ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỦA CÁC TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH VÒNG TUẦN HOÀN PHÍA SAU

Lê Hoàng Kiên[1], Phạm Minh Thông[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu đánh giá kết quả trong việc chẩn đoán túi phình động mạch não vòng tuần hoàn phía sau tại khoa Chẩn đoán hình ảnh tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu được tiến hành trên 96 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau với 73 túi phình chưa vỡ, chỉ định can thiệp điều trị với tại Bệnh viện Bạch Mai 1/2014 đến tháng 1/2023. Vị trí PĐMN trong nhóm nghiên cứu chủ yếu phân bố ở vị trí động mạch đốt sống, chiếm khoảng 47.9%. Vị trí ĐM thân nền chiếm 25%, ĐM não sau chiếm 12,5%, các vị trí khác như ĐM tiểu não sau dưới 12,5%; ĐM tiểu não trên chiếm tỷ lệ 3.1%. **Kết quả:** Đối với nhóm PĐMN vỡ biểu hiện dưới dạng đau đầu dữ dội (sét đánh) chiếm 89,2%. Nhóm PĐMN vỡ có dấu hiệu buồn nôn, nôn chiếm 60,7% và gáy cứng chiếm 75%. Trong nhóm nghiên cứu PĐMN tuần hoàn sau thấy phình hình túi có cổ rộng (tỷ lệ đường kính túi/cổ <1,2) chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,4%; tỷ lệ đường kính túi/cổ ≥1,5 chiếm 39,5%. Đường kính cổ túi phình<4mm chiếm 57,9% và ≥4mm chiếm 42,1%. Fisher độ 3-5 chiếm tỉ lệ cao 85.8%. **Kết luận:** Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cắt lớp vi tính đa dãy, CHT có từ trường cao và chụp mạch số hóa xóa nền có thể đánh giá hình thái kích thước của túi phình mạch não vòng tuần hoàn sau.***Từ khóa:*** túi phình động mạch vòng tuần hoàn phía sau, hình ảnh

SUMMARY

RESULT AND EXPERIENCE OF ENDOVASCULAR TREATMENT FOR POSTERIOR CIRCULATION ANEURYSM IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results in the diagnosis of posterior circulation cerebral aneurysms at the Department of Diagnostic Imaging at Bach Mai Hospital. **Material and methods:** A retrospective and prospective study was conducted on 96 patients with posterior circulation aortic artery disease with 73 unruptured aneurysms, indicated for treatment intervention at Bach Mai Hospital from January 2014 to January 2023. The location of coronary artery in the study group was mainly distributed in the vertebral artery location, accounting for 47.9%. Location of basilar artery accounts for 25%, posterior cerebral artery accounts for 12.5%, other positions such as posterior cerebellar artery are less than 12.5%; The superior cerebellar artery accounts for 3.1%. **Results:** For the group of ruptured aneurysm, the form of severe headache accounted for 89.2%. The ruptured aneurysm group showed signs of nausea and vomiting 60.7% and stiff neck 75%. In the study group, the posterior circulation aneurysm found that the sac-shaped aneurysm with wide neck (bag/neck diameter ratio <1.2) accounted for the highest rate of 47.4%; The ratio of sac/neck diameter ≥1.5 accounts for 39.5%. Aneurysm neck diameter <4mm accounted for 57.9% and ≥4mm accounted for 42.1%. Fisher grade 3-5 accounted for a high rate of 85.8%. **Conclusion:** Imaging tools such as multislice computed tomography, high magnetic field MRI and DSA can assess the morphology and size of posterior circulation cerebral aneurysms.

