

đoán giải phẫu và can thiệp bít thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ qua ống thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bland JM, and Altman DG.** Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1986 Feb 8;1(8476):307-10.
- Balzer D.** Intracardiac Echocardiographic Atrial Septal Defect Closure. *Methodist Debakey Cardiovasc J*, 2014 Apr-Jun; 10(2): 88–92.
- Hijazi Z, Wang Z, Cao Q, Koenig P, Waight D, Lang R.** Transcatheter closure of atrial septal defects and patent foramen ovale under intracardiac echocardiographic guidance: feasibility and comparison with transesophageal echocardiography. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2001 Feb;52(2):194-9.
- Meyer MR, Kurz DJ, Bernheim AM, Kretschmar O, and Eberli FR.** Efficacy and safety of transcatheter closure in adults with large or small atrial septal defects. *Springerplus*, 2016; 5(1): 1841.
- Mullen MJ, Dias BF, Walker F, Siu SC, Benson LN and, McLaughlin PR.** Intracardiac echocardiography guided device closure of atrial septal defects. *J Am Coll Cardiol*, 2003 Jan 15; 41(2):285-92.
- Naqvi N, McCarthy KP, Ho SY.** Anatomy of the atrial septum and interatrial communications. *J Thorac Dis*, 2018 Sep;10(Suppl 24):S2837-S2847.
- O'Byrne ML, Gillespie MJ, Kennedy KF, Dori Y, Rome JJ, Glatz AC.** The influence of deficient retro-aortic rim on technical success and early adverse events following device closure of secundum atrial septal defects: An Analysis of the IMPACT Registry. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2017 Jan;89(1):102-111.
- Qingsu Lan, Fengchao Wu, Xudong Ye, Shaohua Wang, and Jingquan Zhong.** Intracardiac vs. transesophageal echocardiography for guiding transcatheter closure of interatrial communications: a systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med*, 2023; 10: 1082663.

ĐẶC ĐIỂM CO THẮT MẠCH NÃO TRONG VÒNG 72 GIỜ ĐẦU TỪ KHI KHỞI PHÁT Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

Đỗ Lê Ngọc Ánh¹, Lương Quốc Chính², Nguyễn Đạt Anh¹, Trần Hữu Thông², Đặng Tuấn Dũng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu quan sát mô tả nhằm đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tình trạng co thắt mạch não trong vòng 72 giờ đầu từ khi khởi phát ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não từ tháng 9/2022 tới tháng 7/2023 tại bệnh viện Bạch Mai. Tổng số 193 bệnh nhân, 60,6% (117/193) là nữ giới và tuổi trung bình là 58,5 ± 12,9, 53,9% (104/193) có tiền sử tăng huyết áp. Phần lớn bệnh nhân có tình trạng co thắt mạch não trong vòng 72 giờ đầu ở các mức độ (76,2%; 147/193) và 51,3% (99/193) co thắt trên một đoạn mạch não. Co thắt mức độ trung bình và nặng chiếm 45,1% (87/193).

Từ khóa: co thắt mạch não; xuất huyết dưới nhện; thiếu máu não muện; nhồi máu não; phục hồi chức năng; rối loạn mạch máu

SUMMARY

FEATURES OF CEREBRAL VASOSPASM WITHIN THE FIRST 72 HOURS FROM ONSET IN PATIENTS WITH ANEURYSMAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Lê Ngọc Ánh

Email: dolengocanh1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Descriptive observational study aimed to describe the clinical and radiographic features of cerebral vasospasm within the first 72 hours from onset in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage from 09/2022 to 07/2023 at Bach Mai hospital. A total of 193 patients, 60.6% (117/193) were female and mean age was 58.5 ± 12.9 years, 53.9% (104/193) had history of hypertension. The majority of patients had cerebral vasospasm within the first 72 hours at different levels (76.2%; 147/193) and 51.3% (99/193) had vasospasm in a segment of artery. Moderate and severe vasospasms accounted for 45.1% (87/193).

