

transient psychotic disorder in a developing country. *Int J Soc Psychiatry*, **60(5)**, 442–448.

6. Nguyễn Việt (1984). Tâm thần học 84. Bệnh loạn thần phản ứng. Nhà xuất bản y học, Hà nội, 42.

7. Nguyễn Thị Hoài Thương (2021), Đặc điểm lâm sàng kích động ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn hưng cảm, luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN MÁU TỤ NỘI SỌ TỰ PHÁT TRÊN LỀU

Vũ Quang Tiệp¹, Nguyễn Quốc Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân máu tụ nội sọ tự phát trên lều. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 35 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định máu tụ nội sọ (MTNS) tự phát bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT) từ 07/05/2017 đến 30/05/2021 tại Bệnh viện TỰQĐ 108. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 35 BN chày máu não tự phát tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $58,46 \pm 9,97$, nam (82,9%), nữ (17,1%). Tiền sử tăng huyết áp (THA) (83,3%), nghiện rượu (8,3%), dùng thuốc ức chế tiểu cầu (8,3%) và xơ gan (2,8%). Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ là 31,4%. Nhập viện trong 6-72 giờ (65,7%). Triệu chứng lâm sàng khởi phát đột ngột (97,1%). Triệu chứng lâm sàng liệt thần kinh khu trú (TKKT) (47,9%), liệt thần kinh sọ (28,8%) và đau đầu (17,8%), nôn có tỷ lệ (5,5%). Điểm Glasgow (GCS) nhập viện trung bình là $9,8 \pm 1,75$ điểm (từ 8-14 điểm). BN nhập viện trong tình trạng hôn mê với GCS từ 9-12 điểm (60%). Vị trí MTNS ở đồi thị (60%), hạch nền (34,3%), còn lại là thùy não (5,7%). Thể tích ổ MTNS trung bình là $67,44 \pm 24,32$ ml. Mức độ di lệch đường giữa độ II (71,4%), độ III (28,6%). Mức độ phù não độ I (80%), độ II (20%). **Kết luận:** Máu tụ nội sọ tự phát thường xuất hiện ở bệnh nhân tuổi trung niên, nam thường gặp hơn nữ, tiền sử hay gặp nhất là THA, ổ xuất huyết thường định vị sâu trong nhu mô não hạch nền – đồi thị, thể tích ổ xuất huyết lớn gây dè dẩy đường giữa.

Từ khóa: Bệnh máu tụ nội sọ tự phát, CLVT.

SUMMARY

ASSESSMENT CHARACTERISTICS CLINICAL AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES IN SPONTANEOUS SUPRATENTORIAL INTRACEREBRAL HEMATOMA

Objective: Assessment characteristics clinical and computed tomography images in spontaneous supratentorial intracerebral hematoma. **Method:** From May 2017 to May 2022, a retrospective study of 35 patients diagnosed with spontaneous supratentorial

intracerebral hematoma (SSIH) by computed tomography (CT) at 108 Military Central Hospital.

Results: The study was conducted on 35 patients with SSIH, the mean age of the study group was 58.46 ± 9.97 , male (82.9%), female (17.1%). The main history was hypertension (83.3%), alcoholism (8.3%), use of platelet inhibitors (8.3%) and cirrhosis (2.8%). The rate of patients admitted before 6 hours was 31.4%. The majority of patients were hospitalized within 6-72 hours (65.7%). Clinical symptoms often had a sudden onset (97.1%). The most common clinical symptoms were neurologic paralysis (47.9%), cranial nerve palsy (28.8%), and headache (17.8%), vomiting had a low rate (5.5%). The mean Glasgow Coma Scale (GCS) admission was 9.8 ± 1.75 points (8-14 points). The majority of patients admitted to the hospital in a comatose state with GCS scores from 9 to 12 (60%). The most common sites of SSIH are in the thalamus (60%), basal ganglia (34.3%), the rest are lobes. brain (5.7%). The average volume of SSIH was 67.44 ± 24.32 ml. The degree of midline deviation was mainly grade II (71.4%), the rest was grade III (28.6%). The degree of cerebral edema is mainly grade I (80%), the rest is grade II (20%).

