

with and without atherosclerotic cardiovascular disease: a retrospective database analysis. *Curr Med Res Opin.* 37(5):743–51.

7. **Jelinek HF, Osman WM, Khandoker AH et al. (2017).** Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 5:e000427.

8. **Nguyễn Thị Anh Thư, Phùng Đức Nhật, Tô Hoàng Linh (2021).** Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 6 Tp.HCM. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 142 (6), p. 119-125.

9. **BỘ Y TẾ (2020).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Quyết định số 5481/QĐ-BYT, 31/12/2020, Hà Nội, p.18-20, 58-73.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VỠ TRÊN CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Ngô Quang Chức\*, Nguyễn Minh Hải\*\*, Ngô Tuấn Minh\*\*, Nguyễn Xuân Khải\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh phình động mạch não vỡ trên chụp mạch số hóa xóa nền (DSA). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu 69 bệnh nhân (BN) được chụp và can thiệp nút phình động mạch não vỡ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ 5/2019 đến 7/2022. **Kết quả:** 46,4% túi phình tại động mạch thông trước, KT trung bình  $6,21 \pm 2,62$ mm. 79,7% cổ túi <4mm, ĐK cổ trung bình  $2,79 \pm 1,13$ . Tỷ lệ túi/cổ <1,5 chiếm 47,8%, 85,5% bờ túi không nhẵn và 13% có nhánh mạch cổ túi. 5,8% co thắt mạch mang và 8,7% có biến thể mạch máu thiếu sản/bất sản A1 hoặc P1. **Kết luận:** DSA là phương tiện quan trọng trong quy trình chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ.

**Từ khóa:** chụp mạch số hóa xóa nền, phình động mạch não vỡ.

### SUMMARY

#### SURVEY ON DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGING OF RUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSM

**Objectives:** Describe digital subtraction angiography imaging of ruptured intracranial aneurysm. **Subjects and research methods:** Retrospective combine with prospective research, on 69 intracranial aneurysm patients who received DSA and coiled at Quang Ninh General Hospital from 4/2019 to 7/2022. **Result:** There are 46.4% aneurysm at AcomA, mean size by  $6.21 \pm 2.62$ mm; 79.7% aneurysms with neck <4mm, mean neck diameter is  $2.79 \pm 1.13$ mm. Doom-to-neck ratio <1.5 account for 47.8%. There are 85.5% non-smooth border aneurysms and 13% of case contain neck branch. There are 5.8% of vasospasm and 8.7% of

vascular variant as absent/hypoplasia A1 or P1. **Conclusion:** DSA plays an important role in ruptured cerebral aneurysm diagnosis and treatment.

**Keywords:** digital subtraction angiography, ruptured cerebral aneurysm

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là hiện tượng giãn, lồi hoặc tạo thành túi ở thành động mạch não gặp với tỷ lệ khoảng 1-5% trong cộng đồng [1]. Trong khi đó, vỡ túi phình động mạch não chiếm 0,2-3% ở những người có túi phình [2]. 90% túi phình động mạch não thường được phát hiện khi có biến chứng vỡ gây chảy máu dưới màng nhện. Tỷ lệ vỡ túi phình động mạch não hàng năm trung bình là từ 10 đến 15 trường hợp trong 100.000 dân. Vỡ túi phình động mạch não với bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề, diễn biến của bệnh rất phức tạp với nhiều biến chứng: chảy máu tái phát, co thắt mạch máu não, giãn não thất, rối loạn cân bằng nước - điện giải và các biến chứng về tuần hoàn, hô hấp, vì vậy tỷ lệ tử vong cũng như di chứng rất cao.

Chụp động mạch não số hóa xóa nền là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán và định hướng điều trị vỡ túi phình động mạch não. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được triển khai ở một vài bệnh viện tuyến trung ương, kỹ thuật chụp và can thiệp động mạch não được triển khai tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ cuối năm 2019 và chưa có nghiên cứu nào tổng hợp lại các dữ liệu DSA trên bệnh nhân phình động mạch não vỡ.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** BN được chẩn đoán vỡ túi phình động mạch não bằng DSA và được nút phình động mạch não trong khoảng thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 7/2022 tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh, có đầy đủ hồ sơ tại phòng lưu trữ.

