

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 mổ 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

62,5%, có kẹp kết quả tốt 20% và xấu 28%. **Kết luận:** Kết quả điều trị tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi thấp, tình trạng lâm sàng trước phẫu thuật tốt, phân độ CMDN theo Fischer thấp, kích thước túi phình nhỏ, cổ túi phình hẹp, bệnh nhân không có vỡ túi phình trong mổ hoặc kẹp động mạch tạm thời trong mổ.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME FACTORS AFFECTING THE SURGICAL RESULTS OF SURGICAL BLOOD BECAUSE OF ANOTHER MINISTERIOUS BLOOD

Objectives: Study on factors affecting the outcome of surgical treatment of subarachnoid hemorrhage due to ruptured middle cerebral aneurysm. **Methods:** Retrospective study of 41 patients with ruptured middle cerebral aneurysms undergoing surgery at Bach Mai Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** 41 patients, mean age 55.9 ± 11.9, rate male: female ≈ 2:3. Factors affecting surgical results: Patient characteristics; The rate under 30 years old is good 100%, the age group over 60 years old has good rate 41.7%; Clinical grade: Good treatment results grade I 100%, bad (grade IV, V) 23.5% and 60% respectively; Image characteristics: The bleeding level according to Fischer improved grade I, II with good results 100% and 75%, respectively, grade III, IV with bad results, 7.2% and 33.4%, respectively. Small aneurysms have good treatment results of 63.6%, large aneurysms have average results of 42.1% and bad results of 31.6%. The aneurysm neck size was narrow, good results were 66.7%, wide average results were 52.5% and bad results were 29.5%; Surgical characteristics: Intraoperative rupture had average and bad results 33.3% and 50%, no rupture had good results 58.6%. Temporary gill artery clamp: No clamping good results 62.5%, with clamping good results 20% and bad results 28%. **Conclusion:** Good treatment results were more common in the group of patients with good preoperative clinical condition, low Fischer subarachnoid bleeding grade, pocket size The aneurysm was small, the neck of the aneurysm was narrow, and the patient did not have an intraoperative aneurysm rupture or a temporary intraoperative clamping of the gill artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não giữa (PĐMNG) chiếm 20% các loại túi phình. Túi phình(TP) chưa vỡ được phát hiện một cách tình cờ hoặc có hiệu ứng khối đối với PĐMNG khổng lồ hầu hết các túi

TP được chẩn đoán khi vỡ gây chảy máu trong não. Tỷ lệ chảy máu dưới nhện(CMDN) do PĐMNG vỡ chiếm khoảng 30-37,5%.

PĐMNG vỡ không được điều trị có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao trên 80%. Hiện nay, phẫu thuật(PT) là phương pháp điều trị hiệu quả cho các PĐMNG vỡ. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PT như: Tuổi, mức độ chảy máu, độ lâm sàng, kích thước túi phình, độ hẹp rộng cổ TP, vỡ TP trong mổ, thời gian kẹp động mạch tạm thời... Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PT CMDN do PĐMNG vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 41 bệnh CMDN do vỡ PĐMNG được điều trị PT tại khoa Phẫu Thuật Thần Kinh Bệnh Viện Bạch Mai, từ tháng 06 năm 2021 đến tháng 06 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ trong não do vỡ PĐMNG.

-Được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

- Hồ sơ bệnh án và phim ảnh đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có Glasgow ≤ 4 điểm.

- Có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang không đối chứng

- Biến số và chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới.

+ Đặc điểm lâm sàng: Dựa vào phân độ WFNS.

+ Chẩn đoán hình ảnh: Độ CMDN (đánh giá dựa vào phân độ của Fisher cải tiến), kích thước TP (nhỏ < 11mm, lớn 11-25 mm, khổng lồ >25mm), độ rộng hẹp cổ TP (hẹp < 4mm, rộng ≥ 4mm).

+ Đặc điểm phẫu thuật: TP vỡ hay ko trong PT, có kẹp động mạch tạm thời không

+ Kết quả: Được đánh giá theo thang điểm Rankin cải tiến (mRS). Tốt mRS 0-2; Trung bình mRS =3-4; Xấu mRS = 5-6.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê Y học SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Tương quan giữa tuổi với kết quả phẫu thuật.

