

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ CAN THIỆP NỘI MẠCH PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VÒNG TUẦN HOÀN PHÍA SAU

Lê Hoàng Kiên¹, Phạm Minh Thông²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả và kinh nghiệm trong việc can thiệp nội mạch điều trị túi phình tuần hoàn sau tại trung tâm Điện Quang, bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cứu hồi cứu và tiến cứu được tiến hành trên 95 bệnh nhân phình động mạch não (PĐMN) tuần hoàn sau và chỉ định can thiệp điều trị với 95 phình tuần hoàn sau tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ PĐMN vỡ trong nhóm nghiên cứu là 73 phình (chiếm 76,8%) và chưa vỡ là 22 phình (chiếm 23,2%). Đau đầu là triệu chứng gặp phổ biến ở 100% bệnh nhân. Các PĐMN vỡ đều có tỉ lệ chảy máu dưới nhện theo Fisher ở mức III và IV chiếm lần lượt 15,1% và 83,5%. 100% PĐMN chưa vỡ được can thiệp chủ động. Nhóm PĐMN vỡ có thời gian điều trị trung bình là 11,72±9,66 ngày. Túi phình tắc hoàn toàn sau can thiệp cao (từ 78,3% của nhóm VXKL có chẹn bóng đến 100% của nhóm nút tắc mạch mang). Còn dòng chảy tại cổ túi có 9,5% ở nhóm VXKL trực tiếp, 21,7% ở nhóm có chẹn bóng. Tỷ lệ tắc không hoàn toàn sau can thiệp thấp (ở nhóm VXKL 9,5%). Hồi phục lâm sàng theo thang điểm mRS nhóm PĐMN chưa vỡ (95,6%) cao hơn so với nhóm vỡ (75,2%). **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả trong điều trị phình động mạch vòng tuần hoàn sau.

Từ khóa: phình động mạch vòng tuần hoàn phía sau, can thiệp nội mạch

Viết tắt: nhân phình động mạch não (PĐMN), vòng xoắn kim loại (VXKL)

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTIC AND RESULT OF ENDOVASCULAR INTERVENTION TREATMENT FOR POSTERIOR CIRCULATION ANEURYSM IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the evaluates the results and experience in endovascular intervention of for treatment 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 95 patients with posterior circulatory aortic aneurysms and indicated treatment with 95 posterior circulation aneurysms at Bach Mai Hospital from 1/2014 to 7/2022. **Results:** The rate of ruptured aorta in the study group was 73 aneurysms (accounting for 76.8%) and 22 aneurysms unruptured (accounting for

23.2%). Headache is a common symptom in 100% of patients. The ruptured aneurysms all had the rate of subarachnoid bleeding according to Fisher at levels III and IV, accounting for 15.1% and 83.5%, respectively. 100% of unruptured coronary artery can be actively intervened; The group of ruptured aorta had an average treatment time of 11.72±9.66. Clinical recovery according to the mRS scale achieved the highest rate in the group of unruptured aorta. Good recovery (mRS≤2) in the ruptured aneurysm group was 75.2%, 95.6% in the unbroken group. The aneurysm completely occluded after intervention was high (from 78.3% of the coil group with balloon block to 100% of the gill embolism group). The flow at the neck of the pocket was 9.5% in the group of direct vasculitis, 21.7% in the group with balloon blocker. The rate of incomplete occlusion after the intervention was low (in the coil group 9.5%). **Conclusion:** Endovascular intervention is an effective method in the treatment of posterior circulation aneurysms.

Keywords: endovascular treatment for posterior circulation aneurysm, endovascular intervention

