

Dự án nghiên cứu thực hiện với sự hợp tác giữa Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Đại học Copenhagen và Đại học Nam Đan Mạch. Nhóm tác giả xin cảm ơn các cơ quan y tế tuyến tỉnh, huyện, xã tại Thái Bình và người bệnh ĐĐTĐ2 đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình thu thập thông tin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF Atlas 10th Edition 2021.pdf.** Accessed May 30, 2022. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. **Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL.** Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann N Y Acad Sci.* 2015;1353(1):89-112.
3. **Fields B, Makaroun L, Rodriguez KL, Robinson C, Forman J, Rosland AM.** Caregiver role development in chronic disease: A qualitative study of informal caregiving for veterans with diabetes. *Chronic Illness.* 2022;18(1):193-205.
4. **Franz MJ, MacLeod J, Evert A, et al.** Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: Systematic Review of Evidence for Medical Nutrition Therapy Effectiveness and Recommendations for Integration into the Nutrition Care Process. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(10):1659-1679.
5. **Nguyễn Việt Khánh, Lương Đức Sơn, Nguyễn Đức Thanh.** Kiến thức về chăm sóc người bệnh đái tháo đường típ 2 của người chăm sóc chính tại hai huyện của tỉnh thái bình năm 2019. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022; 510(1).
6. **Batais MA, Alfraji AF, Alyahya AA, et al.** Assessing the Prevalence of Diabetes Distress and Determining Its Psychosocial Predictors Among Saudi Adults With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2021;12:759454.
7. **Thi DK, Xuan BN, Le Duc C, et al.** Unmet needs for social support and diabetes-related distress among people living with type 2 diabetes in Thai Binh, Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1532.
8. **Lin X, Xu Y, Pan X, et al.** Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep.* 2020;10(1):14790.
9. **Kristaningrum ND, Ramadhani DA, Hayati YS, Setyoadi.** Correlation between the burden of family caregivers and health status of people with diabetes mellitus. *J Public Health Res.* 2021;10(2):2227.

NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG KỸ THUẬT NÚT BÁN PHẦN TÚI PHÌNH BẰNG COIL ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO CỔ RỘNG VỠ

Đỗ Đức Thuần¹, Phạm Ngọc Thảo*, Đặng Phúc Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: sử dụng kỹ thuật nút bán phần túi phình bằng coil điều trị túi phình động mạch não cổ rộng vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 13 bệnh nhân vỡ phình mạch não được nút coil bán phần. **Kết quả:** Phình mạch cổ rộng 100%, kích thước cổ 4.86 ± 2.19 mm, đường kính túi phình 9.23 ± 3.41 mm, chiều sâu 10.36 ± 3.57 mm, 100% túi phình chia nhiều phần. không có bệnh nhân vỡ tái phát sau kỹ thuật, 1 bệnh nhân tử vong, 53,85% có mRS 0-2. **Kết luận:** Phình động mạch cổ rộng vỡ khi không thể thực hiện các kỹ thuật cấp cứu khác, có thể tiến hành nút một phần phình mạch, khi bệnh nhân ổn định tiến hành can thiệp bổ sung.

Từ khóa: phình động mạch não vỡ, nút bán phần, phình mạch cổ rộng, chảy máu dưới nhện

SUMMARY

STUDY USING PARTIAL COILING DOME ANEURYSM TECHNIQUE TO TREAT WIDE

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

NECK RUPTURE CEREBRAL ANEURYSM

Objectives of the study: partial coiling dome of aneurysm to treat ruptured wide-neck cerebral aneurysms and difficult to perform other techniques.

Subjects and research methods: 13 patients with ruptured cerebral aneurysm were partially coiled with aneurysms. **Results:** 100% wide neck aneurysm, neck size 4.86 ± 2.19 mm, aneurysm diameter 9.23 ± 3.41 mm, depth 10.36 ± 3.57 mm, 100% aneurysms divided part. There were no recurrent rupture after the technique, one patient died, 53.85% had mRS 0-2. **Conclusion:** Wide neck rupture aneurysms were difficult to perform other techniques. partial coiling dome aneurysm can be performed, when the patients are good, proceed with additional intervention.

