

phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Đồng thời, kết quả của nghiên cứu là nền tảng để tiến hành các thiết kế của dụng cụ bánh chè nhân tạo phù hợp cho người Việt Nam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnson TC, Tatman PJ, Mehle S, Gioe TJ.** Revision surgery for patellofemoral problems: should we always resurface? *Clinical orthopaedics and related research.* Jan 2012;470(1):211-9.
2. **Hofmann AA, Tkach TK, Evanich CJ, Camargo MP, Zhang Y.** Patellar component medialization in total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty.* Feb 1997;12(2):155-60.
3. **Assi C, Kheir N, Samaha C, Deeb M, Yamine K.** Optimizing patellar positioning during total knee arthroplasty: an anatomical and clinical study. *International orthopaedics.* Dec 2017;41(12):2509-2515.
4. **Huang AB, Luo X, Song CH, Zhang JY, Yang YQ, Yu JK.** Comprehensive assessment of patellar morphology using computed tomography-based three-dimensional computer models. *The Knee.* Dec 2015;22(6):475-80.
5. **Yoo JH, Yi SR, Kim JH.** The geometry of patella and patellar tendon measured on knee MRI. *Surgical and radiologic anatomy: SRA.* Dec 2007;29(8):623-8.
6. **Mei X, Ding H, Meng J, Zhao J.** Anthropometric measurements of patellar ridge using computed tomography-based three-dimensional computer models. *Journal of orthopaedic surgery and research.* Jul 6 2021;16(1):436.
7. **Kim TK, Chung BJ, Kang YG, Chang CB, Seong SC.** Clinical implications of anthropometric patellar dimensions for TKA in Asians. *Clinical orthopaedics and related research.* Apr 2009;467(4):1007-14.

## YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỤ MÁU NHU MÔ NÃO Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

Dương Văn Ninh<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2</sup>,  
Lương Quốc Chính<sup>2</sup>, Trần Hữu Thông<sup>2</sup>

**Từ khóa:** Tụ máu nhu mô não; chảy máu dưới nhện; Phình động mạch não; Các yếu tố liên quan

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu nhằm xác định một số thông số lâm sàng và cận lâm sàng liên quan tới chảy máu dưới nhện có Tụ máu nhu mô não (TMNMN) từ tháng 8/2021 tới tháng 7/2023 tại bệnh viện Bạch Mai. Trong số 330 bệnh nhân, có 189 (57,3%) là nữ và độ tuổi trung vị là 58 tuổi (IQR: 50–65). TMNMN xuất hiện ở 20% (66/330) bệnh nhân chảy máu dưới nhện. Có sự khác biệt giữa hai nhóm có TMNMN và không có: triệu chứng khởi phát: (đau đầu, mất ý thức), dấu hiệu thần kinh khu trú: (liệt nửa người, điểm Glasgow), vị trí túi phình (động mạch não giữa, động mạch thông sau), mức độ nặng của chảy máu dưới nhện (phân loại liên hiệp phẫu thuật thần kinh thể giới độ IV, V). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện: liệt nửa người (OR: 5,641; KTC 95%: 2.358 đến 13,489;  $p < 0,001$ ), tụ máu dưới màng cứng (OR: 5,310; KTC 95%: 1.043 đến 27.039;  $p = 0,044$ ), mức độ nặng phân loại theo liên hiệp phẫu thuật thần kinh thể giới (WFNS) độ IV (OR: 4,218 KTC 95%: 1,295 đến 9,088  $p < 0,001$ ), độ V (OR: 7,615 KTC 95%: 2,752 đến 21,072  $p < 0,001$ ) và vỡ phình động mạch não giữa (OR: 5,218; KTC 95%: 1,958 đến 10,602;  $p < 0,001$ ).

#### SUMMARY

#### FACTORS RELATED TO INTRACEREBRAL HEMATOMA IN PATIENTS WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE DUE TO RUPTURED CEREBRAL ANEURYSM