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]. Phần lớn các trường hợp không phát hiện được lúc túi phình chưa vỡ tuy nhiên hiện nay với sự phát triển của các phương tiện CDHA hiện đại như CLVT đa dãy và CHT 1.5 Tesla trở lên nên tỷ lệ phát hiện và điều trị PĐMN chưa vỡ có nguy cơ cao đã tăng lên. Nguy cơ vỡ túi phình hàng năm theo thống kê là từ 0,05-2%. 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 lớn tại đa số các bệnh viện tuyến tỉnh do hạn chế trang thiết bị và trình độ. Ngày nay bên cạnh điều trị hồi sức nội khoa sau xuất huyết dưới nhện việc chẩn đoán xác định túi phình bằng chụp mạch máu và điều trị triệt để túi phình vỡ càng sớm càng tốt là nguyên tắc chung trong thực hành. Có hai phương pháp điều trị triệt để PĐMN là phẫu thuật kẹp cổ túi phình và can thiệp nội mạch bít tắc túi phình. Phẫu thuật là phương pháp được thực hiện từ lâu nhưng từ sự phát triển của vòng xoắn kim loại (VXKL- Coils) có thể tách rời bằng điện tử thập niên chín mươi của thế kỷ trước, can thiệp nội mạch điều trị chứng PĐMN tuần hoàn sau đã thay thế nhanh chóng phẫu thuật cho những tổn thương này vì sự hiệu quả cao, ít xâm lấn và an toàn

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Kiên

Email: kienchandoanhinhhanh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

[2]. PĐMN tuần hoàn sau là một nhóm riêng biệt về biểu hiện lâm sàng và điều trị so với tuần hoàn trước. Phương pháp phẫu thuật PĐMN tuần hoàn sau có nhiều thách thức hơn so với nhóm PĐMN tuần hoàn trước do túi phình nằm sâu, liên quan chặt chẽ đến thân não, các dây thần kinh sọ và được bao quanh bởi các động mạch xiên quan trọng do đó có nhiều nguy cơ cho phẫu thuật. Xuất huyết do vỡ PĐMN tuần hoàn sau nghiêm trọng hơn xuất huyết do vỡ phình tuần hoàn trước với tình trạng lâm sàng nặng hơn khi nhập viện và tỷ lệ tử vong cao hơn [3]. Có nhiều lựa chọn can thiệp nội mạch điều trị chứng PĐMN tuần hoàn sau phụ thuộc vào vị trí giải phẫu như đỉnh thân nền, động mạch tiểu não trên, động mạch tiểu não sau dưới và đoạn V4 của ĐM đốt sống và biểu hiện lâm sàng của PĐMN như: tắc túi phình bằng VXKL đơn thuần hoặc có các thiết bị hỗ trợ như bóng hoặc GĐNM chẹn cổ, tắc mạch mang vĩnh viễn và hiện nay là GĐNM đổi hướng dòng chảy làm tắc túi phình nhưng vẫn bảo tồn mạch mang [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau và chỉ định can thiệp điều trị với 95 phình tuần hoàn sau tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

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

- PĐMN đã vỡ: bệnh nhân được chụp CLVT và MDCTA phát hiện PĐMN đỉnh động mạch thân nền 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.

- Bệnh nhân và/hoặc gia đình bệnh nhân 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.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ 95 bệnh nhân PĐMN tuần hoàn sau và chỉ định can thiệp điều trị với 95 phình tuần hoàn sau.

2.3. Quy trình kỹ thuật

Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được giải

thích đầy đủ về lợi ích và rủi ro quá trình can thiệp.

- Vô cảm: Bệnh nhân được gây tê và tiền mê nếu hợp tác, hoặc nếu không thì gây mê toàn thân

- Kỹ thuật nút túi phình động mạch não vòng tuần hoàn sau bằng các phương pháp tùy theo chiến lược đưa ra khi đánh giá kích thước túi phình. Túi phình có thể được nút tắc bằng VXKL thông thường hoặc kết hợp VXKL có chẹn cổ, giá đỡ nội mạch chẹn cổ hoặc giá đỡ nội mạch thông thường.

- 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. Ngoài ra bệnh nhân có thể được dùng thuốc chống đông Duoplavin 85/100 để chuẩn bị 6 ngày trước can thiệp.

- Đặt đầu ống thông siêu nhỏ (loại Fowler hoặc Echelon) vào lòng túi phình.

- Bơm bóng chẹn cổ bằng thuốc cản quang (đã pha với nước muối sinh lý 50/50 để giảm độ nhớt của thuốc cản quang) trong quá trình thả VXKL, mỗi lần bơm bóng không kéo dài quá 3 phút. Tháo xẹp bóng kiểm tra sự ổn định của VXKL trên chụp mạch trước khi cắt.

- Đối với bệnh nhân được dùng Stent đổi hướng dòng chảy thì Stent sẽ được thả qua cổ túi phình.

