

chiếm tỷ lệ 20,7%.

Tác giả Urbach<sup>8</sup> nghiên cứu hình ảnh trong động kinh nói chung nhận thấy, xơ hóa hồi hải mã là nguyên nhân thường gặp nhất gây động kinh thùy thái dương và được ghi nhận ở gần 65% bệnh nhân động kinh thùy được phẫu thuật cắt bỏ thùy thái dương.

## V. KẾT LUẬN

Động kinh thùy thái dương có biểu hiện lâm sàng đa dạng. Phần lớn có triệu chứng aura trước cơn động kinh và biểu hiện chủ yếu trong cơn là rối loạn ý thức, biểu hiện sau cơn hay gặp là rối loạn trí nhớ. Nhiều loại tổn thương thùy thái dương trên cộng hưởng tử sọ não liên quan đến cơn động kinh, hay gặp nhất là teo hồi hải mã.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2016 Epilepsy Collaborators** (2019). Global, regional and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Neurol.* 18:357–375
2. **Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R. et al.** (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden

- of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2197–2223
3. **L. Q. Cường**, "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học động kinh tại hai xã phường thuộc thành phố Hà Nội," Đề tài cấp bộ. Bộ Y tế, 2003-2006.
4. **Fisher R. S., Cross J. H., French J. A., et al.** (2017), "Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for classification and terminology", *Epilepsia*; 58, pp.522–530
5. **Blumhardt, I.** (1986). electrocardiographic accompaniments of temporal lobe epileptic seizures. *The Lancet*, 327(8489), 1051–1056. doi:10.1016/s0140-6736(86)91328-0
6. **Bernasconi, N., Natsume, J., & Bernasconi, A.** (2005). Progression in temporal lobe epilepsy: Differential atrophy in mesial temporal structures. *Neurology*, 65(2), 223–228. doi: 10.1212/01.wnl.0000169066.46912.f
7. **French, J. A., Williamson, P. D., Thadani, V. M., Darcey, T. M., Mattson, R. H., Spencer, S. S., & Spencer, D. D.** (1993). Characteristics of medial temporal lobe epilepsy: I. Results of history and physical examination. *Annals of Neurology*. 34(6), 774–780. doi: 10.1002/ana.410340604
8. **Urbach, h.** (2005). imaging of the epilepsies. *European radiology*, 15(3), 494–500. doi:10.1007/s00330-004-2629-1

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ ĐỘNG MẠCH MÀNG CỨNG XOANG HANG GIÁN TIẾP BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Nguyễn Thanh Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị rò động mạch màng cứng xoang hang gián tiếp (RĐMMCXHGT) bằng can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 54 trường hợp rò động mạch màng cứng xoang hang thể gián tiếp được điều trị can thiệp nội mạch tại bệnh viện ĐHYD từ tháng 10/2018 đến 04/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 53,7 ± 15,6. Biểu hiện lâm sàng đỏ mắt chiếm tỉ lệ cao: 44 trường hợp (81,48%), 23 lồi mắt (42,6%), 23 giảm thị lực (42,6%). Loại rò hay gặp nhất trong nghiên cứu này là RĐMMCXHGT type D (chiếm 77,8%) theo phân loại Barrow, Type IIa theo phân loại Cognard (chiếm 44,4%). Tiếp cận can thiệp từ tĩnh mạch: xoang đá dưới chiếm 77,77%, tĩnh mạch mắt 5,55%. Không có mối liên quan giữa đường tiếp cận và kết quả ngay sau can thiệp với p>0,05. Vật liệu gây tắc coils 47 (81,5%), chất lỏng keo- Onyx – coils 6 (7,4%), bóng 1

(1,9%). Tỷ lệ bít rò hoàn toàn 81,5%, gần hoàn toàn 18,5%. Không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị rò động mạch màng cứng xoang hang gián tiếp hiệu quả, nên được áp dụng tại các cơ sở có đầy đủ trang thiết bị chẩn đoán và đội ngũ can thiệp mạch có kinh nghiệm.

