

- brainsci14050517
9. **Fernandes A, Rocha N, Santos R, Tavares JMRS.** Effects of dual-task training on balance and executive functions in Parkinson's disease: A pilot study. *Somatosensory & Motor Research*. 2015; 32(2): 122-127. doi:10.3109/08990220.2014.1002605
10. **Cruise KE, Bucks RS, Loftus AM, Newton RU, Pegoraro R, Thomas MG.** Exercise and Parkinson's: benefits for cognition and quality of life. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2011;123(1): 13-19. doi:10.1111/j.1600-0404.2010.01338.x

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Văn Khoa¹, Mạc Hoàng Dương¹,
Nguyễn Mạnh Tuyên¹, Nguyễn Khánh Trình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) người bệnh chấn thương sọ não nặng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật chấn thương sọ não nặng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 73 người bệnh chấn thương sọ não nặng được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ 06/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** Trong số 73 người bệnh nghiên cứu: Tuổi trung bình là $41,27 \pm 17,1$, tuổi nhỏ nhất là 6 và lớn nhất là 85. Nam giới chiếm tỷ lệ 76,71%, nữ giới chiếm: 23,29%, tỷ lệ nam/nữ = 3/1. Tai nạn giao thông (TNGT) chiếm 71,2% nguyên nhân gây tai nạn. Tình trạng ý thức lúc nhập viện: Hôn mê chiếm 64,4%, lơ mơ: 28,8%, tỉnh 6,8%. Tổn thương phổi hợp gặp ở 29 người bệnh (39,7%). Tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não trước phẫu thuật: Máu tụ ngoài màng cứng chiếm 26,0%, dưới màng cứng chiếm 15,1%, chấn thương phổi hợp chiếm 57,5%. Đe đẩy đường giữa >10-15mm chiếm 43,8%, 47,9% có xóa bể đáy. 84,9% người bệnh được phẫu thuật trong vòng 6 giờ đầu từ khi nhập viện. Thời gian nằm viện trung bình là $13,26 \pm 1,27$ ngày. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ người bệnh ổn định là 76,7%, tử vong là 23,3%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu tại vị trí phẫu thuật: 17,8%, chảy máu bên đối diện là 6,8%, 2 trường hợp phải phẫu thuật lần 2. Kết quả khám lại sau 2 tháng, đánh giá theo thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS): Tử vong: 26%, sống thực vật: 11%, di chứng nặng: 12,3%, di chứng nhẹ: 16,5%, phục hồi tốt: 34,2%. Điểm Glasgow trước phẫu thuật càng thấp, giãn đồng tử trước phẫu thuật, liệt vận động trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P \leq 0,05$). **Kết luận:** Trong phẫu thuật chấn thương sọ não nặng, nam giới chiếm tỷ lệ cao, người bệnh nhập viện chủ yếu trong tình trạng đã hôn mê. Trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não: Tổn thương phổi hợp chiếm tỷ lệ

cao nhất. Biến chứng sau phẫu thuật tương đối thấp. Tri giác kém, dấu hiệu thần kinh khu trú trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ tử vong. Chất lượng sống của người bệnh sau 2 tháng được cải thiện so với thời điểm xuất viện cho thấy vai trò của phục hồi chức năng. **Từ khóa:** Chấn thương sọ não nặng, áp lực nội sọ, cắt lớp vi tính, phẫu thuật, giải tỏa não.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY SURGERY AT BAC GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Clinical characteristics and computed tomography (CT) imaging features of patients with severe traumatic brain injury at Bac Giang Provincial General Hospital from June 2023 to June 2024. Early outcome evaluation of severe traumatic brain injury surgery at Bac Giang Provincial General Hospital. **Methods:** A Retrospective descriptive study was conducted on 73 patients with severe traumatic brain injury treated surgically at Bac Giang Provincial General Hospital from June 2023 to June 2024. **Results:** In the study of 73 patients: The average age was $41,27 \pm 17,1$, with the youngest at 6 years and the oldest is 85. Males accounted for 76,71%, and females 23,29%, yielding a male-to-female ratio of 3/1. Traffic accidents were the cause in 71,2% of cases. At admission, 64,4% of the patients were comatose, 28,8% were semi-conscious, and 6,8% were conscious. Associated injuries were present in 29 patients (39,7%). Preoperative CT scans showed epidural hematomas in 26%, subdural hematomas in 15,1%, and combined injuries in 57,5% of cases. Midline shift >10mm to 15mm was observed in 43,8%, and 47,9% had obliterated basal cisterns. Surgery was performed within the first 6 hours after admission for 84,9%. The average hospital stay was $13,26 \pm 1,27$ days. At discharge, 76,7% of patients were stable, while 23,3% had died. Postoperative complication rates included hemorrhage at the surgical site (17,8%) and contralateral hemorrhage (6,8%), with two cases requiring reoperation. Two months post-surgery, Glasgow Outcome Scale (GOS) assessments indicated 26% mortality, 11% in a vegetative state, 12,3% with severe disability, 16,5% with mild disability, and 34,2% with good recovery. A lower preoperative Glasgow Coma Scale, preoperative

