

toà hoặc có nguồn động mạch nuôi ở sâu khó tiếp cận từ đầu cuộc mổ. Những khối dị dạng vị trí dưới lều hoặc phần trên của thùy nhộng có nguồn cấp máu chính từ động mạch tiểu não trên và động mạch não sau, nên thường ở vị trí sâu và khó tiếp cận nhất trong trường mổ. Nếu được nút mạch tiền phẫu những động mạch này thì cuộc mổ sẽ an toàn hơn.

Đường mở sọ trong phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch tiểu não cũng tuân theo nguyên tắc rộng rãi, đảm bảo tiếp cận tối đa ổ dị dạng và các nguồn động mạch nuôi và tĩnh mạch dẫn lưu. Đặc điểm vùng hố sau là trường mổ hẹp và sâu nên với mỗi ca bệnh, phẫu thuật viên cần nghiên cứu kỹ vị trí khối và các nguồn động mạch nuôi chính để xác định đường tiếp cận phù hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch tiểu não tốt chiếm tỷ lệ cao (81,3%). 6 trường hợp có kết quả phẫu thuật không tốt đều có tình trạng lâm sàng trước mổ nặng tri giác khi nhập viện kém. Tỷ lệ lâm sàng không cải thiện so với trước mổ thấp, chỉ 3/32 trường hợp (9,4%). Các nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả tương đồng với tỷ lệ kết quả phẫu thuật tốt cao (65%-78%)² và tỷ lệ lâm sàng không cải thiện sau mổ thấp (20%-24%)².

V. KẾT LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch tiểu não có biểu hiện lâm sàng khác so với dị dạng động tĩnh mạch trên lều với nổi trội là tỷ lệ biểu hiện chảy máu cao, không có biểu hiện co giật... Các khối dị dạng động tĩnh mạch tiểu não thường có kích thước trung bình, tĩnh mạch dẫn lưu sâu, không nằm ở vùng chức năng và thường có tính chất lan toả. Dị dạng động tĩnh mạch tiểu não thường

là các tổn thương sâu, khó tiếp cận, gắn với các cấu trúc giải phẫu quan trọng như thân não, các dây thần kinh sọ, các xoang tĩnh mạch. Phẫu thuật lấy khối được chỉ định ở hầu hết các bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch tiểu não. Kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Robert T, Blanc R, Ciccio G, et al.** Anatomic and angiographic findings of cerebellar arteriovenous malformations: Report of a single center experience. *J Neurol Sci.* 2015;358(1-2):357-361. doi:10.1016/j.jns.2015.09.361
2. **Rodríguez-Hernández A, Kim H, Pourmohamad T, Young WL, Lawton MT,** University of California, San Francisco Cerebellar Arteriovenous Malformation Study Project. Cerebellar arteriovenous malformations: anatomic subtypes, surgical results, and increased predictive accuracy of the supplementary grading system. *Neurosurgery.* 2012;71(6):1111-1124. doi:10.1227/NEU.0b013e318271c081
3. **Tong X, Wu J, Lin F, et al.** Risk Factors for Subsequent Hemorrhage in Patients with Cerebellar Arteriovenous Malformations. *World Neurosurg.* 2016;92:47-57. doi:10.1016/j.wneu.2016.04.082
4. **Ozpinar A, Mendez G, Abila AA.** Epidemiology, genetics, pathophysiology, and prognostic classifications of cerebral arteriovenous malformations. In: *Handbook of Clinical Neurology.* Vol 143. Elsevier; 2017:5-13. doi:10.1016/B978-0-444-63640-9.00001-1
5. **da Costa L, Thines L, Dehdashti AR, et al.** Management and clinical outcome of posterior fossa arteriovenous malformations: report on a single-centre 15-year experience. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;80(4):376-379. doi:10.1136/jnnp.2008.152710
6. **Can A, Gross BA, Du R.** The natural history of cerebral arteriovenous malformations. In: *Handbook of Clinical Neurology.* Vol 143. Elsevier; 2017:15-24. doi:10.1016/B978-0-444-63640-9.00002-3