Key words: endovascular treatment for posterior circulation aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não (PĐMN) tuần hoàn sau ít gặp hơn tuần hoàn trước (chiếm khoảng 5-15%) tùy theo nghiên cứu [1],[2],[3],[4]. Ở nước ta vỡ PĐMN gây xuất huyết dưới nhện cũng là bệnh lý khá thường gặp, tuy nhiên việc chẩn đoán xác định, điều trị kịp thời và triệt để túi phình còn là một khó khăn tại đa số các bệnh viện tuyến tỉnh do hạn chế trang thiết bị và trình độ. Phương pháp đầu tay trong chẩn đoán CMDN là CLVT do thủ thuật chụp nhanh độ chính xác cao có thể thực hiện phổ biến trong các cơ sở y tế. Ngoài ra còn có phương chụp CLVT đa dãy là phương pháp thăm khám nhanh, độ nhạy và độ đặc hiệu độ chính xác cao gần bằng chụp mạch đặc biệt là các máy chụp CLVT 64 dãy trở lên (lên tới 94,5%, 97,6% và 95,5% [5]. Bên cạnh đó chụp cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp không gây nhiễu xạ, tuy nhiên mất thời gian hơn trong quá trình chụp đồng thời tính thường trực ít khi sử dụng trong CMDN cấp cứu. Với độ phân giải không gian tốt, chụp mạch số hóa xóa nền (CMSHXN) được coi là tiêu chuẩn vàng trong phát hiện phình mạch nội sọ và theo dõi PĐMN sau điều trị can thiệp nội mạch (CTNM), đặc biệt là CMSHXN 3D. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả trong việc chẩn đoán túi phình động mạch não vòng tuần hoàn phía sau tại khoa Chẩn đoán hình ảnh tại bệnh viện Bạch Mai

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Kiên
Email: kienchandoanhinhanh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.12.2022
Ngày phản biện khoa học: 9.01.2023
Ngày duyệt bài: 6.2.2023

nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 96 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau trong khoảng thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 1/2023 tại khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các BN được chẩn đoán xác định PĐMN tuần hoàn sau:

*PĐMN chưa vỡ: Có triệu chứng lâm sàng, được chụp CHT 1.5 Tesla xung mạch TOF 3D hoặc MDCTA phát hiện PĐMN tuần hoàn sau, có chỉ định điều trị loại trừ nguy cơ vỡ và triệu chứng lâm sàng do PĐMN gây ra.

*PĐMN đã vỡ: BN được chụp CLVT và MDCTA phát hiện PĐMN tuần hoàn sau vỡ có tình trạng lâm sàng theo Hunt-Hess độ 1, 2 và 3. Với các trường hợp độ 4 có sự thống nhất với các Bác sĩ lâm sàng. BN và/hoặc gia đình BN đồng ý điều trị bằng can thiệp nội mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: PĐMN tại cuống nuôi của ổ dị dạng thông động tĩnh mạch. Rối loạn đông máu hay phản ứng với thuốc cản quang. Tình trạng lâm sàng rất nặng thuộc Hunt-Hess 5.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng, can thiệp không nhóm chứng tiến hành theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Qui trình kĩ thuật

Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về lợi ích và rủi ro quá trình chẩn đoán và chụp mạch đánh giá túi phình.

- Các xét nghiệm cần lâm sàng: Dịch não tủy, sinh hóa máu (NA, máu).

Chỉ định trên BN nghi ngờ có PĐMN: hội chứng màng não, đau đầu đột ngột, CMDN,…

Chụp mạch CLVT trên máy đa dãy (từ 64 đến 256 dãy).

Không tiêm thuốc đánh giá nhu mô não và tình trạng chảy máu.

Thì tiêm thuốc: thuốc cản quang 50ml, tiêm với tốc độ 5ml/s, sau đó bolus 40ml nước muối sinh lý 0,9%. Cắt xoắn ốc 0,3s/lát cắt, độ dày 1,24mm, bước nhảy 0,75mm, tái tạo ảnh 0,8mm. Chiều cao hộp cắt tối thiểu từ C4 đến hết vòm sọ. Hình ảnh tái tạo MIP, MPR và VRT.

Chụp mạch CHT: trên máy CHT 1.5 Tesla.

