

Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tắc động mạch não giữa có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluating of treatment outcomes in patients with middle cerebral artery occlusion-induced ischemic stroke indicated for decompressive craniectomy at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Văn Tuyền¹, Nguyễn Đình Khánh¹,
và Nguyễn Xuân Phương^{2*}

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não (ĐQ NMN) do tắc động mạch não giữa (ĐMNG) có chỉ định phẫu thuật (PT) mở sọ giải áp. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024, 53 bệnh nhân ĐQ NMN do tắc ĐMNG có chỉ định PT mở sọ giải áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá kết quả điều trị. **Kết quả:** Tại thời điểm ra viện: Tỷ lệ tử vong ở nhóm PT là 16,1%, ở nhóm không PT (27,3%). Tại thời điểm 6 tháng ra viện: Ở nhóm PT, kết quả tốt là 35,5%, kết quả xấu là 35,5%, tử vong là 29,0%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm không PT là 89,9% trong khi ở nhóm PT 29%. **Kết luận:** Qua nghiên cứu quan sát thấy: Sau 6 tháng nhóm phẫu thuật mở sọ giải áp ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa có kết quả tốt 35,5%, tử vong là 29,0%. Nhóm không đồng ý phẫu thuật tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-3) 0%, tỷ lệ tử vong là 89,9%.

Từ khóa: Đột quỵ, nhồi máu não, phẫu thuật mở sọ giải áp.

Summary

Objective: To evaluate the treatment outcomes of patients with ischemic stroke due to middle cerebral artery (MCA) occlusion who were indicated for decompressive craniectomy at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted from January 2022 to December 2024 on 53 patients with ischemic stroke due to MCA occlusion who had indications for decompressive craniectomy at the 108 Military Central Hospital. Treatment outcomes were assessed. **Result:** At discharge, the mortality rate in the surgical group was 16.1%, compared to 27.3% in the non-surgical group. At 6 months post-discharge, in the surgical group, favorable outcomes were observed in 35.5% of patients, unfavorable outcomes in 35.5%, and mortality in 29.0%. In contrast, the mortality rate in the non-surgical group was 89.9%, compared to 29.0% in the surgical group. **Conclusion:** Based on observational research, it was found that: At 6 months, favorable outcomes were observed in 35.5% of patients with large middle cerebral artery infarction who underwent decompressive craniectomy, with a mortality rate of 29.0%. In contrast, no favorable outcomes (mRS 0-3) were observed in the non-surgical group, which had a mortality rate of 89.9%.

Keywords: Stroke, cerebral infarction, decompressive craniectomy.

Ngày nhận bài: 12/01/2025, ngày chấp nhận đăng: 26/02/2026

* Tác giả liên hệ: xuanphuong.pttk@gmail.com - Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật kết hợp đứng hàng thứ ba trên thế giới. Tính trung bình có khoảng 12,2 triệu ca đột quỵ não mới mỗi năm, tương ứng mỗi 3 giây có một bệnh nhân đột quỵ¹. Đột quỵ não chia làm hai thể chính là nhồi máu não và xuất huyết não, trong đó đột quỵ nhồi máu não chiếm khoảng 80 - 85%. Nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa là thể đột quỵ nặng, thường diễn tiến phù não ác tính và có tỷ lệ tử vong cao nếu chỉ điều trị nội khoa². Phẫu thuật mở sọ giải áp đã được chứng minh giúp giảm tử vong ở một số bệnh nhân được lựa chọn phù hợp³, tuy nhiên việc xác định bệnh nhân nào thực sự có lợi từ phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận trong thực hành lâm sàng.

Tại Việt Nam, quyết định phẫu thuật không chỉ dựa trên chỉ định chuyên môn mà còn phụ thuộc vào sự đồng thuận của gia đình người bệnh. Do đó, trong nhóm bệnh nhân đã có chỉ định phẫu thuật, tồn tại cả nhóm được phẫu thuật và nhóm không được phẫu thuật do gia đình từ chối. Việc so sánh kết quả điều trị giữa hai nhóm này giúp làm rõ hiệu quả của phẫu thuật mở sọ giải áp, đồng thời góp phần hỗ trợ bác sĩ lâm sàng ra quyết định phẫu thuật phù hợp hơn và tư vấn chính xác hơn cho người bệnh và gia đình. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *“Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não do tắc động mạch não giữa có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”* nhằm góp phần hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc tiên lượng và lựa chọn chỉ định phẫu thuật phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Thời gian từ tháng 1/2022 - tháng 12/2024, tại Viện Thần kinh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Chúng tôi đã tuyển chọn và theo dõi trên 53 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp trong đó có 31 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật mở sọ giảm áp, 22 người bệnh gia đình không đồng ý phẫu thuật được điều trị nội khoa.

