

Managing Gastric Linitis Plastica: Keep the scalpel sheathed. Sultan Qaboos Univ Med J 13(3): 451-453, 2013. PMID: 23984032.

5. **Blackham AU, Swords DS, Levin EA et al** (2016). Is Linitis Plastica a contraindication for surgical resection: a multi-institution study of the U.S. Gastric Cancer Collaborative. Ann Surg Oncol 23(4): 1203-1211. PMID: 26530447. DOI: 10.1245/s10434-015-4947-8
6. **Yoshikawa T, Tsuburaya A, Kobayashi O et al** (2001). Should scirrhous gastric carcinoma be treated surgically? Clinical experiences with 233 cases and a retrospective analysis of

prognosticators. Hepatogastroenterology 48(41): 1509-1512, 2001. PMID: 11677997.

7. **Schauer M, Peiper M, Theisen J et al** (2011). Prognostic factors in patients with diffuse type gastric cancer (linitis plastica) after operative treatment. Eur J Med Res 16(1): 29-33, 2011. PMID: 21345767. DOI: 10.1186/2047-783x-16-1-29.
8. **Pedrazzani C, Marrelli D, Pacelli F et al** (2012). Gastric linitis plastica: which role for surgical resection? Gastric Cancer 15(1):56-60, 2012. PMID: 21717092. DOI: 10.1007/s1020-011-0063-z.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÁP, LẤY MÁU TỤ, KẸP CỔ TÚI PHÌNH ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ TRONG NÃO DO VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Nguyễn Thành Bắc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ, kẹp cổ túi phình điều trị máu tụ trong não do vỡ túi phình động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 42 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ trong não do vỡ túi phình động mạch não giữa và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2020 đến năm 2022. **Kết quả:** tuổi trung bình của các bệnh nhân là 53,1 ± 13,8; nữ/nam=1,8; kích thước túi phình và thể tích máu tụ trong não trung bình lần lượt là 19,4mm và 40,5ml; 19,1% có biến chứng sau phẫu thuật, 4,8% túi phình tồn dư, kết quả tốt sau phẫu thuật 12 tháng đạt 61,9%. **Kết luận:** phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ, kẹp cổ túi phình đối với các trường hợp lâm sàng trước mổ nặng, kích thước túi phình và thể tích máu tụ lớn có hiệu quả tương đối tốt, giảm tỷ lệ tử vong sau mổ.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY, HEMATOMA REMOVED, CLIPPING TREATMENT FOR RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSMS WITH INTRACEREBRAL HEMATOMAS

**Objective:** Evaluation of the results of decompressive craniectomy, hematoma removed, clipping treatment for ruptured middle cerebral artery aneurysms with intracerebral hematomas. **Subjects and methods:** Retrospective study of 42 patients

diagnosed with ruptured middle cerebral artery aneurysm with intracerebral hematomas and treated with surgery at 103 Military Hospital from 2020 to 2022. **Results:** The mean age of the patients was 53,1 ± 13,8; female/male=1,8; aneurysm size and intracerebral hematomas volume averaged was 19.4mm and 40.5ml, respectively; 19.1% had complications post of operative, 4.8% had residual aneurysms, good results after 12 months of surgery reached 61.9%. **Conclusion:** Decompressive craniectomy, hematoma removed, direct clipping treatment for severe preoperative clinical cases, large aneurysms size and intracerebral hematomas have relatively good results, reducing postoperative mortality. **Keywords:** Decompressive craniectomy, clipping, intracerebral hematoma, ruptured middle cerebral artery aneurysm.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não giữa chiếm khoảng 14 – 43% trong số các phình động mạch trong sọ, thường gặp nhất ở vị trí tách nhánh của giữa đoạn M1 và đoạn M2, phần lớn (80%) là các túi phình đơn độc. Nguy cơ vỡ của túi phình động mạch được báo cáo từ 0 – 8%, phụ thuộc vào kích thước, hình thái túi phình, giới tính là nữ, bệnh lý kết hợp (tăng huyết áp), sử dụng các chất kích thích... Tiên lượng của bệnh nhân bị vỡ túi phình động mạch não giữa xấu hơn khi xuất hiện chảy máu dưới nhện phức tạp và máu tụ trong nhu mô não, với tỷ lệ tử vong trong 6 tháng được báo cáo là 13 – 56% ngay cả khi được điều trị tích cực bằng giải áp, lấy bỏ máu tụ và kẹp cổ túi phình [1], [2], [3].

