

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị nội nha răng cửa vĩnh viễn có viêm quanh chóp mạn, rút ra một số kết luận sau: Sau 6 tháng, 98,3% bệnh nhân ăn nhai bình thường, triệu chứng lỏng/dòng đau vùng chóp giảm còn 1,7% và đau khi gõ dọc chỉ còn 1,7%, cho thấy sự cải thiện rõ rệt ($p < 0,05$). Kích thước sang thương giảm từ $5,8 \pm 2,1$ mm xuống còn $2,0 \pm 1,9$ mm. Kết quả điều trị khẳng định vai trò then chốt của việc làm sạch ống tủy triệt để bằng quy trình bơm rửa phối hợp (NaOCl, EDTA, Chlorhexidine), kết hợp đặt thuốc Canxi Hydroxide nhằm khử khuẩn và tạo môi trường lành thương, cũng như việc sử dụng NeoSealer Flo – vật liệu trám bít có tính tương hợp sinh học cao, khả năng kháng khuẩn và trám kín tốt. Sự phối hợp đồng bộ giữa các bước này góp phần quan trọng vào hiệu quả điều trị, thúc đẩy quá trình hồi phục mô quanh chóp và cải thiện tiên lượng bảo tồn răng trong thực hành nội nha lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Quang Hưng, Nguyễn Trọng Cảnh và Phạm Thị Hồng Thủy** (2021), "Đánh giá lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Gutta Flow BioSeal", Tạp chí Y học Việt Nam, Đặc biệt 2, tr. 243-246.

2. **Lý Gia Huy, Đỗ Diệp Gia Huân, Biện Thị Bích Ngân, Phan Thùy Ngân, Nguyễn Lệ Uyên, Trần Thị Phương Đan**, Đánh giá kết quả trám bít ống tủy ở răng một chân viêm quanh chóp mạn tính bằng kỹ thuật một cone kết hợp với sealer Gutta Flow BioSeal, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2024, 79, tr. 206-212.
3. **Nguyễn Minh Hoàng, Trịnh Minh Trí, Đỗ Thị Thảo**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng cửa vĩnh viễn hàm trên viêm quanh chóp mạn tại Bệnh viện Răng hàm mặt thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2024, 79, tr. 136-141.
4. **Trần Nguyễn Thu Nguyệt, Hoàng Minh Tú, Phạm Anh Vũ Thụy, Biện Thị Bích Ngân, Đỗ Diệp Gia Huân và cộng sự**, Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh chóp mạn răng trước trên có sử dụng laser diode tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2024, 75, tr. 150-158.
5. **Drukteinis S. & Camilleri J.** (2021), Bioceramic materials in clinical endodontics, Springer, p. 2-34.
6. **Estrela C., Bueno M.R., et al.** (2008), "A new periapical index based on cone beam computed tomography", Journal of endodontics, 34(11), p. 1325-1331.
7. **Wong J., Manoil D., Näsman P., Belibasakis G. N., & Neelakantan P.** (2021), "Microbiological aspects of root canal infections and disinfection strategies: an update review on the current knowledge and challenges", Frontiers in Oral Health, 2(672887), p. 1-19.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN CÓ MÁU TỤ NỘI SỌ Ở TRẺ EM

Trần Hải Dương¹, Dương Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não kín có máu tụ nội sọ ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 47 trẻ dưới 18 tuổi được chẩn đoán chấn thương sọ não kín, có máu tụ nội sọ được phẫu thuật và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ 1/1/2023 – 31/12/2024. **Kết quả:** Trong số 47 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu số bệnh nhân nam là 34 (72,34%) cao gần gấp ba lần số bệnh nhân nữ 13 bệnh nhân (27,66%); độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 13,34 tuổi trong đó nhiều nhất là nhóm bệnh nhân trên 15 tuổi với 23 bệnh nhân (48,94%); nguyên nhân tai nạn chủ yếu là tai nạn giao thông (TNGT) với

