

V. KẾT LUẬN

Tổn thương loét da do gout ở vùng cổ bàn chân thường gây nhiều ảnh hưởng lên đời sống người bệnh. Phẫu thuật cắt lọc phương pháp điều trị giúp giải quyết tình trạng loét, nhiễm trùng và tổn thương xâm nhiễm urat tại chỗ. Sau cắt lọc thường để lại tổn khuyết lộ gân xương. Các vật da tạo hình che phủ có nguy cơ cao ở các đối tượng người già, nhiều bệnh nền, tại chỗ vùng da lân cận xơ chai. Hút VAC sau mổ cắt lọc giúp làm sạch, kích thích mọc tổ chức hạt trên bề mặt phần gân, xương lộ. Ghép da thì 2 cho kết quả gần tốt và kết quả xa tốt về mặt liền thương và chức năng đi lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. Yokose et al., "Trends in Prevalence of Gout Among US Asian Adults, 2011-2018," JAMA Netw. Open, vol. 6, no. 4, p. e239501, Apr. 2023, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.9501.
2. L. Annemans et al., "Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005," Ann. Rheum. Dis., vol. 67, no. 7, pp. 960-966, Jul. 2008, doi: 10.1136/ard.2007.076232.
3. D. Poratt and K. Rome, "Surgical Management of Gout in the Foot and Ankle A Systematic Review," J. Am. Podiatr. Med. Assoc., vol. 106, no. 3, pp. 182-188, May 2016, doi: 10.7547/14-128.
4. P. I. Mallinson, A. C. Reagan, T. Coupal, P. L. Munk, H. Ouellette, and S. Nicolaou, "The distribution of urate deposition within the extremities

- in gout: a review of 148 dual-energy CT cases," Skeletal Radiol., vol. 43, no. 3, pp. 277-281, Mar. 2014, doi: 10.1007/s00256-013-1771-8.
5. J. Xu, Z. Zhu, and W. Zhang, "Clinical characteristics of infectious ulceration over tophi in patients with gout," J. Int. Med. Res., vol. 46, no. 6, pp. 2258-2264, Jun. 2018, doi: 10.1177/0300060518761303.
 6. S.-S. Lee, S.-D. Lin, C.-S. Lai, T.-M. Lin, K.-P. Chang, and Y.-L. Yang, "The soft-tissue shaving procedure for deformity management of chronic tophaceous gout," Ann. Plast. Surg., vol. 51, no. 4, pp. 372-375, Oct. 2003, doi: 10.1097/01.SAP.0000067723.32532.97.
 7. C.-T. Lin et al., "Free-flap resurfacing of tissue defects in the foot due to large gouty tophi," Microsurgery, vol. 31, no. 8, pp. 610-615, Nov. 2011, doi: 10.1002/micr.20949.
 8. S. Flack, J. Apelqvist, M. Keith, P. Trueman, and D. Williams, "An economic evaluation of VAC therapy compared with wound dressings in the treatment of diabetic foot ulcers," J. Wound Care, vol. 17, no. 2, pp. 71-78, Feb. 2008, doi: 10.12968/jowc.2008.17.2.28181.
 9. T. J. Kemp, C. B. Hirose, M. J. Coughlin, and R. Otto, "Treatment of chronic tophaceous gout with a wound vacuum-assisted device," Foot Ankle Int., vol. 31, no. 8, pp. 729-731, Aug. 2010, doi: 10.3113/FAI.2010.0729.
 10. X. Pan et al., "SAT0379 Vacuum-assisted closure versus conventional wound care in the management of chronic ulcers in patients with tophaceous gout: a prospective analysis," Ann. Rheum. Dis., vol. 77, no. Suppl 2, pp. 1052-1053, Jun. 2018, doi: 10.1136/annrheumdis-2018-eular.5247.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO CÓ TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ ĐƯỢC MỞ SỌ GIẢM ÁP

