

thời gian mắc bệnh trong khoảng từ 1 tuần - 2 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất và không có bệnh nhân nào mắc bệnh trên 2 tuần.

V. KẾT LUẬN

Mất ngủ không thực tổn trong hội chứng hậu COVID-19 chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi, nữ nhiều hơn nam, thời gian mất ngủ đa phần từ 2 - < 6 tháng. Các triệu chứng thường gặp trong giai đoạn nhiễm COVID-19 bao gồm sốt, mệt mỏi, đau đầu, mất ngủ, ho khan và thời gian nhiễm bệnh đa phần là từ 1 ≤ - < 2 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. Nhà xuất bản Y học. 2022
2. **Đỗ Xuân Tĩnh, Lương Công Thức, Trần Việt Tiến.** Nghiên cứu đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở người bệnh covid-19. Tạp chí Y dược học Quân sự số đặc biệt chuyên đề về covid-19. 2021, p251-256.
3. **Vũ Thị Thanh Loan (2023).** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và thể bệnh Y học cổ truyền trên bệnh

nhân COVID-19 kéo dài tại bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Evegenia Kalamara, Athanasia Pataka, Afroditi Boutou, et al.** Persistent sleep quality deterioration among post COVID-19 patients: Results from a 6-month follow-up study. J Pers Med. 2022, 12(11),1909.
5. **John Carlos Pedrozo-Pupo.** Prevalence and variables associated with insomnia among COVID-19 survivors in Colombia. Acta Biomed. 2022; 93(1):e2022019.
6. **Lin LY, Wang J, Ou-Yang XY, et al.** The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. Sleep Med. 2021;77:348-354.
7. **Raul Anwar Garcia Santos.** Insomnia in post COVID-19 hospitalized patients. Journal of the neurological sciences. 2021,10(429):119875.
8. **S.L.U 2022.** Viguera Editores. Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados: Neurología. com.2022.

ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT SỌ BẰNG 3D TITANIUM: TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phùng Tiến Dũng¹, Trần Trung Kiên¹,
Dương Trung Kiên², Nguyễn Đình Hưng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các biến chứng của phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng 3D Titanium và xác định một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến các biến chứng này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 44 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng 3D Titanium Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 6 năm 2023. Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật. Các biến chứng được thống kê và đánh giá bao gồm: Nguyên nhân khuyết xương sọ, các bệnh lý kèm theo (tăng huyết áp, tiểu đường, dùng thuốc chống đông), vị trí khuyết xương, thời điểm tiến hành phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng mảnh và 3D titanium. Các thuật toán được sử dụng để phân tích bao gồm Student's t-test, Chi-square tests và Fisher's exact test. Khoảng tin cậy được tính là 95%. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 29,54%. Các biến chứng thường gặp: Tụ máu ngoài màng cứng

(11,36%), tụ máu dưới màng cứng (9,09%). Một số yếu tố liên quan: Thời điểm tạo hình khuyết sọ (< 3 tháng) có tỷ lệ biến chứng thấp, thời điểm từ 3 đến 6 tháng cho kết quả tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn nhất. Bệnh nhân với độ tuổi từ 31-60 hoặc nguyên nhân ban đầu do chấn thương có xu hướng nằm viện và tỷ lệ biến chứng cao hơn. **Kết luận:** Mặc dù phẫu thuật tạo hình hộp sọ bằng 3D Titanium là một phẫu thuật đơn giản, nhưng nó thường có tỷ lệ biến chứng tương đối cao. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân và nhận biết sớm các biến chứng có thể giúp các bác sĩ tránh được các biến chứng. **Từ khóa:** Tạo hình hộp sọ, 3D Titanium, giãn não thất, nhiễm trùng.

