

mang thai muộn và hạn chế sử dụng kháng sinh trong thời kỳ mang thai và

Lời cảm ơn. Tôi xin chân thành cảm ơn các trẻ và gia đình trẻ trong nghiên cứu, khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương và Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cohen S, Leckman JF, Bloch MH.** Clinical Assessment of Tourette Syndrome and Tic Disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(6):997-1007. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.11.013
2. **Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, et al.** Perinatal risk factors in Tourette's and chronic tic disorders: a total population sibling comparison study. *Mol Psychiatry.* 2018;23(5):1189-1197. doi:10.1038/mp.2017.31
3. **Bos-Veneman NGP, Kuin A, Minderaa RB, Hoekstra PJ.** Role of perinatal adversities on tic severity and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with a tic disorder. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2010;31(2):100-106. doi:10.1097/DBP.0b013e3181cc7cbc
4. **Hoekstra PJ, Dietrich A, Edwards MJ, Elamin I, Martino D.** Environmental factors in Tourette syndrome. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(6):1040-1049.

- doi:10.1016/j.neubiorev.2012.10.010
5. **García-López R, Perea-Milla E, Romero-González J, et al.** [Spanish adaptation and diagnostic validity of the Yale Global Tics Severity Scale]. *Rev Neurol.* 2008;46(5):261-266.
 6. **Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P.** An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Dev Med Child Neurol.* 2000;42(7):436-447. doi:10.1017/s0012162200000839
 7. **Yang J, Hirsch L, Martino D, Jette N, Roberts J, Pringsheim T.** The prevalence of diagnosed tourette syndrome in Canada: A national population-based study. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2016;31(11):1658-1663. doi:10.1002/mds.26766
 8. **Schlender M, Schwarz O, Rothenberger A, Roessner V.** Tic disorders: administrative prevalence and co-occurrence with attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community sample. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2011;26(6):370-374. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.10.003
 9. **Cubo E, Hortigüela M, Jorge-Roldan S, et al.** Prenatal and Perinatal Morbidity in Children with Tic Disorders: A Mainstream School-based Population Study in Central Spain. *Tremor Hyperkinetic Mov N Y N.* 2014;4:272. doi:10.7916/D8FN14W9

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Lê Hoàng Nhã*, Kiều Đình Hùng**, Trần Kiến Vũ*

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ các kết quả về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và kết quả sau phẫu thuật xuất huyết não tự phát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 21 bệnh nhân xuất huyết não do nguyên nhân tự phát được phẫu thuật trong năm 2019. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, đánh giá khối xuất huyết trên CT-Scan, khảo sát kết quả sau khi phẫu thuật bằng chỉ số GOS, đánh giá sự phục hồi bệnh nhân bằng chỉ số Barthel lúc xuất viện, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Trong 21 trường hợp của lô nghiên cứu có 18 nam và 3 nữ. Tuổi trung bình là 53 (34-79). GCS trung bình lúc nhập viện là 7-8 (5-13), 10/21 bệnh nhân có dẫn đồng tử, 19/21 yếu liệt nửa người, huyết áp tối đa trung bình là 190 mmHg, đa phần

bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và nghiện rượu, 5/21 nhập viện trước 4 giờ. Thể tích khối xuất huyết trung bình 95 ml (75-200), 14/21 cách vỏ não < 1 cm. Tỉ lệ tử vong là 7/21 trường hợp, GOS1=1; GOS2=7; GOS3=5; GOS4=1; GOS5=7, GCS >10 có kết quả tốt hơn, chỉ số Barthel sau 03 tháng có sự cải thiện có ý nghĩa (p=0.02). **Kết luận:** Tuy tỉ lệ tử vong sau mổ vẫn còn cao và để lại nhiều di chứng cho bệnh nhân nhưng phẫu thuật trong bệnh lý xuất huyết não tự phát vẫn là một lựa chọn có hiệu quả khi điều trị nội khoa thất bại.

Từ khóa: xuất huyết não tự phát.

Từ viết tắt: GOS=Glasgow Outcome Scale, GCS=Glasgow Coma Scale.