Descriptive observational study to determine some clinical and paraclinical parameters related to subarachnoid hemorrhage with brain parenchymal hematoma from August 2021 to July 2023 at Bach Mai hospital. Among Of the 330 patients, 189 (57.3%) were female and the median age was 58 years (IQR: 50–65). Intracerebral hematoma appeared in 20 % (66/330) of patients with subarachnoid hemorrhage. There is a difference between the two groups with brain parenchymal hematoma and without Intracerebral hematoma: initial symptoms: (headache, loss of consciousness), focal neurological signs: (hemiplegia, Glasgow score), aneurysm location (middle cerebral artery, posterior communicating artery), severity of subarachnoid bleeding (World Federation of Neurosurgery classification levels IV, V). Multivariate regression analysis showed factors associated with Intracerebral hematoma in patients with subarachnoid hemorrhage: hemiplegia (OR: 5.641; 95% CI: 2.358 to 13.489;  $p < 0.001$ ), hematoma subdural (OR: 5.310; 95% CI: 1.043 to 27.039;  $p = 0.044$ ), severity classified according to the World Federation of Neurosurgeons (WFNS) grade IV (OR: 4.218 95% CI: 1.295 to 9.088  $p < 0.001$ ), grade V (OR: 7.615 95 % CI: 2.752 to 21.072  $p < 0.001$ ) and ruptured middle cerebral artery aneurysm

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Ninh

Email: starshower85@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

(OR: 5.218; 95% CI: 1.958 to 10.602;  $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Intracerebral hematoma; subarachnoid hemorrhage; Cerebral aneurysm; Related factors

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong đột quỵ não chảy máu dưới nhện chiếm 9,7%.<sup>1</sup> Vỡ phình mạch não là nguyên nhân phổ biến nhất chiếm 80% các nguyên nhân gây ra chảy máu dưới nhện tự phát trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não tại viện: 13%, trước viện: 26%.<sup>2</sup>

TMNMN kèm theo chiếm khoảng 21% trong tổng số bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình mạch não. Khối máu tụ gây ra hiệu ứng khối có thể dẫn đến tăng áp lực nội sọ kéo dài là một trong những yếu tố gây ra chấn thương não sớm.<sup>3</sup> Tỷ lệ tử vong là 47% so với 30% của nhóm không có tụ máu nhu mô,<sup>4</sup> làm tăng nguy cơ co thắt mạch não và chảy máu não tái phát đây là hai biến chứng đáng sợ của chảy máu dưới nhện.<sup>5</sup> Nguy cơ kết cục xấu tăng 58% so với chảy máu dưới nhện do đơn thuần.<sup>6</sup>

Hiện tại chưa có hướng dẫn chuẩn để xử lý tốt nhất những bệnh nhân này. Mặc dù một số nghiên cứu đã tập trung vào việc so sánh tỷ lệ mắc và tiên lượng của bệnh nhân chảy máu dưới nhện có TMNMN đồng thời với bệnh nhân không có TMNMN.<sup>7,8</sup> Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não có tụ máu nhu mô não. Nhận xét một số thông số lâm sàng và cận lâm sàng liên quan tới chảy máu dưới nhện có tụ máu nhu mô 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 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  $\geq 18$  tuổi
- Triệu chứng khởi phát xuất hiện trong vòng 4 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 quỵ 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

+ 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:

- Trên phim chụp cắt lớp vi tính không phân biệt được TMNMN hay tụ máu khoang dưới nhện

- Bộ dữ liệu nghiên cứu hoặc bệnh án bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não không đủ dữ liệu phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu tại bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng (8/2021 tới 7/2023).

**Nội dung/chi 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, bệnh lí mạch máu não, suy thận, bệnh lí huyết học)

- 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: Liên hiệp phẫu thuật thần kinh thế giới (WFNS), Hunt & Hess, Fisher,

**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 TMNMN và không có. Các yếu tố liên quan tới TMNMN được xác định bằng mô hình hồi quy logistic.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng bảo vệ đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua trước khi tiến hành thu thập số liệu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não**

Trong tổng số 330 bệnh nhân, 57,1% (189/330) là nữ giới và tuổi trung vị 58 (IQR: 50-65) năm (Bảng 1). Tại thời điểm nhập viện (Bảng 1 và 2), có sự khác biệt giữa nhóm có TMNMN và nhóm không có tụ máu nhu mô não: triệu chứng lâm sàng: đau đầu (p<0,001), mất ý thức (p <0,001)), điểm Glasgow trung vị (p<0,001), huyết áp tâm thu trung bình p= 0,021), liệt nửa người (p<0,001). Mức độ nặng

của chảy máu dưới nhện: WFNS (độ I: p<0,001; độ IV: p<0,001; độ V: p<0,001) Hunt & Hess (Độ II: p<0,001; Độ IV: p<0,001; Độ V: p=0,004), Fisher (p= 0,003; Độ III: p< 0,001; Độ IV: p< 0,001). Hình ảnh học: chảy máu não thất (p= 0,030), tụ máu dưới màng cứng (8 (12,1) và 3 (1,1) p< 0,001), Vị trí phình động mạch não giữa (p<0,001); động mạch thông sau (p= 0,020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học thời điểm vào viện được so sánh giữa hai nhóm có TMNMN và không có TMNMN được trình bày chi tiết trong Bảng 1 và 2

**Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não**

	<b>Nhóm có TMNMN (n=66)</b>	<b>Không có TMNMN (n=264)</b>	<b>Tổng (n=330)</b>	<b>P</b>
<b>Đặc điểm chung</b>				
Tuổi (năm), trung vị (IQR)	60(53-71)	58 (50-65)	58 (50-65)	0,073
Giới Nữ n (%)	43 (65,2)	146 (55,3)	189 (57,3)	0,148
<b>Tiền sử và bệnh lí kèm theo</b>				
Hút thuốc lá n (%)	12 (18,2)	56 (51,2)	68 (20,6)	0,586
Uống rượu bia n (%)	13 (19,7)	55 (20,8)	68 (20,6)	0,838
Tăng huyết áp n (%)	34 (51,5)	125 (74,3)	159 (48,2)	0,454
Suy thận mạn tính n (%)	0(0)	4 (1,5)	4 (1,2)	0,588
<b>Lâm sàng và cận lâm sàng</b>				
Đau đầu n (%)	47(71,2)	237(89,8)	284(86,1)	<0,001
Buồn nôn, nôn n (%)	31 (47)	154 (58,3)	185 (56,1)	0,096
Gáy cứng n (%)	31 (47)	86 (32,6)	117 (35,5)	0,290
Mất ý thức n (%)	44 (66,7)	81 (30,7)	125 (37,9)	<0,001
Điểm Glasgow trung vị (IQR)	10 (7-15)	13 (13- 15)	13 (10 - 15)	<0,001
Huyết áp tâm thu trung bình (SD)	152,6 (28,12)	144,3(25,35)	145,9 (26,1)	0,021
Huyết áp tâm trương trung bình (SD)	86 (13,75)	84 (15,03)	85 (14,78)	0,426
Liệt nửa người n (%)	20 (30,3)	16 (6,1)	36 (10,9)	<0,001
Gáy cứng n (%)	39 (59,1)	129 (48,9)	168 (50,9)	0,137
<b>Thang điểm WFNS khi nhập viện n (%)</b>				
Độ I	18 (27,3)	161 (61,0)	179 (54,2)	<0,001
Độ II	3 (4,5)	36 (13,6)	39 (11,8)	0,041
Độ III	6 (9,1)	12 (4,5)	18 (5,5)	0,220
Độ IV	25 (37,9)	43 (16,3)	68 (20,6)	<0,001
Độ V	14 (21,2)	13 (4,9)	27 (8,2)	<0,001
<b>Thang điểm Hunt and Hess khi nhập viện n (%)</b>				
Độ I	2 (3,0)	20 (7,6)	22 (6,7)	0,271
Độ II	17 (25,8)	163 (61,7)	180 (54,5)	<0,001
Độ III	12 (18,2)	28 (10,6)	40 (12,1)	0,092
Độ IV	18 (27,3)	22 (8,3)	40 (12,1)	<0,001
Độ V	17 (25,8)	31 (11,7)	48 (14,5)	0,004
<b>Thang điểm Fisher khi nhập viện n (%)</b>				
Độ I	1 (1,5)	5 (1,9)	6 (1,8)	>0,999
Độ II	1 (1,5)	39 (18,6)	40 (15,2)	0,003
Độ III	1 (1,5)	49 (10,6)	50 (12,1)	0,001
Độ IV	63 (95,5)	171 (64,8)	234 (70,8)	<0,001
Tiêu cầu trung bình (SD)	269,05 (83,88)	266,22 (83,66)	266,79(83,59)	0,806

INR trung bình (SD)	1,01 (0,25)	1,01 (0,1)	1,01 (0,14)	0,845
APTT (s) trung bình (SD)	26,00 (4,04)	27,40 (3,75)	27,11 (3,84)	0,056

Từ viết tắt: TMNMN: Tụ máu nhu mô não, SD: độ lệch chuẩn, WFNS: liên hiệp phẫu thuật thần kinh thế giới, IQR: khoảng tứ phân vị,

