

doi:10.1016/0014-2964(81)90300-5

9. **Pachiarotti A, Selman H, Gentile V, et al.**
First case of transformation for breast
fibroadenoma to high-grade malignant phyllodes

tumor in an in vitro fertilization patient:
misdiagnosis of recurrence, treatment and review
of the literature. Eur Rev Med Pharmacol Sci.
2013;17:2495-2498.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ TỪ 2020 - 2023

Nguyễn Minh Đức¹, Lý Ngọc Liên², Trần Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhận xét kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 61 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 75.92 ± 12.096 ; tuổi ≥ 60 chiếm 91.8%; tỉ lệ nam 88.5%; nữ 11.5%; vô cảm: 100% bệnh nhân được tiền mê, tê tại chỗ; phương pháp mổ: 100% bệnh nhân khoan sọ 1 lỗ; 95.1% có điểm GSC 14 - 15 sau mổ 24h. Biến chứng: có 86.9% không có biến chứng sau mổ, 1 trường hợp động kinh (1.6%), 1 trường hợp phù não sau mổ (1.6%), 1 trường hợp rò dịch não tủy (1.6%), 2 trường hợp còn máu tụ sau mổ (3.3%), 1 trường hợp chảy máu sau mổ (1.6%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sau mổ (1.6%) và 1 trường hợp tử vong sau mổ (1.6%). Tái phát sau mổ: có 3 trường hợp tái phát sau mổ 1 tháng (4.9%), trong đó có 2 trường hợp mổ lại và 1 trường hợp điều trị nội khoa. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng: còn máu tụ 0%, khí 0%, tụ dịch 18%. Kết quả gần: tốt 67.2%, khá 24.6%, kém 8.2%. Kết quả xa: hồi phục tốt 84.7%, di chứng nhẹ 6.8%, di chứng nặng 1.7%, đời sống thực vật 0%, tử vong 6.8%. **Kết luận:** Điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ, bơm rửa máu tụ và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt cho người bệnh.

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

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AT FRIENDSHIP HOSPITAL FROM 2020 TO 2023

Objective: To analyse the results of surgery for chronic subdural hematoma at Friendship Hospital. **Subjects and method:** A prospective cross-sectional descriptive study on 61 patients who were diagnosed, surgically treated of chronic subdural hematoma at

Friendship Hospital since January 2020 to March 2023. **Result:** Mean age 75.92 ± 12.096 ; higher at the age 60 years old 91.8%; male ratio 88.5%; female ratio 11.5%; anesthesia's methods: 100% local anesthetics; surgical methods: 100% burr-hole craniotomy; 95.1% GSC 24 hours 14 - 15 after surgery. Complication: 53 case without postoperative complications (86.9%), 1 case of epileptic seizures (1.6%), 1 case of cerebral edema (1.6%), 1 case of postoperative cephalo-spinal liquid fistules, 2 case of recurrent haematomas (3.3%), 1 case of postoperative hemorrhages (1.6%), 1 case of postoperative sepsis, 1 case of postoperative death (1.6%). On the recurrent postoperative evaluations, there were 3 patients who suffers from recurrence after 1 month (4.9%). CT scan after 3 month: 0% patients who suffers from air, 0% recurrent haematomas and 18% hygroma. At the time patient was discharged, the early surgical outcomes: good 67.2%, median 24.6%, bad 8.2%. At 3-month postoperation, the longterm outcomes: good recovery 84.7%, moderate disability 6.8%, severe disability 1.7%, nervevegetative state 0%, dead 6.8%. **Conclusion:** Surgery by burr-hole craniostomy is estimated to be safe and low rate of complication in treatment of chronic subdural hematomas.

