

V. KẾT LUẬN

Giải giãn cơ rocuronium trên 50 bệnh nhân phẫu thuật cắt túi mật nội soi bằng sugammadex 2 mg/kg cho hiệu quả tốt, thời gian hồi phục giãn cơ nhanh, an toàn. Thời gian hồi phục giãn cơ mức TOF đạt 0,9 ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $91,85 \pm 31,01$ giây. Thời gian từ khi giải giãn cơ đến khi rút ống nội khí quản của bệnh nhân trong nghiên cứu là $106,67 \pm 31,74$ giây. Không có trường hợp nào tái giãn cơ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu có kích thước mẫu nhỏ (50 bệnh nhân), ảnh hưởng đến tính đại diện và khả năng tổng quát của kết quả. Thiếu nhóm chứng so sánh đánh giá hiệu quả của sugammadex với các phương pháp khác. Nghiên cứu chỉ theo dõi bệnh nhân trong thời gian ngắn sau phẫu thuật và không đánh giá lâu dài về các biến chứng sau mổ hoặc các tác dụng phụ tiềm ẩn của sugammadex. Một nghiên cứu theo dõi lâu dài hơn có thể cung cấp thông tin về các tác dụng phụ dài hạn, như ảnh hưởng đến chức năng gan, thận hay các biến chứng hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Kính (2013) Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi. Nhà xuất bản Giáo dục, 11-15.
2. Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường, Nguyễn Lưu Phương Thúy và cs. Đánh giá hiệu quả hóa giải giãn cơ bằng sugammadex sau

- phẫu thuật nội soi ổ bụng. Tạp chí y - dược học Quân sự. 2018, 5, 121-128.
3. Wu Xinmin, Helle Oerdina, Jin Liu, et al. Rocuronium blockade reversal with sugammadex vs. neostigmine: randomized study in Chinese and Caucasian subjects. BMC anesthesiology. 2014 1471-2253:14-53
4. An J Noh, H Kim, E Lee J, et al (2020). Neuromuscular blockade reversal with sugammadex versus pyridostigmine/ glycopyrrolate in laparoscopic cholecystectomy: a randomized trial of effects on postoperative gastrointestinal motility. Korean journal of anesthesiology. 73(2). 137-144.
5. Han J, Oh A.Y, Jeon Y.T., et al (2021). Quality of recovery after laparoscopic cholecystectomy following neuromuscular blockade reversal with neostigmine or sugammadex: a prospective, randomized, controlled trial. Journal of Clinical Medicine. 10(5). 938..
6. Jones R.K., Caldwell J.E., Brull S.J., et al (2008). Reversal of profound rocuronium-induced blockade with sugammadex: a randomized comparison with neostigmine. Anesthesiology, 109(5), 816-824.
7. Anu Sharma, Veena Chatrath, Dheeru Marwah, et al (2024). Comparative Evaluation of Sugammadex versus Neostigmine for Reversal of Neuromuscular Blockade in Patients Undergoing Cholecystectomy under General Anesthesia. International Journal of Scientific Study, 12(8), 27-30.
8. Nguyễn Anh Quân, Trình Văn Đức, Trần Đức Tiệp và cs (2024). Đánh giá hiệu quả giải giãn cơ của sugammadex sau phẫu thuật ổ bụng cột sống, Tạp chí y dược học quân sự, 49(6), 143-153.

THỰC TRẠNG CẤP CỨU NGOẠI VIỆN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TẠI HÀ NỘI

Trần Thị Linh¹, Nguyễn Thành², Hoàng Bùi Hải^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng can thiệp cấp cứu ngoại viện và kết quả cấp cứu bệnh nhân chấn thương sọ não tại một số bệnh viện tại Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang; hồi cứu bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được nhập viện từ 1/1/2025 đến 30/6/2025 tại 3 bệnh viện tại Hà Nội. **Kết quả:** Kết quả cho thấy nam giới chiếm 70,8%, độ

tuổi trung bình $49,98 \pm 18,73$; nhóm tuổi lao động (18–60) chiếm đa số. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (58%). Có 66,2% bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu và 60% được sơ cứu bởi nhân viên y tế, trong đó các kỹ thuật thường gặp nhất là cố định cột sống cổ và băng cầm máu. Các thủ thuật nâng cao về kiểm soát đường thở không được triển khai tại hiện trường. Tỷ lệ tử vong chung là 26,15%, trong đó tử vong do chấn thương chiếm 20%. Các yếu tố nguy cơ tử vong bao gồm tổn thương sọ não nặng (AIS ≥ 4), ISS ≥ 16 , tụt huyết áp và hạ oxy máu ngoại viện. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò quan trọng của cấp cứu ngoại viện trong cải thiện kết cục lâm sàng bệnh nhân chấn thương sọ não. **Từ khóa:** cấp cứu ngoại viện, chấn thương sọ não, đa chấn thương

