

Diện tích dưới đường cong ROC với $p = 0,003$ nên độ đàn hồi gan có giá trị dự đoán mức độ xơ hóa gan (F4) tốt. Độ nhạy 0,889 và độ đặc hiệu 0,606. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp dữ liệu có giá trị giúp các y bác sỹ chẩn đoán mức độ xơ gan dựa trên chỉ số Fibroscan.

V. KẾT LUẬN

1. Đánh giá chỉ số FibroScan và mô bệnh học trong bệnh viêm gan mạn.

Độ đàn hồi gan (Fibroscan). Tiêu chuẩn phân mức độ xơ hóa gan là F0 từ 1- 5 Kpa, F1 từ 7,1 - < 8,7Kpa, F2 từ 8,7 - < 14,5 Kpa, F3 từ 14,5 - < 17,5 Kpa, F4 từ 17,5 Kpa trở lên. Độ đàn hồi gan F4 có tỷ lệ cao nhất 45,65% trong khi F1, F2, F3 lần lượt là 16,30%, 6,52% và 27,17%.

2. Đánh giá mối tương quan sự thay đổi của chỉ số FibroScan với chỉ số xơ hóa theo Metavir ở các bệnh nhân viêm gan mạn.

- Liên quan giữa mật độ nhu mô gan trên siêu âm Fibroscan với viêm khoảng cửa, mô học theo METAVIR có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Đường cong ROC trong chẩn đoán xơ gan (F4) thông qua Fibroscan: Diện tích dưới đường cong ROC với $p = 0,003$ nên độ đàn hồi gan có giá trị dự đoán mức độ xơ hóa gan (F4) tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Mai Hương (2012) Giá trị của chỉ số (Model For and Stage Liver Disease) Meld trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan. Nghiên cứu Y học. No. 3C. tr. 128-134
2. Trần Ngọc Ánh, Đặng Thị Mai Hương (2012) So sánh chỉ số Maddrey (Discriminant Function) và Meld (Model for End Stage liver Disease) trong tiên lượng bệnh xơ gan. Nghiên cứu Y học. No. 3D. tr. 46-51.
3. Trần Ngọc Ánh (2012) Vai trò của tiểu cầu, tỷ lệ AST/ALT, APRI, FIB4 trong đánh giá tình trạng xơ gan hóa. TC Nghiên cứu Y học. No. 3. tr. 51-56.
4. Trần Ngọc ánh (2012). Giá trị của các thang điểm ABIC, Maddrey, MELD, Glasgow trong tiên lượng xơ gan. TC Nghiên cứu Y học.No. 3. tr. 176-181.
5. Vũ Văn Khiên; Nguyễn Mạnh Hùng (2011). Đánh giá kết quả 7 năm thất tĩnh mạch thực quản qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan có chảy máu tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Y học Việt Nam. No. 1. tr. 16-20.
6. Đặng Thị Kim Oanh (2007). Nhận xét sự thay đổi sắt và Ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan. TC Nghiên cứu y học. No. 105. tr. 29-33.
7. Ngô Thị Thanh Quyết, Thái Thị Phương Liên (2011). Khảo sát các yếu tố tiên đoán tử vong ở bệnh nhân xơ gan có XHTH do đãn TMTQ. Nghiên cứu Y học TP. Hồ Chí Minh. Tập 15. Phụ bản Số 2. Chuyên Đề Nội Khoa. tr. 147-153.

BỆNH GIÁC MẠC BỌNG DO DỊ VẬT GÓC TIỀN PHÒNG

Phạm Ngọc Đông*, Nguyễn Thị Nga Dương**, Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

Vết thương xuyên nhãn cầu với dị vật nội nhãn là tổn thương trầm trọng gây giảm thị lực. Dị vật tiền phòng chiếm khoảng 15% các loại dị vật nội nhãn. Những dị vật nhỏ trong tiền phòng có thể bị bỏ qua hoặc không được xử lý. Trong bài báo này chúng tôi giới thiệu hai trường hợp dị vật góc tiền phòng bị bỏ qua khi chẩn thương và dị vật chỉ được phát hiện và lấy đi sau khi đã có biến chứng tổn hại nội mô giác mạc và tăng nhãn áp. Khi được lấy dị vật sớm, tổn thương giác mạc phục hồi và khi lấy dị vật muộn, tổn thương tế bào nội mô không phục hồi và phải ghép giác mạc nội mô. Vì vậy, khi bệnh nhân có chấn thương, cần khám kỹ để phát hiện dị vật nội nhãn ở

các vị trí dễ bị che khuất như góc tiền phòng. Với các trường hợp có phủ giác mạc khu trú gần rìa, cần khai thác tiền sử chấn thương và tìm dị vật góc tiền phòng để lấy dị vật sớm, giảm thiểu các tổn thương giác mạc do dị vật gây ra.

