

- South Africa. Plos one, 16(8), e0255790.
- B. Aguti, G. Kalema, D. M. Lutwama et al (2018).** Knowledge and perception of caregivers about Risk factors and Manifestations of Pneumonia among under five children in Butaleja district, Eastern Uganda. Microbiology Research Journal International, 1-11.
 - A. A. Bakare, H. Graham, I. C. Agwai et al (2020).** Community and caregivers' perceptions of pneumonia and care-seeking experiences in Nigeria: A qualitative study. Pediatric pulmonology, 55, S104-S112.
 - S. M. Pradhan, A. P. Rao, S. M. Pattanshetty et al (2016).** Knowledge and perception regarding childhood pneumonia among mothers of under-five children in rural areas of Udipi Taluk, Karnataka: A cross-sectional study., . Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research (KLEU), 9(1), 35.
 - Trần Thị Ly, Nguyễn Thị Lan, Đinh Thị Thu et al (2019).** Thực trạng nhận thức của bà mẹ về chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi bị Viêm phổi tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Khoa học Điều dưỡng, 2(2).
 - Trần Đỗ Hùng, Nguyễn thị Đài Trang (2013).** Khảo sát kiến thức về chăm sóc của các bà mẹ có con bị Viêm phổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần thơ. Tạp chí y học thực hành, 872-Số 6/2013.
 - A. C. Noordam, A. B. Sharkey, P. Hinssen et al (2017).** Association between caregivers' knowledge and care seeking behaviour for children with symptoms of pneumonia in six sub-Saharan African Countries., . BMC health services research, 17(1), 1-8.
 - Đặng Thị Thu Lê, Nguyễn Hữu Hiếu, Trần Thị Thanh Hương (2015).** Thực hành chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi viêm phổi của các bà mẹ tại khoa hô hấp nhi, Bệnh viện Xanh Pôn năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 6 (166).
 - J. S. Ngocho, P. G. Horumpende, M. I. de Jonge et al (2020).** Inappropriate treatment of community-acquired pneumonia among children under five years of age in Tanzania. International Journal of Infectious Diseases, 93, 56-61.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VỠ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đỗ Đức Thuần*, Đặng Phúc Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá kết quả điều trị AVM não vỡ bằng can thiệp nút mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 156 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não do vỡ dị dạng động tĩnh mạch (AVM) ở Khoa Đột quỵ, Bệnh viện 103 từ tháng 08 năm 2009 đến tháng 06 năm 2021. Kết quả: Chảy máu ở thùy thùy đỉnh, thùy trán và thùy chẩm với tỷ lệ là 26,92%, 23,72%, 18,59 %, ở tiểu não là 14,01%, ít gặp ở não thất hay vùng dưới vỏ, điểm chảy máu trên CT bơm thuốc 43,90%. Trên DSA thấy phình động mạch nuôi 8,97%, số cuống mạch nuôi trung bình là $1,98 \pm 0,64$, Spetzler – Martin 2 và 3 điểm có tỷ lệ 35,89% và 30,77%. Can thiệp nút AVM 80,13% với 40% là tắc hoàn toàn. Biến chứng tắc mạch 4%, chảy máu 2,4% và tử vong 0,08%. **Kết luận:** Chảy máu do AVM thường chảy máu ở thùy não, có thể nhận biết nguy cơ chảy máu tái phát qua CT bơm thuốc thấy điểm chảy máu. Can thiệp nút mạch là một phương pháp điều trị hiệu quả, biến chứng thấp

SUMMARY

DESCRIBE IMAGE AND EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT OF RUPTURED

