

pneumoniae kháng với Penicillin và Clarithromycin; 66,7% kháng với Cefotaxime; 44,4% kháng với Ceftriaxone và Clindamycin; với Chloramphenicol, tỉ lệ nhạy đến 77,8%. Xuất hiện 2 trường hợp *S. pneumoniae* kháng với Levofloxacin. Chưa có trường hợp nào kháng với Linezolid và Vancomycin. Nghiên cứu của Cao Phạm Hà Giang<sup>4</sup> năm 2014 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cho thấy *S.pneumoniae* nhạy 85% với Clindamycin, nhạy 100% với Vancomycin và Levofloxacin. Theo Ngô Chí Quang,<sup>5</sup> các chủng *S.pneumoniae* phân lập được kháng 100% với Penicillin, Erythromycin, Clarithromycin; kháng cao với Clindamycin (76,9%); với Ceftriaxone, tỉ lệ nhạy khá thấp (38,5%); nhạy khá cao với Levofloxacin (92,3%) và nhạy hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm *Streptococcus pneumoniae* vẫn cao nhất trong dân số nghiên cứu, kế đó là *E. coli*, *K. pneumoniae* và *Acinetobacter* spp. Tác nhân siêu vi chiếm tỉ lệ cao nhất là CMV, RSV và rhinovirus.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Nghĩa, Phạm Thị Tâm.** Mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tại một số Bệnh viện Tỉnh Vĩnh Long từ năm 2010 đến 2014. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ - số 19/2019.
2. **Pryhuber GS.** Postnatal Infections and Immunology Affecting Chronic Lung Disease of Prematurity. Clinics in Perinatology. 2015;42(4): 697-718. doi:10.1016/j.clp.2015.08.002
3. **Diggikar S, Paul A, Razak A, Chandrasekaran M, Swamy RS.** Respiratory infections in children born preterm in low and middle-income countries: A systematic review. Pediatric Pulmonology. 2022;57(12):2903-2914. doi:10.1002/ppul.26128
4. **Cao Phạm Hà Giang, Phạm Thị Minh Hồng.** Đặc điểm lâm sàng, vi sinh và điều trị của trẻ em viêm phổi nặng cần thở oxy tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2014
5. **Ngô Chí Quang, Phan Hữu Nguyệt Diễm.** Khảo sát tỉ lệ đồng nhiễm tác nhân gây bệnh và kết quả điều trị viêm phổi nặng cần hỗ trợ oxy ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi nhập khoa nội tổng quát 1 và 2 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. 2023
6. **Nguyễn Thị Thu Sương, Trần Anh Tuấn, Phan Hữu Nguyệt Diễm.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em khoa hô hấp bệnh viện nhi đồng 1. Tạp chí Nhi khoa. 2023;16(4): 18-28. doi:https://doi.org/10.52724/tcnk.v16i4.223
7. **Deloria Knoll M, Prosperi C, Baggett HC, et al.** Introduction to the Site-specific Etiologic Results From the Pneumonia Etiology Research for Child Health (PERCH) Study. Pediatric Infectious Disease Journal. 2021;40(9S):S1-S6. doi:10.1097/INF.0000000000002778
8. **Samir S. Shah, John S. Bradley.** Pediatric Community-Acquired Pneumonia. Cherry JD, Kaplan SL, Steinbach WJ, et al, eds. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Eighth edition. Elsevier; 2019: 208-218

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Dương Đại Hà<sup>1,2</sup>, Nguyễn Mạnh Hùng,<sup>3</sup> Nguyễn Đình Hưng<sup>3</sup>,  
Dương Trung Kiên<sup>3</sup>, Dương Đình Tuấn<sup>3</sup>, Nguyễn Việt Đức<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá và phân tích một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca lâm sàng thực hiện 64 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa

Xanh Pôn từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024, các bệnh nhân được cá thể hóa điều trị bằng việc tính toán đường mổ và mở xương phù hợp với tổn thương máu tụ và đặc điểm lâm sàng, qua đó 20 bệnh nhân mở xương sọ nhỏ  $\leq 5$  cm. **Kết quả:** Tuổi trung bình là:  $28,17 \pm 17,82$  tuổi, nam giới chiếm: 78,13%, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông: 78,13%. tỷ lệ bệnh nhân có điểm Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 8$  điểm trước mổ chiếm 15,63%, Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật trong vòng 24h sau chấn thương chiếm 85,84%. Kết quả điều trị tốt với điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) 4-5 điểm chiếm tới 93,75%. Các yếu tố lâm sàng quan trọng có ý nghĩa tiên lượng kết quả điều trị trên bệnh nhân gồm: điểm GCS trước mổ  $\leq 8$  điểm, giãn đồng tử trước mổ. Thể tích khối máu tụ lớn gây di lệch đường giữa  $\geq 5$  mm, có hình ảnh thoát vị não trên CLVT sọ não cũng là các yếu tố tiên

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: md.manhhung87@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

lượng nặng và kết quả xấu trên bệnh nhân. Nhóm 20 bệnh nhân mở xương sọ  $\leq 5$  cm (kích thước mở xương sọ trung bình là  $4,15 \pm 0,66$  cm) có đặc điểm: 100% có điểm GCS  $> 8$  điểm, độ rộng máu tụ trung bình là  $6,30 \pm 1,01$  cm, thể tích máu tụ trung bình là  $33,91 \pm 11,03$  cm<sup>3</sup>; 100% bệnh nhân có điểm GOS khi ra viện là 5 điểm, trên phim CLVT sọ não sau mổ thì độ dày máu tụ tồn dư trung bình là  $3,99 \pm 3,15$  mm và di lệch đường giữa trung bình là:  $0,40 \pm 1,05$  mm thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân mở xương  $> 5$  cm. **Kết luận:** Với tính chất diễn biến cấp tính trong giờ đầu sau chấn thương sọ não nên máu tụ ngoài màng cứng luôn đặt ra yêu cầu tổ chức cấp cứu nhanh và điều trị can thiệp phẫu thuật kịp thời. Theo dõi bệnh nhân cần đặc biệt lưu ý tới tình trạng tri giác (thang điểm GCS) và các dấu hiệu thần kinh khác có trên bệnh nhân. Trên một số trường hợp máu tụ NMC có tình trạng tri giác tốt, kích thước máu tụ không quá lớn, nguồn chảy máu được tiên lượng ở trung tâm diện máu tụ thì mở xương  $\leq 5$  cm là phương án có kết quả điều trị tốt cả về lâm sàng và hình ảnh nên cần được tiếp tục nghiên cứu và cân nhắc, cá thể hóa phương án điều trị trên từng bệnh nhân để cho kết quả điều trị tốt nhất. **Từ khóa:** Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính, chấn thương sọ não

## SUMMARY

### SURGICAL OUTCOMES OF ACUTE TRAUMATIC EPIDURAL HEMATOMA AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL AND PROGNOSTIC FACTORS

**Objectives:** To evaluate and analyze factors associated with surgical outcomes in traumatic EDH. **Materials and methods:** A descriptive study of a series of clinical cases involving 64 patients underwent surgical treatment for traumatic EDH at Saint Paul General Hospital from January 2022 to August 2024. The treatment was individualized by calculating the surgical approach and craniotomy size to the hematoma size and clinical characteristics. Among these patients, 20 patients underwent a small craniotomy with a bone flap diameter of  $\leq 5$  cm. **Result:** The mean age was  $28.17 \pm 17.82$  years, with 78.13% male patients. Traffic accidents were the primary cause (78.13%). Patients with a preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) score  $\leq 8$  accounted for 15.63%, and 85.94% of patients underwent surgery within 24 hours post-injury. Good treatment outcomes (GOS score of 4-5) were observed in 93.75% of cases. Important clinical factors associated with poor outcomes included preoperative GCS  $\leq 8$ , and preoperative pupil dilation. A large hematoma volume causing a midline shift of  $\geq 5$  mm and brain herniation on CT scan also indicated a poorer prognosis. In the group with a craniotomy size  $\leq 5$  cm (average craniotomy size:  $4.15 \pm 0.66$  cm): 100% of patients had a GCS  $> 8$ , an average hematoma width of  $6.30 \pm 1.01$  cm, and an average hematoma volume of  $33.91 \pm 11.03$  cm<sup>3</sup>. All patients in this group had a discharge GOS score of 5. Postoperative brain CT showed an average residual hematoma thickness of  $3.99 \pm 3.15$  mm and an average midline shift of  $0.40 \pm 1.05$  mm, statistically significantly lower compared to patients with a craniotomy  $> 5$  cm. **Conclusions:**

