

**Nhận xét:** Tỷ lệ vết thương rách da chiếm (31,6%); gãy xương chi chiếm (13,7%); chấn thương hàm mặt (12,8%); chấn thương ngực chiếm (5,1%)

**Bảng 3.7 Tình trạng ra viện**

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Tốt	106	90,6
Khá	6	5,1
Trung bình	2	1,7
Kém	3	2,6
Tử vong	0	0
<b>Tổng</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tình trạng ra viện tốt (90,6%) ở 106 bệnh nhân có tình trạng nhẹ (GCS 13-15 điểm); khá chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%)

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2020, có tổng 534 bệnh nhân chấn thương sọ não nhập viện điều trị, trong đó có 153 (28,6%) bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương. Phẫu thuật 36 bệnh nhân (22,9%), điều trị nội khoa 117 bệnh nhân (76,5%). 117 bệnh nhân gồm 86 nam chiếm (73,5%), 31 nữ chiếm (26,5%). Tuổi trung bình  $53,84 \pm 20,92$  (từ 8-96 tuổi), nhóm tuổi trên 60 có 56 bệnh nhân (47,9%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm (55,6%), do tai nạn sinh hoạt chiếm (35,9%), bạo lực (1,7%). Tổn thương phối hợp máu tụ dưới màng cứng gặp nhiều nhất là vỡ xương sọ (16,2%); máu tụ ngoài màng cứng (9,4%); máu tụ nhu mô não (4,3%). Mức độ chấn thương theo Glasgow Coma Scale (13-15 điểm) có 106 bệnh nhân (90,6%), GCS (9-12 điểm) (7,7%), chỉ có (1,7%) mức độ GCS (3-8 điểm).

**4.2. Kết quả điều trị.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi điều trị nội khoa 106 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn mức độ nhẹ (Glasgow Coma Scale 13-15 điểm) khi ra viện tốt (90,6%). 11 bệnh nhân mức độ trung bình và nặng khi ra viện khá chiếm (5,1%); trung bình (1,7%); sống thực vật (2,6%).

Kết quả nghiên cứu của Paul Bajsarowicz và cộng sự (2015) cho biết trong thời gian 4 năm có tổng số 869 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương, 646 bệnh nhân (74,3%) ban đầu được điều trị bảo tồn. Kết quả tốt đạt được ở 76,7% bệnh nhân. Chỉ có 6,5% yêu cầu phẫu thuật trì hoãn do tăng áp lực nội sọ hoặc tiến triển máu tụ dưới màng cứng và thời gian trì hoãn phẫu thuật trung bình là 9,5

ngày [2]. Nicholas A Morris và cộng sự (2016), nghiên cứu xác định tỷ lệ các biến cố bất lợi khi quản lý máu tụ dưới màng cứng không phẫu thuật và xem xét kết quả có khác nhau giữa nguyên nhân chấn thương và không do chấn thương. Trong 27,502 bệnh nhân được điều trị bảo tồn với máu tụ dưới màng cứng, trong đó 70,9% bị chấn thương và 29,1% không bị chấn thương. 1/8 bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng được quản lý bảo tồn được kiểm tra máu tụ dưới màng cứng trong vòng 90 ngày. Một tỷ lệ đáng kể được phẫu thuật hút máu tụ. So với bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng do chấn thương, bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng không do chấn thương có tỷ lệ nhập viện tiếp theo do máu tụ dưới màng cứng cao hơn đáng kể [3]. Thomas A van Essen và cộng sự (2022), báo cáo 1407 bệnh nhân tụ máu dưới màng cứng cấp tính. Phẫu thuật cấp cứu ở 336 (24%) bệnh nhân, bằng phẫu thuật mở sọ ở 245 (73%) và phẫu thuật bỏ xương sọ 91 (27%) bệnh nhân. Phẫu thuật mở sọ hoặc bỏ xương sọ sau khi điều trị bảo tồn ban đầu (n = 982) xảy ra ở 107 (11%) bệnh nhân. Tác giả nhận xét việc điều trị cho bệnh nhân tụ máu dưới màng cứng cấp tính với các đặc điểm tương tự khác nhau tùy thuộc vào trung tâm điều trị, do có sự khác biệt trong cách tiếp cận được ưu tiên. Chiến lược điều trị ưu tiên cách tiếp cận tích cực là phẫu thuật cấp cứu lấy máu tụ hơn điều trị bảo tồn ban đầu không liên quan đến kết quả chức năng tốt hơn (đánh giá kết quả sau 6 tháng). Do đó, ở một bệnh nhân bị tụ máu dưới màng cứng cấp tính mà phẫu thuật viên thần kinh không thấy rõ ưu thế của phẫu thuật cấp cứu so với điều trị bảo tồn, điều trị bảo tồn ban đầu có thể được xem xét [4]. Phạm Ty (2010), báo cáo kết quả điều trị nội khoa 174 bệnh nhân cao tuổi chấn thương sọ não thấy tốt (74,6%), di chứng nhẹ (20,1%), di chứng nặng (2,3%), thực vật (0,6%), nặng xin về 3 ca tử vong (1,7%) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi 106 bệnh nhân đa số là nhẹ nên chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị không phẫu thuật, kết quả đa số tốt.

