nhạy (98,7%) và độ đặc hiệu (84,4%).

VI. LỜI CÁM ƠN

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn Trung tâm Y Tế Quận 6 và các Trạm Y tế Phường liên quan.

Đề tài nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lohsoonthorn V, Khidir H, Casillas G, et al.** Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students. Sleep Breath. 2013;17(3):1017-1028. doi:10.1007/s11325-012-0792-1
2. **Nelson KL, Davis JE, Corbett CF.** Sleep quality: An evolutionary concept analysis. Nurs Forum. 2022;57(1):144-151. doi:10.1111/nuf. 12659
3. **Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC.** Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. 2020:324(8):782-793. doi:10. 1001/jama.2020.12839
4. **Châu, P. N. H.** (2017). Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở sinh viên hệ chính quy khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. (Khóa luận Tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng). Đại học y dược Tp.HCM, Tp.HCM. doi: http://www.fphhcm.edu.vn/library/viewref.php?TYPE=TS&STT=2017131
5. **Reichert, C. F., Veitz, S., Bühler, M., Gruber, G., Deuring, G., Rehm, S. S.,... Weibel, J.** (2021). Wide awake at bedtime? Effects of caffeine on sleep and circadian timing in male adolescents - A randomized crossover trial. Biochem Pharmacol, 191, 114283. doi:10.1016/j.bcp.2020.114283
6. **Margalit, I., Yelin, D., Sagi, M., Rahat, M. M., Sheena, L., Mizrahi, N.,... Yahav, D.** (2022). Risk Factors and Multidimensional Assessment of Long Coronavirus Disease Fatigue: A Nested Case-Control Study. Clin Infect Dis, 75(10), 1688-1697. doi:10.1093/cid/ciac283
7. **Đức Minh N, Vinh Quốc N.** Bước đầu đánh giá tình trạng mất ngủ không thực tổn và một số yếu tố liên quan. VMJ. 2021;499(1-2). doi:10.51298/vmj.v499i1-2.222
8. **Manzar MD, Bekele BB, Noohu MM, et al.** Prevalence of poor sleep quality in the Ethiopian population: a systematic review and meta-analysis. Sleep Breath. 2020;24(2):709-716. doi:10.1007/s11325-019-01871-x

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA NGƯỜI BỆNH TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Trần Bá Tuấn[1], Ngô Mạnh Hùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ, đánh giá mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của 39 người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 01/2018 – 3/2023. **Kết quả**: Tuổi trung bình là 55,97 ± 11,2 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ: 1/1,79. Triệu chứng khởi phát hay gặp nhất là đau đầu dữ dội. Theo phân loại lâm sàng của Hội Phẫu thuật thần kinh thế giới, phân độ lâm sàng nhẹ chiếm 59%, nặng chiếm 41%. Vị trí chảy máu dưới nhện hay gặp nhất là khe Sylvian (87,2%), vị trí túi phình động mạch não giữa hay gặp nhất là chỗ chia đôi M1-M2 (79,5%). Túi phình có tỉ lệ cao nhất là phình hình túi (92,3%), đa số là túi phình nhỏ và trung bình. Co thắt mạch có 5,1%. **Kết luận**: Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ rất đa dạng và liên quan chặt chẽ với nhau. ***Từ khóa:*** Lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, túi phình động mạch não giữa.

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh
[2]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bá Tuấn
Email: drtuan1991@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023
Ngày duyệt bài: 15.01.2024

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS STUDY OF PATIENTS WITH RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSM

Objective: To study the clinical and radiological characteristics of patients with ruptured middle cerebral artery aneurysms, assessing the association between some clinical and radiological characteristics of patients with ruptured middle cerebral artery aneurysms. **Subjects and methods:** Clinical and radiological characteristics of 39 patients with ruptured middle cerebral artery aneurysm who received surgical treatment at Viet Duc Hospital from January 2018 to March 2023. **Results**: Average age was 55,97 ± 11,2, male/female ratio: 1/1,79. The most common onset symptom was severe headache. Following the clinical classification of World Federation of Neurosurgical Societies, the mild patients accounted for 59% and the severity patients accounted for 41%. The most common location of subarachnoid hematoma was the Sylvian fissure, accounting 87,2%, and the most common location of the middle cerebral artery aneurysm was M1 bifurcation, accounting for 79,5%.

