

sống phía trên và dưới đĩa đệm phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, có đến 83,3% NB hài lòng và rất hài lòng về kết quả phẫu thuật sau 6 tháng. Đây đều là những NB sau mổ cải thiện được tình trạng lâm sàng rõ rệt và trở lại với các sinh hoạt cơ bản hàng ngày. Ngoài ra, vẫn còn 16,7% không hài lòng về kết quả phẫu thuật. Mặc dù sau phẫu thuật các triệu chứng có giảm nhưng NB vẫn cảm thấy khó chịu, ảnh hưởng đến sinh hoạt và làm việc hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Điều trị TVĐĐ CSC thấp đơn tầng bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lồi trước cho kết quả cải thiện tốt các biểu hiện lâm sàng và không có tai biến trong mổ. Sau mổ cải thiện rõ rệt mức độ đau với điểm VAS trung bình trước mổ $6,7 \pm 0,9$, khám lại sau mổ 6 tháng giảm còn $2,0 \pm 1,1$. Chức năng cột sống sau mổ 6 tháng cải thiện tốt hơn trước mổ với điểm NDI trung bình lần lượt $22,3 \pm 12,9\%$ và $52,0 \pm 14,0\%$. Chức năng tùy hồi phục tốt với điểm JOA trước mổ $10,2 \pm 2,8$ và sau mổ 6 tháng $13,6 \pm 2,4$ và tỉ lệ hồi phục RR ở mức rất tốt và tốt là 64,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Radhakrishnan, K., et al.**, Epidemiology of cervical radiculopathy: a population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990.

1994. 117(2): p. 325-335.
2. **Kim, D.H., et al.**, Surgical anatomy and techniques to the spine e-book: expert consultation and print. 2013: Elsevier Health Sciences.
 3. **Buttermann, G.R.J.S.**, Anterior cervical discectomy and fusion outcomes over 10 years. 2018. 43(3): p. 207-214.
 4. **Konduru, S. and G.J.B.J.o.N.** Findlay, Anterior cervical discectomy: to graft or not to graft? 2009. 23(1): p. 99-103.
 5. **Pointillart, V., et al.**, Anterior discectomy without interbody fusion for cervical disc herniation. 1995. 4(1): p. 45-51.
 6. **Shi, S., et al.**, Comparison of 2 zero-profile implants in the treatment of single-level cervical spondylotic myelopathy: a preliminary clinical study of cervical disc arthroplasty versus fusion. 2016. 11(7): p. e0159761.
 7. **Duy, L.K., N.H. Thuận, and N.T.J.T.c.Y.D.h.C.T. Tân.** ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỘ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT ĐĨA, HẠN LIÊN THÂN ĐỐT LỒI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CÁN THỜ. 2022(50): p. 218-225.
 8. **Kiên, N.T.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ một tầng, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2020, Học viện Quân y: Hà Nội.
 9. **Rostami, M., et al.**, The impact of single-level anterior cervical discectomy and fusion on cervical sagittal parameters and its correlation with pain and functional outcome of patients with neck pain. 2021. 15(5): p. 899-905.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHOAN SỌ MỘT LỖ - BƠM RỬA DẪN LƯU KÍN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương¹, Trần Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng sau mổ của bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 44 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính và được phẫu thuật bằng phương pháp khoan sọ một lỗ - bơm rửa dẫn lưu kín tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 62,5. Tỷ lệ nam/nữ: 4,5/1. Triệu chứng lâm sàng: đau đầu 75%, liệt vận động 40,9%, động kinh 4,5% và ý thức

lơ mơ 18,2%. Nguyên nhân máu tụ do chấn thương 63,6%. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính sọ não: giảm tỷ trọng gấp 63,6%, bề dày máu tụ trung bình 13,6 mm và đè đẩy đường giữa trung bình 9,2 mm. Biến chứng sau phẫu thuật: tràn khí nội sọ 81,8%, có 9,1% bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu kín máu tụ DMC mạn tính mang hiệu quả và an toàn cho người bệnh. Rút dẫn lưu máu tụ khoảng 72 giờ sẽ làm giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, phẫu thuật khoan sọ một lỗ, máu tụ tái phát.

