

hợp thiếu dưỡng mep và chậm liền vết mổ xảy ra trong những khối nơ vi có kích thước lớn và cũng không ghi nhận các biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng vết mổ. Kết quả xa cho thấy đa phần sẹo vết mổ có màu khác với màu da lân cận (67,9%), mờ (67,9%), phẳng so với da lân cận (53,6%) và không có tình trạng biến dạng (71,4%), bên cạnh đó tình trạng co kéo các hốc tự nhiên giảm so với thời điểm sau phẫu thuật, đa phần bệnh nhân điều trị hết hoàn toàn tổn thương và cảm thấy hài lòng về quá trình phẫu thuật (92,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Gu và cộng sự (2021)⁴ thực hiện phẫu thuật điều trị nơ vi vùng mũi cho thấy hầu hết các mảnh ghép da đều sống sót và hầu hết bệnh nhân đều hài lòng với đường viền của cánh mũi.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mũi đem lại hiệu quả khả quan thẩm mỹ và hài lòng cao cho bệnh nhân. Tuy nhiên, thẩm mỹ còn là thách thức với nơ vi mũi phối hợp vùng lân cận, việc lựa chọn phương pháp tạo hình chủ yếu phụ thuộc vào kích thước, vị trí, da lành các đơn vị giải phẫu lân cận. Vạt tại chỗ, vạt lân cận luôn được ưu tiên lựa chọn khi có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marghoob AA. Congenital melanocytic nevi. Evaluation and management. Dermatol Clin. Oct 2002;20(4): 607-16, viii. doi:10.1016/s0733-8635(02)00030-x
2. Trường Quốc Sơn, Vũ Ngọc Lâm, Dương Mạnh Chiến, Phạm Thị Việt Dung. Kết quả điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;1(530):13-18.
3. Elmelegy N, Elghamry S. Carbon Dioxide Cryotherapy for Treatment of Nasal and Perinasal Congenital Melanocytic Nevi. Ann Plast Surg. Aug 2020;85(2): 107-109. doi:10.1097/sap.0000000000002145
4. Gu C, Lu L, Jin R, Luo X, Sun D. Reconstruction of Cutaneous Nasal Alar Defects Following Melanocytic Nevus Resection. Journal of Craniofacial Surgery. 2021;32(8): e719-e724. doi: 10.1097/scs.0000000000007703
5. Souksavarn C, Sơn T, Thúy TTH, Hà ĐĐ. Kết quả phẫu thuật tạo hình nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt cổ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;9(28-32)
6. Phạm Thị Việt Dung, Trịnh Thị Nguyệt. Kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mí mắt. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2023;172(11):112-120.
7. Vourc'h-Jourdain M, Martin L, Barbarot S. Large congenital melanocytic nevi: therapeutic management and melanoma risk: a systematic review. J Am Acad Dermatol. Mar 2013;68(3): 493-8.e1-14. doi:10.1016/j.jaad.2012.09.039
8. Leshem D, Gur E, Meilik B, Zuker RM. Treatment of congenital facial nevi. J Craniofac Surg. Sep 2005;16(5): 897-903. doi:10.1097/01.scs.0000179756.59778.9b

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Trung Kiên^{1,2}, Bùi Văn Sơn², Trần Thị Thuỳ Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu cắt ngang trên 82 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 65± 12 tuổi, tỷ lệ nam/nữ 1,2/1, nguyên nhân chấn thương gặp phải ở 53,7%, và có 46,3% trường hợp không ghi nhận tiền sử chấn thương, triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu chiếm 79,3%, liệt 1/2 người gặp trong 42,7%, thất ngôn 23,2%, giảm tri giác 6,1%, máu tụ có độ dày 17,1± 7,2 mm và di lệch đường

giữa 3,5 ± 1,1 mm, máu tụ 2 bên 30,5%, không có biến chứng tử vong, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, trong đó 5 BN trước mổ có tri giác giảm sau mổ đều cải thiện tri giác. **Kết luận:** Phương pháp mổ dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng mạn tính an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, máu tụ dưới màng cứng, phẫu thuật dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng mạn tính.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Surgical treatment results of chronic subdural hematoma at hanoi medical university hospital. **Methods:** Cross-sectional retrospective description on 82 patients who has chronic subdural hematoma underwent surgical treatment at Hanoi University hospital. **Results:** The average age was 65±12 years old, the male/female ratio was 1.2/1, the cause of injury was 53.7%, and 46.3% of cases had no history of injury, the most common symptom was

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: trantrungkien3003684@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

headache in 79.3%, hemiplegia in 42.7%, aphasia in 23.2%, decreased consciousness in 6.1%, hematoma thickness was 17.1±7.2mm and midline shift was 3.5±1.1 mm, bilateral hematoma in 30.5%, no fatal complications, all clinical symptoms were reduced, in which 5 patients with decreased consciousness before surgery all improved consciousness after surgery.

