

2. **Trần Thiện Trung** (2014). Ung thư dạ dày: Bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.

3. **Nguyễn Quang Bộ** (2017). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

4. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. **Japanese Gastric Cancer Association** (2021), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018", Gastric cancer. 24, pp. 1-21.

6. **Phan Bảo Toàn, Trần Thiện Trung** (2015). "Nghiên cứu tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 19 (5), pp. 58 - 64.

7. **Phạm Văn Nam** (2019). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Phan Cảnh Duy** (2019). Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến phần xa dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng phẫu thuật kết hợp xạ -

hoá sau mổ, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược - Đại học Huế.

9. **Haitao Jiang, Yujie Li, Tianfei Wang** (2021). "Comparison of Billroth I, Billroth II, and Roux-en-Y reconstructions following distal gastrectomy: A systematic review and network meta-analysis", Cirugía Española (English Edition). 99 (6), pp. 412-420.

10. **Đỗ Văn Tráng** (2012). Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị, Luận án Tiến sĩ Khoa học Y Dược, Đại học Y Hà Nội.

11. **Alexandre Brind'Amour, Jean-Pierre Gagné, Jean-Charles Hogue et al.** (2021). "Impact of the introduction of formal D2 lymphadenectomy for gastric cancer in a Western setting", Canadian Journal of Surgery. 64 (2), pp. E119.

12. **Su Mi Kim, Ho Geun Youn, Ji Yeong An et al.** (2018). "Comparison of open and laparoscopic gastrectomy in elderly patients", Journal of Gastrointestinal Surgery. 22 (5), pp. 785-791.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP LẤY MÁU TỤ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

VŨ NGỌC GIANG, TRẦN CHIẾN, PHẠM VIỆT HÀ
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết não là bệnh có tỉ lệ tử vong cao, nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh tăng huyết áp. Đặc biệt ở bệnh nhân có khối máu tụ lớn gây tăng áp lực nội sọ, điều trị nội khoa thường thất bại, khi đó phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ kịp thời đã giúp cứu sống người bệnh.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 54 trường hợp xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp được phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ tại Bệnh

Ngày duyệt bài: 15/10/2021

viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến 30/03/2021.

Kết quả: Trong nghiên cứu có 42 nam và 12 nữ, tuổi trung bình $56,61 \pm 10,08$ tuổi; GCS trung bình lúc vào viện và trước phẫu thuật lần lượt là $10,31 \pm 2,69$; $8,94 \pm 2,27$; thể tích máu tụ $74,10 \pm 26,92\text{cm}^3$; di lệch đường giữa $11,74 \pm 4,02\text{mm}$; GOS theo dõi sau 6 tháng: tốt, khá là 37 BN (68,5%), xấu là 17 BN (31,5%).

Kết luận: Phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ có vai trò quan trọng trong điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp, kết quả tốt và khá sau 6 tháng đạt 68,5%.

Từ khóa: Xuất huyết não do tăng huyết áp, mở sọ giảm áp.

SUMMARY

RESULT DECOMPRESSIVE
CRANIECTOMY WITH HEMATOMA
EVACUATION TREATMENT HYPERTENSIVE

Chịu trách nhiệm: Vũ Ngọc Giang

Email: vungocgiangydt@gmail.com

Ngày nhận: 05/8/2021

Ngày phản biện: 23/9/2021

INTRACEREBRAL HEMORRHAGE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Background: Intracerebral hemorrhage has a high mortality rate with the most common cause of hypertension. Especially in patients with massive intracerebral hematoma and increased intracranial pressure, medical management generally has resulted in dismal prognoses and decompressive craniectomy with hematoma evacuation timely saved the patient's life.

Objectives: Evaluate the results of surgery decompressive craniectomy with hematoma evacuation treatment hypertensive intracerebral hemorrhage at Thai Nguyen National Hospital.