SUMMARY

ASSESSING THE OUTCOME OF SPONTANEOUS CEREBRAL HEMORRHAGE SURGERY AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2019

Purpose: The study aimed to determine the ratio of clinical symptom, imaging results and spontaneous hemorrhagic brain surgery results at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** We conduct a prospective study, describing a series of cases in 21 patients with idiopathic cerebral hemorrhage who had surgery in 2019. Survey of clinical symptoms of patients before

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Nhã

Email: lehoangnhatuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

surgery, assessing hemorrhage on CT-Scan, survey the postoperative results using the GOS index, evaluate the recovery of patients with Barthel index at discharge, 1 month and 3 months. **Results:** In 21 cases of the study plot, there were 18 males and 3 females. The median age is 53 (34-79). Average GCS at admission is 7-8 (5-13), 10/21 patients have mydriasis, 19/21 hemiplegia, average maximum blood pressure is 190 mmHg, most patients have money history of hypertension and alcoholism, 5/21 admission before 4 hours. Average volume of hemorrhage is 95ml (75-200), 14/21 is <1 cm from the cortex. The death rate is 7/21 cases, GOS1 = 1; GOS2 = 7; GOS3 = 5; GOS4 = 1; GOS5 = 7, GCS > 10 had better results, the Barthel index after 3 months had a significant improvement ($p = 0.02$). **Conclusion:** Although the death rate after surgery is still high and leaves many consequences for patients, surgery in idiopathic cerebral haemorrhage is still an effective option when medical treatment fails.

Keywords: Idiopathic brain hemorrhage.

Abbreviated: GOS=Glasgow Outcome Scale, GCS=Glasgow Coma Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não là một phân nhóm của bệnh đột quỵ có tỉ lệ tử vong trung bình trong 12 tháng hơn 50% [2]. Hiện nay, đối với các trường hợp xuất huyết não tự phát cấp tính có rất ít lựa chọn để điều trị. Điều trị nội khoa thường được áp dụng cho các trường hợp xuất huyết não sâu, bệnh nhân lớn tuổi (>75 tuổi) hoặc bệnh nhân hôn mê sâu (Glasgow <6 điểm) [2]. Tuy nhiên, đối với một số trường hợp xuất huyết não tự phát có chỉ định mổ thì phẫu thuật vẫn được các bác sĩ ngoại thần kinh ưu tiên lựa chọn nhằm nâng cao tỉ lệ sống sót cho bệnh nhân. Tại Khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Trà Vinh trong năm 2018 tiếp nhận gần 50 trường hợp xuất huyết não tự phát, trong đó đã tiến hành phẫu thuật một số trường hợp có chỉ định mổ. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có một nghiên cứu nào được thực hiện nhằm tổng kết hiệu quả điều trị bệnh lý này, nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật xuất huyết não tự phát tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh" với hai mục tiêu như sau: *Mục tiêu nghiên cứu:*

- *Xác định tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của xuất huyết não tự phát tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh.*

- *Xác định tỉ lệ thành công của phẫu thuật xuất huyết não tự phát dựa vào thang điểm GOS và chỉ số Barthel.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân xuất huyết não không do nguyên nhân chấn thương. Có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

Bảng 1: Chỉ định điều trị phẫu thuật.

Điều trị phẫu thuật	Điều trị nội khoa
Ổ xuất huyết bề mặt (cách vỏ não <2 cm)	Ổ xuất huyết lớn ở bệnh nhân hôn mê sâu (GCS <5)
Thể tích khối máu 20-80 ml Glasgow từ 6-12 điểm hoặc tri giác giảm nhanh (tụt Glasgow >2 điểm /giờ)	
Bệnh nhân <75 tuổi	Bệnh nhân tỉnh với ổ xuất huyết < 2cm
Xuất huyết gây lệch đường giữa > 5cm, tăng áp lực nội sọ	
Xuất huyết tiểu não > 3cm hoặc giãn não thất	
Tiểu cầu > 100.000/mm ³ , không rối loạn đông máu	Bệnh nhân có bệnh nội khoa trầm trọng kèm theo (Suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận, viêm phổi nặng...)

