

bệnh học nhưng vẫn chứng minh được không có bất lợi hay xâm lấn sâu và rộng do trì hoãn điều trị cắt bỏ nhãn cầu nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chau PTM, Ha NH, Cuong H.** Epidemiology, Clinical Management, and Genetic Counseling of Retinoblastoma in Vietnam. In: Prakash G, Iwata T, eds. *Advances in Vision Research, Volume IV: From Basic to Translational Research — Developing Diagnostics and Therapeutics for Genetic Eye Diseases*. Springer Nature Singapore; 2024:117-130.
2. **Abdelazeem B, Abbas KS, Shehata J, et al.** Survival trends for patients with retinoblastoma

between 2000 and 2018: What has changed? *Cancer Med.* 2022;12(5):6318-6324.

3. **Atima MO, Idakwo U, Komolafe O, et al.** Presentation pattern and survival rate of retinoblastoma following chemotherapy: a prospective study. *BMC Pediatr.* 2023;23:538.
4. **Ancona-Lezama D, Dalvin LA, Shields CL.** Modern treatment of retinoblastoma: A 2020 review. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68(11):2356-2365.
5. **Wang L, Chen J, Shen Y, et al.** Incidence, mortality, and global burden of retinoblastoma in 204 countries worldwide from 1990 to 2021: Data and systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Neoplasia.* 2024;60:101107.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TRÊN LỀU CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Trọng Nam^{1,2}, Hoàng Kim Tuấn¹, Phạm Xuân Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng trên lều do chấn thương từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024 tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 66 hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán xác định tụ máu ngoài màng cứng trên lều trong khoảng thời gian trên, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Các kết quả chính bao gồm: đặc điểm phẫu thuật (kỹ thuật mổ, máu truyền, nguồn chảy máu), kết quả sau mổ (biến chứng, thời gian nằm viện...); so sánh tri giác tại thời điểm trước mổ và lúc ra viện, so sánh điểm chức năng thần kinh theo thang điểm GOS tại các thời điểm 1 và 3 tháng sau phẫu thuật và 1 số yếu tố liên quan. **Kết quả:** 81,2% mở nắp sọ lấy máu tụ + ghép lại mảnh xương sọ; Nguồn chảy máu đa số từ đường vỡ xương (84,8%); 50% không truyền máu trong mổ. Kết quả sau mổ: Thở máy >48h ở 34,8% trường hợp; biến chứng thường gặp nhất là phù não (15,2%); Thời gian nằm viện trung bình 13,9; đa số từ 7-14 ngày (63,6%). Tri giác lúc ra viện cải thiện so với trước mổ (13,9 so với 10,5; $p<0,001$); tỷ lệ bệnh nhân GOS V tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 16,7% và 50,0%. 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 3 tháng sau PT (1,5%). Sự cải thiện rõ về chức năng thần kinh ở thời điểm 3 tháng so với 1 tháng là có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Điểm GCS thấp (≤ 12) trước mổ, đề dấy đường giữa >10mm và thời gian thở máy >48h có liên quan mức phục hồi chức năng thần kinh kém hơn ở

thời điểm 1 tháng. Tại thời điểm 3 tháng, chỉ có yếu tố điểm GCS thấp trước mổ có liên quan đến mức phục hồi thần kinh kém hơn. **Kết luận:** Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng cho kết quả phục hồi thần kinh tốt với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Điểm GCS ban đầu là yếu tố tiên lượng tốt cho hồi phục chức năng dài hạn, nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp ngoại khoa sớm trước khi tri giác bệnh nhân xấu đi. **Từ khóa:** Chấn thương sọ não, máu tụ ngoài màng cứng, phẫu thuật sọ não.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF ACUTE SUPRATENTORIAL EPIDURAL HEMATOMA FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Background: This study aims to evaluate the surgical outcomes of acute supratentorial EDH at Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 to December 2024. **Methods:** We conducted a retrospective cross-sectional study on 66 patients diagnosed with acute supratentorial EDH who underwent surgical evacuation. Key variables included surgical techniques, intraoperative bleeding source, need for blood transfusion, postoperative complications, length of hospital stay, and neurological outcomes. Glasgow Coma Scale (GCS) scores were compared pre- and postoperatively. Functional outcomes were assessed using the Glasgow Outcome Scale (GOS) at 1 and 3 months, and prognostic factors were analyzed. **Results:** Craniotomy with bone flap replacement was performed in 81.2% of cases. The bleeding source was most commonly from skull fractures (84.8%). No intraoperative blood transfusion was required in 50% of patients. Mechanical ventilation >48 hours was needed in 34.8%. The most frequent complication was cerebral edema (15.2%). Average hospital stay was 13.9 days, with 63.6% discharged between days 7–14. GCS scores improved significantly from 10.5 preoperatively to 13.9 at

