

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ U TINH BÀO TINH HOÀN LẠC CHỖ TRONG Ổ BỤNG THEO HƯỚNG DẪN CỦA NCCN VÀ EAU NĂM 2025

Nguyễn Thanh Quân^{1,2}, Phan Hoàng Nguyên², Đỗ Trọng Nguyễn²,
Võ Công Định², Trịnh Đồng Khởi^{1,2}, Lê Văn Hải², Trần Quốc Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Tinh hoàn lạc chỗ là khi một hoặc cả hai tinh hoàn không xuống bìu trong khi thai nhi đang phát triển. Là một trong những yếu tố nguy cơ cao nhất gây ung thư tinh hoàn ở nam giới. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 33 tuổi, đã có 2 con khỏe mạnh, được chẩn đoán u tinh bào tinh hoàn bên trái lạc chỗ trong ổ bụng, được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt tinh hoàn trái và sau điều trị được hóa trị thêm 1 chu kỳ Carboplatin (AUC7).

Từ khóa: U tinh bào, tinh hoàn, ung thư tinh hoàn, tinh hoàn lạc chỗ, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

CASE REPORT: LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY FOR THE TREATMENT OF SEMINOMA IN AN INTRA-ABDOMINAL ECTOPIC TESTIS ACCORDING TO THE NCCN AND EAU GUIDELINES 2025

Ectopic testis is a condition where one or both testes fail to descend into the scrotum during fetal development. It is one of the highest risk factors for testicular cancer in males. We report a case of a 33-year-old male patient, who had two healthy children, diagnosed with a seminoma in a left-sided intra-abdominal ectopic testis. The patient underwent laparoscopic left orchiectomy, and after treatment, he additionally received one cycle of chemotherapy with Carboplatin (AUC 7). **Keywords:** Seminoma, testicular cancer, ectopic testis, laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tinh hoàn chiếm < 1% các ca ung thư mới, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở độ tuổi từ 20 – 34 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh này trên toàn cầu đã tăng đều đặn trong vài thập kỷ qua, với ước tính có 9.720 ca ung thư tinh hoàn mới được chẩn đoán tại Hoa Kỳ vào năm 2025 [1]. Phần lớn (95%) ung thư tinh hoàn là khối u tế bào mầm (germ cell tumor) và 5% không phải u tế bào mầm [2]. Khoảng 1 – 2% là bị đồng thời ung thư tinh hoàn 2 bên [3].

U tế bào mầm tinh hoàn chia thành 2 nhóm

là u tinh bào (seminoma) thường gặp nhất và u không phải tinh bào (nonseminoma). U tinh bào rất nhạy với xạ trị và hóa trị và có tiên lượng rất tốt [2], [4]. Một số yếu tố nguy cơ gây ung thư tinh hoàn đã được xác định, bao gồm tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc ung thư tinh hoàn và tinh hoàn lạc chỗ [2], [3]. Nguy cơ ung thư ở tinh hoàn lạc chỗ cao hơn 40 lần so với tinh hoàn bìu [5]. Nếu phát hiện siêu âm cho thấy một khối u nghi ngờ ác tính, phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn triệt để sẽ được thực hiện để chẩn đoán [2].

