

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TÚI PHÌNH NỘI SỌ VỠ TRÊN X-QUANG MẠCH MÁU NÃO SỐ HÓA XÓA NỀN

A survey on characteristics of ruptured saccular intracranial aneurysms by digital subtraction angiography

Hồ Thế Lâm Hải *, Huỳnh Lê Phương**,
Võ Tấn Đức***, Trần Minh Hoàng***

SUMMARY

Background and purpose: Excluding completely intracranial aneurysms (IAs) from cerebral circulation is the goal of surgical and endovascular treatment. The choice of methodology as well as the planning of the treatment is influenced by characteristics of the IAs. Digital Subtraction Angiography (DSA) is the gold standard for evaluating this condition. We describe the characteristics of ruptured IA (RIAs) by DSA and find the correlation between the characteristics of RIA with the clinical state of the patients.

Materials and methods: The descriptions of 237 patients definitely diagnosed with RIA by DSA at Cho Ray Hospital from June 2012 to February 2013 were reviewed for this study.

Results: Most of patients were hospitalized with Hunt – Hess from I to III (74.3%). 94.5% of RIAs were from the internal carotid. Small and medium size RIAs were 97%, only 1.3 % were the giant aneurysm. RIAs of the small neck size were 88.5%. According to Ratio of sac to neck size (RSN), the narrow and medium neck sizes were 88.4%. 97.5% of RIAs had an uneven edge. The relationship to the major neighboring artery from RIA was 6.8%. The aplitic A1 segment at the opposite side for ACA of RIAs was 48.8%. Cerebral vasospasm after SAH was 28.3%. No correlation was found between location, RIA size or neck size and the clinical state of the patients. However, a definite correlation was found between cerebral vasospasm and the clinical state of the patients (Fisher test, $p < .001$).

Conclusion: Knowledge gained about the characteristics of RIAs by DSA is useful in order to choose methodology of the treatment as well as planning the technical treatment effectively.

Key words: Intracranial aneurysm; digital subtraction angiography; anterior communicating artery (ACA); subarachnoid hemorrhage (SAH).

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
BV Chợ Rẫy TPHCM

** Khoa Ngoại Thần kinh,
BV Chợ Rẫy TPHCM

*** Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
BV ĐH Y Dược TPHCM

**** Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
BV ĐH Y Dược TPHCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ túi phình nội sọ (TPNS) là nguyên nhân chính (85%) gây XHKDN không do chấn thương^(6,9). Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày lên gần 50%, những người sống sót thì 25% tàn phế, số còn lại gia tăng nguy cơ đột quỵ, chảy máu lại hoặc có những biến chứng khác⁽⁹⁾. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi rất nhiều tùy theo khu vực trên thế giới, ở Trung Quốc là 2/100.000 người/năm trong khi ở Phần Lan là 22,5/100.000 người/năm^(3,6).

Những năm qua có sự tiến bộ vượt bậc của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại nhưng chụp XQMNSHXN vẫn là tiêu chuẩn vàng^(7,10,14). XQMNSHXN giúp đánh giá tương đối đầy đủ các đặc điểm TPNS vỡ như: số lượng, vị trí, kích thước, đặc điểm liên quan. Từ đó bác sĩ điều trị có thể chọn lựa phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Hi vọng góp phần vào việc nghiên cứu đặc điểm TPNS vỡ, chúng tôi tiến hành **“Khảo sát đặc điểm túi phình nội sọ vỡ trên X-quang mạch não số hóa xóa nền”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 237 bệnh nhân nhập viện điều trị được đánh giá tình trạng lâm sàng theo phân độ Hunt – Hess, có XHKDN tham khảo trên hình ảnh CLVT. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định vỡ TPNS trên XQMNSHXN tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2012 đến tháng 2/2013.

