

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG HỔ SAU TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đoàn Văn Toàn<sup>1</sup>, Bùi Huy Mạnh<sup>2</sup>, Lê Phùng Thành<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Phẫu thuật 52 bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng hổ sau từ 01/2021-05/2022, theo dõi trung bình sau 06 tháng. Lứa tuổi trên 16 chiếm 65,4%, nguyên nhân tai nạn giao thông là 50%. Thang điểm GCS 13-15 điểm chiếm 61,5% lúc vào viện và 90,4% lúc ra viện, cải thiện có ý nghĩa thống kê. Trên cắt lớp vi tính, máu tụ đơn thuần chiếm 32,7%, lan lên trên vùng chẩm là 38,5%, phối hợp các thương tổn khác của não chiếm 28,8%. Kết quả mổ: không có bệnh nhân tử vong, nhiễm trùng vết mổ và viêm xương chiếm 17,3% được xử lý khỏi. Có 31,4% người bệnh bị thất nghiệp hoặc thay đổi công việc khác. Nguyên nhân chính là thay đổi tính cách, tâm thần, hành vi và trầm cảm.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS, AND SURGICAL RESULTS POSTERIOR FOSSA EPIDURAL HEMATOMA (PFEH) AT VIET DUC HOSPITAL

52 patients undergone surgery for posterior fossa epidural hematoma (PFEH) from 01/2021 to 05/2022, follow-up after 06 months. Ages over 16 is 65.4%, the cause of traffic accidents is 50%. GCS scale of 13-15 points have 61.5% at admission and 90.4% at discharge, statistically significant improvement. On CT scanner image, only PFEH accounted for 32.7%, spread to the occipital region was 38.5%, combined with other lesions of the brain accounted for 28.8%. Surgical results: no mortality, wound infection and osteomyelitis accounted for 17.3% were cured. There are 31.4% of patients with unemployment or change other jobs. The main causes are personality, mental, behavioral changes and depression.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) hổ sau gặp không nhiều, chiếm 0,1-0,3% tổn thương CTSN, khoảng 4-12,9% các tổn thương máu tụ ngoài màng cứng [1], trẻ em là 7,7% theo Manivong [2]. Triệu chứng lâm sàng hay gặp đau đầu, nôn hoặc suy giảm tri giác. Trường hợp nặng, triệu chứng chèn ép hành tủy thân não thể hiện ban đầu bằng suy hô hấp. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện chẩn đoán tốt nhất. Phẫu thuật lấy

máu tụ khi có chỉ định là một phương pháp an toàn và có ít biến chứng nặng. Kết quả khi người bệnh ra viện hay được quan tâm bởi các biến chứng và di chứng của bệnh. Những biến đổi tính cách, tâm thần và khả năng hoà nhập với xã hội của bệnh nhân ít được quan tâm đúng mức. Nghiên cứu phẫu thuật trên 52 bệnh nhân sau mổ MTNMC hổ sau tại bệnh viện Việt Đức sẽ cung cấp một số kết quả ban đầu liên quan đến phẫu thuật và khả năng tái hoà nhập cộng đồng của người bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CLVT

#### 1.1. Đặc điểm dịch tễ

**Bảng 1: Nhóm tuổi người bệnh**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
≤ 15	18	34,6
16 – 60	25	57,7
> 60	4	7,7
<b>Tổng cộng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tuổi trưởng thành trên 16 tuổi chiếm đa số 65,4%. Thống kê phù hợp với nhiều nghiên cứu khi lứa tuổi lao động chiếm số lượng chấn thương lớn hơn các lứa tuổi khác, đặt ra những khó khăn cho xã hội [3].

**Bảng 2: Các nguyên nhân tai nạn**

Nguyên nhân tai nạn	Số bệnh nhân	Tần xuất (%)
Giao thông	26	50
Lao động	8	15,4
Sinh hoạt	16	30,8
Bạo lực	2	3,8
<b>Cộng</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Nguyên nhân phổ biến của bệnh là tai nạn giao thông đến 50% các trường hợp. Trong nhiều năm qua, các tai nạn CTSN cũng như các chấn thương khác, tai nạn giao thông là nguyên nhân đa số. Vấn đề tai nạn giao thông cũng là mối quan tâm của những nước đang phát triển khi phương tiện cá nhân là động cơ gắn máy là phương tiện chính.

