

khẩn trọng việc ghi nhận các kích thích giác quan và tham gia vào các hành vi tìm kiếm giác quan với tốc độ cao. Theo nghiên cứu của Little (2016), trẻ có cấu hình cảm giác cân bằng chiếm 35,1%, có cấu hình cảm giác mãnh liệt là 19,5% [8]. Ausderau và cộng sự (2014) cũng đã tìm thấy một 'phân nhóm cảm giác nhẹ' cho thấy tần số thấp tổng thể của các tính năng cảm giác, với 29% trẻ em mắc RLPTK từ 2-12 tuổi thuộc nhóm này. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do sự khác nhau trong cách chọn mẫu và mô hình bệnh tật ở quốc gia khác nhau.

Với mức độ tự kỷ nặng (CARS  $\geq$  37 điểm), tỷ lệ trẻ RLPTK rối loạn xử lý ở từng loại giác quan và thuộc các mẫu cảm giác đều cao hơn so với trẻ có mức độ tự kỷ nhẹ và trung bình (CARS 30-36,5 điểm), tuy nhiên khác biệt hầu hết không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này có khác biệt so với nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017) [2] và Nguyễn Thế Tài (2022) [3], sự khác biệt này là do sử dụng công cụ đánh giá khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

RLXLGQ gặp phổ biến ở trẻ RLPTK và mỗi trẻ có thể nằm trong nhiều mẫu cảm giác khác nhau. Không có mối liên quan rõ rệt nhưng RLXLGQ có xu hướng tăng lên ở trẻ có mức độ tự kỷ nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mai Hương, Thành Ngọc Minh, Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Hồng

- Thúy, Đào Thị Thuý (2019). Khảo sát mô hình bệnh tật tại phòng khám ngoại trú khoa tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2016 đến 2018. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa, tháng 2 năm 2019.
2. Thành Ngọc Minh, Mai Thị Xuân Thu, Nguyễn Mai Hương, Nguyễn Thị Hồng Thuý (2018). Đặc điểm những rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y học Việt Nam, tập 473 số tháng 11, số chuyên đề năm 2018 (79-89).
3. Nguyễn Thế Tài, Nguyễn Doãn Phương (2022). Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tạp Chí Y Học Việt Nam, tập 519 số 2 tháng 10 năm 2022
4. Khan N.Z., Gallo L.A., Arghir A., et al. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health. Autism Res Off J Int Soc Autism Res, 5(3), 156-159.
5. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder CDC. Centers for Disease Control and Prevention.
6. Tomchek S.D. and Dunn W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc, 61(2), 190-200.
7. Maenner M.J., Shaw K.A., Bakian A.V., et al. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ, 70(11), 1-16.
8. Little L.M., Dean E., Tomchek S.D., et al. (2017). Classifying sensory profiles of children in the general population. Child Care Health Dev, 43(1), 81-88.

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHÌNH MẠCH NÃO VỠ BẰNG VI PHẪU THUẬT KẸP CỔ TÚI PHÌNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đình Hưởng<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh Huyền<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Quý<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị túi phình động mạch não bằng phẫu thuật kẹp clip vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, trên 31 bệnh nhân mắc bệnh phình động mạch não có chỉ định phẫu thuật kẹp clip túi phình Khoa Ngoại Thần kinh- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 9/2019 đến 10/2022. **Kết quả:** Về mặt lâm sàng, tại thời điểm ra viện, 77,4% bệnh

nhân phục hồi tốt (GOS 4 và 5 điểm), kết quả trung bình (GOS 3 điểm) chiếm 9,7%, kết quả xấu (GOS 2 điểm) chiếm 9,7%. Có 1 bệnh nhân tử vong (1 điểm) chiếm 3,2%. Tỷ lệ cải thiện sau 3 tháng chiếm 36,7%. Chụp CTA kiểm tra sau mổ, kết quả 97,4% túi phình được loại bỏ hoàn toàn. **Kết luận:** Phình động mạch não vỡ chiếm tỷ lệ khá thấp nhưng để lại nhiều hậu quả nặng nề. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh phình động mạch nhưng phẫu thuật vẫn có nhiều ưu điểm riêng, vẫn đang tiếp tục được cải thiện nhằm đem lại kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** túi phình động mạch não, kẹp clip vi phẫu

