

6 răng thuộc phân loại I với bên phải chiếm 36,67% và bên trái là 43,44%. Không có bệnh nhân nào có tương quan 6 răng thuộc phân loại II. Điều đó cũng cho ta thấy bệnh nhân cắn ngược vùng cửa thì có tương quan răng 6 theo Angle là loại III và loại I.

Với những đặc điểm lâm sàng trên cũng cho thấy các bệnh nhân này phù hợp với việc đeo hàm Myobrace i3. Hàm Myobrace i-3 có thiết kế linh hoạt, kích thích các cơ mặt, giúp loại bỏ thói quen đặt lưỡi thấp và hỗ trợ điều trị sai khớp cắn loại III.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân có khớp cắn ngược vùng cửa trên hàm răng hỗn hợp giai đoạn sớm có vị trí lưỡi đặt thấp, hay kèm theo thói quen xấu đẩy lưỡi, chiều cao tăng mặt dưới thấp và tương

quan răng 6 theo Angle chủ yếu loại III sau đó đến loại I và không có tương quan loại II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Major, P.W. and K. Glover, Treatment of anterior cross-bites in the early mixed dentition. J Can Dent Assoc, 1992. **58**(7): p. 574-5, 578-9.
2. Moon, Y.-M., S.-J. Ahn, and Y.-I. Chang, Cephalometric predictors of long-term stability in the early treatment of Class III malocclusion. The Angle Orthodontist, 2005. **75**(5): p. 747-753.
3. Kajiyama, K., et al., Evaluation of the modified maxillary protractor applied to Class III malocclusion with retruded maxilla in early mixed dentition. American Journal of Orthodontics, 2000. **118**(5): p. 549-559.
4. Nagda, S.C. and U.B. Dixit, Current Evidence on the Effect of Pre-orthodontic Trainer in the Early Treatment of Malocclusion. 2019.
5. Wijey, R., It's time to talk about Myofunctional Therapy. 2018.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét lâm sàng, tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị không phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị không phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020. **Kết quả:** 117 bệnh nhân gồm 86 nam (73,5%), 31 nữ (26,5%); Tuổi nhỏ nhất: 8; Tuổi cao nhất: 96; Tuổi trung bình: $53,84 \pm 20,92$. Nguyên nhân tai nạn giao thông (55,6%), tai nạn sinh hoạt (35,9%), bạo lực (1,7%). Triệu chứng đau đầu (88,9%); tụ máu dưới da đầu (32,5%), vết thương vùng đầu (31,6%); nôn chiếm (23,1%). Lâm sàng theo (GCS): Mức độ nhẹ chiếm (90,6%), mức độ trung bình (7,7%), chỉ có (1,7%) mức độ nặng. Điều trị nội khoa, kết quả ra viện tốt (90,6%); khả chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính mức độ nhẹ điều trị không phẫu thuật đa số cho kết quả tốt. Khi điều trị cần lưu ý những bệnh nhân có thêm tổn thương phối hợp.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng cấp tính, máu tụ dưới màng cứng không phẫu thuật, chấn thương sọ não.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.12.2022
Ngày phản biện khoa học: 9.01.2023
Ngày duyệt bài: 8.2.2023

SUMMARY

THE OUTCOMES OF NONSURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE SUBDURAL HEMATOMAS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Clinical assessment, lesions on CT Scan and outcomes of non-surgical management of acute subdural hematomas. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 117 patients with acute subdural hematomas underwent non-surgical treatment at Department of Spinal Neurosurgery of Thai Binh General Hospital, from February to August, 2020. **Results:** 117 patients, including 86 males (73.5%), 31 females (26.5%); youngest: 8; oldest: 96; Mean age: 53.84 ± 20.92 . Traffic accidents accounted for (55.6%), household accidents (35.9%), violence (1.7%). Headache (88.9%); scalp hematomas (32.5%), head lacerations (31.6%); vomiting (23.1%). According to GCS: Mild (90.6%), moderate (7.7%), only (1.7%) severe. Nonsurgical treatment outcomes: good when being discharged accounted for (90.6%); fair (5.1%); moderate (1.7%); vegetative state (2.6%). **Conclusion:** Mild acute subdural hematomas underwent non-surgical treatment mostly give good outcomes. In treatment, it is necessary to pay attention to patients with associated lesions.