Từ khóa: dị vật góc tiền phòng, bệnh giác mạc bong, phủ giác mạc

SUMMARY

BULLUOS KERATOPATHY DUE TO FOREIGN BODY IN ANTERIOR CHAMBER ANGLE

Penetrating ocular trauma with intraocular foreign body is serious injury often resulting in loss of vision. Anterior chamber foreign bodies account for up to 15% of all intraocular foreign bodies. In this article we report two cases of a retained intraocular foreign body at the endothelial angle which were missed at the moment of trauma and were diagnosed only when there were complications such as corneal edema and increased intraocular pressures. When the foreign body was taken out early, the corneal lesion could be reversible and when the foreign body was taken out

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đông

Email: dong69nam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.9.2016

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2016

Ngày duyệt bài: 30.11.2016

late, the endothelial damage was irreversible and endothelial transplantation was needed. Therefore, when examining the traumatic patients, a careful examination should be taken to find out foreign body in the iridocorneal angle. In case patient has local corneal edema near the limbus, attention should be paid on traumatic history and on taking it out early to minimized its complications.

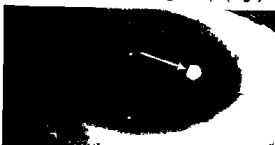
Keywords: foreign body in the chamber angle, bullous keratopathy, corneal edema.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật nội nhãn là một tổn thương thường gặp trong vết thương xuyên nhãn cầu. Với các trường hợp dị vật lớn, có đường vào rõ ràng thường được phát hiện ngay sau khi bị chấn thương. Tuy nhiên, nếu dị vật nhỏ, lại nằm ở góc tiền phòng thì có thể bị bỏ qua và không được lấy đi. Vì thế, các vết thương nhỏ, xảy ra trong hoàn cảnh không rõ ràng và triệu chứng không nặng nề thì bệnh nhân có thể không đi khám mắt và thầy thuốc cũng có thể không chú ý hoặc không phát hiện được dị vật nội nhãn[1],[2],[3].

Dị vật nội nhãn có thể nằm ở bán phần trước trong thời gian dài thậm chí hàng năm mà không có triệu chứng. Người bệnh chỉ đến khám khi đã có biến chứng như phù giác mạc, viêm màng bồ đào trước, tổn hại nội mô giác mạc, đục thể thủy tinh... Tuy nhiên, ở giai đoạn này, cho dù lấy được dị vật thì vẫn còn những biến chứng, di chứng do dị vật gây ra, làm ảnh hưởng đến giải phẫu và chức năng của nhãn cầu.

Điều trị dị vật nội nhãn phụ thuộc vào nguồn gốc, chất liệu của dị vật, vị trí trong mắt và tổn thương giải phẫu, chức năng do dị vật gây ra.



Hình 1. Giác mạc phù nửa dưới, sẹo giác mạc cạnh trung tâm

Bệnh nhân 2: Bệnh nhân nữ 56 tuổi, đến khám tại bệnh viện Mắt Trung ương vào tháng 6/2016 vì MT nhìn mờ, oem chói và chảy nước mắt. Bệnh khởi phát từ tháng 2/2016 với các triệu chứng cơ năng như trên, ngày càng nặng hơn. Bệnh nhân được điều trị ngoại trú nhiều đợt tại bệnh viện tỉnh và bệnh viện Mắt Trung

Đến nay vẫn có quan điểm cần nhắc để lại dị vật nội nhãn, kể cả dị vật tiền phòng nếu như những dị vật này nhỏ và không gây ảnh hưởng đáng kể đến thị lực[4],[5].

Chúng tôi mô tả và bàn luận về 2 bệnh nhân bị dị vật nội nhãn ở góc tiền phòng, chỉ được phát hiện khi có biến chứng muộn, gây tổn hại nội mô giác mạc.

II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân 1: Bệnh nhân nam, 35 tuổi vào viện vì bị chấn thương do tai nạn giao thông. Mắt trái (MT) bị vết thương xuyên nhãn cầu, bong võng mạc, đã được mổ khâu giác mạc. Sau đó, MT teo dần và mất chức năng.

