

# Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính

## A study on clinical characteristics, computer tomography brain imaging and surgical results of chronic subdural hematoma

Lê Xuân Dương, Nguyễn Khắc Hiếu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 67,5 năm, tỷ lệ nam/nữ: 5/1, 49% số bệnh nhân có liên quan đến chấn thương sọ não trước đó, triệu chứng đau đầu là thường gặp (chiếm 74,5%), sau đó đến thay đổi tính cách chiếm 50%, rối loạn trí nhớ chiếm 39,2%, liệt nửa người chiếm 23,9%; Nhóm bệnh nhân có dấu hiệu liệt nửa người có độ dày lớp máu tụ và đè đẩy đường giữa cao hơn nhóm không liệt nửa người (với  $p < 0,05$ ); điểm Glasgow lúc vào viện  $\geq 13$  chiếm 73,5%. Máu tụ ở một bên chiếm 82,4%. Hình ảnh cắt lớp vi tính của máu tụ dưới màng cứng mạn tính chủ yếu là đồng tỷ trọng chiếm 49,0%, sau đó đến giảm tỷ trọng (24,5%), tăng tỷ trọng (22,6%) và tỷ trọng hỗn hợp chiếm (3,9%). Biến chứng chính của kỹ thuật phẫu thuật dẫn lưu máu tụ bằng khoan lỗ là tràn khí nội sọ chiếm 7,8%, máu tụ dưới màng cứng tồn lưu chiếm 4,9%. Sau 3 tháng tỉ lệ phục hồi tốt và khá tốt (GOS: 4 - 5 điểm) chiếm 93,7%. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là một bệnh lý thường gặp trong chuyên khoa Ngoại thần kinh. Phẫu thuật dẫn lưu máu tụ bằng kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, đặc điểm lâm sàng, kỹ thuật khoan một lỗ dẫn lưu.

### Summary

**Objective:** Study on clinical characteristics, computer tomography brain imaging and results of chronic subdural hematoma (CSDH). **Subjective and method:** A cross-sectional, descriptive and retrospective study was conducted on 102 patients who were diagnosed with CSDH and operated at 108 Military Central Hospital from June 2020 to June 2021. **Result:** Mean age was 67.5 years; male/female ratio was 5/1; the most common cause was trauma brain injury (49%); The most common symptom of Chronic subdural hematoma was headache (74.5%), altered mental state (50%), cognitive impairment (39.2%), hemiparesis (23.9%); hematoma maximal thickness, and midline shift were associated with a higher rate of hemiparesis in CSDH patients ( $p < 0.05$ ); 73.5% of patients had Glasgow  $\geq 13$ , 82.4% of patients had unilateral hematoma. The most common densities of CSDH obtained from CT imaging was isodense (accounting for 49.0%); then hypodense (24.5%), hyperdense (22.6%) and mixed densities (3.9%). The most common complication of burr hole technique was pneumocephalus (accounting for 7.8%); Residual CSDH (4.9%). The Glasgow outcome scale (GOS) 4 - 5 was 93.7% within 3 months.

Ngày nhận bài: 14/3/2022, ngày chấp nhận đăng: 26/3/2022

Người phản hồi: Lê Xuân Dương, Email: duongicu108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Conclusion:* The chronic subdural hematoma was one of the most common disease in neurosurgery. The burr hole drainage technique was safe and effective.

*Keywords:* Chronic subdural hematoma, clinical characteristic, burr hole drainage technique.