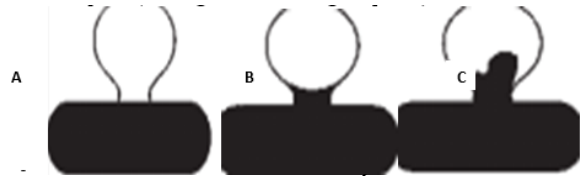
- Ngay sau quá trình can thiệp, bệnh nhân sẽ được bất động chi dưới bên đã được chọn làm can thiệp, theo dõi sát sao tình trạng toàn thân, mạch nhiệt độ huyết áp trong vòng 24 giờ.

- Thu thập số liệu

- Trước can thiệp: các thông tin chung về tuổi giới, triệu chứng lâm sàng, thời gian bị bệnh, thời điểm can thiệp so với lúc khởi phát.

- Các thông tin chung về túi phình: Vị trí túi phình, kích thước túi phình, hình thái túi phình, tỉ lệ đầy/ cổ RSN, đánh giá co thắt mạch.

- Đánh giá trong và sau can thiệp: Tắc hoàn toàn (không còn ổ đọng thuốc), tắc >90% (không còn ngấm thuốc trong túi, chỉ còn ngấm thuốc cổ túi), tắc một phần (còn ngấm thuốc trong túi phình).



Hình 1. Phân độ mức độ tắc theo Raymond và Roy[5]

A - Túi phình tắc hoàn toàn

B - Túi phình tắc gần hoàn toàn, còn đọng

thuốc cổ túi

C - Túi phình tắc bán phần khi còn đọng thuốc trong túi

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: Trong số 95 bệnh nhân có 95 túi phình tuần hoàn sau và được can thiệp với cả 95 túi phình tuần hoàn sau (73 bệnh nhân có ĐMNV vỡ chiếm 76,8%, 22 bệnh nhân ĐMNV chưa vỡ chiếm 23,2%), với tuổi trung bình 53,49 ± 14,22, tỷ lệ nam/nữ = 1,1

Đặc điểm hình ảnh

Bảng 1. Đặc điểm phình động mạch não trên phim chụp mạch DSA

Loại túi	Vỡ (n=73)		Chưa vỡ (n=22)		Tổng
	n	%	n	%	
Đặc điểm túi					
Bờ thùy múi, có nướm, hai đáy	73	80,2	18	19,8	91(100)
Có nhánh mạch cổ túi hoặc nhánh bên phình mạch	12	63,2	7	36,8	19(100)
Co thắt mạch mang	44	95,7	2	4,3	46(100)
Thiếu sản ĐM đốt sống đối diện	2	66,7	1	33,3	3(100)
Đốt sống Type VA - PICA	2	100	0	0	2(100)

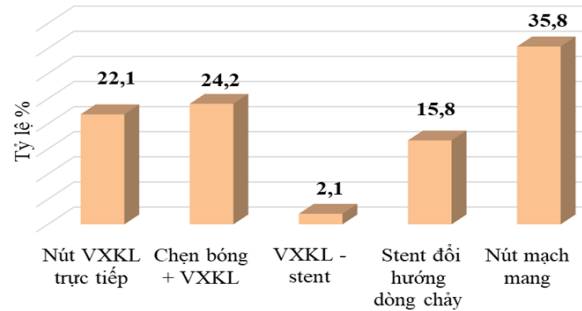
Các phình tuần hoàn sau trong nghiên cứu đa số có bờ thùy múi không đều, có nướm nhọn chiếm đến 91/95 TP. Gặp 3 trường hợp thiếu sản ĐM đốt sống bên đối diện và 2 trường hợp biến đổi giải phẫu động mạch đốt sống Type VA - PICA.

