

3. Tessler F.N., Middleton W.D., Grant E.G., et al. (2017). ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. J Am Coll Radiol, 14(5), 587–595.
4. Kim S.J., Kim E.K., Park C.S., et al. (2003). Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in nonpalpable thyroid nodules: is it useful in infracentimetric nodules?. Yonsei Med J, 44(4), 635–640.
5. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., et al. (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid, 26(1), 1–133.
6. Trần Thủy Hồng, Bùi Văn Lệnh, Lê Tuấn Linh (2013), Đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm trong chẩn đoán các tổn thương khu trú tuyến giáp, Bệnh viện đại học y Hà Nội, Hà Nội
7. Nguyễn Kim Sơn (2017), Giá trị của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 3 – 4, Đại học Y Hà Nội.
8. Kwak J.Y., Han K.H., Yoon J.H., et al. (2011). Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. Radiology, 260(3), 892–899.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO BỆNH NHÂN ĐỘT QUY XUẤT HUYẾT NÃO CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hoàng Hồng Quân¹, Nguyễn Thị Thanh Bé²,
Lê Vũ Duy³, Đào Thị Thu Trang⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não cấp tính tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, 61 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy xuất huyết não tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình là 64,44±10,667, chủ yếu là nam với tỷ lệ 72,1%. Huyết áp trung bình là 94,62±15,166 mmHg. Triệu chứng hay gặp là liệt nửa người. Điểm tri giác (Glasgow) trung bình là 12,28±2,703. Số ngày nằm viện trung bình 13,066±9,1175 ngày. Vị trí tổn thương, tổn thương nhân bèo 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%. Di lệch đường giữa <5mm là chủ yếu (83,6%), di lệch ≥ 5mm là 16,4%. Thể tích khối máu tụ trung bình 29,16±48,24 mL. Mỗi liên quan giữa điểm Glasgow và kết cục của bệnh nhân với thể tích khối máu tụ trên CLVT và mức độ di lệch đường giữa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hình ảnh CLVT sọ não cung cấp nhiều thông tin để dự đoán kết quả điều trị và phục hồi của người bệnh độ quy xuất huyết não. Thể tích khối máu tụ >30mL và di lệch đường giữa >5mm là yếu tố tiên lượng xấu. **Từ khóa:** Độ quy não, Xuất huyết não, Cắt lớp vi tính.

SUMMARY

CLINICAL AND BRAIN CT SCAN IMAGES FEATURES IN ACUTE INTRACRANIAL

¹Lữ đoàn 87, Binh chủng Hoá học

²Bệnh viện Quân y 354, Tổng cục Hậu cần

³Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Duy

Email: bsduyvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

HEMORRHAGIC PATIENTS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: This study aimed to identify key clinical and brain CT scan characteristics in patients with acute intracranial hemorrhages at 103 military hospital. **Subjects and methods:** We conducted a retrospective, cross-sectional study involving 61 patients diagnosed with hemorrhagic stroke at 103 military hospital. Results and discussion: Average age was 64.44±10.667, mainly men with a rate of 72.1%. Average blood pressure was 94,62±15,166 mmHg. The most common clinical symptom is hemiplegia. The average perception score (Glasgow) was 12,28±2,703. The average length of stay in hospital was 13,066±9,1175. In term of site, it occurred in 27.9% of the putamen, 29.5% of the thalamus, 21.3% of the lobes, 16.4% of the brain stem and 4.9% of the cerebellum. Midline shift of less than 5mm was majority (83.6%), displacement of more than 5mm accounted for 16.4%. The average hematoma volume was 29.16±48.24 mL. The relationship between Glasgow score, patient outcome with hematoma volume on CT scan and the degree of midline shift is statistically significant. **Conclusions:** Brain CT scan images provide a lot of information to predict treatment outcome for patients with intracranial hemorrhagic stroke. More than 30mL of hematoma volume and more than 5mm of midline shift are poor prognostic factors.

