

có hai chủ đề lo âu đồng thời (72,58%) và thời gian tồn tại của triệu chứng trung bình $19,35 \pm 11,26$ phút. Tần suất xuất hiện triệu chứng hồi hộp (82,26%); chóng mặt (65,2%). Ngoài ra triệu chứng tâm thần thường gặp nhất là triệu chứng chóng mặt (83,87%) và điểm HAM-A cho nặng chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strawn J.R., Geraciotti L., Rajdev N. et al. (2018)**, "Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adults and pediatric patients: An evidence-based treatment review", *Expert Opin Pharmacother*; 19(10): 1057-1070.
2. **Gonçalves D.C., Pachana N.A. and Byrne G.J. (2011)**, Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being", *Psychological Medicine*; 32, 649-659.
3. **Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. et al. (2007)**, "Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection",

Annals of Internal Medicine; 146, 317-325.

4. **Montgomery O., Follen M. and Urdaneta-Hartmann S. (2012)**, "The 2010 annual sex and gender research forum at Drexel University and Drexel University College of Medicine: An Institute for Women's Health and Leadership Initiative. Introduction", *Gend Med*; 9(1 Suppl): 1-6.
5. **Trần Nguyễn Ngọc (2018)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn-luyện tập", Luận án tiến sĩ; Đại học y Hà Nội.
6. **Crocq M.A. (2017)**, "The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category", *Dialogues Clin Neurosci*; 19(2): 107-116.
7. **Gordon B.R., McDowell C.P., Lyons M. et al. (2017)**, "The effects of resistance exercise training on anxiety: A meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials", *Sports Med*; 47(12): 2521-2532.
8. **Srivastava S., Menon V., Kayal S. et al. (2020)**, "Level of anxiety and depression and its clinical and sociodemographic determinants among the parents of children with cancer undergoing chemotherapy", *J Neurosci Rural Pract*; 11(4): 530-537.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SINH NON Ở THAI PHỤ CÓ ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG NGẮN BẰNG PROGESTERONE ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

Vũ Bá Quyết*, Nguyễn Xuân Hợi*, Phan Thị Thu Nga*, Nguyễn Thị Huyền Linh*, Hoàng Phương Ly*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng sinh non ở thai phụ có cổ tử cung (CTC) ngắn bằng Progesterone đường âm đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng. 65 thai phụ tuần thai từ 19 tuần – 23 tuần 6 ngày đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương được siêu âm đường âm đạo xác định có độ dài cổ tử cung ≤ 25 mm và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Các thai phụ được điều trị dự phòng bằng đặt 1 viên Utrogestan âm đạo vào buổi tối liên tục từ khi thu nhận đến khi thai hết 36 tuần. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ đẻ non <28 tuần chiếm 6,1%; dưới 34 tuần 12,3%, dưới 35 tuần 16,9% và dưới 37 tuần 33,8%. Số thai phụ không đẻ non (≥ 37 tuần) là: 66,2%. Tình trạng trẻ sau sinh: 12,3% trẻ tử vong, 87,7% trẻ sống khỏe mạnh; 81,5% trẻ có cân nặng ≥ 2.500 gram và 18,5% trẻ có cân nặng < 2.500 gram. **Kết luận:** Điều trị dự phòng progesterone cho phụ nữ mang thai có CTC ngắn có hiệu quả giảm tỷ lệ sinh non.