Dùng các xung thông thường (T1W, T2W, DW, T2*W) đánh giá nhu mô não, tình trạng chảy máu.

Xung mạch TOF (time of flight) đánh giá hiện diện túi phình, có tái tạo MIP và 3D.

Chỉ định tiêm thuốc đối quang từ chụp mạch não (nếu cần) theo chuỗi xung MRA DSA.

Chụp DSA: Trên máy Philips 3D một hoặc hai bình diện.

Gây tê hoặc gây mê BN nếu cần.

Đặt đường vào động mạch bằng máng mở động mạch đùi chung (phải hoặc trái). Dùng ngay Heparin 2500 đơn vị bơm trực tiếp vào động mạch qua máng này.

Luồn vi ống thông làm bilan mạch não (hai động mạch cảnh trong, hai động mạch sống), tư thế chụp bao gồm tư thế thẳng, nghiêng, chếch ¾ và chụp dựng hình 3D tìm hướng bộc lộ cổ TP.

Đọc kết quả được thực hiện bởi nhóm bác sỹ điện quang thần kinh, có kinh nghiệm trong chẩn đoán bệnh lý mạch máu nội sọ.

- Thuốc chống đông: Heparin được tiêm tức thì 2500 đơn vị khi đặt xong dụng cụ mở mạch máu và duy trì 10-20 đơn vị/kg/giờ để có thời gian đông máu kéo dài hơn bình thường 2-3 lần.

- Ngay sau quá trình chụp mạch, bệnh nhân sẽ được bất động chi dưới bên đã được chọn làm can thiệp, theo dõi sát sao tình trạng toàn thân, mạch nhiệt độ huyết áp trong vòng 24 giờ.

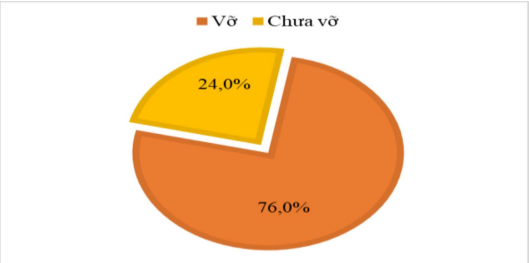
- Thu thập số liệu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 17.0 Tính các tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh trung bình, so sánh tỷ lệ %.

Nghiên cứu tuân thủ theo quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, bảo mật thông tin và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu nếu như không muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu thực hiện trên 96 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ Nam và nữ khá tương đương trong nghiên cứu, 51 nữ (53,1%) so với 45 nam (46,9%).Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 53,46 ± 14,14 nhóm tuổi hay gặp nhất là 40 - 49 tuổi và 50 - 59 tuổi, chiếm 30,2% và 25%, nhóm ít gặp nhất là dưới 40 tuổi và trên 70 tuổi đều chiếm 10,4%.

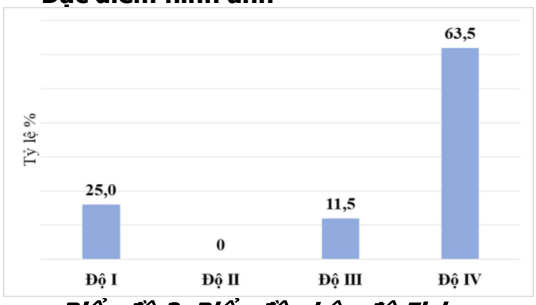


Biểu đồ 1. Tỷ lệ TP vỡ và chưa vỡ

Nghiên cứu có 96 bệnh nhân với 96 túi phình tuần hoàn sau trong đó 73 túi phình vỡ chiếm 76% và 23 túi phình chưa vỡ chiếm 24%. Đau đầu là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất.100%

bệnh nhân có đau đầu ở cả hai nhóm PĐMN đã vỡ và chưa vỡ.