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trọng Nam

Email: phamtrọngnam.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

discharge ($p < 0.001$). The proportion of patients achieving GOS V was 16.7% at 1 month and 50.0% at 3 months. There was one case of mortality at 3 months (1.5%). Functional recovery significantly improved between 1 and 3 months ($p < 0.001$). Poor neurological recovery at 1 month was significantly associated with initial GCS ≤ 12 , midline shift > 10 mm, and prolonged mechanical ventilation (> 48 h). At 3 months, only low initial GCS remained a significant predictor. **Conclusion:** Surgical treatment of EDH resulted in favorable neurological recovery with low complication and mortality rates. Initial GCS score was the most significant prognostic factor for long-term functional outcome, underscoring the importance of early surgical intervention before neurological deterioration occurs. **Keywords:** Epidural hematoma; Cranial surgery; Traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở người trẻ, trong đó máu tụ ngoài màng cứng (epidural hematoma – EDH) là thể tổn thương khu trú có thể điều trị triệt để nếu được phát hiện và can thiệp kịp thời. Mặc dù các tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh và kỹ thuật phẫu thuật đã giúp cải thiện tỷ lệ sống, nhưng kết cục thần kinh sau mổ vẫn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điểm GCS ban đầu, mức độ đè đẩy đường giữa, thời gian thở máy...^{1,2} Tại Việt Nam, số liệu cập nhật về hiệu quả điều trị EDH còn hạn chế, đặc biệt ở các bệnh viện đa khoa khu vực – nơi tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nhưng chưa có nhiều nghiên cứu hệ thống đánh giá tiên lượng chức năng lâu dài sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, việc phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị và tiên lượng là đặc biệt quan trọng, giúp cho bác sĩ phẫu thuật thần kinh ra quyết định điều trị phù hợp hơn và giải thích tiên lượng tốt hơn cho gia đình người bệnh. Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An là trung tâm ngoại thần kinh lớn khu vực Bắc Trung Bộ, có điều kiện can thiệp và theo dõi bệnh nhân EDH đầy đủ. Việc đánh giá kết quả điều trị và phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng–cận lâm sàng với phục hồi chức năng thần kinh trên dữ liệu bệnh nhân gần đây (2023–2024) sẽ giúp cung cấp bằng chứng thực tiễn cập nhật, góp phần hoàn thiện chiến lược xử trí EDH cấp tính tại các cơ sở tương tự trong nước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân bị máu tụ ngoài màng cứng trên lều cấp tính do chấn thương được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: ≥ 18 tuổi
- Được chẩn đoán máu tụ NMC trên lều cấp tính do chấn thương bằng lâm sàng và CLVT.
- Được phẫu thuật lấy máu tụ NMC trên lều cấp tính do chấn thương trong thời gian nghiên cứu.
- Bệnh nhân được theo dõi các thời điểm: sau mổ, thời điểm ra viện, sau 1 tháng, sau 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Chấn thương sọ não kèm theo các thương tổn phối hợp (bụng, ngực...), tiền lượng nặng.
- Tái phát máu tụ ngoài màng cứng đã mổ trước đó
- Máu tụ ngoài màng cứng kèm theo tổn thương nội sọ nặng khác cần xử trí ưu tiên (đập não lan tỏa, máu tụ trong não lớn, máu tụ dưới màng cứng lớn phối hợp...)
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu
 - + Thời gian: từ tháng 01/2023 – 12/2024.
 - + Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật thần kinh – cột sống, Bệnh viện HNĐK Nghệ An.
- Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Quá trình chọn lọc theo tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 66 bệnh nhân

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow.
- Đánh giá chức năng thần kinh sau phẫu thuật bằng thang điểm GOS (Glasgow Outcome Scale).

