điểm dùng thuốc, hướng dẫn cách sử dụng thuốc, viết HSDH lên hộp/ vỉ.

Về lý do khách hàng lựa chọn nhà thuốc. Đa số khách hàng lựa chọn nơi mua thuốc mà mình tin tưởng, chất lượng tốt, thuận tiện về giao thông. Điều này được thể hiện, cụ thể: 62,3% lựa chọn mua thuốc tại nhà thuốc tư vấn tốt, 54,4% lựa chọn mua thuốc ở gần nhà. Bên cạnh đó, có 33,3% lựa chọn mua thuốc tại nhà thuốc nằm trên đường đi làm, đi học về; 27,6% mua tại nhà thuốc gần bệnh viện, và 43% mua thuốc tại các nhà thuốc nổi tiếng ở khu vực.

Nhận xét của khách hàng về dịch vụ họ được cung cấp. Nhìn chung, khách hàng đều hài lòng về thái độ phục vụ cũng như chất lượng mà họ được cung cấp, có 91,7% cho rằng người bán thuốc có thái độ vui vẻ, niềm nở khi tiếp xúc, 86,8% người bán thuốc nhiệt tình, có kỹ năng giao tiếp tốt, 100% cho rằng đã lựa chọn các thuốc phù hợp với nhu cầu điều trị, 85,1% cho rằng người bán thuốc có chuyên môn, tư vấn tốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, đa số khách hàng đều nhận được ít câu hỏi từ người bán thuốc. Nngười bán thuốc chưa khai thác các thông tin quan trọng liên quan đến các triệu chứng để chẩn đoán bệnh và làm căn cứ để bán thuốc phù hợp, an toàn, hiệu quả. Hoạt động tư vấn khách hàng được thực hiện khá đầy đủ, nhưng tỷ lệ chưa cao. Hoạt động hướng dẫn sử dụng thuốc được đa số người bán thuốc thực hiện với tỉ lệ và tuần xuất cao nhất. Đối với các trường hợp khách hàng không có đơn thuốc, các hoạt động hỏi – tư vấn – hướng dẫn có tỉ lệ cao hơn với trường hợp khách hàng có đơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh (2016),** Phân tích hoạt động của các nhà thuốc trên địa bàn thành phố Hải Dương, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế (2010),** Cẩm nang thực hành tốt nhà thuốc, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
3. **Bộ Y Tế (2018),** Thông tư số 02/2018/TT-BYT ngày 22/01/2018 Quy định về thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc.
4. **Dương Thanh Huyền (2019),** Phân tích việc thực hiện tiêu chuẩn thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc đối với nhà thuốc trên địa bàn Quận Hoàn Kiếm thành phố Hà Nội năm 2018, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. **Nguyễn Diệu Linh (2017),** Đánh giá hoạt động hành nghề của các quầy thuốc đạt Tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc tại thành phố Cần Thơ năm 2017, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. **Sở Y tế Tỉnh Vĩnh Phúc (2019),** Báo cáo tổng kết công tác Dược năm 2018-2019,
7. **Đặng Thị Thanh Y (2019),** Đánh giá thực trạng hoạt động của các nhà thuốc đạt tiêu chuẩn GPP tại Tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2018, Luận văn Dược sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH

Tạ Vương Khoa[1], Vũ Anh Nhị[2], Nguyễn Quang Trí[3]
Phan Đình Văn[1], Phí Ngọc Dương[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các hướng dẫn quốc tế cũng như các quy trình trong nước mới nhất hiện nay về can thiệp nội mạch điều trị xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não đã có sự cập nhật và điều chỉnh trong vài năm gần đây. Đánh giá hiệu quả của các quy trình đang lưu hành trong nước là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tử vong, tử vong và tàn phế ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não được điều trị can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Nhân Dân 115 tại thời điểm xuất viện và thời điểm 1 năm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi tiến cứu dọc trên 108 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não được điều trị can thiệp nội mạch nút túi phình bằng vòng xoắn kim loại tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 52,8 ± 12,7. Tỉ lệ nam/nữ là 1/1. Tỉ lệ tử vong, tử vong và tàn phế tại thời điểm xuất viện lần lượt là 3,7% và 18,5%, tại thời điểm 1 năm lần lượt là 3,7% và 13,9%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch theo quy trình đang lưu hành là lựa chọn hiệu quả trong điều trị xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Từ khóa: xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, can thiệp nội mạch, kết cục

