

phòng hộ cá nhân là 49,3%; cao hơn so với nam gấp 2,1 lần, có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Đối tượng nghiên cứu thuộc hệ nội có kiến thức đạt đối với VST cao hơn gấp 1,6 lần so với đối tượng thuộc hệ ngoại, có ý nghĩa với  $p < 0,05$  [6].

## V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức thực hành về phòng ngừa chuẩn điều dưỡng viên tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương

+ Kiến thức chung về PNC của điều dưỡng: Đạt chiếm 86,4% và Chưa đạt: 13,6%

+ Thực hành chung về PNC của điều dưỡng: Đạt chiếm 81,1 và Chưa đạt: 18,9%

2. Một yếu tố liên quan đến kiến thức thực hành về phòng ngừa chuẩn của điều dưỡng

+ Liên quan đến kiến thức: có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa Bộ phận công tác (giữa khối Nội với các khối khác); giữa có chứng chỉ hành nghề với phòng ngừa chuẩn

+ Liên quan đến thực hành: điều dưỡng trình độ chuyên môn thực hành chưa đạt cao hơn so với những người trình độ cao đẳng/đại học, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Minh Dương (2022), Kiến thức, thực hành của Điều dưỡng viên trong công tác phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
2. Bùi Hồng Giang (2013), Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
3. Nguyễn Thị Minh Huệ (2022) Kiến thức, thái độ về phòng ngừa chuẩn của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2022
4. Mã Thị Hà (2020), Kiến thức, thực hành, thái độ của Điều dưỡng trong công tác phòng ngừa chuẩn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng năm 2020. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
5. Vũ Thị Thu Thủy, Trương Tuấn Anh (2018), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về phòng ngừa chuẩn của sinh viên điều dưỡng trường Đại Học Y khoa Vinh năm 2018, Tạp chí nghiên cứu khoa học.1(2), 84-89.
6. Bùi Thị Xuyên, Nguyễn Xuân Bái và Hoàng Thị Hòa (2018), "Kiến thức, thực hành của nhân viên y tế trong thực hiện một số biện pháp phòng ngừa chuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018", Tạp chí Y học Cộng Đồng, tr. Số 3 (50), Tháng 05-06/2019.
7. Drohan SE, Levin SA, Grenfell BT(2019), Incentivizing hospital infection control, Proc Natl Acad Sci U S A.116(13), 6221-6225

## BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO CHƯA VỠ TẠI TRUNG TÂM THẦN KINH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Phan Văn Đức<sup>1,2</sup>, Doãn Thị Huyền<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Vân<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét bước đầu kết quả điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân (BN) có phình động mạch não chưa vỡ từ tháng 07/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Số lượng túi phình động mạch não có triệu chứng lâm sàng chiếm 40/138 túi phình (28,99%). Kích thước trung bình túi phình  $10,75 \pm 6,92$  mm và nguy cơ vỡ (điểm PHASE)  $9,75 \pm 4,71$  ở nhóm đau đầu cấp tính lớn hơn nhóm đau đầu không cấp tính tương ứng  $5,35 \pm 3,92$  mm và  $4,83 \pm 2,9$  ( $p < 0,05$ ). Tất cả 100% (13/13) BN được can thiệp đều ghi nhận loại bỏ hoàn toàn túi phình và tỷ lệ tai biến 2/13 BN (15,4%), trong đó 1/4

BN (25%) được phẫu thuật kẹp cổ túi phình có biến chứng nhồi máu não do huyết khối trong túi phình. Có 1/9 BN (11,1%) được can thiệp nội mạch do đặt WEB phình không lõ tại đỉnh động mạch thân nền, tử vong do sốc mất máu. 92,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau điều trị can thiệp với điểm GOS-E  $\geq 5$ . **Kết luận:** Điều trị túi phình chưa vỡ cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ trong đó do tỷ lệ rủi ro tai biến không phải thấp. **Từ khóa:** Phình động mạch não chưa vỡ, Hình ảnh học, Thang điểm GOS-E

