71.4% có mối quan hệ hòa thuận với bạn bè, đồng nghiệp của mình, 28.6% có mối quan hệ bất hòa, không có người bệnh nào phải chuyển nhiều chỗ làm. Rối loạn nhân cách làm suy giảm chức năng xã hội của người bệnh, người bệnh thường ít bạn bè, đồng nghiệp thân thiết, thiếu kết nối với người khác trong xã hội.

IV. KẾT LUẬN

Trong số 47 người bệnh rối loạn sự thích ứng, 14 người bệnh có rối loạn nhân cách, chiếm 29.79%. Trong số các người bệnh rối loạn nhân cách, rối loạn nhân cách lo âu tránh né chiếm tỷ lệ cao nhất 42,86%, 100% người bệnh có rối loạn nhân cách lo âu tránh né đều có cảm giác căng thẳng lo sợ dai dẳng và lan tỏa, tất cả người bệnh rối loạn nhân cách không ổn định đều là loại ranh giới. 57.1% người bệnh rối loạn nhân cách có mối hệ tình cảm hòa thuận, 28.6% có mối quan hệ bất hòa, 14.3% đã ly thân hoặc ly dị. Có 78.6% người bệnh rối loạn nhân cách có ít bạn bè, đồng nghiệp, 71.4% có mối quan hệ hòa thuận với bạn bè, đồng nghiệp của mình, 28.6% có mối quan hệ bất hòa, không có người bệnh nào phải chuyển nhiều chỗ làm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phân Loại Bệnh Quốc Tế Lần Thứ 10 Dùng Cho Lâm Sàng.** Tổ chức Y tế thế giới; 1992.
2. **Kaplan, Sadock''s. Adjustment Disorders.** In: Synopsis of Psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer; 2015:965-974.
3. **Casey PR, Dillon S, Tyrer PJ.** The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. Psychol Med. 1984;14 (3):673-681. doi:10.1017/s0033291700015282
4. **Blacker CVR, Clare AW.** The prevalence and treatment of depression in general practice. Psychopharmacology. 1988;95(1):S14-S17. doi: 10.1007/BF00172624
5. **Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al.** Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
6. **Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al.** Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. Gen Hosp Psychiatry. 1998;20(3):139-149. doi:10.1016/s0163-8343(98) 00020-6
7. **Yaseen YA.** Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. Asian J Psychiatr. 2017;28:82-85. doi:10.1016/j.ajp.2017.03.012
8. **Zelviene P, Kazlauskas E, Maercker A.** Risk factors of ICD-11 adjustment disorder in the Lithuanian general population exposed to life stressors. Eur J Psychotraumatol. 2020;11(1): 1708617. doi:10.1080/20008198.2019.1708617
9. **Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L.** Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. J Affect Disord. 1999;55(1):55-61. doi:10.1016/s0165-0327(98)00202-x
10. **Alnæs R, Torgersen S.** The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1988; 78(4): 485-492. doi:10.1111/j.1600-0447. 1988. tb06371.x

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH VÕNG MẠC Ở TRẺ ĐẺ NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Quỳnh Nga[1], Đỗ Hạnh Trang[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần (BVMTĐN). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 167 trẻ sơ sinh có tuổi thai < 32 tuần hoặc cân nặng lúc sinh < 1500g được khám mắt lúc 4 tuần tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 07/2021 - 07/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ dưới 32 tuần là 20,9%. Trẻ cực kỳ non tháng, cân nặng lúc sinh cực kỳ thấp, được truyền khối hồng cầu sớm trong vòng 10 ngày đầu sau sinh, nhiễm trùng huyết và xuất huyết não thất có tỉ lệ mắc BVMTĐN cao hơn. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc BVMTĐN giữa các nhóm giới tính, con dạ - con so, số lượng thai, cách thức sinh, điều trị surfactant, độ bão hòa oxy, thời gian phụ thuộc oxy và số lần truyền khối hồng cầu. **Kết luận:** Tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ đẻ non là 20,9%. Các yếu tố liên quan đến BVMTĐN bao gồm: tuổi thai thấp, cân nặng lúc sinh thấp, thời điểm truyền khối hồng cầu sớm, tình trạng nhiễm trùng huyết và xuất huyết não thất. ***Từ khóa:*** bệnh võng mạc, trẻ đẻ non