Từ khóa: đẻ non, độ dài cổ tử cung, Progesterone.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF PROPHYLACTIC TREATMENT OF PRETERM BIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH A SHORT CERVIX WITH VAGINAL PROGESTERONE

Objective: To evaluate the efficacy of prophylactic treatment of preterm birth in pregnant women with a short cervix with vaginal progesterone. **Subjects and research methods:** A non-controlled intervention study involved 65 pregnancies at 19 - 23 weeks and 6 days gestation at the National Hospital Obstetrics and Gynecology are determined by vaginal ultrasound to have a length of the cervix ≤ 25 mm and met the inclusive and exclusive criteria. Pregnant women received prophylactic treatment with 1 tablet vaginal Utrogestan in the evening continuously from enrollment to the end of the 36-week pregnancy. **Research results:** the rate of preterm birth <28 weeks accounted for 6.1%; less than 34 weeks 12.3%, less than 35 weeks 16.9% and under 37 weeks 33.8%. The number of pregnant women who did not give birth prematurely (≥ 37 weeks) was: 66.2%. Postpartum status: 12.3% of children die, 87.7% of children live healthy; 81.5% of children were $\geq 2,500$ grams and 18.5% were <2,500 grams. **Conclusion:** Progesterone prophylaxis for pregnant women with a short cervix is effective in reducing the rate of preterm birth.

Keywords: preterm birth, cervical length, Progesterone.

*Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bá Quyết
Email: Quyetsvb2000@yahoo.com
Ngày nhận bài: 25.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021
Ngày duyệt bài: 30.3.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là nguyên nhân hàng đầu gây biến chứng và tử vong chu sinh trên toàn thế giới. Đây là thách thức lớn nhất cho ngành sản khoa hiện nay[1]. Một trong những nguyên nhân gây đẻ non là do giảm hoạt tính của progesterone, dẫn đến sự chín muộn sớm của cổ tử cung (CTC). Độ dài CTC ngăn được xác định qua siêu âm (thời điểm 3 tháng giữa thai kỳ) là một yếu tố tiên lượng của đẻ non tự nhiên. Các thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp đã cho thấy Progesterone đặt âm đạo làm giảm tỷ lệ sinh non và bệnh tật ở trẻ sơ sinh[2, 3]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng sinh non bằng Progesterone đường âm đạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Các thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương có tuổi thai từ 19 đến 23 tuần 6 ngày. Lựa chọn các thai phụ có kết quả siêu âm độ dài CTC ≤ 25mm, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 19 tuần đến 23 tuần 6 ngày

- Đơn thai, thai đang phát triển.
- Độ dài cổ tử cung siêu âm qua âm đạo ≤ 25mm.
- Không có các triệu chứng của chuyển dạ sinh non.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

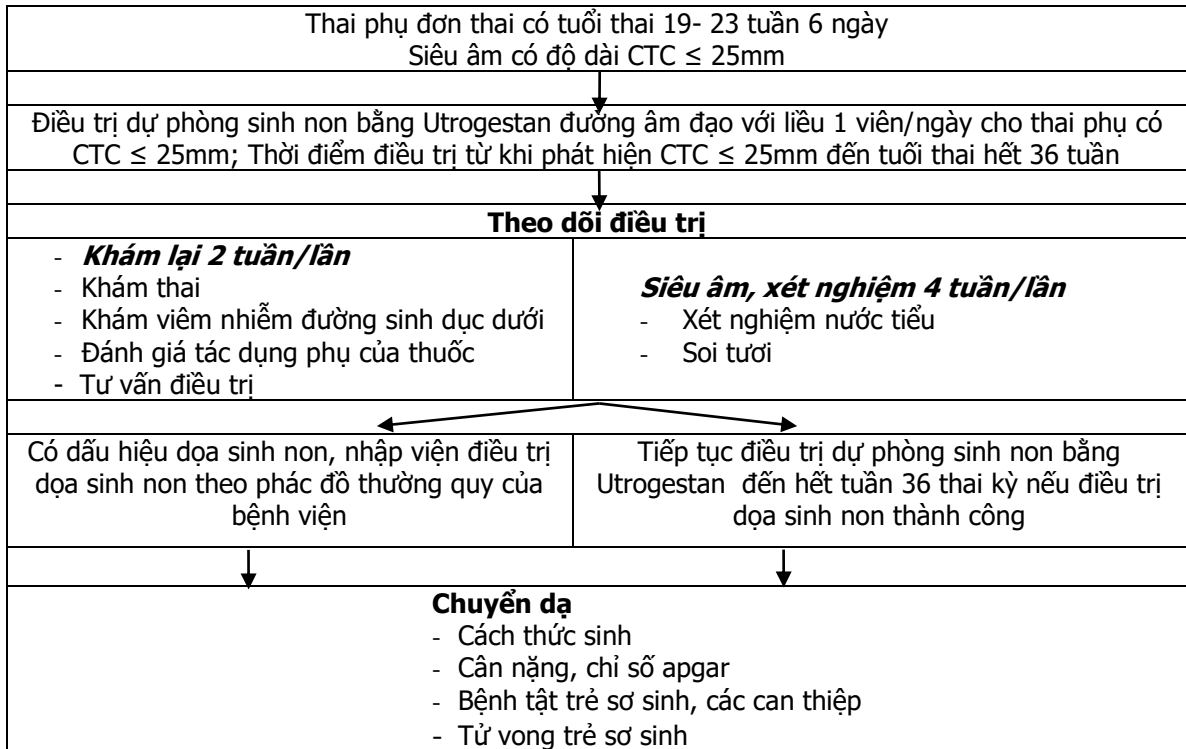
Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai bệnh lý, bất thường hình thái
- Thai phụ đang được điều trị Progesterone hoặc điều trị Progesterone trước đó 2 tuần.
- Rỉ ối, ối vỡ non
- Thai phụ đã được khâu vòng cổ tử cung.
- Thai phụ có tiền sử phẫu thuật vùng cổ tử cung
- Thai phụ có tình trạng bệnh lý: Tim mạch, hen, tăng huyết áp, tiền sản giật...
- Các bệnh lý của tử cung: Tử cung đôi, tử cung hai sừng...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

