

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4646

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO CHƯA VỠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ S.I.S CẦN THƠ

Trương Phạm Vĩnh Lễ, Nguyễn Thành Nhu, Lê Văn Minh**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ***Email: 24215822024@student.ctump.edu.vn**Ngày nhận bài: 04/3/2026**Ngày phản biện: 04/8/2026**Ngày duyệt đăng: 20/8/2026*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phình động mạch não chưa vỡ ước tính được tìm thấy ở 3,2% dân số nói chung. Phình động mạch não chưa vỡ thường không có triệu chứng nhưng vỡ phình động mạch não dẫn đến xuất huyết dưới nhện gây hậu quả rất nặng nề. Mỗi phương pháp điều trị phình động mạch não chưa vỡ có những lợi ích và rủi ro khác nhau, và hiện tại vẫn chưa rõ phương pháp nào lý tưởng nhất. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 bệnh nhân được điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ. **Kết quả:** Từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025 có 132 phình động mạch não chưa vỡ được phát hiện và 108 túi phình được điều trị. Tuổi trung bình là $57,8 \pm 13,1$, nữ chiếm 64,8%, đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (79,6%), kích thước túi phình là $5,9 \pm 2,6$ mm, phình dạng túi chiếm 95,4%, hình thái túi phình không đều/đa thùy/có túi con chiếm 48,1%, vị trí túi phình thường gặp ở động mạch cảnh trong (54,6%) và động mạch não giữa (23,1%). Các phương pháp điều trị được áp dụng: kẹp túi phình bằng clips, bít tắc bằng vòng xoắn, chuyển hướng dòng chảy và đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent lần lượt ở 24/108 (22,2%), 39/108 (36,1%), 44/108 (40,8%) và 1/108 (0,9%) bệnh nhân. 95,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau điều trị với điểm GOS-E ≥ 5 . **Kết luận:** Điều trị phình động mạch não chưa vỡ có kết quả tốt. Tuy nhiên, quyết định điều trị cần dựa trên đặc điểm cá thể hoá, sự đồng thuận giữa bệnh nhân và bác sĩ điều trị vì rủi ro tai biến nặng là vẫn có.

Từ khóa: Phình động mạch não chưa vỡ, thang điểm GOS-E.

ABSTRACT

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH UNRUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSMS AT S.I.S CAN THO INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL

Trương Phạm Vĩnh Lễ, Nguyễn Thành Nhu, Lê Văn Minh**Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Background: Unruptured intracranial aneurysms are estimated to occur in 3.2% of the general population. Unruptured intracranial aneurysms are often asymptomatic, but rupture leads to subarachnoid hemorrhage with very serious consequences. Each treatment method for unruptured intracranial aneurysms has different benefits and risks, and it is currently unclear which method is ideal. **Objectives:** To describe the clinical and imaging features and evaluate treatment outcomes in patients with unruptured intracranial aneurysms at S.I.S Can Tho International General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 108 patients treated for unruptured intracranial aneurysms at S.I.S Can Tho International General Hospital. **Results:** From January 2025 to December 2025, 132 unruptured intracranial aneurysms were detected, and 108 aneurysms were treated. The mean patient age was 57.8 ± 13.1 years, with females comprising

64.8%. Headache was the most common presenting symptom (79.6%). The mean aneurysm size was 5.9 ± 2.6 mm. Saccular aneurysms accounted for 95.4%, while irregular, multilobulated, or daughter-sac-containing morphologies were observed in 48.1%. The most frequent aneurysm locations were the internal carotid artery (54.6%) and the middle cerebral artery (23.1%). The treatment modalities applied were as follows: surgical clipping in 24/108 (22.2%), endovascular coiling in 39/108 (36.1%), flow diversion in 44/108 (40.8%), and stent-assisted coiling in 1/108 (0.9%) patients. Overall, 95.4% of patients achieved a favorable outcome following treatment, defined as a Glasgow Outcome Scale–Extended (GOS-E) score ≥ 5 . **Conclusion:** Treatment of unruptured intracranial aneurysms yields favorable results. However, the decision to treat must be individualized, based on patient-specific characteristics, and reached through shared decision-making between the patient and the treating physician, given that the risk of serious adverse events persists.