Xử lý và phân tích số liệu: Các biến phân loại sẽ được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình ($\pm$ phương sai) cho phân bố chuẩn. Biến định tính độc lập sẽ được so sánh bằng kiểm định khi-bình phương. Các biến liên tục sẽ được so sánh phương sai và trung bình bằng kiểm định t-test. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Mở nắp sọ lấy máu tụ đơn thuần	12	18,2
	Mở nắp sọ lấy máu tụ + ghép xương sọ	54	81,2
Nguồn	Đường vỡ xương	56	84,8

chảy máu trong mổ	Động mạch màng não giữa	31	47,0
	Xoang tĩnh mạch dọc trên	3	4,5
Truyền máu trong mổ	Không truyền máu	33	50
	Truyền máu ≤ 500 ml	21	31,8
	Truyền máu > 500 ml	12	18,2
Tổng		66	100,0

Nhận xét: - Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là mở nắp sọ lấy máu tụ + ghép lại mảnh xương sọ, gồm 54/66 ca, chiếm 81,2%, mở nắp sọ lấy máu tụ đơn thuần chỉ 12/66 ca, chiếm 18,2%.

- Nguồn chảy máu hay gặp nhất từ xương vỡ, với 56/66 ca, chiếm 84,8%, nguồn chảy máu từ xoang tĩnh mạch ít gặp nhất, với 3/66 ca, chiếm 4,5%, có 5/66 trường hợp không xác định được nguồn chảy máu, chiếm 7,6%.

- Có 33 ca không phải truyền máu trong mổ, chiếm 50%, truyền máu không quá 500 ml có 21 ca, chiếm 31,8%, truyền máu > 500 ml có 12 ca, chiếm 18,2%.

Bảng 2. Kết quả sau mổ

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thời gian thở máy	< 24h	18	27,3
	24 – 48h	25	37,9
	> 48h	23	34,8
Biến chứng	Chảy máu lại	2	3
	Viêm rò vết mổ	1	1,5
	Phù não	10	15,2
Thời gian nằm viện	< 7 ngày	0	0
	7 – 14 ngày	42	63,6
	> 14 ngày	24	36,4
	Trung bình	13,92 ± 5,59	
Tổng		66	100,0

Nhận xét: - 65,2% bệnh nhân thở máy trong 48h sau phẫu thuật.

- Phù não là biến chứng thường gặp nhất với 15,2% trường hợp.

- Thời gian điều trị trung bình là 13,92 ± 5,59 ngày, thấp nhất 7 ngày, cao nhất 32 ngày. Thời gian điều trị chủ yếu từ 7 – 14 ngày, 42/66 ca chiếm 63,6%, thời gian điều trị > 14 ngày có 24/66 ca, chiếm 36,4%, không có ca nào điều trị < 7 ngày.

Bảng 3. Mức cải thiện tri giác trước-sau phẫu thuật

Điểm	Trước PT	Ra viện	p
3-8 (nguy cơ cao)	17	3	<0,001
9-12 (nguy cơ trung bình)	30	3	
13-15 (nguy cơ thấp)	19	60	
Trung bình	10,5±2,8	13,9±2,1	<0,001
Tổng	66	66	

Nhận xét: tri giác lúc ra viện đa số ở mức tốt với 60/66 trường hợp GCS ở mức 13-15; sự cải thiện rõ rệt mức tri giác giữa ra viện-trước phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự, điểm tri giác trung bình tăng lên tại thời điểm ra viện so với trước phẫu thuật (13,9 so với 10,5), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mức cải thiện chức năng thần kinh

Điểm GOS	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	p
Độ V (Khỏi không để lại di chứng)	11	33	<0,001
Độ IV (Di chứng TK nhẹ)	38	22	
Độ III (Di chứng TK nặng)	14	9	
Độ II (Đời sống thực vật)	3	1	
Độ I (Tử vong)	0	1	
Tổng	66	66	100

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân khỏi không để lại di chứng tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 16,7% và 50,0%. 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 3 tháng sau PT (1,5%). Sự cải thiện rõ về chức năng thần kinh ở thời điểm 3 tháng so với 1 tháng là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 5. Liên quan giữa điểm GOS và một số yếu tố

