

đúng (1,72%).

- Triệu chứng cơ năng: ngứa (75,86%), rát (29,31%), đau (24,14%).

- Triệu chứng toàn thân: sốt (70,69%), mệt mỏi (55,17%), viêm đường hô hấp trên (41,38%), triệu chứng khác (1,72%). Không ghi nhận trường hợp bị sưng hạch ngoại vi.

- Vị trí tổn thương: Thường gặp nhất là ở thân mình (98,28%), kể đến là đầu mặt cổ (94,83%), ít gặp nhất là nhóm niêm mạc (29,31%).

- Thương tổn cơ bản: Nhóm mụn nước, mụn nước rỗ lõm chiếm tỷ lệ cao nhất (98,28%), kể đến là nhóm hồng ban (91,38%), thấp nhất là nhóm sẹo (1,72%).

2. Kết quả điều trị

- Sau 5 ngày, có 67,24% bệnh đáp ứng tốt, 32,76% đáp ứng khá. Sau 10 ngày, có 82,76% bệnh đáp ứng tốt, 17,24% đáp ứng khá. Sau 15 ngày, 100% bệnh nhân đáp ứng tốt.

- Số lần thoa thuốc ≥ 2 lần cho đáp ứng điều trị tốt hơn thoa < 2 lần/ngày ($p < 0.05$).

- Ghi nhận 1 trường hợp ngứa da sau 5 ngày điều trị, mất đi sau 10, 15 ngày điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Tùng Dương (2007), "Nhận xét tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu tại Bệnh viện 103 từ 1/2004 -

6/2007", Nhận xét tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh thủy đậu tại Bệnh viện 103 từ 1/2004 - 6/2007, Luận án thạc sĩ y học, Hà Nội.

2. Quách Thị Hà Giang (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh thủy đậu bằng uống acyclovir", Luận văn bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Duy Hưng (2017), "Bệnh thủy đậu", Bệnh học Da liễu (Sách đào tạo sau đại học), NXB Y học, Hà Nội, tr. 85-93.

4. Nguyễn Văn Kính (2011), "Bệnh thủy đậu", Bài giảng bệnh Truyền nhiễm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 273-279.

5. Nguyễn Văn Mùi, Nguyễn Hoàng Tuấn, Trịnh Thị Xuân Hòa (2008), "Bệnh thủy đậu", Bệnh Truyền nhiễm và Nhiệt đới, Nhà xuất bản Y học, tr. 166-171.

6. Đoàn Thu Nga (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và kết quả điều trị bệnh thủy đậu bằng uống Acyclovir tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2015 - 2016", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

7. Đặng Thị Như Nguyệt, Đoàn Thị Diệp Ngọc (2010), "Đặc điểm lâm sàng bệnh thủy đậu trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I" Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, tr. 367-371.

8. Dương Văn Thanh, Lê Thị Lưu (2015), "Nghiên cứu đặc điểm bệnh thủy đậu ở bệnh nhân điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên từ 2013 - 2015", Tạp chí Y học Việt Nam.

MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH: TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 153 trường hợp máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** 153 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính trong tổng số 534 bệnh nhân nhập viện, chiếm tỉ lệ 28,6%. 117 bệnh nhân nam chiếm (77,8%), nữ chiếm (22,2%). Tuổi nhỏ nhất: 8; tuổi cao nhất: 96; tuổi trung bình: $55,71 \pm 19,99$. Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm (49,7%); tai nạn sinh hoạt (43,8%). Lâm sàng mức độ nhẹ chiếm 87,6%; mức độ trung bình

8,5%, chỉ có 3,9% mức độ nặng. Điều trị nội khoa chiếm 76,5%, phẫu thuật lấy máu tụ 22,9%. Kết quả ra viện ổn định 89,5%, di chứng nhẹ 5,9%, di chứng trung bình 1,3%. Tử vong và sống thực vật 3,3%.

Kết luận: Chấn thương sọ não máu tụ dưới màng cứng cấp tính chiếm tỉ lệ (28,6%). Thường gặp ở nam giới. Đa số máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương đều được điều trị bảo tồn, với 76,5% bệnh nhân trong nghiên cứu này đạt được kết quả sớm tốt. Chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân được điều trị bảo tồn sẽ xấu đi và cần phải phẫu thuật.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng cấp tính, điều trị bảo tồn máu tụ nội sọ, chấn thương sọ não.