**Từ khóa:** Rò động mạch màng cứng xoang hang gián tiếp, rò động tĩnh mạch màng cứng, can thiệp nội mạch.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INDIRECT CAVERNOUS SINUS DURAL ARTERIOVENOUS FISTULA USING ENDOVASCULAR THERAPY

**Objective:** Evaluate the results of treatment of indirect cavernous sinus dural arteriovenous fistula by endovascular intervention. **Methods:** Cross-sectional study on 54 cases of indirect cavernous sinus dural arteriovenous fistula (iCS-DAVF) treated with endovascular intervention at University Medical Center from October 2018 to April 2020. **Results:** Mean age was 53.7 ± 15.6 years. Red eyes symptoms account for a high rate: 44 cases (81.48%), 23 bulging eyes (42.6%), 23 cases with reduced vision (42.6%). The most common type of fistula in this study is iCS-DAVF

<sup>1</sup>Bệnh viện Tỉnh Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: drthhai72@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

type D (accounting for 77.8%) according to the Barrow classification, Type IIa according to the Cognard classification (accounting for 44.4%). Interventional access from veins: inferior petrosal sinus accounts for 77.77%, ophthalmic vein accounts for 5.55%. There is no correlation between the approach and the results immediately after intervention with  $p > 0.05$ . Clogging material coils was used in 47 patients (81.5%), glue liquid - Onyx – coils in 6 patients (7.4%), and balloon in only 1 patient (1.9%). Complete leak rate is 81.5%, nearly complete is 18.5%. Deaths rate is 0%. **Conclusion:** Endovascular intervention is an effective treatment method for ICS-DAVF, which should be applied at facilities with adequate diagnostic equipment and experienced vascular intervention teams.

**Keywords:** Indirect cavernous sinus dural arteriovenous fistula, dural arteriovenous fistula, endovascular intervention

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các rò động tĩnh mạch màng cứng (RĐTMMC) (Dural arteriovenous shunts-DAVS hay Dural arteriovenous fistulae-DAVF hay Dural arteriovenous malformations DAVM) là những thông nối bất thường ở màng cứng chiếm 10% đến 15% dị dạng động tĩnh mạch nội sọ. RĐTMMC có thể xảy ra bất kỳ nơi đâu tại màng cứng, nhưng thường gặp nhất là chúng phát triển gần các xoang tĩnh mạch màng cứng.

RĐMMCXHGT là bệnh lành tính có diễn tiến chậm tuy nhiên nếu để đến giai đoạn muộn có nguy cơ xuất huyết gây tử vong, còn nếu ở giai đoạn sớm có ảnh hưởng đến những chức năng quan trọng của bệnh nhân gây ra ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống như nhìn đôi, giảm thị lực... vì vậy cần phải được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tuy nhiên trong quá trình thực hành lâm sàng để xác lập chẩn đoán không phải dễ dàng và cũng như lên kế hoạch điều trị và chọn lựa giai đoạn của bệnh để điều trị không phải dễ dàng.

Các chọn lựa điều trị hiện nay gồm không điều trị gì, điều trị bảo tồn, điều trị nội mạch một phần hay điều trị triệt để, phẫu thuật, hoặc kết hợp giữa phẫu thuật với điều trị nội mạch, xạ phẫu. Những năm gần đây, can thiệp nội mạch ở nước ta với các dụng cụ có thể lựa chọn gồm Coils, hạt PVA, keo Onyx đơn thuần hoặc phối hợp là một phương pháp hiện đại có tỷ lệ thành công cao, xâm lấn tối thiểu, biến chứng thấp và điều trị triệt để cho bệnh nhân, phương pháp này đang tỏ ra ngày càng ưu việt trong điều trị RĐMMCXHGT. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tổng kết kết quả của phương pháp này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị rò động mạch màng cứng xoang hang gián tiếp bằng can

thIỆP NỘI MẠCH.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân RĐMMCXHGT nhập khoa DSA - Bệnh viện ĐHYD được điều trị can thiệp nội mạch từ 10/2018 đến 04/2020.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân >18 tuổi
- RĐMMCXHGT được chẩn đoán bằng lâm sàng và hình ảnh học (CTA, MRA và DSA)
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Loại trừ dị dạng động tĩnh mạch ở những vị trí khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu
- + Thời gian: từ 10/2018 đến 04/2020
- + Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện ĐHYD
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

**2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu**

### 2.3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

**RĐMMCXHGT:** - Lâm sàng có triệu chứng gợi ý: đỏ mắt, sung huyết kết mạc kéo dài, lồi mắt, ù tai, nhìn đôi, nghe trên mắt có âm thổi, giảm thị lực, tăng nhãn áp, liệt các dây thần kinh vận nhãn III, IV, VI.