#### V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính mức độ nhẹ điều trị không phẫu thuật đa số cho kết quả tốt. Khi điều trị cần lưu ý những bệnh nhân có thêm tổn thương phối hợp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ty (2010), Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở người cao tuổi, Tạp chí Y học Việt Nam, 2010, tháng 5, số 1, 57-60.

2. **Paul Bajsarowicz, Ipshita Prakash (2015)** , Nonsurgical acute traumatic subdural hematoma: what is the risk? J Neurosurg 2015 Nov; 123(5):1176-83.
3. **Nicholas A Morris, Alexander E Merkler, Adverse, et al (2016)**, Outcomes After Initial Non-surgical Management of Subdural Hematoma: A Population-Based Study. Neurocrit Care. 2016 Apr;24(2):226-32.
4. **Thomas A van Essen, Hester F Lingsma, et al (2022)**, Surgery versus conservative treatment for traumatic acute subdural haematoma: a prospective, multicentre, observational, comparative effectiveness study. Lancet Neurol. 2022 Jul;21(7):620-631.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÉP NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Nguyễn Thành Bắc\*, Phạm Ngọc Hào\*,  
Trần Mạnh Cường\*, Hoàng Mạnh Linh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng kết quả của phẫu thuật mở sọ giải ép (MSGE) ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 33 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa đã trải qua phẫu thuật mở sọ giải ép tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 9 năm 2022. Các phân tích đơn biến và đa biến được thực hiện cho các biến số lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não liên quan đến kết quả chức năng theo Thang điểm Rankin cải tiến (mRS). Kết quả lâm sàng được đánh giá sau 90 ngày. **Kết quả:** Điểm mRS trung bình tại thời điểm 90 ngày sau phẫu thuật mở sọ giải ép là 4. Kết quả chức năng tốt được quan sát thấy ở 33,3% bệnh nhân tại ngày thứ 90. Tỷ lệ tử vong sau 90 ngày là 24,2%. Phân tích đơn biến xác định khả năng dẫn đến kết quả chức năng kém (điểm mRS từ 4-6) ở những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não cũ (OR 2,2 [95% KTC 1,09-10,66]; p = 0,037), tiền sử tăng huyết áp (OR 12,0 [KTC 95% 1,99-72,35]; p = 0,030), di lệch đường giữa (DLĐG) > 10 mm (OR 12,0 [KTC 95% 2,16-66,54]; p = 0,002). Phân tích đa biến cho thấy tỷ lệ cao của kết quả chức năng kém liên quan đến tiền sử đột quỵ não cũ (OR 5,56 [KTC 95% 2,23-10,32]; p = 0,026, MLS > 10mm (OR 6,74[KTC 95% 1,21-12,33]; p = 0,038), giãn đồng tử (OR 11,88 [KTC 95% 1,65-30,78] p = 0,017). **Kết luận:** Tiền sử đột quỵ, tăng huyết áp, đái tháo đường, di lệch đường giữa > 10 mm và giãn đồng tử trước khi phẫu thuật có liên quan đến kết quả chức năng kém.

