

Nghiên cứu gốc

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG KHÁNH TỪ NĂM 2021 -2024

Đặng Ngọc Bun^{1*}, Phạm Nhật Thành¹, Bùi Phước Đoàn¹

1. Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Khánh, Đồng Nai, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Bác sĩ Đặng Ngọc Bun ✉ lavander2293@gmail.com

TÓM TẮT: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là một bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi, đa số các bệnh nhân có tiền sử chấn thương trước đó với triệu chứng đau đầu và nặng dần nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời với 2 mục tiêu chính là: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Long Khánh từ năm 2021 – 2024; 34 bệnh nhân đã được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính và được điều trị bằng phẫu thuật mổ dẫn lưu máu tụ mạn tính bằng khoan sọ một lỗ tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Long Khánh từ tháng 01/2021 – 09/2024 ; Độ tuổi trung bình là: 68.4 ± 16.9 năm. Bao gồm 30 bệnh nhân là nam giới chiếm 88.2% và 4 trường hợp nữ giới chiếm 11,8%. Nguyên nhân do chấn thương chiếm 52,9%, trong đó nguyên nhân do té ngã 29,4 % (10/34 trường hợp). Nhóm triệu chứng yếu liệt chiếm phần lớn với tỉ lệ 64,7%, đau đầu chiếm 55,8%, thay đổi tri giác 23,5%, thất ngôn 20,6%. Tình trạng chấn thương sọ não nhẹ (GCS 13-15 điểm) chiếm 76,5 %), hôn mê có 3 trường hợp chiếm 8,8%. Chụp cắt lớp vi tính: Độ dày khối máu tụ trung bình: 21.1 ± 6.3 mm. Dịch lệch đường giữa trung bình: 9.4 ± 4.8 mm có 24 cas máu tụ dưới màng cứng 1 bên chiếm 70,6%. Phương pháp mổ: 100% bệnh nhân khoan sọ 1 lỗ. Có 88.2% bệnh nhân có GCS 15đ sau mổ. Biến chứng: Nhiễm trùng 0% Chảy máu 0%, chảy máu tái phát: 4 trường hợp trong đó 2 trường hợp điều trị nội khoa 1 trường hợp mổ lại sau đó 3 tuần, tử vong 1 cas chiếm 2.9%. Thời gian nằm viện trung bình 10.7 ± 5.4 ngày, ngắn nhất 5 ngày dài nhất 25 ngày. Bệnh nhân ra viện có kết quả tốt chiếm đa số với tỉ lệ 73,5%, bệnh nhân có giảm đỡ chiếm 26,5%. Sau 1 tháng phần lớn bệnh nhân phục hồi tốt có thể quay trở lại cuộc sống bình thường đạt tỉ lệ 73,5% (25/34 trường hợp); Phẫu thuật tụ máu dưới màng cứng mạn tính bằng khoan sọ một lỗ mang lại hiệu quả, kết quả tốt, ít tai biến, biến chứng. Bệnh nhân quay trở lại hòa nhập cuộc sống tốt ít để lại di chứng.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng, khoan sọ 1 lỗ, phẫu thuật máu tụ

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING, AND SURGICAL OUTCOMES OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AT LONG KHANH REGIONAL GENERAL HOSPITAL FROM 2021 TO 2024

Dang Ngoc Bun, Pham Nhat Thanh, Bui Phuoc Doan

ABSTRACT: Chronic subdural hematoma (CSDH) is a prevalent condition in the elderly, typically following trauma and requiring prompt intervention to prevent neurological decline. This study evaluates the clinical profiles, imaging characteristics, and surgical outcomes of CSDH patients at Long Khanh Regional General Hospital (2021–2024); A retrospective analysis was conducted on 34 patients diagnosed with CSDH who underwent single-burr-hole drainage between January 2021 and September 2024; The mean age was 68.4 ± 16.9 years, with a strong male predominance (88.2%). Trauma was the leading cause (52.9%). Primary symptoms included motor weakness (64.7%), headache (55.8%), and altered consciousness (23.5%). Most patients (76.5%) presented with a Glasgow Coma Scale (GCS) of 13–15. CT scans revealed a mean hematoma thickness of 21.1 ± 6.3 mm and a midline shift of 9.4 ± 4.8 mm; 70.6% of cases were unilateral. All patients underwent single-burr-hole surgery. Postoperatively, 88.2% of patients reached a GCS of 15. The recurrence rate was 11.7% (n=4), with one patient requiring reoperation. The mortality rate was 2.9%, and the average hospital stay was 10.7 ± 5.4 days. At discharge, 73.5% of patients showed good outcomes, with the same percentage returning to normal daily activities within one month; Single-burr-hole drainage is a safe and effective treatment for CSDH, offering high success rates, low complication risks, and favorable functional recovery.