Keywords: acute subdural hematoma, non-surgical subdural hematoma, traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 25-30% số bệnh nhân chấn thương nói chung. Số bệnh

nhân cấp cứu sọ não do tai nạn giao thông có xu hướng tăng lên hàng năm tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tụ máu dưới màng cứng cấp tính là tổn thương hay gặp, đối với chấn thương sọ não nặng (GCS<8 điểm) do máu tụ dưới màng cứng cấp tính thì tỷ lệ tử vong cao và để lại những di chứng nặng nề...Tuy nhiên câu hỏi được đặt ra là chấn thương sọ não nhẹ máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị nội khoa thì kết quả thế nào? Chúng tôi mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị không phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020 nhằm mục đích trả lời câu hỏi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020, có tổng 534 bệnh nhân chấn thương sọ não nhập viện điều trị, trong đó có 153 (28,6%) bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương. Điều trị nội khoa 117 bệnh nhân (76,5%), phẫu thuật 36 bệnh nhân (22,9%).

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Phân bố theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới		Giới	
	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
≤18	6	100	0	0
19-29	14	93,3	1	6,7
30-39	10	83,3	2	16,7
40-49	6	66,7	3	33,3
50-59	14	73,7	5	26,3
60-69	21	72,4	8	27,6
70-79	10	71,4	4	28,6
≥80	5	38,5	8	61,5
Tổng	86	73,5	31	26,5

Nhận xét: 117 bệnh nhân gồm 86 nam chiếm (73,5%), 31 nữ chiếm (26,5%) Tuổi nhỏ nhất: 8; Tuổi cao nhất: 96; Tuổi trung bình: 53,84 ± 20,92; Nhóm tuổi (19-39) có 27 bệnh nhân (23,0%); nhóm tuổi (40-59) có 28 bệnh nhân (23,9%); >60 tuổi: 56 bệnh nhân (47,9%).

Bảng 3.2 Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %	Tổng %
Tai nạn giao thông	65	55,6	98,3
Tai nạn lao động	8	6,8	
Tai nạn sinh hoạt	42	35,9	

Bạo lực	2	1,7	1,7
Tổng	117	100	100

Nhận xét: Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm (55,6%), do tai nạn sinh hoạt chiếm (35,9%), bạo lực (1,7%).

Bảng 3.3 Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Hôn mê	4	3,4
Đau đầu	104	88,9
Nôn	27	23,1
Chảy máu mũi	5	4,3
Chảy máu tai	11	9,4
Bầm tím quanh mắt	11	9,4
Tụ máu, sưng nề dưới da đầu	38	32,5
Vết thương vùng đầu	37	31,6
Liệt ½ người	7	6,0
Liệt dây VII	1	0,9
Khoảng tỉnh	3	2,6

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu gặp (88,9%); tụ máu dưới da đầu (32,5%), vết thương vùng đầu (31,6%); nôn chiếm (23,1%)

Bảng 3.4 Mức độ nặng theo tri giác

GCS	n	Tỷ lệ %
13-15 điểm	106	90,6
9-12 điểm	9	7,7
3-8 điểm	2	1,7
Tổng	117	100

Nhận xét: Mức độ nhẹ chiếm (90,6%), mức độ trung bình (7,7%), chỉ có (1,7%) mức độ nặng.

Bảng 3.5 Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính

Tổn thương phổi hợp	n	Tỷ lệ %
Máu tụ dưới màng cứng cấp tính	117	100
Vỡ xương sọ	19	16,2
Phù não nặng	1	0,9
Máu tụ ngoài màng cứng	11	9,4
Máu tụ nhu mô não	5	4,3
Chảy máu khoang dưới nhện	36	30,8

Nhận xét: Tổn thương phổi hợp máu tụ dưới màng cứng gặp nhiều nhất là vỡ xương sọ (16,2%); máu tụ ngoài màng cứng (9,4%); máu tụ nhu mô não (4,3%)

Bảng 3.6 Tổn thương phổi hợp

Tổn thương phổi hợp	n	Tỷ lệ %
Vết thương rách da	37	31,6
Vết thương bàn tay	5	4,3
Chấn thương hàm mặt	15	12,8
Chấn thương cột sống cổ	2	1,7
Chấn thương cột sống ngực thắt lưng	2	1,7
Chấn thương ngực	6	5,1
Gãy xương chi	16	13,7

Nhận xét: Tỷ lệ vết thương rách da chiếm (31,6%); gãy xương chi chiếm (13,7%); chấn thương hàm mặt (12,8%); chấn thương ngực chiếm (5,1%)

Bảng 3.7 Tình trạng ra viện

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Tốt	106	90,6
Khá	6	5,1
Trung bình	2	1,7
Kém	3	2,6
Tử vong	0	0
Tổng	117	100