SUMMARY

EVALUATING THE COMPLICATIONS OF FOLLOWING CRANIOPLASTY USING 3D TITANIUM MESH: INCIDENCE AND RELATIVE FACTORS

Objective: To evaluate complications of 3D Titanium cranioplasty after craniectomy and identify risk factors related to these complications. **Subject and method:** Retrospective cohort study of 44 patients from June 2019 to June 2023, who had undergone craniectomy followed by cranioplasty using 3D Titanium at Saint Paul General Hospital. All patients were followed up to at least 6 months after cranioplasty and complications were recorded both by

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

³Sở Y tế Thành phố Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Tiến Dũng

Email: phungtiendung3012197@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

imaging and clinically. The major complications were recorded and evaluated in relation to a number of risk factors: Reason for craniectomy, comorbidities (hypertension, diabetes mellitus, anticoagulation), location of cranioplasty, duration from decompressive craniectomy to cranioplasty. Algorithms used for analysis include Student's t-test, Chi-square tests and Fisher's exact tests. The confidence interval was calculated as 95%. Results: The overall complication rate after surgery was 29,54%. Common complications included: Epidural hematoma (11,36%), subdural hematoma (9,09%), Some related factors: The early cranioplasties (within 3 months) has a lower complication rate, cranioplasty from 3 to 6 months from craniectomy results in the low complication rate and shorter postoperative hospital stay. Patients with an age range of 31-60 years or a primary cause of trauma tend to be hospitalized and have a higher rate of complications and postoperative hospital stay.

Conclusion: Although cranioplasty using 3D Titanium is a simple surgery procedure, it is often has a relatively high complication rate. Control of a patient's risk factors and recognizing complications may help practitioners avoid the complications.

Keywords: Cranioplasty, hydrocephalus, infection, 3D Titanium.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mở sọ được đánh giá là một phương pháp điều trị có hiệu quả, cứu sống người bệnh trong những trường hợp tăng áp lực nội sọ (ALNS) không đáp ứng hồi sức nội khoa, do nhiều nguyên nhân khác nhau như, chấn thương sọ não nặng, xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, u não chảy máu. Phẫu thuật THKS nhằm giúp tối ưu hóa sự phục hồi thần kinh và về mặt thẩm mỹ và chức năng của hộp sọ, cũng như, cả về mặt sinh lý và/hoặc lâm sàng ở những BN sau PT mở sọ.

Mặc dù PT THKS bằng 3D Titanium là một kỹ thuật không quá phức tạp, an toàn... tuy nhiên, nó vẫn có tỷ lệ biến chứng nhất định. Tỷ lệ biến chứng sau PT dao động từ 5% đến 26,4%, tùy theo nhiều nghiên cứu.^{2,3} Việc xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến các biến chứng cũng là một vấn đề đang tiếp tục thu hút nhiều sự quan tâm nghiên cứu nhằm giúp hạn chế tối đa các nguy cơ rủi ro sau PT THKS bằng 3D Titanium. Trên cơ sở theo dõi, đánh giá các trường hợp được PT tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá các biến chứng của PT THKS bằng 3D*

titanium. Xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với các biến chứng của PT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 44 bệnh nhân được PT thuật tạo hình khuyết sọ bằng 3D Titanium tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2023.

- Tất cả các BN đều được theo dõi ít nhất 6 tháng sau PT THKS bằng 3D Titanium.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. BN được THKS bằng 3D Titanium tại Bệnh viện Xanh Pôn, được tái khám lại đầy đủ ít nhất 6 tháng sau mổ, có phim chụp CLVT trước và sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng như nhiễm trùng nặng, suy tim mất bù, đái tháo đường chưa kiểm soát được đường huyết. Bệnh nhân không đủ hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu

Mô tả các chỉ tiêu

- Một số đặc điểm: Tuổi, giới, bệnh lý kèm theo (tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, dùng thuốc chống đông...).

- Nguyên nhân phẫu thuật mở sọ.

- Vị trí khuyết sọ: Trán- thái dương, thái dương - đỉnh, thái dương 2 bên, trán, chẩm.

