

6. **Trần Đức Dũng, Hoàng Long, Nguyễn Việt Hải và cộng sự** (2024). Kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ trên thận đã can thiệp ngoại khoa điều trị sỏi thận. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacology*. 19(8). Doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v19i8.2489>
7. **Ghani K.R., Andonian S., Bultitude M. et al.** (2016). Percutaneous Nephrolithotomy: Update, Trends, and Future Directions. *Eur Urol*. 70(2):382-96. Doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.047.
8. **Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành** (2024). Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện 19-8, bộ công an. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 533(2). Doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.533i2.7960>
9. **Kurtulus F.O., Fazlioglu A., Tandoqdu Z. et al.** (2008). Percutaneous nephrolithotomy: primary patients versus patients with history of open renal surgery. *J Endourol*. 22(12):2671-5. Doi: 10.1089/end.2007.0431.
10. **Wan C., Wana D., Xiana J., et al.** (2022). Comparison of postoperative outcomes of mini percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy: a meta-analysis. *Urolithiasis*. 50(5):523-533. Doi: 10.1007/s00240-022-01349-8.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ LẤY MÁU TỤ TRONG NÃO ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Dương Tùng Anh¹, Hồ Nguyên Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu 54 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết não do tăng huyết áp có chỉ định phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não tại khoa Ngoại thần kinh-Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $56,61 \pm 10,08$ tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 3,5; vị trí khối máu tụ vùng nhân bèo-bao trong chiếm 68,5%, thùy não chiếm 31,5%; thể tích khối máu tụ trung bình là $74,10 \pm 26,92 \text{ cm}^3$; liệt nửa người chiếm 94,4%; giãn đồng tử cứng bên chiếm 22,2%, tăng huyết áp độ III chiếm 66,6%; điểm Glasgow trung bình trước mổ là $9,56 \pm 2,13$; điểm Glasgow trung bình sau 06 tháng là $12,41 \pm 2,54$; kết quả phẫu thuật sau 06 tháng Tốt và khá chiếm 68,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não là một lựa chọn điều trị quan trọng đối với bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp, đặc biệt khi kích thước khối máu tụ lớn hoặc các triệu chứng tiên lượng nặng.

Từ khóa: Xuất huyết não tự phát, tăng huyết áp, phẫu thuật mở sọ, Glasgow.

SUMMARY

THE RESULT OF CRANIOTOMY FOR HEMATOMA EVACUATION IN THE TREATMENT OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN HYPERTENSIVE

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Dương Tùng Anh

Email: tungmu31071994@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

PATIENTS AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Research Objective: To evaluate the surgical outcomes of craniotomy for hematoma evacuation in the treatment of intracerebral hemorrhage in hypertensive patients at Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Research Method:** A descriptive, cross-sectional study, both retrospective and prospective, involving 54 patients diagnosed with hypertensive intracerebral hemorrhage who underwent craniotomy for hematoma evacuation at the Neurosurgery Department of Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Results:** The average age was 56.61 ± 10.08 years; the male/female ratio was 3.5:1. The location of the hematoma was in the basal ganglia-thalamus region in 68.5%, and in the cerebral hemisphere in 31.5%. The average hematoma volume was $74.10 \pm 26.92 \text{ cm}^3$. Hemiplegia occurred in 94.4% of patients, with ipsilateral pupil dilation in 22.2%. Hypertension grade III was found in 66.6%. The mean Glasgow Coma Scale (GCS) score before surgery was 9.56 ± 2.13 , and the mean GCS score after 6 months was 12.41 ± 2.54 . After 6 months, 68.5% of patients had good or fair surgical outcomes. **Conclusion:** Craniotomy for hematoma evacuation is a critical treatment option for patients with hypertensive intracerebral hemorrhage, especially when the hematoma size is large or there are severe prognostic symptoms. **Keywords:** Spontaneous intracerebral hemorrhage, hypertension, craniotomy, Glasgow Coma Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) được dùng đồng nghĩa với chảy máu não, hay máu tụ trong não là tình trạng máu thoát vào trong nhu mô não, sau đó sẽ được bao bọc lại bởi một vỏ màng tân tạo và được gọi là khối máu tụ (hematoma). Phần lớn XHN được điều trị bảo tồn tại các khoa nội thần kinh, đột quỵ. Nếu xuất huyết gây máu

tụ lớn, cần được phẫu thuật nhằm giải phóng chèn ép não, lấy máu tụ, cầm máu

Bệnh tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân thường gặp nhất của XHN tự phát. Đột quỵ xuất huyết não có xu hướng gia tăng theo tình hình phát triển kinh tế, xã hội.

