

tìm thấy mối liên quan giữa kiểm soát đường huyết đói và điều trị trên thai phụ đái tháo đường thai kỳ với nhiễm GBS, $p > 0,05$.

Như vậy, với tình hình đái tháo đường thai kỳ có xu hướng ngày càng tăng và nguy cơ của nó với tình trạng nhiễm GBS. Khi phát hiện tình trạng tăng đường huyết hay đái tháo đường thai kỳ trên thai phụ cần chú ý xác định tình trạng nhiễm GBS từ tuần thứ 35-37 thai kỳ để từ đó có phương án dự phòng hợp lý. Đồng thời các cơ sở y tế cần thực hiện thường quy xét nghiệm dung nạp glucose 75 gram-2 giờ tuần thứ 24-28 thai kỳ và làm xét nghiệm Real-time GBS-PCR tuần thứ 35-37 thai kỳ để chẩn đoán sớm tình trạng ĐĐTĐK và nhiễm GBS.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐĐTĐK trên thai phụ tại Cần Thơ là 33,0%. Tỷ lệ nhiễm GBS là 23%.

Đái tháo đường thai kỳ tăng nguy cơ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B tuần thứ 35-37 thai kỳ với (OR=5,6; KTC 95%: 3,2-10,0; $p < 0,01$), đường huyết sau 1 giờ dung nạp tăng lên 1 mmol/L sẽ tăng nguy cơ nhiễm GBS lên 1,4 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Ngọc Duyên và cộng sự** (2019), Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi cà mau. Y Học TP. Hồ Chí Minh 23, tr 95-100.

2. **Trần Đình Hùng và cộng sự** (2022), Khảo sát tác nhân vi sinh vật gây bệnh viêm nhiễm sinh dục dưới ở phụ nữ khám phụ khoa và yếu tố liên quan, Tạp chí Y học Việt Nam, 517(1).
3. **Phùng Thị Lý và cộng sự** (2020), Tỷ lệ mang liên cầu khuẩn nhóm B ở 35-37 tuần thai kỳ và hiệu quả của kháng sinh dự phòng lây nhiễm trước sinh, Tạp chí Phụ sản, 18, tr 19-26.
4. **Phạm Thu Trang và cộng sự** (2023), Tỷ lệ mang liên cầu nhóm B và kết quả thai kỳ ở sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 65(7).
5. **Bogiel, T. and et al** (2022). An Application of Real-Time PCR and CDC Protocol May Significantly Reduce the Incidence of Streptococcus agalactiae Infections among Neonates. 11(9), p1064.
6. **Chen, X and et al** (2023). The risk factors for Group B Streptococcus colonization during pregnancy and influences of intrapartum antibiotic prophylaxis on maternal and neonatal outcomes. 23(1), 1-9.
7. **Jiménez-Escutia, R. and et al** (2023). High Glucose Promotes Inflammation and Weakens Placental Defenses against E. coli and S. agalactiae Infection: Protective Role of Insulin and Metformin. 24(6), p5243.
8. **Pykało-Gawińska, D. and et al** (2021). Gestational weight gain and glycemic control in GDM patients with positive genital culture. 60(2), p262-265.
9. **Schindler, Y. and et al** (2020). Group B Streptococcus serotypes associated with different clinical syndromes: Asymptomatic carriage in pregnant women, intrauterine fetal death, and early onset disease in the newborn. 15(12), p0244450.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO HỆ ĐỘNG MẠCH ĐỐT SỐNG THÂN NỀN TỪ 60 TUỔI TRỞ LÊN

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Huy Ngọc², Dương Hồng Thái³

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang để tài "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền từ 60 tuổi trở lên" trên 120 bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/1/2022 đến 31/12/2022. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền và đặc điểm tổn thương hình ảnh học nhu mô não trên phim cộng hưởng từ và phim cắt

lớp vi tính dựng mạch não (CTA). Kết quả: đau đầu, chóng mặt, nôn, rối loạn ý thức là những triệu chứng thường gặp khi khởi phát. Chóng mặt, Nystamus (+), Romberg (+), liệt tứ chi, bán manh, rối loạn ý thức là những triệu chứng trong quá trình diễn biến của bệnh. Điểm pc ASPECTS từ 8-10 điểm 75,8%, tổn thương cầu não 64 %, tắc hoàn toàn động mạch thân nền 20%. Điểm NHISS vào viện < 11 điểm 83,3%; mRS (0-2) khi ra viện 74,2%.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION OF THE BASILAR ARTERY SYSTEM OVER 60 YEARS OLD