Keywords: Stroke, Hemorrhage, CT scan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là bệnh phổ biến, diễn biến đột ngột, cấp tính, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tại Việt Nam hiện nay đột quy vẫn là vấn đề mang tính cấp thiết gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống của người bệnh. Đột quy xuất huyết não là một thể lâm sàng nặng của đột quy não, chiếm tỉ lệ

khoảng 10 – 15% tổng số bệnh nhân đột quỵ não nhưng tử vong cao và để lại di chứng nặng nề, chi phí điều trị và chăm sóc cao. Biểu hiện lâm sàng của đột quỵ xuất huyết não đa dạng, gồm các triệu chứng đau đầu, co giật, liệt nửa người hoặc hôn mê. Bệnh diễn biến đa dạng và phức tạp liên quan đến tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và đặc biệt là đặc điểm khối máu tụ [1].

Chụp Cắt lớp vi tính (CLVT) là phương pháp hình ảnh hàng đầu được lựa chọn cho bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não cấp tính, có thể phát hiện xuất huyết não ngay tại thời điểm khởi phát đột quỵ. Là phương pháp phổ biến, an toàn, không xâm lấn và đặc biệt giúp xác định kích thước khối máu tụ, vị trí và mức độ lan rộng của xuất huyết, mức độ đè đẩy đường giữa. Ngoài ra chụp CLVT còn giúp phát hiện nguyên nhân cũng như là yếu tố quan trọng trong tiên lượng mức độ nặng của đột quỵ xuất huyết não [2]. Xuất phát từ những đặc điểm trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính đột quỵ xuất huyết não cấp tính tại Bệnh viện Quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 61 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ xuất huyết não cấp tính, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não cấp tính.

- Có đầy đủ thông tin lâm sàng.

- Bệnh nhân được chụp Cắt lớp vi tính sọ não có tiêm thuốc đối quang.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có chấn thương hoặc tiền sử đột quỵ não.

- Bệnh nhân xuất huyết não do vỡ túi phình động mạch não, dị dạng động tĩnh mạch não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 61 bệnh nhân.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6/2023 đến tháng 2/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Quân y 103

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi chia thành các nhóm (<50 tuổi, 50-59 tuổi, 60-69 tuổi, ≥70 tuổi), giới tính (nam, nữ), huyết áp trung bình thời điểm nhập viện.

- Triệu chứng lâm sàng tại thời điểm nhập viện, bao gồm: đau đầu, chóng mặt, nôn, bồn nôn, liệt ½ người, rối loạn tri giác (điểm Glasgow).

- Kết cục: sống sót, tử vong

- Tổng số ngày nằm viện

- Hình ảnh Cắt lớp vi tính:

+ Vị trí ổ máu tụ: bên phải, bên trái, đường giữa. Nhân bèo, đồi thị, thùy, thân não, tiểu não.

+ Di lệch đường giữa (mm)

+ Thể tích khối máu tụ: tính theo công thức $V_{ML} = (a \times b \times c) / 2$. Lát cắt trên CLVT được lựa chọn là lát cắt có diện tích xuất huyết lớn nhất. a là đường kính lớn nhất ổ máu tụ tính bằng cm. b là đường kính lớn nhất vuông góc với a trên cùng một lát cắt. c là chiều cao nhất của khối máu tụ trên mặt phẳng tái tạo [1].

2.4. Xử lý số liệu: Nhập dữ liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân hoặc người nhà được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=61)	Tỷ lệ %	
Tuổi	< 50	5	8,2
	50-59	15	24,6
	60-69	20	32,8
	≥70	21	34,4
	Trung bình	64,44 ± 10,667	(41-86)
Giới	Nam	44	72,1
	nữ	17	27,9
HA trung bình	94,62 ± 15,166 (59-123)		

Nhận xét: Tuổi trung bình là 64,44 ± 10,667, nhỏ nhất 41 tuổi, lớn nhất 86 tuổi. Nhóm hay gặp nhất là 60-69 tuổi và ≥ 70 tuổi với tỷ lệ lần lượt 32,8% và 34,4 %. Về giới, chủ yếu là nam với tỷ lệ 72,1%, nữ gặp 27,9%. Huyết áp trung bình là 94,62 ± 15,166 mmHg.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n=61)	Tỷ lệ %	
Đau đầu, chóng mặt	7	11,5	
Nôn, buồn nôn	5	8,2	
Liệt ½ người	Phải	30	49,2
	Trái	18	29,5
Điểm Glasgow	3-8 điểm	8	13,1
	9-12 điểm	15	24,6
	13-15 điểm	38	62,3
	Trung bình	12,28 ± 2,703	(6 – 15)

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp là liệt ½ người phải (49,2%) và liệt ½ người trái (29,5%), các triệu chứng ít gặp hơn là đau đầu, chóng

mặt (11,5%) và nôn, buồn nôn (8,2%). Điểm tri giác (Glasgow) trung bình là 12,28 ± 2,703, hay gặp nhất là nhóm 13-15 điểm (62,3%), tiếp theo là nhóm 9-12 điểm (24,6%), ít gặp nhất là nhóm 3-8 điểm (13,1%).