Trần Trung Kiên¹, Võ Thành Toàn¹,
Lê Bá Tùng¹, Nguyễn Trọng Sỹ¹, Đỗ Duy Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não có tăng áp lực nội sọ được mở nắp sọ giảm áp tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các BN chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2024 tại BV Thống Nhất. **Kết quả:** chúng tôi khảo sát và theo dõi 344 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn và thu được các kết quả như sau: Tại thời điểm xuất viện/chuyển viện, tỉ lệ bệnh nhân có kết cuộc tốt (GOS 4 và 5) là 69,28% và có kết cuộc

xấu (GOS 1, 2 và 3) là 30,72%, trong đó có 230 BN (66,86%) có điểm GCS là 14 và 62 bệnh nhân (18,02%) có điểm GCS là 9 đến 13 điểm. Biến chứng được ghi nhận có ảnh hưởng đến kết cuộc bệnh nhân sau mở nắp sọ giảm áp là xuất huyết lại chiếm 50,58% và một số yếu tố như xuất huyết não thất, sự chèn ép bể đáy có liên quan với sự hình thành máu tụ mới sau phẫu thuật mà có ảnh hưởng kết cuộc của BN. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giảm áp là phương pháp đã được chứng minh qua thời gian, thường được áp dụng trong các trường hợp khẩn cấp để cứu mạng bệnh nhân sau tai nạn. **Từ khóa:** Mở nắp sọ giảm áp (MSG), chấn thương sọ não (CTSN), xuất huyết não thất (XHNT), máu tụ và dập phù não (MTDPN).

SUMMARY

OUTCOMES IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY AND INCREASED INTRACRANIAL PRESSURE UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

Objective: To evaluate the treatment outcomes for patients with traumatic brain injury and increased intracranial pressure undergoing decompressive craniectomy at Thong Nhat Hospital. **Methods:** A cross-sectional retrospective study was conducted on patients with traumatic brain injury indicated for decompressive craniectomy from January 2017 to January 2024 at Thong Nhat Hospital. **Results:** We surveyed and followed 344 patients who met the inclusion criteria, with the following outcomes: At the time of discharge/transfer, the proportion of patients with a favorable outcome (Glasgow Outcome Scale [GOS] 4 and 5) was 69.28%, and those with an unfavorable outcome (GOS 1, 2, and 3) was 30.72%. Of these, 230 patients (66.86%) had a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 14 to 15, and 62 patients (18.02%) had a GCS score of 9 to 13. Complications that affected patient outcomes after decompressive craniectomy included recurrent hemorrhage, accounting for 50.58%, and several factors such as intraventricular hemorrhage, basal cistern compression were associated with the formation of new postoperative hematoma influencing the patients' outcome. **Conclusion:** Decompressive craniectomy (DC) is a time-tested method commonly applied in emergency situations to save the lives of patients after accidents. **Keywords:** Decompressive craniectomy (DC), traumatic brain injury (TBI), intraventricular hemorrhage (IVH), hematoma and brain contusion/swelling (HBCS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSĐ) đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây ra tử vong và khuyết tật thần kinh toàn cầu. Hàng năm, CTSĐ không chỉ cướp đi sinh mạng của khoảng 1,5 triệu người mà còn khiến hàng triệu người khác phải chịu cảnh sống chung với hậu quả của nó. Tỷ lệ tử vong và hậu quả lâu dài do CTSĐ tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng và cơ chế của chấn thương. Thống kê chỉ ra rằng, có hơn 20% các trường hợp dẫn đến kết cục bi thảm như tử vong hoặc tàn tật nặng nề [1]. Bệnh nhân (BN) CTSĐ thường gặp phải tình trạng tổn thương phức tạp kết hợp cả trong và ngoài sọ, đặc biệt là trong bệnh cảnh đa chấn thương. Việc đánh giá tổn thương ngay từ khi tiếp nhận BN là vô cùng phức tạp và cực kỳ quan trọng để dự đoán kết cục, các rủi ro tiềm ẩn và tỷ lệ tử vong. Trong số các phương pháp điều trị phẫu thuật CTSĐ, mở nắp sọ giảm áp (MSGĐ) được xác định là có hiệu quả rõ rệt, nhất là khi kết hợp loại bỏ các tổn thương, giúp giảm áp lực nội sọ, được thể hiện rõ qua cả các dấu hiệu lâm sàng và kết quả hình ảnh. Số lượng BN tại Bệnh viện Thống Nhất bị chấn thương sọ não có tăng áp lực nội sọ được chỉ định MSGĐ ngày càng nhưng lại chưa có số liệu thống kê cụ thể nên chúng tôi xin được thực hiện đề tài trên nhằm đánh giá kết quả điều trị BN chấn thương sọ não có tăng áp

lực nội sọ được chỉ định MSGĐ tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các BN CTSĐ có tăng áp lực nội sọ được chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2024 tại bệnh viện Thống Nhất.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

BN trên 18 tuổi

Nhập viện vì chấn thương

Có giảm tri giác trên lâm sàng hoặc có dấu thần kinh khu trú hoặc có sự thay đổi về đồng tử CT scan sọ não: có máu tụ dưới màng cứng cấp tính và/ hoặc có dập não xuất huyết mà có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp nửa bán cầu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN được chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp trán hai bên, mở nắp sọ giảm áp hai bán cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu dựa trên p là tỉ lệ BN được phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp trong nghiên cứu của Arabii [2].