Các BN được chẩn đoán và chỉ định PT mở sọ giải áp theo tiêu chuẩn lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của Hiệp hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ (AHA/ASA)².

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Kết quả tại thời điểm ra viện: Tỷ lệ tử vong: Tính theo tỉ lệ phần trăm trong 2 nhóm không phẫu thuật và nhóm phẫu thuật. Chia làm 2 nhóm: sống và tử vong.

Tình trạng ý thức theo thang điểm Glasgow thời điểm ra viện: Chia thành các nhóm GCS 3-8, 9-12, 13-15.

Đánh giá sự cải thiện ý thức theo thang điểm Glasgow so với trước phẫu thuật: có cải thiện (điểm GCS tăng lên từ 1 điểm), không cải thiện (điểm GCS không thay đổi), xấu đi (điểm GCS giảm đi từ 1 điểm).

- Kết quả xa: Đánh giá sau 6 tháng, dựa theo thang điểm Rankin sửa đổi (*Modified Rankin Scale - mRS*), 6 mức độ:

mRS 0: Không tàn tật, không có triệu chứng.

mRS 1: Không có tàn tật đáng kể mặc dù có triệu chứng, có thể thực hiện tất cả các công việc và hoạt động bình thường.

mRS 2: Tàn tật nhẹ, không thể thực hiện được tất cả các hoạt động trước đó, nhưng có thể tự chăm sóc bản thân không cần sự hỗ trợ.

mRS 3: Tàn tật trung bình, cần một vài sự hỗ trợ, nhưng có thể tự đi lại, không cần sự hỗ trợ.

mRS 4: Tàn tật trung bình nặng, không thể đi lại nếu không có sự hỗ trợ và không thể chăm sóc bản thân nếu không có sự hỗ trợ.

mRS 5: Tàn tật nặng, nằm tại giường, đại tiểu tiện không tự chủ và cần chăm sóc và quan tâm của y tá kéo dài.

mRS 6: Tử vong.

Chia làm 3 nhóm: Tốt (mRS 0-3), xấu (mRS 4-5), tử vong.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện TỬ QUỠ 108 theo Giấy chứng nhận số: 3898/GCN-BV ngày 24/6/2024. Số liệu được Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho phép sử dụng và công bố; Các tác giả đã xem và đồng thuận với bản thảo và cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến bản thảo.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20, với các thuật toán thống kê y học. Sử dụng phép kiểm định T-test cho biến định lượng (áp dụng cho biến có phân bố chuẩn giữa 2 nhóm, One-way ANOVA giữa 3 nhóm), đối với biến không phân bố chuẩn sẽ kiểm định phi tham số (Mann-Whitney U cho 2 nhóm, Kruskal-Wallis cho 3 nhóm...). Mức ý nghĩa 95%, giá trị p có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 53 bệnh nhân ĐQ NMN do tắc ĐMNG có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp được điều trị trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024, thu được một số kết quả về điều trị như sau:

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Tuổi trung bình là $60,5 \pm 10,5$. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 36 tuổi, nhiều tuổi nhất là 77 tuổi. Độ

tuổi thường gặp là 51 - 70 chiếm tỷ lệ 66,0%. Độ tuổi trung bình của nhóm không đồng ý phẫu thuật ($65,5 \pm 9,4$) cao hơn nhóm đồng ý phẫu thuật ($56,9 \pm 9,8$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ: Nam/nữ: 2,3/1.

Có 49,1% NB có tăng huyết áp. Đái tháo đường, đột quỵ não cũ, rung nhĩ với tỷ lệ tương ứng là 18,9%, 9,4% và 20,8%.

Triệu chứng thường gặp bao gồm: 100% các NB liệt mức độ nặng nửa người bên đối diện; giãn đồng tử cùng bên (52,8%). Rối loạn vận động ngôn ngữ (nói khó/thất ngôn) gặp trong 56,6%. 81,1% có biểu hiện rối loạn hô hấp. Phần lớn mức độ đột quỵ nặng (NIHSS > 20), chiếm 75,5%. Điểm NIHSS trung bình là $22,2 \pm 2,4$. Điểm Glasgow trung bình tại thời điểm nhập viện, trước phẫu thuật tương ứng là $11,5 \pm 1,7$ và $8,4 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). 100% các NB được PT có điểm Glasgow trong phạm vi 6-12.