Quy trình chụp mạch não số hóa xóa nền

Tất cả bệnh nhân được chụp XQMNSHXN bằng máy DSA một bình diện (Artis Zee Floor Siemens) có phần mềm chụp xoay và tái tạo 3D (SW version syngo VC 14J). Ngoài chế độ chụp 2D với các tư thế thẳng và nghiêng 90° sau đó chụp xoay 200° trong 5 giây với 10 ảnh/giây ở vị trí mạch máu có TP. Mỗi bệnh nhân sử dụng trung bình từ 15 – 25ml thuốc cản quang (Xenetic 300mg/dL) được bơm tiêm tự động có vận tốc 3 - 5mL/s, ống thông đặt ở vị trí C1 – C2 đối với ĐM cảnh trong và C5 – C6 đối với ĐM đốt sống 2 bên. Tất cả hình ảnh được ghi lại và xử lý bằng phần mềm theo máy.

Đặc điểm lâm sàng: theo phân độ Hunt – Hess: Nhẹ = I + II; Trung bình = III; Nặng = IV + V.

Phân tích đặc điểm túi phình nội sọ vỡ: Từ hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh ghi nhận kết quả chụp XQMNSHXN và đánh giá đặc điểm TPNS vỡ bao gồm:

- Vị trí: thuộc hệ ĐM cảnh trong hay hệ ĐM đốt sống thân nền.

- Kích thước TP (ĐK lớn nhất): nhỏ < 5mm, trung bình 5 – 15mm, lớn 15 – 25mm, khổng lồ > 25mm.

- Kích thước cổ TP (ĐK ngang qua cổ TP): nhỏ ≤ 4mm, lớn > 4mm.

- Tỷ lệ kích thước giữa ĐK thân và cổ TP = RSN: rộng RSN<1,2; trung bình 1,2 ≤ RSN≤ 1,5; hẹp RSN>1,5.

- Bờ TP: đều hay không đều.

- Nhánh mạch máu liên quan đến TP vỡ: có nhánh mạch máu xuất phát tại cổ hay vòm TP.

- Bất thường giải phẫu trường hợp có TP thông trước: thiếu sán A1 bên đối diện.

- Tình trạng co thắt mạch.

Phân tích dữ liệu: thống kê mô tả và thống kê phân tích bằng các phép kiểm χ^2 hay Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng chung

Đặc điểm lâm sàng chung	Số lượng/237 bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới	Nam (126)	53,2
	Nữ (111)	46,8
Tuổi	40 – 60 (150)	63,3
	>60 (58)	24,5
Cao huyết áp	126	53,2
Hút thuốc lá	57	24,1
Uống rượu	39	16,5
Không tiền căn	66	27,8

Bảng 2. Phân độ Hunt - Hess

Độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	6	2,5
II	115	48,6
III	55	23,2
IV	38	16
V	23	9,7
Tổng số	237	100

Bảng 3. Phân bố vị trí TPNS vỡ

Vị trí túi phình		Số lượng	Tỷ lệ%
Hệ ĐM cảnh trong	Cảnh trong	9	3,8
	Thông sau	80	33,7
	Não trước	12	5,1
	Thông trước	82	34,6
	Não giữa	41	17,3
Hệ ĐM đốt sống - thân nền	Đốt sống	2	0,8
	Tiểu não sau dưới	4	1,7
	Thân nền	3	1,3
	Não sau	4	1,7
Tổng số		237	100

Bảng 4. Phân nhóm kích thước túi phình và cổ túi phình

Kích thước cổ	Kích thước túi phình			Tổng
	< 5mm	5 – 15mm	15 – > 25mm	
≤ 4mm	127	80	0	207 (87,3%)
> 4mm	4	19	7	30 (12,7%)
Tổng	131	99	7	237

Phép kiểm Fisher với $p < 0,05$ ($\chi^2 = 44,91$; độ tin cậy 95%) có mối tương quan giữa cổ TP và kích thước.

