

Năm 2019, người trưởng thành từ 65 tuổi trở lên vùng ĐBSCL có tình trạng sâu răng cao hơn so với vùng ĐBSH ($p < 0,05$), và ở mức cao với tỷ lệ sâu là 78,9% và chỉ số DMFT là 12,36. Điều đáng lưu ý là mỗi cá thể lứa tuổi này ở vùng ĐBSCL có 8,79 răng đã bị mất do sâu răng. Trái lại, số răng trung bình ở mỗi cá thể bị mất do sâu ở vùng ĐBSH lại thấp và ở mức 0,62 răng.

Về điều trị, ở vùng ĐBSCL có 3,64% các răng sâu được điều trị bảo tồn và ở vùng ĐBSH có 10,53%. Vùng ĐBSH có tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn tuy có cao hơn nhưng vẫn ở mức thấp.

IV. KẾT LUẬN

- Về diễn biến sâu răng người trưởng thành vùng ĐBSCL có sự khác nhau tùy vào nhóm tuổi. Lứa tuổi 18 – 34, tình trạng sâu răng gia tăng. Các nhóm tuổi từ 35 trở lên thì tình trạng sâu răng ở mức cao cả về tỷ lệ sâu và chỉ số DMFT, và tình trạng sâu răng không thay đổi trong hai thập niên qua. Người trưởng thành từ 45 tuổi trở lên có số răng mất do sâu trung bình ở mỗi cá thể rất cao.

- Về điều trị bảo tồn răng sâu, năm 1999 tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn rất thấp và hầu như không đáng kể. Sau hai thập niên, đến năm 2019, tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo

tồn tuy có tăng lên ở một vài lứa tuổi nhưng còn ở mức thấp, không quá 10%. Trong hai thập kỷ qua, mức độ điều trị bảo tồn các răng sâu cho người trưởng thành ở đây còn yếu kém.

- So với vùng ĐBSH, trong suốt hai thập niên qua thì tình trạng sâu răng ở vùng ĐBSCL luôn ở mức cao hơn so với vùng ĐBSH ở tất cả các lứa tuổi. Đặc biệt là số răng sâu đã bị mất trung bình ở mỗi cá thể ở mức cao và cao hơn nhiều so với vùng ĐBSH ở tất cả các lứa tuổi. Về điều trị, tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn ở vùng ĐBSH tuy có cao hơn so với vùng ĐBSCL nhưng còn ở mức thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bình.** National Oral Health Survey of Vietnam 2019. Medical publishing house. Hanoi 2019.
2. **Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong nha khoa. NXB Y học. 2014.
3. **Tran Van Truong, Trinh Dinh Hai, Lam Ngoc An et al.** National Oral Health Survey of Vietnam 2001. Medical publishing house. Hanoi 2002.
4. **Trịnh Đình Hải.** Dự phòng sâu răng cộng đồng bằng fluor. NXB Y học. 2014.
5. **Trịnh Đình Hải.** Oral Health promotion for school children in Vietnam. Medical publishing house. Hanoi 2011.

MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỐI BÊN SAU PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÉP: CA LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ TÀI LIỆU

Nguyễn Xuân Phương¹, Trần Mạnh Cường¹, Nguyễn Thành Bắc¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân nam, 46 tuổi vào viện cấp cứu Bệnh viện Quân y 103 giờ thứ 2 do tai nạn giao thông. Tại thời điểm nhập viện khám thấy: bệnh nhân hôn mê, glasgow 7-8 điểm, đã được đặt ống nội khí quản, đồng tử phải 2 mm, trái 3 mm, phản xạ ánh sáng dương tính. Mạch 100 chu kỳ /phút, huyết áp 160/90 mmHg, không dùng thuốc vận mạch. Phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não: máu tụ dưới màng cứng (DMC) cấp tính trán thái dương bên trái, không đồng nhất, dày 12 mm, dập não thái dương trái, xuất huyết dưới nhện và vỡ xương sọ thái dương đỉnh phải, nền sọ giữa phải. Bệnh nhân được phẫu thuật mở sọ giải ép lấy máu tụ dưới màng cứng bán cầu trái. Sau mổ 4 giờ lâm sàng bệnh nhân không cải thiện: glasgow 6

điểm, đồng tử phải sau mổ là 3 mm. mạch nhanh 110 ck/phút và huyết áp 170/100 mmHg. Bệnh nhân được chụp phim CLVT sọ não: xuất hiện hình ảnh máu tụ ngoài màng cứng (NMC) bên phải, với thể tích khoảng 30 ml. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng bên phải. Kết quả sau mổ tốt. Di chứng GOS 4 sau phẫu thuật.