SUMMARY

ASSESSMENT OF RESULTS TREATING CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA BY SINGLE-HOLE CRANIOTOMY WITH IRRIGATION AND CLOSED DRAINAGE AT 103 MILITARY HOSPITAL

Aim: Evaluating of some clinical, preclinical

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

characteristics and postoperative complications of patients with chronic subdural hematoma. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study of 44 patients diagnosed with chronic subdural hematoma and operated by single-hole craniotomy – irrigation and closed drainage at 103 Military Hospital from January 2022 to December 2022. **Result:** Mean age was 62.5. Male/Female ratio was 4.5/1. Clinical symptoms: headache 75%, motor paralysis 40.9%, epilepsy 4.5% and lethargy 18.2%. Cause of hematoma due to trauma 63.6%. Image of computed tomography of the brain: hypodense was seen by 63.6%, average thickness of hematoma was 13.6 mm and median mid-line shift was 9.2 mm. Post-operative complications: intracranial pneumothorax was 81.8%, 9.1% of patients with recurrent chronic subdural hematoma. **Conclusion:** Single hole craniotomy to drain chronic subdural hematoma is effective and safe for patients. Removing drainage catheter about 72 hours reduces the risk of postoperative recurrence.

Keywords: Chronic subdural hematoma, single-hole craniotomy, recurrent chronic subdural hematoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng (DMC) mạn tính có tỷ lệ mắc hàng năm 1-5,3% trên 100 000 dân. Máu tụ DMC mạn tính là máu tụ có thời gian từ 14 hoặc 21 ngày trở lên. Tỷ lệ mắc ngày càng tăng cao do sự gia tăng dân số già [1], [2]. Có nhiều kỹ thuật phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính và một số biến chứng sau mổ đặc biệt tình trạng tái phát máu tụ là một thách thức trong điều trị. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ một lỗ - bơm rửa dẫn lưu kín tại Bệnh viện Quân y 103” nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và biến chứng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Gồm 44 bệnh nhân chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính và được PT bằng phương pháp khoan sọ một lỗ - bơm rửa dẫn lưu kín Khoa Ngoại Thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.

Chỉ định phẫu thuật: theo tác giả Mark S.G [3]

- Bề dày khối máu tụ chỗ lớn nhất từ 1cm trở lên
- Khối máu tụ gây triệu chứng liệt khu trú hoặc rối loạn tâm thần kinh
- Theo dõi khối máu tụ trên phim chụp CLVT hoặc CHT thấy khối máu tụ tiến triển.

Phương pháp phẫu thuật: phương pháp khoan sọ một lỗ - dẫn lưu kín ổ máu tụ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang
- Gồm 44 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ

dưới màng cứng mạn tính và phẫu thuật phương pháp khoan sọ một lỗ - bơm rửa dẫn lưu kín ổ máu tụ. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật là 3 tháng.

*** Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Tuổi, giới
- Nguyên nhân
- Triệu chứng lâm sàng: tri giác (điểm Glasgow), đau đầu, liệt vận động, nói khó và động kinh

*** Hình ảnh cắt lớp vi tính**

Các bệnh nhân được chụp bằng máy philip – 32 dãy của Đức có tiêm thuốc cản quang trước mổ. Đánh giá:

- Tỷ trọng: Tăng, giảm và đồng tỷ trọng
- Bề dày khối máu tụ, đè đẩy đường giữa: đo trực tiếp trên máy chụp

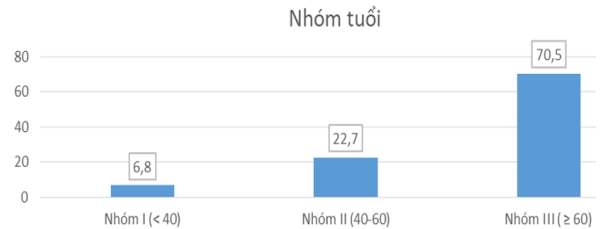
*** Biến chứng:** Chảy máu, nhiễm trùng, tụ khí nội sọ và máu tụ tái phát