Keywords: Unruptured intracranial aneurysms, GOS-E score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là sự phình khu trú của thành động mạch não do sự suy yếu của các lớp thành mạch. Mặc dù thường không có triệu chứng, nhưng vỡ phình động mạch dẫn đến xuất huyết dưới nhện, đây là nguyên nhân gây đột quỵ phổ biến thứ ba [1]. Tỷ lệ tử vong trước nhập viện từ 20-26% và tỷ lệ tử vong khi đang điều trị nội trú có thể lên đến 19-20% [2]. Tỷ lệ hiện mắc ước tính được tìm thấy ở khoảng 3,2% dân số nói chung [3]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu khám nghiệm tử thi là khoảng 0,3-4% [4] và khoảng 3,77% trong nghiên cứu của Kim J.H tại Hàn Quốc [5].

Hiện nay, nhờ vào sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, đặc biệt là chụp mạch cộng hưởng từ với từ lực cao (MRI 3 Tesla), ngày càng có nhiều trường hợp phình động mạch não chưa vỡ được phát hiện sớm, khi chưa có triệu chứng hoặc chỉ biểu hiện nhẹ. Tỷ lệ vỡ túi phình hàng năm là không cao nhưng do biến chứng do phình động mạch não vỡ rất nặng nề, có thể tử vong hoặc để lại gánh nặng lớn trong chăm sóc y tế nên việc quản lý và điều trị đối với phình động mạch não chưa vỡ cần được quan tâm nhiều hơn. Các phương pháp điều trị phình mạch não chưa vỡ bao gồm phẫu thuật kẹp và can thiệp nội mạch. Mỗi phương pháp đều có những rủi ro và lợi ích tiềm tàng khác nhau, và hiện tại vẫn chưa rõ phương pháp nào là lý tưởng nhất. Nhằm góp phần làm rõ hơn vấn đề này, đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ” được thực hiện với hai mục tiêu cụ thể sau: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ. 2) Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được phát hiện có túi phình chưa từng ghi nhận biến chứng vỡ hoặc gây xuất huyết dưới nhện trước đó bằng hình ảnh MRI 3 Tesla (Chuỗi xung TOF 3D). Bệnh nhân tỉnh táo và hợp tác tốt trong quá trình thăm khám. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Khi bệnh nhân có ít nhất một tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân phát hiện có túi phình kèm hình ảnh của các bất thường mạch máu não khác: dị dạng thông động tĩnh mạch não, thông động tĩnh mạch màng cứng, thông động mạch cảnh xoang hang, dị

dạng tĩnh mạch não; Bệnh nhân không còn khả năng theo dõi sau chẩn đoán do mất liên lạc hoàn toàn. Thiếu dữ liệu hình ảnh học hoặc lâm sàng quan trọng làm ảnh hưởng khả năng mô tả kết quả nghiên cứu. Bệnh nhân có bệnh lý nền giai đoạn cuối (ung thư, suy tạng nặng...) mà tiên lượng sống ngắn hơn thời gian theo dõi của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.

- **Chỉ định phương pháp điều trị:** Dựa trên kết quả hội chẩn đa chuyên khoa cùng sự đồng thuận của gia đình bệnh nhân. Lựa chọn cụ thể: bít tắc bằng vòng xoắn cho túi phình cổ hẹp; Đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent cho các túi phình cổ rộng nhằm tránh trôi coil; Chuyển hướng dòng chảy ưu tiên cho túi phình kích thước lớn hoặc khổng lồ, hình thái phức tạp hoặc cổ rộng thuộc hệ tuần hoàn trước; kẹp túi phình bằng clips áp dụng khi giải phẫu mạch máu không thuận lợi cho đường nội mạch hoặc tại các vị trí ưu tiên phẫu thuật (như động mạch não giữa).

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, điểm PHASES lúc nhập viện.

+ Đặc điểm hình ảnh học của phình động mạch não chưa vỡ được xác định bằng hình ảnh học trên MRA: vị trí, số lượng, kích thước, túi phình cổ rộng (khi kích thước cổ túi phình > 4mm và/hoặc tỷ lệ kích thước ngang/ kích thước cổ túi phình $\leq 1,6$), hình dạng túi phình (dạng túi, fusiform hoặc bóc tách), hình thái túi phình (Nhấn, bờ đều hoặc không đều/đa thùy/có núm).