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive study, combination of retrospective and prospective 54 patients hypertensive intracerebral hemorrhage, who where surgically decompressive craniectomy with hematoma evacuation at Thai Nguyen National Hospital from January 1st 2019 to March 30th 2021. Results: There were 42 males and 12 females, the mean age 56.61 ± 10.08 years; average Glasgow coma scale (GCS) at hospital admission and pre-surgery were 10.31 ± 2.69 ; 8.94 ± 2.27 ; mean and SD of hematoma volume were $74.10 \pm 26.92\text{cm}^3$; average midline shift were $11.74 \pm 4.02\text{mm}$; GOS 6 months: very good, good was 37 patients (68.5%), bad was 17 patients (31.5%).

Conclusions: Surgery decompressive craniectomy with hematoma evacuation have important treatment hypertensive intracerebral hemorrhage, result very good and good was 68,5%.

Keywords: Hypertensive intracerebral hemorrhage, Decompressive hemicraniectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não chỉ chiếm khoảng 10-15% số tai biến mạch máu não, tỉ lệ tử vong và tàn phế cao nhất trong tất cả đột quỵ^[4]. Hơn 50% bệnh nhân tử vong và một nửa trong số những người sống sót bị tàn tật nghiêm trọng^[1]. Bệnh tăng huyết áp là nguyên nhân thường gặp nhất của xuất huyết não. Có nhiều phương pháp điều trị xuất huyết não tự phát bằng nội khoa cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, với những khối máu tụ lớn gây tăng áp lực nội sọ, điều trị nội khoa thường thất bại và kéo dài thời gian điều trị thì khi đó vai trò của can thiệp phẫu thuật kịp thời sẽ giải quyết được vấn đề giảm áp lực nội sọ và giảm khối lượng máu tụ trong não. Cơ sở khoa học của phẫu thuật mở sọ giảm áp bao gồm mở hộp sọ và bỏ xương sọ cho phép não phù nề phồng ra bên ngoài, do đó ngăn ngừa sự thay đổi mô nội sọ và đe dọa tính mạng do sự thoát vị não. Tác

dụng có lợi của mở sọ giảm áp là giảm áp lực nội sọ, cải thiện cung cấp oxy và tưới máu não^[2,6].

Tại khoa Ngoại Thần kinh Cột sống, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã phẫu thuật thành công cho nhiều trường hợp xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng phương pháp phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ dưới kính hiển vi phẫu thuật. Để nâng cao chất lượng điều trị, giảm tỉ lệ tử vong và giảm bớt các di chứng của xuất huyết não tự phát, chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ trong não điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên".

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 54 trường hợp xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp được phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 31/03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có tăng huyết áp lúc vào viện hoặc có tiền sử tăng huyết áp.

Chẩn đoán trước phẫu thuật là xuất huyết não do tăng huyết áp gây tăng áp lực nội sọ.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu trước, trong phẫu thuật và theo dõi điều trị sau phẫu thuật, đáp ứng yêu cầu của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Xuất huyết não do chấn thương, xuất huyết não ở bệnh nhân có rối loạn đông máu, xuất huyết não ở bệnh nhân có thai, bệnh nhân có bằng chứng rõ ràng do bất thường về mạch máu (dị dạng động tĩnh mạch não, túi phình động mạch não,...).

Các bệnh nhân XHN do tăng huyết áp nhưng gia đình không đồng ý phẫu thuật, những bệnh nhân đã phẫu thuật nhưng không đến khám theo hẹn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện, lấy vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn trong thời gian từ 01/01/2019 đến 31/03/2021.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/01/2019 đến 31/03/2021, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

* Yếu tố dịch tễ: Tuổi, giới.

* Lâm sàng trước mổ: Thời gian từ khi khởi bệnh đến khi phẫu thuật (tính bằng giờ), tình trạng tri giác lúc vào viện và trước khi phẫu thuật (đánh giá theo thang điểm Glasgow Coma Scale – GCS).

* Chẩn đoán hình ảnh: Cắt lợp vi tính sọ não trước phẫu thuật: Vị trí xuất huyết (nhân bèo-bao trong, thùy não), thể tích khối máu tụ, di lệch đường giữa, chảy máu não thất kèm theo (mức độ nặng của chảy máu não thất theo thang điểm Graeb).