**Từ khóa:** mở sọ giải ép; nhồi máu não điện rộng do tắc động mạch não giữa.

\*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Linh

Email: hoangmanhlinh1@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023

### SUMMARY

#### A STUDY ON SOME PROGNOSTIC FACTORS FOR DECOMPRESSIVE HEMICRANIECTOMY OF LARGE MIDDLE CEREBRAL ARTERY INFARCTION

**Objective:** to identify some prognostic factors of outcome for decompressive hemicraniectomy (DH) in large middle cerebral artery infarction. **Materials and method:** Including 33 patients with malignant middle cerebral artery territory infarction who underwent decompressive hemicraniectomy at the Department of Neurosurgery - 103 Military Hospital from January 2017 to September 2022. Univariate and multivariate analyses were performed for an array of clinical variables in relationship to functional outcome according to the modified Rankin Scale (mRS). Clinical outcome was assessed at 90 days. **Results:** The mean mRS score at 90 days follow-up post-DH was 4. Good functional outcome was observed in 33.3% of patients at 90 days. The mortality rate at 90 days was 24.2%. Univariate analysis identified a greater likelihood of poor functional outcome (mRS scores of 4-6) in patients with a history of stroke (OR 2.2 [95% CI 1.09-10.66]; p = 0.037), a history of hypertension (OR 12 [95% CI 1.99-72.35]; p = 0.030), peak midline shift (MLS) > 10 mm (OR 12. [95% CI 2.16-66.54]; p = 0.002). Multivariate analysis demonstrated elevated odds of poor functional outcome associated with a history of stroke (OR 5.56 [95% CI 2.23-10.32]; p = 0.026), MLS > 10 mm (OR 6,74[95% CI 1.21-12.33]; p = 0.038), pupillary dilation (OR 11.88[95% CI 1.65-30.78] p = 0.017). Patients with infarction involving the dominant hemisphere had higher odds of unfavorable functional outcome at 90 days (OR 9.067 [95% CI 1.72-47.67]; p = 0.006). **Conclusion:** History of stroke, hypertension, diabetes, peak MLS > 10 mm, and presence of pupillary dilation prior to intervention are associated with a worse functional outcome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não điện rộng

có thể bị phù não tiến triển, không kiểm soát được khiến họ có nguy cơ bị chèn ép nhu mô não và thoát vị não. Có một số lựa chọn điều trị hạn chế, nhưng nghiên cứu đã chỉ ra phẫu thuật mở sọ giải ép (MSGE), giảm tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Nhồi máu não ác diện rộng chỉ được điều trị bằng phương pháp bảo tồn dẫn đến tỷ lệ tử vong là 80% trong tuần đầu tiên của đột quy[7]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng phẫu thuật MSGE có thể làm giảm tỷ lệ tử vong xuống 30% và nếu giải ép được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát đột quy, tỷ lệ này là 10% [3, 5]. Điều kiện của bệnh nhân bị đột quy nhồi máu não diện rộng được phẫu thuật MSGE dựa trên dữ liệu về kết quả chức năng, tỷ lệ tử vong và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Thông tin này sẽ rất có lợi cho bệnh nhân và gia đình để cho phép họ đưa ra quyết định sáng suốt về các lựa chọn điều trị bệnh nhân. Mỗi tương quan của các biến số lâm sàng xảy ra trước phẫu thuật MSGE với kết quả chức năng của bệnh nhân giúp cho các bác sĩ lâm sàng và gia đình tiên lượng được bệnh nhân. Nghiên cứu này đánh giá các biến số lâm sàng và hình ảnh CLVT sọ não để tìm các yếu tố tiên lượng về kết quả chức năng ở những bệnh nhân đột quy nhồi máu não được phẫu thuật MSGE.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 33 bệnh nhân đột quy nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa đã được phẫu thuật MSGE tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả không có nhóm chứng.