Trong nghiên cứu này chúng tôi hồi cứu những bệnh nhân có máu tụ trong não do vỡ túi phình động mạch não giữa, sử dụng phương

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Bắc

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 5.12.2023

pháp phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ và kẹp cổ túi phình và đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2020 đến năm 2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ trong não, chảy máu dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não giữa.
- Đã được điều trị phẫu thuật kẹp clip cổ túi phình, mở sọ giải áp lấy máu tụ.
- Tham gia theo dõi sau mổ ít nhất là 12 tháng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn.

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả.

**Chỉ định phẫu thuật:** bệnh nhân máu tụ trong não, chảy máu dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não giữa có điểm Glasgow trước mổ từ 5 đến 10 điểm và thể tích máu tụ ≥ 25ml.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- + Đặc điểm chung về tuổi, giới.
- + Đặc điểm lâm sàng: dựa vào phân độ của Liên đoàn Hội Phẫu thuật Thần kinh Thế giới (WFNS).
- + Chẩn đoán hình ảnh (CT 128 dãy và CTA): Thể tích máu tụ, độ chảy máu dưới nhện (đánh giá dựa vào phân độ của Fisher cải tiến), số lượng túi phình, kích thước túi phình (nhỏ < 11mm, lớn 11-25 mm, khổng lồ > 25mm) [4].
- + Biến chứng sau mổ: chảy máu do vỡ túi phình lần 2, thiếu máu não cục bộ, phù não [5].
- + Đánh giá túi phình được kẹp hoàn toàn hay còn tồn dư bằng chụp CTA sau mổ.
- + Kết quả: Đánh giá tình trạng lâm sàng khi ra viện bằng thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) và tại thời điểm 12 tháng sau mổ theo thang điểm Rankin cải tiến (mRS): tốt mRS 0-3; trung bình mRS 4-5; kém mRS 6 [5].

Các số liệu được thu thập, xử lý bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 25.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng		Giá trị (%)
Tuổi	Trung bình	53,1 ± 13,8
	Phạm vi	19 – 75
Giới tính	Nam	15 (35,7)
	Nữ	27 (64,3)
Điểm WFNS	III	0
	IV	30 (71,4)
	V	12 (28,6)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 53,1 ± 13,8, trong đó nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam = 1,8. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm WFNS trước mổ là IV và V lần lượt là 71,4% và 28,6%.

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh CTA**

Biến số nghiên cứu	Số lượng (%)	
Số lượng phình mạch	1	40 (95,2)
	≥ 2	2 (4,8)
Kích thước túi phình (mm)	< 11	16
	11 – 25	21
	> 25	5
Thể tích máu tụ trong não (ml)	≥ 50	10
	< 50	32
Chảy máu dưới nhện (Fisher)	III	24 (57,1)
	IV	18 (42,9)

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân chỉ có 1 phình mạch (95,2%), kích thước trung bình của các phình mạch là 19,4mm, thể tích máu tụ trung bình là 40,5ml, tỷ lệ chảy máu dưới nhện Fisher III, IV là 57,1% và 42,9%.