[1]Bệnh viện Quân y 175
[2]Đại học Y Dược TPHCM
[3]Bệnh viện Nhân Dân 115
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Vương Khoa
Email: drvuongkhoa@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.3.2021
Ngày phản biện khoa học: 26.4.2021
Ngày duyệt bài: 11.5.2021

SUMMARY

EVALUATING OUTCOME IN PATIENTS WITH ANEURYSMAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE TREATED BY ENDOVASCULAR INTERVENTION

Background: The newest international guidelines as well as domestic protocols of endovascular intervention in the treatment of aneurysmal subarachnoid hemorrhage were revised several years ago. It's necessary to evaluate the effect of these domestic protocols. **Objective:** To identify the mortality, mortality and morbidity rates in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage treated by endovascular intervention at People's Hospital 115 at discharge and 1 year after discharge. **Method:** Longitudinal prospective study 108 patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage who were treated for embolization of cerebral aneurysms by endovascular coiling alone at People's Hospital 115 from October, 2018 to April, 2020. **Results:** The average age is 52,8 ± 12,7. The male/female ratio is 1/1. The rates of mortality, mortality and morbidity were in turn 3,7%, 18,5% at discharge, and were in turn 3,7%, 18,5% at 1 year after discharge. **Conclusion:** The prevalence protocol of endovascular intervention is effective choice to treat aneurysmal subarachnoid hemorrhage at People's Hospital 115.

Keywords: aneurysmal subarachnoid hemorrhage; endovascular intervention, outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch với kỹ thuật kinh điển nút túi phình bằng coil (vòng xoắn kim loại) là một trong hai phương pháp, bên cạnh phẫu thuật với kỹ thuật kinh điển kẹp cổ túi phình bằng clip, điều trị xử lý căn nguyên trong xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não. So với phẫu thuật, can thiệp nội mạch có lịch sử non trẻ hơn rất nhiều nhưng giá trị của phương pháp đã nhanh chóng được thiết lập, thậm chí khuyến cáo ưu tiên lựa chọn can thiệp nội mạch thay vì "tiêu chuẩn vàng" phẫu thuật trong trường hợp cả hai phương pháp đều có thể tiến hành thuận lợi. Các hướng dẫn (guideline) mới nhất hiện nay từ các hiệp hội y khoa uy tín cũng như các quy trình mới nhất hiện nay tại các cơ sở điều trị trong nước đã có sự điều chỉnh, trong đó đáng chú ý nhất là thời điểm can thiệp thực hiện sớm hơn, chỉ định can thiệp mở rộng hơn đối với đối tượng bệnh nặng[2]. Trả lời câu hỏi về hiệu quả của các quy trình đang lưu hành tại các trung tâm điều trị trong nước như thế nào, so với thế giới thì hiệu quả của nó ra sao là yêu cầu đặt ra. Bên cạnh đó, một thực tế đã và đang tồn tại là mặc dù ở trong nước, can thiệp nội mạch ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị bệnh lý xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, tuy nhiên còn rất thiếu các nghiên cứu về can thiệp nội mạch chuyên biệt cho dạng bệnh lý này, các nghiên cứu nổi bật nhất đã tiến hành của Phạm Minh Thông, Lê Văn Trường, Phạm Đình Đài, Trần Chí Cường, Vũ Đăng Lưu… đều nghiên cứu về can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch não nói chung. Xuất phát từ các lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Đánh giá kết cục ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não được điều trị bằng can thiệp nội mạch".* Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỉ lệ tử vong và tàn phế ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não được điều trị can thiệp nội mạch tại thời điểm xuất viện.

