

biểu hiện khác về lợi. Hay nói cách khác chảy máu là dấu hiệu đầu tiên xuất hiện khi tổ chức quanh răng bị viêm nhiễm gây tăng sinh mạch máu nên rất dễ chảy máu khi thăm khám [4]. Vì vậy chỉ số chảy máu lợi được sử dụng như là một thông số quan trọng trong việc đánh giá bệnh viêm lợi, viêm quanh răng vì khách quan và dễ dàng thăm khám lâm sàng.

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên 2 nhóm đối tượng với tổng số bệnh nhân là 64, mỗi nhóm 32, trong đó nam là 22 chiếm 34%, nữ là 42 chiếm 66%. Không có sự khác biệt về giới giữa nhóm thử nghiệm và nhóm chứng với $p=0,292$. Về độ tuổi nhóm tuổi từ 35-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 53%, không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm thử nghiệm và nhóm chứng với $p=0,240$ (Chi-square test). Như vậy ta có thể so sánh hai nhóm một cách hoàn toàn độc lập.

Tại thời điểm trước điều trị các chỉ số PD, SBI, GI, PLI trung bình lần lượt là $2,39\pm 0,75$, $1,49\pm 0,72$, $0,94\pm 0,57$ và $1,83\pm 0,49$. Kết quả ở bảng cho thấy độ sâu trung bình túi quanh răng tăng dần theo lứa tuổi, tuổi càng cao thì độ sâu túi càng sâu. Sự khác biệt về độ sâu túi giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ sâu túi trung bình ở nhóm chứng là $2,45\pm 0,75$ và nhóm thử nghiệm là $2,32\pm 0,76$, cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p=0,523$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh 2009 cũng cho thấy sự khác biệt túi quanh răng giữa các nhóm tuổi, tuy nhiên độ sâu trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với trung bình PD là $3,23\pm 1,09\text{mm}$ [5]. So sánh các chỉ số ban đầu với một nghiên cứu RCT mới nhất của Magda Mensi và cộng sự năm 2021 đánh giá hiệu quả của việc điều trị bổ sung thối cát với bột erythritol trên các bệnh nhân viêm quanh răng cho thấy trung bình PD ở nhóm thử nghiệm là $3,89\pm 1,97\text{mm}$ và ở nhóm chứng là $4,16\pm 2,14\text{mm}$ [6].

Bảng 1 cũng cho thấy các chỉ số trước điều trị chủ yếu ở mức độ trung bình với chỉ số lợi là $1,57\pm 0,57$ ở nhóm chứng, nhóm thử nghiệm là $0,82\pm 0,54$. Một nghiên cứu của Saglam (2014) [7] có kết quả tương tự của chúng tôi với $1,9 \pm 0,2$ ở nhóm chứng và nhóm thử nghiệm là $1,8 \pm 0,1$. Ở một nghiên cứu khác, tác giả Crispino (2015) nghiên cứu ở nhóm đối tượng trưởng thành trên những bệnh nhân bị VQR mãn tính từ nhẹ đến trung bình có giá trị là 1,6 và 1,5 ở 2 nhóm.

Về chỉ số SBI, trung bình của chỉ số ở cả 2 nhóm là $1,49\pm 0,72$ cho thấy chủ yếu ở mức độ 2. Nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình

thấp hơn tác giả Aykol (2011), trung bình chỉ số SBI thời điểm trước điều trị là $1,89 \pm 1,03$ ở nhóm chứng, nhóm thử nghiệm là $1,81 \pm 1,04$. Chúng tôi thiết nghĩ sự chăm sóc răng miệng tốt, sức đề kháng bệnh nhân của chúng tôi tốt hơn nên mức độ viêm cũng nhẹ hơn do đó chỉ số SBI cũng thấp hơn.