Keywords: Spontaneous supratentorial intracerebral hematoma, computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ nội sọ (MTNS) chiếm khoảng 10-15% tất cả đột quy ở châu Âu, Mỹ, Úc, khoảng 20-30% ở châu Á⁶. Ở Việt Nam, tỷ lệ đột quy trung bình hằng năm là 416/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 152/100.000 dân. Trong đó, MTNS chiếm 40,42%, tỷ lệ tử vong chung khoảng 30%². Mặc dù có những nỗ lực không ngừng để tìm biện pháp can thiệp tối ưu nhất nhưng lựa chọn điều trị vẫn còn rất hạn chế và kết quả vẫn còn rất xấu. Theo các nghiên cứu (NC) gần đây tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do MTNS vẫn không giảm. Nghiên cứu của Trần Công Thắng (2001) tử vong do MTNS là 73,5% sau 2 tuần. Đỗ Văn Vân (2011) tử vong do MTNS là 45,7%. Cao Phi Phong, Lê Duy Phong (2012) tử vong do MTNS là 34,6% cao gấp 3 lần nhồi máu não^{2,3}. Hiện nay, CLVT là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán máu tụ nội sọ (MTNS)⁷. Không những thế, CLVT còn cho biết đặc điểm hình ảnh của khối máu tụ. Trong đó, thể tích máu tụ là 1 yếu tố tiên lượng độc lập

¹Bệnh viện trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện đa khoa Medlatec

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Tiệp

Email: Vqtiep108@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 15.9.2022

Ngày duyệt bài: 22.9.2022

trong MTNS. Chính vì những vấn đề còn tồn tại đó, tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: "Đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân máu tụ nội sọ tự phát trên lều".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân là người lớn điều trị tại khoa đột quỵ, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 07/05/2017 – 30/05/2021 được chẩn đoán xác định chảy máu não tự phát bằng chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện TƯQĐ 108

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân máu tụ nội sọ tự phát trên lều không dị dạng mạch não (phình động mạch, dị dạng thông động tĩnh mạch ...)

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không chảy máu não không nằm trong tiêu chuẩn lựa chọn

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu
- Cỡ mẫu nghiên cứu: 35 bệnh nhân là người lớn đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu
- Phương tiện nghiên cứu: Máy CLVT Siemens Somatom.gonow 32 dây đầu thu tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện TƯQĐ 108
- Các bước tiến hành nghiên cứu: Khai thác tiền sử, bệnh sử trên hồ sơ bệnh án Phân tích hình ảnh CLVT MTNS tự phát trên PACS

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:
 + Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng các mẫu bệnh án để lấy thông tin của các bệnh nhân tại khoa Đột quỵ, Bệnh viện TƯQĐ 108 được chẩn đoán chảy máu não tự phát trên phim chụp CLVT, lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, phim chụp CLVT được đọc bởi những bác sĩ Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện TƯQĐ 108

+ Xử lý số liệu: Các biến số định tính, tính tỉ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục có phân phối chuẩn được tính trung bình và độ lệch chuẩn. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung về bệnh nhân và lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Giới, tuổi (năm)	Nhóm nghiên cứu (n=35)	
	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Nam	29	82,9
Nữ	6	17,1
Tuổi nhỏ nhất/lớn nhất	40-80	
Tuổi trung bình (năm)	58,46 ± 9,97	

Nhận xét: Có tổng số 35 BN tham gia vào nghiên cứu, trong đó có 17,1% là nữ. Độ tuổi trung bình là 58,46 ± 9,97, thấp nhất là 40 và cao nhất là 80 tuổi.

Bảng 2: Tiền sử của nhóm nghiên cứu

Tiền sử	Số BN(n)	Tỷ lệ %
Không có tiền sử gì	0	0
Tăng huyết áp	30	83,3%
Dùng thuốc ức chống đông	0	0
Dùng thuốc ức chế tiểu cầu	2	5,6%
Nghiện rượu	3	8,3%
Xơ gan	1	2,8%

Nhận xét: Đa số có tiền sử tăng huyết áp (83,3%), các bệnh khác chiếm tỉ lệ thấp (nghiện rượu chiếm 8,3%; dùng thuốc ức chế tiểu cầu 5,6%; xơ gan 2,8%)

3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 3 : Thời điểm nhập viện

Thời điểm nhập viện	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình ± ĐLC
	1	120	17,94 ± 20,47

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện sau tai biến sớm nhất là 1 giờ, cao nhất là 120 giờ, trung bình là 17,94 ± 20,47.

