

- Disease Symposium II: nomenclature for vascular diseases. *Circulation*, 118(25), 2826-9.
- Pande R. L, Perlstein T. S, Beckman A et al (2011).** Secondary prevention and mortality in peripheral artery disease: National Health and Nutrition Examination Study, 1999 to 2004. *Circulation*, 124(1), 17-23.
 - Hirsch A. T, Criqui M. H et al (2001).** Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *Jama*, 286(11), 1317-24.
 - Mega J.L, Simon T, Collet J.P et al (2010).** Reduced-function CYP2C19 genotype and risk of adverse clinical outcomes among patients treated with clopidogrel predominantly for PCI: meta-analysis. *JAMA*, 304(16), 1821-1830.
 - Teng R, Oliver S, Hayes MA, Butler K (2010).** Absorption, distribution, metabolism and excretion of ticagrelor in healthy subjects. *Drug Metab Dispos*, 38,1514-21.
 - Wallentin L, Becker R.C et al (2009).** Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 361(11), 1045-57.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH BỆNH NHÂN MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 2017-2018

Ngô Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh của bệnh lý máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu 91 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2017 đến 6.2018. **Kết quả:** tuổi trung bình ($59,26 \pm 1,86$); tỉ lệ nữ (19,78%); nguyên nhân chấn thương sọ não (72,53%); thời gian từ khi có nguyên nhân đến khi được chẩn đoán ($33,23 \pm 2,54$ ngày); có 87,91% số bệnh nhân có điểm GCS ≥ 13 ; Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (73,63%); Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bên chứa máu tụ; độ dày lớn nhất của khối máu tụ là $18,27 \pm 0,688$ (mm). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính chủ yếu ở nhóm người trẻ (dưới 60), nam nhiều hơn nữ; nguyên nhân chủ yếu là chấn thương sọ não.

SUMMARY

A STUDY OF CLINICAL, LABORATORY AND IMAGING CHARACTERISTICS OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA PATIENTS TREATED BY SURGERY AT VIET-DUC HOSPITAL FROM 2017 TO 2018

Objective: Describe the epidemiology, clinical, laboratory and imaging characteristics of chronic subdural hematoma. **Patients and methods:** A cross-section, descriptive and retrospective study with 91 patients who were diagnosed, surgically treated of chronic subdural hematoma at Viet-Duc hospital from Jan 2017 to June 2018. **Results:** mean age

(59.26 ± 1.86); female ratio (19.78%); brain trauma injury (72.53%); onset from cause to diagnosis (33.23 ± 2.54 days); 87.91% of patients had GCS ≥ 13 ; Headache was the most common symptom (73.63%); there was no significant difference between the side of hematoma. The mean of largest thickness of hematoma was 18.27 ± 0.688 (mm). **Conclusion:** Chronic subdural hematoma revealed common in the patients who were under 60 years old; male predominance; the most common cause was brain trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (CSDH: chronic subdural hematoma) là bệnh lý phổ biến nhất trong phẫu thuật thần kinh [1], gặp nhiều ở người cao tuổi với tần suất gặp là khoảng 58 bệnh nhân/100.000 dân tuổi trên 70 [2]. Bệnh được mô tả đầu tiên bởi Virchow năm 1857, mặc dù có rất nhiều phương pháp điều trị, cả nội khoa và ngoại khoa, được đưa ra, tuy nhiên kết quả điều trị còn rất khác nhau giữa các tác giả. Hiện nay, cùng với sự thay đổi về điều kiện kinh tế xã hội, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến các đặc điểm về dịch tễ học, nguyên nhân sinh bệnh cũng như các bệnh lý kèm theo trong máu tụ dưới màng cứng mạn tính, khiến cho việc cập nhật những số liệu là cần thiết. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2017 đến 6.2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang nhóm bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2017 đến 6.2018

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 10.3.2021

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng máu tụ dưới màng cứng mạn tính
- Được điều trị phẫu thuật
- Tham gia đầy đủ nghiên cứu, được khám lại đánh giá kết quả sau mổ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng máu tụ dưới màng cứng mạn tính
- Không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn còn lại.