2. Xác định tỉ lệ tử vong và tàn phế ở bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não được điều trị can thiệp nội mạch tại thời điểm 1 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥18 tuổi được chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não hình túi (túi phình) điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch nút túi phình bằng coil đơn thuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Xuất huyết dưới nhện không do vỡ phình động mạch não hình túi, xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não hình túi nhưng không được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch, thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, mất mẫu trong quá trình theo dõi.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 108 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 10/208 đến tháng 4/2020, hoàn tất thu thập dữ liệu theo dõi 1 năm vào tháng 4/2021.

Định nghĩa các biến số:

- Phân độ lâm sàng WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies):

Độ	Điểm Glasgow	Dấu thần kinh khu trú(*)
1	15	Không
2	14 -13	Không
3	14 - 13	Có
4	12 - 7	Có hoặc không
5	6 - 3	Có hoặc không

(*) Yếu liệt nửa người và/hoặc mất ngôn ngữ

- WFNS độ 1-3: Nhẹ.
- WFNS độ 4-5: Nặng.
- Phân độ cận lâm sàng Fisher:

Độ	Mô tả
1	Không thấy máu trong khoang dưới nhện
2	Máu lan tỏa lớp mỏng (<1mm theo đường kính trước sau)

3	Máu lan tỏa lớp dầy (>1mm theo đường kính trước sau) và/hoặc có máu cục trong khoang dưới nhện
4	Có máu tụ trong nhu mô não hoặc trong não thất (thấy hay không thấy máu trong khoang dưới nhện)

- Fisher độ 1-2: Nhẹ.
- Fisher độ 3-4: Nặng.
- Thang điểm đánh giá tàn phế chức năng mRS (modified Rankin Scale):

Điểm	Mô tả
0	Không triệu chứng
1	Tàn phế tối thiểu, có khả năng hoạt động tự lập
2	Tàn phế nhẹ, có thể làm một số việc và tự chăm sóc bản thân
3	Tàn phế vừa, cần sự trợ giúp nhưng vẫn có thể tự đi lại
4	Tàn phế nặng, không thể tự đi lại và phải phụ thuộc vào người khác
5	Tàn phế trầm trọng, nằm một chỗ, rối loạn cơ vòng và cần chăm sóc đặc biệt
6	Tử vong

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

Phương pháp xử lý số liệu:

- Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học Stata 13.0.
- Sử dụng phương pháp thống kê mô tả: Dùng tần số, tỉ lệ phần trăm đối với các biến số định tính. Dùng trung bình, độ lệch chuẩn đối với các biến số định lượng.

Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán xuất huyết dưới nhện nguyên phát được chụp mạch máu não kỹ thuật số xóa nền DSA (digital subtraction angiography) chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nhân được chẩn đoán có túi phình động mạch não trên DSA là nguyên nhân của xuất huyết dưới nhện được hội chẩn giữa bác sĩ can thiệp thần kinh và phẫu thuật thần kinh lựa chọn phương pháp điều trị. Bệnh nhân điều trị theo phương pháp can thiệp nội mạch nút túi phình bằng coil đơn thuần được thu nhận vào nghiên cứu.
- Quy trình áp dụng trong nghiên cứu là can thiệp càng sớm càng tốt cho tất cả các trường hợp, trì hoãn can thiệp chỉ là do các lý do khách quan.
- Tất cả các vấn đề khác thuộc về chẩn đoán, điều trị triệu chứng và biến chứng của xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não tuân thủ quy trình thiết kế cho nghiên cứu phù hợp quy trình đang lưu hành tại Bệnh viện Nhân dân 115.
- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thu thập các dữ liệu về dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị theo biểu mẫu thống nhất. Đánh giá kết cục dựa trên điểm mRS tại thời điểm xuất viện (bằng khám lâm sàng trực tiếp) và thời điểm 1 năm (bằng khám lâm sàng trực tiếp hoặc phỏng vấn bệnh nhân/thân nhân qua điện thoại/video).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, không vi phạm y đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Nghiên cứu thu nhận tổng cộng 108 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học, phân độ lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện của dân số nghiên cứu (n=108)

Đặc điểm	n	%
Tuổi trung bình (năm)	52,8 ± 12,7	
Giới: Nam	54	50,0
Nữ	54	50,0
Phân độ WFNS lúc nhập viện		
1-3	75	69,5
4-5	33	30,5
Phân độ Fisher lúc nhập viện		
1-2	44	40,7
3-4	64	59,3

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 52,8 ± 12,7. Tỉ lệ nam và nữ trong dân số nghiên cứu tương đương nhau, mỗi giới 50%.