Đánh giá kết quả điều trị

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

Thời điểm (đơn vị: ngày)	X ± SD
Phình động mạch não vỡ (n=73)	
Thời điểm vào viện	1,52±2,96
Thời điểm nút mạch (từ lúc phát hiện phình)	0,62±1,34
Thời điểm nút mạch (từ lúc bị bệnh)	2,14±3,16
Thời gian điều trị	11,72±9,66
Phình động mạch não chưa vỡ (n=22): Thời gian điều trị	7,29±8,26

Thời điểm nhập viện của nhóm BN có ĐMNV vỡ khá sớm và thời gian từ lúc phát hiện phình đến khi được can thiệp điều trị là khá nhanh, trung bình 0,62 ngày. Thời điểm từ khi bị phát bệnh xuất hiện các triệu chứng của vỡ phình như đau đầu sét đánh, nôn, buồn nôn,... đến lúc được điều trị can thiệp là 2,14 ngày.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị can thiệp phình động mạch não

Phương pháp nút tắc mạch mang chiếm tỷ lệ lớn nhất với 34 phình mạch não chiếm 35,8%. Phương pháp nút VLKL và VLKL kết hợp chẹn bóng chiếm thứ hai với tỷ lệ khá tương đương là 22,1% và 24,2%. Phương pháp Stent ĐHDC chiếm 15,8% chủ yếu sử dụng cho các phình hình thoi chưa vỡ có nhánh mạch lạnh tách ra ở bờ bên phình. Phương pháp VLKL + Stent chiếm tỷ lệ ít nhất với 2 trường hợp chiếm 2,1%.

Bảng 3. Kết quả tắc ĐMNV theo phương pháp can thiệp ngay sau can thiệp (n=78, không tính nhóm phình được điều trị bằng Stent ĐHDC và VXKL + Stent do không gây tắc ngay sau can thiệp)

Đặc điểm	Tắc túi phình		Tắc HT		Còn cổ		KHT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phương pháp										
Nút VXKL trực tiếp	17	81,0	2	9,5	2	9,5	21	100		
Chẹn bóng + VXKL	18	78,3	5	21,7	0	0	23	100		
Nút mạch mang	34	100	0	0	0	0	34	100		
Tổng	69	88,5	7	9	2	2,5	78	100		

Các phương pháp điều trị phình chủ yếu là nút tắc mạch mang, VXKL và VXKL kết hợp chẹn bóng. Với phương pháp nút tắc mạch mang 100% phình tắc hoàn toàn sau can thiệp. Với phương pháp nút bằng VXKL 81% các trường hợp tắc hoàn toàn túi phình RROC A, còn cổ RROC B chiếm 9,5%, còn dòng chảy trong túi phình RROC C có 2 trường hợp chiếm 9,5%. Trong số 2 BN còn dòng chảy trong túi đã được nút bổ sung thì 2 khi bệnh nhân đã ổn định.

Bảng 4. Mức độ động thuốc phình động mạch não sau đặt Stent ĐHDC theo phân độ OKM (n=17)

Mức độ tắc túi phình	Số lượng	Tỷ lệ %
A2	2	11,8
A3	14	82,4
B3	1	5,8
Tổng	17	100

Có 17 bệnh nhân ĐMNM được áp dụng kỹ

thuật của Stent ĐHDC và Stent ĐHDC kết hợp VXKL. Đa số các túi phình động thuốc OKM-A3 ngay sau can thiệp chiếm 82,4%. Hai phình động mạch não động thuốc OKM-A2 tương đương 11,8% và 1 phình động thuốc OKM-B3 chiếm tỷ lệ 5,8%.

Bảng 5. Tai biến trong can thiệp, theo dõi đánh giá sau can thiệp

Vị trí TP	Tai biến	Vỡ túi - vỡ mạch	HK - tắc mạch	Lòi VXKL	Bóc tách	Di lệch	Tổng
ĐM đốt sống (n=45)	n	1	2	0	0	2	5
	%	2,2	4,4	0	0	4,4	11,9
ĐM PICA (n=11)	n	0	0	1	0	0	1
	%	0	0	9,1	0	0	11,1
ĐM thân nền (n=24)	n	1	1	0	0	0	2
	%	4,2	4,2	0	0	0	9,3
ĐM tiểu não trên (n=3)	n	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0
ĐM não sau (n=12)	n	0	2	1	1	0	4
	%	0	16,7	8,3	8,3	0	33,3
Tổng (n=95)	n	2	5	2	1	2	12
	%	2,1	5,3	2,1	1,1	2,1	12,6
Hồi phục lâm sàng, n (%):							
mRS ≤ 2				76 (80,0%)			
Tàn tật (mRS=3)				1 (1,0%)			
Tử vong (mRS=6)				18 (19,0%)			

Tỷ lệ gặp biến chứng HK-tắc mạch 5,3%; các biến chứng khác chiếm 2,1%; bóc tách gặp 1 trường hợp (1,1%).