**1. Đặt vấn đề**

Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC) mạn tính là một trong những bệnh lý phổ biến trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh với tỷ lệ mắc ngày càng tăng [5]. Tỷ lệ máu tụ dưới màng cứng ở người trên 65 tuổi là 8 - 18 trên 100 nghìn người, nhưng do thay đổi nhân khẩu học và việc sử dụng kháng đông ngày càng nhiều, con số này dự kiến sẽ tăng gấp đôi trong vòng 25 năm tới [9]. Để có thêm cơ sở khoa học nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị MTDMC mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính.*

**2. Đối tượng và phương pháp**

**2.1. Đối tượng**

Bao gồm 102 bệnh nhân (BN) MTDMC mạn tính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

*Tiêu chuẩn chọn:* BN được chẩn đoán xác định MTDMC mạn tính bằng CLVT sọ não, được phẫu thuật dẫn lưu máu tụ.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có MTDMC mạn tính nhưng không phẫu thuật; gia đình hoặc người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp**

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

*Cách thức tiến hành*

Các BN đến Khoa Cấp cứu được thăm khám lâm sàng, khi có dấu hiệu lâm sàng hoặc nghi ngờ của tổn

thương não được chụp CLVT sọ não xác định MTDMC mạn tính. Các BN có chỉ định phẫu thuật đều được phẫu thuật dẫn lưu ổ máu tụ bằng phương pháp khoan 1 lỗ. Nếu trong quá trình theo dõi điều trị, máu tụ không dẫn lưu hết có thể được xử lý bằng cách mở rộng lỗ khoan cũ bơm rửa kết hợp hoặc khoan thêm 1 lỗ mới tại vùng máu tụ dày nhất nếu vùng máu tụ này cách xa lỗ khoan cũ. Rút dẫn lưu khi dịch trên dây trong hoặc sau khi chụp lại CLVT thấy hết máu tụ.

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, tiền sử bệnh (nhiện rượu, dùng thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu), tiền sử chấn thương sọ não, tiền sử các bệnh lý nền.

Lâm sàng: Thang điểm Glasgow khi vào viện; các triệu chứng lâm sàng; xét nghiệm cận lâm sàng (Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, APTT, prothrombin, fibrinogen, natri máu).

Đặc điểm CLVT sọ não: Đặc điểm của khối máu tụ; độ dày khối máu tụ; mức độ đè đẩy đường giữa của khối máu tụ.

Điều trị: Đặc điểm phẫu thuật (thời gian dẫn lưu; khối lượng dẫn lưu, biến chứng), kết quả điều trị, kết quả theo dõi xa theo thang điểm GOS của Jennet B và Bond M (1975) ở thời điểm 3 tháng từ khi ra viện.

**2.3. Xử lý số liệu**

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến không liên tục được biểu diễn bằng tỷ lệ %, các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD). Kiểm định Khi bình phương cho các biến phân loại và Mann-Whitney U cho các biến liên tục. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Chung (n = 102)	MTDMC mạn tính		P
			1 bên (n = 84)	2 bên (n = 18)	
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ ; (min - max)	$67,5 \pm 15,56$ ; (18 - 95)	$66,1 \pm 15,65$ (18 - 89)	$73,4 \pm 13,44$ (56 - 95)	>0,05

Đặc điểm		Chung (n = 102)	MTDMC mạn tính		P
			1 bên (n = 84)	2 bên (n = 18)	
≤ 40		6 (5,9%)	6 (7,1%)	0	>0,05
41 - 60		23 (22,5%)	19 (22,6%)	4 (22,2%)	
> 60		73 (71,6%)	58 (56,9%)	14 (77,8%)	
Nam giới		85 (83,3%)	69 (82,1%)	16 (88,9%)	>0,05
Nguyên nhân (n, %)	Chấn thương sọ não	50 (49,0%)	42 (50,0%)	8 (50,0%)	>0,05
	Không do chấn thương sọ não	52 (51,0%)	42 (50,0%)	8 (50,0%)	
Tiền sử Bệnh lý (n, %)	MTDMC	6 (5,9%)	4 (4,7%)	2 (11%)	>0,05
	Rối loạn đông máu	2 (2%)	1 (1,2%)	1 (5,5%)	>0,05
	Tăng huyết áp	32 (31,4%)	29 (34,5%)	3 (37,5%)	>0,05
	Đái đường	15 (14,7%)	14 (16,6%)	1 (5,5%)	>0,05
	Đột quy	9 (8,8%)	8 (9,5%)	1 (5,5%)	>0,05
	Suy tim	2 (2%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	
	Bệnh gan	2 (2%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	
	Bệnh thận	1 (1%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	
	Ung thư	1 (1%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	
	Nghiện rượu	3 (2,9%)	2 (2,4%)	1 (5,5%)	>0,05
Khác	3 (2,9%)	2 (2,4%)	1 (5,5%)	>0,05	