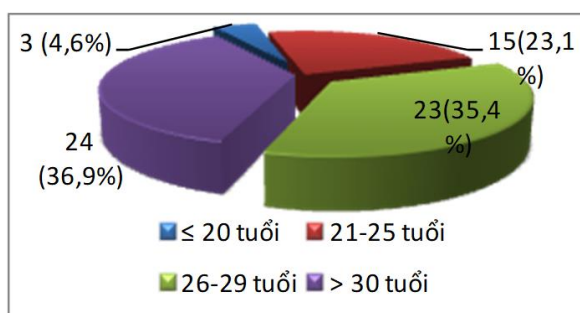
- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng
- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 65 thai phụ có độ dài cổ tử cung ≤ 25 mm.
- **Phương tiện nghiên cứu:** sử dụng Progesterone có biệt dược là Utrogestan hàm lượng 200mg.

Các bước thực hiện:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi của đôi tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $29 \pm 5,2$ tuổi, tuổi thấp nhất là 19 tuổi và tuổi cao nhất là 39 tuổi. Theo nghiên cứu

3.2. Độ dài CTC trung bình theo tuần thai

Bảng 1. Độ dài CTC trung bình theo tuần thai

Tuần thai	Số lượng	Độ dài trung bình \pm độ lệch chuẩn (mm)	Min (mm)	Max(mm)	P
19	8	$22,5 \pm 2,5$	17,6	25	0,08
20	7	$19,3 \pm 6,2$	10,1	25	
21	12	$22,3 \pm 4$	10	25	
22	23	$21,5 \pm 3,6$	13	25	
23	12	$19,2 \pm 4,5$	10,7	24	
Trung bình			$21,1 \pm 4,1$		

Độ dài CTC trung bình của 65 thai phụ là $21,1 \pm 4,1$ mm. Độ dài CTC ngắn nhất là 10,1 mm. Độ dài CTC trung bình giữa các tuần thai không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,08$.