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE RESULT OF INTRACRANIAL ANEURYSM MICROSURGICAL TREATMENT BY CLIPPING

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưởng

Email: bshuongngtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

**Objective:** To describe of clinical features, imaging finding and evaluate the results of intracranial aneurysm microsurgical treatment by clipping. **Methods:** Prospective described study of 31 cases of cranial aneurysm indicated to surgical treatment at Neurosurgery Department – Thái Nguyên national hospital from 9/2019 to 10/2022. **Results:** The outcome at the time discharged from hospital, 77,4% had good recovery (GOS 4-5), 9,7% had moderate outcome (GOS 3) and 9,7% had bad outcome (GOS 2), 1 patients died (3,2%). The proportion of better recovery after 3 months was 36,7%, and 1 patient died at home. Checked CTA after surgery, 97,4% of aneurysm was completely removed. **Conclusions:** The proportion of ruptured intracranial aneurysm is very low, but the outcome is often bad. Nowadays, there are many method treatment for intracranial aneurysm, but microsurgical treatment still remains its important roles and is improvement for better outcome. **Keywords:** intracranial aneurysm, microsurgical treatment by clipping

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là tình trạng khá thường gặp, được tìm thấy khoảng 3,2% (1,9-5,2%) dân số trên thế giới và tỷ lệ ngày càng tăng nhờ sự phát triển vượt bậc của các kỹ thuật thăm khám hình ảnh mạch máu não như CLVT đa dãy dựng hình mạch não, chụp CHT mạch não hay chụp mạch não số hóa xóa nền (DSA), sự tiến bộ về kỹ thuật siêu âm doppler xuyên sọ nên chẩn đoán TP mạch não ngày càng được phát hiện sớm hơn [1]. Phần lớn túi phình động mạch não không vỡ trong suốt cuộc đời. Trung bình 1 triệu người trưởng thành trong quần thể chung có khoảng 32 nghìn người có túi phình động mạch và chỉ 0,25% trong số này (1/200-1/400) sẽ vỡ [5]. Tuy nhiên, nếu túi phình động mạch vỡ sẽ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng và để lại nhiều di chứng nặng nề. Điều trị túi phình động mạch não trong trong sọ vẫn là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng, cần phải phối hợp chặt chẽ các chuyên ngành hồi sức, gây mê, nội thần kinh để từ đó đưa ra chiến lược điều trị hợp lý nhất. Trong đó, phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn túi phình động mạch não khỏi vòng tuần hoàn đóng vai trò quan trọng nhằm giải quyết nguyên nhân, tránh biến chứng chảy máu tái phát, đồng thời giải quyết các biến chứng như chèn ép thần kinh, giãn não thất, khối máu tụ trong não... Điều trị can thiệp nội mạch được nâng cao về kỹ thuật với nhiều phương pháp, vật liệu mới được áp dụng trong điều trị ngay cả khi túi phình động mạch não vỡ. Tuy nhiên, các báo cáo đã được công bố tại Việt Nam cũng như trên thế giới cho rằng điều trị can thiệp mạch não có nguy cơ tái thông cao 14- 33% và đây cũng là nguyên nhân gây chảy máu tái phát của túi

phình - biến chứng không mong muốn nhất trong điều trị túi phình động mạch não [3] [6]. Xuất phát từ thực tế mong muốn đánh giá toàn diện về bệnh cảnh vỡ túi phình động mạch não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả bước đầu điều trị phình mạch não vỡ bằng vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên" Nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phình mạch não vỡ bằng vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình mạch não tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ phình động mạch não và được phẫu thuật kẹp cổ túi phình vi phẫu tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện trung ương Thái Nguyên thời gian nghiên cứu: 9/2019 đến 10/2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu.** BN được chẩn đoán lâm sàng xác định phình động mạch não vỡ

BN được chụp cắt lớp vi tính đa dãy.