Bảng 4: Phân nhóm theo giờ nhập viện

Nhóm giờ nhập viện	Số BN (n)	Tỷ lệ %
<6h	11	31,4
6-72h	23	65,7
>72h	1	2,9

Nhận xét: Nhóm nhập viện từ 6-72 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất (65,7%). Kế đến là nhóm <6 giờ (31,4%) và ít nhất là nhóm > 72 giờ (2,9%)

Bảng 5: Tính chất khởi phát

Tính chất khởi phát	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Đột ngột	34	97,1
Từ từ	1	2,9

Nhận xét: Đa số bệnh nhân khởi phát tai biến một cách đột ngột (97,1%)

Bảng 6: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Đau đầu	13	17,8
Nôn	4	5,5
Liệt TKKT	35	47,9
Liệt TK sọ	21	28,8

Nhận xét: 47,9% có dấu hiệu liệt thần kinh khu trú (28,8%) liệt thần kinh sọ (17,8%) đau đầu và thấp nhất là nôn (5,5%)

Bảng 7: Điểm Glasgow nhập viện

Điểm Glasgow nhập viện	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình ± ĐLC
	8	14	9,8 ± 1,75

Nhận xét: Điểm GCS lúc nhập viện trung bình là $9,8 \pm 1,75$; GCS thấp nhất là 8 điểm, cao nhất là 14 điểm

Bảng 8: Phân nhóm Glasgow nhập viện

Nhóm Glasgow nhập viện	Số BN (n)	Tỷ lệ %
3-8	11	31,4
9-12	21	60
13-15	3	8,6

Nhận xét: GCS nhập viện đa số trong nhóm 9-12 điểm (60%).

4. Đặc điểm hình ảnh CLVT

Bảng 9. Vị trí ổ chảy máu

Vị trí MTNS	Hạch nền	Đôi thị	Thùy não
Số lượng BN	12	21	2
%	34,3	60	5,7

Bảng 12. Mức độ di lệch đường giữa

Di lệch đường giữa	Hạch nền		Đôi thị		Thùy não		P (test χ^2)
	n	%	n	%	n	%	
Độ I	0	0	0	0	0	0	0,468
Độ II	14	56	1	4	10	40	
Độ III	7	70	1	10	2	20	
Tổng	21	60	2	5,7	12	34,3	

Nhận xét: Vị trí khối máu tụ trong nhu mô khác nhau không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ di lệch đường giữa ($p > 0,05$)

Bảng 13: Thể tích ổ máu tụ

Thể tích ổ máu tụ	Trung bình (cm ³)	Độ lệch chuẩn (cm ³)
		67,44

Nhận xét: Thể tích trung bình khối máu tụ là $67,44 \pm 24,32$

Bảng 14. Phân nhóm thể tích ổ máu tụ

Thể tích máu tụ (ml)	Nhỏ (<30)	Vừa (30-60)	Lớn (>60)
Số lượng	0	14	21
%	0	40	60

Nhận xét: Thể tích ổ máu tụ ổ máu tụ lớn >60 ml chiếm 60%, ổ máu tụ vừa (30-60ml) chiếm 40%, không có ổ máu tụ nào < 30 ml.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu:

4.1.1. Tuổi và giới:

Giới: Nam 29 BN chiếm 82,9%, nữ 6 BN chiếm 17,1%. Như vậy ở nhóm chúng tôi, tỷ lệ nam/ nữ là 4,83%. Có lẽ liên quan đến lối sống và sinh hoạt, nam giới thường uống rượu, tăng huyết áp nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Bảo⁴ (Nam chiếm 78%, nữ chiếm 22%)

Tuổi: Tuổi trung bình là $58,46 \pm 9,97$ tuổi, độ tuổi thấp nhất là 40 tuổi và độ tuổi cao nhất là 80 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi mắc bệnh khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Bảo⁴ là $54,18 \pm 12,63$ tuổi. Điều này

Nhận xét: Số bệnh nhân tụ máu trong não chủ yếu ở đôi thị (60%), còn lại là hạch nền (34,3%) và thùy não (5,7%)

Bảng 10. Vị trí chảy máu thùy não

Vị trí CM thùy não	Thùy trán	Thùy thái dương	Thùy đỉnh	Thùy chẩm
Số lượng BN	2	12	3	0
%	11,8	70,6	17,6	0

