

gặp 11/31 và ngách mắt có kích thước < 2.5 mm gặp 12/31, không thấy cửa sổ tròn gặp 9/31, những bất thường này làm cho phẫu thuật khó khăn hơn, thời gian phẫu thuật dài hơn.

4.5. Tai biến. Liệt mặt gặp 2/31 (6,5%), một trường hợp do ngưỡng kích thích điện cực quá cao, một trường hợp do làm rách vỏ bao dây VII, sau phẫu thuật 4 tuần hồi phục hoàn toàn. Không có trường hợp nào rò dịch não tủy. Tỷ lệ liệt VII trong nghiên cứu của Loudon là 2,3% (1/43) khi phẫu thuật bệnh nhân có dị dạng tai trong. Dị dạng tai trong là một cảnh báo có thể gặp những tai biến lớn khi phẫu thuật⁸, phẫu thuật sẽ khó khăn hơn vì kèm theo các bất thường của cấu trúc giải phẫu ở tai giữa⁸. Tai biến khi phẫu thuật bệnh nhân có dị dạng tai trong sẽ có tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có dị dạng tai trong.

V. KẾT LUẬN

- Dị dạng tai trong có thể gặp riêng rẽ ốc tai, tiền đình hoặc cả tiền đình và ốc tai đều dị dạng. Thường kết hợp với những bất thường giải phẫu của các cấu trúc tai giữa, làm cho phẫu thuật càng khó khăn hơn.

- Khó khăn nhất trong chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai đó là không thấy dây ốc tai trên chẩn đoán hình ảnh.

- Quyết định phẫu thuật phải do phẫu thuật viên.

- Những bệnh nhân không thấy dây ốc tai ở vị trí giải phẫu bình thường trên chẩn đoán hình ảnh, vẫn có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai, nhưng phải đánh giá kỹ từng trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global estimates on prevalence of hearing loss, WHO, Geneva, 2012, 11-12
2. Korver AH, Konings S, Dekker FW, et al, Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment, Jama, 2010, 304(15), 1701-1708.
3. Holman MA, et. al, Cochlear Implantation in Children 12 Months of Age and Younger, Otolology & Neurotology, 2013, 34: 251-258
4. Sennaroglu, L. Bajin MD, Classification and current management of inner ear malformation, Balkan Med J, 2017, 34;397-341
5. Phelps PD, Cochlear implants for congenital deformities, J Laryngol Otol, 1992 Nov;106(11):967- 70
6. Emmanuel A M Mylanus, Congenital malformation of the inner ear and pediatric cochlear implantation, Otol Neurotol, 2004 May; 25(3):308-17
7. Papsin BC, Cochlear implantation in children with anomalous cochleovestibular anatomy, Laryngoscope, 2005 Jan;115 (1Pt 2Suppl 106):1-26
8. Loudon N, et. al, Medical and Surgical Complications in Pediatric Cochlear Implantation, Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010; 136(1):12-15

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH TRÊN 60 TUỔI

Đông Tiến Phúc¹, Nguyễn Vũ², Nguyễn Duy Tuyền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương ở người bệnh trên 60 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 62 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương ở người trên 60 tuổi được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/01/2021 – 31/12/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 67,7 ± 5,5. Tỷ lệ nam/nữ: 1,86. Nguyên

nhân chấn thương thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (51,6%) Triệu chứng lâm sàng: Đa số bệnh nhân vào viện có điểm Glasgow 9 – 12 điểm (45,2%). Yếu liệt nửa người (32,3%). Giãn đồng tử (22,5%). Hình ảnh cắt lớp vi tính: máu tụ dưới màng cứng bán cầu trái (53,2%), bề dày khối máu tụ từ 11–15mm (50%). 100% bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa >5 mm, tình trạng phù não, xóa bể đáy là 4,8%. Đa số được phẫu thuật mở volet xương sọ lấy máu tụ, cầm máu, bỏ mảnh xương để giảm áp (92%) Kết quả điều trị xấu chiếm (48,4%). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính ở người bệnh trên 60 tuổi nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (51,6%). Đa số được phẫu thuật mở volet xương sọ lấy máu tụ, cầm máu, bỏ mảnh xương để giảm áp (92%) Kết quả xấu chiếm (48,4%).