**Bảng 3. Đánh giá sau mổ**

Đánh giá sau mổ		Số lượng (%)
Biến chứng sau mổ	Chảy máu	1 (2,4)
	Thiếu máu não cục bộ	5 (11,9)
	Phù não	2 (4,8)
Túi phình tồn dư	Có	2 (4,8)
	Không	40 (95,2)
Điểm GOS khi ra viện	V	0 (0)
	IV	17 (40,5)
	III	19 (45,2)
	II	2 (4,8)
	I	4 (9,5)

**Nhận xét:** Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 19,1%, 95,2% túi phình được kẹp hoàn toàn, không còn hình ảnh túi phình và cổ túi trên CTA sau mổ. Đa số các bệnh nhân có điểm GOS khi ra viện là III, IV (85,7%), 4,8% sống thực vật và 9,5% tử vong.

**Bảng 4. Kết quả theo dõi sau mổ 12 tháng**

mRS	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tổng (%)
Tốt	0	0	61,9
	1	9	
	2	7	
	3	10	
Trung bình	4	8	26,2
	5	3	
Kém	6	5	11,9
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 61,9% bệnh nhân có kết quả tốt sau mổ, 26,2% có kết quả trung bình và 11,9% có kết quả kém.

**Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật**

Biến số nghiên cứu		Kết quả phẫu thuật			p
		Tốt	Trung bình	Kém	
WFNS	IV	16	5	1	0,03
	V	10	6	4	
Kích thước túi phình (mm)	< 11	11	5	0	0,01
	11 – 25	15	5	1	
	> 25	0	1	4	
Thể tích máu tụ trong não (ml)	≥ 50	0	5	5	0,01
	< 50	26	6	0	

#### IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $53,1 \pm 13,8$ , phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ngô Mạnh Hùng (2021) (50 tuổi) và thấp hơn nghiên cứu của Zijlstra (2017) (68 tuổi). Điều này có thể giải thích do đa số các nghiên cứu trong nước có mẫu nghiên cứu nhỏ với số lượng bệnh nhân nghiên cứu tương đối ít, cũng như chiến lược điều trị phình mạch ở bệnh nhân cao tuổi thường là điều trị bảo tồn [5], [6].

Bệnh nhân nữ thường gặp hơn nam, với tỷ lệ nữ/nam = 1,8. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [5], [7].

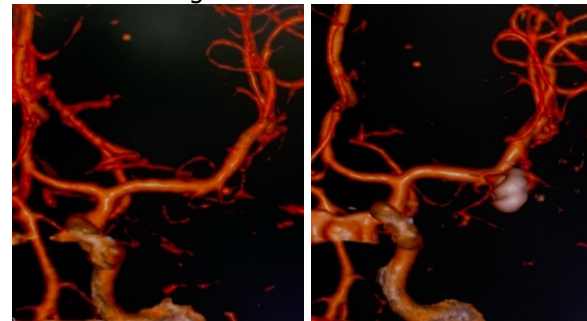
Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm Glasgow trước mổ  $\leq 10$ , trong đó có 28,6% bệnh nhân có điểm Glasgow  $\leq 6$ . Các bệnh nhân đều có độ lâm sàng nặng theo WFNS (IV, V), theo các tác giả thì các trường hợp này thường kèm theo mức độ chảy máu và phù não nặng cũng như ảnh hưởng xấu đến kết quả sau phẫu thuật [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các túi phình có kích thước từ 11-25mm (50%) với kích thước trung bình là  $19,4 \pm 6,1$ . Kết quả điều trị tốt ở nhóm bệnh nhân có kích thước túi phình lớn thấp hơn nhóm có kích thước nhỏ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Những túi phình lớn thường có nhiều thùy, cổ rộng, dẫn đến khó khăn trong quá trình thao tác xử lý kẹp cổ túi phình. Hơn nữa những túi phình này thường có huyết khối hoặc xơ vữa trong lòng dẫn đến dễ làm hẹp lòng mạch đi sau phẫu thuật do đó tỷ lệ biến chứng cũng như di chứng ở nhóm túi phình lớn này cao hơn so với nhóm túi phình kích thước nhỏ [4].