*** Phân tích xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS version 26.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học. Giá trị p < 0,05 cho phép kết luận có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới

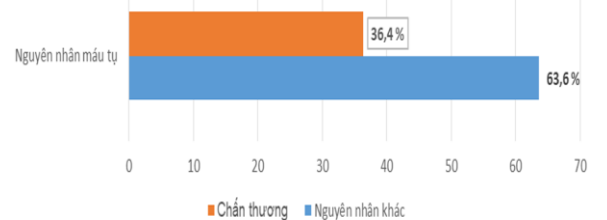
- Tuổi nhỏ nhất 21 và lớn nhất 87 tuổi. Tuổi trung bình: 62,5 tuổi
- Tỷ lệ nam/nữ: 4,5:1
- Nhóm tuổi:



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu gặp chủ yếu ở nhóm tuổi trên 60 tuổi, tỉ lệ 70,5 %

3.2. Triệu chứng lâm sàng

*** Nguyên nhân**



Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử chấn thương chiếm tỷ lệ 63,6%.

*** Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	Bệnh nhân (n)	%
Rối loạn tri giác (lơ mơ)	8	18,2
Đau đầu	33	75

Động kinh	2	4,5
Liệt vận động	18	40,9
Nói khó	12	27,3

Nhận xét:

- Triệu chứng đầu đầu gặp chủ yếu, với tỉ lệ 75%
- Liệt vận động gặp 40,9 %. Trong khi đó, động kinh chỉ có 4,5%.

3.3. Hình ảnh cắt lớp vi tính. Tất cả bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não có tiêm thuốc cản quang trước phẫu thuật.

Hình ảnh cắt lớp vi tính	Bệnh nhân (n)	%
Tăng tỷ trọng	11	25
Đồng tỷ trọng	5	11,4
Giảm tỷ trọng	28	63,6
Bề dày máu tụ (trung bình)	13,6 mm	
Đề dầy đường giữa (trung bình)	9,2 mm	

Nhận xét:

- Tỷ trọng chiếm đa số, tỷ lệ là 63,6%
- Bề dày ổ máu tụ trung bình là 13,6% và đề dầy đường giữa là 9,2%.

3.4. Biến chứng sau mổ. Các bệnh nhân được chụp phim CLVT sọ não trong 24 giờ sau phẫu thuật để đánh giá tình trạng chảy máu và tràn khí nội sọ. Tái phát máu tụ mạn tính được theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng.

Biến chứng	Bệnh nhân (n)	%
Chảy máu	2	4,5
Nhiễm trùng	0	0
Tràn khí nội sọ	36	81,8
Máu tụ tái phát	4	9,1

Nhận xét: - Chảy máu gặp 4,5%. Tuy vậy không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật.

- Tràn khí nội sọ: 81,8%
- Máu tụ DMC mạn tính tái phát: 9,1% và phải phẫu thuật lần hai

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân hơn 60 tuổi chiếm đa số, với tỷ lệ 70,5%. Các nghiên cứu trên thế giới để có kết quả tương tự như vậy. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính thường gặp người cao tuổi. Bệnh diễn biến từ từ và dễ nhầm với lú lẫn và tình trạng Azeimer của người cao tuổi [2].