### 1.2. Đặc điểm tri giác theo thang điểm Glasgow coma score (GCS)

**Bảng 3: Đánh giá thang điểm GCS**

Điểm GCS	GCS trước mổ		GCS ra viện	
	N	%	N	%
13 - 15	32	61,5	47	90,4
9 - 12	12	23,1	4	7,7

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Huy Mạnh

Email: drmanhvd2014@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

≤ 8	8	15,4	1	1,9
<b>Tổng cộng</b>	52	100	52	100

Thang điểm tri giác lúc vào viện đa phần là mức độ nguy cơ thấp chiếm 61,5%. Đây là một yếu tố tiên lượng thuận lợi cho điều trị về kết quả cũng như hạn chế được các di chứng, tai biến. Thang điểm GCS lúc ra viện được tăng lên rõ rệt với nhóm 13-15 điểm lên tới 90,4%. Có 8 bệnh nhân dưới 8 điểm GCS xếp nhóm nặng, khi ra viện chỉ còn 01 trường hợp. Điều này cho thấy khi được xử lý kịp thời, tiên lượng của máu tụ NMC rất tốt. Các nghiên cứu chỉ ra rằng máu tụ NMC là khối choán chỗ ngoài trục nên ảnh hưởng đến não tạo ra bởi sự chèn ép hơn là gây biến loạn sinh lý bệnh của não, do đó tiên lượng 'lành tính' hơn các thương tổn nội sọ khác [3],[4],[5].

**1.3.Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính sọ não**

**Bảng 4: Vị trí khối máu tụ**

Loại máu tụ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
MTNMCHS đơn thuần	17	32,7
MTNMCHS lan lên vùng chẩm	20	38,5
MTNMCHS +Thương tổn trong não phối hợp	15	28,8
<b>Tổng cộng</b>	52	100

Vị trí khối máu tụ NMC hầu sau thường phối hợp với các vị trí khác như lan lên vùng chẩm (38,5%) hoặc có dập não, xuất huyết dưới nhện phối hợp (28,8%). Tỷ lệ MTNMC đơn thuần hầu sau chỉ chiếm một phần ba số trường hợp (32,7%). Đặc điểm này phù hợp với đặc điểm nguyên nhân do vỡ xương hầu sau có xu hướng lan qua xoang ngang lên chẩm. Qua phân tích phim chụp CLVT trước mổ có thể định hướng đường mổ mở rộng lên tránh bỏ sót máu tụ [3],[5].

**2.Kết quả sớm phẫu thuật**

**2.1 Các biến chứng sau mổ**

**Bảng 5: Các biến chứng sau mổ**

Kết quả khi ra viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	43	82,7
Có biến chứng	9	17,3
<b>Tổng cộng</b>	52	100

Tỷ lệ bệnh nhân khi ra viện trong 3-6 tháng đầu không có biến chứng là chủ yếu: 43 bệnh nhân không có biến chứng( 82,7%), 9 bệnh nhân có biến chứng(17,3%) bao gồm nhiễm trùng vết mổ 3 bệnh nhân, viêm xương sọ 6 bệnh nhân. Các biến chứng ở nông nên không ảnh hưởng nhiều đến diễn biến điều trị. Những trường hợp nhiễm trùng đều được xử lý tốt qua thay băng, chăm sóc vết mổ. Có 01 trường hợp viêm xương sọ được phẫu thuật lấy bỏ xương

viêm nhưng cũng không gây biến chứng gì. Mặc dù công tác phòng chống nhiễm khuẩn đã được cải thiện cơ bản ở các cơ sở y tế song với tình trạng quá tải trong cấp cứu sẽ ảnh hưởng bất lợi với chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Vấn đề này cũng tương tự như một số nước đang phát triển như Việt Nam, Ấn Độ [5].