Keywords: Chronic subdural hematoma; single burr hole; hematoma surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCMT) là hiện tượng tập hợp dịch hoặc hỗn hợp dịch và máu cũ có vỏ bao bọc nằm ở khoang dưới màng cứng tức là nằm ở giữa màng cứng và màng nhện, được chẩn đoán từ tuần lễ thứ ba sau chấn thương. Máu tụ dưới màng cứng đã được đã được nhắc trong y văn từ rất lâu. Năm 1857, Virchow là người đầu tiên mô tả bệnh này ông cho rằng đó là do bệnh lý của màng cứng [1]. Năm 1914 Trotter cho rằng chấn thương sọ não là nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng mạn tính và nguồn gốc của máu tụ là do tổn thương tĩnh mạch đổ vào xoang tĩnh mạch dọc trên [2].

Thường các bệnh nhân có 80% tiền sử chấn thương, nhiều trường hợp chấn thương nhẹ, bệnh nhân không để ý, sau đó được vào viện với các triệu chứng của thần kinh [3, 4].

Loại bệnh này thường xảy ra ở những người cao tuổi, đa số bệnh nhân trên 80 tuổi [5].

Đa số nguyên nhân có liên quan đến chấn thương vùng đầu, có hay không có các yếu tố nguy cơ khác kèm theo. Một số yếu tố nguy cơ như: đang điều trị thuốc kháng đông, suy dinh dưỡng, nghiện rượu, nghiện ma túy, suy giảm chức năng gan bệnh về máu, bệnh về rối loạn đông máu...

Có nhiều phương pháp điều trị được đưa ra cả nội khoa lẫn ngoại khoa với nhiều kết quả khác nhau. Trên thế giới cũng như Việt Nam có một số nghiên cứu về bệnh lý này. Như nghiên cứu của Sheng-Yu Cheng và cộng sự tại Đài Loan 2014 với 342 trường hợp, nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phương và cộng sự tại bệnh viện quân Y 103 2022 với 44 trường hợp, nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại bệnh viện Hữu Nghị 2020 -2023 với 61 trường hợp... Riêng tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh, với vị trí địa lý nằm trên trục đường quốc lộ có lượng xe lưu thông nhiều. Bệnh viện thường xuyên tiếp nhận các trường hợp chấn thương sọ não cũng như lượng lớn bệnh nhân đến thăm khám các bệnh lý thần kinh. Không chỉ riêng trên địa bàn Thành phố Long Khánh mà còn của các địa phương lân cận. Tuy nhiên chưa có những nghiên cứu về bệnh lý tụ máu dưới màng cứng mạn tính này. Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh

học và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Long Khánh từ năm 2021 – 2024. "Nhằm 2 mục tiêu chính:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của của bệnh nhân phẫu thuật tụ máu dưới màng cứng Tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Long Khánh từ năm 2021 – 2024.

2. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân phẫu thuật tụ máu dưới màng cứng Tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Long Khánh từ năm 2021 – 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn vào:

Tuổi: > 18.

Có chỉ định phẫu thuật:

Bề dày khối máu tụ > 10 mm và CT scan hoặc MRI sọ não có hình ảnh MTDMCMT và có triệu chứng lâm sàng như đau đầu, giảm tri giác, yếu liệt tay chân, nói khó, động kinh...

Hoặc diễn tiến khối máu tụ tăng dần trong quá trình theo dõi.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại các bệnh viện tuyến trên chuyển về.

Những bệnh nhân mất dấu theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu, cách lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Bước 1: Xây dựng phiếu thu thập số liệu nghiên cứu(Phụ lục).

Bước 2: Tiến hành chọn các bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu.

Bước 3: Thu thập số liệu.

Tất cả bệnh nhân được thu thập các dữ kiện lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị theo một biểu mẫu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án trong quá trình nằm viện, và các kết quả tái khám sau một tháng xuất viện điền tất cả thông tin vào bảng thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn.