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học lúc vào viện**

Đặc điểm chảy máu dưới nhện	Nhóm có TMNMN	Không có TMNMN	Tổng	P
Bề dày nhất của lớp máu trong khoang dưới nhện mm n (%)	4,12 (2,47)	3,52 (2,65)	3,63 (2,62)	0,089
<b>Vị trí máu trong khoang dưới nhện n (%)</b>				
Bể đáy	41 (62,1)	150 (56,8)	191 (57,9)	0,435
Rãnh Sylvius	61 (92,4)	240 (90,9)	301 (91,2)	0,697
Rãnh gian bán cầu	54 (81,8)	214 (81,1)	268 (81,2)	0,888
Hố trên yên	51 (77,3)	178 (67,4)	229 (69,4)	0,120
Bể quanh thân não	43 (65,3)	154 (59,2)	197 (59,7)	0,312
Chảy máu não thất	52 (78,8)	171 (64,8)	223 (67,6)	0,030
Máu tụ dưới màng cứng	8 (12,1)	3 (1,1)	11 (3,3)	<0,001
Thể tích khối máu tụ ml n (%)	14,82 (11,86)			
<b>Vị trí túi phình động mạch não n (%)</b>				
Động mạch cảnh trong	15 (22,7)	70 (26,5)	85 (25,8)	0,529
Động mạch thông sau	1(1,5)	28 (10,6)	29 (8,8)	0,020
Động mạch não trước	4 (6,1)	19 (7,2)	23 (7,0)	>0,999
Động mạch thông trước	17 (25,8)	91 (34,5)	108 (32,7)	0,177
Động mạch não giữa	31 (47,0)	41 (15,5)	72 (21,8)	<0,001
Động mạch đốt sống	2 (3,0)	20 (7,6)	22 (6,7)	0,271
<b>Kích thước túi phình động mạch não n (%)</b>				
Chiều rộng hoặc đáy	4,92 (2,45)	4,47 (2,35)	4,56 (2,37)	0,170
Chiều dài hoặc sâu	5,58 (2,94)	5,23 (2,60)	5,30 (2,67)	0,348
Cổ túi phình	3,20 (1,30)	3,12 (1,40)	3,13 (1,38)	0,630
Tỉ lệ đáy cổ	1,54 (0,60)	1,56 (1,24)	1,56 (1,15)	0,866

**3.2. Các yếu tố liên quan đến TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não.** Trong phân tích hồi quy logistic đơn biến (Bảng 3) cho thấy các yếu tố có liên quan đến sự xuất hiện của khối máu tụ nhu mô não gồm: Đau đầu, mất ý thức, điểm Glasgow, huyết áp tâm thu, liệt nửa người, suy giảm ý thức, chảy máu não thất, máu tụ dưới màng cứng, vỡ phình động mạch thông sau, động mạch não giữa, phân loại WFNS (độ I, độ IV và độ V), Hunt & Hess (độ II độ IV và độ V), Fisher (độ II, độ III và độ IV). Tuy nhiên phân

tích hồi quy logistic đa biến (Bảng 3) chỉ cho thấy liệt nửa người (OR: 5,641; KTC 95%: 2,359 đến 13,489; p<0,001), máu tụ dưới màng cứng (OR: 5,310; KTC 95%: 1,043 đến 27,039 p=0,044), WFNS độ IV (OR: 4,218; KTC 95%: 1,295 đến 9,088; p<0,001) WFNS độ V (OR: 7,615; KTC 95%: 2,752 đến 21,072; p<0,001), là các yếu tố làm gia tăng sự xuất hiện của khối máu tụ và Phình động mạch não giữa (OR: 5,218; KTC 95%: 1,958 đến 10,602; p<0,001) là yếu tố dự báo độc lập tới sự xuất hiện của tụ máu nhu mô não.