Theo nghiên cứu của các tác giả, độ chảy máu dưới nhện Fisher càng cao thì mức độ co thắt mạch sau vỡ phình động mạch càng nặng, dẫn đến nhiều biến chứng như thiếu máu não, phù não. Vì vậy, tỷ lệ tử vong và di chứng ở nhóm bệnh nhân này cao hơn. Trong nghiên cứu tất cả

các bệnh nhân đều có độ Fisher III, IV, có thể do đó mà không có sự tương quan giữa mức độ chảy máu dưới nhện với kết quả phẫu thuật [6].

Thể tích máu tụ, tình trạng lâm sàng khi nhập viện và đặc điểm phình mạch là các yếu tố quan trọng để xác định chiến lược điều trị. Việc đưa ra chỉ định mở sọ giải áp, lấy máu tụ cụ thể ở bệnh nhân máu tụ trong não do vỡ phình mạch vẫn còn chưa được thống nhất, các tác giả cho rằng giả ép có hoặc không lấy máu tụ hoàn toàn phụ thuộc vào quyết định của phẫu thuật viên [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân có thể tích máu tụ  $\geq 25$ ml, điểm WFNS trước mổ IV, V và mức độ chảy máu dưới nhện Fisher III, IV để mở sọ giải áp vì những trường hợp này có nguy cơ phù não và thiếu máu não cao sau mổ, bằng chứng là sau mổ có 2 trường hợp phù não và 5 trường hợp co thắt mạch gây thiếu máu não cục bộ. Ngoài ra có 1 trường hợp bệnh nhân vỡ phình mạch lần 2 dẫn đến tử vong.



**Hình 1. Phình động mạch não giữa đoạn M1-M2 trước và sau phẫu thuật**

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp CTA kiểm tra sau mổ. Kết quả kẹp hết túi phình chiếm 95,2%, túi phình còn tồn dư chiếm 4,8%. Theo y văn tỉ lệ tồn dư túi phình ĐMN từ 4-8%. Nguyên nhân của tồn dư túi phình là do kỹ thuật mổ và đặc điểm giải phẫu của túi phình. Nguyên nhân kỹ thuật mổ có thể giải quyết được nhờ các phương tiện chẩn đoán trong mổ và trình độ của phẫu thuật viên, tuy nhiên để khắc phục vấn đề đặc điểm của túi phình còn gặp nhiều khó khăn [8].

Kết quả đánh giá lâm sàng khi xuất viện cho thấy BN có kết quả phẫu thuật tốt (GOS IV-V) đạt 40,5%, kết quả trung bình (GOS III) 45,2%, kết quả xấu (GOS I-II) chiếm 14,3%, trong đó có 9,5% tử vong. Kết quả tốt thấp hơn hầu hết các nghiên cứu trong nước đã công bố, do trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân có tình trạng lâm sàng trước mổ nặng, tính chất chảy máu phức tạp.

Kết quả tốt sau mổ (mRS 0-3) chiếm 61,9%, cao hơn nghiên cứu của Zijlstra (40%) với thể tích máu tụ và tình trạng lâm sàng trước mổ là tương đương, tác giả mở sọ giải áp ở 61,8% trường hợp và tỷ lệ tử vong lên tới 38,2%. Dal-Sung Ryu (2017) nghiên cứu 24 trường hợp vỡ phình mạch não giữa có máu tụ thấy rằng trong nhóm có thể tích máu tụ lớn có đến 50% tử vong sau mổ, tác giả cũng khuyến cáo trong những trường hợp này nên cân nhắc mở sọ giải áp, chọc hút tối đa máu tụ [5], [7].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 trường hợp máu tụ trong não do vỡ túi phình động mạch não giữa trong thời gian từ 2020 đến 2022 chúng tôi rút ra kết luận sau: phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ, kẹp cổ túi phình đối với các trường hợp lâm sàng trước mổ nặng, kích thước túi phình và thể tích máu tụ lớn có hiệu quả tương đối tốt, giảm tỷ lệ tử vong sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang Wuyang, Huang Judy** (2015) Treatment of middle cerebral artery (MCA) aneurysms: a review of the literature. Chinese Neurosurgical Journal, 1(1): 1.