SUMMARY

THE RESULT OF SURGERY FOR ACUTE TRAMATIC SUBDURAL HEMATOMAS IN

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

PATIENTS OVER 60 YEARS OF AGE

Objective: Describe clinical and CT scanner presentations and assess the result of surgery for acute traumatic subdural hematomas in patients over 60 years of age. **Patients and Methods:** Cross-sectional study of 62 patients with acute traumatic subdural hematomas in patients over 60 years of age suffered from surgery in Viet Duc Hospital from 01/01/2021 to 31/12/2021. **Results:** The mean age at diagnosis was $67,7 \pm 5,5$. Male to female ratio: 1,86. The most common cause is due to accidents in daily life (51,6%). Clinical manifestations: Most patients had Glasgow Coma Scale (GCS) score of 9 – 12 points at admission. Hemiparesis (32,3%); dilated pupils (22,5%). CT scanner imaging: left-side subdural hematomas (53,2%), hematoma thickness from 11 – 15mm (50%). 100% midline shift > 5mm. Brain edema and disappeared basal cistern (4,8%). Most of my patients suffered from craniectomy (92%). Bad outcome accounts for 48,4%. **Conclusions:** The most common cause of acute traumatic subdural hematomas in patients over 60 years of age is due to accidents in daily life (51,6%). Most cases had craniectomy, accounting for 92%. Bad outcome (48,4%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một trong những tổn thương phức tạp nặng nề, tỷ lệ tử vong cao và để lại nhiều di chứng. Trong số bệnh nhân chấn thương sọ não nói chung thì máu tụ dưới màng cứng cấp tính chiếm 41%, trong đó 16% phải phẫu thuật, tỷ lệ tử vong của nhóm phẫu thuật là 25%¹. Do các đặc điểm giải phẫu và sinh lý sọ não của người cao tuổi như: Xương sọ loãng, dễ vỡ, dễ gây chảy máu, màng cứng bám chắc vào xương sọ, hiện tượng teo não tuổi già làm khoang dưới màng cứng giãn rộng, dễ đứt tĩnh mạch cầu nên chấn thương sọ não ở người cao tuổi thường dẫn tới máu tụ dưới màng cứng cấp tính. Nhiều trường hợp máu tụ dưới màng cứng cấp tính lớn nhưng triệu chứng chèn ép thường xuất hiện muộn, làm ảnh hưởng tới thái độ xử trí bệnh nhân. Bệnh nhân cao tuổi thường có các đặc điểm: bệnh lý mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, tim mạch, tiểu đường, bệnh lý hô hấp; sử dụng các thuốc giảm đau, thuốc gây ngủ có nguy cơ ảnh hưởng tình trạng toàn thân; điều trị chống phù não dễ gây rối loạn nước điện giải; chịu đựng kém các thuốc gây mê và cuộc mổ kéo dài; những tổn thương phổi hợp hoặc kèm đa chấn thương dễ làm tổn thương não nặng hơn, điều này làm khó khăn trong điều trị. Chúng tôi mô tả một số đặc điểm lâm sàng, nhận xét kết quả điều trị 62 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương ở người bệnh trên 60 tuổi nhằm nâng cao chất lượng điều trị loại tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 62 bệnh nhân được chẩn đoán CTSN máu tụ dưới màng cứng cấp tính do CTSN, ở người từ 60 tuổi trở lên, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt – Đức trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán máu tụ DMC cấp tính đơn thuần hoặc phối hợp với các tổn thương khác như máu tụ NMC, dập não, chảy máu màng mềm....
- Máu tụ DMC có nguyên nhân chấn thương rõ ràng.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Việt - Đức

