

- thư biểu mô tế bào vảy bề mặt nhãn cầu. Tạp chí Y học Việt Nam, 533(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i1B.7674>
2. **Alkatan H. M., & Al-Zahem, T.** (2018). Histopathology of the Ocular Surface. In Supriya Srivastava (Ed.), *Histopathology - An Update*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.75066>
 3. **Kalas T., et al.** (2024). Clinicopathological Correlates of Ocular Surface Squamous Neoplasia. *Ocular Oncology and Pathology*, 10(2), 88-97. <https://doi.org/10.1159/000538174>
 4. **Ma I. H., et al.** (2019). Clinicopathologic correlation of ocular surface squamous neoplasia from a university hospital in North Taiwan 1994 to 2014. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(4), 776-782. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.09.001>
 5. **McKelvie P. A., et al.** (2002). Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases. *Br J Ophthalmol*, 86(2), 168-173. <https://doi.org/10.1136/bjo.86.2.168>
 6. **Mishra D. K., et al.** (2022). Histopathological spectrum of ocular surface squamous neoplasia: A retrospective study of 776 lesions. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 65(1), 3-7. https://doi.org/10.4103/ijpm.Ijpm_1313_20
 7. **Mittal R., et al.** (2013). Ocular surface squamous neoplasia – Review of etio-pathogenesis and an update on clinicopathological diagnosis. *Saudi journal of ophthalmology: official journal of the Saudi Ophthalmological Society*, 27, 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.sjopt.2013.07.002>
 8. **Mudhar H. S., et al.** (2023). Conjunctival squamous intraepithelial neoplasia (Tatyana Milman & Sarah E. Coupland, Eds. 5th ed., Vol. 13). WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Eye and Orbit Tumours* (5th ed.).

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO BỆNH NHÂN MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÉP 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 cắt lớp vi tính sọ não ở những 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. **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 hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não. **Kết quả:** Đa số máu tụ dưới màng cứng cấp tính gặp ở vị trí trán - thái dương - đỉnh chiếm 59,2%, chủ yếu là tăng tỉ trọng thuần nhất chiếm 55,1%. Toàn bộ bệnh nhân đều có bề dày khối máu tụ trên phim cắt lớp vi tính trên 1cm và đè đẩy đường giữa trên 5mm, trong đó bề dày máu tụ chủ yếu từ 1 - 3 cm chiếm 95,9%, đè đẩy đường giữa từ 5-10 mm chiếm 59,1%. Đa số bệnh nhân có dấu hiệu phù não, chèn ép bể đáy chiếm 73,5%, chủ yếu là mờ bể đáy chiếm 47%. Chỉ có 10,2% số bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng đơn thuần, còn lại có tổn thương phối hợp, nhiều nhất là giập não chiếm 61,2%. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính trên cắt lớp vi tính sọ não thường tăng tỉ trọng đồng nhất, vị trí ở trán thái dương đỉnh. Các bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ và được phẫu thuật mở sọ giải áp khi đè đẩy

đường giữa trên phim cắt lớp vi tính sọ não trên 5mm. Đa số các bệnh nhân có hình ảnh xóa hoặc mờ bể đáy trên phim cắt lớp vi tính sọ não.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng cấp tính, chấn thương sọ não, cắt lớp vi tính sọ não

SUMMARY

EVALUATION OF COMPUTED TOMOGRAPHY FEATURES IN ACUTE TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMA PATIENTS UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: Review on of cranial characteristics computed tomography in patients with acute traumatic subdural hematoma 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. Cranial characteristics computed tomography. **Results:** The majority of acute subdural hematomas were located in the fronto-temporo-parietal region, accounting for 59.2%, with predominantly homogeneous hyperdense appearances observed in 55.1% of cases. All patients exhibited hematoma thickness on CT scans exceeding 1 cm, with a midline shift greater than 5 mm. Specifically, 95.9% of hematomas measured between 1–3 cm in thickness, and 59.1% showed a midline shift ranging from 5–10 mm. Most patients demonstrated signs of cerebral edema and basal cistern compression (73.5%), of which 47% presented with obliteration of