Due to the acute progression within the first hours following traumatic brain injury, epidural hematoma necessitates rapid emergency management and timely surgical intervention. Patient monitoring should pay particular attention to consciousness level (Glasgow Coma Scale) and other neurological signs present in the patient. In select EDH cases with favorable consciousness, moderate hematoma size, and a centrally located hemorrhage, a craniotomy  $\leq 5$  cm can be a viable approach to address EDH with favorable clinical and imaging outcomes. Individualize the treatment approach for each patient to achieve the best possible outcomes. **Keywords:** Acute epidural hematoma, traumatic brain injury

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng (NMC) chiếm khoảng 30% các trường hợp tụ máu nội sọ do chấn thương [1], Thường gặp ở người trẻ, tuổi trung bình của các bệnh nhân theo nhiều nghiên cứu khoảng 20 đến 30 tuổi, nguyên nhân thường gặp nhất là do tổn thương động mạch hoặc tĩnh mạch màng não giữa đi sát mặt trong xương sọ, ngoài ra chảy máu có thể từ đường vỡ xương hay từ xoang tĩnh mạch và các tĩnh mạch liên lạc đổ vào xoang tĩnh mạch [4]. Tổn thương gây chảy máu vào khoang ngoài màng cứng gây tách màng cứng khỏi mặt trong xương sọ và hình thành khối máu tụ NMC. Khối máu tụ ngoài màng cứng thường có diễn biến cấp tính và tăng kích thước trong những giờ đầu sau chấn thương sọ não. Khi khối máu tụ có thể tích đủ lớn sẽ gây chèn ép não và có biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng [5]. Nếu được chẩn đoán, điều trị kịp thời thì máu tụ NMC thường có tiên lượng tốt. Tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân phẫu thuật máu tụ NMC khoảng 1-12,5% tùy theo các nghiên cứu. Nguyên nhân chính gây tử vong và di chứng của bệnh nhân là khối máu tụ làm tăng áp lực nội sọ chèn ép tổ chức não, gây thoát vị não và thiếu máu não [5]. Tại Bệnh viện Xanh Pôn, phương tiện và phương pháp phẫu thuật cũng có những cải tiến và phát triển nhất định, việc cá thể hóa điều trị phẫu thuật giúp tính toán phương án phẫu thuật phù hợp và tối ưu cho từng trường hợp bệnh nhân. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị trên bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng cấp tính do chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn nhằm tăng cường hiệu quả quản lý và điều trị bệnh lý này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả chùm ca lâm sàng nhằm đánh giá kết quả điều trị 64 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị máu tụ NMC do chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng

01/2022 đến tháng 08/2024 và phân tích các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị. Các bệnh nhân được cá thể hóa phương án điều trị phẫu thuật. Có 20 bệnh nhân có điểm GCS >8đ, kích thước độ rộng máu tụ NMC <10 cm, nguồn chảy máu tiên lượng ở vị trí trung tâm của diện máu tụ được mở xương sọ rộng ≤ 5 cm. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ở nhóm 20 bệnh nhân mở xương nhỏ ≤ 5 cm được mô tả và so sánh với nhóm còn lại.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng chính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng chính và kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu	Phân tích thống kê
Số lượng bệnh nhân nghiên cứu	64
Tuổi trung bình	28,17±17,82
Giới tính (nam: nữ)	3,6:1
<b>Nguyên nhân chấn thương</b>	
Tai nạn giao thông	50 78,13%