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

BRAIN AVM BY INTERVENTION

Objective: Describe image and evaluate the results of treatment of ruptured brain AVM by intervention. Subject and method: prospective, descriptive cross sectional study of 156 patients diagnosed with ruptured brain AVM in the stroke department of Hospital N°103 from to august 2009 to June 2021. **Result:** Rupture AVM in the parietal lobe, frontal lobe and occipital lobe, the rate is: 26.92%, 23.72% and 18.59%, in the cerebellum is 14.01%, rarely in the ventricles or subcortical areas. contrast CT brain: bleeding signe 43.90%. In DSA, artery pedicles 1.98 ± 0.64 , the rate of Spetzler – Martin with 2 and point: 35.89% and 30.77%. Intervention AVM 80.13% with 40% complete occlusion. **Complications:** vascular occlusion 4%, bleeding 2.4% and mortality 0.08%. **Conclusion:** local rupture AVM usually bleeds in the lobe of the brain, the risk of recurrent bleeding can be recognized through injectable CT showing the bleeding point. Angioplasty is an effective treatment with low complications

Key word: rupture brain arteriovenous malformation, brain arteriovenous malformation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (brain arteriovenous malformations – bAVMs) là một đám rối mạch máu bất thường kết nối trực tiếp giữa động mạch và tĩnh mạch của não. AVMs thường gặp với tỉ lệ hiện mắc khoảng 10 - 18 ca/100.000 dân. Tỷ lệ phát hiện mới 1,3 ca/100.000 dân mỗi năm và chiếm 30% nguyên

nhân gây chảy máu não không do chấn thương ở người trẻ. Vỡ dị dạng động tĩnh mạch não gây tử vong từ 12-66%, tỷ lệ tàn phế 23-85%.

Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 tiến hành chụp DSA và can thiệp nút bAVM từ năm 2009. Để góp phần nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị BAVM chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình và đánh giá kết quả điều trị AVM não vỡ bằng can thiệp nút mạch.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 156 bệnh nhân có AVM vỡ từ tháng 08 năm 2009 đến tháng 06 năm 2021 điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não được xác định trên hình ảnh CT sọ não và được chụp DSA phát hiện dị dạng mạch máu não tương ứng với vùng có hình ảnh chảy máu trên CT sọ não

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

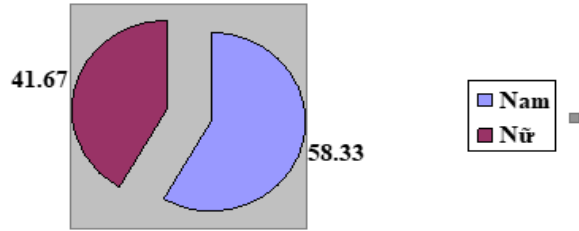
Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tỷ lệ %	Số lượng (n=156)
Dưới 20	8,97	14
20-40	55,13	86
41-60	25,56	43
Trên 60	8,33	13

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân vỡ AVM não nhiều nhất gặp ở nhóm tuổi 20 đến 40 với tỷ lệ 55,13%, sau đó đến nhóm tuổi 41 đến 60 với tỷ lệ 24,36%. Nhóm tuổi dưới 20 và trên 60 gặp ít. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 29, 87 ± 15,74, tuổi thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Phan Văn Đức năm 2005 là 29,5 tuổi [1]. Các nghiên cứu khác cũng nhận thấy bệnh nhân có AVM não vỡ có tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân từ 20 đến 40, như nghiên cứu của Bir S.C và cộng sự năm 2016 ở 78 bệnh nhân chảy máu não do AVM [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân dưới 20 tuổi thấp do Bệnh viện Quân y 103 thường không tiếp nhận bệnh nhân dưới 16 tuổi. Nhưng qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng đột quy chảy máu não do vỡ AVM thường xảy ra ở người dưới 40 tuổi.

Giới tính:



Hình 1. Tỷ lệ phân bố giới tính trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu thấy bệnh nhân vỡ AVM giới nam nhiều hơn giới nữ, trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương thấy bệnh nhân chảy máu não do vỡ AVM phân bố ở hai giới nam và nữ như nhau, có thể trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các bệnh nhân là quân nhân nhiều hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương, trong đó các bệnh nhân quân đều là nam giới.