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh (nghiện rượu, dùng thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu), thời gian từ khi bị chấn thương cho đến khi được chẩn đoán

- Lâm sàng: thang điểm Glasgow (GCS) khi vào viện; các triệu chứng lâm sàng; xét nghiệm cận lâm sàng (INR, prothrombin)

- Đặc điểm hình ảnh học (CT hoặc MRI): đặc điểm của khối máu tụ; độ dày khối máu tụ; mức độ đè đẩy đường giữa của khối máu tụ;

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang, hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng (tỉ lệ %)	Ghi chú
Tuổi	59,26 ± 1,86	dao động : 4-90
Nữ	18 (19,78)	Nam/nữ = 4:1
Nguyên nhân		
Không rõ nguyên nhân	14 (15,38)	P= 0,002
Chấn thương sọ não	66 (72,53)	
Sau phẫu thuật não	2 (2,20)	
Sau mổ CSDH	9 (9,89)	
Bệnh kèm theo		
Không	87 (95,60)	
Thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu	4 (4,40)	
Nghiện rượu	0	
Tiểu đường	3 (3,30)	
Ung thư	1 (1,1)	

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị (%)	Min-max	
Thời gian chẩn đoán (ngày)	33,23 ± 2,451	3-120	
Điểm GCS khi vào viện			
3-8	3 (3,30)		P= 0,017
9-12	8 (8,79)		

13-15	80(87,91)		
Triệu chứng lâm sàng			
Đau đầu	67(73,63)		
Liệt nửa người	18(19,78)		
Thất ngôn	4 (4,40)		
Cơ giật/động kinh	1(1,10)		
Xét nghiệm	Giá trị	Giới hạn bình thường	Min-Max
Tiểu cầu	260,63± 9,28	150-350	72-777
INR	1,036 ± 0,11	0,8-1,2	
Prothrombin (%)	96,35 ± 1,70	70-140	

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh chẩn đoán

Biến số nghiên cứu	Số lượng (%)	Khác
Bên tổn thương		
Bên phải	39 (42,86)	P= 0,12
Bên trái	27 (29,67)	
Cả hai bên	25 (27,47)	
Loại phim chụp		
CT	74 (81,32)	
MRI	37 (40,65)	
Đường giữa bị đè đẩy (mm)	5,99± ,533	Dao động 0-17 mm
Độ dày khối máu tụ (mm)	18,27± 0,688	Dao động 7-32 mm
Đặc điểm khối máu tụ		
Không có vách	82 (90,11)	P= 0,04
Có vách	9 (9,89)	
Đặc điểm của não		
Không teo não	61 (67,03)	P= 0,11
Có teo não	30 (32,97)	

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính ngày là một trong những bệnh lý phổ biến trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh, với tỉ lệ ngày càng tăng lên trên thế giới [3]. Trong khi ở các nước phát triển, tần suất gặp bệnh lý này tăng lên bởi tỉ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, thì ở các nước đang phát triển, chẳng hạn như Việt nam, chấn thương sọ não do tai nạn giao thông cũng tăng lên. Trong các nghiên cứu từ các nước phát triển (Mỹ, châu Âu), tuổi trung bình của bệnh nhân nằm ở 70-90 tuổi [4, 5], tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,26 tương đương với thông báo của Kitya và cộng sự [3]. Điều này có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh của máu tụ dưới màng cứng mạn tính khác nhau ở các nước phát triển và đang phát triển.

Phân bố theo giới trong nghiên cứu của chúng

tôi là 4:1 (bảng 1), với tỉ lệ nam giới là 80,21% tương tự với kết quả của Kitya (72,8% nam giới) [3], Kwon (70,8%) [6], Riwan (65,4%) [5].

Nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là sau chấn thương sọ não (72,53%), tương tự với công bố của Kitya [3] bởi sự tương đồng kinh tế-xã hội (đều là các nước đang phát triển). Bartek và cộng sự phát hiện một điểm thú vị hơn, đó là khi theo dõi các nhóm bệnh nhân không phải phẫu thuật lại và phải phẫu thuật lại, tỉ lệ nữ ở nhóm không phải phẫu thuật lại cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$) so với nhóm phải phẫu thuật lại [7].