Ghi chú: Số liệu trong bảng biểu diễn dưới dạng ( $\bar{X} \pm SD$ ; (min-max)) hoặc số lượng (tỷ lệ %).

Nhận xét: Tuổi trung bình là 67,5 năm; nam/nữ: 5/1. Nguyên nhân chủ yếu là sau chấn thương sọ não chiếm 49%; Tiền sử bệnh lý gồm: MTDMC cũ chiếm 5,9% BN, Rối loạn đông máu chiếm 2%, tăng huyết áp chiếm 31,4%, đái đường 14,7% và đột quy 8,8%; không có sự khác biệt về tuổi, giới, nguyên nhân và tiền sử bệnh lý nền giữa nhóm MTDMC mạn tính 1 bên và 2 bên (với  $p > 0,05$ ).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm		Chung (n = 102)	MTDMC mạn tính		P
			1 bên (n = 84)	2 bên (n = 18)	
Điểm Glasgow	( $\bar{X} \pm SD$ )	13,9 ± 1,95 (6 - 15)	14,3 ± 2,09 (8 - 15)	12,1 ± 1,08 (6 - 15)	<0,05
	< 8	5 (4,9%)	3 (3,6%)	2 (11,1%)	<0,05
	8 - 12	22 (21,6%)	9 (10,7%)	12 (66,7%)	
	≥ 13	75 (73,5%)	71 (84,5%)	4 (22,2%)	
Đau đầu		76 (74,5%)	64 (76,2%)	12 (66,7%)	0,401
Thay đổi tính cách		51 (50,0%)	41 (48,8%)	10 (55,6%)	0,302
Rối loạn trí nhớ		40 (39,2%)	32 (38,1%)	8 (44,4%)	0,308
Nôn vọt		7 (6,9%)	6 (7,1%)	1 (5,5%)	0,809
Liệt nửa người		24 (23,9%)	21 (25,0%)	3 (16,7%)	0,449
Rối loạn ngôn ngữ		7 (6,9%)	4 (4,8%)	3 (16,7%)	0,07
Dẫn đồng tử 1 bên		6 (5,9%)	6 (7,1%)	0 (0,0%)	
Co giật/động kinh		0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Ghi chú: Số liệu trong bảng biểu diễn dưới dạng ( $\bar{X} \pm SD$ ; (min-max)) hoặc số lượng (tỷ lệ %).

Nhận xét: Điểm Glasgow trung bình là 13,9, điểm Glasgow ≥ 13 chiếm 73,5%; nhóm MTDMC mạn tính 2 bên có điểm Glasgow nhỏ hơn nhóm 1 bên với  $p < 0,05$ ; các triệu chứng hay gặp là đau đầu chiếm 74,5% sau đó đến

thay đổi tính cách chiếm 50%, rối loạn trí nhớ chiếm 39,2%, liệt nửa người chiếm 23,9%; nôn vọt và rối loạn ngôn ngữ chiếm cùng tỷ lệ 6,9%, không có BN nào bị co giật.