Từ khóa: Máu tụ ngoài màng cứng, Máu tụ dưới màng cứng cấp tính, phẫu thuật giải ép.

SUMMARY

CONCEPTUAL EPIDURAL HEMATOMA AFTER OPEN DECOMPRESSIVE CRANIOTOMY: CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Male patient, 46 years old, presented to the emergency room of 103 Military Hospital on Monday due to a traffic accident. At the time of admission to the hospital, the patient was found to be in a coma with 7-8 points of Glassgow, had been intubated, right pupil was 2 mm, and 3 mm on the left, positive light reflex. Pulse 100 beats per minute, blood pressure

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

was 160 over 90 mmHg without vasopressors. Computed tomography (CT) of the brain: acute left frontotemporal subdural hematoma, heterogeneous, 12 mm thick, left temporal contusion, subarachnoid hemorrhage and skull fracture on right temporal parietal and right middle basilar. The patient underwent decompressive craniotomy to remove subdural hematoma in the left hemisphere. 4 hours after surgery, the patient's clinical condition did not improve: Glasgow 6 points, right pupil postoperation was 3 mm. Rapid pulse of 110 bpm and blood pressure was 170 over 100 mmHg. The patient had a CT scan of the brain: an image of epidural hematoma on the right appeared, with a volume of about 30 ml. The patient underwent surgery to remove the right epidural hematoma. Postoperative results were good. GOS 4 sequelae after surgery.

Keywords: Epidural hematoma, acute subdural hematoma, decompressive operation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính đối bên sau phẫu thuật mở sọ giải ép và lấy khối máu tụ dưới màng cứng cấp tính là một biến chứng sau phẫu thuật hiếm gặp nhưng gần như để lại hậu quả rất nặng nề và nếu xử trí muộn có thể dẫn đến tử vong [1]. Chúng tôi mô tả ca lâm sàng, bệnh nhân có máu tụ ngoài màng cứng đối bên sau phẫu thuật giải ép để đánh giá đặc điểm lâm sàng, diễn biến và đưa ra ý kiến để cải thiện điều trị ở những bệnh nhân này.

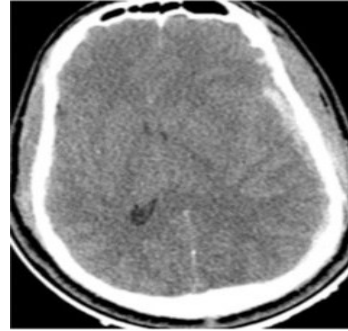
II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả ca lâm sàng và đưa ra các ý kiến về chẩn đoán và điều trị

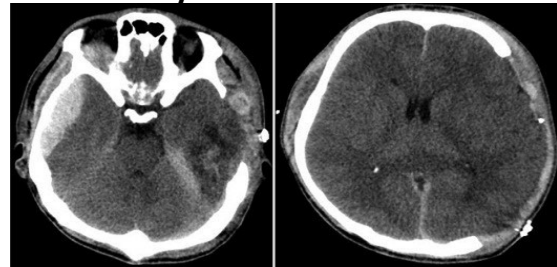
III. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 46 tuổi, giới tính là nam. Bệnh nhân bị tai nạn giao thông đập đầu thái dương trái xuống đường. Sau tai nạn bệnh nhân lơ mơ kích thích, được cấp cứu tại y tế địa phương, xử trí đặt nội khí quản. Tại thời điểm nhập viện khám thấy: bệnh nhân hôn mê, glasgow 7- 8 điểm, đã được đặt ống nội khí quản, đồng tử phải 2 mm, trái 3 mm, phản xạ ánh sáng dương tính. Mạch 100 chu kì /phút, huyết áp 160/90 mmHg, không dùng thuốc vận mạch. Phim chụp cắt lớp vi tính sọ não: máu tụ dưới màng cứng trán thái dương bên trái, không đồng nhất, dày 12 mm, dập não thái dương trái, xuất huyết dưới nhện và vỡ xương sọ thái dương đỉnh phải, nền sọ giữa phải. Sau khi đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng thấy bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấp cứu mở sọ giải ép lấy máu tụ dưới màng cứng bán cầu trái. Sau mổ 4 giờ lâm sàng bệnh nhân không cải thiện: glasgow 6 điểm, đồng tử phải sau mổ là 3 mm. mạch nhanh 110 ck/phút và huyết áp 170/100 mmHg.

