

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG QUÊN Ở BỆNH NHÂN SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Lê Thị Mỹ Tiên¹, Nguyễn Dương Hanh¹, Trần Văn Nhiều¹, Nguyễn Diệu Thuý², Nguyễn Thị Kim Liên³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Di chứng sau chấn thương sọ não rất đa dạng và phức tạp, ít nhất 70% bệnh nhân có trải qua tình trạng quên sau chấn thương trong suốt quá trình phục hồi chức năng. **Mục tiêu:** Đặc điểm tình trạng quên sau chấn thương ở bệnh nhân sau chấn thương sọ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 38 bệnh nhân đã được thăm khám, chẩn đoán xác định chấn thương sọ não và điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020 bằng phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 78,2% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có GOS trên 3; có sự liên quan giữa GOS xuất viện và sau 12 tuần, tình trạng mất ý thức và sự thay đổi hành vi, chất lượng cuộc sống và tình trạng quên của bệnh nhân CTSN khi xuất viện và sau 12 tuần; **Kết luận:** Tình trạng quên sau CTSN có liên quan đến vị trí tổn thương não trên cắt lớp vi tính, điểm GOS xuất viện và sau 12 tuần.

Từ khóa: quên sau chấn thương, chấn thương sọ não.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH POST-TRAUMATIC AMNESIA IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY

Background: Post traumatic brain injury symptoms are diverse and complex, at least 70% experience post-traumatic amnesia through to the rehabilitation referral stages. **Objective:** Characteristics of post-traumatic amnesia after traumatic brain injury. **Subjects and method:** 38 traumatic brain injury patients were examined at Rehabilitation Center, Bach Mai Hospital from September 2019 to June 2020 by the cross-sectional method. **Results:** 78,2% of patients in the study group had GOS above 3; there is an association between GOS discharge and after 12 weeks, loss of conscious and behavior change, quality of life and PTA. **Conclusion:** The clinical feature of post-traumatic amnesia in patients after TBI is related to the location of brain injury on computed tomography, GOS hospital discharge and after 12 weeks.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Học viên Y dược học Cổ truyền Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một trong những nguyên nhân tổn thương não thường gặp sau đột quỵ, để lại khiếm khuyết nặng nề về nhận thức, vận động, đặc biệt về trí nhớ. Có đến 70% trường hợp chấn thương sọ não trải qua thời kỳ quên sau chấn thương, dựa vào thời kỳ quên sau chấn thương tiên lượng mức độ nhận thức sau chấn thương sọ não, thời gian nằm viện, nguy cơ xuất hiện cơn động kinh, và mức độ chức năng sau khi xuất viện [1], [2].

Quên sau chấn thương là một giai đoạn thay đổi nhận thức thoáng qua sau chấn thương sọ não gồm rối loạn nhận thức, mất định hướng, kích động, quên thuận chiều và quên ngược chiều [2]. Khoảng 42% bệnh nhân có biểu hiện không tập trung, có hành vi kích động. Nếu không phát hiện sớm tình trạng quên sau chấn thương sẽ ảnh hưởng đến chỉ định các phương thức can thiệp và hiệu quả phục hồi chức năng sau chấn thương sọ não [3]. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả lượng giá thời gian quên sau chấn thương sọ não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân chấn thương sọ não lần đầu đang điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng - Bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và có hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não, có Glasgow từ 13 đến 15 điểm, đại diện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trường hợp đa chấn thương nặng, thất ngôn nặng, quá trình phẫu thuật sọ não sử dụng quá liều thuốc mê hoặc thuốc giảm đau. Tiền sử bệnh nhân dùng thuốc gây nghiện, có bệnh lý thần kinh sọ não trước đó. Phụ nữ mang thai. Tuổi >60.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang; Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu. Khám, lượng giá và lập hồ sơ nghiên cứu.

Lượng giá: bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai được

tiến hành lượng giá vào 3 thời điểm vào viện, ra viện và sau 12 tuần bằng các thang điểm sau:

- Chẩn đoán xác định tình trạng quên dựa vào thang điểm quên sau chấn thương (WPTAS). Phân loại mức độ quên dựa theo tác giả Brown (2010).

- Mức độ độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày theo chỉ số Barthel: độc lập (95-100 điểm), trợ giúp ít (65-95), trợ giúp trung bình (25-60), trợ giúp hoàn toàn (dưới 20).

- Đánh giá mức độ hồi phục và tử vong dựa theo thang điểm GOS:

- + GOS 1: tử vong
- + GOS 2: sống thực vật
- + GOS 3: phục hồi kém
- + GOS 4: tự chăm sóc bản thân-chưa lao động được,
- + GOS 5: lao động lại được.