Bảng 3.3. Kết cục và thời gian điều trị

Kết cục và thời gian điều trị	Số lượng (n=61)	Tỷ lệ %
Sống sót	54	88,5
Tử vong	7	11,5
Tổng ngày nằm viện	13,066 ± 9,1175 (2-32)	

Nhận xét: Trong 61 bệnh nhân nghiên cứu có 7 bệnh nhân tử vong (11,5%) và 54 bệnh nhân sống sót (88,5%), số ngày nằm viện trung bình 13,066 ± 9,1175 (2-32) ngày.

3.2. Đặc điểm hình ảnh Cắt lớp vi tính sọ não

Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não

Đặc điểm		Số lượng (n=61)	Tỷ lệ %
Vị trí	Nhân bèo	17	27,9
	Đồi thị	18	29,5
	Thùy	13	21,3
	Thân não	10	16,4
	Tiểu não	3	4,9
	Bên phải	22	36,1
	Bên trái	29	47,5
	Đường giữa	10	16,4
Di lệch đường giữa	< 5mm	51	83,6
	≥ 5mm	10	16,4
Thể tích	Trung bình	29,16 ± 48,24 (1 – 269) mL	
	< 30 mL	42	68,9
	30-60 mL	14	23
	> 60 mL	5	8,2
Tổn thương kết hợp	XHDN	6	9,8
	Tràn máu não thất	11	18
	Cả 2	4	6,6
	Không	40	65,6

Nhận xét: Tổn thương thường gặp ở bên trái (47,5%) hơn so với bên phải (36,1%), có 16,4% tổn thương nằm ở chính giữa cầu não. Vị trí tổn thương, tổn thương nhân bèo 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%. Di lệch đường giữa <5mm là chủ yếu (83,6%), di lệch ≥ 5mm 16,4%. Thể tích khối máu tụ trung bình 29,16 ± 48,24 mL, chủ yếu < 30 mL (68,9%), 30-60 mL có 23% và > 60 mL có 8,2%. Có 9,8% bệnh nhân kết hợp xuất huyết dưới nhện đơn thuần, 18% kết hợp tràn máu não thất đơn thuần, 6,6% kết hợp cả xuất huyết dưới nhện và tràn máu não thất.

Bảng 3.5. Liên quan thể tích khối máu

tụ với điểm tri giác và kết cục

Thể tích khối máu tụ		≤30mL	>30mL	P
Điểm tri giác Glasgow	3-8 điểm	1(12,5%)	7(87,9%)	<0,01
	9-12 điểm	4(26,7%)	11(73,3%)	
	13-15 điểm	37(97,4%)	1(2,6%)	
Kết cục	Sống sót	42(77,8%)	12(22,2%)	<0,01
	Tử vong	0(0%)	7(100%)	

Nhận xét: có tới 87,9% bệnh nhân hôn mê sâu có thể tích khối máu tụ >30mL, trong đó bệnh nhân rối loạn tri giác nhẹ (Glasgow 13-15 điểm) chỉ có 1 (2,6%) thể tích khối máu tụ > 30mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P< 0,01 (Fisher's Exact Test). Tất cả bệnh nhân tử vong đều có thể tích khối máu tụ >30mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,01 (test χ²).

