

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NHẸ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phùng Thuỳ Dương¹, Ngô Mạnh Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não (CTSN) nhẹ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu 120 bệnh nhân (BN) là người trưởng thành được chẩn đoán và điều trị CTSN nhẹ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 5/2020 - 11/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình $41,89 \pm 18$; tỷ lệ nam 80,83%, nữ 19,17%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (80,83%). Số phim chụp trung bình cho mỗi BN là $1,925 \pm 0,413$. Có 3 BN (2,5%) có triệu chứng lâm sàng xấu đi. 85% BN không có di chứng sau 3 tháng. Tỷ lệ tử vong là 1,6%. **Kết luận:** Điều trị nội khoa CTSN nhẹ có kết quả tốt và an toàn.

* Từ khóa: Chấn thương sọ não nhẹ; Điều trị không phẫu thuật.

The Short-Term Outcomes of Mild Traumatic Brain Injury in Adults in Viet-Duc Hospital

Summary

Objectives: To do research on the short-term outcomes of mild traumatic brain injury in adults. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive study on 120 adult patients diagnosed as mild traumatic brain injury in Viet Duc Hospital from May 2020 to November 2020. **Results:** Mean age 41.89 ± 18 ; male 80.83%, female 19.17%. Traffic accident was seen in most patients. The mean number of CT-scan was 1.925 ± 0.413 . There were three patients (2.5%) who witnessed clinical deterioration. Good recovery with no disability accounted for 85% of all patients during the 3-month follow up. Mortality rate was 1.6%. **Conclusion:** Medical and conservative treatment a useful and safe method.

* **Keywords:** Mild traumatic brain injury; Non-operative treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là một trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới cũng như ở Việt Nam [2, 5]. CTSN được chia thành các nhóm nặng (GCS: 3 - 8); trung bình (GCS: 9 - 13) và nhẹ hay còn gọi là nguy cơ thấp (GCS: 14 - 15) [6]. Trong đó, CTSN nguy cơ thấp là nhóm có tình trạng lâm sàng tốt nhất, tiên

lượng tốt nhất, song lại ít được quan tâm hơn so với các nhóm còn lại. Mặc dù chủ đề này đã được nghiên cứu từ rất sớm ở Việt Nam [1, 2, 3], tuy nhiên điều trị và tiên lượng CTSN nguy cơ thấp vẫn còn là một trong những thách thức trong thực hành lâm sàng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Đánh giá kết quả điều trị nội khoa CTSN nhẹ tại Bệnh viện Việt Đức.*

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Người phản hồi: Ngô Mạnh Hùng (ngomanhhung2000@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/12/2020

Ngày bài báo được đăng: 29/3/2021

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP
NGHIÊN CỨU**

1. Đối tượng nghiên cứu

120 BN trưởng thành được chẩn đoán và điều trị CTSN nhẹ tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh II, Bệnh viện Việt Đức thời gian từ tháng 5/2020 - 11/2020.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Chấn thương sọ não có điểm GCS: 14 - 15.

- Tuổi \geq 18.

- Không có chỉ định điều trị phẫu thuật CTSN ở thời điểm nhập viện.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Chấn thương sọ não có điểm GCS: 14 - 15 song không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn trên.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc.

* *Các biến số và quy trình nghiên cứu:*

- Tất cả BN nhập viện, có chỉ định điều trị nội khoa được khám và hỏi bệnh sử theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Các biến số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, tiền sử bệnh đi kèm, sử dụng rượu và chất kích thích, kết quả chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) ở thời điểm nhập viện và các lần sau (tính chất chụp: cấp cứu hay thường quy), kết quả điều trị (theo thang điểm GOS - Glassgow Outcome Scale [7]) được xác định ở thời điểm 1 và 3 tháng.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0, với các thuật toán thống kê thông thường.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm BN

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu.