Tỉ lệ dùng thuốc chống đông trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi rất thấp, chỉ có 4,4% số bệnh nhân có dùng các thuốc này. Đây là sự khác biệt cơ bản giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác trên thế giới. Tugcu và cộng sự công bố có đến gần 20% số bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông và ngưng tập tiểu cầu [8]. Tỉ lệ này trong báo cáo của Kwon [6] là 42,2%; hay trong nghiên cứu của Moitei-Langroudi [4] là 42,3%. Tương tự các tác giả trên Bartek và cộng sự báo cáo tỉ lệ dùng thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu là 25,5-27,1% với chống đông và 15,2-16,5% với nhóm thuốc chống ngưng tập tiểu cầu [7]. Điểm thú vị là mặc dù tỉ lệ dùng thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu cao hơn với nghiên cứu của chúng tôi, so với các tác giả khác tỉ lệ nam giới

Thời gian từ khi có nguyên nhân đến khi được chẩn đoán trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là $33,23 \pm 2,451$ ngày (dao động 3-120 ngày) (bảng 2)

Hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khi vào viện có điểm GCS ≥ 13 (87,91%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có điểm GCS < 13 ($p=0,017$; bảng 2). Số liệu này tương tự với công bố của Kwon và cộng sự (76,6%) [6] hay Amirjamshidi (75,61%) [9]; song lại cao hơn đáng kể so với Kitya (66,2%) [3]. Tuy vậy, tất cả các nghiên cứu đều có trên 50% số bệnh nhân ở tình trạng tri giác tốt ($GCS \geq 13$).

Đau đầu là triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 73,63%; tiếp theo là liệt nửa người (19,78%). Kitya công bố triệu chứng đau đầu; liệt nửa người chiếm 89,6% và 70,5% số bệnh nhân tương ứng [3]. Điều này giải thích bởi số lượng bệnh nhân có GCS ≥ 13 của tác giả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Kwon cũng báo cáo số bệnh nhân có triệu chứng liệt nửa người

lên đến 57,8% [6].

Các xét nghiệm liên quan đến đông máu trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết ở giới hạn bình thường (bảng 2). Đây là sự khác biệt cơ bản giữa nghiên cứu này với các tác giả nước ngoài, bởi số lượng bệnh nhân dùng các thuốc chống đông hay ngưng tập tiểu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt so với các tác giả khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra, không có sự khác biệt về bên tổn thương (bên phải và bên trái) (bảng 3). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Kitya [3]; nhưng nếu chỉ xét máu tụ một bên (cả bên phải và trái) hay hai bên, Tugcu và cộng sự lại thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, trong đó tỉ lệ máu tụ dưới màng cứng một bên cao hơn [8].

Mặc dù phim chụp CT được coi là phương tiện chẩn đoán lựa chọn trong chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính; song cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) cũng là phương tiện có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81,32% số bệnh nhân được chụp phim CT sọ não, và 40,65% được chụp phim MRI. Có những bệnh nhân được chụp cả hai phim, là các tình huống khó phân biệt giữa máu tụ dưới màng cứng mạn tính hay hygroma trên phim CT và cần phải chụp MRI.

Độ dày khối máu tụ là một trong các chỉ số quan trọng trong chẩn đoán và điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày trung bình của máu tụ là $18,27 \pm 0,668$ mm (dao động từ 7-32mm). Kwon thống báo 79,9% số bệnh nhân có độ dày máu tụ từ 10-30mm [6]; phân tích sâu hơn giữa hai nhóm có hay không liệt nửa người, Moitei-Langroudi công bố nhóm bệnh nhân liệt nửa người có độ dày khối máu tụ cao hơn so với nhóm không có liệt nửa người (22,8mm so với 18,5mm; $p=0,001$). Bartek và cộng sự thấy rằng độ dày khối máu tụ ở nhóm bệnh nhân nhỏ hơn thì nguy cơ tái phát thấp hơn, có ý nghĩa thống kê (22,0 so với 24,1mm; $p < 0,01$) [7].

Mức độ chèn ép não còn thể hiện bởi tình trạng đường giữa bị dẹt, di lệch do khối máu tụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường giữa bị dẹt dầy trung bình là $5,9 \pm 0,533$ (mm), thay đổi từ 0-17mm. Khi theo dõi hai nhóm bệnh nhân không tái phát và có tái phát máu tụ dưới màng cứng mạn tính, Bartek và cộng sự đã không thấy sự khác biệt về mức độ dẹt dầy đường giữa ở hai nhóm bệnh nhân này [7]. Kwon công bố hầu hết nhóm bệnh nhân nghiên cứu có mức độ dẹt dầy đường giữa từ 10-30mm