BN được phẫu thuật kẹp cổ túi phình vi phẫu BN hoặc người nhà đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

BN được theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng sau phẫu thuật.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** BN được chuẩn đoán phình động mạch não vỡ nhưng có lâm sàng nặng, GCS < 5 điểm

BN được chuẩn đoán phình động mạch não vỡ nhưng không can thiệp phẫu thuật.

BN có phình động mạch não vỡ nhưng có tiền sử bệnh lý toàn thân nặng: suy tim độ 4, suy thận giai đoạn cuối có chạy thận chu kỳ, rối loạn đông máu.

BN hoặc gia đình không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ 9/2019 đến 10/2022.

Địa điểm nghiên cứu: khoa ngoại thần kinh – cột sống Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu và tiền cứu các trường hợp vỡ phình mạch não được phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu.

**2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn lựa và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được can thiệp phẫu thuật trong thời gian tiến hành nghiên cứu 31 bệnh nhân.

**2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu**

**2.4.1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Tuổi: BN được thu thập các giá trị tuổi, thống kê tuổi trung bình mắc bệnh, tuổi lớn nhất và nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán xác định.

Cách khởi phát bệnh:

- Đột ngột: các triệu chứng lâm sàng diễn ra đột ngột dưới 30 phút

- Cấp tính: các triệu chứng lâm sàng diễn ra: 30 - 60 phút

- Từ từ tăng dần: các triệu chứng diễn ra trên 60 phút đến nhiều ngày.

Các triệu chứng lâm sàng khi khởi phát bệnh: Lý do chính khiến BN than phiền được ghi nhận: đau đầu, buồn nôn và nôn, mất tri giác tạm thời, co giật động kinh, hôn mê sau đột quỵ hay các dấu hiệu TK khu trú: liệt vận động, sụp mí, nhìn mờ...

Các triệu chứng và hội chứng lâm sàng khi đến viện: theo Phân độ Hunt – Hess

**2.4.2. Nghiên cứu hình ảnh học của túi phình động mạch não vỡ**

a. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính không tiêm thuốc cản quang

- Thống kê các biến chứng của vỡ túi phình động mạch não trên phim chụp: chảy máu nhu mô não, giãn não thất, chảy máu não thất, chảy máu dưới màng cứng.

b. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA). Nghiên cứu vị trí, kích thước túi phình động mạch não.

Đánh giá sự tồn dư túi phình sau can thiệp

**2.4.3. Đánh giá kết quả điều trị.** Đánh giá kết quả điều trị ở thời điểm ra viện và 3 tháng sau ra viện

Đánh giá lâm sàng: dựa vào tình trạng lâm sàng sau phẫu thuật (1-2 tuần) và thời điểm xuất viện dựa theo thang điểm GOS.

Đánh giá phim chụp mạch não CLVT thời điểm ra viện và 3 tháng sau ra viện.

**2.4.4. Các tai biến, biến chứng**

Vỡ túi phình trong mổ

Thiếu máu, co thắt mạch sau mổ

**Bảng 3.4. Phân độ Hunt – Hess lúc vào viện và trước mổ**

|                                | Tổng             | Phân độ Hunt-Hess trước mổ |                   |                  |                   |         |
|--------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|------------------|-------------------|---------|
|                                |                  | Độ 1                       | Độ 2              | Độ 3             | Độ 4              |         |
| Phân độ Hunt-Hess lúc vào viện | Độ 1             | 4 (12,9%)                  | 3                 | 1                | 0                 | p<0,001 |
|                                | Độ 2             | 11 (35,5%)                 | 0                 | 10               | 0                 |         |
|                                | Độ 3             | 7 (22,5%)                  | 0                 | 0                | 5                 |         |
|                                | Độ 4             | 9 (29,1%)                  | 0                 | 0                | 0                 |         |
| <b>Tổng</b>                    | <b>31 (100%)</b> | <b>3 (9,7%)</b>            | <b>11 (35,5%)</b> | <b>6 (19,4%)</b> | <b>11 (35,5%)</b> |         |

Phù não, Dẫn não thất, viêm màng não

**2.5. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu theo bảng phần mềm SPSS. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ minh họa.