+ Kết quả: Thành công kỹ thuật thủ thuật là đặt được thiết bị (coil/stent/clip) an toàn, đúng vị trí; biến chứng của phương pháp điều trị bao gồm xuất huyết, thiếu máu cục bộ hoặc tử vong liên quan đến thủ thuật trong vòng 30 ngày. Thời gian nằm viện của các phương pháp điều trị. Đánh giá lâm sàng chung kết quả điều trị tại thời điểm sau xuất viện một tháng theo thang điểm GOS-E (Kết quả tốt: 5-8 điểm, kết quả trung bình: 3-4 điểm, kết quả xấu: 1-2 điểm).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.448.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025, chúng tôi thu thập được 108 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, có 132 phình động mạch não chưa vỡ được phát hiện và 108 túi phình được điều trị.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Giá trị (N=108)
Tuổi (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		57,8 $\pm$ 13,1
Nhóm tuổi (n, (%))	Dưới 40 tuổi	10 (9,3 %)
	40-49 tuổi	21 (19,4 %)
	50-59 tuổi	24 (22,2 %)
	60-69 tuổi	29 (26,9 %)
	≥ 70 tuổi	24 (22,2 %)
Giới tính (Nữ, (%))		70 (64,8 %)

Đặc điểm		Giá trị (N=108)
Đặc điểm dịch tễ (n, (%))	Tiền sử gia đình bị đột quỵ	16 (14,8 %)
	Tiền sử gia đình có túi phình động mạch não	1 (0,9 %)
	Hút thuốc lá	11 (10,2 %)
	Tăng huyết áp	97 (89,8 %)
	Đái tháo đường	16 (14,8 %)
	Rối loạn lipid máu	82 (75,9 %)
	Bệnh thận đa nang	1 (0,9 %)

Nhận xét: nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (26,9%), nữ giới chiếm 64,8%, lý do đến khám do có triệu chứng thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (88%), bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (89,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Đặc điểm		Giá trị (N=108)
Lâm sàng (n, (%))	Đau đầu	86 (79,6 %)
	Chóng mặt	17 (15,7 %)
	Liệt dây thần kinh III	1 (0,9 %)
	Không triệu chứng	14 (13 %)
Điểm PHASE (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		3,6 $\pm$ 2,6 [0; 11]
Đa túi phình (n, (%))		20 (18,5 %)
Kích thước túi phình (mm) (Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		5,9 $\pm$ 2,6 [2,5; 15]
Nhóm kích thước túi phình (n, (%))	< 5mm	50 (46,3 %)
	5-7mm	32 (29,6 %)
	7-10mm	18 (16,7 %)
	10-25mm	8 (7,4 %)
	>25mm	0
Dạng túi phình (n, (%))	Dạng túi	103 (95,4 %)
	Dạng fusiform	3 (2,7 %)
	Dạng bóc tách	2 (1,9 %)
Túi phình cổ rộng (n, (%))		87 (80,1 %)
Hình thái túi phình (n, (%))	Nhấn, bờ đều	56 (51,9 %)
	Không đều/ đa thùy/ có núm	52 (48,1 %)
Vị trí túi phình được điều trị (n, (%))	Động mạch cảnh trong	59 (54,6 %)
	Động mạch não giữa	25 (23,1 %)
	Động mạch não trước	7 (6,5 %)
	Động mạch thông trước	9 (8,3 %)
	Động mạch thông sau	3 (2,8 %)
	Động mạch đốt sống	1 (0,9 %)
	Động mạch thân nền	2 (1,9 %)
	Động mạch tiểu não trên	2 (1,9 %)

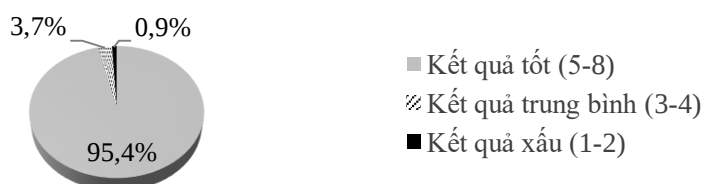
Nhận xét: đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (79,6%), nhóm kích thước túi phình < 5mm chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%), phình dạng túi chiếm tỷ lệ cao nhất (95,4%), vị trí túi phình ở động mạch cảnh trong thường gặp nhất (54,6%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Kết quả điều trị