Bảng 3.1: Tuổi với kết quả phẫu thuật

Tuổi	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
≤ 30	2	100	0		0		2	0,228

30-60	7	46,7	6	40	2	13,3	15
≥ 60	10	41,7	9	37,5	5	20,8	24

Nhận xét: Bệnh nhân dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhưng kết quả điều trị tốt 100%, trên 60t chiếm đa số (24/41 bệnh nhân) kết quả tốt 41,7%.

3.1.2. Tương quan giữa giới tính và kết quả phẫu thuật.

Bảng 3.2: Giới tính và kết quả phẫu thuật

Giới tính	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
Nam	6	40	7	46,7	2	13,3	15	0.868
Nữ	13	50	8	30,8	5	19,2	26	

Nhận xét: Tỷ lệ nam: nữ \approx 2:3, kết quả điều trị tốt của nữ 50%, tốt của nam 40%

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3: Tương quan giữa độ lâm sàng (theo WFNS) với kết quả phẫu thuật

Lâm sàng	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
ĐỘ I	2	100	0		0	0	2	0.001
ĐỘ II	2	50	2	50	0	0	4	
ĐỘ III	9	69,2	4	30,8	0	0	13	
ĐỘ IV	6	35,3	7	41,2	4	23,5	17	
ĐỘ V	0	0	2	40	3	60	5	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có độ lâm sàng tốt (độ I) kết quả tốt 100%, kết quả xấu ở độ lâm sàng nặng(độ IV,V) lần lượt 23,5% và 60%.

3.3. Đặc điểm hình ảnh

3.3.1. Tương quan giữa mức độ CMDN theo phân độ Fischer với kết quả phẫu thuật

Bảng 3.4: Mức độ chảy máu dưới nhện với kết quả phẫu thuật

Độ chảy máu	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
ĐỘ I	1	100	0		0		1	0.001
ĐỘ II	6	75,0	2	25,0	0		8	
ĐỘ III	8	57,1	5	35,7	1	7,2	14	
ĐỘ IV	4	22,2	8	44,4	6	33,4	18	

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân độ Fischer I,II kết quả tốt lần lượt 100% và 75%. Chảy máu nặng hơn ảnh hưởng đến kết quả PT, nhóm bệnh nhân độ Fischer III,IV kết quả xấu 7,2% và 33,4%.

3.3.2. Tương quan giữa kích thước túi phình với kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5: Kích thước TP với kết quả PT

Kích thước túi phình	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
Nhỏ	14	63,6	7	31,8	1	4,6	22	0.005
Lớn Fischer	5	26,3	8	42,1	6	31,6	19	

Nhận xét: TP kích thước nhỏ kết quả điều trị tốt 63,6%, TP lớn kết quả điều trị trung bình 42,1% và xấu 31,6%.

3.3.3. Tương quan giữa kích thước cổ túi phình với kết quả phẫu thuật

Bảng 3.6: Kích thước cổ TP với kết quả PT

Kích thước cổ túi phình	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
Hẹp	16	66,7	6	25,0	2	8,3	24	0.002
Rộng	3	17,6	9	52,9	5	29,5	17	

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân PT có 24 bệnh nhân có TP cổ hẹp kết quả điều trị tốt 66,7%, 17 bệnh nhân có TP cổ rộng kết quả điều trị trung bình 52,5% và xấu 29,5%.

3.4. Đặc điểm phẫu thuật.

3.4.1. Tương quan giữa tình trạng võ túi phình trong mổ với kết quả điều trị

Bảng 3.7: Tình trạng võ TP trong mổ với kết quả điều trị

Tình trạng võ TP trong PT	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
Võ	2	16,7	4	33,3	6	50,0	12	0.001
Không võ	17	58,6	11	37,9	1	3,5	29	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không võ túi TP trong PT (29/12 bệnh nhân), tình trạng không võ kết quả tốt 58,6%. Có võ kết quả trung bình và xấu là 33,3% và 50%.