Tai nạn sinh hoạt	9	14,06%
Tai nạn lao động	4	6,25%
Tai nạn bạo lực	1	1,56%
<b>Tri giác trước mổ</b>		
3-8	10	15,63%
9-12	28	43,75%
13-15	26	40,62%
<b>Thời gian phẫu thuật sau chấn thương</b>		
Sau chấn thương < 24h	55	85,94%
Sau chấn thương ≥ 24h	9	14,06%
<b>Kết quả điều trị theo điểm GOS khi ra viện</b>		
1-2 điểm	0	0,00%
3 điểm	4	6,25%
4 điểm	12	18,75%
5 điểm	48	75,00%

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình 28,17 ± 17,82 tuổi, nam gấp 3,6 lần nữ, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông, 84,37% có GCS trước mổ >8 điểm. 85,94% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 24h sau chấn thương. Kết quả điều trị tốt (Điểm GOS 4-5 điểm) chiếm 93,75%.

#### 3.2. Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị

**Bảng 2. Các yếu tố lâm sàng trước mổ liên quan tới kết quả điều trị (N=64)**

Các yếu tố liên quan		GOS 3-4 điểm (n=16)	GOS 5 điểm (n=48)	p
Giới tính	Nam (n=50)	13	37	1,000 <sup>d</sup>
	Nữ (n=14)	3	11	
Tri giác trước mổ	GCS ≤ 8 (n=10)	9	1	<0,001 <sup>d</sup>
	GCS > 8 (n=54)	7	47	
Có dấu hiệu vỡ nền sọ	Có (n=34)	11	23	0,148 <sup>c</sup>
	Không có (n=30)	5	25	
Giãn đồng tử trước mổ	Có (n=8)	5	3	0,019 <sup>d</sup>
	Không (n=56)	11	45	
Tuổi trung bình của bệnh nhân (tuổi)		34,50 ± 6,92	26,00 ± 17,89	0,095 <sup>a</sup>
Thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật (giờ)		8,25 ± 6,92	14,00 ± 15,47	0,047 <sup>a</sup>

a: Independent Samples Test; c: Chi-Square Test; d: Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Tuổi, giới, dấu hiệu vỡ nền sọ là các yếu tố không có liên quan tới kết quả điều trị ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm GOS 5đ khi ra viện ở nhóm có điểm GCS ≤ 8 điểm, giãn đồng tử thấp hơn có ý

nghĩa thống kê so với nhóm còn lại với p lần lượt là < 0,001 và 0,019. Thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật ở nhóm có điểm GOS 5 điểm dài hơn so với nhóm có điểm GOS 3-4 điểm, p=0,047.

**Bảng 3. Hình ảnh cắt lớp vi tính trước mổ liên quan tới kết quả điều trị (N=64)**

Các yếu tố liên quan		GOS 3-4 điểm (n=16)	GOS 5 điểm (n=48)	p
Di lệch đường giữa (mm)	< 5 (n=35)	4	31	0,006 <sup>c</sup>
	≥ 5 (n=29)	12	17	
Có hình ảnh thoát vị não	Có (n=11)	8	3	<0,001 <sup>d</sup>
	Không (n=53)	8	45	
Có tổn thương sọ não khác kèm theo	Có (n=34)	10	24	0,386 <sup>c</sup>
	Không (n=30)	6	24	
Bên tụ máu ngoài		Bên phải (n=29)	8 21	0,664 <sup>c</sup>

<b>màng cứng</b>	Bên trái (n=35)	8	27	
<b>Độ dày máu tụ trung bình (cm)</b>		2,97 ± 0,82	2,22 ± 0,59	<0,001 <sup>a</sup>
<b>Thể tích máu tụ trung bình (cm<sup>3</sup>)</b>		74,37 ± 41,85	41,91 ± 19,53	<0,001 <sup>a</sup>

a: Independent Samples Test; c: Chi-Square Test; d: Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Các yếu tố gồm: mức độ di lệch đường giữa, hình ảnh thoát vị não, độ dày và thể tích ước tính của khối máu tụ NMC là các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê tới kết quả điều trị.