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.** Các vấn đề của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tôn trọng và bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Việc công bố kết quả nghiên cứu chỉ thể hiện dưới dạng số liệu, không ảnh hưởng đến đời sống của đối tượng nghiên cứu. BN được cung cấp số điện thoại của nghiên cứu sinh để liên lạc trực tiếp.

Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1 Phân bố theo tuổi**

| Độ tuổi         | n                 | %          |
|-----------------|-------------------|------------|
| <40             | 4                 | 12,9       |
| 40-59           | 19                | 61,3       |
| ≥60             | 8                 | 25,8       |
| <b>Tổng</b>     | <b>31</b>         | <b>100</b> |
| Tuổi trung bình | 52,7±11,1 (28;76) |            |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 52,7±11,1; tuổi hay gặp là từ 40 – 59 tuổi chiếm 61,3%

**Bảng 3.2. Bảng cách thức khởi phát bệnh**

| Cách thức khởi phát | Số BN | Tỉ lệ % |
|---------------------|-------|---------|
| Đột ngột            | 31    | 100     |
| Từ từ               | 0     | 0       |

**Nhận xét:** 100% các trường hợp vỡ phình mạch có triệu chứng khởi phát đột ngột

**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng khi khởi phát**

| Triệu chứng     | n  | %     |
|-----------------|----|-------|
| Đau đầu dữ dội  | 29 | 93,5% |
| Buồn nôn        | 18 | 58,1% |
| Nôn             | 10 | 32,2% |
| Rối loạn ý thức | 8  | 25,8  |
| Co giật         | 1  | 3,2%  |

**Nhận xét:** Đau đầu dữ dội là triệu chứng khởi phát thường gặp 93,5%, bên cạnh đó buồn nôn hoặc nôn cũng rất hay gặp 90,3%, rối loạn ý thức gặp 25,8%. Co giật chỉ gặp 1 trường hợp chiếm 3,2%.

**Nhận xét:** Độ 2 là mức độ hay gặp nhất khi vào viện chiếm 35,5%. Trước mổ có sự tiến triển xấu đi, Độ Hunt- Hess hay gặp là độ 2, độ IV cùng chiếm 35,5%.

**Bảng 3.5: Vị trí túi phình vỡ**

| Vị trí túi phình      | Bên  |      | Tổng 40 | (%)  |
|-----------------------|------|------|---------|------|
|                       | Trái | Phải |         |      |
| ĐM não giữa           | 7    | 8    | 15      | 37,5 |
| ĐM mắt                | 0    | 1    | 1       | 2,5  |
| ĐM thông sau          | 8    | 9    | 17      | 42,5 |
| ĐM mạch não trước     | 2    | 0    | 2       | 5    |
| ĐM thông trước (lệch) | 2    | 3    | 5       | 12,5 |

**Nhận xét:** Vị trí túi phình hay gặp là cảnh trong đoạn thông sau 42,5% và não giữa 37,5%. Thông trước gặp 12,5%. Ít gặp túi phình động mạch não trước 5% và mắt 3,2%.

**Bảng 3.6: Kích thước các túi phình được xác định trên CTA**

| Kích thước          | Túi 1     | Túi 2    | Túi 3    | Tổng      | (%)        |
|---------------------|-----------|----------|----------|-----------|------------|
| Đường kính <5mm     | 18        | 5        | 0        | 23        | 57,5       |
| Đường kính 5-9,99mm | 12        | 3        | 1        | 16        | 40         |
| Đường kính 10-25mm  | 1         |          |          | 1         | 2,5        |
| Đường kính >25mm    | 0         |          |          | 0         | 0          |
| <b>Tổng</b>         | <b>31</b> | <b>8</b> | <b>1</b> | <b>40</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 40 túi phình được đo kích thước trên CTA trong tổng số 40 túi phình được phát hiện trong đó đường kính dưới 5mm chiếm 57,5%, không có trường hợp nào là túi phình khổng lồ trên 25mm.