Bước 4: Làm sạch số liệu.

Các phiếu nghiên cứu thu thập được kiểm tra trước khi nhập vào phần mềm xử lý SPSS 25.0

Các phiếu bệnh án thiếu thông tin, thông tin không rõ ràng phải được hoàn thiện hoặc loại bỏ.

Công cụ thu thập số liệu là phiếu nghiên cứu cho từng bệnh nhân, dựa vào hồ sơ bệnh án ghi nhận, hỏi bệnh, thăm khám và hồ sơ tái khám.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Thông tin cho đối tượng biết mục đích nghiên cứu và đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bảo mật các thông tin. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao công tác điều trị cho bệnh nhân chứ không nhằm mục đích nào khác.

Trong quá trình thu thập số liệu tại Khoa Ngoại Tổng Hợp, BV Đa khoa khu vực Long Khánh người nghiên cứu sẵn sàng tư vấn các vấn đề liên quan đến sức khỏe.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình $\pm$ SD (Độ lệch chuẩn): $68,4 \pm 16,9$ năm. Bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất: 20 tuổi, bệnh nhân có tuổi lớn nhất: 92 tuổi. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi lớn hơn 60 chiếm 73,5% (25 trường hợp).

Nam giới chiếm 88,2% (30 trường hợp) và nữ giới chiếm 11,8% (4 trường hợp).

Hầu hết bệnh nhân đều được nhập Khoa Ngoại tổng hợp chiếm 82,4% và có một số trường hợp nhập Khoa Tim mạch - lão học và Khoa Nội thần kinh (chiếm 8,8 %)

Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có bệnh kèm

thuộc nhóm bệnh lý tim mạch (61,8 %).

Kết quả lấy từ [Bảng 1] có nguyên nhân do chấn thương chiếm 52.9%, trong đó do té ngã chiếm 29.4 % (10/34 trường hợp).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân được chẩn đoán tụ máu dưới màng cứng mạn tính

Kết quả lấy từ [Hình 1] có các triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện đó là đau đầu 41.7% (16 trường hợp) và yếu chi 35.3 % (12 trường hợp). Ngoài ra một số triệu chứng ít gặp hơn là lơ mơ 5.9% (2 trường hợp), nổi khó (3 trường hợp), chóng mặt (1 trường hợp).

Kết quả lấy từ [Bảng 2] có nhóm triệu chứng yếu liệt chiếm phần lớn với tỉ lệ 64.7% với độ tuổi trung bình 75.05 ± 11.6 , Đau đầu là triệu chứng cũng hay gặp chiếm 55.8% với độ tuổi trung bình thấp hơn 64.5 ± 19.2 .

Đa số các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rối loạn ý thức nhẹ GCS 13-15 điểm (76.5 %), và hôn mê có 3 trường hợp (8.8%).

Các trường hợp có khối máu tụ một bên trên CT scanner sọ não chiếm tỷ lệ cao hơn với 70.6% so với các trường hợp xuất hiện máu tụ cả 2 bên tỉ lệ 29.4%.

Trên CT scanner sọ não tỉ trọng không đồng nhất chiếm đa số với tỉ lệ 50% (17/34 trường hợp). Đồng tỉ trọng chiếm 23.5%, Giảm tỉ trọng 17.6%, và còn lại 8.8% trường hợp tăng tỉ trọng.

Tình trạng thoát vị não trên CT scanner sọ não chỉ chiếm 8.8% trường hợp.

Kết quả lấy từ [Bảng 3] thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa bề dày khối máu tụ và độ di lệch đường giữa trên phim CT sọ não trước mổ, sau mổ và sau 1 tháng tái khám.

3.1.3. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại BV ĐKKV Long Khánh

Biến chứng chảy máu, nhiễm trùng trong nghiên cứu không có trường hợp nào, có 4 trường hợp chảy máu tái phát trong đó 1 trường hợp phải phẫu thuật lại sau một tuần sau đó.

Các bệnh nhân sau phẫu thuật thường có tri giác tốt với GCS 15 điểm chiếm tỉ lệ 88.2%, và một vài bệnh nhân có mức tri giác thấp hơn.

Thời gian nằm viện trung bình 10.7 ± 5.4 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất 25 ngày.

