

- life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study. *Afr J Disabil*;11:947. doi: 10.4102/ajod.v11i0.947.
- Ishikawa S, Kayaba K, Gotoh T, et al (2008).** Incidence of total stroke, stroke subtypes, and myocardial infarction in the Japanese population: the JMS Cohort Study. *J Epidemiol*.8;18(4):144-50. doi: 10.2188/jea.je2007438. . 2008.
 - In TS, Jung JH, Jung KS, Cho HY (2021).** Effect of Sit-to-Stand Training Combined with Taping on Spasticity, Strength, Gait Speed and Quality of Life in Patients with Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Life (Basel)*11(6):511. doi: 10.3390/life110.
 - Markus H (2012).** 'Stroke: Causes and clinical features', *Medicine* 40(9), 484-489. 10.1016/j.mpmed.2012.06.005.
 - WHO (2020).** Disease burden and mortality estimate. WHO. Accessed. November 9, 2020. http://who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/.
 - World Stroke Organization (2015).** World Stroke Campaign, <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign> [Accessed 16 October 2016]

CARCINÔM TUYẾN ĐẠI TRÀNG KÈM U TÚI NOÃN HOÀNG: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2,3}, Phạm Văn Tấn¹, Nguyễn Phúc Thục Uyên¹,
Nguyễn Hòa Nhơn², Diệp Đình Được², Lâm Quốc Trung³, Phạm Quang Thông⁴

TÓM TẮT

Các trường hợp carcinôm tuyến đại tràng kèm theo u túi noãn hoàng rất hiếm gặp. Chỉ vài trường hợp đã được báo cáo trong y văn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam, 29 tuổi, không có triệu chứng lâm sàng, tình cờ phát hiện u mạc treo. Kết quả chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang chọ thấy mạc treo đại tràng lên có tổn thương choán chỗ đậm độ mô đặc, kích thước 95x88mm, bờ đa cung, mất ranh giới với đại tràng lên; đại tràng lên cạnh bên có vị trí mất cấu trúc lớp, hình ảnh học gợi ý chẩn đoán u mạc treo đại tràng hoặc u đại tràng di căn hạch. Nội soi đại tràng ngang ghi nhận khối u dạng thâm nhiễm cứng làm hẹp lòng đại tràng, nghi K đại tràng ngang. Các xét nghiệm huyết thanh AST, ALT, GGT, CEA và CA 19-9 của bệnh nhân trong giới hạn bình thường tuy nhiên AFP huyết thanh tăng cao (42345 ng/ml). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u sau phúc mạc và u đại tràng phải. Đại thể ghi nhận có khối u ở niêm mạc đại tràng và mạc treo. Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau nhuộm hóa mô miễn dịch: Carcinôm tuyến đại tràng biệt hóa vừa kèm u túi noãn hoàng xâm nhập qua lớp cơ đến mô mỡ quanh đại tràng. **Từ khóa:** Carcinôm tuyến đại tràng, u túi noãn hoàng, AFP

SUMMARY

COLONIC ADENOCARCINOMA WITH YOLK SAC TUMOR: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM

⁵Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Tấn

Email: phamvantantg@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

Cases of colonic adenocarcinoma with yolk sac tumor are very rare. Only a few cases have been reported in the literature. We reported a case of 29-years-old male patient with no clinical symptoms who was incidentally diagnosed with a mesenteric tumor. The results of abdominal computed tomography with contrast revealed a soft tissue mass in the ascending mesentery, size 95x88 mm, multi-arch margin and loss of boundary with the ascending colon; The ascending colon has a site of loss of layer structure, imaging suggests the diagnosis of a mesenteric tumor or metastatic colonic cancer. Colonoscopy showed an infiltrative tumor in the transverse colon, that narrowed the colon lumen. The result of colonoscopy was suspicious for colon cancer. The patient's AST, ALT, GGT, CEA and CA 19-9 serum tests were within normal limits. However, serum AFP was elevated (42345 ng/ml). The patient underwent retroperitoneal tumor resection and right hemicolectomy. Macroscopically, there were tumors in the colonic mucosa and mesentery. Histopathological diagnosis after immunohistochemical staining: Moderate differentiated colonic adenocarcinoma with yolk sac tumor and tumor invades through the muscularis propria into pericolic tissue.