Chúng tôi thông báo có 1 trường hợp tinh hoàn lạc chỗ bên trái trong ổ bụng dạng u tinh bào được xử trí và điều trị theo hướng dẫn của NCCN và EAU năm 2025.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 33 tuổi, đã lấy vợ và sinh được 2 người con khỏe mạnh, bé gái học lớp 8 và bé trai học lớp 5 (bé trai có 2 tinh hoàn trong bìu). Bệnh nhân được phát hiện tinh hoàn lạc chỗ bên trái tình cờ khi đi khám sức khỏe định kỳ (dù trước đó đã đi khám sức khỏe định kỳ tại các bệnh viện lớn tại Cần Thơ với tần suất 2 lần /1 năm trong suốt 10 năm). Hình ảnh siêu âm ghi nhận kết quả: tổn thương choáng chỗ vùng hố chậu trái chưa rõ bản chất. Hình ảnh MRI có tiêm thuốc tương phản ghi nhận: Khối choán chỗ vùng hố chậu trái, ranh giới không rõ, biểu hiện tín hiệu thấp trên T1W, tín hiệu trung gian trên T2W, xuất hiện các vùng hạn chế khuếch tán rộng trên DWI và ADCmap, ngấm thuốc tương phản không đồng nhất sau tiêm, kích thước khoảng 41x31x39mm (ngang x trước-sau x cao). Tổn thương có gây mở rộng 1 phần ống bẹn bên trái, bao quanh 1 phần động mạch chậu ngoài bên trái. Kết luận MRI ghi nhận: Khối choán chỗ vùng hố chậu trái với đặc điểm hình ảnh gợi ý u tế bào mầm tinh hoàn (Testicular germ cell tumor)/ tinh hoàn lạc chỗ (nghĩ nhiều). Chẩn đoán phân biệt: u mạc treo. Tổn thương có gây mở rộng 1 phần ống bẹn bên trái, bao quanh 1 phần động mạch chậu ngoài bên trái. Các cận lâm sàng trước điều trị bao gồm: β -HCG 0,971 U/L, LDH 177,49 U/L, AFP: 2,27 ng/mL (β -HCG, LDH, AFP đều trong giới hạn bình thường). Testosterone toàn phần, tự do và tinh dịch đồ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

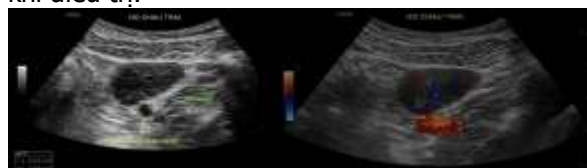
Email: cuongxoe975@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

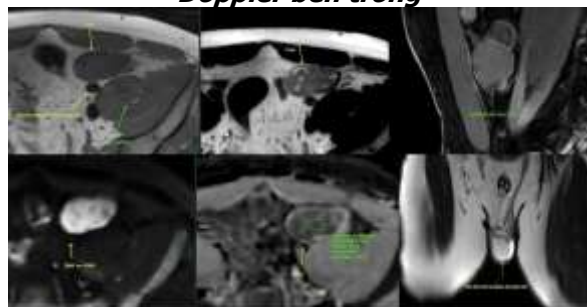
Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

đều trong giới hạn bình thường. Hiện tại, bệnh nhân không có nhu cầu dữ trữ tinh trùng trước khi điều trị.



Hình 1: Hình ảnh siêu âm bụng ghi nhận khối choáng chỗ hố chậu trái kích thước 42 x 27 x 38 mm, giới hạn rõ và có tín hiệu Doppler bên trong



Hình 2: Hình ảnh MRI có cản tử nghi seminoma tinh hoàn lạc chỗ bên trái trong ổ bụng

Bệnh nhân được phẫu thuật chương trình nội soi ổ bụng cắt tinh hoàn lạc chỗ bên trái khi nghi ngờ u tế bào mầm tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng, không kèm nạo hạch. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi ghi nhận: Tiến hành vào ổ bụng với 3 trocar (2 trocar 10mm và 1 trocar 5mm). Quan sát thấy: Tinh hoàn lạc chỗ bên trái vị trí sát ống bẹn lỗ trong. Tinh hoàn không xâm lấn. Mô mỡ bám dính tinh hoàn trái, mào tinh và ống dẫn tinh trái. Tiến hành bóc tách tinh hoàn, mào tinh hoàn và một phần ống dẫn tinh trái. Kẹp ống dẫn tinh cách vị trí tinh hoàn trái 6,5cm bằng 3 kẹp hemolok. Cắt bỏ tinh hoàn trái. Cầm máu kỹ. Lấy tinh hoàn trái làm mô bệnh học. Bệnh nhân được xuất viện trong ngày với tình trạng ổn định.