### SUMMARY

#### COMMENT ON INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF UNRUPTURED CEREBRAL ANEURYSMS AT THE NEUROLOGICAL CENTER IN BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** Comment on the initial results of treatment of unruptured cerebral aneurysms at the Neurological Center, Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** Our research method is a cross-sectional description of 123 patients with unruptured cerebral aneurysms. of 123 patients with unruptured cerebral aneurysms from July 2021 to June 2022. **Results:** The number of symptomatic cerebral aneurysms in the clinic accounts for 40/138 aneurysms (28.99%). The

<sup>1</sup>Trung tâm Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn  
Email: ngtuan21965@gmail.com-

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023

average aneurysm size was  $10.75 \pm 6.92$  mm, and the risk of rupture (PHASE score) was  $9.75 \pm 4.71$  in the acute headache group compared to the non-acute headache group, respectively  $5.35 \pm 3.92$  mm and  $4.83 \pm 2.9$  ( $p < 0.05$ ). All 100% (13/13) of patient intervention recorded complete removal of the aneurysm and had a complication rate of 2/13 patients (15.4%), of which 1/4 patients (25%) had surgery to clamp the neck of the aneurysm and the aneurysm is complicated by cerebral infarction due to thrombosis in the aneurysm. 1/9 patients (11.1%) who received endovascular intervention due to the placement of a WEB on a giant aneurysm at the top of the basilar artery died due to hemorrhagic shock. 92.3% of patients achieved good results after interventional treatment with a GOS-E score  $\geq 5$ . **Conclusion:** The treatment of unruptured aneurysms needs to consider the benefits and risks, in which the risk rate of complications is not low.

**Keywords:** Unruptured cerebral aneurysm, Imaging, GOS-E score

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là một bệnh khá thường gặp, chiếm khoảng 3,2% dân số.<sup>1</sup> Hầu hết các túi phình, đặc biệt là các túi phình nhỏ, không bị vỡ. Trong kỷ nguyên phát triển vượt bậc của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mạch máu não như chụp mạch não cắt lớp vi tính (CTA), chụp mạch não cộng hưởng từ (MRA) hoặc chụp mạch não số hóa xóa nền (DSA), chẩn đoán phình động mạch não ngày càng được phát hiện sớm.

Điều trị phình động mạch não chưa vỡ có biến chứng cũng đã đạt được nhiều thành tựu rất đáng kể. Có nhiều phương pháp điều trị như phẫu thuật kẹp cổ túi phình, can thiệp nội mạch. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cụ thể được cá thể hóa trong từng trường hợp. Cho đến nay trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phình động mạch não nói chung và phình động mạch não chưa có biến chứng nói riêng. Tuy nhiên ở nước ta, các nghiên cứu phần lớn tập trung vào phình động mạch não đã có biến chứng, chưa có nhiều nghiên cứu về phình động mạch não chưa vỡ. Với mong muốn tìm hiểu thêm về phình động mạch não chưa vỡ, chưa có biến chứng chảy máu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Bước đầu nhận xét kết quả điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 123 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là phình động mạch não chưa vỡ, được điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01 tháng 07 năm 2021 đến ngày 30 tháng 06 năm 2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên  
+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch não chưa vỡ dựa trên lâm sàng kết hợp với MSCT và/ hoặc MRA não.

+ Bệnh nhân chưa từng có xuất huyết dưới nhện  
Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân có dị dạng động mạch não kèm theo như dị dạng thông động - tĩnh mạch não, thông động - tĩnh mạch màng cứng, thông động mạch cảnh xoang hang, dị dạng tĩnh mạch não và các loại dị dạng khác

### Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang  
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện  
- Phương pháp nghiên cứu:

+ Chúng tôi sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất bao gồm các phần hỏi bệnh, khám bệnh, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, diễn biến và hướng xử trí bệnh nhân.