Tiêu chí	Giá trị	p
Tuổi trung bình (biên độ)	41.89 \pm 18 (18 - 91)	
GCS khi vào viện	n (%)	0,0031
15	75 (62,5)	
14	45 (37,5)	
Giới tính	n (%)	< 0,01
Nam	97 (80,83)	
Nữ	23 (19,17)	
Tiền sử	n (%)	
Tim mạch	7 (5,83)	
Đái tháo đường	1 (0,83)	
Bệnh lý gan	5 (4,17)	
Đột quỵ	1 (0,83)	
Chảy máu nội sọ do chấn thương	0 (0,00)	
Đã mổ sọ não	0 (0,00)	
Sử dụng chống đông/chống kết tập tiểu cầu	0 (0,00)	

TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 3-2021

% Cơ chế chấn thương	n (%)	
Tai nạn giao thông	97 (80,83)	< 0,01
Ngã	19 (15,83)	
Bạo lực	4 (3,33)	
Chấn thương kèm theo	n (%)	
Chấn thương cột sống	4 (3,33)	
Chấn thương khác (bụng kín, ngực kín, chấn thương chi lớn)	1 (0,83)	
Tỷ lệ do rượu trong tai nạn giao thông	40,21%	

Chấn thương sọ não nhẹ, hay còn gọi là CTSN nguy cơ thấp là thuật ngữ được sử dụng cho các trường hợp CTSN có điểm GCS 13 - 15 [6]. Hầu hết các trường hợp chấn thương này không cần can thiệp phẫu thuật mà điều trị nội khoa [4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ lựa chọn những BN có điểm GCS 14 và 15, do các BN GCS 13 có nhiều nguy cơ biến chứng hơn, có cách xử trí tích cực hơn so với nhóm BN trên. Quan điểm của chúng tôi tương đồng với Kreitzer [8].

Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (80,83%), không khác biệt so với công bố của Đồng Văn Hệ năm 2010 (79,5%) [2]. Độ tuổi trung bình là $41,89 \pm 19$ (từ 18 - 91), phù hợp với cơ chế gây CTSN (80,83% do tai nạn giao thông). Điều này trái ngược với

công bố của Washington có cơ chế chính là ngã (59%) [9].

Hầu hết BN không có tiền sử bệnh lý nội khoa mạn tính hay các yếu tố nguy cơ chảy máu (dùng thuốc chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu...). Tỷ lệ BN sử dụng các thuốc chống đông trong các nghiên cứu ở phương Tây cao hơn rõ rệt, Washington thông báo có đến 38% sử dụng thuốc chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu [9].

Tỷ lệ chấn thương phối hợp khác trong nhóm BN CTSN nhẹ thấp (4,16%). Tuy nhiên, có đến 40,21% BN có nồng độ cồn khi vào viện, cao hơn so với công bố của Nguyễn Đức Lập (12,5%) [3]. Đây là một thực trạng chưa được giải quyết triệt để ở nước ta.

2. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

Bảng 2: Các loại tổn thương nội sọ trên phim chụp CT

Tổn thương	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Xuất huyết dưới nhện vùng vòm sọ	73	60,83
Máu tụ ngoài màng cứng	46	38,33
Máu tụ dưới màng cứng cấp tính	45	37,5
Vỡ nền sọ	42	35,00
Xuất huyết nhu mô	40	33,33
Dập thùy trán	32	26,67
Dập thùy thái dương	10	8,33
Lún vòm sọ	7	5,83
Xuất huyết dưới nhện vùng bề não	7	5,83
Đè đẩy đường giữa	5	4,17
Dập vỏ não	1	0,83
Máu tụ dưới màng cứng mạn tính	0	0,00

Bảng 3: Số lần và hình thức chụp phim CLVT kiểm tra.