Conclusion: Surgical drainage of chronic subdural hematoma is safe and effective.

Keywords: Chronic subdural hematoma, subdural hematoma, surgical drainage of chronic subdural hematoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng được phân loại dựa trên thời gian xuất hiện và mức độ thoái triển của khối máu tụ bao gồm: Máu tụ dưới màng cứng cấp tính, máu tụ dưới màng cứng bán cấp và máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Các loại máu tụ dưới màng cứng có tiên lượng và cách xử trí khác biệt. Bệnh cảnh máu tụ dưới màng cứng mạn tính là bệnh thường gặp trong cấp cứu thần kinh chiếm tỷ lệ 58/100.000 dân ở lứa tuổi trên 70.

Phương pháp can thiệp phẫu thuật được chỉ định khi máu tụ có kích thước lớn, có dấu hiệu chèn ép não và gây ra các triệu chứng lâm sàng.

Phẫu thuật là biện pháp chính để điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính với hiệu quả điều trị cao với tỷ lệ tử vong và tàn phế rất thấp.

Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng và máu tụ tái phát sau phẫu thuật còn cao, tỷ lệ tái phát máu tụ được nhiều tác giả nghiên cứu với tỷ lệ cao nhất lên tới 33%. Tuy rằng, phương pháp phẫu thuật máu tụ tương đối đơn giản, biến chứng phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng có thể dẫn tới máu tụ cấp tính và đôi khi gây tử vong.

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2023 đến 06/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**
 - Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
 - Được chẩn đoán là máu tụ dưới màng cứng mạn tính và được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội
 - Được theo dõi sau mổ 1 tháng
 - Có đầy đủ hồ sơ bệnh án
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
 - Bệnh lý mạn tính nặng: Suy tim, suy thận giai đoạn cuối, rối loạn đông máu.

- Máu tụ dưới màng cứng mạn tính kèm các bệnh lý khác: U não, dị dạng mạch, phình mạch não, máu tụ trong não, áp xe não...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang không có đối chứng.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Dịch tễ: Thông tin về bệnh nhân: Tuổi, giới, cơ chế chấn thương
- Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, chấn thương, đái tháo đường
- Phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (MRI): Loại máu tụ 1 bên, 2 bên, mức độ chèn ép não
- Phương pháp phẫu thuật: Dẫn lưu máu tụ 1 bên, 2 bên
 1. Bệnh nhân nằm nghiêng đầu, phương pháp vô cảm: Gây tê tại chỗ, với bệnh nhân không hợp tác có thể tiến hành gây mê nội khí quản.
 2. Rạch da vùng đỉnh bên máu tụ, khoan sọ 01 lỗ, cầm máu màng cứng, mở màng cứng.
 3. Bơm rửa máu tụ qua sonde Nelaton cho đến khi nước trong.
 4. Cố định dẫn lưu và đóng da.
- Biến chứng sau phẫu thuật: Chảy máu ngoài màng cứng, chảy máu dưới màng cứng cấp tính, phù não, chảy máu trong não
- Theo dõi khám lại sau 1 tháng: đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: Tuổi trung bình 65± 12

Giới: Tỷ lệ nam/nữ 1,2/1

Bảng 3.1. Nguyên nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính

Nguyên nhân	N	Tỷ lệ %
Chấn thương	44	53,7
Không do chấn thương	38	46,3
Tổng	82	100

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương gặp phải ở 53,7%, và có 46,3% trường hợp không ghi nhận tiền sử chấn thương.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Đau đầu	65	79,3
Buồn nôn	43	52,4
Liệt ½ người	12	14,6
Thất ngôn	8	9,8
Giảm tri giác	5	6,1

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu chiếm 79,3%, liệt ½ người gặp trong 42,7%, thất ngôn 23,2%, giảm tri giác 6,1%.