Mắt phải (MP): sau chấn thương 1 tháng, MP có từng đợt nhìn mờ, giác mạc phù ở nửa dưới, tăng nhãn áp (Hình 1). Thị lực MP là ĐNT 2m và nhãn áp (Maclakov) là 28 mmHg. Sau khi điều trị bằng thuốc hạ nhãn áp và steroid, giác mạc trong trở lại và nhãn áp điều chỉnh. Tuy nhiên, cứ khoảng 1 - 2 tháng, MP lại xuất hiện các triệu chứng như trên. Ở thời điểm giác mạc trong, khám kỹ vùng góc tiền phòng vị trí 6h phát hiện 1 dị vật nhỏ, giống thủy tinh, cắm vào chân móng mắt (Hình 2). Ở giác mạc cạnh trung tâm có 1 vết sẹo nhỏ, có thể là đường vào của dị vật. Bệnh nhân được phẫu thuật, lấy được 1 dị vật bằng thủy tinh, kích thước 1 x 2mm. Sau khi lấy hết dị vật, giác mạc trong trở lại, nhãn áp điều chỉnh mà không cần dùng bất kỳ loại thuốc nào. Thị lực sau mổ 1 tháng của MP là 20/40 và nhãn áp (Maclakov) là 17 mmHg.



Hình 1. Dị vật góc tiền phòng vị trí 6h giống thủy tinh (mũi tên)

ương với chẩn đoán MT viêm giác mạc, được điều trị bằng thuốc tra mắt corticoid, thuốc chống viêm NSAIDs và nước mắt nhân tạo nhưng các triệu chứng trên không giảm. MT thường xuyên bị chói, nhức, chảy nước mắt và nhìn mờ. Bệnh nhân được gửi hội chẩn chuyên khoa Kết giác mạc.

Tiền sử: 2M phẫu thuật lác từ 20 năm trước tại bệnh viện tỉnh. Chưa phát hiện bệnh lý toàn thân. Gia đình không có bệnh lý mắt.

Khám bệnh: thị lực MP 20/160 qua kính lỗ 20/80, MT ĐNT 0,3m qua kính lỗ không tăng. Nhãn áp (Macklov) hai mắt bình thường (17mmHg).

MT: Kích thích, chảy nước mắt. Kết mạc cương tụ rìa, không thấy sẹo mỡ cũ. Giác mạc phủ nửa trên, nhiều bong biểu mô nhỏ, trợt biểu mô giác mạc, màng Descemet dày, gập nếp, vị trí rìa 1h có sẹo nhỏ (Hình 3). Tiền phòng sâu, sạch, góc tiền phòng vị trí 1h tương ứng sau se



Hình 3: Giác mạc phủ nửa trên, sẹo giác mạc vị trí 1h

Khám cận lâm sàng: siêu âm UBM bán phần trước: Giác mạc dày, vùng góc tiền phòng vị trí 1h thấy 1 dị vật hình ống kích thước 1x1 mm. Siêu âm B: 2M dịch kính vẫn đục và không bong võng mạc.

Chẩn đoán: MT bị bệnh giác mạc bong, dị vật góc tiền phòng, sẹo kết giác mạc vùng rìa vị trí 1h; hai mắt có đục thể thủy tinh vùng nhân độ III.

Bệnh nhân được chẩn đoán bị bệnh giác mạc bong và có dị vật ở góc tiền phòng. Dị vật hình ống gợi ý đến cấu trúc van dẫn lưu tiền phòng. Tuy nhiên, bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán bệnh lý và thực hiện phẫu thuật nào liên quan đến van dẫn lưu tiền phòng. Mặt khác, dị vật nằm ở vùng góc tiền phòng kèm theo có sẹo giác mạc vị trí tương ứng có thể là đường vào của dị vật. Khai thác kỹ lại bệnh sử, bệnh nhân xác nhận cách thời điểm vào viện khoảng 1 năm, trong khi lao động bệnh nhân bị que tre chọc



Hình 5: Dị vật là mảnh nhựa dạng tấm 1x0,5mm (mũi tên)

giác mạc thấy có một dị vật. Soi góc tiền phòng thấy dị vật hình ống kích thước 1x1 mm ở góc tiền phòng, vị trí 1h, nằm trên bề mặt mỏng mắt, có sắc tố bám xung quanh, phần còn lại của góc hoàn toàn bình thường (Hình 4). Mống mắt nâu, xốp. Đồng tử tròn, các phần xa còn tốt. Thể thủy tinh đục độ III. Dịch kính và đáy mắt không quan sát được do giác mạc phủ và đục thể thủy tinh.