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không ghi đầy đủ, rõ ràng.
- Không có chụp CT - Scanner.
- Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn cỡ mẫu: Chúng tôi chọn cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Các đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình (năm)		67,7 ± 5,5 tuổi. Dao động: 60 – 82	
		SỐ BN	Tỉ lệ %
Giới	Nam	40	64,5%
	Nữ	22	35,5%
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	22	35,5
	Tai nạn lao động	8	12,9
	Tai nạn sinh hoạt	32	51,6
Bệnh mạn tính kèm theo	Cao huyết áp	30	48,3
	Bệnh tiểu đường	10	16,1
	Tai biến mạch máu não	9	14,5
	Bệnh tim mạch	8	12,9
	Bệnh lý khác	11	17,7
	Không	14	22,6

- Tuổi trung bình là $67,7 \pm 5,5$ tuổi, phần bố 60 đến 82 tuổi. Độ tuổi từ 60 – 75 tuổi (88,7%).

- Đa số người bệnh là nam, chiếm tỷ lệ 64,5%.
- Đa số bệnh nhân chấn thương do nguyên nhân về tai nạn sinh hoạt (51,6%). Tỷ lệ bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông là 35,5%.
- Đa số bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp (48,3%). Tỷ lệ bệnh nhân không mắc bệnh là 22,6%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Điểm Glasgow lúc vào viện và trước mổ

GCS	Lúc vào viện	Tại thời điểm phẫu thuật	Giá trị p
13-15 Đ	25 (40,3)	22 (35,5)	<0,001
9-12 Đ	28 (45,2)	26 (41,9)	
7-8 Đ	6 (9,6)	7 (11,3)	
≤ 6 Đ	3 (4,9)	7 (11,3)	
Tổng cộng	62 (100)	62 (100)	

- Lúc vào viện có điểm Glasgow trung bình $11,2 \pm 2,9$ điểm. Tại thời điểm phẫu thuật, bệnh nhân có điểm Glasgow trung bình $8,7 \pm 2,8$ điểm. Điểm Glasgow của bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật thấp hơn so với lúc vào viện với

Bảng 3.3. Dấu hiệu thần kinh khu trú

Dấu hiệu thần kinh khu trú	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giãn đồng tử	Giãn 1 bên	11 (17,7)
	Giãn cả hai bên	3 (4,8)
	Không giãn đồng tử	48 (77,5)
Yếu liệt nửa người	Có	20 (32,3)
	Không	42 (67,7)
Tổng cộng	62	100

- Yếu liệt nửa người là 32,3%. Giãn đồng tử là 22,5%.

3.3. Đặc điểm trên CDHA của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm trên CDHA

	Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí máu tụ trên phim CLVT	Bán cầu P	28 (45,2)
	Bán cầu T	33 (53,2)
	Cả hai bán cầu	1 (1,6)
Bề dày của khối máu tụ	<5 mm	0 (0)
	5-10 mm	21 (33,9)
	11-15 mm	31 (50)
	>15 mm	10 (16,1)
Di lệch đường giữa	<5 mm	0 (0)
	5-10 mm	51 (82,2)
	11-15 mm	6 (9,7)
	>15 mm	5 (8,1)
Tình trạng	Không	59 (95,1)

phù não, xóa bể đáy	Có	3 (4,8)
Thương tổn phổi hợp	Dập não	26 (41,9)
	Máu tụ ngoài màng cứng	4 (6,5)
	Xuất huyết dưới nhện	32 (51,6)
	Không	13 (21)

- Máu tụ dưới màng cứng là bán cầu trái với tỷ lệ (53,2%)

- Đa số bệnh nhân có bề dày khối máu tụ từ 11 – 15 mm (31%). Không có bệnh nhân nào có bề dày khối máu tụ < 5mm.

- 100% bệnh nhân có mức độ di lệch đường giữa >5 mm. Trong đó, đa số có mức độ di lệch từ 5 – 10 mm (82,2%)

- Tình trạng phù não, xóa bể đáy là (4,8%).