30 trường hợp (62,5%). Phần lớn các bệnh nhân đều có triệu chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ (HCTALNS) khi vào viện (85,11%), các triệu chứng thần kinh khác thường gặp bao gồm: liệt nửa người (8,51%), co giật (8,51%), giãn đồng tử 1 bên (10,64%). Về đặc điểm cắt lớp vi tính (CLVT): Máu tụ ngoài màng cứng (NMC) chiếm đa số với 45 trường hợp (95,74%), máu tụ dưới màng cứng (DMC) có 10 trường hợp (21,28%). Về phương pháp phẫu thuật phương pháp lấy máu tụ NMC, không mở màng cứng chiếm đa số với 43 trường hợp (91,48%), phương pháp lấy máu tụ DMC, não dập, máu tụ trong não có mở màng cứng được sử dụng trong 2 trường hợp (4,26%), có 2 trường hợp phối hợp 2 phương pháp trên (4,26%) trong đó 43 trường hợp đặt lại mảnh xương sọ ngay sau mổ (91,48%). Về kết quả điều trị sau mổ phần lớn các bệnh nhân trước khi ra viện đều có tri giác tốt với 44 bệnh nhân (93,62%), kết quả điều trị xa sau 6 tháng đa phần các bệnh nhân đều hồi phục tốt sau điều trị không để lại di chứng (91,49%). **Kết luận:** Chấn thương sọ não hay gặp ở trẻ em, nguyên nhân thường gặp là TNGT. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là lấy máu tụ NMC đơn thuần, không mở màng cứng, có đặt lại mảnh xương. Đa phần các trường hợp sau mổ đều hồi phục tốt.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hải Dương

Email: tranhaiduong138@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

Từ khóa: Chấn thương sọ não kín, máu tụ nội sọ, trẻ em, cắt lớp vi tính

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL, COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS AND SURGICAL TREATMENT OUTCOMES FOR CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY WITH INTRACRANIAL HEMATOMA IN CHILDREN

Objective: Evaluate the clinical characteristics, computed tomography findings, and surgical treatment outcomes for closed traumatic brain injury with intracranial hematoma in pediatric patients at Saint Paul General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 patients under 18 years of age diagnosed with closed traumatic brain injury and intracranial hematoma, who underwent surgery and were treated at the Department of Neurosurgery, Saint Paul General Hospital from January 1, 2023, to December 31, 2024. **Results:** Among the 47 pediatric patients included in the study, there was a male predominance with 34 patients (72.34%), nearly three times the number of female patients (13 patients, 27.66%). The mean age of the study group was 13.34 years, with the largest subgroup being patients over 15 years old (23 patients, 48.94%). The primary cause of injury was traffic accidents, accounting for 30 cases (62.5%). The majority of patients presented with symptoms of increased intracranial pressure (85.11%) upon admission. Other common neurological findings included hemiparesis (8.51%), seizures (8.51%), and unilateral mydriasis (10.64%). Regarding computed tomography (CT) findings, epidural hematoma (EDH) was the most frequent, observed in 45 cases (95.74%), while subdural hematoma (SDH) was present in 10 cases (21.28%). The principal surgical procedure was the evacuation of the EDH without dural opening, performed in 43 cases (91.48%). Evacuation of SDH, contusion, or intracerebral hematoma with dural opening was performed in 2 cases (4.26%), and a combined procedure was utilized in 2 cases (4.26%), with bone flap reimplantation in 43 cases (91.48%). Regarding postoperative outcomes, the majority of patients (44 patients, 93.62%) had a good outcome at discharge. At the 6-month follow-up, most patients had made a good recovery without sequelae (91.49%). **Conclusion:** Traumatic brain injury is more common in male children, with traffic accidents being the leading cause. The primary surgical intervention is the simple evacuation of an epidural hematoma without opening the dura, with reimplantation of the bone flap. The majority of patients achieve a good postoperative recovery. **Keywords:** Closed traumatic brain injury, intracranial hematoma, children, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở trẻ em tại Việt Nam và trên thế giới. Nguyên nhân chính gây CTSN ở trẻ em tại Việt

