ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐỐI VỚI TÚI PHÌNH HỆ ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG VỠ

Nguyễn Hữu Hưng*, Nguyễn Thế Hào, Nguyễn Thọ Lộ*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và chỉ định điều trị phẫu thuật ít xâm lấn đối với túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 9/2015 đến 9/2018. **Kết quả và kết luận:** tỉ lệ nữ/nam: 35/37, tuổi trung bình 55,98 ± 8,96. Dấu hiệu đau đầu báo trước gặp 8,33%. Triệu chứng lâm sàng khi vỡ túi phình: đau đầu dữ dội đột ngột (98,61%), buồn nôn và nôn (58,33%), co giật (4,17%), sợ ánh sáng (4,17%), mất tri giác ban đầu (2,78%). Suy giảm tri giác (25%), hội chứng màng não (81,94%), dấu hiệu thần kinh khu trú (9,72%). Có 66,67% bệnh nhân lâm sàng là độ I, 23,61% độ II, và 9,72% độ III. Trên phim cắt lớp vi tính: 8,33% chảy máu dưới màng nhện độ 1, 19,44% độ 2, và 72,22% độ 3. Vị trí túi phình động mạch thông trước chiếm 48,61%, động mạch não giữa 16,67%, động mạch thông sau 29,17%, động mạch mạch mạc trước 4,17%, và ngã ba động mạch cảnh trong 1,39%. Chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn cho túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ đối với độ lâm sàng từ I-III, chảy máu dưới màng nhện từ độ 1-3 và kích thước túi phình ≤10mm.

Từ khóa: Túi phình động mạch não vỡ, phẫu thuật ít xâm lấn.

SUMMARY

TO DESCRIBLE CLINICAL,RADIOLOGICAL FEATURES, AND VALUATE INDICATION OF MINIMALLY INVASIVE MICROSURGERY IN TREATMENT FOR RUPTURED INTERNAL CAROTID ARTERY ANEURYSMS

Objective: To describle clinical, radiological features, and evaluate indication of minimally invasive microsurgical treatment for ruptured internal carotid artery aneurysms. **Methods:** This cross-sectional prospective study included 72 patients who were brought to Bach Mai Hospital for ruptured internal carotid artery aneurysms, between 9/2015 and 9/2018. **Results and conclusion:**female/ male:35/37; mean age 55,98 ± 8,96. The warning headache occur in 8,33%. Clinial symptoms: thunderclap headache and sudden in onset (98,61%), nausea and vomiting (58,33%), seizure (4,17%), fear of light (4,17%), loss of awareness (2,78%). Decline in consciousness (25%),meningeal syndrome (81,94%), focal neurological signs (9,72%). 66,67% patients were in clinical grade I, 23,61% in grade II,and 9,72% in grade III. On CTscan, 8,33% hemorrhage in grade 1, 19,44% in grade 2, 72,22% in grade 3. 48,61% aneurysms located on anterior communicating artery and 16,67% aneurysms located on middle cerebral artery, 29,17% aneurysms located on posterior communicating artery, 4,17% aneurysms located on anterior choroidal artery, 1,39% aneurysms located on carotid terminus (bifurcation). Indication of minimally invasive microsurgical treatment for ruptured internal carotid artery aneurysms with clinical grade I-III, hemorrhage in grade 1-3 and size aneurysms ≤ 10mm.

Keywords: cerebral ruptured aneurysms, minimally invasive surgery, subarachnoid hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch não là hiện tượng giãn hình túi, khu trú ở một phần của thành động mạch não và thành túi giãn không còn cấu trúc bình thường của thành mạch, chính vì vậy rất dễ vỡ. Theo ước tính có khoảng 5% dân số có ít nhất 1 túi phình động mạch não, khoảng 0,2% các túi phình này vỡ mỗi năm, và hơn 90% vị trí túi phình nằm ở hệ động mạch cảnh trong [1]. Đường mở sọ kinh điển trong điều trị túi động mạch não là đường mổ trán - thái dương - nền được mô tả bởi Yasargyl và Fox năm 1975, đường mổ này dài gần 20 cm. Hiện nay, với sự phát triển không ngừng của các phương tiện chẩn đoán trước mổ, kính hiển vi và dụng cụ vi phẫu cũng như kiến thức ngày càng sâu sắc về giải phẫu và sinh lý, cho nên những đường mở sọ ít xâm lấn được áp dụng cho túi phình động mạch não nói chung và túi phình hệ động mạch cảnh trong nói riêng. Những đường mổ này có ưu điểm hơn đường mở sọ truyền thống là: ít làm tổn thương các cấu trúc da, cân, cơ, xương sọ, màng cứng và não trong quá trình mổ, ít gây sang chấn cho bệnh nhân, đẹp về mặt thẩm mỹ, tốt về mặt chức năng mà vẫn đạt được mục đích điều trị là loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn và đảm bảo sự toàn vẹn của hệ động mạch máu não và kết quả lại tốt hơn. Tuy nhiên, hiệu quả của phẫu thuật này còn phụ