**Bảng 3. Một số đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng**

Thông số	Chung ( $\bar{X} \pm SD$ ) (n = 102)	MTDMC mạn tính ( $\bar{X} \pm SD$ )		p
		1 bên (n = 84)	2 bên (n = 18)	
Hồng cầu (T/L)	4,45 ± 0,72	4,42 ± 0,74	4,59 ± 0,63	>0,05
Bạch cầu (G/L)	9,26 ± 3,5	9,37 ± 3,7	8,75 ± 3,2	>0,05
Tiểu cầu (G/L)	250,9 ± 96,7	252,6 ± 100,3	242,4 ± 74,8	>0,05
Prothrombin(%)	100,7 ± 19,0	100,4 ± 19,6	102,2 ± 16,3	>0,05
APTT	32,2 ± 8,4	32,5 ± 9,0	30,9 ± 4,3	>0,05
Fibrinogen (g/l)	3,61 ± 0,98	3,56 ± 0,94	3,84 ± 1,26	>0,05
Natri (mmol/l)	137,9 ± 3,26	137,9 ± 3,07	137,5 ± 4,1	>0,05

*Nhận xét:* Các chỉ số máu hồng cầu, Hb, bạch cầu, tiểu cầu, prothrombin, APTT, fibrinogen, natri máu nằm trong giới hạn bình thường.

**Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên CLVT sọ não**

Đặc điểm	Chung (n = 102)	MTDMC mạn tính		p	
		1 bên (n = 84)	2 bên (n = 18)		
Tỷ trọng	Đồng tỷ trọng	50 (49,0%)	45 (53,6%)	5 (27,8%)	>0,05
	Giảm tỷ trọng	25 (24,5%)	20 (23,8%)	5 (27,8%)	
	Tăng tỷ trọng	23 (22,6%)	16 (19,0%)	7 (38,9%)	
	Hỗn hợp	4 (3,9%)	3 (3,6%)	1 (5,5%)	
Độ dày khối máu tụ (mm)	$\bar{X} \pm SD$	18,1 ± 7,0 (8 - 38)	17,8 ± 7,25 (7 - 36)	19,8 ± 6,21 (8 - 38)	>0,05
	< 10	15 (14,7%)	15 (17,9%)	0 (0,0%)	>0,05
	10 - 20	51 (50%)	42 (50,0%)	9 (50,0%)	
	> 20	36 (35,3%)	27 (32,1%)	9 (50,0%)	
Đè đẩy đường giữa (mm)	$\bar{X} \pm SD$	9,9 ± 3,98 (4 - 19)	9,81 ± 4,02 (7 - 19)	10,2 ± 3,8 (4 - 13)	>0,05
	< 5	13 (12,7%)	11 (13,1%)	2 (11,1%)	>0,05
	5 - 10	45 (44,1%)	38 (45,2%)	7 (38,9%)	
	> 10	44 (43,1%)	35 (41,7%)	9 (50,0%)	

*Ghi chú:* Số liệu trong bảng biểu diễn dưới dạng ( $\bar{X} \pm SD$ ; (min-max)) hoặc số lượng (tỷ lệ %).

*Nhận xét:* Hình ảnh CLVT của MTDMC mạn tính chủ yếu là đồng tỷ trọng chiếm 49,0% sau đó đến giảm tỷ trọng chiếm 24,5%, tăng tỷ trọng chiếm 22,6% và tỷ trọng hỗn hợp chiếm 3,9%. Độ dày khối máu tụ trung bình là 18,1mm, trong đó độ dày ≥ 10mm chiếm tỷ lệ 85,3%; đè đẩy đường giữa trung bình 9,9mm, đè đẩy đường giữa > 5mm chiếm 87,2%.

**Bảng 5. Đặc điểm tổn thương CLVT sọ não theo triệu chứng liệt nửa người**

Đặc điểm	Liệt nửa người ( $\bar{X} \pm SD$ )		p
	Có (n = 24)	Không (n = 78)	
Độ dày khối máu tụ (mm)	21,6 ± 6,22	17,0 ± 7,03	<0,05
Đè đẩy đường giữa (mm)	11,6 ± 3,41	9,4 ± 4,02	<0,05

*Nhận xét:* Độ dày khối máu tụ và đờ đầy đường giữa ở nhóm có triệu chứng liệt nửa người lớn hơn nhóm không có triệu chứng này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 6. Đặc điểm về phẫu thuật và kết quả điều trị**