Nam có sự khác biệt so với nhiều quốc gia, trong đó tai nạn giao thông (TNGT) và tai nạn sinh hoạt (TNSH) là hai nguyên nhân nổi bật, với đặc điểm thay đổi rõ rệt theo lứa tuổi. Chẩn đoán chính xác và kịp thời dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, trong đó chụp CLVT sọ não được xem là "tiêu chuẩn vàng" đóng vai trò quyết định trong các trường hợp có tổn thương choán chỗ cấp tính, đe dọa tính mạng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chấn thương sọ não kín có máu tụ nội sọ ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 47 bệnh nhi dưới 18 tuổi được chẩn đoán CTSN kín có máu tụ nội sọ và có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2023 – 31/12/2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi < 18, không phân biệt giới tính.
- Bệnh nhi được chẩn đoán CTSN kín có máu tụ nội sọ được phẫu thuật và điều trị tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Sau mổ được theo dõi và khám lại đầy đủ.
- Bệnh án phải có đủ chẩn đoán, ghi chép lâm sàng, được chụp CLVT trước mổ, có phiếu phẫu thuật và phiếu theo dõi sau mổ đầy đủ.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VTSN hở.
- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa, bệnh toàn thân quá nặng hoặc bệnh cảnh đa chấn thương phải phối hợp điều trị nhiều chuyên khoa ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Các số liệu về tuổi, giới, nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, thang điểm Glasgow lúc vào viện, tổn thương trên CT scanner, phương pháp phẫu thuật và kết quả khi ra viện (GOS) được thu thập và phân tích bằng phần mềm thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về dịch tễ, nguyên nhân tai nạn

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo tuổi và giới (N=47)

Phân bố tuổi, giới	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
Trên 15 tuổi	23	48,94
Từ 11 đến 15 tuổi	18	38,3
Từ 6 đến 10 tuổi	3	6,38
Dưới 6	3	6,38
Nam	34	72,34

Nữ	13	27,66
----	----	-------

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,94%, nhóm từ 11 – 15 tuổi chiếm 38,3%, nhóm bệnh nhi 6 – 10 tuổi và dưới 6 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,38%. Bệnh nhân nam chiếm 72,34% cao hơn gần 3 lần số bệnh nhân nữ với 27,66%.

Bảng 3.2. Nguyên nhân tai nạn (N=47)

Nguyên nhân tai nạn	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
TNGT	30	62,50
TNSH	15	31,25
Tai nạn thể thao	1	2,08
TNBL	2	4,17

Nhận xét: Nguyên nhân do TNGT cao nhất (62,5%), do TNSH (31,25%), TNBL và các nguyên nhân khác như tai nạn thể thao chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 4,17% và 2,08%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ

Bảng 3.3. Điểm Glasgow trước phẫu thuật (N=47)

Điểm Glasgow trước phẫu thuật	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
13 – 15 điểm	32	68,09
9 – 12 điểm	9	19,15
3 – 8 điểm	6	12,77

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân đều có điểm tri giác tốt trước phẫu thuật với điểm GCS 13 – 15 điểm (68,09%), có 9 trường hợp vào viện với điểm GCS là 9 – 12 điểm (19,15%) và 6 trường hợp nặng vào viện trong tình trạng nặng với điểm GCS là 3 – 8 điểm (12,77%).

Bảng 3.4. Triệu chứng thần kinh trước phẫu thuật (N=47)

Triệu chứng thần kinh trước phẫu thuật	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
HC TALNS	40	85,11
Liệt nửa người	4	8,51
Cơ giật	4	8,51
Giãn đồng tử 1 bên	5	10,64

Nhận xét: HC TALNS gặp ở đa số bệnh nhi vào viện với tỷ lệ 85,11%, liệt nửa người và cơ giật gặp ở 4 bệnh nhi chiếm tỷ lệ 8,51% và 5 trường hợp giãn đồng tử 1 bên (10,64%).

Bảng 3.5. Đặc điểm các hình thái tổn thương trên phim chụp CLVT trước phẫu thuật (N=7)

Đặc điểm máu tụ trước mổ	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
Máu tụ NMC	45	95,74
Máu tụ DMC	10	21,28
Dập não, xuất huyết	13	27,66

trong nhu mô não		
XHDN	9	19,15
Xuất huyết não thất	0	0

Nhận xét: Máu tụ NMC chiếm đa số với 45 trường hợp (95,74%), máu tụ DMC có 10 trường hợp (21,28%); dập não, xuất huyết trong nhu mô não có 13 ca (27,66%), XHDN có 9 trường hợp (19,15%), không có trường hợp nào xuất huyết não thất.