Nhận xét: Tình trạng ra viện tốt (90,6%) ở 106 bệnh nhân có tình trạng nhẹ (GCS 13-15 điểm); khá chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020, có tổng 534 bệnh nhân chấn thương sọ não nhập viện điều trị, trong đó có 153 (28,6%) bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương. Phẫu thuật 36 bệnh nhân (22,9%), điều trị nội khoa 117 bệnh nhân (76,5%). 117 bệnh nhân gồm 86 nam chiếm (73,5%), 31 nữ chiếm (26,5%). Tuổi trung bình $53,84 \pm 20,92$ (từ 8-96 tuổi), nhóm tuổi trên 60 có 56 bệnh nhân (47,9%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm (55,6%), do tai nạn sinh hoạt chiếm (35,9%), bạo lực (1,7%). Tổn thương phối hợp máu tụ dưới màng cứng gặp nhiều nhất là vỡ xương sọ (16,2%); máu tụ ngoài màng cứng (9,4%); máu tụ nhu mô não (4,3%). Mức độ chấn thương theo Glasgow Coma Scale (13-15 điểm) có 106 bệnh nhân (90,6%), GCS (9-12 điểm) (7,7%), chỉ có (1,7%) mức độ GCS (3-8 điểm).

4.2. Kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi điều trị nội khoa 106 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn mức độ nhẹ (Glasgow Coma Scale 13-15 điểm) khi ra viện tốt (90,6%). 11 bệnh nhân mức độ trung bình và nặng khi ra viện khá chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%).

Kết quả nghiên cứu của Paul Bajsarowicz và cộng sự (2015) cho biết trong thời gian 4 năm có tổng số 869 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương, 646 bệnh nhân (74,3%) ban đầu được điều trị bảo tồn. Kết quả tốt đạt được ở 76,7% bệnh nhân. Chỉ có 6,5% yêu cầu phẫu thuật trì hoãn do tăng áp lực nội sọ hoặc tiến triển máu tụ dưới màng cứng và thời gian trì hoãn phẫu thuật trung bình là 9,5

ngày [2]. Nicholas A Morris và cộng sự (2016), nghiên cứu xác định tỷ lệ các biến cố bất lợi khi quản lý máu tụ dưới màng cứng không phẫu thuật và xem xét kết quả có khác nhau giữa nguyên nhân chấn thương và không do chấn thương. Trong 27,502 bệnh nhân được điều trị bảo tồn với máu tụ dưới màng cứng, trong đó 70,9% bị chấn thương và 29,1% không bị chấn thương. 1/8 bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng được quản lý bảo tồn được kiểm tra máu tụ dưới màng cứng trong vòng 90 ngày. Một tỷ lệ đáng kể được phẫu thuật hút máu tụ. So với bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng do chấn thương, bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng không do chấn thương có tỷ lệ nhập viện tiếp theo do máu tụ dưới màng cứng cao hơn đáng kể [3]. Thomas A van Essen và cộng sự (2022), báo cáo 1407 bệnh nhân tụ máu dưới màng cứng cấp tính. Phẫu thuật cấp cứu ở 336 (24%) bệnh nhân, bằng phẫu thuật mở sọ ở 245 (73%) và phẫu thuật bỏ xương sọ 91 (27%) bệnh nhân. Phẫu thuật mở sọ hoặc bỏ xương sọ sau khi điều trị bảo tồn ban đầu (n = 982) xảy ra ở 107 (11%) bệnh nhân. Tác giả nhận xét việc điều trị cho bệnh nhân tụ máu dưới màng cứng cấp tính với các đặc điểm tương tự khác nhau tùy thuộc vào trung tâm điều trị, do có sự khác biệt trong cách tiếp cận được ưu tiên. Chiến lược điều trị ưu tiên cách tiếp cận tích cực là phẫu thuật cấp cứu lấy máu tụ hơn điều trị bảo tồn ban đầu không liên quan đến kết quả chức năng tốt hơn (đánh giá kết quả sau 6 tháng). Do đó, ở một bệnh nhân bị tụ máu dưới màng cứng cấp tính mà phẫu thuật viên thần kinh không thấy rõ ưu thế của phẫu thuật cấp cứu so với điều trị bảo tồn, điều trị bảo tồn ban đầu có thể được xem xét [4]. Phạm Ty (2010), báo cáo kết quả điều trị nội khoa 174 bệnh nhân cao tuổi chấn thương sọ não thấy tốt (74,6), di chứng nhẹ (20,1%), di chứng nặng (2,3%), thực vật (0,6%), nặng xin về 3 ca tử vong (1,7%) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi 106 bệnh nhân đa số là nhẹ nên chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị không phẫu thuật, kết quả đa số tốt.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính mức độ nhẹ điều trị không phẫu thuật đa số cho kết quả tốt. Khi điều trị cần lưu ý những bệnh nhân có thêm tổn thương phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ty (2010), Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở người cao tuổi, Tạp chí Y học Việt Nam, 2010, tháng 5, số 1, 57-60.