Bảng 5. Phân nhóm tỷ lệ đường kính thân so với cổ túi phình (RSN)

RSN	Số lượng	Tỷ lệ %
< 1,2	37	15,8
$1,2 \leq RSN \leq 1,5$	72	30,8
$RSN > 1,5$	125	53,4
Tổng cộng	234	100

Bảng 6. Các đặc điểm liên quan túi phình nội sọ vỡ

Đặc điểm liên quan TPNS vỡ	Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng	
Bờ	Không đều	230	97,5	237
	Đều	7	2,95	
Mạch máu liên quan	Có	16	6,8	237
	Không	221	93,2	
Co thắt mạch	Có	67	28,3	237
	Không	170	71,7	
Thiếu sản A1/TP thông trước	Có	40	48,8	82
	Không	42	51,2	

Bảng 7. Tương quan giữa đặc điểm TPNS vỡ và tình trạng lâm sàng bệnh nhân theo Hunt – Hess

Đặc điểm lâm sàng \ Hunt-Hess		Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tương quan
Vị trí	ĐMCT	114	53	57	p = 0,952, $\chi^2 = 0,519$ (-)
	ĐS - TN	7	2	4	
Kích thước	< 5mm	69	30	32	p = 0,856, $\chi^2 = 1,39$ (-)
	5 – 15mm	49	24	26	
	15 – > 25mm	3	1	3	
Kích thước cổ	≤ 4mm	109	48	50	p = 0,278, $\chi^2 = 2,41$ (-)
	> 4	12	7	11	
Co thắt mạch	Có	25	13	29	p < 0,001, $\chi^2 = 1,39$ (+)
	Không	96	42	32	

(-): không có tương quan; (+): có tương quan

V. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vỡ TPNS chủ yếu ở độ tuổi 40 – 60 (63,3%) tương đồng với các tác giả trong y văn. Một số nghiên cứu có tỷ lệ TPNS vỡ ở nữ cao hơn nam, một số khác thì ngược lại^(3,8,13). Mẫu nghiên cứu chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể về giới, tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Nhận định về TPNS vỡ hay gặp ở giới nào chưa thật sự rõ ràng và thuyết phục, có thể do tùy thuộc vào địa lý, tập quán hay cơ mẫu.

2. Độ Hunt – Hess

Theo y văn các yếu tố nguy cơ như: cao huyết áp, hút thuốc lá, uống rượu là những nguyên nhân hình thành và thúc đẩy TP vỡ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nổi bật lên là tiền căn cao huyết áp chiếm tỷ lệ 53,2%, tất cả bệnh nhân hút thuốc lá (24,1%) và uống rượu (16,5%) đều là nam giới. Các yếu tố nguy cơ này và yếu tố nội tiết tố ở nữ có thể chính là nguyên nhân khiến tỷ lệ TPNS vỡ ở nữ nhiều hơn nam tại các nước phương Tây, khác với tình hình trong nước là tỷ lệ nam/nữ là tương đương hoặc tỷ lệ nam cao hơn nữ.

Bảng 8. Các tác giả

Tác giả	Chúng tôi	Yasargil ⁽¹⁵⁾	P.M.Thông ⁽¹²⁾
Hunt–Hess 1-3	74,3%	89,3%	88,15
Hunt–Hess 4 -5	25,7%	10,7%	11,85%

Phân độ Hunt và Hess từ độ I đến độ III có tỷ lệ 74,3% cho thấy tình trạng lâm sàng bệnh nhân khi nhập viện tương đối tốt. Tỷ lệ gặp độ IV và V trong nghiên cứu chúng tôi tương đối cao hơn các tác giả khác có thể do một số bệnh nhân chuyển đến bệnh viện muộn.

