

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CRANIAL COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN PATIENTS WITH CRANIAL DEFECTS AFTER DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY AT MILITARY HOSPITAL 103

Tran Anh Duc, Tran Manh Quang, Nguyen Thanh Bac*

Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 12/09/2025

Revised: 20/09/2025; Accepted: 05/12/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics and computed tomography (CT) findings of patients with cranial defects after decompressive craniectomy at Military Hospital 103.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with cranial defects after decompressive craniectomy at Military Hospital 103 from October 2023 to February 2025.

Results: The mean age of the study population was 43.3 ± 16.4 years; males predominated (80.0%). The main indication for decompressive craniectomy was traumatic brain injury (64.3%). The most common clinical manifestation was focal neurological deficits (35.7%), followed by headache (8.6%) and neurological weakness (5.7%). Most cranial defects were classified as normal (64.3%). The majority of patients had a preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) score of 15 (51.4%). CT imaging showed that skull defects were predominantly located in the hemisphere region (97.1%), and large defects ($>75 \text{ cm}^2$) accounted for 77.1%.

Conclusion: Patients with cranial defects after decompressive craniectomy were mainly middle-aged men, with traumatic brain injury being the leading cause. The most prominent characteristics were focal neurological deficits, high GCS scores, and predominantly large ($>75 \text{ cm}^2$) hemisphere skull defects.

Keywords: Decompressive craniectomy, cranial defect, Military Hospital 103.

*Corresponding author

Email: bacnt103@gmail.com Phone: (+84) 974375774 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3972

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO Ở BỆNH NHÂN BỊ KHUYẾT SỌ SAU PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trần Anh Đức, Trần Mạnh Quang, Nguyễn Thành Bắc*

Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 12/09/2025

Ngày sửa: 20/09/2025; Ngày đăng: 05/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại Bệnh viện Quân y 103.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Thực hiện nghiên cứu trên 70 bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại bệnh viện Quân y 103 từ 10/2023 đến tháng 2/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $43,3 \pm 16,4$; nam giới chiếm ưu thế (80,0%). Nguyên nhân phẫu thuật mở nắp sọ chủ yếu là chấn thương sọ não (64,3%). Triệu chứng thần kinh khu trú chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%), các triệu chứng khác bao gồm đau đầu (8,6%), suy nhược thần kinh (5,7%). Đa số ổ khuyết sọ bình thường chiếm 64,3% bệnh nhân. Điểm GCS trước mổ ghép sọ chủ yếu đạt 15 điểm (51,4%). Về đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não, vị trí khuyết sọ tập trung ở bán cầu (97,1%); diện tích khuyết sọ lớn ($>75 \text{ cm}^2$) chiếm chủ yếu với 77,1%.

Kết luận: Bệnh nhân khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp thường là nam giới trung niên, nguyên nhân chính là chấn thương sọ não. Đặc điểm nổi bật là triệu chứng thần kinh khu trú, điểm GCS cao và ổ khuyết sọ lớn ở vùng bán cầu vùng trán.

Từ khóa: Mở sọ giảm áp, khuyết sọ, Bệnh viện Quân y 103.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương sọ não sau chấn thương là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và di chứng thần kinh nặng toàn cầu, đồng thời cũng tạo gánh nặng kinh tế và xã hội lớn đè lên hệ thống y tế, đặc biệt ở các nước có thu nhập trung bình và thấp như Việt Nam [1]. Phẫu thuật mở sọ giảm áp (decompressive craniectomy, DC) thường được chỉ định để giảm áp lực nội sọ, cải thiện tưới máu não và ngăn ngừa tổn thương thần kinh thứ phát không chỉ cho những bệnh nhân chấn thương mà còn cho cả những bệnh lý khác như đột quy não hay u não [2].

Tuy mang lại lợi ích sống còn, phẫu thuật mở sọ giảm áp đồng thời cũng tiềm ẩn nguy cơ biến chứng không nhỏ, với tỷ lệ các biến chứng có thể lên đến 54%, bao gồm phù não, chảy máu trong sọ, nhiễm trùng, rò dịch não tủy hoặc thậm chí các rối loạn thần kinh, tâm thần và nhận thức sau mổ [3]. Những biến chứng này không chỉ làm tăng nguy cơ tái can thiệp mà còn ảnh hưởng đến quá trình phục hồi thần kinh và chất lượng sống sau này. Trong bối cảnh đó,

việc mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học (CT) của bệnh nhân khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp là rất cần thiết để hiểu rõ diễn biến bệnh lý, dự đoán kết quả và định hướng tái cấu trúc sọ (ghép sọ) hiệu quả. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu “Mô tả đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại Bệnh viện Quân y 103”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm tất cả những bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 02 năm 2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp do CTSN hoặc các bệnh lý sọ não; hồ sơ bệnh án đầy đủ: chẩn đoán, phim XQ,

*Tác giả liên hệ

Email: bacnt103@gmail.com Điện thoại: (+84) 974375774 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3972

CLVT, biên bản phẫu thuật; đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ qui trình điều trị và theo dõi, tái khám sau mổ.