SUMMARY

PREHOSPITAL MANAGEMENT AND OUTCOMES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

²Trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

IN SELECTED HOSPITALS IN HANOI

Objective: To describe the current status of prehospital emergency interventions and clinical outcomes of patients with traumatic brain injury (TBI) at selected hospitals in Hanoi. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 65 patients aged ≥ 18 years who were admitted between January 1, 2025, and June 30, 2025, at three hospitals in Hanoi. **Results:** Males accounted for 70.8% of cases, with a mean age of 49.98 ± 18.73 years; the majority were in the working-age group (18–60 years). Traffic accidents were the leading cause of injury (58%). Overall, 66.2% of patients were transported by ambulance, and 60% received first aid from healthcare personnel, most commonly cervical spine immobilization and bleeding control. Advanced airway management was not performed at the scene. The overall mortality rate was 26.15%, of which trauma-related mortality accounted for 20%. Independent risk factors for mortality included severe TBI (AIS ≥ 4), ISS ≥ 16 , prehospital hypotension, and hypoxemia. **Conclusion:** This study highlighted the crucial role of prehospital emergency care in improving clinical outcomes for patients with traumatic brain injury. **Keywords:** prehospital emergency care, traumatic brain injury, multiple trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là tình trạng tổn thương cấu trúc của sọ và/hoặc não do tác động cơ học từ bên ngoài, có thể gây rối loạn chức năng thần kinh tạm thời hoặc vĩnh viễn. Năm 2014, trên toàn nước Mỹ có xấp xỉ 2,87 triệu ca cấp cứu, nhập viện và tử vong liên quan đến CTSN, trong đó có khoảng 288.000 ca cần nhập viện và khoảng 56.800 trường hợp tử vong liên quan đến CTSN.¹ Tại bệnh viện Việt Đức, mỗi năm điều trị 15.000 bệnh nhân và hơn 1.200 trường hợp tử vong do CTSN.² Trong xử trí và cấp cứu bệnh nhân CTSN, đặc biệt là CTSN nặng, cấp cứu ban đầu đóng vai trò quan trọng, bao gồm sơ cứu và vận chuyển bệnh nhân. Do đó, vai trò của nhân viên cấp cứu ban đầu trong việc đánh giá sớm và kiểm soát tổn thương ban đầu trước khi vào viện nhằm ngăn ngừa tổn thương não thứ phát và tổn thương não do thầy thuốc là yếu tố quan trọng để tối đa hóa kết quả điều trị.³ Một số nghiên cứu chỉ ra rằng: cấp cứu tại chỗ tích cực, khẩn trương, điều trị đúng phương pháp ngay từ đầu và vận chuyển bệnh nhân hợp lý là biện pháp hiệu quả giảm tỉ lệ tử vong và di chứng⁴ trong đó hồi sức hô hấp và tuần hoàn đóng vai trò quan trọng.⁴⁻⁶ Nghiên cứu EPIC được tiến hành trong giai đoạn 2007-2015 trên toàn bộ các tiểu bang của nước Mỹ trong việc áp dụng khuyến cáo của Quỹ Chấn thương sọ não và Hiệp hội Dịch vụ y tế khẩn cấp quốc gia trong cấp cứu CTSN ngoại viện, đã cho thấy vai trò của cấp cứu ngoại viện đến tỉ lệ

sống sót và hồi phục có ý nghĩa của bệnh nhân CTSN.⁷ Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng cấp cứu ngoại viện bệnh nhân chấn thương sọ não tại một số bệnh viện tại Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tuổi ≥ 18
- Bệnh nhân chấn thương có cơ chế gây chấn thương sọ não (va chạm, đập vào vật cứng, rung lắc, tác động gây tăng/giảm tốc độ di chuyển của não đột ngột) và:
 - + Bệnh nhân có GCS ≤ 13 điểm.
 - + Hoặc bệnh nhân GCS < 15 và có tình trạng giảm GCS.
 - + Hoặc bệnh nhân đa chấn thương cần đặt ống nội khí quản do nguyên nhân CTSN hoặc chấn thương cơ quan khác.
 - + Hoặc bệnh nhân cơ giết sau chấn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được can thiệp và điều trị tại cơ sở y tế khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thu thập số liệu các người bệnh khám và nhập viện trong khoảng thời gian từ 1/1/2025 đến 31/6/2025 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và Bv Thanh Nhàn

Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mục tiêu nghiên cứu với bộ câu hỏi.