Keywords: Chronic subdural hematoma, intracranial surgery, burr-hole craniotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (CDH: Chronic Subdural Hematoma) là một khối tụ dịch và máu cũ có vỏ bao bọc nằm ở khoang dưới màng cứng tức là nằm giữa màng cứng và màng nhện, đây là một trong những bệnh lý hay gặp trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh, gặp nhiều ở người cao tuổi với tỷ lệ mắc bệnh 1-2/100.000 dân. Triệu chứng lâm sàng sớm của máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tuổi thường nghèo nàn, không đặc hiệu, phần lớn có nguyên nhân chấn thương đầu nhẹ, nhiều khi bệnh nhân không chú ý hoặc không xác định rõ. Chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính không khó nhưng đòi hỏi thầy thuốc phải nghĩ đến, đặc biệt là các thầy thuốc không chuyên khoa để nhầm với các bệnh cảnh như u não, tai biến mạch não, rối loạn tâm thần... vì bệnh cảnh của máu tụ DMC mạn tính thường không rõ ràng, tiến triển chậm,

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: dr.minhducbvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

kéo dài, biểu hiện bằng các triệu chứng mơ hồ, âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu của bệnh.

Điều trị có nhiều phương pháp như mở cửa sổ xương bóc toàn bộ bao máu tụ, khoan sọ 2 lỗ, chọc kim bơm rửa những phương pháp khoan sọ 1 lỗ, bơm rửa và dẫn lưu cho kết quả tốt nhất. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính có kết quả sau mổ thường tốt, nhưng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, khi khối máu tụ quá lớn gây chèn ép não sẽ tăng thêm thương tổn thứ phát, mất bù trừ, có thể dẫn tới tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và lao động xã hội.

Tại bệnh viện Hữu Nghị với đặc thù bệnh nhân là người già cao tuổi, mắc các bệnh lý nền như tim mạch, tăng huyết áp, tiểu đường và dùng các thuốc chống đông máu / ngưng tập tiểu cầu thì bệnh không phải là hiếm gặp. Giáo sư Nguyễn Thường Xuân (1980), Lý Ngọc Liên (1990) là những người đầu tiên thực hiện phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính và thu được kết quả tốt, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu tổng kết chuyên sâu về bệnh lý này, góp phần cho công tác chẩn đoán và điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Hữu Nghị từ 2020 - 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương Chính hình, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Tất cả 61 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là máu tụ DMC mạn tính, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ T1 - 2020 đến T3 - 2023 và có đủ hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân máu tụ DMC cấp tính / bán cấp được mổ trị hoãn như máu tụ DMC mạn tính.

+ Bệnh nhân mổ máu tụ DMC mạn tính tái phát nhưng mổ lần đầu không trong thời gian nghiên cứu.

+ Bệnh nhân mổ máu tụ DMC mạn tính tái phát nhưng mổ lần đầu ở nơi khác.

2.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Dựa vào sự tiến triển hồi phục của triệu chứng lâm sàng, so sánh trước mổ và sau mổ:

- Kết quả gần:

+ Tốt (GCS 14 - 15 điểm): Bệnh nhân phục hồi hoàn toàn so với trước mổ.

+ Khá (GCS 9 - 13 điểm): Phục hồi hơn so với trước mổ nhưng chưa hoàn toàn như còn yếu tay chân, đau đầu nhẹ...

+ Kém (GCS < 9 điểm): Không cải thiện triệu chứng, có thể phải mổ lại hoặc tử vong.

- **Kết quả xa:** Đánh giá sau mổ 3 tháng, dựa vào thang điểm GOS (Glasgow Outcome Scale):

+ Hồi phục tốt: bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường.

+ Di chứng nhẹ: bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân, có thể làm công việc trong nhà.

+ Di chứng nặng: tinh táo nhưng phải có người khác phục vụ trong cuộc sống hàng ngày.

+ Đời sống thực vật

+ Tử vong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới tính

Bảng 1. Giới

Giới	N	%
Nam	54	88.5
Nữ	7	11.5
Tổng	61	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 54 và 7 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 8/1, trong đó tỷ lệ nam là 88.5%, nữ chiếm 11.5%.