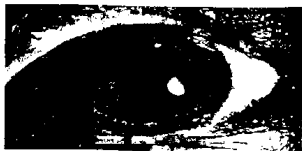
MP: đục thể thủy tinh vùng nhân độ III, không có tổn thương nào khác.



Hình 4: Dị vật góc tiền phòng hình ống, sau sẹo giác mạc (mũi tên)

vào MT nhưng chỉ thấy hơi cộm vướng và sau một ngày các triệu chứng này mất đi nên bệnh nhân không đi khám và không điều trị. Sau chấn thương 6 tháng có đợt bệnh đầu tiên.

Điều trị: Bệnh nhân được phẫu thuật lấy dị vật tiền phòng. Chọc vào tiền phòng qua giác mạc rìa vị trí 11h, bơm nhầy tiền phòng và dùng pince gấp dị vật góc tiền phòng. Dị vật lấy được là mảnh nhựa dạng tấm bị cuộn lại giống hình ống, kích thước 1 x 0,5 mm, có sắc tố bám xung quanh (Hình 2.3). Do thể thủy tinh đục nên đã mổ phaco phối hợp với đặt thể thủy tinh nhân tạo. Sau mổ 4 tuần, các triệu chứng của bệnh giác mạc bong vẫn tồn tại và có xu hướng tăng hơn. Bệnh nhân được ghép giác mạc nội mô để điều trị bệnh giác mạc bong. Sau ghép, mảnh ghép và giác mạc bệnh nhân trong hơn, thị lực cải thiện (ĐNT 3m), hết triệu chứng của bệnh giác mạc bong (Hình 5).



Hình 6: Sau ghép nội mô giác mạc

III. BÀN LUẬN

Vết thương xuyên nhãn cầu là bệnh cảnh thường gặp trong cấp cứu nhãn khoa và có thể dẫn đến tổn hại chức năng cũng như cấu trúc của mắt. Dị vật nội nhãn có thể gặp ở 40-53% các trường hợp vết thương xuyên nhãn cầu và chấn thương nhãn cầu mở. Trong số đó, khoảng 15% số trường hợp dị vật nằm ở tiền phòng [1]. Kích thước và tốc độ đâm xuyên vào nhãn cầu quyết định vị trí của dị vật trong mắt. Các dị vật không phải kim loại, kích thước nhỏ thường có tốc độ đâm xuyên thấp nên có xu hướng nằm ở giác mạc hoặc tiền phòng. Biểu hiện lâm sàng của dị vật tùy thuộc vào chất liệu, hình dạng và phản ứng của cơ thể. Dị vật nội nhãn sau vết thương xuyên nhãn cầu thường được phát hiện khi khám đầu tiên khi bệnh nhân có hoàn cảnh xảy ra chấn thương rõ ràng và triệu chứng lâm rõ. Tuy nhiên, việc bỏ qua dị vật cũng có thể do bác sĩ không phát hiện được hoặc chính bệnh nhân không chú ý vì trong giai đoạn đầu có thể không có triệu chứng gì [4].

Bệnh nhân thứ nhất bị các đợt phù giác mạc khu trú từng đợt, kèm theo tăng nhãn áp. Điều trị nội khoa bằng các thuốc chống viêm và hạ nhãn áp chỉ có tác dụng tạm thời, bệnh tái phát khi dừng thuốc. Phù giác mạc và tăng nhãn áp chỉ hết hoàn toàn sau khi dị vật góc tiền phòng được phát hiện và lấy đi.