3. Đặc điểm hình ảnh học túi phình nội sọ vỡ

Bảng 9. Vị trí

Vị trí TPNS	Chúng tôi	P.M.Thông ⁽¹²⁾	SugaharaT ⁽¹⁴⁾	Forsting M ⁽⁶⁾
Cảnh trong	3,8%		5%	
ĐM thông sau	33,7%	23,43%	25%	30%
ĐM não trước	5,1%	1,71%	5%	
ĐM thông trước	34,6%	26,86%	27,5%	30 – 35%
ĐM não giữa	17,3%	12%	22,5%	20%
ĐMTN sau dưới	1,7%		7,5%	
ĐM thân nền	1,3%		5%	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, TPNS vỡ thuộc ĐM cảnh trong là 94,5%, chỉ có 5,5% thuộc ĐM đốt sống thân nền. Vị trí TP trong nghiên cứu khá phù hợp với thống kê của các tác giả trong nước cũng như trên thế giới là tỷ lệ ở hệ ĐM cảnh trong từ 75 – 90%, hệ ĐM đốt sống thân nền từ 5 -10%^(1,11). Trong nghiên cứu chúng tôi có 2 TP khổng lồ nằm ở ĐM cảnh trong và 1 nằm ở ĐM thông trước. TP khổng lồ có thể gặp ở các nơi khác và có quy luật phân phối vị trí riêng. Vị trí TPNS là yếu tố quan trọng để cân nhắc lựa chọn phương pháp điều trị, ảnh hưởng tới tiên lượng, tỷ lệ di chứng và tử vong.

4. Kích thước túi phình

TPNS vỡ có ĐK từ 1,6mm đến 31,7mm. Kích thước TP lớn nhất là 32,7mm và nhỏ nhất là 1,5mm. Kích thước trung bình là 4,93mm ± 2,45mm.

Trong các y văn TPNS có ĐK từ 5mm – 10mm cần cân nhắc tới nguy cơ chảy máu. Nghiên cứu của chúng tôi, TPNS vỡ chủ yếu < 15mm chiếm 97%, trong đó < 5mm là 55,2%. So với các tác giả ngoài nước kích thước này nhỏ hơn khá nhiều, có thể do khác biệt về địa lý và đặc điểm dân số nghiên cứu. Kích thước TP cũng liên quan tới tỷ lệ di chứng và tử vong^(6,9).

TPNS khổng lồ được xác định khi đường kính TP lớn hơn 25mm⁽¹⁰⁾. Theo một báo cáo của Christopher và Ogilvy⁽⁴⁾ có khoảng 5 - 8% TPNS là khổng lồ. Nghiên

cứu của chúng tôi có 3 TP khổng lồ vỡ gây XHKDN, chiếm 1,2%. Tỷ lệ này thấp có thể do chúng tôi chỉ nghiên cứu trong phạm vi những TP vỡ. Christopher và Ogily⁽⁴⁾ nhận xét: kích thước TPNS khổng lồ không ảnh hưởng đến tỷ lệ XHKDN và chỉ khoảng 25% TP khổng lồ gây XHKDN.

5. Kích thước cổ

Đa số cổ nhỏ (≤ 4mm) chiếm 87,3%, chỉ có 12,7 % có cổ > 4mm. Kích thước cổ nhỏ nhất là 0,68 và lớn nhất là cổ TP khổng lồ (11,7mm).

Bảng 10. So sánh kích thước cổ túi phình giữa các tác giả

KT cổ	Chúng tôi	L. Pierot ⁽⁹⁾	H.Kiyosue ⁽⁸⁾	P.M. Thông ⁽¹³⁾
≤ 4mm	87,3%	87,2%	83%	88,1%
> 4mm	12,7%	12,8%	17%	11,9%

Đa số tác giả cho rằng các TPNS cổ hẹp sẽ thuận lợi cho can thiệp nút mạch, các TP cổ quá rộng thì ưu tiên cho điều trị phẫu thuật.