Keywords: rupture cerebral aneurysm, partial coiling dome aneurysm, wide neck aneurysm, subarachnoid hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch (PDM) não là bệnh khá phổ biến chiếm tỷ lệ 0,2%-9%, trung bình 4,5% dân số ở các nước trên thế giới, tỷ lệ vỡ hàng năm 1%-2% [1]. Biến chứng nặng hay gặp của vỡ phình mạch (PM) não là vỡ tái phát. Trên 15% số bệnh nhân vỡ tái phát trong 24 giờ đầu [2], 20% trong hai tuần đầu và 50% trong vòng

6 tháng nếu không được điều trị can thiệp. Khi PM não vỡ tái phát tình trạng lâm sàng rất nặng nề, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Phình mạch cổ rộng vỡ việc làm tắc túi phình trong trường hợp cấp cứu mà vẫn bảo toàn được các động mạch nhánh là điều rất khó khăn, do các kỹ thuật đặt stent chặn cổ hay stent đảo chiều phải dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu trước sau can thiệp làm tăng nguy cơ vỡ tái phát [3]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm giải pháp điều trị cho các túi phình cổ rộng vỡ mà khó khăn khi áp dụng các phương pháp điều trị khác trong giai đoạn cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 13 bệnh nhân vỡ phình động mạch não tại khoa A14, Bệnh viện Quân y 103 được tiến hành kỹ thuật nút bán phần phình động mạch não từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022.

- **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, quan sát cắt ngang

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** các bệnh nhân được trao đổi các phương pháp phẫu thuật, can thiệp nút coil bán phần cũng như các phương pháp can thiệp nút coil kết hợp với các kỹ thuật hỗ trợ như: đặt stent chặn cổ, stent đảo chiều, về thuận lợi khó khăn, đặc biệt nguy cơ thể vỡ tái phát khi thực hiện kỹ thuật nút coil bán phần, để người đại diện bệnh nhân được lựa chọn điều trị.

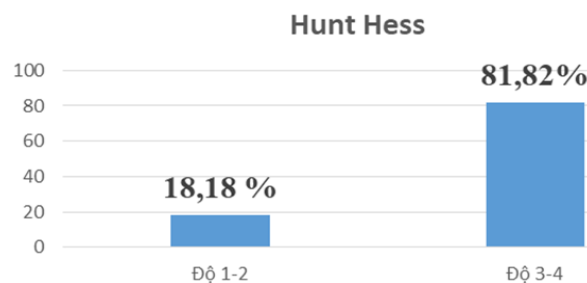
- **Xử lý số liệu:** theo phần mềm SPSS bằng thuật toán cho tỷ lệ %

III. KẾT QUẢ VÀ LUẬN

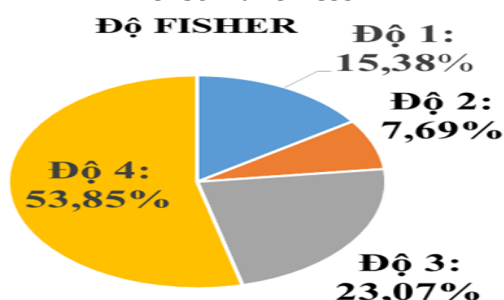
- Tuổi và giới tính: Tuổi trung vị 69,3 tuổi thấp nhất 67, cao nhất 86 tuổi. Nữ giới chiếm 55,1%. Trong nghiên cứu các bệnh nhân có độ tuổi cao hơn so với các nghiên cứu về điều trị vỡ phình mạch ở các vị trí khác, do phương pháp lựa chọn nút bán phần phình mạch với mục đích làm tối thiểu ở bệnh nhân, những bệnh nhân tuổi cao không thuận lợi cho phẫu thuật hoặc cuộc can thiệp dài là lý do chúng tôi lựa chọn. Giới tính ở những bệnh nhân vỡ phình động mạch não giữa gặp nhiều ở giới nữ, giới nữ được xem là một trong những nguy cơ của phình mạch vỡ.