- Thời gian từ lúc mở sọ giải áp đến khi được THKS (nhóm bệnh nhân THKS bằng titanium ngay), Thời gian nằm viện sau mổ.

- Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trước và sau PT: Đánh giá các dấu hiệu rối loạn lưu thông dịch tủy (giãn não thất, nang nước dưới nhện), tụ máu ngoài màng cứng (NMC), dưới màng cứng (DMC).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Các biến chứng sau PT, bao gồm: Tụ máu NMC, tụ máu DMC, Đùn mảnh 3D Titanium, nhiễm trùng phải tháo bỏ mảnh Titanium... và phù não ác tính.

- Phân tích mối tương quan giữa một số yếu tố và các biến chứng sau PT

Số liệu được thu thập, xử lý phân tích thống kê trên phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán được sử dụng để phân tích bao gồm Student's t-test, Chi-square tests và Fisher's exact tests.

Bảng 1. Nguyên nhân khuyết xương sọ

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (N=44)	Tỷ lệ (%)	Thời gian nằm viện sau mổ (mean)(ngày)	
Chấn thương sọ	Máu tụ ngoài màng cứng	11	25%	7,84 ± 1,75

não	Máu tụ dưới màng cứng, dập não	18	40,09%	7,70 ±1,34
	Vết thương sọ não, lún sọ	5	11,36%	
Nhóm nguyên nhân khác	Tai biến mạch máu não, xuất huyết não	8	18,18%	
	U màng não	2	4,54%	
Tổng số		100%	44	

Nhận xét: Chấn thương sọ não và đột quỵ não là hai nguyên nhân chính cho chỉ định PT mở sọ. Trong nhóm chấn thương thì tụ máu DMC, dập não gặp nhiều nhất với tỷ lệ 40,09%. Bệnh nhân thuộc nhóm chấn thương có xu hướng nằm viện sau mổ lâu hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Bảng 2. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	34	77,27%
	Nữ	10	22,73%
Tuổi dao động từ 7 tuổi đến 68 tuổi, trung bình: 40,88 ± 15,95			
Tuổi (năm)	0-15	2	4,54%
	16-30	10	22,72%
	31-60	27	61,36%
	Trên 60	5	11,36%
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	5	11,36%
	Đái tháo đường	6	13,63%
	Dùng thuốc chống đông	1	2,54%
Vị trí khuyết sọ	Trán	5	11,36%
	Thái dương-đỉnh	8	18,18%
	Trán-thái dương	28	63,64%
	Thái dương 2 bên	2	4,54%
	Chẩm	1	2,27%

Nhận xét: Tuổi trung bình: 40,88 ± 15,95 năm. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 31-60 tuổi (61,36%). Tỷ lệ nam/nữ: 3,4/1. Bệnh kèm theo phổ biến nhất là đái tháo đường (13,63%). Tăng huyết áp gặp trong 11,36 % các trường hợp. Vị trí khuyết sọ vùng trán-thái dương một bên là chủ yếu (63,34%), Sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Máu tụ NMC, không có triệu chứng, không cần PT lấy máu tụ	5	11,36%
Máu tụ DMC, không có triệu chứng, không cần PT lấy máu tụ	4	9,09%
Đùn mảnh Titanium	2	4,54%
Nhiễm trùng phải PT tháo bỏ mảnh ghép	1	2,27%
Tử vong do phù não	1	2,27%
Tổng số	13	29,54%