- CTA có hình ảnh gợi ý như: xoang hang và tĩnh mạch mắt dẫn to, huyết khối tĩnh mạch mắt sẽ thấy dấu hiệu tăng đậm độ tĩnh mạch mắt, xuất huyết não, dẫn tĩnh mạch, flow void, phù não, nhồi máu não, tĩnh mạch mắt trên dẫn  $\geq 2,5\text{mm}$ .<sup>1</sup>

- Hoặc MRA thấy được các dấu hiệu tương tự như trên CTA, có giá trị trong phát hiện các dấu hiệu dẫn tĩnh mạch não, phù não do dẫn lưu trào ngược vào tĩnh mạch não làm ứ trệ dẫn lưu tĩnh mạch não, tĩnh mạch mắt trên dẫn  $\geq 2,5\text{mm}$ .<sup>1</sup>

- Và được xác định chẩn đoán khi chụp DSA:

- + Rò màng cứng xoang hang gián tiếp theo phân loại Barrow là type B, C, D.

+ Bên rò một bên trái hay bên phải hay cả hai bên.

+ Động mạch cấp rò từ nhánh động mạch cảnh trong hay động mạch cảnh ngoài hay cả hai động mạch cảnh trong và ngoài.

+ Tĩnh mạch dẫn lưu về TM mắt, có trào ngược tĩnh mạch nông vỏ não.

### 2.3.2. Chỉ định can thiệp

- Bệnh nhân được chẩn đoán rò động mạch màng cứng xoang hang thể gián tiếp type IIB trở lên theo phân độ Cognard.

- Hoặc bệnh nhân type I hoặc type IIA với triệu chứng về mắt, khiến bệnh nhân than phiền nhiều gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

**2.3.3. Phân loại rò động mạch cảnh xoang hang**

**Bảng 1. Phân loại Barrow rò động mạch cảnh xoang hang**

Type A: Thông nối trực tiếp từ động mạch cảnh trong vào xoang hang (hay gặp nhất)
Type B: Thông nối gián tiếp từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh trong vào xoang hang (hiếm gặp)
Type C: Thông nối gián tiếp từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh ngoài vào xoang hang
Type D: Thông nối gián tiếp từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài vào xoang hang

**Bảng 2. Phân loại DAVFs theo Cornargd**

<b>Type I</b>	Dẫn lưu xuôi dòng trong xoang
<b>Type IIa</b>	Dẫn lưu ngược dòng trong xoang không kèm trào ngược tĩnh mạch vỏ não
<b>Type IIb</b>	Dẫn lưu xuôi dòng trong xoang kèm trào ngược tĩnh mạch vỏ não
<b>Type IIa+b</b>	Dẫn lưu ngược dòng trong xoang kèm trào ngược tĩnh mạch vỏ não
<b>Type III</b>	Dẫn lưu trực tiếp vào tĩnh mạch vỏ não không tạo hồ tĩnh mạch
<b>Type IV</b>	Dẫn lưu tạo hồ tĩnh mạch (>5mm và gấp 3 lần đường kính tĩnh mạch)
<b>Type V</b>	Dẫn lưu quanh tủy

**2.4. Đánh giá kết quả.** Tất cả những bệnh nhân sau điều trị sẽ được đánh giá triệu chứng lâm sàng ngay sau điều trị, triệu chứng lúc xuất viện, tái khám sau 3 tháng.

**2.4.1. Ngay sau khi can thiệp.** Tiêu chuẩn đánh giá điều trị RĐMMCXH gián tiếp thành công bao gồm: Bít rò hoàn toàn hoặc bít rò gần hoàn toàn hoặc giảm triệu chứng.

- Bít rò hoàn toàn: khi chụp DSA ngay sau khi can thiệp hết rò, là biến số nhị giá có và không.