Bảng 3.6. Đặc điểm về thể tích khối máu tụ trong các trường hợp máu tụ NMC (n=45)

Thể tích khối máu tụ	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ (%)
≥30 ml	32	71,11
<30ml	13	28,89

Nhận xét: Trong 45 trường hợp có máu tụ NMC trên phim CLVT sọ não được phẫu thuật có 32 trường hợp có thể tích khối máu tụ ước tính ≥ 30 ml chiếm tỷ lệ 71,11% và 13 trường hợp < 30ml chiếm tỷ lệ 28,89%.

Bảng 3.7. Đặc điểm về mức độ dè dẩy đường giữa và hình ảnh các tổn thương nặng trên phim CLVT sọ não (N=47)

Mức độ dè dẩy đường giữa trên phim CLVT	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
≥5mm	25	53,19
<5mm	22	46,81

Nhận xét: Có 25 trường hợp có hình ảnh dè dẩy đường giữa trên phim CLVT ≥ 5mm (53,19%) và 22 trường hợp < 5mm (46,81%).

Bảng 3.8. Đặc điểm về hình ảnh vỡ xương sọ trên phim CLVT (N=47)

Vỡ xương sọ trên phim CLVT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vỡ vòm sọ	41	87,23
Vỡ cả nền sọ và vòm sọ	5	10,64
Không vỡ xương sọ	1	2,13

Nhận xét: Tổn thương vỡ xương vòm sọ chiếm đa số với 41 trường hợp (87,23%), 5 trường hợp vỡ cả vòm sọ và nền sọ (10,64%) và 1 trường hợp không vỡ xương sọ (2,13%).

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật và điều trị

Bảng 3.9. Thời gian bị tai nạn cho đến khi được phẫu thuật (N=47)

Thời gian bị tai nạn cho đến khi được phẫu thuật	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
≤6h	16	34,04
7-24h	19	40,43
>24h	12	25,53

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật sớm trong vòng 24 giờ đầu sau tai

nạn, trong đó 16 trường hợp được mổ trong vòng 6h kể từ thời điểm bị tai nạn (34,04%); 19 trường hợp được phẫu thuật trong khoảng từ 7 – 24h sau tai nạn (40,43%) và 12 trường hợp được phẫu thuật sau tai nạn > 24h (25,53%).

Bảng 3.10. Phương pháp phẫu thuật (N=47)

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
Lấy máu tụ NMC đơn thuần, không mở màng cứng	43	91,48
Lấy máu tụ DMC/trong não/não dập có mở màng cứng	2	4,26
Cả 2 phương pháp	2	4,26
Tổng	47	100
Đặt lại mảnh xương sọ	43	91,48
Không đặt lại mảnh xương sọ	4	8,52
Tổng	47	100

Nhận xét: 43 trường hợp được phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần, không mở màng cứng và được đặt lại xương sau phẫu thuật (91,48%); 2 trường hợp được phẫu thuật lấy máu tụ dưới màng cứng, trong não, não dập có mở màng cứng (4,26%) và có 2 trường hợp phối hợp 2 phương pháp (4,26%). Đa số các trường hợp sau mổ đều được đặt lại mảnh xương sọ (91,48%); 4 trường hợp không đặt lại mảnh xương sọ (8,52%).

Bảng 3.11. Số lượng bệnh nhân phải nằm hồi sức sau mổ (N=47)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số bệnh nhân nằm điều trị hồi sức tích cực sau mổ (N=47)	12	25,53
Số ngày nằm điều trị hồi sức trung bình (n=12)	11,55 ngày	

Nhận xét: Trong số 47 bệnh nhân được phẫu thuật có 12 trường hợp phải nằm điều trị hồi sức tích cực sau mổ (25,53%).

Bảng 3.12. Tri giác trước khi ra viện (N=47)

Tri giác lúc ra viện theo thang điểm Glasgow	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
13 – 15 điểm	44	93,62
9 – 12 điểm	3	6,38
< 9 điểm	0	0

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân ra viện đều có tri giác tốt với điểm Glasgow là 13 – 15 điểm (93,62%); 3 bệnh nhân có điểm tri giác từ 9 – 12 điểm (6,38%) và không có bệnh nhân nào ra viện với điểm Glasgow < 9 điểm.

