

63,6%; 54,1% và 44,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2018), Obesity and overweight 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Bộ Y tế và Cục Y tế dự phòng (2015), "Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm", 2015.
3. Đỗ Văn Lương (2015), "Thực trạng mắc hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại huyện Vũ Thư, Thái Bình năm 2013", Tạp Chí Dinh Dưỡng và An Toàn Thực Phẩm, số 11(5), tr. 12-13.
4. Nguyễn Quốc Việt, Tạ Văn Bình, Đoàn Thái Hưng, và cộng sự (2012), "Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa tại một số khu vực nội thành Hà Nội (theo tiêu chuẩn IDF-2005)", Tạp chí Y học thực hành, số 825(6), tr. 129-132.
5. World Health Organization (WHO) (1995), "Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Published 1995", Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series 854; p 378 http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf
6. Đỗ Văn Lương (2019), Hiệu quả sử dụng gạo lứt nảy mầm hỗ trợ kiểm soát các yếu tố thành phần hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ngoại trú, Luận án Tiến sĩ, Viện Dinh dưỡng quốc gia.
7. Cao Thị Thu Hương và Lê Danh Tuyên (2017), "Thừa cân- béo phì và các yếu tố xác định hội chứng chuyển hóa trên phụ nữ 25 – 59 tuổi tại hai phường, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội", Tạp chí y học Việt Nam, Tập 453, 2017, 4(1): Tr. 57- 63.
8. Pischon T. et al (2008), "General and abdominal adiposity and risk of death in Europe", N Engl J Med, 359(20): p. 2105–20.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH MẠCH NÃO TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY

Trần Văn Việt¹, Trần Minh Tân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chảy máu dưới nhện trên cắt lớp vi tính đa dãy và hình ảnh túi phình vỡ trên cắt lớp vi tính mạch máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Về mức độ chảy máu dưới nhện theo độ Fisher độ IV chiếm 54.7%, độ III chiếm 42.9%. Về một số tổn thương phối hợp, CMDN đơn thuần 45.2%. CMDN kèm chảy máu não thất 35.7%. CMDN kèm chảy máu nhu mô não 4.8%. CMDN kèm chảy máu nhu mô não và chảy máu não thất 14.3%. Hầu hết các túi phình ở tuần hoàn phía trước chiếm 90.4%. Túi phình ở ĐM thông trước 42.9%. Túi phình ở ĐM cảnh trong 26.1%. CMDN do vỡ phình mạch não thường chỉ vỡ 1 túi phình, túi phình có kích thước trung bình chiếm 54.7% và túi phình kích thước nhỏ chiếm 45.2%, túi phình vỡ là cổ rộng (54.7%), kiểu túi phình hình tú (97.6%). Chụp CLVT sọ não và CLVT mạch máu não trong chẩn đoán CMDN do vỡ phình mạch não cho độ chính xác lên tới 100%.

SUMMARY

STUYD OF IMAGING CHARACTERISTICS OF SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED ANEURYSMS CERABRAL VESSEL ON MUTIPLE SLICE CT

¹Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

Objectives: To describe the characteristics of subarachnoid hemorrhage (SAH) on MSCT and ruptured aneurysms on cerebral CT angiography at Quang Ninh Provincial General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** Regarding the degree of SAH according to Fisher scale, grade IV accounted for 54.7%, grade III accounted for 42.9%. Regarding some combined lesions, Single SAH accounted for 45.2%. SAH with intraventricular bleeding 35.7%. SAH with cerebral parenchymal bleeding 4.8%. SHA with cerebral parenchymal bleeding and intraventricular bleeding 14.3%. Most aneurysms in the anterior circulation account for 90.4%. Aneurysm in the anterior communicating artery 42.9%. Aneurysm in the internal carotid artery 26.1%. SAH caused by Cerebral aneurysm usually ruptures one aneurysm, medium-sized aneurysm accounted for 54.7% and small-sized aneurysm accounted for 45.2%, ruptured aneurysm was wide neck (54.7%), pouch-shaped aneurysm (97.6%). CT scan of the brain and CT cerebral angiography in the diagnosis of SHA due to ruptured aneurysm artery gives the accuracy up to 100%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện (CMDN) là một dạng của tai biến mạch máu não khi đó máu chảy vào khoang dưới nhện, hòa lẫn với dịch não tủy. CMDN do vỡ phình mạch não gây nhiều biến chứng nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao. Trên thế giới, khoảng 80 - 85% nguyên nhân CMDN là do vỡ phình mạch não [1][2]. Trong đó 15% trường hợp CMDN tử vong trước khi đến viện, trường hợp phình động mạch não đã vỡ, việc điều trị sớm trong vòng 24-72 giờ được đề cập tới vì