Keywords: cerebral vasospasm; subarachnoid hemorrhage; delayed cerebral ischemia; cerebral infarction; functional recovery; vascular disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não gặp ở 5% các trường hợp đột quỵ não¹ và để lại di chứng nặng nề cũng như tỷ lệ tử vong cao mặc dù có những tiến bộ trong chăm sóc và điều trị². Nhồi máu não do co thắt mạch não muện được nhắc đến như yếu tố tiên lượng quan trọng nhất quyết định kết cục xuất huyết dưới nhện³. Co thắt mạch não muện bắt đầu từ ngày thứ 3 và đạt đỉnh vào ngày thứ 7 – 8. Co thắt mạch trên phim chụp được ghi nhận ở 30 – 70% các trường hợp và 20 – 30% các

trường hợp có triệu chứng lâm sàng, báo trước tiên lượng xấu hơn⁴⁻⁶. Mặc dù vậy, co thắt mạch não có thể xảy ra sớm hơn, trong vòng 72 giờ đầu sau khi khởi phát triệu chứng. Co thắt mạch não sớm không được chú ý và tầm soát thường quy, do đó đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mối liên quan của nó với co thắt mạch não muện, thiếu máu não muện và kết cục vẫn còn nhiều tranh cãi.

Để chẩn đoán co thắt mạch não, chụp mạch não số hóa xóa nền là tiêu chuẩn vàng nhưng có nhược điểm là xâm lấn, kỹ thuật khó và phụ thuộc nhiều và người thực hiện⁷. Hiện nay, do có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nên chụp mạch bằng MSCT được một số cơ sở y tế và tác giả nước ngoài có xu hướng sử dụng thay thế dần chụp mạch não số hóa xóa nền và ít xâm lấn hơn, kỹ thuật nhanh hơn, ít phụ thuộc người thực hiện. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học tình trạng co thắt mạch não trong vòng 72 giờ đầu kể từ khi khởi phát ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong nghiên cứu. Dữ liệu bệnh nhân nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại Trung tâm Cấp cứu A9, Trung tâm Đột quy, khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân cần có đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu dưới đây:

- Tuổi ≥ 18 tuổi
- Triệu chứng khởi phát xuất hiện trong vòng 3 ngày trước khi được tuyển chọn vào nghiên cứu
- Được chẩn đoán chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não theo Hướng dẫn điều trị chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch của tổ chức đột quy châu Âu 2012, bao gồm:
 - + Lâm sàng: Đột ngột đau đầu dữ dội, nôn hoặc buồn nôn, có dấu hiệu màng não và/hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú, rối loạn ý thức.
 - + Chụp cắt lớp vi tính sọ não có máu trong khoang dưới nhện hoặc chọc dịch não tủy có máu không đông hoặc sắc tố vàng (xanthochromia) trong trường hợp chụp cắt lớp vi tính sọ não âm tính mà lâm sàng vẫn nghi ngờ nhiều.
 - + Chụp mạch não số hóa xóa nền hoặc chụp cắt lớp vi tính đa dãy não và mạch não phát hiện túi phình có liên quan đến chảy máu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân cần có một trong các tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu dưới đây:

- Bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não không được chụp cắt lớp vi tính đa dãy hoặc chụp mạch não số hóa xóa nền tại bệnh viện Bạch Mai trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng
- Bệnh nhân và/hoặc người đại diện hợp pháp cho người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Đây là nghiên cứu quan sát mô tả tại Trung tâm Cấp cứu A9, Trung tâm Đột quy, khoa Phẫu thuật thần kinh, bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 11 tháng (9/2022 tới 7/2023).

Nội dung/chỉ số nghiên cứu. Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

- Đặc điểm chung bao gồm: giới, tuổi, yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường...), chiều cao cân nặng
- Đặc điểm lâm sàng bao gồm: triệu chứng khởi phát, dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu thần kinh khu trú
- Đặc điểm hình ảnh học: vị trí máu trong khoang dưới nhện, máu tụ nhu mô não, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ não thất, đặc điểm túi phình động mạch
- Phân loại mức độ nặng theo thang điểm: Hunt & Hess, Fisher
- Đặc điểm co thắt mạch não và mức độ co thắt mạch não: Chẩn đoán mức độ co thắt mạch não sớm được xác định dựa trên phim chụp MSCT mạch não/DSA trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát dựa trên tiêu chuẩn^{8,9}:

- + Không co thắt
- + Co thắt nhẹ: Giảm $<25\%$ đường kính mạch
- + Co thắt trung bình: Hẹp $25 - 50\%$ đường kính mạch hoặc hẹp $50 - 70\%$ đường kính mạch trên một đoạn ngắn ($<50\%$ chiều dài mạch)
- + Co thắt nặng: Hẹp $50 - 70\%$ đường kính mạch trên một đoạn mạch dài (≥ 50 chiều dài mạch) hoặc hẹp $>70\%$ đường kính mạch
- Kết quả điều trị bao gồm: số ngày nằm viện, điểm rankin sửa đổi (mRS) thời điểm ra viện, thời điểm sau 30 ngày, thời điểm sau 90 ngày.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng các thuật toán thống kê y học. Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm với các biến phân loại hoặc dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) đối với

các biến liên tục. Các biến được so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân có thắt mạch não sớm và không có thắt mạch não sớm bằng các thuật toán như: χ^2 test hoặc Fisher exact test cho biến phân loại và thuật toán Mann – Whitney U test hoặc Kruskal – Wallis test cho các biến liên tục. Các yếu tố liên quan tới co thắt mạch não sớm được xác định bằng mô hình hồi quy logistic. Trước tiên, tất cả các biến thuộc đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng... được phân tích trong mô hình hồi quy đơn biến. Thứ hai, các biến có liên quan tới co thắt mạch não sớm thu được từ phân tích hồi quy logistic đơn biến (tuổi, giới...) mà có giá trị $p < 0,25$ hoặc biến quan trọng trên lâm sàng được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến và phân tích theo phương pháp loại bỏ nước từng bước để tìm yếu tố liên quan độc lập với co thắt mạch não sớm. Tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy (confidence interval/CI) 95% đối với co thắt mạch não sớm được tính toán cho mỗi biến độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học xuất huyết dưới nhện. Trong

tổng số 193 bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu, 60,6% (117/193) là nữ và tuổi trung bình là $58,5 \pm 12,9$ (Bảng 1). 53,9% (104/193) bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng khởi phát là đau đầu đột ngột, dữ dội (90,3%; 174/193), 49,2% (95/193) bệnh nhân có triệu chứng khởi phát buồn nôn. Tại thời điểm nhập viện (bảng 1), huyết áp trung bình 150 ± 26 mmHg, 50,3% (97/193) bệnh nhân có điểm Glasgow là 15 điểm, 43,5% (84/193) bệnh nhân có gáy cứng và 11,4% (22/193) có liệt nửa người. Mức độ nặng của xuất huyết dưới nhện, phần lớn bệnh nhân có Hunt & Hess độ 2 (60,1%; 116/193), 70,5% (136/193) bệnh nhân có phân độ Fisher IV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 62,2% (120/193) bệnh nhân có tụ máu não thất, 18,7% (36/193) có tụ máu nhu mô não. Về đặc điểm túi phình, 85% có 1 túi phình động mạch não và 89,1% (172/193) có túi phình ở vị trí tuần hoàn não trước với các vị trí phổ biến bao gồm: động mạch thông trước (29%; 55/193), động mạch não giữa (19,7%; 38/193), động mạch cảnh trong (17,6%; 34/193), động mạch thông sau (17,1%; 33/193).

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng, hình ảnh học xuất huyết dưới nhện do vỡ phình mạch não