Nguyên nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi do chấn thương là 63,6%. Tuy vậy, các kết quả cũng đưa ra một tỷ lệ không nhỏ là bệnh nhân dùng thuốc chống đông, bệnh gan mạn tính, nghiện rượu. Các tác giả trên thế giới đều cho rằng: yếu tố chấn thương gây máu tụ DMC cấp tính. Máu trong khoang DMC gây phản ứng viêm. Trong vòng vài ngày, các nguyên bào sợi xâm nhập vào

cục máu đông và hình thành các màng tân sinh ở màng bên trong tiếp xúc với vỏ não và bề mặt ngoài tiếp xúc với màng cứng. Tiếp theo là sự phát triển các mao mạch mới, quá trình phân hủy fibrin bằng enzym và hóa lỏng cục máu đông. Ngoài ra, sự thay đổi nồng độ của khối máu tụ sẽ gây hấp thu dịch từ bề mặt não vào trong ổ máu tụ làm ổ máu tụ tăng lên về thể tích và hóa lỏng hơn. Vì vậy, chính vì sự tiến triển về kích thước của khối máu tụ theo thời gian là căn cứ để chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân sớm [1], [3].

Lâm sàng: triệu chứng lâm sàng máu tụ DMC mạn tính được y văn miêu tả với bệnh cảnh diễn biến từ từ và tăng dần. Kết quả của chúng tôi triệu chứng bệnh nhân để phát hiện ra bệnh hay gặp là liệt nửa người 40,9% và ý thức lơ mơ dần gặp 18,2%. Các nghiên cứu đề chỉ ra rằng, những nguyên nhân chấn thương nhẹ sẽ dễ làm người bệnh bỏ qua, sau thời gian vài tuần người bệnh suy giảm ý thức hoặc xuất hiện liệt mới đi khám bệnh [2].

Hình ảnh cắt lớp vi tính: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu hình ảnh đồng và giảm tỷ trọng với tỷ lệ 75%. Các nghiên cứu cũng nhận xét hình ảnh máu tụ DMC mạn tính phụ thuộc vào tuổi ổ máu tụ. Thời gian càng dài tỷ trọng càng giảm. Trong trường hợp tỷ trọng máu tụ đồng tỷ trọng nhu mô não thì cần phải tiêm thuốc cản quang để xác định ranh giới ổ máu tụ [2],[4].

Chỉ định phẫu thuật được nhiều tác giả đưa ra các điều kiện, căn cứ để phẫu thuật. Chúng tôi lấy tiêu chuẩn của tác giả Mark S.G [3] làm chỉ định phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có bề dày máu tụ trung bình là 13,6 mm. Ngoài ra, cũng có nhiều phương pháp phẫu thuật: dẫn lưu máu tụ, bóc vỏ ổ máu tụ...mỗi phương pháp đều có chỉ định và điều kiện riêng. Tuy vậy, dẫn lưu kín, liên tục ổ máu tụ là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả điều trị cao [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có BN bị nhiễm khuẩn, viêm dò vết mổ, Có 81,8% BN tràn khí ổ máu tụ và điều trị nội khoa hiệu quả. Có 4 (9,1%) BN tái phát máu tụ sau mổ sau 1 tháng và phải phẫu thuật lần hai bằng khoan sọ lỗ hai bơm rửa dẫn lưu kín và đều ổn định [6].

Các tác giả đều đưa ra nhận định về cách thức bơm rửa, dẫn lưu ổ máu tụ, khoan sọ một lỗ hay hai lỗ liên quan đến tình trạng tái phát máu tụ sau mổ. Một số tác giả cho rằng khoan sọ một lỗ hay hai lỗ trong dẫn lưu máu tụ không liên quan đến khả năng tái phát mà phẫu thuật khoan sọ hai lỗ tăng nguy cơ nhiễm khuẩn hơn. Trong phẫu thuật chúng tôi rút dẫn lưu trong

vòng 48 giờ sau mổ. Một số tác giả cho rằng tỷ lệ tái phát máu tụ cao hơn ở nhóm rút dẫn lưu trước 72 giờ so với nhóm rút sau 72 giờ và các tác giả cũng khuyến cáo là trong thời gian còn dẫn lưu thì truyền dịch tĩnh mạch 2000 ml sẽ giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính hay gặp người cao tuổi. Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu kín máu tụ DMC mạn tính mang hiệu quả cho người bệnh. Nên rút dẫn lưu máu tụ khoảng 72 giờ sẽ làm giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karibe H., Kameyama M., Kawase M., Hirano T.** (2011) Epidemiology of chronic subdural hematoma. *No Shinkei Geka*;39:1149-53.
2. **Krupa M.** (2009) Chronic subdural hematoma: A review of the literature. Part 1. *Ann Acad Med Stetin*; 55:47-52.
3. **Mark S. G** (2016) *Handbook of Neurosurgery*,