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 29,54%. Tử vong: 1/44 BN (2,27%). Các biến chứng thường gặp: Máu tụ NMC (11,36%), máu tụ DMC (9,09%), đùn mảnh Titanium (4,54%). Biến chứng nhiễm trùng phải can thiệp PT bỏ mảnh Titanium là 1/44 bệnh nhân (2,27%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tổng số (n = 44)	Không biến chứng (n ₁ = 29)	Có biến chứng (n ₂ = 13)	P
Tuổi	0-15	2	1	1	>0,05
	16-30	10	7	3	
	31-60	27	17	8	
	Trên 60	5	4	1	
Giới	Nam	34	25	8	0,122
	Nữ	10	4	5	
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	5	4	1	>0,05
	Tiểu đường	6	4	2	
	Dùng thuốc chống đông	1	1	0	
Nguyên nhân	Chấn thương sọ não	34	22	12	0,280

nhân mở sọ	Xuất huyết não, u não	10	7	1	0,274
Vị trí khuyết sọ	Trán	5	4	1	
	Thái dương-đỉnh	8	5	1	
	Trán-thái dương	28	18	10	0,347
	Thái dương 2 bên	1	1	1	
	Chẩm	1	1	0	

Nhận xét: Tuổi, giới, vị trí khuyết sọ và nguyên nhân mở sọ không liên quan đến tỷ lệ các biến chứng ($p > 0,05$). Nhóm nguyên nhân do chấn thương có biến chứng gặp ở 12/34 bệnh nhân (35,29%), cao hơn nhóm nguyên nhân còn lại là xuất huyết não và u não, gặp ở 1/10 bệnh nhân (10%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời điểm THKS và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân được THKS lần đầu bằng Titanium ngay

Đặc điểm		Tổng số (n=31)	Không biến chứng (n ₁ =18)	Có biến chứng (n ₂ =10)	Thời gian nằm viện trung bình sau mổ (ngày)	p
Thời điểm phẫu thuật	Dưới 3 tháng	13	7	4	7,8±1,7	> 0,05
	Từ 3 đến 6 tháng	12	8	4	7,1±1,4	
	6 đến 12 tháng	6	4	2	7,9±1,6	

Nhận xét: Trong 44 bệnh nhân nghiên cứu, có 31 bệnh nhân được THKS ngay lần đầu bằng vật liệu 3D Titanium, còn lại 13 bệnh nhân đã được THKS trước đó bằng mảnh xương tự thân, sau đó bị tiêu xương. Nghiên cứu 31 bệnh nhân nhóm này cho kết quả thời gian THKS tập trung nhiều nhất trong khoảng 0-3 tháng sau phẫu thuật mở sọ, có 13/31 bệnh nhân. (41,93%). Có 12/31 (38,71%) BN được THKS trong khoảng 3

đến 6 tháng sau phẫu thuật mở sọ, nhóm này có thời gian nằm viện sau mổ thấp nhất là 7,1±1,4 (ngày) và tỷ lệ biến chứng thấp (33,33%), dù sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời điểm THKS dưới 3 tháng cho tỷ lệ biến chứng thấp nhất, gặp ở 4/13 bệnh nhân (30,7%). Tỷ lệ biến chứng giữa các khoảng thời gian khá tương đương nhau, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến từng loại biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Máu tụ NMC (n=5; 11,36%)	Máu tụ DMC (n=4; 9,09%)	Đùn mảnh Titanium (n=2, 4,54%)
Tuổi (trung bình)		52± 15,04	38,2±11,95	47±11,31
Giới: Nam/nữ		2/3	2/2	2/0
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	1	1	0
	Tiểu đường	1	1	0
Nguyên nhân mở sọ	Chấn thương sọ não	4	3	1
	Xuất huyết não	1	1	1
Vị trí khuyết sọ	Thái dương - đỉnh	0	2	2
	Thái dương 2 bên	1	0	0
	Trán - thái dương	4	1	0
	Trán	0	1	0