- Tiêu chuẩn loại trừ trong nhóm nghiên cứu: Bệnh nhân có bệnh lý nền chưa kiểm soát tốt như: rối loạn đông máu, suy tim, suy thận; bệnh nhân không có mảnh xương sọ; bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nhưng gia đình không đồng ý hoặc không hợp tác tham gia nghiên cứu; bệnh nhân không có đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Đánh giá đặc điểm về lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT ở bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại Bệnh viện Quân y 103.

- Chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Đặc điểm về tuổi, giới.

+ Lý do phẫu thuật mở nắp sọ: Chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não.

+ Thời gian từ PT mở sọ đến lúc PT ghép sọ: < 3 tháng, 3 – 6 tháng, > 6 tháng.

+ Các triệu chứng lâm sàng: Đau đầu, co giật, đau tại khuyết sọ, suy nhược thần kinh, triệu chứng thần kinh khu trú, triệu chứng khác.

+ Đặc điểm ổ khuyết sọ: Hình thái ổ khuyết được phân loại loại trừ lẫn nhau thành ba mức, dựa trên đo hình thái trên CT:

(i) Bình thường/phẳng: độ lệch tối đa của bề mặt mô mềm trong ổ khuyết so với đường tham chiếu nối hai mép bản xương ngoài hai phía ổ khuyết có $|d| < 3$ mm.

(ii) Lõm: bề mặt mô mềm thấp hơn đường tham chiếu với $d \leq -3$ mm (độ lõm).

(iii) Lồi/phồng: bề mặt mô mềm cao hơn đường tham chiếu với $d \geq +3$ mm (độ lồi).

- Cách đo: chọn lát cắt trục có biến dạng lớn nhất; duyệt cửa sổ xương để xác định mép bản xương ngoài và cửa sổ mô mềm để thấy rõ bề mặt mô mềm; kẻ đường tham chiếu nối hai mép xương lành, sau đó đo độ lệch tối đa (mm) vuông góc với đường này bằng công cụ đo khoảng cách trên PACS. Mỗi trường hợp đo hai lần, lấy trung bình.

- Điểm Glasgow trước mổ ghép sọ: được chia thành 3 nhóm gồm nhóm 15 điểm; 13-14 điểm; 9-12 điểm.

- Vị trí khuyết sọ: Bán cầu, trán, chẩm, vị trí khác. Quy tắc phân loại vị trí ổ khuyết sọ. Vị trí được phân loại loại trừ lẫn nhau theo các nhóm định trước:

+ Bán cầu (trán-thái dương-đỉnh): ổ khuyết sọ liên tục bao phủ ≥ 2 vùng trán/đỉnh/thái dương cùng

bên (thường sau giải áp bán cầu).

+ Trán đơn thuần: ổ khuyết khu trú vùng trán, không lan qua đường khớp dọc giữa và không liên tục sang vùng đỉnh/thái dương.

+ Khác: các vị trí khu trú đơn thuần khác (thái dương đơn thuần, chẩm, đỉnh)

- Diện tích khuyết sọ: Quy trình đo diện tích. Chọn lát cắt trục có diện tích ổ khuyết lớn nhất. Nếu bờ ổ khuyết gần elip, dùng công cụ Ellipse ROI và tính theo công thức $A = \pi \times D_{\text{trước-sau}} \times D_{\text{trái-phải}} / 4$. Nếu bờ không đều, dùng Polygon/Freehand ROI bám theo bờ xương; phần mềm trả về diện tích (cm²). Mỗi trường hợp đo 2 lần, lấy giá trị trung bình cho phân tích. Phân hạng diện tích: Xếp loại nhỏ < 50 cm², trung bình 50–75 cm², lớn > 75 cm². Các ngưỡng này được xác định trước theo kinh nghiệm lâm sàng và kích thước tấm ghép thường dùng tại cơ sở điều trị.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả, tính tỉ lệ với biến định tính. Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với biến định lượng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của ban Giám đốc Học viện Quân y (QĐ số 2404. QĐ-HVQY). Số liệu và thông tin đối tượng chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 70 bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 10/2023 đến 02/2025 tại bệnh viện Quân y 103, chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Độ tuổi		
< 25	11	15,7
25 – 60	49	70,0
> 60	10	14,3
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	43,3 ± 16,4	
Giới tính		
Nam	56	80,0
Nữ	14	20,0

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 43,3 ± 16,4, trong đó nhóm bệnh nhân từ 25–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,0%, nhóm <25 tuổi chiếm 15,7% và nhóm >60 tuổi chiếm 14,3%. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 80,0% so với nữ giới là 20,0%.