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị XHN tự phát bằng nội khoa cho kết quả khả quan. Tuy nhiên vẫn chưa có sự thống nhất giữa thầy thuốc Nội thần kinh và các phẫu thuật viên Thần kinh trên thế giới về các chỉ định phẫu thuật của xuất huyết não. Với những khối máu tụ lớn gây tăng áp lực nội sọ cấp tính, bệnh nhân hôn mê và có nguy cơ thoát vị não, việc điều trị nội khoa thường thất bại và kéo dài thời gian điều trị thì khi đó vai trò của can thiệp phẫu thuật kịp thời đã giúp cứu sống người bệnh. Phẫu thuật là một trong những phương pháp điều trị có kết quả giảm tỉ lệ tử vong và di chứng của bệnh. Phẫu thuật mở sọ, mở sọ giảm áp lấy máu tụ là phẫu thuật có tác dụng làm giảm áp lực nội sọ, vừa lấy được khối máu tụ và cầm máu là phương pháp được áp dụng trong những trường hợp xuất huyết não lớn gây tăng áp lực nội sọ cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 54 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp và được phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 30/06/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là xuất huyết não trên lều tiểu não dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, có tiền sử tăng huyết áp hoặc thời điểm nhập viện có tăng huyết áp và được phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ

- Bệnh nhân được chụp CLVT sọ não trước phẫu thuật, chụp CLVT mạch máu não loại trừ xuất huyết não do nguyên nhân bất thường mạch máu (dị dạng thông động tĩnh mạch, túi phình động mạch não,...).

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu trước, trong phẫu thuật và theo dõi điều trị sau phẫu thuật, đáp ứng yêu cầu của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Xuất huyết não do chấn thương.
- Xuất huyết não ở bệnh nhân có rối loạn đông máu.
- Xuất huyết não ở bệnh nhân có thai.
- Xuất huyết não có bằng chứng rõ ràng do bất thường về mạch máu (dị dạng động tĩnh mạch não, túi phình động mạch não,...).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 30/06/2024 tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

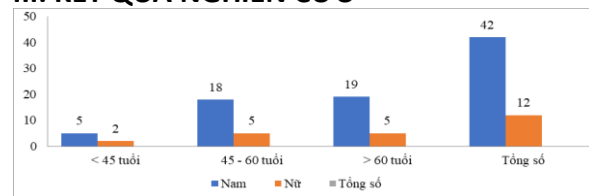
Cỡ mẫu: 54 bệnh nhân chẩn đoán xuất huyết não do tăng huyết áp

Chọn mẫu: Có chủ đích

2.4. Chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá: - Phân độ THA được xác định theo Guidelines của hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (VNHA 2018)

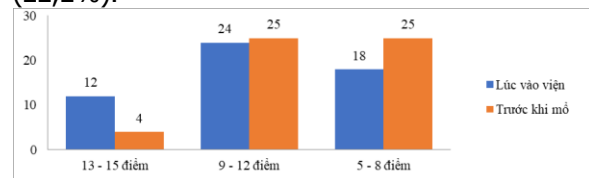
- Tình trạng tri giác lúc vào viện và trước khi phẫu thuật: Đánh giá theo thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới

Nhận xét: Tuổi trung bình là $56,61 \pm 10,08$ tuổi. Có 24 BN trên 60 tuổi (chiếm 44,4%). Trong nghiên cứu có 42 Nam (77,8%) và 12 Nữ (22,2%).



Biểu đồ 3.2. Phân nhóm điểm Glasgow lúc vào viện và trước khi phẫu thuật

Nhận xét: Lúc vào viện, số bệnh nhân có điểm GCS 9-12 điểm chiếm đa số, nhưng trước khi phẫu thuật, tình trạng tri giác một số trường hợp diễn biến xấu đi, làm cho tỉ lệ bệnh nhân có điểm GCS <12 điểm tăng lên.