Bảng 3.13. Mức độ hồi phục theo thang điểm GOS sau 6 tháng (N=47)

Thang điểm GOS khi ra viện	Số lượng (N=47)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục tốt (Good Recovery - GOS 5)	43	91,49
Khuyết tật trung bình (Moderate Disability - GOS 4)	2	4,26
Khuyết tật nặng (Severe Disability - GOS 3)	2	4,26
Sống thực vật (Severe Disability - GOS 2)	0	0
Tử vong (Severe Disability - GOS 1)	0	0

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân đều hồi phục tốt sau điều trị, không để lại di chứng (91,49%); 2 trường hợp khuyết tật trung bình và 2 trường hợp khuyết tật nặng lần lượt chiếm tỷ lệ 4,26%. Không có trường hợp nào sống thực vật và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân chấn thương. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nam chiếm ưu thế rõ rệt với 72,34% (tỷ lệ nam:nữ là 2,62), độ tuổi trung bình là 13,34. Sự phân bố tập trung cao ở nhóm thanh thiếu niên, với nhóm trên 15 tuổi chiếm 48,94% và nhóm 11-15 tuổi chiếm 38,3%. TNGT là nguyên nhân hàng đầu với 62,5% số ca, tiếp theo là TNSH (31,25%). Các đặc điểm này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Sự chiếm ưu thế của bệnh nhân nam và nhóm tuổi thanh thiếu niên cũng được ghi nhận tại Malaysia (Ee Lin Tay, 2016)¹ với 71,2% số ca ở nhóm 15-19 tuổi, và tại Philippines (Maurice V. Bayhon, 2025)² với 52,8% ở nhóm 13-18 tuổi và 75% là nam giới. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Chu Thúy Quỳnh (2024)³ cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cao (57,6%) và TNGT là nguyên nhân chính (72,7%). Tỷ lệ TNGT cao trong nghiên cứu của chúng tôi (62,5%) là một con số đáng báo động, phản ánh mối liên hệ mật thiết giữa quá trình đô thị hóa, sự gia tăng sử dụng xe máy và gánh nặng chấn thương sọ não tại Việt Nam cũng như các nước Đông Nam Á.

4.2 Đặc điểm về cận lâm sàng và lâm sàng. Đa số bệnh nhân (68,1%) nhập viện với tình trạng tri giác tốt, được đánh giá theo thang điểm Glasgow (GCS) từ 13-15 điểm, tỷ lệ bệnh nhân có tri giác ở mức độ trung bình (GCS 9-12 điểm) là 19,1% và 12,8% ở mức độ nặng (GCS 3-8 điểm). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Maurice V. Bayhon (2025) (69% nhẹ, 19% trung bình và 12% nặng) ở Philippines², và của Sonethala Manivong (2020)⁴ với 84,1% bệnh

nhân có điểm Glasgow 13 -15 điểm; 13% từ 9 – 12 điểm; 2,9% từ 3 – 8 điểm. Về lâm sàng, HC TALNS là biểu hiện phổ biến nhất, xuất hiện ở 85,1% bệnh nhân. Các dấu hiệu thần kinh khu trú khác bao gồm giãn đồng tử một bên (10,6%), liệt nửa người (8,5%) và co giật (8,5%) đa phần nằm ở các trường hợp nặng.

Về đặc điểm phim CLVT tỷ lệ bệnh nhân có máu tụ NMC là 95,7% trong đó thể tích khối máu tụ có kích thước lớn (≥ 30 ml) là 71,1% với tỷ lệ đè đẩy đường giữa (≥ 5 mm) là 53,2% kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chu Thúy Quỳnh (2024)³ (66,7%). Tỷ lệ khối máu tụ DMC là 21,28%, của dập não và chảy máu não là 27,66% tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Chiến (2024) (26,9% và 19,2%)⁵. Tỷ lệ vỡ xương sọ bao gồm cả vỡ vòm sọ và nền sọ gặp ở 97,87% số bệnh nhi cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chiến (2024) (92,3%)⁵.

