

- 2013;10(4):221-226.
- Marcia S, Saba L, Marras M, Suri JS, Calabria E, Masala S.** Percutaneous stabilization of lumbar spine: a literature review and new options in treating spine pain. *The British journal of radiology.* 2016;89(1065):20150436.
 - Đỗ Mạnh Hùng (2018).** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bớm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Robinson Y, Tschöke SK, Stahel PF, Kayser R, Heyde CEJPsis.** Complications and safety aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. 2008;2(1):1-10.
 - Baz AB, Akalin S, Kiliçaslan ÖF, Tokatman B, Arik H, Duygun FJTKJoMS.** Efficiency of balloon kyphoplasty in the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures. 2016;62(3):E49.
 - Yang S, Chen C, Wang H, Wu Z, Liu L.** A systematic review of unilateral versus bilateral percutaneous vertebroplasty/ percutaneous kyphoplasty for osteoporotic vertebral compression fractures. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica.* 2017;51(4):290-297.
 - Pradhan BB, Bae HW, Kropf MA, Patel VV, Delamarter RB.** Kyphoplasty reduction of osteoporotic vertebral compression fractures: correction of local kyphosis versus overall sagittal alignment. *Spine.* 2006;31(4):435-441.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUY BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Quang Ân¹, Nguyễn Huy Ngọc²

THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

An open, prospective, non-control study of 52 cerebral hemorrhagic stroke patients who were in surgery treatment in Phu Tho general hospital, Glasgow coma scale from 5 to 12; none of vascular malformations; none of brain tumors. **Results:** Men: Average age: 62.25 ± 16.23; The earliest arrival time is 62.0% before 6 o'clock. Lowest 6-12 hour period accounted for 5.7%. The ratio of size of hematoma <30gr in XHN position group accounts for 4/52 cases, accounting for 7.7%. The highest hematoma 40-50gr accounts for 23,2%; Died during and after treatment over 1 months of leaving hospital: 5.8 (%) Severe disability accounts for 15.3% in the temporal region. **Conclusion:** Surgery treatment has an important role in cerebral hemorrhagic stroke. The indication of surgery treatment depends on mass effect syndrome and total state of patients and the will of the relations

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não do xuất huyết não (XHN) chiếm khoảng 10-15% các ca đột quy ở châu Âu, Mỹ và Úc, trong khi châu Á chiếm khoảng 15-20%. Theo báo cáo mỗi năm có khoảng 2,2 triệu người trên toàn thế giới bị XHN[1]. Trong một nghiên cứu trên dân số gần đây, tần suất chung của XHN ước tính là 12-15 trường hợp trên 100.000 dân[2]. Thường gặp hơn ở nam giới cao tuổi và trong các quần thể nhất định. Tỷ lệ cao nhất ở châu Á, trung bình ở người da đen và người da trắng thấp nhất[3]. (125/100.000 tại Nhật Bản, 17,6/100.000 người da đen và 13,52/100.000 da trắng). Mặc dù, theo số liệu thì tỉ lệ đột quy giảm dần theo thời gian nhưng kết quả của phân tích cho thấy tỉ lệ XHN từ năm 2008 đến 2018 đã

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật xuất huyết não ở bệnh nhân đột quy tại Trung tâm Đột quy não Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 52 ca bệnh được chẩn đoán xuất huyết não do đột quy và được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh phú thọ từ 1/2023 - 12/2023. Không phân biệt tuổi, giới. Điểm hôn mê Glasgow từ 5 điểm đến 12 điểm. Loại trừ xuất huyết não do u não, dị dạng mạch máu não. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 62.25 ± 16.23. Thời gian đến nhập viện sớm nhất chiếm 62.0% trước 6 giờ. Thấp nhất khoảng thời gian 6-12 giờ chiếm 5.7%. Tỷ lệ kích thước khối máu tụ < 30gr trong nhóm vị trí XHN chiếm 4/52 trường hợp chiếm tỷ lệ 7.7%. Cao nhất khối máu tụ 40-50gr chiếm 30.8%. Tử vong trong và sau ra viện 1 tháng: 5.8 (%). Tàn tật mức độ nặng chiếm tỷ lệ 15.3% ở vùng thái dương. **Kết luận:** Can thiệp phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị XHN do đột quy não. Chỉ định phẫu thuật dựa vào hội chứng chèn ép não và toàn trạng bệnh nhân và ý chí của gia đình. **Từ khóa:** xuất huyết não không do chấn thương, phẫu thuật lấy máu tụ nội sọ, tụ máu nội sọ không do chấn thương.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGERY FOR BRAIN HEMORRHAGE IN STROKE PATIENTS AT THE STROKE CENTER OF PHU THO

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Phú Thọ

²Sở Y Tế Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân

Email: longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

không giảm[4].