nguy cơ vỡ trở lại cao với tỷ lệ chảy máu tái phát trong vòng hai tuần đầu là 20%, 50% bệnh nhân sống sót để lại di chứng gây tàn tật suốt đời [3][4]. Cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) có vai trò quan trọng giúp đánh giá tình trạng nhu mô não, mạch máu não, phát hiện các tổn thương não như: viêm não, u não, áp xe, dị dạng mạch máu não nói chung và túi phình mạch máu nói riêng. Bên cạnh đó, phương pháp chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán túi phình mạch máu. Với hệ thống máy chụp CLVT đa dãy cho phép cắt những lát rất mỏng chỉ 0.625mm, tái tạo đa mặt phẳng (MPR), kết hợp với phần mềm dựng hình 3D giúp dễ dàng phát hiện nguyên nhân chảy máu như: túi phình (vị trí, số lượng, kích thước), dị dạng động tĩnh mạch não – AVM (vị trí, kích thước, cấu trúc ổ dị dạng) và các nguyên nhân chảy máu khác.

Xuất phát từ thực tế nói trên, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch máu trên cắt lớp vi tính đa dãy" với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh chảy máu dưới nhện trên cắt lớp vi tính đa dãy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2. Mô tả đặc điểm hình ảnh túi phình vỡ trên cắt lớp vi tính mạch máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả bệnh nhân có chỉ định chụp cắt lớp vi tính sọ não và cắt lớp vi tính mạch máu não tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ tháng 02/2022 đến tháng 06/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu - mô tả cắt ngang 42 bệnh nhân có kết quả là CMDN do vỡ phình mạch máu não bằng chụp CLVT sọ não và CLVT mạch máu não từ tháng 02/2022 đến tháng 06/2022, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2.2.1. Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành chụp CLVT với các protocol chuẩn đã đề ra về hướng cắt, trường cắt, độ dày lớp cắt. Kết quả đọc phim CLVT sọ não, mạch máu não và ghi lại mô tả về hình ảnh CMDN do vỡ phình mạch máu não trên phiếu thu thập thông tin.

2.2.2. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Các kết quả được thống kê và xử lý bằng các thuật toán thống kê thích hợp: Tổng, tỷ lệ phần trăm. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới: Lứa tuổi hay gặp nhất là ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 42.9%. Tuổi thấp nhất là 32 tuổi và tuổi cao nhất là 83 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55.83 ± 1.91 . Trong nhóm nghiên cứu, cho thấy số bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn nam, nữ chiếm 52.4%, nam chiếm 47.6%. Tỷ lệ nữ/nam là 1.1/1

3.2. Đặc điểm hình ảnh CMDN trên CLVT đa dãy

Bảng 3.1. Mức độ CMDN theo độ Fisher

Mức độ CMDN	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	0	0
Độ II	1	2.4
Độ III	18	42.9
Độ IV	23	54.7
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, CMDN phân loại Fisher độ IV là hay gặp nhất chiếm 54.7%, tiếp đến là độ III chiếm 42.9%, ít gặp nhất là độ II (chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2.4%) và không có bệnh nhân nào độ I.

Bảng 3.2. Một số tổn thương phối hợp trên phim CLVT

Đặc điểm tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CMDN đơn thuần	19	45.2
CMDN và chảy máu nhu mô não	2	4.8
CMDN và chảy máu não thất	15	35.7
CMDN và nhồi máu não	0	0
CMDN, chảy máu nhu mô não và chảy máu não thất.	6	14.3
Tổng	42	100

Nhận xét: Bệnh nhân CMDN đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (45.2%), tiếp theo là CMDN và chảy máu não thất (35.7%), thấp nhất là CMDN và chảy máu nhu mô não (4.8%), không có trường hợp nào CMDN và nhồi máu não.