**Bảng 3.9. Kết quả phục hồi chức năng theo GOS ra viện và sau 3 tháng**

| Điểm GOS lúc xuất viện | Điểm GOS sau 3 tháng |                 |                 |                  |                   | Tổng      |
|------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------|
|                        | 1                    | 2               | 3               | 4                | 5                 |           |
| 2                      | 0                    | 2               | 1               | 0                | 0                 | 3         |
| 3                      | 0                    | 0               | 1               | 2                | 0                 | 3         |
| 4                      | 0                    | 0               | 0               | 2                | 8                 | 10        |
| 5                      | 0                    | 0               | 0               | 0                | 14                | 14        |
| <b>Tổng</b>            | <b>0</b>             | <b>2 (6,7%)</b> | <b>2 (6,7%)</b> | <b>4 (13,3%)</b> | <b>22 (73,3%)</b> | <b>30</b> |

**Nhận xét:** Khi ra viện có 77,4% hồi phục tốt theo GOS, 01 BN GCS 1 điểm.

Sau 3 tháng có 86,6% hồi phục tốt, chỉ còn 6,7% GOS xấu không có sự hồi phục về thần kinh

**Bảng 3.10. Biến chứng vỡ túi phình trong phẫu thuật**

| Vỡ túi phình       | Số BN | Tỉ lệ % |
|--------------------|-------|---------|
| Trước khi bóc tách | 1     | 2,5     |
| Khi bóc tách       | 2     | 5       |
| Khi đặt Clip       | 5     | 12,5    |

**Nhận xét:** Vỡ túi phình thường xảy ra khi đặt clip chiếm 12,5%, 5% vỡ khi bóc tách, chỉ 2,5% vỡ khi mở sọ, chưa bóc tách túi phình

**Bảng 3.11. Các biến chứng sau phẫu thuật**

| Biến chứng sau phẫu thuật | Số BN | Tỉ lệ % |
|---------------------------|-------|---------|
| Viêm màng não             | 0     | 0       |

**Bảng 3.7. Phương pháp xử trí túi phình**

| Phương pháp        | Túi phình 1 | Túi phình kèm theo |             | Tổng      |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|
|                    |             | Túi phình 2        | Túi phình 3 |           |
| Không xử trí       | 0           | 0                  | 1           | 1         |
| Kẹp clip đơn thuần | 30          | 8                  |             | 38        |
| Kẹp động mạch mang | 0           |                    |             | 0         |
| Bọc túi phình      | 1           | 0                  |             | 1         |
| <b>Tổng cộng</b>   | <b>31</b>   | <b>8</b>           | <b>1</b>    | <b>40</b> |

**Nhận xét:** Kẹp cổ túi phình bằng clip đơn thuần là phương pháp xử lý chính chiếm 95%, 1 trường hợp phải bọc túi phình gia cố chiếm 2,5% và 1 trường hợp túi phình thứ 3 không được kẹp cùng chiếm 2,5%. Không có trường hợp nào phải kẹp động mạch mang.

**Bảng 3.8. Kết quả trên phim chụp CLVT mạch máu não tại thời điểm sau mổ 1 tuần và 3 tháng sau ra viện**

| 7 ngày sau mổ | Hết hoàn toàn túi phình | 38 (97,4%)       | 3 tháng          |             |
|---------------|-------------------------|------------------|------------------|-------------|
|               |                         |                  | Hết cổ hoàn toàn | Còn thừa cổ |
|               | Còn thừa cổ             | 1 (2,6%)         | 0                | 0           |
| <b>Tổng</b>   |                         | <b>39 (100%)</b> | <b>38 (100%)</b> | <b>0</b>    |

**Nhận xét:** Sau mổ 7 ngày hầu hết túi phình được loại bỏ hoàn toàn 97,4%, chỉ 2,6% thừa cổ. Sau 3 tháng không có túi phình nào tái phát.

|               |   |      |
|---------------|---|------|
| Giãn não thất | 1 | 3,2  |
| Phù não       | 0 | 0    |
| Thiếu máu não | 6 | 19,3 |

**Nhận xét:** Thiếu máu não là biến chứng hay gặp chiếm 19,3%, giãn não thất gặp 1 trường hợp chiếm 3,2%, không có trường hợp nào phù não hoặc viêm màng não.