Bảng 3.6. Liên quan di lệch đường giữa với điểm tri giác và kết cục

Di lệch đường giữa		<5mm	≥5mm	P
Điểm tri giác Glasgow	3-8 điểm	4(50%)	4(50%)	<0,05
	9-12 điểm	11(73,3%)	4(26,7%)	
	13-15 điểm	36(94,7%)	2(5,3%)	
Kết cục	Sống sót	49(90,7%)	5(9,3%)	<0,01
	Tử vong	2(28,6%)	5(71,4%)	

Nhận xét: Sự liên quan giữa mức độ dè dặt đường giữa với điểm tri giác có ý nghĩa thống kê với P< 0,05 (Fisher's Exact Test) liên quan giữa di lệch đường giữa với kết cục có ý nghĩa thống kê với P< 0,01 (test χ²).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là 64,44±10,667, nhỏ nhất 41 tuổi, lớn nhất 86 tuổi. Nhóm hay gặp nhất là 60-69 tuổi và ≥70 tuổi với tỷ lệ lần lượt 32,8% và 34,4%. Về giới, chủ yếu là nam với tỷ lệ 72,1%, nữ gặp 27,9%. Huyết áp trung bình là 94,62±15,166 mmHg. Đột quy não trong đó có xuất huyết não chủ yếu gặp ở người cao tuổi, cao tuổi là yếu tố nguy cơ gây ra nhiều bệnh khác nhau, trong đó có bao gồm đột quy não. Ở người cao tuổi các mạch máu bị tổn thương do xơ vữa, vôi hoá, một phần hoặc toàn bộ cấu trúc thành mạch bị yếu, giảm độ dày và khả năng đàn hồi dẫn đến đột quy nhồi máu hoặc xuất huyết não. Tổn thương thường gặp ở nam giới hơn so với nữ giới do đặc điểm về sinh lý và thói quen có hại hay gặp ở nam giới như uống nhiều rượu, hút thuốc lá, ăn uống sinh hoạt không điều độ...nên tỷ lệ mắc rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng huyết áp ở nam cao hơn. Đột quy xuất huyết não hầu hết thường xảy ra ở người cao huyết áp, áp lực máu trong lòng mạch tăng cao dễ dẫn đến tổn thương

thành mạch và gây xuất huyết não hoặc hình thành cục máu đông, một số gặp nguyên nhân khác như dị dạng động tĩnh mạch não, vỡ túi phình động mạch não, huyết khối tĩnh mạch màng cứng. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tuyền, Phạm Văn Linh (2020), tuổi trung bình là 54,14, tỷ lệ nam/ nữ là 2,4 và có 90,2% các trường hợp có tiền sử tăng huyết áp [3].

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là liệt ½ người phải (49,2%) và liệt ½ người trái (29,5%), các triệu chứng ít gặp hơn là đau đầu, chóng mặt (11,5%) và nôn, buồn nôn (8,2%). Điểm tri giác (Glasgow) trung bình là $12,28 \pm 2,703$, hay gặp nhất là nhóm 13-15 điểm (62,3%), tiếp theo là nhóm 9-12 điểm (24,6%), ít gặp nhất là nhóm 3-8 điểm (13,1%).

Phần lớn đột quỵ não thường xảy ra đột ngột với các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, nôn, buồn nôn, nói khó, rối loạn tri giác, liệt ½ người. Các triệu chứng biểu hiện có thể nhẹ hay nặng phụ thuộc vào mức độ tổn thương, tuổi và các yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thị Vân (2023), hầu hết bệnh nhân khởi phát đột ngột, triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là hôn mê chiếm 82%, sau đó là liệt nửa người 29,5%, đau đầu 10,4%, co giật xảy ra với tỷ lệ thấp 7,7%, tỷ lệ BN có điểm Glasgow lúc nhập viện ≤ 8 chiếm 56,8% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tuyền, Phạm Văn Linh (2020), điểm Glasgow lúc nhập viện trung bình là $10,75 \pm 2,88$. Có 10/51 trường hợp Glasgow ≤ 8 điểm chiếm 19,61% và 41/51 trường hợp GCS ≥ 9 điểm chiếm 80,39% [3].

4.1.3. Kết cục và thời gian điều trị. Trong 61 bệnh nhân nghiên cứu có 7 bệnh nhân tử vong (11,5%) và 54 bệnh nhân sống sót (88,5%), số ngày nằm viện trung bình $13,066 \pm 9,1175$ (2-32) ngày. Đột quỵ não là một trong những bệnh lý nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao, điều trị kéo dài và để lại nhiều di chứng ảnh hưởng đến người bệnh và toàn xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân tử vong, đây là những bệnh nhân có thể tích khối máu tụ lớn, chảy máu lan toả vào các não thất và khoang dưới nhện hai bán cầu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tuyền, Phạm Văn Linh (2020), có 86,27% các trường hợp kết quả điều trị xấu, trong đó 7,84% trường hợp tử vong, 13,73% trường hợp đạt kết quả điều trị tốt [3].