- Thang đo lường chất lượng cuộc sống tại Việt Nam (bộ công cụ EQ-5D-5L): đây là bộ công cụ được chuẩn hoá bằng dữ liệu trên người Việt Nam vào năm 2018. Gồm 5 câu hỏi, mỗi câu hỏi đại diện cho một phương diện (đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày, đau/khó chịu và lo lắng/u sầu), và có 5 mức độ trả lời từ không gặp vấn đề (cấp độ 1), một vài khó khăn (cấp độ 2) hoặc các vấn đề rất nghiêm trọng (cấp độ 5).

2.3. Xử lý số liệu. Chúng tôi dùng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu. Các phép so sánh có ý nghĩa khi $p < 0,05$. So sánh trung bình 2 nhóm độc lập bằng T-test; đánh giá mối liên hệ giữa các đối tượng bằng χ^2 , đánh giá mối tương quan và hồi quy giữa 2 nhóm độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố liên quan đến kết quả lượng giá thời gian quên sau chấn thương sọ não

Bảng 3.1 Mối liên quan giữa GOS xuất viện và tình trạng quên sau chấn thương

GOS \ PTA	Có	Không	p
GOS 3	18 (78,2%)	5 (21,7%)	p<0,05
GOS 4	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Tổng	26	12	

Nhận xét: 78,2% bệnh nhân sau CTSN có điểm GOS = 3.

Bảng 3.2 Mối liên quan giữa GOS sau 12 tuần và tình trạng quên sau chấn thương

GOS \ PTA	Có	Không	p
GOS 3	10 (76,9%)	3 (23,1%)	p<0,05
GOS 4	16 (64%)	9 (36%)	
Tổng	26	12	

Nhận xét: Có sự khác biệt GOS giữa nhóm bệnh nhân có và không quên sau CTSN với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tình trạng quên sau chấn thương và mất ý thức

Mất ý thức \ PTA	Có	Không	p
Có	19 (76,6%)	4 (23,4%)	p<0,05
Không	7 (48,1%)	8 (51,9%)	
Tổng	26	12	

Nhận xét: Sự khác biệt tình trạng quên sau chấn thương với mất ý thức là có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 9,0$ và $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Điểm ABS và tình trạng quên sau chấn thương sọ não

ABS \ PTA	Có	Không	p
≤21	5 (62,5%)	3 (37,5%)	p<0,001
>21	21 (70,0%)	9 (30,0%)	
Tổng	26	12	

Nhận xét: 84,6% bệnh nhân CTSN trong thời kỳ quên sau chấn thương có thay đổi về hành vi (điểm ABS > 21). Sự khác biệt điểm ABS ở 2 nhóm có quên và không quên sau chấn thương sọ não là có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 16,7$ với $p < 0,001$, hệ số tương quan OR = 0,149, khoảng tin cậy 95% là từ 0,057 đến 0,391.

Bảng 3.5. Vị trí tổn thương não trên cắt lớp vi tính sọ não và tình trạng quên sau chấn thương

Vị trí tổn thương \ PTA	Có	Không	p
Thái dương	14 (87,5%)	2 (12,5%)	<0,05
Trán	5 (55,5%)	4 (44,5%)	
Bán cầu	7 (53,8%)	6 (46,2%)	
Tổng	26	12	

Nhận xét: Hầu hết (>80%) trường hợp CTSN trong tình trạng quên sau chấn thương có tổn thương não ở thái dương. Sự khác biệt tình trạng quên sau chấn thương với các vùng tổn thương có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 15,6$ với $p < 0,05$ và hệ số tương quan Pearson's R = -0,201.

Bảng 3.6. Chất lượng cuộc sống sau chấn thương sọ não 12 tuần và tình trạng quên sau chấn thương

PTA \ CLCS	n	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị p
Có	16	0.46±0.18	

Không	22	0.48±0.17	p>0,05
Tổng	38	0.47±0.17	

Nhận xét: Sự khác biệt điểm trung bình chất lượng cuộc sống bệnh nhân ở nhóm quên sau chấn thương là 0,013. Tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.2. Môi liên quan giữa tình trạng quên sau phẫu thuật chấn thương với mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày thông qua chỉ số Barthel

Bảng 3.7. Chỉ số Barthel của bệnh nhân sau CTSN

Chỉ số Barthel	Số lượng BN (n)	Tỉ lệ (%)
Độc lập	0	0%
Phụ thuộc ít	1	2,6%
Phụ thuộc trung bình	31	81,6%
Phụ thuộc nặng	6	15,8%

Nhận xét: 97% bệnh nhân sau CTSN phụ thuộc vào người chăm sóc.