- Bít rò gần hoàn toàn: sau khi chụp DSA còn rò chuyển rò từ độ V, IV, III, IIb xuống II hoặc I là biến số nhị giá có và không.

- Giảm triệu chứng: ngay sau khi can thiệp âm thổi mắt giảm hay mất, là biến số nhị giá có và không.

**2.4.2. Đánh giá lâm sàng sau can thiệp**

- Đò mắt: cải thiện hay không cải thiện về đò mắt là biến số nhị giá có và không.

- U tai: còn hay biến mất, là biến số nhị giá

có và không.

- Âm thổi: còn hay biến mất, là biến số nhị giá có và không.

- Yếu liệt nửa người: Đánh giá sức cơ có hồi phục hay không, là biến số nhị giá có và không.

- Dấu thần kinh khu trú: liệt dây III,IV,VI; là biến số nhị giá có và không.

**2.4.3. Đánh giá kết quả sau 3 tháng can thiệp**

**Tiêu chuẩn thành công:** - Bít được lỗ rò hoàn toàn, phục hồi động mạch cảnh khi hình ảnh chụp DSA sau can thiệp cho thấy không còn thuốc vùng xoang hang khi chụp động mạch cảnh trong, phục hồi lại tuần hoàn động mạch cảnh nuôi não.

- Bít được lỗ rò gần hoàn toàn: khi hình ảnh chụp DSA sau can thiệp cho thấy còn thoát thuốc một ít vùng xoang hang khi chụp động mạch cảnh trong, nhưng trên lâm sàng không nghe âm thổi, phục hồi lại tuần hoàn động mạch cảnh nuôi não, có ý nghĩa trên hình ảnh học, có thể được coi là khỏi trên lâm sàng.

- Chưa bít lỗ rò khi chưa kiểm soát, trên lâm sàng âm thổi vẫn còn nghe, mắt còn sung huyết.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

Bệnh nhân đa số là nữ giới, độ tuổi trung bình là 53,7 ± 15,6. Triệu chứng thường khiến bệnh nhân tới khám là đò mắt (51,9%). Các biến chứng hay gặp khác là lồi mắt (22,2%), đau đầu (16,7%). Thời gian kể từ triệu chứng khởi phát đến khám nhập viện 1-4 tuần có tỉ lệ cao nhất 57,4%. Triệu chứng thực tế đò mắt có tỉ lệ cao (81,5%). Thể lâm sàng có đò mắt là 81,48%, giảm thị lực 42,6%, đau đầu 27,77%, đột quỵ não 1,85%. Trên hình ảnh MRI, 85,2% dẫn tĩnh mạch mắt; 68,5% có Flowvoid; 63,0% dòng chảy TOF MRA/TWIST; 7,4% dẫn tĩnh mạch vỏ não; 1,9% xuất huyết não. Trên hình ảnh DSA, vị trí rò bên trái (22,2%), bên phải (48,1%), hai bên (29,6%). Theo phân loại Barrow, type B 8 (14,8%), type C 4 (7,4%) và type D chiếm tỉ lệ cao nhất 42 (77,8%). Theo Cognard type I: 3,7%, IIa: 52 %, type IIb: 29,6%, type II a+b: 16,7%, type III: 3,7% và type V: 1,9%. Tĩnh mạch dẫn lưu tỉ lệ gặp nhiều nhất: tĩnh mạch mắt (77,8%), tĩnh mạch vỏ não (29,6%), tĩnh mạch nền (7,4%), tĩnh mạch xoang đá dưới (5,6%).

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Tuổi</b>	Trung bình (Min – Max): 53,7 ± 15,6 (26-81)		