4.2. Đặc điểm hình ảnh Cắt lớp vi tính sọ não

4.2.1. Vị trí khối máu tụ. Tổn thương thường bên trái (47,5%), bên phải (36,1%), có 16,4% tổn thương nằm ở chính giữa cầu não. Vị

trí tổn thương, tổn thương nhân bào 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%. Nhân xám trung ương là vị trí hay gặp của đột quỵ xuất huyết não do tăng huyết áp, bên trái thường gặp cao hơn bên phải. Theo Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thị Vân (2023), hầu hết các bệnh nhân có vị trí máu tụ trên lều chiếm tới 64,7%, chỉ có 16,8% là khối máu tụ dưới lều và 18,5% BN có chảy máu não thất đơn thuần. Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 4,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4% [4]. Theo nghiên cứu của Chiranjib Nag, Kamalesh Das và cộng sự (2012), vị trí khối máu tụ nằm ở hạch nền (46,66%), đồi thị (6,66%), thùy (20%), thân não (13,33%), xuất huyết não thất nguyên phát [5].

4.2.2. Thể tích khối máu tụ và mức độ di lệch đường giữa. Di lệch đường giữa $< 5\text{mm}$ là chủ yếu (83,6%), di lệch $\geq 5\text{mm}$ có 16,4%. Thể tích khối máu tụ trung bình $29,16 \pm 48,24\text{mL}$, chủ yếu $< 30\text{mL}$ (68,9%), 30-60mL có 23% và $> 60\text{mL}$ có 8,2%. Có 9,8% bệnh nhân kết hợp xuất huyết dưới nhện đơn thuần, 18% kết hợp tràn máu não thất đơn thuần, 6,6% kết hợp cả xuất huyết dưới nhện và tràn máu não thất. Thể tích khối máu tụ và sự di lệch đường giữa là một trong những yếu tố chính ảnh hưởng đến mức độ trầm trọng của bệnh. Thể tích khối máu tụ và di lệch đường giữa càng lớn thì nguy cơ tử vong càng cao, thời gian điều trị thường kéo dài và mức độ hồi phục sau điều trị thấp. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tuyền, Phạm Văn Linh (2020), thể tích khối máu tụ trung bình là $44,43 \pm 15\text{mL}$, 86,28% trường hợp có thể tích khối xuất huyết từ 30-60mL [3]. Còn theo Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thị Vân (2023), tỷ lệ bệnh nhân có di lệch đường giữa $> 5\text{mm}$ chiếm 27,9%; Di lệch đường giữa liên quan đến hiệu ứng khối và kết quả này là phù hợp khi đối chiếu với tỷ lệ 27% bệnh nhân vào viện có bất thường phản xạ đồng tử (phản xạ ánh sáng yếu hoặc âm tính) và tỷ lệ giãn đồng tử 1 bên 9,5% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 87,9% bệnh nhân hôn mê sâu có thể tích khối máu tụ $> 30\text{mL}$, trong nhóm bệnh nhân rối loạn tri giác nhẹ (Glasgow 13-15 điểm) chỉ có 1 (2,6%) thể tích khối máu tụ $> 30\text{mL}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Tất cả bệnh nhân tử vong đều có thể tích khối máu tụ $> 30\text{mL}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Sự liên quan giữa mức độ đè đẩy đường giữa với điểm tri giác và kết cục cũng có ý nghĩa

thống kê với $P < 0,05$. Theo nghiên cứu của Chiranjib Nag, Kamalesh Das và cộng sự (2012), thể tích khối máu tụ $>30\text{mL}$ là 29,33%. Có 8% tổng số bệnh nhân cho thấy sự dịch chuyển đường giữa đáng kể $>5\text{mm}$, 18,66% có chảy máu lan rộng trong não thất từ một vị trí khác, 10,66% bị chèn ép não thất do máu tụ, 13,33% có sự kết hợp giữa dịch chuyển đường giữa và lan rộng trong não thất, 5% có tràn máu não thất kèm chèn ép não thất, 10,66% có kết hợp lệch đường giữa và chèn ép thất. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy rằng tình trạng chảy máu lan rộng trong não thất có mối tương quan cao với kết quả bất lợi (tỷ lệ chênh lệch = 7,846, KTC 95% là 2,766 – 22,254, $P < 0,0001$). Hai chỉ số tiên lượng xấu khác là chèn ép não thất đơn thuần (tỷ lệ chênh = 2,700, KTC 95% là 1,619 – 4,669, $P = 0,002$) và chèn ép não thất kết hợp với đè đẩy đường giữa (tỷ lệ chênh = 2,124, KTC 95% là 1,834 – 4,139), $P = 0,025$) [5].