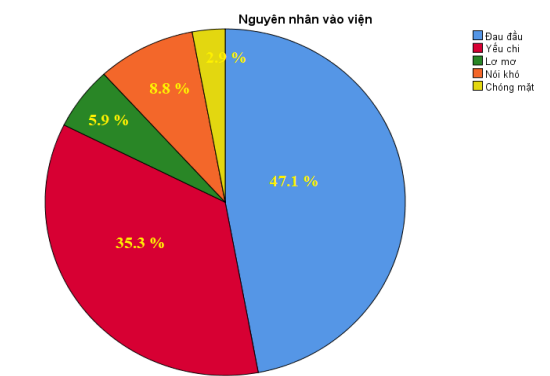
Kết quả lấy từ [Bảng 4] có các bệnh nhân được điều trị có kết quả tốt chiếm đa số với tỉ lệ 73.5% (25/34 trường hợp).

Kết quả lấy từ [Bảng 5] có phần lớn bệnh nhân có kết quả phục hồi tốt 73.5 %. Tuy nhiên vẫn còn di chứng nhẹ 17.6%, chưa phục hồi hết liệt 5.9%. Có 1 trường hợp tử vong tại nhà

3.2. Hình, biểu đồ và bảng

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân chấn thương trước đó

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ (%)	Độ tuổi trung bình (SD)
Té ngã	10	29,4	71,1 (22,4)
Tai nạn giao thông	6	17,6	60,0 (6,8)
Tai nạn lao động	1	2,9	54 (0)
Bạo lực	1	2,9	60 (0)
Không ghi nhận được chấn thương trước đó	16	47,1	71,38 (15,9)



Hình 1. Biểu đồ phân bố triệu chứng khiến bệnh nhân vào viện

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình (SD)
Đau đầu	20	58.8	64.5 (19.2)
Động kinh – co giật	0	0	-
Yếu liệt	22	64.7	75.05 (11.6)
Thất ngôn	7	20.6	73.14 (16.1)
Thay đổi tri giác	8	23.5	73.08 (16.5)

Bảng 3. Bảng thể hiện được độ dày máu tụ, độ di lệch đường giữa trên CT sọ não ở trước phẫu thuật, sau phẫu thuật và sau 1 tháng tái khám.

Đặc điểm CT sọ não:	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Sau một tháng	p value
Độ dày khối máu tụ trung bình (mm) $\pm$ SD	21.1 $\pm$ 6.3	7.21 $\pm$ 3.1	2.85 $\pm$ 1.1	p<0.05
Đẩy lệch đường giữa trung bình (mm) $\pm$ SD	9.4 $\pm$ 4.8	2.74 $\pm$ 2.3	0.58 $\pm$ 5.4	

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Tỉ lệ (%)	Độ tuổi trung bình (SD)
Tốt	25	73.5	66.24 (18.5)
Đỡ	9	26.5	74.6 (10.2)
Không thay đổi	0	0	-
Tổng	34	100 %	

Bảng 5. Kết quả sau một tháng tái khám

GOS	n	Tỉ lệ (%)	Độ tuổi trung bình (SD)
Hồi phục tốt	25	73.5	64.12 (17.7)
Di chứng nhẹ	6	17.6	79.5 (6.9)
Di chứng nặng	2	5.9	77.5 (7.7)
Đời sống thực vật	0	0	-
Tử vong	1	2.9	92 (0)
Tổng cộng	34	100%	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 68.4 ± 16.9 tuổi, với bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 92 tuổi và đa số lớn hơn 60 tuổi chiếm 73.5%, tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phương và cộng sự tại Bệnh Viện Quân Y 103 năm 2023 với tuổi trung bình là 62.5 tuổi và 70.5% bệnh nhân trên 60 tuổi [6]. Công trình nghiên cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 cũng cho kết quả tương tự với độ tuổi trung bình 60.2 ± 17.7 tuổi [7].

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với y văn. Đa số các bệnh nhân lớn tuổi dễ bị tụ máu dưới màng cứng mạn tính vì sự thay đổi của giải phẫu, người lớn tuổi thường teo não làm gia tăng khoảng cách giữa vỏ não và bản trong của xương sọ gây căng dẫn các tĩnh mạch cầu não dễ đứt vỡ các tĩnh mạch, kết hợp người lớn tuổi dễ bị té ngã, chấn thương vùng đầu, đồng thời có nhiều bệnh kèm.