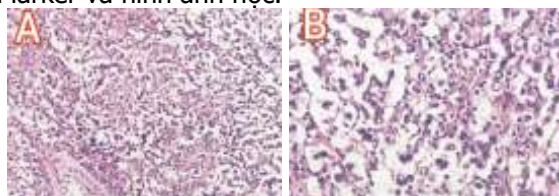


Hình 3: Hình ảnh tinh hoàn lạc chỗ bên trái trong phẫu thuật nội soi ổ bụng

Kết quả giải phẫu bệnh: U tinh bào (Seminoma), xâm nhập rốn tinh hoàn và không thấy xâm nhập mạch. Diện cắt thường tinh: Âm tính với u tinh bào. Phân loại giai đoạn (AJCC 8th

Edition): pT2.

Theo hướng dẫn NCCN 2025 thì bệnh nhân đang ở giai đoạn IB. Sau tư vấn, bệnh nhân chọn và tiếp tục điều trị xạ trị với liều tổng cộng là 20 Gy được chia thành 10 lần, mỗi lần 2,0 Gy. Tiếp tục theo dõi bệnh nhân định kỳ bằng các Marker và hình ảnh học.



Hình 4: Giải phẫu bệnh seminoma

Ảnh A (phóng đại thấp hơn): thấy rõ các đám tế bào u sáng bào tương, ngăn cách nhau bởi vách xơ mảnh, xen kẽ là thâm nhập lympho bào.

Ảnh B (phóng đại cao hơn): quan sát rõ tế bào u lớn, nhân tròn sáng, hạch nhân rõ, bào tương sáng rộng. Một số vùng có lympho bào rải rác xen kẽ.

III. BÀN LUẬN

3.1. Trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh nhân được chẩn đoán khi khám sức khỏe tổng quát và không có triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp với tác giả nước ngoài khi ghi nhận 67% trường hợp vào viện viện có khối u ben đơn thuần không triệu chứng [6].

Theo hướng dẫn NCCN và EAU năm 2025 đều khuyến nghị lưu trữ tinh trùng trước điều trị, tuy nhiên ở bệnh nhân này 33 tuổi, đã có 2 con khỏe mạnh, bé gái học lớp 8 và bé trai học lớp 5 (bé trai có 2 tinh hoàn trong bìu). Bệnh nhân đã được tư vấn nhưng không muốn sinh thêm con và không muốn lưu trữ tinh trùng. Ngoài ra, các xét nghiệm trước phẫu thuật như testosterone toàn phần và tự do, tinh dịch đồ trong giới hạn bình thường.

Hình ảnh siêu âm ghi nhận kết quả: tổn thương choáng chỗ vùng hố chậu trái chưa rõ bản chất. Hình ảnh MRI có tiêm thuốc tương phản ghi nhận: Khối choáng chỗ vùng hố chậu trái, ranh giới không rõ, biểu hiện tín hiệu thấp trên T1W, tín hiệu trung gian trên T2W, xuất hiện các vùng hạn chế khuếch tán rộng trên DWI và ADCmap, ngấm thuốc tương phản không đồng nhất sau tiêm, kích thước khoảng 41x31x39mm (ngang x trước-sau x cao). Tổn thương có gây mở rộng 1 phần ống bẹn bên trái, bao quanh 1 phần động mạch chậu ngoài bên trái. Qua hình ảnh trên ta thấy rằng tín hiệu thấp trên T1W (T1-weighted) và trung gian trên T2W (T2-weighted) là đặc điểm tín hiệu kinh điển của