(79,9%)[6], cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Thể tích khối máu tụ là một đại lượng mà Ridwan và cộng sự [5] sử dụng trong đánh giá máu tụ dưới màng cứng trước mổ để so sánh và tiên lượng kết cục điều trị và nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, do đặc thù ở nước ta, bệnh nhân có thể được chụp phim ở các cơ sở khác, đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Đức nên chúng tôi không chụp lại phim kiểm tra (khi đã đủ để chẩn đoán), nên không thể tính được thể tích khối máu tụ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 91 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính, chúng tôi thấy tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 60 tuổi; tỉ lệ nữ chiếm khoảng 20%. Hầu hết máu tụ dưới màng cứng mạn tính là do nguyên nhân chấn thương (72,53%); tỉ lệ dùng thuốc chống đông/ngừng tập tiểu cầu là 4,40%. 87,91% số bệnh nhân có điểm GCS \geq 13. Không có sự khác biệt về bên của khối máu tụ. Độ dày trung bình của khối máu tụ là $18,27 \pm 0,668$ (mm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu, W., N.A. Bakker, and R.J. Groen, Chronic

subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis of surgical procedures. *J Neurosurg*, 2014. **121**(3): p. 665-73.

2. Mehta, V., et al., Evidence based diagnosis and management of chronic subdural hematoma: A review of the literature. *J Clin Neurosci*, 2018. **50**: p. 7-15.
3. Kitya, D., et al., Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital. *Neurosurg Focus*, 2018. **45**(4): p. E7.
4. Motiei-Langroudi, R., et al., Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma. *J Neurosurg*, 2019. **131**(6): p. 1926-1930.
5. Ridwan, S., et al., Surgical Treatment of Chronic Subdural Hematoma: Predicting Recurrence and Cure. *World Neurosurg*, 2019. **128**: p. e1010-e1023.
6. Kwon, C.S., et al., Predicting Prognosis of Patients with Chronic Subdural Hematoma: A New Scoring System. *World Neurosurg*, 2018. **109**: p. e707-e714.
7. Bartek, J., Jr., et al., Predictors of Recurrence and Complications After Chronic Subdural Hematoma Surgery: A Population-Based Study. *World Neurosurg*, 2017. **106**: p. 609-614.
8. Tugcu, B., et al., Can recurrence of chronic subdural hematoma be predicted? A retrospective analysis of 292 cases. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg*, 2014. **75**(1): p. 37-41.
9. Amirjamshidi, A., et al., Outcomes and recurrence rates in chronic subdural haematoma. *Br J Neurosurg*, 2007. **21**(3): p. 272-5.

SEO THẬN VÀ LIÊN QUAN ĐẾN CHỨC NĂNG BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ DỊ TẬT NỨT ĐỐT SỐNG BẨM SINH

Nguyễn Duy Việt¹, Lê Anh Dũng¹, Đỗ Mạnh Hùng¹,
Vũ xuân Hoàn¹, Nguyễn Thanh Liêm²

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả tổn thương thận và liên quan đến chức năng bàng quang ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu 62 bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện nhi Trung ương từ 01/2013 đến 31/03/2019. Tất cả bệnh nhân được chụp xạ hình thận mô tả tổn thương seo thận và đo áp lực bàng quang với các chỉ số như giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 62 bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh trong đó thoát vị tủy màng tủy chiếm 72,6% và thoát vị mỡ tủy màng tủy chiếm

27,4%. Giới nam là 43,5% và 53,6% là giới nữ. Có 18 bệnh nhân seo thận chiếm 29,0% seo thận, tuổi trung bình ở nhóm tổn thương thận cao hơn nhóm không có tổn thương thận: $5,1 \pm 3,1$ so với $2,4 \pm 2,2$ tuổi với $p = 0,001$. Kết quả đo áp lực bàng quang với 41,9% bệnh nhân giảm độ co giãn bàng quang, 12,9% trường hợp thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và 22,6% bệnh nhân có áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O. Với những trường hợp giảm độ co giãn bàng quang có 61,5% seo thận, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% có 75,0% seo thận và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O có 71,4% seo thận, có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** seo thận liên quan đến chức năng bàng quang với giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang \geq 30 cmH₂O ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

Từ khóa: seo thận, dị tật nứt đốt sống bẩm sinh, đo áp lực bàng quang

SUMMARY

RENAL SCARING AND RELATION TO BLADDER FUNCTION IN PATIENTS POST-OPERATIVE SPINAL BIFIDA

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2021

Ngày duyệt bài: 10.3.2021