Keywords: colonic adenocarcinoma, yolk sac tumor, AFP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U túi noãn hoàng là một loại u tế bào mầm ác tính hiếm gặp, xảy ra chủ yếu ở tuyến sinh dục⁽¹⁾. Vị trí u ngoài tuyến sinh dục ít gặp, thường tập trung theo đường dọc giữa cơ thể như trung thất, sau phúc mạc, vùng cùng cụt và tuyến tụy⁽²⁻⁴⁾. U túi noãn hoàng tại đường tiêu hóa rất hiếm, khối u có thể tồn tại đơn độc hoặc kết hợp với thành phần carcinôm tuyến quy ước⁽¹⁾. Ở đại tràng, một số trường hợp carcinôm tuyến với thành phần mầm là carcinôm nguyên bào nuôi đã được báo cáo, tuy nhiên các trường

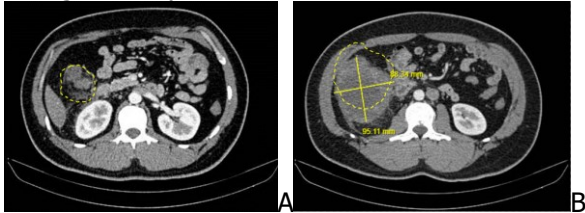
hợp kèm theo thành phần u túi noãn hoàng rất hiếm⁽⁵⁾. Đến nay, chỉ một vài ca từng được báo cáo trong y văn. Mặc dù có đặc điểm mô học tương đồng, nhưng u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục có tiên lượng lâm sàng xấu hơn so với u tế bào mầm tại cơ quan sinh dục⁽⁶⁾.

II. BÁO CÁO CA

Bệnh nhân nam, 29 tuổi, tình cờ phát hiện khối u vùng hông phải qua siêu âm ổ bụng. Lâm sàng không ghi nhận triệu chứng cơ năng và thực thể. Bệnh nhân có tiền sử viêm gan siêu vi B mạn tính. Kết quả siêu âm ổ bụng ghi nhận vùng hông phải có khối hỗn hợp đặc và nang, kích thước 85x78mm, bờ khá đều, xung quanh có vài khối phản âm kém, kích thước 35x30mm; kèm gan nhiễm mỡ trung bình, bờ đều.

CT scan bụng chậu có cản quang cho thấy mạc treo đại tràng lên có tổn thương choán chỗ đậm độ mô đặc, kích thước 95x88mm, bờ đa cung, mất ranh giới với đại tràng lên; đại tràng lên cạnh bên có vị trí mất cấu trúc lớp (Hình 1); gan nhiễm mỡ, không thấy tổn thương choán chỗ hay bất thường bất thường trong nhu mô gan. Kết quả này gợi ý chẩn đoán u mạc treo đại tràng hoặc u đại tràng di căn hạch.

Kết quả siêu âm bìu và khảo sát các cơ quan khác bằng khám lâm sàng và hình ảnh học không tìm thấy khối u.



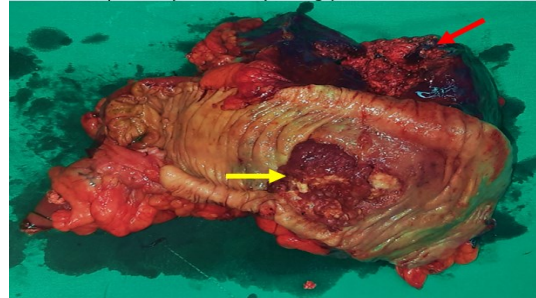
Hình 1 (A, B): CT Scan bụng chậu có cản quang (thì động mạch, mặt phẳng ngang ở những lát cắt khác nhau): Tổn thương choán chỗ đậm độ mô đặc (hình nét đứt), kích thước 95x88mm, bờ đa cung, bắt thuốc kém đồng nhất, chủ yếu ở viền, mất ranh giới với đại tràng lên; đại tràng lên cạnh bên mất cấu trúc lớp.

Tại thời điểm phát hiện khối u qua hình ảnh học, các xét nghiệm huyết thanh bao gồm AST, ALT, GGT, CEA và CA 19-9 của bệnh nhân trong giới hạn bình thường, tuy nhiên AFP huyết thanh tăng cao (42345 ng/ml).

