

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1

Nguyễn Văn Khoa¹, Nguyễn Văn Chử¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCMT) tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ 01/2024 đến 08/2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca (hồi cứu và tiền cứu) trên 114 người bệnh MTDMCMT được phẫu thuật bằng kỹ thuật khoan lỗ sọ – bơm rửa – dẫn lưu kín. Các biến số lâm sàng, CLVT, phương pháp vô cảm, biến chứng và kết cục theo Glasgow Outcome Scale (GOS) được phân tích bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình 68,33 ± 14,55 (20–99), nam 81,6%. Nguyên nhân: tai nạn sinh hoạt 47,4%, giao thông 20,2%, không rõ 32,5%. Khi vào viện, GCS 13–15: 78,9%. CLVT: bên trái 47,4%, bên phải 36,0%, hai bên 16,7%; hình ảnh đồng tỷ trọng 51,8%, hỗn hợp 36,0%; bề dày 11–20 mm 46,5%, >20 mm 43,0%; lệch đường giữa >10 mm 44,7%. Gây mê tĩnh mạch 86,0%. Sau mổ, GCS 13–15 tăng lên 99,1%; triệu chứng cải thiện rõ (đau đầu 90,4% → 23,7%, nôn 43,9% → 0%, liệt vận động 50,9% → 0,9%). Biến chứng: tụ dịch DMC 37,7%, tụ khí 21,9%, chảy máu DMC 4,4%, nhiễm trùng 0,9%. Thời gian nằm viện 9,3 ± 2,8 ngày. Tái khám 2 tháng: GOS tốt 80,7%, khá 14,0%, kém 2,6%, sống thực vật 0,9%, tử vong 1,8%; GOS (4–5) đạt 94,7%. **Kết luận:** Người bệnh MTDMCMT trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới lớn tuổi, triệu chứng thường gặp là đau đầu, rối loạn trí nhớ và yếu liệt, trên CLVT đa số có hình ảnh khối máu tụ đồng tỷ trọng/hỗn hợp kèm dãn đường giữa >10 mm. Phẫu thuật khoan lỗ–bơm rửa đặt dẫn lưu mang lại cải thiện lâm sàng rõ rệt, tỷ lệ hồi phục tốt cao và biến chứng thấp. **Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính; chụp cắt lớp vi tính; khoan lỗ sọ; dẫn lưu kín; Glasgow Outcome Scale.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AT BAC NINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL No.1

Objective: Describe clinical and CT characteristics and evaluate surgical outcomes of chronic subdural hematoma (cSDH) from Jan-2024 to Aug-2025. **Methods:** Retrospective–prospective case series of 114 patients undergoing burr-hole irrigation and closed drainage. Clinical, CT, anesthetic, complications, and GOS outcomes were analyzed (SPSS 26.0). **Results:** Mean age 68.33 ± 14.55 (20–99); males 81.6%. Etiology: domestic falls 47.4%,