### 3.3. Đặc điểm lâm sàng chính và kết quả điều trị ở nhóm mở xương sọ nhỏ

**Bảng 4. Một số đặc điểm của 2 nhóm bệnh nhân theo kích thước mở xương sọ (N=64)**

Hình ảnh CLVT sau mổ	Nhóm mở xương ≤5 cm (n=20)	Nhóm mở xương >5 cm (n=44)	p
GCS trước mổ > 8 điểm	20	34	0,016 <sup>d</sup>
GCS trước mổ ≤ 8 điểm	0	10	
Chiều rộng trung bình máu tụ (cm)	6,30 ± 1,01	7,53 ± 1,47	0,001 <sup>a</sup>
Kích thước mở xương trung bình (cm)	4,15 ± 0,66	6,99 ± 1,32	<0,001 <sup>a</sup>
Thể tích máu tụ trung bình (cm <sup>3</sup> )	33,91 ± 11,03	57,35 ± 33,05	<0,001 <sup>a</sup>

a: Independent Samples Test; d: Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân mở xương sọ ≤ 5cm có GCS trước mổ >8 điểm. Nhóm bệnh nhân mở xương > 5 cm có chiều rộng trung bình máu tụ, thể tích trung bình của máu tụ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm mở xương ≤ 5 cm.

**Bảng 5. Kết quả sau mổ ở 2 nhóm bệnh nhân theo kích thước mở xương sọ (N=64)**

Hình ảnh CLVT sau mổ	Nhóm mở xương ≤5 cm (n=20)	Nhóm mở xương >5 cm (n=44)	p
<b>Kết quả điều trị khi ra viện</b>	GOS 5 điểm (n=48)	20	0,002 <sup>c</sup>
	GOS 3-4 điểm (n=16)	0	
<b>Độ dày máu tụ tồn dư (mm)</b>	3,99 ± 3,15	6,67 ± 3,82	0,008 <sup>a</sup>
<b>Di lệch đường giữa (mm)</b>	0,40 ± 1,05	1,39 ± 2,45	0,027 <sup>a</sup>

a: Independent Samples Test; c: Chi-Square Test

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân ở nhóm được mở xương sọ ≤ 5 cm có kết quả GOS khi ra viện là 5 điểm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mở xương > 5cm, p=0002. Độ dày máu tụ tồn dư và mức độ di lệch đường giữa trên CLVT sọ não sau mổ ở nhóm mở xương ≤ 5cm thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mở xương sọ > 5cm với p lần lượt là 0,008 và 0,027.

## IV. BÀN LUẬN

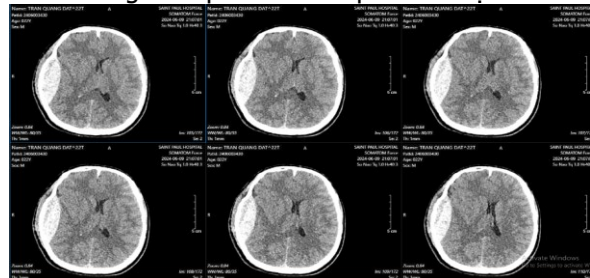
### 4.1. Các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng.

Phẫu thuật điều trị máu tụ NMC do chấn thương sọ não có tỷ lệ kết quả tốt cao. Theo nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị theo thang điểm GOS ở thời điểm ra viện không có trường hợp nào tử vong hay thực vật, tỷ lệ kết quả tốt (GOS 4-5 điểm) chiếm tới 93,75%, bệnh nhân có điểm GOS 5 điểm (hồi phục hoàn toàn) chiếm tới 75,00%. Theo nghiên cứu của Jeong Y.H và cộng sự (2016) trên 285 bệnh nhân máu tụ NMC được phẫu thuật thì kết quả tốt theo thang điểm GOS chiếm tới 87,7% [6].