The most common morphology of the MCA aneurysm was saccular aneurysms, accounting for 92,3%, most of them were small and medium aneurysms. The vasospasm ratio was 5,1%. **Conclusion**: The clinical and radiological characteristics of patients with ruptured middle cerebral artery aneurysms were diverse and closely related.

Keywords: Clinical, radiological characteristics, middle cerebral artery aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch là hiện tượng giãn bất thường, khu trú và lồi ra thành túi ở thành mạch máu, thường là thành động mạch, do các đặc điểm về mô bệnh học và các yếu tố huyết động khác nhau nên túi phình động mạch thường xảy ra ở động mạch não nhiều hơn các động mạch khác trong cơ thể.[1]

Túi phình động mạch não giữa chiếm 20-30% các túi phình động mạch não nội sọ, xuất hiện ở vị trí chia nhánh của động mạch não giữa chiếm 80% và túi phình ở cả 2 bên chiếm 18-25%. Tỉ lệ vỡ trung bình trong 5 năm của túi phình động mạch não giữa là 0%, 2,6%, 14,5% và 40% tương ứng với kích thước túi phình nhỏ hơn 7mm, 7-12mm, 13-24mm và trên 25mm. Phình động mạch não vỡ nguy hiểm vì có khoảng 15% các trường hợp chảy máu dưới nhện tử vong trước khi đến bệnh viện, và khoảng 20% trường hợp có chảy máu tái phát trong 2 tuần đầu, tỉ lệ tử vong có thể lên tới 45%, di chứng để lại trong 50% trường hợp được điều trị và chỉ có 1/3 trong số đó phục hồi hoàn toàn không di chứng.[2]

Điều trị túi phình động mạch não giữa nói chung hay túi phình mạch não nói riêng gồm 2 phương pháp chính: can thiệp nội mạch và vi phẫu thuật.

Do đặc điểm giải phẫu động mạch não giữa nằm trong khe Sylvian, đi trên bề mặt của thùy đảo, liên quan chặt chẽ đến các vùng chức năng của não nên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của túi phình động mạch não giữa vỡ rất đa dạng. Việc đánh giá kỹ tình trang lâm sàng cũng như phim chụp của người bệnh là rất cần thiết để lên kế hoạch điều trị cũng như tiên lượng người bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh túi phình động mạch não giữa vỡ"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

– Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

+ Người bệnh (NB) được chẩn đoán túi phình động mạch não giữa vỡ có chỉ định can thiệp phẫu thuật: Dựa vào lâm sàng, có phim chụp mạch não cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy

+ NB có hồ sơ bệnh án rõ ràng, hình ảnh trên phim chụp CLVT, công hưởng từ (MRI) hoặc chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) rõ, đủ độ tin cậy

+ Người bệnh được điều trị phẫu thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức từ 01/2018 – 03/2023

+ Người bệnh và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

– ***Tiêu chuẩn loại trừ***

+ Người bệnh được chẩn đoán túi phình động mạch não giữa vỡ, có chỉ định can thiệp phẫu thuật, kèm theo dị dạng mạch não khác gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị như thông động tĩnh mạch não...

+ Người bệnh tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu. Trung tâm phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Việt Đức

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

01/2018 – 03/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu: 39 người bệnh

2.2.3. Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới, tiền sử), thời gian (khởi phát, nhập viện, phẫu thuật, ra viện), triệu chứng khởi phát, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm chẩn đoán hình ảnh (chảy máu dưới nhện, máu tụ trong não, chảy máu não thất, đè đẩy đường giữa, đặc điểm túi phình, co thắt mạch).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Nam		Nữ		Tổng		P
	N	%	N	%	N	%	
≤40	1	7.1	2	8	9	7.7	P= 0.084
40-50	7	50	3	12	10	25.6	
51-60	3	21.4	7	28	10	25.6	
61-70	2	14.3	11	44	13	33.3	
>70	1	7.1	2	8	3	7.7	
Tổng	14	100	25	100	39	100	