**Bệnh viện quân y 17 (Quân khu 5)*
***Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội*
****Học viện Quân Y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Hưng
Email: hungvanc17@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 2.8.2021
Ngày duyệt bài: 11.8.2021

thuộc rất nhiều yếu tố như: tình trạng lâm sàng trước mổ, mức độ chảy máu dưới màng nhện, sự chính xác trong chẩn đoán, sự hiểu biết về các kỹ thuật xử lý mạch máu não, cũng như tiên lượng các biến chứng có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật. Do đó, đánh giá và nhận định đúng về tình trạng bệnh nhân trước mổ là rất quan trọng để đưa ra chỉ định điều trị đúng, mang lại hiệu quả của phương pháp điều trị này. Xuất phát từ lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ và được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 9/2015 - 9/2018.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân có tình trạng lâm sàng từ độ I-III theo phân độ của WFNS (World Federation of Neurologic Surgeons = Hội Phẫu thuật Thần kinh Thế giới).

+ Bệnh nhân có thể trạng tốt và tuổi dưới 80.

+ Chảy máu dưới nhện từ độ 1-3 theo Fisher trên phim cắt lớp vi tính (CLVT).

+ Có phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CTA) và/hoặc phim chụp động mạch não (DSA) chỉ rõ túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ. Tiêu chuẩn quyết định là trong mổ có túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Tình trạng nặng: độ IV-V theo phân độ của WFNS.

+ Túi phình chưa vỡ, túi phình khổng lồ.

+ Túi phình động mạch mắt, túi phình động mạch yên trên.

+ Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu, thực hiện theo quy trình thống nhất.

2.2. Cỡ mẫu: lựa chọn theo thực tế trong thời gian tiến hành nghiên cứu

2.3. Phương pháp phẫu thuật được thực hiện trong nghiên: sau khi gây mê nội khí quản, bệnh nhân được đặt theo tư thế nằm ngửa, đầu nghiêng tùy theo vị trí của túi phình, mở sọ được thực hiện theo các bước quy định, giống quy trình mở sọ ít xâm lấn của Pernecky A. và cộng sự [6]. Chúng tôi sử dụng 2 đường mổ ít xâm lấn trong điều trị túi phình hệ động mạch cảnh trong vỡ đó là:

+ Đường mổ ít xâm lấn trên cung mày: cho túi phình động mạch thông trước

+ Đường mổ ít xâm lấn vùng trán-thái dương: cho túi phình động mạch não giữa, động mạch thông sau, động mạch mạch mạc trước và túi phình ngả ba động mạch cảnh trong.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

+ Các chỉ tiêu cận lâm sàng: thời điểm chụp phim CLVT, mức độ chảy máu dưới màng nhện trên phim CLVT. Thời điểm chụp phim CTA, vị trí và kích thước túi phình trên phim CTA.

+ Đánh giá chỉ định phẫu thuật dựa trên các chỉ tiêu về: độ lâm sàng khi vào viện theo phân độ của WFNS, mức độ chảy máu dưới màng nhện theo Fisher, và vị trí và kích thước túi phình trên phim CTA.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Đa số các tác giả đều thống nhất, tần suất vỡ túi phình động mạch cảnh trong thường tăng theo tuổi, chỉ có 2% là ở trẻ nhỏ, khoảng 3,6-6,5% ở tuổi nhỏ hơn 30, nhóm tuổi thường gặp là 40-60, tuổi trung bình cho cả nam và nữ là 52 [3]. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 35 và cao nhất là 77, tuổi trung bình là 55,98±8,96, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 50-59 chiếm 43,06%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như: của Nguyễn Thế Hào và cộng sự tuổi trung bình là 52,4 [2], của Fischer G. và cộng sự là 51,8 [4], của Yamahata H. và cộng sự là 61,9 ± 12,1 [9]. Mặc dù hiện nay, xu hướng tuổi của bệnh nhân được chẩn đoán túi phình ĐMN ngày càng trẻ hơn, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi vẫn nhận thấy: phần lớn hay gặp vẫn là lứa tuổi từ 50 trở lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về giới: nữ (48,61%) và nam (51,39%), nguyên nhân là do cỡ mẫu của chúng tôi bé. Trong các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn cho thấy có sự nổi trội hơn về giới nữ, chiếm từ 66-70% [3]. Tỉ lệ này của Fischer G. và cộng sự trên 1000 bệnh nhân là: 699 nữ/301nam = 2,3 [4], của Wang H. và cộng sự là 1,47 [8]. Theo một số tác giả tỉ lệ nữ cao hơn, được xem là có liên quan đến sự giảm hụt ostrogen ở giai đoạn tiền mãn kinh, làm giảm các sợi collagen ở thành mạch dẫn đến giảm sức căng thành mạch máu [1], [3].