Các biến nghiên cứu chính: Biến đầu vào:

- Đặc điểm dịch tễ học: tuổi, giới, loại tai nạn thương tích.

- Biện pháp cấp cứu ngoại viện được áp dụng: hỗ trợ hô hấp, truyền dịch, kiểm soát thông khí

- Mức độ tổn thương cơ quan (theo thang điểm Abbreviated Injury Score (AIS) và thang điểm Injury Severity Score (ISS)).

- Biện pháp cấp cứu ngoại viện được thực hiện.

Biến đầu ra: Kết quả điều trị khi xuất viện:

- Tử vong do nguyên nhân chấn thương: bệnh nhân tử vong/nặng xin về có yếu tố chấn thương là nguyên nhân chính hoặc yếu tố khởi phát dẫn đến chuỗi sự kiện dẫn đến tử vong, có bằng chứng về lâm sàng, cận lâm sàng hoặc kết luận tại biên bản kiểm thảo tử vong.

- Tử vong do bệnh lý khác: bệnh nhân tử vong/nặng xin về do các nguyên nhân không

phải do chấn thương.

- Sống: bệnh nhân ra viện/chuyển viện mà không cần sự hỗ trợ nào về mặt hô hấp và tuần hoàn.

Xử lý số liệu: Bảng phần mềm thống kê SPSS, dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ % với biến định tính; dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị) đối với biến định lượng. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm dùng thuật toán MannWhitney U test hoặc t test đối với các biến liên tục và test Khi bình phương hoặc Fisher's Exact test với các biến phân loại. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị kiểm định $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát, không làm thay đổi điều trị của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được bí mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

65 bệnh nhân vào viện với chẩn đoán bao gồm chấn thương sọ não vào viện trong 2 bệnh viện: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ($n = 23$, 35,4%), Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn ($n = 27$, 41,5%), Bệnh viện Thanh Nhàn ($n = 15$, 23,1%) được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chi tiết	n (tỉ lệ %)	Trung bình $\pm$ SD	p-value
Giới tính	Nam	46 (70,8%)		0,001
	Nữ	19 (29,2)		
Tuổi	Chung		49,98 $\pm$ 18,73	0,001*
	Nam		45,33 $\pm$ 2,82	
	Nữ		61,26 $\pm$ 2,76	
Nhóm tuổi	18-60 tuổi	45 (69,2%)		0,002
	>60 tuổi	20 (30,8%)		
Loại tai nạn	Tai nạn giao thông	38 (58%)		<0,001
	Ngã	20 (31%)		
	Tai nạn lao động	3 (5%)		
	Khác	4 (6%)		

*Mann-Whitney U test

Tỉ lệ bệnh nhân nam giới (70,8%) nhiều hơn tỉ lệ bệnh nhân nữ giới (29,2%). Tuổi trung bình là 49,98 $\pm$ 18,73; tuổi nhỏ nhất là 20, tuổi lớn

nhất là 86. Nhóm bệnh nhân nữ có độ tuổi trung bình cao hơn nam giới ($p < 0,05$). Số bệnh nhân có tuổi từ 18-60 là 45 trường hợp, chiếm 69,2% ($p = 0,002$).

Chủ yếu nguyên nhân là tai nạn giao thông là 38/65, chiếm 58%, trong đó tai nạn liên quan đến xe hai bánh (xe đạp, xe đạp điện, xe gắn máy, xe máy điện) là 30/38 trường hợp, chiếm 78,95%; với 18/38 trường hợp có nồng độ cồn trong máu, chiếm 47,37%.