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Với: $p = 0,107$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $d = 0,05$ suy ra $N=147$.

Các ca phẫu thuật bên cạnh được mở sọ giải áp kèm theo được mô tả là lấy hết tổn thương bao gồm máu tụ, não dập hay cả hai. Sự xuất hiện máu tụ và dập phù não sau mổ được khảo sát và đo đạc trên phim CT scan sọ não kiểm tra sau mổ.

2.3. Đánh giá kết quả

o **Đặc điểm dịch tễ:** tuổi, giới, nguyên nhân, tiền căn về tăng huyết áp, đái tháo đường, sử dụng kháng đông, bệnh lý ưa chảy máu, dùng rượu bia.

o **Đặc điểm lâm sàng:** thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện, từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật, thời gian chụp CTscan sọ não kiểm tra, tình trạng lúc nhập viện theo GCS.

Bảng 2.1: Thang điểm Glasgow [3]

Đáp ứng	Mức độ	Điểm
Mắt	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi ra lệnh	3
	Mở mắt khi gây đau	2
	Không mở mắt	1
Lời nói	Trả lời đúng	5
	Trả lời hạn chế	4
	Trả lời lộn xộn	3

Vận động	Không rõ nói gì	2
	Không trả lời	1
	Đáp ứng đúng theo y lệnh	6
	Đáp ứng đúng khi gây đau	5
	Co chi lại, cử động không tự chủ	4
	Gồng cứng mắt vỏ	3
	Duỗi cứng mắt não	2
Nằm yên không đáp ứng	1	

o **Đặc điểm cận lâm sàng:** thời gian đông máu toàn bộ, số lượng tiểu cầu, thể tích khối máu tụ trước và sau phẫu thuật, vị trí, loại máu tụ, bề nền, xuất huyết dưới nhện, thang điểm Rotterdam.

Bảng 2.2: Thang điểm Rotterdam [4]

Yếu tố tiên đoán	Điểm
Bể đáy	
Bình thường	0
Chèn ép	1
Mất	2
Lệch đường giữa	
Không lệch hay lệch $\leq 5\text{mm}$	0
Lệch $> 5\text{mm}$	1
Máu tụ NMC	
Có	0
Không	1
Máu trong não thất hay XHDN	
Không	0
Có	1
Điểm cộng	1

- Kết quả: thời gian nằm viện, biến chứng sau phẫu thuật, GCS lúc xuất viện/chuyển viện, điểm GOS lúc xuất viện.

Bảng 2.3: Thang điểm GOS [5].

Điểm	Đánh giá
5	Hồi phục tốt: BN trở lại với cuộc sống gia đình và xã hội như trước khi bị CTSN (trở lại được công việc cũ)
4	Hồi phục khá tốt: BN trở về với cuộc sống gia đình nhưng chưa trở lại được công việc cũ
3	Hồi phục kém: Tỉnh táo nhưng phải có người khác phục vụ trong cuộc sống hàng ngày
2	Đời sống thực vật
1	BN tử vong trong quá trình điều trị

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả BN tại thời điểm lúc xuất viện/chuyển viện

3.1.1. Tri giác lúc xuất viện/chuyển viện

Bảng 3.1: GCS BN lúc xuất viện/chuyển viện

GCS xuất viện/chuyển viện	Số ca	Tỉ lệ (%)
Từ 3 đến 8	52	15,12
Từ 9 đến 13	62	18,02
Từ 14 đến 15	230	66,86
Tổng	344	100,0

Đa số các BN xuất viện/chuyển viện trong tình trạng GCS 14 và 15 điểm (66,86%), khoảng gần 1/5 số BN có GCS từ 9 đến 13 điểm (18,02%), các BN còn lại với tình trạng nặng có thể tử vong hoặc hôn mê sâu. Trong khi đó Aarabi và cộng sự trong nghiên cứu hồi cứu của họ đã báo cáo kết quả tốt ở 67% bệnh nhân có điểm GCS từ 9 trở lên ($P < 0,05$) [2].