3.3. Đặc điểm hình ảnh túi phình vỡ trên CLVT mạch máu não

Bảng 3.3. Vị trí túi phình vỡ

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ĐM não trước	3	7.1
ĐM não giữa	6	14.3
ĐM não sau	0	0
ĐM thông sau	2	4.8
ĐM thông trước	18	42.9
ĐM cảnh trong	11	26.1
ĐM đốt sống – thân nền	2	4.8
ĐM tiểu não sau dưới	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu

thấy. Vị trí túi phình động mạch não ở vùng đa giác Willis thuộc vòng tuần hoàn phía trước chiếm đa số với tỷ lệ 90.4%, chỉ có 9.6% thuộc vòng tuần hoàn phía sau. Vị trí túi phình hay gặp nhất ở động mạch thông trước chiếm 42.9%. Vị trí động mạch cảnh trong chiếm 26.1%. Vị trí ít gặp nhất ở động mạch thông sau và động mạch đốt sống – thân nền chiếm 4.8%

Bảng 3.4. Số lượng túi phình vỡ trên một bệnh nhân

Số lượng túi phình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 túi	42	100
≥ 2 túi	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tất cả 42 bệnh nhân CMDN đều chỉ có 1 túi phình vỡ, không gặp trường hợp nào có 2 túi phình vỡ trở lên.

Bảng 3.5. Đặc điểm kiểu túi phình

Kiểu túi phình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình túi	41	97.6
Hình thoi	1	2.4
Phình bóc tách	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, các bệnh nhân CMDN hầu hết là túi phình hình túi chiếm 97.6% và chỉ gặp 1 bệnh nhân có túi phình hình thoi (4.2%).

Bảng 3.6. Hình thái túi phình

Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bờ đều	18	42.9
Bờ không đều, thùy múi	19	45.2
Hai đáy	5	11.9
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, đa phần hình thái các túi phình là bờ không đều, thùy múi (45.2%), tiếp đến là các túi bờ đều (42.9%) và ít gặp nhất là túi phình hai đáy (11.9%).

Bảng 3.7. Kích thước túi phình vỡ

Kích thước túi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhỏ (đường kính < 5mm)	19	45.3
Trung bình (đường kính 5-15mm)	23	54.7
Lớn (đường kính 16-25mm)	0	0
Khổng lồ (đường kính > 25mm)	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân CMDN thấy kích thước túi phình chủ yếu là túi phình trung bình chiếm 54.7%, tiếp đến là túi phình nhỏ chiếm 45.3%. Không gặp trường hợp nào có túi phình lớn và túi phình khổng lồ. Túi phình nhỏ

nhất có kích thước 1.7x1.9 mm, túi phình lớn nhất có kích thước 9.3x9.8mm

Bảng 3.8. Đặc điểm cổ túi phình hình túi

Túi phình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cổ rộng	23	54.7
Cổ hẹp	18	42.9
Tổng	41	97.6

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân có túi phình hình túi, đa số túi phình đều là cổ rộng chiếm 54.7%, cổ hẹp chiếm 42.9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi, giới. Lứa tuổi hay gặp nhất là ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 42.9%. Tuổi thấp nhất là 32 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Độ tuổi trung bình là 55.83 ± 1.91

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Vũ Duy Lâm [3] độ tuổi hay gặp nhất ở bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 36.1%.

Kết quả này chưa phù hợp với nghiên cứu của Spiotta A.M, độ tuổi trung bình là 65.5 tuổi [5]. Theo nghiên cứu của Abe T và cộng sự trên 1729 bệnh nhân chảy máu dưới nhện tại Nhật Bản thì độ tuổi trung bình là 63.3 [8]. Nguyên nhân dẫn tới sự khác nhau về độ tuổi trung bình có thể do đặc thù về vùng miền, về tuổi thọ trung bình của mỗi quốc gia (Năm 2019, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam là 75.4 tuổi, người Hàn Quốc 83.23 tuổi, người Nhật Bản 84.36 tuổi). Trong số 42 bệnh nhân chảy máu dưới nhện có 20 nam (47.6%), 22 nữ (52.4%), nữ cao hơn nam. Tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu của Vũ Duy Lâm [3] tỷ lệ nữ/nam là 1.5/1. Theo nghiên cứu của Abe T và cộng sự trên 1729 bệnh nhân chảy máu dưới nhện tại Nhật Bản thì nữ chiếm 60.2% [8]. Kết quả này có sự khác biệt Nguyễn Thanh Bình [7] tỷ lệ nam/nữ là 2.29/1

Một số tác giả cho rằng tỉ lệ nữ mắc cao hơn nam được xem có liên quan đến giảm nội tiết tố Oestrogen ở giai đoạn tiền mãn kinh, làm giảm các các sợi collagen ở thành mạch dẫn tới giảm sức căng thành mạch máu. Như vậy, quan điểm chảy máu dưới nhện nếu xét về giới chưa có sự chênh lệch nhiều.