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ các bệnh lý về tim mạch chiếm 61.8% như tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ hay bệnh lý về mạch máu não 11.8% và đái tháo đường 11.8%.

Bệnh lý MTDMCMT chủ yếu gặp ở nam giới với tỉ lệ Nam : Nữ ở nghiên cứu chúng tôi khoảng 9:1 (88.2:11.8%). Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu khác như của Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 với tỷ lệ Nam : Nữ là 8:1 [8]. Hay nghiên

cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 là nam chiếm 72.8% [7].

Trong nghiên cứu này các bệnh nhân được nhập viện hầu hết đều nhập đúng khoa ngoại tổng hợp với tỷ lệ 82.4%, một phần nhỏ bệnh nhân nhập khoa Nội thần kinh và Nội Tim mạch- lão học chiếm 17.6%. Điều này cho thấy sự phát triển khoa học kĩ thuật, và sự ứng dụng của chụp cắt lớp vi tính vào chẩn đoán ban đầu giúp phát hiện bệnh sớm, chính xác. Mặc dù chẩn đoán MTDMCMT không khó nhưng vẫn có 1 tỷ lệ nhỏ nhập sai khoa thường do biểu hiện chồng lấp của các bệnh lý khác: Tai biến mạch máu não, sa sút trí tuệ, ... cũng như không đặt vấn đề chẩn đoán máu tụ mạn ngay từ lúc tiếp nhận ban đầu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân được chẩn đoán tụ máu dưới màng cứng mạn tính.

Đa phần các trường hợp xuất hiện máu tụ dưới màng cứng thường do chấn thương và một số trường hợp khác không khai thác được nguyên nhân trước đó thường được cho là vô căn. Nhóm nguyên nhân do chấn thương trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỉ lệ 52.9% trong đó do té ngã có tới 29.4%. Điều này có sự khác biệt so với nghiên cứu Dương Như Năm và cộng sự tại BV Đa Khoa Tỉnh Thái Bình với tỷ lệ chấn thương 76% với té ngã chiếm 64% [9]. Mặc dù có sự khác biệt, nhưng nhìn chung bệnh lý MTDMCMT đa phần vẫn do chấn thương gây ra.

Qua 34 trường hợp bệnh nhân chẩn đoán MTDMCMT, chúng tôi ghi nhận phần lớn các bệnh nhân đến khám là đau đầu 41.7%, yếu liệt chi 35.3%, đây là 2 triệu chứng thường gặp và điển hình dễ nhận biết khiến bệnh nhân và người nhà lo lắng. Ngoài ra còn các triệu chứng lơ mơ, nổi khó hay chóng mặt. Điều này phù hợp với y văn mô tả về bệnh lý MTDMCMT.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân MTDMCMT rất thay đổi, có thể không biểu hiện triệu chứng đến tình trạng lơ mơ khi đến viện. Chủ yếu các triệu chứng này đều liên quan đến việc thể tích khối máu tụ làm chèn ép gây chướng chỗ trong hộp sọ. Trong đó thăm khám về mặt lâm sàng trong nghiên cứu chúng tôi hai triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất là có yếu liệt chi 64.7% với độ tuổi trung bình 75.05 ± 11.6 tuổi, đau đầu 55.8% với độ tuổi trung

bình 64.5 ± 19.2 tuổi. Có thể thấy được các bệnh nhân trẻ hơn thường có biểu hiện đau đầu nhiều hơn so với tình trạng yếu liệt chi điều này tương tự với nghiên cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 có tình trạng yếu liệt chi thường gặp ở độ tuổi lớn hơn 64.7 ± 1.45 tuổi so với đau đầu 58.7 ± 1.43 tuổi [7]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phương và cộng sự tại Bệnh Viện Quân Y 103 năm 2023 cũng ghi nhận đau đầu và yếu liệt chi là hai triệu chứng phổ biến với 75% và 40.9% [6]. Hay các nghiên cứu nước ngoài như: Công trình của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 có kết quả đau đầu 89.6% và yếu liệt chi 70.5% [7]. Vì vậy với các trường hợp đau đầu hay yếu liệt chi cần được quan tâm ở người già và cần thiết phải nghĩ đến MTDMCMT trên những bệnh cảnh này.

