

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baliga RR, Eagle KA, eds.** Practical Cardiology: Evaluation and Treatment of Common Cardiovascular Disorders. Springer International Publishing; 2020. doi:10.1007/978-3-030-28328-5
2. **Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, et al.** 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: Executive Summary.
3. **Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al.** 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2020; 41(5): 655-720. doi:10.1093/eurheartj/ehz467
4. **Quần TH, Hiếu NL, Giang TS.** Nghiên cứu giá trị của chỉ số PPI - TCL và SA - VA trong chẩn đoán phân biệt cơn nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và cơn nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 86. 2019.
5. **Nghĩa PT, Giang TS, Ngọc NTM.** Giá trị của nghiệm pháp kích thích thất sớm ở thời kỳ trở của bó His trong chẩn đoán phân biệt cơn nhịp nhanh kích phát trên thất. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 90. 2019.
6. **Kiên HT, Ngọc NV, Hiếu NT, et al.** Giá trị của phương pháp kích thích thất cạnh His trong chẩn đoán cơ chế dẫn truyền ngược thất - nhĩ. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 94+95. 2021.
7. **Andrade J.** Clinical Cardiac Electrophysiology Handbook. Cardiotext Publishing; 2016.
8. **Man KC, Niebauer M, Daoud E, et al.** Comparison of Atrial-His Intervals During Tachycardia and Atrial Pacing in Patients with Long RP Tachycardia. J Cardiovasc Electrophysiol. 1995; 6(9): 700-710. doi:10.1111/j.1540-8167.1995.tb00446.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Quế Anh Trâm¹, Trần Thị Lê Na¹, Phan Thị Lua²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật chấn thương sọ não (CTSN) tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 - 07/2023. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân có độ tuổi từ 13 - 87 tuổi, trong đó đa số bệnh nhân thuộc nhóm trên 50 tuổi (40,4%). Bệnh nhân nam giới chiếm 79,0%, cao gấp 3,8 lần so với nữ giới (21,0%). Nguyên nhân chủ yếu gây CTSN là tai nạn giao thông (TNGT) (70,0%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân trước phẫu thuật là rối loạn tri giác (61,4%), đau đầu (33,3%), nôn mửa (31,6%). Tại thời điểm chuyển khoa, 100% bệnh nhân không còn dấu hiệu nôn mửa, chảy máu tử trong tai, bầm tím quanh mắt nhưng số bệnh nhân đau đầu do hậu phẫu tăng lên 38,6%. Trước và sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân bị liệt không thay đổi (7,0% bệnh nhân liệt 1/2 người). Trước phẫu thuật, đồng tử 2 bên không giãn và PXAS (+) chiếm 86% và tăng lên 100% tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa. **Kết luận:** CTSN

thường gặp ở người bệnh trên 50 tuổi, phần lớn là nam giới. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh tương đối đa dạng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BRAIN INJURY SURGERY AT THE SURGICAL INTENSIVE CARE DEPARTMENT - NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Objective: The study was conducted to describe the clinical characteristics of patients undergoing traumatic brain injury surgery at the Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Friendship Hospital in 2023. **Subjects and methods:** All patients after TBI surgery are treated at the Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 - July 2023. Research design: Cross-sectional descriptive study. **Results:** The study included 57 patients from 13 to 87 years old, of which the majority of patients were over 50 years old (40.4%). Male patients accounted for 79.0%, 3.8 times higher than female patients (21.0%). The main cause of TBI is traffic accidents (70.0%). The main clinical symptoms of patients before surgery were mental disorders (61.4%), headaches (33.3%), and vomiting (31.6%). At the time of leaving the department, there were no patients vomiting, bleeding from the ears, or bruising around the eyes, but the number of patients with post-operative headaches increased to 38.6%. Before and after surgery, the percentage of patients with paralysis did not change (7.0% of patients with half of their body paralyzed). Before surgery, the percentage

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Lua

Email: phanlua@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

of patients with bilateral non-dilated pupils and PXAS (+) was 86% and increased to 100% at the time of transfer out of the department. **Conclusions:** TBI was common in patients over 50 years old, mostly men. The main cause was traffic accidents. The clinical characteristics of patients were relatively diverse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một chấn thương thường gặp ở khoa cấp cứu, là nguyên nhân chính để lại những di chứng nặng nề và gây tử vong ở các bệnh chấn thương[1]. Nguyên nhân gây CTSN là tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, kể cả tai nạn thể thao và say bia rượu. Trong đó, nguyên nhân thường gặp nhất là do TNGT. Tại các nước phát triển, TNGT là nguyên nhân của 40- 50% trường hợp CTSN, trong khi tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu, thống kê đều ghi nhận 75-90% CTSN là do TNGT. Hơn 70% vụ TNGT gây CTSN, hơn 70% bệnh nhân tử vong sau TNGT là do CTSN [2].