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương
Email: xuanphuong.pttk@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025
Ngày duyệt bài: 20.11.2025

the basal cisterns. Only 10.2% of patients had isolated subdural hematomas, while the remainder exhibited concomitant intracranial injuries, most commonly cerebral contusions (61.2%). **Conclusion:** Acute subdural hematomas on cranial computed tomography typically appear as homogeneously hyperdense collections, most commonly located in the fronto-temporo-parietal region. Patients often present with clinical signs of increased intracranial pressure and undergo decompressive craniectomy when the midline shift on CT exceeds 5 mm. The majority of cases also demonstrate obliteration or effacement of the basal cisterns on cranial CT imaging.

Keywords: acute subdural hematoma, traumatic brain injury, cranial computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong chấn thương sọ não nặng, đặc biệt ở các bệnh nhân bị tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động. Tổn thương này thường tiến triển nhanh, có nguy cơ cao gây tăng áp lực nội sọ, tụt kẹt não và tử vong nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Tỷ lệ tử vong của máu tụ dưới màng cứng cấp tính dao động từ 50–70%, đặc biệt ở những bệnh nhân có điểm Glasgow thấp khi nhập viện [1]. Cắt lớp vi tính sọ não là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay, có vai trò quan trọng trong phát hiện máu tụ, đánh giá thể tích khối máu, mức độ đường giữa bị lệch, tình trạng não lân cận và các tổn thương phối hợp khác. Hình ảnh cắt lớp vi tính cũng giúp phân loại mức độ nặng của máu tụ dưới màng cứng, định hướng điều trị và đánh giá tiên lượng. Tuy nhiên, đặc điểm hình ảnh học có thể thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh, cơ chế chấn thương, thời gian kể từ khi bị chấn thương đến khi chụp, cũng như các yếu tố lâm sàng đi kèm. Tại Bệnh viện Quân y 103 – một trung tâm điều trị chuyên sâu các bệnh lý chấn thương sọ não, việc nghiên cứu các đặc điểm cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính có ý nghĩa thực tiễn trong việc hỗ trợ chẩn đoán sớm, lựa chọn phương án điều trị hợp lý và nâng cao hiệu quả cứu sống người bệnh. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Nhận xét một số đặc điểm cắt lớp vi tính sọ não 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:

+ Vị trí tổn thương: Trán - thái dương, trán - thái dương - đỉnh, trán - thái dương đỉnh - chẩm.
+ Kích thước khối máu tụ: đo bề dày khối máu tụ ở vị trí lớn nhất: < 1 cm, 1 - 3 cm, > 3 cm.
+ Di lệch đường giữa trên phim cắt lớp vi tính: < 5 mm, 5 - 10 mm, > 10 mm
+ Tình trạng phù não: là hình ảnh giảm tỉ trọng so với nhu mô não xung quanh. Giá trị: có hay không

+ Tình trạng bể đáy: còn, mờ, bị xóa

+ Tổn thương phối hợp trên phim cắt lớp vi tính: Có hay không giập não, máu tụ ngoài màng cứng, chảy máu dưới nhện, máu tụ dưới màng cứng 2 bên, máu tụ trong não, máu tụ hố sau.

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20, với các thuật toán thống kê thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua Nghiên cứu trên 49 bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2022, thu được một số kết quả về đặc điểm cắt lớp vi tính sọ não như sau:

Vị trí khối máu tụ

Bảng 1. Vị trí khối máu tụ (n=49)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí khối máu tụ	Thái dương - đỉnh	5	10,2
	Trán - thái dương - đỉnh	29	59,2
	Trán - thái dương - đỉnh - chẩm	14	28,6
	Trán - thái dương 2 bên	1	2,0
	Tổng	49	100,0
Tỷ trọng khối máu tụ	Thuần nhất	27	55,1
	Không thuần nhất	22	44,9
	Tổng	49	100

Nhận xét: Xác định vị trí khối tụ trên phim chụp cắt lớp vi tính, đa số gặp ở trán - thái dương - đỉnh, có 29/49 bệnh nhân chiếm 59,2%; ở trán - thái dương - chẩm có 14/49 bệnh nhân chiếm 28,6%; đặc biệt ở trán - thái dương 2 bên có 1/49 BN (2,0%). Không có bệnh nhân nào có vị trí máu tụ ở trán, đỉnh, chẩm hố sau, trán đỉnh, đỉnh - chẩm qua hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

Về tỉ trọng khối máu tụ, chúng tôi nhận thấy máu tụ dưới màng cứng tỷ trọng thuần nhất chiếm nhiều hơn (55,1%) so với không thuần nhất (44,9%).