Prospective, cross-sectional study on the topic "Clinical and imaging characteristics in patients with cerebral infarction of the basilar artery system over 60 years old" on 120 patients with cerebral infarction of the vertebral artery system. background at the age of 60 years and older at Stroke Center B, Phu Tho

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Sở Y tế Phú Thọ

³Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: hang81vt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

Provincial General Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2022. Objectives: To evaluate the clinical features of cerebral infarction in the basilar vertebrae and brain parenchymal imaging lesions on magnetic resonance imaging and computed tomography brain angiography (CTA). Results and conclusions: Headache, dizziness, vomiting, blurred vision, impaired consciousness are common symptoms at onset. Facial expression, Nystagmus (+), Romberg (+), quadriplegia, hemiplegia, impaired consciousness are symptoms in the course of the disease. ASPECTS pc score from 8-10 points 75.8%, pons damage 64%, complete occlusion of basilar artery 20%. NIHSS score on admission < 11 points 83.3%; mRS (0-2) at hospital discharge 74.2%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não tuần hoàn sau (nhồi máu não hệ động mạch thân nền) chiếm khoảng 20-25% các trường hợp nhồi máu não. Triệu chứng lâm sàng nhồi máu não (NMN) tuần hoàn sau thường không điển hình, dễ bị bỏ sót nhất là trong giai đoạn sớm của bệnh. Chẩn đoán đầy đủ thường phải sử dụng hình ảnh chụp cộng hưởng từ não (MRI). Do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của tuần hoàn sau, các biện pháp điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch và can thiệp lấy huyết khối động mạch thường cho kết quả hạn chế hơn so với đột quỵ tuần hoàn trước. Trong thực hành lâm sàng, tắc thân động mạch thân nền cấp tính, nếu không được tái thông, tỷ lệ kết cục xấu mRS (5-6) chiếm tỷ lệ 60 - 70 %. Như vậy, việc chẩn đoán và điều trị nhồi máu não tuần hoàn sau vẫn đang là vấn đề thời sự. Chúng tôi tiến hành đề tài "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền trên 60 tuổi" nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng nhồi máu não động mạch thân nền ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên điều trị tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2. Đặc điểm hình ảnh học não và sự cấp máu của tuần hoàn sau trên các bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 120 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, bị nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền, điều trị tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, bị nhồi máu tuần hoàn sau được chẩn đoán lâm sàng và cộng hưởng từ (MRI) theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cấp của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990.

- Các triệu chứng lâm sàng phù hợp với vùng

cấp máu của các động mạch não tuần hoàn sau.

- Bệnh nhân được chụp MRI sọ não khi nhập viện có tổn thương nhồi máu não vùng cấp máu của hệ thống tuần hoàn sau: cuống não, não giữa, cầu não, hành não, tiểu não, thùy chẩm, đồi thị.

- Bệnh nhân được đánh giá mạch não bằng MRI xung TOF3D và/ hoặc CTA.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có kèm theo tổn thương nhồi máu não vùng tuần hoàn trước.

- Có các bệnh lý khác của não: chấn thương sọ não, u não, chảy máu nội sọ, viêm não, bệnh não chuyển hóa, v.v.

- Huyết khối tĩnh mạch não.

- Có nhồi máu não cũ

- Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu

- Cỡ mẫu: thuận tiện

- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

Phân bố theo nhóm tuổi	Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
	60 - 69	57	47,5
70 - 79	36	30	
≥ 80	27	22,5	
Phân bố theo giới	nam	75	62,5
	nữ	45	37,5

Nhận xét: Tuổi cao nhất: 98; tuổi trung bình: 72,23 ± 9,26; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60-69 chiếm 47,5%. Tỷ lệ nam /nữ: 1,67, nam giới chiếm 62,5%

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhồi máu não

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng khởi phát

Triệu chứng khởi phát	n	Tỷ lệ %
Đau đầu	17	14,2
Chóng mặt	64	53,3
Nôn	26	21,7
Nhìn mờ	9	7,5
Rối loạn cảm giác	67	55,8
Liệt nửa người	57	47,5
Liệt tứ chi	12	10
Rối loạn ý thức	24	20