Các yếu tố lâm sàng như giới tính, tuổi, có dấu hiệu vỡ nền sọ không có liên quan tới kết quả điều trị. Tri giác (điểm GCS) trước mổ, dấu hiệu giãn đồng tử liên quan có ý nghĩa thống kê tới kết quả điều trị sau mổ. Đây cũng là các yếu

tố lâm sàng đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có giá trị tiên lượng tới kết quả điều trị của bệnh nhân. Theo Bullock M.R. (2006) tổng hợp nhiều nghiên cứu thì tri giác của bệnh nhân đặc biệt là thời gian diễn biến của hôn mê và các dấu hiệu tổn thương thần kinh là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng quan trọng. Trên các bệnh nhân chấn thương sọ não máu tụ NMC cấp tính hôn mê với điểm GCS < 9 điểm được khuyến nghị can thiệp phẫu thuật điều trị sớm nhất có thể để tránh những kết quả xấu sau phẫu thuật [2].

Hình ảnh di lệch đường giữa, thoát vị não, độ dày khối máu tụ, thể tích khối máu tụ trên phim chụp CLVT là các yếu tố có ý nghĩa tiên lượng tới kết quả điều trị. Các yếu tố khác như có tổn thương sọ não khác kèm theo, bên tụ máu không liên quan tới kết quả điều trị.



**Hình 1. Hình ảnh CLVT sọ não của bệnh nhân**

**nhân sau chấn thương**

\* Nguồn: BN Trần Quang D, mã BA: 2406090238

Di lệch đường giữa đánh giá hiệu ứng khối chèn ép não trên bệnh nhân, những trường hợp di lệch đường giữa  $>5$  mm đa phần đều được các tác giả đồng thuận như là 1 tiêu chí để chỉnh định can thiệp phẫu thuật [2]. Trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì thể tích máu tụ trung bình ở nhóm có điểm GOS 3-4 điểm ( $74,37 \pm 41,85$  cm<sup>3</sup>) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có GOS là 5 điểm ( $41,49 \pm 19,53$  cm<sup>3</sup>) với  $p < 0,001$ . Theo Lee và cộng sự thì máu tụ có thể tích trên 50 cm<sup>3</sup> liên quan có ý nghĩa thống kê tới kết quả điều trị xấu trên bệnh nhân, tỷ lệ kết quả xấu ở các bệnh nhân có thể tích máu tụ  $<50$  cm<sup>3</sup> là 6,2% thấp hơn có nghĩa thống kê so với 24% ở nhóm có thể tích máu tụ trên 50 cm<sup>3</sup> [7].



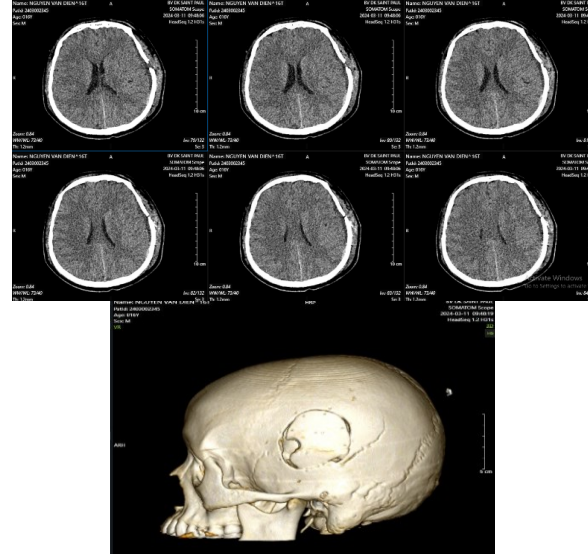
**Hình 2. Hình ảnh bệnh nhân mổ máu tụ NMC cấp tính với đường rạch da thẳng và mở xương nhỏ**

\* Nguồn: Một số BN trong nghiên cứu

(A: Hình ảnh bóc lộ xương; B: Hình ảnh khối máu tụ NMC qua cửa sổ mở xương sọ nhỏ; C: Hình ảnh sau lấy bỏ khối máu tụ NMC và khâu treo màng cứng; D: Hình ảnh vết mổ da đầu)