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khoa

Email: khoanguyenhamy@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

pupil dilation, and preoperative motor paralysis were statistically significant risk factors for mortality ($P \leq 0,05$). **Conclusion:** In severe traumatic brain injury surgery, a high proportion of patients are male, with most admitted in a comatose state. CT scans reveal that combined injuries are the most common finding. Postoperative complications are relatively low. Poor preoperative consciousness and focal neurological signs increase the risk of mortality. The quality of life of patients improved two months after discharge, highlighting the role of rehabilitation.

Keywords: Severe traumatic brain injury, increased intracranial pressure, computed tomography, surgery, brain decompression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) được định nghĩa là những thương tổn xương sọ, nhu mô và mạch máu não do chấn thương. Hiện nay, CTSN là cấp cứu thường gặp nhất trong tất cả các cấp cứu ngoại khoa với tỷ lệ tử vong và di chứng nặng nề. Tại Hoa Kỳ, hàng năm có khoảng 2.8 triệu người CTSN trong đó 56.000 người chết, 282.000 người phải điều trị tại bệnh viện¹ Chi phí điều trị cho CTSN được ước tính là 76,5 tỷ USD mỗi năm². Theo thống kê của bệnh viện Việt Đức, thì cấp cứu sọ não tăng lên hàng năm. CTSN được xác định là nặng khi điểm Glasgow Coma Scale ≤ 8 sau khi được xử trí cấp cứu ban đầu, chiếm 28,3% tổng số chấn thương sọ não, có tỷ lệ tử vong và di chứng nặng là 36,6 - 80%³. Điều trị CTSN nặng với mục đích làm giảm áp lực nội sọ để duy trì áp lực tưới máu não, giúp cho tổ chức não được cung cấp đủ oxy, giảm tử vong và di chứng. Khi điều trị hồi sức tích cực không thể khống chế được tăng áp lực nội sọ, phẫu thuật mở sọ giải áp và lấy máu tụ được coi là phương án điều trị tối ưu và triệt để nhất⁴. Nghiên cứu kết quả sớm điều trị phẫu thuật trong CTSN nặng đã và đang diễn ra nhiều nơi trên Thế giới và ở Việt Nam cho thấy vai trò của phẫu thuật trong điều trị người bệnh CTSN nặng. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang hàng năm điều trị cho hàng nghìn lượt người bệnh CTSN và phẫu thuật cho nhiều người bệnh CTSN nặng. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu và đánh giá một cách đầy đủ về kết quả điều trị phẫu thuật tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mong muốn đưa ra một bức tranh về tình hình CTSN cũng như góp phần đánh giá kết quả điều trị người bệnh CTSN nặng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 73 người bệnh được chẩn đoán xác định là CTSN nặng và

được phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: Tất cả người bệnh được chẩn đoán là CTSN nặng ($G \leq 8$ đ), được chụp CLVT trước phẫu thuật, có chỉ định và được phẫu thuật lấy máu tụ và giảm áp nội sọ. Người bệnh được theo dõi và đánh giá tại thời điểm xuất viện và tại thời điểm khám lại sau phẫu thuật 2 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ và thuận tiện, bao gồm tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiến hành nghiên cứu mô tả. Lập bệnh án nghiên cứu thống nhất. Tiến hành thu thập số liệu theo mẫu bệnh án phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu. Dựa trên thống kê các số liệu, đưa ra nhận xét về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT sọ não trước phẫu thuật và kết quả điều trị sau phẫu thuật CTSN nặng.