Bảng 2. Thời gian diễn biến bệnh

	Trước nhập viện	
	N	%
Trong 24h	19	48.7
24-72h	13	33.3
72h-7 ngày	5	12.8
>7 ngày	2	5.1

Bảng 3. Cách thức khởi phát bệnh

Cách khởi phát	N	%
Đột ngột	32	82.1
Tăng dần	7	17.9

Bảng 4. Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng khởi phát	N	%
Đau đầu	32	82,1
Giảm tri giác	13	33,3
Hôn mê	1	2,6
Liệt nửa người	5	12,8
Cứng gáy	1	2,6

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Đau đầu	35	89.7
Buồn nôn, nôn	12	30.8
Hội chứng màng não	16	41
Nói khó	4	10.3
Liệt vận động	11	28.2

Bảng 6. Phân độ lâm sàng

WFNS	N	%
1	19	48.7
2	4	10.3
3	7	17.9
4	8	20.5
5	1	2.6

Bảng 7. Hình thái chảy máu

Hình ảnh chảy máu	N	%
Chảy máu dưới nhện	34	87.2
Chảy máu não thất	15	38.5
Chảy máu dưới màng cứng	2	5.1
Máu tụ trong não	17	43.6
Giãn não thất	4	10.3
Đè đẩy đường giữa	10	25.6

Bảng 8. Mức độ chảy máu dưới nhện

FISHER	N	%
1	5	12.8
2	8	20.5
3	14	35.9
4	12	30.8

Bảng 9. Vị trí chảy máu dưới nhện

Vị trí chảy máu dưới nhện	N	%
Khe sylvian	34	87.2
Khe gian bán cầu	17	43.6
Bể gian cuống	18	46.2
Bể trên yên	20	51.3
Bể quanh cầu	16	41
Bể quanh củ não sinh tư	16	41

Bảng 10. Vị trí túi phình

Vị trí túi phình		N	%
Vị trí	M1	4	10,3
	Chia nhánh của M1	31	79,5
	M2	4	10,3
Bên	Phải	18	46,2
	Trái	21	53,8

Bảng 11. Đặc điểm túi phình

Hình ảnh trên phim		N	%
Số lượng túi phình	1	34	87,2
	2	5	12,8
Phân độ túi phình	Rất nhỏ (<3mm)	9	23,1
	Nhỏ (3-6mm)	16	41
	Trung bình (7-12mm)	13	33,3
	Lớn (13-24mm)	1	2,6
Đường kính cổ túi phình	<4mm	32	82,1
	>= 4mm	7	17,9
Chỉ số Aspect	<2	26	66,7
	≥2	13	33,3
Hình dạng túi phình	Hình túi	36	92,3
	Hình thoi	1	2,6
	Nhiều múi	2	5,1
Co thắt mạch	Có	2	5,1
	Không	37	94,9

Bảng 12. Mối liên quan giữa máu tụ trong não và phân độ lâm sàng

	Có máu tụ trong não		Không có máu tụ trong não		P
	N	%	N	%	
WFNS1	3	17,6	16	72,7	P=0,001
WFNS2	1	5,9	3	13,6	
WFNS3	5	29,4	2	9,1	
WFNS4	7	41,2	1	4,5	
WFNS5	1	5,9	0	0	
Tổng	17	100	22	100	

Bảng 13. Mối liên quan giữa chảy máu não thất và phân độ lâm sàng

	Có chảy máu não thất		Không chảy máu não thất		P
	N	%	N	%	
WFNS1	2	13,3	17	70,8	P=0,000
WFNS2	2	13,3	2	8,3	
WFNS3	2	13,3	5	20,8	
WFNS4	8	53,3	0	0	
WFNS5	1	6,7	0	0	
Tổng	15	100	24	100	

Bảng 14. Mối liên quan giữa co thắt mạch và mức độ nặng lâm sàng

	Co thắt mạch		Không co thắt mạch	
	N	%	N	%
WFNS 1,2	0	0	23	62,2
WFNS 3,4,5	2	100	14	37,8
Tổng	**2**	**100**	**37**	**100**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Phình mạch não là một bệnh lý phổ biến, xuất

hiện khoảng 1-2% dân số. Vỡ phình động mạch não là nguyên nhân hàng đầu của chảy máu dưới nhện, gây nên tình trạng tàn tật và tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 39 người bệnh với tuổi trung bình là 55,97 ± 11,2; nhỏ nhất là 35 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác nghiên cứu về túi phình động mạch não vỡ như Trần Trung Kiên 55,9 ± 11,9, Trần Anh Tuấn 55,12 ± 12,62.[1,2]