-**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu nhưng người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có tiểu cầu <100.000/mm³, hoặc có rối loạn đông máu. Bệnh nhân có bệnh nội khoa trầm trọng kèm theo (Suy tim, nhồi máu cơ tim, suy thận, viêm phổi nặng...)

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện (21 trường hợp).

- Lấy mẫu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được giải thích người nhà ký cam đoan chấp nhận tham gia nghiên cứu. Các số liệu trong nghiên cứu sẽ được thu thập theo bảng thu thập số liệu.

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 22.0.

- **Vấn đề y đức:** Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ ràng và được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu 21 trường hợp xuất huyết não tự phát được phẫu thuật trong năm 2019, kết quả như sau:

- Tuổi và giới: tuổi trung bình 53 (34-79); 18 nam và 3 nữ.

- Thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 45 ngày.

- Glasgow lúc nhập viện: 7-8 (5-13).

- Dấu thần kinh khu trú: 10/21 dẫn đồng tử, 19/21 yếu liệt nửa người.

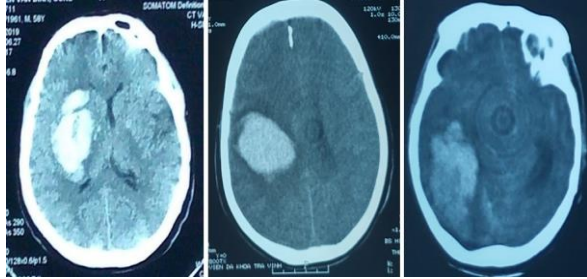
- Huyết áp tối đa: trung bình là 191.67mmHg, thấp nhất là 125mmHg và cao nhất là 240mmHg.

- Tiền sử bệnh: tăng huyết áp (13), nghiện rượu (4), đái tháo đường (1).

- Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện: trung

bình là 6.43 giờ, sớm nhất là 2 giờ và trễ nhất là 12 giờ. Trong đó có 5/21 trường hợp nhập viện trước 4 giờ.

- Vị trí xuất huyết chủ yếu xảy ra ở vùng bao trong (53%), thái dương (33%) và chẩm (14%).

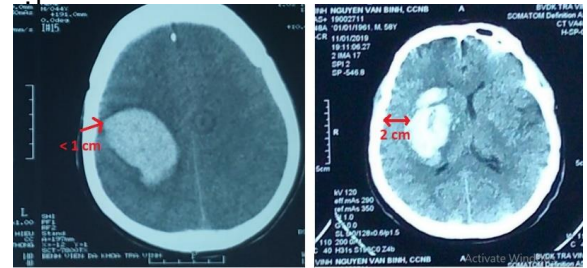


Hình 1: Vị trí xuất huyết; bao trong (trái); thái dương (giữa); chẩm (phải).

"Nguồn: Bệnh viện đa khoa Trà Vinh (2019)"

- Kích thước khối xuất huyết: thể tích khối xuất huyết trung bình là 95 ml, thể tích nhỏ nhất là 32 ml, lớn nhất là 200 ml.

- Độ sâu khối xuất huyết so với vỏ não: có 14 trường hợp khối xuất huyết cách bề mặt vỏ não < 1 cm, 1 trường hợp cách 1.5 cm và 6 trường hợp cách 2 cm.



Hình 2: Khoảng cách khối xuất huyết đến bề mặt vỏ não.

"Nguồn: Bệnh viện đa khoa Trà Vinh (2019)"

- Kết quả phẫu thuật:

+ Phương pháp phẫu thuật: tỉ lệ mở sọ giải áp kèm lấy máu tụ là 85.7% (18 trường hợp), có 3 trường hợp chỉ mở sọ giải áp.

+ Thời gian phẫu thuật: trung bình là 159 phút, ngắn nhất là 100 phút, lâu nhất là 240 phút.

+ Lượng máu mất trung bình là 660ml, trường hợp mất máu nhiều nhất là 1000ml, ít nhất là 300ml.

+ Tỉ lệ % lượng máu tụ được lấy dao động chủ yếu từ 80% đến 95%. Trong đó, có 1 trường hợp lấy gần như hết khối máu tụ (99%), trong khi đó tỉ lệ lấy 90% và 95% máu tụ có 4 trường hợp, lấy được 80% khối máu tụ có 5 trường hợp, số trường hợp chỉ lấy được 70% và 50% khối máu tụ là 2.