Đặc điểm	Phân loại	GOS sau 1 tháng		GOS sau 3 tháng	
		Xấu	Tốt	Xấu	Tốt
Mức độ đè đẩy đường giữa	< 5 mm	1	20	1	20
	5 – 10 mm	6	19	4	21
	> 10 mm	10	10	6	14
p		0,004		0,091	
Thời gian thở máy	< 24h	0	2	0	2
	24 – 48h	1	21	1	21
	> 48h	16	26	10	22
p		0,004		0,122	
Điểm GCS	GCS ≤ 12	17	30	11	36
	GCS 13 - 15	0	19	0	19
p		0,001		0,026	

Nhận xét: Điểm GCS thấp hơn liên quan mức phục hồi chức năng thần kinh ở cả thời điểm 1 và 3 tháng. Bên cạnh đó, đè đẩy đường giữa >10mm và thời gian thở máy >48h có liên quan đến mức phục hồi điểm GOS kém hơn ở thời điểm 1 tháng, nhưng không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy đa số ca mổ sử dụng phương pháp mở nắp sọ lấy máu tụ và đặt lại xương (craniotomy). Chỉ 12 trường hợp (18,2%) phải bỏ bàn xương (mở sọ giải áp). Việc lựa chọn phương pháp dựa trên tình trạng não lúc mổ: nếu não không phù căng nhiều thì có thể ghép lại xương an toàn; ngược lại, nếu phù não hoặc có tăng áp lực nội sọ, phẫu thuật viên sẽ

bỏ xương để tạo cửa sổ giải áp. Phương pháp craniotomy (mở sọ có đặt lại xương) được xem là chuẩn mực trong xử trí máu tụ NMC cấp tính. Ưu điểm của craniotomy là lấy sạch khối máu tụ, cầm máu kỹ và tái lập nguyên trạng hộp sọ, tránh khuyết sọ và không cần phẫu thuật tạo hình về sau. Trong các hướng dẫn quốc tế, craniotomy luôn là khuyến cáo hàng đầu cho EDH nếu điều kiện cho phép.^{1,3} Tuy nhiên, ở những trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ nặng (phù não lan tỏa, hôn mê sâu hoặc tổn thương phổi hợp), một số tác giả đề xuất nên mở sọ giải áp (decompressive craniectomy) ngay từ đầu.

Về nguồn chảy máu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rất cao bệnh nhân có máu chảy từ đường nứt vỡ xương (84,8%) phù hợp với hình ảnh học: 86,4% bệnh nhân của chúng tôi có vỡ xương sọ trên CT. Nghĩa là gần như mọi trường hợp vỡ xương đều gây chảy máu vào khoang ngoài màng cứng. Cơ chế thường gặp là mảnh xương vỡ làm rách các mạch màng cứng lân cận (động mạch màng não giữa hoặc tĩnh mạch màng cứng bám vào xương). Trong nghiên cứu của chúng tôi, động mạch màng não giữa (hoặc nhánh của nó) được thấy bị rách và phun máu rõ ràng ở 31 ca (47%). Con số 47% có thể thấp hơn so với kinh điển (tài liệu thường nêu đa số EDH là do rách động mạch màng não giữa), nhưng cần hiểu rằng nhiều trường hợp động mạch đã co thắt và máu ngừng chảy vào thời điểm phẫu thuật nên khó xác định – thay vào đó chỉ thấy máu tuôn từ xương vỡ. Do vậy, chúng tôi đã xếp những ca máu chảy từ xương (có thể trước đó do động mạch) vào nhóm “đường vỡ xương”.

Nghiên cứu cho thấy 1/3 số ca phải thở máy kéo dài >2 ngày, phản ánh mức độ tổn thương não nghiêm trọng hơn hoặc có biến chứng khiến cần hỗ trợ hô hấp lâu hơn. Thật vậy, nhóm bệnh nhân thở máy >48 giờ chủ yếu là những ca chấn thương rất nặng (GCS trước mổ 3–8), phù não nhiều, hoặc gặp biến chứng (như phù phổi cấp, viêm phổi). Đáng chú ý, chúng tôi có 23 ca (34,8%) thở máy >48h, trong đó gồm 3 ca về sau rơi vào trạng thái sống thực vật (sau 1 tháng) và 1 ca tử vong (sau 3 tháng). Rõ ràng, đây là nhóm tiên lượng xấu. Liên hệ với ý văn, suy hô hấp kéo dài thực sự làm xấu thêm tiên lượng chấn thương sọ não. Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) xảy ra ở khoảng 19% bệnh nhân chấn thương sọ não nặng và sự xuất hiện ARDS làm giảm rõ tỷ lệ hồi phục tốt cũng như tăng tử vong đáng kể.⁴ Cụ thể, chỉ 23% bệnh nhân TBI có ARDS đạt được kết quả thần kinh