<b>Giới tính</b>	Nam	10	18,5
	Nữ	44	81,5
<b>Lý do nhập viện</b>	Đỏ mắt	28	51,9
	Lồi mắt	12	22,2
	Đau đầu	9	16,7
	Khác	5	9,9
<b>Thời gian có TC đến khi nhập viện</b>	<1 tuần	7	13,0
	1 - 4 tuần	31	57,4
	> 4 tuần	16	29,6
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	Đỏ mắt	44	81,5
	Lồi mắt	23	42,6
	Giảm thị lực	23	42,6
	Tăng nhãn áp	40	74,1
	Nhìn đôi	6	11,1
	Sụp mí	3	5,6
	Am thời trong đầu	6	11,1
	Đau đầu	15	27,8
<b>Thể lâm sàng</b>	Yếu nửa người	1	1,9
	Đỏ mắt	44	81,48
	Giảm thị lực	23	42,6
	Đau đầu	15	27,77
<b>MRI sọ não</b>	Đột quy não	1	1,85
	Dẫn tĩnh mạch mắt	46	85,2
	Flowvoid	37	68,5
	Dòng chảy TOF MRA/TWIST	34	63,0
	Dẫn tĩnh mạch vỏ não	4	7,4
<b>Vị trí rò trên DSA</b>	Xuất huyết não	1	1,9
	Trái	12	22,2
	Phải	26	48,1
<b>Phân loại Barrow</b>	Hai bên	16	29,6
	Type B	8	14,8
	Type C	4	7,4
<b>Phân loại Cognard</b>	Type D	42	77,8
	I	2	3,7
	IIa	24	44,4
	IIb	16	29,6
	IIa +b	9	16,7
	III	2	3,7
<b>Tĩnh mạch dẫn lưu</b>	IV	0	0
	V	1	1,9
	Tĩnh mạch mắt	42	77,8
	Tĩnh mạch vỏ não	16	29,6
	Tĩnh mạch nền	4	7,4
<b>Tĩnh mạch dẫn lưu</b>	Tĩnh mạch xoang đá dưới	3	5,6
	Tĩnh mạch xoang đá trên	1	1,9

**3.3. Kết quả điều trị.** Về đường tiếp cận, bít rò bằng đường tĩnh mạch 47 (87%), đường động mạch 1 (1,9%), phối hợp 6 (11,1%). Về vật liệu sử dụng, bít rò bằng coils 47 (87%), bóng 1(1,9%), phối hợp 6 (11,1%). Sau can

thiếp, hiệu quả bít rò hoàn toàn 44 (81,48%), bít gần hoàn toàn 10 (18,52%); sau 3 tháng, còn rò hoàn toàn type D là 12,96%. Về biến chứng, sau can thiệp biến chứng tụ máu vùng ben gặp 5 trường hợp (9,3%), 3 liệt các dây thần kinh sọ (5,6%); sau 3 tháng, không còn tụ máu vùng ben, liệt III còn 1,9%, liệt VI là 1,9%.

**Bảng 4. Kết quả điều trị**

<b>Đặc điểm</b>		<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Đường tiếp cận</b>	Tĩnh mạch	47	87
	Động mạch	1	1,9
	Phối hợp cả hai	6	11,1
<b>Vật liệu bít rò</b>	Coils	47	87
	Phối hợp (keo, Onyx, Coils)	6	11,1
	Bóng	1	1,9
<b>Hiệu quả tắc rò ngay sau can thiệp</b>	Bít rò hoàn toàn	44	81,48
	Bít rò gần hoàn toàn	10	18,52
<b>Biến chứng ngay sau can thiệp</b>	Tụ máu vùng ben	5	9,3
	Liệt thần kinh sọ	3	5,6
<b>Biến chứng sau can thiệp 3 tháng</b>	Tụ máu vùng ben	0	0
	Liệt III	1	1,9
	Liệt VI	1	1,9

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 53,7, nữ chiếm đa số với hơn 80%. Hầu hết biểu hiện lâm sàng của RĐMMCXHGT là các triệu chứng về mắt như đỏ mắt, lồi mắt với tỷ lệ khá cao: đỏ mắt (81,5%), lồi mắt (42,6%), giảm thị lực (42,6%). Tác giả Kirsch M báo cáo 141 trường hợp có các triệu chứng chiếm tỷ lệ khá cao như: đỏ mắt (94%), lồi mắt (87%), giảm thị lực (28%).<sup>2</sup>