các khối u tế bào mầm. Hạn chế khuếch tán trên DWI và ADCmap cho thấy các tế bào trong khối u rất dày đặc và tăng sinh mạnh, là đặc trưng của mô ác tính. Đây là một dấu hiệu rất quan trọng để phân biệt khối u ác tính với các tổn thương lành tính khác. Ngấm thuốc tương phản không đồng nhất giúp phản ánh cấu trúc bên trong khối u không đều, có thể có các vùng hoại tử, xuất huyết hoặc xơ hóa, thường gặp trong các khối u lớn và ác tính. Lý giải cho hiện tượng tinh hoàn lạc chỗ có nguy cơ tiến triển thành u tinh bào là: cơ chế sinh ung thư ở nhóm bệnh nhân này mang tính đa yếu tố. Trong giai đoạn bào thai, sự gián đoạn biệt hóa tế bào mầm do Hội chứng loạn sản tinh hoàn (Testicular Dysgenesis Syndrome – TDS), dưới tác động của yếu tố di truyền và môi trường (đặc biệt là các chất gây rối loạn nội tiết), khiến một số tế bào mầm nguyên thủy (gonocyte) không chuyển thành tinh nguyên bào mà duy trì trạng thái phôi thai, trở thành tiền thân của carcinoma in situ (CIS). Quá trình này được thúc đẩy bởi bất thường tín hiệu KITLG-KIT, vốn đóng vai trò then chốt trong sự sống còn và tăng sinh của tế bào mầm, dẫn đến hiện tượng ngừng biệt hóa và tích lũy đột biến. Bên cạnh đó, trong tinh hoàn lạc chỗ thường có số lượng tế bào mầm thấp, sự tăng sinh bù trừ của các tế bào còn lại càng làm tăng nguy cơ lỗi nhân đôi DNA. Yếu tố nhiệt độ cao trong ổ bụng hoặc ống bẹn cũng gây tổn thương DNA, stress oxy hóa và giảm khả năng sửa chữa gen, từ đó đẩy nhanh quá trình chuyển dạng ác tính. Đồng thời, rối loạn biểu sinh như giảm methyl hóa DNA và duy trì biểu hiện các gen phôi mầm (OCT3/4, SOX17, NANOG) giúp tế bào tránh được apoptosis và tiếp tục tăng sinh bất thường. Cuối cùng, nền tảng di truyền với các biến thể gen ở những locus nguy cơ (như 12q21 chứa KITLG, DMRT1, TERT, ATF7IP) góp phần làm tăng tính cảm nhiễm. Sự kết hợp của các yếu tố trên giải thích vì sao cryptorchidism không chỉ đơn thuần là bất thường giải phẫu mà thực chất phản ánh một rối loạn phát triển phức tạp, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành CIS và tiến triển thành seminoma [7].

Theo hướng dẫn của nhóm hợp tác ung thư tế bào mầm quốc tế (IGCCCG) thì u tinh bào có tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 95% và tỷ lệ không tiến triển bệnh sau 5 năm là 89% nếu thỏa đồng thời 5 tiêu chí sau: (1) Có thể là khối u nguyên phát ở bất kỳ đâu (kể cả trung thất). (2) Không có di căn nội tạng (ngoại trừ phổi). (3) AFP bình thường. (4) β -hCG có thể ở bất kỳ giá trị nào. (5) LDH có thể ở bất kỳ giá trị nào [8].

3.2. Trong phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật nội soi ổ bụng, ghi nhận: tinh hoàn lạc chỗ bên trái vị trí sát ống bẹn lỗ trong. Tinh hoàn không xâm lấn. Mô mỡ bám dính tinh hoàn trái, mào tinh và ống dẫn tinh trái. Tiến hành bóc tách tinh hoàn, mào tinh hoàn và một phần ống dẫn tinh trái. Kẹp ống dẫn tinh cách vị trí tinh hoàn trái 6,5cm bằng 3 kẹp hemolok. Cắt bỏ tinh hoàn trái. Theo khuyến cáo NCCN khi hình ảnh học phát hiện thấy một khối u nghi ngờ ác tính, phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn triệt để sẽ được thực hiện để chẩn đoán [2]. Trường hợp chúng tôi phẫu thuật nội soi cắt tinh hoàn qua nội soi ổ bụng không kèm nạo hạch là hợp lý vì trong trường hợp này chưa ghi nhận hình ảnh di căn hạch và mức độ xâm lấn ra các mô xung quanh trên MRI không có. Ngoài ra, phương pháp điều trị sau phẫu thuật như xạ trị hay hóa trị rất nhạy đối với u tinh bào [4].