\*Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh

\*\*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 23.9.2022

Loại trừ những trường hợp: BN có túi phình động mạch não chưa vỡ; PĐMN nhưng kết hợp bệnh lý nội sọ khác như dị dạng động tĩnh mạch não, dò màng cứng, thông động tĩnh mạch cảnh xoang hang...

**3.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy DSA hai bình diện Siemens.

Các biến số trong nghiên cứu:

- Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng.
- Vị trí túi phình, kích thước túi phình.
- Kích thước cổ túi phình, chia làm 2 nhóm: < 4mm và ≥ 4mm. Tỷ lệ túi/cổ: <1,5 và ≥1,5.
- Đặc điểm đường bờ túi phình: nhẵn hoặc dạng thùy múi, không đều, có nóm.
- Có hay không có nhánh mạch cổ túi.
- Đánh giá tình trạng co thắt mạch mang và biến thể mạch máu.

**Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 26.0.

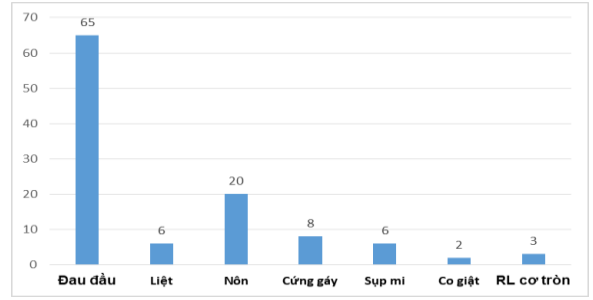
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 69 BN từ với tuổi trung bình là 54,35 ± 12 (tuổi), tỉ lệ nam/nữ là 52,2%/47,8%.

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n=69)**

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị trung bình
Glasgow	13,30 ± 2,75
Hunt-Hess	1,94 ± 1,25



**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng**

**Nhận xét:** Glasgow trung bình thuộc ngưỡng tình, điểm Hunt-Hess trung bình ở mức thấp. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu, chiếm 65/69 ca.

**4.2. Đặc điểm hình ảnh DSA phình động mạch não vỡ.**

**Bảng 2. Vị trí và kích thước túi phình (n=69)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cảnh trong	14	20,3

Kích thước	Não giữa	2	2,9
	Thông trước	32	46,4
	Não trước	8	11,6
	Thông sau	13	18,8
	Túi phình rất nhỏ (< 3mm)	2	2,9
	Túi phình nhỏ (3-7mm)	47	68,1
Túi phình TB (7-15mm)	18	26,1	
Túi phình lớn (15-25mm)	2	2,9	
Túi phình không lỗ (≥ 25mm)	0	0	
Trung bình		6,21 ± 2,62	

**Nhận xét:** Đa số túi phình nằm tại nhánh thông trước, tỉ lệ TP tại động mạch não giữa là thấp nhất. Các túi phình đa số có kích thước nhỏ đến trung bình với ĐK trung bình là 6,21 ± 2,62mm.

**Bảng 3. Tính chất cổ túi và bờ túi (n=69)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
ĐK cổ túi	< 4mm	55	79,7
	≥ 4mm	14	20,3
	Trung bình	2,79 ± 1,13	
	Min	1,1	
	Max	7,0	
Tỷ lệ túi/cổ	< 1,5	33	47,8
	≥ 1,5	36	52,2
Bờ túi	Nhẵn	10	14,5
	Thùy múi, không đều, nóm	59	85,5
Có nhánh mạch cổ túi	9	13,0	

**Nhận xét:** Đa số túi phình có ĐK dưới 4mm, tuy nhiên tỉ lệ cổ túi dưới và từ 1,5 trở lên không chênh lệch nhiều. Tỉ lệ lớn túi phình dạng thùy múi, không đều, có nóm. Chỉ có 13% số túi có nhánh mạch cổ, chiếm tỉ lệ thấp.