Chỉ số RSN: là chỉ số rất quan trọng giúp lựa chọn phương pháp điều trị. Theo Britz GW⁽¹⁾, Pierot L⁽¹³⁾ thì kích thước TPNS và tỷ số RSN là những yếu tố quan trọng cho thành công của can thiệp nội mạch. Đánh giá trên chỉ số RSN thì đa số TP có cổ hẹp chiếm 53,4%. Kết quả này của chúng tôi cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Pierot L⁽¹³⁾, cổ hẹp chiếm 58,2%, Kucukay F⁽⁸⁾

là 60,7%, P.M. Thông⁽¹²⁾ đa số các TP có cỡ trung bình hoặc hẹp. Trong nghiên cứu của chúng tôi bằng phép kiểm Fisher cho thấy mối tương quan giữa kích thước TP và cỡ TP. Kích thước TP càng lớn thì khả năng kích thước cỡ càng lớn, điều này cũng phù hợp với Moret và cs.

6. Hình thái học liên quan đến túi phình

Bờ túi phình: Hầu hết TPNS vỡ có bờ không đều chiếm 97%, điểm vỡ là núm nhô ra ở đáy hoặc dạng hai đáy hoặc dạng thùy. 3% TP còn lại có bờ đều, có kích thước nhỏ (từ 1,75 đến 3,74mm) nên không thấy rõ điểm vỡ gây chảy máu, tuy nhiên tham khảo trên hình ảnh CLVT thì vị trí XHKDN tương ứng với vị trí TP vỡ. Bờ TP đặc biệt quan trọng trong trường hợp bệnh nhân có nhiều TP, lúc đó chúng ta cần xác định xem TP nào vỡ, TP nào chưa vỡ để ưu tiên điều trị.

Nhánh mạch máu liên quan đến túi phình: chiếm 6,8%; so với Kiyosue H⁽⁷⁾ tỷ lệ này là 27%, Kucukay F⁽⁸⁾ là 26,2%. Các trường hợp TPNS thường kèm theo hiện tượng thiếu sản hay bất sản nhánh đối diện hay cùng bên, do đó nhánh đi ra từ TP chính là nhánh nuôi dưỡng bù trừ cho các nhánh đó. Kỹ thuật chụp xoay trong XQMNSHXN giúp phát hiện tốt nhánh mạch máu liên quan đến TP, đặc biệt có hỗ trợ của hình ảnh 3D. Việc xác định đặc điểm này của TPĐMNS giúp rất nhiều trong khi điều trị can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật kẹp cổ TP, phải bảo tồn nhánh mạch máu liên quan để tránh nguy cơ tai biến thiếu máu não.

Thiếu sản A1: Trong nghiên cứu của chúng tôi thiếu sản nhánh A1 bên đối diện trong trường hợp TP ĐM thông trước có tỷ lệ là 48,8%. Nhờ ĐM thông trước tạo tuần hoàn lên đoạn A2 cùng bên với đoạn A1 thiếu sản. Trong can thiệp nút mạch bít TP ĐM thông trước cần lường trước để tránh co thắt đoạn A1 duy nhất còn lại, nếu không sẽ gây tổn thương thiếu máu não trầm trọng.

Tình trạng co thắt mạch: là biến chứng của XHKDN^(6,9). Tỷ lệ bệnh nhân co thắt mạch do vỡ TPNS là 28,3%. Nếu can thiệp vào thời điểm mạch đang co

thắt nhiều thì nguy cơ tai biến cao, đặc biệt là huyết khối và thiếu máu não tăng lên nhiều lần. Vì vậy chúng ta cần cân nhắc để tránh giai đoạn này mà lựa chọn thời điểm phù hợp với sinh lý co thắt mạch hoặc có thể dùng thuốc giãn mạch.

7. Tương quan giữa đặc điểm TPNS vỡ và tình trạng lâm sàng

Vị trí: chia vị trí TPNS vỡ thành 2 nhóm là vị trí thuộc hệ ĐM cảnh trong và hệ đốt sống – thân nền. Bằng phép kiểm Fisher thấy không có mối tương quan giữa vị trí TPNS vỡ với tình trạng lâm sàng bệnh nhân.