3.3. Sau phẫu thuật. Các dấu ấn khối u trong huyết thanh (AFP, β -hCG và LDH) nên được xác định trước và sau phẫu thuật cắt tinh hoàn và trong suốt quá trình theo dõi. Chúng được sử dụng để phân giai đoạn chính xác, phân tầng nguy cơ, theo dõi điều trị và phát hiện tái phát (mức khuyến cáo 2b) [3]. Sau phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn, việc theo dõi các chất chỉ điểm khối u (AFP và β -hCG) đóng vai trò quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh. Do thời gian bán hủy trong huyết thanh kéo dài (5-7 ngày với AFP và 1-3 ngày với β -hCG), quá trình bình thường hóa các giá trị này nếu chúng tăng cao trước mổ có thể cần nhiều tuần. Việc các chỉ số không giảm, duy trì ở mức cao hoặc tiếp tục tăng sau khoảng thời gian dự kiến là dấu hiệu đáng ngờ, gợi ý nguy cơ bệnh vẫn còn tồn tại hoặc đã di căn, đòi hỏi can thiệp điều trị bổ trợ kịp thời. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng việc các dấu ấn huyết thanh trở về mức bình thường không hoàn toàn loại trừ khả năng di căn, đặc biệt ở những trường hợp khối u không tiết đủ chất chỉ điểm. Do đó, bên cạnh theo dõi định kỳ bằng xét nghiệm máu, việc kết hợp chặt chẽ với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như CT scan là cần thiết để đảm bảo theo dõi bệnh một cách toàn diện [9].

Kết quả giải phẫu bệnh là u tinh bào (Seminoma) và phân loại theo AJCC 8th Edition là pT2 (giai đoạn IB theo NCCN năm 2025). Sau phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn cho bệnh nhân ung thư giai đoạn đầu (pT1-pT3), phương án điều trị ưu tiên hàng đầu được khuyến nghị là theo dõi định kỳ chặt chẽ. Lý do là vì đa số bệnh nhân (80-85%) đã được chữa khỏi hoàn toàn nhờ phẫu thuật, và việc tránh các liệu pháp bổ trợ

không cần thiết sẽ giúp người bệnh không phải chịu tác dụng phụ từ hóa trị hoặc xạ trị. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân lo ngại về nguy cơ tái phát hoặc không thể tuân thủ lịch tái khám đều đặn, hai lựa chọn thay thế hiệu quả để giảm thiểu rủi ro là hóa trị một đến hai chu kỳ carboplatin đơn chất hoặc xạ trị vùng hạch bạch huyết. Các phương pháp này tuy làm giảm nguy cơ tái phát nhưng cần cân nhắc kỹ giữa lợi ích và nguy cơ tác dụng phụ [2].

Tỷ lệ tái phát được thấy trong các nghiên cứu dao động từ 15% đến 20%, với hầu hết các trường hợp tái phát bệnh được phát hiện ở các hạch bạch huyết dưới hoành. Yếu tố nguy cơ tái phát được xác định rõ ràng nhất là kích thước khối u nguyên phát (Khi kích thước khối u tăng lên, nguy cơ tái phát cũng tăng theo) [10]. Mặc dù Ấn bản thứ 8 của Sổ tay Phân loại Ung thư AJCC (AJCC Cancer Staging Manual) sử dụng ngưỡng kích thước 3 cm để phân biệt giữa giai đoạn pT1a (khối u $\leq$ 3 cm) và pT1b (khối u $>$ 3 cm) trong ung thư tinh hoàn nguyên phát, nhưng việc lựa chọn điểm cắt tương đối nhỏ này chủ yếu mang tính bảo tồn và thận trọng. Lý do là các nghiên cứu trước đây cho thấy sự không đồng nhất đáng kể trong ngưỡng kích thước được đề xuất để dự báo nguy cơ tái phát hoặc di căn. Do đó, điểm cắt 3 cm được áp dụng nhằm đảm bảo tính nhất quán trong phân loại và tránh sai sót do thiếu dữ liệu đồng thuận từ các nghiên cứu lâm sàng. Trong 1 phân tích 1.447 bệnh nhân chia thành 2 nhóm hóa trị bằng carboplatin và xạ trị thì sau 5 năm tỷ lệ sống không tái phát (RFS) là 96% ở nhóm xạ trị và 94,7% ở nhóm carboplatin (tỷ lệ nguy cơ [HR], 1,25; P = 0,37). Cụ thể, nhóm bệnh nhân sử dụng carboplatin ít gặp phải tình trạng mệt mỏi, uể oải và ít phải nghỉ làm hơn so với nhóm điều trị bằng xạ trị. Nhờ đó, các tác giả kết luận rằng carboplatin không chỉ ít độc tính hơn mà vẫn đảm bảo hiệu quả tương đương trong việc ngăn ngừa nguy cơ tái phát bệnh. Điều này khẳng định đây là một lựa chọn tối ưu cho nam giới mắc u tinh hoàn giai đoạn sớm, giúp cân bằng giữa hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân chúng tôi điều trị, do khả năng theo dõi định kỳ kém và trẻ tuổi nên hóa trị bổ trợ 1 chu kỳ Carboplatin (AUC7) được ưa chuộng và thường là lựa chọn đầu tay do ưu điểm về tính tiện lợi, ít tác dụng phụ muộn và hiệu quả tương đương.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp bệnh nhân nam 33 tuổi được phát hiện u tinh bào trên nền tinh hoàn lạc chỗ ở