Bệnh nhân được thực hiện nội soi đại tràng, máy soi đi đến được đại tràng ngang gần góc gan (cách bờ hậu môn 70cm), ghi nhận có khối u dạng thâm nhiễm cứng làm hẹp lòng đại tràng, khối u được sinh thiết đánh giá vi thể. Chẩn đoán nội soi nghi ngờ K đại tràng ngang,

tuy nhiên hình ảnh vi thể trên mẫu sinh thiết u chỉ biểu hiện tình trạng viêm mạn tính niêm mạc đại tràng, không có hình ảnh ác tính trên mẫu thử.

Kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và các xét nghiệm huyết thanh, hai chẩn đoán lâm sàng ban đầu được nghĩ đến nhiều hơn cả là (1) u mạc treo đại tràng lên và (2) u đại tràng lên di căn hạch, ngoài ra khả năng có hai khối u cùng tồn tại cũng không thể loại trừ dù tỉ lệ rất hiếm. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt u sau phúc mạc và cắt đại tràng phải.



Hình 2. Hình ảnh tổn thương đại thể: đoạn đại tràng xẻ lòng, niêm mạc có khối u (1) dạng sùi, màu nâu (mũi tên màu vàng); mô mỡ quanh đại tràng vị trí sát khối u (1) có khối u (2), đã vỡ, mặt cắt trắng hồng, xuất huyết nhiều (mũi tên màu đỏ)

Đánh giá đại thể ghi nhận 2 khối u, khối u (1) ở vị trí niêm mạc đại tràng, dạng sùi, kích thước 40x30mm, mặt cắt màu nâu, mềm bở, xâm nhập thành ruột đến mô mỡ quanh đại tràng; mô mỡ quanh đại tràng vị trí sát khối u (1) có khối u (2), kích thước 100x80mm đã vỡ, mặt cắt trắng hồng, mềm bở, hoại tử. Ngoài ra, tường trình phẫu thuật ghi nhận u vỡ gây chảy máu ổ bụng (Hình 2).

Đánh giá vi thể cho thấy hình thái mô học khác biệt giữa khối u (1) và khối u (2). Khối u (1) gồm các cấu trúc dạng ống tuyến phức tạp với các tuyến không đều, dạng sàng, tạo tuyến không hoàn toàn và một số ít vùng có cấu trúc dạng đám đặc; các tế bào u có nhân lớn, tăng sắc, xếp chồng chất lên nhau, một số nhân sáng, hạt nhân rõ, nhiều hình ảnh phân bào và phân bào bất thường. Xen giữa cấu trúc tuyến là các ổ nhầy ngoại bào (chiếm dưới 50% khối u, rải rác các đám tế bào dạng nhầy nằm giữa ổ nhầy (Hình 3A, 3C và 3E). Các tế bào u này xâm nhập thành ruột đến mô mỡ quanh đại tràng. Khối u (2) nằm chủ yếu trong mô mỡ quanh đại tràng, cấu trúc gồm các đám tế bào đặc, tạo bè và dạng xoang nội bì với các thể Schiller-Duval. Các tế bào u hình đa diện, bào tương sáng hoặc bắt màu eosin, nhân lớn, sáng, hạt nhân rõ, màng nhân không đều, nhiều hình ảnh phân bào

và phân bào bất thường (Hình 3B, 3D và 3F). Các tế bào u này xâm nhập đến mô mỡ quanh đại tràng. Các rìa diện cắt phẫu thuật và 10 hạch cạnh đại tràng được khảo sát không có tế bào u.