3.3. Tuổi thai khi chuyển dạ đẻ

Bảng 2. Tuổi thai khi chuyển dạ đẻ

Tuổi thai	Số lượng (n=65)	Tỷ lệ %
Đẻ non < 28 tuần	4	6,1
Đẻ non < 30 tuần	6	9,2
Đẻ non < 32 tuần	7	10,8
Đẻ non < 34 tuần	8	12,3
Đẻ non < 35 tuần	11	16,9
Đẻ non < 37 tuần	22	33,8

Trong số 65 thai phụ điều trị dự phòng progesterone, tỷ lệ đẻ non < 28 tuần chiếm 6,1%; dưới 34 tuần 12,3%, dưới 35 tuần 16,9% và dưới 37 tuần 33,8% . Số thai phụ không đẻ non (tuổi thai khi sinh ≥ 37 tuần) là: 66,2%.

Theo 2 nghiên cứu Phân tích tổng hợp của Fonseca và cs 2007[7]; O' Brien [8] và cs 2007; Rode và cs 2011[9]; Hassan và cs 2011[4]; Cetingoz và cs 2011 trên 723 phụ nữ và phân tích tổng hợp của R. Romero và CS 2016 trên 974 phụ nữ là những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng và đã đưa ra được các kết luận progesterone đặt âm đạo làm giảm đáng kể nguy cơ sinh non < 28 tuần, < 34 tuần và < 36 tuần so với nhóm dùng giả dược. Nguy cơ sinh non ≤ 34 tuần tuổi thai hoặc tử vong thai nhi so với giả dược (18,1% so với 27,5%;

của Hassan [4] độ tuổi trung bình của thai phụ là $26,5 \pm 5,8$. Trong nghiên cứu của Romero[5], độ tuổi trung bình của thai phụ là 27 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 25 và cao tuổi nhất là 30 tuổi. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hassan và Romero, tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của Norman [6] độ tuổi trung bình là $31,5 \pm 5,6$. Sự phân bố tuổi của thai phụ tập trung chủ yếu vào nhóm tuổi từ 25-34 tuổi, tương tự như các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Độ tuổi này là độ tuổi chủ yếu trong độ tuổi kết hôn và sinh đẻ của xã hội cho nên tỷ lệ mang thai ở nhóm tuổi này cao hơn các nhóm tuổi khác.

RR = 0,66; KTC 95% CI: 0,52-0,83); P = 0,0005; năm nghiên cứu; 974 phụ nữ). Nguy cơ sinh non xảy ra ở tuần thai < 28 đến < 36 (RR từ 0,51 đến 0,79), hội chứng suy hô hấp (RR = 0,47; KTC 95% = 0,27-0,81)[3].

3.4. Một số đặc điểm khi chuyển dạ

Bảng 3. Một số đặc điểm khi chuyển dạ

Đặc trưng	Số lượng (n=65)	Tỷ lệ %
Ồi vỡ		
Có	14	21,5
Không	51	78,5
Truyền Oxytocin		
Có	14	21,5
Không	51	78,5
Giảm đau trong đẻ		
Có	38	58,5
Không	27	41,5
Cách đẻ		
Đẻ thường	40	61,5
Đẻ mổ	24	36,9
Đẻ thủ thuật	1	1,5

Đặc điểm của sản phụ khi chuyển dạ: Có 2 trường hợp sản khoa dẫn đến sinh non: (1) sinh non xảy ra sau khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên (vỡ ối hoặc còn nguyên màng ối) hoặc (2) sinh non được chỉ định xảy ra do các biến chứng của mẹ hoặc bệnh của thai nhi. Trong nghiên cứu này

có 14 sản phụ chiếm tỷ lệ 21,5% vỡ ối trước khi chuyển dạ. Truyền Oxytocin có 14 sản phụ chiếm tỷ lệ 21,5%, có 38 sản phụ (58,5%) sử dụng giảm đau trong đẻ. Trong số trẻ sinh ra có 31 trẻ trai (chiếm tỷ lệ 47,7%) và 34 trẻ gái (chiếm tỷ lệ 52,5%). Trong số 65 sản phụ, có 40 sản phụ đẻ thường chiếm tỷ lệ cao nhất 61,5%. Đẻ mổ có 24 trường hợp chiếm tỷ lệ 36,9%. Có 01 trường hợp sử dụng forcep chiếm tỷ lệ 1,5%. Theo đánh giá của Hassan và cộng sự năm 2011 một nghiên cứu thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi có đối chứng về progesterone âm đạo làm giảm tỷ lệ sinh non ở phụ nữ có cổ tử cung ngắn trên siêu âm có kết luận về dữ liệu chuyển dạ, sinh con và cách đẻ là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phương pháp sinh[4].