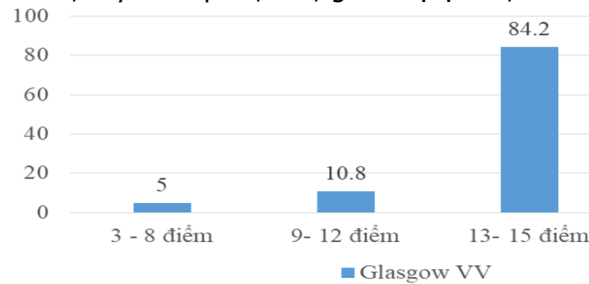
Nhận xét: Chóng mặt chiếm tỷ lệ cao: 53,3%; rối loạn ý thức: 20%; yếu nửa người:

47,5%; rối loạn cảm giác chi thể: 55,8%

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng vào viện

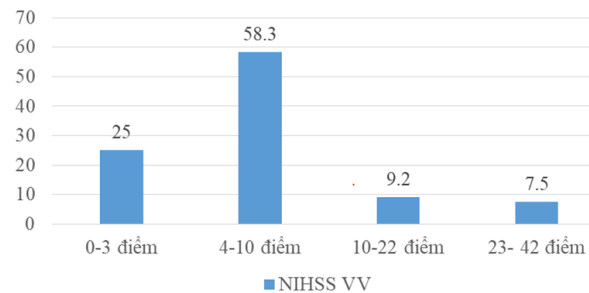
Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Đau đầu	25	20,8
Chóng mặt	67	55,8
Romberg (+)	57	47,5
Rung giật nhãn cầu	41	34,2
Rối loạn ý thức (Glasgow ≤14 điểm)	36	30
Rối loạn cảm giác chi thể	81	67,5
Liệt nửa người	78	65
Liệt tứ chi	24	20
Đồng tử co	17	14,2
Đồng tử giãn	6	5
Rối loạn nuốt	63	52,5
Giảm thị lực, bán manh	14	11,7
Rối loạn cơ tròn	33	27,5
Tổn thương thần kinh sọ	21	17,5
Suy hô hấp	13	10,8

Nhận xét: một số triệu chứng đặc trưng của nhồi máu hệ tuần hoàn sau: chóng mặt 55,8 %; rung giật nhãn cầu 34,2 %; rối loạn ý thức 30 %; thay đổi kích thước đồng tử 19,2; yếu tứ chi 20 %; suy hô hấp 10,8 %; giảm thị lực 11,7 %.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo điểm Glasgow vào viện

Nhận xét: Điểm glasgow chủ yếu từ 13 đến 15 điểm.



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo điểm NIHSS vào viện

Nhận xét: Điểm NIHSS vào viện chủ yếu ở nhóm NIHSS 4-10 điểm;

3.4. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo

thang điểm pc ASPECTS trên phim MRI sọ não

Điểm pc ASPECTS*	n	Tỷ lệ %
0 - 5 điểm	6	5,0
6 - 7 điểm	23	19,2
8 - 10 điểm	91	75,8
Tổng	120	100

*Điểm pc ASPECTS nhỏ nhất: 3; cao nhất: 10; trung bình: 8,13 ±1,41

Nhận xét: chủ yếu nhóm bệnh nhân có điểm pc ASPECTS từ 8-10 điểm chiếm 75,8 %; nhóm pc ASPECTS < 8 điểm chiếm 24,2 %.

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương trên phim MRI sọ não

Vị trí tổn thương	n	Tỷ lệ %
Cầu não	77	64
Hành não	9	7,5
Cuống não	10	8,3
Tiểu não phải	36	30
Tiểu não trái	34	28,3
Đồi thị phải	15	12,5
Đồi thị trái	14	11,7
Thùy chẩm phải	14	11,7
Thùy chẩm trái	6	5,0

Nhận xét: tổn thương gặp nhiều nhất ở cầu não 64%; tiểu não 30%; có 9 trường hợp có tổn thương hành não.