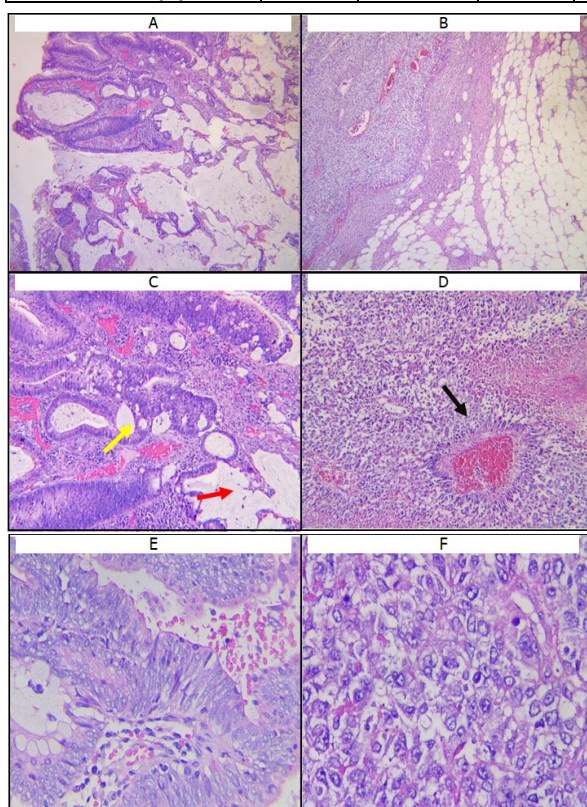
Các dấu ấn hóa mô miễn dịch được khảo sát bao gồm CK7, CK20, AFP, SALL-4, OCT3/4, CD117 và Synaptophysin. Kết quả được trình

bày trong bảng 1.

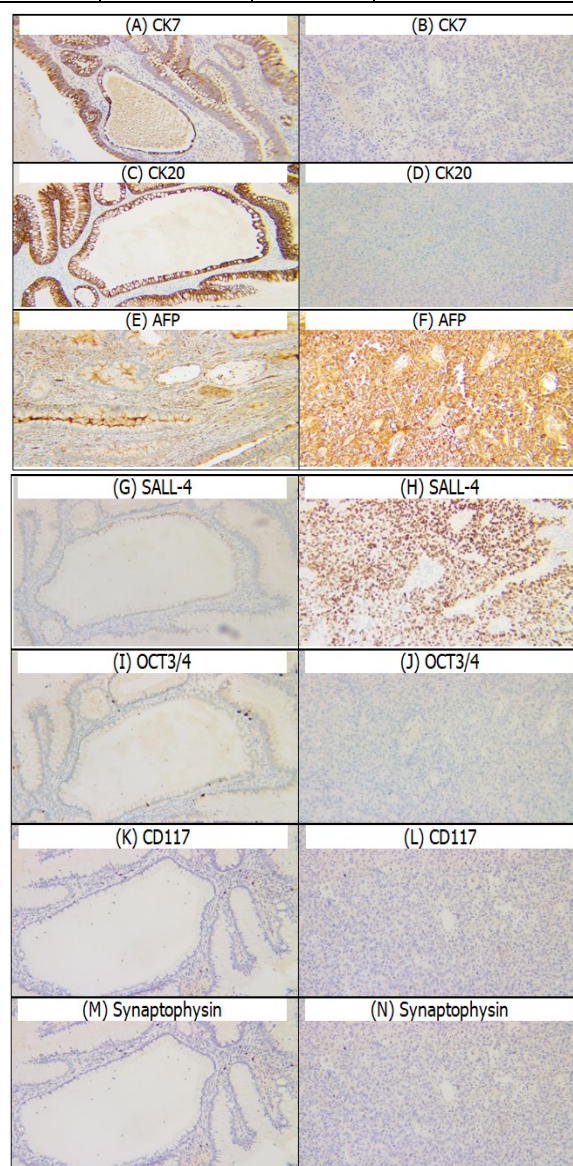
Kết hợp lâm sàng, các cận lâm sàng hỗ trợ và mô bệnh học, bệnh nhân được chẩn đoán xác định carcinôm tuyến đại tràng, biệt hóa vừa, xâm nhập mô mỡ quanh đại tràng; kèm u túi noãn hoàng mạc treo đại tràng, xâm nhập thành đại tràng đến mô mỡ quanh đại tràng.

Bảng 4. Biểu hiện của các dấu ấn hóa mô miễn dịch.