Hầu hết túi phình động mạch não tồn tại mà không được phát hiện cho đến lúc vỡ, hoặc được phát hiện tình cờ khi thăm khám về nguyên nhân khác của bệnh lý sọ não. Triệu chứng dự báo sớm của vỡ túi phình thường gặp nhất là đau đầu (86-97%), các triệu chứng khác ít gặp hơn

như: buồn nôn, nôn, sụp mi, mất thị lực thoáng qua,… nguyên nhân là do máu rỉ ra thành túi phình, hay còn gọi là "rỉ máu báo hiệu" (warning leak). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8,33% các trường hợp có dấu hiệu báo trước là đau đầu, và có 1,39% kèm theo có buồn nôn và nôn. Việc phát hiện ra các triệu chứng báo hiệu này rất quan trọng, giúp chẩn đoán xác định sớm và can thiệp điều trị kịp thời, tránh bị vỡ túi phình, giảm tỉ lệ tử vong và di chứng.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân (n=72)	Tỉ lệ %
Giới	Nam	37	51,39
	Nữ	35	48,61
Triệu chứng lâm sàng khi vào viện	Dấu hiệu báo trước	6	8,33
	Đau đầu đột ngột	71	98,61
	Buồn nôn và nôn	42	58,33
	Co giật, động kinh	3	4,17
	Sợ ánh sáng, nhìn mờ	3	4,17
	Mất tri giác ban đầu	2	2,78
Dấu hiệu lâm sàng	Suy giảm tri giác	18	25
	Hội chứng màng não	59	81,94
	Thần kinh khu trú	7	9,72
Độ lâm sàng khi vào viện	Độ I	47	66,67
	Độ II	17	23,61
	Độ III	7	9,72

Vỡ túi phình động mạch não thường là xảy ra đột ngột, đôi khi có thể thấy các yếu tố thuận lợi liên quan đến gắng sức như là: nâng vật nặng, rặn đi ngoài, cúi gập người, hay giao hợp… Biểu hiện lâm sàng điển hình với trình trạng đau đầu dữ dội kéo dài một vài giây, có thể đến vài giờ, khác với tất cả các kiểu đau từ trước, thường được bệnh nhân mô tả "đau đầu tồi tệ nhất trong cuộc đời" [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đau đầu gặp 98,61%, đây cũng là triệu chứng rất phổ biến trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào (85,3%) [1], của Wang H. và cộng sự là 100% [8]. Thông thường là đau ở vùng trán hoặc vùng thái dương lan xuống cổ, vài trường hợp có thể gặp lan xuống cả tủy sống và hai chân, nguyên nhân được cho là do sự xuất hiện của máu trong khoang dưới nhện [3].

Nôn và buồn nôn là triệu chứng thường gặp, khi xảy ra kèm với đau đầu cấp có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán vỡ túi phình. Nôn và buồn nôn gặp 58,33% trong nghiên cứu của chúng tôi, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào là 79,4% [1], của Wang H. và cộng sự buồn nôn là 92,3% và nôn là 75% [8], sự khác biệt này có thể là do việc lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi, chỉ đưa vào nghiên cứu những trường hợp có độ lâm sàng trước mổ tốt. Các triệu chứng lâm sàng khác gặp ít hơn như: mất tri giác ban đầu (2,78%), co giật động kinh (4,17%), nguyên nhân được giải thích có thể là do tăng áp lực nội sọ đột ngột lúc vỡ túi phình.