Bảng 11. Phù quanh máu tụ

Phù	1	2	3
Số lượng	28	7	0
%	80	20	0

Nhận xét: Phù quanh máu tụ: phù < 2cm chiếm chủ yếu (80%). Phù từ 2cm – nửa bán cầu chiếm (20%). Không có bệnh nhân nào phù lớn hơn nửa bán cầu.

cũng phù hợp với y văn vì máu tụ nội sọ tự phát phần lớn do THA ở nhóm bệnh nhân trung niên, trong khi MTNS ở bệnh nhân lớn tuổi thường kèm theo nguyên nhân khác như bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột có tỉ lệ thấp hơn

4.1.2. Tiền sử: Uống rượu nặng là một yếu tố nguy cơ XHN trong những nghiên cứu bệnh chứng gần đây. Ảnh hưởng này có thể một phần là do THA nhưng những nghiên cứu có kiểm soát cho rằng nó có tác động độc lập. Về mặt lý thuyết, rượu có thể ảnh hưởng đến chức năng tiểu cầu, cầm máu sinh lý, tăng tính dễ vỡ của mạch máu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 8,3% bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu. Tuy nhiên, tỉ lệ này thấp hơn các tác giả khác như Hồ Hữu Thật¹ (30%). Kết quả khác nhau này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi

tương đối nhỏ (35 bệnh nhân so với Hồ Hữu Thật 318 bệnh nhân), hơn nữa có lẽ một phần do thói quen uống rượu của người Nhật cao hơn người Việt.

Tiền sử bệnh khá đa dạng, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là THA (83,3%). Rõ ràng THA vẫn là yếu tố nguy cơ chủ yếu và phổ biến nhất trong MTNS tự phát. Mặc dù theo các báo cáo gần đây tỉ lệ XHN nguyên phát do THA ở các nước phát triển dường như đã giảm và có sự gia tăng liên quan đến thuốc chống huyết khối và bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột ở người trên 75 tuổi⁸. Tuy nhiên, tại Việt Nam bên cạnh mạng lưới y tế hoạt động chưa hiệu quả, thì ý thức về bệnh tật của người dân còn thấp cũng góp phần làm tăng cao tỉ lệ biến chứng của THA, theo 1 nghiên cứu gần đây trong nước tỉ lệ bệnh nhân điều trị THA liên tục chỉ chiếm 1%, 70% không điều trị liên tục và có đến 29% bệnh nhân không điều trị.

4.1.3. Giờ nhập viện sau tai biến: Trong nghiên cứu của chúng tôi giờ nhập viện rất khác nhau từ 1-120 giờ sau tai biến, trung bình $17,94 \pm 20,47$ giờ. Giờ nhập viện trung bình của chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Sĩ Bảo⁴. Tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ là 31,4% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Bảo⁴ là 48,4%. Chúng tôi cho rằng khoảng cách từ nơi bệnh nhân bị đột quỵ đến bệnh viện gây ra sự khác nhau vì bệnh nhân đến viện chúng tôi không chỉ từ Hà Nội mà còn từ các tỉnh lân cận.

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

4.2.1. Tính chất khởi phát và triệu chứng lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có khởi phát đột ngột (97,1%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là liệt TKKT (47,9%), liệt thần kinh sọ (28,8%) và đau đầu (17,8%), nôn có tỉ lệ thấp (5,5%). Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Swamy⁹

4.2.2. Tình trạng tri giác lúc nhập viện.

Điểm GCS nhập viện trung bình là $9,8 \pm 1,75$ điểm (từ 8-14 điểm). Phần lớn BN nhập viện trong tình trạng hôn mê với GCS từ 9-12 điểm (60%), GCS 5-8 điểm chiếm 31,4%. Không có BN nào GCS < 5 điểm. Có sự khác nhau so với nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Bảo⁴ (GCS 5-8 điểm chiếm tỉ lệ chủ yếu 72,6%).

4.3. Đặc điểm hình ảnh CLVT

4.3.1 Vị trí ổ chảy máu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí ổ xuất huyết chủ yếu ở đồi thị (60%), hạch nền (34,3%), còn lại là thùy não (5,7%). Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Cao Phi Phong và Mạc Văn Hòa³ (78% ở hạch

nền và đồi thị). Điều này phù hợp như mô tả trong y văn là MTNS tự phát do THA thường gặp ở hạch nền và đồi thị tương ứng với tỉ lệ BN có tiền sử THA (83,3%). Lan rộng máu vào não thất chiếm 34,3%, kết quả này cũng tương tự tác giả Nguyễn Sĩ Bảo⁴ (43,5%)

Vị trí chảy máu thùy não thường gặp nhất là thùy thái dương (70,6%), thùy đỉnh (17,6%) và thùy trán (11,8%).