**Chỉ tiêu nghiên cứu:** Lâm sàng: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, điểm NIHSS, triệu chứng giãn đồng tử, thời gian từ khi khởi phát đến lúc phẫu thuật MSGE, biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện; Phim cắt lớp vi tính: vị trí tổn thương ( ĐMNG bên phải/ bên trái, bán cầu trội/ không trội), mức độ di lệch đường giữa.

**Kết quả:** Kết quả chính là tình trạng chức năng được đánh giá bằng điểm Thang điểm Rankin cải tiến (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau MSGE. Kết quả chức năng tốt là điểm mRS từ 0-3, kết quả chức năng kém là điểm mRS từ 4 -6.

**Xử lý số liệu:** theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và kết quả của bệnh nhân**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng ban đầu.**

Đặc điểm lâm sàng		Giá trị (%)
<b>Tổng số BN</b>		33
Tuổi	Trung bình	68±7
	Phạm vi	45-78
Giới tính	Nam	19(57,6)
	Nữ	14(42,4)
Tiền sử	Đột quy não cũ	22(66,7)
	Đái tháo đường	15(45,5)
	Tăng huyết áp	18(54,5)
	NMCT	8(24,2)
Số ngày trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi phẫu thuật MSGE		3±2
Bán cầu trội/ không trội		20(60,6)/13(39,4)
Giãn đồng tử trước mổ		16(48,5)
Điểm NIHSS	Trung bình	20±4
	Phạm vi	14-30
ĐMNG nhồi máu	Phải	13(39,4)
	Trái	20(60,6)
Di lệch đường giữa	Trung bình	10±4
	Phạm vi	2-19

ĐMNG = động mạch não giữa; NMCT = nhồi máu cơ tim

**Nhận xét:** Có 13 bệnh nhân đột quy nhồi máu não diện rộng do tắc ĐMNG bên phải (39,4%), ĐMNG bên trái (60,6) được MSGE. 20 bệnh nhân nhồi máu bên bán cầu trội (60,6%) và 13 bệnh nhân nhồi máu bên bán cầu không trội (39,4%). Tuổi trung bình 68 ± 7 tuổi, 57,6% là nam giới. Tăng huyết áp được chẩn đoán ở 54,5% bệnh nhân, đột quy não cũ 33,3%, đái tháo đường ở 45,5% và nhồi máu cơ tim (NMCT) trước đó ở 24,2%. Điểm trung bình của Thang điểm NIHSS là 20 ± 4. Mười sáu bệnh nhân có dấu hiệu đồng tử giãn cố định một bên (48,5%) trước khi MSGE. Di lệch đường giữa trung bình là 10 ± 4 mm. Thời gian trung bình từ khi khởi phát đột quy đến khi MSGE là 3 ± 2 ngày.

**Bảng 2: Kết quả của bệnh nhân đột quy nhồi máu não sau phẫu thuật MSGE**

Kết quả		Giá trị (%)
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung bình	19±6
	Phạm vi	3-45
<b>Mở khí quản</b>		30(90,1)
<b>Viêm phổi</b>		20(60,6)
<b>Loét điểm tì</b>		16(48,5)
Điểm mRS tại ngày thứ 90 sau MSGE	1	0(0)
	2	0(0)
	3	10(30,3)
	4	9(27,3)
	5	6(18,2)
	6	8(24,2)
	Trung bình	4±1

**Nhận xét:** Mở khí quản được thực hiện ở 90,1% bệnh nhân. Viêm phổi xảy ra ở 60,6% bệnh nhân và loét điểm tì ở 48,5%. Các bệnh nhân phải nằm viện trong tổng thời gian trung bình là  $19 \pm 6$  ngày. Điểm mRS trung bình tại 90 ngày sau MSGE là  $4 \pm 1$ . Tỷ lệ tử vong (điểm

mRS là 6) sau 90 ngày sau MSGE là 24,2%. Điểm mRS là 3 (30,3%) chiếm tỷ lệ chính trong nhóm kết quả chức năng tốt. Kết quả chức năng kém được quan sát thấy ở 69,7% bệnh nhân, với điểm số 4 (27,3%), 5 (18,2%) và 6 (24,3%).