Thành phần u	CK7	CK20	AFP	SALL-4	OCT3/4	CD117	Synaptophysin
Khối u (1)	+	+	-	-	-	-	-
Khối u (2)	-	-	+	+	-	-	-



Hình 3: Hình ảnh tổn thương vi thể: Hình (A-H&E, X40) và (C-H&E, X100), khối u (1) gồm các cấu trúc tuyến không đều, tạo dạng sàng (mũi tên màu vàng) và các ổ nhầy ngoại bào (mũi tên màu đỏ); Hình (E-H&E, X400), các tế bào khối u (1) có nhân lớn, tăng sắc, xếp chồng chất lên nhau, một số nhân sáng; Hình (B-H&E, X40), khối u (2) với các đám/bè tế bào đặc, vỏ bao không rõ, xâm nhập mô mỡ; Hình (D-HE, X100), khối u (2) vùng cấu trúc dạng xoang nội bì với các thể Schiller-Duval đặc trưng của u túi noãn hoàng (mũi tên màu đen); Hình (F-H&E, X400), khối u (2) gồm các tế bào u hình đa diện, bào tương sáng, nhân lớn, sáng, hạt nhân rõ, màng nhân không đều, nhiều hình ảnh phân bào.



Hình 4: Kết quả hóa mô miễn dịch: Các tế bào u của khối u (1) dương tính (A)CK7, (C)CK20; âm tính với (E)AFP (G)SALL-4, (I)OCT3/4, (K)CD117, (M)Synaptophysin. Các tế bào u của

khối u (2) dương tính với (F)AFP, (H)SALL-4, âm tính với (B)CK7, (D)CK20, (J) OCT3/4, (L)CD117, (N)Synaptophysin

III. BÀN LUẬN

Báo cáo ca về carcinôm tuyến đại trực tràng có thành phần tế bào mầm rất hiếm gặp trong y văn. Trong những tài liệu y văn tiếng Anh, có 08 trường hợp được báo cáo là carcinôm tế bào nuôi kết hợp với carcinôm tuyến, một trường hợp trong số đó có thành phần u túi noãn hoàng⁽¹⁾. Tính đến thời điểm hiện tại, chỉ có 03 trường hợp carcinôm tuyến đại trực tràng kết hợp với u túi noãn hoàng đã được báo cáo trong các tài liệu y văn tiếng Anh⁽¹⁾. Hai trong số những trường hợp này xảy ra ở bệnh nhân trẻ (trong khoảng 20-30 tuổi). Ca đầu tiên được báo cáo bởi Yu và cộng sự⁽⁷⁾. Bệnh nhân nam, 54 tuổi với khối u trực tràng 8cm di căn gan và hạch vùng. Ca bệnh thứ 2 do Coleman và cộng sự báo cáo, đây là trường hợp một bệnh nhân nam 26 tuổi nhập viện vì khối hạch bên trái đầu cấp tính, kết quả giải phẫu bệnh mô hạch ghi nhận u túi noãn hoàng di căn⁽⁸⁾. Khám lâm sàng và nội soi đại tràng cho thấy một khối u giới hạn rõ ở trực tràng. Ca bệnh thứ 3 được báo cáo bởi Marwa Mohammed Abdel Fattah Zaki và cộng sự, bệnh nhân nữ 18 tuổi đi khám vì đau bụng cấp⁽¹⁾. Khám lâm sàng ghi nhận gan to. Bệnh nhân được sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy khối u túi noãn hoàng di căn. Nội soi đại tràng xác định có một khối dạng polyp, loét cách bờ hậu môn 15 cm. Cả ba trường hợp trên đều ghi nhận AFP huyết thanh tăng cao với kết quả giải phẫu bệnh khối u ở đại trực tràng là carcinôm tuyến kèm u túi noãn hoàng.

U túi noãn hoàng ngoài sinh dục đã được ghi nhận từ rất lâu, nhiều công trình nghiên cứu về nhóm u này với cỡ mẫu lớn đã được công bố. U túi noãn hoàng ngoài sinh dục gặp ở cả hai giới, tuổi chẩn đoán trung bình là 21 tuổi.⁽⁹⁾ Tuy nhiên số lượng y văn về các trường hợp u túi noãn hoàng kèm carcinôm tuyến ở đại tràng rất hạn chế, đến nay vẫn chưa có những thống kê với cỡ mẫu đủ lớn về đặc điểm của những trường hợp đặc biệt này. Hồi cứu các trường hợp u túi noãn hoàng đi kèm carcinôm tuyến đại trực tràng của các tác giả Yu, Coleman và Marwa Mohammed Abdel Fattah Zaki, ghi nhận u gặp ở cả nam và nữ, với độ tuổi và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Trường hợp chúng tôi báo cáo là nam, 29 tuổi ghi nhận được một đặc điểm tương đồng với ba trường hợp trên là sự tăng cao nồng độ AFP huyết thanh.