Bề dày khối máu tụ và mức độ dè dặt đường giữa

Bảng 2. Bề dày khối máu tụ và mức độ đè đẩy đường giữa (n=49)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bề dày khối máu tụ	<1 cm	0
	1-3 cm	47
	>3 cm	2
	Tổng	49
Đè đẩy đường giữa	<5 mm	0
	5-10 mm	28
	>10 mm	21
	Tổng	49

Nhận xét: Bề dày khối máu tụ trên phim cắt lớp vi tính chủ yếu từ 1-3 cm, có 47/49 bệnh nhân chiếm 95,9%. Không có trường hợp nào có bề dày nhỏ hơn 1 cm, có 2 bệnh nhân (4,1%) có kích thước máu tụ lớn hơn 3 cm.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có đè đẩy đường giữa trên phim cắt lớp vi tính ≥ 5 mm, trong đó có 28/49 bệnh nhân đè đẩy đường giữa từ 5-10 mm chiếm 57,1%, còn lại 21/49 bệnh nhân (42,9%) có đè đẩy đường giữa > 10mm.

Bảng 3. Hình ảnh bề đáy và phù não trên phim cắt lớp vi tính (n=49)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bề đáy	Bình thường	13
	Mờ	23
	Xóa	13
	Tổng	49
Phù não	Có	36
	Không	13
	Tổng	49

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36/49 bệnh nhân có biểu hiện phù não trên phim cắt lớp vi tính chiếm 73,5%. Về hình ảnh bề đáy trên phim cắt lớp vi tính có 13/49 bệnh nhân chiếm 26,5% có hình ảnh bề đáy bình thường, có 36/49 bệnh nhân có biểu hiện chèn ép bề đáy chiếm 73,5%. Trong đó chủ yếu là mờ bề đáy chiếm 47%.

Tổn thương phối hợp**Bảng 4. Các tổn thương phối hợp (n=49)**

Các tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Máu tụ dưới màng cứng đơn thuần	5	10,2
Máu tụ ngoài màng cứng	3	6,1
Giập não	30	61,2
Máu tụ trong não	3	6,1
Xuất huyết màng nhện	1	2,0
Vỡ xương cùng bên	1	2,0
Vỡ xương đối bên	6	12,2

Nhận xét: Tổn thương trên cắt lớp vi tính sọ não, máu tụ dưới màng cứng đơn thuần chỉ có 5/49 bệnh nhân chiếm 10,2%. Tổn thương phối hợp với dập não gặp nhiều nhất có 30/49

bệnh nhân chiếm 61,2%, phối hợp với vỡ xương sọ đối bên có 6/49 bệnh nhân chiếm 12,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong chẩn đoán và đánh giá tổn thương sọ não, cắt lớp vi tính hiện nay vẫn giữ vai trò trung tâm và được coi là tiêu chuẩn vàng nhờ khả năng ghi nhận nhanh chóng, chính xác các tổn thương nội sọ, giúp xác định vị trí, kích thước, hình thái và các tổn thương phối hợp kết hợp khác như máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ trong não, dập não, vỡ xương sọ... [2].