Bảng 3.2. Mức độ tổn thương các cơ quan

		n	Tỉ lệ (%)	p-value
Sọ não (theo điểm AIS)	1-3	23	35,4	0,049
	4	13	20	
	5-6	29	44,6	
Tổn thương phối hợp	Chấn thương hàm mặt	22	33,84	
	Chấn thương ngực	27	41,54	
	Chấn thương bụng	11	16,92	
	Chấn thương chi	17	26,15	
	Chấn thương phần mềm	1	1,54	
Mức độ tổn thương đa cơ quan (theo thang điểm ISS)	1 - 8	10	15,38	< 0,001
	9 - 15	10	15,38	
	16 - 24	8	12,31	
	≥ 25	37	56,93	

Có 42/65 trường hợp có mức độ tổn thương sọ não nặng đe dọa tính mạng (AIS 4-6), chiếm 64,6%. Tổn thương phối hợp với chấn thương sọ não hay gặp là chấn thương ngực và chấn thương hàm mặt, lần lượt là 27/65 ca chiếm 41,54%, và 22/65 ca chiếm 33,84%.

Thang điểm ISS có trung vị là 25 (12 – 29). Có 45/65 trường hợp vào viện với tổn thương đa cơ quan mức độ nặng nguy kịch, đe dọa tính mạng ($ISS \geq 16$) chiếm 69,24%. Tuy nhiên, chỉ 30/45 bệnh nhân có mức độ tổn thương nặng, nguy kịch, đe dọa tính mạng được sơ cứu bởi nhân viên y tế.

Bảng 3.3. Thực trạng xử trí ngoại viện

Đặc điểm		n (Tỉ lệ %)	Trung vị (tứ phân vị)	p-value
Phương tiện vận chuyển	Xe cấp cứu	43 (66,2%)		0,009
	Taxi/O tô cá nhân	22 (33,8%)		
Đối tượng sơ cứu	Nhân viên y tế	39 (60%)		< 0,001
	Người thân/bạn	17 (26,2%)		

	bè			
	Người qua đường	9 (13,8%)		
Thời gian từ lúc tai nạn đến khi được sơ cứu (phút)	Chung		40 (23-53)	
	Nhân viên y tế		40(24-51)	
	Người thân/bạn bè		32 (22,5 – 68,5)	0,805*
	Người qua đường		49 (13 - 70)	
Thời gian từ lúc tai nạn đến khi nhập viện (giờ)	Chung		1,25 (0,88 – 1,85)	
	Nhân viên y tế		1,25 (0,97 – 1,8)	
	Người thân/bạn bè		1,23 (0,7 – 1,72)	0,934*
	Người qua đường		1,25 (0,65 – 4,07)	
Biện pháp sơ cứu được thực hiện bởi nhân viên y tế (n=39)	Khai thông đường thở	7 (17,94%)		
	Canuyn mũi họng	4 (10,26%)		
	Thở oxy	6 (15,38%)		
	Bóp bóng ambu	3 (7,69%)		
	Đặt đường truyền ngoại vi	10 (25,64%)		
	Ép tim	1(2,56%)		
	Nẹp cổ định cột sống cổ	36 (92,3%)		
	Bất động chi gãy	6 (15,38%)		
	Băng cầm máu	25 (64,1%)		
	Thử đường máu mao mạch	3 (7,69%)		
	U ăm	1(2,56%)		

* Kruskal-Wallis H test

Tỉ lệ bệnh nhân được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe cấp cứu là 43/65 trường hợp, chiếm 66,2%.

Được cấp cứu ngoại viện bởi nhân viên y tế là 39/65 trường hợp, chiếm 60%. Có 5 trường hợp đến bệnh viện bằng xe cấp cứu nhưng lại không được sơ cứu bởi nhân viên y tế.

Thời gian từ lúc tai nạn đến khi được sơ cứu và thời gian từ lúc tai nạn đến khi nhập viện ở cả 3 nhóm bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nhóm bệnh nhân được sơ cứu bởi nhân viên y tế, biện pháp cấp cứu được thực

hiện chiếm tỉ lệ cao nhất là các kỹ thuật liên quan đến cố định chấn thương (nẹp cổ định cột sống cổ và băng cầm máu vết thương lần lượt là 92,3% và 64,1%). Tiếp theo là các kỹ thuật liên quan kiểm soát tuần hoàn (đặt đường truyền ngoại chiếm 25,64%) và kiểm soát đường thở (khai thông đường thở, thở oxy, bóp bóng ambu).

Nhóm còn lại được sơ cứu bởi các đối tượng khác chỉ được thực hiện nẹp cột sống cổ và băng cầm máu, tỉ lệ bệnh nhân được tiến hành các biện pháp sơ cứu còn chiếm tỉ lệ thấp (7,69% và 9,23%).