Đặc điểm hình ảnh



Biểu đồ 2. Biểu đồ phân độ Fisher

Có duy nhất 1 túi phình đã vỡ có Fisher I. Các túi phình vỡ đều có tỷ lệ chảy máu dưới nhện mức độ III, IV rất cao chiếm lần lượt 11,5% và 63,5%.

Bảng 2. Thời điểm nhập viện, phát hiện PĐMN và thời điểm điều trị

Thời điểm (đơn vị: ngày)	$\bar{X}$ ± SD
Túi phình vỡ (n=73)	
Thời điểm vào viện	1,52±2,96
Thời điểm phát hiện PĐMN	1,52±2,65
Thời điểm nút mạch (từ lúc phát hiện TP)	0,62±1,34
Thời điểm nút mạch (từ lúc bị bệnh)	2,14±3,16
Thời gian điều trị	11,72±9,66
Túi phình chưa vỡ (n=23)	
Thời gian điều trị	7,29±8,26

Thời điểm nhập viện của nhóm BN có TP vỡ khá sớm và thời gian từ lúc phát hiện TP đến khi được can thiệp điều trị là khá nhanh, trung bình 0,62 ngày. Thời điểm từ khi bị phát bệnh đến lúc được điều trị can thiệp là 2,14 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm TP chưa vỡ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có TP vỡ, 7,29 ngày so với 11,72 ngày.

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện PĐMN theo từng phương pháp

Túi / Phương pháp	Đã vỡ		Chưa vỡ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
CLVT	72	76,6	22	23,4	94	100	0,42
CHT	1	50,0	1	50,0	2	100	

Phương pháp chụp CLVT được sử dụng nhiều nhất để chẩn đoán trên 94 túi phình (97,9%), MRI chỉ được ứng dụng ở 2 túi phình (2,1%). Nhóm BN có TP chưa vỡ đa số phát hiện bằng CLVT (95,6%) chỉ duy nhất một trường hợp được phát hiện bằng MRI chiếm (4,4%) các túi phình chưa vỡ.

Bảng 3. Phân bố vị trí túi phình mạch não tuần hoàn sau được can thiệp.

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí:		
ĐM đốt sống	46	47,9
ĐM tiểu não sau dưới	11	11,5
ĐM thân nền	24	25,0
ĐM tiểu não trên	3	3,1
ĐM não sau	12	12,5
Số lượng túi phình	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
1	87	90,7
2	8	8,3
≥3	1	1,0
Hình thái	**Số lượng**	**Tỷ lệ %**
Hình thoi	45	46,9
Túi	51	53,1
Tổng	**96**	**100**

Tỷ lệ PĐMN trong nhóm nghiên cứu chủ yếu phân bố ở vị trí động mạch đốt sống, chiếm khoảng 47,9%. Vị trí ĐM thân nền chiếm 25%, ĐM não sau chiếm 12,5%, các vị trí khác như ĐM tiểu não sau dưới 12,5%; ĐM tiểu não trên chiếm tỷ lệ 3,1%.

Trong 96 bệnh nhân có phình tuần hoàn sau đa số có 1 TP duy nhất chiếm 90,7%, có 8 BN có 2 TP và 1 BN có 1 TP chiếm lần lượt 8,3% và 1%. Túi phình hình thoi và túi chiếm tỷ lệ tương lần lượt là 46,9% và 53,1%.

Bảng 4. Đặc điểm túi phình hình túi (n=51)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước cổ TP		
Cổ rộng	47	92,2
Cổ hẹp	4	7,8
Kích thước túi phình	**n**	**%**
Túi phình rất nhỏ (<3mm)	5	9,8
Túi phình nhỏ (3-7mm)	29	58,9
Túi phình TB (7-15mm)	16	31,3
Túi phình lớn (15-25mm)	1	2,0
Túi phình khổng lồ (≥25mm)	0	0
Tổng	**51**	**100**

Túi phình cổ rộng chiếm đa số trong các TP hình túi với 47 túi phình trong tổng số 51 TP hình túi chiếm 92,2%. Túi phình cổ hẹp có 4 TP ứng với 7,8%. TP nhỏ (3-7mm) chiếm đa số trong nghiên cứu này, với 58,9%. TP lớn chỉ gặp ở 1 BN chiếm 2%.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu thì tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 53,46 ±14,14; nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-49 chiếm 30,2%. Như vậy ở hầu hết các nghiên cứu tuổi mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi trung niên.