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi khi khám, 100% đều chảy máu. Điều này cũng cho biết đó là lý do tại sao tỷ lệ người bệnh khi đi khám vì chảy máu chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất. Và khi chúng tôi hỏi bệnh nhân, hầu hết họ đều nói dấu hiệu chảy máu chân răng thường làm cho họ lo lắng nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Caruso và cộng sự là 100% có chảy máu rãnh lợi khi khám ở nhóm thử nghiệm và 94,7% ở nhóm chứng.

Về đánh giá kết quả điều trị, ta có thể thấy tất cả các chỉ số đều giảm có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm, tại thời điểm sau 1 tháng. Cụ thể chỉ số túi quanh răng PD giảm từ $2,32\pm 0,76$ xuống còn $1,59\pm 0,34$ sau 1 tháng ở nhóm can thiệp, PD giảm ít hơn ở nhóm chứng tuy nhiên khác biệt về mức giảm giữa hai nhóm là không có ý nghĩa với $p>0,05$.

Tương tự như vậy, có thể thấy kết quả của các chỉ số SBI, GI, PLI cũng có giảm sau điều trị ở cả hai nhóm tuy nhiên không có sự khác biệt đáng kể nào giữa việc sử dụng máy thối cát và nhóm không sử dụng.

So sánh đối chiếu với các nghiên cứu gần đây trên thế giới về thối cát dưới lợi, nghiên cứu của Tihana 2022 về sử dụng bột erythritol trong điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật đã kết luận trong nhóm thử nghiệm sau 6 tháng, số lượng lớn hơn đáng kể các túi sâu ban đầu ($PPD \geq 5,5\text{mm}$) đã giảm xuống túi nông ($PPD \leq 3,4\text{mm}$) tuy nhiên không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mặt vi sinh vật giữa nhóm thử nghiệm và nhóm đối chứng.

Nghiên cứu của Magda và cộng sự năm 2021 cũng chỉ ra kết luận việc bổ sung điều trị máy thối cát dưới lợi dường như không hỗ trợ thêm cho việc điều trị các túi lợi và tình trạng chảy máu mức độ từ trung bình đến nặng ở các bệnh nhân viêm nha chu giai đoạn III-IV.

Một điểm hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu lựa chọn còn nhỏ do đó cần có thêm các nghiên cứu với số lượng lớn hơn để làm rõ thêm hiệu quả của phương pháp trên.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân có những tổn thương viêm quanh răng mạn tính tuổi trung bình

49,05±10,96 với lý do vào viện chủ yếu là chảy máu chân răng 42,2%

Các răng nghiến cứu có độ sâu túi trung bình, SBI, GI, PLI trung bình ở cả 2 nhóm chứng và nhóm thử nghiệm lần lượt là 2,39±0,75, 1,49±0,72, 0,94±0,57 và 1,83±0,49

Sử dụng máy thổi cát với bột erythritol 14 µm và bột loại glycerin 25 µm cho kết quả sau điều trị giảm đáng kể các chỉ số quanh răng sau 1 tháng tuy nhiên không thấy rõ sự khác biệt sự giảm các chỉ số giữa việc điều trị thổi cát với các biện pháp điều trị viêm quanh răng không phẫu thuật thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Myron Nevin and Emil G.Cappeta (1998), "Periodontal therapy – Clinical Approaches and Evidence of success", pp. 199 – 232.
2. Lâm Ngọc Ân Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải và cộng sự (2001), "Điều tra sức khỏe

răng miệng toàn quốc", Nhà xuất bản y học, tr. 69 – 75.