bụng sau tuổi trưởng thành là một minh họa lâm sàng quan trọng. Ca bệnh nhấn mạnh rằng tinh hoàn lạc chỗ dù được phát hiện muộn vẫn tiềm ẩn nguy cơ ác tính hóa cao, đòi hỏi sự cảnh giác và đánh giá kỹ lưỡng. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là MRI với các đặc điểm điển hình, đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán trước mổ và đánh giá mức độ xâm lấn. Phẫu thuật nội soi cắt tinh hoàn triệt để là phương pháp điều trị đầu tiên, tối ưu và ít xâm lấn. Với kết quả giải phẫu bệnh u tinh bào giai đoạn pT2, việc lựa chọn điều trị bổ trợ cần được cá thể hóa. Dựa trên đặc điểm bệnh nhân trẻ tuổi và khả năng theo dõi kém, hóa trị bổ trợ một chu kỳ Carboplatin (AUC7) là lựa chọn phù hợp nhằm giảm thiểu tối đa nguy cơ tái phát mà vẫn đảm bảo chất lượng sống. Theo dõi định kỳ chặt chẽ, bao gồm cả chất chỉ điểm khối u và chẩn đoán hình ảnh, là yếu tố không thể thiếu để đảm bảo kết quả điều trị lâu dài và phát hiện sớm biến chứng hay tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel, R.L., et al., Cancer statistics, 2025. CA Cancer J Clin, 2025. 75(1): p. 10-45.
2. Gilligan, T., et al., NCCN Guidelines® Insights: Testicular Cancer, Version 2.2025: Featured Updates to the NCCN Guidelines® Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2025. 23(4): p. e250018.
3. D. Nicol (Chair), D.M.B., J.L. Boormans, et al., EAU Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology, 2025: p. 1 - 55.
4. Tariqi, R., et al., Metastatic seminoma from an undescended intra-abdominal testis: Case report and review of management. Urol Case Rep, 2025. 60: p. 103029.
5. Gupta, V., et al., Malignancy in an Undescended Intra-abdominal Testis: a Single Institution Experience. Indian J Surg Oncol, 2021. 12(1): p. 133-138.
6. Chen, J., et al., Testicular ectopia: A case report. Exp Ther Med, 2023. 26(1): p. 348.
7. Hanna, N.H. and L.H. Einhorn, Testicular cancer--discoveries and updates. N Engl J Med, 2014. 371(21): p. 2005-16.
8. Mead, G.M. and S.P. Stenning, The International Germ Cell Consensus Classification: a new prognostic factor-based staging classification for metastatic germ cell tumours. Clin Oncol (R Coll Radiol), 1997. 9(4): p. 207-9.
9. Dieckmann, K.P., et al., Serum Tumour Markers in Testicular Germ Cell Tumours: Frequencies of Elevated Levels and Extents of Marker Elevation Are Significantly Associated with Clinical Parameters and with Response to Treatment. Biomed Res Int, 2019. 2019: p. 5030349.
10. Zengerling, F., et al., Prognostic factors for tumor recurrence in patients with clinical stage I seminoma undergoing surveillance-A systematic review. Urol Oncol, 2018. 36(10): p. 448-458.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương¹, Nguyễn Quang Huy¹, Phạm Ngọc Hào¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng những bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 01/2021 – tháng 06/2022, 49 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật mở sọ giải áp tại Khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Quân y 103. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng. **Kết quả:** Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới (77,6%). Đa số người bệnh có độ tuổi lao động nằm trong khoảng từ 20-60 tuổi (69,3%). Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 61,2%. Lý do vào viện chủ yếu là bệnh nhân hôn mê ngay sau chấn thương, chiếm 46,9%. Điểm Glasgow trung bình trước mổ là $8,5 \pm 2,9$, dưới 8 điểm chiếm 46,9%. Dẫn đồng tử là triệu chứng hay gặp trong máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương, chiếm 40,8%; trong khi liệt nửa người chiếm 18,4%. **Kết luận:** Nguyên nhân gây máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông và hay gặp ở nam nhiều hơn ở nữ. Lý do vào viện của máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương chủ yếu do hôn mê ngay sau tai nạn. Dẫn đồng tử và liệt nửa người là các dấu hiệu thần kinh khu trú thường gặp, điểm Glasgow < 8 chiếm tỉ lệ cao ở các bệnh nhân này.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng cấp tính, chấn thương sọ não, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMA TREATED AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: Review of clinical characteristics of patients with acute traumatic subdural hematoma treated at 103 Military Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted from January 2021 to June 2022, including 49 patients with acute traumatic subdural hematoma who underwent decompressive craniectomy at the Department of Neurosurgery, Military Hospital 103. Clinical characteristics were evaluated. **Results:** The majority of patients were male (77.6%). Most patients were of working age, ranging from 20 to 60 years old (69.3%). The leading cause was traffic accidents, accounting for 61.2%. The main reason for hospital admission was coma immediately following trauma,