Nghiên cứu: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật, đặc điểm trên CLVT sọ não trước phẫu thuật, phân tích điều trị phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện, đánh giá kết quả tại thời điểm khám lại sau 2 tháng, phân tích mối liên quan giữa các yếu tố với kết quả phẫu thuật.

Dữ liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các kết quả nghiên cứu đối với các biến định tính được phân tích dưới dạng tỷ lệ %, đối với các biến định lượng là các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, tối thiểu và khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p \leq 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

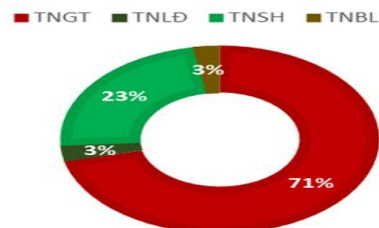
2.3. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Trung bình là $41,27 \pm 17,1$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 6 và lớn nhất là 85. Nhóm tuổi 20-39 chiếm 39,7%. Nam chiếm 76,71% và nữ 23,29% với tỷ lệ nữ/nam là 3/1.

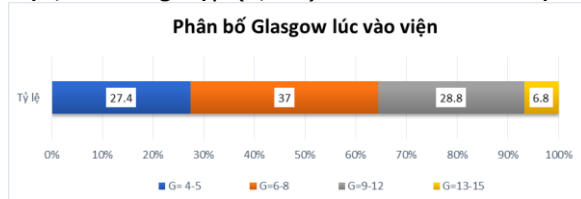
NGUYÊN NHÂN GÂY TAI NẠN



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây tai nạn (n=73)

3.2. Đặc điểm lâm sàng sàng người bệnh CTSN trước phẫu thuật

Diễn biến ý thức sau tai nạn: 47 trường hợp, chiếm 64,4% hôn mê ngay từ lúc nhập viện, 21 trường hợp, chiếm 28,8% lơ mơ khi vào viện, 5 trường hợp (6,8%) tỉnh táo khi vào viện.



Biểu đồ 3.2. Thang điểm Glasgow lúc vào viện (n=73)

Dấu hiệu đồng tử trước phẫu thuật: 16 trường hợp không giãn đồng tử, chiếm 21,9%, 44 trường hợp giãn một bên, chiếm 60,3%, 13 trường hợp giãn cả 2 bên, chiếm 17,8%.

Dấu hiệu liệt vận động trước phẫu thuật: Trước phẫu thuật: 43 người bệnh có dấu hiệu liệt vận động, chiếm 58,9%, 30 trường hợp không liệt vận động chiếm 41,1%.

Bảng 3.1. Tổn thương phối hợp.

Tổn thương phối hợp	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Tổn thương phối hợp	29	39,7
Chấn thương (CT) hàm mặt	5	6,8
CT cột sống cổ	5	6,8
CT ngực	16	21,9
CT bụng	1	1,4
Gãy xương chi	9	12,3
Shock đa chấn thương	2	2,7

3.3. Hình ảnh cắt lớp vi tính trước phẫu thuật

Bảng 3.2. Hình ảnh tổn thương não trên CLVT

Tổn thương não	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Máu tụ ngoài màng cứng	19	26,0
Máu tụ dưới màng cứng	11	15,1
Giập não	1	1,4
Phù não	0	0,0
Tổn thương phối hợp	42	57,5
Tổng	73	100,0

Vị trí, bên tổn thương não trên CLVT: 72 trường hợp nằm ở bán cầu đại não, và 1 trường hợp nằm ở hố sau. Bên phải: 36 trường hợp, chiếm 49,3%, bên trái: 30 trường hợp, chiếm 41,1%, và cả 2 bên: 7 trường hợp, chiếm 9,6%.

Bảng 3.3. Mức độ đè dấy đường giữa (n=73)

Hình ảnh cắt lớp vi tính	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
0-5 mm	16	21,9
6-10 mm	18	24,7
>10mm-15mm	32	43,8

>15mm	7	9,6
Tổng	73	100

Mức độ chèn ép bể đáy: 47,9% người bệnh có tình trạng xóa bể đáy, 52,1% không xóa bể đáy trên CLVT sọ não trước phẫu thuật.