Tỷ lệ nam/nữ là 1/1.79; số người bệnh nữ nhiều hơn so với người bệnh nam. Khác biệt giữa nam và nữ cũng thể hiện ở lứa tuổi mắc bệnh, ở nam giới tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất ở nhóm tuổi 40-50, chiếm tỷ lệ 50%, trong khi nữ giới tỉ lệ nhóm tuổi này là 12%, tuy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,084. Trong khi đó, lứa tuổi >50 tuổi, nhóm nam có tỉ lệ giảm rõ rệt còn 23,1% trong khi nữ giới tỉ lệ tăng rõ rệt, chiếm 76,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,03

4.2. Thời gian diễn biến của bệnh. Thời gian người bệnh được chẩn đoán sớm trong vòng 24h chiếm 48,7%. So với các nghiên cứu trước tỷ lệ phát hiện và đưa người bệnh đến tuyến chuyên khoa có khả năng điều trị can thiệp túi phình động mạch não vỡ được cải thiện đáng kể so với nghiên cứu của Đặng Việt Sơn số người bệnh đến viện trong 24h đầu chỉ chiếm 16,2%.[3] Tỉ lệ này có được do công tác khám chữa bệnh cơ sở được cải thiện, khái niệm túi phình động mạch não được cập nhật tại nhiều địa phương, chụp cắt lớp vi tính đã trở thành phương pháp chẩn đoán thường quy tại tuyến cơ sở.

4.3. Cách thức khởi phát bệnh. Cách thức khởi phát đột ngột chiếm 82,1%, đây là cách thức phổ biến của bệnh lý vỡ phình mạch não. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác như Đặng Việt Sơn 78,8%, Trần Trung Kiên 86,1%.[1,3] Với đặc trưng của túi phình động mạch não vỡ tạo nên chảy máu cấp tính, diễn biến lâm sàng nhanh chóng.

4.4. Triệu chứng lâm sàng

4.4.1. Triệu chứng lâm sàng khởi phát. Tỉ lệ triệu chứng đầu tiên hay gặp nhất là đau đầu chiếm 82,1%, kèm theo đó là buồn nôn và nôn chiếm 23,1%. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương đồng: Đặng Việt Sơn 97,6%, Trần Trung Kiên 82,6%.[1,3] Cơn đau do vỡ phình động mạch não được mô tả là cơn đau đầu đột ngột, như "búa bổ", như "sét đánh", đây là dấu hiệu đặc trưng của vỡ phình động mạch não trong sọ. Đây là hậu quả của vỡ phình động mạch não, gây nên tình trạng chảy máu dưới nhện lan tỏa, co thắt mạch não, chảy máu vào trong não thất.

Mặt khác có 33,3% người bệnh giảm tri giác tạm thời, 2,6% người bệnh hôn mê và 12,8% người bệnh liệt nửa người. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người của chúng tôi cao hơn so với kết quả của tác giả Trần Trung Kiên 9,3% [1].

4.4.2. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện. Triệu chứng đau đầu chiếm 89.7% tương đồng với các nghiên cứu các tác giả Đặng Việt Sơn 91,9%, Trần Trung Kiên 96,5%[1,3]. Đau đầu là triệu chứng không đặc hiệu cho vỡ phình động mạch não tuy nhiên đây là triệu chứng phổ biến với tính chất cấp tính và cường độ cao. Triệu chứng kèm theo là dấu hiệu buồn nôn và nôn do tăng áp lực nội sọ chiếm 30.8% là hậu quả của chảy máu nội sọ, giãn não thất và co thắt mạch.

Phân độ lâm sàng theo liên đoàn phẫu thuật thần kinh thế giới: lâm sàng bệnh nhân nhẹ có: 48,7% bệnh nhân độ 1, 10,3% bệnh nhân độ 2, lâm sàng bệnh nhân nặng có 17,9% bệnh nhân độ 3 và 20,5% bệnh nhân độ 4, 2,6% bệnh nhân độ 5.