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*, Dương Như Năm*, Vũ Minh Hải (1981)*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật vết thương sọ não tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.5.2021
Ngày phản biện khoa học: 29.6.2021
Ngày duyệt bài: 12.7.2021

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả 39 bệnh nhân vết thương sọ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2019. **Kết quả:** 39 bệnh nhân gồm 35 nam (89,7%) và 4 nữ (10,3%); nguyên nhân do tai nạn giao thông gặp nhiều nhất (64,1%), bạo lực chiếm (17,9%). Tri giác của bệnh nhân khi vào viện nhóm GCS ≤ 8 điểm chiếm (5,1%), GCS: 9-12 điểm chiếm (10,3%), GCS: 13-15 điểm chiếm 84,6%. Lâm sàng vết thương chảy dịch não tủy (7,7%), tổ chức não tại vết thương (7,7%). Dị vật bẩn đất, cát, tóc chiếm 56,4%. Máu tụ trong sọ đi kèm vết thương sọ não chủ

yếu là máu tụ ngoài màng cứng 69,2%. Kết quả điều trị: Tỷ lệ hồi phục tốt 66,7%, di chứng nhẹ 25,6%, di chứng nặng và sống thực vật 5,1%, tử vong 2,6%. **Kết luận:** Vết thương sọ não thời bình nguyên nhân thường gặp do tai nạn giao thông. Nam giới chiếm đa số. Điều trị vết thương sọ não cần lưu ý những bệnh nhân có tổn thương máu tụ nội sọ kèm theo.

Từ khóa: vết thương sọ não, chấn thương sọ não, vết thương sọ não không do hỏa khí.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES IN TRAUMATIC PENETRATING BRAIN INJURIES AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate surgical outcomes in traumatic penetrating brain injury injuries at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A descriptive study was undertaken in 39 penetrating traumatic brain injury patients treated at Thai Binh General Hospital from January 2017 to June 2019. Results: 39 patients included 35 males (89, 7%) and 4 females (10.3%); The most common cause was traffic accidents (64.1%), followed by violence (17.9%). Mental status of patients on admission: GCS 8: (75.1%), GCS 9-12: (10.3%), GCS: 13-15 (84.6%). Traumatic cerebrospinal fluid leak (7.7%), brain parenchyma seen at the wound (7.7%). Foreign bodies as soil, sand, hair accounted for 56.4%. Intracranial hematoma accompanied by head injury was mainly epidural hematoma 69.2%. Treatment outcomes: Good recovery rate achieved 66.7%, mild sequelae: 25.6%, severe sequelae and vegetative state: 5.1%. **Conclusion:** Considering penetrating traumatic brain injuries in peacetime, the common cause is traffic accidents. Men make up the majority. In treatment of traumatic penetrating brain injuries, patients with associated intracranial hematoma should be paid attention to.

Keywords: traumatic penetrating brain injury, traumatic brain injury, nonmissile brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương sọ não là tổn thương rách da đầu, vỡ xương sọ, rách màng cứng làm cho khoang dưới nhện thông với môi trường bên ngoài. Điều trị phẫu thuật cấp cứu vết thương sọ não ở tuyến tỉnh đã trở thành phẫu thuật thường quy, tuy nhiên loại tổn thương này vẫn gây ra tử vong và để lại di chứng cho bệnh nhân. Chúng tôi nghiên cứu mô tả 39 bệnh nhân vết thương sọ não được điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến 6 tháng năm 2019 với mục đích mô tả một số đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị loại tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

2. Đối tượng nghiên cứu. 39 bệnh nhân được chẩn đoán vết thương sọ não và được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến 6 tháng năm 2019.

3. Phương pháp nghiên cứu. Quan sát mô tả lâm sàng, tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính và kết quả ra viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	n	Tỉ lệ (%)
< 15	4	10,3
16 - 30	13	33,3
31 - 50	14	35,9
51 - 70	8	20,5
Tổng số	39	100

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp từ 16 – 50 tuổi chiếm 69,2%. Cao nhất là 69 tuổi, thấp nhất là 5 tuổi, độ tuổi trung bình là 36,2 ± 16,5.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	n	Tỉ lệ (%)
Nam	35	89,7
Nữ	4	10,3
Tổng số	39	100

Nhận xét: Chủ yếu gặp ở nhóm nam giới, chiếm 89,7%. Tỉ lệ nam/nữ: 8,7/1.