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật vi phẫu kẹp cổ túi phình cho kết quả lâu dài tốt, tỉ lệ tái phát thấp hơn so với can thiệp nội mạch [2]. Tuy nhiên do thời gian nghiên cứu hạn chế, số lượng bệnh nhân ít, chúng tôi chỉ đồng nhất đánh giá kết quả sau 3 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 28 đến 76. Đa số bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 -

59, chiếm tỉ lệ 61,3%. Các nghiên cứu đa trung tâm cho thấy nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi. Tỉ lệ mắc cao hơn gấp ở nhóm tuổi 45-55. Nguy cơ tăng lên khoảng 1.06 lần qua mỗi năm tuổi tăng thêm [3] [5] [9].

Cách thức khởi phát bệnh và triệu chứng khởi phát được ghi nhận là khởi phát đột ngột (100%) và triệu chứng thường gặp là đau đầu dữ dội như sét đánh (93,5%) phù hợp với mô tả của các tác giả khác về bệnh cảnh của vỡ túi phình mạch não do sự tràn máu vào khoang dưới nhện và não thất [1] [6]

Phân độ Hunt-Hess khi vào viện với độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 35,5%, độ 4 chiếm 29,1%, độ 3 chiếm 22,5%, độ 1 chiếm 12,9% và không có độ 5 trong nghiên cứu. Phân độ Hunt-Hess trước mổ có thay đổi so với lúc vào viện. Có 4 bệnh nhân tăng độ Hunt-Hess so với lúc vào viện, trong đó có 1 bệnh nhân tăng độ 1 lên độ 2; 1 bệnh nhân độ 2 tăng lên độ 3, 2 bệnh nhân tăng độ 3 lên độ 4. Không có bệnh nhân nào giảm độ Hunt – Hess. Độ lâm sàng Hunt-Hess là một trong các yếu tố giúp quyết định chỉ định phẫu thuật và tiên lượng kết quả điều trị. Trong một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, khoảng 20-40% bệnh nhân được đưa đến viện với tình trạng lâm sàng nặng (Hunt-Hess 4,5), và có sự liên quan độ Hunt-Hess trước mổ và kết quả phục hồi sau mổ [3] [7] [8]

Vị trí phân bố túi phình gặp nhiều nhất là ở động mạch não thông sau chiếm 42,5%, động mạch não giữa chiếm 37,5%. Các vị trí còn lại là động mạch thông trước, động mạch mắt, động mạch não trước chiếm tỉ lệ lần lượt là 12,5%, 5% và 2,5% tương tự nghiên cứu của Võ Bá Tường và cộng sự [4].

Các túi phình được đo trong nghiên cứu có kích thước <5mm với 23 túi, chiếm 57,5%. Nhóm có đường kính 5-9,99 mm với 16 túi, chiếm 40%; nhóm có đường kính 10-25 mm với 1 túi, chiếm 2,5%. Không có túi phình kích thước khổng lồ >25mm trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ về kích thước túi phình của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của các tác giả trong nước [2] [3] [4].