3.4. Điều trị sớm chấn thương sọ não nặng

Bảng 3.4. Thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật (n=73)

Thời gian	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Trước 6h	62	84,9
6h-24h	9	12,3
Từ 24h về sau	2	2,7
Tổng	73	100,0

Bảng 3.5. Thời gian phẫu thuật (n=73)

Thời gian phẫu thuật (t)	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
t ≤ 90 phút	17	23,3
90 < t ≤ 120 phút	18	24,7
120 < t ≤ 150 phút	34	46,6
150 < t ≤ 180 phút	3	4,1
t > 180 phút	1	1,4
Tổng	73	100,0

Bảng 3.6. Đường phẫu thuật (n=73)

Đường phẫu thuật	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Trán-thái dương-đỉnh 1 bên	66	89,4
Sọ trán hai bên	1	1,4
Thái dương đỉnh 2 bên	6	9,5
Tổng	73	100,0

Bỏ xương – vá chùng màng cứng – giải tỏa não: 64 trường hợp được bỏ xương, giải tỏa não (87,7%), 9 trường hợp không bỏ xương và giải tỏa não, (12,3%).

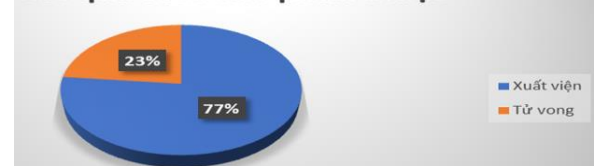
Truyền máu trong phẫu thuật: 6,8% không truyền máu, 82,2% truyền từ 350-700ml, 11% truyền > 700ml máu trong phẫu thuật.

3.5. Kết quả sau phẫu thuật chấn thương sọ não nặng

3.5.1. Kết quả sớm sau phẫu thuật tại thời điểm ra viện

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là $13,26 \pm 1,27$ ngày. Thời gian nằm viện dài nhất là 38 ngày và ngắn nhất là ra viện ngay trong ngày.

Kết quả sớm sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.3. Kết quả tử vong và xuất viện sau phẫu thuật CTSN nặng (n=73)

Bảng 3.7. Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n=73)

Biến chứng	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	46	63,0
Chảy máu tại vị trí phẫu thuật	13	17,8
Chảy máu bên đối diện	5	6,8
Phù não sau phẫu thuật	9	12,3
Tổng	73	100,0

Bảng 3.8. Kết quả sau phẫu thuật (Thời điểm người bệnh ra viện) (n=73)

GOS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Độ 1: Tử vong	17	23,3
Độ 2: Thực vật	13	17,8
Độ 3: Di chứng nặng	22	30,1
Độ 4: Di chứng nhẹ	20	27,4
Độ 5: Phục hồi tốt	1	1,4
Tổng	73	100,0

3.5.2. Kết quả khám lại sau 2 tháng

Bảng 3.9. Kết quả khám lại sau 2 tháng (Đánh giá theo thang điểm GOS) (n=73)

GOS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Độ 1	19	26,0
Độ 2	8	11,0
Độ 3	9	12,3
Độ 4	12	16,5
Độ 5	25	34,2
Tổng	73	100,0

3.6. Mối liên hệ giữa kết quả phẫu thuật với các yếu tố liên quan

Đặc điểm chung và kết quả phẫu thuật:

Không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật giữa các nhóm tuổi ($P=0,5$).

Phân bố tử vong theo nguyên nhân gây tai nạn (n=17): Trường hợp có nguyên nhân do TNGT chiếm 64,7%, tai nạn sinh hoạt chiếm 29,4%, tai nạn lao động chiếm 5,9%.

Tổn thương phổi hợp với tử vong sau phẫu thuật: 29 trường hợp có tổn thương phổi hợp, chiếm 39,7%, người bệnh có tổn thương phổi hợp, kết quả sau phẫu thuật xấu hơn nhóm CTSN đơn thuần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,105$).

Ý thức của người bệnh trước phẫu thuật với kết quả sau phẫu thuật: Ý thức người bệnh trước phẫu thuật càng kém, kết quả sau phẫu thuật càng xấu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ($P=0,000$).

Giãn động tử: Người bệnh có dấu hiệu giãn động tử trước phẫu thuật có kết quả xấu hơn nhóm không có dấu hiệu này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $P=0,043$.