3. Amparo Aloy-Prósper and Hilario Pellicer-Chover (2020), "Effect of a single initial phase of non-surgical treatment of peri-implantitis: Abrasive air polishing versus ultrasounds. A prospective randomized controlled clinical study", J Clin Exp Dent. 2020;12(10):e902-8.
4. Trịnh Đình Hải (2013), Bệnh học quanh răng, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
5. Klans.H and Edith. M (2011), Epidemiology and indices, Colour Atlas of periodontology. Vol.7, Black well, Munksgaard, 25 – 32.
6. Loe and Sillness (2020), "Gingival index(GI), Clinical practice of the dental hygienist", By Lea and Febiger, Philadelphia, London. 273.
7. Disko C.H (2001), "Non surgical periodontal therapy", Periodontology. 25, 77 – 78.
8. Armitage GC (2011), " Development of a classification system for periodontal disease and conditions", Ann Periodontology. 4, 1-6.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU DƯỚI MÀNG NHỆN BIỆT LẬP DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NHẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 75 bệnh nhân chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ được điều trị tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** 75 bệnh nhân gồm 53 nam, 22 nữ, Tỉ lệ nam/nữ là 2,4 lần. Nguyên nhân gặp nhiều nhất do tai nạn giao thông 72%. Thời điểm từ lúc bị tai nạn đến khi nhập viện trước 6 giờ chiếm 90,7%. Tình trạng tri giác khi nhập viện Glasgow Coma Scale (GCS) 15 điểm chiếm 90,7%, GCS 14 điểm chiếm 5,3%. GCS 13 điểm chiếm 4,0%. Phân độ chảy máu dưới màng nhện trên cắt lớp vi tính theo Fisher độ II và độ III chiếm lần lượt là 94,7% và 5,3%. Thời gian điều trị từ 7-14 ngày là cao nhất 66,7%, tiếp theo là <7 ngày chiếm 20%. Kết quả điều trị nội khoa khi ra viện 75 bệnh ổn định, không có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật. **Kết luận:** Chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ và lượng máu trên cắt lớp vi tính theo Fisher độ 2 thì điều trị nội khoa cho kết quả ổn định, không có biến chứng nặng thêm và không có can thiệp phẫu thuật.

Từ khóa: Chảy máu dưới màng nhện biệt lập,

chấn thương sọ não nhẹ

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT FOR ISOLATED SUBARACHNOID HAEMORRHAGE CAUSED BY MILD CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To assess the results of treatment for isolated subarachnoid haemorrhage caused by mild craniocerebral trauma. **Method:** Cross-sectional research was conducted among 75 patients with mild TBI subarachnoid hemorrhage treated at the Department of Neurosurgery-Spine of Thai Binh General Hospital. **Results:** 75 patients including 53 men, 22 women, male/female ratio was 2.4. The most common cause was traffic accident which accounted for 72%. The time from incident to admission under 6 hours was 90.7%. Glasgow Coma Scale (GCS) at the time of admission was 15 points accounted for 90.7%, GCS of 14 points figured at 5.3%. GCS of 13 points figured at 4.0%. Grade II and III based on Fisher grading scale accounted for 94.7% and 5.3% respectively. The duration of treatment between 7 and 14 days was at the highest rate, 66.7%, followed by under 7 days, 20%. 75 patients were stable without complications when discharged. **Conclusion:** Isolated subarachnoid hemorrhage due to mild craniocerebral trauma and Fisher grade II treated by internal medicine achieved stable outcome with no further surgical complications.

Keywords: isolated traumatic subarachnoid haemorrhage, mild craniocerebral trauma, TBI

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới màng nhện (Subarachnoid haemorrhage) là hiện tượng chảy máu vào trong dịch não tủy khoang dưới nhện. Nguyên nhân chảy máu dưới nhện có thể do tai biến hoặc do chấn thương sọ não. Chấn thương sọ não với xuất huyết dưới nhện biệt lập là một phát hiện thường gặp ở khoa cấp cứu. Mục tiêu của chúng tôi là nhận xét kết quả điều trị nhóm bệnh nhân chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ nhằm rút ra kinh nghiệm trong điều trị loại tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu. Khoa phẫu thuật thần kinh-Cột sống Bv Đa khoa tỉnh Thái Bình

2. Đối tượng nghiên cứu. 75 bệnh nhân chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ được điều trị trong khoảng thời gian từ 01/04/2017 đến 30/06/2018.