traffic 20.2%, unknown 32.5%. Admission GCS 13–15 in 78.9%. CT: left 47.4%, right 36.0%, bilateral 16.7%; isodense 51.8%, mixed-density 36.0%; thickness 11–20 mm 46.5%, >20 mm 43.0%; midline shift >10 mm 44.7%. Intravenous anesthesia 86.0%. Post-op GCS 13–15 rose to 99.1% with marked symptom relief (headache 90.4%→23.7%, vomiting 43.9%→0%, motor deficit 50.9%→0.9%). Complications: subdural hygroma 37.7%, pneumocephalus 21.9%, rebleeding 4.4%, infection 0.9%. Hospital stay 9.3 ± 2.8 days. At 2 months, good recovery 80.7%, moderate 14.0%, poor 2.6%, vegetative 0.9%, death 1.8%; GOS 4–5 in 94.7%. **Conclusion:** Most patients with cSDH were elderly males, commonly presenting with headache, memory disturbance, and motor weakness; CT typically showed isodense/mixed-density hematomas with midline shift >10 mm. Burr-hole irrigation with closed drainage achieved significant clinical improvement, high rates of good recovery, and low complication rates. **Keywords:** Chronic subdural hematoma; CT; burr-hole; closed drainage; Glasgow Outcome Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCMT) là bệnh lý thường gặp trong thực hành ngoại thần kinh, đặc biệt ở người cao tuổi. Theo Asghar và cộng sự (2002), tỷ lệ mắc MTDMCMT ở người trên 65 tuổi là 8,2/100.000 dân/năm, và tăng lên 48/100.000 dân/năm sau 15 năm (Stubbs, 2021)¹. Đây là tình trạng tích tụ máu trong khoang dưới màng cứng kéo dài nhiều tuần hoặc nhiều tháng, thường sau chấn thương đầu nhẹ hoặc không rõ nguyên nhân. Tỷ lệ mắc cao hơn ở những người bệnh có tiền sử sử dụng thuốc chống đông, rối loạn đông máu hoặc teo não do tuổi già. El Rahal và cộng sự (2023) cho thấy té ngã là nguyên nhân phổ biến dẫn đến MTDMCMT ở người cao tuổi². Triệu chứng lâm sàng của MTDMCMT đa dạng, từ đau đầu mạn tính, rối loạn ý thức nhẹ, yếu liệt một bên cho đến hôn mê. Diễn tiến thường âm thầm, triệu chứng xuất hiện muộn và nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi đã có biến chứng nặng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng kết hợp với hình ảnh học, trong đó chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương pháp quan trọng nhất để xác định máu tụ, đánh giá mức độ chèn ép nhu mô não và đưa ra chỉ định điều trị phù hợp.

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu, với hai kỹ thuật phổ biến là dẫn lưu qua lỗ khoan và mở sọ lấy máu tụ. Trong đó, dẫn lưu qua lỗ khoan được áp dụng rộng rãi nhờ tính ít

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khoa

Email: khoanguyenhamy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

xâm lấn, hồi phục nhanh và tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ tái phát hoặc không cải thiện sau phẫu thuật, đòi hỏi phải đánh giá lại hiệu quả điều trị. El Rahal và cộng sự (2023) báo cáo rằng 81% người bệnh duy trì được chất lượng sống như trước phẫu thuật, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn ở mức 4%². Tại Việt Nam, MTDMCMT ngày càng phổ biến cùng với sự gia tăng tuổi thọ trung bình và việc sử dụng thuốc chống đông trong điều trị các bệnh tim mạch, thần kinh. Phẫu thuật điều trị đã được triển khai tại hầu hết các bệnh viện tuyến tỉnh. Riêng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 1, từ khi thành lập Khoa Ngoại Thần kinh, đã thực hiện phẫu thuật cho hàng trăm trường hợp MTDMCMT với đầy đủ trang thiết bị và kinh nghiệm thực hành. Tuy nhiên, trong bối cảnh mô hình bệnh tật thay đổi, việc nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị, đặc biệt về tỷ lệ hồi phục, biến chứng và yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tiên lượng là cần thiết, nhằm xây dựng bức tranh toàn diện hơn về bệnh lý này tại địa phương. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 1" với hai mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CLVT của người bệnh MTDMCMT được phẫu thuật. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật MTDMCMT tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 114 người bệnh được chẩn đoán xác định là máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCMT) và được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 1 từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: tất cả người bệnh được chẩn đoán là MTDMCMT bằng lâm sàng và chụp CLVT sọ não, có chỉ định phẫu thuật khoan lỗ sọ, bơm rửa, đặt dẫn lưu kín và được tiến hành phẫu thuật tại bệnh viện. Người bệnh có hồ sơ đầy đủ, được theo dõi và đánh giá tại thời điểm xuất viện và tại thời điểm tái khám sau phẫu thuật 2 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ và thuận tiện, bao gồm tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Lập bệnh án nghiên cứu thống nhất, ghi nhận các thông tin về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, quá trình phẫu thuật, kết quả điều trị và theo dõi sau phẫu thuật.