### 3.2. Dự đoán kết quả chức năng kém

**Bảng 3: Phân tích đơn biến các yếu tố dự báo kết quả chức năng kém (điểm mRS 4–6)**

Yếu tố lâm sàng	OR	Giá trị p	KTC 95%
Tuổi tăng 1 năm	0,94	0,237	0,86-1,04
Tuổi >65 tuổi	2,22	0,451	0,27-18,36
Giới tính	0,83	0,803	0,193-3,576
Giãn đồng tử	21,43	0,001	2,27-91,86
Điểm NIHSS tăng 1 điểm	1,01	0,885	0,84-1,22
Điểm NIHSS >17	0,65	0,130	3,20
Số ngày tử khi khởi phát đến MSGE tăng 1 ngày	1,82	0,457	0,58-2,21
Tiền sử			
Đột quỵ não cũ	2,20	0,037	1,09-10,66
Đái tháo đường	6,50	0,026	1,12-37,48
Tăng huyết áp	12,00	0,030	1,99-72,35
NMCT	2,57	0,251	0,50-13,23
Tổn thương bán cầu trội	9,07	0,006	1,72- 47,67
Tăng di lệch đường giữa 1mm	1,49	0,006	0,29-2,81
Di lệch đường giữa >10mm	12,00	0,002	2,16-66,54

**Nhận xét:** Trong phân tích đơn biến, bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não cũ được dự đoán có kết quả chức năng kém cao gấp 2,2 lần so với những người không có tiền sử đột quỵ (KTC 95% 1,09–10,66;  $p = 0,037$ ). Tiền sử tăng huyết áp dự đoán khả năng dẫn đến kết quả chức năng kém cao hơn gần 12 lần so với không có tiền sử (KTC 95% 1,99–72,35;  $p = 0,030$ ). Tiền sử đái tháo đường (OR 6,50 [KTC 95% 1,12–37,48];  $p = 0,026$ ) dự đoán có kết quả chức năng kém.

Bệnh nhân có di lệch đường giữa tăng 1mm (OR 1,49 [KTC 95% 0,29–2,81];  $p = 0,006$ ) hoặc di lệch đường giữa > 10 mm (OR 12 [95% KTC 2,16–66,54];  $p = 0,002$ ) có nhiều khả năng dẫn đến kết quả chức năng kém hơn. Các đặc điểm khác với tỷ lệ tương quan chênh lệch cao của điểm mRS 4–6 nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê: tuổi > 65 tuổi (OR 2,22), điểm NIHSS > 17 (OR 0,65) và NMCT (OR 2,57).

**Bảng 4: Phân tích đa biến về kết quả chức năng kém (nghĩa là điểm số mRS từ 4–6)**

Lâm sàng	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến		
	OR (KTC 95%)	p	Hiệu chỉnh theo	OR (KTC 95%)	p
Đột quỵ não cũ	2,20 (1,09–10,66)	0,037	DLĐG >10 mm, ĐTĐ, THA, tuổi, giãn đồng tử, bán cầu trội	5,56 (23,23-10,32)	0,026
Tăng huyết áp	12,00 (1,99–72,35)	0,030	DLĐG >10 mm, ĐQNC, tuổi ĐTĐ, giãn đồng tử, tổn thương bán cầu trội	9,82 (2,32-31,46)	0,048
Đái tháo đường	6,50 (1,12-37,48)	0,026	DLĐG >10 mm, ĐQNC, THA, tuổi, giãn đồng tử, tổn thương bán cầu trội	7,97 (4,22-25,96)	0,771
DLĐG >10mm	12,00 (2,16–66,54)	0,002	ĐQNC, ĐTĐ, THA, tuổi, giãn đồng tử, tổn thương bán cầu trội	6,74 (1,21-12,33)	0,038
Giãn đồng tử	21,43 (2,27-91,86)	0,001	DLĐG >10 mm, ĐQNC, THA, ĐTĐ, tổn thương bán cầu trội	11,88 (1,65-30,78)	0,017
Tổn thương bán cầu trội	9,07 (1,72- 47,67)	0,006	DLĐG >10 mm, tuổi, ĐQNC, THA, ĐTĐ, giãn đồng tử	10,89 (1,63-19,23)	0,013
Tăng số ngày tử khi khởi phát đến MSGE	1,82 (0,58-2,21)	0,457	DLĐG >10 mm, NIHSS >17, ĐQNC, THA, ĐTĐ	1,75 (0,68-1,99)	0,023

THA = Tăng huyết áp; ĐTD = đái tháo đường; ĐQNC = đột quỵ não cũ; DLĐG = di lệch đường giữa.

**Nhận xét:** Trong phân tích đa biến, những bệnh nhân có DLĐG > 10 mm, hiệu chỉnh theo tuổi, tiền sử ĐQNC, THA, ĐTD, giãn đồng tử và tổn thương bán cầu trội, có khả năng có kết quả chức năng kém sau MSGE cao gấp 6,74 lần so với những người có DLĐG ít hơn (KTC 95% 1,21-12,33;  $p = 0,038$ ). Do đó, DLĐG > 10 mm là một yếu tố dự đoán kết quả chức năng kém, bất kể tuổi tác, tiền sử ĐQNC, THA, ĐTD, giãn đồng tử hoặc tổn thương bán cầu não trội. Tương tự, những bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não cũ, hiệu chỉnh theo tuổi, DLĐG > 10 mm, ĐTD, THA, giãn đồng tử và tổn thương bán cầu trội, có khả năng có kết quả xấu cao gấp 5,56 lần so với những người không có tiền sử đột quỵ (95% KTC 2,23 -10,32;  $p=0,026$ ). Bệnh nhân đái tháo đường không liên quan đáng kể đến kết cục xấu khi hiệu chỉnh theo tuổi, DLĐG > 10 mm, tiền sử ĐQNC, THA, giãn đồng tử, tổn thương bán cầu não trội hơn bệnh nhân không mắc đái tháo đường (OR 7,97; KTC 95% 4,22-25,96;  $p=0,771$ ). Số ngày tăng từ khi khởi phát các triệu chứng đột quỵ đến khi MSGE là một yếu tố dự báo đáng kể về kết quả chức năng kém khi hiệu chỉnh theo DLĐG > 10mm, điểm NIHSS > 17, tiền sử ĐQNC, THA, ĐTD (OR 1,75; KTC 95% 0,68-1,99;  $p = 0,023$ ). Hơn nữa, sự giãn đồng tử có liên quan đáng kể đến kết quả kém khi hiệu chỉnh theo tuổi, DLĐG > 10, tiền sử ĐQNC, THA, ĐTD và tổn thương bán cầu trội (OR 11,88; KTC 95% 1,65-30,78;  $p = 0,017$ ). Bệnh nhân nhồi máu não liên quan đến bán cầu trội có tỷ lệ kết quả chức năng không thuận lợi tại 90 ngày cao hơn so với bệnh nhân (OR 10,89; KTC 95% 1,63-19,23;  $p = 0,013$ )

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đặt mục tiêu xác định các yếu tố lâm sàng có thể liên quan đến kết quả chức năng kém sau phẫu thuật và hỗ trợ lựa chọn bệnh nhân cho MSGE.