Bảng 3.8. Môi tương quan chỉ số Barthel và tình trạng quên sau chấn thương

Barthel Index	PTA		Có		Không	
	n	%	n	%	n	%
Độc lập	0	0	0	0	0	0
Phụ thuộc ít	1	50,0	1	50,0	1	50,0
Phụ thuộc trung bình	20	64,5	11	35,5	11	35,5
Phụ thuộc hoàn toàn	6	100	0	0,0	0	0,0
Tổng cộng	26		12		12	

Nhận xét: 100% bệnh nhân trong quá trình quên sau chấn thương phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Tuy nhiên sự khác biệt về mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở nhóm bệnh nhân quên sau chấn thương không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố liên quan đến kết quả lượng giá thời gian quên sau chấn thương sọ não. Bảng 3.3 chỉ ra rằng tỷ lệ quên sau chấn thương cao hơn ở nhóm bệnh nhân CTSN được ghi nhận mất ý thức sau CTSN, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả của chúng tôi còn chỉ ra rằng nhóm không xác định được tình trạng mất ý thức sau CTSN cũng chiếm tỷ lệ khá cao. Vì hầu hết các trường hợp tham gia giao thông, xảy ra chấn thương, không có người nhà hoặc người khác chứng kiến, nên không thể lượng giá chính xác tình trạng mất ý thức sau chấn thương.

Bảng 3.4 cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về điểm ABS trung bình ở nhóm bệnh nhân có quên sau chấn thương và nhóm không có quên sau

chấn thương. Ngoài ra, còn có sự tương quan giữa thời gian sau chấn thương, đặc điểm nhân trắc học, vị trí tổn thương, mức độ nhận thức ở nhóm có điểm ABS>21 được ghi nhận ở nghiên cứu của McKay và cộng sự năm 2018. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tuổi, mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hằng ngày và điểm WPTAS có mối tương quan nghịch với mức độ rối loạn hành vi sau CTSN.

Nghiên cứu chỉ ra rằng vị trí tổn thương não sau CTSN có mối tương quan với tình trạng quên sau chấn thương. Tình trạng quên chiếm tỷ lệ cao ở các nhóm có tổn thương thùy trán, thái dương và bán cầu đại não hơn so với các vùng chấn thương khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của McKay và Gurin, vị trí tổn thương não ở thùy thái dương và thùy trán ảnh hưởng đến quá trình hình thành và lưu trữ ký ức.

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân có thay đổi so với trước khi CTSN được thống kê trong rất nhiều nghiên cứu. Bảng 3.6 cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân có và không có quên sau chấn thương chỉ khác nhau 0,025 và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể lý giải do thời điểm nghiên cứu lúc bệnh nhân bị CTSN không lâu, người thân tận tình chăm sóc, môi trường bệnh viện các y bác sĩ tận tâm, cố gắng điều trị cho bệnh nhân, nên bệnh nhân nhận thấy không có sự khác biệt nhiều. Chúng tôi đề nghị cần thực hiện đánh giá điểm chất lượng cuộc sống ở các thời điểm khác nhau trong thời kỳ quên sau chấn thương và kể cả bệnh nhân khi quay lại tái khám.