Đặc điểm túi phình mạch não. Nghiên cứu có 96 bệnh nhân với 96 túi phình tuần hoàn sau trong đó 73 túi phình vỡ chiếm 76% và 23 túi phình chưa vỡ chiếm 24%. Trong nghiên cứu của Guglielmi G và cộng sự (1992) có 43 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau được can thiệp nội mạch có 24 trường hợp PĐMN vỡ chiếm tỷ lệ 55,8%, chưa vỡ chiếm 44,2%[6]. Theo Pasquale Mordasini và cs (2005) [8] nghiên cứu 46 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau trong 10 năm thấy tỷ lệ PĐMN vỡ là 78,3%.

Phân độ chảy máu dưới nhện nhóm PĐMN vỡ theo Fisher: Trong nghiên cứu của chúng tôi vỡ PĐMN tuần hoàn sau thì Fisher độ 3 - 4 chiếm tỷ lệ rất cao ~ 85,8%. Nguy cơ tử vong sau CMDN do vỡ PĐMN xảy ra trong vòng 24h đầu và có liên quan đến nguy cơ tái vỡ túi phình xảy ra chủ yếu trong vòng 8 giờ đầu và tăng lên 9-17% trong vòng 72h đầu, sau đó mỗi ngày là 1 - 2% và lên đến 50% trong tháng đầu. Vì vậy, việc phòng chống tái vỡ túi phình là vấn đề quan trọng trong quản lý PĐMN vỡ. Theo Pasquale Mordasini và cs (2005) [8] nghiên cứu 46 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau trong 10 năm thấy tỷ lệ CMDN do PĐMN vỡ xếp loại Fisher 3-4 là 30/36 chiếm tỷ lệ 83,3%.

Phân bố vị trí PĐMN tuần hoàn sau : Kết quả nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ PĐMN tuần hoàn sau vị trí ĐM đốt sống hay gặp nhất chiếm 47,9%; vị trí PĐMN đỉnh thân nền chiếm tỷ lệ cao thứ hai là 25%; ĐM não sau chiếm 12,5%; ĐM tiểu não trên chiếm 3,1% và ĐM tiểu não sau dưới chiếm 11,5%; trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân não có PĐMN vị trí ĐM tiểu não trước dưới (AICA). Theo Yasuo Murai (2012) thấy phình ĐMĐS chiếm 0,5-3% phình mạch nội sọ và 20% của tuần hoàn sau [3].

Tỷ lệ kích thước PĐMN trong nhóm nghiên cứu: nhóm nghiên cứu có kích thước nhỏ chiếm tỷ lệ 58,9% và PĐMN kích thước trung bình chiếm tỷ lệ 31,3%, PĐMN kích thước lớn chỉ có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2%. Theo Pasquale Mordasini và cs (2005) [8] thấy 38,3% là phình có kích thước nhỏ < 7mm, phình kích thước trung bình 7-12mm chiếm 40,4% và phình kích thước lớn >12mm chiếm 21,3%, dao động trong khoảng từ 3-20mm, không gặp PĐMN kích thước khổng lồ > 25mm. Kết quả nghiên cứu của J. Moret (1997) với 56 PĐMN cổ rộng thì vị trí hệ động mạch sống nền chiếm 45%, cao hơn so với hệ cảnh trong là 43% [9].