- Tổn thương phổi hợp thường gặp nhất là xuất huyết dưới nhện (51,6%).

3.3. Điều trị đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Điều trị đối tượng nghiên cứu

	Số BN	Tỷ lệ %
Thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật	<4h	1 (1,6)
	4-24h	55 (88,7)
	>24h	6 (9,7)
Mở volet	Đặt lại xương	5 (8)
	Bỏ xương	57 (92)
Đường mổ	đường chữ U	2 (3,2)
	đường dấu hỏi	60 (96,8)
Kích thước trung bình mảnh volet (cm ²)	151,8 ± 5,6 cm ²	Dao động 130 – 170 cm ²

- Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cách thời điểm từ lúc tai nạn 4 – 24h (88,7%)

- Phương pháp điều trị đa số là mở volet bỏ xương (92%) với đường mổ dấu hỏi (96,8%).

- Kích thước mảnh volet trung bình 151,8 cm², phân bố từ 130 đến 170 cm².

3.4. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Phân loại kết quả sớm sau mổ theo Ojemann

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kết quả tốt	9 (14,5)	
Kết quả trung bình	32 (51,6)	
Kết quả xấu	21 (33,9)	
Tổng cộng	62	100

- Đa số bệnh nhân có kết quả sớm sau mổ theo Ojemann ở mức độ trung bình (51,6%). trong đó kết quả tốt (14,5%)

Bảng 3.7. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	2	3,2
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,6
Động kinh	1	1,6
Yếu liệt nửa người	31	31
Viêm phổi	37	59,7

- Đa số người bệnh có biến chứng viêm phổi (59,7%) và yếu liệt nửa người (31%)

Bảng 3.8. Kết quả khám lại sau 3 tháng (Đánh giá theo thang điểm GOS)

GOS	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ V: Phục hồi tốt	9	14,5
Độ IV: Phục hồi khá	5	8,1
Độ III: Di chứng	18	29
Độ II: Thực vật	9	14,5
Độ I: Tử vong	21	33,9
Tổng cộng	62	100

- Kết quả khám lại sau 3 tháng đạt kết quả tốt (GOS độ IV và V) chiếm tỉ lệ 22,6%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 67,7 ± 5,5 tuổi, phân bố 60 đến 82 tuổi. Tuổi nghiên cứu thấp hơn so với kết quả các nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi trước đây. Nghiên cứu Vũ Minh Hải và Trần Hoàng Tùng (2020) có độ tuổi trung bình 71,7 ± 5,5 tuổi¹. Nghiên cứu của Bus S (2018) tuổi trung bình là 75 ± 6 tuổi⁵. Nghiên cứu của Akbis O.S (2019) tuổi trung bình là 78 tuổi⁴¹. Nhìn chung, các nghiên cứu tại châu Âu và Hoa Kỳ có tỷ lệ bệnh nhân chấn thương dưới màng cứng cao hơn so với các nghiên cứu tại Việt Nam.

Giới: Đa số người bệnh là nam, chiếm tỷ lệ 64,5%. Kết quả tương đồng so với Nghiên cứu của Vũ Minh Hải và Trần Hoàng Tùng (2020) báo cáo tỷ lệ nam trong nghiên cứu là 69,7%¹. Đàm Quang Thịnh (2014) là 64,9%². Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của Bus S (2018) là 64,3%⁵. Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chấn thương tụ máu dưới màng cứng ưu thế ở giới nam cao hơn so với nữ. Nguyên nhân được cho là nam giới ở mọi lứa tuổi vẫn là đối tượng hoạt động nhiều hơn trong lao động, sinh hoạt và tham gia giao thông.