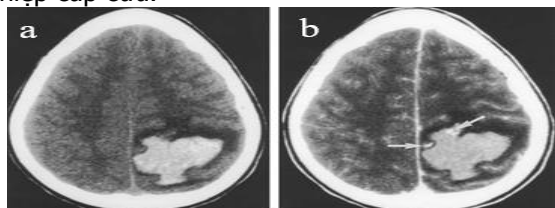
Đặc điểm hình ảnh

Bảng 2. Hình ảnh chảy máu não do AVM trên CT sọ não

Đặc điểm	Tỷ lệ %(n)
Thùy trán	23,72 (37)
Thùy thái dương	8,33 (13)
Thái dương đỉnh	1,92 (3)
Thùy đỉnh	26,92 (42)
Thùy chẩm	18,59 (29)
Chẩm đỉnh	2 (1,28)
Tiểu não	14,10 (22)
Não thất nguyên phát	0,64 (1)
Hạch nền	3,21(5)
Chảy máu dưới nhện	1,28 (2)
Có nốt vôi hóa (n=156)	28,85 (45)
Hình ảnh mạch máu giãn (n=156)	14,74 (23)
Điểm chảy máu (n=41)	43,90 (18)

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy vị trí tỷ lệ AVM thùy đỉnh và thùy trán có tỷ lệ cao là 26,92% và 23,72%, AVM có vị trí ở hạch nền, não thất có tỷ lệ thấp. Các nghiên cứu đều thấy chảy máu não do vỡ AVM với vị trí thường gặp là chảy máu não ở thùy não [3]. Các dấu hiệu khác ngoài vị trí chảy máu định hướng tới chảy máu não do vỡ AVM, như: có vôi hóa gặp 28,85%, dẫn mạch máu 14,74%, đây là những dấu hiệu hình ảnh có giá trị cao trong định hướng chảy máu não do AVM. Tỷ lệ gặp vôi hóa và dẫn mạch máu trên CT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Ngọc Cương với tỷ lệ tương ứng là 60,29% và 48,53%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương với các bệnh nhân chảy máu cũ, phương pháp kiểm tra bao gồm CVt sọ não và MRI sọ não. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đối tượng nghiên

cứu chảy máu não cấp, hình ảnh khảo sát là CT sọ não [4]. Bắt đầu từ 2019 các bệnh nhân nghi ngờ vỡ AVM chúng tôi cho chụp CT bơm thuốc, kết quả có 18 bệnh nhân thấy điểm chảy máu trên CT sọ não (43,90%), tỷ lệ hình ảnh thấy điểm chảy máu trên CT sọ não của chúng tôi cũng tương đương so với nghiên cứu của Mjoli N và cộng sự năm 2011 là 43% [5]. Điểm chảy máu là những dấu hiệu hình ảnh tiên lượng nguy cơ chảy máu tái phát cao và được chỉ định can thiệp cấp cứu.



Hình ảnh 1: Hình ảnh (a) CT sọ não không tiêm thuốc cản quang, (b) hình ảnh CT sọ não có tiêm thuốc cản quang và thấy điểm tăng ngấm thuốc (điểm chảy máu, mũi tên trắng).

Bảng 3. Hình ảnh DSA sọ não

Đặc điểm (n=156)		Tỷ lệ %(n)
Có phình mạch kết hợp		8,97(14)
Số cuống mạch nuôi (X ±SD)		1,98 ± 0,64
Điểm Spetzler – Martin	1	8,97(14)
	2	35,89(56)
	3	30,77(48)
	4	23,72(37)
	5	0,64(1)

Kết quả khảo sát hình ảnh DSA mạch máu não, tỷ lệ phát hiện phình động mạch mang là 8,97% , trong nghiên cứu của Mjoli N và cộng sự thấy phình động mạch nuôi là 11,3% [5]. Phình động mạch não có nguy cơ vỡ cao khi nằm trên động mạch nuôi AVM [6]. Phình động mạch nuôi thường được nút kín trước khi tiến hành nút khối AVM bằng kỹ thuật can thiệp [6]. Số cuống mạch nuôi AVM trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 1,98 ± 0,64, số cuống mạch nuôi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương là 1,74 ± 0,75, số cuống mạch nuôi càng nhiều, tiên lượng thực hiện kỹ thuật càng khó, khả năng nút kín phình mạch thấp hơn so với AVM có một nguồn nuôi [4]. Điểm Spetzler – Martin trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân có điểm 2 và 3 là hay gặp nhất, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương với tỷ lệ tương ứng điểm Spetzler – Martin 1,2,3,4,5 điểm là: 5,58%, 30,88%, 35,29%, 25% và 2,94% [4]. Spetzler – Martin 5 điểm ít gặp là 0,64%. Điểm Spetzler – Martin cao có nguy cơ biến chứng cao khi thực hiện kỹ thuật can thiệp, mặt khác những