Bảng 3.1. Triệu chứng liệt nửa người trước phẫu thuật

Liệt nửa người	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Có liệt	51	94,4
Không liệt	3	5,6
Tổng số	54	100

Nhận xét: Số bệnh nhân bị liệt nửa người chiếm đa số, tỉ lệ là 94,4%.

Bảng 3.2. Tình trạng đồng tử trước khi can thiệp phẫu thuật

Tình trạng đồng tử trước PT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
-----------------------------	--------------	-----------

Không dẫn	41	75,9
Dẫn đồng tử cùng bên	12	22,2
Dẫn đồng tử 2 bên	1	1,9
Tổng số	54	100

Nhận xét: Có 41 BN được phẫu thuật khi chưa có giãn đồng tử (chiếm 75,9%). 1 bệnh nhân được phẫu thuật trong tình trạng dẫn đồng tử 2 bên (chiếm 1,9%).

Bảng 3.3. Phân độ tăng huyết áp lúc vào viện

Độ THA	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bình thường	2	3,7
Độ 1	3	5,6
Độ 2	13	24,1
Độ 3	36	66,6

Nhận xét: Có 52/54 bệnh nhân nhập viện trong tình trạng huyết áp, trong đó có 36 bệnh nhân THA độ 3 (chiếm 66,6%).

Bảng 3.4. Vị trí khối máu tụ trong não

Vị trí máu tụ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Vùng nhân bào – bao trong	37	68,5
Thùy não	17	31,5
Tổng số	54	100

Nhận xét: Có 37 bệnh nhân xuất huyết não ở vị trí vùng nhân bào – bao trong (68,5%), số bệnh nhân xuất huyết thùy não chiếm 31,5%.

Bảng 3.5. Thể tích khối máu tụ tính trên phim CLVT

Thể tích khối máu tụ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 60 cm ³	16	29,6
60 – 90 cm ³	25	46,3
> 90 cm ³	13	24,1
Thể tích nhỏ nhất	30,01cm ³	
Thể tích lớn nhất	145,45cm ³	
Thể tích trung bình	74,10 ± 26,92cm ³	

Nhận xét: Có 25 bệnh nhân có thể tích máu tụ 60 – 90 cm³ chiếm 46,3%. Thể tích máu tụ trung bình là 74,10 ± 26,92cm³.

Bảng 3.6. Mức độ chảy máu não thất theo thang điểm Graeb

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không có máu não thất	20	37,0
Mức độ nhẹ (1 – 4 điểm)	17	31,5
Mức độ trung bình (5 – 8 điểm)	15	27,8
Mức độ nặng (9 – 12 điểm)	2	3,7
Tổng số	54	100

Nhận xét: Có 20 BN không có chảy máu não thất kèm theo (37,0%), 34 BN có chảy máu não thất mức độ từ nhẹ đến nặng (63,0%).

Bảng 3.7. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau PT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
-----------------------	--------------	-----------

Chảy máu lại	8	14,8
Viêm phổi nặng	12	22,2
Viêm não – màng não, áp xe não	2	3,7
Loét tỷ đè	16	29,6

Nhận xét: Có 2 bệnh nhân bị biến chứng viêm não – màng não (3,7%). Biến chứng viêm phổi nặng liên quan đến thở máy gặp 12 trường hợp (22,2%).

Bảng 3.8. Kết quả điều trị sau phẫu thuật 6 tháng

Kết quả điều trị PT	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tốt	21	38,9
Khá	16	29,6
Xấu	17	31,5
Tổng số	54	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật 6 tháng tỉ lệ kết quả Tốt và Khá là 68,5%.

IV. BÀN LUẬN

* **Tuổi, giới.** Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy xuất huyết não ở bệnh nhân THA xảy ra ở Nam (77,8%) cao hơn ở Nữ (22,2%), tỉ lệ Nam/Nữ cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Văn Hưng tỉ lệ Nam/Nữ là 1,5/1; Nguyễn Đức Việt tỉ lệ là 2,2/1; MK Bhaskar có tỉ lệ là 1,8/1. Như vậy, xuất huyết não do THA nam giới luôn chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới. Có lẽ cũng do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ THA cao hơn như hút thuốc lá, nghiện rượu và tỉ lệ THA ở nam giới trong cộng đồng cũng cao hơn so với nữ giới.