3.1.2. Sự phục hồi chức năng của BN theo thang điểm GOS lúc xuất viện/chuyển viện

Bảng 3.2: GOS BN lúc xuất viện/chuyển viện

GOS xuất viện/chuyển viện	Số ca	Tỉ lệ (%)
1	34	9,88
2	18	5,23
3	54	15,7
4	118	34,3
5	120	34,88

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được định nghĩa tại thời điểm lúc xuất viện/chuyển viện có kết cuộc tốt là GOS 4 và 5, có kết cuộc xấu là GOS 1, 2 và 3, sống sót là GOS từ 2 đến 5, tử vong là GOS 1. Trong đó, BN có kết cuộc tốt chiếm 69,18%, BN có kết cuộc xấu là 30,82%; BN sống sót là 90,12% và tử vong là 9,88%. Kết quả này cũng tương tự như tác giả Aarabi và cộng sự đã báo cáo 40% kết quả thuận lợi (GOS 4 hoặc 5) trong số những bệnh nhân CTSN được theo dõi ít nhất 3 tháng sau MSGA [2].

3.1.3. Các biến chứng sau phẫu thuật

mở nắp sọ giảm áp. Chúng tôi ghi nhận được các biến chứng sau phẫu thuật bao gồm: chảy máu (50,58%), nhiễm trùng (11,04%) trong đó bao gồm nhiễm trùng tại vùng phẫu thuật (5,81%) và viêm phổi (8,72%); không ghi nhận rò dịch não tủy. Kết quả này tương tự với một số tác giả khác trên thế giới [2][8][10].

3.2. Các yếu tố liên quan đến kết cuộc

BN. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm dịch tễ và một số đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới, các nguyên nhân gây chấn thương, độ nặng chấn thương sọ não được đánh giá theo GCS, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật đều không liên quan với kết cuộc BN. Trong khi Davide Nasi có nhận xét tương đối giống với chúng tôi về tuổi và giới tính, thì Oertel lại nhận thấy tuổi ($OR=1,04$; $p=0,01$) và giới tính ($p=0,0002$) là các yếu tố liên quan [6][7].

Đối với các đặc điểm cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận sự xuất hiện của xuất huyết não thất (XHNT), sự chèn ép bể đáy có liên quan với việc hình thành MTDPN mới sau mổ. Không như chúng tôi, Davide Nasi không thấy mối liên quan với sự xuất hiện máu tụ mới sau MSGA với

p=0,65 [7].

Bảng 3.3: Sự xuất hiện của XHNT sau mổ

Sự xuất hiện của máu tụ, dập phù não	Xuất huyết não thất		Tổng
	Không	Có	
Không	152	18	170
Có	130	44	174
Tổng	282	62	344

Bảng 3.4: Sự xuất hiện của chèn ép bể nền sau mổ

Sự xuất hiện của máu tụ, dập phù não	Tình trạng bể nền			Tổng
	Không chèn ép	Chèn ép một phần	Không thấy bể nền	
Không	94	44	32	170
Có	74	82	18	174
Tổng	168	126	50	344

Đối với các tổn thương nội sọ trước mổ, lượng máu tụ trung bình trong nghiên cứu của Flint và Davide Nasi ít hơn so với nghiên cứu chúng tôi nhưng độ nặng lúc nhập viện là tương đương nên có thể vẫn tìm ẩn yếu tố gây nhiều đặc biệt là tổn thương sợi trục lan tỏa [7][8].

Bảng 3.5: So sánh lượng máu tụ của nghiên cứu chúng tôi và các tác giả khác

	Lượng máu tụ trung bình (ml)
Chúng tôi	68,60 ± 34,84
Flint	3,4 ± 3,8
Davide Nasi	12,8 ± 2,7

Sự mở rộng tổn thương xuất huyết sau các chấn thương sọ não được phát hiện đầu tiên sau khi máy chụp cắt lớp vi tính được ra đời [9]. Đối với MTDPN mới sau mổ, tỉ lệ BN máu tụ lại của chúng tôi thấp hơn kết quả của Flint (58%) và cao hơn nghiên cứu của Davide Nasi là 25,82% [7][8]. Oertel và cộng sự đã hồi cứu phân tích trên 142 BN có thang điểm GCS trung vị là 8, trong đó có tỉ lệ xuất huyết tiến triển là 42% [6]. Trong 2 nghiên cứu khác tương tự với chúng tôi, có 38% trong 113 BN của Chang và 42% trong 116 BN của Smith [10], là có tổn thương tiến triển và Chang đã cho thấy có thể dựa trên thể tích máu tụ ở phim chụp CLVT lúc nhập viện có thể dự đoán được thể tích máu tụ mở rộng.