Đặc điểm		Giá trị (n = 102)
Thời gian dẫn lưu (ngày)	$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	2,7 ± 1,4 (1 - 8)
	< 3	56 (55,0%)
	3 - 5	46 (45,0%)
Khối lượng dẫn lưu (ml)	$\bar{X} \pm SD$	161,4 ± 66,2
	< 100	24 (23,5%)
	100 - 200	54 (53,9%)
	> 200	24 (23,5%)
Biến chứng	Tràn khí nội sọ	8 (7,8%)
	MTDMC tồn lưu	5 (4,9%)
	Nhiễm khuẩn	2 (2,0%)
	Chảy máu	1 (1,0%)
Điểm GOS sau 3 tháng*	5	81 (85,3%)
	4	8 (8,4%)
	3	6 (6,3%)
	≤ 2	0 (0,0%)
	Tổng	95 (100%)

*Ghi chú:* Số liệu trong bảng biểu diễn dưới dạng ( $\bar{X} \pm SD$ ; (min-max)) hoặc số lượng (tỷ lệ %).

(\*) Theo dõi được 95 BN sau 3 tháng từ khi ra viện;

*Nhận xét:* Thời gian dẫn lưu trung bình là 2,7 ngày, lượng máu dẫn lưu trung bình là 161,4ml. Biến chứng chủ yếu là tràn khí dưới nội sọ chiếm 7,8%; MTDMC tồn lưu chiếm 4,9%; 2 bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ tại chỗ; Sau 3 tháng tỷ lệ BN phục hồi tốt và khá tốt (GOS 4 - 5 điểm) chiếm 93,7%; có 6,3% phục hồi kém.

#### 4. Bàn luận

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,5 năm, không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nhóm MTDMC mạn tính 2 bên và nhóm máu tụ 1 bên. Kết quả này có cao hơn của Ngô Mạnh Hùng và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức với tuổi trung bình là 59,26 năm [1], nhưng thấp hơn các nghiên cứu từ các nước phát triển (Mỹ, châu Âu) với tuổi trung bình là 70 - 90 năm [4], [7], [8], nghiên cứu của Schwaz và cộng sự năm 2015 trên 193 BN MTDMC mạn tính cho thấy tuổi trung bình là 71,4 năm với tỷ lệ nam/nữ 137/56 [9], nghiên cứu của Zolfaghari và cộng sự tiến hành phân tích trên 1003 BN MTDMC mạn tính cho thấy tuổi trung

bình là 74,8 năm [11]. Điều này có thể được giải thích do cơ chế bệnh sinh của MTDMC mạn tính khác nhau ở các nước phát triển và đang phát triển. Ở các nước phát triển, tần suất gặp bệnh lý này tăng lên do tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, nhiều bệnh lý kết hợp phải dùng thuốc chống đông. Ở các nước đang phát triển như Việt Nam, đa phần là sau chấn thương sọ não nhẹ.

Tỷ lệ nam/nữ là 5/1, nam giới chiếm tỷ lệ cao cả ở nhóm máu tụ 2 bên và nhóm máu tụ 1 bên, kết quả nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu tương tự kết quả của Ngô Mạnh Hùng với tỷ lệ là 80,2% [1], Kitya (72,8% là nam) [5], Kwon (70,8%) [6], Riwan (65,4%) [8]. Nghiên cứu của Zolfaghari tỷ lệ nam là 68,2% [11].

Nguyên nhân MTDMC mạn tính thường gặp nhất là sau chấn thương sọ não (49%), nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng cũng cho thấy nguyên nhân chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ cao 72,52% [1]. Chấn thương sọ não là nguyên nhân phổ biến nhất của MTDMC mạn tính, với phần lớn các trường hợp liên quan đến tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt. Các chấn thương vào hộp sọ

gây tổn thương tĩnh mạch, động mạch, màng não hoặc nhu mô não, dẫn đến nhiều dạng xuất huyết nội sọ, bao gồm MTDMC. Nghiên cứu của Sivaraju L và cộng sự trên 166 BN MTDMC mạn tính cho thấy có 16 BN chiếm 9,6% bị chảy máu tái phát, liệu pháp kháng tiểu cầu và chống đông là yếu tố nguy cơ duy nhất liên quan đến chảy máu tái phát [10].