Ngày nay, mặc dù có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, nhưng khám lâm sàng vẫn luôn là đánh giá quan trọng nhất trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển của CTSN. Trong chỉ định mổ cấp cứu để lấy khối máu tụ trong sọ, dấu hiệu lâm sàng là một trong hai yếu tố quyết định. Khám lâm sàng còn đánh giá được những tổn thương nặng khác như chấn thương hàm mặt, chấn thương ngực- bụng, cột sống... và tình trạng chung của bệnh nhân. Những tổn thương này đòi hỏi phải xử lý cấp cứu, nếu không sẽ nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân hay làm xấu kết quả điều trị CTSN [2]. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân CTSN liên quan đến tri giác, kích thích đồng tử và phản xạ ánh sáng, dấu hiệu liệt vận động, võ nền sọ và dấu hiệu thần kinh thực vật [3]. Dựa vào các đặc điểm này chúng ta có thể đánh giá và tiên lượng được mức độ CTSN, từ đó đưa ra các chỉ định điều trị, biện pháp dự phòng và cấp cứu thích hợp. Nhằm góp phần nâng cao kỹ năng lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân CTSN, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích "Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật chấn thương sọ não tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 - 07/2023.

Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Lập bệnh án mẫu dùng trong nghiên cứu

+ Tham khảo hồ sơ bệnh án

+ Tiến hành theo dõi và chăm sóc phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và hỏi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố CTSN theo tuổi giới

Đặc điểm	Nhóm	n	%
Tuổi	<25	13	22,8
	25-50	21	36,8
	>50	23	40,4
Giới	Nam	45	79,0
	Nữ	12	21,0

Trong số 57 bệnh nhân nghiên cứu, đa số bệnh nhân thuộc nhóm trên 50 tuổi (40,4%). Bệnh nhân nam giới chiếm 79,0%, cao gấp 3,8 lần so với nữ giới (21,0%).

Bảng 2. Phân bố CTSN theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	40	70,0
Tai nạn lao động	10	17,7
Tai nạn sinh hoạt	7	12,3
Tổng	57	100

Nhận xét: Bệnh nhân CTSN chủ yếu do TNGT (70%), tiếp đến do tai nạn lao động (17,5%), thấp nhất là tai nạn sinh hoạt (12,5%).

Bảng 3. Bảng thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 4h	7	12,3%
4 - 8h	28	49,1%
8 - 12h	15	26,3%
>12h	7	12,3%
Tổng	57	100%

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu sau khi tai nạn giao thông trong thời gian từ 4 - 8h chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%), số lượng bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu <4h và >12h bằng nhau (12,3%).

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh chấn thương sọ não trước phẫu thuật và thời điểm chuyển ra khỏi khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa (HSTCNK)

Bảng 4. Tình trạng tri giác

Tình trạng	Trước phẫu thuật (n,%)	Chuyển ra khỏi khoa HSTCNK (n,%)
------------	------------------------	----------------------------------

Tình	22 (38,6%)	49 (86,0%)
Rối loạn tri giác tạm thời sau chấn thương	35 (61,4%)	8 (14,0%)
Tổng	57(100%)	57 (100%)

Nhận xét: Sau tai nạn, số bệnh nhân tỉnh chiếm 38,6% và đến thời điểm chuyển khoa, số bệnh nhân tỉnh tăng lên 86,0%.

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng

Thời điểm	Trước phẫu thuật (n,%)	Chuyển ra khỏi khoa HSTCCK (n,%)
Triệu chứng		
Rối loạn tri giác	35 (61,4%)	8 (14,0%)
Nôn mửa	18 (31,6%)	0 (0%)
Đau đầu	19 (33,3%)	22 (38,6%)
Chảy máu tử trong tai	5 (8,50%)	0 (0%)
Bầm tím quanh mắt	6 (10,2%)	0 (0%)
Vết thương đầu	12 (21,0%)	12 (21,0%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật, đa số bệnh nhân có rối loạn tri giác (61,4%), 31,6% bệnh nhân có triệu chứng nôn mửa, 10,2% bệnh nhân có triệu chứng bầm tím quanh mắt và 8,5% bệnh nhân bị chảy máu tử trong tai. Tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa, chỉ còn 14,0% bệnh nhân rối loạn tri giác, không còn bệnh nhân nôn mửa, chảy máu tử trong tai hoặc bầm tím quanh mắt.