Bệnh nhân thứ 2 có tiền sử bị que tre nhỏ chọc vào mắt khi bị ngã. Sau tai nạn, các triệu chứng mờ nhạt và thoáng qua. Bệnh nhân đến khám lần đầu chủ yếu do các kích thích như cộm chói, chảy nước mắt nhưng thời điểm xuất hiện xảy ra sau chấn thương 6 tháng và cho đến khi phát hiện dị vật tiền phòng bằng soi góc, khai thác lại tiền sử tỉ mỉ từ việc hỏi bệnh chúng tôi mới phát hiện ra hoàn cảnh chấn thương. Một điểm nữa là bệnh nhân có những đợt khám và điều trị đều với chẩn đoán là viêm giác mạc có thể giả thích do dị vật nhỏ, bị sẹo giác mạc che khuất và không có phản ứng tiền phòng nên không được các bác sĩ chú ý. Qua đây cho thấy vai trò của việc thăm khám bằng kính soi góc là quan trọng với các bệnh nhân có nghi ngờ tiền chấn thương với sẹo giác mạc vùng rìa hoặc viêm giác mạc khu trú. Nhiều tác giả cũng nhấn mạnh vai trò của việc khám góc tiền phòng cho các bệnh nhân chấn thương mắt để đánh giá tổn thương góc tiền phòng và phát hiện dị vật [4], [5].

Dị vật tiền phòng có thể gây tổn hại nội mô giác mạc [1], [7]. Cơ chế được cho là do sự di chuyển và cọ sát của chúng với lớp tế bào trong

ờng của giác mạc. Vì có sự bù trừ của lớp này nên bệnh có thể không có triệu chứng trong thời gian dài, vài tháng đến nhiều năm. Các dị vật này thường nằm ở vùng góc tiền phòng nên khi thăm khám dễ bị bỏ sót hoặc được phát hiện nhưng không cần thiết sớm từ thì đầu do giác mạc đục, tình trạng toàn thân không cho phép. Khi theo dõi 10 ca dị vật tiền phòng không có tính chất kim loại, Archer và cộng sự thấy có 7 ca dị vật là kính, 2 ca là gỗ và 1 ca là dị vật plastic. Biến chứng hay gặp nhất là phù giác mạc, có thể xuất hiện muộn sau 20 năm kể từ khi bị chấn thương, 1 trường hợp được lấy dị vật sau chấn thương 1 năm nhưng vẫn tiến triển thành bệnh giác mạc bong [1]. Bệnh nhân thứ nhất xuất hiện phù giác mạc và tăng nhãn áp sau 1 tháng, sau khi lấy dị vật, các tổn thương giác mạc phục hồi, nhãn áp điều chỉnh. Bệnh nhân thứ 2 có các triệu chứng kích thích sau chấn thương khoảng 6 tháng nhưng được điều trị theo hướng viêm giác mạc trong thời gian dài. Tuy đã được lấy dị vật nhưng bệnh nhân vẫn có biểu hiện của bệnh giác mạc bong do mất bù nội mô nên phải phẫu thuật ghép giác mạc. Bệnh nhân này có nhiều đặc điểm giống như bệnh nhân của Zengin là đã từng điều trị viêm giác mạc do virus, khi phát hiện dị vật tiền phòng mới tìm thấy sự chấn thương. Vì thế cần đặt ra chẩn đoán phân biệt trong các trường hợp này và chú ý để tìm và phát hiện dị vật ở góc tiền phòng.

IV. KẾT LUẬN

Dị vật tiền phòng là một nguyên nhân gây mất bù nội mô giác mạc. Bệnh có thể không có triệu chứng trong thời gian dài, kể từ lúc xảy ra chấn thương cho đến khi có triệu chứng phù giác mạc do mất bù nội mô. Khi bệnh nhân có chấn thương mắt, cần khám kỹ để phát hiện dị vật nội nhãn ở các vị trí dễ bị che khuất như góc tiền phòng. Với các trường hợp có phù giác mạc khu trú gần rìa, cần khai thác tiền sử chấn thương và tìm dị vật góc tiền phòng để lấy dị vật sớm, giảm thiểu các tổn thương giác mạc do dị vật gây ra. Nếu có dị vật tiền phòng, cần lấy dị vật để phòng biến chứng muộn như tổn hại nội mô giác mạc, tăng nhãn áp làm giảm thị lực của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Archer, Davies, Kanski (2000), "Non-metallic foreign bodies in the anterior chamber.". *Br J Ophthalmol*. 53: p. 453-456.
2. Pujar C., Narayan M, Sushma S., et al. (2015), "Atypical Case of Retained Intraocular Foreign Body Presenting as Secondary Glaucoma

