

tạo và có kinh nghiệm trong thực hiện thủ thuật cảnh tam châm trên nhiều bệnh nhân khác nhau.

Trong quá trình 28 ngày uống TK1-HV dưới dạng nước sắc, chúng tôi không ghi nhận được các tác dụng không mong muốn của bài thuốc TK1-HV. Các bệnh nhân đều ăn uống, ngủ nghỉ bình thường, không có hiện tượng đau bụng đi ngoài, buồn nôn, nôn, sần ngứa, dị ứng...

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp trung bình) được chúng tôi đánh giá tại 2 thời điểm là thời điểm trước điều trị (ngày D0) và thời điểm D28 khi kết thúc liệu trình can thiệp. Các số liệu định lượng thu thập được cho thấy không có sự khác biệt về các chỉ số này. Mạch và huyết áp trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường.

Kết quả sau 28 ngày dùng TK1-HV kết hợp cảnh tam châm hoặc TK1-HV kết hợp điện châm cho thấy các chỉ số công thức máu cơ bản (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận trong quá trình diễn ra nghiên cứu này. Chỉ số chức năng gan thận của bệnh nhân NNC và NĐC đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau khi kết thúc liệu trình điều trị.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, bài thuốc TK1-HV kết hợp cảnh tam châm điều trị hội chứng cổ-vai-cánh tay do thoái hóa cột sống cổ an toàn trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Không ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn; không thấy sự thay đổi chỉ số huyết học và sinh hóa cơ bản sau 28 ngày sử dụng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Nghiên cứu phương pháp cảnh tam châm trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, tại một số cơ sở điều trị khác.

- Đánh giá tác dụng độc lập của phương pháp cảnh tam châm trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2016).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 145-153.
- Caridi J.M., Pumberger M., Hughes A.P. (2011).** Cervical radiculopathy: a review, *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*, 7(3), pg 265-272.
- Radhakrishnan K., Litchy W.J., O'Fallon W.M. et al (1994).** Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from rochester, minnesota, 1976 through 1990, *Brain*, 117, pg 325-335.
- Schoenfeld A.J, George A.A., Bader J.O. et al (2012).** Incidence and epidemiology of cervical radiculopathy in the united states military: 2000 to 2009, *J Spinal Disord Tech*, 25, pg 17-22.
- 75. Liao W., Tang C., Zhang J. (2018).** Discussion on the principle and treatment pathway of Jin's three-needle technique for mind regulation and treatment from the "Adjusting qi to regulate mind, adjusting blood to regulate mind", *Zhongguo Zhen Jiu*, 38(11), pg 1235-1238.
- Yuan Qing, Luo Guangming, Jeffrey Winsauer et al (2004).** Chinese-English explanation of Jin' 3-needle technique, Shanghai Scientific and technological Literature publishing house, China.
- Nguyễn Văn Tuấn (2008).** Y học thực chứng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 90.
- Lưu Ngọc Hoạt (2018).** Phương pháp viết đề cương nghiên cứu khoa học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- Trịnh Thị Hương Giang (2019).** Đánh giá hiệu quả điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp thủy châm Nucleo C.M.P, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN TRONG GIÁM ĐỊNH Y PHÁP

Nguyễn Tuấn Anh¹, Đào Hoàng Diễm², Lưu Sỹ Hùng¹

TÓM TẮT

Xuất huyết dưới nhện (XHDN) là tình trạng chảy máu vào một vùng không gian quanh nhu mô não gọi là khoang dưới nhện, khoang này nằm giữa 2 lớp

màng não là màng nhện ở ngoài và màng mềm ở trong, có thể chia làm 2 loại là XHDN chấn thương và XHDN không chấn thương^[1]. Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Y Pháp và khoa Giải Phẫu Bệnh – Pháp Y bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2004 đến 12/2017 trên 49 nạn nhân tử vong do XHDN. Nạn nhân nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi và lớn tuổi nhất là 85 tuổi. Tuổi trung bình là 33.5 tuổi, gặp nhiều nhất là 25 tuổi, đa số là nam giới (97.96%), hoàn cảnh xảy ra chủ yếu do bị đánh 79.6%. XHDN liên quan đến tổn thương da và tổ chức dưới da chiếm 95,9%, vỡ xương sọ 75,5%, phù não 77.6%, tỷ lệ XHDN do chấn thương chiếm 89,8%.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Pháp y quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh

Email: tuananhyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2020

Ngày duyệt bài: 7.01.2021

Từ khóa: Xuất huyết dưới nhện, giám định y pháp, vỡ xương sọ, chấn thương sọ não.