3.2. Tuổi

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	N	%
< 40	1	1.6
40 - 59	4	6.6
60 - 89	50	82.0
≥ 90	6	9.8
Tổng	61	100

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 75.92 với độ lệch chuẩn 12.096. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính gặp ở tuổi ≥ 60 chiếm 91.8% (60 - 89 tuổi chiếm 82%, ≥ 90 tuổi chiếm 9.8%), từ 40 - 59 chiếm 6.6%, dưới 40 tuổi là 1.6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 98 tuổi. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê (p < 0.05).

3.3. Chẩn đoán ban đầu

Bảng 3. Chẩn đoán ban đầu khi nhập viện

Chẩn đoán ban đầu	N	%
Máu tụ DMC mạn tính	26	42.6
TBMN	24	39.3
Khác	11	18.0
Tổng	61	100

Nhận xét: 42.6% bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là máu tụ DMC mạn tính khi nhập viện, 39.3% chẩn đoán là tai biến mạch não và 18% chẩn đoán là các bệnh như thoát vị đĩa đệm, đau đầu, tăng huyết áp, hoang tưởng,

động kinh...

3.4. Phương pháp vô cảm

Bảng 4. Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	N	%
Tiền mê, tê tại chỗ	61	100
NKQ	0	0
Tổng	61	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân được tiền mê, tê tại chỗ trước phẫu thuật.

3.5. Phương pháp mổ

Bảng 5. Phương pháp mổ

Phương pháp mổ	N	%
Khoan sọ 1 lỗ	61	100
Mở cửa sổ xương	0	0
Tổng	61	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân được khoan sọ 1 lỗ, bơm rửa máu tụ. Không có trường hợp nào phải mở cửa sổ xương.

3.6. Tri giác sau phẫu thuật 24h

Bảng 6. Tri giác sau phẫu thuật 24h (GSC)

Glasgow	N	%
14 - 15	58	95.1
9 - 13	2	3.3
3 - 8	1	1.6
Tổng	61	100

Nhận xét: 95.1% bệnh nhân có tri giác tốt G 14 - 15 điểm sau mổ, 3.3% có tri giác 9 - 13 điểm và 1.6% tri giác G 3 - 8 điểm sau mổ.

3.7. Biến chứng

Bảng 7. Biến chứng sau mổ 24h

Biến chứng	N	%
Không biến chứng	53	86.9
Động kinh	1	1.6
Phù não sau mổ	1	1.6
Rò DNT	1	1.6
Còn máu tụ	2	3.3
Chảy máu sau mổ	1	1.6
Nhiễm khuẩn huyết	1	1.6
Tử vong	1	1.6
Tổng	61	100

Nhận xét: Đánh giá biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 53 trường hợp không có biến chứng sau mổ (86.9%), 1 trường hợp động kinh sau mổ(1.6%), 1 trường hợp phù não sau mổ (1.6%), 1 trường hợp rò dịch não tủy, 2 trường hợp còn máu tụ sau mổ (3.3%), 1 trường hợp chảy máu sau mổ do tai biến xuất huyết nhu mô não (1.6%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sau mổ (1.6%) và 1 trường hợp tử vong ngày thứ 3 sau mổ(1.6%).

3.8. Tái phát sau mổ

Bảng 8. Tái phát sau mổ 1 tháng

Tái phát sau mổ	N	%
Có	3	4.9

Không	58	95.1
Tổng	61	100

Nhận xét: Chúng tôi khám lại bệnh nhân sau mổ 1 tháng và chụp CLVT, có 3 trường hợp tái phát sau mổ (4.9%), trong đó có 2 trường hợp phải mổ lại và 1 trường hợp điều trị bảo tồn. Có 58 trường hợp (95.1%) không tái phát sau mổ.

3.9. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng

Bảng 9. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng:

Kết quả CLVT	N	%
Còn máu tụ	0	0
Khí	0	0
Tụ dịch	11	22
Không	39	78
Tổng	50	100

Nhận xét: Chúng tôi chụp CTTL tại thời điểm sau mổ 3 tháng được 50/61 trường hợp, đạt 82%. Kết quả không có trường hợp nào còn máu tụ hay khí sau mổ, có 11 trường hợp (22%) có tụ dịch DMC sau mổ.