4.3. Đặc điểm về phẫu thuật và điều trị. Phần lớn bệnh nhân (74,44%) được phẫu thuật trong vòng 24 giờ đầu sau chấn thương, trong đó 34,04% được can thiệp trong 6 giờ đầu – được xem là "thời gian vàng". Tỷ lệ này là tương đương khi so sánh với nghiên cứu của Sonethala Manivong (2020) ⁴ với tỷ lệ phẫu thuật trong 24h

đầu là 87%⁴. Kỹ thuật mổ chủ yếu là mở xương sọ lấy máu tụ đơn thuần, không mở màng cứng (91,48%). Việc đặt lại mảnh xương sọ ngay trong cuộc mổ được thực hiện cho hầu hết bệnh nhân (91,48%), đây là lựa chọn ưu tiên ở trẻ em để tránh phẫu thuật lần hai. Chỉ một số ít trường hợp (8,52%) không thể đặt lại xương chủ yếu do phù não. Khoảng một phần tư số bệnh nhân (25,53%) có diễn biến nặng, cần được chăm sóc tích cực (ICU) sau mổ.

4.4. Kết quả điều trị. Phần lớn bệnh nhân (93,6%) ra viện với tri giác tốt (GCS 13-15 điểm). Không có trường hợp nào ra viện trong tình trạng hôn mê (GCS < 9 điểm). Đánh giá sau 6 tháng cho thấy kết quả rất tích cực. Tỷ lệ 91,5% bệnh nhân hồi phục tốt (GOS 5Đ) có khả năng quay trở lại cuộc sống và sinh hoạt bình thường. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ (tổng cộng 8,5%) còn lại di chứng ở mức độ trung bình hoặc nặng, không có trường hợp nào sống thực vật và tử vong. Nguyên nhân có thể do đa phần (68,1%) bệnh nhân có GCS từ 13-15 điểm khi nhập viện – đây được xem là yếu tố tiên lượng tốt quan trọng nhất, ngoài ra tất cả các ca bệnh nặng đều đã được phẫu thuật kịp thời ngay trong 24h đầu.

Kết quả	Của chúng tôi	Chu Thúy Quỳnh (2024) ³	Sonethala Manivong (2020) ⁴	Nguyễn Văn Chiến (2024) ⁵
Hồi phục hoàn toàn	91,49%	87,9%	91,9%	67,4%
Di chứng thần kinh nhẹ (đau đầu, rối loạn giấc ngủ) sinh hoạt học tập bình thường	4,26%	9,1%	5,4%	11,5%
Di chứng nặng (liệt ½ người, động kinh, trí nhớ giảm, rối loạn tâm thần)	4,26%	3%	2,7%	11,5%
Đời sống thực vật	0	0	0	3,8%
Tử vong	0	0	0	5,8%

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân chấn thương là TNGT chiếm tỉ lệ cao đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nam thanh thiếu niên. Chụp CLVT sọ não vẫn là cận lâm sàng có giá trị nhất trong việc chẩn đoán, điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh. Việc áp dụng một quy trình chẩn đoán và can thiệp phẫu thuật kịp thời, tuân thủ chặt chẽ về chỉ định mổ, có thể mang lại kết quả điều trị ngắn hạn rất tốt nhóm bệnh nhi bị CTSN kín. Phương pháp lấy máu tụ, cầm máu, đặt lại xương trong mổ là phương pháp thường được lựa chọn, hiện vẫn đạt hiệu quả cao trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tay EL, Lee SWH, Jamaluddin SF, Tam CL, Wong CP. The epidemiology of childhood brain

injury in the state of Selangor and Federal Territory of Kuala Lumpur, Malaysia. BMC Pediatr. (2016)

2. Bayhon MV, Sih IMY. Clinical Characteristics and Outcomes of Pediatric Traumatic Brain Injury Patients in a Tertiary Regional Trauma Center in the Philippines. Neurotrauma Rep. (2025)
3. Chu Thúy Quỳnh, Nguyễn Văn Hoàng. Kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y Học Cộng Đồng. (2024)
4. Sonethala M. Kết quả điều trị máu tụ ngoài màng cứng ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học Trường Đại Học Hà Nội. (2020).
5. Nguyễn Văn Chiến, Kiều Đình Hùng. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương sọ não kín ở trẻ em. Tạp Chí Học Việt Nam. (2024)