**4.2. Kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân mở xương sọ nhỏ  $\leq 5$  cm.** Trên 20 bệnh nhân được cá thể hóa điều trị với đường mở xương sọ  $\leq 5$ cm thì kết quả điều trị GOS 5 điểm là 100%. Độ dày máu tụ tồn dư và di lệch đường giữa sau mổ ở mở xương  $\leq 5$ cm đều thấp hơn nhóm mở xương  $> 5$ cm ( $p = 0,008$  và  $0,027$ ). Tuy nhiên, 2 nhóm không ngẫu nhiên và không tương đồng về đặc điểm lâm sàng cũng như hình ảnh tổn thương CLVT sọ não trước mổ. Do đó, không có cơ sở để kết luận hay đưa ra đánh giá về kích thước mở xương sọ nhỏ là hiệu quả và tốt hơn với tất cả các trường hợp máu tụ NMC. Nhưng có thể thấy, việc cá thể hóa điều trị bằng lựa chọn mở xương nhỏ hơn ( $\leq 5$  cm) trên các bệnh nhân được lựa chọn cho kết quả điều trị tốt cả về lâm sàng và hình ảnh CLVT sọ não sau mổ. Theo tác giả Seung – Kyu Park và cộng sự (2003) phẫu thuật máu tụ NMC với kích thước mở xương khoảng 4x4 cm trên 18 bệnh nhân cho kết quả điều trị tốt sau mổ. Tác giả cho rằng

phẫu thuật máu tụ NMC qua đường mở sọ nhỏ phù hợp với các trường hợp máu tụ NMC cấp tính không kèm theo phù não nặng hay có tổn thương máu tụ DMC hoặc máu tụ trong não [8].



**Hình 3: Hình ảnh CLVT sọ não sau mổ**

\* Nguồn: BN Trần Quang D, mã BA: 2406090238

**V. KẾT LUẬN**

Máu tụ NMC là tổn thương cấp tính, đa số tổn thương diễn biến và có chỉ định phẫu thuật trong thời gian 24h sau chấn thương, đặt ra yêu cầu cấp cứu và can thiệp điều trị sớm. Những trường hợp hôn mê với điểm GCS  $\leq 8$  điểm, có các dấu hiệu nặng kèm theo như giãn đồng tử, hình ảnh di lệch đường giữa  $> 5$  mm, thoát vị não cần phải được phẫu thuật cấp cứu nhanh nhất có thể. Trên một số trường hợp bệnh nhân có máu tụ NMC có tình trạng tri giác tốt, máu tụ có kích thước không quá lớn, thực hiện mở xương sọ nhỏ  $\leq 5$  cm ở vị trí trung tâm diện máu tụ có kết quả điều trị tốt cả về lâm sàng và hình ảnh CLVT sọ não sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Aromatario, M., A. Torsello, S. D'Errico, et al. Traumatic Epidural and Subdural Hematoma: Epidemiology, Outcome, and Dating. *Medicina* (Kaunas). 2021. 57(2).
2. Bullock, M.R., R. Chesnut, J. Ghajar, et al. Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery*. 2006. 58(3 Suppl): p. S7-15; discussion Si-iv.
3. Chen, H., Y. Guo, S.W. Chen, et al. Progressive epidural hematoma in patients with head trauma: incidence, outcome, and risk factors. *Emerg Med Int*. 2012. 2012: p. 134905.
4. Charcos, I.B., T.W. Wong, B.R. Larsen, et al. Location of Traumatic Cranial Epidural Hematoma Correlates with the Source of Hemorrhage: A 12-Year Surgical Review. *World Neurosurg*. 2021.