Hồi phục lâm sàng tốt (mRS ≤ 2) chiếm tỷ lệ 80%. Tỷ lệ tàn tật chiếm 1% và tử vong có 18 BN chiếm 19%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm túi phình mạch não trước can thiệp: Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐMNM vỡ trong nhóm nghiên cứu là 76,8% và chưa vỡ chiếm 23,2%. Trong nghiên cứu của Guglielmi G và cộng sự (1992) có 24 trường hợp ĐMNM vỡ chiếm tỷ lệ 55,8%, chưa vỡ chiếm 44,2% [6].

Đánh giá kết quả điều trị. Thời gian tiến hành can thiệp: Nguyên tắc điều trị đối với ĐMNM vỡ là cần loại bỏ túi phình khỏi tuần hoàn chung càng sớm càng tốt là bắt buộc, tránh biến chứng vỡ chảy máu tái. Thời điểm bệnh nhân vào viện với túi phình vỡ là 1,52 ngày, nói chung là dài so với tính chất cấp cứu chảy máu dưới nhện. Tuy nhiên thời điểm từ khi vào viện đến lúc được chẩn đoán hiện diện ĐMNM là khá nhanh (cùng ngày) và từ khi phát hiện túi phình đến khi được điều trị nút mạch chỉ là 0,62 ngày, thời điểm điều trị của chúng tôi tính từ lúc bệnh nhân khởi phát (túi phình vỡ) là 2,14 ngày cho thấy quy trình điều trị can thiệp mạch não của

chúng tôi đã cải thiện so với trước đây so sánh với nghiên cứu của Trần Anh Tuấn 2015 [7].

Kỹ thuật can thiệp được tiến hành: Theo kết quả nghiên cứu thì tắc phình sử dụng phương pháp can thiệp nút VXKL đơn thuần là 21/96 chiếm tỷ lệ 22,1%. Đối với ĐMNM có cổ rộng thì phương pháp thả VXKL kết hợp bóng chèn cổ chiếm 24,2% và VXKL kết hợp Stent là 2 bệnh nhân chiếm 2,1%. Đặt Stent đối hướng dòng chảy có 15 bệnh nhân chiếm 15,8%. Tắc mạch mang chiếm 35,8%. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100% bao gồm tiếp cận túi phình, đặt được vi ống thông, thả VXKL hoặc đặt Stent. Tỷ lệ tiếp cận túi phình và thực hiện được các kỹ thuật can thiệp nội mạch là 100%, trong đó tỷ lệ tắc ĐMNM tắc hoàn toàn ngay sau can thiệp là 88,5%, còn dòng chảy cổ túi là 9% và còn dòng chảy túi là 2,5%. Tỷ lệ tắc hoàn toàn ĐMNM ngay sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu (2012) là 55% [8] và Trần Anh Tuấn (2015) là 75% [7].

Biến chứng gặp ở ĐM đốt sống và ĐM não sau là nhiều nhất với lần lượt 5 và 4 trường hợp. Tai biến huyết khối tắc mạch là tai biến gặp cao nhất với 5 trường hợp chiếm 5,2%. Tỷ lệ tai biến chung trong nghiên cứu là 12,6%, trong đó hai tai biến nặng nề nhất là vỡ phình và huyết khối tắc mạch chiếm tỷ lệ lần lượt 2,1% và 5,2%. Biến chứng gặp ở 5/17 trường hợp lần lượt chia

đều vào các nhóm biến chứng là di lệch Stent, thả hụt Stent, tắc Stent và vỡ phình trong quá trình làm.

Hồi phục lâm sàng tốt (mRS ≤ 2) chiếm tỷ lệ 80%. Tỷ lệ tàn tật chiếm 1% và tử vong có 18 BN chiếm 19%.