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán RĐMMCXHGT trong sọ và có thể tiến hành thủ thuật can thiệp mạch máu não nhờ chụp mạch kỹ thuật số xóa nền. Vị trí RĐMMC của nhiều tác giả vùng xoang ngang -sigma chiếm khoảng 24,7-63%, vùng xoang hang là 12-25,8%. Kết quả chụp DSA qua 54 trường hợp nghiên cứu RĐMMCXHGT theo phân loại Barrow: type B (14,8%), type C (7,4%) và type D (77,8%). Type D chiếm tỷ lệ cao đây là loại RĐTMMC từ các nhánh nhỏ của động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài vào xoang hang. Trong 11 trường hợp RĐMMCXHGT của tác giả Kirsch M và cộng sự: 3 type B và 8 type D, không có trường hợp nào type C; trong khi đó trường hợp type C ở nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 7,4%.<sup>2</sup>

Trong 54 trường hợp nghiên cứu dẫn lưu

vào tĩnh mạch mắt trên là 42 trường hợp chiếm 77,8%, biểu hiện lâm sàng đỏ mắt của 42 trường hợp này là 100%.

Có 16 trường hợp trào ngược tĩnh mạch nông vỏ não có 1 trường hợp xuất huyết dưới nhện phát hiện được khi chụp CLVT và CHT, là type D theo phân loại Barrow. Đánh giá mối tương quan giữa tĩnh mạch dẫn lưu có trào ngược tĩnh mạch nông vỏ não với tình trạng xuất huyết nội sọ, dùng phép kiểm Fisher's exact test  $p = 0,038 < 0,05$ . Như vậy, tương quan có ý nghĩa thống kê giữa dẫn lưu có trào ngược tĩnh mạch nông vỏ não với xuất huyết nội sọ.

So với Awad I và cộng sự<sup>3</sup> thì tỉ lệ xuất huyết nội sọ có trào ngược tĩnh mạch nông vỏ não là 48% và nghiên cứu của chúng tôi là 1/16 (6,25%) (bảng 3.21). Có 47 trường hợp đường vào can thiệp nội mạch là tĩnh mạch (87%) và 1 trường hợp đường vào động mạch (1,9%), 6 phối hợp cả hai động-tĩnh mạch (11,1%) với tỉ lệ thành công là 81,42%.

Phân tích 258 trường hợp điều trị RĐTMMC của tác giả Lucas và cộng sự, 67 trường hợp vùng xoang hang nếu bít rò bằng đường xuyên động mạch tỷ lệ bít hoàn toàn đường rò chỉ là 62%, đường tĩnh mạch là 78%.<sup>4</sup> Theo tác giả Chung J. Sun và cộng sự (2002),<sup>7</sup> báo cáo 60 trường hợp bít RĐMMCXHGT bằng động tĩnh mạch chiếm 48,5%, đường tĩnh mạch chiếm 48,5% với tỉ lệ thành công 85,29%. Tác giả Kirsch M và cộng sự (2006)<sup>2</sup> báo cáo 141 trường hợp RĐMMCXHGT đường tiếp cận can thiệp qua đường động mạch 11,34% còn lại qua đường tĩnh mạch chiếm tới 88,65% với tỉ lệ thành công 81%.

Trong 54 trường hợp RĐMMCXHGT, có 6 trường hợp chọn tắc mạch bằng tác nhân lỏng Cyanoacrylate kết hợp với Lipiodol và coils. Chất keo này sẽ polymer hóa rất nhanh trong môi trường ion như máu. Lipiodol, một chất dầu không thấm xạ, được dùng phối hợp để tăng tính chắc xạ và điều hòa thời gian đông đặc. Để tắc mạch đạt hiệu quả, microcatheter nên được đưa vào vị trí xa và chất keo cần phải được pha loãng bằng Lipiodol. Tùy thuộc vào thời gian di chuyển trong động tĩnh mạch, tỉ lệ keo/dầu thường dùng là 1:3 hoặc 1:7. Đạt được kết quả tốt nhất qua việc tắc mạch đường xuyên động mạch bằng keo chính là chất keo chắc xạ phải tới được phía tĩnh mạch của tổn thương mà không làm tắc các tĩnh mạch dẫn lưu chính khác. Phải đánh giá thật cẩn thận các thông nối nguy hiểm và các nguồn cung cấp máu cho các dây thần kinh sọ nếu sử dụng keo pha loãng vì nguy cơ gây đột quỵ hoặc thiếu máu nuôi các dây thần kinh sọ cao. Trào ngược

keo vào đầu catheter có thể dẫn đến tắc các động mạch bình thường không chủ ý. Kết quả 47/54 trường hợp tắc mạch hoàn toàn khi sử dụng đơn thuần bằng coils (87%), 6/54 phối hợp hỗn hợp keo và coils (11,1%), 1 trường hợp tắc trị bằng bóng (1,9%).