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hạnh Trang
Email: dohanhtrang1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022
Ngày duyệt bài: 24.10.2022

SUMMARY

INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY IN PRETERM NEONATES UNDER 32 WEEKS' GESTATIONAL AGE

Objectives: To evaluate the incidence of retinopathy of prematurity, and find its relationship with some epidemiological, clinical features in preterm neonates under 32 weeks' gestational age. **Materials and methods:** A cross-sectional study on 167 neonates born with less than 32 weeks gestation or birth weight below 1500g who had an ophthalmoscopic examination at the age of 4 weeks in the National Hospital of Pediatrics from July 2021 to July 2022. **Results:** The incidence of retinopathy of prematurity in preterm neonates under 32 weeks' gestational age was 20,9%. There was a statistically significant difference in the incidence of retinopathy of prematurity between low gestational age, extremely low birth weight, early transfusion, sepsis and intraventricular hemorrhage.

Keywords: retinopathy of prematurity, preterm neonates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non (BVMTĐN) là rối loạn tăng sinh mạch máu xảy ra tại võng mạc trẻ sinh non với quá trình tạo mạch máu võng mạc không hoàn chỉnh. BVMTĐN phổ biến trên toàn thế giới với tỉ lệ mắc từ 20,7 - 73% trẻ đẻ non sống[1]. BVMTĐN là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở trẻ em và là nguyên nhân chính gây suy giảm thị lực ở trẻ đẻ non. Ước tính hàng năm có 32.000 trẻ sơ sinh bị mù hoặc suy giảm thị lực nghiêm trọng do căn bệnh này[2]. BVMTĐN là bệnh lý đa yếu tố. Tuổi thai nhỏ, cân nặng lúc sinh thấp, suy hô hấp, hỗ trợ oxy kéo dài, nhiễm trùng huyết, xuất huyết não, truyền máu nhiều lần... là những yếu tố liên quan khiến trẻ mắc BVMTĐN và BVMTĐN tiến triển nặng hơn.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về BVMTĐN còn hạn chế, đặc biệt trên trẻ đẻ non dưới 32 tuần, đây là đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh. Đồng thời chưa có báo cáo chính thức về bệnh lý này tại Bệnh viện Nhi Trung ương - đơn vị chuyên tiếp nhận và điều trị hơn 500 trẻ đẻ non hàng năm. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm và một số yếu tố liên quan của bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ đẻ non < 32 tuần hoặc cân nặng lúc sinh < 1500g điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 07/2021 - 07/2022 được khám mắt lúc 3 - 4 tuần tuổi theo khuyến cáo của Hiệp hội Nhãn khoa Anh Quốc.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ có tuổi thai < 32 tuần hoặc cân nặng lúc sinh < 1500g được khám mắt lúc 4 tuần tuổi bởi bác sĩ chuyên khoa Mắt tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Dựa vào kết quả khám mắt, đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: mắc BVMTĐN và không mắc BVMTĐN. Tiêu chuẩn chẩn đoán BVMTĐN: tổn thương giai đoạn 3 ở 5 khu vực liên tiếp hoặc 8 khu vực không liên tiếp kèm bệnh cộng vùng I hoặc II.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ tử vong trước khi được khám sàng lọc BVMTĐN, có bệnh lý đục thủy tinh thể, nhãn cầu nhỏ, viêm kết mạc-giác mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện. Đối tượng nghiên cứu được thu thập số liệu về tuổi thai, cân nặng lúc sinh, giới tính, con lần mấy, số lượng thai, cách thức sinh, tình trạng nhiễm trùng, xuất huyết não thất, điều trị surfactant, độ bão hòa oxy trung bình trong 7 ngày đầu sau sinh, thời gian phụ thuộc oxy, thời điểm đầu tiên truyền khối hồng cầu và số lần truyền khối hồng cầu trong 30 ngày sau sinh.