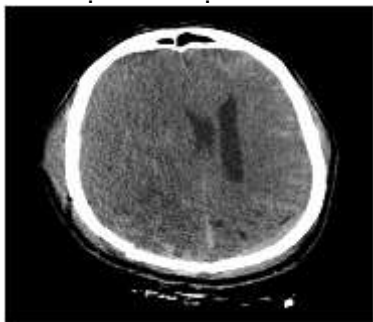
Vị trí, kích thước, tỷ trọng và các tổn thương kết hợp khối máu tụ dưới màng cứng cấp tính trên cắt lớp vi tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở 49 bệnh nhân bị máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương cho thấy, vị trí tổn thương phổ biến nhất là vùng trán – thái dương – đỉnh (59,2%), tiếp theo là vùng trán – thái dương – đỉnh – chẩm (28,6%) (Bảng 1). Tổn thương hai bên hiếm gặp, chỉ ghi nhận 1 trường hợp máu tụ hai bên vùng trán – thái dương. Kết quả này phù hợp với đặc điểm cơ chế tổn thương trong tai nạn giao thông, khi lực va chạm mạnh thường tập trung vào vùng đầu bên, gây rách mạch máu cầu nối tĩnh mạch và dẫn đến tụ máu dưới màng cứng. Nghiên cứu của Marshall và cộng sự cũng cho thấy vùng trán-thái dương là vị trí phổ biến nhất trong máu tụ dưới màng cứng do chấn thương, chiếm tới hơn 50% các trường hợp [3].

Về kích thước khối máu tụ, hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có bề dày từ 1–3 cm (95,9%), chỉ 2 trường hợp có khối tụ máu >3 cm. Không có trường hợp nào có bề dày dưới 1 cm, điều này phản ánh tính chất nặng của các tổn thương được chỉ định phẫu thuật tại tuyến trung ương như Bệnh viện Quân y 103. Các khối máu tụ có kích thước lớn không chỉ tạo áp lực khối mà còn thường đi kèm phù não và chèn ép các cấu trúc sống còn của não bộ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương thường kết hợp với các tổn thương khác thể hiện trên phim cắt lớp vi tính sọ não (bảng 4). Trong đó, chỉ 10,2% bệnh nhân trong nghiên cứu có máu tụ dưới màng cứng đơn thuần, trong khi phần lớn (89,8%) có tổn thương phối hợp, đặc biệt nhiều nhất là dập não (61,2%), máu tụ ngoài màng cứng (6,1%), máu tụ trong não (6,1%) và chảy máu dưới màng nhện (2%). Sự hiện diện của các tổn thương phối hợp làm phức tạp thêm tình trạng lâm sàng, góp phần tăng nguy cơ phù não, tụt kẹt não và tử vong. Ngoài ra, các tổn thương phối hợp làm giảm khả năng

phục hồi và tăng nguy cơ biến chứng ngay cả khi can thiệp phẫu thuật được thực hiện sớm.

Về hình ảnh tỷ trọng trên cắt lớp vi tính sọ não, theo bảng 1 đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có khối máu tụ tăng tỷ trọng thuần nhất (55,1%). Tuy nhiên, trong các y văn ghi nhận một tỷ lệ nhỏ máu tụ dưới màng cứng cấp tính có thể biểu hiện đồng tỷ trọng với nhu mô não, đặc biệt trong các trường hợp máu bị pha loãng với dịch não tủy, bệnh nhân thiếu máu nặng, hoặc rối loạn đông máu (ví dụ như đông máu rải rác trong lòng mạch – DIC). Những trường hợp này rất dễ bị bỏ sót trên hình ảnh học nếu bác sĩ chẩn đoán hình ảnh không chú ý kỹ. Tác giả Grelat và cộng sự (2016) đã mô tả rõ ràng các trường hợp máu tụ dưới màng cứng cấp tính đồng tỷ trọng, nhấn mạnh nguy cơ chẩn đoán sai thành tụ máu mạn tính hoặc nhồi máu não [4].