Về tiền sử bệnh lý, có 5,9% BN có tiền sử MTDMC, tỷ lệ rối loạn đông máu do dùng thuốc chống đông là 2%, các bệnh lý đi kèm chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 31,4%; sau đó đến đái đường chiếm 14,7%; đột quỵ não (8,8%), các bệnh lý suy tim, bệnh gan, bệnh thận và nghiện rượu chiếm tỷ lệ nhỏ (< 3%), không thấy có sự khác biệt về tiền sử bệnh lý nền giữa 2 nhóm.

Điểm Glasgow trung bình là 13,9, nhóm MTDMC 2 bên có điểm Glasgow thấp hơn nhóm 2 bên (tương ứng  $14,3 \pm 2,09$  so với  $12,1 \pm 1,08$  với  $p < 0,01$ ) điều này chính tỏ MTDMC mạn tính 2 bên gây ảnh hưởng đến ý thức nhiều hơn. Đa số BN có điểm Glasgow  $\geq 13$  (chiếm 73,5%), kết quả này tương tự nghiên cứu của Kwon và cộng sự (76,6%) [6] nhưng lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Zolfaghari và cộng sự (với tỷ lệ Glasgow  $\geq 13$  là 90,8%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Kitya (66,2%) [5]. Tuy nhiên, tất cả nghiên cứu đều ghi nhận > 50% BN ở tình trạng tri giác tốt (Glasgow  $\geq 13$ ).

Bệnh cảnh lâm sàng của MTDMC mạn tính biến đổi từ không có triệu chứng đến thay đổi đầu đầu, thay đổi tính cách, rối loạn ngôn ngữ, liệt nửa người, co giật. Đau đầu là triệu chứng lâm sàng thường gặp chiếm 74,5%; sau đó đến thay đổi tính cách chiếm 50%, rối loạn trí nhớ chiếm 39,2%, liệt nửa người chiếm 23,9%; nôn vọt và thất ngôn chiếm cùng tỷ lệ 6,9%, dẫn động tử 1 bên chiếm 5,9%. Không có sự khác biệt về các triệu chứng trên người giữa 2 nhóm. Kết quả của chúng tôi tương tự Ngô Mạnh Hùng với tỷ lệ đau đầu chiếm 73,63% liệt nửa người chiếm 19,78% [1]. Tác giả Kitya ghi nhận tỷ lệ BN có triệu chứng đau đầu, liệt nửa người lần lượt là 89,6% và 70,5% [5]. Điều này được giải thích do số BN có Glasgow  $\geq 13$  trong nghiên cứu của tác giả thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Kwon báo cáo số BN có triệu chứng liệt nửa người lên đến 57,8% [6]. Các chỉ số máu hồng cầu, Hb, bạch cầu, tiểu cầu, prothrombin, APTT, fibrinogen, natri máu nằm trong giới hạn bình thường.

Trên phim chụp CLVT sọ não khi vào viện, máu tụ ở một bên (phải hoặc trái) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với máu tụ ở hai bên (tương ứng là 82,4% so với 17,6% với  $p < 0,05$ ), kết quả này tương tự nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng [1], nghiên cứu của Chen và cộng sự [2].

Hình ảnh CLVT của khối máu tụ chủ yếu là đồng tỷ trọng chiếm 49,0% sau đó đến giảm tỷ trọng chiếm 24,5%, tăng tỷ trọng chiếm 22,6% và tỷ trọng hỗn hợp chiếm 3,9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Zolfaghari S và cộng sự trên 998 bệnh nhân cho thấy đồng tỷ trọng chiếm 45,9%; giảm tỉ trọng 28,4%, tăng tỉ trọng chiếm 23,9%, tỷ trọng hỗn hợp chiếm 1,9% [11].