- 152: p. e138-e143.
5. **Khairat, A. and M. Waseem, Epidural Hematoma**, in StatPearls. 2021: Treasure Island (FL).
  6. **Jeong, Y.H., J.W. Oh, S. Cho, et al.** Clinical Outcome of Acute Epidural Hematoma in Korea: Preliminary Report of 285 Cases Registered in the Korean Trauma Data Bank System. Korean J Neurotrauma. 2016. 12(2): p. 47-54.
  7. **Lee, E.J., Y.C. Hung, L.C. Wang, et al.** Factors influencing the functional outcome of patients with acute epidural hematomas: analysis of 200 patients undergoing surgery. J Trauma. 1998. 45(5): p. 946-52.
  8. **Seung - Kyu Park, M.D.J.-D.L., M.D; Gyung - Bae Song, M.D; Yong - Su Kim, M.D; Sin-Gil Yim, M.D; Kyu-Yong Cho, M.D.** The operation of Acute Epidural Hematoma Through Small Craniotomy: Technical Note. J Korean Neurosurg Soc. 2003. 33: p. 108-110.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN NĂM 2024

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Ngô Trung Kiên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả 830 bệnh nhân được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ năm 2023 – 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 830 bệnh nhân được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ năm 2023 - 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 50,6 ± 6,9 tuổi; Nam chiếm 65,3%, Nữ chiếm 34,7%; Tiền sử mổ mở lấy sỏi thận: 65/830 bệnh nhân (chiếm 7,8%); Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là: 24,5 ± 9,8 mm; Vị trí sỏi: Bể thận 50,7%, sỏi đài dưới 9,6%, sỏi đài trên 13,5%, sỏi phức hợp 21,7, sỏi san hô 4,5%; Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng theo phân độ của Clavien – Dindo là 792/830 bệnh nhân (chiếm 95,4%), độ I chiếm 2,7%, độ II chiếm 1,7%, có 2 bệnh nhân biến chứng độ III chiếm 0,2%; Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 ngày là: 89,8%, Kết quả chung sau phẫu thuật: Tốt chiếm 91,6%, trung bình chiếm 8,2%, xấu chiếm 0,2%. **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp điều trị sỏi thận an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao 89,8% và tỷ lệ biến chứng thấp 4,6%.

### SUMMARY

#### EVALUATE OUTCOMES OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT XANH PON HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To evaluate the result of percutaneous nephrolithotomy (PCNL) under ultrasound guidance in 830 patients at Xanh Pon Hospital from 2023 to 2024. **Method:** Descriptive cross-sectional study of 830 patients who underwent PCNL under ultrasound guidance at Xanh Pon Hospital

from 2023 to 2024. **Results:** Average age: 50.6 ± 6.9 years; Male: 65.3%, Female: 34.7%; History of prior open stone surgery: 65/830 patients (7.8%); Mean stone size on CT scan: 24.5 ± 9.8 mm; Stone location: Renal pelvis 50.7%, Lower calyx 9.6%, Upper calyx 13.5%, Complex stones 21.7%, Staghorn stones 4.5%; Rate of patients without complications according to Clavien – Dindo classification: 792/830 patients (95.4%), Grade I 2.7%, Grade II 1.7%, 2 patients had Grade III complications (0.2%); Stone clearance rate at 3 days: 89.8%; Overall surgical outcomes: Excellent 91.6%, Fair 8.2%, Poor 0.2%. **Conclusion:** Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy was a safe and effective method for the treatment of kidney stones, with a high stone clearance rate of 89.8% and a low complication rate of 4.6%.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tại Khoa Tiết niệu Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, hàng năm có khoảng hơn 1000 trường hợp bệnh nhân sỏi tiết niệu đến khám và điều trị, trong đó, sỏi thận chiếm khoảng 40-50%.

Sỏi thận gây ra nhiều hậu quả nặng nề về kinh tế xã hội cũng như ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người dân trên toàn thế giới. Ngoài việc gây ra nhiều biến chứng như: nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận... sỏi thận còn là nguyên nhân gây ra tử vong của 19.000 người mỗi năm trên toàn thế giới tính từ năm 1990 – 2010 [6]. Vì vậy, sỏi thận cần phải được phát hiện sớm để có các biện pháp điều trị thích hợp [1], [2].

Trong những năm gần đây, tán sỏi thận qua da (PCNL) đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, tán sỏi qua da với đường hầm tiêu chuẩn cũng có tỷ lệ biến chứng chảy máu và mức độ ảnh hưởng tới nhu mô thận khá cao. Tán sỏi qua da với đường hầm nhỏ giúp giảm thiểu những biến chứng này, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện. Nhằm có

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024