* Kết quả điều trị: Mổ lại, tử vong 1 tháng sau phẫu thuật, tình trạng tri giác thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, kết quả điều trị phẫu thuật thời điểm ra viện 6 tháng bằng thang điểm kết quả điều trị (Glasgow Outcome Scale - GOS), phân loại kết quả điều trị phẫu thuật (Tốt, Khá, Xấu), GCS thời điểm 6 tháng sau mổ.

Đánh giá kết quả:

Phân loại kết quả lúc ra viện 6 tháng: Kết quả đánh giá theo thang điểm kết quả điều trị (GOS) được dùng để đánh giá về tri giác, chức năng thần kinh thời điểm lúc ra viện, trong vòng 6 tháng:

GOS 5: Hồi phục tốt, trở về đời sống bình thường dù có thiếu sót nhẹ.

GOS 4: Tàn tật vừa, hồi phục chức năng thần kinh khá, có thể tự lực.

GOS 3: Tàn tật nặng, hồi phục chức năng thần kinh kém, tuy vẫn tỉnh táo, cần sự trợ giúp hàng ngày.

GOS 2: Đời sống thực vật.

GOS 1: Tử vong.

Dựa vào thang điểm GOS, kết quả điều trị phẫu thuật trong nghiên cứu được phân thành các loại như sau:

- Kết quả Tốt: Tương ứng với GOS 5 và GOS 4.

- Kết quả Khá: Tương ứng với GOS 3.

- Kết quả Xấu: Tương ứng với GOS 2 và GOS 1.

3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Các test thống kê được xử lý với độ tin cậy trên 95% ($p < 0,05$).

4. Đạo đức nghiên cứu

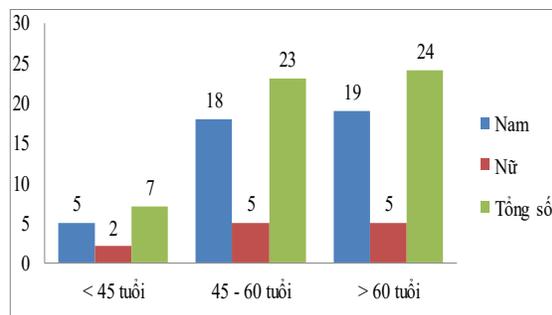
Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích khoa học và được sự đồng ý của gia đình bệnh nhân. Thông tin về bệnh nhân được đảm bảo.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 31/03/2021 nghiên cứu trên 54 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp được phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ tại Bệnh

viện Trung ương Thái Nguyên thu được kết quả như sau:

- Tuổi trung bình là $56,61 \pm 10,08$ tuổi, BN cao tuổi nhất là 74, BN tuổi thấp nhất là 30.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

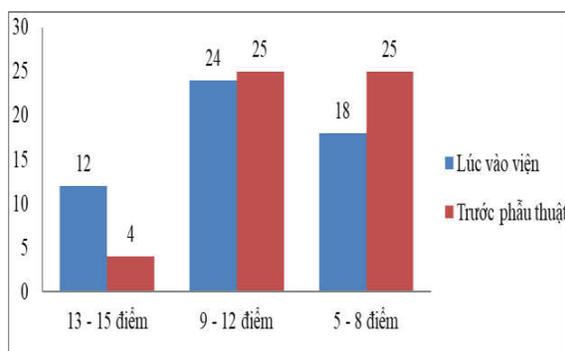
Nhận xét: Trong nghiên cứu có 42 Nam (77,8%), 12 nữ (22,2%), tỉ lệ nam/nữ = 3,5/1.

Bảng 1. Thời gian từ lúc khởi bệnh đến khi phẫu thuật

Thời gian từ lúc khởi bệnh đến khi PT	n	%
< 24 giờ	43	79,6
24 – 72 giờ	6	11,1
> 72 giờ	5	9,3
Tổng số	54	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong ngày đầu sau khi khởi phát bệnh (43/54 = 76,1%). Có 5 trường hợp được mổ sau 3 ngày do diễn biến tri giác xấu đi.

- GCS trung bình lúc vào viện và trước khi phẫu thuật là $10,31 \pm 2,69$ và $8,94 \pm 2,27$.