Bệnh nhân được chụp phim CLVT sọ não: xuất hiện hình ảnh máu tụ ngoài màng cứng vùng thái dương bên phải, với thể tích khoảng 30 ml. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng bên phải. Kết quả sau mổ hồi phục tốt. Di chứng GOS 4 sau phẫu thuật 6 tháng.



Hình 1: Phim trước PT: hình máu tụ DMC cấp tính bán cầu trái



Hình 2: Phim sau mổ: Hình ảnh máu tụ ngoài màng cứng thái dương Phải

IV. BÀN LUẬN

Có nhiều biến chứng sau phẫu thuật giải ép lấy khối máu tụ dưới màng cứng cấp tính được ghi nhận trong tài liệu là thoát vị vị trí phẫu thuật, nhiễm trùng sau phẫu thuật, động kinh và tràn dịch dưới màng cứng hoặc giãn não thất. Tuy nhiên, máu tụ dưới màng cứng đối bên sau phẫu thuật mở sọ giải ép lấy máu tụ dưới màng cứng cấp tính là một biến chứng sau mổ hiếm gặp [1]. Theo báo cáo tác giả Ban và CS (2010) có 100 trường hợp phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng thì có 2 trường hợp có máu tụ ngoài màng cứng đối bên [2]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 49 bệnh nhân phẫu thuật thì có một bệnh nhân xảy ra biến chứng này.

Nhiều giả thuyết khác nhau đã được đề xuất để giải thích cơ chế xuất hiện máu tụ NMC đối bên bị trì hoãn, một trong số đó là mất hiệu ứng cầm máu trên nguồn chảy máu. Hiệu ứng khối lượng từ khối máu tụ dưới màng cứng cấp tính gây chèn ép có thể làm tăng áp lực nội sọ và tạo ra tình trạng cầm máu trên máu tụ NMC đối bên, điều này sẽ ngăn chặn sự hình thành của máu tụ NMC đối bên cho đến khi thực hiện phẫu thuật

mở sọ giải ép ở phía đối bên sẽ làm giảm áp lực nội sọ và làm giảm khả năng cầm máu tạo nên máu tụ NMC đối bên [3].

Ngoài ra, việc mở sọ giải ép rộng lấy máu tụ DMC cấp tính có thấy gây ra máu tụ NMC đối bên hay không? còn có nhiều ý kiến vấn đề này. Các cơ chế vận mạch bất thường và bệnh đông máu cấp tính, các biện pháp chống phù tích cực có liên quan đến hình thành máu tụ NMC đối bên sau phẫu thuật [3], [4].

Máu tụ NMC đối bên sau phẫu thuật giải nén nên được dự đoán khi có gãy xương sọ đối bên. Bệnh nhân của chúng tôi cũng được các tác giả trên thế giới đề cập. Vỡ xương sọ tương ứng với máu tụ NMC đối bên đã được chứng minh trong phẫu thuật. Các báo cáo đều thể hiện vị trí và chạm chấn thương. Chụp CLVT sọ não có đường vỡ xương sọ của hộp sọ đối bên với khối máu tụ dưới màng cứng. Các tác giả khuyến cáo rằng: cần chụp phim cắt lớp vi tính sọ não chủ động sau phẫu thuật khi đã phát hiện tổn thương vỡ xương đối bên của phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính trong bất kể kết quả phẫu thuật và triệu chứng lâm sàng như thế nào [3], [5]. Bệnh nhân của chúng tôi có vỡ xương sọ đối bên nên hình thành máu tụ NMC đối bên sau mổ như báo cáo của các tác giả...