Bảng 3.4. Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện (n=65)

Kết cục	n	Tỉ lệ (%)
Sống	47	72,3
Tử vong do chấn thương	13	20
Tử vong do bệnh lý khác	4	6,15

Có 17/65 bệnh nhân có kết quả điều trị là tử vong, chiếm 26,15%, trong đó có 1 trường hợp tử vong ngoại viện, 13/17 trường hợp tử vong do nguyên nhân chấn thương.

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

	OR (CI 95%)	p-value
ISS ≥ 16	1,67 (1,31-2,12)	<0,001
Tổn thương sọ não nặng (AIS ≥ 4)	14,96 (1,83-121,75)	0,003
HATT < 90mmHg	8,65 (1,50-49,91)	0,015
SpO ₂ < 90%	46 (5,17-409,38)	<0,001

Mức độ nặng của tổn thương sọ não (AIS ≥ 4), mức độ tổn thương đa cơ quan (ISS ≥ 16), tình trạng huyết động và oxy hóa máu chi phối mạnh kết cục, ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị chung ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu gồm 65 bệnh nhân, phần lớn thuộc nhóm tuổi lao động 18–60 (69,2%), tương tự kết quả của Vũ Minh Hải và John A. Myburgh.^{8,10} Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương sọ não là tai nạn giao thông (58%), thấp hơn nghiên cứu của Bùi Xuân Cường (69,96%, $p = 0,042$), trong đó xe hai bánh chiếm tỷ lệ rất cao (88,45%).

Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trong tình trạng đa chấn thương nặng, nguy kịch chiếm 69,24%, nhưng chỉ 30/45 bệnh nhân này được sơ cứu bởi nhân viên y tế. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Lê Xuân Quý,⁸ cho thấy những bệnh nhân không được sơ cứu trước viện thường có điểm ISS cao hơn. Điều đó phản ánh còn nhiều trường hợp nặng chưa tiếp cận được dịch vụ cấp cứu ngoại viện kịp thời, đặt ra yêu cầu cấp thiết phải mở rộng mạng lưới tiếp cận y tế sớm, tăng

cường phản ứng nhanh và truyền thông cộng đồng về tầm quan trọng của gọi cấp cứu khi có tai nạn. Tuy nhiên, ISS chỉ phản ánh mức độ tổn thương giải phẫu khi nhập viện, trong khi can thiệp ngoại viện chủ yếu giúp ổn định sinh lý và hạn chế tổn thương thứ phát. Do vậy, hiệu quả sơ cứu không thể đánh giá hoàn toàn qua ISS.

Về phương thức vận chuyển, 66,2% bệnh nhân đến viện bằng xe cấp cứu, cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Lê Xuân Quý (55,2%, $p < 0,001$),⁸ Vũ Minh Đức (22,2%, $p < 0,001$)⁹ và Bùi Xuân Cường (18,46%, $p < 0,001$). Trong nhóm nghiên cứu, 60% bệnh nhân được sơ cứu bởi nhân viên y tế, tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là do người thân/bạn bè và người qua đường. Đáng chú ý, các trường hợp được người qua đường sơ cứu hầu hết liên quan đến tai nạn giao thông, phù hợp với đặc điểm tai nạn thường xảy ra ở nơi công cộng. Trong khi đó, tai nạn do ngã lại chủ yếu xảy ra tại nhà hoặc môi trường quen thuộc, thường do người thân xử trí ban đầu. Theo nghiên cứu của Bùi Xuân Cường, trong 130 bệnh nhân nhập viện trực tiếp tại Bệnh viện Việt Đức, có 52 trường hợp (40%) được sơ cứu tại hiện trường bởi người nhà, người đi đường hoặc nhân viên cấp cứu.

Thời gian từ khi tai nạn đến sơ cứu và từ khi tai nạn đến nhập viện không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm. Tuy nhiên, bệnh nhân được người thân/bạn bè sơ cứu có thời gian trung vị ngắn nhất, do sự hiện diện sớm tại hiện trường. Ngược lại, nhóm được nhân viên y tế sơ cứu có khoảng thời gian ổn định nhất (24–51 phút), phản ánh tính đồng bộ trong triển khai.