Đánh giá hiệu quả điều trị RĐMMCXHGT qua can thiệp nội mạch bằng chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền DSA: Kết quả bít hoàn toàn là 44 trường hợp trong tổng số 54 trường hợp can thiệp chiếm 81,5%. Đây là kỹ thuật mới áp dụng triển khai ở Việt nam thực hiện đạt tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ thành công và phù hợp với các tác giả đã công bố (bảng 3.26). So với báo cáo của tác giả Chung J. Sun và cộng sự trong 34 trường hợp bít hoàn toàn 15 (44,11%), bít gần hoàn toàn 15 (44,11%), thất bại 4 (11,76%)<sup>5</sup>. Sean M Barber cộng sự báo cáo tắc hoàn toàn rò là 18/19 trường hợp (94,7%), bít gần hoàn toàn 1/19 trường hợp.<sup>6</sup> Meyers và cộng sự, bít rò hoàn toàn 90%, còn rò 10%.<sup>7</sup>

Có 5 trường hợp tụ máu vùng ben nơi tiếp cận, cải thiện lúc ra viện và hết lần tái khám 1 tháng sau. Ba trường hợp liệt dây III và sáu trường hợp liệt dây VI, các trường hợp liệt cải thiện lần tái khám 3 tháng còn sụp mi một trường hợp và nhìn đôi còn một trường hợp. Meyers & cs (2002) có 135 trường hợp, 76% thuyên tắc mạch qua tĩnh mạch, tỉ lệ thành công là 90%, 8 trường hợp biến chứng (6%): 1 nhồi máu não, 2 giảm thị lực, 1 tiểu đường và 1 có triệu chứng về mắt và 1 ca tử vong 2,3%, 54% chiếm 1/3 hơn 1 lần can thiệp<sup>7</sup>. Kim & cs (2006) tắc tức thì 75% (tắc hoàn toàn và gần hoàn toàn), cải thiện lâm sàng 91%, 11 biến chứng (20%): 6 ca liệt dây sọ, 3 ca thủng tĩnh mạch, 2 ca xuất huyết thân não, liệt VI thoáng qua thấy có 5 ca (10,7%) liên quan quá tải xoang hang hoặc huyết khối trong xoang hang. Thủng tĩnh mạch khi đưa catheter vào xoang đá dưới ghi nhận 3 ca (5,4%). Vỡ xoang đá dưới có thể không gây ra biến chứng lâm sàng nghiêm trọng cũng như thủng khi đưa catheter do huyết khối hoặc tắc xoang đá dưới. Huyết khối tĩnh mạch cũng được báo cáo. Kết quả thu nhận được từ nhiều tác giả, tỉ lệ cải thiện về mặt giải phẫu từ 50-100%, cải thiện lâm sàng dao động 63-100% (chữa khỏi bệnh 80%, cải thiện lâm sàng 90%).<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị rò động mạch màng cứng xoang hang gián tiếp hiệu quả, nên được áp dụng tại các cơ sở có đầy đủ trang thiết bị chẩn đoán và đội ngũ can thiệp mạch có kinh nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacobs SM, Arias EJ, Derdeyn CP, Couch SM, Custer PL.** Carotid cavernous sinus fistulas without superior ophthalmic vein enlargement. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2015;31(3):191-196. doi:10.1097/IOP.0000000000000241
2. **Kirsch M, Henkes H, Liebig T, et al.** Endovascular management of dural carotid-cavernous sinus fistulas in 141 patients. *Neuroradiology.* 2006;48(7): 486-490. doi:10.1007/s00234-006-0089-9
3. **Awad IA, Little JR, Akarawi WP, Ahl J.** Intracranial dural arteriovenous malformations: factors predisposing to an aggressive neurological course. *J Neurosurg.* 1990;72(6):839-850. doi:10.3171/jns.1990.72.6.0839
4. **Lucas CP, Zabramski JM, Spetzler RF, Jacobowitz R.** Treatment for intracranial dural arteriovenous malformations: a meta-analysis from the English language literature. *Neurosurgery.* 1997;40(6):1119-1130; discussion 1130- 1132. doi:10.1097/00006123-199706000-00002
5. **Chung SJ, Kim JS, Kim JC, et al.** Intracranial dural arteriovenous fistulas: analysis of 60 patients. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2002;13(2):79-88. doi:10.1159/000047755
6. **Barber SM, Rangel-Castilla L, Zhang YJ, Klucznik R, Diaz O.** Mid and long-term outcomes of carotid-cavernous fistula endovascular management with Onyx and n-BCA: experience of a single tertiary center. *J Neurointerventional Surg.* 2015;7(10):762-769. doi:10.1136/neurintsurg-2014-011266
7. **Meyers PM, Halbach VV, Dowd CF, et al.** Dural carotid cavernous fistula: definitive endovascular management and long-term follow-up. *Am J Ophthalmol.* 2002;134(1):85-92. doi:10.1016/s0002-9394(02)01515-5
8. **Kim DJ, Kim DI, Suh SH, et al.** Results of transvenous embolization of cavernous dural arteriovenous fistula: a single-center experience with emphasis on complications and management. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006;27 (10):2078-2082.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thuỳ Ninh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đoàn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ theo thông tư 51 Bộ y tế về "Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ" từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân phản vệ có xu hướng ngày càng gia tăng chủ yếu với nguyên nhân do thuốc (53.8%), thức ăn (38.7%), nọc côn trùng (2.5%). Trong đó nguyên nhân do thuốc hay gặp là thuốc chống viêm không Steroid (26.6%), sau đó là kháng sinh 23.5%; thức ăn hay gặp nhất là các loại hải sản như tôm, cua... (40%). Biểu hiện lâm sàng phản vệ đa dạng ở nhiều cơ quan trong cơ thể, chủ yếu ở da, niêm mạc (92.4%), hô hấp 67.2%), tiêu hoá (29.4%). Mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp từ mức độ I đến mức độ IV, trong đó mức độ II gặp nhiều nhất với tỷ lệ 69.7%. Mức độ phản vệ giữa các nguyên nhân gây phản vệ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0.001$ ). Có 76 bệnh nhân được sử dụng Adrenalin (61.3%). 89% số bệnh nhân sử dụng Adrenalin được dùng theo đường tiêm bắp, 15.1% bệnh nhân phải chuyển sang đường

