

chỉ đau ít 72,90% (n=51), tỉ lệ nhỏ NB đau nhiều. Trong nghiên cứu của Coriddi 19% bệnh nhân vẫn cảm thấy đau/căng tức ở vùng vú khi thăm khám sau phẫu thuật 6 tuần⁶.

Biến chứng sớm sau mổ. Có 97,14% số ca (n=68) không có biến chứng sau mổ; 2,86% chảy máu sau mổ (n=2) đã được xử lý bằng ép, bất động tại giường, sử dụng Tranexamic acid. Biến chứng tụ máu trong nghiên cứu của Gryskiewicz gặp tỉ lệ 0,01%, không có ca nào gặp nhiễm trùng⁷. Nghiên cứu của John B Tebbetts có tỉ lệ gặp tụ máu sau mổ là 0,4 %; tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ là 0,4 %¹.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 77,01 ± 14,56 phút, kéo dài hơn các nghiên cứu ở nước ngoài.

- Lựa chọn kích cỡ túi ngực phụ thuộc tình trạng ngực và nhu cầu của bệnh nhân, có 20 ca túi bên phải lớn hơn túi bên trái (28,57%), đa số các ca túi ngực hai bên đặt kích cỡ bằng nhau.

- Lượng dịch dẫn lưu sau mổ ít, trung bình 49,29,57±17,66 ml.

- Phần lớn bệnh nhân chỉ đau ít sau mổ (72,9%) và không có biến chứng sớm (97,14%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tebbetts JB.** Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):81S-98S; discussion 99S-102S.

- doi:10.1097/00006534-200612001-00012
- Karabeg R, Jakirlic M, Karabeg A, Crnogorac D, Aslani I.** The New Method of Pocket Forming for Breast Implant Placement in Augmentation Mammoplasty: Dual Plane Subfascial. *Med Arch.* 2019; 73(3): 178. doi:10.5455/medarh. 2019.73.178-182
 - Haefeli M, Elfering A.** Pain assessment. *Eur Spine J.* 2006;15(S1):S17-S24. doi:10.1007/s00586-005-1044-x
 - Lancien U, Leduc A, Tilliet Le Dentu H, Perrot P, Duteille F.** Evaluation of satisfaction and well being with Breast-Q© of aesthetic breast augmentations by implants using the "Dual Plane" technique: A serie of 191 cases. *Ann Chir Plast Esthet.* 2021;66(4): 314-319. doi: 10.1016/j.anplas.2020.07.008
 - Seo JH.** Endoscopic transaxillary dual-plane breast augmentation: a four-year retrospective clinical study. *J Cosmet Med.* 2018;2(2):96-99. doi:10.25056/JCM.2018.2.2.96
 - Coriddi M, Angelos T, Nadeau M, Bennett M, Taylor A.** Analysis of satisfaction and well-being in the short follow-up from breast augmentation using the BREAST-Q, a validated survey instrument. *Aesthet Surg J.* 2013;33(2):245-251. doi:10.1177/1090820X12472980
 - Gryskiewicz J.** Dual-plane breast augmentation for minimal ptosis pseudoptosis (the "in-between" patient). *Aesthet Surg J.* 2013;33(1):43-65. doi: 10.1177/1090820X12469534
 - Gherardini G, Zacccheddu R, Milner SM, El-Shazlyl M, Liapakis I.** Breast augmentation with silicone implants: the role of surgical drainage—report on 502 consecutive patients. *Eur J Plast Surg.* 2006;29(1):9-12. doi:10.1007/s00238-006-0064-z