+ Tỉ lệ tử vong là 33 % (7/21 trường hợp), trong đó có 2 trường hợp suy tuần hoàn sau mổ,

5 trường hợp viêm phổi nặng.

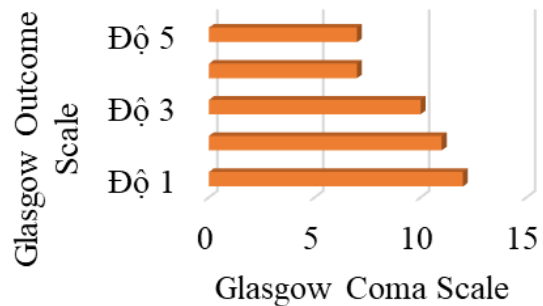
- Kết quả điều trị:

+ Phân loại GOS: có 1 trường hợp phục hồi sau phẫu thuật không để lại di chứng, 7 trường hợp bệnh nhân yếu nhẹ nửa người, 5 trường hợp bệnh nhân liệt nửa người và phải sống phụ thuộc vào người thân, 1 trường hợp sống thực vật và 7 trường hợp tử vong.

Bảng 2: Kết quả GOS.

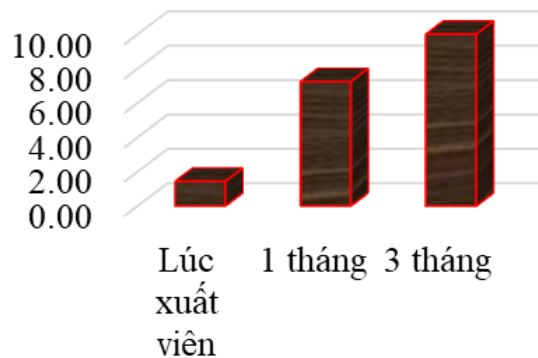
Glasgow Outcome Scale (GOS)	Số lượng	Tỉ lệ %
Độ 1	1	4.8
Độ 2	7	33.3
Độ 3	5	23.8
Độ 4	1	4.8
Độ 5	7	33.3
Tổng	21	100.0

Bệnh nhân xuất huyết não có điểm GCS lúc nhập viện càng thấp thì kết quả hồi phục sau mổ càng kém.



Biểu đồ 1: Điểm GCS lúc nhập viện so với điểm GOS.

+ Chỉ số Barthel: cao nhất lúc xuất viện là 5, lúc bệnh nhân xuất viện được 1 tháng là 16 và lúc xuất viện 3 tháng là 19.



Biểu đồ 2: Kết quả chỉ số Barthel

Chỉ số Barthel mới xuất viện trung bình là 1.43, nhưng sau 1 tháng chỉ số này cải thiện khá nhiều, trung bình là 7.24 và sau 3 tháng chỉ số

Barthel đã nâng lên trung bình là 10. Chỉ số Barthel sau xuất viện 3 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa ($p=0.02$) giữa giới nam và nữ, trong khi giới nam có điểm trung bình là 9.55 thì nữ là 12.66.

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi và giới: Trong nghiên cứu chúng tôi độ tuổi bệnh nhân xuất huyết não chiếm nhiều nhất là trên 50 tuổi (hơn 67%), ở độ tuổi này đa phần bệnh nhân đều có kèm theo một số bệnh lý nội khoa như tăng huyết áp, đái tháo đường hay nghiện rượu, đây là một trong những yếu tố nguy cơ làm giảm sức bền thành mạch máu, đặc biệt là mạch máu não gây xuất huyết [8]. Tuy nhiên, trong lô nghiên cứu chúng tôi cũng có khoảng 14.3% bệnh nhân xuất huyết não ở độ tuổi còn khá trẻ (từ 30 đến 40 tuổi), những bệnh nhân này có biểu hiện tăng huyết từ sớm và không điều trị hạ áp liên tục nên khi huyết áp tăng đột ngột gây vỡ mạch máu não. Trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới gấp 6 lần. Điều này có thể là do chế độ ăn uống sinh hoạt. Nam giới có nguy cơ sử dụng rượu bia nhiều hơn nữ và đây là yếu tố thúc đẩy rối loạn đông máu và khởi phát xuất huyết não, đặc biệt là trên bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp [6].