3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
15-30	22	29,3
31-60	43	57,4
>60	10	13,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Nhóm tuổi 15 – 30 chiếm tỉ lệ (29,3%); nhóm từ 31 – 60 tuổi gặp nhiều nhất chiếm (57,4%); nhóm tuổi > 60 ít nhất (13,3%).

Giới: 75 bệnh nhân gồm 53 nam (70,7%), 22 nữ (29,3%), nam nhiều gấp 2,4 lần nữ.

Bảng 3.2. Tri giác của bệnh nhân khi vào viện

Điểm GCS	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
13	3	4,0
14	4	5,3
15	68	90,7
Tổng	75	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện có Glasgow Coma Scale 15 điểm chiếm 90,7%.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	75	100%
Buồn nôn, nôn	52	69,3%

Nhận xét: CMDMN gây ra triệu chứng đau đầu tất cả 75 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó có 52 bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn, nôn chiếm 69,35%. Không có bệnh nhân nào có dấu

hiệu nhìn mờ.

Bảng 3.4. Vị trí chảy máu dưới màng nhện trên phim CLVT

Vị trí chảy máu trên phim CLVT	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Khe liên bán cầu	10	13,3
Rãnh Sylvius	6	8
Bể quanh cuống não, cầu não	3	4
Lều tiểu não	6	8
Rãnh cuộn não	50	66,7
Tổng số	75	100

Nhận xét: Vị trí chảy máu ở rãnh cuộn não là hay gặp nhất chiếm 66,7 %, tiếp theo là vị trí khe liên bán cầu chiếm 13,3%, tỷ lệ thấp nhất là vị trí bể quanh cuống não, cầu não chiếm 4%.

Bảng 3.5. Phân độ Fisher chảy máu dưới nhện trên cắt lớp vi tính

Fisher	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
II	71	94,7
III	4	5,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân độ Fisher của nhóm bệnh nhân chỉ có ở 2 nhóm độ II và độ III chiếm lần lượt là 94,7% và 5,3%.

Bảng 3.6. Thời gian điều trị tại bệnh viện

Thời gian	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<7 ngày	15	20,0
7-14 ngày	50	66,7
>14 ngày	10	13,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Qua bảng trên thấy tỷ lệ điều trị từ 7-14 ngày là cao nhất 66,7%, tiếp theo là <7 ngày chiếm 20% và cuối cùng là >14 ngày chiếm 13,3%.

Bảng 3.7. Kết quả bệnh nhân khi ra viện

Kết quả	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	75	100
Xấu đi	0	0
Phẫu thuật	0	0

Nhận xét: 75 bệnh nhân bệnh nhân hồi phục tốt, không có bệnh nhân nào xấu đi hoặc phải mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. 75 bệnh nhân chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về giới tính giữa nam và nữ. Đa số nạn nhân là nam giới chiếm 70,7%, nữ chiếm 29,3% tỷ số giữa nam/nữ là 2,4.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Qua nghiên cứu 75 trường hợp bị chấn thương sọ não nhẹ có tổn thương chảy máu dưới màng nhện đơn thuần chúng tôi nhận thấy điểm GCS 15 điểm

chiếm 90,7%, chỉ có 3 bệnh nhân 13 điểm GCS và 4 bệnh nhân có điểm GCS 14 điểm.

Chảy máu dưới màng nhện biệt lập (tụ máu khu trú, số lượng ít và không kèm theo tổn thương khác) thường không gây ra hội chứng tăng áp lực nội sọ. Hội chứng này nếu xuất hiện là biểu hiện phù não trong hộp sọ, với các triệu chứng đau đầu liên tục tăng lên rất nhiều, đau như muốn 'vỡ tung' ra, kèm với đó là các triệu chứng buồn nôn, nôn vọt dễ dàng. Trong nghiên cứu này, tổn thương chảy máu dưới màng nhện gây ra triệu chứng đau đầu tất cả 75 bệnh nhân nghiên cứu với các mức độ đau khác nhau, nhưng không tăng lên theo thời gian, trong đó có 52 bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn, nôn khi thay đổi tư thế chiếm 69,35%. Không có bệnh nhân nào có dấu hiệu nhìn mờ.