tốt, so với 34% ở nhóm không ARDS ($p = 0,02$), và tử vong ở nhóm ARDS lên tới 43% so với 33% nhóm không ARDS.

Tổng cộng, khoảng 26% bệnh nhân có ít nhất một biến chứng hậu phẫu. Trong đó, phù não và nhiễm trùng hậu phẫu là thường gặp nhất, còn chảy máu tái phát và rò dịch não tủy ít gặp hơn. Chúng tôi luôn áp dụng các biện pháp phòng ngừa (kiểm soát thông khí và huyết động trong mổ, lấy sạch máu tụ, tránh thiếu oxy và tụt huyết áp). Tuy nhiên vẫn có một số bệnh nhân bị phù não không thể tránh khỏi, đặc biệt khi tổn thương ban đầu quá nặng. 10 bệnh nhân (15,2%) gặp biến chứng này, chủ yếu rơi vào các ca có dập não phổi hợp hoặc hôn mê sâu từ đầu. Tỷ lệ 15% phù não của chúng tôi là chấp nhận được nếu so với các nghiên cứu về chấn thương sọ não nặng (thường ~20–30% bệnh nhân TBI nặng có phù não lan tỏa).⁵ Tổng tỷ lệ biến chứng ~26% của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước: chẳng hạn, Cheung et al. (2007) và Heinzelmann et al. (1996) đều ghi nhận khoảng 20–25% bệnh nhân EDH có biến chứng sau mổ.^{5,6} Phần lớn là biến chứng nhẹ, xử trí được; những biến chứng nặng như phù não (15%) hay chảy máu lại (3%) tuy hiếm nhưng ảnh hưởng lớn đến tử vong – như ý văn cũng ghi nhận.

Đa số tuyệt đối bệnh nhân (91%) xuất viện với ý thức tốt, chỉ vài trường hợp nặng vẫn hôn mê phải chuyển chăm sóc dài hạn. Kết quả này rất đáng khích lệ, cho thấy hiệu quả cao của phẫu thuật EDH trong việc cứu sống và phục hồi tri giác cho bệnh nhân. Sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng (EDH) đạt kết quả phục hồi chức năng tốt. Tại thời điểm 1 tháng, 74,3% bệnh nhân đạt GOS I–II (phục hồi hoàn toàn hoặc chỉ di chứng nhẹ), 25,7% còn lại bị di chứng nặng hoặc sống thực vật. Đến tháng thứ 3, tỷ lệ phục hồi hoàn toàn tăng lên 50%, tỷ lệ GOS I–II đạt 83,3% và tỷ lệ tử vong rất thấp (1,5%). Kết quả này tương đương hoặc tốt hơn một số nghiên cứu quốc tế, đặc biệt về tỷ lệ tử vong thấp hơn mức trung bình toàn cầu (5–12%).^{1,7,8} Phân tích cho thấy ba yếu tố chính ảnh hưởng đến tiên lượng gồm: (1) điểm GCS trước mổ; (2) mức độ đè dầy đường giữa trên CT; và (3) thời gian thở máy. GCS thấp (≤ 8) liên quan chặt với kết cục xấu – tất cả bệnh nhân sống thực vật hoặc tử vong đều thuộc nhóm này, trong khi GCS cao thường hồi phục hoàn toàn. Mức độ lệch đường giữa >10 mm cũng là dấu hiệu cảnh báo tổn thương choán chỗ đáng kể, thường đi kèm thể tích máu tụ lớn và nguy cơ chèn ép não, phù hợp với các nghiên cứu kinh điển.⁹ Thời gian thở máy kéo dài (>48h) phân