Tỉ lệ bệnh nhẹ (phân độ WFNS lúc nhập viện 1-3) là 69,5% (75/108 bệnh nhân), bệnh nặng (phân độ WFNS lúc nhập viện 4-5) là 30,5% (33/108 bệnh nhân). Tỉ lệ cận lâm sàng nhẹ (phân độ Fisher lúc nhập viện 1-2) là 40,7% (44/108 bệnh nhân), cận lâm sàng nặng (phân độ Fisher lúc nhập viện 3-4) là 59,3% (64/108 bệnh nhân).

Bảng 2: Đặc điểm túi phình động mạch não vỡ của dân số nghiên cứu (n=108)

Đặc điểm	n	%
Vị trí túi phình vỡ		
Tuần hoàn trước	96	88,9
Tuần hoàn sau	12	11,1
Kích thước túi phình vỡ (mm)		
≤5	82	75,9
>5-10	23	21,3
>10	3	2,8
Trung bình	4,75 ± 1,91	

Tổng cộng ghi nhận 116 túi phình trên tổng

số 108 bệnh nhân, bao gồm 110 túi phình đã vỡ (có 2 bệnh nhân mỗi bệnh nhân có 2 túi phình không thể khẳng định túi phình nào vỡ, túi phình nào chưa vỡ nên xem như cả 2 đều đã vỡ và đều được can thiệp, tuy nhiên khi phân tích dữ liệu quy ước chỉ phân tích túi phình có kích thước lớn hơn) và 6 túi phình chưa vỡ. Như vậy, nghiên cứu phân tích tổng cộng 108 túi phình đã vỡ. Tỉ lệ túi phình tuần hoàn trước là 88,9% (96/108 bệnh nhân), tuần hoàn sau là 11,1% (12/108 bệnh nhân). Kích thước trung bình của túi phình vỡ trong nghiên cứu là 4,75 ± 1,91 mm, nhỏ nhất là 2mm, lớn nhất là 11mm. Hầu hết túi phình trong nghiên cứu có kích thước nhỏ ≤5 mm (82/108 bệnh nhân, tỉ lệ 75,9%) và trung bình >5-10 mm (23/108 bệnh nhân, tỉ lệ 21,3%), chỉ một tỉ lệ rất nhỏ là túi phình kích thước lớn >10 mm (3/108 bệnh nhân, tỉ lệ 2,8%). Tất cả 108 túi phình trong nghiên cứu đều là túi phình cổ hẹp (đường kính cổ túi ≤4 mm, tỉ lệ kích thước túi phình/đường kính cổ túi phình ≥ 2).

Kết cục lâm sàng

Bảng 3: Kết cục lâm sàng tại thời điểm xuất viện (n=108)

Điểm mRS	Xuất viện	
	n	%
0	56	51,9
1	23	21,3
2	9	8,3
3	7	6,5
4	7	6,5
5	2	1,8
6	4	3,7
0-2	88	81,8
3-6	20	18,5

Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ tử vong (mRS 6) là 3,7% (4/108 trường hợp), tỉ lệ tử vong và tàn phế (mRS 3-6) là 18,5% (20/108 trường hợp).

Bảng 4: Kết cục lâm sàng tại thời điểm 1 năm (n=108)

mRS	1 năm	
	n	%
0	74	68,5
1	12	11,1
2	7	6,5
3	5	4,6
4	6	5,6
5	0	0,0
6	4	3,7
0-2	93	86,1
3-6	15	13,9

Tại thời điểm 1 năm, tỉ lệ tử vong (mRS 6) là 3,7% (4/108 trường hợp), tỉ lệ tử vong và tàn phế (mRS 3-6) là 18,5% (20/108 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu ISAT (International Subarachnoid Aneurysm Trial) là 52 (44-60) tuổi[3]. Phân bố giới tính ở dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với phần lớn các nghiên cứu trong y văn với tỉ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam, chẳng hạn nữ nhiều hơn nam gấp 1.7 lần trong nghiên cứu ISAT[3]. Tỉ lệ bệnh nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu ISAT với 6% là WFNS độ 4-5[3] cũng như nghiên cứu BRAT (Barrow Ruptured Aneurysm Trial) với 19.3% là Hunt-Hess độ IV-V[4].