4.2. Đặc điểm hình ảnh CMDN trên CLVT đa dãy. Chụp CLVT sọ não thường quy, phương pháp này có độ nhạy cao (phát hiện chính xác hơn 95% các trường hợp) đặc biệt trong 24 đến 48 giờ đầu sau CMDN, sau ngày thứ năm độ nhạy giảm xuống còn 85% [9]. CLVT không những chẩn đoán xác định CMDN mà còn phát hiện được những tổn thương phối hợp như

chảy máu nhu mô não (hình tăng tỷ trọng, có thể có viền phù não xung quanh), nhồi máu não (hình giảm tỷ trọng), tuy nhiên nếu chụp trong 24 giờ đầu có thể sẽ không thấy được hình ảnh này), chảy máu trong não thất.

Về mức độ chảy máu dưới nhện theo độ Fisher. Sau khi có kết quả chụp CLVT sọ não, chúng tôi phân chia mức độ CMDN theo phân loại của Fisher thấy phần lớn bệnh nhân được phân loại ở độ IV 54.7%, tiếp theo là độ III 42.9%, độ II 2.4% và không có trường hợp nào là độ I. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Vũ Duy Lâm [3], tình trạng chảy máu dưới nhện trên CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang theo phân độ Fisher gặp phần lớn là Fisher độ II (66.67%).

Như vậy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi độ IV gặp nhiều nhất, có nghĩa là đa số bệnh nhân CMDN trong nhóm đều có kèm chảy máu não thất hoặc có kèm chảy máu nhu mô não hoặc có cả chảy máu nhu mô não và chảy máu não thất. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Vũ Duy Lâm rất có thể do với sự phát triển của nền kinh tế xã hội, đời sống được cải thiện, tuy nhiên sự hiểu biết về vấn đề sức khỏe, những kiến thức về bệnh lý đột quy, tim mạch ở đại đa số người dân còn chưa cao do vậy đa phần những bệnh nhân khi vào viện đã quá muộn, sau khi đã có những tai biến như co thắt mạch não và chảy máu tái phát. Vì vậy khi chụp CLVT sọ não hầu hết đều cho kết quả CMDN phân loại Fisher độ IV (CMDN lan tỏa kèm chảy máu nhu mô hoặc chảy máu não thất) và Fisher độ III (CMDN lan tỏa nhưng dày > 1mm)

Vị trí chảy máu tại khoang dưới nhện phần nào gợi ý tới nguồn chảy máu: chảy máu ở khe Sylvius thường gặp do vỡ ở động mạch não giữa, chảy máu ở rãnh liên bán cầu trước thường gặp trong vỡ phình động mạch thông trước, chảy máu trong não thất IV hay gặp do vỡ phình mạch hố sau. Tuy nhiên nếu máu tụ vùng lều tiểu não hay rãnh giữa các bán cầu đại não ở phía sau không giúp cho chẩn đoán định khu do hiện tượng lắng đọng máu ở vùng thấp (do bệnh nhân nằm ngửa).

4.3. Đặc điểm hình ảnh túi phình sau vỡ trên CLVT mạch máu não. Tất cả 42 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chụp trên máy CLVT 512 dãy, do đó chất lượng hình ảnh tốt, có độ phân giải không gian cao, hình ảnh chi tiết, tránh bỏ sót những tổn thương nhỏ đồng thời hình ảnh được tái tạo đa mặt phẳng kết hợp ứng dụng phần mềm dựng hình

Subtraction hoặc Auto Bone cho phép dựng hình ảnh mạch máu não 3D.