- Số ngày nằm viện: Thời gian điều trị trung bình cho 1 trường hợp xuất huyết não điển tiến bình thường là từ 10 đến 14 ngày. Khoảng thời gian này đủ cho nhu mô não hồi phục, đủ liều kháng sinh tĩnh mạch và thời gian cắt chỉ vết mổ. Khi so sánh với nghiên cứu của Specogna [2] có thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (1-180) thì kết quả của chúng tôi có sự tương đồng ($p=0.06$).

- Triệu chứng lâm sàng: Tri giác lúc nhập viện của hầu hết các trường hợp xuất huyết não trong lô nghiên cứu chúng tôi đều ở mức lơ mơ đến hôn mê sâu. Triệu chứng giảm tri giác là do khối xuất huyết chèn ép vào đại não gây ức chế hệ lưới làm giảm tri giác. Khối xuất huyết càng lớn và thời gian khởi phát càng kéo dài có thể là nguyên nhân làm mức độ tri giác giảm càng nhiều. Tri giác trước mổ càng thấp thì khả năng phục hồi sau mổ càng kém đồng thời di chứng sau mổ cũng nặng nề hơn [2].

- Trong lô nghiên cứu chúng tôi các trường hợp được can thiệp phẫu thuật có điểm Glasgow trung bình từ 7-8 điểm trở lên. Mức điểm Glasgow này tương ứng với bệnh nhân còn đáp ứng đúng với kích thích đau, can thiệp phẫu thuật ở thời điểm này thì khả năng phục hồi của não bộ còn tốt.

- Dấu thần kinh khu trú yếu liệt nửa người, trong lô nghiên cứu chúng tôi hầu hết các trường hợp đều có yếu liệt chi. Các trường hợp liệt hoàn toàn nửa người thường kèm theo tri giác thấp và tình trạng chung bệnh nhân nguy kịch. Bệnh nhân yếu chi có sức cơ càng thấp thì khả năng phục hồi chức năng sau mổ (đi lại, sinh hoạt cá nhân) càng khó và cần thời gian vật lý trị liệu kéo dài. Có thể nói phục hồi yếu chi sau mổ là việc làm rất quan trọng cho bệnh nhân vì nó quyết định khả năng hòa nhập với cuộc sống cộng đồng độc lập của họ. Tuy nhiên, việc phục hồi này thường chỉ đạt 70-80% khả năng ở các trường hợp, nguyên nhân là do vùng não bị tổn thương hồi phục không hoàn toàn [5].

- Huyết áp là một trong những yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến bệnh nhân xuất huyết não kể cả thậm chí là nguyên nhân chính gây xuất huyết não. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ số huyết áp tối đa của bệnh nhân trung bình rất cao (190 mmHg), trong đó cá biệt có bệnh nhân huyết áp tối đa > 240 mmHg. Huyết áp cao gây rất nhiều khó khăn cho hồi sức sau mổ vì khả năng gây xuất huyết lại đối với trường hợp mở sọ giải áp và lấy máu tụ rất cao, nên việc điều chỉnh huyết áp đóng vai trò quan trọng. Chúng tôi phối hợp chặt chẽ với các bác sĩ gây mê và hồi sức nhằm ổn định huyết áp cho bệnh nhân và phương pháp chúng tôi thường áp dụng là cho bệnh nhân ngủ sâu và sử dụng hạ áp đường tĩnh mạch. Để bệnh nhân ngủ sâu, chúng tôi thường phối hợp liều Hypnovel 5 mg 2 ống + Fentanyl 100 ml 4 ống truyền qua bơm tiêm tự động với liều từ 4 đến 10 ml/giờ. Việc cho bệnh nhân ngủ sâu mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh, một phần làm hạ huyết áp đồng thời làm giảm chuyển hóa não, từ đó giúp chống phù não, bệnh nhân được nằm yên và không bị kích thích giúp hạn chế tai biến máu tụ lại. Thời gian cho bệnh nhân ngủ thường kéo dài từ 6 đến 12 giờ, sau đó lượng thuốc ngủ sẽ được giảm dần rồi cắt hẳn. Để hạ áp cho bệnh nhân sau mổ chúng tôi sử dụng thuốc Nicardipin 10 mg/2ml truyền tĩnh mạch với liều khởi phát từ 4 ml/giờ và điều chỉnh tăng giảm tùy theo đáp ứng huyết áp của bệnh nhân, với mục tiêu duy trì huyết áp tối đa từ 150 đến 160 mmHg. Khi tình trạng bệnh nhân ổn (tự thở tốt, huyết áp tối đa < 180 mmHg) chúng tôi sẽ giảm liều Nicardipin mỗi 1 ml / giờ đến khi cắt hẳn. Bệnh nhân sau đó sẽ được kiểm soát huyết áp bằng đường uống đơn liều hoặc kết hợp trong những ngày nằm viện về sau và đến khi xuất viện [9].