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC NHIỀU ĐỢT CẤP CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2023

Nguyễn Duy Tùng¹, Lê Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố nguy cơ mắc nhiều đợt cấp và kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $72,35 \pm 8,84$, tỷ lệ nam/nữ tương ứng 5,7/1, số đợt cấp trung bình là $2,99 \pm 1,09$ đợt/12 tháng qua. Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân là $8,15 \pm 3,13$ ngày. Các chỉ số sinh tồn, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lúc ra viện có sự thay đổi tốt so với lúc nhập viện. Điểm mMRC và CAT trung bình lần lượt là $2,05 \pm 0,25$ điểm và $11,46 \pm 3,70$ điểm. Nghiên cứu chưa tìm thấy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mắc nhiều đợt cấp COPD ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD có 89,3% bệnh nhân được điều trị ổn định ra viện, 1,8% bệnh nhân nặng hơn xin chuyển tuyến và 8,9% bệnh nhân xin về.

Từ khóa: COPD, đợt cấp, kết quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS AND RISK FACTORS FOR MULTIPLE ACUTE EXAMINATIONS OF PATIENTS WITH COPD EXAMINATIONS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG IN 2023

Objectives: Review of some risk factors for multiple exacerbations and treatment results of COPD exacerbations at Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong. **Methods:** Cross-sectional, prospective descriptive study with non-probability convenience sampling method, pre-designed research medical records. **Results:** The average age of the patients was 72.35 ± 8.84 , the male/female ratio was 5.7/1, the average number of acute episodes was 2.99 ± 1.09 episodes/12 months. The average treatment days of the patients were 8.15 ± 3.13 days. The survival indexes and clinical characteristics of the patients at discharge had positive changes compared to the admission. The mean mMRC and CAT scores were 2.05 ± 0.25 points and 11.46 ± 3.70 points, respectively. The study did not find any statistically significant factors associated with multiple COPD exacerbations in the study patient group. **Conclusion:** Treatment results for acute COPD patients: 89.3% of patients were stable and

discharged from hospital, 1.8% of patients with more severe symptoms asked for referral, and 8.9% of patients asked to go home. **Keywords:** COPD, acute episode, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hay còn gọi là COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là bệnh lý hô hấp đang ngày càng phổ biến, gây tình trạng chít hẹp đường thở so với bình thường và có thể gây suy hô hấp cho bệnh nhân. Thống kê của WHO cho thấy đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019 [1]. Tỷ lệ mắc COPD ở những người từ 30-79 tuổi cao nhất ở khu vực Tây Thái Bình Dương (11,7%) và thấp nhất ở khu vực châu Mỹ (6,8%) [2]. Gần 90% trường hợp tử vong do COPD ở người dưới 70 tuổi xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và dự báo đến năm 2060 sẽ có 5,4 triệu người chết mỗi năm do COPD [3].

Đợt cấp COPD là tình trạng biến đổi cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp vượt quá dao động bình thường hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Đợt cấp có thể khởi phát do nhiễm trùng hô hấp, ô nhiễm môi trường, hoặc các yếu tố kích phát khác. Bệnh nhân COPD với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tỷ lệ tử vong cao hơn [4]. Bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời gian sống rút ngắn. Vì vậy, ngăn ngừa đợt cấp là mục tiêu cấp thiết trong thực hành quản lý và điều trị COPD. Nghiên cứu năm 2024 chỉ ra rằng các yếu tố nguy cơ như tiền sử hút thuốc, tiếp xúc với khói bụi và tiền sử lao phổi cũ là các yếu tố nguy cơ mắc bệnh COPD và gia tăng tỷ lệ mắc đợt cấp COPD [5]. Việc xác định yếu tố nguy cơ đợt cấp và theo dõi kết quả điều trị góp phần đưa ra cái nhìn tổng quan và xây dựng chiến lược dự phòng bệnh theo đặc điểm địa lý và dân cư.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng mỗi năm điều trị khoảng 700 người bệnh đợt cấp COPD. Câu hỏi đặt ra là kết quả điều trị đợt cấp COPD như thế nào và có yếu tố gì liên quan tới

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tùng

Email: duytungndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025