Phương pháp này cho phép xác định rõ: vị trí, kích thước, số lượng, cấu trúc của dị dạng mạch, đánh giá được động mạch đến, tĩnh mạch dẫn lưu trong dị dạng thông động-tĩnh mạch, các loại phình mạch kèm theo ở bệnh nhân CMDN. Chụp mạch não theo phương pháp số hóa xóa nền cho ta hình ảnh rõ nét cả động mạch, mao mạch và tĩnh mạch. Đây là tiêu chuẩn vàng để xác định nguyên nhân của CMDN. Hơn nữa, chụp CLVT mạch máu não là biện pháp thăm dò không xâm nhập nên có thể áp dụng rộng rãi, rất có ý nghĩa trong chẩn đoán giúp thầy thuốc định hướng khả năng can thiệp mạch hay phẫu thuật.

Về đặc điểm vị trí phình mạch. Từ bảng 3.5 cho thấy hầu hết các túi phình ở tuần hoàn phía trước với 38 túi chiếm 90.4%, chỉ có 4 túi phình thuộc tuần hoàn sau chiếm 9.6%. Đối với các túi phình ở tuần hoàn phía trước hay gặp nhất là túi phình ở ĐM thông trước (42.9%), động mạch cảnh trong (26.1%). Vị trí túi phình trong nghiên cứu của chúng tôi gặp gần tương đồng với thống kê của các tác giả trong nước cũng như trên thế giới là tỷ lệ phình mạch não ở hệ động mạch cảnh trong là từ 75-90%, hệ động mạch đốt sống thân nền là 10-25%.

Theo Anne G. Osborn [10], túi phình vị trí động mạch cảnh trong gần chỗ phát sinh động mạch thông sau 38%, động mạch não trước chỗ cho nhánh động mạch thông trước 36%, động mạch não giữa chỗ chia nhánh M1-M2 20%, động mạch não hệ đốt sống-thân nền 5-10%.

Theo Vũ Đăng Lưu [1][4], vị trí phình mạch não thuộc tuần hoàn não trước là 93.9%, của hệ sống nền là 6.1%. Tuy nhiên cỡ mẫu này chỉ có 31 bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình [7] công bố vị trí phình mạch vùng động mạch thông sau và siphon cảnh trong 33.3%, động mạch não giữa 25%, hệ đốt sống-thân nền 25%. Theo cơ chế bệnh sinh, phình mạch máu não thường xuất hiện ở bệnh nhân khi còn trẻ tuổi, theo thời gian phình mạch phát triển dần, kích thước to ra, thành mỏng hơn và cuối cùng khi không chịu được áp lực của dòng máu nữa sẽ vỡ ra gây chảy máu vào khoang dưới nhện, phần lớn do tự vỡ. Các túi phình vỡ gây chảy máu hay gặp ở đa giác Willis do đây là nơi có nhiều "điểm nối" giữa các động mạch não. Các giả thuyết cho rằng một trong những lý do vì sao phình mạch não hay ở những điểm nối này là do chênh lệch áp lực máu giữa các đoạn động mạch cũng như độ "xoáy" của dòng máu vào các

điểm nổi nói trên.

Chúng tôi nhận thấy độ chính xác về vị trí túi phình trên CLVT mạch máu não có thể đạt đến 100%. Tất cả các túi phình đều được chẩn đoán cụ thể vị trí trên động mạch nào, hướng túi phình lên trên hay xuống dưới. Điều này rất quan trọng cho bác sĩ can thiệp định hướng đưa ra chỉ định nút mạch hay mổ.

Với kỹ thuật dựng hình 3D-VRT có xóa nền xương và nhu mô não, ta có toàn bộ cấu trúc mạch não trong không gian 3 chiều, có thể xoay nhiều hướng khác nhau trên màn hình điều khiển, do đó xác định chính xác vị trí túi phình. Đặc biệt dựa vào hướng túi phình, độ gập góc của túi phình so với mạch mang được dựng trên hình 3D-VRT mà các bác sĩ can thiệp có thể đưa ra lựa chọn loại đầu cong nào của ống thông siêu nhỏ (Microcatheter) và dây dẫn kim loại (guide) thì có thể tiếp cận được túi phình, còn bác sĩ phẫu thuật có thể lựa chọn hướng tiếp cận túi phình.

Về đặc điểm kiểu túi và hình thái túi phình. Trong tổng số 42 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, phần lớn là túi phình hình túi (97.6%), chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân có túi phình hình thoi (2.4%).