* **Dấu thần kinh khu trú.** Hầu hết bệnh nhân có liệt nửa người trước phẫu thuật cùng bên với bên xuất huyết não (51/54 = 94,4%) vì xuất huyết não do tăng huyết áp thường xảy ra do vỡ các nhánh mạch xiên của động mạch đầu vắn nên hình thành khối máu tụ chèn ép trực tiếp hoặc gây tổn thương bao trong cùng bên. Hoặc những khối máu tụ ở thùy não có thể tích lớn cũng có thể gây chèn ép trên đường đi của bó tháp gây nên tình trạng liệt nửa người trước phẫu thuật.

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật từ sớm khi chưa có dẫn đồng tử (chiếm 75,9%), có 12 bệnh nhân (22,2%) được phẫu thuật khi có dẫn đồng tử 1 bên, duy nhất 1 bệnh nhân diễn biến lâm sàng rất nhanh, tình trạng xấu đi nhanh kèm theo dẫn đồng tử hai bên.

* **Vị trí khối máu tụ.** Trong nghiên cứu có 37 BN (68,5%) xuất huyết não ở vùng nhân bào – bao trong là vị trí thường gặp do THA. Vì vậy mà bệnh nhân xuất huyết não do THA dù can thiệp phẫu thuật hay điều trị nội khoa cũng đều để lại những di chứng nặng nề. Vì vậy, xuất

huyết não do tăng huyết áp thường ở vị trí sâu, đặc biệt chú ý là hai nhánh động mạch hay chảy máu là ĐM Heubner (nhánh ĐM não trước) và ĐM Charcot (nhánh ĐM não giữa) gây khó khăn khi phẫu thuật lấy máu tụ trong xuất huyết não do THA vì khối máu tụ ở sâu, đòi hỏi sự khéo léo của phẫu thuật viên để tránh làm tổn thương não lành. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tiền sử THA bị xuất huyết não vùng nhân bào – bao trong đều không cần chụp CLVT mạch máu não, có 6 bệnh nhân được chụp CLVT mạch máu não là những bệnh nhân trẻ tuổi không có tiền sử THA trước đó, xuất huyết ở thùy não và kết quả không thấy dấu hiệu bất thường về hệ mạch máu não. Một số bệnh nhân có tình trạng tri giác xấu đi nhanh phải phẫu thuật ngay nên không chụp được CLVT mạch máu não. Khi phẫu thuật đã được chuẩn bị các dụng cụ kẹp mạch máu (clip) và cầm máu, kính hiển vi phẫu thuật được sử dụng trong phẫu thuật, các trường hợp đó cũng không phát hiện bất thường về mạch máu não. Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo trong một số nghiên cứu ở nước ngoài là: Không cần chụp mạch máu não ở các bệnh nhân cao tuổi, bị tăng huyết áp, xuất huyết não vùng nhân bào, đồi thị, tiểu não, thân não và ở các bệnh nhân mà trên CLVT sọ não không nghi ngờ tổn thương về cấu trúc mạch máu não. Cần xem xét chụp mạch máu não cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mà nguyên nhân XHN không rõ ràng, đặc biệt các bệnh nhân trẻ tuổi, huyết áp bình thường, có tình trạng lâm sàng ổn định. Cần có các dụng cụ kẹp mạch máu chuẩn bị trước phẫu thuật, sử dụng kính hiển vi phẫu thuật là cần thiết.

*** Thể tích khối máu tụ.** Thể tích khối máu tụ lớn, mức độ đẩy lệch đường giữa càng lớn và mức độ rối loạn tri giác và mức độ chảy máu não thất là những yếu tố tiên lượng xấu sau xuất huyết não tự phát. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng có thể tích máu tụ là $44,75 \pm 12,08\text{ml}$, lệch đường giữa $8,30 \pm 1,91\text{mm}$ thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể tích khối máu tụ trung bình là $74,10 \pm 26,92\text{cm}^3$, di lệch đường giữa trung bình $11,74 \pm 4,02\text{mm}$ do trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân nặng hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Takeuchi S có thể tích máu tụ trung bình là $74,2\text{ml}$.