3.4.2. Tương quan giữa kẹp động mạch tạm thời với kết quả phẫu thuật

Bảng 3.8: Kẹp động mạch tạm thời với kết quả phẫu thuật

Kẹp động mạch tạm thời	Kết quả phẫu thuật						Tổng n	Giá trị P
	Tốt		Trung bình		Xấu			
	n	%	n	%	n	%		
Có kẹp	5	20	13	52	7	28	25	0.003
Không kẹp	10	62,5	4	25	2	12,5	16	

Nhận xét: Có 16 bệnh nhân không kẹp động mạch tạm thời trong mổ, kết quả tốt 62,5%, xấu 12,5%, bệnh nhân có kẹp mạch tạm thời kết quả tốt 20%, xấu 28%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

4.1.1. Tương quan giữa tuổi với kết quả phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi trên 41 bệnh nhân với tuổi trung bình $55,9 \pm 11,9$, gặp nhiều ở độ tuổi trên 60. Cho đến hiện nay, đa số các tác giả đều cho rằng TP phát triển do sự bất thường thành mạch cùng với sự rối loạn huyết động và thay đổi dòng chảy nên bệnh mắc phải thường tập trung vào độ tuổi trung niên.

Kết quả điều trị của những bệnh nhân dưới 60 tuổi tốt hơn so với nhóm trên 60 tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới như Nguyễn Sơn, J. Mocco. Các tác giả đều cho rằng, tuổi có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị, tuổi càng cao, kết quả điều trị càng xấu. Bệnh nhân tuổi cao thường có kèm theo các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh lý tim mạch do đó dễ bị các biến chứng liên quan đến gây mê hồi sức cũng như quá trình thở máy điều trị sau mổ hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi.

4.1.2. Tương quan giữa giới tính và kết quả phẫu thuật. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 15 nam- 26 nữ (khoảng 2 nam- 3 nữ). Kết quả này tương tự như nhiều nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Shu-Fa Zheng và cộng sự tỷ lệ nam:nữ $\approx 2:3$. Nghiên cứu của Ali J. Ghods và cộng sự đã chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân bị phình mạch não khác nhau giữa hai giới, gặp nhiều hơn ở nữ sau tuổi mãn kinh. Về kết quả PT, sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,87$). Các tác giả J. Mocco, Gobranh cũng cho rằng giới không ảnh hưởng tới

kết quả điều trị phình động mạch não võ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả tốt ở những bệnh nhân có độ lâm sàng nặng trong nghiên cứu này(độ IV-V) thấp hơn nhóm có độ lâm sàng nhẹ I-II-III, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tình trạng lâm sàng có vai trò quan trọng trong chỉ định PT và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Độ lâm sàng trước phẫu thuật càng nặng thì kết quả xấu sau PT càng cao. Kết luận này phù hợp với nhiều tác giả trong và ngoài nước khác như Vũ Minh Hải, J Mocco. Trước PT, những bệnh nhân có độ lâm sàng nặng thường kèm theo mức độ chảy máu nặng và não phù nhiều. Hơn nữa do tri giác không tốt, các bệnh nhân này còn gặp nhiều biến chứng liên quan đến thở máy sau PT.

4.3. Đặc điểm hình ảnh

4.3.1. Tương quan giữa phân độ chảy máu dưới nhện theo Fischer với kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân có độ Fischer I,II cao hơn nhóm Fischer độ III và độ IV. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự tác giả Vũ Minh Hải với tỉ lệ kết quả xấu ở Fischer độ 1,2,3,4 lần lượt 4%; 2,4%; 12,9% và 24,1%. Theo tác giả này, độ Fischer càng cao mức độ co thắt mạch sau võ phình động mạch càng nặng, dẫn đến nhiều biến chứng như thiếu máu não, phù não. Vì vậy, tỷ lệ tử vong và di chứng ở nhóm bệnh nhân này cao hơn.

4.3.2. Tương quan giữa kích thước túi phình với kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị tốt ở nhóm bệnh nhân có kích thước TP lớn thấp hơn nhóm

có kích thước nhỏ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những TP lớn thường có nhiều thùy, cổ rộng, dẫn đến khó khăn trong quá trình thao tác xử lý kẹp cổ TP. Hơn nữa những TP này thường có huyết khối hoặc xơ vữa trong lòng TP dẫn đến dễ làm hẹp lòng mạch đi sau PT do đó tỷ lệ biến chứng cũng như di chứng ở nhóm TP lớn này cao hơn so với nhóm TP kích thước nhỏ.