Bảng 3.3. Nguyên nhân tai nạn

Nguyên nhân	n	Tỉ lệ (%)
Tai nạn giao thông	25	64,1
Tai nạn sinh hoạt	4	10,3
Tai nạn lao động	3	7,7
Tai nạn bạo lực	7	17,9
Tổng số	39	100

Nhận xét: Hay gặp nguyên nhân do tai nạn giao thông, chiếm 64,1%, tiếp đến là nhóm tai nạn bạo lực chiếm 17,9%.

Bảng 3.4. Tình trạng tri giác khi nhập viện

Điểm GCS	n	Tỉ lệ (%)
≤ 8	2	5,1
9 – 12	4	10,3
13 – 15	33	84,6
Tổng số	39	100

Nhận xét: Điểm tri giác trong nhóm từ 13 - 15 điểm là hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 84,6%, có 2 bệnh nhân dưới 8 điểm.

Bảng 3.5. Vị trí vết thương

Vị trí	n	Tỉ lệ (%)
Trán	25	64,1
Đỉnh	8	20,5
Thái dương	6	15,4
Tổng số	39	100

Nhận xét: Vết thương sọ não gặp nhiều ở

vùng trán 64,1%. Vùng đỉnh đầu 20,5%, vùng thái dương 15,4%.

Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương tại vết thương

Tổn thương tại vết thương	n	Tỉ lệ (%)	
Chảy dịch não tủy	3	7,7	
Tổ chức não	3	7,7	
Dị vật	22	56,4	
Vết thương	Đập nát	32	82,1
	Sắc gọn	7	17,9

Nhận xét: Tại vết thương có 3 bệnh nhân chảy dịch não tủy (7,7%), 3 bệnh nhân thấy tổ chức não tại vết thương (7,7%). Dị vật bản đất, cát, tóc gặp ở 22 trường hợp chiếm 56,4%. Vết thương dập nát chiếm 82,1%, vết thương sắc gọn chiếm 17,9%.

Bảng 3.7. Các loại máu tụ trên chụp cắt lớp vi tính

Loại tổn thương	n	Tỉ lệ (%)
Máu tụ ngoài màng cứng	27	69,2
Máu tụ dưới màng cứng	14	35,9
Đập não	15	38,5
Chảy máu khoang dưới nhện	14	35,9

Ghi chú: một bệnh nhân có thể có nhiều tổn thương phối hợp kèm theo

Nhận xét: Tụ máu ngoài màng cứng vùng vỡ xương chiếm cao nhất (69,2). Máu tụ dưới màng cứng 35,9%, đập não 38,5%, chảy máu dưới nhện 35,9%.

Bảng 3.7. Kết quả điều trị khi ra viện

Mức độ	n	Tỉ lệ (%)
Hồi phục tốt	26	66,7
Di chứng nhẹ	10	25,6
Di chứng trung bình	0	0
Sống thực vật	2	5,1
Tử vong	1	2,6%
Tổng số	39	100

Nhận xét: Tỉ lệ hồi phục tốt chiếm 66,7%. di chứng nhẹ chiếm 25,6%. Có 2 bệnh nhân sống thực vật chiếm 5,1%. có 1 bệnh nhân tử vong (2,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi hay gặp từ 16 – 50 tuổi chiếm 69,2%. Tuổi cao nhất là 69 tuổi, thấp nhất là 5 tuổi, độ tuổi trung bình là $36,2 \pm 16,5$. Giới tính: Chủ yếu gặp ở nhóm nam giới, chiếm 89,7%. Tỉ lệ nam/nữ: 8,7/1. Theo Đàm Đức Long và cộng sự (2014), độ tuổi từ 21 - 40 tuổi chiếm 66,7%. Nam giới là chính 96,7% [1]. Theo Võ Tấn Sơn và cộng sự (2004), tuổi nhỏ nhất là 6, tuổi lớn nhất là 67. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 11 đến 30 tuổi. Nam chiếm 88,9% [2]. Kết quả của