Trong nghiên cứu khi đánh giá lâm sàng theo độ Hunt Hess, thấy bệnh nhân có độ Hunt Hess 3-4 điểm 81,82%. Trong nghiên cứu của Phạm Đình Đài và cộng sự 2016 [4], ở 151 bệnh nhân vỡ phình động mạch não (nhóm không tái phát), có độ Hunt Hess 2,4±9. Trong 13 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân vỡ tái phát. Mặt khác các bệnh nhân chúng tôi

lựa chọn thực hiện can thiệp nút bán phần mục đích can thiệp tối thiểu thường áp dụng ở bệnh nhân nặng. Trong nghiên cứu không có Hunt Hess độ 5.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phân độ lâm sàng theo Hunt Hess



Biểu đồ 2: Mức độ chảy máu trên cắt lớp vi tính sọ não theo Fisher

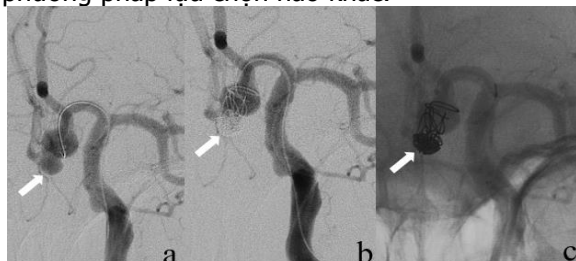
Mức độ chảy máu trên CLVT sọ não thấy các bệnh nhân chủ yếu ở độ 3,4 (23,07% và 53,85%) bao gồm có nhiều máu trong khoang dưới nhện, có ổ máu tụ hoặc có máu tràn trong não thất. Trong nghiên cứu 137 bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não, tác giả Phạm Đình Đài và cộng sự [5] cũng nhận thấy, các bệnh nhân có mức độ chảy máu não trên CLVT sọ não chủ yếu gặp Fisher độ 3 và 4. Như vậy 13 bệnh nhân nghiên cứu có mức độ chảy máu nhiều trong khoang dưới nhện nhiều và não thất, điều này có thể gây ra các biến chứng co thắt mạch ở bệnh nhân sẽ nặng nề hoặc nguy cơ tắc lưu thông dịch não tủy cần dẫn lưu não thất.

Bảng 1: Đặc điểm phình mạch trên hình ảnh mạch số hóa xóa nền

Đặc điểm		Thông số
Vị trí phình động mạch n (tỷ lệ %)	Đoạn phân chia M1-M2	4 (30,77)
	Động mạch cảnh trong	2 (15,38)
	Động mạch thông trước	3 (23,07)
	Đỉnh động mạch thân nền	1 (7,69)
	Động mạch đốt sống	1 (7,69)
Kích thước phình mạch	Cổ phình mạch	4,86 ± 1,19
	Đường kính túi phình	9,23 ± 3,41

X ± SD	Chiều sâu túi phình	10,36 ± 3,57
Hình dáng phình mạch n (tỷ lệ %)	Nhiều thùy	4 (30,77)
	Thân túi phình chia nhiều phần	11 (100%)

Ở nhóm nghiên cứu gặp 4 bệnh nhân phình mạch thuộc vị trí phân chia động mạch M1-M2, chiếm tỷ lệ cao nhất 30,77%, đây là vị trí thường phình mạch cổ rộng, có động mạch nhánh ở cổ, việc thực hiện kỹ thuật nút coil đơn thuần mà vẫn bảo tồn được các động mạch là một thách thức với nhà can thiệp [6]. Tỷ lệ phân bố vị trí phình mạch khác với tỷ lệ phình mạch trong nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Đài và cộng sự [4] khi nghiên cứu 151 phình mạch vỡ, do số lượng đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi quá ít, mặt khác nút phình mạch bán phần chúng tôi chỉ thực hiện ở các bệnh nhân khi không còn phương pháp lựa chọn nào khác.



Hình 1: Bệnh nhân Trương Thị Th, Phình động mạch thông trước vỡ

(a) Phình động mạch thông trước túi hình chia hai phần, (b) (c) nút coil phần đáy (mũi tên)
 Kích thước phình mạch trong nghiên cứu với cổ trung bình 4,86 ± 2,19 mm, đường kính túi phình trung bình 9,23 ± 3,41mm, chiều sâu trung bình 10,36 ± 3,57mm, các phình mạch vỡ trong nghiên cứu của chúng tôi đều cổ rộng. Các thông số kích thước về cổ túi phình, đường kính túi phình và chiều sâu túi phình đều lớn hơn so với các kích thước tương ứng về phình mạch vỡ trong nghiên cứu của Phạm Đình Đài và cộng sự [5], do nghiên cứu của Phạm Đình Đài thực hiện ở những bệnh nhân vỡ phình mạch có thể can thiệp nút coil đơn thuần, nghiên cứu của chúng tôi chỉ những đối tượng không thể nút coil đơn thuần nên thường kích thước cổ túi phình, đường kính túi phình rộng hơn. Đây là những phình động mạch vỡ mà cổ rộng nhưng những kỹ thuật hỗ trợ bằng bóng, đặc biệt khó khăn khi sử dụng stent chặn cổ hay stent đảo chiều do bắt buộc sử dụng chống kết tập tiểu cầu trước, trong và sau can thiệp điều đó làm tăng nguy cơ vỡ tái phát ở túi phình đã vỡ [6]. Theo nghiên cứu của Mooney M.A và cộng sự thì phình động mạch có đường kính cổ, túi phình càng lớn càng