Vùng nhồi máu bán cầu thường và bán cầu trội tương đương nhau (50,9% so với 49,1%), điểm ASPECTS 1 - 3 (79,3%); Phần lớn mức độ di lệch đường giữa trước PT ở mức độ II chiếm tỷ lệ 58,5%.

Các đặc điểm khác không khác biệt giữa nhóm không đồng ý phẫu thuật với nhóm đồng ý phẫu thuật.

3.1. Kết quả tại thời điểm ra viện

Bảng 1. Kết quả tại thời điểm ra viện (n = 53)

Kết quả khi ra viện	Nhóm PT, n (%)	Nhóm không PT, n (%)	Tổng, n (%)	p
Sống	26 (83,9%)	16 (72,7%)	42 (79,3%)	$p > 0,05$
Tử vong	5 (16,1%)	6 (27,3%)	11 (20,7%)	

Ở nhóm phẫu thuật: Số người bệnh tử vong tại thời điểm ra viện là 5/31 (16,1%).

Nhóm không PT: Số người bệnh tử vong tại thời điểm ra viện là 6/22 (27,3%), cao hơn nhóm PT nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ tử vong chung của nhóm nghiên cứu tại thời điểm ra viện là 20,7%.

Bảng 2. Tình trạng ý thức theo thang điểm Glasgow thời điểm ra viện (n = 42)

Tình trạng BN (Điểm Glasgow)	Nhóm PT, n (%)	Nhóm không PT, n (%)	Tổng n (%)	p
3 - 8	2 (7,7%)	13 (81,3%)	15 (35,7%)	$< 0,05$
9 - 12	18 (69,2%)	3 (18,7%)	21 (50,0%)	
13 - 15	6 (23,1%)	0	6 (14,3%)	

Nhóm phẫu thuật: Kết quả khi ra viện có 92,3% các người bệnh điểm Glasgow > 8; trong đó chủ yếu (69,2%) người bệnh có điểm Glasgow lúc ra viện từ 9 - 12 điểm; có 6/26 người bệnh từ 13 - 15 điểm chiếm 23,1%.

Nhóm không đồng ý phẫu thuật: Kết quả khi ra viện có 13/16 (81,3%) người bệnh có rối loạn ý thức mức độ nặng điểm Glasgow ≤ 8 điểm cao hơn nhóm phẫu thuật (7,7%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Sự cải thiện ý thức khi ra viện so với trước phẫu thuật của Nhóm được PT (n = 31)

Sự cải thiện ý thức theo điểm Glasgow	Số lượng	Tỷ lệ %
Có cải thiện	23	74,2
Không cải thiện	2	6,4
Xấu hơn	6	19,4
Tổng	31	100

Ở nhóm phẫu thuật: Có 74,2% trường hợp cải thiện ý thức so với trước phẫu thuật. Có 19,4% tình trạng ý thức xấu hơn so với trước phẫu thuật.

Bảng 4. So sánh tình trạng ý thức trước phẫu thuật và khi ra viện của Nhóm được PT

Tình trạng bệnh nhân (Điểm Glasgow)	Trước PT (n1 = 31)		Khi ra viện (n2 = 26)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
3-8	15	48,4	2	7,7	
9-12	16	51,6	18	69,2	
13-15	0	0	6	23,1	
Tổng	31	100	26	100	
Glasgow trung bình Mean ± SD	8,54 ± 1,33		11,08 ± 1,78		<0,05

Có sự thay đổi đáng kể điểm Glasgow trước và sau phẫu thuật ($8,54 \pm 1,33$ so với $11,08 \pm 1,78$; $p < 0,05$).

Có 23,1% có rối loạn ý thức mức độ nhẹ (Glasgow 13 - 15 điểm) thời điểm ra viện.