SUMMARY

STUDIES SUBARACHNOID HAEMORRHAGE IN FORENSIC EXAMINATION

Subarachnoid hemorrhage (SAH) caused by bleeding into subarachnoid space — the area between the arachnoid membrane and the pia mater surrounding the brain. SAH can cause sudden death or many dangerous complications, it requires prompt and timely treatment to enhance patient survival. SAH is divided into 2 categories according to the cause: injury and non-injury. Research is done on 49 deaths caused by SAH by Anatomic Pathology and Forensic Medicine Department of Vietnam Germany Hospital from 01/2004 to 12/2017. After initial onset of SAH, victims have more than 3 hours to be cured. Some of the more common symptoms of the patient include: skin and subcutaneous lesions (95.9%), skull fracture (75.5%) and the most common intracranial lesion is cerebral edema (77.6%). Most patients had injuries associated with 89.8%. The rate of SAH due to available cerebrovascular disease accounts for 10.2%.

Key Word: Subarachnoid haemorrhage, forensic exam, skull fracture, head injurie.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết dưới nhện có tỷ lệ tử vong cao, có thể gây chết đột ngột hoặc nhiều biến chứng nguy hiểm, người sống thường mang di chứng nặng ảnh hưởng đến đời sống cá nhân, là gánh nặng cho gia đình và xã hội trong quá trình điều trị và phục hồi chức năng.

Bảng 3.1.1 Phân bố theo tuổi, giới

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
1 – 14	0	0	0	0	0	0
15 – 29	26	53.06	0	0	26	53.06
30 - 44	10	20.41	0	0	10	20.41
45 - 59	10	20.41	0	0	10	20.41
≥ 60	2	4.08	1	2.04	3	6.12
Tổng	48	97.96	1	2.04	49	100

3.1.2. Hoàn cảnh xảy ra XHDN:

Bảng 3.1.2 Hoàn cảnh xảy ra XHDN

Hoàn cảnh	N	Tỷ lệ %
Đột tử	1	2.04
Bị đánh	39	79.6
Ngã	3	6.12
Không rõ hoàn cảnh	6	12.24
Tổng	49	100

3.1.3 Xơ vữa mạch máu não. Trong số 49 nạn nhân, có 13 trường hợp được làm xét nghiệm mô bệnh học não. Tỷ lệ nạn nhân có xơ vữa mạch máu não là 15.38%, số không bị xơ vữa mạch máu não là 84.62%.

3.2 Xuất huyết dưới nhện và các thương tổn phổi hợp

Giám định y pháp ở các trường hợp có tổn thương XHDN mang ý nghĩa quan trọng bao gồm nhận định các dấu vết thương tích kèm theo, cơ chế tổn thương, nguyên nhân tử vong nhằm giúp các cơ quan chức năng giải quyết các vấn đề về pháp lý, cung cấp các đặc điểm hình thái tổn thương và giúp cho công tác dự phòng nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm và điều trị hiệu quả. Vì vậy đề tài: "*Nghiên cứu tổn thương xuất huyết dưới nhện trong giám định y pháp*" được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát một số yếu tố dịch tễ và tổn thương liên quan của xuất huyết dưới nhện qua giám định y pháp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những nạn nhân tử vong được xác định có tổn thương xuất huyết dưới nhện qua giám định y pháp tại khoa Giải Phẫu Bệnh – Pháp Y bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2004 đến 12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu: Hồi cứu hồ sơ giám định từ năm 01/01/2004 đến 31/12/2017: Gồm 49 hồ sơ.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Các yếu tố dịch tễ

3.1.1 Phân bố theo tuổi, giới:

3.2.1 Tổn thương da và các tổ chức phần mềm dưới da

Bảng 3.2.1 Tổn thương da và phần mềm dưới da

Tổn thương	N	Tỷ lệ %
Xây sát da đầu	36	73.5
Rách da đầu	22	44.9
Đụng dập da đầu	10	20.4
Bầm tụ máu dưới da đầu	42	85.7