4.5. Đặc điểm hình ảnh học. Hình ảnh chảy máu dưới nhện trên cắt lớp thường phát hiện được trong 87,2% các trường hợp, chảy máu nhu mô não có 43,7% trường hợp, vị trí máu tụ trong nhu mô não chủ yếu là thái dương, nhân bèo, thùy đảo, máu tụ theo khe Sylvian và vỡ vào trong nhu mô não, có những trường hợp lan ra thùy trán. Có 3 trường hợp chảy máu lớn trong nhu mô não ≥ 30cm^3 chiếm 7,7%. Có 38,5% trường hợp có chảy máu não thất, 5,1% trường hợp có chảy máu dưới màng cứng. Giãn não thất gặp trong 10,3% trường hợp, và đè đẩy đường giữa được ghi nhận trong 25,6% trường hợp. Nhóm bệnh nhân không có máu tụ trong não có lâm sàng nhẹ chiếm tỉ lệ 86,4%, tỉ lệ này nhiều hơn nhóm bệnh nhân có máu tụ trong não chỉ chiếm 23,5% với OR = 4,4 (CI 95% 1,56-12,43) với p=0,000.

Nhóm bệnh nhân không chảy máu não thất có mức độ lâm sàng nhẹ chiếm 79,2%, tỉ lệ này nhiều hơn nhóm bệnh nhân có chảy máu não thất chỉ chiếm 26,7% với OR = 2,64 (CI 95% 1,25 - 5,6) với p= 0,002.

Vị trí chảy máu dưới nhện khe Sylvian chiếm tỷ lệ cao nhất 87,2% và là đặc điểm để chẩn đoán vị trí vỡ phình động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính, ngoài ra, chúng tôi cũng gặp các vị trí chảy máu dưới nhện khác như: khe gian bán cầu 43,6%, bể gian cuống 46,2%, bể trên yên 51,3%, bể quanh cầu 41%, bể quanh củ não sinh tư 41%.

Nghiên cứu của chúng tôi có 94,9% người bệnh trong nghiên cứu được chụp MSCT. Trong

điều kiện cấp cứu, người bệnh trong nhóm nghiên cứu đều được chụp MSCT vì: tính chất sẵn có của phương pháp này. Chúng tôi có 2 trường hợp túi phình rất nhỏ (0-3mm) được phát hiện bằng MSCT, 1 trường hợp chụp MSCT không thấy túi phình, được chẩn đoán xác định bằng DSA. 36/37 người bệnh chụp MSCT cho kết quả chẩn đoán chính xác túi phình chiếm 97,3%. Ngoài ra, trên phim chụp MSCT cung cấp thêm thông tin về tình trạng chảy máu dưới nhện, tình trạng phù não, chảy máu trong não thất. Có 5 trường hợp người bệnh vào viện vì đau đầu, buồn nôn vài ngày trước vào viện, được chụp MRI sọ não kiểm tra, phát hiện xuất huyết não do vỡ phình mạch não và được chẩn đoán xác định bằng CTA hoặc DSA.

CLVT đa dãy cho phép phân tích hình dạng và hướng túi phình, nó cho phép chẩn đoán chính xác huyết khối trong lòng túi phình, độ dày của huyết khối. Khi đã thu thập được hình ảnh ta có thể đánh giá hình ảnh theo mọi hình thái dựa vào tái tạo hai chiều và ba chiều. Đây là ưu điểm vượt trội của CLVT so với chụp mạch số hóa xóa nền, mặc dù gần đây cũng đã có chụp mạch số hóa ba chiều.

Để có phương thức tiếp cận phù hợp, phẫu thuật viên cần có đầy đủ thông tin về tình trạng chảy máu não, não thất, phù não, ngoài ra hình ảnh 3D túi phình cùng động mạch não giữa cũng cần nghiên cứu kỹ lưỡng trước can thiệp để có hướng tiếp cận túi phình thuận lợi nhất.