Bảng 3.6: So sánh lượng tỉ lệ máu tụ, lượng máu tụ sau mổ của nghiên cứu chúng tôi và các tác giả khác

	Tỉ lệ máu tụ xuất hiện mới sau mổ	Lượng máu tụ mới sau mổ trung bình (ml)
Chúng tôi	50,58%	29,61 ± 34,6
Flint	58%	37,1 ± 36,3
Davide Nasi	25,82%	39,1 ± 3,1 (mở rộng) 28,3 ± 1,4 (mới)

Khi đánh giá điều trị và phục hồi, chúng tôi sử dụng đường cong ROC giữa thể tích MTDPN mới sau phẫu thuật với GOS của BN lúc ra viện. Chúng tôi thu được với lượng máu tụ là 22,68ml thì độ nhạy là 73% và độ đặc hiệu là 70%, với p<0,001, và diện tích dưới đường cong là 0,7362, với khoảng tin cậy 95% là 0,62 và 0,86. Kết quả cho thấy rằng kích thước nắp sọ và các yếu tố đông máu không liên quan với việc hình thành MTDPN mới sau phẫu thuật.

Bảng 3.7: Mối liên quan giữa MTDPN trước phẫu thuật với sau phẫu thuật

GOS lúc XV (1 – 2 – 3)	OR	p
Lượng máu tụ >22,68ml	5,97	<0,001
Lượng máu tụ >22,68ml	OR	p
XHNT	3,45	0,004

Nghiên cứu của Flint năm 2008 đã cho kết quả lượng máu tụ xuất hiện thêm sau MSGA một bên là mốc để nhận định khả năng phục hồi của BN sau 6 tháng là 20ml với độ nhạy và độ đặc hiệu của giá trị này đều là 75% [8]. Thêm vào đó, Davide Nasi đã cho thấy thể tích não dập có khả năng dự đoán cao lượng máu tụ sau mổ, đồng thời lượng não dập tiến triển và máu tụ mới có liên quan với kết cuộc của BN ở thời điểm 6 tháng [7].

IV. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não là bệnh lý phức tạp do nhiều cơ chế phối hợp và càng khó đánh giá hơn khi ở bệnh cảnh đa chấn thương. Phẫu thuật MSGA là phương pháp ngoại khoa kinh điển trong điều trị BN CTSN có tăng áp lực nội sọ được chỉ định MSGA đã chứng minh được hiệu quả, tuy nhiên việc chỉ định là cực kì quan trọng và phải cẩn trọng trong đánh giá kết cục BN để mang lại lợi ích nhiều nhất có thể khi thực hiện phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Steyerberg EW, Mushkudiani N, Perel P, et al. Predicting Outcome after Traumatic Brain Injury: Development and International Validation of Prognostic Scores Based on Admission Characteristics. PLOS Med. 2008;5(8):e165. doi:10.1371/journal.pmed.0050165
2. Aarabi B, Hesdorffer DC, Ahn ES, Aresco C, Scalea TM, Eisenberg HM. Outcome following decompressive craniectomy for malignant swelling due to severe head injury. J Neurosurg. 2006; 104(4): 469-479. doi:10.3171/jns.2006.104.4.469
3. Teasdale G, Maas A, Lecky F, Manley G, Stocchetti N, Murray G. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. Lancet Neurol. 2014;13(8):844-854. doi:10.1016/S1474-4422(14)70120-6
4. Maas AIR, Hukkelhoven CWPM, Marshall LF, Steyerberg EW. Prediction of outcome in traumatic brain injury with computed tomographic