2. **Morita A., Kirino T., Hashi K., et al.** (2012) The natural course of unruptured cerebral aneurysms in a Japanese cohort. N Engl J Med, 366(26): 2474-2482.
3. **de los Reyes K., Patel A., Bederson J. B., et al.** (2013) Management of subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma: clipping and clot evacuation versus coil embolization followed by clot evacuation. J Neurointerv Surg, 5(2): 99-103.
4. **Nguyễn Quang Thành, Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang** (2023) Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa. Tạp chí Y học Việt Nam, 525(1B).
5. **Zijlstra I. A., van der Steen W. E., Verbaan D., et al.** (2018) Ruptured middle cerebral artery aneurysms with a concomitant intraparenchymal hematoma: the role of hematoma volume. Neuroradiology, 60(3): 335-342.
6. **Ngô Mạnh Hùng** (2021) Kết quả điều trị vi phẫu thuật phình động mạch não giữa tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 501(1).
7. **Ryu D. S., Shim Y. S.** (2017) Importance of Hematoma Removal Ratio in Ruptured Middle Cerebral Artery Aneurysm Surgery with Intracerebral Hematoma. J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg, 19(1): 5-11.
8. **Kang H. S., Han M. H., Kwon B. J., et al.** (2004) Postoperative 3D angiography in intracranial aneurysms. AJNR Am J Neuroradiol, 25(9): 1463-1469.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DỊCH TỄ VIÊM GIÁC MẠC DO MICROSPORIDIA

Trần Khánh Sâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân Quỳnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng các mắt viêm, loét giác mạc (VLGM) do Microsporidia được ghép giác mạc xuyên điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương và xác định yếu tố nguy cơ gây bệnh và yếu tố chỉ định ghép. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các mắt viêm, loét giác mạc do Microsporidia đã được ghép giác mạc xuyên điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020. Tiến hành thu thập thông tin về dịch tễ, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, điều trị. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 63 mắt của 62 bệnh nhân, nữ giới chiếm ưu thế (74,6%), 1 bệnh nhân có tổn thương cả 2 mắt. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,8±10,1 tuổi. Thời gian diễn biến triệu chứng đến khi chẩn đoán xác định là 10,1 ± 9,7 tháng (từ 1,3 đến 50,2 tháng). Yếu tố nguy cơ gây

bệnh phổ biến liên quan đến chấn thương mắt (15,9%), tra nhỏ steroid kéo dài (31,7%), bệnh lý bề mặt nhãn cầu (28,6%). Thị lực đa số mức thấp từ dưới ĐNT 3m là 92,0%. Yếu tố chỉ định ghép gồm có: viêm, loét giác mạc kém đáp ứng với điều trị (43 mắt, 68,3%), loét doạ thủng và thủng (6 mắt, 9,6%). **Kết luận:** Yếu tố nguy cơ gây bệnh hàng đầu là chấn thương mắt liên quan đến nông nghiệp. Cần nghĩ đến Microsporidia khi bệnh diễn biến kéo dài, kém đáp ứng điều trị, dấu hiệu thực thể. Cần tăng cường tuyên truyền để nâng cao nhận thức của người dân.

**Từ khóa:** Microsporidia, VLGM, viêm giác mạc

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURE AND DEMOGRAPHIC RISK FACTORS FOR MICROSPORIDIAL STROMAL KERATITIS

**Purpose:** To review the clinical finding of patients with Microsporidial stromal keratitis who underwent penetrating keratoplasty to determine which factors at presenting visit that can predict the risk factors and the needs of surgery. **Methods:** A retrospective descriptive study of all cases, who was diagnosed and underwent therapeutic corneal transplantation between January 2018 and December

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Quỳnh

Email: ngvanquynh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023