Chúng tôi nghiên cứu các đặc điểm sau: Đặc

điểm chung (tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, tiền sử bệnh lý, nguyên nhân chấn thương). Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thần kinh, thang điểm Glasgow). Đặc điểm trên CLVT sọ não (tính chất khối máu tụ, vị trí, mức độ đè dãn đường giữa, tình trạng não kèm theo). Đặc điểm phẫu thuật (phương pháp, số lỗ khoan, thời gian phẫu thuật, truyền máu). Đánh giá kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện và sau 2 tháng (theo thang điểm Glasgow Outcome Scale – GOS, tình trạng biến chứng, tỷ lệ tái phát). Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, hình ảnh và phương pháp phẫu thuật với kết quả điều trị. Dữ liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được tính giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (SD), giá trị lớn nhất – nhỏ nhất (Min – Max) và khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p \leq 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin người bệnh và hồ sơ bệnh án được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của người bệnh hoặc người nhà và được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,33 \pm 14,55$, dao động từ 20 đến 99 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 60–79 (57,0%), tiếp theo là nhóm ≥ 80 tuổi (18,4%).

Giới: Tỷ lệ nam chiếm ưu thế với 81,6%, nữ 18,4%. Tỷ lệ nam/nữ: 4,43.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới (N=114)
Nguyên nhân gây tai nạn:



Biểu đồ 3.2. Nguyên nhân gây máu tụ DMCMT (N=114)

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (47,4%), tiếp đến là không rõ nguyên nhân (32,5%) và tai nạn giao thông (20,2%). Không ghi nhận trường hợp tai nạn lao động.

Đặc điểm bệnh kết hợp: Bệnh phổi hợp phổ biến nhất là tăng huyết áp (41,2%), sau đó là đái tháo đường (14,9%). Các bệnh lý: Suy thận, tai biến mạch máu não, bệnh tim, dùng thuốc chống đông chiếm tỷ lệ thấp (<2%). Có 50,9% người bệnh không mắc bệnh phổi hợp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng người bệnh MTDMCMT trước phẫu thuật

Bảng 3.1. Phân bố nguyên nhân gây MTDMCMT (N=114).

Nguyên nhân	Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
Do chấn thương	77	67,5
Không rõ nguyên nhân	47	32,5
Tổng số	114	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu: 77 người bệnh chiếm 67,5% trường hợp có tiền sử liên quan đến chấn thương. Trong nhóm này: Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi xuất hiện triệu chứng khiến người bệnh nhập viện là 25,22 ngày (~3,6 tuần), Mode: 30 ngày. Giá trị lớn nhất: Người bệnh xuất hiện triệu chứng sau 90 ngày.

Đặc điểm tri giác người bệnh lúc vào viện:

Bảng 3.2. Đặc điểm tri giác người bệnh lúc vào viện GCS1 (N=114)

Thang điểm Glasgow	Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
13-15 điểm	90	78,9
9-12 điểm	20	17,5
≤ 8 điểm	4	3,5
Tổng số	114	100

Nhận xét: Khi vào viện, phần lớn người bệnh có GCS: 13-15 điểm (78,9%), tiếp đến 9-12 điểm (17,5%). Chỉ có 3,5% người bệnh ở mức GCS ≤ 8 điểm.

Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật:

Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu (90,4%), buồn nôn, nôn (43,9%) rối loạn trí nhớ (53,3%), liệt vận động (50,9%). Các triệu chứng ít gặp gồm động kinh (2,6%), liệt mặt (4,4%), rối loạn tâm thần (4,4%).

3.3. Hình ảnh CLVT trước phẫu thuật

Bảng 3.3. Vị trí của MTDMCMT trên cắt lớp vi tính (N=114)

Hình ảnh chụp CLVT	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Bên trái	54	47,4
Bên phải	41	36
Hai bên	19	16,7
Tổng số	114	100

Nhận xét: Máu tụ thường gặp nhất ở bên

trái (47,4%), tiếp đến là bên phải (36,0%) và hai bên (16,7

Bảng 3.4. Hình ảnh khối MTDMCMT trên CLVT (N=114)

Hình ảnh chụp CLVT	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Giảm tỷ trọng	14	12,3
Đồng tỷ trọng	59	51,8
Tăng tỷ trọng	0	0,0
Tỷ trọng hỗn hợp	41	36,0
Tổng số	114	100,0

Nhận xét: Trên phim CLVT sọ não: Đa số người bệnh có khối máu tụ đồng tỷ trọng (51,8%), tiếp đến là tỷ trọng hỗn hợp (36,0%). Tỷ lệ giảm tỷ trọng chiếm 12,3%. Không ghi nhận trường hợp tăng tỷ trọng.