Đặc điểm	Chung (n=193)	Co thắt mạch não sớm (n=147)	Không co thắt mạch sớm (n=46)	OR (CI)
Giới, nữ	117 (60,6)	89 (76,1)	28 (23,9)	0,99(0,50 - 1,96)
Tuổi	$58,5 \pm 12,9$	$58,8 \pm 12,9$	$57,6 \pm 13,1$	1,01(0,98 - 1,03)
BMI	$22,0 \pm 2,3$	$21,6 \pm 2,6$	$22,6 \pm 1,8$	1,16(0,99 - 1,36)
Tăng huyết áp	104 (53,9)	81 (77,9)	23 (22,1)	1,23(0,63-2,28)
Đau đầu	174 (90,2)	132 (75,9)	42 (24,1)	0,84(0,26 - 2,66)
Buồn nôn/nôn	95 (49,2)	70 (73,7)	25 (26,3)	0,76(0,39 - 1,48)
HATT	150 ± 26	149 ± 25	150 ± 26	1,00(0,99 - 1,02)
Gáy cứng	84 (43,5)	61 (71,8)	24 (28,2)	0,65(0,33 - 1,26)
Liệt nửa người	22 (11,4)	19 (86,4)	3 (13,6)	2,14(0,60 - 7,54)
Hunt & Hess độ 2	116 (60,1)	85 (73,3)	31 (26,7)	0,66(0,33 - 1,33)
Hunt & Hess độ 3	18 (9,3)	15 (83,3)	3 (16,7)	1,63(0,45 - 5,90)
Hunt & Hess độ 4	20 (10,4)	13 (65)	7 (35)	0,54(0,20 - 1,45)
Hunt & Hess độ 5	38 (19,7)	34 (89,5)	4 (10,5)	3,16(1,06 - 9,44)
Fisher độ II	25 (13)	18 (72)	7 (28)	0,78(0,30-2,00)
Fisher độ III	28 (14,5)	24 (85,7)	4 (14,3)	2,05(0,67-6,25)
Fisher độ IV	136 (70,5)	103 (75,7)	33 (24,3)	0,92(0,44-1,92)
Tụ máu não thất	120 (62,2)	91 (75,8)	29 (24,2)	0,95(0,38-1,89)
Tụ máu nhu mô	36 (18,7)	24 (66,7)	12 (33,3)	0,55(0,25-1,22)
Túi phình vị trí tuần hoàn não trước	172 (89,1)	130 (75,6)	42 (24,4)	0,73(0,23-2,28)
Túi phình động mạch thông trước	55 (29)	42 (76,4)	13 (23,6)	1,02(0,49-2,12)
Túi phình động mạch não giữa	38 (19,7)	28 (73,7)	10 (26,3)	0,85(0,38-1,91)

3.2. Đặc điểm co thắt mạch não trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng co thắt mạch não trong 72 giờ đầu chủ yếu phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy mạch máu não (MSCT) (93,3%; 180/193), các trường hợp còn lại được phát hiện trên phim chụp mạch số hóa xóa nền DSA. 76,2% (147/193) bệnh nhân có co thắt mạch não ở ba mức độ nhẹ, trung

binh và nặng, trong đó 60,6% (117/193) bệnh nhân co thắt mạch mang với phần lớn ở mức độ trung bình 50% (59/117).

Số ngày nằm viện (Bảng 2) ở nhóm co thắt mạch não là $6,9 \pm 0,6$ ngày, ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không co thắt mạch não. 66,7% (98/147) nhóm co thắt mạch chuyển viện, cao hơn 3,11 lần so với nhóm không co thắt mạch với khoảng tin cậy là 1,57 – 6,17.

Bảng 2. Đặc điểm co thắt mạch não trong vòng 72 giờ đầu từ khi khởi phát ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não

	Chung	Co thắt mạch não sớm	Không co thắt mạch não sớm	OR (CI)
Số ngày nằm viện (ngày)	$8,8 \pm 8,0$	$7,7 \pm 6,9$	$12,4 \pm 10,3$	0,94(0,90 – 0,98)
Ra viện	70 (36,3)	44 (29,9)	26 (56,5)	0,33(0,17-0,65)
Chuyển viện	116 (60,1)	98 (66,7)	18 (39,1)	3,11(1,57-6,17)
Xin về/tử vong	7 (3,6)	5 (3,4%)	2 (4,3%)	0,78(0,15-4,13)