Tỷ lệ tử vong là 24,2% sau 90 ngày. Kết quả lâm sàng tốt (điểm mRS  $\leq 3$ ) được quan sát thấy ở khoảng 30% bệnh nhân sau 90 ngày. Những kết quả này có thể so sánh với kết quả được báo cáo bởi các thử nghiệm lâm sàng lớn. Thử nghiệm DECIMAL đã báo cáo điểm mRS  $\leq 3$  sau 6 tháng và 1 năm theo dõi lần lượt là 25% và 50% sau khi bị MSGE (so với 5,6% và 22,2% trong nhóm điều trị nội khoa)[4]. Thử nghiệm DESTINY báo cáo rằng 88% bệnh nhân trải qua

phẫu thuật cắt bỏ nửa sọ sống sót sau 30 ngày (so với 47% bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên điều trị bảo tồn) và 47% bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật có điểm mRS từ 0–3 sau 12 tháng (so với 27% bệnh nhân ở nhóm điều trị bảo tồn)[2].

Trong nghiên cứu này, độ tuổi của bệnh nhân MSGE dao động từ 45 đến 78. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy MSGE có lợi cho những bệnh nhân trên 60 [6, 7]. Một số nghiên cứu cho rằng MSGE cải thiện khả năng sống sót nhưng dẫn đến kết quả lâm sàng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong cả phân tích đơn biến và đa biến, tuổi không phải là yếu tố dự báo quan trọng về kết quả lâm sàng và bệnh nhân trên 65 tuổi không có tỷ lệ gặp phải kết quả chức năng kém cao hơn. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật đều trên 65 tuổi (trung bình 68,21 tuổi, 79% trên 65 tuổi). Thử nghiệm DESTINY II đã báo cáo rằng MSGE cải thiện đáng kể khả năng sống sót mà không liên quan đến kết quả chức năng kém ở bệnh nhân từ 61 tuổi trở lên (38% so với 18% ở nhóm đối chứng) với tỷ lệ tử vong thấp hơn ở nhóm phẫu thuật (33% so với 70%)[7]. Hơn nữa, Zhao et al. đã báo cáo rằng lợi ích của phẫu thuật có thể được mở rộng cho bệnh nhân 80 tuổi[6]. Do đó, MSGE nên được xem xét ở những bệnh nhân lớn tuổi và việc lựa chọn bệnh nhân không nên giới hạn ở độ tuổi.

Tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, đột quỵ não cũ là những yếu tố dự báo quan trọng về kết quả chức năng kém. Bệnh nhân mắc các bệnh lý nền này có thể bị suy giảm chức năng ở một mức độ nào đó trước khi đột quỵ và có nhiều khả năng bị biến chứng sau phẫu thuật; do đó, kết quả chức năng sẽ kém hơn sau MSGE.

Thời gian từ khi khởi phát đột quỵ đến khi MSGE là một yếu tố quan trọng trong việc kiểm soát nhồi máu não ác tính. Phẫu thuật MSGE đã được chứng minh là có hiệu quả nhất khi được thực hiện sớm, trong vòng 48 giờ[8]. Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình này là 3 ngày. Phẫu thuật được thực hiện ở 42,4% bệnh nhân trong 48 giờ đầu và 66,7% bệnh nhân trong 72 giờ đầu sau khởi phát bệnh. Tuy nhiên, những bệnh nhân có thời gian này kéo dài hơn không có tỷ lệ kết quả xấu cao hơn đáng kể sau 90 ngày. Thử nghiệm HAMLET đã báo cáo rằng phẫu thuật giải ép làm giảm tỷ lệ tử vong và kết cục xấu ở những bệnh nhân bị nhồi máu não diện rộng được điều trị trong vòng 48 giờ sau khi khởi phát đột quỵ, nhưng không thấy lợi ích đáng kể nào sau 96 giờ.[1]. Bệnh nhân có giãn đồng tử có nhiều khả năng có kết quả kém hơn đáng kể. Chờ đợi bằng chứng về giãn đồng tử có