*** Kết quả phẫu thuật.** Thời điểm 6 tháng có 39 bệnh nhân còn sống, những bệnh nhân này có cải thiện tri giác rõ rệt được thể hiện bằng điểm GCS trung bình trước phẫu thuật là $9,56 \pm 2,13$ và sau phẫu thuật 6 tháng là $12,41 \pm 2,54$.

*** Biến chứng sớm sau phẫu thuật.** Theo M. S. Gopalakrishnan, biến chứng nhiễm trùng vết mổ gặp khoảng 10% bệnh nhân và tỉ lệ nhiễm trùng sâu hơn như áp xe ngoài màng cứng và tụ mủ dưới màng cứng chỉ dưới 4%. Tỉ lệ viêm màng não và viêm não thất khoảng 4% do khả năng dò dịch não tủy cao hơn. Ngoài ra những trường hợp đặt mảnh xương sọ dưới da thành bụng có thể gây nhiễm trùng thành bụng và mảnh xương sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp (3,7%) bị viêm não – màng não sau phẫu thuật và 2 trường hợp này đều nặng nề và tử vong. Biến chứng viêm phổi nặng liên quan đến thở máy là 22,2%. Với những bệnh nhân có điểm GCS trước phẫu thuật <8 điểm, sau phẫu thuật còn phù não nhiều, tiền lượng phải thở máy kéo dài thì cần thiết phải mổ khí quản sớm để thuận tiện cho việc chăm sóc và cai máy thở, giảm thiểu nguy cơ viêm phổi.

Tăng huyết áp là một yếu tố quan trọng làm gia tăng thể tích khối máu tụ, điều trị hạ áp tích cực cho bệnh nhân xuất huyết não cấp ngay từ khi vào viện có thể làm giảm sự phát triển khối máu tụ, dù không làm giảm tỉ lệ tử vong nhưng có cải thiện kết cục thuận lợi. Với những trường hợp huyết áp lúc vào viện cao, trước khi bị bệnh chưa được điều trị huyết áp đều đặn thì kiểm soát huyết áp sau phẫu thuật là vấn đề khó khăn, tỉ lệ chảy máu tái phát sau phẫu thuật và tử vong cao. Việc hồi sức nội khoa trước phẫu thuật và sau phẫu thuật có vai trò quan trọng đến sự thành công của phẫu thuật, vì vậy các bệnh nhân sau phẫu thuật phải được điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực. Đối với các bệnh nhân sau phẫu thuật, cần chụp lại phim CLVT sọ não sau phẫu thuật 6 giờ hoặc bất kể khi nào đánh giá về tình trạng tri giác sau phẫu thuật có suy giảm, diện phẫu thuật căng phồng, thay đổi kích thước đồng tử hai bên cần chụp lại ngay để đánh giá sự chảy máu lại sau phẫu thuật để có sự can thiệp kịp thời cho bệnh nhân.

*** Tử vong trong 1 tháng sau phẫu thuật.** Tỉ lệ tử vong trong 1 tháng sau phẫu thuật là 24,1%, thấp hơn so với Lê Tấn Nắm có lẽ do số bệnh nhân xuất huyết não vùng bao trong-nhân bào của chúng tôi (68,5%) thấp hơn so với Lê Tấn Nắm là 77,5%. Khó khăn thường gặp khi phẫu thuật các trường hợp ổ xuất huyết lớn, mức độ lệch đường giữa nhiều, tri giác giảm nhanh là sau khi mở sọ, tình trạng phù não rất nhanh làm cuộc phẫu thuật khó khăn, vì vậy cần định vị kỹ vị trí máu tụ trước phẫu thuật để có thể vào ổ máu tụ trong thời gian thật ngắn, hút phần lớn máu tụ, cầm máu kỹ và vá kín màng cứng trước khi não phù nhiều. Theo Fung C có tỉ