Phân bố tỉ lệ túi phình thuộc hệ tuần hoàn trước và hệ tuần hoàn sau trong nghiên cứu của chúng tôi cân đối hơn so với nghiên cứu ISAT và kém cân đối hơn so với nghiên cứu BRAT. Trong nghiên cứu ISAT, 97,3% túi phình tuần hoàn trước, chỉ 2,7% túi phình tuần hoàn sau [3], còn trong nghiên cứu BRAT, 77,3% phình mạch tuần hoàn trước, 22,7% phình mạch tuần hoàn sau[4]. Tỉ lệ túi phình kích thước lớn ở dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỉ lệ 8% trong nghiên cứu ISAT[3] và 7,8% trong nghiên cứu BRAT (nghiên cứu BRAT lấy tiêu chuẩn ≥12mm là túi phình kích thước lớn)[4].

Kết cục lâm sang. So sánh với kết quả 2 nghiên cứu kinh điển về điều trị xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não bằng can thiệp nội mạch (và phẫu thuật) là ISAT và BRAT:

- Tử vong và tàn phế (mRS 3-6) tại thời điểm xuất viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,5%, thấp hơn so với kết cục tương tự ở dân số điều trị can thiệp nội mạch tại thời điểm xuất viện trong nghiên cứu BRAT là 58,6% (75/128 bệnh nhân) [4].

- Tử vong và tàn phế (mRS 3-6) sau theo dõi 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,9%, thấp hơn so với kết cục tương tự tại thời điểm 2 tháng là 25,4% (244/959 trường hợp) và 1 năm là 23,7% (190/801 trường hợp) ở dân số điều trị can thiệp nội mạch trong nghiên cứu ISAT[3]; cũng như thấp hơn so với kết cục tương tự tại thời điểm 6 tháng là 18,9% (21/111 trường hợp) và 1 năm là 20,4% (23/113 trường hợp) ở dân số điều trị can thiệp nội mạch trong nghiên cứu BRAT[4]. Như vậy, so với ISAT và BRAT, kết cục tử vong và tàn phế (mRS 3-6) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn bất chấp tỉ lệ bệnh nặng (WFNS độ 4-5 lúc nhập viện) trong dân số nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên

cứu ISAT cũng như BRAT, nguyên nhân quan trọng nhất có lẽ do khác biệt về thời điểm tiến hành nghiên cứu đồng nghĩa với khác biệt về chất lượng của dụng cụ can thiệp và kinh nghiệm của thủ thuật viên, về chiến lược điều trị giữa các thời kỳ. ISAT tiến hành đã khá lâu từ năm 1994, trong khi BRAT tiến hành từ năm 2003, cũng đã tương đối lâu so với năm 2018 là điểm chúng tôi thực hiện nghiên cứu.

Chúng tôi cũng đồng thời tra cứu y văn, đối chiếu kết quả nghiên cứu của mình với kết quả một số nghiên cứu mới hơn, tiến hành trong vòng 10 năm trở lại đây:

- Wadd và cộng sự nghiên cứu 70 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não điều trị can thiệp nội mạch nút coil trong thời gian từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2013, kết cục đánh giá tại thời điểm 1 năm cho thấy có 1,4% (1/70 bệnh nhân) tử vong, 20% (14/70 bệnh nhân) tử vong và tàn phế (mRS 3-6)[5]. So với Wadd, tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 1 năm cao hơn nhưng tỉ lệ tử vong và tàn phế (mRS 3-6) thấp hơn. Một số lý do có thể giải thích cho sự khác biệt kết quả giữa 2 nghiên cứu, chẳng hạn dân số nghiên cứu của Wadd chỉ bao gồm bệnh nhẹ (WFNS độ 1-3 lúc nhập viện), trẻ tuổi (<60 tuổi), vỡ túi phình tuần hoàn trước, hay do khác nhau về cỡ mẫu[5].