Các dấu hiệu thần kinh khu trú như yếu liệt 1/2 người, giãn đồng tử, liệt dây thần kinh sọ không gặp trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Những dấu hiệu này thường gặp khi có phù não hoặc khối chèn ép vào tổ chức não, dây thần kinh hoặc các vùng chức năng của não.

4.2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán máu tụ nội sọ do chấn thương sọ não. Đặc biệt cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán chảy máu dưới màng nhện. Xác định được vị trí chảy máu dưới màng nhện, mức độ chảy máu dưới màng nhện, hay hậu quả của chảy máu dưới màng nhện như co thắt mạch gây thiếu máu não, phù não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí chảy máu dưới màng nhện trên phim chụp cắt lớp vi tính gặp chủ yếu là vị trí ở các rãnh cuộn não chiếm 66,7%. Các vị trí khác như: khe liên bán cầu (liềm đại não) chiếm khoảng 13,3%, lều tiểu não khoảng 8%, bể quanh cuống não, cầu não khoảng 4%, vị trí rãnh Sylvius chiếm khoảng 8%.

Theo báo cáo của Ramona Guatta và cộng sự (2021), 106 bệnh nhân chấn thương sọ não nhẹ và chảy máu dưới màng nhện biệt lập từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 10 năm 2017. 54 bệnh nhân là nữ và 52 là nam với độ tuổi trung bình là 68,2 tuổi. Chụp cắt lớp vi tính lúc nhập viện và kiểm soát sau 24 đến 72 giờ được kiểm tra cho từng bệnh nhân để phát hiện bất kỳ thay đổi nào có thể xảy ra. Suy giảm thần kinh, liệu pháp chống kết tập tiểu cầu/chống đông máu, rối loạn đông máu, vị trí chảy máu dưới màng nhện, chấn thương liên quan và thời gian nằm viện được phân tích. Sự tiến triển của chảy máu dưới màng nhện bằng chụp cắt lớp vi tính được tìm thấy ở 2 trong số 106 (1,89) bệnh nhân, và một trong số họ

đang được điều trị bằng thuốc kháng tiểu cầu. Không có suy giảm thần kinh được quan sát thấy. Mười trong số 106 (9,4%) bệnh nhân đang điều trị chống đông máu, và 28 trong số 106 (26,4%) đang điều trị chống kết tập tiểu cầu. Tác giả nhận xét, chảy máu dưới màng nhện biệt lập trong chấn thương sọ não nhẹ dường như là một thực thể ổn định trên phim chụp cắt lớp vi tính trong 72 giờ mà không có suy giảm thần kinh. Tác giả kết luận chụp cắt lớp vi tính sọ não lặp lại ở những bệnh nhân này cần xem xét mức độ phơi nhiễm bức xạ và chi phí vì kể cả bệnh nhân dùng thuốc chống đông/chống kết tập tiểu cầu thì chỉ cần theo dõi thần kinh và điều trị triệu chứng có thể là một lựa chọn thay thế hợp lý.