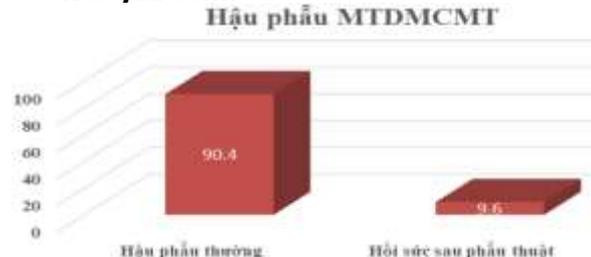
Độ dày khối MTDMCMT trên phim CLVT trước phẫu thuật: Độ dày khối máu tụ 11-20mm chiếm tỷ lệ cao nhất (46,5%), tiếp theo là > 20mm (43,0%). Tỷ lệ ≤ 10 mm chỉ chiếm 10,5%.

Mức độ di lệch đường giữa trên phim chụp CLVT trước phẫu thuật: Đa số người bệnh có mức di lệch đường giữa > 10mm (44,7%), các mức 6-10mm và ≤ 5mm lần lượt chiếm 26,3% và 28,9%.

3.4. Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính.

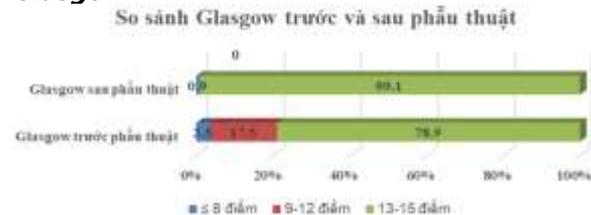
Vô cảm: Phương pháp gây mê chủ yếu là gây mê tĩnh mạch (86,0%), tỷ lệ ít được gây mê NKQ (14,0%).

Kết quả sớm:



Biểu đồ 3.3. Chế độ theo dõi và điều trị hậu phẫu (N=114)

Cải thiện tri giác sau phẫu thuật theo Glasgow:



Biểu đồ 3.4. So sánh tri giác trước và sau phẫu thuật theo điểm Glasgow (N=114)

Nhận xét: Sau phẫu thuật, tình trạng tri giác cải thiện rõ rệt. Nhóm GCS=13-15 tăng từ

78,9% trước phẫu thuật lên 99,1% sau phẫu thuật, trong khi nhóm $9 \leq \text{GCS} \leq 12$ giảm từ 17,5% còn 0,0%.

Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật: Các triệu chứng cải thiện đáng kể sau phẫu thuật, đặc biệt đau đầu giảm từ 90,4% xuống 23,7%, buồn nôn nôn từ 43,9% xuống 0%, liệt vận động từ 50,9% xuống 0,9%. Các rối loạn trí nhớ và giấc ngủ gần như hồi phục hoàn toàn.

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là $9,3 \pm 2,8$ dao động từ 4 đến 26 ngày. Thời gian nằm viện trung vị là 9 ngày, mode = 10 ngày.

Kết quả phẫu thuật sau khám lại theo thang điểm GOS:

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật sau khám lại theo thang điểm GOS (N=114)

GOS	Số người bệnh	Tỉ lệ (%)
Hồi phục tốt	92	80,7
Hồi phục khá	16	14,0
Hồi phục kém	3	2,6
Đời sống thực vật	1	0,9
Tử vong	2	1,8
Tổng số	114	100

Nhận xét: Đa số người bệnh hồi phục tốt (80,7%), 14,0% hồi phục khá. Tỷ lệ hồi phục kém là 2,6%, sống thực vật 0,9%, tử vong 1,8%.

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả phẫu thuật MTDMCMT (N=114)

Kết quả	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Kết quả tốt (GOS: 4-5)	108	94,7
Kết quả trung bình (GOS: 3)	3	2,6
Kết quả kém (GOS: 1-2)	3	2,6
Tổng	114	100,0

Nhận xét: Phần lớn người bệnh đạt kết quả tốt (94,7%), chỉ có một tỷ lệ nhỏ còn di chứng nặng (2,6%) hoặc kết cục xấu (2,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh MTDMCMT là $68,33 \pm 14,55$, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Fogelholm và Heiskanen (1975) với tuổi trung bình 56,6 tuổi³, và tương đồng với số liệu của El Rahal et al. (2023) tại Thụy Sĩ, nơi tuổi trung bình của người bệnh cũng trên 65 tuổi². Nhóm tuổi thường gặp nhất là 60–79 tuổi (57,0%), phù hợp với nhận định của Asghar et al. (2002) rằng đây là bệnh lý đặc trưng ở người cao tuổi⁴. Sự gia tăng tuổi thọ trung bình và tỷ lệ sử dụng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu đã góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, như Stubbs

(2021) cũng khẳng định⁵.

Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế (81,6%), nữ giới chỉ 18,4% (tỷ lệ nam/nữ = 4,43). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, như của Uno (2023) tại Nhật Bản, khi nam giới chiếm tới 70% tổng số ca bệnh⁶. Nguyên nhân thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là tai nạn sinh hoạt (47,4%), tiếp đến là không rõ nguyên nhân (32,5%), điều này khác biệt với nghiên cứu của El Rahal (2023), trong đó té ngã nhẹ sau chấn thương đầu là nguyên nhân phổ biến nhất².

Triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là đau đầu (90,4%), rối loạn trí nhớ (53,3%) và yếu/liệt vận động (50,9%). Điều này tương tự với nghiên cứu của Traynelis (1991), khi đau đầu và thay đổi tâm thần là những triệu chứng phổ biến ở người cao tuổi⁷. Đáng chú ý, có 3,5% người bệnh nhập viện trong tình trạng $\text{GCS} \leq 8$, phản ánh diễn biến âm thầm và chẩn đoán thường muộn của bệnh lý này.

Trên phim CLVT, chúng tôi ghi nhận phần lớn người bệnh có khối máu tụ đồng tỷ trọng (51,8%) hoặc hỗn hợp (36,0%), tỷ lệ giảm tỷ trọng chỉ chiếm 12,3%. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Lưu Đình Hùng (2001) và Chu Anh Tuấn (2008), khi khối máu tụ hỗn hợp hoặc đồng tỷ trọng là hình ảnh thường gặp nhất⁸. Mức độ di lệch đường giữa >10 mm được ghi nhận ở 44,7% trường hợp, một chỉ dấu quan trọng cho thấy nguy cơ chèn ép và chỉ định phẫu thuật.

Kết quả điều trị của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hồi phục tốt (GOS 4–5) đạt 94,7%, chỉ 1,8% tử vong. Kết quả này cao hơn so với báo cáo của Hà Kim Trung (1986), với tỷ lệ tử vong 7,1%⁹, phù hợp với nghiên cứu của Santarius et al. (2009) khi tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm rõ rệt nhờ kỹ thuật khoan lỗ đặt dẫn lưu¹⁰. Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi gồm tụ dịch dưới màng cứng (37,7%), tụ khí (21,9%) và chảy máu tái phát (4,4%), tương tự với báo cáo của Mori và Maeda (2003)¹¹.

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi khẳng định phẫu thuật khoan lỗ – bơm rửa và dẫn lưu là phương pháp hiệu quả, mang lại cải thiện lâm sàng rõ rệt với tỷ lệ hồi phục tốt cao, phù hợp với xu hướng điều trị hiện nay. Tuy nhiên, các biến chứng như tụ dịch, tụ khí vẫn còn phổ biến và cần được theo dõi chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

MTDMCMT thường gặp ở người cao tuổi, chủ yếu là nam giới, liên quan nhiều đến chấn thương đầu nhẹ hoặc tai nạn sinh hoạt. Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng thường gặp nhất

là đau đầu, rối loạn trí nhớ và yếu liệt vận động. Trên CLVT, hình ảnh khối máu tụ đồng tỷ trọng hoặc hỗn hợp kèm di lệch đường giữa >10 mm chiếm tỷ lệ cao.