Kích thước: qua phép kiểm Fisher và χ^2 cho thấy không có mối tương quan giữa kích thước TPNS vỡ, kích thước cổ TP và tình trạng lâm sàng bệnh nhân. Trên thực tế trong nghiên cứu chúng tôi có 3 TP khổng lồ thì 2 TP khổng lồ vỡ có tình trạng lâm sàng nặng chiếm tỷ lệ 66,7%.

Co thắt mạch não: là nguyên nhân gây tàn tật và tỷ lệ tử vong cao do tình trạng thiếu máu não (11), (12). Chụp XQMNSHXN là cách phát hiện co thắt mạch não tốt nhất. Bằng phép kiểm χ^2 thấy có mối tương quan giữa tình trạng co thắt mạch sau XHKDN và tình trạng lâm sàng bệnh nhân. Đối với những bệnh nhân có co thắt mạch não thì tình trạng lâm sàng nặng hơn so với bệnh nhân không có co thắt mạch não.

VI. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bước đầu nêu ra được các đặc điểm của TPNS vỡ trên chụp XQMNSHXN. Kiến thức về đặc điểm TPNS vỡ là thông tin hữu ích trong lựa chọn, lập kế hoạch điều trị hiệu quả cho bệnh nhân, cũng như có thể tiên đoán kết quả điều trị. Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa tình trạng co thắt mạch não sau XHKDN do vỡ TPNS và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Bệnh nhân vỡ TPNS cần được nhập viện tuyến chuyên sâu và điều trị sớm tình trạng co thắt mạch. Ngoài ra, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ có thể giúp dừng hình thành TPNS và không thúc đẩy vỡ TPNS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Britz GW (2005). "Clipping or coiling of cerebral aneurysms", *Neurosurg Clin N Am* 16, pp 475-485.
2. Castel JP, Frerebeau P, Lagarrigue J, Moreau JJ (1994). "Neurosurgical treatment of intracranial aneurysms", *Neurochirurgie*, 40:31-66.
3. Caranci F, Briganti F, Cirillo L, Leonardi M, Muto M (2013). "Epidemiology and genetics of intracranial aneurysms", *Eur J Radiol*;82(10); 1598 – 1605.
4. Christopher S, Ogilvy MD (2004). "Giant intracranial aneurysm: current strategies management". *Surgical Management of Cerebrovascular Disease, Third edition*.
5. Đỗ Văn Dũng (2011), Tài liệu tập huấn "Phương pháp nghiên cứu khoa học trong nghiên cứu lâm sàng và dịch tễ học", Bộ môn Y tế công cộng, Đại học Y Dược TP. HCM, tr 34 – 242.
6. Forsting M, Wanke I (2008). "Intracranial Vascular Malformations and Aneurysms", *Medical Radiology, Diagnostic Imaging and Radiation Oncology*, pp 167 – 270.
7. Kiyosue H, Tanoue S, Okahara M, et al (2002). "Anatomic Features Predictive of Complete Aneurysm Occlusion Can Be Determined with Three - Dimensional Digital Subtraction Angiography", *Am J Neuroradiol* 23:1206 – 1213.
8. Kucukay F, Okten RS, Teiner A, et al (2012). "Three - dimensionnal volume rendering digital subtraction angiography in comparision with two - dimensional DSA and rotational angiography for detecting aneurysms and their morphological properties in patients with subarachnoid hemorrhage", *Eur J Radiol* 81, pp 2794 – 2800.
9. Mehra M, Spilberg G et al (2011). "Intracranial Aneurysm: Clinical Assessment and Treatment Options", *Stud Mechanobiol Tissue Eng Biomater*, 7: 331 – 372.
10. Osborn AG (1999). "Diagnostic Cerebral Angiography" Lippincott Williams and Wilkins, Second edition, pp 3 – 277.
11. Parlea L, Fahrig R, Holdsworth DW, Lownie SP (1999). "An analysis of the geometry of saccular intracranial aneurysms", *Am J Neuroradiol*, 20:1079-1089.
12. Phạm Minh Thông, Vũ Đăng Lưu (2008), "Kết quả và kinh nghiệm điều trị phình động mạch não bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr 165-17.
13. Pierot L, Cognard C, Anxionnat R, Ricolfi F (2012). "Endovascular Treatment of Ruptured Intracranial Aneurysms: factors affecting midterm quality anatomic results: Analysis in a Prospective, Multicenter Series of Patients (CLARITY)", *Am J Neuroradiol* 33:1475 -148.
14. Sugahara T, Korogi Y, Nakashima K, et al (2002). "Comparison of 2D and 3D Digital Subtraction Angiography in Evaluation of Intracranial Aneurysms", *Am J Neuroradiol* 23:1545 – 1552.
15. Yasargil MG (1990). "Diagnosis and therapy of cerebrovascular diseases", *Schweiz Rundsch Med Prax* 79:3-8.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loại trừ hoàn toàn túi phình nội sọ ra khỏi vòng tuần hoàn não là mục đích điều trị của cả phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Chọn lựa phương pháp điều trị cũng như tiên lượng kết quả điều trị bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm túi phình nội sọ. Chụp X-quang mạch não số hóa xóa nền là tiêu chuẩn vàng giúp đánh giá tương đối đầy đủ các đặc điểm túi phình nội sọ.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm túi phình nội sọ vỡ trên chụp X-quang mạch não số hóa xóa nền, từ đó tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh học túi phình nội sọ vỡ và tình trạng lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 237 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có 237 túi phình nội sọ vỡ trên X-quang mạch não số hóa xóa nền tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2012 đến tháng 2/2013.