4.3.3. Tương quan giữa kích thước cổ túi phình với kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân có kích thước cổ TP hẹp chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm có kích thước cổ TP rộng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những TP có kích thước cổ hẹp thường có hình dạng đơn giản, dễ quan sát và dễ dàng thao tác xử lý hơn trong PT do đó rút ngắn được thời gian PT. Vì vậy tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân này cao hơn.

4.4. Đặc điểm phẫu thuật

4.4.1. Tương quan giữa tình trạng vỡ túi phình trong mô với kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ trong PT là 58,6% nhiều hơn kết quả tốt của nhóm vỡ trong PT là 16,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác như Nguyễn Thị Thủy (2018) tỷ lệ kết quả tốt của nhóm không vỡ trong PT là 61,6% nhiều hơn nhóm vỡ trong mô là 3,2%. Túi phình vỡ trong PT có thể làm nặng hơn mức độ chảy máu dưới nhện và co thắt mạch sau mổ; khi túi phình vỡ, phẫu thuật viên thường phải kẹp tạm thời động mạch nuôi dẫn đến thành các mạch này dễ bị tổn thương và co thắt hơn.

4.4.2. Tương quan giữa kẹp động mạch mang tạm thời với kết quả phẫu thuật. Thời

gian kẹp tạm thời trung bình của 25 bệnh nhân là $5,5 \pm 2,3$ phút, trong đó ca kẹp tạm thời lâu nhất là 9 phút, ngắn nhất là 2 phút. Không kẹp tạm thời kết quả tốt 62,5%, có kẹp kết quả tốt là 20%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những bệnh nhân có thời gian kẹp tạm thời động mạch nuôi kéo dài thường là những trường hợp túi phình có hình dạng phức tạp, kích thước lớn hoặc vỡ trong PT. Việc kẹp động mạch nuôi trong thời gian dài có thể dẫn đến thiếu máu não làm nặng hơn tình trạng bệnh nhân sau PT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân XHDN do vỡ phình động mạch não giữa được điều trị bằng PT chúng tôi nhận thấy: Kết quả điều trị tốt gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi thấp, độ lâm sàng trước phẫu thuật tốt, phân độ XHDN theo Fischer thấp, kích thước túi phình nhỏ, cổ túi phình hẹp, túi phình không vỡ trong PT và không kẹp động mạch mang tạm thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Sơn (2010), "Nghiên cứu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị vi phẫu kẹp túi phình động mạch trên lều đã vỡ", Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
2. Nguyễn Thị Thủy (2018), "Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân phình động mạch não vỡ", Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
3. Ali J. Ghods, Demetrius Lopes, and Michael Chen, (2012), "Gender Differences in Cerebral Aneurysm Location", *Frontiers in neurology*, 3, 78.
4. Gorbran Taha (2015). Factors associated with outcomes in ruptured aneurysmal patients. *Romanian Neurosurg*, 29, 103-110
5. Mocco J, Ricardo J.K, Sean D.L (2004), "The natural history of unruptured intracranial aneurysms", *Neurosurg Focus*, vol 17, November.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Vũ Đức Huy¹, Ngô Xuân Thái^{1,2}, Thái Minh Sâm^{1,2}, Nguyễn Thành Tuấn²

TÓM TẮT

Mở đầu và mục tiêu: Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính nặng,

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Huy

Email: vuduchuy2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

hoại tử nhu mô thận và mô quanh thận, đặc trưng bởi việc tạo ra khí trong nhu mô thận, hệ thống thu thập, mô quanh thận. Khí các-bon dioxide được tạo ra bởi quá trình vi khuẩn lên men đường. Triệu chứng ban đầu tương đối mơ hồ, nhưng thường có sự suy giảm đột ngột tổng trạng, cần phải chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh VTBTSK tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp VTBTSK tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2011 đến hết tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Trong 176