- Cận lâm sàng: Vị trí khối máu tụ là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả và điều trị. Các vị trí phổ biến nhất của ICH tăng huyết áp là hạch nền (nhân caudate và putamen), đồi thị, nhân tiểu não sâu, não giữa hoặc cầu não. Xuất huyết thùy thường liên quan đến những thay đổi về cấu trúc như bệnh lý mạch máu amyloid não, dị dạng động mạch hoặc khối u não [2].

Kích thước khối máu tụ trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 95 ml, một thể tích khá lớn nếu so với chỉ định can thiệp phẫu thuật (> 30 ml). Kích thước máu tụ càng lớn thì khả năng chèn ép các cấu trúc quan trọng trong nhu mô não càng nhiều, gây thiếu máu nuôi và hủy hoại các tế bào não [2]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng thể tích khối xuất huyết ở bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi nhiều hơn bệnh nhân có tuổi nhỏ hơn 50, tuy nhiên sự khác biệt này lại không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Độ sâu khối xuất huyết đóng vai trò khá quan trọng trong việc chỉ định can thiệp phẫu thuật. Đối với các khối xuất huyết sâu (cách vỏ não > 2cm) thì khả năng định vị khối xuất huyết cũng như tầm quan sát lúc lấy khối máu là rất khó khăn, khối máu càng sâu thì khả năng đốt cầm máu và dễ dàng gây tổn thương cho các cấu trúc não lành kề cận, đặc biệt là các hạch nền. Điều này khá quan trọng vì có thể làm tình trạng yếu liệt nửa người của bệnh nhân trầm trọng thêm sau mổ. Một biến chứng khác nữa là khả năng máu tụ lại hố mổ do không cầm máu được tốt cũng rất dễ xảy ra đặc biệt trên các trường hợp bệnh nhân có tăng huyết áp [1].

Theo tác giả Mendelow (2013), bệnh nhân có xuất huyết não thùy trong vòng 1 cm cách bề mặt vỏ não có thể hồi phục tốt bằng phẫu thuật lấy khối xuất huyết. Cũng như bệnh nhân bị xuất huyết tiểu não có đường kính > 3 cm hoặc chèn ép thân não hoặc não úng thủy có thể cải thiện tốt nhờ vào phẫu thuật lấy khối máu tụ [2].

- Tỷ lệ lấy khối xuất huyết khỏi nhu mô não trong các trường hợp mở sọ giải áp có kèm theo lấy máu tụ quyết định tình trạng cải thiện tri giác của bệnh nhân sau mổ hay không [3]. Trong nghiên cứu chúng tôi hầu hết các trường hợp có lấy máu tụ thường lấy trên 50% khối xuất huyết, cá biệt có một trường hợp lấy gần như hoàn toàn khối xuất huyết.