Bảng 2. Lý do phẫu thuật mở nắp sọ

Lý do phẫu thuật mở nắp sọ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Chấn thương sọ não	45	64,3
Tai biến mạch não	25	35,7
U não	0	0,0

Nguyên nhân phẫu thuật mở nắp sọ thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là chấn thương sọ não với 45 trường hợp (64,3%), tiếp theo là tai biến mạch não với 25 trường hợp (35,7%), trong khi không có trường hợp nào do u não.

Bảng 3. Thời gian từ PT mở sọ đến lúc PT ghép sọ

Thời gian từ PT mở sọ đến lúc PT ghép sọ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
< 3 tháng	61	87,1
3 – 6 tháng	6	8,6
> 6 tháng	3	4,3
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) tháng	2,0 $\pm$ 1,5	

Phần lớn bệnh nhân được ghép sọ trong vòng <3 tháng sau mổ mở sọ (87,1%), chỉ có 8,6% bệnh nhân ghép sọ sau 3–6 tháng và 4,3% bệnh nhân ghép sọ >6 tháng. Thời gian trung bình từ mổ mở sọ đến ghép sọ là 2,0 $\pm$ 1,5 tháng.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng và điểm GCS của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng / Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Các triệu chứng lâm sàng		
Đau đầu	6	8,6
Co giật	2	2,9
Đau tại khuyết sọ	2	2,9
Suy nhược thần kinh	4	5,7
Triệu chứng thần kinh khu trú	25	35,7
Triệu chứng khác	0	0,0
Đặc điểm ổ khuyết sọ		
Bình thường	45	64,3
Lồi/Phòng	6	8,6
Lỗ	19	27,1
Điểm GCS trước mổ ghép sọ		
15	36	51,4
13-14	22	31,4
9-12	12	17,1

Trong nhóm nghiên cứu, triệu chứng thần kinh khu trú được ghi nhận nhiều nhất với 25 trường hợp (35,7%). Các triệu chứng khác bao gồm đau đầu 6 trường hợp (8,6%), co giật 2 trường hợp (2,9%), đau tại khuyết sọ 2 trường hợp (2,9%) và suy nhược thần kinh 4 trường hợp (5,7%), không có trường hợp nào thuộc nhóm “triệu chứng khác”. Về đặc điểm ổ khuyết sọ, 45 bệnh nhân (64,3%) có ổ khuyết bình thường, 19 bệnh nhân (27,1%) có ổ lõm và 6 bệnh nhân (8,6%) có ổ lồi/phòng. Đánh giá điểm GCS trước mổ ghép sọ cho thấy 36 bệnh nhân (51,4%) đạt GCS 15 điểm, 22 bệnh nhân (31,4%) ở mức 13–14 điểm và 12 bệnh nhân (17,1%) ở mức 9–12 điểm.

Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí khuyết sọ		
Bán cầu (trán-thái dương-đỉnh)	68	97,1
Trán	2	2,9
Diện tích khuyết sọ		
Nhỏ (<50 cm ²)	3	4,3
Trung bình (50–75 cm ²)	13	18,6
Lớn (>75 cm ²)	54	77,1

Về vị trí khuyết sọ, trong tổng số 70 bệnh nhân nghiên cứu, có 68 trường hợp ổ khuyết sọ nằm ở bán cầu (trán-thái dương-đỉnh), chiếm 97,1%, và 2 trường hợp ổ khuyết sọ ở vùng trán, chiếm 2,9%. Đối với diện tích khuyết sọ, hầu hết các ca thuộc loại lớn (>75 cm²) với 54 ca (77,1%), trong khi loại trung bình (50–75 cm²) chiếm 13 ca (18,6%) và loại nhỏ (<50 cm²) chỉ có 3 ca (4,3%).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp là 43,3 $\pm$ 16,4, trong đó nhóm tuổi 25–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (70,0%). Điều này phản ánh đặc điểm dịch tễ của chấn thương sọ não và các bệnh lý thần kinh nặng thường gặp ở lứa tuổi lao động, vốn là nhóm dễ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như tai nạn giao thông, tai nạn lao động và chấn thương trong sinh hoạt. Nghiên cứu của Duong D.H. và cộng sự (2025) trên bệnh nhân chấn thương sọ não nặng cũng ghi nhận tuổi trung bình 41,6 $\pm$ 15,2, khá tương đồng với kết quả của chúng tôi [1].

Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 80,0% so với nữ giới (20,0%). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, khi nam giới thường tham gia các hoạt động có nguy cơ chấn thương cao hơn, đặc biệt là tai nạn giao thông và tai nạn nghề nghiệp. Nghiên cứu của Gopalakrishnan và cộng sự (2018) cũng cho

thấy tỷ lệ nam giới chiếm khoảng 70–85% trong các trường hợp phải phẫu thuật mở sọ giảm áp do chấn thương sọ não [3].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung được báo cáo trong y văn quốc tế, cho thấy bệnh nhân khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi trung niên và nam giới. Đây là nhóm đối tượng cần được chú trọng trong các biện pháp dự phòng chấn thương sọ não cũng như quản lý sau phẫu thuật, nhằm giảm gánh nặng di chứng thần kinh và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Trong nghiên cứu này, nguyên nhân phẫu thuật mở nắp sọ chủ yếu là do chấn thương sọ não (64,3%), tiếp theo là tai biến mạch máu não (35,7%), không ghi nhận trường hợp nào do u não. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng tại Việt Nam, khi chấn thương sọ não vẫn chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh lý thần kinh cần can thiệp phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm tuổi lao động. Một nghiên cứu tại Việt Nam cũng ghi nhận chấn thương sọ não là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến phẫu thuật mở sọ giảm áp, chiếm trên 60% các trường hợp [1]. Trên thế giới, chấn thương sọ não cũng được xem là chỉ định chính của phẫu thuật này, trong khi nguyên nhân do bệnh lý mạch máu hay u não chiếm tỷ lệ thấp hơn [3], [4].

Về thời gian từ mổ mở sọ đến ghép sọ, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật ghép sọ trong <3 tháng sau mổ mở sọ (87,1%), chỉ có 8,6% bệnh nhân ghép sọ sau 3–6 tháng và 4,3% bệnh nhân ghép sau >6 tháng. Thời gian trung bình từ mổ mở sọ đến ghép sọ là $2,0 \pm 1,5$ tháng. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân được chỉ định ghép sọ trong khoảng thời gian khuyến cáo nhằm hạn chế biến chứng và cải thiện chức năng thần kinh. Theo khuyến cáo quốc tế, thời điểm ghép sọ thường được lựa chọn trong vòng <3 tháng sau mổ nhằm cân bằng giữa nguy cơ nhiễm trùng và nhu cầu phục hồi thần kinh [4], [5]. Một số nghiên cứu còn cho thấy ghép sọ sớm có thể giúp cải thiện lưu lượng máu não, giảm triệu chứng thần kinh và hỗ trợ phục hồi chức năng tốt hơn [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng thần kinh khu trú được ghi nhận nhiều nhất với tỷ lệ 35,7%. Đây là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân có tổn thương nhu mô não sau chấn thương hoặc tai biến mạch máu não, phản ánh tình trạng tổn thương thần kinh khu trú cần được can thiệp và theo dõi chặt chẽ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Honeybul và cộng sự (2016), khi các triệu chứng thần kinh khu trú được báo cáo là một trong những biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất sau phẫu thuật mở sọ giảm áp [6]. Các triệu chứng khác như đau đầu (8,6%), suy nhược thần kinh (5,7%) hay co giật (2,9%) xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn, gợi ý rằng không phải tất cả bệnh nhân khuyết sọ đều có biểu hiện lâm sàng rõ rệt, song các triệu chứng này vẫn có ý nghĩa lâm sàng

quan trọng trong quá trình theo dõi sau mổ.

Về đặc điểm ổ khuyết sọ, đa số bệnh nhân có ổ khuyết bình thường (64,3%), trong khi 27,1% có ổ lõm và 8,6% có ổ lồi/phồng. Hình thái bất thường của ổ khuyết sọ, đặc biệt là ổ lõm, có thể liên quan đến hội chứng khuyết sọ, vốn được ghi nhận gây ra các rối loạn thần kinh, tâm thần và ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân sau phẫu thuật [7]. Do đó, việc theo dõi hình thái ổ khuyết sọ trên lâm sàng và hình ảnh học có giá trị trong chỉ định ghép sọ và đánh giá hiệu quả phục hồi.