Trong nhóm được nhân viên y tế can thiệp, các kỹ thuật cố định chấn thương được áp dụng nhiều nhất. Tỷ lệ bệnh nhân được nẹp cổ định cột sống cổ cao hơn rõ so với các nghiên cứu trước: Vũ Minh Hải (4,8%), Lê Xuân Quý (4,2%), Đinh Văn Quỳnh (37,5%) và Bùi Xuân Cường (21,86% chung, 62,84% ở nhóm chấn thương sọ não nặng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) phản ánh tín hiệu tích cực trong chuẩn hóa quy trình cấp cứu ngoại viện hiện nay. Ngoài ra, các kỹ thuật khác như đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (25,64%), khai thông đường thở, thở oxy, bóp bóng Ambu được thực hiện, song thủ thuật nâng cao (đặt mask thanh quản, nội khí quản) chưa triển khai. Ở nhóm được người thân hoặc người qua đường sơ cứu, chủ yếu chỉ dùng ở nẹp cổ và băng cầm máu, tỷ lệ áp dụng biện pháp khác còn hạn chế.

Tỷ lệ tử vong chung của nhóm nghiên cứu là 26,15%, trong đó tử vong trực tiếp do chấn thương chiếm 20%. Kết cục lâm sàng chịu ảnh

hưởng mạnh bởi mức độ tổn thương sọ não (AIS ≥ 4) và đa chấn thương (ISS ≥ 16). Tuy nhiên, việc hồi sức tuần hoàn (duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg) và hồi sức hô hấp nhằm tránh hạ oxy máu ($SpO_2 \geq 90\%$) có vai trò quan trọng trong giảm tử vong, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế đã công bố.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân chấn thương sọ não (CTSN), 66,2% được vận chuyển bằng xe cấp cứu và 60% được sơ cứu bởi nhân viên y tế. Năng lực can thiệp tại hiện trường vẫn còn hạn chế ở các kỹ thuật chuyên sâu như kiểm soát đường thở nâng cao. Việc duy trì huyết áp và độ bão hòa oxy máu ổn định ngay từ giai đoạn ngoại viện có ý nghĩa quyết định trong cải thiện tỉ lệ sống sót. Do đó, cần tiếp tục tăng cường đào tạo chuyên môn cho nhân viên y tế, nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ cấp cứu ngoại viện tại khu vực Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peterson ABX, Likang; Daugherty J; Breiding MJ**; National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Surveillance report of traumatic brain injury-related emergency department visits, hospitalizations, and death, United States, 2014. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Available at: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/78062>
2. **Đồng Văn Hệ**. Chấn thương sọ não. Tạp chí Y học thực hành Việt Nam. 2012;100:123-125.
3. **Lulla A, Lumba-Brown A, Totten AM, et al**. Prehospital guidelines for the management of traumatic brain injury – 3rd edition. Prehospital Emergency Care. 2023;27(5):507-538. doi:10.1080/10903127.2023.2187905
4. **Meena US, Gupta A, Sinha VD**. Prehospital care in traumatic brain injury: factors affecting patient's outcome. Asian J Neurosurg. 2018; 13(3):636-639. doi:10.4103/1793-5482.238011
5. **Rakhit S, Nordness MF, Lombardo SR, Cook M, Smith L, Patel MB**. Management and challenges of severe traumatic brain injury. Semin Respir Crit Care Med. 2021;42(1):127-144. doi:10.1055/s-0040-1716493
6. **Pélieu I, Kull C, Walder B**. Prehospital and emergency care in adult patients with acute traumatic brain injury. Med Sci (Basel). 2019;7(1):1. doi:10.3390/medsci7010012
7. **Spaite DW, Bobrow BJ, Keim SM, et al**. Association of statewide implementation of the prehospital traumatic brain injury treatment guidelines with patient survival following traumatic brain injury: the Excellence in Prehospital Injury Care (EPIC) study. JAMA Surg. 2019; 154(7): e191152. doi:10.1001/jamasurg.2019.1152
8. **Vũ Minh Hải, Trần Hoàng Tùng**. Mức độ chấn thương và thực trạng cấp cứu trước viện bệnh nhân chấn thương sọ não đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;517(1). doi:10.51298/vmj.v517i1.3147

9. **Lê Xuân Quý, Lâm Tiến Tùng.** Thực trạng cấp cứu chấn thương trước viện qua các trường hợp người bệnh nhập viện Trung tâm Cấp cứu do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B). doi:10.51298/vmj.v529i1B.6366