**Bảng 4. Đặc điểm mạch mang và các biến thể mạch máu (n=69)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Co thắt mạch mang</b>	<b>4</b>	<b>5,8</b>
Nhẹ	2	2,9
Trung bình	2	2,9
Nặng	0	0
<b>Biến thể mạch máu</b>	<b>6</b>	<b>8,7</b>
Thiếu/Bất sản A1	4	5,8
Thiếu/Bất sản P1	2	2,9

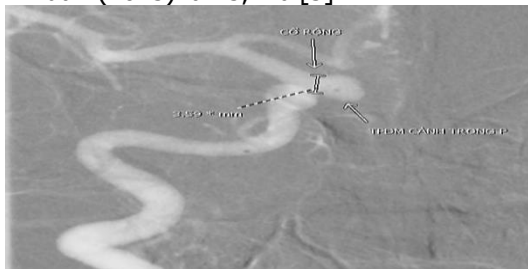
**Nhận xét:** Tỉ lệ co thắt mạch mang và xuất hiện biến thể mạch máu nhìn chung đều thấp. Chỉ có 4 trường hợp co thắt mạch trên DSA, chiếm 5,8% gồm mức độ nhẹ và trung bình. Có 8,8% bệnh nhân xuất hiện biến thể mạch.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này của chúng tôi có độ tuổi trung bình  $54,35 \pm 12$  với 52,2% nam và 47,8% nữ. Về độ tuổi không khác biệt nhiều so với nghiên cứu trong nước khác, ví dụ như tác giả Trần Anh Tuấn (2015) tuổi trung bình là  $55,12 \pm 12,62$  [3]. Tuy nhiên tỉ lệ nam/nữ lại khác biệt với cùng nghiên cứu của tác giả này là 43,9% nam, 56,1% nữ. Về đặc điểm lâm sàng nhóm đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy điểm Hunt-Hess trung bình ở mức thấp ( $<2$ ) và Glasgow trung bình ở mức cao ( $>13$ ), với triệu chứng chiếm ưu thế tuyệt đối là đau đầu. Kết quả này là rất phù hợp với kết quả của Trần Anh Tuấn (2015) – với 69,8% trường hợp Glasgow ở mức tình, 64,6% điểm Hunt-Hess 1,2 [3]. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên được đề cập của vỡ phình mạch não luôn là đau đầu, đây là điều hiển nhiên do sự tăng đột ngột áp lực nội sọ, trong các nghiên cứu khác, tỉ lệ triệu chứng này cũng luôn chiếm cao nhất, như nghiên cứu của Trần Anh Tuấn (2015), con số này là 100% [3] hay của Vũ Đăng Lưu (2012) là 97,8% [4].

Những túi phình chúng tôi tìm thấy trên DSA, có tới 46,4% nằm tại nhánh thông trước. Những vị trí còn lại đều chiếm tỉ lệ thấp, ít gặp nhất là tại động mạch não giữa. Nhìn chung toàn bộ TP nằm tại hệ cảnh. Vị trí nhánh thông trước là nơi nguy hiểm nhất cho vỡ phình. Nghiên cứu quốc tế đều cho thấy tỉ lệ cao các túi phình nằm ở vị trí này: nghiên cứu của Orz (2015) cho thấy 43% phình vỡ nằm tại nhánh thông trước [5], của tác giả Forget (2001) là 71/245 ca [6]. KT túi phình của chúng tôi đa phần là nhỏ, với ĐK trung bình  $6,21 \pm 2,62\text{mm}$ , tương tự với kết quả của Orz (2015) là 6,5mm, hoặc so với tác giả Trần Anh Tuấn (2015) [3] có 59,6% túi phình 3-7mm, tổng cộng 71,7% túi phình  $<7\text{mm}$ .