Sự suy giảm tri giác phụ thuộc vào mức độ chảy máu, mức độ tổn thương não và tăng áp lực nội sọ. Bệnh nhân trong tình trạng từ: lơ mơ, lú lẫn đến hôn mê. Theo Wang H. và cộng sự suy giảm tri giác là 17,3% [8], còn trong nghiên cứu của chúng tôi là 25%, thấp hơn so với của Nguyễn Thế Hào là 46,6% [1]. Suy giảm tri giác ít gặp hơn trong nguyên cứu của chúng tôi là do chúng tôi chỉ lựa chọn những bệnh nhân có rối loạn tri giác ít (Glasgow ≥ 13 điểm), các trường hợp Glasgow dưới 12 điểm chúng tôi mổ bằng đường Pterional kinh điển, không nằm trong nghiên cứu này.

Dấu hiệu kích thích màng não (buồn nôn, nôn, đau cổ và hội chứng màng não) là triệu chứng thường gặp, nguyên nhân được cho là viêm màng não từ các sản phẩm của máu trong khoang dưới nhện. Hội chứng màng não gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,94%, và 3 bệnh nhân đến muộn sau đột quỵ 10 ngày, hội chứng màng não không còn rõ nữa. Kết quả của chúng tôi cao hơn trong báo cáo của Nguyễn Thế Hào về hội chứng màng não là từ 35-70% [1], và thấp hơn trong báo cáo của Wang H. và cộng sự là 100% [8].

Triệu chứng thần kinh khu trú thường ít gặp trong chảy máu dưới màng nhện do vỡ túi phình ĐMN, chỉ gặp trong trường hợp chảy máu hình thành khối máu tụ to chèn ép hoặc co thắt mạch máu não nặng gây thiếu máu, hoặc do vị trí gần nhau giữa túi phình vỡ và các dây thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân (8,33%) liệt dây thần kinh III một bên, và có 1 bệnh nhân (1,39%) bị liệt nhẹ ½ người, không gặp các trường hợp có triệu chứng thần kinh khu trú khác như: liệt 2 chi dưới, rối loạn ngôn ngữ, hoặc tổn thương dây thần kinh số II, IV, VI. Tỉ lệ liệt dây III của bệnh nhân vỡ túi phình thông sau trong nghiên cứu của chúng tôi là: 6/21 bệnh nhân (28,57%). Liên quan giữa túi phình thông sau và liệt dây thần kinh số III được xem là kinh điển, có giá trị gợi ý vị trí túi phình, nguyên nhân là do vị trí gần nhau của dây thần kinh số III và động mạch thông sau. Nhiều báo cáo chỉ ra rằng túi phình động mạch thông sau chỉ cần đạt đến kích thước tối thiểu là 3-4mm cũng có thể là

nguyên nhân gây tổn thương dây III [3]. Thực tế lâm sàng là có một số bệnh nhân xuất hiện dấu hiệu sụp mi mắt cho đi chụp mạch kiểm tra phát hiện túi phình động mạch thông sau.

3.2. Đặc điểm cận lâm sang. 100% các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính trước mổ, với thời gian chụp trung bình là 2,83 ± 2,72 ngày (từ 1-20 ngày). Có 66/72 bệnh nhân phát hiện có chảy máu dưới màng nhện rõ trên phim cắt lớp vi tính. Trong đó: 8,33% các trường hợp có chảy máu dưới màng nhện Fisher độ 1, 19,44% là độ 2, và 72,22% là độ 3.

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh học

Đặc điểm hình ảnh học		Số bệnh nhân (n = 72)	Tỉ lệ %
Chảy máu dưới màng nhện	Độ 1	6	8,33
	Độ 2	14	19,44
	Độ3	52	72,22
Vị trí túi phình động mạch não	Thông sau	21	29,17
	Mạch mạc trước	3	4,17
	Thông trước	35	48,61
	Não giữa	12	16,67
	Ngã ba động mạch cảnh	1	1,39
Kích thước trung bình túi phình (mm)		(4,91 ± 2,27) x (3,45 ± 1,31)x (2,89 ± 1,03)	