bệnh nhân có kích thước khối AVM lớn (điểm Spetzler – Martin lớn) sẽ có nguy cơ vỡ thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi không tiến hành can thiệp những AVM có điểm Spetzler – Martin trên 4. Với AVM có kích thước dưới 3 cm cũng có nguy cơ vỡ cao hơn AVM có kích thước trên 3cm [7]. Trong những năm đầu thực hiện kỹ thuật nút AVM thường chúng tôi chỉ lựa chọn AVM ít mạch nuôi, kích thước nhỏ.

Bảng 4. Kết quả điều trị can thiệp nút AVM

Phương pháp (n=156)	Kết quả điều trị (n=125)	Tỷ lệ % (n)
Can thiệp (125~80.13%)	Tắc hoàn toàn	40,00(50)
	Tắc một phần	60,00 (75)
	Đau đầu	56,80 (71)
	Chảy máu não	2,4% (3)
	Tắc mạch	4,00 (5)
	Nhiễm khuẩn	0.08 (1)
	Tử vong	0,08% (1)
Phương pháp khác (31)	19,87 (31/156)	

Trong 156 bệnh nhân chảy máu não do AVM, chúng tôi chỉ thực hiện can thiệp nút AVM ở 125 bệnh nhân chiếm 80,13%. 31 bệnh nhân (19,87%) chúng tôi chuyển phương pháp khác khi mạch máu xoắn vặn không thể tiếp cận khối AVM (thường gặp ở nhóm trên 60 tuổi), hoặc động mạch nuôi AVM mang cả động mạch chức năng, các nhánh mạch nuôi dạng cài răng lược trên động mạch chính chi phối cho một vùng não chức năng. Để xác phân biệt động mạch nuôi AVM có mang động mạch chức năng chúng tôi thường sử dụng kỹ thuật chụp siêu chọn lọc. Với các bệnh nhân thực hiện kỹ thuật can thiệp nút AVM, nút tắc hoàn toàn là 40,00%, tắc một phần là 60,00%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Cương, tỷ lệ nút tắc hoàn toàn là 39,71%, một phần là 60,29% [4]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nút tắc hoàn toàn khối AVM phụ thuộc vào đường kính khối AVM, số động mạch nuôi, loại ống thông và kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật. Trong những năm đầu, kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật nút AVM còn ít, không có ống thông tách rời thường chúng tôi chỉ được 1 phần khối AVM. Nhưng bệnh nhân chỉ nút được một phần, nếu có ổ máu tụ lớn hoặc tĩnh mạch dẫn lưu kém chúng tôi thường kết hợp phẫu thuật sau đó lấy ổ máu tụ và ổ dị dạng.

Đau đầu tăng lên sau nút AVM là thường gặp trong nghiên cứu, thường bệnh nhân giảm đi sau 1 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong, bệnh nhân này vào với glasgow 5 điểm, phát hiện điểm chảy máu, chúng tôi thực hiện can thiệp nút mạch đó phẫu

thuật lấy ổ máu tụ. Với AVM não vỡ gây chảy máu thường ít gây tử vong. Trong nghiên cứu của Murthy S.B và cộng sự năm 2017 thấy bệnh nhân chảy máu não do AVM có lâm sàng theo glasgow dưới 9 điểm là 17,6%, tỷ lệ này thấp hơn so với chảy máu não từ nguyên nhân khác có glasgow dưới 9 điểm là 33,1%. Điểm glasgow thấp có tiên lượng kém về kết quả điều trị [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 156 bệnh nhân chảy máu não do vỡ AVM từ năm 2009 đến 2021 tuổi trung bình 29, $87 \pm 15,74$, với 125 bệnh nhân được can thiệp nút mạch, chúng tôi có một số kết luận sau