V. KẾT LUẬN

Đột quy xuất huyết não hay gặp là liệt nửa người, rối loạn tri giác, các triệu chứng ít gặp hơn là đau đầu, chóng mặt và nôn, buồn nôn.

Tổn thương thường gặp ở bên trái hơn so với bên phải. Tổn thương nằm ở nhân bào 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%.

Hình ảnh CLVT sọ não cung cấp nhiều thông tin để dự đoán kết điều trị và phục hồi của người bệnh đột quy xuất huyết não. Thể tích khối máu tụ $>30\text{mL}$ và di lệch đường giữa $>5\text{mm}$ là yếu tố tiên lượng xấu và có liên quan đến tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caceres J.A. và Goldstein J.N.** (2012). Intracranial hemorrhage. Emerg Med Clin North Am, 30(3), 771–794.
2. **Huisman T.A.G.M.** (2005). Intracranial hemorrhage: ultrasound, CT and MRI findings. Eur Radiol, 15(3), 434–440.
3. **Tuyền N.T.N. và Linh P.V.** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết não tự phát. ctump, (30), 173–178.
4. **Tuấn N.A. và Vân N.T.** (2023). Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh nhân xuất huyết não-não thất cấp tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch mai. VMJ, 525(2).
5. **Nag C., Das K., Ghosh M. và cộng sự.** (2012). Prediction of Clinical Outcome in Acute Hemorrhagic Stroke from a Single CT Scan on Admission. N Am J Med Sci, 4(10), 463–467.

CHỈNH HÌNH VAN MŨI BẰNG MẢNH GHÉP SỤN TỰ THÂN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Đức Vượng¹, Võ Hương Duyên¹, Nguyễn Đình Chương¹,
Trần Đình Khả², Nguyễn Thị Kiều Thơ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp van mũi là một trong những nguyên nhân thường gặp gây nghẹt mũi, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hiện nay có nhiều phương thức điều trị hẹp van mũi. Lựa chọn phương thức điều trị thích hợp tùy theo từng trường hợp bệnh nhân cụ thể. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 45 tuổi, có triệu chứng nghẹt mũi bên phải thường xuyên nhiều năm nay, được chẩn đoán hẹp van mũi phải và vẹo vách ngăn. Bệnh nhân được chỉnh hình vách ngăn và sử dụng phần sụn vách ngăn này để làm mảnh ghép chỉnh hình cấu trúc van mũi. Sau 3 tháng theo dõi, phẫu thuật đạt kết quả tốt, bệnh nhân không còn tình trạng nghẹt mũi và hài lòng

với kết quả cuộc phẫu thuật. **Bàn luận:** Có nhiều phương pháp phẫu thuật chỉnh hình van mũi cho thấy hiệu quả tốt. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật và loại mảnh ghép phù hợp là thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Phẫu thuật viên cần nhận định chính xác tình trạng của bệnh nhân, từ đó có thể chọn lựa được phương pháp điều trị phù hợp. Trên ca bệnh này, chỉnh hình van mũi bằng sụn tự thân lấy từ vùng vách ngăn vẹo qua đường mổ hở được xem là tối ưu nhất.

Kết luận: Chỉnh hình van mũi là phương pháp điều trị hẹp van mũi hiệu quả và triệt để. Việc quyết định và thực hiện phẫu thuật chỉnh hình van mũi đòi hỏi quá trình tư vấn cụ thể và sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ và bệnh nhân để đạt được hiệu quả cao cả về mặt thẩm mỹ và chức năng. **Từ khóa:** Hẹp van mũi, Chỉnh hình van mũi, Sụn tự thân

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thơ

Email: drkietho@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024