- Chronic subdural hematoma, pp 898-901.
4. **Lollis S. S., Wolak M L., Mamourian A C.** (2006) Imaging characteristics of the subdural evacuating port system, a new bedside therapy for subacute/ chronic subdural hematoma. *AJNR Am J Neuroradiol*;27:74-5
 5. **Ducruet AF,** et al. (2012) The surgical management of chronic subdural hematoma. *Neurosurg Rev* 2012;35:155-69.
 6. **Ibrahim I., Maarrawi J., Jouanneau E., Guenot M., Mertens P., Sindou M.** (2010) Evacuation of chronic subdural hematomas with the Twist-Drill technique: Results of a randomized prospective study comparing 48-h and 96-h drainage duration. *Neurochirurgie* 56:23-7
 7. **Janowski M, Kunert P.** (2012) Intravenous fluid administration may improve post-operative course of patients with chronic subdural hematoma: A retrospective study. *PLoS One*; 7:e35634.
 8. **Sindou M, Ibrahim I, Maarrawi J.** (2010) Chronic sub-dural hematomas: Twist drill craniostomy with a closed system of drainage, for 48 hours only, is a valuable surgical treatment. *Acta Neurochir (Wien)* 2010;152:545-6.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TERATOMA BUỒNG TRỨNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Như Ngọc¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Tuấn Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân teratoma buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 252 bệnh nhân được phẫu thuật vì u buồng trứng từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, có kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 30,42 tuổi (10-68). Có 39 bệnh nhân (11,5%) teratoma buồng trứng ở cả hai bên. Kích thước u trung bình 70,73mm. Phân loại O-RADS độ 2, 3 và 4 trên siêu âm với tỉ lệ lần lượt là 80,6%, 11,5% và 7,9%. Tỉ lệ teratoma tế bào non và tế bào trưởng thành lần lượt là 2% và 98%. Nồng độ CA 125 ở nhóm BN có phân loại O-RADS càng cao thì càng cao; nồng độ CA 125 và aFP ở nhóm bệnh nhân teratoma tế bào non cao hơn tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kích thước u trung bình của nhóm bệnh nhân Teratoma tế bào non lớn hơn so với nhóm BN Teratoma tế bào trưởng thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). **Kết luận:** Teratoma tế bào non có kích thước u lớn, phân loại O-RADS độ cao và nồng độ

các chất chỉ điểm u cao (Ca125, HE4, aFP).

Từ khóa: Teratoma buồng trứng, teratoma tế bào non, O-RADS.

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN TERATOMA PATIENTS

Objective: Paraclinical characteristics of surgically treated ovarian teratoma patients. **Subjects and Methods:** This cross-sectional retrospective study enrolled 252 patients diagnosed with and surgically treated for ovarian teratoma from January 2022 to December 2022 at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The mean age was 30.42 years (range: 10-68). Bilateral ovarian teratomas were found in 39 patients (11.5%). The mean tumor size was 70.73mm. O-RADS classification 2, 3, and 4 on ultrasound accounted for 80.6%, 11.5%, and 7.9%, respectively. Immature and mature teratomas constituted 2% and 98%, respectively. CA 125 levels increased with higher O-RADS classification; CA 125 and aFP levels were higher in immature teratoma patients compared to mature teratoma patients, with statistically significant differences ($p < 0.05$). The mean tumor size of the immature teratoma group was larger than that of the mature teratoma group, with a statistically significant difference ($p < 0.01$). **Conclusion:** Immature teratomas exhibited larger tumor sizes, higher O-RADS classifications, and elevated levels of tumor markers (Ca125, HE4, aFP).

Keywords: Ovarian teratoma, immature

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023