Eric D Forney và cộng sự (2022), đặt giả thiết nghiên cứu là những bệnh nhân chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ có cần phải chuyển đến trung tâm có khả năng phẫu thuật máu tụ hay không? Nhóm nghiên cứu hồi cứu từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2020. Bệnh nhân mắc bệnh này được thực hiện trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ban đầu và điểm số Glasgow Coma Scale > 13. Bệnh nhân không có bất kỳ bệnh lý nội sọ nào khác, gãy xương sọ, đa chấn thương hoặc tuổi dưới 15 đều bị loại trừ. Cuối cùng 120 bệnh nhân đã được xác định với chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ. Tuổi trung bình là 63 tuổi, và 44% là nam giới. Điểm mức độ nghiêm trọng của chấn thương trung bình là 4,7 với 48% khi điều trị chống đông máu / chống kết tập tiểu cầu. Kết quả chụp cắt lớp vi tính lần 2 được xem xét và chỉ có 2 bệnh nhân (1,7%) cho thấy sự gia tăng chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương, 98,3% báo cáo cho thấy không có sự thay đổi, cải thiện hoặc độ phân giải. Không có bệnh nhân nào xấu đi và không có bệnh nhân nào được can thiệp phẫu thuật thần kinh. Sau khi nhập viện, 27 (23%) đã được điều trị các tình trạng y tế cấp tính và 39 (33%) được yêu cầu tư vấn y tế chuyên khoa. Không có sự khác biệt về sự gia tăng chảy máu dưới màng nhện do chấn thương sọ não nhẹ trên hình ảnh lặp lại giữa những bệnh nhân đang điều trị kháng đông / chống kết tập tiểu cầu và những bệnh nhân không có. Bệnh nhân dùng liệu pháp chống đông máu / chống kết tập tiểu cầu lớn tuổi hơn, có nhiều khả năng bị ngã, mắc nhiều bệnh đi kèm hơn. Nhóm nghiên cứu kết luận bệnh nhân mắc chứng bệnh này không cần chuyển đến trung tâm chấn thương cấp 1 để can thiệp phẫu thuật thần kinh cấp tính [5].

4.3. Kết quả điều trị. Các bệnh nhân trong

nhóm nghiên cứu của chúng tôi điều trị truyền dịch, bồi phụ điện giải, giảm đau, an thần. Trong đó 7 bệnh nhân tri giác GCS 12 điểm, chúng tôi sử dụng Nimodipin bằng đường tiêm tĩnh mạch 7 ngày sau đó chuyển sang đường uống.

Đa số bệnh nhân có khoảng thời gian nằm điều trị từ 7 – 14 ngày chiếm chủ yếu 66,7%. Dưới 7 ngày chiếm 20%, đó là những bệnh nhân chảy máu dưới nhện với lượng rất nhỏ trên phim chụp cắt lớp vi tính, các triệu chứng lâm sàng cải thiện, bệnh nhân không còn các triệu chứng đau đầu, buồn nôn, ăn ngủ tốt hơn. Số bệnh nhân điều trị trên 14 ngày chiếm 13,3% là những bệnh nhân Fisher III, những bệnh nhân có kèm theo tổn thương hàm mắt, chấn thương bụng, chấn thương ngực có gãy xương sườn, gãy xương cổ tay, bàn tay, bàn chân. Các bệnh nhân ra viện đa số cải thiện triệu chứng đau đầu, buồn nôn và không có bệnh nhân nào biến chứng nặng thêm hoặc phải điều trị phẫu thuật.

Farshad Nassiri và cộng sự (2017), phân tích tổng hợp kết quả 13 nghiên cứu báo cáo trên 15.327 bệnh nhân chảy máu dưới nhện do chấn thương sọ não nhẹ. Kết quả nghiên cứu cho biết không có bệnh nhân nào cần can thiệp phẫu thuật thần kinh khi đến bệnh viện, và tỷ lệ cần can thiệp phẫu thuật thần kinh cuối cùng là 0,0017%. Hơn nữa, các phân tích tổng hợp cho tất cả các bệnh nhân với dữ liệu có sẵn cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 5,76% đối với tiến kiểm tra chụp cắt lớp vi tính, 0,75% đối với suy giảm thần kinh và 0,60% cho tỷ lệ tử vong. Chỉ có một bệnh nhân tử vong do chấn thương thần kinh [2].