Liệt nửa người: Người bệnh có dấu hiệu liệt vận động trước phẫu thuật có kết quả xấu hơn (theo GOS) so với nhóm không có dấu hiệu này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $P=0,00$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tôi, tuổi trung bình của người bệnh là $41,27 \pm 7,1$, tuổi nhỏ nhất là 6 và lớn nhất là 85. Nhóm tuổi 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất: 39,7%. Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức (2021), độ tuổi trung bình là $38,66 \pm 19,30$ tuổi.⁵ Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam: nữ = 3:1, cụ thể nam giới 76,71%, nữ giới chiếm 23,29%. Theo Giáo sư Guoyi Gao và cộng sự (Trung Quốc) (2020), hầu hết người bệnh CTSN là nam giới (74%), độ tuổi trung bình là 48 tuổi.⁶ TNGT chiếm tỷ lệ lớn nhất, 71,2%. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của Bùi Xuân Cường (2021) tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức: TNGT chiếm 69,96%, tai nạn sinh hoạt 18,96%.⁵

Ý thức người bệnh khi nhập viện: 64,4% người bệnh vào viện khi đã hôn mê, 28,8% người bệnh lơ mơ và chỉ có 6,8% người bệnh vào viện khi tỉnh. Để phát hiện tình trạng trầm trọng thêm về ý thức thứ phát, cần phải lập lại việc khám lâm sàng trong quá trình điều trị ban đầu cho người bệnh. Sự xuất hiện của các dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc Glasgow giảm 2 điểm là tiêu chuẩn để chụp CLVT lần 2.⁷

Mức độ đè đẩy đường giữa, xoa bể đáy là một tiêu chuẩn chẩn đoán, đưa ra chỉ định can thiệp phẫu thuật cũng như tiên lượng xấu cho người bệnh CTSN nặng. Theo Steven M. Toutant M.D, các tiêu chuẩn trên phim chụp CLVT so não phản ánh tăng ALNS là sự chèn ép não thất, sự dịch chuyển đường giữa > 5mm, thể tích máu tụ > 25ml, sự xoa bể đáy là dấu hiệu tốt nhất phản ánh tăng ALNS, với xoa bể đáy ICP cao hơn 30mmHg ở hơn 70% trường hợp.⁴

Chỉ định phẫu thuật CTSN nặng là: Loại bỏ khối máu tụ ngoài màng cứng có triệu chứng bất kể vị trí; máu tụ dưới màng cứng cấp tính; Dẫn lưu não úng thủy cấp tính; Xử lý vết thương vỡ lún xương sọ hở bị di lệch; Phẫu thuật lún sọ kín di lệch kèm chèn ép não.⁸ Vai trò của phẫu thuật đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trên thế giới: Nhóm phẫu thuật mở sọ giảm áp tỷ lệ tử vong giảm xuống còn 26,9%, so với 48,9% ở nhóm điều trị nội khoa, cái giá phải trả là nhiều người bệnh có tỷ lệ di chứng thần kinh lớn hơn 8,5% so với 2,1%.⁹

Tại thời điểm ra viện, số người bệnh trong tình trạng ổn định là 77%, và 23% tử vong. Tại bệnh viện Việt Đức (2021), kết quả sớm tại thời điểm ra viện với tỷ lệ sống sót là 86,3%.⁵ Sau 2 tháng, tỷ lệ người bệnh phục hồi tốt tăng lên đáng kể, trong khi đó tỷ lệ xấu giảm đi tương ứng. Tuổi tác tăng là một yếu tố dự báo tử vong, có bằng