Ngoài ra, bệnh nhân bị hôn mê sâu và phù não nặng trong phẫu thuật, có dịch chuyển đường giữa nhiều trên phim cắt lớp vi tính sọ não. Những trường hợp này có nguy cơ cao máu tụ NMC đối bên sau phẫu thuật. Vì vậy, chỉ định chụp CLVT sau mổ để phát hiện sớm tổn thương này là cần thiết và điều trị kịp thời có thể cải thiện kết quả sau mổ. Phù não nặng có sự dịch chuyển não gây hiệu ứng khối của máu tụ NMC đối bên phát triển. Phù não trong mổ đã được ghi nhận trong 88% các trường hợp được báo cáo [6]. Tác giả kiến nghị: trong trường hợp phù não nặng trong phẫu thuật và có vỡ xương đối bên cần chụp CLVT sọ não sau mổ ngay lập tức hoặc khoan lỗ thăm dò trên vết vỡ xương đối bên để kiểm tra tổn thương máu tụ NMC đối bên [7], [8]. Ở bệnh nhân này có lượng máu tụ ngoài màng cứng đối bên không nhiều (30ml) có thể do sự dịch chuyển đường giữa không nhiều và phù não trong mổ ở mức độ vừa nên có thể hình thành máu tụ NMC đối bên từ từ và số lượng không nhiều. Chúng tôi lựa chọn phương pháp mở volet lấy máu tụ trong trường hợp này là phù hợp và hiệu quả vì số lượng máu tụ NMC đối bên không nhiều và bệnh nhân vừa trải qua cuộc

phẫu thuật mở sọ giải ép để tránh gây mất máu và các rối loạn toàn thân khác.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ ngoài màng cứng đối bên sau phẫu thuật giải ép điều trị chấn thương sọ não nặng là biến chứng nặng nề, được dự đoán trước khi có gãy xương sọ đối bên hoặc phù não nặng trong phẫu thuật. Khi có tình trạng này, sau phẫu thuật ngay lập tức được chỉ định chụp cắt lớp vi tính sọ não để phát hiện sớm biến chứng và điều trị kịp thời, điều này có thể cải thiện kết quả tốt ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laaiddi A, Rafiq A, Tahrir Y, Hilmani S, Lakhdar A.** (2022): Contralateral epidural hematoma after decompressive surgery: Case report and systematic literature review. *Ann Med Surg (Lond)*. Jan 25;74:103233. doi:10.1016/j.amsu. 2021.103233. PMID: 35145655; PMCID: PMC8818896.
2. **Ban S.P., Son Y., Yang H., Chung Y.S., Lee S.H., Han D.H.** (2010): Analysis of Complications Following Decompressive Craniectomy for Traumatic Brain Injury; pp. 244–250. February 2009.
3. **Chen P, Deng YB, Hu X, Zhou W, Zhang OT, Zhang LY, Xu MH.** (2020): Risk factors associated with the progression of extra-axial hematoma in the original frontotemporoparietal site after contralateral decompressive surgery in traumatic brain injury patients. *Chin J Traumatol*. 2020 Feb;23(1): 45-50. doi: 10.1016/j.citee. 2019.10.005. Epub 2020 Jan 3. PMID: 31982270; PMCID: PMC7049639.
4. **Chhiber S.S., Singh J.P.** (2011): Contralateral extradural hematoma after decompression for acute subdural hematoma: case report and literature review. *Neurosurg. O* :21(4):255–258.
5. **Su T.M., Lee T.H., Chen W.F., Lee T.C., Cheng C.H.** (2008): Contralateral acute epidural hematoma after decompressive surgery of acute subdural hematoma: clinical features and outcome. *J. Trauma Inj. Infect. Crit. Care*. 65(6):1298–1302.
6. **Krishna M., Karivattil R., Kochummen K.** (2018): Case Report Extradural Hematoma Following Decompressive Craniectomy for Acute Subdural Hematoma: Two Case Reports Illustrating Different Mechanisms; pp. 1213–1215.
7. **Choi Y.H., Lim T.K., Lee S.G.** (2017): Clinical features and outcomes of bilateral decompression surgery for immediate contralateral hematoma after craniectomy following. *Acute Subdural Hematoma* :13(2):108–112.
8. **Cohen J.E., Raiz G., Itshavek E., Umansky F.** (2004): Bilateral acute epidural hematoma after evacuation of acute subdural hematoma: brain shift and the dynamics of extraaxial collections. *Neurol. Res.* 2004;26(7):763–766.