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ TRONG NÃO DO CHẤN THƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Vũ Minh Hải¹, Dương Như Năm¹, Trần Hoàng Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tỉ lệ, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị máu tụ trong não do chấn thương ở người cao tuổi.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang 100 bệnh nhân cao tuổi máu tụ trong não do chấn thương điều trị tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** 100

bệnh nhân cao tuổi máu tụ trong não gồm 76 nam (76%), 24 nữ (24%). Độ tuổi trung bình (70,20 ± 8,49) tuổi, (từ 60 đến 93 tuổi). Nguyên nhân tai nạn giao thông(51%); tai nạn do ngã (46%), tai nạn lao động 3%. Bệnh nhân mức độ nhẹ (GCS; 13-15 điểm) chiếm 86%, mức độ trung bình (GCS: 9-12 điểm) chiếm 10%, mức độ nặng (GCS: 3-8 điểm) có 4,0%. Các tổn thương kèm theo dập não kèm máu tụ dưới màng cứng cấp tính 48%, chảy máu màng mềm 48%. Có 21% xuất hiện 2 ổ tụ máu. Đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa (91%), chỉ có 4% hồi sức tích cực và 5% bệnh nhân phẫu thuật lấy máu tụ. Tình trạng ra viện tốt 75%, khả 13%, trung bình 3%, sống thực vật và tử vong chiếm 9%. **Kết luận:** Máu tụ trong não do chấn thương ở người cao tuổi gặp ở nam nhiều hơn nữ, 2 nguyên nhân chính là tai nạn giao thông và ngã, tình trạng nhập viện đa số nhẹ, điều trị nội khoa là chủ yếu. Tỷ lệ sống thực vật và tử vong chiếm 9%.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

Từ khóa: máu tụ trong não do chấn thương, chấn thương sọ não, người cao tuổi

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF TRAUMATIC PARENCHYMAL HEMATOMAS IN THE ELDERLY

Objectives: To assess the rate, clinical symptoms, computed tomography scans and treatment outcomes of traumatic parenchymal hematomas in the elderly. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 100 elderly patients suffered from traumatic parenchymal hematomas treated at the Neuro-Spine Surgery Department of Thai Binh General Hospital between April 2021 and December 2022. **Results:** 100 geriatric patients with traumatic parenchymal hematomas including 76 males (76%), 24 females (24%). The average age was (70.20 ± 8.49) years old, (from 60 to 93). Traffic accidents were the most common cause (51%); followed by falls (46%), occupational accidents (3%). Mild patients (GCS: 13-15 points) accounted for 86%, the moderate (GCS: 9-12 points) added up to 10%, and the severe (GCS: 3-8 points) remained 4.0%. Associated injuries included acute subdural hematoma (48%), subarachnoid hemorrhage (48%). 21% had 2 hematomas. The majority of patients were treated by nonsurgical therapy (91%), only 4% received intensive resuscitation and 5% had surgical evacuation of intracerebral hematomas. Hospital discharge conditions were good (75%), fair (13%), moderate (3%), vegetative state and death accounted for (9%). **Conclusion:** Traumatic parenchymal hematomas in the elderly occur more often in males than in females, the two main causes are traffic accidents and falls. Nonsurgical therapy plays a key role. The rate of vegetative survival and death is 9%. **Keywords:** intracranial hemorrhage due to traumatic brain injury, traumatic brain injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ trong não là ổ máu tụ nằm trong nhu mô não xuất hiện từ vài giờ cho đến nhiều ngày trên cơ sở một ổ dập não. Biểu hiện lâm sàng máu tụ trong não rất đa dạng, có thể diễn ra cấp, bán cấp và mạn tính, hay một thể đặc biệt là "đột quỵ muộn sau chấn thương"... phụ thuộc vào vị trí, thể tích khối máu tụ, nguồn gốc chảy máu, hội chứng chèn ép diễn ra nhanh hay chậm và các biểu hiện của các tổn thương khác kèm theo. Do đó, việc chẩn đoán, chỉ định điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi tổng kết lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và thái độ xử trí máu tụ trong não do chấn thương ở người cao tuổi nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị loại tổn thương 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. 100 bệnh

nhân cao tuổi máu tụ trong não do chấn thương điều trị tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, có phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
60 - 69	44	57,9	11	45,8	55	55,0
70 - 79	22	28,9	6	25,0	28	28,0
80 - 89	7	9,2	5	20,8	12	12,0
≥ 90	3	3,9	2	8,3	5	5,0
Tổng	76	100	24	100	100	100

Nhận xét: 76 bệnh nhân nam (76%), 24 bệnh nhân nữ (24%). Độ tuổi trung bình (70,20 ± 8,49) tuổi. Thấp nhất 60 tuổi, cao nhất 93 tuổi.