Tiêu chí	Giá trị	
Số CLVT chụp trung bình	1,925 ± 0,4	
	CT2	CT3
Số ngày giữa các lần chụp trung bình	3,22 ± 1,74	4,14 ± 2,34
Lý do chụp lại n (%)		
- Định kì	102 (97,14)	6 (85,71)
- GCS thay đổi	0 (0,0)	1 (14,29)
- Lâm sàng xấu đi	3 (2,86)	0 (0,0)
Kết quả CLVT chụp lại	n (%)	p
- Không đổi	93 (88,57)	< 0,01
- Kém hơn	4 (3,81)	
- Tốt hơn	8 (7,62)	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN có 1 tổn thương hay nhiều tổn thương. Nếu xét riêng từng tổn thương, chảy máu dưới màng nhện chiếm đến 60,83%, tiếp theo là máu tụ ngoài màng cứng (38,33%) và máu tụ dưới màng cứng cấp tính (37,5%). AbdelFattah báo cáo tổn thương thường gặp nhất là chảy máu dưới màng nhện (88/145 BN); tiếp theo là máu tụ dưới màng cứng cấp tính [10].

Trong thời gian nằm viện, nhóm BN của chúng tôi được chụp nhiều nhất là 3 phim CLVT sọ não, ít nhất là 1 phim CLVT. Số phim CLVT trung bình trong

nghiên cứu của chúng tôi là 1,925 ± 0,4. Kết quả này tương đương với thông báo của AbdelFattah, với nhóm BN được chụp theo kế hoạch (3 phim) [10]. Thời gian giữa 2 lần chụp phim CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhau (48 - 72 giờ kể từ lần chụp trước). Số ngày điều trị trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với CTSN đơn thuần là 4,05 ± 2,84, tương đương với thông báo của AbdelFattah (5 ngày) [10]. Thời gian nằm viện của nhóm BN CTSN nhẹ có kèm theo chấn thương khác dài hơn so với CTSN đơn thuần, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0003$).

3. Kết quả điều trị

Bảng 4: Diễn biến trong khi điều trị.

Tiêu chí	Giá trị	
Can thiệp sau chụp lại	CT2	CT3
Không	103	0
Mở sọ	2	0
Số BN có lâm sàng xấu đi	3	
Số ngày điều trị trung bình		
CTSN đơn thuần	4,05 ± 2,84	
Chấn thương nặng khác	10,2 ± 1,78	
p	0,0003	

Trong số 15 BN ra viện mà không chụp CT2, không có BN nào cần mổ hoặc phải quay lại viện trong 1 tháng. GOS 1 tháng và 3 tháng trung bình của nhóm này lần lượt là 4.73 ± 0.46 và 4.93 ± 0.25

Bảng 5: Kết quả điều trị.

Tiêu chí	Giá trị		
GCS ra viện (%)	15	12	4
	118 (98,33%)	1 (0,83%)	1 (0,83%)
p	< 0,01		
GOS (%)	Tốt	Di chứng nhẹ	Sống thực vật/chết
1 tháng	54 (45,38%)	64 (53,78%)	1 (0,84%)
3 tháng	101 (84,87%)	17 (14,29%)	1 (0,84%)
p	< 0,01		
Điểm GOS 3 tháng trung bình	Chụp 1 CT	Chụp > 1 CT	p
	4,93	4,73	0,3272
Quay lại viện trong 1 tháng	1		
Mở ở tuyến dưới	1		
Tử vong	2		

1 BN quay lại điều trị trong vòng 1 tháng với lý do đau đầu, điều trị nội khoa, không cần can thiệp phẫu thuật. 1 BN được mổ khi điều trị ở tuyến dưới, với lý do đau đầu, khám lại sau mổ 1 và 4 tháng có điểm GOS 4.

2 BN (1,67%) tử vong trong vòng 1 tháng xuất viện, đều là những BN có tiên lượng nặng ngay từ khi chấn thương. BN thứ nhất có tiền sử viêm gan C, nghiện rượu, rối loạn đông máu. Điều trị đến ngày thứ 5 tình trạng xấu dần, được phẫu thuật và tử vong sau 40 ngày. BN thứ 2, nam, 91 tuổi, có máu tụ dưới màng cứng và trong não. Tình trạng diễn biến xấu hơn ở ngày thứ 3, gia đình không đồng ý can thiệp thêm. BN tử vong 10 ngày sau chấn thương.