2. **Paul Bajsarowicz, Ipshita Prakash (2015)**, Nonsurgical acute traumatic subdural hematoma: what is the risk? *J Neurosurg* 2015 Nov; 123(5):1176-83.
3. **Nicholas A Morris, Alexander E Merkle, Adverse, et al (2016)**, Outcomes After Initial Non-surgical Management of Subdural Hematoma: A Population-Based Study. *Neurocrit Care*. 2016 Apr;24(2):226-32.
4. **Thomas A van Essen, Hester F Lingsma, et al (2022)**, Surgery versus conservative treatment for traumatic acute subdural haematoma: a prospective, multicentre, observational, comparative effectiveness study. *Lancet Neurol*. 2022 Jul;21(7):620-631.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÉP NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Nguyễn Thành Bắc*, Phạm Ngọc Hà*,
Trần Mạnh Cường*, Hoàng Mạnh Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng kết quả của phẫu thuật mở sọ giải ép (MSGE) ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 33 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa đã trải qua phẫu thuật mở sọ giải ép tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022. Các phân tích đơn biến và đa biến được thực hiện cho các biến số lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não liên quan đến kết quả chức năng theo thang điểm Rankin cải tiến (mRS). Kết quả lâm sàng được đánh giá sau 90 ngày. **Kết quả:** Điểm mRS trung bình tại thời điểm 90 ngày sau phẫu thuật mở sọ giải ép là 4. Kết quả chức năng tốt được quan sát thấy ở 33,3% bệnh nhân tại ngày thứ 90. Tỷ lệ tử vong sau 90 ngày là 24,2%. Phân tích đơn biến xác định khả năng dẫn đến kết quả chức năng kém (điểm mRS từ 4–6) ở những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não cũ (OR 2,2 [95% KTC 1,09–10,66]; p = 0,037), tiền sử tăng huyết áp (OR 12,0 [KTC 95% 1,99–72,35]; p = 0,030), di lệch đường giữa (DLĐG) > 10 mm (OR 12,0 [KTC 95% 2,16–66,54]; p = 0,002). Phân tích đa biến cho thấy tỷ lệ cao của kết quả chức năng kém liên quan đến tiền sử đột quỵ não cũ (OR 5,56 [KTC 95% 2,23–10,32]; p = 0,026, MLS > 10mm (OR 6,74 [KTC 95% 1,21–12,33]; p = 0,038), giãn đồng tử (OR 11,88 [KTC 95% 1,65–30,78] p = 0,017). **Kết luận:** Tiền sử đột quỵ, tăng huyết áp, di lệch đường giữa > 10 mm và giãn đồng tử trước khi phẫu thuật có liên quan đến kết quả chức năng kém.

Từ khóa: mở sọ giải ép; nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa.

**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Linh

Email: hoangmanhlinhhq1@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023

SUMMARY

A STUDY ON SOME PROGNOSTIC FACTORS FOR DECOMPRESSIVE HEMICRANIECTOMY OF LARGE MIDDLE CEREBRAL ARTERY INFARCTION

Objective: to identify some prognostic factors of outcome for decompressive hemicraniectomy (DH) in large middle cerebral artery infarction. **Materials and method:** Including 33 patients with malignant middle cerebral artery territory infarction who underwent decompressive hemicraniectomy at the Department of Neurosurgery - 103 Military Hospital from January 2017 to September 2022. Univariate and multivariate analyses were performed for an array of clinical variables in relationship to functional outcome according to the modified Rankin Scale (mRS). Clinical outcome was assessed at 90 days. **Results:** The mean mRS score at 90 days follow-up post-DH was 4. Good functional outcome was observed in 33.3% of patients at 90 days. The mortality rate at 90 days was 24.2%. Univariate analysis identified a greater likelihood of poor functional outcome (mRS scores of 4–6) in patients with a history of stroke (OR 2.2 [95% CI 1.09–10.66]; p = 0.037), a history of hypertension (OR 12 [95% CI 1.99–72.35]; p = 0.030), peak midline shift (MLS) > 10 mm (OR 12. [95% CI 2.16–66.54]; p = 0.002). Multivariate analysis demonstrated elevated odds of poor functional outcome associated with a history of stroke (OR 5.56 [95% CI 2.23–10.32]; p = 0.026), MLS > 10 mm (OR 6.74 [95% CI 1.21–12.33]; p = 0.038), pupillary dilation (OR 11.88 [95% CI 1.65–30.78] p = 0.017). Patients with infarction involving the dominant hemisphere had higher odds of unfavorable functional outcome at 90 days (OR 9.067 [95% CI 1.72–47.67]; p = 0.006). **Conclusion:** History of stroke, hypertension, diabetes, peak MLS > 10 mm, and presence of pupillary dilation prior to intervention are associated with a worse functional outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não điện rộng