3.2. Kết quả xa sau phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả xa 6 tháng sau PT theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) (n = 53)

Kết quả	Nhóm PT, n (%)	Nhóm không PT, n (%)	Tổng n (%)
Tốt (mRS 0 - 3)	11 (35,5%)	0 (0%)	11 (20,8%)
mRS 0-1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
mRS 2	1 (3,2%)	0 (0%)	1 (1,9%)
mRS 3	10 (32,3%)	0 (0%)	10 (18,9%)
Xấu (mRS 4 - 5)	11 (35,5%)	2 (9,1%)	13 (24,5%)
mRS 4	6 (19,4%)	1	7 (13,2%)
mRS 5	5 (16,1%)	1	6 (11,3%)
Tử vong	9 (29,0%)	20 (89,9%)	29 (54,7%)

Nhóm phẫu thuật: Sau phẫu thuật 6 tháng, có thêm 4 trường hợp tử vong nâng tổng số tử vong sau phẫu thuật là 9/31 người bệnh chiếm 29,0%. Kết quả tốt mRS 2-3 chiếm 35,5%, trong đó chủ yếu là mức mRS 3 (32,3%). Đáng chú ý có 1 trường hợp mRS 2 (3,2%). Kết quả xấu mRS 4-5 chiếm 35,5% trong đó chủ yếu là mức mRS 4 (19,4%).

Nhóm không đồng ý phẫu thuật: Sau 6 tháng ra viện, có thêm 14 trường hợp tử vong. Nâng tổng số tử vong sau ra viện là 20/22 người bệnh chiếm 89,9%. Kết quả xấu mRS 4, 5 chiếm 9,1%.

Tính chung của nhóm nghiên cứu: Sau 6 tháng ra viện, tổng số tử vong 29/53 người bệnh chiếm 54,7%. Kết quả xấu mRS 4, 5 chiếm 24,5%. Kết quả tốt mRS 2, 3 chiếm 20,8% trong đó gặp chủ yếu mRS 3 chiếm 18,9%.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật của nhóm phẫu thuật phổ biến nhất là viêm phổi (25,8%), biến chứng chung về não gặp 32,3%. Có 19,4% có chảy máu chuyển thể trong ổ nhồi máu, di chứng xa sau phẫu thuật: Co giật gặp 13,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả sớm khi ra viện

Kết quả gần sau phẫu thuật cho thấy rõ hiệu quả của phẫu thuật giải áp thông qua sự cải thiện điểm

Glasgow trên lâm sàng (Bảng 4): Có sự thay đổi đáng kể điểm Glasgow trước và sau phẫu thuật ($8,5 \pm 1,30$ so với $11,1 \pm 1,78$; $p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm mức độ nặng (Glasgow 6-8 điểm) giảm từ 48,4% xuống 7,7%. Đặc biệt có 6/31 người bệnh (23,1%) có rối loạn ý thức mức độ nhẹ (Glasgow 13-15 điểm) thời điểm ra viện. Nhóm không đồng ý phẫu thuật: Kết quả khi ra viện có 81,3% các người bệnh rối loạn ý thức mức độ nặng điểm Glasgow ≤ 8 .

Sự cải thiện của ý thức bệnh nhân sau phẫu thuật mở sọ được tạo nên do có sự dịch chuyển não từ trong ra ngoài sọ qua diện mở xương, giảm sự chèn ép, tổn thương của tổ chức não lành cùng bên bán đầu cũng như phía đối diện. Để đạt được hiệu quả giải chèn ép, hầu hết các nghiên cứu đều nhấn mạnh đến kỹ thuật mở sọ. Tất cả các thử nghiệm như DESTINY I, DECIMAL, HAMLET... đều nhấn mạnh: phẫu thuật mở sọ phải đạt được các tiêu chuẩn: 1. Diện mở xương phải đủ rộng (kích thước trước sau của mảnh sọ $> 12\text{cm}$), 2. Phải mở sát đến nền sọ, vùng hố thái dương. Diện mở xương không đủ rộng không những không có tác dụng giải áp mà còn có thể gây thoát vị não qua diện mở xương, góp phần làm nặng thêm người bệnh³.



Hình 1. Phim chụp cắt lớp vi tính sọ não kiểm tra sau phẫu thuật
(Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Thị V. (số BA:55720), Bệnh viện TWQĐ 108).

Theo Bảng 1, tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện của nhóm phẫu thuật là 16,1% và của nhóm không phẫu thuật có tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện là 27,3%. Kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu khác như Vahedi (2007)⁴: Tỷ lệ sống sau phẫu thuật là 79%. Cho đến nay, chỉ có một số ít nghiên

cứu tiến cứu so sánh hiệu quả của phẫu thuật và điều trị hồi sức đơn thuần trên các người bệnh nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa. Thử nghiệm DESTINY là một trong số ít các nghiên cứu đầy đủ, lâu dài đó. Tỷ lệ sống sau phẫu thuật của thử nghiệm DESTINY là 88%⁵. Thử nghiệm này cũng cho

thấy hiệu quả của phẫu thuật khi so sánh với nhóm điều trị không phẫu thuật có sự cải thiện rõ tỷ lệ sống trong vòng 30 ngày (88% so với 47%; $p=0,02$). Kết quả của các thử nghiệm và nghiên cứu khác cũng đi đến kết luận: phẫu thuật mở sọ giải áp làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong các trường hợp nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa.

