

Bs Lê Thanh Hùng – Khoa Ngoại TKCS

Máu tụ dãn màng cứng cấp tính là một trong những tổn thương nguy hiểm và thường gặp nhất sau chấn thương sọ não nặng. Đây là tình trạng cấp cứu ngoại thần kinh đòi hỏi phải phẫu thuật loại bỏ khối máu tụ càng sớm càng tốt. Khi đã lấy hết máu tụ, phẫu thuật viên phải đưa ra một quyết định quan trọng: đặt lại nắp sọ (mở sọ thông thường) hay không đặt lại nắp sọ (mở sọ giải ép). Trong nhiều năm qua, lựa chọn này chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cá nhân của bác sĩ, thiếu bằng chứng khoa học rõ ràng.

Năm 2023, Tạp chí The New England Journal of Medicine (NEJM) đã công bố kết quả nghiên cứu RESCUE-ASDH, đây là một thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm nhằm so sánh kết quả của 2 phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu được tiến hành từ năm 2014 đến 2019, các bác sĩ từ 40 bệnh viện thực hiện 11 quốc gia đã nghiên cứu 450 bệnh nhân trưởng thành bị máu tụ dãn màng cứng cấp tính cần phẫu thuật, yêu cầu chung là đang kính tróc sau cơn nhồi máu não khi phẫu thuật phải từ 11 cm trở lên. Sau khi lấy bỏ khối máu tụ, bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm:

- 228 bệnh nhân: Được đặt lại nắp sọ (nhóm craniotomy – mở sọ thông thường).
- 222 bệnh nhân: Không đặt lại nắp sọ (nhóm decompressive craniectomy – mở sọ giải ép).

Sau đó, bệnh nhân được theo dõi trong 12 tháng, đánh giá kết quả phục hồi bằng thang điểm chức năng thần kinh tiêu chuẩn quốc tế (GOSE). Kết quả sau 12 tháng cho thấy hiệu quả hai phương pháp phẫu thuật này là tương đương nhau, mặc dù phục hồi chức năng giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê:

- Tỷ lệ tử vong: 30,2% (nhóm đặt lại nắp sọ) so với 32,2% (nhóm không đặt lại).
- Tỷ lệ hồi phục tốt: 25,6% (nhóm đặt lại nắp sọ) so với 19,9% (nhóm không đặt lại).
- Chất lượng cuộc sống của hai nhóm cũng gần như tương đương.
- Tuy nhiên, một số phương pháp lại có những rủi ro riêng:
 - Nhóm đặt lại nắp sọ có tỷ lệ phải phẫu thuật lại hai sọ trong vòng hai tuần do tình trạng phù não cao hơn (14,6% so với 6,9%).
 - Nhóm không đặt lại nắp sọ có tỷ lệ biến chứng vết mổ và nhiễm trùng cao hơn (12,2% so với 3,9%).

Ý nghĩa lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Nếu có thể đặt lại não p sọ mà không gây chèn ép não, các bác sĩ nên cân nhắc thực hiện thay vì mở đầu nh g i n p sọ rồi chỉ ngày đặt lại. Việc đặt lại não p sọ ngay trong ca mổ lần đầu giúp tránh mất lần phẫu thuật thứ hai (tái mổ mở p sọ), dù vẫn có nguy cơ ph i m i n u não phù sau đó. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu cũng lưu ý rằng kết quả này có thể không phù hợp hoàn toàn với các cơ sở y tế thiếu đủ u ki n h i s c tích c c, khu vực ngu n l c h n ch h c trong môi trường ng quân y – nơi mở sọ giải ép thường được ưu tiên.

Một số hạn chế của nghiên cứu

- Bác sĩ điều trị biết trước bệnh nhân thuộc nhóm nào (dù ngẫu nhiên đánh giá kết quả cuối cùng không biết).
- Kết quả theo dõi chủ yếu dựa vào bảng câu hỏi qua thời gian đi n tho i.
- Có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân không tuân thủ đúng nhóm ban đầu.
- Nghiên cứu chưa đánh giá một số kết quả phẫu thuật khác đang được chờ đợi.

Nguồn tài liệu tham khảo:

1. Hutchinson PJ và cộng sự. Decompressive Craniectomy versus Craniotomy for Acute Subdural Hematoma. The New England Journal of Medicine, 2023;388(24):2219–2229. doi:10.1056/NEJMoa2214172.