Biểu đồ 2. Phân nhóm điểm GCS lúc vào viện và trước phẫu thuật

Nhận xét: Lúc vào viện, số bệnh nhân có điểm GCS 9-12 điểm chiếm đa số, nhưng trước khi mổ, tình trạng tri giác một số trường hợp diễn biến xấu đi, làm cho tỉ lệ bệnh nhân có điểm GCS <12 điểm tăng lên.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não trước phẫu thuật

Biến số		Tần suất (%) hoặc trung bình \pm SD
Vị trí xuất huyết	Nhân bèo – bao trong	68,5%
	Thùy não	31,5%
Thể tích máu tụ		74,10 \pm 26,92cm ³
Di lệch đường giữa		11,74 \pm 4,02mm
Chảy máu não thất	Không có máu não thất	37,0%
	Mức độ nhẹ	31,5%
	Mức độ trung bình	27,8%
	Mức độ nặng	3,7%

Nhận xét: Vị trí máu tụ: 37 BN (68,5%) xuất huyết não ở vùng nhân bèo - bao trong, 31,5% xuất huyết ở thùy não. Có 20 BN không có chảy máu não thất kèm theo (37,0%), 34 BN có chảy máu não thất mức độ từ nhẹ đến nặng (63,0%).

- Mổ lại: 4 BN (7,4%) do chảy máu lại sau mổ.
- Tỷ lệ tử vong trong 1 tháng sau mổ là 24,1%.

Bảng 3. GOS 6 tháng

	GOS 1	GOS 2	GOS 3	GOS 4	GOS 5
N	15	2	15	17	5
%	27,8	3,7	27,8	31,5	9,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu sau 6 tháng có 15 BN tử vong (27,8%).

* Phân loại kết quả điều trị sau 6 tháng:

- Kết quả Tốt (GOS 5, GOS 4): 22 BN (40,8%).
- Kết quả Khá (GOS 3): 15 BN (27,8%).
- Kết quả Xấu (GOS 2, GOS 1): 17 BN (31,5%).

* GCS 6 tháng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 6 tháng sau mổ có 15 BN tử vong. Trong số 39 bệnh nhân còn sống, điểm GCS trung bình trước mổ và thời điểm 6 tháng sau mổ lần lượt là: 9,56 \pm 2,13 và 12,41 \pm 2,54.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu 54 trường hợp xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp được phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, có số bệnh nhân nam/nữ = 3,5/1, tuổi trung bình là 56,61 \pm 10,08 tuổi, số bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao. Tỉ lệ gặp ở nam giới cao hơn Nữ giới tương tự như trong các nghiên cứu khác trong và ngoài nước, theo Nguyễn Văn Hưng^[3] tỉ lệ là 1,5/1; Nguyễn Đức Việt^[7] tỉ lệ là 2,2/1; MK Bhaskar^[4] có tỉ lệ là 1,8/1. Như vậy, xuất huyết não do THA nam giới luôn chiếm tỉ lệ cao hơn nữ. Có lẽ cũng do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ THA cao hơn như hút thuốc lá, nghiện rượu. Nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao (30/54 = 55,56%) là độ tuổi lao động, vì vậy xuất huyết

não gặp ở độ tuổi này gây ra gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội.