3.2.2 Tổn thương vỡ xương sọ. Tỷ lệ nạn nhân có vỡ xương sọ cao hơn hẳn tỷ lệ không vỡ xương là 75.5% và 24.5%.

3.2.3 Các hình thái tổn thương nội sọ kèm theo

Bảng 3.6 Hình thái thương tổn nội sọ kèm theo

Hình thái tổn thương	N	Tỷ lệ %
Máu tụ ngoài màng cứng (MT NMC)	16	32.7
Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC)	24	49
Xuất huyết não thất	8	16.3
Xuất huyết nhu mô não	20	40.8
Dập não	28	57.1
Phù não	38	77.6
Thoát vị hạnh nhân tiểu não	33	67.3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố dịch tễ

4.1.1 Tuổi và giới: Tuổi trung bình của nạn nhân trong nghiên cứu là 33.5 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 15–29 tuổi (53.06%). Nạn nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu là 15 và lớn tuổi nhất là 85. Số liệu trên phù hợp với nghiên cứu của Edirisinghe P.A.S tại trường đại học Edinburg, Slobodan và Inagawa Tetsuji. Trong các nghiên cứu này, độ tuổi hay gặp nhất là trung niên khoảng 45 – 60 tuổi, Tại Việt Nam, theo Nguyễn Văn Liệu độ tuổi hay gặp nhất là 41- 60 tuổi chiếm 57.4%, tuổi trung bình là 52 ± 6.19 tuổi.

Giới: Các nạn nhân trong nghiên cứu hầu hết là nam giới với 97.96%, nữ giới chiếm rất ít chỉ 2.04%. Kết quả này rất khác biệt so với các nghiên cứu của Brisman với tỷ lệ nam/nữ là 2/3. Theo Edirisinghe P.A.S, tỷ lệ nạn nhân nữ là 55.2%, nam giới là 44.8%. Nghiên cứu của Gonsoulin Morna cũng cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm 56%, nam giới chiếm 44%. Tại Việt nam, nghiên cứu của chúng tôi cũng như của Nguyễn Văn Liệu tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai ghi nhận bệnh nhân nam giới chiếm 60.18%, nữ chiếm 39.82%, tỷ lệ nam/nữ là 3/2.

4.1.2. Hoàn cảnh xảy ra: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 39 nạn nhân (79.6%) vào viện do bị đánh. Tỷ lệ nạn nhân chết đột ngột là 2.04%, có 6.12% nạn nhân được xác định do bị ngã. Những trường hợp này rất khó để xác định ngã gây vỡ phình mạch não hay là vỡ phình mạch não xảy ra trước khiến nạn nhân bị ngã. Trong tổng số 49 nạn nhân, có 6 trường hợp (12.24%) được đưa vào viện mà không biết hoàn cảnh chính xác của tai nạn. Số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn nạn nhân bị xuất huyết dưới nhện dẫn đến tử vong là do bị đánh, điều này giúp giải thích yếu tố dịch tễ về tuổi và giới ở trên, khi nạn nhân đa số là nam trong độ tuổi từ 15–29.

4.1.3 Thời gian sống sau XHDN. Dựa theo

phân loại của Hiệp hội Ngoại khoa Hoa Kỳ (ATLS), thời gian tử vong của nạn nhân bị tai nạn được chia thành 3 nhóm là: (1) chết ngay sau tai nạn đến trước 30 phút, (2) sau 30 phút đến trước 3 giờ và (3) sau 3 giờ đến một vài ngày, một vài tuần. Ở đây, chúng tôi chia nhỏ nhóm thứ (3) để làm rõ hơn khoảng thời gian chết của các nạn nhân.

Trong 49 đối tượng nghiên cứu, số nạn nhân tử vong trong vòng 30 phút sau XHDN là 1 trường hợp chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2.04%. Tỷ lệ nạn nhân tử vong trong vòng 30 phút đến 3 giờ là 6.12%. Như vậy, đa số nạn nhân sống trên 3 giờ sau XHDN; cụ thể trong khoảng 3 – 6 giờ chiếm 12.24%, khoảng 6 -24 giờ chiếm 30.61%, khoảng 24 – 72h chiếm 28.57%, sau 72 giờ là 20.41%.

4.1.4. Nồng độ cồn trong máu: Trong số 18 nạn nhân được làm xét nghiệm nồng độ cồn trong máu, có 27.78% xác định có cồn trong máu, trong số đó số nạn nhân có nồng độ cồn trên 50mg/100ml máu chiếm 60%. Nạn nhân có nồng độ cồn cao nhất là 163.3mg/100ml máu, thấp nhất là 23.3mg/100ml máu, nồng độ cồn trung bình là 91.04mg/100ml máu.