Theo bảng 3.10 phần lớn các túi phình chúng tôi nghiên cứu có bờ không đều hoặc thùy múi chiếm 45.2%, số túi phình bờ đều chiếm 42.9% và có 5 bệnh nhân có túi phình hai đáy (11.9%). Theo nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu [5], cho rằng các túi phình bờ không đều, có nóm ở đáy thì điểm vỡ chính là các nóm đó. Điều này đặc biệt quan trọng trong các trường hợp bệnh nhân có đa túi phình, chúng ta cần phải xác định xem túi phình nào có khả năng vỡ, túi phình nào chưa vỡ để ưu tiên điều trị. Như vậy, hình dạng túi phình là một trong những điểm đóng góp cho chẩn đoán.

Về đặc điểm kích thước và cổ túi túi phình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần là túi phình có kích thước trung bình (54.7%), tiếp đến là các túi phình có kích thước nhỏ (45.3%), không gặp trường hợp nào có kích thước lớn và khổng lồ. Việc đánh giá kích thước túi phình rất hữu ích cho các bác sĩ can thiệp dự trù và lựa chọn loại coils với số lượng cần thiết hoặc các túi phình quá lớn thì không thể kẹp cổ túi phình nếu phẫu thuật. Trong các nghiên cứu nước ngoài, hầu như chúng tôi chỉ nhận thấy các tác giả tập trung so sánh độ nhạy, độ đặc hiệu... trong chẩn đoán phát hiện phình mạch não và phân chia theo kích thước túi phình, tỷ lệ đáy/cổ mà không đi sâu vào so sánh sự giống nhau về

kích thước túi phình.

Chỉ số đáy/ cổ (ratio sac and neck - RSN) là chỉ số rất quan trọng giúp lựa chọn phương pháp điều trị. Thông thường các túi phình cổ hẹp sẽ thuận lợi cho can thiệp nút mạch, các túi phình cổ quá rộng, một phần cổ túi dựa lên nhánh mạch sau túi thì ưu tiên cho phẫu thuật. Trong số 42 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thấy chủ yếu là túi phình cổ rộng (54.7%), cổ hẹp (42.9%). Kết quả này chưa phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong nước: Theo Vũ Đăng Lưu [4] đa số các túi phình cổ trung bình và hẹp. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả trên rất có thể do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ và khoảng thời gian nghiên cứu ngắn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm hình ảnh CMDN trên CLVT đa dây. Về mức độ chảy máu dưới nhện theo độ Fisher độ IV chiếm 54.7%, độ III chiếm 42.9%. Về một số tổn thương phối hợp, CMDN đơn thuần: 45.2%. CMDN kèm chảy máu não thất: 35.7%. CMDN kèm chảy máu nhu mô não: 4.8%. CMDN kèm chảy máu nhu mô não và chảy máu não thất: 14.3%

5.2. Đặc điểm hình ảnh túi phình sau vỡ trên CLVT mạch máu não. Hầu hết các túi phình ở tuần hoàn phía trước chiếm 90.4%, tuần hoàn phía sau chiếm 9.6%, hay gặp nhất: Túi phình ở ĐM thông trước: 42.9%. Túi phình ở ĐM cảnh trong: 26.1%. CMDN do vỡ phình mạch não thường chỉ vỡ 1 túi phình, túi phình có kích thước trung bình chiếm 54.7% và túi phình kích thước nhỏ chiếm 45.2%, rất ít gặp các túi phình có kích thước lớn, khổng lồ, túi phình vỡ là cổ rộng (54.7%), kiểu túi phình hình túi (97.6%). Như vậy, chụp CLVT sọ não và CLVT mạch máu não trong chẩn đoán CMDN do vỡ phình mạch não cho độ chính xác lên tới 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đăng Lưu (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội,
2. Frank. H. Netter, MD (2017), Atlas giải phẫu người, NXB Y học, trang 101-103, 109, 139-141.
3. Vũ Duy Lâm (2018), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính mạch máu 64 dãy trong chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do vỡ phình mạch não, Tạp chí y học Việt Nam, tập 471, tháng 10, trang 7-11.
4. 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, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Spiotta, A.M., et al (2011). An analysis of inflation times during balloon-assisted aneurysm coil embolization and ischemic complications. *Stroke*, 42(4): p. 1051-5.
6. Eckard, D.A., et al (2000). Coil Occlusion of the Parent Artery for Treatment of Symptomatic Peripheral Intracranial Aneurysms. *American Journal of Neuroradiology*, 21(1): p. 137-142.
7. Nguyễn Thanh Bình (1999), Nhận xét 35 trường hợp dị dạng mạch máu não về chẩn đoán và hướng điều trị, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Abe T, Ohde S, Ishimatsu S, Ogata H, Hasegawa T, Nakamura T, Tokuda Y (2008), Effects of meteorological factors on the onset of subarachnoid hemorrhage: a time-series analysis, *J Clin Neurosci*, 15 (9), p. 1005-1010.
9. Across Group (2000), Epidemiology of Aneurysm subarachnoid hemorrhage in Australia and Newzeland. *Stroke*.31, 1843- 1850.
10. Osborn AG. (1998), "Diagnostic cerebral angiography: Intracranial aneurysms"; 12:241-277.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2021