Việc xác định chính xác PĐMN là vấn đề quan trọng nhất trong chẩn đoán và điều trị phình ĐMN. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 94 BN được chụp MDCTA và 2 BN được chụp CHT não – mạch não. Với nhóm được chụp MDCTA thì thấy có 1 bệnh nhân PĐMN kích thước nhỏ < 5mm và 1 bệnh nhân PĐMN kích thước 5-15mm âm tính khi chụp MDCTA sau đó được chụp DSA xác định chính xác vị trí và kích thước PĐMN. Chúng tôi đã hồi cứu lại hình ảnh trên phim chụp MSCT 64 thấy nguyên nhân nhận định sai PĐMN là do chủ quan của người đọc, một phần do tư thế phim chụp dựng hình chưa tốt và bị che lấp trong bệnh cảnh kèm theo của bệnh lý mạch máu não khác là AVM. Theo Trần Anh Tuấn (2008) so sánh chụp CLVT 64 dãy với phương pháp chụp DSA thì khả năng chẩn đoán của chụp CLVT 64 dãy có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 99%, 88,4%, 95,5%. Với nhóm chụp CHT mạch não thì có 1 BN có túi phình vị trí gốc ĐM tiểu não trên có kích thước < 5mm, không phát hiện thấy trên CHT, đã được chụp kiểm tra lại bằng MDCTA và DSA phát hiện chính xác túi phình và can thiệp thành công. Độ nhạy với kích thước túi phình < 5mm là 66,67%; tính chung là 91,6%. Theo White P.M và cs (2000) trong một báo cáo Meta Analysis thấy độ nhạy phát hiện phình mạch < 3mm là 85-93% và >3mm là 92-97% đồng thời cũng chỉ ra độ nhạy phát hiện túi phình vị trí tuần hoàn sau là 92% thấp hơn so với tuần hoàn trước là 95%.

Theo dõi bằng hình ảnh: Túi phình mạch não có thể to lên hoặc tái thông sau điều trị bằng VXKL. Nó có thể xuất hiện ở cả các PĐMN mà kết quả tắc ban đầu là tắc hoàn toàn. Một số trường hợp tái thông hoặc PĐMN to lên này có thể cần phải điều trị bổ xung để dự phòng CMDN. Hiện nay chưa có quy định một cách cụ thể nhưng nhiều tác giả khuyến cáo thời gian thăm khám lần đầu từ 3 - 6 tháng, lần thứ 2 từ 9 - 12 tháng. Các túi phình mà kết quả ban đầu tắc không hoàn toàn được khuyến cáo theo dõi sớm. Theo dõi hiện nay chủ yếu dựa vào CHT với chuỗi xung mạch TOF và xung mạch có tiêm thuốc (CE-MRA). Theo nguyên tắc thì tắc mạch mang sẽ là tắc hoàn toàn nên gần như không có tái thông do không có dòng chảy qua túi. Todd E Lempert (2000) tỷ lệ túi phình sau điều trị được chụp mạch là 76/112 = 67,8% trong đó tỷ lệ tắc hoàn toàn mức độ A là 59/76=77,6%, tỷ lệ tái thông là 17/76=22,4%; tỷ lệ tái thông phải điều

trị là 2/17=11,7%.