Đối với tính chất của cổ túi phình các TP có cổ túi bé ( $<4\text{mm}$ ) chiếm đa số với tỉ lệ 79,7%, kích thước cổ túi trung bình là  $2,79 \pm 1,13\text{mm}$ , với tỉ lệ túi/cổ  $<1,5$  chiếm 47,8%. Kết quả về tỉ lệ túi/cổ  $<1,5$  khá gần với kết quả tác giả Trần Anh Tuấn (2015) là 45,2% [3].



**Hình 1: Túi phình cổ rộng**

*\*Nguồn: Hình 1. Phạm Thị Thu H 40t – MHS 20014733*

Theo tác giả Trần Anh Tuấn (2015) [3], các TP vỡ phần lớn có bờ thùy múi, có núm, không đều (85,3%) hoặc hình đồng hồ cát (12,5%). Chỉ có 2,1% TP vỡ có bờ đều, nhẵn. Các núm, thùy múi hay đáy thứ hai của hình đồng hồ cát thường chính là các điểm vỡ. Do vậy khi điều trị phải ưu tiên gây tắc các vị trí đó. Tỉ lệ này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu này có 85,5% túi phình dạng thùy múi, không đều, có núm. Trong những nghiên cứu về TP vỡ, như nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu thấy 100% PĐMN vỡ có bờ thùy múi, có núm hoặc đồng hồ cát [7].



**Hình 2: Túi phình thùy múi.**

*\*Nguồn: Hoàng Thị N 66t – MHS 20073312*

Nhánh mạch cổ túi xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi với tần suất 13,0%. Con số này thấp hơn kết quả của Trần Anh Tuấn (2015) [3] là 31,4%. Nhánh mạch cổ túi là yếu tố có thể xuất hiện ngẫu nhiên, do vậy tỉ lệ giữa các nghiên cứu có sự khác biệt là điều dễ hiểu. Trước kia, có nhánh mạch cổ túi là một chống chỉ định nút coil [8], tuy nhiên với sự phát triển kĩ thuật, hiện nay chúng ta đã có thể xử lí vấn đề này một cách an toàn.

Trong nghiên cứu này chỉ có 4 trường hợp co thắt mạch mang tổng cộng chiếm 5,8%, với 2 trường hợp mức độ trung bình, 2 trường hợp nhẹ, không có ca nào co thắt nặng. Đối chiếu với nhóm TP vỡ của tác giả Trần Anh Tuấn (2015), co thắt nhẹ chiếm 33,3%, co thắt trung bình là 12,5% và co thắt nặng (co thắt  $>75\%$  đường kính lòng mạch) có 1 BN, chiếm 1%.

Co thắt mạch máu là một phản xạ cầm máu nhưng cũng có thể là hậu quả của máu chảy ở khoang dưới nhện giáng hóa ra các chất vận mạch, có thể kích thích gây co thắt mạch. Hậu quả của nó vừa làm thiếu máu não, vừa làm khó khăn hơn cho quá trình can thiệp.

Một đặc điểm cũng hết sức quan trọng đối với TP ở vị trí ĐM thông trước và thông sau là thiếu sản/bất sản nhánh ĐM đối diện (nhánh A1 đối với TP vị trí thông trước, nhánh P1 đối với nhánh

TP vị trí thông sau). Khi đó, điều trị bảo tồn nhánh bên của túi nuôi dưỡng cho phần nhánh mạch bị thiếu sản là hết sức quan trọng. Nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu (2012) thấy tỷ lệ thiếu sản/bất sản nhánh đối diện với các TP ở ĐM thông trước là 52,3%, ở vị trí ĐM thông sau là 12,9% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến thể thấp hơn với 6 ca, chiếm 8,7%, trong đó bao gồm 4 trường hợp bất sản A1, và 2 trường hợp bất sản P1.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh DSA ở 69 bệnh nhân phình động mạch não vỡ, chúng tôi nhận thấy:

- Kích thước túi phình hầu hết bé, với đường bờ thùy múi, không đều, có nút. Một tỉ lệ nhỏ có co thắt mạch mang và biến thể mạch máu.