4.1.5 Xơ vữa mạch máu não: Xơ vữa mạch máu não là yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết dưới nhện do tổn thương thành mạch. Trong 13 trường hợp được làm xét nghiệm mô bệnh học não, có 2 nạn nhân (15.38%) được xác định có xơ vữa mạch máu não. Trong đó có 1 nạn nhân chết tự nhiên, có xơ vữa các động mạch ở đa giác Willis gây XHDN, tụ máu quanh thân não và hành tuỷ, chảy máu não thất, không có bất kì các tổn thương nào liên quan đến chấn thương.

4.2. Xuất huyết dưới nhện và tổn thương liên quan.

4.2.1 Tổn thương da và phần mềm dưới da đầu: Tổn thương da và phần mềm dưới da đầu gặp trong 95.9% nạn nhân có tổn thương, chỉ 4.1% nạn nhân không có tổn thương. Trong tổng số các nạn nhân có tổn thương da và tổ chức dưới da, 78.7% có vỡ xương sọ, 59.6% có dập não. Điều này chứng tỏ rằng hầu hết nạn nhân phải chịu một lực tác động vào đầu đủ lớn để gây tổn thương xương sọ và não bộ. Tuy nhiên không hoàn toàn khẳng định được các tổn thương này có trước tổn thương XHDN vì sự rò rỉ máu vào khoang dưới nhện cũng có thể gây biểu hiện thần kinh hoặc thậm chí là hành vi bất thường có thể dẫn đến xung đột với người khác, hoặc rơi vào tình trạng nguy hiểm như tai nạn giao thông hoặc ngã^[7].

Trong các hình thái tổn thương da đầu thì bầm tụ máu dưới da đầu là hay gặp nhất với 42

nạn nhân chiếm 85.7%, tiếp đến là xây sát da đầu cũng chiếm một tỷ lệ lớn là 73.5%, rách da đầu chiếm 44.9%, ít gặp nhất là đung dập da đầu với 20.4%.

4.2.2 Tổn thương xương sọ: Trong 49 nạn nhân, số nạn nhân có vỡ xương sọ là 75.5%, không vỡ xương sọ là 24.5%. Như vậy, tỷ lệ vỡ xương sọ gấp 3 lần số nạn nhân không có vỡ xương sọ.

4.2.3 Các tổn thương nội sọ kèm theo

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC): Khối MTNMC phát hiện thấy ở 32.7% số nạn nhân. Trong số này có 15 nạn nhân có tổn thương vỡ xương sọ, chiếm tỷ lệ 93.8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Osborn A.G. Theo Osborn A.G, các khối máu tụ ngoài màng cứng ước tính khoảng 90% có nguồn gốc từ tổn thương ĐM và 10% từ tổn thương TM mà hay gặp nhất là ĐM màng não giữa chạy trong rãnh ĐM màng não giữa ở xương thái dương.

Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC): Có 24/49 nạn nhân phát hiện MTDMC, chiếm tỷ lệ 49%. Có 19/24 bệnh nhân MTDMC có vỡ xương sọ, chiếm tỷ lệ 79.2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ vỡ xương sọ trong MTNMC. Các kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới [7].

- Xuất huyết não thất: Trong nghiên cứu, xuất huyết não thất xuất hiện trong 8 trường hợp, chiếm tỷ lệ 16.3%, chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các tổn thương nội sọ kèm theo XHDN. Xuất huyết não thất là tổn thương ít gặp, thường xuất hiện trong chấn thương sọ não nặng. Babchin I.C cho rằng xuất huyết não thất là do xuất huyết khoang dưới nhện và chảy ngược vào não thất. Albrecht H cho rằng xuất huyết não thất có thể do xuất huyết trong nhu mô não vỡ vào não thất. Tỷ lệ xuất huyết nhu mô não trong số bệnh nhân xuất huyết não thất trong nghiên cứu của chúng tôi là 37.5%.