Theo dõi, đánh giá sau can thiệp: chúng tôi chỉ theo dõi được 40 bệnh nhân sau 3 tháng, 39 BN sau 12 tháng và 25 BN sau 24 tháng. Trừ số BN tử vong không thể theo dõi (18 bệnh nhân) thì tỷ lệ theo dõi được sau 3 tháng là 52%. Với 40 bệnh nhân tái khám ở thời điểm 3 tháng, mRS 0 31/40 (77,5%), mRS 1 là 7/40 (17,5%), mRS 2 là 2/40 (5%) chứng tỏ mức độ hồi phục của BN là rất tốt theo thời gian. Tuy nhiên cũng phải thừa nhận rằng có những bệnh nhân hồi phục kém đã không quay lại tái khám. Các bệnh nhân tử vong cũng không còn nằm trong đối tượng theo dõi. Tỷ lệ tái thông phình sau thời gian theo dõi với VXKL trực tiếp là 14,3% cổ túi, 14,3% tái thông túi, nhóm chẹn bóng là 14,3% tái thông túi, có 2 bệnh nhân phải tiến hành nút bổ sung túi phình thì hai. Không có tái thông ở nhóm đặt Stent ĐHDC và nút tắc mạch mang.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả đối với những bệnh nhân có phình động

mạch não vòng tuần hoàn sau đã vỡ hoặc chưa vỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clemens Maria Schirmer** (2003), "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysm", Munich.
2. **Gruber A Richling B, Bavinzski G, et al** (1995), "GDC-system embolization for brain aneurysms - location and follow-up", Acta Neurochir (Wien), 134(3-4), p. 177-83.
3. **Pierot. L; Wakhloo A. K.** (2013), "Endovascular treatment of intracranial aneurysms: current status", Stroke, 44(7), p. 2046-54.
4. **Wakhloo Ajay K Pierot Laurent** (2013), "Endovascular treatment of intracranial aneurysms current status", Stroke, 44(7), p. 2046-2054.
5. **Moyle Henry Mascitelli Justin R, Oermann Eric K et al** (2014), "An update to the Raymond-Roy Occlusion Classification of intracranial aneurysms treated with coil embolization", Journal of neurointerventional surgery, tr. neurintsurg-2014-011258.
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), p. 515-24.
7. **Trần Anh Tuấn** (2015), Nghiên cứu điều trị phình động mạch não cổ rộng bằng phương pháp can thiệp nội mạch, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Vũ Đăng Lưu** (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ DẪN LƯU NÃO THẮT RA NGOÀI TRÊN BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN DO PHÌNH MẠCH NÃO VỠ

Nguyễn Duy Phương¹, Trần Anh Thông², Lê Anh Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện (XHDN) do phình mạch não vỡ có tình trạng dẫn não thất cấp (trong vòng 72 giờ sau khi vỡ phình mạch), được phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài. Đánh giá hiệu quả của phương pháp này giúp cải thiện tri giác ngay sau phẫu thuật, kết cục của bệnh nhân khi xuất viện. Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố: dịch tể, lâm sàng, hình ảnh học và các biến cố không mong muốn trên kết cục của bệnh nhân. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng

loạt ca bao gồm 12 trường hợp dẫn não thất cấp sau XHDN do phình mạch não vỡ được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ra ngoài (External ventricular drainage – EVD) tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 12/2020 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Tần suất dẫn não thất cấp trên bệnh nhân XHDN do phình mạch vỡ là 9,92%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 59,75. Dẫn não thất cấp gây suy giảm chức năng thần kinh rõ rệt so với tri giác đánh giá bằng thang điểm Glasgow (GCS) khi nhập viện. Phẫu thuật đặt EVD cải thiện có ý nghĩa thống kê chức năng thần kinh so với lúc phát hiện tình trạng dẫn não thất. Tỷ lệ viêm màng não trong nghiên cứu là 33,3%. Có 1 trường hợp xuất huyết não do EVD, chiếm tỷ lệ 8,3%. Thời gian lưu EVD là: 8,5 ngày, có 5 trường hợp phải đặt VP Shunt sau khi rút EVD, chiếm tỷ lệ 41,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt EVD là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, giúp cải thiện tình trạng thần kinh trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ.

Từ khóa: Dẫn não thất cấp, xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ, phẫu thuật dẫn lưu não thất

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Phương

Email: phuondnd@pnt.edu.vn.

Ngày nhận bài: 1.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 3.8.2023