3.5. Một số đặc điểm của trẻ sơ sinh

Bảng 4. Một số đặc điểm của trẻ sơ sinh

Đặc trưng	Số lượng (n=65)	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	31	47,7
Nữ	34	52,5
Trọng lượng thai		
< 2500 gram	12	18,5
≥ 2500 gram	53	81,5
Tình trạng		
Sống	57	87,7
Tử vong	8	12,3

Trọng lượng thai nhi < 2500 gram có 12 trẻ chiếm tỷ lệ 18,5%. Trọng lượng thai nhi ≥ 2500 gram có 53 trẻ chiếm tỷ lệ 81,5%. Có 57 trẻ xuất viện khỏe mạnh chiếm tỷ lệ 87,7%. Có 8 trẻ sơ sinh tử vong sau sinh do các trẻ sinh non phải thở máy (07 trẻ) và xẹp phổi (01 trẻ).

Trong nghiên cứu này, 13 thai phụ có tiền căn sinh non: trong 13 trường hợp có tiền căn sinh non có 3 trường hợp sinh non trong lần mang thai này. Tình trạng sinh sống, tử vong và cân nặng của trẻ sơ sinh: Trong 65 trường hợp, có 8 trường hợp tử vong (12,3%). 12/65 thai nhi có trọng lượng thai < 2500gram (18,5%).

Phân tích gộp các nghiên cứu ngẫu nhiên kết luận bổ sung progesterone làm giảm khả năng tái phát sinh non và cải thiện kết cục của trẻ sơ sinh. Trong năm 2013, một phân tích gộp trên 36 nghiên cứu về những sản phụ có tiền căn sinh non cho thấy lợi ích bổ sung progesterone so với nhóm placebo hay không điều trị: Tử vong sơ sinh (RR = 0,45; KTC 95% CI: 0,27-0,76). Sử dụng hỗ trợ thở (RR = 0,40; KTC 95% CI 0,18-0,90). Xuất huyết não thất, nhiễm trùng sơ sinh và bệnh về mắt không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Hassan và cộng sự từ 2008-2010 ở 458 sản phụ có kết luận: ở phụ nữ

không có tiền sử sinh non, dùng progesterol âm đạo có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ sinh non trước 33 tuần (7,6%) so với (15,3%); RR = 0,50; KTC 95%: 0,27-0,90; p=0,02. Tuy nhiên, việc giảm tỷ lệ sinh non ở phụ nữ có tiền sử sinh non từ 20 đến 34 tuần tuổi thai không đạt ý nghĩa thống kê (15,8% so với 20,6; RR 0,77; KTC 95%; 0,29-2,06; P=0,6)[4].

V. KẾT LUẬN

– Điều trị dự phòng progesterone cho phụ nữ mang thai có CTC ngắn có hiệu quả giảm tỷ lệ sinh non: tỷ lệ đẻ non <28 tuần chiếm 6,1%; dưới 34 tuần 12,3%, dưới 35 tuần 16,9% và dưới 37 tuần 33,8%. Số thai phụ không đẻ non (≥37 tuần) là: 66,2%.