- Alizada và cộng sự nghiên cứu 100 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não điều trị can thiệp nội mạch nút coil trong thời gian từ tháng 1/2012 đến tháng 1/2015, kết cục đánh giá tại thời điểm 6 tháng cho thấy có 5% (5/100 bệnh nhân) tử vong, 22% (22/100 bệnh nhân) tàn phế (mRS 3-5) [6]. So với Alizada, tỉ lệ tử vong cũng như tàn phế (mRS 3-5) tại thời điểm 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn. Một trong những lý do có thể giải thích cho khác biệt, đó là tỉ lệ bệnh nặng trong nghiên cứu của Alizada cao hơn so với chúng tôi (35% Hunt-Hess độ IV-V lúc nhập viện so với 30,6% WFNS độ 4-5 lúc nhập viện)[6].

- Stienen và cộng sự phân tích 1669 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não điều trị can thiệp nội mạch nút coil gộp từ nhiều nghiên cứu trong khoảng thời gian từ năm 2009 đến 2015, kết quả cho thấy tử vong tại thời điểm xuất viện là 13,9% (232/1669 bệnh nhân), cao hơn đáng kể so với kết cục tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi. Một trong những lý do quan trọng có thể dùng để giải thích, đó là tỉ lệ bệnh nặng trên lâm sàng cũng như hình ảnh học trong nghiên cứu của Stienen cao hơn so với chúng tôi (33,7% so với 30,6% WFNS độ 4-5 lúc nhập viện; 87% so với 59,3% Fisher độ 3-4 lúc nhập viện) [7].

Như vậy, mặc dù tồn tại một số bất cập nên khó có thể so sánh trực tiếp với nhau, trong đó bao gồm khác biệt về quy trình điều trị khác nhau tại các thời kỳ khác nhau giữa các trung tâm nơi các nghiên cứu được thực hiện nhưng về tổng thể, kết cục điều trị xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não bằng can thiệp nội mạch đánh giá theo tiêu chí tử vong và tàn phế trong nghiên cứu của chúng tôi khả quan hơn kết cục tương tự trong các nghiên cứu mới thực hiện trong vòng 10 năm trở lại đây.

V. KẾT LUẬN

Kết cục lâm sàng đánh giá theo tiêu chí tử vong và tàn phế tại thời điểm xuất viện và thời điểm 1 năm trong nghiên cứu do chúng tôi thực hiện trên 108 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não được điều trị can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2020 cho thấy can thiệp nội mạch nút túi phình bằng coil đơn thuần là phương pháp điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Anh Nhị và cộng sự (2017).** "Đột quỵ". Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TPHCM, tr.90-126.
2. **Connolly ES, Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, Derdeyn CP, Dion J, Higashida RT, et al (2012).** Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke; 43: 1711-1737.
3. **Molyneux A, Kerr R, Stratton I, et al (2002**). International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. Lancet. 360(9342): 1267-1274.
4. **McDougall CG, Spetzler RF, et al (2012).** The Barrow Ruptured Aneurysm Trial. J Neurosurg. 116: 135-144.
5. **Wadd IH, Haroon A, Habibullah, Ansari S, Mukhtar S, Rashid U, et al (2015).** Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Outcome of aneurysm clipping versus coiling in anterior circulation aneurysm. J Coll Physicians Surg Pak. 25: 798-801.
6. **Alizada M, Fuyi Y, Mbori NJR, Alam S (2017).** Assessment of endovascular coiling versus neurosurgical clipping of intracranial aneurysms in patients with subarachnoid hemorrhage. J Neurosci Clin Res.2(1):1-10.
7. **Stienen MN, Germans M, Burkhardt JK, Neidert MC, et al (2018).** Predictors of in-hospital death after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: analysis of a nationwide database (Swiss SOS [Swiss Study on Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage]). Stroke. 49: 333-340.