GCS trung bình lúc vào viện là 10,31 \pm 2,69; GCS trước mổ 8,94 \pm 2,27. Lúc vào viện có 12 BN có GCS 13 - 15 điểm, 24 BN có GCS 9 - 12 điểm, 18 BN có GCS 5 - 8 điểm, nhưng từ lúc vào viện, một số trường hợp diễn biến xấu đi, trong đó số BN có tri giác xấu, nặng (GCS 5 - 8 điểm) tăng từ 18 lên 25 ca. Theo tác giả Lê Tấn Năm^[5] có GCS trung bình trước mổ là 9,13 \pm 1,62; tri giác bệnh nhân xấu đi có thể do sự mở rộng của khối xuất huyết hoặc tình trạng phù não nặng lên và đây cũng là lí do để chỉ định phẫu thuật sớm đối với bệnh nhân xuất huyết não. Thời gian tri giác xấu đi càng ngắn thì tiên lượng càng xấu. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được mổ trong 24 giờ đầu sau khi khởi phát xuất huyết não (43/54 = 79,6%). 11 BN (20,4%) được phẫu thuật sau 24 giờ khởi bệnh là những bệnh nhân có tình trạng tri giác còn khá, sau đó tri giác giảm và trên phim chụp CLVT lại có tình trạng phù não hoặc thể tích khối xuất huyết tăng lên, đường giữa bị đẩy lệch nhiều. Sự gia tăng thể tích XHN trong giai đoạn cấp làm tăng nguy cơ diễn biến lâm sàng xấu đi gấp 5 lần và là một nguyên nhân gây tử vong cho BN^[1]. Xuất huyết não ở bệnh nhân THA có thể diễn biến phức tạp, vì vậy cần được theo dõi sát tình trạng tri giác và dấu hiệu sinh tồn bởi đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm, có sự phối hợp của các chuyên khoa ngay từ khi bệnh nhân vào viện.

Trong nghiên cứu có 37 BN (68,5%) xuất huyết não ở vùng nhân bèo - bao trong là vị trí thường gặp do THA. Vì vậy, bệnh nhân xuất huyết não do THA dù can thiệp phẫu thuật hay điều trị nội khoa cũng đều để lại những di chứng nặng nề Thể tích khối máu tụ lớn, mức độ đẩy lệch đường giữa càng lớn và mức độ rối loạn tri giác và mức độ chảy máu não thất là những yếu tố tiên lượng xấu sau xuất huyết não tự phát^[7].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng^[3] có thể tích máu tụ là 44,75 \pm 12,08ml, lệch đường giữa 8,30 \pm 1,91mm thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể tích khối máu tụ trung bình là 74,10 \pm 26,92cm³, di lệch đường giữa trung bình 11,74 \pm 4,02mm do trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân nặng hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Takeuchi S^[6] có thể tích máu tụ trung bình là 74,2ml. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có chảy máu não thất kèm theo từ mức độ nhẹ đến nặng (63%) do vị trí XHN do THA thường gặp ở vị trí nhân bèo bao trong nên khi khối máu tụ lớn thường phá vỡ thành não thất gây chảy máu vào não thất. Trong

ngiên cứu của MK Bhaskar^[4], bệnh nhân có chảy máu não thất có tỉ lệ tử vong cao hơn cả trong nhóm điều trị phẫu thuật và nhóm điều trị bảo tồn ($p = 0,02$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời với việc mở sọ giảm áp cần kết hợp với lấy máu tụ trong não kể cả những khối máu tụ ở trong sâu bằng kính hiển vi phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân phải mổ lại do chảy máu lại sau mổ. Cả 4 BN đều có tiền sử THA nhưng không điều trị thường xuyên, sau mổ kiểm soát huyết áp khó khăn. Tăng huyết áp là một yếu tố quan trọng làm gia tăng thể tích khối máu tụ, điều trị hạ áp tích cực cho bệnh nhân xuất huyết não cấp ngay từ khi vào viện có thể làm giảm sự phát triển khối máu tụ, dù không làm giảm tỉ lệ tử vong nhưng có cải thiện kết cục thuận lợi^[1]. Với những trường hợp huyết áp lúc vào viện cao, trước khi bị bệnh chưa được điều trị huyết áp đều đặn thì kiểm soát huyết áp sau mổ là vấn đề khó khăn, tỉ lệ chảy máu tái phát sau mổ và tử vong cao. Việc hồi sức nội khoa trước mổ và sau mổ có vai trò quan trọng đến sự thành công của phẫu thuật, vì vậy các bệnh nhân sau mổ phải được điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực. Đối với các bệnh nhân sau mổ, cần chụp lại phim CLVT sọ não sau mổ 6 giờ hoặc bất kể khi nào đánh giá về tình trạng tri giác sau mổ có suy giảm, diện mổ căng phồng, thay đổi kích thước đồng tử hai bên cần chụp lại ngay để đánh giá sự chảy máu lại sau mổ để có sự can thiệp kịp thời cho bệnh nhân.