Phẫu thuật khoan lỗ – bơm rửa và dẫn lưu máu tụ mang lại hiệu quả rõ rệt, cải thiện triệu chứng và tri giác, rút ngắn thời gian nằm viện, với tỷ lệ hồi phục tốt cao (94,7%) và tỷ lệ tử vong thấp (1,8%). Tuy nhiên, các biến chứng như tụ dịch và tụ khí dưới màng cứng vẫn còn phổ biến, cần được theo dõi và xử trí thích hợp. Điều này khẳng định phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu và tối ưu cho MTDMCMT hiện nay, góp phần nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Increasing incidence of chronic subdural haematoma in the elderly** | QJM: An International Journal of Medicine | Oxford Academic. Accessed April 3, 2025. <https://academic.oup.com/qjmed/article-abstract/110/6/375/2996536?redirectedFrom=fulltext>
2. **El Rahal A, Beck J, Ahlborn P, et al.** Incidence, therapy, and outcome in the management of chronic subdural hematoma in Switzerland: a population-based multicenter cohort study. *Front Neurol.* 2023;14. doi:10.3389/fneur.2023.1206996
3. **Fogelholm R, Heiskanen O, Waltimo O.** Chronic subdural hematoma in adults. Published online January 1, 1975. doi:10.3171/jns.1975.42.1.0043
4. **Asghar M, Adhiyaman V, Greenway MW, Bhowmick BK, Bates A.** Chronic Subdural Haematoma in the Elderly—A North Wales Experience. *J R Soc Med.* 2002;95(6):290-292. doi:10.1177/014107680209500607
5. **Stubbs DJ, Vivian ME, Davies BM, Ercole A, Burnstein R, Joannides AJ.** Incidence of chronic subdural haematoma: a single-centre exploration of the effects of an ageing population with a review of the literature. *Acta Neurochir (Wien).* 2021;163(9): 2629-2637. doi:10.1007/s00701-021-04879-z
6. **Uno M.** Chronic Subdural Hematoma-Evolution of Etiology and Surgical Treatment. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2023; 63(1):1-8. doi:10.2176/jns-nmc.2022-0207
7. **Traynelis VC.** Chronic Subdural Hematoma in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 1991;7(3):583-598. doi:10.1016/S0749-0690(18)30540-8
8. **Chu Anh Tuấn.** Đặc điểm hình ảnh CLVT và đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính. *Báo Cáo Nghiên Cứu Lâm Sàng.* 2008; Báo cáo nghiên cứu lâm sàng.
9. **Hà Kim Trung.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị máu tụ mạn tính dưới màng cứng trong 10 năm (1976-1985). Published online 1986.
10. **Santarius T, Kirkpatrick PJ, Ganesan D, et al.** Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2009;374(9695):1067-1073. doi:10.1016/S0140-6736(09)61115-6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ BIẾN THỂ XƠ HOÁ LAN TOẢ TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Hùng Anh², Nguyễn Thị Thu Hường^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp (UTT) thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa (XHLT) được điều trị tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp biến thể xơ hóa lan tỏa được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 32,5 ± 11,2 tuổi, 36% bệnh nhân <30 tuổi, dao động 6-57 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 9/1; 70% bệnh nhân đi khám vì có

triệu chứng lâm sàng như khối vùng cổ, hạch cổ, nuốt vướng, 30% bệnh nhân khám định kỳ phát hiện bệnh. Trên siêu âm 34% bệnh nhân có khối u lan tỏa 2 thùy, vi vôi hóa lan tỏa 76%, ranh giới không rõ 86%, TIRADS 4 chiếm 44%, TIRADS 5 chiếm 56%. U xuất hiện cả 2 thùy tuyến giáp 52%, số lượng u ≥ 2 có 54%, kích thước u ≥ 4 cm hoặc nghi ngờ xâm lấn cơ trước giáp 24%. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ nghi ngờ trên siêu âm là 68%, 40 % hạch cổ 1 bên, 20 % xuất hiện hạch cổ cả 2 bên, với đặc điểm mắt cấu trúc rốn hạch 66%, vôi hoá 22%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chọc hút tế bào kim nhỏ trước phẫu thuật, 76% bệnh nhân có kết quả dương tính, 24% có kết quả nghi ngờ có tế bào không điển hình. **Kết luận:** Biến thể xơ hóa lan tỏa là dưới nhóm hiếm gặp của ung thư tuyến giáp thể nhú, với độ tuổi phát hiện sớm, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng rầm rộ hơn và có xu hướng xâm lấn ngoài bao giáp và di căn hạch ngay từ khi chẩn đoán so với các dưới nhóm khác.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa, ung thư tuyến giáp thể nhú.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025