Nguyên nhân chấn thương: Đa số bệnh nhân chấn thương do nguyên nhân về tai nạn sinh hoạt (51,6%). Tỷ lệ bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông là 35,5%. Bệnh nhân tai nạn lao động chiếm tỷ lệ ít nhất (12,9%). Kết quả trên được lý giải do tất cả các đối tượng trong nghiên cứu là người già, tai nạn sinh hoạt

là nguyên nhân hàng đầu, đặc biệt là do té ngã. Người già thường có xu hướng ít sử dụng phương tiện công cộng và hạn chế hoạt động sản xuất. Nghiên cứu akbik (2019) có tỷ lệ người bệnh chấn thương dưới màng cứng do té ngã 64,5%⁴. Nghiên cứu của Vũ Minh Hải và Trần Đình Tùng (2020) cho kết quả tương đồng với tỷ lệ 51,3%¹.

Tiền sử bệnh: Tuổi già thường đi kèm với suy giảm chức năng và mắc các bệnh lý kèm theo. Vấn đề này ngày càng được quan tâm vì ảnh hưởng đến kết quả cuộc mổ và quá trình hồi phục của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp (48,3%). Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường là 16,1%. Hầu hết các nghiên cứu khác cũng cho thấy đa số bệnh nhân mắc các bệnh kèm theo. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý cao huyết áp trong nghiên cứu của Akbik O.S (2019) của là 59,7%⁴.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Tri giác: Tri giác là đặc điểm lâm sàng cần quan tâm nhất của bệnh nhân chấn thương dưới màng cứng. Bệnh nhân lúc vào viện có điểm Glasgow trung bình 11,2 ± 2,9 điểm. Tại thời điểm phẫu thuật, bệnh nhân có điểm 8,7 ± 2,8 điểm. Điểm Glasgow của bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật thấp hơn so với lúc vào viện. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu Bus S (2018)⁵ Nghiên cứu Vũ Minh Hải và Trần Đình Tùng (2020)¹.

Dấu hiệu giãn đồng tử: bệnh nhân có giãn đồng tử là 22,5%. Bệnh nhân có giãn đồng tử một bên và cả hai bên có tỷ lệ tử vong cao hơn so với bệnh nhân không có dấu hiệu này tỷ lệ lần lượt là 3,5 lần và 4,8 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,0034. Kết quả này khẳng định giãn đồng tử là một trong những dấu hiệu quan trọng nhất trong quá trình theo dõi, chẩn đoán và tiên lượng máu tụ dưới màng cứng.

Dấu hiệu yếu liệt nửa người: bệnh nhân yếu liệt nửa người trong nghiên cứu là 32,3%. Tỷ lệ này giao động từ 37,5% - 50,2% ở các nghiên cứu trong nước^{1,3}.

4.2.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Vị trí: Đa số vị trí máu tụ dưới màng cứng là bán cầu trái với tỷ lệ 53,2%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả Akbik (2019)⁴ nhưng có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Thanh Nam (2020)³.

Bề dày khối máu tụ: Đa số bệnh nhân có bề dày khối máu tụ từ 11 – 15 mm, chiếm tỷ lệ

50%.. Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Thanh Nam (2020)³ độ dày khối máu tụ 5-10mm (54,4%). Kết quả trên được lý giải do ở người cao tuổi não bị thoái hoá teo nhỏ lại, làm các rãnh cuộn não rộng ra và khoảng cách giữa nhu mô não với hộp sọ tăng lên, khoảng trống trong não nhiều hơn.

Di lệch đáy đường giữa Đây là dấu hiệu gián tiếp trên cắt lớp vi tính và là một dấu hiệu quan trọng giúp các bác sỹ lâm sàng đánh giá tình trạng chèn ép của não. Đa số người bệnh có mức độ di lệch từ 5 – 10 mm (82,2%). Tác giả Nguyễn Thanh Nam (2020)³.

Xóa bể đáy: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng phù não, xóa bể đáy là 4,8%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước. Nguyễn Thanh Nam (2020) là 10,9%³.