+ Xét nghiệm cận lâm sàng: chụp MRA não, chụp MSCT mạch não được thực hiện tại Trung tâm Điện quang - Bệnh viện Bạch Mai. Việc đánh giá có sự phối hợp của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và chuyên khoa thần kinh. Các yếu tố đánh giá túi phình mạch máu não bao gồm: Số lượng, vị trí, hình thái, kích thước túi phình động mạch, đường kính cổ túi phình, tỉ số AR (chiều dài túi phình/ đường kính cổ túi)... Trong số 123 BN có phình mạch não có 82 BN được chụp MSCT mạch não và 75 BN được chụp MRA não (34 BN được chụp cả MRA và MSCT não).

+ Đánh giá lâm sàng chung kết quả điều trị tại thời điểm xuất viện theo thang điểm GOS-E (Glasgow outcome scale - Extended).<sup>2</sup>

**Bảng 15. Phân độ kết quả theo thang điểm GOS-E**

Điểm	Biểu hiện
1	Tử vong
2	Sống thực vật. Tự mở mắt, không nói, không đáp ứng
3	Tàn phế rất nặng nhưng tỉnh táo, cần hỗ trợ toàn bộ hoạt động sinh hoạt
4	Tàn phế nặng nhưng tỉnh táo, cần hỗ trợ một phần hoạt động sinh hoạt
5	Tàn phế vừa, có thể tự đi lại được nhưng không thể tiếp tục công việc/ học tập hay tất cả các hoạt động xã hội
6	Tàn phế nhẹ, có thể đi lại được, có thể tiếp tục một phần công việc hoặc hoạt động trước đó
7	Hồi phục khá tốt, còn ít khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày
8	Hồi phục tốt, có thể trở lại công việc cũ, cuộc sống bình thường như trước

Đánh giá kết quả: Kết quả tốt: 5 - 8 điểm  
 Kết quả trung bình: 3 - 4 điểm  
 Kết quả xấu: 1 - 2 điểm

+ Chúng tôi đánh giá nguy cơ vỡ phình mạch theo thang điểm PHASE:<sup>3</sup> tính điểm trung bình của nhóm.

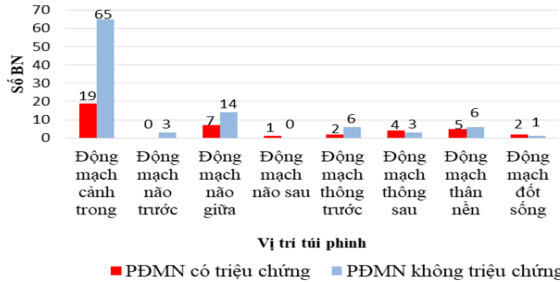
- Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS.20

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 123 bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ có 97,1% phình hình túi (134/ 138 túi phình), kích thước túi phình <7 mm chiếm 84,1%

**3.1. Một số đặc điểm hình ảnh học phình mạch não chưa vỡ**

+ Đặc điểm hình ảnh học của phình động mạch não chưa vỡ có triệu chứng. Số lượng phình động mạch não chưa vỡ có triệu chứng 40 túi phình, trong đó ở vị trí động mạch cảnh trong có 19 túi phình, động mạch não giữa có 7 túi phình, có 5 túi phình động mạch thân nền và 4 túi phình động mạch thông sau, 2 túi phình động mạch thông trước và 2 túi phình động mạch đốt sống và chỉ có duy nhất 1 túi phình động mạch não sau biểu hiện triệu chứng.



**Biểu đồ 1. Phân bố vị trí túi phình động mạch não chưa vỡ**

**Nhận xét:** Túi phình động mạch não có triệu chứng chiếm 40/138 (28,99%), trong đó: 19/40 BN (47,5%) phình động mạch cảnh trong, 7/21 bệnh nhân (17,5%) phình động mạch não giữa, có 2/40 (5%) phình động mạch thông trước, có 4/40 (10%) phình động mạch thông sau; 5/40 (12,5%) phình động mạch thân nền và 2/40 BN (5%) phình động mạch đốt sống có triệu chứng.

**Bảng 16. Kích thước của phình động mạch não có triệu chứng và không triệu chứng**

	Có triệu chứng (n = 40)	Không triệu chứng (n = 98)	p
Kích thước trung bình	7,51 ± 6,19	4,48 ± 2,82	0,008

**Nhận xét:** Kích thước trung bình của phình động mạch não có triệu chứng và không triệu chứng lần lượt là 7,51 ± 6,19mm và 4,48 ± 2,82mm, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,008.