chúng tôi cũng tương tự với nhận xét của các tác giả trong nước là đa số vết thương sọ não gặp ở nam giới và trong độ tuổi lao động. Zhigang Lan và cộng sự (2018), Khoa phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Tây Trung Quốc, từ tháng 1 năm 2003 đến tháng 5 năm 2016. Báo cáo 22 bệnh nhân vết thương sọ não tăng trước nền sọ không do hỏa khí trong khoảng thời gian 13 năm, bao gồm 20 nam và 2 nữ. Đa số (72,7%) bệnh nhân là người lớn với tuổi trung bình là 27,5 tuổi [4].

4.2. Nguyên nhân tai nạn. Chúng tôi nhận thấy hay gặp nhất là tai nạn giao thông, chiếm 64,1%, tiếp đến là nhóm tai nạn bạo lực chiếm 17,9%; tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động lần lượt là 10,3% và 7,7%. Báo cáo của Võ Tấn Sơn (2004), cho biết tai nạn giao thông chiếm 75,4%, bạo lực chiếm 17,9%, hỏa khí 1,7%, tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động 2,5%. Báo cáo của chúng tôi không gặp trường hợp nào do hỏa khí, Võ Tấn Sơn gặp 1 trường hợp là súng hơi. Nguyên nhân gây ra vết thương sọ não ở Việt Nam đa số là do tai nạn giao thông và bạo lực, nó khác với báo cáo của các tác giả nước ngoài đa số là do hỏa khí. Chỉ rất ít các báo cáo vết thương sọ não không do hỏa khí như tác giả: Zhigang Lan và cộng sự (2018), các cơ chế của chấn thương thường bao gồm ngã do vô tình, rơi vào một vật sắc nhọn có đường kính nhỏ (10 trường hợp) hoặc khi đang cầm một vật như vậy trên tay (4 trường hợp). Các cơ chế phổ biến khác là đâm, tai nạn hoặc trong một cuộc xung đột (8 trường hợp) [4]. Abdelhameid, A.K., Saro, A (2019), báo cáo 18 trường hợp vết thương sọ não không do hỏa khí thấy nguyên nhân do dao 10 bệnh nhân (56%), do đinh 4 trường hợp (22%), do thanh sắt 2 (11%), do chìa khóa 1 (5,56%), do kẹp tóc 1 (5,56%) [5].

4.3. Lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính. Nghiên cứu của chúng tôi thấy vết thương có 3 bệnh nhân chảy dịch não tủy (7,7%), 3 bệnh nhân thấy tổ chức não tại vết thương (7,7%). Dị vật bản đất, cát, tóc gặp ở 22 trường hợp chiếm 56,4%. Vết thương dập nát chiếm 82,1%, vết thương sắc gọn chiếm 17,9%. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân là tai nạn giao thông chiếm chủ yếu, nạn nhân đa số không đội mũ bảo hiểm, do vậy khi đập vùng trán xuống nền đường nên vết thương có nhiều dị vật. Cơ chế chấn thương do tai nạn giao thông cũng gây ra nhiều tổn thương phức tạp trên phim chụp cắt lớp vi tính: Tụ máu ngoài màng cứng vùng vỡ xương chiếm cao nhất (69,2). Máu tụ dưới màng cứng 35,9%, đập não 38,5%, chảy máu dưới nhện 35,9%. Theo Võ Tấn Sơn (2004) thì tổn

thương trên phim chụp cắt lớp vi tính thấy 33/118 bệnh nhân có máu tụ, cụ thể: máu tụ ngoài màng cứng 41,0%, máu tụ dưới màng cứng 7,7%, máu tụ trong não 51,3% [2].