Bảng 6. Bảng điểm Glasgow

Thang điểm Glasgow	Trước phẫu thuật (n,%)	Chuyển ra khỏi khoa HSTCCK (n,%)
13-15	35 (61,4%)	47 (82,6%)
9-12	14 (24,6%)	8 (14,0%)
3-8	8 (14,0%)	2 (3,4%)
Tổng	57 (100%)	57 (100%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tại thời điểm trước phẫu thuật, đa số bệnh nhân có Glasgow 13 - 15 điểm chiếm 61,4%, sau phẫu thuật đã tăng lên 82,6%. Có 14,0% bệnh nhân trước phẫu thuật có Glasgow 3 - 8 điểm và khi chuyển ra khỏi khoa chỉ còn 3,4%.

Bảng 7. Dấu hiệu bị liệt vận động

Dấu hiệu	Trước phẫu thuật (n,%)	Chuyển ra khỏi khoa HSTCCK (%)
Không liệt	53 (93,0%)	53 (93,0%)
Liệt nửa người	4 (7,0%)	4 (7,0%)
Tổng	57 (100%)	57 (100%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật có 93,0% bệnh nhân không liệt và 7,0% bệnh nhân liệt nửa người. Số liệu này không có sự thay đổi tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa.

Bảng 8. Dấu hiệu giãn đồng tử và phản xạ ánh sáng

Dấu hiệu lâm sàng của đồng tử	Trước phẫu thuật (n,%)	Chuyển ra khỏi khoa HSTCCK (%)
Đồng tử 2 bên không giãn và có PXAS	49 (86,0%)	57 (100%)
Đồng tử 1 bên giãn và mất PXAS	8 (14,0%)	0
Đồng tử 2 bên giãn và mất PXAS	0	0
Tổng	57 (100%)	57 (100%)

(PXAS: Phản xạ ánh sáng)

Nhận xét: Trước phẫu thuật, có 14,0% bệnh nhân đồng tử 1 bên giãn và mất phản xạ ánh sáng (PXAS), nhưng đến thời điểm chuyển ra khỏi khoa, tất cả bệnh nhân đều có đồng tử 2 bên không giãn và PXAS (+) (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Tuổi, giới:** Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân cho thấy, đa số người bệnh thuộc nhóm độ tuổi trên 50 tuổi (40,4%), ít nhất là độ tuổi 25, chiếm 22,8%. Trong nghiên cứu, tuổi nhỏ nhất là 13, tuổi lớn nhất là 87. Nam giới chiếm 79% cao gần 4 lần so với nữ giới (21%) (bảng 1). Kết quả này tương đồng với Vũ Văn Thảo và cộng sự (2022) khi nghiên cứu trên 195 bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN tại bệnh viện Việt Đức (nam giới cao gấp 4 lần nữ giới) [4]. Điều này cho thấy tỉ lệ chấn thương sọ não mắc phải ở nam giới có nguy cơ cao hơn nữ giới, và độ tuổi thường mắc là trên 25 tuổi, đặc biệt là trên 50 tuổi. Nguyên nhân có thể do thói quen sử dụng rượu bia, chất kích thích hoặc không chấp hành nghiêm chỉnh luật giao thông cũng như cẩn thận trong các sinh hoạt thường ngày ở người lớn tuổi.

- **Nguyên nhân gây tai nạn:** Trong nghiên cứu, nguyên nhân gây CTSN chủ yếu do TNGT (70%) (bảng 2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hoàng tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai (2019) (71,5%) [1] và Phạm Thị Nguyên tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (2021) (78%) [5]. Qua đây, có thể thấy rằng, TNGT vẫn luôn là nguyên nhân hàng đầu gây CTSN cho người bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Minh Hải (2021) khi kết luận rằng, nguyên nhân chủ yếu gây CTSN là TNGT (60,5%) [6]. Vì vậy người dân cần chấp hành nghiêm chỉnh luật giao thông đường bộ để hạn chế TNGT gây những hậu quả nghiêm trọng.