+ **Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh học của phình động mạch não chưa vỡ và triệu chứng đau đầu**

**Bảng 17. Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh của phình động mạch não và triệu chứng đau đầu**

Đặc điểm	Đau đầu cấp tính (n = 8)	Đau đầu không cấp tính (n = 27)	P
Kích thước (mm)	10,75 ± 6,92	5,35 ± 3,92	<b>0,011</b>
Tỷ số AR	3,01 ± 1,67	2,95 ± 1,82	0,689
Điểm PHASE	9,75 ± 4,71	4,83 ± 2,9	<b>0,002</b>

**Nhận xét:** Kích thước trung bình khối phình động mạch não và nguy cơ vỡ (điểm PHASE) của nhóm đau đầu cấp tính lớn hơn nhóm đau đầu không cấp tính, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.2. Kết quả bước đầu điều trị túi phình động mạch não chưa vỡ**

**Bảng 18. Phương pháp điều trị của nhóm nghiên cứu**

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Can thiệp nội mạch	Nút coil đơn thuần	0	
	Coil + stent hỗ trợ	0	
	Stent chuyển dòng	8	6,5
	Đặt WEB	1	0,8
Phẫu thuật kẹp cổ túi phình	4	3,3	
Nội khoa	101	82,1	

**Nhận xét:** Trong số 123 bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ có:

- 9 bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội mạch nhưng không đồng ý điều trị.

- 4 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kẹp cổ túi phình; chiếm 3,3%.

- 9 bệnh nhân được can thiệp nội mạch; chiếm 7,3% (trong đó có 8 bệnh nhân được đặt stent đảo hướng dòng chảy và 01 bệnh nhân đặt WEB).

**Bảng 19. Kết quả lâm sàng sau điều trị**

Triệu chứng	Mới xuất hiện	Cải thiện	Xấu hơn	Không thay đổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đau đầu	3	6	0	0	9	61,5
Liệt nửa người	1	0	0	1	2	15,4
Tử vong	0	0	1	0	1	7,7
Khác	0	0	0	3	3	23,1

**Nhận xét:** - Trong số 4 bệnh nhân được phẫu thuật kẹp cổ túi phình:

+ 1 bệnh nhân vào viện vì liệt nửa người trái do nhồi máu não có huyết khối trong lòng túi phình, sau phẫu thuật bệnh nhân liệt nửa người không thay đổi và xuất hiện thêm đau đầu âm ỉ.

+ 3 bệnh nhân khác tình cờ phát hiện phình mạch khi chụp phim mạch não, trong đó có 1 bệnh nhân khi ra viện có đau đầu âm ỉ, 1 bệnh nhân xuất hiện thêm đau đầu và liệt nửa người đối bên với bên có phình động mạch não.

- Trong số 8 bệnh nhân được đặt stent chuyển dòng:

+ 2 bệnh nhân vào viện vì đau đầu cấp tính và 4 bệnh nhân vào viện vì đau đầu không đặc hiệu.

+ 2 bệnh nhân còn lại được phát hiện tình cờ qua phim chụp mạch não.

Tại thời điểm ra viện, cả 6 bệnh nhân vẫn còn triệu chứng đau đầu nhưng mức độ và tần suất đã giảm so với trước đó.

- Bệnh nhân đặt WEB tử vong do tràn máu ổ bụng gây sốc mất máu.

**Bảng 20. Kết quả chụp kiểm tra sau điều trị**

Kết quả	Can thiệp		Phẫu thuật	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Loại bỏ hoàn toàn túi phình	9	100	4	100
Hẹp mạch mang túi phình	1	11,1	0	
Xuất huyết não	0		1	25
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tất cả 9 bệnh nhân được can thiệp mạch và 4 bệnh nhân phẫu thuật đều ghi nhận loại bỏ hoàn toàn được túi phình. Biến chứng gặp 1 bệnh nhân hẹp mạch khi can thiệp nội mạch và 1 bệnh nhân phẫu thuật có biến chứng xuất huyết não. Chúng tôi không gặp trường hợp nào tồn dư cổ túi phình, tắc mạch mang túi phình, tuột clip khỏi cổ túi phình, trôi coil/stent.

**Bảng 21. Kết quả lâm sàng chung khi ra viện theo thang điểm GOS-E**

Kết quả	Can thiệp		Phẫu thuật	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tốt	GOS-E 8 điểm	6	46,2	0
	GOS-E 7 điểm	2	15,3	3
	GOS-E 6 điểm	0		1
	GOS-E 5 điểm	0		0
Trung bình	GOS-E 4 điểm	0		0
	GOS-E 3 điểm	0		0
Xấu	GOS-E 2 điểm	0		0
	GOS-E 1 điểm	1	7,7	0
	<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>69,2</b>	<b>4</b>

**Nhận xét:**

- Điểm GOS-E trung bình sau điều trị là 6,92 ± 1,89. Điểm GOS-E > 5 điểm chiếm 92,3%.

- Điểm trung bình ở nhóm can thiệp là 7 ± 2,3 và ở nhóm phẫu thuật là 6,75 ± 0,5.

- Điểm GOS-E giữa 2 nhóm can thiệp và phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,837.

**Bảng 22. Kết quả lâm sàng riêng cho từng vị trí túi phình**

Vị trí	Phương pháp điều trị	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng	
		n	n	n	n	%
Động mạch cảnh trong	Stent	6	0	0	6	46,2
	Phẫu thuật	1	0	0	1	7,7
Động mạch thân nền	WEB	0	0	1	1	7,7
	Phẫu thuật	1	0	0	1	7,7
Động mạch não giữa	Phẫu thuật	1	0	0	1	7,7
Động mạch thông sau	Phẫu thuật	1	0	0	1	7,7
Động mạch đốt sống	Stent	2	0	0	2	15,4
Tổng		12	0	1	13	100
		92,3%		7,7%		

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 92,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau điều trị can thiệp, trong đó: 100% bệnh nhân sau phẫu thuật kẹp cổ túi phình và đặt stent chuyển dòng đạt kết quả tốt (với điểm GOS-E ≥ 5). Có duy nhất 1 trường hợp có kết quả xấu (GOS-E = 1) sau đặt WEB phình khổng lồ tại đỉnh động mạch thân nền.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 123 bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ có 97,1% phình hình túi (134/ 138 túi phình), kích thước túi phình <7 mm chiếm 84,1%.

Trong đó, 35 bệnh nhân phình động mạch não có triệu chứng đau đầu, nhóm có triệu chứng đau đầu cấp tính có kích thước 10,75 ± 6,92 mm và điểm PHASE là 9,75 ± 4,71 lớn hơn nhóm đau đầu không cấp tính, tương ứng 5,35 ± 3,92 mm và 4,83 ± 2,9 với p<0,05. Thang điểm PHASE được tính dựa trên chủng tộc của người bệnh, tiền sử tăng huyết áp, tuổi, kích thước túi phình, tiền sử xuất huyết dưới nhện và vị trí của túi phình dùng để dự báo nguy cơ vỡ phình động mạch não trong 5 năm. Theo thang điểm PHASE, nguy cơ vỡ trung bình trong 5 năm của cả 2 nhóm lần lượt là 4,5 - 5,3% và 0,9 - 1,3%.<sup>3</sup> Điều này cho thấy, đau đầu cấp tính có thể là biểu

hiện cảnh báo của túi phình động mạch não. Kết quả này tương đồng với kết quả của Wan Z khi nghiên cứu về đau đầu ở bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ tại Trung Quốc, kích thước trung bình của nhóm đau đầu cấp tính là  $11,01 \pm 5,73$  mm lớn hơn nhóm đau đầu không cấp tính ( $8,3 \pm 5,74$  mm) với  $p = 0,077$ .<sup>4</sup> Phình động mạch não có triệu chứng chiếm 40/138 (28,99%), có thể gặp ở động mạch cảnh trong 19/40 BN (47,5%), phình động mạch não giữa (17,5%), động mạch thông trước, động mạch thông sau, động mạch thân, động mạch đốt sống có triệu chứng. Hiện nay chưa có một hướng dẫn cụ thể nào về chỉ định điều trị túi phình động mạch não chưa vỡ, quyết định điều trị chủ yếu dựa vào sự đồng thuận của các chuyên khoa nội thần kinh, phẫu thuật thần kinh và điện quang can thiệp. Trong 123 bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ, có 9 bệnh nhân được can thiệp nội mạch (trong đó có 8 bệnh nhân được đặt stent chuyển dòng, 1 bệnh nhân được đặt WEB), 4 bệnh nhân được phẫu thuật kẹp cổ túi phình. Nhìn chung kết quả điều trị tốt ở cả 2 nhóm bệnh nhân được can thiệp và phẫu thuật. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp có kết quả xấu là tử vong do biến chứng chảy máu ổ bụng sau can thiệp đặt WEB. Về kết cục lâm sàng ngay khi ra viện cho kết cục tốt với điểm GOS-E trung bình sau điều trị là  $6,92 \pm 1,89$  và GOS-E > 5 chiếm 92,3% với cả hai phương pháp điều trị đều có kết quả tốt. Sau điều trị 9 bệnh nhân được can thiệp nội mạch có kết quả chụp mạch máu số hóa xóa nền (Digital Subtraction Angiography - DSA) ngay khi kết thúc can thiệp cho kết quả tắc hoàn toàn túi phình, 1 trường hợp đặt stent điều trị túi phình tại động mạch đốt sống cho kết quả hẹp mạch mang túi phình (chiếm 11,1%). Đối với nhóm phẫu thuật, có 1/4 bệnh nhân sau phẫu thuật có biểu hiện đau đầu nhiều và liệt nửa người mới xuất hiện (chiếm 25%), chụp CLVT não có hình ảnh chảy máu não. Trong một phân tích tổng hợp của 114 nghiên cứu, đánh giá tỷ lệ tàn tật và tử vong của can thiệp nội mạch và phẫu thuật kẹp cổ túi phình, các yếu tố nguy cơ tiên lượng kết quả điều trị phình động mạch não. Đối với liệu pháp can thiệp nội mạch (bao gồm dữ liệu 74 nghiên cứu), nguy cơ biến chứng và tử vong lần lượt là 4,96 và 0,3%.<sup>4</sup> Các yếu tố nguy cơ tiên lượng xấu là giới nữ, đái tháo đường, tăng lipid máu, bệnh tim mạch kèm theo hay các đặc điểm về cấu tạo của túi phình như: túi phình cổ rộng (cổ > 4mm hay AR > 1,6), phình mạch tuần hoàn sau, can thiệp stent chuyển dòng hay nút coil có

stent hỗ trợ. Tương tự vậy, đối với điều trị phẫu thuật kẹp cổ túi phình, tỷ lệ biến chứng và tử vong lần lượt là 8,34% và 0,1%. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tiên lượng xấu là tuổi cao, giới nữ, rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá và túi phình nằm ở tuần hoàn sau hay túi phình có vôi hóa trong lòng.<sup>5</sup> Phẫu thuật thường được chỉ định cho bệnh nhân trẻ tuổi, phình động mạch ở tuần hoàn trước (đặc biệt các vị trí gần bề mặt như phình động mạch não giữa) và các túi phình kích thước nhỏ <10mm. King JT báo cáo tỷ lệ tử vong và biến chứng sau phẫu thuật kẹp cổ túi phình lần lượt là 1% và 4,1%.<sup>6</sup> Theo Wiebers DO, kết quả kém sau phẫu thuật có liên quan đến tuổi (> 50 tuổi), kích thước túi phình càng lớn thì nguy cơ càng cao (4%; 12,1% và 26,5% đối với phình động mạch não có kích thước lần lượt là < 10mm; 10 - 24mm và > 24mm), vị trí túi phình (túi phình ở tuần hoàn sau có nguy cơ biến chứng cao hơn 4,1 lần túi phình ở tuần hoàn trước), tiền sử đột quỵ trước đó và phình động mạch não có triệu chứng cấp tính (nó gợi ý túi phình động mạch não đang tăng trưởng và sắp nứt vỡ).<sup>7</sup> Theo Alshekhlee A biến chứng hay gặp của phình động mạch não chưa vỡ bao gồm: nhồi máu não (6,7% -10%), xuất huyết nội sọ (2,4% - 4,1%), tồn dư túi phình gặp ở 5% trường hợp và 1,5% trường hợp tái phát, nhiễm trùng ở khoảng 0,1% và 9,2% bệnh nhân có xuất hiện cơn co giật.<sup>8</sup> Can thiệp nội mạch đang là một phương pháp điều trị ngày càng trở nên phổ biến. Bệnh nhân với phình động mạch não nằm ở tuần hoàn trước và những túi phình động mạch có kích thước <10mm rất phù hợp để can thiệp. Theo Naggara ON, tỷ lệ biến chứng của can thiệp nội mạch là 4 - 5% và tỷ lệ tử vong khoảng 1 - 2%. Các biến chứng chính bao gồm: huyết khối tắc mạch gặp 2,5% bệnh nhân; 2% bệnh nhân tắc động mạch mang túi phình; bóc tách động mạch ở khoảng 0,7%; ngoài ra còn có các biến chứng như tụ máu, nhiễm trùng rất hiếm khi xảy ra.<sup>9</sup> Theo Wiebers DO, tỷ lệ biến chứng và tử vong của can thiệp nội mạch lần lượt là 6,4% và 3,1%.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Bước đầu nhận thấy điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai mang lại hiệu quả tốt, phương pháp can thiệp nội mạch và phẫu thuật cho kết cục lâm sàng tương tự nhau. 7,3% bệnh nhân được can thiệp nội mạch và 3,3% bệnh nhân được phẫu thuật. 100% bệnh nhân sau phẫu thuật có kết cục lâm sàng

tốt (GOS-E  $\geq$  5 điểm). 100% bệnh nhân can thiệp nội mạch loại bỏ được hoàn toàn túi phình ngay sau can thiệp. Tỷ lệ biến chứng là 22,2% (1 trường hợp hẹp mạch mạng túi phình và 1 trường hợp chảy máu ổ bụng).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stehbens WE.** Aneurysms and Anatomical Variation of Cerebral Arteries. Arch Pathol. 1963;75:45-64.
2. **Wende T, Kasper J, Wilhelmy F, et al.** Comparison of the unruptured intracranial aneurysm treatment score recommendations with clinical treatment results - A series of 322 aneurysms. J Clin Neurosci. 2022;98:104-108.
3. **Hollands LJ, Vergouwen MDI, Greving JP, Wermer MJH, Rinkel GJE, Algra AM.** Management decisions on unruptured intracranial aneurysms before and after implementation of the PHASES score. J Neurol Sci. 2021;422:117319.
4. **Wan Z, Meng H, Xu N, et al.** Clinical characteristics associated with sentinel headache in patients with unruptured intracranial aneurysms. Interv Neuroradiol. 2021;27(4):497-502.
5. **Algra AM, Lindgren A, Vergouwen MDI, et al.** Procedural Clinical Complications, Case-Fatality Risks, and Risk Factors in Endovascular and Neurosurgical Treatment of Unruptured Intracranial Aneurysms: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Neurol. 2019;76(3):282-293.
6. **King JT, Jr., Berlin JA, Flamm ES.** Morbidity and mortality from elective surgery for asymptomatic, unruptured, intracranial aneurysms: a meta-analysis. J Neurosurg. 1994;81(6):837-842.
7. **Wiebers DO, Whisnant JP, Huston J, 3rd, et al.** Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. Lancet. 2003;362(9378):103-110.
8. **Alshekhlee A, Mehta S, Edgell RC, et al.** Hospital mortality and complications of electively clipped or coiled unruptured intracranial aneurysm. Stroke. 2010;41(7):1471-1476.
9. **Naggara ON, White PM, Guilbert F, Roy D, Weill A, Raymond J.** Endovascular treatment of intracranial unruptured aneurysms: systematic review and meta-analysis of the literature on safety and efficacy. Radiology. 2010;256(3):887-897.

## KHẢO SÁT MẬT ĐỘ TẾ BÀO NỘI MÔ TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GIẢ TRÓC BAO VÀ GLÔCÔM GIẢ TRÓC BAO

Đoàn Kim Thành<sup>1</sup>, Lê Kim Ngân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hữu Chức<sup>1</sup>, Mai Đào Gia Huy<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng giả tróc bao (Pseudoexfoliation syndrome – PEX) là một bệnh lý vi sợi liên quan đến tuổi và có tính chất hệ thống. Hội chứng này đặc trưng bởi sự sản xuất và lắng đọng chất liệu dạng hạt ngoại bào trong mô, và được tìm thấy trong tiền phòng. Chất liệu giả tróc được tìm thấy trong bao thủy tinh thể, rìa đồng tử, mống mắt, tế bào biểu mô thể mi không sắc tố, dây chằng Zinn, mạng lưới bè và tế bào nội mô giác mạc, cấu trúc góc tiền phòng, và một phần dịch kính trước. Về sinh bệnh học, nhiều ý kiến cho rằng hội chứng giả tróc bao ảnh hưởng trực tiếp đến tế bào nội mô giác mạc. Nguyên nhân của sự giảm tế bào nội mô giác mạc là do vật liệu giả tróc bao xâm nhập vào giác mạc bằng cách đi qua màng Descemet và gây phá vỡ các liên kết trong tế bào giác mạc, dẫn đến chết theo chu trình. Trên bệnh nhân người Việt Nam, sự thay đổi này thế nào? Ý nghĩa lâm sàng trong tiên lượng nguy cơ của hội chứng giả tróc bao và glôcôm giả tróc bao ra sao?  
**Mục tiêu:** Khảo sát mật độ, hình thái tế bào nội mô trên bệnh nhân hội chứng giả tróc bao, glôcôm giả

tróc bao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả sử dụng sinh hiển vi phân chiếu Nidek CEM-530 để khảo sát trên 110 mắt tại bệnh viện Mắt TP HCM từ tháng 12/2022 – 11/2023.

**Kết quả:** Mật độ tế bào nội mô trung bình ở nhóm glôcôm giả tróc bao ( $2341.86 \pm 198.63$  tế bào/mm<sup>2</sup>) thấp hơn nhóm chứng ( $2644.42 \pm 185.31$  tế bào/mm<sup>2</sup>), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ . Mật độ tế bào nội mô trung bình ở nhóm có hội chứng giả tróc bao không glôcôm ( $2418.75 \pm 165.31$  tế bào/mm<sup>2</sup>) thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ . Tuy nhiên sự khác biệt mật độ tế bào nội mô giác mạc trung bình ở nhóm glôcôm giả tróc bao và nhóm hội chứng giả tróc bao không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.091$ . Hệ số biến thiên diện tích tế bào trung bình ở nhóm glôcôm giả tróc bao ( $32.80 \pm 2.39\%$ ) và nhóm hội chứng giả tróc bao ( $32.47 \pm 2.76\%$ ) cao hơn nhóm chứng ( $30.84 \pm 3.48\%$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tỷ lệ tế bào lục giác trung bình ở nhóm glôcôm giả tróc bao ( $61.63 \pm 4.60\%$ ) và nhóm hội chứng giả tróc bao ( $63.03 \pm 2.82\%$ ) thấp hơn nhóm chứng ( $65.72 \pm 4.60\%$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . **Kết luận:** Mật độ tế bào nội mô ở nhóm hội chứng giả tróc bao (bao gồm có và không có glôcôm) thấp hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê, điều đó cho thấy sự tăng nguy cơ mất bù nội mô giác mạc sau phẫu thuật nội nhãn. Có sự thay đổi về hình thái tế bào nội mô giác mạc ở nhóm hội chứng giả tróc bao và glôcôm giả tróc bao so với

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm: Đoàn Kim Thành

Email: dkthanh1605@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023