SUMMARY

ACUTE SUBDURAL HEMATOMA: RATES, CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES

Objectives: To evaluate the rates, clinical characteristics, lesions on CT scan and outcomes of treatment of acute subdural hematoma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was undertaken in 153 cases of acute subdural hematoma treated at the

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải
Email: vuminhhai777@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.5.2021
Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021
Ngày duyệt bài: 5.7.2021

Neurological & Spinal Surgery Department at Thai Binh General Hospital from February to September 2020. Results: 153 patients with acute subdural hematoma out of a total of 534 hospitalized patients, accounting for 28.6%. 117 males (77.8%), females (22.2%). Youngest age: 8; oldest age: 96; medial age: 55.71 ± 19.99. Traffic accidents accounted for (49.7%); domestic accidents (43.8%); minor injuries accounted for 87.6%; moderate 8.5%, severe: only 3.9%. Nonoperative treatment accounted for 76.5%, hematoma evacuation surgery 22.9%. The discharge outcomes: stable 89.5%, minor sequelae: 5.9%, moderate sequelae: 1.3%. Mortality and vegetative state 3.3%. **Conclusion:** Rate of acute subdural hematoma is (28.6%). Common in men. The majority of acute subdural hematomas is conservatively treated, with 76.5% of patients in this study achieving good early outcomes. Only a small proportion of patients treated conservatively would deteriorate and require surgery.

Keywords: acute subdural hematoma, conservative treatment of intracranial hematoma, traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não máu tụ dưới màng cứng cấp tính là tổn thương hay gặp trong chấn thương sọ não. Tỷ lệ tử vong cao và di chứng còn nặng nề, tổn thương này vẫn còn là thách thức với chuyên khoa hồi sức tích cực và phẫu thuật thần kinh. Do đó, thăm khám bệnh nhân một cách thận trọng, đánh giá chính xác các triệu chứng lâm sàng vẫn là rất cần thiết trong việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị. Chúng tôi nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang 153 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng do chấn thương điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình nhằm mục đích nâng cao kết quả điều trị nhóm bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu. 153 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Quan sát mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả ra viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1 Phân bố theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới		Nữ	
	Nam	Nữ	n	%
≤18	7	100	0	0
19-29	14	93,3	1	6,7
30-39	11	84,6	2	15,4

40-49	12	80,0	3	20,0
50-59	22	81,5	5	18,5
60-69	28	77,8	8	22,2
70-79	17	77,3	5	22,7
≥80	8	44,4	10	55,6
Tổng	119	77,8	34	22,2

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất: 8; Tuổi cao nhất: 96; Tuổi trung bình: 55,71 ± 19,99

Nam chiếm 77,8%, nữ chiếm 22,2%

Bảng 3.2 Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	n	Tỷ lệ %	Tổng %
Tai nạn giao thông	76	49,7	98,7
Tai nạn lao động	8	5,2	
Tai nạn sinh hoạt	67	43,8	
Bạo lực	2	1,3	1,3
Tổng	153	100	100

Nhận xét: Tai nạn giao thông chiếm 49,7%; tai nạn sinh hoạt 43,8%, tai nạn lao động (5,2%).

Bảng 3.3 Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Hôn mê	9	5,9
Đau đầu	134	87,6
Nôn	32	20,9
Chảy máu mũi	6	3,9
Chảy máu tai	12	7,8
Bầm tím quanh mắt	13	8,5
Tụ máu, sưng nề dưới da đầu	42	27,5
Vết thương vùng đầu	45	29,4
Liệt 1/2 người	15	9,8
Liệt dây VII	2	1,3
Giãn đồng tử 1 bên	1	0,7
Khoảng tỉnh	5	3,3

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu 87,6%; nôn chiếm 20,9%, tụ máu, sưng nề da đầu 27,5%, vết thương vùng đầu 29,4%, liệt nửa người chiếm 9,8%.

Bảng 3.4 Mức độ nặng theo tri giác

GCS	n	Tỷ lệ %
13-15 điểm	134	87,6
9-12 điểm	13	8,5
3-8 điểm	6	3,9
Tổng	153	100

Nhận xét: Tình trạng lâm sàng mức độ nhẹ chiếm 87,6%; mức độ trung bình 8,5%, chỉ có 3,9% mức độ nặng.

Bảng 3.5 Tôn thương phối hợp trên phim chụp CLVT

Tôn thương	n	Tỷ lệ %
Vỡ xương sọ	23	15,0
Phù não nặng	2	1,3
Máu tụ ngoài màng cứng	13	8,5
Máu tụ trong não	6	3,9
Chảy máu màng mềm	44	28,8

Nhận xét: Vỡ xương sọ chiếm 15,0%, chảy máu màng mềm 28,8%, máu tụ ngoài màng cứng 8,5%.