Tác giả Wellingson S Paiva và cộng sự (2010), từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 1 năm 2007, đã thu thập dữ liệu tiền cứu 121 bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do chấn thương tại đơn vị chăm sóc đặc biệt về chấn thương, trên cơ sở nhập viện bằng chụp cắt lớp vi tính. Việc phân loại chảy máu dưới nhện do chấn thương được thực hiện bằng thang điểm Fisher có sửa đổi, và việc theo dõi được thực hiện bằng thang điểm kết quả Glasgow (GOS). Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính của chấn thương đầu (72% tổng số; 48% liên quan đến ô tô và 24% liên quan đến xe máy), tiếp theo là té ngã (23%) và bạo lực (5%). 28% bệnh nhân bị đa chấn thương nặng, trong đó chấn thương cột sống là chấn thương liên quan chính. Kết quả cho thấy những bệnh nhân bị chảy máu dưới nhện do chấn thương nặng có tiên lượng xấu nhất. Kết quả thuận lợi (GOS 4 hoặc 5) ở 54 bệnh nhân (45%) và không thuận lợi (GOS 1, 2, hoặc 3) ở 67 bệnh nhân

(55%). Tỷ lệ tử vong cao hơn tỷ lệ thuận ở những bệnh nhân có cục máu đông > 1mm ($P < 0,001$), được đánh giá bằng thang điểm Fisher có sửa đổi. Khi đánh giá phục hồi chức năng bằng GOS, tỷ lệ hồi phục và các hoạt động sống hàng ngày thấp hơn ở bệnh nhân chảy máu não thất ($P = 0,001$) [3].

A Stewart Levy và cộng sự (2011), nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh nhân chấn thương sọ não nhẹ (Glasgow ≥ 13) tại trung tâm chấn thương cấp I trong thời gian 10 năm. Nhóm nghiên cứu so sánh những bệnh nhân chảy máu dưới nhện cô lập do chấn thương sọ não nhẹ với những bệnh nhân chấn động não. Sử dụng test χ^2 (2) và phân tích hồi quy logistic để so sánh việc nhập viện tại đơn vị chăm sóc đặc biệt, thời gian nằm viện, tiến triển của chảy máu dưới nhện cô lập do chấn thương sọ não nhẹ, tử vong trong bệnh viện và khả năng phục hồi chức năng. Kết quả có 1.144 bệnh nhân chấn động não và 117 bệnh nhân chảy máu dưới nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ được đưa vào nghiên cứu. Sau khi điều chỉnh, bệnh nhân chảy máu dưới nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ có tỷ lệ nhập hồi sức tích cực tăng lên (tỷ lệ chênh lệch, [OR] = 8,87; $p < 0,0001$), nhưng số ngày nằm viện tại khoa hồi sức tích cực của họ ngắn hơn đáng kể (OR = 0,29; $p = 0,01$). Tỷ lệ ngày nằm viện và tử vong của bệnh viện nói chung không khác biệt đáng kể giữa nhóm chấn động não và chảy máu dưới nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ. Khi phân tầng theo độ tuổi, chỉ những bệnh nhân chảy máu dưới nhện do chấn thương sọ não nhẹ từ 40 tuổi đến 69 tuổi có tỷ lệ điều chỉnh tăng đáng kể về khả năng phục hồi chức năng so với bệnh nhân chấn động não, không phụ thuộc vào việc nhập viện hồi sức tích cực (OR = 7,96; $p = 0,004$). Không có bệnh nhân nào yêu cầu bất kỳ can thiệp phẫu thuật thần kinh nào [4].

V. KẾT LUẬN

Chảy máu dưới màng nhện biệt lập do chấn thương sọ não nhẹ và lượng máu trên cắt lớp vi tính theo Fisher độ 2 thì điều trị nội khoa cho kết quả ổn định, không có biến chứng nặng thêm và không có can thiệp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ramona Guatta, Alberto Delaidelli (2021)**, Isolated subarachnoid hemorrhage in mild traumatic brain injury: is a repeat CT scan necessary? A single-institution retrospective study. *Acta Neurochirurgica*.
2. **Farshad Nassiri, Jetan H Badhiwala (2017)**, The clinical significance of isolated traumatic