Tình trạng nhiễm trùng được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn SIRS trên khám lâm sàng, tăng các chỉ số nhiễm trùng trên xét nghiệm, định danh được vi khuẩn gây bệnh. Xuất huyết não thất được xác định dựa trên siêu âm qua thóp.

2.3. Xử lý số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0. Các biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị trung vị, lớn nhất, nhỏ nhất. Biến định tính được tính theo tỷ lệ. So sánh 2 tỷ lệ sử dụng kiểm định Khi bình phương. Tìm các mối liên quan, sử dụng tỷ suất chênh OR.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và chấp nhận. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị hay làm chậm quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 07/2021 - 07/2022, có 167 trẻ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi thai trung bình là 28,8 ± 1,66 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là 1214,7 ± 307,4 gram. Tỉ lệ nam/ nữ là 1,06/1.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu nghiên cứu

Yếu tố	Giá trị
Tuổi thai (tuần, $\bar{x}$±SD)	28,8 ± 1,66
Cân nặng lúc sinh (gram,	1214,7 ±

x̄±SD)	307,4
Giới tính (n, %)	
Nam	86 (51,5)
Nữ	81 (48,5)
Con lần mấy (n, %)	
Con so	82 (49,1)
Con dạ	85 (50,9)
Số lượng thai (n, %)	
Đơn thai	108 (64,7)
Đa thai	59 (35,3)
Cách thức sinh (n, %)	
Sinh thường	100 (59,9)
Sinh mổ	67 (40,1)

Bảng 2. Tỉ lệ và giai đoạn mắc BVMTĐN

Yếu tố	**Giá trị (n, %)**
Tỉ lệ mắc BVMTĐN	35 (20,9)
Giai đoạn	
Giai đoạn 1	18 (51,4)
Giai đoạn 2	10 (28, 6)
Giai đoạn 3	2 (5,7)
Giai đoạn 4	0
Giai đoạn 5	0
AP ROP	5 (14,3)
Vùng	
Vùng I	3 (8,6)
Vùng II	22 (62,9)
Vùng III	10 (28,5)

Tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần là 20,9%. Trong đó, có 18 trẻ (51,4%) ở giai đoạn 1; 10 trẻ (28,6%) ở giai đoạn 2; 2 trẻ (5,7%) ở giai đoạn 3, không có trẻ nào mắc BVMTĐN giai đoạn 4 và 5. Tuy nhiên, có 5 trẻ (14,3%) mắc bệnh mức độ nghiêm trọng (AP ROP). Tổn thương mạch máu quan sát được tại vùng II chiếm đa số (62,9%), tiếp đó đến vùng III (28,5%) và thấp nhất là vùng I (8,6%).

Bảng 3. Các yếu tố dịch tễ học liên quan đến BVMTĐN

	Có bệnh	**Không bệnh**	**OR (95% CI)**	**p**
Tuổi thai				
< 28 tuần	14 (35,0%)	26 (65,0%)	**2,718** (1,220 – 6,054)	**0,012**
28 - < 32 tuần	21 (16,5%)	106 (83,5%)		
Cân nặng lúc sinh				
< 1000g	13 (38,2%)	21 (61,8%)	**3,123** (1,363 – 7,157)	**0,006**
1000 - <1500 g	22 (16,5%)	111 (83,5%)		
Giới tính				
Nam	14 (16,3%)	72 (83,7%)	0,556 (0,260 – 1,186)	0,126
Nữ	21 (25,9%)	60 (74,1%)		
Con lần mấy				
Con so	16 (19,5%)	66 (80,5%)	0,842 (0,399 – 1,778)	0,652
Con dạ	19 (22,4%)	66 (77,6%)		
Số lượng thai				
Đơn thai	18 (16,7%)	90 (83,3%)	0,494 (0,232 – 1,054)	0,065
Đa thai	17 (28,8%)	42 (71,2%)		
Cách thức sinh				
Sinh thường	19 (19,0%)	81 (81%)	0,748 (0,353 – 1,586)	0,448
Sinh mổ	16 (23,9%)	51 (76,1%)		

Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, con lần mấy, số lượng thai, cách thức sinh với tình trạng mắc BVMTĐN ở trẻ dưới 32 tuần. Ở nhóm trẻ cực kỳ non tháng (tuổi thai < 28 tuần), tỉ lệ mắc BVMTĐN tăng 2,7 lần so với nhóm trẻ rất non tháng (tuổi thai từ 28 - < 32 tuần). Cân nặng lúc sinh rất thấp cũng là yếu tố liên quan đến BVMTĐN với p = 0,006.

Bảng 4. Các yếu tố lâm sàng liên quan đến BVMTĐN

	Có bệnh	**Không bệnh**	**OR (95% CI)**	**p**
Điều trị surfactant				
Có	22 (24,7%)	67 (75,3%)	1,642 (0,763 – 3,531)	0,202
Không	13 (16,7%)	65 (83,3%)		
Độ bão hòa oxy trung bình trong 7 ngày đầu sau sinh				
88 – 94%	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,525 (0,062 – 4,417)	0,471[a]
> 94%	34 (21,4%)	125 (78,6%)		
Thời gian phụ thuộc oxy				
< 15 ngày	1 (9,1%)	10 (90,9%)	0,359 (0,044 – 2,902)	0,462[a]
≥ 15 ngày	34 (21,8%)	122 (78,2%)		

Thời điểm đầu tiên truyền khối hồng cầu				
1 – 10 ngày tuổi	22 (28,9%)	54 (71,1%)	**2,444** (1,134 – 5,271)	**0,02**
Sau 10 ngày tuổi	13 (14,3%)	78 (85,7%)		
Số lần truyền khối hồng cầu				
0 lần	3 (9,7%)	28 (90,3%)		0,35 [a]
1 - 3 lần	21 (19,4%)	87 (80,6%)		
4 - 6 lần	9 (40,9%)	13 (59,1)		
> 6 lần	2 (33,3%)	4 (66,7)		
Tình trạng nhiễm trùng				
Có	32 (25,8%)	92 (74,2%)	**4,638** (1,342 – 16,031)	**0,009**
Không	3 (7,0%)	40 (93,0%)		
Xuất huyết não thất				
Có	25 (33,3%)	50 (66,7%)	**4,100** (1,818 – 9,247)	**0,000**
Không	10 (10,9%)	82 (89,1%)		

a: Kiểm định Fisher

Kết quả cho thấy bơm surfactant, độ bão hòa oxy trung bình trong 7 ngày đầu sau sinh, thời gian phụ thuộc oxy, số lần truyền khối hồng cầu trong 30 ngày sau sinh không có mối liên quan đến BVMTĐN. Ở nhóm trẻ được truyền khối hồng cầu sớm trong vòng 10 ngày đầu sau sinh, tỉ lệ mắc BVMTĐN tăng 2,4 lần so với nhóm trẻ truyền khối hồng cầu muộn. Tình trạng nhiễm trùng và xuất huyết não thất cũng là các yếu tố liên quan đến BVMTĐN với p lần lượt là 0,009 và 0,000.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ đẻ non là 20,9%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Thụy Điển (73%) và Na Uy (33%)[1]. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Kim Thanh tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang 2014 - 2017 (23,5%)[3]. Nguyên nhân là do tiêu chuẩn lựa chọn tuổi thai khác nhau (nghiên cứu tại Thụy Điển lựa chọn trẻ đẻ non dưới 27 tuần, nghiên cứu tại Na Uy lựa chọn trẻ đẻ non dưới 28 tuần) và tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh của các quốc gia cũng khác nhau. Khi so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, hiểu biết của nhân viên y tế về bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non tại Việt Nam có thể đã cải thiện, dẫn đến tỉ lệ mắc BVMTĐN giảm đi trong những năm gần đây.