Đặc điểm		Giá trị (N=108)
Phương pháp điều trị (n, (%))	Kẹp túi phình bằng clips (clipping)	24 (22,2 %)
	Bít tắc bằng vòng xoắn (Coil Embolization)	39 (36,1 %)
	Đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent (Stent-Assisted Coiling)	1 (0,9 %)
	Chuyển hướng dòng chảy (Flow Diversion)	44 (40,8 %)
Thành công kỹ thuật thủ thuật (n, (%))		108 (100%)
Biến chứng (n, (%))	Xuất huyết não	5 (4,6%)
	Thiếu máu não cục bộ	4 (3,7%)
Thời gian trung bình từ chẩn đoán đến điều trị (ngày)		30 [0; 312]
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		4,5 [2;31]
Thời gian nằm viện trung bình theo phương pháp điều trị (ngày)	Kẹp túi phình bằng clips (clipping)	9 [5; 31]
	Bít tắc bằng vòng xoắn (Coil Embolization)	4,5 [3;26]
	Đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent (Stent-Assisted Coiling)	5
	Chuyển hướng dòng chảy (Flow Diversion)	3 [2;10]

Nhận xét: phương pháp điều trị chuyển hướng dòng chảy chiếm tỷ lệ cao nhất (40,8%), biến chứng xuất hiện ở 8,3% bệnh nhân (4,6% xuất huyết não và 3,7% thiếu máu não cục bộ), thời gian nằm viện trung bình ở nhóm kẹp túi phình bằng clips dài nhất (9 ngày).



Biểu đồ 1. Đánh giá lâm sàng chung theo thang điểm GOS-E

Nhận xét: lâm sàng chung theo thang điểm GOS-E chiếm tỷ lệ cao ở nhóm kết quả tốt (5-8) (95,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $57,8 \pm 13,1$, tương đồng với kết quả của Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] ($57,7 \pm 14,9$), tác giả Kim J.H và cộng sự [5] ($57,05 \pm 8,77$). Nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (26,9%), tương đồng với kết quả của Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (30,8%).

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,8%, cao hơn so với kết quả của Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (59%), tác giả Kim J.H và cộng sự [5] (55%). Tuy nhiên, điểm tương đồng là tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế hơn nam giới.

Đặc biệt, tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao (89,8%), cao hơn kết quả của Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (52,6%), Kim J.H và cộng sự [5] (43,75%). Tỷ lệ này cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S là bệnh viện chuyên khoa sâu về đột quỵ, tim mạch nên bệnh nhân đến khám thường đã có triệu chứng nặng hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu trong thang điểm PHASES (chiếm 1 điểm) để dự báo nguy cơ vỡ và ảnh hưởng quyết định điều trị [7]. Lý do đến khám do có triệu chứng thần kinh trong

nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 88% có thể cũng do quần thể nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân được điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Triệu chứng đau đầu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 79,6% cao hơn nhiều so với kết quả của Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (29,5%). Tỷ lệ này cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do quần thể nghiên cứu là bệnh nhân được điều trị, đau đầu là triệu chứng ảnh hưởng quyết định lựa chọn điều trị. Điểm PHASES trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,6 \pm 2,6$, tương ứng với nguy cơ vỡ trong 5 năm là 0,7% và điểm 4 là 0,9% [8]. Đây là mức nguy cơ trung bình thấp. Tuy nhiên, điểm PHASE không bao gồm các yếu tố có thể ảnh hưởng đến quyết định điều trị túi phình chưa vỡ như: triệu chứng lâm sàng (đau đầu chiếm 79,6% trong nghiên cứu của chúng tôi), hình thái túi phình (bờ không đều/ đa thùy/ có túi con chiếm 46,1% trong nghiên cứu của chúng tôi)