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo kích thước tổn thương (vùng thân não)

Kích thước tổn thương	n	%	
Cầu não	< 1/2 Cầu não	55	45
	≥1/2 Cầu não	12	10
	Toàn bộ cầu não	10	8,3
	Tổng	77	64
Cuống não	< 1/2 Cuống não	2	1,7
	≥1/2 Cuống não	4	3,3
	Toàn bộ cuống não	4	3,3
	Tổng	10	8,3
Hành não	< 1/2 Hành não	8	6,7
	≥ 1/2 Hành não	1	0,8
	Toàn bộ hành não	0	0
	Tổng	9	7,5

Nhận xét: Tổn thương toàn bộ và trên 1/2 cầu não cầu có lâm sàng nặng nề chiếm 18,3%; tổn thương dưới 1/2 cầu não chiếm 45%.

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo tổn thương mạch não trên phim chụp TOF 3D và hoặc CTA

Mạch máu	Tổn thương	n	%
Đốt sống phải	Hẹp mạch	43	35,8
	Tắc mạch	30	25
Đốt sống trái	Hẹp mạch	49	40,8
	Tắc mạch	22	18,2
Thân nền	Hẹp mạch ≤50 %	26	21,7
	Hẹp mạch >50 %	19	15,8

	Tắc hoàn toàn	24	20
Não sau phải	Hẹp mạch	36	30
	Tắc mạch	28	23,3
Não sau trái	Hẹp mạch	42	35
	Tắc mạch	22	18,3

Nhận xét: Tỷ lệ hẹp động mạch thân nền >50% và tắc động mạch thân nền chiếm 35,8%; trong đó tắc hoàn toàn là 20%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học trên 120 bệnh nhân nhồi máu não hệ động mạch đốt sống thân nền tuổi từ 60 trở lên tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ cho thấy:

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu: $72,23 \pm 9,26$ (tuổi cao nhất 98 tuổi). Nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi chiếm 47,5% và tỷ lệ nam/nữ: 1,67/1. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Như Thông và CS (2022) có độ tuổi trung bình là $68,3 \pm 12,7$ và tỷ lệ nam giới là 61,5% [2]. Các nghiên cứu khác cũng cho các kết quả tương tự. Nguyên nhân là do tuổi cao, thường mắc tăng huyết áp mãn tính và vữa xơ động mạch gây hẹp lòng mạch, là những nguyên nhân chủ yếu của đột quỵ thiếu máu não.

Triệu chứng lâm sàng của đột quỵ thiếu máu não

Giai đoạn khởi phát: kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng khởi phát của nhồi máu não tuần hoàn sau lần lượt: chóng mặt 53,3%, nhìn mờ 7,5%, liệt nửa người 47,5%, liệt tứ chi 10%, rối loạn ý thức 20%. Như vậy, chóng mặt là triệu chứng phổ biến của nhồi máu não (NMN) tuần hoàn sau. Đỗ Đức Thuận (2023) cũng xác định triệu chứng khởi phát của NMN tuần hoàn sau là chóng mặt 31,3%; liệt nửa người 50,43%; nhìn mờ 11,2%; liệt tứ chi 10,43 % [3]. Theo Man Mohan Mehndiratta (2012) [5] chóng mặt 56,25%, rối loạn thị lực 20%). Các kết quả nghiên cứu trên cho thấy chóng mặt và giảm thị lực đột ngột là một trong những triệu chứng cần phải nghĩ đến đột quỵ não tuần hoàn sau và có kế hoạch chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI) cấp cứu để xác định chẩn đoán, tránh bỏ sót triệu chứng.

Giai đoạn toàn phát: thăm khám lâm sàng bệnh nhân khi vào viện cho thấy chóng mặt 55,8%, rung giật nhãn cầu 34,2%, Romberg dương tính 47,5%, rối loạn ý thức 30%, rối loạn thị lực 11,7%, thay đổi kích thước đồng tử 19,2%, liệt tứ chi 20%, suy hô hấp do tổn thương não 10,8%. Kết quả này cũng tương ứng kết quả nghiên cứu của Phạm Như Thông và CS

(2022) là thất điều 16,9%, Nystamus 12,3%, giảm ý thức 26,2%, chóng mặt 13,8% [2]. Nghiên cứu của Yuan Zhao và CS (2022) trên các bệnh nhân nhồi máu tuần hoàn sau cho thấy chóng mặt 52,7%, thất điều 8,3%, rối loạn ý thức 8,3% [8]. So với các triệu chứng lúc khởi phát, khi vào viện triệu chứng lâm sàng rầm rộ hơn, các triệu chứng chóng mặt, mất thăng bằng, rối loạn thị lực, giảm ý thức, thay đổi đồng tử là các triệu chứng gợi ý đến bệnh cảnh nhồi máu não tuần hoàn sau.