Độ dày khối máu tụ là một trong những chỉ số quan trọng để chẩn đoán và điều trị MTDMC mạn tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày trung bình của máu tụ là  $18,1 \pm 7,0$ mm (5 - 38mm), độ dày máu tụ trên 10mm chiếm tỷ lệ 85,3% kết quả này tương tự nghiên cứu Ngô Mạnh Hùng với độ dày máu tụ là  $18,27 \pm 0,668$ mm (7 - 32mm) [1]. Tuy nhiên, lại thấp hơn nghiên cứu của Zolfaghari và cộng sự với độ dày khối máu tụ là  $22,5 \pm 6,4$ mm [11]. Phân tích sâu hơn giữa 2 nhóm có hay không liệt nửa người, kết quả cho thấy nhóm liệt nửa người có độ dày lớp máu tụ lớn hơn (tương ứng  $21,6 \pm 6,2$ mm so với  $17,0 \pm 7,1$ mm với  $p < 0,05$ ). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Moitei-Langroudi R và cộng sự chỉ ra nhóm BN liệt nửa người có độ dày khối máu tụ cao hơn so với nhóm không liệt nửa người (22,8mm so với 18,5mm;  $p = 0,001$ ) [8]. Mức độ chèn ép não còn thể hiện bởi tình trạng đường giữa bị dẹt đẩy, di lệch do khối máu tụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường giữa bị dẹt đẩy trung bình là  $10,4 \pm 4,2$ mm (4 - 19mm), mức độ dẹt đẩy đường giữa > 10mm chiếm 43,1%. Mức độ dẹt đẩy đường giữa nhiều hơn ở nhóm liệt nửa người so với nhóm không liệt nửa người (tương ứng là  $11,56 \pm 3,4$  so với  $9,37 \pm 4,02$  với  $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Chen FM và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về mức độ dẹt đẩy đường giữa cũng như là độ dày lớp máu tụ ở 2 nhóm BN không tái phát và có tái phát MTDMC mạn tính [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được điều trị bằng khoan 1 lỗ bơm rửa và dẫn lưu ổ máu tụ. Trong nghiên cứu của Kitya D và cộng sự trên 205 BN MTDMC mạn tính thì có tới 202 BN áp dụng kỹ thuật khoan 1 lỗ dẫn lưu máu tụ, tác giả cũng kết luận

kỹ thuật khoan 1 lỗ, dẫn lưu máu tụ là phương pháp an toàn và tin cậy [5].

Biến chứng gặp nhiều nhất là tràn khí nội sọ chiếm 7,8%, khi phát hiện biến chứng này tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng mà xử lý khác nhau. Nếu tràn khí lớn, lâm sàng không cải thiện so trước mổ rõ (điểm Glasgow không tăng hơn 2 điểm) thì cần mở lại bơm rửa dưới khí. Nếu tình trạng lâm sàng ổn định, cho bệnh nhân nằm tư thế đầu cao 30 độ, thở oxy và chờ hấp thu tự nhiên. Tỷ lệ MTDMC tổn lưu chiếm 4,9%, các BN sau mổ không thấy tiến triển được chụp lại CLVT và phát hiện MTDMC tổn lưu, được tiến hành bơm rửa máu tụ và dẫn lưu tiếp tục. BN có nhiễm khuẩn tại chỗ vết mổ chiếm 2% nhưng không có trường hợp nào bị viêm màng não; chảy máu ngoài màng cứng (1%). Nguyên nhân chảy máu từ màng cứng (1 BN) là do cầm máu không tốt ở màng cứng trước khi mở vỏ não, có thể dẫn đến chảy máu từ mép của lỗ khoan màng cứng. Nghiên cứu của Kitya D và cộng sự trên 205 BN MTDMC mạn tính thì có 202 BN áp dụng kỹ thuật khoan 1 lỗ dẫn lưu máu tụ cho thấy 2 bệnh nhân có chảy máu tái diễn, 5 bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ và 18 bệnh nhân tử vong [5]. Haldrup M và cộng sự tiến hành phân tích trên 8 nghiên cứu về hiệu quả của nút động mạch màng não giữa ở BN MTDMC mạn tính cho thấy có hiệu quả giảm tỷ lệ chảy máu tái phát so với kỹ thuật khoan 1 lỗ [4]. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm GOS sau thời gian 3 tháng trên 95 BN cho thấy tỷ lệ phục hồi tốt và khá tốt (GOS 4 - 5 điểm) chiếm 93,7%, có 6,3% phục hồi kém. Tình trạng lâm sàng chung của BN tốt dần lên, có thể kết luận phương pháp phẫu thuật khoan 1 lỗ, bơm rửa và dẫn lưu máu tụ có kết quả tốt. Kết quả này có thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng với tỷ lệ phục hồi tốt và khá tốt là 97,81% do tuổi BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (67,5 so với 59,26 với  $p < 0,05$ ) [1], [8].