- characteristics: a comparison between the computed tomographic classification and combinations of computed tomographic predictors. *Neurosurgery*. 2005;57(6):1173-1182; discussion 1173-1182. doi:10.1227/01.neu.0000186013.63046.6b
- Jennett B, Bond M.** Assessment of outcome after severe brain damage: A Practical Scale. *The Lancet*. 1975;305(7905):480-484. doi:10.1016/S0140-6736(75)92830-5
 - Oertel M, Kelly DF, McArthur D, et al.** Progressive hemorrhage after head trauma: predictors and consequences of the evolving injury. *J Neurosurg*. 2002;96(1):109-116. doi:10.3171/jns.2002.96.1.0109
 - Nasi D, di Somma L, Gladi M, et al.** New or Blossoming Hemorrhagic Contusions After Decompressive Craniectomy in Traumatic Brain Injury: Analysis of Risk Factors. *Front Neurol*. 2019;9:1186. doi:10.3389/fneur.2018.01186
 - Flint AC, Manley GT, Gean AD, Hemphill JC, Rosenthal G.** Post-operative expansion of hemorrhagic contusions after unilateral decompressive hemicraniectomy in severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2008; 25(5):503-512. doi:10.1089/neu.2007.0442
 - Brown FD, Mullan S, Duda EE.** Delayed traumatic intracerebral hematomas. Report of three cases. *J Neurosurg*. 1978;48(6):1019-1022. doi:10.3171/jns.1978.48.6.1019
 - Chang EF, Meeker M, Holland MC.** Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period. *Neurosurgery*. 2006; 58(4):647-656; discussion 647-656. doi:10.1227/01.NEU.0000197101.68538.E6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT TP HCM TỪ NĂM 2020 ĐẾN NĂM 2024

Hoàng Văn Phước¹, Lương Hữu Đăng¹,
Trương Hoàng Việt², Trần Minh Trường³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thanh quản là một loại ung thư vùng cổ mặt thường gặp, một trong số các triệu chứng chính của bệnh là khàn tiếng. Điều trị ung thư thanh quản bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, trong đó phẫu thuật được áp dụng cho những trường hợp bệnh giai đoạn sớm hoặc tiến triển chưa có di căn xa. Tại Bệnh viện Thống Nhất TP HCM, việc triển khai phẫu thuật cắt thanh quản vào năm 2020 đã cho thấy nỗ lực trong việc cải thiện chất lượng điều trị ung thư thanh quản. Để nghiên cứu kỹ hơn về tình hình điều trị ung thư thanh quản tại đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp ung thư thanh quản và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản trong các trường hợp ung thư thanh quản đã được phẫu thuật". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản và 13 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt thanh quản do ung thư tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ 01/01/2020 đến 30/06/2024 bằng phương pháp mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 62,5 ± 8 tuổi, nhỏ nhất là 52 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi. Nam giới chiếm 100%. Triệu chứng cơ năng hay gặp là khàn tiếng chiếm 86,5%. Khối u độ T3 chiếm tỉ lệ 38,7%, không di căn hạch chiếm 58,2%. Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 23,1% (3/13). Tỉ lệ tái

phát là 12,5% (1/8). **Kết luận:** Ung thư thanh quản là một trong những ung thư chiếm tỉ lệ cao ở nước ta, phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm sẽ cho kết quả tốt. Phẫu thuật được áp dụng cho những trường hợp bệnh giai đoạn sớm hoặc tiến triển chưa có di căn xa. Bước đầu ghi nhận các trường hợp cắt thanh quản do ung thư tại Bệnh viện Thống Nhất có kết quả khả quan. **Từ khóa:** Ung thư thanh quản, cắt thanh quản toàn phần, cắt thanh quản bán phần.

SUMMARY

OUTCOMES OF LARYNGEAL CANCER TREATMENT AT THONG NHAT HOSPITAL HO CHI MINH CITY FROM 2020 TO 2024

Background: Laryngeal cancer is a common type of head and neck cancer, with hoarseness being one of its primary symptoms. Treatment for laryngeal cancer includes surgery, radiation therapy, and chemotherapy, with surgery being often used for early stage or locally advanced cases without distant metastasis. At Thong Nhat Hospital, the implementation of laryngectomy surgery from 2020 has shown efforts to improve the quality of laryngeal cancer treatment. We conducted this research with the aim of investigating the clinical and subclinical characteristics of laryngeal cancer cases and evaluating the primary outcomes of surgical treatment of laryngeal cancer in this group of patients. **Method:** The study was conducted on 52 patients diagnosed with laryngeal cancer and 13 patients who underwent laryngectomy for laryngeal cancer at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, from 01/01/2020 to 30/06/2024, using a retrospective descriptive method. **Result:** The average age of the patients was 62,5 ± 8 years, with the youngest being 52 and the oldest 75 years old. Males accounted for 100% of the cases. Hoarseness was the most common symptom, present

¹Đại học Y Dược TP. HCM

²Bệnh viện Thống Nhất TP. HCM

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024