Các báo cáo gần đây cho thấy điều trị phẫu thuật mở sọ giải ép kết hợp lấy máu tụ trong não, dẫn lưu não thất khi có hiện tượng choán chỗ bán cầu não có thể làm giảm rõ ràng tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật. Khi có hiện tượng chèn ép não, khối máu choán chỗ gây tăng áp lực nội sọ mà khó kiểm soát bằng các phương pháp nội khoa, phẫu thuật mở rộng nắp xương sọ, lấy khối máu tụ choán chỗ trong não và cầm máu nguồn xuất huyết nhằm làm tăng thêm thể tích hộp sọ, từ đó làm giảm được áp lực nội sọ, làm giảm áp lực lên thành mạch tổn thương. Tuy nhiên, việc phẫu thuật và điều trị phù não mới chỉ được áp dụng tại các bệnh viện tuyến Trung ương và một số Khoa Phẫu Thuật Thần kinh có rất ít báo cáo ở các Trung tâm Đột quỵ. Đây là mục đích chính của chúng tôi nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật xuất huyết não ở bệnh nhân đột quỵ tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ."

II. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm các đặc điểm như: Giới tính nam gấp đôi nữ (2:1); Tuổi trung bình không trẻ, phù hợp với đa số các tác giả khác; Đa số hôn mê sâu và được phẫu thuật sau 12 giờ khởi bệnh. Vị trí XHN vùng thái dương nhiều nhất; Lượng máu tụ trung bình nhiều. Nguyên nhân tăng huyết áp, hôn mê sâu, vị trí XHN trong nghiên cứu này cũng tương tự các tác giả khác.

Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị
Bảng 1: Phân bố người bệnh theo tuổi

Tuổi	Tổng số BN	Tỷ lệ (%)
< 20	3	5,7
20-39	3	5,7
40-59	11	21,2
60-79	32	61,7
80-99	3	5,7
Tổng cộng	52	100

Tuổi trung bình của các người bệnh nghiên cứu là 62.25 ± 16.23 tuổi. Người bệnh trẻ nhất 06 tuổi và người bệnh già nhất 90 tuổi. Tỷ lệ tuổi từ 60-79 tuổi là cao nhất, chiếm 61,7%.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng số
Số bệnh nhân	33	19	52
Tỷ lệ (%)	63,5	36,5	100

Trong số người bệnh được nghiên cứu, tỷ lệ nam/ nữ là 33/19=1,7

Trong đó người bệnh nam cao gấp đôi người bệnh nữ chiếm 63,5%.

Bảng 3: Thời gian khởi bệnh đến khi nhập viện

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 6 giờ	32	62.0
Từ 6giờ – 12 giờ	3	5.7
Trên 12 giờ	17	32.3
Tổng cộng	52	100

Thời gian đến nhập viện sớm nhất chiếm 62.0% trước 6 giờ. Thấp nhất khoảng thời gian 6-12 giờ chiếm 5.7%.

Bảng 4: Thể tích khối máu tụ trên phim chụp CLVT theo vị trí XHN

Thể tích máu tụ	Vị trí XHN									Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
	Nhân bèo	Đôi thị	Thùy trán	Thùy TD	Thùy đỉnh	Thùy chẩm	Não thất	Cầu não	Tiểu não		
Dưới 30gr	0	0	0	0	0	3	0	1	0	4	7.7
30 – 40gr	1	2	0	5	0	3	0	0	3	14	26.9
40 – 50gr	2	2	1	5	1	0	1	0	0	16	30.8
50-60gr	2	2	0	3	0	0	1	0	0	8	15.3
60-70gr	0	1	1	5	0	0	3	0	0	10	19.3

Tỷ lệ kích thước khối máu tụ < 30gr trong nhóm vị trí XHN chiếm 4/52 trường hợp chiếm tỷ lệ 7.7%. Cao nhất khối máu tụ 40-50gr chiếm 30.8%.