- DSA có hiệu quả trong việc đánh giá tính chất túi phình, qua đó hỗ trợ định hướng tổ cho can thiệp cũng như xác nhận chẩn đoán

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. L. Brisman, J. K. Song, D. W. Newell (2006), "Cerebral aneurysms". N Engl J Med, 355(9), pp. 928-39.

2. Zhao B. Zhong M., Li Z. and Tan X. (2012), Ruptured cerebral aneurysms: An update, in Explicative Cases of Controversial Issues in Neurosurgery, Francesco Signorelli, Editor.
3. Trần Anh Tuấn (2015). Nghiên cứu điều trị phình động mạch não cổ rộng bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Tiến sĩ, mã số: 62720166, Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y Hà Nội.
4. Vũ Đăng Lưu, Phạm Minh Thông (2012). Kết quả và theo dõi điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai. Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
5. Y. Orz, M. AlYamany (2015), "The impact of size and location on rupture of intracranial aneurysms". Asian J Neurosurg, 10(1), pp. 26-31.
6. T. R. Forget, Jr., R. Benitez, E. Veznedaroglu. et al. (2001), "A review of size and location of ruptured intracranial aneurysms". Neurosurgery, 49(6), pp. 1322-5; discussion 1325-6.
7. Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn, Phạm Minh Thông (2012), "Kết quả ban đầu điều trị phình động mạch não phức tạp bằng stent điều chỉnh hướng dòng chảy". Tạp chí Y học thực hành, 884, pp. 275-282.
8. Y. Kawabata, T. Nakazawa, S. Fukuda. et al. (2017), "Endovascular embolization of branch-incorporated cerebral aneurysms". Neuroradiol J, 30(6), pp. 600-606.

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HOÁ XẠ TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI GIAI ĐOẠN III BẰNG PHÁC ĐỒ CISPLATIN KẾT HỢP VỚI ETOPOSIDE HOẶC PEMETREXED

Nguyễn Thị Thái Hoà<sup>1</sup>, Trịnh Thế Cường<sup>2</sup>, Nguyễn Mai Lan<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III điều trị căn bản là hoá xạ trị. Phác đồ hoá chất thường được sử dụng khi kết hợp với xạ trị là các phác đồ có platinum. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 2 phác đồ Etoposide – Cisplatin và Pemetrexed – Cisplatin điều trị đồng thời với tia xạ cho ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 50 bệnh nhân điều trị phác đồ Etoposide – Cisplatin (EP) và 31 bệnh nhân điều trị phác đồ Pemetrexed – Cisplatin (PeC) đồng thời với tia xạ 3D cho ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn III không mổ được. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của hoá xạ phác đồ

EP là 68%; phác đồ PeC là 54,8%. Giai đoạn IIIA-B và IIIC đáp ứng phác đồ PeC là 71,4% và 20%; phác đồ EP là 72,5% và 50%. Đáp ứng phác đồ PeC, nhóm tuổi trên và dưới 60 là 57% và phác đồ EP đáp ứng tương ứng là 57% và 53%. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 phác đồ hoá trị

**Từ khoá:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hoá xạ trị đồng thời, phác đồ hoá chất

## SUMMARY

### INITIAL RESULTS OF CHEMORADIATION THERAPY FOR STAGE III ADENOCARCINOMA NON – SMALL CELL LUNG CANCER BY CISPLATIN COMBINE WITH ETOPOSIDE OR PEMETREXED REGIMENT

Stage III non-small cell lung cancer, the basic treatment is chemotherapy and radiation. Chemotherapy regimens commonly used in combination with radiotherapy are platinum-based regimens. Objectives: To evaluate the response rate of 2 regimens Etoposide – Cisplatin (EP) and Pemetrexed – Cisplatin (PeC) concomitantly with radiation for stage III lung adenocarcinoma. **Subjects and methods:** A

<sup>1</sup>Bệnh viện K,

<sup>2</sup>Bệnh viện E,

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thái Hoà

Email: bshoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 22.9.2022