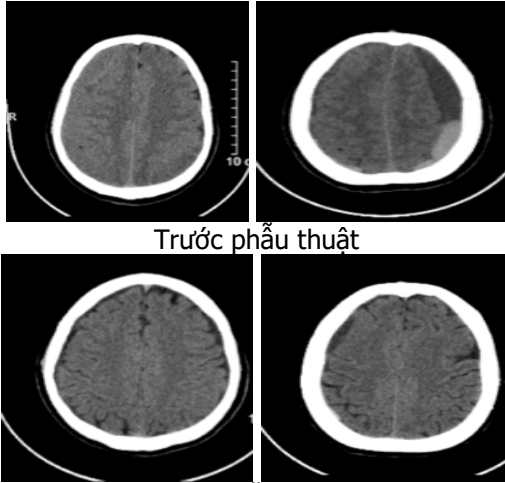
Bảng 3.3. Hình ảnh máu tụ dưới màng cứng trên chụp CLVT và MRI

Hình ảnh chụp	Tỷ lệ %
---------------	---------

Độ dày máu tụ	17,1± 7,2 mm	
Di lệch đường giữa	3,5 ± 1,1 mm	
Máu tụ 1 bên	57	69,5
Máu tụ 2 bên	25	30,5

Nhận xét: Máu tụ có độ dày 17,1± 7,2 mm và di lệch đường giữa 3,5 ± 1,1 mm, máu tụ 2 bên có 30,5% BN.

Dẫn lưu máu tụ 1 bên có 61 BN chiếm 74,4%, và dẫn lưu máu tụ 2 bên 21 BN chiếm 25,6%.



Sau phẫu thuật

Hình 1: Hình chụp máu tụ dưới màng cứng trước phẫu thuật và sau phẫu thuật bơm rửa dẫn lưu

Bảng 3.4. Kết quả điều trị dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng

Kết quả điều trị	N	Tỷ lệ %
Đau đầu	30	36,6
Liệt 1/2 người	5	6,1
Thất ngôn	3	3,7
Giảm tri giác	0	0

Nhận xét: Không có biến chứng tử vong, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, trong đó 5 BN trước mổ có tri giác giảm sau mổ đều cải thiện tri giác. Không có trường hợp nào có biến chứng máu tụ cấp tính phải can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng là một bệnh lý hay gặp trong cấp cứu thần kinh thường hay gặp ở lứa tuổi trung niên và người lớn tuổi. Trong nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chấn thương sọ não chiếm đa số do vậy nhóm tuổi <60 có máu tụ dưới màng cứng cao, tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có lứa tuổi trung bình cao hơn 65± 12 tuổi, kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn Thế Hào nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai.

Tỷ lệ Nam/Nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,2/1 cũng tương đồng các kết quả của các

tác giả khác cho thấy tỷ lệ nam giới có máu tụ DMC mạn tính nhiều hơn nữ giới.

Triệu chứng lâm sàng đến viện phổ biến nhất là đau đầu chiếm 79,3%. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính xuất hiện từ từ tăng dần, các dấu hiệu đến viện thường không đặc trưng, nhất là ở người lớn tuổi, các dấu hiệu chèn ép não không rõ ràng do khoảng trống nhu mô não thường lớn. Nhiều tác giả cho thấy rằng, máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tuổi nhiều trường hợp xuất hiện sau tụ dịch dưới màng cứng, những trường hợp này, hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu của não dễ bị thương tổn và gây ra chảy máu vào khoang dưới màng cứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 5 trường hợp có tri giác giảm và 12 trường hợp có liệt 1/2 người và 8 trường hợp vào viện vì thất ngôn, những trường hợp này do khối máu tụ lớn, chèn ép não gây nên triệu chứng lâm sàng điển hình.

Hình ảnh chụp CLVT và MRI cho thấy hình ảnh điển hình của máu tụ dưới màng cứng mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi độ dày của máu tụ dưới màng cứng là 17,1± 7,2 mm cũng tương tự như với các nghiên cứu khác của các tác giả khác.

Tuy nhiên, chúng tôi có độ di lệch đường giữa ít hơn với trung bình là 3,5 ± 1,1 mm. Điều này có thể giải thích trong nghiên cứu của chúng tôi có 30,5 % trường hợp có máu tụ mạn tính dưới màng cứng 2 bên bán cầu, chèn ép cả 2 bên khiến đường giữa di lệch ít. Những trường hợp này cần được phẫu thuật viên cân nhắc kỹ việc nên hay không nên dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng 2 bên. Do tỷ lệ tai biến máu tụ dưới màng cứng mạn tính 2 bên theo nhiều tác giả có thể lên tới 20%-30%, do vậy chúng tôi cân nhắc thực hiện 21/25 trường hợp dẫn lưu máu tụ 2 bên, và 4/25 trường hợp dẫn lưu máu tụ 1 bên ở bệnh nhân có máu tụ mạn tính 2 bên. Để giảm nguy cơ phẫu thuật và tái phát máu tụ dưới màng cứng mạn tính W.Liu và cs¹ đề xuất nút động mạch màng não giữa, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thực hiện phương pháp này.