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não**

Các yếu tố	Phân tích hồi quy logistic đơn biến			P
	OR	Khoảng tin cậy 95 %		
		Thấp	Cao	
<b>Triệu chứng khởi phát</b>				
Đau đầu	0,282	0,145	0,458	<0,001
Mất ý thức	4,519	2,543	8,028	<0,001
<b>Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện</b>				
Điểm Glasgow	0,799	0,741	0,862	<0,001
Huyết áp tâm thu	1,012	1,002	1,023	0,022

<b>Dấu hiệu thần kinh khu trú</b>				
Liệt nửa người	6,739	3,252	13,968	< 0,001
Suy giảm ý thức	3,062	1,748	5,365	<0,001
<b>Vị trí máu trong khoang dưới nhện</b>				
Chảy máu não thất	2,020	1,063	3,838	<0,032
Máu tụ dưới màng cứng	12,000	3,089	46,617	<0,001
<b>Vị trí phình mạch não</b>				
Động mạch thông sau	0,130	0,017	0,971	0,047
Động mạch não giữa	4,817	2,678	8,665	<0,001
<b>Bảng điểm WFNS</b>				
ĐỘ I	0,240	0,132	0,435	<0,001
ĐỘ II	0,302	0,090	1,012	0,052
ĐỘ III	2,100	0,758	5,822	0,154
ĐỘ IV	3,013	1,728	5,682	< 0,001
ĐỘ V	5,198	2,308	11,707	< 0,001
<b>Bảng điểm Hunt and Hess</b>				
ĐỘ I	0,381	0,87	1,674	0,210
ĐỘ II	0,215	0,117	0,394	< 0,001
ĐỘ III	1,873	0,895	3,918	0,096
ĐỘ IV	4,125	2,057	8,271	< 0,001
ĐỘ V	2,608	1,338	5,080	0,005
<b>Bảng điểm Fisher</b>				
ĐỘ I	0,797	0,092	6,939	0,837
ĐỘ II	0,089	0,012	0,658	0,018
ĐỘ III	0,068	0,009	0,498	0,008
ĐỘ IV	11,421	3,490	37,371	<0,001
<b>Phân tích hồi quy logistic đa biến</b>				
Huyết áp tâm thu	1,007	0,996	1,019	0,208
Liệt nửa người	5,641	2,359	13,489	<0,001
Máu tụ dưới màng cứng	5,310	1,043	27,039	0,044
Phình động mạch não giữa	5,218	1,958	10,602	<0,001
Phình động mạch thông sau	0,026	0,26	1,807	0,157
WFNS độ IV	4,218	1,295	9,088	<0,001
WFNS độ V	7,615	2,752	21,072	<0,001

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi nhập viện, dấu hiệu liệt nửa người, máu tụ dưới màng cứng, mức độ nặng theo phân loại WFNS IV đến V và vỡ phình động mạch não giữa có liên quan độc lập với sự xuất hiện của tụ máu nhu mô não. Tỷ lệ xuất hiện của TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não là 20%, tương đương với tỉ trong nghiên cứu của Anthony Wan và cộng sự (2016) nghiên cứu 5362 bệnh nhân chảy máu dưới nhện có 1120 (21%) có xuất hiện khối máu tụ nhu mô não,<sup>6</sup> xon thấp hơn J. Hauerberg và cộng sự (1994) nghiên cứu 1076 bệnh nhân chảy máu dưới nhện do phình động mạch, TMNMN xuất hiện ở 42,6% bệnh nhân.<sup>9</sup>

Hiệu ứng khối do khối máu tụ có thể làm tăng áp lực nội sọ kéo dài và là một trong những yếu tố gây ra chấn thương não sớm.<sup>4</sup> Các túi phình bị

vỡ tạo ra máu tụ nhu mô não có nguy cơ vỡ lại cao hơn, (có thể do sự kết dính của màng nhện dạng sợi sau lần chảy máu đầu tiên). Tỷ lệ chảy máu lại ở bệnh nhân TMNMN cao hơn đáng kể so với CMDN đơn thuần (22% vs 14%), thể tích máu tụ càng lớn thì tình trạng thần kinh lúc nhập viện càng xấu và kết quả càng kém thuận lợi<sup>4</sup>. Do ảnh hưởng của khối máu tụ dẫn tới điểm WFNS khi nhập viện của bệnh nhân nặng hơn so với nhóm chảy máu dưới nhện đơn thuần