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	n	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	51	51,0
Tai nạn lao động	3	3,0
Tai nạn do ngã	46	46,0
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 51%; tai nạn do ngã chiếm 46%, tai nạn lao động 3%.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau đầu	94	94,0
Buồn nôn, nôn	9	9,0
Liệt 1/2 người	6	6,0
Cơ giật, động kinh	1	1,0
Chảy máu mũi	5	5,0
Chảy máu tai	6	6,0
Bầm tím quanh mắt	8	8,0
Tụ máu, sưng nề dưới da đầu	30	30,0
Vết thương vùng đầu	32	32,0
Khác	32	32,0

Tri giác bệnh nhân khi vào viện theo GCS

13-15 điểm	86	86,0
9-12 điểm	10	10,0
3-8 điểm	4	4,0

Nhận xét: Bệnh nhân mức độ nhẹ (GCS; 13-15 điểm) chiếm 86%, mức độ trung bình (GCS: 9-12 điểm) chiếm 10%, mức độ nặng (GCS: 3-8 điểm) có 4,0%.

Bảng 3.4. Tổn thương trên phim chụp CLVT

Tổn thương trên phim	Số bệnh	Tỷ lệ %
----------------------	---------	---------

chụp CLVT	nhân	
Máu tụ trong não	100	100,0
Máu tụ ngoài màng cứng	4	4,0
Máu tụ dưới màng cứng	48	48,0
Chảy máu màng mềm	48	48,0
Dập não 2 vị trí	21	21,0

Nhận xét: Các tổn thương máu tụ trong não kèm dập não, máu tụ dưới màng cứng cấp tính 48%, chảy máu màng mềm 48%. Có 21% xuất hiện 2 ổ tụ máu

Bảng 3.5. Tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vết thương phần mềm	12	12,0
Vết thương bàn tay	3	3,0
Chấn thương hàm mặt	18	18,0
Chấn thương cột sống cổ	4	4,0
Chấn thương cột sống ngực, thắt lưng	4	4,0
Chấn thương ngực	9	9,0
Gãy xương	11	11,0

Nhận xét: Chấn thương sọ não dập não kèm theo chấn thương hàm mặt 18%, vết thương phần mềm 12%, gãy xương chi 11%, chấn thương ngực 9%.

Bảng 3.6. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hồi sức tích cực	4	4,0
Nội khoa	91	91,0
Phẫu thuật	5	5,0
Tổng số	100	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa (91%), chỉ có 4% hồi sức tích cực và 5% bệnh nhân phẫu thuật lấy máu tụ.

Bảng 3.7. Kết quả khi ra viện

Tình trạng khi ra viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	75	75,0
Khá	13	13,0
Trung bình	3	3,0
Kém	4	4,0
Tử vong	5	5,0
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Tình trạng ra viện tốt 75%, khá 13%, trung bình 3%, sống thực vật và tử vong chiếm 9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 76 bệnh nhân nam chiếm 76%, 24 bệnh nhân nữ chiếm 24%, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Tôn Thất Quỳnh Út với tỉ lệ máu tụ trong não do chấn thương chủ yếu là nam giới chiếm 75% [1], nghiên cứu của Sean Wilkes tỉ lệ nam là 77% [2]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là

70,20 ± 8,49 tuổi, thấp nhất 60 tuổi, cao nhất 93 tuổi. Độ tuổi của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Carol Hawley, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu tại Anh là 79,2 ± 8,7 tuổi (từ 65 – 99 tuổi) [3].