có nguy cơ tái thông cao khi được nút phình động mạch bằng coil [6]. Trong nghiên cứu của Waldau B và cộng sự nút phình mạch vỡ bằng coil với kỹ thuật nút bán phần thực hiện ở 15 bệnh nhân thì các phình mạch vỡ có đường kính cổ nhỏ hơn chúng tôi, nhưng chiều rộng túi phình lớn hơn [7].

Về hình dáng phình mạch, 100% (13) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thân phình mạch được chia làm nhiều phần, điều này là quan trọng trong phương pháp lựa chọn kỹ thuật nút coil bán phần, dựa trên 3 căn cứ để chúng tôi lựa chọn kỹ thuật này đó là: (1) cổ rộng không thể nút coil đơn thuần, (2) không thể thực hiện được các biện pháp hỗ trợ khi nút coil đơn thuần như dùng bóng, stent chặn cổ, stent đảo chiều, (3) suy luận của chúng tôi phình mạch bao giờ cũng vỡ đáy túi, (4) phình mạch chia làm nhiều phần, trong đó phần đáy có thể giữ vững được coil khung và các coil đỡ đáy mà không làm coil trôi lên phần cổ gây tắc mạch mang. Trong nghiên cứu của Waldau B và cộng sự và cộng sự không đề cập đến hình dáng túi phình với thân túi phình chia nhiều phần có vai trò quyết định trong việc lựa chọn kỹ thuật nút coil bán phần.

Bảng 2: Phương điều trị túi phình bổ sung sau 1 tháng và kết quả ra viện

Phương pháp	Số lượng n= 12 n (tỷ lệ %)	
Nút coil kết hợp đặt stent chặn cổ	5 (38,46)	
Đặt stent đảo chiều	3 (23,07)	
Không thực hiện thêm kỹ thuật	2 (15,38)	
Phẫu thuật	2 (15,38)	
mRS ra viện	0-2	7 (53,85)
	3-4	5 (38,46)
	5	1 (7,69)

Ở thời điểm trung bình 1,83 tháng (cao nhất 3 tháng, thấp nhất 1 tháng) còn 12 bệnh nhân được theo dõi, 1 bệnh nhân đã tử vong sau 1 tuần điều trị, bệnh nhân này là 1 trong 2 bệnh nhân vỡ tái phát phình mạch trước khi được can thiệp nút bán phần phình mạch. Không có bệnh nhân được ghi nhận vỡ tái phát sau khi thực hiện kỹ thuật nút coil bán phần phình mạch vỡ. 12 bệnh nhân theo dõi, 10 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật can thiệp bổ sung để làm tắc phần còn lại của túi phình. 2 bệnh nhân không đồng ý thực hiện kỹ thuật làm tắc túi phình bổ sung do điều kiện kinh tế khó khăn và mức độ tàn phế hiện tại theo mRS là 4, nhưng chúng tôi không ghi nhận trên lâm sàng và hình ảnh MRI sọ não theo dõi thấy bằng chứng vỡ tái phát. Trong nghiên cứu của Waldau B và cộng sự, các