Tỉ lệ tử vong trong 1 tháng sau mổ là 24,1%, thấp hơn so với Lê Tấn Năm^[5] có lẽ do số bệnh nhân xuất huyết não vùng bao trong-nhân bèo của chúng tôi (68,5%) thấp hơn so với Lê Tấn Năm là 77,5%. Khó khăn thường gặp khi mổ các trường hợp ổ xuất huyết lớn, mức độ lệch đường giữa nhiều, tri giác giảm nhanh là sau khi mở sọ, tình trạng phù não rất nhanh làm cuộc mổ khó khăn^[2].

Tỉ lệ tử vong trong vòng 6 tháng sau mổ là 27,8%. Theo Fung C^[2] có tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật là 25% so với nhóm điều trị không phẫu thuật có tỉ lệ tử vong đến 53%, không có trường hợp nào tử vong liên quan trực tiếp đến phẫu thuật. Các bệnh nhân tử vong chủ yếu là những bệnh nhân có điểm GCS trước mổ thấp, tuổi cao, tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Phân loại kết quả điều trị sau 6 tháng: Kết quả phục hồi về chức năng thần kinh sau 6 tháng chưa khả quan, tỉ lệ kết quả xấu (GOS 2, GOS 1) còn cao (31,5%). Do đặc điểm của xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp thường ở vị trí nhân bèo - bao trong nên trong nghiên cứu của

chúng tôi, có 27,8% bệnh nhân tuy có sự phục hồi về tri giác nhưng tổn thương do xuất huyết não để lại di chứng liệt nửa người, cần phải có sự trợ giúp hàng ngày, vì vậy cần có sự phối hợp các chuyên khoa khác để xử trí kịp thời các biến chứng của bệnh, đặc biệt là tập phục hồi chức năng sớm để giúp hồi phục chức năng thần kinh.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong trong 1 tháng sau mổ là 27,8%. Kết quả phục hồi về chức năng thần kinh sau 6 tháng chưa khả quan, tỉ lệ kết quả Tốt và Khá (GOS 5, GOS 4, GOS 3) còn thấp (68,5%). Để đạt được kết quả tốt hơn, giảm tỉ lệ tử vong, cần theo dõi bệnh nhân chặt chẽ để can thiệp phẫu thuật kịp thời, tập phục hồi chức năng sớm để giúp hồi phục chức năng thần kinh, phối hợp các chuyên khoa khác để xử trí kịp thời các biến chứng của bệnh. Can thiệp phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ có vai trò quan trọng trong điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **de Oliveira Manoel A L** (2020). "Surgery for spontaneous intracerebral hemorrhage", *Crit Care*, 24 (1), pp. 45.
2. **Fung C, et al.** (2012). "Decompressive hemicraniectomy in patients with supratentorial intracerebral hemorrhage", *Stroke*, 43, 3207-3211.
3. **Nguyễn Văn Hưng, Vũ Văn Hòa, Trịnh Văn Trung** (2018). "Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ trong não tự phát thể tích lớn trên lều", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, 1, tr. 134 - 139.
4. **MK Bhaskar** (2017). "A randomized controlled study of operative versus nonoperative treatment for large spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage", *Neurology india*, 65(4), pp. 752 - 758.
5. **Lê Tấn Năm, Nguyễn Minh Tâm, và cộng sự** (2010). "Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật xuất huyết não tự phát trên lều 40 trường hợp tại Bệnh viện Đa khoa An Giang", *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang*, tr. 37 - 48.
6. **Takeuchi S, et al.** (2013). "Decompressive craniectomy with hematoma evacuation for large hemispheric hypertensive intracerebral hemorrhage", *Acta Neurochir Suppl*, 118, 277-279.
7. **Nguyễn Đức Việt và cộng sự** (2014). "Đánh giá kết quả phẫu thuật xuất huyết trong não tại khoa ngoại thần kinh", *Kỷ yếu Đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai*, tr. 76 - 82.