100% các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán vỡ túi phình động mạch não trên phim CTA, với thời gian trung bình sau vỡ túi phình là 3,55 ± 3,68 ngày (từ 1-20 ngày). Trên phim CTA nhận thấy: có 30,56% vỡ túi phình động mạch thông sau, và 2,78% vỡ túi phình động mạch mạch mạc trước, và 50% vỡ túi phình động mạch thông trước, và 16,67% vỡ túi phình động mạch não giữa. Đối chiếu với kết quả trong mổ, có 2 trường hợp chẩn đoán sai vị trí trên CTA, đó là: giữa túi phình ĐM thông sau và túi phình mạch mạc trước và túi phình ĐM thông trước với ngã ba ĐM cảnh trong, nguyên nhân là do vị trí gần quá gần nhau giữa các túi phình này và lỗi chủ quan của bác sỹ nhận định trước mổ. Như vậy, trên thực tế: túi phình động mạch thông sau vỡ là 29,17%, túi phình động mạch mạch mạc trước vỡ là 4,17%, túi phình động mạch thông trước vỡ là 48,61%, túi phình động mạch não giữa vỡ là 16,67%, và túi phình ngã ba động mạch cảnh trong vỡ là 1,39%. Nhìn chung, chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả khác là: CTA 64 dãy có thể chẩn đoán tốt được túi phình động mạch não vỡ, hạn chế của CTA là các túi phình bị các mảnh xương mỏng che phủ ở vùng nền sọ, ngoài ra còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của người đọc phim [7].

4.3. Chỉ định điều trị phẫu thuật ít xâm lấn. Chúng tôi chỉ định phẫu thuật với những trường hợp có độ lâm sàng từ I-III theo phân độ của WFNS (Glasgow khi nhập viện từ 13-15 điểm), đồng thời hình ảnh chảy máu dưới màng nhện trên phim CLVT từ độ 1-3 theo Fisher. Theo Yamahata H. và cộng sự cho rằng không nên chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn đối với các trường hợp bệnh nhân nặng, độ Hunt-Hess trước mổ độ 4 và chảy máu dưới màng nhện nhiều lan tỏa (Fisher độ 4), vì cho rằng những bệnh nhân này có phù não lớn, áp lực nội sọ tăng cao, nên rất dễ bị vỡ túi phình trong mổ, đặc biệt là vỡ túi phình ở giai đoạn sớm khi vừa mới mở màng cứng, vén não hoặc mở màng nhện, là khó khăn rất lớn đối với phẫu thuật ít xâm lấn [9]. Các tác giả nghiên cứu trước cũng chọn bệnh nhân có độ lâm sàng nhẹ từ I-III tương tự như chúng tôi như: Fischer G. và cộng sự [4], Lan Q. và cộng sự [5]....

Chỉ định phẫu thuật còn phụ thuộc vào vị trí, kích thước và hướng của túi phình. Chúng tôi nhận thấy: túi phình ở tất cả các vị trí của động mạch cảnh trong đều có thể phẫu thuật bằng phương pháp ít xâm lấn. Tuy nhiên, chúng tôi không chỉ định phẫu thuật cho túi phình động mạch mắt, túi phình động mạch yên trên, hay ở lưng động mạch cảnh…, vì các túi phình ở vị trí này thật sự là một khó khăn trong phẫu thuật, cổ và một phần túi phình bị che khuất bởi dây thần kinh thị giác và mõm yên trước, để kẹp được cổ túi phình phải mài được mõm yên trước, nguy cơ vỡ trong mổ rất cao trong khi động mạch trước túi phình nằm trong xương sọ không kiểm soát được.

Kích thước túi phình trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: (4,91±2,27)mm x (3,45±1,31)mm x (2,89±1,03)mm. Chúng tôi không chỉ định cho các túi phình có kích thước lớn hơn 10mm, vì các túi phình kích thước lớn thường có cổ rộng, có nhiều thùy che khuất các cấu trúc mạch máu liên quan, gây khó khăn trong quá trình phẫu tích. Hơn nữa, kẹp túi phình lớn là rất khó, bởi vì hầu hết 1 clip không thể bịt hết toàn bộ cổ của túi phình hoặc là túi phình quá lớn so với clip. Vì vậy, cần có một trường mổ rộng rãi như đường mổ Pterional kinh điển để thuận tiện trong mổ.

IV. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: tuổi trung bình 55,98 ± 8,96, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 50-59 chiếm 43,06%. Giới nữ: 48,61% và giới nam: 51,39%.

Triệu chứng lâm sàng khi vỡ túi phình hay

gặp nhất là: đau đầu đột ngột (98,61%), buồn nôn và nôn (58,33%). Có 81,94% các bệnh nhân có hội chứng màng não, 25% có suy giảm tri giác, và 9,72% có dấu hiệu thần kinh khu trú. 66,67% có độ lâm sàng là I, 23,61% độ II, và 9,72% độ III

Đặc điểm cận lâm sàng: 8,33% có chảy máu dưới màng nhện Fisher độ 1, 19,44% độ 2, và 72,22% độ 3. Túi phình động mạch thông trước gặp nhiều nhất 48,61%, sau đó là động mạch thông sau 30,56%, và động mạch não giữa 16,67%.

Chỉ định phẫu thuật: với các trường hợp có độ lâm sàng từ I-III, và chảy máu dưới màng nhện từ độ 1-3, và kích thước túi phình ≤10mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Hào, (2006),** "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chảy máu dưới màng nhện do vỡ túi phình hệ động mạch cảnh trong", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Trần Trung Kiên, (2017),** "Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị túi phình động mạch não vỡ", Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 21(6): 137-141.
3. **Alessandro C., Emanuele P., Roberto D.B., et al. (2013),** "Clinical presentation of cerebral aneurysms.", European Journal of Radiology, 82: 1618-1622.
4. **Fischer G., Stadie A., Reisch R., et al. (2011),** "The Keyhole Concept in Aneurysm Surgery: Results of the Past 20 Years.", Operative Neurosurgery 1, 68: 45-51.
5. **Lan Q., Gong Z., Kang D., et al, (2006),** "Microsurgical experience with keyhole operations on intracranial aneurysms", Surg Neurol, 66(S1): 2-9.
6. **Perneczky A., Reisch R. (2008),** "Keyhole approaches in Neurosurgery: Concept and surgical technique". Spinger Wien NewYork.
7. **Saberi H., Hashemi M., Habibi Z., et al. (2011),** "Diagnostic Accuracy of Early Computed Tomographic Angiography for Visualizing Medium Sized Inferior and Posterior Projecting Carotid System Aneurysms.", Iran J Radiol, 8(3): 139-144.
8. **Wang H., Luo L., Ye Z., et al. (2015),** "Clipping of anterior communicating artery aneurysms in the early post-rupture stage via transorbital keyhole approach - Chinese neurosurgical experience.", British Journal of Neurosurgery , Early Online, 1-6.
9. **Yamahata H., Tokimura H., Tajitsu K., et al. (2014),** "Efficacy and safety of the pterional keyhole approach for the treatment of anterior circulation aneurysms", Neurosurg Rev., 37: 629-636.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI NHIỄM RSV (Respiratory Syncytial Virus) Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI VĨNH PHÚC

Hoàng Trung Thanh[1], Nguyễn Thị Yến[2], Phạm Thu Nga[2]

TÓM TẮT

Viêm phế quản phổi (VPQP) là bệnh lý thường gặp và là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em. Virus là nguyên nhân hàng đầu gây viêm phế quản phổi ở trẻ em, trong đó virus hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân thường gặp nhất. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phế quản phổi có nhiễm RSV dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. **Đối tượng nghiên cứu:** 206 bệnh nhân dưới 5 tuổi viêm phế quản phổi có nhiễm RSV trong thời gian từ 01/6/2020 đến 31/05/2021. **Phương pháp nghiên cứu**: tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả**: VPQP nhiễm RSV chủ yếu gặp ở nhóm tuổi < 12 tháng tuổi (91,2%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, chảy mũi, khò khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực đều chiếm tỷ lệ cao (> 80%). 98,5% bệnh nhân nghe phổi có rale. Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầu và CRP bình thường. 90,3% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương phổi trên phim Xquang phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 51,5% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VPQP nặng điều này cũng phù hợp với tỷ lệ trẻ < 2 tháng trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao. **Kết luận:** RSV hay gặp gây viêm phế quản phổi ở trẻ < 12 tháng tuổi. Triệu chứng hay gặp là ho, chảy mũi, khò khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Số lượng bạch cầu và CRP thường bình thường.

Từ khóa: Viêm phế quản phổi, virus hợp bào hô hấp, RSV.

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc.*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Thanh
Email: thanhnhivp@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 30.7.2021
Ngày duyệt bài: 11.8.2021

SUMMARY

SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF RSV-INFECTED PNEUMONIA PATIENTS AT VINH PHUC OBSTETRICS AND CHILDREN'S HOSPITAL

Pneumonia is a common disease and life-threatening disease in pediatrics. Virus is an important cause of pneumonia in children, of which Respiratory syncytial virus (RSV) is the most common cause. **Objectives:** Describe some clinical and subclinical characteristics of RSV-infected pneumonia patients under 5 years old at Vinh Phuc Obstetrics and Children's Hospital. **Study subjects:** 206 patients