Hình 1. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính đồng tỷ trọng

(Nguồn: Theo Grelat M. và cộng sự [4])

Di lệch đường giữa, đặc điểm bể đáy

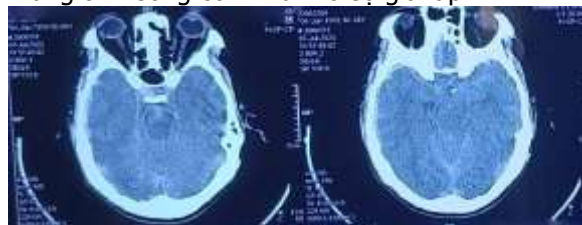
Tăng áp lực nội sọ là một trong những biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học có ý nghĩa tiên lượng quan trọng trong các bệnh lý chấn thương sọ não nặng, xuất huyết nội sọ, và phù não cấp. Trong chấn thương sọ não, việc phát hiện sớm các dấu hiệu phản ánh áp lực nội sọ tăng cao trên hình ảnh học có vai trò then chốt trong việc đưa ra quyết định điều trị kịp thời, bao gồm chỉ định mở sọ giải áp để kiểm soát tình trạng tụt kẹt não và tránh nguy cơ tử vong. Một trong những dấu hiệu đáng tin cậy nhất trên phim chụp cắt lớp vi tính là di lệch đường giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ (100%) bệnh nhân được chỉ định mở sọ giải áp đều có biểu hiện di lệch đường giữa, trong đó 57,1% có mức lệch từ 5–10 mm và 42,9% lệch trên 10 mm (Bảng 2). Không ghi nhận trường hợp nào lệch dưới 5 mm, cho thấy tổn thương nhu mô não và/hoặc khối choán chỗ đủ lớn để gây ra sự dịch chuyển rõ rệt của các cấu trúc giữa não. Theo Miller và cộng sự (1977), khi đường giữa lệch trên 5 mm, áp lực nội sọ có thể tăng vượt quá

30 mmHg – một ngưỡng nguy hiểm cao, có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tụt kẹt não, đặc biệt trong bối cảnh khối máu tụ lớn hoặc phù não tiến triển [5].

Nhiều nghiên cứu khác cũng xác nhận mối tương quan giữa mức độ di lệch đường giữa và kết quả lâm sàng. Nghiên cứu của Marshall (1991) trong hệ thống phân loại cắt lớp vi tính cho chấn thương sọ não đã đưa tiêu chí đường giữa lệch >5 mm như một dấu hiệu nghiêm trọng, phân loại bệnh nhân vào nhóm nguy cơ cao cần can thiệp ngoại khoa [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với các số liệu trong nước như nghiên cứu Vũ Minh Hải với tỷ lệ đề nghị đường giữa > 10mm là 43,6% [6], cao hơn so với nghiên cứu của Đồng Văn Hệ 36,6% [7]. Sự tương đồng này cho thấy tính chất quan trọng của tiêu chí hình ảnh học trong chỉ định can thiệp phẫu thuật tại các bệnh viện tuyến cuối.

Ngoài dấu hiệu lệch đường giữa, một dấu hiệu quan trọng khác là mất hoặc mờ hình ảnh bể đáy, đó là nơi phản ánh trực tiếp tình trạng phù não lan tỏa và tăng áp lực chèn ép cấu trúc thân não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 26,5% bệnh nhân có hình ảnh bể đáy rõ (bảng 3), trong khi phần lớn còn lại có biểu hiện xóa mờ bể đáy với các mức độ khác nhau. Điều này cho thấy phù não lan rộng là đặc điểm chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật mở sọ giải áp. So sánh với nghiên cứu của Đồng Văn Hệ với tỷ lệ phù não ở mức 42,8% [7], tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh mức độ tổn thương nặng hơn, đồng thời củng cố thêm giá trị của hình ảnh học trong tiên lượng và điều trị. Trong y văn quốc tế, hình ảnh xóa bể đáy được xem là dấu hiệu có độ nhạy cao trong tiên lượng nguy cơ tụt kẹt cuống não, một biến chứng gây tử vong hàng đầu nếu không được can thiệp kịp thời [8]. Việc nhận diện sớm và chính xác các dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ trên hình ảnh học không chỉ có giá trị chẩn đoán, mà còn đóng vai trò định hướng chiến lược điều trị, đặc biệt trong các quyết định mang tính sống còn như mở sọ giải áp.