Về vị trí, Động mạch cảnh trong là vị trí phổ biến nhất (54,6%), tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Kim J.H và cộng sự [5] (59,1%), Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (70,72%). Kích thước trung bình túi phình của chúng tôi là $5,9 \pm 2,6$ mm, lớn hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Kim J.H và cộng sự [5] (3,1mm), Lê Thị Thu Vân và cộng sự [6] (4,56 mm). Kích thước lớn hơn giải thích tại sao tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng trong nghiên cứu của chúng tôi lại chiếm ưu thế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phình dạng túi chiếm tỷ lệ 95,4%, kết quả tương đồng với các ghi nhận trong các tổng quan của Belavadi R [9] và Reddy A [8]. Đáng chú ý, tỷ lệ túi phình cổ rộng trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,1%, cao hơn gấp nhiều lần so với báo cáo của Lê Thị Thu Vân (18,29%) và tỷ lệ túi phình có hình thái không đều/đa thùy/ có nùm chiếm 46,1%, các tỷ lệ này cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do quần thể nghiên cứu là bệnh nhân được điều trị và đặc điểm cổ rộng có liên quan phương pháp điều trị.

4.3. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44/108 trường hợp (40,8%) điều trị túi phình bằng chuyển hướng dòng chảy, 39/108 trường hợp (36,1 %) bít tắc bằng vòng xoắn, 24/108 trường hợp (22,2%) kẹp túi phình bằng clips và 1/108 trường hợp (0,9%) đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent. Phương pháp chuyển hướng dòng chảy được lựa chọn điều trị cao nhất, tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự [10] (8/13 trường hợp, chiếm 61,5%) và phù hợp với đặc điểm 80,1% là túi phình cổ rộng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 77,8% bệnh nhân được điều trị nội mạch (bao gồm chuyển hướng dòng chảy, bít tắc bằng vòng xoắn và đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent). Kết quả này phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất, trình độ chuyên sâu của phẫu thuật viên và phù hợp với xu hướng điều trị túi phình từ đầu những năm 2000, khi tỷ lệ túi phình được điều trị bằng nội mạch liên tục gia tăng so với kẹp túi phình bằng clips [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thành công kỹ thuật thủ thuật đạt 100% ngay sau điều trị. Tuy nhiên, trong hiệu quả bít tắc túi phình cần lưu ý rằng đối với phương pháp chuyển hướng dòng chảy, quá trình bít tắc diễn ra dần dần theo thời gian qua các giai đoạn huyết động, hình thành huyết khối và nội mạc hóa [11]. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,3% (bao gồm 4,6% xuất huyết não và 3,7% thiếu máu cục bộ). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/24 (20,8%) bệnh nhân kẹp túi phình bằng clips có biến chứng (4 xuất huyết não, 1 thiếu máu não cục bộ) và 4/84 (4,8%) bệnh nhân được can thiệp nội mạch có biến chứng (1 bệnh nhân bít tắc vòng xoắn bị xuất huyết não, 2 bệnh nhân bít tắc vòng xoắn bị thiếu máu não cục bộ, 1 bệnh nhân chuyển hướng dòng chảy bị thiếu máu não

cục bộ). Các bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp kẹp túi phình bằng clips thường được chỉ định cho các vị trí túi phình khó can thiệp nội mạch, có 15/24 (62,5%) túi phình ở vị trí động mạch não giữa, 6/24 (25%) túi phình ở vị trí động mạch thông trước và 2/24 (3,8%) túi phình ở vị trí động mạch não trước được điều trị bằng phương pháp kẹp túi phình bằng clips. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Ferreira M.Y về biến chứng khi điều trị túi phình bằng phẫu thuật thần kinh (8,3%) và thấp hơn trong điều trị bằng can thiệp nội mạch (9,9%) [12]. Tuy nhiên, các biến chứng này không để lại di chứng nhiều, chứng tỏ bằng kết quả lâm sàng tốt (GOS-E 5-8) đạt đến 95,4%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (92,3%) [10]. Có 01 trường hợp tử vong do xuất huyết não sau bít tắc vòng xoắn túi phình kích thước lớn (8,3mm), dạng bóc tách, bờ không đều, tại vị trí động mạch não giữa. Đây là trường hợp túi phình khó can thiệp và nguy cơ biến chứng cao.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 9 ngày ở nhóm điều trị bằng kẹp túi phình bằng clips và từ 3-5 ngày ở nhóm điều trị can thiệp nội mạch (3 ngày ở chuyển hướng dòng chảy, 4,5 ngày ở nhóm bít tắc vòng xoắn, 5 ngày ở nhóm đặt vòng xoắn hỗ trợ bằng stent). Ta thấy số ngày nằm viện ở nhóm điều trị bằng can thiệp nội mạch ngắn hơn điều trị kẹp túi phình bằng clips. Kết quả này tương đồng với phân tích gộp của tác giả Shen Z [13] (Thời gian nằm viện trung bình là 7,7 ngày đối với nhóm phẫu thuật và 4,1 ngày đối với nhóm can thiệp nội mạch).