Zhigang Lan và cộng sự (2018), Biểu hiện lâm sàng bao gồm tụ máu quanh ổ mắt (10 trường hợp, 45,5%) và chảy dịch não tủy hoặc chảy máu (4 trường hợp, 18,2%) cũng như dấu hiệu của dị vật (8 trường hợp, 36,4%) [4].

4.4. Kết quả điều trị. Kết quả ra viện nhóm bệnh nhân của chúng tôi hồi phục tốt chiếm 66,7%, di chứng nhẹ chiếm 25,6%. Có 2 bệnh nhân sống thực vật chiếm 5,1%. có 1 bệnh nhân tử vong (2,5%), tỉ lệ nhiễm trùng 2 bệnh nhân (5,1%). Võ Tấn Sơn (2004), báo cáo 118 trường hợp: tỉ lệ nhiễm trùng 4,2%. Di chứng liệt nửa người và sống thực vật 7,6%, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày đầu 2,5%. Zhigang Lan và cộng sự (2018), cho biết kết quả lâm sàng rất tốt ở 14 bệnh nhân (thang điểm Glasgow Outcome Scale [GOS] là 5) và tốt ở 8 bệnh nhân còn lại (GOS là 4) trong thời gian theo dõi 6 tháng – 10 năm (trung bình 4,6 năm). Nguyễn Vũ Khoa (2005), báo cáo 155 trường hợp vết thương sọ não điều trị tại bệnh viện Việt Đức trong 2 năm 2004-2005 cho kết quả ra viện: tốt 73,5%; khá 12,3%, kém 10,3%, sống thực vật 0,6%, tử vong 3,2% [3].

Chúng tôi thống nhất với nhận xét của Võ Tấn Sơn là điều trị vết thương sọ não là phẫu thuật nhưng phải cân nhắc và có chiến thuật mổ phù hợp khi mổ vết thương sọ não kèm máu tụ trong sọ.

V. KẾT LUẬN

Vết thương sọ não thời bình nguyên nhân thường gặp do tai nạn giao thông. Nam giới chiếm đa số. Điều trị vết thương sọ não cần lưu ý những bệnh nhân có tổn thương máu tụ nội sọ kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Đức Long, Nguyễn Quốc Bảo, Nguyễn Tiên Quân (2014).** Điều trị vết thương sọ não tại bệnh viện 198 Bộ công an. Y học TP.Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản số 6, 2014.
2. **Võ Tấn Sơn, Dương Thanh Tùng (2004).** Vết thương sọ não trong thời bình. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản số 1, 2004.
3. **Nguyễn Vũ Khoa (2005).** Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ xử trí vết thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp BSCK2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2005.
4. **Zhigang Lan, Seidu A Richard, Lu Ma (2018),** Nonmissile anterior skull-base penetrating brain injury: Experience with 22 patients. Asian J Neurosurg 2018;13:742-8.
5. **Abdelhameid, A.K., Saro, A (2019).** Non-missile penetrating brain injuries: cases registry in Sohag University Hospital. Egypt J Neurosurg 34, 24 (2019).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP KHOANG DƯỚI MÓM CÙNG VAI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Văn Minh^{1,2}, Cao Quý¹,

Hoàng Minh Thắng^{1,2}, Đào Xuân Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị hẹp khoang dưới móm cùng vai tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 30 bệnh nhân hẹp khoang dưới móm cùng vai được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới móm cùng vai tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội trong thời gian từ 01/01/2017 tới 30/06/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 58 ± 10,7 (31-79). Thời gian phẫu thuật trung bình là 74,17 ± 8,2 phút, thời gian

nằm viện trung bình là 4,87±1,68 ngày. Không có biến chứng trong mổ và sau mổ. Phân loại chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm UCLA: rất tốt (36,7%), tốt (60,0%), trung bình (3,3%). Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS sau mổ cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước mổ. Người bệnh hài lòng với kết quả điều trị: rất hài lòng và hài lòng (90%), bình thường (6,7%) và không hài lòng (3,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới móm cùng vai là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị hẹp khoang dưới móm cùng vai.

Từ khóa: khoang dưới móm cùng vai, khớp vai, nội soi

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR SUBACROMIAL IMPINGEMENT IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021