Dập não và xuất huyết nhu mô não: Dập não gặp ở 28 nạn nhân tương ứng 57.1%. Xuất huyết nhu mô não xuất hiện ở 20 nạn nhân tương ứng 40.8%. Mức độ tổn thương của nhu mô não có thể không tương xứng với mức độ tổn thương bên ngoài của da đầu, xương sọ, có thể do cơ chế chấn thương. Não có thể bị tổn thương trực tiếp do tác động của các vật bên ngoài như gậy gộc, hoả khí, dao hoặc ngã vào nền cứng hoặc do gia tốc chuyển động của não khi tăng giảm tốc độ đột ngột, đặc biệt khi có kèm theo chuyển động quay, nhu mô não mềm sẽ chuyển động nhanh hơn hộp sọ rắn chắc và gây ra va chạm giữa 2 thành phần này. Khi đó dù không có tổn thương bên ngoài nhưng lại có

sự bóc tách màng não, dập não, tụ máu trong não. Ví dụ điển hình cho tổn thương này hay gặp trong bạo hành trẻ em, khi đứa trẻ bị rung lắc mạnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi vỡ xương sọ xuất hiện ở 89.3% (25 bệnh nhân) trong toongr số nạn nhân bị dập não.

Phù não: Tỷ lệ phù não trong nghiên cứu của chúng tôi là 77.6%. Phù não chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương nội sọ kèm theo do là thương tổn thứ phát, có thể xuất hiện sau bất cứ tổn thương nội sọ nào. Trong 38 trường hợp phù não, phần lớn có các tổn thương khác kèm theo như dập não (68.4%), xuất huyết nhu mô não (47.4%), MTDMC (50%), MTNMC (36.8%). Điều này phù hợp với quan điểm cho rằng phần lớn phù não là do dập não gây ra. Tất cả các trường hợp phù não đều là phù não lan toả 1 hoặc 2 bán cầu. Phù não tiến triển dẫn đến tăng áp lực nội sọ và thoát vị não như tụt kẹt hạnh nhân tiểu não, thoát vị hồi hải mã vào khe Bichat, thoát vị qua liềm đại não, thoát vị dưới liềm...

Tụt kẹt hạnh nhân tiểu não: Tụt kẹt hạnh nhân tiểu não chiếm tỷ lệ 67.3%, là hậu quả thứ phát của tăng áp lực nội sọ do phù não, sự chèn ép của các khối máu tụ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu này luôn kèm theo tổn thương khác như phù não (84.8%), MTDMC (54.5%), MTNMC (36.4%), xuất huyết nhu mô não (36.4%).

4.2.4. Các tổn thương trên mô bệnh học:

Trong 13 nạn nhân có xét nghiệm mô bệnh học, tổn thương gặp nhiều nhất là phù não chiếm tỷ lệ 69.23%, sau đó là xuất huyết nhu mô não chiếm 61.54%, dập não chiếm 53.85%. Các tổn thương vi thể nhu mô não giúp cung cấp những thông tin hết sức giá trị, giữ vai trò trong việc bổ sung cũng như đánh giá tính đúng đắn của những kết luận đã được hướng tới qua khám nghiệm đại thể.

V. KẾT LUẬN

1. Các yếu tố dịch tễ

- Giới: Hầu hết là nam giới (97.96%), tỷ lệ nữ giới thấp (2.04%).
- Tuổi: Nhóm tuổi hay gặp nhất là 15–29 tuổi với 53.1%.
- Hoàn cảnh xảy ra XHDN: chủ yếu là bị đánh (79.6%).
- Thời gian sống sau XHDN: Khoảng 6-24h chiếm tỷ lệ cao nhất 30.61%.
- Nồng độ cồn trong máu: có 27.78% nạn nhân được xét nghiệm có nồng độ cồn trong máu, nồng độ trung bình là 91.04mg/100mlml, trong số đó 60% có nồng độ cồn vượt quá

50mg/100ml

- Xơ vữa mạch máu não: Chiếm tỷ lệ 15.38%.

2. XHDN và các tổn thương liên quan

- Tổn thương da và tổ chức dưới da chiếm tỷ lệ 95.9%. Cụ thể bầm tụ máu dưới da đầu chiếm 85.7%, xây sát da đầu gặp ở 73.5% số trường hợp, rách da đầu chiếm 44.9% và đụng dập da đầu chỉ chiếm 20.4%. Đa số nạn nhân có vỡ xương sọ (75.5%), tỷ lệ vỡ vỡ xương sọ gặp 3 lần so với không vỡ.

- Trên đại thể, nhiều thương tổn kèm theo XHDN, chiếm tỷ lệ cao nhất là phù não (77.6%), thoát vị hạnh nhân tiểu não (67.3%), tiếp theo là dập não (57.1%), MTDMC (49%), MTNCM (32.7%), xuất huyết nhu mô não (40.8%) và xuất huyết não thất là thấp nhất với 16.3%.