Mạch máu võng mạc của trẻ bắt đầu phát triển từ tuần thai thứ 16 và hoàn thiện tương đối vào tuần thai thứ 40. Báo cáo của Freitas AM[4] cho thấy mối tương quan giữa tuổi thai thấp và tỉ lệ mắc BVMTĐN. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ kết luận này. Về cân nặng lúc sinh, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với báo cáo của Freitas AM[4], đều cho kết quả tỉ lệ mắc BVMTĐN ở nhóm trẻ cực kỳ nhẹ cân cao hơn so với nhóm trẻ rất nhẹ cân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ trai so với trẻ gái, con so so với con dạ, đơn thai so với đa thai, trẻ sinh thường so với sinh mổ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Freitas AM[4] và báo cáo của Huỳnh Thị Kim Thanh[3].

Chúng tôi cũng xem xét ảnh hưởng giữa các bệnh lý phổ biến ở trẻ đẻ non với tình trạng mắc BVMTĐN. Ở nhóm trẻ có tình trạng nhiễm trùng, tỉ lệ mắc BVMTĐN cao gấp 4,6 lần so với nhóm trẻ không bị nhiễm trùng (p = 0,009). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Wang X (p = 0,011)[5] và Huỳnh Thị Kim Thanh (p < 0,001)[3]. Xuất huyết não thất và BVMTĐN đều là hai bệnh lý liên quan đến nồng độ oxy trong máu không ổn định và hệ mạch chưa trưởng thành, dễ bị tổn thương. Kết quả của chúng tôi ủng hộ báo cáo của Yau GSK[6] về mối liên quan giữa tỉ lệ mắc BVMTĐN và tình trạng xuất huyết não thất.

Oxy đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của BVMTĐN. Chen ML báo cáo mối liên quan giữa độ bão hòa oxy từ 94 - 99% với BVMTĐN mức độ nặng với p = 0,01[7]. Theo Huỳnh Thị Kim Thanh, thời gian phụ thuộc oxy và điều trị surfactant có liên quan tới tỉ lệ mắc BVMTĐN[3]. Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả ngược lại, cả ba yếu tố trên đều không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Về thời điểm truyền khối hồng cầu, tỉ lệ mắc BVMTĐN ở nhóm trẻ được truyền máu trong 10 ngày tuổi (28,9%) cao hơn so với nhóm trẻ được truyền máu muộn (14,3%), với OR = 2,444; p = 0,02. Kết quả của chúng tôi tương tự báo cáo của Christopher Lust (p < 0,001)[8]. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ mắc BVMTĐN với số lần truyền khối hồng cầu. Trong khi đó, theo Christopher Lust, số lần truyền khối hồng cầu có mối liên quan với tỉ lệ mắc BVMTĐN mức độ nặng (p < 0,001)[8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc BVMTĐN ở trẻ đẻ non là 20,9%. Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ mắc BVMTĐN với tuổi thai thấp, cân nặng lúc sinh thấp, thời điểm truyền khối hồng cầu sớm, tình trạng nhiễm trùng huyết và xuất huyết não thất. Kết quả này ủng hộ chiến lược điều trị với mục tiêu ngăn ngừa nhiễm trùng huyết, xuất huyết não thất, hạn chế truyền máu sớm sau sinh có thể góp phần giảm nguy cơ mắc BVMTĐN ở trẻ đẻ non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Austeng D, Källen KBM, Ewald UW, Jakobsson PG, Holmström GE.** Incidence of retinopathy of prematurity in infants born before 27 weeks' gestation in Sweden. Arch Ophthalmol. 2009;127(10):1315-1319. doi:10.1001/archophthalmol.2009.244
2. **Blencowe H, Lawn JE, Vazquez T, Fielder A, Gilbert C.** Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010. Pediatr Res. 2013;74(Suppl 1):35-49. doi:10.1038/pr.2013.205
3. **Huỳnh Thị Kim Thanh.** 2018. Nghiên cứu về bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non tại Khoa Hồi sức tích cực chống độc Nhi Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang.
4. **Freitas AM, Mörschbächer R, Thorell MR, Rhoden EL.** Incidence and risk factors for retinopathy of prematurity: a retrospective cohort study. Int J Retina Vitreous. 2018;4. doi:10.1186/s40942-018-0125-z
5. **Wang X, Tang K, Chen L, Cheng S, Xu H.** Association between sepsis and retinopathy of prematurity: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019;9(5). doi:10.1136/bmjopen-2018-025440
6. **Yau GSK, Lee JWY, Tam VTY, et al.** Incidence and Risk Factors of Retinopathy of Prematurity From 2 Neonatal Intensive Care Units in a Hong Kong Chinese Population. Asia Pac J Ophthalmol (Phila). 2016;5(3):185-191. doi:10.1097/APO.0000000000000167
7. **Chen ML, Guo L, Smith LEH, Dammann CEL, Dammann O.** High or Low Oxygen Saturation and Severe Retinopathy of Prematurity: A Meta-analysis. PEDIATRICS. 2010;125(6):e1483-e1492. doi:10.1542/peds.2009-2218
8. **Lust C, Vesoulis Z, Jackups R, Liao S, Rao R, Mathur AM.** Early Red Cell Transfusion is Associated with Development of Severe Retinopathy of Prematurity. J Perinatol. 2019;39(3):393-400. doi:10.1038/s41372-018-0274-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC THẦN KINH CỦA PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO CHƯA VỠ