**2.2 Các biến chứng về sức khoẻ tâm thần**

**Bảng 6: Thay đổi công việc sau xuất viện**

Công việc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Làm lại công việc cũ trước chấn thương	35	68,6
Đổi nghề, thất nghiệp hoặc mất khả năng lao động	16	31,4
<b>Tổng</b>	51	100

Nhìn chung, trong những bệnh nhân nhóm nghiên cứu có rất ít di chứng hay biến chứng nặng, tuy nhiên khi tái hoà nhập cộng đồng có đến 1/3 số bệnh nhân không thể tiếp tục công việc cũ hoặc phải nghỉ việc (31,4%). Kết quả này cũng rất cần được lưu ý vì từ xưa đến nay, các nghiên cứu lâm sàng thường dừng lại đánh giá kết quả liên quan trực tiếp đến phẫu thuật. Khi người bệnh không được lao động sẽ mất đi cơ hội thu nhập kinh tế, không thể khẳng định địa vị xã hội bản thân gây tổn hại cho gia đình và xã hội. Gánh nặng kinh tế cho hậu bệnh viện rất lớn nhưng khó đánh giá, thống kê. Điều đó nói nên việc điều trị cho bệnh nhân CTSN cần đa chuyên khoa cũng như chung tay của toàn xã hội [6].

**Bảng 7: Thay đổi tính cách của người bệnh**

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Có thay đổi tính cách	Nóng nảy, dễ cáu gắt	12	23,5
	Lo âu	5	9,8
	Thiếu quan tâm đến người khác	6	11,8
	Tâm trạng, tính cách thất thường không ổn định	6	11,8
	Trầm cảm	2	3,9
	Có hành vi không hợp lý hoặc hành vi kiểu trẻ con	0	0
Không có thay đổi	35	68,6	

Nguyên nhân dẫn đến thay đổi công việc hoặc thất nghiệp sau chữa bệnh đa phần do những thay đổi trong tính cách và tâm lý bệnh nhân. Những hậu quả về tâm thần, tâm lý, cảm xúc là những bệnh 'vô hình', vì không có chẩn đoán hình ảnh nào xác định được. Nghiên cứu cho thấy có nhiều triệu chứng tiêu cực sau mổ như nóng nảy, dễ cáu gắt, lo âu, trầm cảm.. Những nghiên cứu của viện sức khoẻ tâm thần kết luận: người bệnh CTSN ở mức độ nhẹ, vừa,

hay nặng thông thường đều phải trải qua những khó khăn về mặt cảm xúc và hậu quả về chức năng nhận thức. Các vấn đề về sức khỏe tâm thần liên quan tới CTSN có thể thoáng qua, cấp diễn, tự thuyên giảm trong thời gian ngắn, hoặc kéo dài với tính chất mạn tính, đòi hỏi điều trị lâu dài. Giải pháp đưa ra là: phát hiện và can thiệp kịp thời tại các cơ sở chuyên khoa sẽ giúp cải thiện khả năng phục hồi của bệnh nhân cũng như giảm nhẹ gánh nặng của người chăm sóc, thường là những người thân trong gia đình.

Trầm cảm: Trung bình 30% bệnh nhân CTSN đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm trong vòng năm đầu kể từ sau chấn thương; làm tăng khả năng xuất hiện lo âu đồng diễn, giảm chức năng điều hành, và tăng nguy cơ tự sát. Trầm cảm thường gặp trên những bệnh nhân có tổn thương vùng vỏ não trước trán lưng bên và hạch nền. Việc bệnh nhân phóng đại mức độ chấn thương và kém hợp tác trong quá trình điều trị phục hồi có thể là những dấu hiệu cảnh báo sớm trầm cảm. Thời gian đầu sau chấn thương, trầm cảm biểu hiện bằng cảm giác mất mát, giải thể nhân cách và mất động lực; về lâu dài, bệnh nhân thường xuyên rơi vào tâm trạng trầm uất, có thể đi kèm mệt mỏi, khó chịu, mất hứng thú, và mất ngủ kéo dài 6-24 tháng hoặc hơn [6],[7].