Hầu hết túi phình được xử trí bằng kẹp clip đơn thuần thành công với 39 túi phình. Trong đó 1 túi phình được xử trí bằng bọc túi phình, do túi phình động mạch cảnh trong đoạn thông sau hình thoi thành mỏng, vôi hóa nhiều, kẹp có nguy cơ tắc vì vậy phải tạo hình và gia cố bằng cách bọc quanh túi phình. Một trường hợp túi phình động mạch thông trước hướng lên trên và ra ngoài, trong quá trình phẫu thuật, khi đang

mở sọ thấy não ngày càng căng, mở màng cứng thấy máu chảy rất nhiều, đây là trường hợp vỡ trước khi bóc tách. Sau khi hút 1 phần thùy trán, kẹp tạm mạch mang đã kẹp được hoàn toàn cổ túi phình, tuy nhiên đây là trường hợp sau mổ bị tổn thương thần kinh không hồi phục. 1 trường hợp túi phình thông trước trong mổ quan sát được kẹp hoàn toàn cổ, tuy nhiên sau 7 ngày bệnh nhân xuất hiện hôn mê, chụp CLVT lại thấy xuất huyết dưới nhện và túi phình tồn dư. Trường hợp này gia đình xin về và sau đó tử vong. Trường hợp túi phình không được kẹp hoặc gia cố là do trong bệnh cảnh có 3 túi phình và 1 túi chưa vỡ ở động mạch não giữa bên đối diện, ít có nguy cơ vỡ nên để theo dõi không xử trí trong lần phẫu thuật này.

Tất cả bệnh nhân đều được chụp CTA kiểm tra sau mổ. Theo kết quả chụp kiểm tra, trong 39 túi phình được kẹp, tỉ lệ kẹp hết hoàn toàn túi phình chiếm 97,4%, 2,6% còn thừa một phần cổ túi phình. 30 bệnh nhân sống sau ra viện đều được hẹn chụp lại CTA ở thời điểm 3 tháng, không có trường hợp nào tái phát túi phình. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Bá Tường và cộng sự [4]

Kết quả điều trị về mặt lâm sàng được đánh giá theo thang điểm GOS. Kết quả điều trị sau mổ đạt tốt (4 và 5 điểm) chiếm tỉ lệ 77,4%, kết quả trung bình (3 điểm) chiếm 9,7%, kết quả xấu (2 điểm) chiếm 9,7% trong đó có 1 bệnh nhân tử vong (1 điểm) chiếm 3,2%. Trường hợp tử vong là do túi phình tồn dư bị vỡ lại. Vì thời gian nghiên cứu bị hạn chế, chúng tôi chỉ theo dõi sau mổ trong thời gian 3 tháng. Có 11 bệnh nhân cải thiện sau 3 tháng chiếm tỉ lệ 36,7%. Trong đó có 2 bệnh nhân GOS 3 tăng lên 4; 8 bệnh nhân GOS 4 tăng lên 5. Có 1 bệnh nhân GOS 2 tăng lên 3. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Võ Bá Tường (2020), tỉ lệ đạt kết quả tốt (GOS 4-5) chiếm 65,8%, 7,3% có kết quả trung bình, 27,9% có kết quả xấu (GOS 1-2). Trong 27,9% bệnh nhân có kết quả xấu, có 24,4% bệnh nhân tử vong và 2,5% bệnh nhân sống thực vật [4]. Tác giả Nguyễn Sơn (2010) đánh giá khi ra viện về mặt lâm sàng tỷ lệ tốt chiếm 81,1%, kết quả trung bình là 10,5%, kết quả xấu có 8,4% [3]. Kết quả khi xuất viện trong nghiên cứu của Vũ Minh Hải (2014) tốt chiếm tỉ lệ 73,0%, trung bình 16,7%, xấu 10,3% (tử vong 6,3%) [1].

Theo bảng 3.10 và 3.11, Chúng tôi gặp vỡ túi phình khi mổ là 20%, giãn não thất 3,2%, dư cổ túi phình 3,2%. Các tai biến và biến chứng trong và sau mổ của chúng tôi tương tự như

nghiên cứu của Nguyễn Sơn (2010) [3]

## V. KẾT LUẬN

Phình động mạch não vỡ là một cấp cứu ngoại khoa gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 40-59 (61,3%) thường khởi phát đột ngột (100%) với triệu chứng đau đầu dữ dội như sét đánh (93,5%)

Độ Hunt – Hess thường gặp là độ 2(35,5%), độ 4 chiếm 29,1%, độ 3 chiếm 22,5%, Độ lâm sàng Hunt-Hess là một trong các yếu tố giúp quyết định chỉ định phẫu thuật và tiên lượng kết quả điều trị, có sự liên quan độ Hunt-Hess trước mổ và kết quả phục hồi sau mổ.