4.3.2. Thể tích ổ MTNS: Thể tích ổ MTNS trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $67,44 \pm 24,32$ ml (40,7-120,4 ml). Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Sĩ Bảo⁴ ($36,9 \pm 20,9$). Không có BN nào có ổ máu tụ <30ml. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các tác giả khác Hồ Hữu Thật, Cao Phi Phong và Mạc Văn Hòa thì tỉ lệ ổ máu tụ < 30ml chiếm chủ yếu (61% và 69%).

4.3.3. Mức độ di lệch đường giữa và phù não quanh khối: Mức độ di lệch đường giữa : chủ yếu di lệch đường giữa độ II 25 bệnh nhân (71,4%), độ III 10 bệnh nhân (28,6%)

Mức độ phù não quanh khối: trong 35 trường hợp tụ máu nhu mô, có 28 trường hợp (80%) phù não quanh khối độ I, 7 trường hợp (20%) phù não quanh khối độ II. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Đức Kiệt⁵.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $58,46 \pm 9,97$, nam (82,9%), nữ (17,1%). Tiền sử chính là THA (83,3%), nghiện rượu (8,3%), dùng thuốc ức chế tiểu cầu (8,3%) và xơ gan (2,8%).

Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ là 31,4%. Đa số nhập viện trong 6-72 giờ (65,7%).

Triệu chứng lâm sàng thường khởi phát đột ngột (97,1%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là liệt TKKT (47,9%), liệt thần kinh sọ (28,8%) và đau đầu (17,8%), nôn có tỉ lệ thấp (5,5%).

Điểm GCS nhập viện trung bình là $9,8 \pm 1,75$ điểm (từ 8-14 điểm). Phần lớn BN nhập viện trong tình trạng hôn mê với GCS từ 9-12 điểm (60%).

Vị trí MTNS thường gặp nhất là ở đồi thị (60%), hạch nền (34,3%), còn lại là thùy não (5,7%). Thể tích ổ MTNS trung bình là $67,44 \pm 24,32$ ml.

Mức độ di lệch đường giữa chủ yếu độ II (71,4%), còn lại là độ III (28,6%).

Mức độ phù não chủ yếu độ I (80%), còn lại là độ II (20%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Thật VAN (2009).** Xuất huyết não do tăng huyết áp. Tạp chí Y học Tp HCM, 13(1):394-398.
2. **Vũ Anh Nhị NTT (2008).** Tiên lượng xuất huyết não trên lều bằng các thang điểm đột quỵ tại bệnh viện

- Thủ Đức. Tạp chí Y học Tp HCM, 13(1):394-398.
3. **Mạc Văn Hòa CPP (2011)**. Nghiên cứu thang điểm xuất huyết não trong tiền lượng bệnh nhân xuất huyết não tự phát do tăng huyết áp. Tạp chí Y học Tp HCM, 15(1):596-602.
 4. **Nguyễn Sĩ Bảo (2015)**. Đo áp lực nội sọ trong xuất huyết não tự phát, Luận văn tiến sĩ Y học, ĐH Y Dược Tp. HCM.
 5. **Hoàng Đức Kiệt (1996)**. Nhân 649 trường hợp tai biến chảy máu não phát hiện qua chụp cắt lớp vi tính. Y học Việt Nam, 9(208):13-19.
 6. **Qureshi AI, Tuhir S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF (2001)**. Spontaneous intracerebral hemorrhage. The New England journal of medicine, 344(19):1450-60.
 7. **Nowinski WL, Gomolka RS, Qian G, Gupta V, Ullman NL, Hanley DF (2014)**. Characterization of intraventricular and intracerebral hematomas in non-contrast CT. The neuroradiology journal, 27(3):299-315.
 8. **BESLAC-BUMBAŠIREVIĆ L, PAĐEN, V., R. JOVANOVIĆ, D. & STEFANOVIĆ-BUDIMKIĆ, M (2012)**. Spontaneous intracerebral hemorrhage. Periodicum biologorum, 114(3):337-345.
 9. **al. SMe (2006)**. Management of spontaneous intracerebral haemorrhage. MJAIFI, 63(4):346-349.