- Thường chảy máu ở thùy não với tỷ lệ thùy đỉnh, thùy trán và thùy chẩm với tỷ lệ là 26,92%, 23,72%, 18,59%. AVM ở tiểu não là 14,01%, ít gặp ở não thất hay vùng dưới vỏ. Với những dấu hiệu nhận biết nguy cơ chảy máu tái phát cao như phình động mạch nuôi 8,97%, điểm chảy máu trên CT bơm thuốc 43,90%. Trên DSA thấy số cuống mạch nuôi trung bình là $1,98 \pm 0,64$, Spetzler – Martin 2 và 3 điểm có tỷ lệ 35,89% và 30,77%

- Thực hiện can thiệp nút AVM 80,13% trong đó 40% là tắc hoàn toàn, tắc mạch 4%, chảy máu 2,4% và tử vong 0,08%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Đức (2005)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị dạng thông động - tĩnh

mạch não tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Trường đại học Y Hà Nội.

2. **Bir S.C., Maiti T.K., Konar S. et al. (2016)**. Overall outcomes following early interventions for intracranial arteriovenous malformations with hematomas, J Clin Neurosci, 23: 95-100.
3. **Katsaridis V., Papagiannaki C., Aimar E. (2009)**. Embolization of brain arteriovenous malformations for cure: because we could and because we should, AJNR. American journal of neuroradiology, 30(5): e67-e68.
4. **Nguyễn Ngọc Cường (2020)**. Đánh giá kết quả điều trị nút mạch dị dạng động tĩnh mạch não đã vỡ bằng dung dịch kết tủa không ái nước (phil), Luận án Tiến sỹ, Đại học Y Hà Nội.
5. **Mjoli N., Le Feuvre D., Taylor A. (2011)**. Bleeding source identification and treatment in brain arteriovenous malformations, Interventional neuroradiology: journal of peritherapeutic neuroradiology, surgical procedures and related neurosciences, 17(3): 323-330.
6. **Flores B.C., Klinger D.R., Rickert K.I. et al. (2014)**. Management of intracranial aneurysms associated with arteriovenous malformations %J Neurosurgical Focus FOC, 37(3): E11.
7. **Derdeyn C.P., Zipfel G.J., Albuquerque F.C. et al. (2017)**. Management of Brain Arteriovenous Malformations: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, 48(8): e200-e224.
8. **Murthy S.B., Merkler A.E., Omran S.S. et al. (2017)**. Outcomes after intracerebral hemorrhage from arteriovenous malformations, Neurology, 88(20): 1882-1888.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Khánh Gia Bảo¹, Nguyễn Văn Tân²,
Trần Quỳnh Như², Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng vành cấp là nguyên nhân gây ra khoảng 40% ca tử vong vì bệnh tim mạch mỗi năm. Hiện có nhiều khuyến cáo chuyên môn trong chẩn đoán và điều trị hội chứng vành cấp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm sử dụng thuốc ức chế men chuyển/ thuốc ức chế thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn beta và statin điều trị trong 24 giờ đầu nhập viện và sau xuất viện ở

người bệnh hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên người bệnh được chẩn đoán xuất viện nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên hoặc đau thắt ngực không ổn định tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 04/2020 đến tháng 08/2020. Nội dung khảo sát bao gồm: đặc điểm người bệnh hội chứng vành cấp, đặc điểm dùng thuốc ức chế men chuyển/ thuốc ức chế thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn beta, statin và tính hợp lý đối với chỉ định thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện và trong đơn thuốc xuất viện. **Kết quả:** Tuổi trung vị của 174 người bệnh trong nghiên cứu là 64,5 (55–75), 71,3% người bệnh là nam giới. Đa số người bệnh có bệnh mắc kèm, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (94,8%). Trong 24 giờ đầu nhập viện, tỷ lệ người bệnh được sử dụng hợp lý thuốc ức chế men chuyển/ thuốc ức chế

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022