## 5. Kết luận

MTDMC mạn tính là một trong những bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi với tuổi trung bình 67,5; nam chiếm đa số; 49% số BN có liên quan đến chấn thương sọ não trước đó, triệu chứng đầu đầu là thường gặp (chiếm 74,5%), điểm Glasgow lúc vào viện  $\geq 13$  chiếm 73,5%; máu tụ chủ yếu ở một bên chiếm 82,4%. Điều trị phẫu thuật với kỹ thuật khoan 1 lỗ dẫn lưu máu tụ là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả.

## Tài liệu tham khảo

1. Ngô Mạnh Hùng (2021) *Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Việt Đức từ 2017 - 2018*. Tạp chí Y - Dược học Quân sự, số 3-2021, tr. 124-129.
2. Chen Fu M, Wang F, Xu Fu Mei et al (2020) *Predictors of acute intracranial hemorrhage and recurrence of chronic subdural hematoma following burr hole drainage*. BMC Neurology 20: 92-99.
3. Glancz LJ, Poon MTCh, Hutchinson PJ et al (2019) *Does drain position and duration influence outcomes in patients undergoing burr-hole evacuation of chronic subdural hematoma? Lessons from a UK multicenter prospective cohort study*. Neurosurgery 85(4): 486-493.
4. Haldrup M, Ketharanathan B, Debrabant M (2020) *Embolization of the middle meningeal artery in patients with chronic subdural hematoma a systematic review and meta-analysis*. Acta Neurochirurgica 162: 777-784.
5. Kitya D, Punchak M, Abdelgadir J et al (2018) *Clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital*. Neurosurg Focus 45(4): 7.
6. Kwon CS, Al-Awar O, Richards O et al (2018) *Predicting prognosis of patients with chronic subdural hematoma: A new scoring system*. World Neurosurg 109: 707-714.
7. Motiei-Langroudi R, Alterman Ron L, Stippler M et al (2019) *Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma*. J Neurosurg 131(6): 1926-1930.
8. Ridwan S, Bohrer AM, Grote A et al (2019) *Surgical treatment of chronic subdural hematoma: Predicting recurrence and cure*. World Neurosurg 128: 1010-1023.
9. Schwarza F, Loos F, Dünisch P et al (2015) *Risk factors for reoperation after initial burr hole trephination in chronic subdural hematomas*. Clinical Neurology and Neurosurgery 138: 66-71.
10. Sivaraju L, Moorthy RK, Jeyaseelan V, Rajshekhar V (2018) *Routine placement of subdural drain after burr hole evacuation of chronic and subacute subdural hematoma: A contrarian evidence based approach*. Neurosurg Rev 41(1): 165-171.
11. Zolfaghari S, Bartek J, Strom I et al (2021) *Burr hole craniostomy versus minicraniotomy in chronic subdural hematoma: A comparative cohort study*. Acta Neurochirurgica 163(11): 3217-3223.