Trong trường hợp của chúng tôi khối u (2) đặc điểm mô bệnh học gồm các tế bào đa diện, bào tương sáng, nhân lớn, sáng, hạt nhân rõ, màng nhân không đều, phân bào cao và có những cấu trúc giống thể Schiller-Duval, kết hợp xét nghiệm sinh hóa AFP huyết thanh tăng cao, gợi ý nhiều đến chẩn đoán u túi noãn hoàng kèm theo carcinôm tuyến quy ước. Tuy nhiên do vị trí u túi noãn hoàng tại đường tiêu hóa rất hiếm gặp, cần có các xét nghiệm hóa mô miễn dịch hỗ trợ chẩn đoán phân biệt với những trường hợp carcinôm thần kinh nội tiết biệt hóa kém và u tinh bào.

Về mặt hóa mô miễn dịch, u túi noãn hoàng dương tính với các dấu ấn miễn dịch bao gồm AFP, PLAP và CK. Khả năng dương tính mạnh của thành phần u túi noãn hoàng với dấu ấn miễn dịch AFP là đặc điểm quan trọng, bởi vì các thành phần carcinôm tuyến không dương tính với dấu ấn này⁽¹⁾. Trong trường hợp của chúng tôi, các thành phần túi noãn hoàng dương tính với AFP, SALL-4, âm tính với CK7, CK20 trong khi ngược lại, thành phần carcinôm tuyến âm tính với AFP, SALL-4 và dương tính với CK7, CK20. Khả năng dương tính với dấu ấn CK7 của carcinôm tuyến của đại tràng đã từng được đề cập đến. Theo như nghiên cứu Hernandez BY và cộng sự đã chứng minh rằng, so với carcinôm tuyến đại trực tràng giai đoạn đầu, các khối u giai đoạn cao có tỷ lệ dương tính với cả CK7 cao hơn⁽¹⁰⁾. Trong nghiên cứu của Reyhan Bayrak và cộng sự, 20% trường hợp carcinôm tuyến ở đại tràng có kết quả hóa mô miễn dịch dương tính với cả CK7 và CK20⁽¹¹⁾. Do đó, có thể kết luận rằng, với trường hợp của chúng tôi, thành phần carcinôm tuyến dương tính với CK7 vẫn phù hợp với chẩn đoán.

Về mặt lý thuyết, mối liên hệ giữa carcinôm tuyến và u túi noãn hoàng vẫn chưa được biết rõ, một số tác giả đưa ra giả thuyết rằng có thể là do sự kết hợp từ hai khối u riêng biệt hoặc một khối u hỗn hợp, trong đó các tế bào gốc có thể biệt hóa thành nhiều thành phần tế bào khác nhau^(1,5,12). Trường hợp được báo cáo bởi Kawahara và cộng sự năm 2009, ủng hộ giả thuyết khối u hỗn hợp, vì thành phần tế bào mầm và carcinôm tuyến đều biểu hiện dương tính với dấu ấn p53 và CDX2⁽¹²⁾.

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng thứ 4 carcinôm tuyến đại tràng kết hợp với u túi noãn hoàng. Trường hợp bệnh hiếm gặp và đặc biệt này có giá trị tham khảo cho các bác sĩ giải phẫu