4.2. Môi liên quan giữa tình trạng quên sau phẫu thuật chấn thương với mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày thông qua chỉ số Barthel. Bảng 3.8 cho thấy có sự khác biệt giữa tình trạng quên sau chấn thương ở các mức độ độc lập thực hiện chức năng sinh hoạt hằng ngày khác nhau. Tỷ lệ quên sau chấn thương chiếm 73,3% ở nhóm có mức độ phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc trong thực hiện sinh hoạt hằng ngày. Điều này cũng đã được ghi nhận trong y văn. Theo nghiên cứu của Lindsey cho thấy thời gian quên sau chấn thương có mối liên quan với mức độ độc lập chức năng sau CTSN qua phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy $F(1,23) = 7,24$, $p=0,013$, $R^2=0,240$ và thời gian quên sau chấn thương dự đoán chính xác điểm FIM khi xuất viện ($\beta = -0,310$, $p=0,015$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu các trường hợp quên sau phẫu thuật CTSN chúng tôi rút ra kết luận có sự liên quan giữa PTA với GOS xuất viện và sau 12 tuần, vị trí tổn thương não trên cắt lớp vi tính. Tuy nhiên, do thời gian nghiên cứu ngắn và số lượng cỡ mẫu ít, nên chúng tôi đề xuất cần thực hiện trên nhóm nghiên cứu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn 12 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu Thị Thanh Nga và cộng sự** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chấn thương sọ não mức độ nặng và vữa ở khoa cấp cứu Bệnh viện Trung Ương Huế, Tạp chí Y dược học – Trường Đại học Y dược Huế, 7(2).
2. **Laurence A.G Marshanman et al** (2013), Post-traumatic Amnesia. Journal of Clinical Neuroscience, 20, 1475-1481.
3. **Adam McKay et al** (2018), The relationship between agitation and impairments of orientation and memory during the PTA period after traumatic brain injury, Neuropsychological Rehabilitation, DOI: 10.1080/09602011.2018.1479276.
4. **Queensland Health** (2018). Clinical task instruction D-CP05: The Westmead Post-Traumatic Amnesia Scale.
5. **Jessica Trevena-Peters, Adam McKay, Jennie Ponsford** (2018), Activities of daily living retraining and goal attainment during post-traumatic amnesia, Neuropsychological Rehabilitation, DOI: 10.1080/09602011.2018.1441033.
6. **Mahoney FI, Barthel D.** "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Used with permission.
7. **Min Li et al** (2016), Epidemiology of Traumatic Brain Injury over the World: A Systematic Review, AustinNeurol & Neurosci 1(2), www.austinpublishinggroup.com

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN TẠI CHỖ CỦA UNG THƯ NGOẠI TIẾT ĐẦU TỤY

Lê Thanh Dũng¹, Nguyễn Thị Hiếu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục đích đánh giá tính chất xâm lấn tại chỗ liên quan tới khả năng cắt bỏ ung thư đầu tụy trên cắt lớp vi tính đa dây. Liên quan của khối u với mạch máu được chia thành các cấp độ A (không liên quan), B (thâm nhiễm), C (xâm lấn) và D (tắc mạch). Chúng tôi lựa chọn được 105 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư ngoại tiết đầu tụy trên CLVT 64 dây từ 1/2020 đến 8/2022 tại bệnh viện Việt Đức. Kết quả cho thấy các mức độ liên quan của khối u với động mạch thân tạng (ĐMTT), động mạch mạc treo tràng trên (ĐM TTTT), động mạch gan chung (ĐMG) và tĩnh mạch mạc treo tràng trên (TM MTTT) có ảnh hưởng tới khả năng cắt bỏ hết u sau phẫu thuật. Ngoài ra chẩn đoán di căn hạch vùng của u tụy trên CLVT đa dây có độ chính xác 42%, đánh giá xâm lấn tá tràng có độ chính xác 87%.

Từ khóa: ung thư đầu tụy, xâm lấn, cắt lớp vi tính đa dây.

SUMMARY

ASSESSMENT OF LOCAL INVASION IN PANCREATIC HEAD CANCER WITH MULTISLIDE SPIRAL CT

The study aimed to evaluate presence of direct

invasion of surrounding structures in multislice computer tomography (MSCT), relating to resectability of pancreatic head adenocarcinoma. Contiguity of tumor with the adjacent vessels was graded from A to D: A (unrelating), B (abutment), C (encasement), D (occlusion). We selected 105 patients who underwent an abdominal MSCT scan at Vietnam-Germany Hospital from 1/2020 to 8/2022. Results, invasion degrees of celiac axis, superior mesenteric artery, common hepatic artery and superior mesenteric vein were significantly associated with resectability ($p < 0.01$). The MSCT findings of pancreatic head tumor had low diagnostic accuracy in assessing regional lymph node (42%), but had high diagnostic accuracy in evaluating duodenal invasion (87%).

Keywords: pancreatic head adenocarcinoma, local invasion, MSCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp điều trị triệt căn duy nhất của ung thư tụy là phẫu thuật cắt bỏ khối u, mặc dù tiên lượng sau khi phẫu thuật vẫn tương đối kém, với chỉ khoảng 5-25% số bệnh nhân (BN) sống trên 5 năm, đặc biệt là ung thư tụy ngoại tiết (adenocarcinoma).¹ Ngoại trừ do di căn xa thì khả năng phẫu thuật chủ yếu dựa vào việc đánh giá tính chất xâm lấn tại chỗ của khối u, nhất là xâm lấn mạch máu. Có nhiều hướng dẫn khác nhau để đánh giá khả năng cắt bỏ (resectability) nhưng đều thống nhất đánh giá dựa trên tương quan khối u với các mạch máu lớn quanh tụy, nhất là các mạch máu hệ cửa –

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023