4.3. Thời gian từ khi tai nạn đến khi được mổ. Là khoảng thời gian có ý nghĩa đối với bệnh nhân CTSN có máu tụ nội sọ vì có liên quan đến quá trình hình thành khối máu tụ, khi khối máu tụ đã to, mức độ chèn ép đã lớn thì tỷ lệ tử vong càng cao. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật cách thời điểm từ lúc tai nạn 4 – 24h, chiếm tỷ lệ 88,7%. Đây có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tử vong cao của nghiên cứu chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam có sự khác biệt khi báo cáo tỷ lệ vào viện đa số trong khoảng thời điểm <4h(76,1%)³.

4.4. Phương pháp phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp điều trị đa số là ở volet bỏ xương (92%) với đường mổ dấu hỏi (96,8%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu tác giả Nguyễn Thanh Nam cho thấy tỷ lệ áp dụng phương pháp volet bỏ xương là 80,4%³.

Kích thước của nắp sọ là một yếu tố quan trọng cần cân nhắc. Nếu nắp sọ nhỏ làm tăng nguy cơ nhồi máu và phù não ở rìa xương. Chỉ định bỏ nắp hộp sọ để giảm áp ngoài căn cứ vào các dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính, các phẫu thuật viên còn cần phải dựa trên tình trạng của não của bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật (não đập tốt hay không, não phù nhiều hay ít, tình trạng XHDN nhận định khi phẫu thuật) để quyết định có nên hay không nên đặt lại xương sọ. Điều này theo chúng tôi phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

4.5. Kết quả điều trị

Biến chứng: Đa số người bệnh có biến chứng yếu liệt nửa người và viêm phổi, chiếm tỷ lệ lần lượt là 31% và 59,7%. Tỷ lệ chảy máu sau

mổ chiếm 3,2%, nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,6%. Kết quả nghiên cứu Nguyễn Thanh Nam cho thấy sau phẫu thuật có 5/46 bệnh nhân có chảy máu máu tái phát (10,9%), tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 6,5%, viêm phổi gặp ở 21/46 bệnh nhân (chiếm 45,6%)³.

Kết quả điều trị theo Ojemann: Đa số bệnh nhân có kết quả sớm sau mổ theo tiêu chí nghiên cứu ở mức độ xấu với tỷ lệ 59,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt đạt 14,5%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu tác giả Nguyễn Thanh Nam (2020)³. Kết quả nghiên cứu trước đây khi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sau mổ có kết quả tốt là 20/46 bệnh nhân (43,5%), kết quả trung bình là 19/46 (41,3%) và có kết quả xấu 7/46 (15,2%)³.

Kết quả khám lại: Khám lại sau 3 tháng, kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có kết quả điều trị tốt đạt tỷ lệ 22,6%. Tỷ lệ tử vong sau 3 tháng là 33,9%. Hầu hết các nghiên cứu trong nước có kết quả điều trị tốt hơn so với nghiên cứu chúng tôi. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi đặc thù, tỷ lệ biến chứng và tử vong do đó cao hơn hẳn so với các đối tượng chung.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính ở người bệnh trên 60 tuổi nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (51,6%). Đa số được phẫu thuật mở volet xương sọ lấy máu tụ, cầm máu, bỏ mảnh xương để giảm áp (92%). Kết quả xấu chiếm (48,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Minh Hải & Trần Hoàng Tùng.** Kết quả điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp Chí Học Việt Nam. 2020;1:294-297.
2. **Đàm Quang Thịnh.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Điều Trị Chấn Thương Sọ Não Cấp Tính ở Người Cao Tuổi. Luận văn Bậc sĩ CKII. Đại học Y Hà Nội; 2014.
3. **Nguyễn Thành Nam.** Kết Quả Điều Trị Máu Tụ Dưới Màng Cứng Cấp Tính Tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Vĩnh Phúc. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Akbik OS, Starling RV, Gahramanov S, Zhu Y, Lewis J.** Mortality and functional outcome in surgically evacuated acute subdural hematoma in elderly patients. World Neurosurg. 2019; 126:e1235-e1241.
5. **Bus S, Verbaan D, Kerklaan BJ, et al.** Do older patients with acute or subacute subdural hematoma benefit from surgery? Br J Neurosurg. 2019;33(1):51-57.