3.10. Thời gian nằm viện

Bảng 10. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	N	%
≤ 7 ngày	11	18
7 - 14 ngày	35	57.4
> 14 ngày	15	24.6
Tổng	61	100

Nhận xét: 57.4% bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 7 - 14 ngày, 24.6 % có thời gian nằm viện trên 14 ngày và 18% có thời gian nằm viện dưới 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 13.2 ± 7.55 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 55 ngày.

3.11. Kết quả gần

Bảng 11. Kết quả gần

Kết quả gần	N	%
Tốt	41	67.2
Khá	15	24.6
Kém	5	8.2
Tổng	61	100

Nhận xét: Chúng tôi đánh giá kết quả gần khi bệnh nhân ra viện, có 67.2% trường hợp có kết quả tốt, 24.6% có kết quả khá và kết quả kém là 8.2%.

3.12. Kết quả xa

Bảng 12. Kết quả xa

Kết quả xa	N	%
Hồi phục tốt	50	84.7
Di chứng nhẹ	4	6.8
Di chứng nặng	1	1.7
Đời sống thực vật	0	0
Tử vong	4	6.8
Tổng	59	100

Nhận xét: Chúng theo dõi xa tại thời điểm sau 3 tháng sau phẫu thuật được 59/61 bệnh nhân, đạt 96.7%, kết quả thu được trong đó 50 trường hợp hồi phục tốt (87.4%), 2 trường hợp di chứng ở mức độ nhẹ và nặng (33.4%) và có 5 trường hợp tử vong (8.5%).

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là một trong những bệnh lý phổ biến trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh với tần suất ngày càng tăng lên bởi tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng do chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi mắc bệnh chủ yếu là trên 60 tuổi chiếm 91.8%, tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, tuổi trung bình 76, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu ở các nước phát triển (Mỹ, Châu Âu) với tuổi trung bình của bệnh nhân nằm ở 70 - 90 tuổi^{1,2}. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào tại bệnh viện Bạch Mai với độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 49%, Ngô Mạnh Hùng tại bệnh viện Việt Đức chủ yếu gặp ở đối tượng bệnh nhân trẻ < 60 tuổi. Phân bố theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 8:1, với tỷ lệ nam giới là 88.5% tương tự với nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng 80.2% nam giới, Kitya 72.8%³, Kwon 70.8%⁴, Ridwan 65.4%².

Chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính trên lâm sàng không khó nhưng đòi hỏi thầy thuốc phải nghĩ đến, đặc biệt là các thầy thuốc không chuyên khoa dễ nhầm với các bệnh cảnh như u não, tai biến mạch não, rối loạn tâm thần... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35/61 bệnh nhân chiếm 57.3% chẩn đoán nhầm sang các bệnh lý khác và 24/61 bệnh nhân chiếm 42.6% được chẩn đoán ban đầu là máu tụ DMC mạn tính. Ngày nay CLVT đã được áp dụng mổ biến hơn trong việc khám và chẩn đoán bệnh giúp đưa ra chẩn đoán nhanh và chính xác hơn mà không cần CHT. Do đó, đối với những bệnh nhân có tiền sử chấn thương rõ ràng phải theo dõi về lâm sàng, nếu có đau đầu, thiếu sót thần kinh xuất hiện sau một thời gian dài yên tĩnh (thường 3 - 4 tuần trở đi) sau chấn thương thì cần chụp CLVT ngay để chẩn đoán vì CLVT là phương tiện cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán chính xác máu tụ, vị trí máu tụ DMC, lựa chọn phương pháp phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