Bảng 5: Đánh giá kết quả theo thang điểm phục hồi theo RANKIN

Vị trí khối máu tụ	Thang điểm RANKIN có sửa đổi							Tử vong	Tổng số (N)
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm	6 điểm		
Nhân bèo	0	0	4	2	1	2	1	0	10
Đôi thị	0	0	4	1	0	0	0	1	6
Thùy trán	0	1	0	4	2	0	0	1	8
Thùy TD	0	5	3	0	5	1	0	1	15
Thùy đỉnh	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Thùy chẩm	2	2	1	0	0	0	3	0	8
Cầu não	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tiểu não	1	0	1	0	0	1	0	0	3

Tổng số	3	9	14	7	8	4	4	3	52
Tỷ lệ (%)	5.8	17.3	26.9	13.5	15.3	7.7	7.7	5.8	100%

Tử vong trong và sau ra viện 1 tháng: 5.8%. Tàn tật mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất ở vùng Thái Dương chiếm 15.3%.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

Các yếu tố liên quan		Kết quả phẫu thuật		
		P	OR	Mức tin cậy 95%
Giới	Nam	0,001	0,17	14,18± 33,09
	Nữ			
Nhóm tuổi	Phân loại tuổi	0,21	0.72	1,32± 102,5
Thời gian vào viện	< 6 giờ	0.002	0,15	21,32± 48,60
	6-12 giờ			
	>12 giờ			
Tình trạng trước mổ	SSS > 3 điểm	0.001	0,35	1,02± 58,63
	SSS 3-6 điểm			
	SSS 6-10 điểm			
Glasgow come scale	3-5 điểm	0,001	0,42	31,36± 53,18
	6-9 điểm			
	12-15 điểm			
Thể tích khối máu tụ	>30gr	0,0016	0,62	43,02± 72,65
	<80gr			
Vị trí khối máu tụ	XHN không do chấn thương	0.005	0.61	1.12± 76.16
Đường mổ	Keyhole	0.006	0.60	41.63± 73.52
	Trán một, hai bên			
	Trán TD nền			
	Trán TD trước/ sau			
	Chấm, hố sau Question mark			
Truyền máu trong mổ	< 250 ml	0.18	0.19	20.01± 20.56
	> 750ml			
Thời gian mổ	< 360 phút	0.001	0.43	19.26± 51.85
	> 360 Phút			
Mức độ, cách thức lấy máu tụ	Lấy máu tụ, giải tỏa não	0.001	0.12	33.75± 63.33
	DL não thất			
	Clip mạch não			
	Kính vi phẫu thuật			

Các yếu tố giới, thời gian vào viện, vị trí, kích thước, thời gian phẫu thuật, mức độ lấy máu tụ là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả phẫu thuật với P<0.05 có ý nghĩa thống kê. So sánh các yếu tố liên hệ đến kết quả điều trị giữa 2 nhóm kết quả tử vong và còn sống (bảng

5), bao gồm độ tuổi, giới tính, thời gian từ khi đột quỵ đến khi được phẫu thuật, khối lượng xuất huyết não trung bình, mức độ hôn mê, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê P > 0.05.

III. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi thấy can thiệp phẫu thuật xuất huyết não do đột quỵ não có vai trò rất quan trọng và tích cực và làm giảm tỷ lệ tử vong.

IV. KIẾN NGHỊ

Đa số bệnh nhân bị TBMMN nhập viện muộn. Chúng tôi đề nghị người dân được hiểu biết về loại bệnh này nhiều hơn nữa. Các tuyến y tế cơ sở phải biết sơ cấp cứu loại bệnh này đúng phác đồ của bệnh và nhanh chóng chuyển bệnh nhân về tuyến có khả năng điều trị thực thụ một cách an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- A. g.** (2020). Australian government, Clinical Guidelines for Acute Stroke Management. 25 : 112-115.
- Fred Rincon S. A. M.** (2015). Clinical review: Critical care management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Critical Care. 12: 237-252.
- Shahid Siddique D. M.** (2000). Surgical treatment of intracerebral haemorrhage. British Medical Bulletin. 56 (No 2): 444-456.
- Qureshi A. I., Tuhim S., Broderick J. P. và cộng sự** (2018). Spontaneous intracerebral hemorrhage. New England Journal of Medicine, 344 (19), 1450-1460.
- Qureshi A. T. S., Broderick JP et al.** (2020). Spontaneous intracerebral hemorrhage. N Engl J Med. 344: 1450-1460.
- Nguyễn Văn Chương** (2016). "Các thang điểm thần kinh học lâm sàng trong thần kinh học và phẫu thuật thần kinh". Thần kinh học toàn tập. Phụ lục III. tr10459.
- Nguyễn Văn Thông** (2020). Điều trị ngoại khoa chảy máu trong sọ do tăng huyết áp. Nhà xuất bản y học, 151 – 163.
- Siddique MS M. A.** (2000). Surgical treatment of intracerebral hemorrhage. British medical bulletin: 56 (No 2), 444 – 456.
- Takahashi. O** (2019). Risk stratification for in-hospital mortality in spontaneous intracerebral haemorrhage: A Classification and Regression Tree Analysis". Q J Med, 11(99), 743-750.
- HU Y. Z.** (2018). Epidemiological and clinical characteristics of 266 cases of intracerebral hemorrhage in Hangzhou, China "Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology) 14(6), 496-504