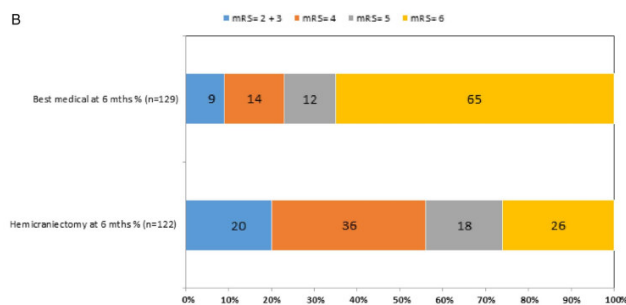
Kết quả theo dõi xa sau 6 tháng

Tất cả các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được theo dõi sau 6 tháng để đánh giá tỷ lệ tử vong thêm, khả năng hồi phục các chức năng. Kết quả Bảng 5, qua quan sát nhận thấy: sau phẫu thuật 6 tháng, nhóm phẫu thuật có thêm 4 trường hợp tử vong. Tổng số tử vong cho tới thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật chiếm 29,0%. Kết quả tốt chiếm 35,5%; trong đó chủ yếu là mức mRS 3 (32,3%). Đáng chú ý có 1 trường hợp mRS 2 (3,2%). Kết quả xấu chiếm 35,5%, trong đó mức mRS 4 (19,4%). Tương ứng với kết quả đó, theo dõi 35 người bệnh ở thời điểm 6 tháng sau ra viện, đánh giá theo thang điểm GOS và có 16/35 người bệnh chiếm 45,7% điểm GOS 4 điểm (di chứng nhẹ), 15/35 người bệnh (42,9%) có mức độ di chứng nặng (GOS 3 điểm). Kết quả này tương đương so với kết quả của Juttler có 47% có kết quả tốt (mRS từ 0-3 điểm)⁶.

Sự so sánh với các nghiên cứu được trình bày bảng sau:

Nghiên cứu	mRS 0 - 3	mRS 4 - 5	mRS 6
HAMLET 2009 ²	25%	55%	22%
DESTINY 2007 ⁴	47%	35%	18%
Chúng tôi	35,5%	35,5%	29,0%

Nhiều nghiên cứu đã xác định hiệu quả xa sau phẫu thuật mở sọ giải áp trong điều trị các nhồi máu não ác tính do tắc động mạch não giữa dựa trên việc so sánh với hiệu quả của điều trị nội khoa đơn thuần. Alexander P và cộng sự (2016) trong một phân tích tổng hợp các thử nghiệm lớn ở châu Âu đã đưa ra những biểu đồ cho thấy hiệu quả vượt trội của phẫu thuật giải chèn ép não so với các phương pháp hồi sức nội khoa đơn thuần, không những cải thiện tỷ lệ tử vong mà còn cải thiện đáng kể tỷ lệ phục hồi tốt của người bệnh (mRS 0-3) (Biểu đồ 1)⁷.