Tri giác bệnh nhân trong bệnh cảnh MTDMCMT thường tốt khi vào viện. Trong nghiên cứu trên 34 bệnh nhân MTDMCMT thì đa số bệnh nhân nhập viện trong nhóm có tri giác GCS 13-15 điểm tỷ lệ 76.5%, GCS 3-8 điểm chỉ chiếm 8.8%. So với nghiên cứu nghiên cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 thì kết quả GCS 13-15 điểm có 66.2% và GCS 3-8 điểm có 12.6% [7]. Như vậy có thể thấy tình trạng tri giác trong bệnh cảnh máu tụ dưới màng cứng mạn tính có thể ở nhiều mức độ khác nhau nhưng tập trung chủ yếu ở tình trạng rối loạn ý thức nhẹ. Vì vậy việc thăm khám kỹ về các triệu chứng cơ năng như đau đầu, chóng mặt buồn nôn, cũng như các khiếm khuyết thần kinh: thất ngôn, yếu liệt là rất quan trọng để hướng đến chẩn đoán chính xác bệnh.

CT scanner sọ não được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán MTDMCMT. Nhiều trường hợp khó nhận biết do đồng tử trọng với nhu mô não, hay trong một số bệnh lý có hình ảnh tương đồng như tụ máu, áp xe dưới màng cứng. Trong trường hợp này cần phải chụp CT scanner sọ não có tiêm thuốc cản quang hay MRI sọ não để làm rõ thêm chẩn đoán.

Trong nghiên cứu trên 34 bệnh nhân, đa phần các trường hợp chỉ cần chụp CT scanner sọ não không thuốc cản quang để chẩn đoán. Ghi nhận được tỷ lệ MTDMCMT xuất hiện một bên là 70.6% và cả hai bên 29.4% và kết quả này tương tự với nghiên cứu Dương Như Năm và cộng sự tại BV Đa Khoa Thái Bình năm 2024 với một bên 65.3 % và hai bên 34.7% [9]. Hay nghiên cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm

2018 máu tụ xuất hiện một bên với tỉ lệ là 78.6% [7]. Có thể thấy tỷ lệ máu tụ một bên thường vẫn chiếm đa số ở bệnh lý MTDMCMT với tỷ lệ sắp xỉ 2/3 trường hợp.

Theo y văn ghi nhận được hình ảnh tỉ trọng của khối máu tụ dưới màng cứng trên CT scanner sọ não phụ thuộc vào giai đoạn từ cấp tính, bán cấp đến mạn tính của khối máu tụ. Trong nghiên cứu chúng tôi, hình ảnh tỷ trọng không đồng nhất và tăng tỉ trọng trên CT chiếm tỷ lệ 58.8%. Điều này phản ánh tình trạng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đến nhập viện phần lớn trong giai đoạn bán cấp hoặc cấp trên nền mạn tính, tương tự với nghiên cứu của Kitya và cộng sự tại Uganda năm 2018 tỷ lệ máu tụ bán cấp 54.9% [7].

Trên hình ảnh CT scanner sọ não, hai yếu tố độ dày khối máu tụ và độ di lệch của đường giữa thường tỉ lệ thuận với độ nặng của bệnh nhân MTDMCMT trên lâm sàng. Trong nghiên cứu này độ dày khối máu tụ trung bình: 21.1 ± 6.3 mm và độ lệch đường giữa trung bình: 9.4 ± 4.8 mm, kết quả này tương tự với Nguyễn Xuân Phương và cộng sự tại Bệnh Viện Quân Y 103 năm 2023 có bề dày ổ máu tụ trung bình là 13 mm, và độ lệch đường giữa là 9,2 mm [6]. Nghiên cứu của Dương Như Năm và cộng sự tại BV Đa Khoa Tỉnh Thái Bình có bề dày khối máu tụ trung bình $19,39 \pm 7,01$ mm, độ lệch đường giữa $6,42 \pm 6,00$ mm [9].

Ngoài ra còn một số hình ảnh khác như thoát vị não cũng phản ánh được lâm sàng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu có 3 trường hợp có hình ảnh thoát vị não trên CT scanner sọ não với lâm sàng bệnh nhân có tình trạng hôn mê sâu. Vì vậy các trường hợp có hình ảnh thoát vị não trên CT scanner nên được cân nhắc phẫu thuật sớm.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại BV ĐKKV Long Khánh.