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, giới tính, bệnh kèm theo, nguyên nhân phẫu thuật sọ não ban đầu hay vị trí khuyết sọ với từng loại biến chứng (với $p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Thời điểm phẫu thuật THKS. Cho đến thời điểm này, hầu hết các nghiên cứu đều đồng ý rằng nên phẫu thuật THKS cho bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng sau phẫu thuật lần đầu, tuy nhiên vẫn còn gây tranh cãi⁴. Trong nghiên cứu này, thời gian đầu chúng tôi có xu hướng phẫu thuật vào khoảng thời gian

từ 3 đến 6 tháng, về sau này chúng tôi có thể phẫu thuật sớm hơn nếu không có các yếu tố gây trì hoãn như có dấu hiệu nhiễm trùng, tình trạng vết thương chưa ổn định, hoặc não còn phù nề. Trong nhóm nghiên cứu ở 31 bệnh nhân được THKS ngay bằng Titanium 3D, có 13/31 bệnh nhân (41,93%) được PT sớm (trong vòng 3 tháng) và 12/31 bệnh nhân (38,71%) được phẫu thuật trong vòng 3 đến 6 tháng, còn lại thuộc nhóm từ 6 đến 12 tháng. Kết quả của nhóm nghiên cứu cho thấy: Nhóm được PT THKS trong khoảng thời gian dưới 3 có xu hướng tỷ lệ biến chứng thấp nhất, nhóm bệnh nhân từ 3-6

tháng có tỷ lệ biến chứng là 33,33% và thời gian nằm viện sau mổ thấp nhất, mặc dù sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu được thực hiện bởi Mukherjee và cộng sự (2014), các tác giả kết luận rằng những BN được PT THKS trong khoảng từ 4 – 8 tháng cho kết quả tỷ lệ biến chứng và thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất.³ Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng THKS sớm trước 3 tháng có liên quan đến biến chứng giãn não thất, ngoài ra không có sự khác biệt đáng kể giữa các biến chứng khác, kể cả nhiễm trùng, THKS trong khoảng từ 3 đến 6 tháng cho tỷ lệ biến chứng thấp nhất, giảm tỷ lệ não úng thủy và cho kết quả tốt hơn về hồi phục ý thức của bệnh nhân.⁵

Biến chứng chung của phẫu thuật THKS bằng 3D Titanium. Theo nhiều nghiên cứu, biến chứng sau PT tạo hình khuyết sọ có tỷ lệ dao động từ 28% đến 55%.^{2,3} Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu này là 29,54%. Các biến chứng gặp trong nghiên cứu: Máu tụ NMC (11,36%), máu tụ DMC (9,09%), đùn mảnh Titanium (4,54%). Tất cả các bệnh nhân này đều không cần phải can thiệp lại.

Có 1/44 bệnh nhân bị nhiễm trùng phải tháo bỏ mảnh 3D Titanium (2,27%), 01 ca có biến chứng phù não ác tính dẫn đến tử vong (2,27%).

Theo nghiên cứu của Mukherjee và cộng sự (2014): Tỷ lệ biến chứng chung là 28%, trong đó biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng gặp ở 8,6% bệnh nhân. Các biến chứng thường gặp khác được đề cập trong nghiên cứu là tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng, phù não và co giật.³ Nghiên cứu của Kwiecien và cộng sự (2019)⁶, tỷ lệ biến chứng chung là 44,7%. Trong đó, một số biến chứng có thể gặp như nhiễm trùng (9,2%), động kinh (5,4%), giãn não thất (4,6%) hoặc viêm màng não (0,8%).

Biến chứng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ sau 08 tháng được phẫu thuật THKS chiếm tỷ lệ 2,27%. Bệnh nhân biểu hiện lúc đầu là một điểm nhỏ chày mủ ở mép da vết mổ, mặc dù đã được điều trị kháng sinh và kháng viêm toàn thân, kết hợp sát khuẩn cắt lọc vùng viêm, nhưng bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ tăng dần, sau đó phải phẫu thuật tháo bỏ mảnh 3D Titanium sau đó. Tỷ lệ biến chứng này rất khác nhau, theo nhiều nghiên cứu, dao động từ 5% đến 26,4%.^{2,3,6} Thời gian xuất hiện biến chứng từ vài ngày đến vài tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra không có mối liên quan cụ thể nào