## V. KẾT LUẬN

Máu tụ NMC hồ sau được phẫu thuật có tiên lượng tốt sau mổ, ít biến chứng và tri giác cải thiện sau mổ. Tuy nhiên, vấn đề về sức khỏe tâm thần chiếm đến 1/3 số bệnh nhân. Triệu chứng

thường gặp là thay đổi tính nết, cáu gắt, lo âu, trầm cảm. Hậu quả dẫn đến bệnh nhân phải bỏ việc, thất nghiệp và thay đổi công việc chiếm 31,4%. Gánh nặng và tổn thất cho gia đình và xã hội khuyến cáo người bệnh sau mổ CTNS cần được quan tâm và chăm sóc toàn diện hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Winter, Rebecca C. MD; Pollock, Avrum N. MD, FRCPC.** Posterior Fossa Epidural Hematoma. *Pediatric Emergency Care: November 2015 - Volume 31 - Issue 11 - p 808-809*,doi: 10.1097/PEC.0000000000000613.
2. **Sonethala Manivong (2020).** "Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng ở trẻ em do chấn thương". Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Verma SK, Borkar SA, Singh PK et al.** Traumatic Posterior Fossa Extradural Hematoma: Experience at Level I Trauma Center. *Asian J Neurosurg.* 2018 Apr-Jun;13(2):227-232. doi: 10.4103/1793-5482.228536. PMID: 29682013; PMCID: PMC5898084.
4. **Jang JW, Lee JK, Seo BR, Kim SH.** Traumatic epidural haematoma of the posterior cranial fossa. *Br J Neurosurg.* 2011;25:55-61.
5. **Prasad GL, Gupta DK, Sharma BS, Mahapatra AK.** Traumatic pediatric posterior fossa extradural hematomas: A tertiary-care trauma center experience from India. *Pediatr Neurosurg.* 2015;50:250-6.
6. **Simon Fleminger, MD (2010).** Neuropsychiatric Effects of Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Times, Psychiatric Times Vol 27 No 3, Volume 27, Issue 3.*
7. **Chaudhury Suprakash, Biswas Partha Sarathi, Kumar Subodh (2013).** Psychiatric sequelae of traumatic brain injury. Volume: 6 | Issue Number: 3 | Page: 222-228

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH THAY VAN TIM NHÂN TẠO

Phạm Thị Phương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh thay van tim nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 97 người bệnh thay van tim nhân tạo điều trị nội trú tại Viện Tim Mạch Quốc Gia – Bệnh viện Bạch mai từ tháng 11/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:**

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 58,8 ± 11,6; tuổi thay van tim trung bình là 52,3 ± 11,7, trong đó có 53,6% người bệnh nữ; tỷ lệ van tim sinh học và van tim cơ học lần lượt là 56,7% và 41,2% còn lại 2,1% người bệnh có cả van sinh học và cơ học. Có 58,8% người bệnh thay van tim nhân tạo có rối loạn giấc ngủ, trong đó khó duy trì giấc ngủ (94,7%) và khó vào giấc ngủ (84,2%) chiếm tỷ lệ cao nhất với thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là 53,0 ± 28,1 phút, số lần thức giấc mỗi đêm là 3,0 ± 1,1 lần và thời gian đi ngủ lại sau khi thức trung bình là 20,6 ± 18,0, tiếp theo là thức dậy sớm buổi sáng chiếm 12,3% với thời gian dậy sớm trung bình là 13,3 ± 25,2 và không có người bệnh nào mất ngủ hoàn toàn. Hiệu quả giấc ngủ trung bình là 66,5 ± 12,7, điểm PSQI trung bình là 10,9 ± 3,4. Các biểu hiện ban ngày ở người bệnh có rối loạn giấc ngủ bao gồm mệt mỏi (100%), giảm tập

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức khỏe Tâm thần

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương

Email: phuonngmau.lvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022