ánh mức độ tổn thương nặng hoặc biến chứng hậu phẫu như ARDS, viêm phổi – đều ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng hồi phục.^{4,10} Tuy nhiên, tại thời điểm 3 tháng, ảnh hưởng của các yếu tố này có xu hướng giảm nếu bệnh nhân được điều trị và phục hồi chức năng tích cực.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng cho kết quả phục hồi thần kinh tốt với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Điểm GCS ban đầu là yếu tố tiên lượng tốt cho hồi phục chức năng dài hạn, nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp ngoại khoa sớm trước khi tri giác bệnh nhân xấu đi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al.** Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery*. 2006;58(3 Suppl):S7-15; discussion Si-iv.
2. **Lee EJ, Hung YC, Wang LC, Chung KC, Chen HH.** Factors influencing the functional outcome of patients with acute epidural hematomas: analysis of 200 patients undergoing surgery. *J Trauma Acute Care Surg*. 1998;45(5):946-952.
3. **David S Liebeskind M FAAN, FAHA, FANA.** Epidural Hematoma: Background, Etiology, Pathophysiology. Published online January 9, 2018.
4. **Humayun M, Premraj L, Shah V, Cho SM.** Mechanical ventilation in acute brain injury patients with acute respiratory distress syndrome. *Front Med*. 2022;9:999885.
5. **Heinzelmann M, Platz A, Imhof H.** Outcome after acute extradural haematoma, influence of additional injuries and neurological complications in the ICU. *Injury*. 1996;27(5):345-349.
6. **Cheung PSY, Lam JMY, Yeung JHH, Graham CA, Rainer TH.** Outcome of traumatic extradural haematoma in Hong Kong. *Injury*. 2007;38 1:76-80.
7. **Emejulu J, Shokunbi M, Malomo A.** Determinants of outcome in operative treatment of traumatic extradural haematoma. *West Afr J Med*. 2008;27(1).
8. **Ruff LM, Mendelow AD, Lecky FE.** Improving mortality after extradural haematoma in England and Wales. *Br J Neurosurg*. 2013;27(1):19-23.
9. **Chiewvit P, Tritakarn S on, Nanta-aree S, Suthipongchai S.** Degree of midline shift from CT scan predicted outcome in patients with head injuries. *Med J Med Assoc Thai*. 2010;93(1):99.
10. **Fan TH, Huang M, Gedansky A, et al.** Prevalence and outcome of acute respiratory distress syndrome in traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Lung*. 2021;199(6):603-610.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hồng Việt^{1,2}, Hoàng Kim Tuấn¹, Nguyễn Ngọc Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dẫn lưu não thất ổ bụng trên bệnh nhân não úng thủy tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 83 hồ sơ bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán não úng thủy và điều trị dẫn lưu não thất-ổ bụng tại viện. Kết quả theo 2 mục tiêu: (1) Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân não úng thủy được phẫu thuật tại viện; (2) Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên tại các thời điểm sau mổ, sau 1,3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 49,9; tỷ lệ Nam/nữ=3:1. Lý do vào viện: Đau đầu (83,1%) và rối loạn ý thức (78,0%). Thể tắc nghẽn chiếm 88,0%. Lâm sàng: Liệt vận động 50,6%; Rối loạn phản xạ bó tháp 34,9%; tam chứng Hakim 6,0%. Chẩn đoán hình ảnh: FH/ID $\geq 0,5$ ở 72,3%; tai chuột Mickey 95,2%;

sừng thái dương $>2\text{mm}$ 96,4%; thấm dịch não tủy (DNT) mô não xung quanh 92,8%. Cây DNT (+) ở 1,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 52p; 91,6% không có biến chứng sau mổ. Chức năng thần kinh tốt (GOS IV,V) tại các thời điểm sau mổ, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 60,2; 89,2 và 90,4%. Tri giác và thể trạng bệnh nhân cải thiện rõ tại các thời điểm 1,3 tháng so với sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất – ổ bụng trên bệnh nhân não úng thủy được thực hiện an toàn với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, cải thiện tốt chức năng thần kinh, tri giác và thể trạng người bệnh.

Từ khóa: Dẫn lưu não thất ổ bụng, não ung thủy, Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF VENTRICULOPERITONEAL SHUNT IN PATIENTS WITH HYDROCEPHALUS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL)

Objective: To evaluate the treatment outcomes of ventriculoperitoneal (VP) shunt surgery in patients with hydrocephalus at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Việt

Email: drviet.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025