– Tình trạng trẻ sau sinh: 12,3% trẻ tử vong, 87,7% trẻ sống khỏe mạnh; 81,5% trẻ có cân nặng ≥ 2.500 gram và 18,5% trẻ có cân nặng < 2.500 gram.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al.** National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* (London, England). 2012;379(9832):2162-72.
2. **Romero R.** Vaginal progesterone to reduce the rate of preterm birth and neonatal morbidity: a solution at last. *Women's health* (London, England). 2011;7(5):501-4.
3. **Romero R, Nicolaides KH, Conde-Agudelo A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Fonseca E, et al.** Vaginal progesterone decreases preterm birth ≤ 34 weeks of gestation in women with a singleton pregnancy and a short cervix: an updated meta-analysis including data from the OPPTIMUM study. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2016;48(3):308-17.
4. **Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al.** Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology* : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2011;38(1):18-31.
5. **Romero R, Conde-Agudelo A, El-Refaie W, Rode L, Brizot ML, Cetingoz E, et al.** Vaginal progesterone decreases preterm birth and neonatal morbidity and mortality in women with a twin gestation and a short cervix: an updated meta-analysis of individual patient data. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2017;49(3):303-14.
6. **Norman JE, Marlow N, Messow C-M,**

- Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al.** Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* (London, England). 2016;387(10033):2106-16.
7. **Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH.** Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *The New England journal of medicine*. 2007;357(5):462-9.
8. **O'Brien JM, Adair CD, Lewis DF, Hall DR, Defranco EA, Fousey S, et al.** Progesterone vaginal gel for the reduction of recurrent preterm birth: primary results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2007;30(5):687-96.
9. **Rode L, Klein K, Nicolaides KH, Krampl-Bettelheim E, Tabor A.** Prevention of preterm delivery in twin gestations (PREDICT): a multicenter, randomized, placebo-controlled trial on the effect of vaginal micronized progesterone. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2011;38(3):272-80.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ngô Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa tại bệnh viện Việt Đức từ 12.2016 đến 9.2019. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân ($50,08 \pm 14,58$); nữ/nam=1,7; đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (85,71%); 80% số bệnh nhân có GCS ≥ 13 ; 71,05% số túi phình đã vỡ; Điều trị phẫu thuật bao gồm kẹp trực tiếp phình mạch; phẫu thuật bắc cầu động mạch trong và ngoài sọ kết hợp với kẹp phình hoặc can thiệp mạch. **Kết luận:** phẫu thuật điều trị phình động mạch não giữa là phương pháp an toàn, có hiệu quả.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MIDDLE CEREBRAL ANEURYSMS AT VIET-DUC HOSPITAL

Objective: assessment of the result of surgical treatment of middle cerebral aneurysms. **Patients and methods:** A cross-section, retrospective study with 35 patients diagnosed and surgically treated at Viet-Duc hospital from Dec 2016 to September 2019. **Results:** The patient's mean age was $50.08 \pm 14,58$; female/male ratio was 1.7; headache was the most common symptom. There was eighty percent of patients who had GCS more than 13. Seventy-one point zero-five percent of aneurysms were ruptured. Surgical treatments were direct clip, extracranial-intracranial bypass surgery combined clip, or endovascular therapy. **Conclusion:** Surgery was the usefulness and safety for the middle cerebral aneurysms.

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là nguyên nhân hàng đầu gây ra chảy máu dưới nhện Phình động mạch não giữa là dạng thường gặp nhất của túi phình động mạch não. Điều trị phình động mạch não bao gồm: điều trị phẫu thuật, điều trị can thiệp mạch và điều trị nội khoa. Mặc dù can thiệp nội mạch ngày càng trở nên phổ biến, song túi phình động mạch não giữa vẫn là một trong các chỉ định của phẫu thuật [1], đặc biệt trong hoàn cảnh Việt nam, khi mà can thiệp nội mạch chưa thể sử dụng cho mọi bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não giữa trong thời gian gần đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa tại bệnh viện Việt Đức từ 12.2016 đến 6.2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch não giữa
- Đã được điều trị phẫu thuật xử lý túi phình
- Tham gia theo dõi sau mổ ít nhất là 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả, cắt ngang

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học của phình động mạch não, phương pháp phẫu thuật, kết quả lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh sau mổ.