- after 12 Years". *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 4(13): p. 2223-2227.
- Iqbal M. (2011): "Retained Intraocular Foreign Body". *Pak J Ophthalmol*. 25(3): p. 158-161.
 - Griffiths M.L., Lee G.A. (2004), "Retained intraocular foreign body". *Clinical and Experimental Optometry*. 85(1): p. 34-36.
 - Anil M.S., Nicholson Anjali Daraius, Murade Sujit Mardansingh, et al. (2015), "Clinical presentations and outcomes following ocular injury with intraocular foreign bodies". *Sudanese Journal of Ophthalmology*. 7: p. 35-40.
 - Lopporchio D., Mukkamala L., Gorukanti K., et al. (2016), "Intraocular foreign bodies: A review". *Survey of Ophthalmology*. 6(1): p. 582-596.
 - Han E.R., Wee W.R., Lee J.H., et al. (2011), "A case retained graphite anterior chamber foreign body masquerading as stromal keratitis". *Korean J Ophthalmol* 25(2): p. 128-131.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH ĐỐT SỐNG ĐOẠN TRONG SỌ

Nguyễn Thế Hào*, Dương Đức Hùng*

TÓM TẮT.

Mục đích: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh phình động mạch đốt sống đoạn trong sọ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu từ 10/2013-10/2016 trên 21 bệnh nhân có phình động mạch đốt sống tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam: 1/1,6. Tuổi trung bình là 46,2. 57,1% vỡ gây chảy máu dưới nhện, 23,8% chèn ép, và 9,5% tắc mạch. Lâm sàng: 100% đau đầu, 57,1% hội chứng màng não, 19% có hội chứng tăng áp lực nội sọ. 42,9% ở độ 1-2, 14,3% độ 3. Trên CLVT đa dây có 57,1% chảy máu dưới nhện, 42,9% chảy máu não thất 4 và 33,3% chảy máu não thất 3 và não thất bên. 19% bệnh nhân có giãn não thất trên fêu. 61,9% phình hình túl và 38,1% hình thoi. 52,4% phình ở ngang mức động mạch tiểu não sau-dưới, 33,3% ở trước và 14,3% ở sau ĐM này. 76,2% phình bên. 42,9% có bất thường động mạch đốt sống bên đối diện. **Kết luận:** Phình động mạch đốt sống ít gặp chiếm 2,8% phình động mạch não. Phát hiện trên lâm sàng chủ yếu khi vỡ gây chảy máu dưới nhện và thường kèm theo chảy máu não thất 4 và não thất 3. Phình mạch có kích thước vừa phải, phần lớn ở ngang mức động mạch tiểu não sau dưới và có thể phối hợp với thiếu sản động mạch đốt sống đối bên.

Từ khóa: phình mạch não, chảy máu dưới nhện, động mạch đốt sống

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF VERTEBRAL ARTERY ANEURYSMS

Objectives: Evaluate clinical and radiological features of vertebral artery aneurysms. **Method:** This

study is prospective that focused on 21 patients admitted at Bach Mai Hospital, between 10/2013 and 10/2016 for vertebral artery aneurysms. **Results:** Female/Male: 1/1.5. Mean age 46,2. Discovery circumstances included rupture in 57.1%. Clinical grade: 42.9% at grade 1-2, 14.3% at grade 3. 61.9% shaped in sacciform, 38.1% in fusiform. 52.4% aneurysms located at departure of posterior inferior cerebellar artery. Small size was realized in 76.2%. Opposite vertebral artery was abnormal in 42.9%. **Conclusion:** Vertebral artery aneurysms is uncommon. These aneurysms are mainly discovered by rupture causing subarachnoid hemorrhage and associated to fourth and third ventricular hemorrhage. Size aneurysm is often small and majority of aneurysms located at departure of posterior inferior cerebellar artery. Anomalous opposite vertebral artery may be present.

Keywords: cerebral aneurysms, subarachnoid hemorrhage, vertebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch đốt sống đoạn trong sọ bắt đầu từ khi qua màng cứng hồ sau chui vào trong sọ. Có 2 động mạch đốt sống ở hai bên và thuộc tuần hoàn sau của não. Phình động mạch đốt sống đoạn trong sọ ít gặp, chiếm khoảng 0,8-1% tổng số phình động mạch não [1],[2],[3]. Phình động mạch đốt sống có thể là phình hình túl hoặc hình thoi. Phình động mạch đốt sống có thể được phát hiện trong 3 hoàn cảnh: Vỡ gây chảy máu dưới nhện, tắc mạch não do huyết khối và chèn ép thân não do kích thước lớn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 21 trường hợp túl phình động mạch đốt sống được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh của loại túl phình này.

* Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hào

Email: ngthehao2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.10.2016

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2016

Ngày duyệt bài: 6.12.2016