Biểu đồ 1. So sánh hiệu quả phẫu thuật và điều trị hồi sức đơn thuần

*Nguồn Alexander P (2016)⁷

Ở nhóm không đồng ý phẫu thuật: Nhiều bệnh nhân gia đình xin ra viện dù hôn mê ở mức độ nặng điểm Glasgow ≤ 8 có 81,3%. Theo Bảng 5, sau ra viện 6 tháng, có thêm 14 trường hợp tử vong cộng với 6 trường hợp tử vong lúc ra viện. Nâng tỷ lệ tử vong 6 tháng khi ra viện là 89,9%. 2 bệnh nhân còn sống với kết quả xấu mRS 4, 5. Kết quả này tương tự, tuy nhiên cao hơn nghiên cứu trước đây có thể do các bệnh nhân gia đình xin không phẫu thuật thường có độ tuổi cao hơn, điều kiện kinh tế xã hội của gia đình còn hạn chế, gia đình xin về chăm sóc và điều trị tại tuyến dưới. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các trường hợp nhồi máu diện rộng do tắc động mạch não giữa có phù não ác tính, nếu chỉ điều trị bằng các phương pháp nội khoa thì tỷ lệ tử vong lên đến 80% trong thời gian 3 tuần theo dõi⁸; Berrouschot J và cộng sự (1998) nghiên cứu trên 53 bệnh nhân nhồi máu não ác tính động mạch não giữa được điều trị nội khoa tích cực, tỷ lệ tử vong sau 3 tháng theo dõi là 79%⁹. Hacke W và cộng sự (1996) nghiên cứu trên 55 bệnh nhân nhồi máu não ác tính động mạch não giữa được điều trị nội khoa tích cực, tỷ lệ tử vong sau 1 tháng theo dõi là 78%, các bệnh nhân sống sót trong 1 tháng cũng để lại di chứng thần kinh nặng nề¹⁰, Pilato F và cộng sự (2022) nghiên cứu trên 68 bệnh nhân nhồi máu não ác tính động mạch não giữa được điều trị nội khoa tích cực, tỷ lệ tử vong sau 3 tháng theo dõi là 71,7%¹¹. Điều này cho thấy tiên lượng rất xấu ở nhóm nhồi máu não ác tính động mạch não giữa chỉ được điều trị hồi sức nội khoa đơn thuần. Việc theo dõi sát bệnh nhân phát hiện những dấu hiệu cận lâm sàng và lâm sàng

nhồi máu não ác tính có chỉ định phẫu thuật mở sọ giảm áp từ đó tư vấn, giải thích kỹ cho gia đình bệnh nhân để giảm thiểu kết cục xấu của đột quỵ.

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả nên đặc điểm đặc điểm ban đầu của nhóm phẫu thuật và không đồng ý phẫu thuật có yếu tố chưa tương đồng (độ tuổi trung bình), nên sự so sánh giữa 2 nhóm có ý nghĩa hạn chế. Cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ, cần có các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả trên 53 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa có chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp, trong đó 31 bệnh nhân được phẫu thuật và 22 bệnh nhân được điều trị nội khoa do gia đình từ chối phẫu thuật. Sau 6 tháng theo dõi, nghiên cứu đã ghi nhận nhóm được phẫu thuật mở sọ giải áp có tỷ lệ kết cục tốt (mRS 0–3) đạt 35,5%, với tỷ lệ tử vong 29,0%. Ở nhóm không phẫu thuật, không có bệnh nhân nào đạt kết cục chức năng tốt và tỷ lệ tử vong lên tới 89,9%. Kết quả cho thấy phẫu thuật mở sọ giải áp có thể mang lại lợi ích trong cải thiện tiên lượng và giảm tử vong ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc động mạch não giữa khi được chỉ định phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B et al (2022) *World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022*. Int J Stroke 17(1): 18-29.
2. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J et al (2015) *2015 AHA/ASA focused update of the 2013 guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment, A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 46(10): 3020-3035.
3. Hofmeijer J, Kappelle LJ, Algra A et al (2009) *Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial*. Lancet Neurol 8(4): 326-333.
4. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E et al (2007) *Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: A pooled analysis of three randomised controlled trials*. Lancet Neurol 6(3): 215-222.
5. Jüttler E, Schwab S, Schmiedek P et al (2007) *Decompressive Surgery for the Treatment of Malignant Infarction of the Middle Cerebral Artery (DESTINY): A randomized, controlled trial*. Stroke. 38(9): 2518-2525.
6. Jüttler E, Schellinger PD, Aschoff A et al (2007) *Clinical review: Therapy for refractory intracranial hypertension in ischaemic stroke*. Crit Care 11(5): 231.
7. Alexander Paul, Heels-Ansdell Diane, Siemieniuk Reed et al (2016) *Hemicraniectomy versus medical treatment with large MCA infarct: A review and meta-analysis*. BMJ Open 6: 014390.
8. Heiss WD (2016) *Malignant MCA Infarction: Pathophysiology and Imaging for Early Diagnosis and Management Decisions*. Cerebrovasc Dis 41(1-2): 1-7.
9. Berrouschot J, Sterker M, Bettin S et al (1998) *Mortality of space-occupying ('malignant') middle cerebral artery infarction under conservative intensive care*. Intensive Care Med. 24(6): 620-623.
10. Hacke W, Schwab S, Horn M et al (1996) *'Malignant' middle cerebral artery territory infarction: clinical course and prognostic signs*. Arch Neurol 53(4): 309-315.
11. Pilato F, Pellegrino G, Calandrelli R et al (2022) *Decompressive hemicraniectomy in patients with malignant middle cerebral artery infarction: A real-world study*. J Neurol Sci 441: 120376.