Điều trị MTDMCMT có nhiều phương pháp như nội khoa, ngoại khoa

Nội khoa được lựa chọn trong trường hợp khối máu tụ thể tích nhỏ, triệu chứng lâm sàng nhẹ hoặc không dấu khiếm khuyết thần kinh đồng thời thể tích máu tụ giảm đi trong quá trình theo dõi.

Đối với phẫu thuật có nhiều kỹ thuật mổ như: khoan sọ một lỗ, khoan sọ hai lỗ hoặc

mở cửa sổ xương lấy khối máu tụ, bóc vỏ bao nhưng chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật trên 34 bệnh nhân là khoan sọ 1 lỗ bơm rửa, dẫn lưu khối máu tụ và tất cả các trường hợp đều gây mê nội khí quản. Kết quả có 88.2% bệnh nhân có GCS 15 điểm, 5.9% GCS 14 điểm sau phẫu thuật, và một vài bệnh nhân có mức tri giác thấp hơn chiếm tỉ lệ 5.8% giống với nghiên cứu Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 có 95.1% bệnh nhân có tri giác tốt sau mổ GCS 14-15 điểm [8] hay nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phương và cộng sự tại Bệnh Viện Quân Y 103 năm 2023 có GCS sau mổ 15 điểm chiếm 90.7% [6].

Trong nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân ra viện có kết quả tốt chiếm đa số với tỉ lệ 73.5%, bệnh nhân có giảm đỡ chiếm 26.5%. Tương tự Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 có kết quả gần khi bệnh nhân ra viện là 67.2% trường hợp có kết quả tốt, 24.6% có kết quả khá và kết quả kém là 8.2% [8]. Cho thấy sự phục hồi tốt của các bệnh nhân sau mổ MTDMCMT khi được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Trong nghiên cứu này thời gian nằm viện trung bình 10.7 ± 5.4 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất 25 ngày. Có sự khác biệt nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 với thời gian nằm viện trung bình là 13.2 ± 7.55 ngày ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 55 ngày [8]. Mặc dù có sự tương đồng giữa các yếu tố độ tuổi trung bình, giới tính. Nhưng sự khác biệt về thời gian nằm viện chủ yếu do các biến chứng sau mổ làm kéo dài thời gian điều trị như rò dịch não tủy, phù não, nhiễm khuẩn xuất hiện ở nghiên cứu đó. Còn ở nghiên cứu của chúng tôi đa số thời gian nằm viện dài trước phẫu thuật.

Trong số 34 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu sau phẫu thuật tỷ lệ không có biến chứng chiếm phần lớn với tỉ lệ 88.3%, có biến chứng chiếm 11.7% (tất cả 4 trường hợp chảy máu tái phát trong đó có 1 trường hợp phẫu thuật lại sau hai tuần), không có trường hợp nào chảy máu cấp tính và nhiễm trùng. Có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 với tỷ lệ không biến chứng 86.9%, có biến chứng 13.1% (trong đó có 3 trường hợp chảy máu tái phát chiếm 4.9 %; còn lại là các biến chứng rò dịch não tủy, phù não, nhiễm khuẩn huyết) [8]. Điều này cũng

tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới. Phẫu thuật dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng tương đối an toàn với tỷ lệ không biến chứng cao. Bên cạnh đó nguy cơ biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ thấp nhưng vẫn hiện hữu cùng nhiều lý do từ bệnh nền, độ tuổi, các thuốc có nguy cơ chảy máu đến kỹ thuật của phẫu thuật viên. Nhưng nhìn chung phẫu thuật này vẫn tương đối an toàn và đem lại lợi ích lớn cho người bệnh.