Nguyên nhân chủ yếu trong nghiên cứu là tai nạn giao thông chiếm 51%, thấp hơn kết quả của Tôn Thất Quỳnh Út (80,5%) [1], tuy nhiên theo báo cáo của các tác giả khác thì tỉ lệ chấn thương nói chung ở Việt Nam do tai nạn giao thông dao động từ 60-80%. Ngã ở người cao tuổi cũng là nguyên nhân thường gặp, có thể liên quan đến tình trạng suy giảm thể chất như chức năng thị giác, thính giác, cân bằng, sức mạnh cơ, khớp, dùng thuốc... [4], [5]. Nguyên nhân tai nạn do ngã trong nghiên cứu này chiếm 46%, đứng thứ 2 sau tai nạn giao thông.

Các bệnh nhân nhập viện với điểm số GCS từ 13-15 điểm (mức độ nhẹ) chiếm 86%, mức độ trung bình GCS từ 9-12 điểm chiếm 10%, mức độ nặng GCS từ 3-8 điểm có 4,0%. Với các triệu chứng đau đầu là chủ yếu và tổn thương tại chỗ nơi va đập vùng đầu như sưng nề, bầm tím.

Tổn thương máu tụ trong não trên phim cắt lớp vi tính xuất phát từ ổ dập não có các hình dạng và thể tích khác nhau. Tổn thương dập não, máu tụ còn kèm thêm các tổn thương khác như máu tụ dưới màng cứng cấp tính chiếm 48%, máu tụ ngoài màng cứng 4%. Theo Gardner, khi độ tuổi tăng lên thì tỉ lệ máu tụ ngoài màng cứng càng giảm, tỉ lệ máu tụ dưới màng cứng càng tăng và trong số những bệnh nhân >65 tuổi nhập viện với bất kỳ mức độ nghiêm trọng nào của chấn thương sọ não thì có đến 45% trường hợp có máu tụ dưới màng cứng [4]. Hình ảnh tổn thương phối hợp khác trên phim cắt lớp vi tính như chảy máu màng mềm chiếm 48%, đặc biệt có 21% trường hợp xuất hiện 2 ổ dập não gây tụ máu. Các tổn thương phối hợp có thể xảy ra trên bệnh nhân tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của nguyên nhân gây chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có tổn thương hàm mặt kèm theo chiếm 18%, vết thương phần mềm chiếm 12%, gãy xương chi chiếm 11%, chấn thương ngực chiếm 9%. Các tổn thương phối hợp góp phần làm nặng thêm toàn trạng của bệnh nhân, kéo dài thời gian điều trị và hồi phục.

Đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa chiếm 91%, chỉ có 4% điều trị hồi sức tích cực nằm trong nhóm chấn thương sọ não nặng, GCS từ 3-8 điểm, phim chụp cắt lớp vi tính có nhiều loại chảy máu phối hợp và 5% bệnh nhân được phẫu thuật lấy máu tụ mang lại kết quả cải thiện

cho bệnh nhân. Tình trạng ra viện tốt và khả năng sống 88%, tương đương với kết quả nghiên cứu của Tôn Thất Quỳnh Út là 85,9% [1].

V. KẾT LUẬN

Máu tụ trong não do chấn thương ở người cao tuổi gặp ở nam nhiều hơn nữ, 2 nguyên nhân chính là tai nạn giao thông và ngã, tình trạng nhập viện đa số nhẹ, điều trị nội khoa là chủ yếu. Tỷ lệ sống thực vật và tử vong chiếm 9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Đánh giá kết quả điều trị máu tụ trong não do chấn thương." <https://binhdinhhospital.com.vn/bai-viet/danh-gia-ket-qua-dieu-tri-mau-tu-trong-nao-do-chan-thuong> (accessed Sep. 09, 2023).
2. S. Wilkes et al., "Evolution of Traumatic Parenchymal Intracranial Hematomas (ICHs): Comparison of Hematoma and Edema Components," *Front. Neurol.*, vol. 9, 2018,