Nghiên cứu về TMNMN ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện trên thế giới cho thấy TMNMN là một yếu tố dự báo kết quả không thuận lợi và cho thấy yếu tố liên quan đến khối máu tụ nhu mô não gồm: tình trạng thần kinh khi nhập viện, vị trí và kích thước túi phình.<sup>6</sup> Kẹp clip tích cực và hút máu tụ vẫn là một lựa chọn hợp lý cho những bệnh nhân bị TMNMN do phình động mạch động mạch não giữa bị vỡ.<sup>6</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu đánh giá các các yếu tố liên quan tới TMNMN trên bệnh nhân chảy máu dưới nhện ở thời điểm nhập viện cần có thêm các nghiên cứu xác định thêm các yếu tố liên quan trong quá trình điều trị, cũng như ảnh hưởng của khối máu tụ nhu mô não đến kết cục của bệnh nhân để có thể xây dựng được hướng dẫn chuẩn để điều trị những bệnh nhân này.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát các bệnh nhân chảy máu dưới nhện tại bệnh viện Bạch Mai, TMNMN hiện diện ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân chảy máu dưới nhện. Khi nhập viện: tình trạng liệt nửa người, máu tụ dưới màng cứng, điểm WFNS độ IV, V là yếu tố có liên quan và vỡ phình động mạch não giữa có liên quan độc lập với sự gia tăng xuất hiện tụ máu nhu mô não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*. 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
2. Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023;54(7): e314-e370. doi: .1161/ STR.0000000000000436
3. Darkwah Oppong M, Skowronek V,

- Pierscianek D, et al. Aneurysmal intracerebral hematoma: Risk factors and surgical treatment decisions. *Clin Neurol Neurosurg*. 2018;173:1-7. doi:10.1016/j.clineuro.2018.07.014
4. Tokuda Y, Inagawa T, Katoh Y, Kumano K, Ohbayashi N, Yoshioka H. Intracerebral hematoma in patients with ruptured cerebral aneurysms. *Surg Neurol*. 1995;43(3):272-277. doi: 10.1016/0090-3019(95)80013-7
5. Platz J, Güresir E, Wagner M, Seifert V, Konczalla J. Increased risk of delayed cerebral ischemia in subarachnoid hemorrhage patients with additional intracerebral hematoma. *J Neurosurg*. 2017;126(2):504-510. doi:10.3171/2015.12.JNS151563
6. Wan A, Jaja BNR, Schweizer TA, Macdonald RL, on behalf of the SAHIT collaboration. Clinical characteristics and outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma. *J Neurosurg*. 2016;125(6):1344-1351. doi:10.3171/2015.10.JNS151036
7. Güresir E, Beck J, Vatter H, et al. Subarachnoid hemorrhage and intracerebral hematoma: incidence, prognostic factors, and outcome. *Neurosurgery*. 2008;63(6):1088-1093; discussion 1093-1094. doi: 10.1227/01.NEU.0000335170.76722.B9
8. Bruder M, Schuss P, Berkefeld J, et al. Subarachnoid hemorrhage and intracerebral hematoma caused by aneurysms of the anterior circulation: influence of hematoma localization on outcome. *Neurosurg Rev*. 2014;37(4):653-659. doi:10.1007/s10143-014-0560-8
9. Hauerberg J, Eskesen V, Rosenørn J. The prognostic significance of intracerebral haematoma as shown on CT scanning after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Br J Neurosurg*. 1994;8(3): 333-339. doi: 10.3109/02688699409029622

## KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ HCV CORE ANTIGEN (HCVcAg) TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ THUỐC DAAS Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C

Dương Thị Hường<sup>1</sup>, Bùi Vũ Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Dũng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi về động học của HCVcAg trong quá trình điều trị DAAs ở người bệnh viêm gan vi rút C. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả và sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên 36 người bệnh  $\geq 16$

tuổi chẩn đoán viêm gan vi rút C điều trị DAAs được theo dõi tại trung tâm Bệnh Nhiệt Đới – Bệnh viện Bạch Mai. Các xét nghiệm HCVcAg, HCV RNA và các xét nghiệm sinh hóa huyết học khác được đánh giá tại các thời điểm: trước điều trị, 4 tuần điều trị, 12 tuần điều trị và sau 3-6 tháng khi hoàn thành điều trị. **Kết quả và kết luận:** Nồng độ HCVcAg trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu  $5260,54 \pm 4421,98$  fmol/L. Nồng độ HCVcAg giảm nhanh trong quá trình điều trị DAAs, tại thời điểm 4 tuần điều trị 30/33 trường hợp không phát hiện HCVcAg, tại 12 tuần và sau kết thúc điều trị không trường hợp nào phát hiện HCVcAg. Thay đổi nồng độ HCVcAg không có sự khác biệt giữa nhóm điều trị SOF/VEL và nhóm các thuốc DAAs khác

**Từ khóa:** Vi rút viêm gan C, HCV coreAg, DAAs

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hường

Email: duongthihuong070297@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023