V. KẾT LUẬN

Điều trị phình động mạch não chưa vỡ có kết quả tốt. Thời gian nằm viện ngắn hơn ở phương pháp can thiệp nội mạch, đặc biệt là chuyển hướng dòng chảy. Tuy nhiên, quyết định điều trị cần dựa trên đặc điểm cá thể hoá, sự đồng thuận giữa bệnh nhân và bác sĩ điều trị vì rủi ro tai biến nặng là vẫn có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Claassen J, Park S. Spontaneous subarachnoid haemorrhage. *The Lancet*. 2022. 400(10355), 846–862, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00938-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00938-2).
2. Hoh B.L, Ko N.U, Amin-Hanjani S, Chou SH-Y, Cruz-Flores S, *et al*. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023 Jul. 54(7), e314-e370, doi: 10.1161/STR.0000000000000436.
3. Tawk R.G, Hasan T.F, D'Souza C.E, Peel J.B, Freeman W.D. Diagnosis and treatment of unruptured intracranial aneurysms and aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*. 2021. 96(7), 1970–2000, <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.005>.
4. Inagawa T. Prevalence of cerebral aneurysms in autopsy studies: a review of the literature. *Neurosurgical review*. 2022. 45(4), 2565–2582, <https://doi.org/10.1007/s10143-022-01783-7>.
5. Kim J.H, Lee K.Y, Ha S.W, Suh S.H. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms: a single center experience using 3T brain MR angiography. *Neurointervention*. 2021. 16(2), 117–121, <https://doi.org/10.5469/neuroint.2021.00024>.
6. Lê Thị Thu Vân, Phan Văn Đức. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh của phình động mạch não chưa vỡ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 520(1A), <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1.3730>.
7. Hollands L.J, Vergouwen M.D.I, Greving J.P, Wermer M.J.H, Rinkel G.J.E, Algra A.M. Management decisions on unruptured intracranial aneurysms before and after implementation of the PHASES score. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021. 422, <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117319>.

8. Reddy A, Masoud H.E. Endovascular and medical management of unruptured intracranial aneurysms. *Seminars in Neurology*. 2023. 43(3), 480–492, <https://doi.org/10.1055/s-0043-1771299>.
 9. Belavadi R, Gudigopuram S.V.R, Raguthu C.C, *et al*. Surgical clipping versus endovascular coiling in the management of intracranial aneurysms. *Cureus*. 2021. 13(12), e20478, <https://doi.org/10.7759/cureus.20478>.
 10. Nguyễn Văn Tuấn, Phan Văn Đức, Doãn Thị Huyền, Lê Thị Thu Vân. Bước đầu nhận xét kết quả điều trị phình động mạch não chưa vỡ tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 533(1B), <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i1B.7882>.
 11. Trang Mộng Hải Yên, Huỳnh Quốc Đức, Lê Đình Thanh. Stent chuyển dòng: tiến bộ mới trong điều trị túi phình mạch máu não phức tạp. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024. 65(CĐ10 - Bệnh viện Thống Nhất), <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1617>.
 12. Ferreira M.Y, Batista S, Brenner L.B.O, Marques G.N, Maia H.G, *et al*. Comparing surgical clipping with endovascular treatment for unruptured middle cerebral artery aneurysms: a systematic review and updated meta-analysis. *J Neurosurg*. 2024. 142(1),116-126, doi: 10.3171/2024.4.JNS24343.
 13. Shen Z, Zhao Y, Gu X, *et al*. Systematic review of treatment for unruptured intracranial aneurysms: clipping versus coiling. *Turkish Neurosurgery*. 2024. 34(3), 377–387, <https://doi.org/10.5137/1019-5149.Jtn.23729-18.1>.
-