Bảng 3.6 Tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp	n	Tỷ lệ %
Vết thương rách da	42	27,5
Vết thương bàn tay	5	3,3
Chấn thương hàm mặt	20	13,1
Chấn thương cột sống cổ	2	1,3
Chấn thương cột sống ngực thắt lưng	2	1,3
Chấn thương ngực	8	5,2
Gãy xương chi	18	11,8

Nhận xét: Vết thương rách da chiếm 27,5%, chấn thương hàm mặt 13,1%, gãy xương chi (11,8%), chấn thương ngực 5,2%.

Bảng 3.7 Thái độ xử trí

Thái độ xử trí	n	Tỷ lệ %
Hồi sức tích cực	1	0,6
Nội khoa	117	76,5
Phẫu thuật lấy máu tụ	32	20,9
Phẫu thuật lấy máu tụ + giải tỏa não	3	2,0
Tổng số	153	100

Nhận xét: Đa số điều trị nội khoa chiếm 76,5%, phẫu thuật lấy máu tụ 22,9%.

Bảng 3.8 Tình trạng ra viện

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Tốt (GCS 14-15đ)	137	89,5
Khả (GCS 12-13đ)	9	5,9
Trung bình (GCS 9-11đ)	2	1,3
Kém (GCS 3-8đ)	4	2,6
Tử vong	1	0,7
Tổng	153	100

Nhận xét: Kết quả ra viện ổn định 89,5%, di chứng nhẹ 5,9%, di chứng trung bình 1,3%. Tử vong và sống thực vật 3,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ máu tụ dưới màng cứng cấp tính. 153 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính trong tổng số 534 bệnh nhân nhập viện, chiếm tỷ lệ (28,6%) trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2020 điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh-Cột sống bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tỷ lệ máu tụ dưới màng cứng của chúng tôi cao hơn báo cáo của Massaro F, Lanotte M và cộng sự (1996), trong 10 năm từ 1982 đến 1992 có 127 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính trên tổng số 1688 bệnh nhân chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ (7,5%) [2]. Theo Bajsarowicz, P., Prakash (2015) cho biết máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương chiếm tỷ lệ 12%-29% tổng số bệnh nhân chấn thương sọ não nặng nhập viện [3].

4.2 Tuổi, giới. Trong nghiên cứu này tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, tuổi cao nhất là 96; Tuổi trung bình: $55,71 \pm 19,99$. Theo Nguyễn Thanh Nam (2020), tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc phẫu thuật 46 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính gặp bệnh nhân cao tuổi nhất là 83 tuổi và bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41 \pm 19,3$ [1]. Theo Massaro F, Lanotte M và cộng sự (1996) độ tuổi dao động từ 3 đến 93 tuổi. Độ tuổi trung bình là 47, có 94 nam và 33 nữ.

Giới: Bệnh nhân nam chiếm 77,8%, nữ chiếm 22,2%, tỷ lệ này tương đương với tác giả Nguyễn Thanh Nam (2020), nam chiếm 78%, nữ 22% [1].

4.3 Nguyên nhân tai nạn. Chúng tôi ghi nhận nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 49,7%; tai nạn sinh hoạt 43,8%, tai nạn lao động (5,2%). Kết quả của chúng tôi thấy nguyên nhân do tai nạn giao thông thấp hơn báo cáo của Nguyễn Thanh Nam, nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (68%), tiếp theo là tai nạn lao động ngã cao (17%), tai nạn sinh hoạt (13%).

4.4 Lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Tình trạng lâm sàng khi vào viện đánh giá theo GCS mức độ nhẹ (GCS 13-15) chiếm 87,6%; mức độ (GCS 9-12) trung bình 8,5%, chỉ có 3,9% mức độ nặng (GCS 3-8). Vết thương rách da chiếm 27,5%, chấn thương hàm mặt (13,1%), gãy xương chi (11,8%), chấn thương ngực 5,2%.

Chụp cắt lớp vi tính thấy tổn thương máu tụ dưới màng cứng kèm vỡ xương sọ chiếm 15,0%, chảy máu màng mềm 28,8%, máu tụ ngoài màng cứng 8,5%.

4.5 Kết quả điều trị khi ra viện. Đa số nhóm bệnh nhân của chúng tôi mức độ lâm sàng nhẹ nên điều trị nội khoa chiếm đa số (76,5%), phẫu thuật lấy máu tụ 35/153 bệnh nhân chiếm (22,9%). Chúng tôi chỉ định mổ khi lâm sàng tri giác giảm 2 điểm GCS và chụp cắt lớp kiểm tra thấy máu tụ dày trên 10 mm, đường giữa đè dẩy trên 5mm. Có 12 bệnh nhân lúc đầu vào viện tri giác tốt, sau theo dõi 5 ngày có tri giác xấu đi, chụp kiểm tra thấy phù não tăng lên, đè dẩy đường giữa trên 10mm nên được chỉ định phẫu thuật, kết quả bệnh nhân hồi phục tốt. Kết quả chung khi ra viện ổn định 89,5%, di chứng nhẹ 5,9%, di chứng trung bình 1,3%. Tử vong và sống thực vật 3,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Bajsarowicz, P., Prakash (2015) và cộng sự: hầu hết các máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương đều được quản lý bảo tồn (77%) bệnh nhân đạt được kết quả sớm tốt [3].

V. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não máu tụ dưới màng cứng cấp tính chiếm tỉ lệ (28,6%). Thường gặp ở nam giới. Đa số máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương đều được điều trị bảo tồn, với 76,5% bệnh nhân trong nghiên cứu này đạt được kết quả sớm tốt. Chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân được điều trị bảo tồn sẽ xấu đi và cần phải phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Nam (2020)**, "Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc", luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Đại học Y Hà Nội, 2020.
2. **Massaro F, Lanotte M (1996)**, One hundred and twenty-seven cases of acute subdural haematoma operated on. Correlation between CT scan findings and outcome. *Acta Neurochir (Wien)* 138:185-191, 1996.
3. **Bajsarowicz, P., Prakash, I.,(2015)**. Nonsurgical acute traumatic subdural hematoma: what is the risk? *Journal of Neurosurgery*, 123(5), 1176–1183.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY MỨC ĐỘ NẶNG VÀ RẤT NẶNG

Dương Đình Toàn¹, Nguyễn Đình Hưng², Hoàng Văn Ba²

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật điều trị cho 38 bệnh nhân với 42 bàn tay được chẩn đoán là hội chứng ống cổ tay (OCT) mức độ nặng và rất nặng. Thời gian theo dõi sau mổ 24 tháng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng OCT mức độ nặng và rất nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Thăm khám, lựa chọn bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng OCT mức độ nặng và rất nặng, tiến hành phẫu thuật cắt dây chằng ngang OCT giải phóng chèn ép thần kinh giữa; theo dõi, đánh giá kết quả sau mổ bằng thang điểm Boston và các test lâm sàng. **Kết quả:** Sau mổ 24 tháng, điểm Boston từ 4,55 điểm xuống còn 2 điểm, tỷ lệ dương tính với với các nghiệm pháp Tinel, Phalen, Durkan không còn. Triệu chứng tê bì gảm, tuy nhiên teo cơ mô cái hồi phục chậm. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng thần kinh giữa trong hội chứng OCT mức độ nặng và rất nặng giúp cải thiện đáng kể chức năng khớp cổ tay.

SUMMARY

RESULT OF SURGERY TREATMENT OF SEVERE AND VERY SEVERE CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)

We performed surgical treatment for 38 patients with 42 hands diagnosed with severe and very severe carpal tunnel syndrome (CTS). Postoperative follow-up time 24 months. **Objective:** Evaluated the surgical outcomes for severe and very severe OCT syndrome. **Methods:** Examination and selection of patients diagnosed with severe and very severe CTS, surgical removal of the transverse ligament to release compression of the median nerve; Monitor and

evaluate the results after surgery using the Boston questionnaire and clinical tests. **Results:** After 24 months of surgery, Boston score from 4.55: points to 2 points, the positive rate with Tinel, Phalen, Durkan tests no longer exists. Symptoms of numbness and tingling are reduced, but muscle atrophy recovers slowly. **Conclusion:** transverse ligament to release compression of the median nerve in severe and very severe CTS could improves significantly wrist joint function.

Keywords: Carpal tunne syndrome; Median nerve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (OCT) là tình trạng chèn ép thần kinh giữa khi nó đi qua ống cổ tay, đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh giữa gây ra triệu chứng đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của thần kinh, nặng hơn có thể gây teo cơ, giảm chức năng và vận động bàn tay. Điều trị HC OCT bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Trong đó điều trị nội khoa được chỉ định với những bệnh nhân đến trong giai đoạn sớm của bệnh, với việc sử dụng nẹp cổ tay, uống hoặc tiêm corticoid tại ống cổ tay làm giảm triệu chứng nhanh, tuy nhiên triệu chứng tái phát sớm¹. Điều trị phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay là phương pháp điều trị triệt để nhất, chỉ định khi bệnh nhân đến trong giai đoạn nặng, hoặc đã điều trị nội khoa thất bại. Tại Việt Nam, tình trạng người bệnh đến khám khi bệnh ở giai muộn khá phổ biến, việc điều trị trở nên khó khăn hơn, hiệu quả điều trị không như mong muốn. Trên cơ sở số liệu có được, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng OCT mức độ nặng và rất nặng.

¹Đại Học Y Hà Nội,

²BV Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 2.7.2021