TỔNG QUAN HỆ THỐNG HIỆU QUẢ MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NANG RĂNG SỪNG HÓA

Bùi Tiến Đạt¹, Lê Ngọc Tuyền², Hoàng Thị Hải Vân³, Phan Huy Hoàng¹, Đỗ Thị Thanh Tâm⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nang răng sừng bằng phương pháp cắt nang mài xương và cắt nang nạo hóa học theo phương pháp tổng quan hệ thống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan hệ thống và phân tích gộp dữ liệu tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật của phương pháp cắt nang mài xương và cắt nang nạo hóa học từ các bài báo, luận văn, luận án trên trang cơ sở dữ liệu Pubmed, EBSCOhost Research Databases, ScienceDirect, thư viện trường Đại Học Y Hà Nội dạng tiếng Anh, tiếng Việt. **Kết quả:** Nghiên cứu được lấy từ 3 cơ sở dữ liệu chính (Pubmed, Science direct, Cochrane..) thu được tổng cộng 331 nghiên cứu (Pubmed: 191, Science direct: 129, Cochrane: 9, văn bản khác: 2), Sau khi loại bỏ các nghiên cứu trùng lặp (13 nghiên cứu), chúng tôi đã sàng lọc được 321 nghiên cứu. Tiến hành đánh giá tiêu đề, tóm tắt nhằm loại bỏ 276 nghiên cứu không phù hợp. 45 nghiên cứu được xem xét toàn văn dựa trên các tiêu chí đưa vào. Tổng cộng 25 nghiên cứu không phù hợp bị loại bỏ bao gồm 9 nghiên cứu tổng quan, 4 nghiên cứu gồm các ca NBCCS không tách biệt, 6 nghiên cứu không đủ thời gian theo dõi, 3 nghiên cứu số ca nhỏ hơn 10, một nghiên cứu không rõ tỷ lệ tái phát và 2 nghiên cứu không sử dụng phương pháp được chọn. 20 nghiên cứu đủ tiêu chuẩn được đưa vào để phân tích gộp với 591 tổn thương nang răng sừng hoá (PO: 122, CS: 511). Kết quả phân tích gộp cho thấy tỉ lệ tái phát sau

điều trị của phương pháp cắt nang mài xương trong phân tích gộp của 8 nghiên cứu là 20% (KTC 95%: 10-31), của phương pháp cắt nang nạo hoá học bằng dung dịch Carnoy sau điều trị nang răng sừng hoá là 6% (KTC 95%: 1,0-12,0). **Kết luận:** Từ kết quả phân tích gộp cho thấy tỉ lệ gộp tái phát của phương pháp nạo hóa học bằng dung dịch Carnoy cho tỉ lệ tái phát thấp hơn, là phương pháp nên được sử dụng để tăng hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Phẫu thuật, tổng quan hệ thống, nang răng sừng hóa, tỉ lệ tái phát

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SOME ODONTOGENIC KERATOCYST TREATMENT MODALITIES: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Objectives: To evaluate the effectiveness of odontogenic keratocyst (OKCs) surgery by peripheral osteotomy and chemical curettage with Carnoy's solution according to systematic review method. **Materials and methods:** Systematic review and meta-analysis of postoperative recurrence rate data of peripheral osteotomy and chemical curettage with Carnoy's solution from articles, theses on Pubmed database, EBSCOhost Research Databases, ScienceDirect, Hanoi Medical University library in English and Vietnamese formats. **Results:** The study was taken from 3 main databases (Pubmed, Science direct, Cochrane..) with a total of 331 studies (Pubmed: 191, Science direct: 129, Cochrane: 9, other texts: 2), after removing duplicate studies (13 studies), we screened 321 studies. Conducted title and abstract to eliminate 276 inappropriate studies. 45 studies were reviewed in full text based on inclusion criteria. A total of 25 nonconforming studies were excluded, including 9 reviews, 4 including unsegregated NBCCS cases, 6 studies with insufficient follow-up time, 3 studies with case numbers less than 10, one study did not know the recurrence rate and 2 studies did not use the selected method. Twenty qualified studies were included for meta-analysis with

¹Trường đại học y Hà Nội

²Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

³Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Đạt

Email: tiendatpbc1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022