Phẫu thuật kẹp phình mạch vi phẫu đem lại kết quả tốt, loại bỏ được 97,4% túi phình. Khi đã kẹp hoàn toàn, tỷ lệ tái phát là 0% trong 3 tháng sau phẫu thuật.

Sự hồi phục tốt về thần kinh theo thang điểm GOS ở thời điểm ra viện và 3 tháng cao 86,6%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Minh Hải (2014)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não vỡ, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Việt Sơn (2019)**, Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ, Luận án Tiến sĩ, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.

3. **Nguyễn Sơn (2010)**, Nghiên cứu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị vi phẫu thuật kẹp túi phình động mạch não trên lều đã vỡ, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
4. **Võ Bá Tường (2020)**, "Đánh giá kết quả điều trị phình động mạch não bằng phẫu thuật kẹp clip vi phẫu", Tạp Chí Y Học Lâm Sàng, Số 59/2020, tr. 11-19.
5. **N. Etmnan et al (2019)**, "Worldwide Incidence of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage According to Region, Time Period, Blood Pressure, and Smoking Prevalence in the Population: A Systematic Review and Meta-analysis", JAMA Neurol. 76(5), tr. 588-597.
6. **N. Etmnan et al (2022)**, "European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of unruptured intracranial aneurysms", Eur Stroke J. 7(3), tr. V.
7. **B. N. Jaja et al (2015)**, "Prognostic value of pre-morbid hypertension and neurological status in aneurysmal subarachnoid hemorrhage: pooled analyses of individual patient data in the SAHIT repository", J Neurosurg. 122(3), tr. 644-52.
8. **M. Pegoli et al (2015)**, "Predictors of excellent functional outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage", J Neurosurg. 122(2), tr. 414-8.
9. **Edoardo Picetti et al (2022)**, "Early management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage in a hospital with neurosurgical/neuroendovascular facilities: a consensus and clinical recommendations of the Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI)—part 2", Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care. 2(1), tr. 21.

## ĐẶC ĐIỂM SARCOPENIA Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Trần Thị Hương<sup>1</sup>, Phạm Hoài Thu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Sarcopenia (thiếu cơ) là bệnh lý có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng chi phí y tế, tăng tỷ lệ tàn tật và tỷ lệ nhập viện ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT). **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm Sarcopenia và khảo sát một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 41 bệnh nhân VKDT điều trị ngoại trú từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2023. Chẩn đoán Sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019) và VKDT theo tiêu chuẩn EULAR 2010. **Kết quả:** Tỷ lệ của Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT là 48,8%, trong đó Sarcopenia thể nặng là 12,2%. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung

bình tính theo thang điểm DAS28-CRP chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Mức độ hoạt động bệnh, tình trạng dinh dưỡng, trình độ học vấn có mối liên hệ chặt chẽ với Sarcopenia với  $p < 0,05$ . Chưa thấy có mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới, BMI, nơi ở, tình trạng loãng xương, thuốc DMARDs với Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT. **Kết luận:** Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân VKDT điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cao, đặc biệt ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh, có tình trạng suy dinh dưỡng và trình độ học vấn thấp. Chính vì thế, việc sàng lọc và phát hiện sớm Sarcopenia trên bệnh nhân VKDT là thực sự cần thiết, giúp nhanh chóng kiểm soát và đạt được hiệu quả điều trị một cách toàn diện. **Từ khóa:** Sarcopenia, viêm khớp dạng thấp (VKDT), Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019)

### SUMMARY

#### SARCOPENIA AND FACTORS ASSOCIATED IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Sarcopenia is a disease that affects quality of life, increases the burden of medical costs, increases disability and hospitalization rates in patients with rheumatoid arthritis. **Objectives:** To describe the characteristics of Sarcopenia and survey some related

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023