V. KẾT LUẬN

ĐM não bao gồm hệ ĐM cảnh và hệ ĐM đốt sống - thân nền, nối thông với nhau qua đa giác Willis ở nền sọ, cấp máu cho nhu mô não. Trong đó các túi phình động mạch não thuộc vòng tuần hoàn phía sau nếu không điều trị khi vỡ đều cho tai biến rất nặng nề. Phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính thường được sử dụng trong chẩn đoán PĐMN là CLVT đa dãy và CHT có từ trường cao. Chụp mạch số hoá xoá nền ngày nay chủ yếu được sử dụng trong điều trị can thiệp mà ít sử dụng để chẩn đoán do tính xâm lấn, đồng thời CLVT và CHT đã làm thay vai trò của chụp mạch do độ phân giải hình ảnh cao, tương hợp gần như hoàn toàn với chụp mạch, ngoài ra còn có thể đánh giá rất tốt nhu mô não cũng như các hình thái chảy máu do túi phình vỡ gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wanke. I et al (2005),** Intracranial Aneurysms, Book, ed, Institute of Diagnostic and Interventional Radiology,, University of Essen, Germany.
2. **Randall T. Higashida (2014),** "What You Should Know About Cerebral Aneurysms", StrokeAssociation.org. .
3. **Yasuo Murai (2012),** "Aneurysm", www.Intechopen.com, ISBN 978-953-51-0730-9, tr. 249-266.
4. **Clemens Maria Schirmer (2003),** "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysm", Munich.
5. **Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn và Phạm Minh Thông (2008),** "Nghiên cứu giá trị chụp mạch cắt lớp vi tính đa dãy chẩn đoán phình động mạch não", Tạp chí Y học Việt Nam.
6. **Guglielmi.G; Vinuela. F; Duckwiler.G et al (1992)**, "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysms by electrothrombosis using electrically detachable coils", J Neurosurg, **77(4)**, tr. 515-24.
7. **Mordasini P; Schroth G; Guzman R et al (2005)**, "Endovascular treatment of posterior circulation cerebral aneurysms by using Guglielmi detachable coils: a 10-year single-center experience with special regard to technical development", AJNR Am J Neuroradiol, **26(7)**, tr. 1732-8.
8. **Pasquale Mordasini,** Gerhard Schroth, Raphael Guzman và các cộng sự. (2005), "Endovascular treatment of posterior circulation cerebral aneurysms by using Guglielmi detachable coils: a 10-year single-center experience with special regard to technical development", American Journal of Neuroradiology, **26(7)**, tr. 1732-1738.
9. **Moret. J; Cognard. C; Weill. A; và cộng sự (1997)**, "Reconstruction technic in the treatment of wide-neck intracranial aneurysms. Long-term angiographic and clinical results. A propos of 56 cases", J Neuroradiol, **24(1)**, tr. 30-44.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ HẸP ỐNG SỐNG CỔ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA

Nguyễn Văn Trung[1,2], Hoàng Gia Du[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán hẹp ống sống (HOS) cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống phối hợp mở cung giải ép tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/2018 đến tháng 6/ 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,26 ± 9,63 tuổi. Nam giới chiếm 74,2%, gấp gần 3 lần nữ giới (24,8%). Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi tiếp cận phẫu thuật là 27,5 tháng. 100 % bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy, 32,3% có chèn ép tủy và chèn ép rễ phối hợp. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: đau mỏi cổ (83,9%), rối loạn cảm giác tứ chi (90,3%), rối loạn vận động tứ chi (93,5%). Chèn ép tủy cổ mức độ trung bình theo JOA chiếm 83,9%. Mức độ suy giảm chức năng cột sống cổ nặng theo NDI chiếm 51,2%, tương đồng giữa hai giới. **Kết luận:** Hẹp ống sống cổ đa tầng do nguyên nhân thoái hóa thường gặp ở tuổi trung niên, triệu chứng lâm sàng thần kinh đa dạng.

Từ khóa: Hẹp ống sống cổ; Thoái hóa cột sống cổ; Bệnh lý chèn ép tủy cổ do thoái hóa

[1]*Bệnh viện Bạch Mai.*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du
Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.12.2022
Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023
Ngày duyệt bài: 6.2.2023

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SURGICAL PATIENTS WITH MULTI-LEVEL DEGENERATIVE CERVICAL MYELOPATHY

Objectives: Describe the clinical characteristics of patients with multilevel cervical stenosis due to spinal degeneration. **Material and Method**: A retrospective study was conducted on 31 patients diagnosed with multilevel cervical stenosis indicated operative trearment by the cervical pedicle screw fixation combined with laminectomy technique in Bach Mai hospital from january 2018 to June 2020. **Results**: The average age was 63,26 ± 9,63 years old. The proportion of men (74.2%) was 3 times as much as number of women (24.8%). Mean duration counting from the onset of symptoms to the operation