Hình 2. Bể đáy bị xóa mờ

(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

V. KẾT LUẬN

Phim chụp cắt lớp vi tính không chỉ giúp phát hiện và định vị khối máu tụ dưới màng cứng cấp tính mà còn đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của bệnh lý, phát hiện các tổn thương phổi hợp và góp phần tiên lượng khả năng sống còn của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, máu tụ dưới màng cứng cấp tính trên cắt lớp vi tính sọ não thường tăng tỉ trọng đồng nhất, ở trán thái dương đỉnh. Các bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ và được phẫu thuật mở sọ giải áp khi đè đẩy đường giữa trên phim cắt lớp vi tính sọ não trên 5mm. Đa số các bệnh nhân có hình ảnh xóa hoặc mờ bể đáy trên phim cắt lớp vi tính sọ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bullock M. R., Chesnut R., Ghajar J., et al.** (2006) Surgical management of acute subdural hematomas. *Neurosurgery*. 58(3 Suppl): S16-24; discussion Si-iv.
2. **Miller J. D., Becker D. P.** (1982) Secondary insults to the injured brain. *J R Coll Surg Edinb*. 27(5): 292-298.
3. **Marshall Lawrence F., Marshall Sharon Bowers, Klauber Melville R., et al.** (1991) A new classification of head injury based on computerized tomography, 75.
4. **Grelat M., Madkouri R., Bousquet O.** (2016) Acute isodense subdural hematoma on computed tomography scan--diagnostic and therapeutic trap: a case report. *J Med Case Rep*. 10: 43.
5. **Miller J. D., Becker D. P., Ward J. D., et al.** (1977) Significance of intracranial hypertension in severe head injury. *J Neurosurg*. 47(4): 503-516.
6. **Vũ Minh Hải, Phạm Thị Tinh** (2017) Kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng do máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 455(1): 48-50.
7. **Đồng Văn Hệ, Vũ Ngọc Tú** (2010) Lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chấn thương sọ não nặng. *Y học thực hành*. 709(Số 3/2010): 147-150.
8. **Rosner M. J., Daughton S.** (1990) Cerebral perfusion pressure management in head injury. *J Trauma*. 30(8): 933-940; discussion 940-931.

THỰC TRẠNG PHÒNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2025

Vũ Văn Đầu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ của nhân viên y tế về phòng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thời gian từ tháng 2- tháng 7 năm 2025 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Kết quả:** Trong số 300 nhân viên y tế được khảo sát 21,7% có kiến thức chung về phòng nhiễm khuẩn bệnh viện ở mức tốt, 49,7% trung bình và 28,7% kém. Nội dung tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn có tỷ lệ kiến thức kém thấp nhất (15,7%), trong khi vệ sinh môi trường, xử lý dụng cụ và quản lý chất thải có tỷ lệ kiến thức kém cao nhất (54,7%). Về thái độ, 49,3% nhân viên y tế đạt mức tốt và 50,7% ở mức trung bình. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kiến thức và thái độ về phòng nhiễm khuẩn bệnh viện của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định còn hạn chế, với gần 1/3 có kiến thức kém và khoảng một nửa chỉ đạt mức thái độ trung bình. Do đó, cần tăng cường đào tạo định kỳ, giám sát thực hành và xây dựng chính sách hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, bệnh viện, nhân viên y tế

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF HEALTHCARE WORKERS' HOSPITAL INFECTION CONTROL AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate healthcare workers' knowledge and attitudes regarding hospital infection prevention at Nam Dinh Province General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from February to July 2025 at Nam Dinh General Hospital. **Results:** Among 300 surveyed healthcare workers, 21.7% had good overall knowledge of hospital infection prevention, 49.7% had moderate knowledge, and 28.7% had poor knowledge. Knowledge related to safe injection practices and prevention of sharp injuries showed the lowest proportion of poor knowledge (15.7%), while environmental hygiene, equipment handling, and waste management recorded the highest proportion of poor knowledge (54.7%). Regarding attitudes, 49.3% demonstrated a good level and 50.7% a moderate level. **Conclusion:** The study revealed that knowledge and attitudes toward hospital infection prevention among healthcare workers at Nam Dinh General Hospital remain limited, with nearly one-third showing poor knowledge and about half having only moderate attitudes. Regular training, practice supervision, and supportive policies are recommended

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Đầu

Email: vuvandau@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025