phương pháp làm tắc phần còn lại túi phình chủ yếu là phẫu thuật và nút coil kết hợp với đặt stent chặn cổ và cũng không thấy bệnh nhân vỡ tái phát trong thời điểm theo dõi sau thực hiện kỹ thuật nút bán phần [7]. Kết quả ra viện chung với điểm mRS từ 0-2 điểm là 53,86%, 3-4 điểm 38,46%, tử vong 1 trường hợp, kết quả nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của Waldau B và cộng sự.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 13 trường hợp vỡ phình động mạch não Tuổi trung vị 69,3 tuổi thấp nhất 67, cao nhất 86 tuổi. Các phình mạch đều cổ rộng, thân túi phình chia làm nhiều phần, cổ trung bình $4,86 \pm 2,19$ mm, đường kính túi phình trung bình $9,23 \pm 3,41$ mm, chiều sâu trung bình $10,36 \pm 3,57$ mm. Sau nút coil bán phần: 1 bệnh nhân tử vong, 10 bệnh nhân được thực hiện can thiệp bổ sung làm tắc túi phình, 2 bệnh nhân từ chối thực hiện kỹ thuật tiếp. Trường hợp tử vong và các bệnh nhân còn lại chưa ghi nhận vỡ tái phát túi phình sau thực hiện kỹ thuật nút bán phần, hồi phục theo mRS tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cho W.-S., Kim J.E., Park S.Q. et al** (2018), "Korean Clinical Practice Guidelines for Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage", J Korean

- Neurosurg Soc, 61(2), pp. 127-166.
2. **Connolly E.S., Rabinstein A.A., Carhuapoma J.R. et al** (2012), "Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage", A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, 43(6), pp. 1711-1737.
3. **AlMatter M., Aguilar Pérez M., Hellstern V. et al** (2020), "Flow Diversion for Treatment of Acutely Ruptured Intracranial Aneurysms : A Single Center Experience from 45 Consecutive Cases", Clin Neuroradiol, 30(4), pp. 835-842.
4. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuận** (2016), "Kết quả điều trị can thiệp mạch qua 151 bệnh nhân vỡ phình động mạch não tại Bệnh viện Quân y 103", Y Dược học quân sự, Vol 41, N°2, tháng 2/2016, pp.
5. **Phạm Đình Đài, Đỗ Đức Thuận, Đặng Minh Đức** (2015), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị can thiệp nội mạch bệnh nhân vỡ phình động mạch não", Y-Dược học quân sự, Vol 40, N°3, tháng 3/2015., pp.
6. **Arthur Wang, Michael F. Stiefel** (2018), "Flow Diversion in Ruptured Aneurysm", Flow Diversion of Cerebral Aneurysms, Thieme Medical Publishers, New York + Stuttgart + Delhi + Rio de Janeiro, pp. 64-67.
7. **Waldau B., Reavey-Cantwell J.F., Lawson M.F. et al** (2012), "Intentional partial coiling dome protection of complex ruptured cerebral aneurysms prevents acute rebleeding and produces favorable clinical outcomes", Acta Neurochir (Wien), 154(1), pp. 27-31.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Nam¹, Nguyễn Văn Thương¹, Vũ Trường Thịnh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp với hồi cứu không nhóm đối chứng điều trị 66 trẻ gãy kín thân xương đùi từ 5-15 tuổi đã được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2019 đến 4/2021. **Kết quả:** BN có độ tuổi từ 5-15 tuổi, tuổi trung bình là 10,8, nhóm tuổi hay gặp nhất là 7-11 tuổi, trẻ trai chiếm đa số với 70%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chiếm đa số với 57,6%, tỉ lệ chân phải và trái tương đương nhau, tổn thương gãy xương đơn

thuần không kèm tổn thương tạng chiếm chủ yếu 72,8%. BN được KHX bằng nẹp vis chiếm đa số 92,4%. Kết quả gần, tỉ lệ tốt chiếm 97%, trung bình chiếm 3%, kết quả xa tốt chiếm 98%, kém chiếm 2%. **Kết luận:** Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là gãy xương thường gặp ở chi dưới ảnh hưởng không chỉ khả năng đi lại của chi dưới mà cả khả năng vận động của cơ thể. Phẫu thuật KHX điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em sẽ giúp phục hồi giải phẫu xương đùi, cố định ổ gãy vững chắc, BN sớm hòa nhập cộng đồng với kết quả tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật gãy xương đùi trẻ em, gãy xương đùi trẻ em

SUMMARY

THE OUTCOME OF THE SURGERY TREATMENT PEDIATRICS FEMUR FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: The clinical feature, management options, and the result of surgery treatment femoral fracture in children at Viet Duc University Hospital. **Subject and methodology:** A retrospective and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nam

Email: namata0303@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023