- Chỉ số GOS sau mổ cho biết kết quả sau điều trị các trường hợp phẫu thuật não, trong nghiên cứu chúng tôi ngoài 7 trường hợp tử vong (GOS 5) thì có một trường hợp bệnh nhân sống thực vật (GOS 4). Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, nhập viện với tình trạng hôn mê

(GCS 5đ) và CT-Scan đầu xuất huyết não thái dương trái lượng nhiều (>200ml), chúng tôi quyết định mổ là do đồng tử 1 bên của bệnh nhân vẫn chưa dẫn và còn phản xạ ánh sáng. Sau mổ bệnh nhân không cải thiện được tri giác, sau hơn 1 năm tình trạng hiện tại của bệnh nhân được đánh giá là GOS 4. Bệnh nhân có GOS 2 và 3 thường yếu nửa người nên ảnh hưởng nhiều đến việc đi lại và sinh hoạt hằng ngày, tuy nhiên bệnh nhân thường tỉnh táo sau 1 đến 3 tháng xuất viện, có khả năng tiếp xúc tốt hoặc một số trường hợp nói khó nhưng vẫn giao tiếp được với người thân. Đây cũng là mục tiêu điều trị cho hầu hết các trường hợp xuất huyết não do nguyên nhân tự phát [4].

- Chỉ số Barthel là chỉ số chúng tôi sử dụng như một bản ghi điều bệnh nhân làm được, chứ không phải là một bản ghi về những gì bệnh nhân có thể làm. Mục đích chính là để xác định mức độ độc lập của bệnh nhân khi không có bất kỳ sự trợ giúp, vật lý hay lời nói nào, cho dù là nhỏ và vì bất cứ lý do gì. Nếu gia đình chăm sóc quá kỹ sẽ khiến bệnh nhân không thể hoạt động độc lập được. Để biết khả năng thực hiện của bệnh nhân chúng tôi xác định bằng các bảng chứng tốt nhất có được, ví dụ như hỏi bệnh nhân, bạn bè/người thân và y tá là những nguồn thông thường, nhưng quan sát trực tiếp và tư duy thông thường cũng rất quan trọng. Tuy nhiên, chỉ cần quan sát và hỏi là đủ, yêu cầu bệnh nhân thử nghiệm trực tiếp là không cần thiết. Thông thường, khả năng thực hiện của bệnh nhân trong 24-48 giờ trước là quan trọng, nhưng đôi khi thời gian dài hơn sẽ có ý nghĩa. Các mức trung gian trong chỉ số ngụ ý rằng bệnh nhân có cố gắng trên 50%. Bệnh nhân cũng được cho phép sử dụng các dụng cụ trợ giúp để độc lập như ghế tập đi hay gậy [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 21 trường hợp xuất huyết não do nguyên nhân tự phát được phẫu thuật trong năm 2019, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

- Đa phần bệnh nhân nhập viện lớn hơn 4 giờ sau khởi phát với tình trạng lơ mơ hoặc hôn mê và có tiền sử tăng huyết áp hoặc nghiện rượu, những trường hợp đều có biểu hiện dấu thần kinh khu trú (dẫn đồng tử, yếu nửa người) và huyết áp rất cao. Vị trí xuất huyết tập trung chủ yếu ở vùng bao trong, thái dương và chẩm.

- Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là mở sọ giải áp kèm lấy máu tụ với tỉ lệ lấy máu > 50%, tỉ lệ tử vong là 33%, GOS 1,2,3 = 13/21 và chỉ số Barthel sau 3 tháng cải thiện có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aguilar M I and Brott T G (2011)**, Update in intracerebral hemorrhage. *Neurohospitalist*. 1(3): p. 148-159.
2. **Al-Shahi Salman R, Frantziar J, Lee R J, Lyden P D, Battley T W K, Ayres A M, et al. (2018)**, Absolute risk and predictors of the growth of acute spontaneous intracerebral haemorrhage: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet Neurol*. 17(10): p. 885-894.
3. **Bhatia K, Hepburn M, Ziu E, Siddiq F and Qureshi A I (2018)**, Modern Approaches to Evacuating Intracerebral Hemorrhage. *Curr Cardiol Rep*. 20(12): p. 132.
4. **Go G O, Park H, Lee C H, Hwang S H, Han J W and Park I S (2013)**, The outcomes of spontaneous intracerebral hemorrhage in young adults - a clinical study. *J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg*. 15(3): p. 214-220.
5. **Houben R, Schreuder F, Bekelaar K J, Claessens D, van Oostenbrugge R J and Staals J (2018)**, Predicting Prognosis of Intracerebral Hemorrhage (ICH): Performance of ICH Score Is Not Improved by Adding Oral Anticoagulant Use. *Front Neurol*. 9: p. 100.
6. **Hsieh J T, Ang B T, Ng Y P, Allen J C and King N K (2016)**, Comparison of Gender Differences in Intracerebral Hemorrhage in a Multi-Ethnic Asian Population. *PLoS One*. 11(4): p. e0152945.
7. **Musa K I and Keegan T J (2018)**, The change of Barthel Index scores from the time of discharge until 3-month post-discharge among acute stroke patients in Malaysia: A random intercept model. *PLoS One*. 13(12): p. e0208594.
8. **Poblete R A, Zheng L, Arenas M, Vazquez A, Yu D, Emanuel B A, et al. (2019)**, Older Age Is Not Associated with Worse Outcomes Following Decompressive Hemicraniectomy for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. p. 104320.
9. **Shah Q A, Ezzeddine M A and Qureshi A I (2007)**, Acute hypertension in intracerebral hemorrhage: pathophysiology and treatment. *J Neurol Sci*. 261(1-2): p. 74-79.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG DO DỊCH COVID 19, NĂM 2021

Nguyễn Ngọc Anh¹, Nguyễn Thị Hoài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần của Điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021 dưới tác động của dịch COVID 19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ đánh giá IES-R và DASS 21 trên 280 điều dưỡng đang làm việc tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 11-12/2021 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu. **Kết quả:** có 28,9% điều dưỡng có dấu hiệu của rối loạn tâm lý sau sang chấn. Kết quả cho thấy các điều dưỡng tham gia trực tiếp phòng chống dịch (OR=1,77; 95%CI: 1,14-2,16); có tiếp xúc với người mắc COVID-19 (OR=1,59; 95%CI: 1,13-2,72); Thời gian làm việc ≥ 48 h/tuần (OR=2,78; 95%CI:1,16-4,8); có biểu hiện Stress (OR=1,76; 95%CI:1,05-3,25) và có biểu hiện trầm cảm (OR=2,28; 95%CI:1,09-3,8) có nguy cơ mắc sang chấn tâm lý cao hơn nhóm đối tượng điều dưỡng khác. **Kết luận:** Cần thực hiện tư vấn và can thiệp tâm lý kịp thời cho điều dưỡng để giảm bớt lo lắng và cải thiện sức khỏe tâm thần nói chung của họ.

Từ khóa: sức khỏe tâm thần, điều dưỡng, yếu tố ảnh hưởng, COVID 19.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MENTAL HEALTH OF NURSES AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL DURING COVID 19 EPIDEMIC IN 2021

Objectives: Describe factors affecting mental health of nurses at Vietnam National Children's Hospital in 2021 under the impact of COVID-19 epidemic. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study using Impact of Event Scale - Revised (IES-R) and DASS 21 on 280 nurses working at the Vietnam National Children's Hospital from November to December 2021. **Results:** 28.9% of nurses showed signs of post-traumatic stress disorder. The results showed that nurses were directly involved in epidemic prevention (OR=1.77; 95%CI: 1.14-2.16); had contact with COVID-19 patient (OR=1.59; 95%CI: 1.13-2.72); Had working time ≥ 48 h/week (OR=2.78; 95%CI:1.16-4.8); having stress symptoms (OR=1.76; 95%CI:1.05-3.25) and having depression symptoms (OR=2.28; 95%CI:1.09-3.8) were likely to have higher risk of psychological trauma than other nurses. **Conclusion:** Timely counseling and psychological interventions are needed for nurses to alleviate their anxiety and improve their general mental health.

Keywords: mental health, nursing, factor, COVID 19.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID 19 là bệnh lý truyền nhiễm đường hô hấp gây ra bởi virus SARS-CoV-2, được WHO công nhận là đại dịch ngày 11/3/2020. Tại Việt

¹Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: anhnn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022