giữa các yếu tố với tỷ lệ nhiễm trùng. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm PT THKS với nhiễm trùng khi so sánh giữa hai mốc thời gian là trước 3 tháng vào sau 3 tháng, mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng cao hơn đáng kể nếu TKHS được phẫu thuật rất sớm trong vòng 14 ngày.⁷ Nghiên cứu của Mukherjee và cộng sự cho thấy, tỷ lệ nhiễm trùng ở những bệnh nhân đã bị nhiễm trùng phải bỏ xương tự thân là 20%, cao gấp đôi tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng chung là 8,6% trong nghiên cứu của họ.³

Biến chứng tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân có biến chứng phù não ác tính, tử vong sau 03 ngày được phẫu thuật THKS chiếm tỷ lệ 2,27%.

Biến chứng tử vong hiếm gặp ở bệnh nhân THKS bằng Titanium và ngay cả các vật liệu khác. Tỷ lệ tử vong theo nghiên cứu của Thosmas Sauvigny và cộng sự (2021) là 0,8% với các vật liệu là cả xương tự thân, PEEK hoặc Titanium.⁸ Nghiên cứu của Ryan Morton và cộng sự (2018) cho thấy, tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ là 0,3%, biến chứng phù não ác tính là rất hiếm gặp và được báo cáo không thường xuyên, cơ chế phù não ác tính sau mổ thì chưa được làm rõ hoàn toàn, một số tác giả cho thấy nguyên nhân chấn thương sọ não nặng và mức độ lún của vật da có thể là yếu tố nguy cơ gây phù não ác tính sau mổ.⁷

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 29,54%. Các biến chứng thường gặp: Máu tụ NMC (11,36%), máu tụ DMC (9,09%), đùn mảnh Titanium (4,54%). Biến chứng nhiễm trùng phải can thiệp tháo mảnh 3D Titanium là 2,27%. Biến chứng phù não ác tính là 2,27%.

Bệnh nhân có nguyên nhân ban đầu do chấn thương hoặc độ tuổi từ 31-60 có xu hướng nằm viện lâu hơn và tỷ lệ biến chứng cao hơn các nguyên nhân còn lại.

Thời gian phẫu thuật từ 3-6 tháng kể từ khi phẫu thuật mở sọ lần đầu cho kết quả thời gian nằm viện thấp nhất, vào tỷ lệ biến chứng tương đương các thời gian còn lại.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa một số yếu tố khác như giới tính, bệnh kèm theo, vị trí vùng khuyết sọ hay nguyên nhân ban đầu với từng loại biến chứng sau mổ THKS bằng 3D Titanium.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chibbaro S, Vallee F, Beccaria K, et al. [The impact of early cranioplasty on cerebral blood flow and its correlation with neurological and cognitive

- outcome. Prospective multi-centre study on 24 patients]. Rev Neurol (Paris). 2013;169(3):240-248. doi:10.1016/j.neurol.2012.06.016
- Roh H, Kim J, Kim JH, et al.** Analysis of Complications After Cranioplasty with a Customized Three-Dimensional Titanium Mesh Plate. World Neurosurg. 2019;123: e39-e44. doi:10.1016/j.wneu.2018.10.227
 - Mukherjee S, Thakur B, Haq I, Hettige S, Martin AJ.** Complications of titanium cranioplasty--a retrospective analysis of 174 patients. Acta Neurochir (Wien). 2014;156(5): 989-998; discussion 998. doi: 10.1007/s00701-014-2024-x
 - Chen R, Ye G, Zheng Y, et al.** Optimal Timing of Cranioplasty and Predictors of Overall Complications After Cranioplasty: The Impact of Brain Collapse. Neurosurgery. 2023;93(1):84-94. doi:10.1227/neu.0000000000002376
 - De Cola MC, Corallo F, Pria D, Lo Buono V, Calabrò RS.** Timing for cranioplasty to improve neurological outcome: A systematic review. Brain Behav. 2018; 8(11): e01106. doi:10.1002/brb3.1106
 - Kwiecien GJ, Rueda S, Couto RA, et al.** Long-term Outcomes of Cranioplasty: Titanium Mesh Is Not a Long-term Solution in High-risk Patients. Ann Plast Surg. 2018;81(4):416-422. doi:10.1097/SAP.0000000000001559
 - Morton RP, Abecassis IJ, Hanson JF, et al.** Timing of cranioplasty: a 10.75-year single-center analysis of 754 patients. J Neurosurg. 2018; 128(6): 1648-1652. doi:10.3171/2016.11.JNS161917
 - Sauvigny T, Giese H, Höhne J, et al.** A multicenter cohort study of early complications after cranioplasty: results of the German Cranial Reconstruction Registry. J Neurosurg. 2021; 137(2): 591-598. doi:10.3171/2021.9.JNS211549