chứng đối với người bệnh trên 70 tuổi, tuy nhiên vẫn chưa xác định được độ tuổi cắt thích hợp mà ở đó tử vong là chắc chắn, thậm chí ở nhiều nghiên cứu, sự sống sót và kết quả tốt còn có thể đạt được ở những người bệnh lớn tuổi bị CTSN.¹⁰ Ý thức của người bệnh trước phẫu thuật càng thấp thì tỷ lệ tử vong và sống thực vật càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giảm đồng tử, liệt thần kinh khu trú và dấu hiệu xóa bể đáy trước phẫu thuật có kết quả sau phẫu thuật tồi tệ hơn đối với nhóm không có dấu hiệu này. Tại Mexico (2024) không tìm thấy yếu tố nào liên quan đến tỷ lệ tử vong, tuy nhiên khi phân tích tỷ lệ sống sót cho thấy những đối tượng mắc bệnh tiểu đường, bệnh tim hoặc người bệnh có nhiều bệnh đi kèm có tỷ lệ tử vong là 100%. Các yếu tố về tuổi, điểm GCS trước phẫu thuật, mức độ nghiêm trọng của chấn thương, phản xạ đồng tử, hình ảnh trên CLVT sọ não, tình trạng thiếu oxy, hạ huyết áp toàn thân có liên quan đáng kể đến khả năng sống sót ở tất cả các người bệnh CTSN.⁶

V. KẾT LUẬN

CTSN nặng gặp nhiều ở lứa tuổi trưởng thành, nam giới do TNGT. Loại tổn thương hay gặp trên phim chụp CLVT sọ não là tổn thương phổi hợp. Điều trị phẫu thuật CTSN lấy máu tụ, cầm máu, giảm áp lực nội sọ là biện pháp tối ưu nhất hiện nay khi điều trị không đáp ứng với điều trị nội khoa. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong và di chứng còn cao do tính chất nặng nề của tổn thương. Điều trị hồi sức và phục hồi chức năng góp phần cải thiện khả năng sống sót và chất lượng sống của người bệnh sau phẫu thuật CTSN nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coronado VG, McGuire LC, Faul M, Sugerman DE, Pearson WS. Traumatic brain

injury epidemiology and public health issues. Brain Inj Med Princ Pract. 2012;84:84-100.

2. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochir (Wien). 2006;148:255-268.
3. Nguyễn Văn Hùng. Nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng và thái độ điều trị chấn thương sọ não kín do TNGT đường bộ tại Bệnh viện Việt Đức. Published online Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội 2016.
4. Nguyễn Công Tố. Các yếu tố tiên lượng và kết quả phẫu thuật giải phóng chèn ép ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Published online Y Học Thực Hành, 692: - 26 2017.
5. Bùi Xuân Cường ĐVH. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức. Published online 2021.
6. Gao G, Wu X, Feng J, et al. Clinical characteristics and outcomes in patients with traumatic brain injury in China: a prospective, multicentre, longitudinal, observational study. Lancet Neurol. 2020;19(8):670-677. doi:10.1016/S1474-4422(20)30182-4
7. Geeraerts T, Velly L, Abdenmour L, et al. Management of severe traumatic brain injury (first 24 hours). Anaesth Crit Care Pain Med. 2018; 37(2): 171-186. doi:10.1016/j.accpm. 2017.12.001
8. The natural history of brain contusion: an analysis of radiological and clinical progression in: Journal of Neurosurgery Volume 112 Issue 5 (2010) Journals. Accessed October 8, 2024. <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/112/5/article-p1139.xml>
9. Trial of Decompressive Craniectomy for Traumatic Intracranial Hypertension | New England Journal of Medicine. Accessed October 8, 2024. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1605215>
10. Muehlschlegel S, Rajajee V, Wartenberg KE, et al. Guidelines for Neuroprognostication in Critically Ill Adults with Moderate–Severe Traumatic Brain Injury. Neurocrit Care. 2024; 40(2):448-476. doi:10.1007/s12028-023-01902-2

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG MÁNG NHAU ỔN ĐỊNH CÓ SỬ DỤNG T-SCAN HỖ TRỢ

Nguyễn Anh Tùng¹, Hoàng Việt Hải¹,
Hoàng Kim Loan¹, Đinh Hoàng Anh²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Anh Tùng

Email: nguyentungrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng T-scan hỗ trợ trong điều trị bệnh rối loạn khớp thái dương hàm dưới bằng máng nhai ổn định. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế can thiệp lâm sàng không đối chứng, chọn mẫu thuận tiện 36 bệnh nhân mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm dưới (TMD) từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của McNeil từ tháng 5/2023 đến 10/2024 tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội và Viện đào tạo răng hàm mặt - Đại Học Y Hà Nội. **Kết quả:** 61,11% BN có tiếng kêu khớp trong đó 38,89% có tiếng kêu