Chúng tôi có 5 trường hợp có 2 túi phình chiếm 12,8%. Với các bệnh nhân đa túi phình mạch não, việc chẩn đoán sai vị trí vỡ trước khi can thiệp phẫu thuật sẽ dẫn tới thảm họa vỡ túi phình trong mổ không kiểm soát được túi phình vỡ, do vậy, các phẫu thuật viên cần cân nhắc kỹ càng các yếu tố: 1/ Vị trí túi phình so với gốc động mạch: càng gần gốc động mạch lớn càng dễ vỡ, 2/ Vị trí co thắt động mạch mang túi phình, 3/ Hình dạng túi phình: túi phình động mạch vỡ có hình dạng không đều, 4/ Kích thước túi phình: kích thước túi phình càng lớn càng dễ chảy máu, 5/ Vị trí chảy máu dưới nhện.

Kích thước túi phình rất nhỏ (<3mm) chiếm 23,1%, túi phình kích thước nhỏ (3-6mm) chiếm 41%, túi phình kích thước trung bình 7-12mm chiếm 33,3%, chỉ có 2,6% túi phình kích thước lớn 13-24mm, không có trường hợp nào túi phình khổng lồ. Đa số túi phình có kích thước <7mm chiếm 64,1%. Kích thước trung bình túi phình là 5,74 ± 2.91mm, đường kính cổ túi phình là 2.94 ± 1.13mm, đa phần là túi phình với cổ nhỏ <4mm, 82,1%. Theo Y.Zheng và cộng sự, tỷ lệ túi phình động mạch não giữa vỡ có kích thước <7mm là 78,6%, kích thước túi phình trung bình là 5,6 ± 3,3mm (dao động từ 1,5-15,3mm).[4]

Chỉ số Aspect: trung bình là 2,28 ± 1,82, tỉ lệ túi phình có tỷ lệ Aspect <2.0 là 66,7%. Theo tác giả Y. Zheng và cộng sự, tỷ lệ Aspect trung bình của túi phình động mạch não giữa vỡ là 1,68 ± 0,76 và 73,2% túi phình có tỉ lệ aspect < 2.0.[4]

Túi phình hình túi chiếm đa số 92,3%, túi phình hình thoi có 2,6%, túi phình nhiều múi chiếm 5,1%. Đa số túi phình hình túi do vậy việc can thiệp phẫu thuật thuận lợi so với xử lý trường hợp túi phình nhiều múi hay túi phình hình thoi. Chúng tôi có 5,1% người bệnh có hình ảnh co thắt mạch trên phim chụp trước mổ. 100% người bệnh có co thắt mạch có tình trạng lâm sàng mức độ nặng, cao hơn nhiều so với nhóm người bệnh không có co thắt mạch, mức độ lâm sàng nặng chiếm 37,8% với OR = 1,143 (0,95-1,375) với p= 0,162, chưa có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Đặng Việt Sơn có 8,4% người bệnh có hình ảnh co thắt mạch.[3]

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 người bệnh vỡ túi phình động mạch não giữa được điều trị bằng phẫu thuật chúng tôi thấy: Tuổi trung bình là 55,97 ± 11,2 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ: 1/1,79. Triệu chứng khởi phát hay gặp nhất là đau đầu dữ dội. Phân độ lâm sàng nhẹ chiếm 59%, nặng chiếm 41%. Vị trí chảy máu dưới nhện hay gặp nhất là khe Sylvian (87,2%), vị trí túi phình động mạch não giữa hay gặp nhất là chỗ chia đôi M1-M2 (79,5%). Túi phình có tỉ lệ cao nhất là phình hình túi (92,3%) , đa số là túi phình nhỏ và trung bình. Co thắt mạch có 5,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Kiên.** Kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch thông trước, Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội. Published online 2021.
2. **Trần Anh Tuấn.** Nghiên cứu giá trị chẩn đoán phình động mạch não bằng máy cắt lớp vi tính 64 dãy, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội. Published online 2008.
3. **Đặng Việt Sơn.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. Published online 2018.
4. **Zheng Y, Zhou B, Wang X, et al.** Size, Aspect Ratio and Anatomic Location of Ruptured Intracranial Aneurysms: Consecutive Series of 415 Patients from a Prospective, Multicenter, Observational Study. Cell Transplant. 2019;28(6): 739-746. doi:10.1177/ 0963689718817227