observed in 46.9% of cases. The average preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) score was 8.5 ± 2.9 , with 46.9% of patients scoring below 8. Pupil dilation was a common symptom in acute traumatic subdural hematoma, observed in 40.8% of patients; hemiplegia occurred in 18.4%. **Conclusion:** The primary cause of acute traumatic subdural hematoma was traffic accidents, with a higher prevalence in males. The main reason for admission was coma immediately after the trauma. Pupil dilation and hemiplegia were common focal neurological signs. A significant proportion of patients had a GCS score below 8 at admission. **Keywords:** acute subdural hematoma, traumatic brain injury, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một cấp cứu ngoại khoa, ngoại thần kinh thường gặp. Nguyên nhân gây ra chấn thương sọ não chủ yếu là: tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động và các hành vi bạo lực. Trong các tổn thương của chấn thương sọ não kín, máu tụ dưới màng cứng cấp tính là khối máu được hình thành giữa màng cứng và vỏ não thường xuất hiện ngay sau chấn thương sọ não nặng ($10 \div 15\%$) [1]. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính là một trong những tổn thương thường gặp, có biểu hiện lâm sàng diễn biến nhanh, nặng, điều trị vẫn còn gặp nhiều khó khăn, di chứng thường nặng nề và tỷ lệ tử vong cao. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở những bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật mở sọ giải áp tại Khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Quân y 103.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Thời gian từ tháng 1/2021 – tháng 6/2022, tại Khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Quân y 103.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi: được chia thành các nhóm: $10 \div 19$; $20 \div 29$; $30 \div 39$; $40 \div 49$; $50 \div 59$; $60 \div 69$; ≥ 70 tuổi

+ Giới: Nam; Nữ

+ Nguyên nhân tai nạn: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương
Email: xuanphuong.pttk@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025
Ngày duyệt bài: 13.11.2025