10. **Myburgh JA, Cooper DJ, Finfer SR, et al.** Epidemiology and 12-month outcomes from traumatic brain injury in Australia and New Zealand. J Trauma. 2008;64(4):854-862. doi:10.1097/TA.0b013e3180340e77

NHẬN XÉT CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN NỘI KHỚP CÓ TRIỆU CHỨNG HẠN CHẾ HÁ MIỆNG

Trịnh Văn Duy¹, Đặng Triệu Hùng¹, Nguyễn Văn Long¹,
Hoàng Thu Thủy¹, Hoàng Đình Âu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 8/2023 đến 7/2025 trên 116 khớp được chẩn đoán lâm sàng mắc hội chứng rối loạn nội khớp thái dương hàm (TDH) có triệu chứng hạn chế há miệng. Tất cả các bệnh nhân được khai thác triệu chứng hạn chế há miệng và đo độ há miệng tối đa, sau đó được chụp cộng hưởng từ (CHT) khớp TDH. Từ đó đưa ra nhận xét các đặc điểm hình ảnh trên phim CHT về hình dạng, vị trí đĩa khớp và tình trạng tổn thương lõi cầu ở nhóm bệnh nhân này. Rối loạn nội khớp có hạn chế há miệng hay gặp ở nữ giới với tỉ lệ nữ/nam là 1,97, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $24,68 \pm 12,1$ tuổi và đa phần các bệnh nhân đều nằm trong nhóm tuổi lao động. Biến dạng đĩa khớp hay gặp nhất là dạng gập với 33 đĩa khớp chiếm 33,6%, di lệch đĩa khớp ra trước với góc đĩa khớp lõi cầu $>30^\circ$ chiếm đa số với 78,4% các trường hợp và các trường hợp này đa phần đều đã có tổn thương lõi cầu ở các mức độ khác nhau (62,9% các trường hợp).

Từ khóa: Rối loạn nội khớp thái dương hàm, cộng hưởng từ, hạn chế há miệng.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN PATIENTS WITH INTERNAL DERANGEMENT PRESENTING WITH LIMITED MOUTH OPENING

Across-sectional descriptive study was conducted at Hanoi Medical University Hospital from August 2023 to July 2025 on 116 temporomandibular joints (TMJ) clinically diagnosed with internal derangement presenting with limited mouth opening. All patients were evaluated for the symptom of restricted mouth opening, and the maximal interincisal opening was measured before undergoing magnetic resonance

imaging (MRI) of the TMJ. MRI images were analyzed for disc morphology, disc position, and condylar changes in this patient group. Internal derangement with limited mouth opening was found to be more common in females, with a female-to-male ratio of 1.97 and the mean age of the patients was 24.68 ± 12.1 years, most of whom were in the working-age group. The most frequent disc deformation was the folded type, observed in 33 joints (33.6%). Anterior disc displacement with a disc-condyle angle greater than 30° accounted for the majority of cases (78.4%), and most of these patients already showed evidence of condylar damage at varying degrees (62.9%).

Keywords: Temporomandibular joint disorder, magnetic resonance imaging, limited mouth opening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hay loạn năng khớp thái dương hàm là một tình trạng lâm sàng liên quan đến khớp TDH, cơ nhai và các cấu trúc xung quanh ảnh hưởng đến khoảng 5% đến 12% tổng dân số.¹ Rối loạn nội khớp đề cập đến mối quan hệ bất thường giữa đĩa khớp, lõi cầu, hố hàm dưới và được cho là loại rối loạn khớp phổ biến nhất. Khoảng 80% bệnh nhân rối loạn khớp có các bất thường bên trong khớp.² Hạn chế há miệng là triệu chứng lâm sàng hay gặp và là lý do chính khiến bệnh nhân phải đến khám.

Chụp CHT là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến, rất hữu ích để phát hiện các rối loạn bên trong khớp, cho thấy hình ảnh trực tiếp đĩa khớp ở cả vị trí ngậm và há miệng tối đa. Hơn nữa, CHT cho phép phát hiện những thay đổi về hình thái đĩa khớp, các tổn thương sớm ở lõi cầu, tràn dịch ổ khớp và sự hiện diện của những thay đổi viêm ở mô sau đĩa khớp.

Tại Việt Nam cho đến thời điểm hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá các đặc điểm hình ảnh CHT khớp TDH ở những bệnh nhân mắc hội chứng rối loạn nội khớp có triệu chứng hạn chế há miệng. Do đó, chúng tôi tiến hành

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Duy

Email: bsduych25@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025