Kết quả: Đa số bệnh nhân nhập viện có độ Hunt – Hess từ độ I - III chiếm 74,3%. 94,5% túi phình vỡ thuộc hệ động mạch cảnh trong. Đa số BN có kích thước túi phình nhỏ và trung bình chiếm 97%, chỉ có 1,3% là túi phình khổng lồ. Túi phình vỡ có kích thước cổ nhỏ chiếm 88,5%. Theo chỉ số RSN thì cổ hẹp – trung bình chiếm 84,4%. 97,5% túi phình nội sọ vỡ có bờ không đều. Nhánh mạch máu liên quan túi phình vỡ chiếm 6,8%. Trường hợp túi phình ở động mạch thông trước có 48,8% thiếu sản A1 bên đối diện. Co thắt mạch sau vỡ túi phình chiếm tỷ lệ 28,3%. Bằng phép kiểm Fisher thấy không có mối tương quan giữa vị trí, kích thước túi phình hay kích thước cổ túi phình vỡ và tình trạng lâm sàng bệnh nhân. Tình trạng co thắt mạch não do vỡ túi phình nội sọ có liên quan đến tình trạng lâm sàng bệnh nhân.

Kết luận: Phân tích đặc điểm túi phình nội sọ vỡ dựa trên tiêu chuẩn vàng là chụp DSA giúp chọn phương pháp điều trị hiệu quả và lập kế hoạch điều trị.

Chữ viết tắt: TPNS: túi phình nội sọ; TP: túi phình; XQMNSHXN: X-quang mạch não số hóa xóa nền; CLVT: cắt lớp vi tính; XHKDN: xuất huyết khoang dưới nhện; ĐM: động mạch; ĐK: đường kính.

Từ khóa: túi phình nội sọ; túi phình động mạch não; chụp mạch số hóa xóa nền; xuất huyết khoang dưới nhện.

Người liên hệ: Hồ Thế Lâm Hải

Email: drlamhaihothe@yahoo.com

- Ngày nhận bài:

- Ngày chấp nhận đăng:

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: PGS.TS. Lâm Khánh