bệnh và ung bướu cần nhắc đến chẩn đoán u túi noãn hoàng ngoài hệ sinh dục, trong những trường hợp bệnh nhân có AFP huyết thanh tăng cao và không ghi nhận được tổn thương ở cơ quan sinh dục hoặc gan. Vì vậy, nhà giải phẫu bệnh cần xem xét kỹ những chẩn đoán phân biệt nhằm đưa kết luận chính xác, hỗ trợ bác sĩ lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdel Fattah Zaki MM, Ali MA, El-Hawary AK.** Combined adenocarcinoma with yolk sac tumor of the rectum metastasizing as a germ cell neoplasm: Case report. *Current Medicine Research and Practice.* 2020;10(1):23-26. doi:10.1016/j.cmrp.2019.11.007
2. **Elkhalidi M, Naser AM, AlHalaseh Y, Al-Hussaini M.** Extragenital germ cell tumor, a report of two cases presenting in the gastrointestinal tract. *Rare Tumors.* 2021;13:20363613211029487. doi:10.1177/20363613211029487
3. **Kucukoner M, Inal A, Kaplan MA, et al.** Germ Cell Tumor Located in Gastrointestinal System: A Report of Two Cases. *World J Oncol.* Jun 2012;3(3):134-137. doi:10.4021/wjon493w
4. **Ronchi A, Cozzolino I, Montella M, et al.** Extragenital germ cell tumors: Not just a matter of location. A review about clinical, molecular and pathological features. *Cancer Med.* Nov 2019;8(16):6832-6840. doi:10.1002/cam4.2195
5. **Otani T, Kanemura H, Kimura M, et al.** Yolk Sac Tumor in a Recurrence of Colonic Adenocarcinoma With Shared Mutations in APC and TP53 Genes: A Case Report. *Int J Surg Pathol.* Sep 2022;30(6):646-651. doi:10.1177/10668969211069963
6. **Chahoud J, Kohli M.** Managing extragenital germ cell tumors in male adults. *AME Medical Journal.* 2020;5:8-8. doi:10.21037/amj.2020.01.01
7. **Yu Y OT, Okada S.** An alpha-fetoprotein-producing carcinoma of the rectum. *Acta Pathologica Japonica.* 1992;42:684-687.
8. **Coleman TA RC, Hamill RL, Dainer P.** Rectal adenocarcinoma with germcell differentiation: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:1702-1705.
9. **Shah JP, Kumar S, Bryant CS, et al.** A population-based analysis of 788 cases of yolk sac tumors: A comparison of males and females. *Int J Cancer.* Dec 1 2008;123(11):2671-5. doi:10.1002/ijc.23792
10. **Hernandez BY, Frierson HF, Moskaluk CA, et al.** CK20 and CK7 protein expression in colorectal cancer: demonstration of the utility of a population-based tissue microarray. *Hum Pathol.* Mar 2005;36(3):275-81. doi:10.1016/j.humpath.2005.01.013
11. **Bayrak R, Haltas H, Yenidunya S.** The value of CDX2 and cytokeratins 7 and 20 expression in differentiating colorectal adenocarcinomas from extraintestinal gastrointestinal adenocarcinomas: cytokeratin 7-/20+ phenotype is more specific than CDX2 antibody. *Diagnostic Pathology.* 2012/01/23 2012;7(1):9. doi:10.1186/1746-1596-7-9
12. **Kawahara M, Takada A, Tachibana A, et al.** Germ cell tumor of the colon with an adenocarcinomatous component. *Int J Clin Oncol.* Dec 2009;14(6):537-40. doi:10.1007/s10147-009-0880-9

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Nguyễn Quang Thành¹, Nguyễn Thế Hào¹, Phạm Quỳnh Trang¹,
Phạm Văn Cường¹, Vũ Tân Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 41 bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa phẫu thuật tại Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2021

đến tháng 06 năm 2022. **Kết quả:** 41 bệnh nhân tuổi trung bình $55,9 \pm 11,9$, tỷ lệ nam; nữ $\approx 2:3$. Các yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật: Đặc điểm bệnh nhân; Nhóm dưới 30 tuổi tỷ lệ tốt 100%, Nhóm tuổi trên 60t tỷ lệ tốt 41,7%; Độ lâm sàng: Kết quả điều trị tốt độ I 100%, xấu (độ IV,V) lần lượt 23,5% và 60%; Đặc điểm hình ảnh: Mức độ chảy máu dưới nhện theo Fischer cải tiến độ I,II kết quả tốt lần lượt 100% và 75%, độ III,IV kết quả xấu lần lượt 7,2% và 33,4%. Kích thước túi phình nhỏ kết quả điều trị tốt 63,6%, túi phình lớn kết quả trung bình 42,1% và xấu 31,6%. Kích thước cổ túi phình hẹp kết quả tốt 66,7%, rộng kết quả trung bình 52,5% và xấu 29,5%; Đặc điểm phẫu thuật: Vỡ trong mô kết quả trung bình và xấu 33,3% và 50%. không vỡ kết quả tốt 58,6%. Kẹp động mạch tạm thời: Không kẹp kết quả tốt

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Thành

Email: drthanbhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023