- Trên mô bệnh học, phù não vẫn chiếm đa số với 69.23%, xuất huyết nhu mô não gặp ở 61.54%, dập não chiếm 53.85% và cuối cùng là xuất huyết dưới nhện với 46.15%.

- Đa số là XHDN do chấn thương với 89.8%. Tỷ lệ XHDN do bệnh lý mạch máu não chiếm 10.2%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Punitha R, Kumar M.V, Rayamane A.P, et al. (2014). Natural Intracranial Hemorrhage and Its

Forensic Implications: A Case Review. Journal of Indian

2. Edirisinghe P.A.S (2011). Subarachnoid haemorrhage as a cause of death: a review of forensic autopsies conducted in Edinburgh. Sri Lanka Journal of Forensic Medicine, Science & Law, 1.
3. Nikolić S, Banjanin I, Stanojević A (2004). Subarachnoidal hemorrhage from berry aneurysms as a cause of natural death. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 132, 236-239.
4. Inagawa T, Hirano A (1990). Ruptured intracranial aneurysms: an autopsy study of 133 patients. Surgical neurology, 33, 117-123
5. Brisman J.L, Song J.K, Newell D.W (2006). Cerebral aneurysms. New England Journal of Medicine, 355, 928-939.
6. Gonsoulin M, Barnard J.J, Prahlow J.A (2002). Death resulting from ruptured cerebral artery aneurysm: 219 cases. The American journal of forensic medicine and pathology, 23, 5-14
7. Nguyễn Văn Liệu (2012). Nghiên cứu nguyên nhân chảy máu dưới nhện không do chấn thương tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai trong ba năm 2009-2011. Tạp chí Y học Việt Nam, 393, 1-4.
8. Modi N.J, Agrawal M, Sinha V.D (2016). Post-traumatic subarachnoid hemorrhage: A review. Neurology India, 64, 8.
9. Shkrum M.J, Ramsay D.A (2007). Forensic pathology of trauma, Springer Science & Business Media.

THAY 8 KHỚP BÀN NGÓN TAY BẰNG VẬT LIỆU SILICONE NHỜ CÔNG NGHỆ IN 3D CHO BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP BÀN TAY 2 BÊN. NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Trần Quyết¹, Trần Trung Dũng^{1,2}, Phạm Trung Hiếu^{1,2},
Vũ Tú Nam^{1,2}, Phan Khoa Nguyễn¹

TÓM TẮT

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh gặp ở mọi quốc gia trên thế giới. Tỷ lệ bệnh chiếm khoảng 0,5% - 1% dân số ở châu Âu và khoảng 0,17 - 0,3% tại các nước châu Á. Bệnh thường gặp ở nữ giới với tỷ lệ nữ/nam thay đổi từ 2,5 đến 1. Đây là một bệnh lý tự miễn điển hình, diễn biến mạn tính với các biểu hiện tại khớp tiến triển theo thời gian, hay gặp nhất là các khớp ngoại biên, đặc biệt là khớp bàn, ngón tay. Khi không điều trị đúng cách bệnh sẽ tiến triển nặng, có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề hoặc tàn phế ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phẫu thuật thành công thay 8 khớp nhân tạo bàn tay

bao gồm 7 khớp bàn ngón và 1 khớp liên đốt gần ngón tay cho 1 bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp có tổn thương nặng, biến dạng, trật khớp bàn ngón tay 2 bên. Xin trình bày những vấn đề tổng quan về thay khớp bàn ngón và giới thiệu ca lâm sàng.

SUMMARY

REPLACING 8 ARTIFICIAL HAND JOINTS WITH SILICONE IMPLANTS BY 3D PRINTING TECHNOLOGY FOR PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN HANDS ON BOTH SIDES. A CASE REPORT

Rheumatoid arthritis is a disease found in every country in the world. The rate of incidence accounts for about 0.5% - 1% among Europe's population and about 0.17 - 0.3% in Asian countries. This disease is common among women with a female: male ratio ranging from 2.5 to 1. It is a typical, chronic progressive autoimmune disease with progressive joint manifestations over time. The disease most commonly affects peripheral joints, especially the MCP and wrist

¹Bệnh viện ĐK Tâm Anh

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết

Email: quyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2020

Ngày duyệt bài: 8.01.2021