Theo dõi biến chứng thiếu máu não muện, 18,7% (36/193) bệnh nhân có biến chứng này, trong đó 77,7% (28/36) trường hợp được chẩn đoán co thắt mạch não trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát. Khả năng thiếu máu não muện ở nhóm co thắt mạch não sớm tăng 1,12 lần (CI 95%: 0,47 – 2,66) so với nhóm không co thắt mạch não sớm, mặc dù khoảng tin cậy của tỷ suất này có chứa 1 (không có ý nghĩa thống kê).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy rằng co thắt mạch não sớm có liên quan tới kết cục thần kinh xấu của bệnh nhân chảy máu dưới nhện (bảng 3). Dựa trên thang điểm Rankin sửa đổi, co thắt mạch não sớm làm tăng 2,49 lần (CI 95%: 1,35 – 4,59) lần về mức độ nặng kết cục thần kinh.

Bảng 3. Kết cục thần kinh xấu của nhóm co thắt mạch não sớm

	OR (CI)	p
mRS thời điểm ra viện	2,49 (1,35-4,59)	0,004
mRS thời điểm 30 ngày	2,68 (1,43-5,01)	0,002
mRS thời điểm 90 ngày	2,65 (1,42-4,95)	0,002

IV. BÀN LUẬN

Dữ liệu được thu thập về bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch tại bệnh viện Bạch Mai ghi nhận co thắt mạch não xảy ra trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát ở 147 trên 193 (76,2%) bệnh nhân. Tỷ lệ co thắt mạch sớm này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây. Baldwin ME và cộng sự (2004) công bố tỷ lệ 9,8% (339/3478)¹⁰, Qureshi AI và cộng sự (1999) trong một nghiên cứu ở Bắc Mỹ cho thấy tỷ lệ này là 13% trong tổng số 296 bệnh nhân được nghiên cứu.

Nhiều giả thuyết đã được đưa ra để giải thích cho bệnh nguyên của co thắt mạch não

sớm. Trước đây, co thắt mạch não sớm được mô tả như tình trạng co thắt mạch xảy ra trong quá trình chụp và cận thiệp túi phình mạch (10,20,24,25). Một vài tác giả khác đưa ra giả thuyết về áp lực cơ học tác động lên thành mạch do cách mạch máu gần khối máu tụ nhu mô giãn ra, áp lực nội sọ tăng, khối máu tụ dưới nhện... góp phần làm hẹp lòng mạch trên phim chụp (2). Sự khác biệt về tỷ lệ co thắt mạch não sớm trong nghiên cứu chúng tôi so với nghiên cứu quốc tế là do khác biệt về tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như phương pháp sử dụng để chẩn đoán. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ co thắt mạch não sớm là 85% trường hợp khi sử dụng DSA làm phương tiện chẩn đoán.

Nghiên cứu về co thắt mạch não sớm trên thế giới đều cho thấy mối liên quan giữa mức độ nặng trên lâm sàng khi nhập viện, tiền sử tăng huyết áp và tiền sử xuất huyết dưới nhện cũ và co thắt mạch não sớm, cụ thể những yếu tố này là yếu tố nguy cơ của co thắt mạch não sớm. (2,28). Al-Mufti F và cộng sự (2017)¹¹ cũng đưa ra kết luận tương tự, khả năng co thắt mạch não sớm tăng 2 lần ở bệnh nhân có lâm sàng khi nhập viện xấu cũng như ở bệnh nhân có khối máu tụ nội sọ. Ngoài ra, Al-Mufti F và cộng sự cũng báo cáo về mối tương quan giữa co thắt mạch não sớm và thiếu máu não muện với tỷ suất chênh OR là 2,3 (CI 95%: 1,4-3,9, p= 0,002).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mối liên quan giữa tình trạng co thắt mạch não sớm và kết cục thần kinh xấu (đánh giá trên thang điểm mRS) tại thời điểm xuất viện, sau 30 ngày và sau 90 ngày có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu của Baldwin và CS¹⁰, Qureshi và CS¹² cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 tình trạng này. Thiếu máu não muện dường như là con

đường khả thi nhất mà co thắt mạch não sớm có thể tác động đến kết cục thần kinh.