Accessed: Sep. 09, 2023. [Online]. Available: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00527>

3. C. Hawley, M. Sakr, S. Scapinello, J. Salvo, and P. Wrenn, "Traumatic brain injuries in older adults-6 years of data for one UK trauma centre: retrospective analysis of prospectively collected data," *Emerg. Med. J. EMJ*, vol. 34, no. 8, pp. 509–516, Aug. 2017, doi: 10.1136/emmermed-2016-206506.
4. R. C. Gardner, K. Dams-O'Connor, M. R. Morrissey, and G. T. Manley, "Geriatric Traumatic Brain Injury: Epidemiology, Outcomes, Knowledge Gaps, and Future Directions," *J. Neurotrauma*, vol. 35, no. 7, pp. 889–906, Apr. 2018, doi: 10.1089/neu.2017.5371.
5. H. Karibe, T. Hayashi, A. Narisawa, M. Kameyama, A. Nakagawa, and T. Tominaga, "Clinical Characteristics and Outcome in Elderly Patients with Traumatic Brain Injury: For Establishment of Management Strategy," *Neurol. Med. Chir. (Tokyo)*, vol. 57, no. 8, pp. 418–425, Aug. 2017, doi: 10.2176/nmc.st.2017-0058.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 2 BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Cần Xuân Hạnh¹, Trần Thị Chung¹

0, giai đoạn IIIB, thời gian đáp ứng với TKI > 6 tháng.
Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Paclitaxel-carboplatin

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm bệnh học các trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ với đáp ứng điều trị bước 2 bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 42 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIB-IV tại bệnh viện Phổi trung ương từ tháng 1/2016 đến 6/2019. **Kết quả:** 42,8% bệnh nhân có đáp ứng toàn bộ phác đồ hóa trị Paclitaxel – Carboplatin. Các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS = 0, giai đoạn bệnh IIIB, thời gian đáp ứng với TKI bước 1 trên 6 tháng đều ghi nhận có tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) cao hơn và thời gian sống thêm không tiến triển bệnh 2 (PFS2) dài hơn so với bệnh nhân tương ứng có PS = 1, giai đoạn bệnh IV, thời gian đáp ứng với TKI bước 1 dưới 6 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các yếu tố khác như nhóm tuổi, giới, loại đột biến, loại TKI điều trị bước 1 chưa xác định thấy mối liên quan với tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) và thời gian sống thêm không tiến triển bệnh 2 (PFS2). **Kết luận:** Các yếu tố ảnh hưởng tốt đến tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) và thời gian sống không bệnh tiến triển (PFS2) là PS =

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN RESPONSIBILITIES TO STEP 2 TREATMENT WITH PACLITAXEL-CARBOPLATIN AND SOME CHARACTERISTICS OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To study some factors related to the pathological characteristics of non-small cell lung cancer cases with response to second-line treatment with Paclitaxel-Carboplatin regimen. **Methods:** A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective on 42 patients with stage IIIB-IV lung cancer at the National Lung Hospital from January 2016 to June 2019. **Results:** 42.8% of patients had a complete response to the Paclitaxel - Carboplatin chemotherapy regimen. Patients with PS = 0, disease stage IIIB, response time to TKI step 1 out of 6 months have higher Overall response rate (ORR) and long Progression-free survival 2 (PFS2) than the corresponding patient with PS = 1, disease stage IV, response time to TKI step 1 is less than 6 months. The difference was statistically significant with $p < 0.05$. Other factors such as age group, gender, type of mutation, type of TKI for first-line treatment have not been found to correlate with Overall response rate (ORR) and time of Progression-free survival 2 (PFS2). **Conclusion:** The factors that

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Cần Xuân Hạnh

Email: kaxuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023