Lê Thị Thu Vân[1], Phan Văn Đức[2]

TÓM TẮT

Phình động mạch não là một bệnh khá thường gặp. Hầu hết các túi phình, đặc biệt là các túi phình nhỏ, không bị vỡ. Túi phình vỡ gây biến chứng xuất huyết dưới nhện. Việc phát hiện phình động mạch não trước khi có biến chứng này để từ đó đưa ra các biện pháp theo dõi và dự phòng thích hợp sẽ hạn chế được hậu quả nghiêm trọng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của phình động mạch não chưa vỡ tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2021 đến tháng 5/2022. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch não chưa vỡ. **Kết quả**: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 57,7 ± 14,9 tuổi, với tỉ lệ nữ giới chiếm 59%. Tuổi phát hiện sớm nhất là 24 tuổi, muộn nhất là 92 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 61-70 tuổi (30.8%). Triệu chứng thường gặp của phình động mạch não chưa vỡ là đau đầu, chiếm 29.5% với tính chất không đặc hiệu. Vị trí phình động mạch hay gặp nhất ở vị trí động mạch cảnh trong, tiếp theo là động mạch thông trước, thông sau và động mạch đốt sống. Hình thái chủ yếu của phình động mạch não là dạng túi chiếm 97,56%, dạng hình thoi chiếm 2,44%. Kích thước phình động mạch não trung bình là 4,56 ± 3,66 mm, trong đó, kích thước từ 3 - 6,9mm chiếm đa số (54,88%), kích thước nhỏ nhất là 1,8mm, lớn nhất là 27mm.**Kết luận**: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57,7 ± 14,9 tuổi với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Đa số phình động mạch não chưa vỡ được phát hiện ngẫu nhiên (67,9%). Triệu chứng thường gặp nhất của phình động mạch não chưa vỡ là đau đầu với tính chất không đặc hiệu (29,5%). Vị trí hay gặp nhất là động mạch cảnh trong với 70,72%, phình động mạch hình túi là chủ yếu (97,56%). Kích thước trung bình của túi phình là 4,56 ± 3,66 mm, túi phình có kích thước nhỏ chiếm đa số (85,37%).

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Vân
Email: thuvan110296@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2022
Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022
Ngày duyệt bài: 28.10.2022

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, NEUROLOGICAL IMAGES OF UNRUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSMS

Intracranial aneurysm is a common disease. Most aneurysms, especially small aneurysms, do not