lệ tử vong sau phẫu thuật là 25% so với nhóm điều trị không phẫu thuật có tỉ lệ tử vong đến 53%, không có trường hợp nào tử vong liên quan trực tiếp đến phẫu thuật. Các bệnh nhân tử vong chủ yếu là những bệnh nhân có điểm GCS trước phẫu thuật thấp, tuổi cao, tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ trong não điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp cho thấy đây là phương pháp điều trị hiệu quả và quan trọng. Phẫu thuật này mang lại lợi ích rõ rệt, đặc biệt trong các trường hợp có khối máu tụ lớn hoặc có triệu chứng thần kinh nghiêm trọng. Nghiên cứu cho thấy, can thiệp phẫu thuật kịp thời có thể cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng, với phần lớn bệnh nhân đạt được kết quả tốt hoặc khá sau 6 tháng. Các kết quả này khẳng định phẫu thuật mở sọ là một lựa chọn quan trọng trong điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp, cần được xem xét khi có chỉ định phù hợp. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng nhấn mạnh vai trò của việc lựa chọn bệnh nhân một cách cẩn thận và can thiệp phẫu thuật sớm để tối ưu hóa quá trình phục hồi và giảm thiểu các biến chứng trong điều trị xuất huyết não do tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hưng, Vũ Văn Hòe, Trịnh Văn Trung (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ trong não tự phát thể tích lớn trên lều",

2. Lê Tấn Nấm, Nguyễn Minh Tâm, Trương Triều Phong, và cs (2010), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật xuất huyết não tự phát trên lều 40 trường hợp tại bệnh viện đa khoa An Giang", Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, tr. 37 - 48.
3. Đỗ Văn Vân, Hồ Ngọc Diệp, và cs (2011), "Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trong xuất huyết não", Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, tr. 139 - 145.
4. Matthew L. Flaherty, Jürgen Beck (2013), "Surgery for intracerebral hemorrhage: moving forward or making circles?", Stroke, 44 (10), pp. 2953-2954.
5. Christian Fung, Michael Murek, Pascal P. Klinger-Gratz, et al. (2016), "Effect of Decompressive Craniectomy on Perihematomal Edema in Patients with Intracerebral Hemorrhage", PLoS One, 11 (2), pp. e0149169.
6. Christian Fung, Michael Murek, Werner J. Z'Graggen, et al. (2012), "Decompressive hemicraniectomy in patients with supratentorial intracerebral hemorrhage", Stroke, 43 (12), pp. 3207-3211.
7. M. S. Gopalakrishnan, Nagesh C. Shanbhag, Dhaval P. Shukla, et al. (2018), "Complications of Decompressive Craniectomy", Frontiers in Neurology, 9, pp. 977.
8. Hemphill J C, 3rd, Bonovich D C, Besmertis L, et al (2001), "The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage", Stroke, 32 (4), pp. 891-897.
9. J. Claude Hemphill III, Steven M. Greenberg, Craig S. Anderson, et al. (2015), "Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke, 46 (7), pp. 2032-2060.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT BAO VÀ VẬT TAM GIÁC TRONG NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI THEO PHÂN LOẠI PARANT II TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ TỪ SƠN NĂM 2023

Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Hà Lan Hương², Vũ Thị Quý³,
Nguyễn Thị Oanh¹, Đỗ Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT⁷

Mục tiêu: Mô tả kết quả sau phẫu thuật giữa hai nhóm có sử dụng vật bao và vật tam giác trong phẫu thuật nhỏ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm theo

phân loại Parant II tại Trung tâm y tế Thành phố Từ Sơn. **Đối tượng:** Bệnh nhân nhỏ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm theo phân loại Parant II 02/2023 đến tháng 06/2023. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** 42 bệnh nhân với vật bao và 40 bệnh nhân với vật tam giác được nhổ răng khôn hàm dưới. Điểm đau trung bình khi sử dụng vật bao thời điểm 6 giờ và 24 giờ tương ứng là $3,33 \pm 1,18$ và $0,79 \pm 0,78$. Điểm đau trung bình khi sử dụng vật tam giác thời điểm 6 giờ và 24 giờ tương ứng là $3,93 \pm 1,69$ và $1,15 \pm 1,21$. Chỉ số sưng nề sau phẫu thuật ngày thứ 2 ở nhóm sử dụng vật bao là $111,35 \pm 4,6$ mm, nhóm sử dụng vật tam giác là $108,56 \pm 5,6$ mm. Mức độ há miệng dựa trên giá trị trung bình sau 7

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trung tâm Y tế Thành phố Từ Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh

Email: nguyenngocanh.ump@edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025