truyền tĩnh mạch. Ngoài ra, 92.4% bệnh nhân được dùng Corticoid và 90.8% dùng kháng histamin, 1 bệnh nhân phải hồi sức tim phổi. Tỷ lệ điều trị khỏi là 97.5% bệnh nhân, không có bệnh nhân tử vong, có 2.5% bệnh nhân chuyển viện. **Từ khóa:** phản vệ, bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF ANAPHYLAXIS AT TAM ANH HA NOI HOSPITAL

**Objectives:** Study of clinical characteristics and evaluation of treatment results at Tam Anh Ha Noi hospital. **Methods and Methodology:** This is retrospective and cross-sectional descriptive study on 119 patients diagnosed with anaphylaxis according to 51/2017/TT-BYT about "Guidelines for prevention diagnosis and treatment anaphylaxis" at Tam Anh Ha Noi hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** The rate of anaphylactic patients tends to increase, mainly due to drugs (53.8%), food (38.7%), and insect venom (2.5%). Among the most common drug causes are non-steroidal anti-inflammatory drugs (26.6%), followed by antibiotics 23.5%; The most common foods are seafood such as shrimp, crab... (40%). Anaphylactic clinical manifestations are diverse in many organs in the body, mainly in the skin and mucous membranes (92.4%), respiratory 67.2%), and digestion (29.4%). The level of anaphylaxis in the study group of patients ranged from level I to level IV, of which level II was the most common with a rate of 69.7%. The degree of anaphylaxis between the causes of anaphylaxis has a statistically significant

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuỳ Ninh

Email: dr.ninhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024