Đánh giá thang điểm Glasgow (GCS) trước mổ ghép sọ cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân (51,4%) có GCS 15 điểm, 31,4% ở mức 13–14 điểm và 17,1% ở mức 9–12 điểm. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng thần kinh tương đối ổn định trước phẫu thuật ghép sọ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Malcolm và cộng sự (2018), trong đó nhóm bệnh nhân có GCS cao trước mổ thường có tiên lượng phục hồi thần kinh tốt hơn sau ghép sọ [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí khuyết sọ tập trung nhiều nhất ở vùng bán cầu (trán–thái dương–đỉnh), chiếm 97,1%, và 2 trường hợp ổ khuyết sọ ở vùng trán, chiếm 2,9%. Điều này phù hợp với thực tiễn lâm sàng, bởi vùng trán–thái dương–đỉnh thường là vị trí phải mở sọ giảm áp trong các trường hợp chấn thương sọ não nặng hoặc xuất huyết não diện rộng. Một nghiên cứu của Gooch và cộng sự (2009) cũng ghi nhận tỷ lệ khuyết sọ vùng bán cầu chiếm ưu thế so với các vị trí khác [7]. Sự phân bố này có thể liên quan đến chiến lược phẫu thuật nhằm tối đa hóa hiệu quả giảm áp lực nội sọ và dễ tiếp cận trong mổ. Về diện tích khuyết sọ, đa số trường hợp có kích thước lớn ($>75 \text{ cm}^2$), chiếm tới 77,1%. Kết quả này tương tự báo cáo của Malcolm và cộng sự (2018), khi phần lớn bệnh nhân sau mổ sọ giảm áp có diện tích khuyết lớn và thường cần ghép sọ sớm để cải thiện chức năng thần kinh [5]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng diện tích khuyết sọ lớn có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ xuất hiện hội chứng khuyết sọ, ảnh hưởng đến tuần hoàn dịch não tủy, lưu lượng máu não và dẫn tới các rối loạn thần kinh kéo dài [6]. Như vậy, phân tích đặc điểm hình ảnh CLVT trong nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân khuyết sọ chủ yếu có tổn thương vùng trán với diện tích rộng. Đây là những yếu tố quan trọng không chỉ trong đánh giá tiên lượng mà còn trong quyết định thời điểm phẫu thuật ghép sọ nhằm cải thiện phục hồi thần kinh và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [8].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 70 bệnh nhân bị khuyết sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 10/2023 đến 02/2025 tại bệnh viện Quân y 103, chúng tôi nhận thấy nguyên nhân

phẫu thuật mở nắp sọ chủ yếu là chấn thương sọ não (64,3%). Triệu chứng thần kinh khu trú chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%), các triệu chứng khác bao gồm đau đầu (8,6%), suy nhược thần kinh (5,7%). Đa số ổ khuyết sọ bình thường chiếm 64,3% bệnh nhân. Điểm GCS trước mổ ghép sọ chủ yếu đạt 15 điểm (51,4%). Về đặc điểm hình ảnh CLVT sọ não, vị trí khuyết sọ tập trung ở vùng bán cầu (97,1%); diện tích khuyết sọ lớn ($>75\text{ cm}^2$) chiếm chủ yếu với 77,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dai Ha D., Toan V. T., Tung L. B. (2025). Mid-Term Outcomes and Prognosis of Decompressive Craniectomy in Severe Traumatic Brain Injury. *Medical Archives*, 79(2): 142.
- [2] Fung C., Murek M., Z'Graggen W. J., et al. (2012). Decompressive hemicraniectomy in patients with supratentorial intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 43(12): 3207-3211.
- [3] Gopalakrishnan M., Shanbhag N. C., Shukla D. P., et al. (2018). Complications of decompressive craniectomy. *Frontiers in neurology*, 9: 977.
- [4] Shah A., Almenawer S., Hawryluk G. (2019). Timing of decompressive craniectomy for ischemic stroke and traumatic brain injury: a review. *Frontiers in neurology*, 10: 11.
- [5] Malcolm J. G., Rindler R. S., Chu J. K., et al. (2018). Early cranioplasty is associated with greater neurological improvement: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurgery*, 82(3): 278-288.
- [6] Honeybul S., Ho K. M. (2016). Cranioplasty: morbidity and failure. *British Journal of Neurosurgery*, 30(5): 523-528.
- [7] Gooch M. R., Gin G. E., Kenning T. J., et al. (2009). Complications of cranioplasty following decompressive craniectomy: analysis of 62 cases. *Neurosurgical focus*, 26(6): E9.
- [8] Grindlinger G. A., Skavdahl D. H., Ecker R. D., et al. (2016). Decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury: clinical study, literature review and meta-analysis. *Springer-plus*, 5(1): 1605.