Điều trị phẫu thuật có nhiều phương pháp như chọc kim bơm rửa, khoan sọ 1 lỗ, khoan sọ 2 lỗ hoặc mở cửa sổ xương lấy máu tụ nhưng chúng tôi chỉ thực hiện phương pháp khoan sọ 1

lỗ, bơm rửa, dẫn lưu máu tụ và tất cả các trường hợp đều được vô cảm tiền mê tê tại chỗ. Kết quả có 95.1% bệnh nhân có tri giác tốt G 14 - 15 điểm sau mổ, 3.3% có tri giác G 9 - 13 điểm sau mổ và 1.6% tri giác G 3 - 8 điểm sau mổ. Kết quả gần khi bệnh nhân ra viện có 67.2% có kết tốt, khá 24.6% còn di chứng nhẹ như đau đầu, yếu tay chân và kém 5.2% trong đó có 2 trường hợp tử vong, 2 trường hợp mổ lại do còn máu tụ và 1 trường hợp có biến chứng xuất huyết não sau mổ do tai biến. Bệnh nhân được tái khám sau mổ 1 tháng và chụp CLVT, kết quả có 3 trường hợp tái phát chiếm 4.9%, trong đó 2 trường hợp chúng tôi phải can thiệp phẫu thuật, 1 trường hợp điều trị bảo tồn không mổ. Theo Cofano và cs thì tỷ lệ tái phát sau mổ được ghi nhận là 10.1%, không có sự khác biệt giữa máu tụ 1 bên và 2 bên, dao động từ 5 - 30%⁵, theo Flint và cs là 9.1%⁶, Brennan và cs là 9%⁷. Chúng tôi chụp CTVL tại thời điểm sau mổ 3 tháng được 50/61 trường hợp, đạt 82%. Kết quả không có trường hợp nào còn máu tụ hay khí sau mổ, 11 trường hợp (22%) có tụ dịch DMC sau mổ.

Đánh giá kết quả xa sau 3 tháng chúng tôi khám lại được 59/61 bệnh nhân, đạt 96.7%, có 50 trường hợp có kết quả tốt chiếm 84.7%. Những bệnh nhân này trở về cuộc sống sinh hoạt bình thường, về tâm thần và vận động bình thường, số ít còn đau đầu khi thay đổi thời tiết. Có 4 trường hợp hồi phục khá chiếm 6.8%, có di chứng nhẹ sau mổ như đau đầu, yếu tay chân, ngủ kém hay rối loạn trí nhớ. Chúng tôi gặp 1 trường hợp di chứng nặng sau mổ, chiếm 1.6% do biến chứng xuất huyết não do tai biến. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp, chiếm 6.8%, tất cả trường hợp này tử vong do các vấn đề liên quan đến viêm phổi do covid 19, lao phổi, tim mạch và ung thư, không liên quan đến máu tụ DMC. Theo Hà Kim Trung kết quả tốt là 90% và tỉ lệ tử vong là 3%, Kiều Đình Hùng (1998) kết quả tốt là 83.9%, Havenberh và cs kết quả tốt là 76%⁸ và tử vong là 6.5%, Brennan và cs kết quả tốt là 78% và tử vong là 2%⁷.

Về biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 12.9% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 1.6% bệnh nhân động kinh sau mổ, 1.6% phù não, 1.6% rò DNT, 3.3% còn máu tụ sau mổ, 1.6% chảy máu sau mổ do tai biến xuất huyết não, 1.6% nhiễm khuẩn huyết sau mổ và tử vong 1.6%. Kết quả này không cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào tại bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ biến chứng là 6.8% và các nghiên cứu khác trên thế giới^{6,7}.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 61 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ T1/2020 đến T3/2023, chúng tôi thấy tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 76 tuổi, tỷ lệ nam chiếm 88.5%. Điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan so, bơm rửa máu tụ và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng sau mổ. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ đem lại kết quả tốt cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motiei-Langroudi R, Alterman RL, Stippler M, et al.** Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma. *J Neurosurg.* 2019;131(6):1926-1930. doi:10.3171/2018.8.JNS18579
2. **Ridwan S, Bohrer AM, Grote A, Simon M.** Surgical Treatment of Chronic Subdural Hematoma: Predicting Recurrence and Cure. *World Neurosurg.* 2019;128:e1010-e1023. doi:10.1016/j.wneu.2019.05.063
3. **Kitya D, Punchak M, Abdelgadir J, Obiga O, Harborne D, Haglund MM.** Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional

- Referral Hospital. *Neurosurg Focus.* 2018;45(4):E7. doi:10.3171/2018.7.FOCUS18253
4. **Kwon CS, Al-Awar O, Richards O, Izu A, Lengvenis G.** Predicting Prognosis of Patients with Chronic Subdural Hematoma: A New Scoring System. *World Neurosurg.* 2018;109:e707-e714. doi:10.1016/j.wneu.2017.10.058
 5. **Cofano F, Pesce A, Vercelli G, et al.** Risk of Recurrence of Chronic Subdural Hematomas After Surgery: A Multicenter Observational Cohort Study. *Front Neurol.* 2020;11:560269. doi:10.3389/fneur.2020.560269
 6. **Flint AC, Chan SL, Rao VA, Efron AD, Kalani MA, Sheridan WF.** Treatment of chronic subdural hematomas with subdural evacuating port system placement in the intensive care unit: evolution of practice and comparison with bur hole evacuation in the operating room. *J Neurosurg.* 2017;127(6):1443-1448. doi:10.3171/2016.9.JNS161166
 7. **Brennan PM, Koliass AG, Joannides AJ, et al.** The management and outcome for patients with chronic subdural hematoma: a prospective, multicenter, observational cohort study in the United Kingdom. *J Neurosurg.* Published online March 17, 2017;1-8. doi:10.3171/2016.8.JNS16134.test
 8. **Van Havenbergh T, van Calenbergh F, Goffin J, Plets C.** Outcome of chronic subdural haematoma: analysis of prognostic factors. *Br J Neurosurg.* 1996; 10(1): 35-39. doi:10.1080/02688699650040502

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG ĐÁP ỨNG NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO BỆNH NHI UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU NĂM 2022

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Nguyễn Thị Mỹ Duyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 203 cha mẹ bệnh nhi để đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) cho con của họ với bộ câu hỏi phát vấn đánh giá đáp ứng nhu cầu theo 3 cấp độ với 34 tiêu mục nằm trong 5 nội dung đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ: Hỗ trợ thể chất; Tâm lý, tinh thần; Giao tiếp, quan hệ; Tài chính, phúc lợi xã hội; Thông tin y tế. Phân tích số liệu trên SPSS 20.0 với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ đặc điểm của bệnh nhi, các nhu cầu và đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi. **Kết quả:** Đáp ứng

nhu cầu thông tin y tế chiếm tỷ lệ cao nhất trong 5 nội dung của đáp ứng, tất cả các tiêu mục đều trên 95%, thấp nhất là đáp ứng nhu cầu tài chính phúc lợi xã hội: trong đó hỗ trợ chi phí điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,4%. **Kết luận:** Đáp ứng chủ yếu là CSGN nhu cầu thể chất, CSGN thông tin y tế và quan hệ giao tiếp. Nội dung CSGN tâm lý, tài chính phúc lợi xã hội vẫn được hỗ trợ nhưng chưa đầy đủ.

Từ khóa: chăm sóc giảm nhẹ, bệnh nhi ung thư, đáp ứng nhu cầu

SUMMARY

ASSESSING THE CURRENT STATUS OF MEETING PALLIATIVE CARE NEEDS FOR PEDIATRIC CANCER PATIENTS AT TAN TRIEU K HOSPITAL IN 2022

Objectives: Assessing the current status of meeting palliative care needs for pediatric cancer patients at Tan Trieu K Hospital in 2022. **Research subjects and methods:** cross-sectional description conducted on 203 parents of pediatric patients to assess the current status of meeting palliative care needs for their children with a set of questions to

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Trang

Email: trang.ntt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023