Thang điểm đánh giá lâm sàng NIHSS: NIHSS vào viện từ (0-3 điểm) chiếm 25%; (4-10) chiếm 58,3%; (11-22) 9,2%; (23-42) 7,5%. Như vậy, điểm NIHSS < 11 điểm chiếm 83,3%.

Đặc điểm hình ảnh học

Điểm pc ASPECT: nhóm pc-ASPECT (8-10) chiếm tỷ lệ 75,8%; trong khi pc-ASPECT (0-5) điểm chỉ 5%; thông thường pc-ASPECT 8-10 điểm là các trường hợp lâm sàng diễn biến nhẹ tuy nhiên có các trường hợp pc-ASPECT 8 điểm mà nhồi máu hoàn toàn cầu não hoặc cuống não thì lâm sàng vẫn rất nặng; ps-ASPECT 10 điểm nhưng nhồi máu toàn bộ hành não thì lâm sàng vẫn rất xấu. Keni Ouyang (2022) đánh giá điểm mRS sau 90 ngày ở bệnh nhân tắc mạch thân nền được tái thông kết quả ở bệnh nhân pc-ASPECT (0-7) mRS 6 điểm chiếm 52,6%; pc-ASPECT (8-10) mRS 6 điểm 33,3% [6].

Đặc điểm vị trí tổn thương: nhồi máu cầu não chiếm tỷ lệ cao nhất 64% sau đó là vùng tiểu não phải và trái lần lượt là 30% và 28,3%. Theo Phạm Như Thông nhồi máu cầu não chiếm 53,8%, tiểu não 26,2%, đồi thị 24,6% còn theo Sầm Ngọc Diễm và CS (2021) khi nghiên cứu về nhồi máu thân não nhận thấy tỷ lệ nhồi máu cầu não là 56,5 %, cuống não 13%, hành não 6,5 % và kết hợp nhiều vị trí là 23,9% [1]. Nhồi máu cầu não chiếm tỷ lệ cao vì mạch máu nuôi cầu não bao gồm nhiều động mạch nhỏ xuất phát từ thân chung động mạch thân nền đi ra cấp máu cho 2 bán cầu não. Vì vậy, khi tắc một trong các mạch nhỏ đó có thể gây nên nhồi máu cầu não. Trong 77 bệnh nhân có nhồi máu cầu não thì nhồi máu nửa cầu não dưới chiếm 45%, nhồi máu toàn bộ cầu não 8,3% tương xứng với các trường hợp nặng trên lâm sàng.

Đặc điểm tổn thương mạch não: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tắc động mạch đốt sống phải chiếm 25%, tắc động mạch đốt sống trái 18,2%, tắc động mạch thân nền 20%, tắc động mạch não sau phải 23,3%, tắc động mạch não sau trái 18,3%. Các động mạch trên có thể tắc đơn thuần hoặc tắc nhiều mạch trên một

bệnh nhân. Riêng động mạch thân nền, tỷ lệ hẹp mạch dưới 50% chiếm 21,7%, hẹp từ 50-99% chiếm 15,8%. Các tổn thương mạch trên bao gồm cả tắc mạch cấp tính và tiến triển mạn tính. Nghiên cứu của Xianjin Shang và cộng sự (2023) trên 108 bệnh nhân nhồi máu não hệ tuần hoàn sau có can thiệp mạch tắc động mạch thân nền 80,6%, tắc động mạch đốt sống 9,3%, tắc động mạch não sau 10,2% [7].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng nhồi máu não tuần hoàn sau:

- Chóng mặt, đau đầu, nôn, giảm ý thức là các triệu chứng khởi phát thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu não tuần hoàn sau. Chóng mặt, mất thăng bằng, rung giật nhãn cầu, bán manh, liệt tứ chi, rối loạn ý thức là các triệu chứng lâm sàng điển hình của nhồi máu não tuần hoàn sau.

- Điểm NIHSS khi vào viện trong nhồi máu não tuần hoàn sau chủ yếu dưới 11 điểm chiếm 83,3%.

