại xuất huyết não, chảy máu trong nhu mô não gặp nhiều nhất với tỉ lệ 94,7% số bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào có tụ máu dưới màng cứng và chỉ có 1 trường hợp xuất huyết dưới nhện. Kết quả này phù hợp với kết quả của Nguyễn Tất Đăng với tỉ lệ chảy máu trong nhu mô não là 94,3% [3]. Điều này là do trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 98,6% các trường hợp có khối AVM nằm ở thùy não, chỉ có 1 trường hợp nằm ở não thất. Do đó khi AVM vỡ sẽ gây chảy máu vào nhu mô não trước tiên.

92,3% các bệnh nhân có vị trí khối AVM ở trên lều tiểu não trong đó vị trí ở thùy trán là thường gặp nhất với tỉ lệ là 40% số bệnh nhân, tiếp theo đó lần lượt là thùy đỉnh 21,4% và thùy thái dương 17,1%. Chỉ có 1 trường hợp AVM ở trong não thất, chiếm 1,4%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Potts với tỉ lệ thùy trán (34%), thùy đỉnh (25%) và thùy thái dương (19%). Nghiên cứu của các tác giả Phạm Văn Thành Công và Lê Văn Bằng đều chỉ ra rằng vị trí AVM ở thùy trán, thùy đỉnh và thùy thái dương là phổ biến nhất [1, 2]. Điều này có

thể là do 3 vùng này chiếm phần lớn thể tích của bán cầu đại não, đặc biệt là vùng trán.

Tỉ lệ AVM nằm ở bên trái (56,9%) nhiều hơn ở bên phải (40%) và chỉ có 2 trường hợp nằm ở sát đường giữa (3,1%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Theo Potts và CS (2015), bên trái 46%, bên phải 50% và đường giữa 4% [6].

96,9% các trường hợp có AVM dạng khối, chỉ 2 trường hợp có dạng lan tỏa, chiếm 3,1%. Với dạng khối, khả năng cắt bỏ khối AVM cao hơn và triệt để hơn. Do đó, lựa chọn điều trị bằng vi phẫu thuật cho các AVM độ thấp có khả năng đạt được hiệu quả cao.

Có 3 nguồn động mạch nuôi cấp máu chủ yếu cho AVM lần lượt là ĐM não giữa (38,4), ĐM não trước (32,6%), và ĐM não sau (20,9%). Kết quả này tương tự với kết quả của Phạm Văn Thành Công với ĐM não giữa, trước và sau lần lượt là 67,3%, 29,1% và 29,1% [2]. Điều này có thể được lý giải là do vị trí phổ biến nhất của AVM là thùy trán (40%) mà thùy trán được cấp máu bởi cả động mạch não trước và não giữa, Do đó tỉ lệ gặp của các động mạch nuôi này cũng là cao nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo phân độ Spetzler – Martin, AVM độ I có 29 trường hợp (44,6%), độ II 36 trường hợp (55,4%) với $p < 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Potts và CS (2015) với độ I và độ II lần lượt là 33% và 67% [6].

Hầu hết các nidus của AVM có kích thước $< 3\text{cm}$ (86,2%). Tỉ lệ của chúng tôi phù hợp với kết quả của Phạm Văn Thành Công và Lê Văn Bằng với lần lượt là 69,1%, 80%. Các AVM chủ yếu nằm ở vùng não ít chức năng, chiếm tỉ lệ 64,6%. Với kích thước nhỏ và vị trí ở vùng não ít chức năng chiếm ưu thế, có khả năng cao là can thiệp khối AVM độ thấp bằng vi phẫu thuật sẽ đạt được kết quả tốt và ít để lại di chứng.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 93,8% các khối AVM có tĩnh mạch dẫn lưu về hệ tĩnh mạch nông của não. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của các tác giả khác: Phạm Văn Thành Công 85,5% và Lê Văn Bằng 91,4% [1, 2].

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân có AVM độ thấp chủ yếu ở trong độ tuổi 20 – 40 với tỉ lệ 44,6%. Nam giới (55,4%) gặp nhiều hơn nữ giới (44,6%). Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu (78,8%). Theo phân độ Spetzler – Martin, AVM độ II nhiều hơn AVM độ I, chiếm 55,4%. Bệnh nhân nhập viện khi khối AVM đã vỡ chiếm 58,5%. Loại AVM vỡ thường gặp là máu tụ trong não (94,7%).