Tóm lại, EVSP xảy ra ở 10% bệnh nhân SAH do phình mạch. EVSP là một yếu tố dự báo quan trọng về tình trạng suy thoái thần kinh và nhồi máu não trong thời gian nằm viện và kết quả không thuận lợi sau 3 tháng. Có thể cần tăng cường chú ý đến EVSP và mối liên hệ của nó với sự suy giảm và phục hồi thần kinh để đánh giá bệnh nhân SAH tốt hơn và kích thích nghiên cứu về nguyên nhân và sinh bệnh học.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ co thắt mạch não sớm cao tới 76,2% bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não và làm tăng khả năng thiếu máu não muện. Mức độ nặng của xuất huyết dưới nhện dựa trên phân loại Hunt & Hess và Fisher dường như làm tăng khả năng co thắt mạch não sớm. Bác sĩ lâm sàng nên theo dõi bệnh nhân co thắt mạch não sớm một cách thận trọng để phát hiện các dấu hiệu của thiếu máu não muện trong quá trình điều trị và nhận ra rằng những bệnh nhân có nguy cơ cao khó điều trị co thắt mạch não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Etmnan N, Chang H-S, Hackenberg K, et al.** 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 neurology.* 2019;76(5):588-597.
2. **Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ.** Subarachnoid

- haemorrhage. *The Lancet.* 2007;369(9558):306-318.
3. **Kassell NF, Torner JC, Haley EC, Jane JA, Adams HP, Kongable GL.** The international cooperative study on the timing of aneurysm surgery: Part 1: Overall management results. *Journal of neurosurgery.* 1990;73(1):18-36.
4. **Frontera JA, Fernandez A, Schmidt JM, et al.** Defining vasospasm after subarachnoid hemorrhage: what is the most clinically relevant definition? *Stroke.* 2009;40(6):1963-1968.
5. **Kassell N, Sasaki T, Colohan A, Nazar G.** Cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 1985; 16(4):562-572.
6. **Vergouwen MD, Ildigwe D, Macdonald RL.** Cerebral infarction after subarachnoid hemorrhage contributes to poor outcome by vasospasm-dependent and-independent effects. *Stroke.* 2011;42(4):924-929.
7. **Marshall SA, Nyquist P, Ziai WC.** The role of transcranial Doppler ultrasonography in the diagnosis and management of vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery Clinics.* 2010;21(2):291-303.
8. **Merkel H, Lindner D, Gaber K, et al.** Standardized classification of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage by digital subtraction angiography. *Journal of Clinical Medicine.* 2022;11(7):2011.
9. **Grandin CB, Cosnard G, Hammer F, Duprez TP, Stroobandt G, Mathurin P.** Vasospasm after subarachnoid hemorrhage: diagnosis with MR angiography. *American Journal of Neuroradiology.* 2000;21(9):1611-1617.
10. **Baldwin ME, Macdonald RL, Huo D, et al.** Early vasospasm on admission angiography in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage is a predictor for in-hospital complications and poor outcome. *Stroke.* 2004; 35(11):2506-2511.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM - CUBA ĐỒNG HỚI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt nam- Cuba Đồng Hới. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bóc u cao nhất (55.4%), Cắt tử cung và phần phụ chiếm tỷ lệ thấp nhất (2.5%). Trong nhóm bóc u, độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm 76.8%, có 23.2% bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Trong nhóm u dưới 5cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao

Hoàng Nữ Phú Xuân¹, Nguyễn Quảng Bắc²

nhất (60.0%), điều trị hỗ trợ 20.0%, không có trường hợp phải cắt tử cung và phần phụ. Nhóm u từ 5-10 cm có tỷ lệ bóc u 54.9%. Tỷ lệ cắt phần phụ cao ở nhóm u từ 5-10 cm (39.8%) và nhóm u kích thước từ 10-15 cm (37.4%). Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 90.5%, phẫu thuật thất bại chiếm 9.5%. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi u buồng trứng cao. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, u buồng trứng.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC OVARIAN SURGERY AT DONG HOI VIETNAM-CUBA HOSPITAL

Objective: To determine the outcomes of laparoscopic ovarian surgery at Dong Hoi Vietnam-Cuba Hospital. **Methods:** This study is a cross sectional study among 202 patients who were diagnosed and performed laparoscopic ovarian

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023