Nguyễn Phục Hưng¹, Phạm Thanh Tuấn²,
Dương Xuân Chử¹, Võ Thị Mỹ Hương¹

TÓM TẮT

Mục đích: Phân tích chi phí và một số yếu tố liên quan đến chi phí điều trị cho bệnh nhân hen điều trị ngoại trú BHYT tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang về kê đơn và chi phí điều trị trên 142 bệnh án của bệnh nhân được khám và điều ngoại trú có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Cần Thơ từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** chi phí và cơ cấu chi phí cho bệnh nhân ngoại trú: chi phí bình quân/người/đợt điều trị là 501.600 đồng. Tổng chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân là 71.227.172 đồng. Chiếm tỷ trọng cao nhất là chi phí thuốc (59,20%). Trong chi phí thuốc, chi phí cho nhóm thuốc dạng phối hợp giãn phế quản và corticoid chiếm 76,26%. Chi phí bảo hiểm chiếm 81,87%. Trong điều trị ngoại trú có mối quan hệ giữa chi phí, cơ cấu chi phí và nhóm tuổi, mức độ kiểm soát hen, số ngày điều trị và mức hưởng BHYT. **Kết luận:** Là tài liệu tham khảo giúp các chuyên gia có cái nhìn tổng quan về chi phí điều trị bệnh hen suyễn, giúp người bệnh hen suyễn giảm bớt gánh nặng kinh tế trong việc điều trị bệnh.

Từ khóa: Chi phí, Hen phế quản, Ngoại trú.

SUMMARY

THE STUDY OF TREATMENT COSTS FOR OUTPATIENT ASTHMA PATIENTS WITH HEALTH INSURANCE AT CAN THO TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL IN 2020-2021

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Công ty Cổ phần Xuất nhập khẩu Y tế DOMESCO chi nhánh Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Mỹ Hương

Email: vtmuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

Objectives: To analyze costs and some factors related to treatment costs for patient outpatient asthmatics with health insurance at Can Tho Tuberculosis and Lung Disease Hospital in 2020-2021. **Methods:** a cross-sectional descriptive study on prescriptions and treatment costs in 142 medical records of patients diagnosed and treated as outpatients with medical insurance. at Can Tho Tuberculosis and Lung Disease Hospital from June 2020 to June 2021. **Results:** cost and structure of costs for outpatients: the average cost/person/treatment is VND 501,600. The total cost of the patient's medical services is VND 71,227,172. The highest proportion is drug costs (59.20%). In drug costs, the cost for the group of drugs in the form of a combination of bronchodilators and corticosteroids accounted for 76.26%. Insurance costs accounted for 81.87%. In outpatient treatment, there is a relationship between cost, cost structure and age group, level of asthma control, number of days of treatment and level of health insurance coverage. **Conclusion:** As a reference to help experts have an overview of the cost of asthma treatment, helping asthmatics reduce the economic burden of disease treatment. **Keywords:** Cost, Asthma, Outpatient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là một bệnh viêm mạn tính niêm mạc đường hô hấp xảy ra khá phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc và ở tất cả các nước trên thế giới. Ước tính, mỗi năm trên thế giới hiện có khoảng 180.000 đến 250.000 trường hợp tử vong do hen, trung bình cứ 250 người tử vong thì có 1 trường hợp là do hen phế quản, 80 - 90% bệnh nhân hen phế quản có thể tránh được tử vong nếu được theo dõi điều trị và kiểm soát tốt [3]. Chi phí y tế để điều trị bệnh hen là một gánh nặng đối với nền kinh tế của nước ta và trên toàn thế giới. Để góp phần tìm