92,3% khối AVM nằm ở trên lều tiểu não. Vị trí AVM thường gặp nhất là ở thùy trán (43,1%). Các nguồn động mạch nuôi phổ biến lần lượt là ĐM não giữa (38,4%), ĐM não trước (32,6%) và ĐM não sau (20,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bằng Lê Văn**, Các yếu tố tiên lượng liên quan đến nguy cơ tăng chảy máu và đánh giá kết quả vì phẫu thuật của dị dạng động-tĩnh mạch não, 2015, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Công Phạm Văn Thành**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, đánh giá kết quả phẫu

- thuật dị dạng động - tĩnh mạch não trên lều tiểu não vỡ, 2012, Đại Học Y Hà Nội.
3. **Đặng Nguyễn Tất**, Kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng thông động tĩnh mạch não đường giữa vỡ, 2019, Đại Học Y Hà Nội.
 4. **Al-Shahi, R, and C, Warlow**, A systematic review of the frequency and prognosis of arteriovenous malformations of the brain in adults, *Brain*, 2001, **124**(Pt 10): p, 1900-26.
 5. **Spetzler, R,F, and N,A, Martin**, A proposed grading system for arteriovenous malformations, *J Neurosurg*, 1986, **65**(4): p, 476-83.
 6. **Potts, M,B,, et al,,** Current surgical results with low-grade brain arteriovenous malformations, *J Neurosurg*, 2015, **122**(4): p, 912-20.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA NỮ VỊ THÀNH NIÊN TẠI THỊ XÃ HOÀNG MAI, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022

Nguyễn Thị Bích Nguyệt*, Nguyễn Thị Mai Tho*, Hoàng Thị Quỳnh Hương*

TÓM TẮT

Kế hoạch hành động quốc gia về sức khỏe sinh sản cho vị thành niên Việt Nam giai đoạn 2020 - 2025 đã nhấn mạnh mục tiêu: ít nhất 80% vị thành niên có hiểu biết về những nội dung cơ bản trong chăm sóc sức khỏe sinh sản như tình dục an toàn, các biện pháp tránh thai, hậu quả của mang thai ngoài ý muốn và phá thai không an toàn, phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục [1]. Nghiên cứu được tiến hành trên 409 học sinh nữ đang học tại trường trung học cơ sở (THCS) Quỳnh Thiện và trường trung học phổ thông (THPT) Hoàng Mai nằm trên địa bàn thị xã Hoàng Mai, Nghệ An từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022. Kết quả thu được: 35,2% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có kiến thức chung tốt; 64,8% ĐTNC có kiến thức chung chưa tốt. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa đặc điểm cá nhân ĐTNC và kiến thức chung về sức khỏe sinh sản: Nhóm em thuộc giai đoạn vị thành niên (VTN) sớm có khả năng có kiến thức chưa tốt cao hơn nhóm VTN muộn ($OR = 10,08$). Nhóm em học sinh cấp 2 có khả năng có kiến thức chưa tốt cao hơn nhóm học cấp 3 ($OR = 7,26$). Nhóm em sống cùng với cả bố và mẹ có khả năng có kiến thức tốt hơn nhóm chỉ sống với bố hoặc mẹ/người khác ($OR = 3,16$). Nhóm em đã có kinh nguyệt có khả năng có kiến thức tốt hơn những em chưa có kinh nguyệt ($OR = 9,59$). Nhóm em đã/đang có người yêu có khả năng có kiến thức tốt hơn nhóm chưa có người yêu ($OR = 9,19$). Nhóm đã được học về sức khỏe sinh sản (SKSS) ở trường/câu lạc bộ có khả năng có kiến thức tốt hơn nhóm chưa được học về SKSS

($OR = 9,04$). Những em có mẹ là nông dân có khả năng có kiến thức chưa tốt về SKSS cao hơn nhóm có mẹ làm nghề cán bộ ($OR = 2,58$).

Từ khóa: kiến thức, vị thành niên, sức khỏe sinh sản.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE ON REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS IN HOANG MAI TOWN, NGHE AN PROVINCE IN 2022

The National Action Plan on Reproductive Health for Adolescents in Vietnam for the period 2020 - 2025 has emphasized the goal: at least 80% of adolescents have an understanding of the basic contents of reproductive health care. such as safe sex, contraceptive methods, consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion, and prevention of sexually transmitted diseases [1]. The study was conducted on 409 female students studying in Quỳnh Thiện middle school ward and Hoang Mai high school located in Hoang Mai town, Nghe An from January 2022 to June 2022. Obtained results: 35.2% of research subjects have good general knowledge; 64.8% of the study subjects had bad general knowledge. There is a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between individual characteristics of research subjects and general knowledge of reproductive health: The group of children in early adolescence is likely to have knowledge about reproductive health. not good is higher than that of late adolescents ($OR = 10.08$). The group of middle school students is more likely to have bad knowledge than the group of high school students ($OR = 7.26$). The group of children living with both parents is likely to have better knowledge than the group living with only one parent/others ($OR = 3.16$). The group of children who have menstruated have better knowledge than those who have not had

*Trường Đại học Y khoa Vinh,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Nguyệt

Email: Phongdaotaodhykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022