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ RỐI LOẠN HỒN HỢP LO ÂU VÀ TRẦM CẢM

Phùng Ngọc Thương^{1,3}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm điều trị ở người bệnh nội trú rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 75 người bệnh điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội được chẩn đoán xác định rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm (F41.2) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10, từ tháng 11/2022 tháng đến 03/2023. **Kết quả:** 100% người bệnh được phối hợp thuốc, trong đó phần lớn (86,7%) được phối hợp cả 3 nhóm thuốc chống trầm cảm, an thần kinh và bình thần. Tỷ lệ người bệnh được điều trị hóa dược kết hợp với liệu pháp thư giãn chiếm đa số (68,0%). Sertraline và fluvoxamine là các thuốc chống trầm cảm được chỉ định cao nhất (36,0%). Trong khi đó, quetiapine là an thần kinh được ưu tiên lựa chọn (69,3%). Hầu hết người bệnh được sử dụng diazepam trong quá trình điều trị (90,7%). Táo bón (37,3%) và khô miệng (13,3%) là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất. Sau điều trị, điểm trắc nghiệm tâm lý giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Trong quá trình nội trú, đa số người bệnh rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm được chỉ định đa hóa liệu phối hợp cùng liệu pháp thư giãn. Sau 14 ngày điều trị, nhìn chung người bệnh đã thuyên giảm mức độ trầm cảm và cải

thiện được chất lượng giấc ngủ.

Từ khóa: Đặc điểm điều trị, rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, người bệnh nội trú.

SUMMARY

TREATMENT CHARACTERISTICS IN INPATIENT WITH MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDER

Objective: To describe the treatment characteristics in inpatient diagnosed with comorbid anxiety and depressive disorder (F41.2) according to the ICD-10 criteria. **Method:** Cross-sectional description of 75 inpatients treated at the Mental Health Institute - Bach Mai Hospital and Hanoi Mental Hospital, meeting the diagnosis of mixed anxiety and depressive disorder (F41.2) according to ICD-10 diagnostic criteria, from November 2022 to March 2023. **Results:** 100% of the patients received combination therapy, with the majority (86.7%) receiving a combination of antidepressants, anxiolytics, and antipsychotic. The majority of patients (68.0%) underwent pharmacotherapy combined with relaxation therapy. Sertraline and fluvoxamine were the most commonly prescribed antidepressants (36.0%). Quetiapine was the preferred choice for atypical antipsychotic (69.3%). Diazepam was commonly used during the treatment process (90.7%). Constipation (37.3%) and dry mouth (13.3%) were the most common side effects. After treatment, there was a significant reduction in psychological test scores with $p < 0.001$. **Conclusion:** During inpatient treatment, the majority of patients with comorbid anxiety and depressive disorder received multi pharmacology therapy along with relaxation therapy. After 14 days of treatment, overall, patients showed a gradual reduction in depressive

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Ngọc Thương

Email: thuong.phungngoc2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023