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát máu tụ nhiều hơn ở nhóm không hút máu tụ (8%) ít hơn so với nhóm bơm rửa máu tụ đơn thuần (14%)^{2,3,4}. Điều này có thể lý giải hút máu tụ giúp lấy được hết các mảnh máu cục chưa tan hết mà việc bơm rửa qua lỗ khoan sọ không làm được. Tuy nhiên, cần hút với áp lực và tốc độ vừa phải vì làm mạnh tay có thể dẫn tới máu tụ cấp tính.

Vị trí đặt dẫn lưu cũng liên quan tới tỷ lệ tái phát máu tụ sau dẫn lưu: Theo nghiên cứu của Nakaguchi và cộng sự⁵ vị trí dẫn lưu vùng trán tỷ

lệ tái phát 5%, dẫn lưu vùng thái dương là 33%, dẫn lưu vùng chẩm là 36%, cao nhất khi đặt dẫn lưu vùng đỉnh là 38%.

Không có biến chứng tử vong, các triệu chứng lâm sàng đều giảm, trong đó 5 BN trước mổ có tri giác giảm sau mổ đều cải thiện tri giác. Không có trường hợp nào có biến chứng máu tụ cấp tính phải can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nhóm 82 BN máu tụ dưới màng cứng mạn tính chúng tôi thấy rằng phương pháp bơm rửa và dẫn lưu máu tụ là phương pháp an toàn, hiệu quả ít tai biến biến chứng có thể thực hiện ở nhiều đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weiming Liu, MD, NicoLaas A. Bakker, MD, Ph.D, Rob J. M. Groen, MD., Ph.D, 2014,

Chronic subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis of surgical procedures, J Neurosurg / Volume 121 / September 2014.

2. Gurelik M, Aslan A, Gurelik B, Ozum U, Karadag O, Kars HZ, 2007 A safe and effective method for treatment of chronic sub- dural haematoma. Can J Neurol Sci 34:84–87
3. Ishibashi A, Yokokura Y, Adachi H: A comparative study of treatments for chronic subdural hematoma: burr hole drain- age versus burr hole drainage with irrigation. Kurume Med J 58:35–39, 2011
4. Zakaraia AM, Adnan JS, Haspani MS, Naing NN, Abdullah JM, 2008, Outcome of 2 different types of operative techniques practiced for chronic subdural hematoma in Malaysia: an analysis. Surg Neurol 69:608–616
5. Nakaguchi H, Tanishima T, Yoshimasu N, 2000, Relationship be- tween drainage catheter location and postoperative recurrence of chronic subdural hematoma after burr-hole irrigation and closed-system drainage. J Neurosurg 93:791–795

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019 – 2023

Trần Xuân Công¹, Nguyễn Quang Nghĩa²,
Trần Bảo Long³, Nguyễn Huy Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Trung tâm Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân (BN) UTBMTBG được điều trị bằng PTNS cắt gan tại Trung tâm Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. **Kết quả của nghiên cứu:** Chủ yếu là khối u đơn độc (85,4%), kích thước trung bình khối u trên CT/MRI là 4,02 ± 1,91cm, vị trí u thường gặp nhất ở hạ phân thùy 6 (31,7%). Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child A (97,6%). Đa số được đánh giá là phẫu thuật có mức độ khó Cao (63,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình 192 ± 66,1 phút, chủ yếu là cắt gan nhỏ (78,0%). Tai biến trong mổ chủ yếu là chảy máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,8%. Thời gian nằm viện trung bình 6,95 ± 2,27 ngày, tỉ lệ biến chứng sau mổ từ độ IIIA trở lên là 5,4%, không có BN suy gan hay tử vong sau mổ. **Kết luận:** PTNS cắt gan điều trị UTBMTBG với nhiều

ưu điểm, là lựa chọn điều trị an toàn và khả thi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt gan, Hệ thống tính điểm độ khó, Ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC HEPATECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2019-2023

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma at Transplantation Center, Viet Duc University Hospital from 2019 to 2023. **Methods:** a retrospective of 41 HCC patients who underwent laparoscopic hepatectomy at Transplantation Center – Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2023. **Results:** Most tumours were solitary (85.4%) with a mean size on CT/MRI of 4.02 ± 1.91 cm. The most common tumor location was segment 6 (31.7%). Preoperative liver function was predominantly Child-Pugh A (97.6%). Most resections were classified as Advanced difficult level (63.4%). Mean operative time was 192 ± 66.1 minutes, and most surgeries were minor hepatectomy (78.0%). Intraoperative bleeding was the most common complication. The open conversion rate was 9.8%. The mean length of hospital stay was 6.95 ± 2.27 days, and the incidence of postoperative complications of grade IIIA or higher was 5.4%. There were no cases of postoperative liver failure or mortality. **Conclusions:** Laparoscopic hepatectomy for HCC

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Công

Email: drtranconghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024