Đặc điểm hình ảnh học nhồi máu não tuần hoàn sau: Thang điểm pc-ASPECTS khi vào viện chủ yếu ở nhóm 8-10 điểm chiếm 75,8%; tỷ lệ có tổn thương cầu não chiếm 64%; có 8,3% tổn thương toàn bộ cầu não và tổn thương tắc hoàn toàn động mạch thân nền chiếm 20%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sâm Thị Ngọc Diễm, Nguyễn Bá Thăng, Nguyễn Lê Trung Hiếu** (2021), Đánh giá kết cục lâm sàng ngắn hạn ở bệnh nhân nhồi máu

thần não có và không có điều trị tái thông, Y học TP.Hồ Chí Minh tập 25 số 2 năm 2021.

2. **Phạm Như Thông, Đỗ Thị Thanh Bình, Nguyễn Thành Trung** (2022), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết cục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não tuần hoàn sau tại bệnh viện Đà Nẵng, Tạp chí y học Việt Nam tập 519
3. **Đỗ Đức Thuận, Phạm Ngọc Thảo, Đặc Phúc Đức** (2023), Nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng khởi phát nhồi máu não tuần hoàn não sau, tạp chí y học Việt Nam tập 525 tháng 4 năm 2023.
4. **Elodie Zürcher, Benjamin Richoz** (2018), Differences in Ischemic Anterior and Posterior Circulation Strokes: A Clinico-Radiological and Outcome Analysis, Journal of stroke and cerebrovascular Disease [710-718](2018)
5. **Manmohan Mehndiratta, Sanjay Pandey, Rajeev Nayak, Anwar Alam**, Posterior circulation ischemic stroke-clinical characteristics, risk factors, and subtypes in a north Indian population: a prospective study, Neurohospitalist. 2012 Apr;2(2):46-50.
6. **Keni Ouyang, Zhiming Kang, Zhengxing Liu**, (2022), Posterior Circulation ASPECTS on CT Angiography Predicts Futile Recanalization of Endovascular Thrombectomy for Acute Basilar Artery Occlusion, Front Neurol 2022 Mar 16.
7. **Xianjin Shang, Ke Yang, Yapeng Guo**, (2022), Outcomes of Endovascular Treatment for Posterior Circulation Stroke According to the Underlying Pathologic Mechanism: A Retrospective Single-Center Analysis, Hindawi Acta Neurologica Scandinavica Volume 2023. Article.
8. **Zhao Y, Han Y, Sun W** (2021), Clinical Symptoms, Etiology and Prognosis of Acute Bilateral Posterior Circulation Cerebral Infarction., Int J Gen Med. 2022; 15: 2787-2793. Published online 2022 Mar 10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU ĐÙI MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT HYBRID

Lâm Văn Nút¹, Phạm Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm trong điều trị hẹp tắc động mạch chậu mạn tính bằng phẫu thuật hybrid. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 31 ca bệnh hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính, được điều trị phẫu thuật hybrid tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2018 - 02/2022. **Kết quả:** 31 bệnh nhân (31 chi can thiệp) có tuổi trung bình 69.2 ± 8.2 , nam giới chiếm đa số, tổn thương TASC D (tổn thương động mạch) chiếm 74% và gây mê 77,4%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt

100%, thành công về lâm sàng đạt 87,1% và tỷ lệ biến chứng là 19,5%. Theo dõi sau 1 năm, thành công về lâm sàng đạt 77%, thành công về huyết động đạt 80,8%, tỷ lệ lưu thông thì đầu đạt 85,2%, tỷ lệ đoạn chi lớn là 9,7% và tỷ lệ tử vong là 12,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật hybrid điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính có tỷ lệ thành công cao và an toàn.

Từ khóa: Phẫu thuật kết hợp can thiệp; Tắc chậu đùi mạn tính; Can thiệp động mạch

SUMMARY

ASSESSMENT OF EARLY RESULTS TREATMENT OF CHRONIC PERIORAL OCCUPATIONAL ACTIVITY WITH HYBRID PROCEDURE

Objectives: To evaluate early results in the treatment of chronic iliac artery stenosis with a hybrid procedure. **Methods:** A retrospective descriptive study on 31 patients with chronic iliac femoral artery

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023