- **Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện:** Số lượng bệnh nhân đến viện sau tai nạn từ khoảng 4 -8h chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%), <4h chỉ chiếm 12,3% (bảng 3). Khoảng

thời gian 4 giờ từ khi bị CTSN cho đến khi được phẫu thuật là "thời gian vàng" để cứu sống các tế bào thần kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được chuyển vào khoa Cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ các huyện lân cận, có thể qua Trung tâm y tế huyện sơ cứu rồi chuyển viện hoặc có thể được xe cứu thương vận chuyển đến. Có 12,3% bệnh nhân được đưa đến viện thời gian dưới 4 giờ là những bệnh nhân nằm trong địa bàn thành phố. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Nguyễn và cộng sự tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (2021) (64%) [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật CTSN

- **Tri giác của bệnh nhân:** Trong nghiên cứu, trước phẫu thuật có 38,6% bệnh nhân tỉnh, 61,4% bệnh nhân rối loạn tri giác. Tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa, bệnh nhân tỉnh tăng lên 86,0%, chỉ còn 14% người bệnh có rối loạn tri giác bằng các biểu hiện như kích thích, loạn thần nhẹ (bảng 4). Dấu hiệu rối loạn tri giác là một triệu chứng lâm sàng rõ rệt của CTSN, là dấu hiệu quan trọng, cần theo dõi sát sao nhằm phát hiện các rối loạn để can thiệp kịp thời.

- **Triệu chứng lâm sàng:** Trước phẫu thuật, có 31,6% bệnh nhân có triệu chứng nôn mửa, 8,5% bệnh nhân chảy máu từ trong tai và 10,2% bệnh nhân bầm tím quanh mắt. Tuy nhiên, đến thời điểm chuyển ra khỏi khoa, các triệu chứng này không còn nữa. Tỷ lệ bệnh nhân bị đau đầu tăng từ 33,3% (trước phẫu thuật) đến 38,6% (thời điểm chuyển ra khỏi khoa) (bảng 5). Đây là tai biến thường gặp đối với bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN và người bệnh cần được điều trị lâu dài về chuyên khoa. Nghiên cứu của Vũ Minh Hải (2021) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy, 85,6% bệnh nhân có triệu chứng đau đầu, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, trong khi các triệu chứng chảy máu trong tai và bầm tím trong mắt lại khá tương đồng với tỷ lệ tương ứng 6,0% và 11,0% [6].

- **Điểm Glasgow:** Hầu hết bệnh nhân CTSN trước phẫu thuật có điểm Glasgow 13 - 15 điểm (61,4%) và tăng lên 82,6% tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa (bảng 6). Thang điểm Glasgow giúp phân loại mức độ CTSN, điểm càng thấp tiên lượng càng nặng. Đồng thời, ý nghĩa thang điểm Glasgow trong hôn mê còn thể hiện qua diễn tiến điểm số theo thời gian. Tốc độ giảm sút của điểm càng nhanh, trong thời gian ngắn, tiên lượng sẽ càng nặng. Như vậy, thang điểm hôn mê Glasgow có giá trị trong tiên lượng cuộc sống của bệnh nhân. Quan điểm này tương đồng với

tác giả Tôn Thất Quỳnh Út tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định (2017) [7].

- **Dấu hiệu liệt vận động:** Trong nghiên cứu, 93% bệnh nhân trước phẫu thuật không có dấu hiệu liệt, 7% bệnh nhân có liệt hoặc yếu 1/2 người và số liệu này không thay đổi tại thời điểm bệnh nhân được chuyển ra khỏi khoa (bảng 7). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Nguyễn (2021) nghiên cứu trên 50 bệnh nhân bị CTSN, trong đó 98% bệnh nhân không liệt và chỉ có 2% bệnh nhân liệt 1/2 người [5]. Yếu liệt 1/2 người là một tai biến khó khắc phục cho người bệnh CTSN, cần một thời gian điều trị và phục hồi chức năng lâu dài.

- **Dấu hiệu giãn đồng tử và phản xạ ánh sáng:** Ngoài thang điểm Glasgow, kích thước và sự cân đối của đồng tử và đáp ứng với ánh sáng cũng được đánh giá ở bệnh nhân CTSN. Theo một nghiên cứu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2023), có mối liên quan giữa phản xạ đồng tử với ánh sáng và kết quả điều trị. Theo đó, nếu đồng tử 1 bên giãn, mất phản xạ thì kết quả điều trị xấu gấp 9,38 lần so với đồng tử 2 bên không giãn và phản xạ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật, có 14,0% bệnh nhân đồng tử 1 bên giãn và mất PXAS, nhưng đến thời điểm chuyển ra khỏi khoa, tất cả bệnh nhân đều có chuyển biến tích cực, đồng tử 2 bên không giãn và PXAS (+) (100%) (bảng 8).