Chúng tôi thực hiện theo dõi đầy đủ tất cả 34 trường hợp sau một tháng phẫu thuật đạt tỉ lệ 100%. Kết quả phần lớn bệnh nhân phục hồi tốt có thể quay trở lại trở lại cuộc sống bình thường đạt tỉ lệ 73.5% (25/34 trường hợp), số ít đau đầu hoặc tê da vùng vị trí mổ khi thay đổi thời tiết. Một phần nhỏ vẫn còn di chứng nhẹ như đau đầu, ngủ kém, giảm trí nhớ chiếm tỉ lệ 17.6%. Có hai trường hợp chiếm 5.9% vẫn còn tình trạng yếu liệt chưa tự chăm sóc được bản thân cần sự giúp đỡ của người thân trong sinh hoạt. Trong quá trình theo dõi có một trường hợp được phát hiện có máu tụ tái phát nhưng bệnh nhân không nhập viện sau đó tử vong tại nhà. Vì vậy tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi là 2.9% nhỏ hơn so với của Nguyễn Minh Đức và cộng sự tại BV Hữu Nghị năm 2024 có 5 trường hợp tử vong chiếm 8.5% [8]. Trong quá trình theo dõi có thể gặp một số trường hợp còn di chứng sau phẫu thuật, cần hướng dẫn bệnh nhân và người thân theo dõi và chăm sóc tại nhà, kết hợp với tập phục hồi chức năng để cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân trong tương lai.

Đồng thời theo dõi thể tích khối máu tụ thì có thể thấy được có sự khác biệt rõ rệt giữa bề dày khối máu tụ và độ di lệch đường giữa trên phim CT scanner sọ não trước mổ, sau mổ và sau 1 tháng tái khám. Điều này cũng phản ánh gần như tỉ lệ thuận với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân nên có thể thấy CT scanner sọ não ngoài là tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán bệnh MTDMCMT thì đây cũng là một công cụ hữu hiệu trong việc theo dõi sau mổ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân được chẩn đoán MTDMCMT và phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Độ tuổi mắc bệnh tập trung nhóm ≥ 60 tuổi (73.5%), đa phần là nam chiếm 88.2%.

Nguyên nhân do chấn thương chiếm đa số với 52.9%

Lý do bệnh nhân vào viện: 41.7% bệnh nhân đến khám vì lý do đau đầu, yếu chi cũng chiếm tỷ lệ đáng kể với tỷ lệ là 35.3%.

Các triệu chứng lâm sàng: Nhóm triệu chứng yếu liệt chiếm phần lớn với tỉ lệ 64.7% với độ tuổi trung bình 75.05 ± 11.6 , Đau đầu là triệu chứng cũng hay gặp chiếm 55.8% với độ tuổi trung bình thấp hơn 64.5 ± 19.2 .

Về CT scanner sọ não: Khối máu tụ một bên chiếm tỷ lệ nhiều hơn hai bên (70.6% so với 29.4 %).

Thời gian nằm viện trung bình 10.7 ± 5.4 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất 25 ngày.

Sau phẫu thuật tỷ lệ không có biến chứng chiếm phần lớn với tỉ lệ 88.3%, có biến chứng chiếm 11.7%.

Bệnh nhân ra viện có kết quả tốt chiếm đa số với tỉ lệ 73.5%, bệnh nhân có giảm đỡ chiếm 26.5%.

Kết quả phần lớn bệnh nhân phục hồi tốt có thể quay trở lại trở lại cuộc sống bình thường đạt tỉ lệ 73.5% (25/34 trường hợp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Virchow R. Das haematom der dura mater. J Verhandlungen der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1857; 7: 134-142.
- [2] Trotter W. Chronic subdural haemorrhage of traumatic origin, and its relation to pachymeningitis haemorrhagica interna. Br J Surg. 1914; 2(6): 271-291.
- [3] Huang J. Effect of different factors on the short-term outcome of Chinese patients with primary chronic subdural hematoma at different age groups: a two-center retrospective study. Frontiers in Aging Neuroscience. 2019;11: 325.
- [4] Farhat J. Chronic subdural hematoma: epidemiological and prognostic analysis of 176 cases. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgioes. 2015;42(5): 283-287.
- [5] Gelabert-González M. Chronic subdural haematoma: surgical treatment and outcome in 1000 cases. Clinical neurology neurosurgery. 2005;107(3): 223-229.
- [6] Nguyễn XP. Đánh giá kết quả phẫu thuật

máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ một lỗ-bơm rửa dẫn lưu kín tại Bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B).

[7] Kitya D. Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital. Neurosurgical focus. 2018;45(4): E7.

[8] Nguyễn MĐ. Kết Quả Phẫu Thuật Máu Tụ Dưới Màng Cứng Mạn Tính Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Từ 2020-2023. Tạp chí Y học Việt Nam.2024; 534(2).

[9] Dương NN. Kết Quả Điều Trị Máu Tụ Dưới Màng Cứng Mạn Tính Ở Người Cao Tuổi Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1).