15 BN được điều trị mà không chụp thêm phim CLVT sọ não. 105 BN còn lại được chụp ít nhất 1 phim (CT2). Kết quả điều trị của 2 nhóm này không có sự khác biệt ($p = 0,3272$). 3 BN lâm sàng xấu đi, trong đó, 2 BN cần phải can thiệp

phẫu thuật sau khi chụp phim đều ở phim CT2; 1 BN còn lại, do tuổi cao gia đình không đồng ý điều trị tiếp. Tỷ lệ BN có triệu chứng lâm sàng kém hơn (2,5%) không khác biệt so với thống kê của Stippler (3,4%) [11]. Tổn thương trên phim chụp CLVT của các BN bao gồm đè đẩy đường giữa, tụ máu dưới màng cứng, dập não trán, xuất huyết dưới nhện. Hiện tại, do số lượng BN ít, chúng tôi chưa thể chỉ ra điểm chung.

Tỷ lệ tử vong 1,6%, không thay đổi so với nghiên cứu của Đồng Văn Hệ là 1,3% [2]. GOS sau 3 tháng: 84,87% không để lại di chứng, tương đồng với kết quả của Washington và Grude (2012) là 85% [9]. Kết quả này có sự cải thiện đáng kể so với thống kê của Phạm Đức Lập (2011) với 54% không để lại di chứng, 42% để lại di chứng nhẹ [5]. Điều này cho thấy đã có sự tiến bộ trong điều trị và phục hồi chức năng cho BN CTSN nhẹ ở nước ta.

6 BN có chỉ định mổ sọ nhưng không phẫu thuật ngay trong 24 giờ sau khi

nhập viện. Kết quả CLVT lúc vào viện đều có lún vòm sọ. Kết quả điều trị sau 3 tháng đều không có di chứng hoặc chỉ di chứng nhẹ. Điều này chứng tỏ tùy vào đánh giá của bác sĩ lâm sàng và điều kiện cơ sở vật chất cho phép phân loại mức độ ưu tiên điều trị cho tất cả các BN.

KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não nhẹ, hay CTSN nguy cơ thấp, gặp chủ yếu ở nam giới, nguyên nhân hầu hết là do tai nạn giao thông. Điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt. Tùy vào tình trạng BN và hoàn cảnh cụ thể sẽ có chỉ định cận lâm sàng và phương án điều trị khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đồng Văn Hệ. Đánh giá vai trò của CT-Scanner trong chấn thương sọ não nguy cơ thấp (Low-risk head injuries). Tạp chí Nghiên cứu Khoa học 1997; 4(4):9-13.
2. Đồng Văn Hệ. Chẩn đoán và điều trị chấn thương sọ não nguy cơ thấp. Tạp chí Y học Việt Nam 2010; 371(1):58-61.
3. Phan Đức Lập. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não nguy cơ thấp. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại Học Y Hà Nội. Việt Nam 2011:80.

4. Phạm Ty Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở người trưởng thành. Tạp chí Y học Việt Nam 2010; (2):41-44.

5. Rutland-Brown W, et al. Incidence of traumatic brain injury in the United States, 2003. J Head Trauma Rehabil 2006; 21(6):544-548.

6. Saatman KE, et al. Classification of traumatic brain injury for targeted therapies. J Neurotrauma 2008; 25(7):719-738.

7. McMillan T, et al. The Glasgow Outcome Scale - 40 years of application and refinement. Nat Rev Neurol 2016; 12(8):477-485.

8. Kreitzer N, et al. Repeat neuroimaging of mild traumatic brain-injured patients with acute traumatic intracranial hemorrhage: Clinical outcomes and radiographic features. Acad Emerg Med 2014; 21(10):1083-1091.

9. Washington CW and RL Grubb Jr. Are routine repeat imaging and intensive care unit admission necessary in mild traumatic brain injury? J Neurosurg 2012; 116(3):549-557.

10. AbdelFattah KR, et al. A prospective evaluation of the use of routine repeat cranial CT scans in patients with intracranial hemorrhage and GCS score of 13 to 15. J Trauma Acute Care Surg 2012; 73(3):685-688.

11. Stippler M, et al. Utility of routine follow-up head CT-scanning after mild traumatic brain injury: A systematic review of the literature. Emerg Med J 2012; 29(7):528-532.