V. KẾT LUẬN

CTSN thường gặp ở người cao tuổi, đa số là nam giới. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh tương đối đa dạng với các triệu chứng chủ yếu là đau đầu (33,3%), nôn mửa (31,6%), chảy máu trong tai (8,5%) và bầm tím quanh mắt (10,2%). Tỷ lệ bệnh nhân đau đầu do hậu phẫu khá cao (38,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hoàng, Phạm Thị Tâm, "Tình hình bệnh nhân chấn thương sọ não đến khám và điều trị tại khoa Cấp cứu bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2018 - 2019". Y Dược học Cần Thơ. 2019. (20/2019). 49-57.
2. Bùi Thị Linh (2020), "Nhận xét tình trạng và đặc điểm cắt lớp vi tính trong chấn thương sọ não do tai nạn giao thông tại Bệnh viện E". Khóa luận tốt nghiệp. Trường Đại học Quốc gia Hà Nội.
3. Vũ Trí Hiếu và cs (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính trong điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não nặng". Tạp chí Y học Việt Nam. Số 1B - 2023 (526), pp 318-321.
4. Vũ Văn Thọ, 2022. "Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật chấn thương sọ não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam. Số 1 - 2022 (519), pp 73-78.
5. Phạm Thị Nguyễn và cộng sự (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương

- sọ não từ 18 tuổi trở lên điều trị tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021”.
6. **Vũ Minh Hải** (2021), “kết quả điều trị chấn thương sọ não ở người cao tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”, Tạp chí Y học Việt Nam. 503(2), pp 36-39.
7. **Tôn Thất Quỳnh Út** (2017), “Đánh giá kết quả điều trị máu tụ trong não do chấn thương, bệnh

- viện đa khoa tỉnh Bình Định.” Kỷ yếu Hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ VII.
8. **Vũ Trí Hiếu và cs** (2023), “Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chấn thương sọ não nặng bằng phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp tại trung tâm phẫu thuật thần kinh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, Tạp chí Y học Việt Nam. Số 1B – 2023 (530), pp 123-127.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM X-QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CAN THIỆP TỐI THIỂU QUA ỐNG BANH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Xuân Phương¹, Phạm Ngọc Hà¹, Nguyễn Hồng Dương² Đỗ Khắc Hậu³

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật can thiệp tối thiểu qua ống banh tại bệnh viện trung ương quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 1/2019 – tháng 7/2022, 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá một số đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ. **Kết quả:** Có 62/81 bệnh nhân hẹp khe đĩa đệm (76,5%), 49/81 bệnh nhân mất đường cong sinh lý (60,5%) và 44/81 bệnh nhân lệch vẹo cột sống (54,3%). Vị trí thoát vị hay gặp nhất là L4-L5 (58%), L5-S1 (30,9%). Phần lớn là thoát vị lệch bên (90,1%) và thoái hóa độ III (54,3%). Tỷ lệ phì đại dây chằng vàng là 19,8%, gặp ở nhóm trên 40 tuổi. **Kết luận:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở L4-L5 và L5-S1, chủ yếu là thoái hóa độ III. Phần lớn các bệnh nhân có hẹp khe đĩa đệm và mất đường cong sinh lý cột sống, có thể gặp phì đại dây chằng vàng.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, ống bong banh, X- quang, cộng hưởng từ.

SUMMARY

REVIEW OF X-RAY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF LUMBAR HERNIATED DISC PATIENTS WITH MINIMAL INVASIVE SURGERY THROUGH DILATOR TUBE AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 354

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Objective: Review of X- ray and magnetic resonance imaging characteristics of lumbar herniated disc patients with minimal invasive surgery through dilator tube at 108 Military Central hospital. **Subjects and methods:** Retrospective description from January 2019 to July 2022, 81 cases of lumbar herniated disc treated with minimal invasive surgery through dilator tube at 108 Military Central hospital. Evaluating X- ray and magnetic resonance imaging characteristics. **Results:** There were 62/81 patients with narrowed disc space (76.5%), 49/81 patients with loss of physiological curve (60.5%) and 44/81 patients with scoliosis (54.3%). The most common herniation locations were L4-L5 (58%), L5-S1 (30.9%). The majority were lateral herniation (90.1%) and grade III degeneration (54.3%). The rate of ligamentum flavum hypertrophy was 19.8%, occurring in the group over 40 years old. **Conclusion:** Lumbar herniated disc was most common at L4-L5 and L5-S1, mainly grade III degeneration. Most patients have disc space narrowing and loss of physiological spinal curve, and can have ligamentum flavum hypertrophy.

Keywords: Lumbar herniated disc, dilator tube, X- ray, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng các thành phần đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường, chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống. Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp đau thắt lưng (chiếm 63 - 73%) và là nguyên nhân của khoảng 72% trường hợp đau thần kinh tọa [1]. Chẩn đoán bệnh lý thoát vị đĩa đệm đã đạt được những tiến bộ nhất định do áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán hiện đại như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “*Nhận xét đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh*