

# Góc nhìn của Bệnh nhân và Bác sĩ trong một trường hợp Chấn thương Sọ não Nghiêm trọng

Rhoderick M. Casis

Ngày nhận được bài viết: August 4, 2018

## TÓM LƯỢC

Chấn thương sọ não là một thách thức với các bác sĩ và chuyên gia trên toàn cầu do các đặc điểm lâm sàng không đồng bộ, các thương tật thứ cấp và phác đồ điều trị phức tạp, bao gồm phẫu thuật, sử dụng thuốc, chăm sóc đặc biệt, dinh dưỡng và phục hồi. Báo cáo này tập trung vào một bệnh nhân chấn thương sọ não được ghi nhận ở mức 4 trên Thang điểm Glasgow Coma Scale khi được chuyển từ bệnh viện đến trung tâm nghiên cứu. Tình trạng của bệnh nhân, các phương án điều trị và các kỳ vọng được thảo luận với người nhà bệnh nhân. Bệnh nhân được phẫu thuật và can thiệp bằng thuốc, bao gồm thuốc dinh dưỡng thần kinh và các biện pháp phục hồi đặc biệt, gồm hoạt động trị liệu. Nếu xem xét kết quả phục hồi rõ rệt của bệnh nhân, thì phương pháp kết hợp nhiều loại hình điều trị có vẻ là một hướng tiếp cận đầy hứa hẹn với những bệnh nhân chấn thương sọ não nghiêm trọng.

Từ khóa: Cerebrolysin; Chấn thương sọ não; Tái sinh thần kinh; Phục hồi thần kinh

Các đặc tính kỹ thuật số nâng cao. Để xem các đặc tính kỹ thuật số nâng cao của bài báo này, vui lòng theo đường dẫn <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.7258007>.

R. M. Casis (&)  
Trung tâm Y tế St. Luke's Quezon, 279 Cathedral Heights, đường E. Rodriguez Sr. Ave, 1123 Thành phố Quezon, Metro Manila, Philippines  
e-mail: [bmcasis@hotmail.com](mailto:bmcasis@hotmail.com)

## GIỚI THIỆU

Chấn thương sọ não là một vấn đề sức khỏe toàn cầu, và một bệnh lý phổ biến mà các bác sĩ hầu hết đều đã từng gặp. Chấn thương sọ não là một mối quan ngại ở tất cả các quốc gia trên thế giới, vì căn bệnh này tiêu tốn một lượng lớn nguồn lực y tế, và gây gánh nặng lớn lên ngân sách y tế của chính phủ. Một tỷ lệ lớn bệnh nhân chấn thương sọ não do tai nạn giao thông. Trong một nghiên cứu gộp về thông tin các bệnh nhân chấn thương sọ não ở mức vừa và nặng, nhóm nghiên cứu IMPACT đã tìm ra quy luật phân bố: tỷ lệ các ca chấn thương sọ não do tai nạn giao thông chiếm khoảng 53% đến 80% tổng số các ca chấn thương sọ não, và chấn thương sọ não do ngã chiếm từ 12%-30% [1, 2]. Ngoài ra, rất nhiều bệnh nhân sống sót đều bị phụ thuộc vào người chăm sóc trong các sinh hoạt hàng ngày. Tương tự, tại Trung tâm Y tế St. Luke tại thành phố Quezon, Philippines, gần 40% các bệnh nhân nhập viện và được giới thiệu là các bệnh nhân chấn thương sọ não. Tuy nhiên, nâng cao chất lượng điều trị không nên chỉ dừng lại ở việc gia tăng khả năng sống sót, mà còn phải gia tăng kết quả phục hồi chức năng. Do đó, cần phải nghiên cứu và tìm hiểu những phác đồ điều trị có khả năng gia tăng lợi ích cho bệnh nhân.

Mục đích chính của báo cáo này là cung cấp sự hỗ trợ và thông tin về các phương pháp điều trị bổ sung với chấn thương sọ não, đặc biệt là chấn thương sọ não ở mức nghiêm trọng.

Nâng cao chất lượng điều trị chấn thương sọ não ở mức nghiêm trọng thông qua những hiểu biết về sinh lý bệnh và thông tin về các phương pháp điều trị cải tiến sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình điều trị chấn thương sọ não. Chúng tôi hy vọng rằng các nghiên cứu mới, được thiết kế chuẩn, sẽ mở ra những hướng đi mới, cho phép chứng minh và thừa nhận lợi ích của các phương pháp điều trị hiện đại với bệnh nhân. Từ đó, các khuyến cáo điều trị lâm sàng sẽ được cải thiện, qua đó đem lại lợi ích cho bệnh nhân chấn thương sọ não.

## TÌNH HUỐNG CỦA BỆNH NHÂN

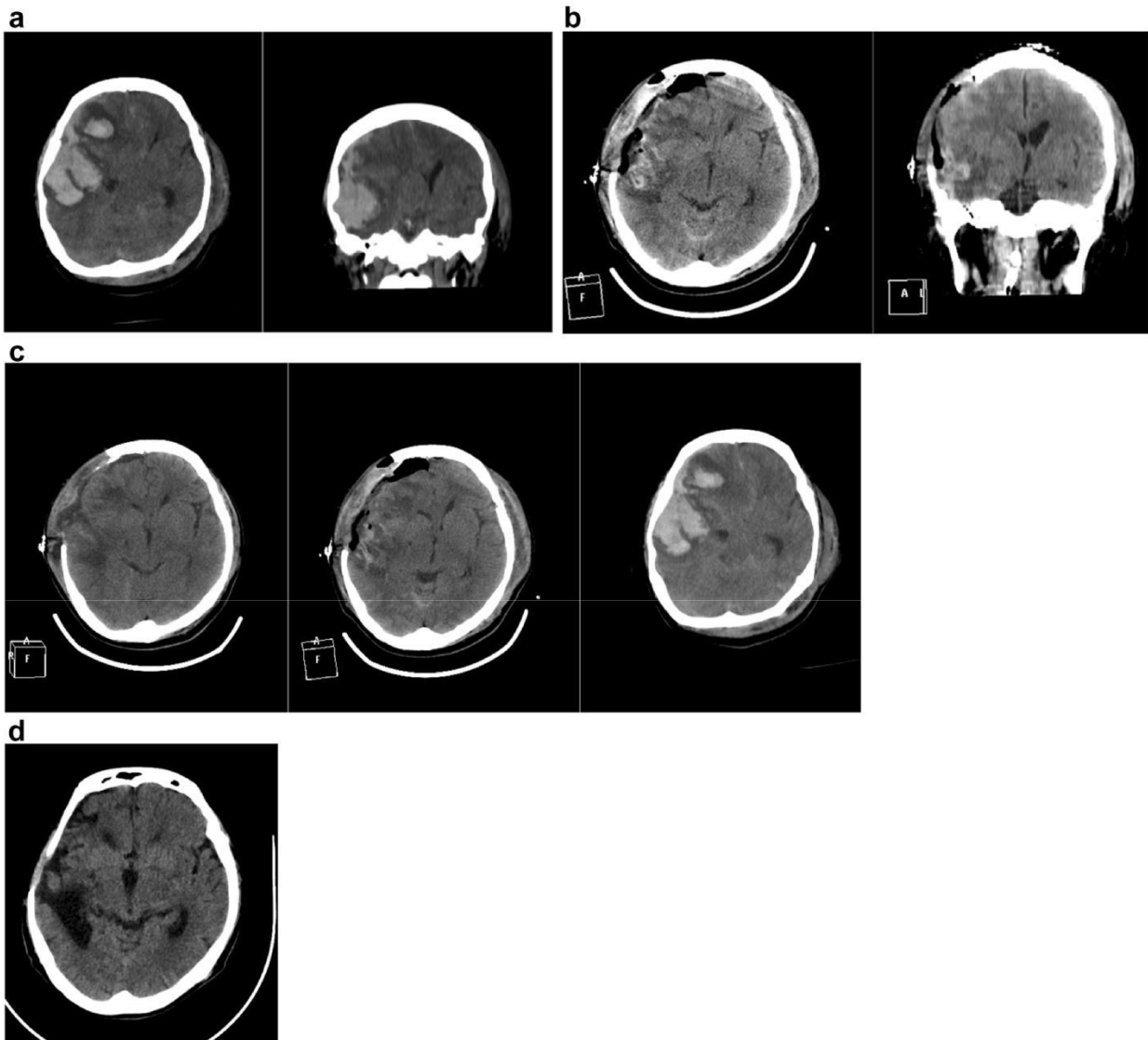
Bệnh nhân được nghiên cứu là một phụ nữ 57 tuổi gặp tai nạn giao thông. Bệnh nhân va chạm với một phương tiện có vận tốc rất lớn khi đang qua đường. Ngay sau tai nạn, bệnh nhân vẫn nói được tên mình và nói chuyện được với những người xung quanh. Sau đó 2 tiếng, bệnh nhân bắt đầu thấy chóng mặt. Khi được đưa đến cơ sở y tế địa phương, bệnh nhân đang ở mức 13/15 trên thang điểm Glasgow Coma Scale (GCS). Theo kết quả chụp cắt lớp vi tính (chụp CT), bệnh nhân bị tụ máu dưới màng cứng vùng thái dương đỉnh phía trước bán cầu não phải cấp tính. Bệnh nhân bắt đầu chuyển biến xấu khi vẫn đang trong phòng cấp cứu, ghi nhận ở mức 7/15 trên GCS. Đồng tử mắt phải giãn, và không phản ứng với ánh sáng. Khi điểm GCS ở mức 6/15, bệnh nhân được đặt ống thở, và được chuyển đến phòng cấp cứu tại Trung tâm Y tế St. Luke. Cứ 4 giờ một lần, bệnh nhân được truyền tĩnh mạch một liều 20mg mannitol. Không may, tình trạng của bệnh nhân tiếp tục xấu đi, và được ghi nhận trên thang điểm GCS ở mức 4/15. Sau khi thảo luận, các bác sĩ quyết định tiêm nhanh qua tĩnh mạch (tiêm bolus) 40mg mannitol cho bệnh nhân. Điểm GCS của bệnh nhân cải thiện và đạt mức 6/15, và các bác sĩ quyết định phẫu thuật khẩn cấp.

Toàn bộ quy trình được thực hiện trên bệnh nhân trong nghiên cứu này đều tuân thủ các tiêu chuẩn về đạo đức của hội đồng nghiên cứu quốc gia, và tuyên bố Helsinki 1964 cũng như các sửa đổi sau này, và các tiêu chuẩn đạo đức phù hợp. Các thủ tục chỉ được thực hiện khi có sự cho phép của bệnh nhân hoặc người đại diện.

## TỪ GÓC NHÌN CỦA BÁC SĨ

Khi được thông báo về bệnh nhân trong phòng cấp cứu và tình trạng ngày một xấu dần, tôi ngay lập tức yêu cầu tiêm nhanh 40mg mannitol qua tĩnh mạch, và chụp cắt lớp hộp sọ một lần nữa. Tôi báo với bác sĩ trực cấp cứu rằng tôi đang trên đường đến bệnh viện. Khi tôi vào phòng cấp cứu, phòng gần như chặt kín các bác sĩ đang chăm sóc bệnh nhân. Do tình trạng nguy kịch, bệnh nhân được nối với máy thở. Khi đó trên mặt bà ấy vẫn còn nhiều vết máu. Mắt phải của bà ấy bị tụ máu, khiến cho việc kiểm tra mắt phải rất khó khăn. Tôi thấy đồng tử mắt phải của bệnh nhân nở rộng và không phản ứng với ánh sáng. Đồng tử trái phản ứng trong vòng 3mm với ánh sáng. Khi tôi tiếp tục kiểm tra, bệnh nhân vẫn phản ứng với các kích thích gây đau, thể hiện qua việc bệnh nhân co tay trái lại, dù không mở mắt. Tôi kiểm tra phim chụp cắt lớp và phát hiện ngoài tụ máu dưới màng cứng cấp tính ở bán cầu não phải, bệnh nhân còn bị nhiều vết tụ máu do đụng giập ở thùy trán, thùy thái dương và thùy đỉnh (Hình 1a). Có sự di lệch đường chính giữa một cách đáng kể, và có triệu chứng tụt kẹt hồi hải mã. Toàn bộ ảnh chụp cắt lớp đều thể hiện tiên lượng xấu cho bệnh nhân. Tôi trao đổi với con gái bệnh nhân và nhấn mạnh sự cần thiết phải phẫu thuật ngay lập tức, đồng thời thảo luận các thủ tục cần hoàn thành và các kết quả có thể xảy ra. Tôi cũng đưa ra khả năng bệnh nhân tử vong là rất cao, kể cả khi được phẫu thuật, và những tổn thương thần kinh có thể xảy ra nếu bệnh nhân qua khỏi cuộc phẫu thuật. Con gái bệnh nhân đồng ý cho phép cuộc phẫu thuật. Sau đó, bệnh nhân được chuẩn bị và được đưa đến phòng phẫu thuật của khoa cấp cứu. Cuộc phẫu thuật gồm thủ thuật mở sọ và loại bỏ phần tụ máu dưới màng cứng cấp tính, cũng như cục máu đông trong não thông qua phẫu thuật cắt sọ giảm áp.

Một lỗ được khoan ở vùng thái dương, và được mở rộng để lộ phần màng cứng rất căng. Phần màng cứng được mở ra, và phần tụ máu dưới màng cứng cấp tính được hút ra. Sau khi một lượng lớn máu đông được loại bỏ, chúng tôi tiếp tục giải phẫu vùng thái dương đỉnh trước. Khi nắp sọ được mở ra, phía dưới phần màng cứng căng đầy máu. Phần màng cứng đó được mở ra, và phần tụ máu cấp tính dưới màng cứng được loại bỏ. Sự đụng giập ở thùy trán và thùy thái dương được ghi nhận, và một lượng lớn máu tụ trong não được loại bỏ. Các vùng xuất huyết của não được đốt để cầm máu, và các mô não đã chết cũng được loại bỏ. Não đã có nhịp đập trở lại nhưng vẫn bị sưng đáng kể.



Hình. 1 Ảnh chụp cắt lớp hộp sọ bệnh nhân. **a** Ảnh chụp cắt lớp hộp sọ từ phòng cấp cứu cho thấy nhiều vị trí xuất huyết do đụng giập, một vị trí tụ máu dưới màng cứng và di lệch đường chính giữa. **b** Ảnh chụp cắt lớp hộp sọ 24h sau ca phẫu thuật đầu tiên cho thấy giảm sưng và khuyết tật xương.

**c** Ảnh chụp cắt lớp hộp sọ 28 ngày sau ca phẫu thuật đầu tiên, so sánh với ảnh chụp 24h sau ca phẫu thuật và trước khi phẫu thuật. **d** Ảnh chụp cắt lớp hộp sọ 9 tháng sau chấn thương, phẫu thuật tạo hình sọ giúp bệnh nhân không bị nhũn não.

Chúng tôi quyết định tiến hành thủ thuật tạo hình màng cứng, và không đặt xương trở lại, để giảm áp lực lên phần não bị sưng. Chúng tôi không thực hiện theo dõi áp suất trong sọ, do đây không phải là một thủ tục tiêu chuẩn tại bệnh viện này trong các trường hợp phẫu thuật cắt sọ giảm áp.

Hộp sọ được đóng lại và một ống dẫn lưu được đặt thông qua một khe chọc rạch riêng biệt. Sau đó, bệnh nhân được đưa đến đơn vị chăm sóc thần kinh đặc biệt, và vẫn được nối với máy thở.

Bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm áp lực nội sọ bằng mannitol. Việc sử dụng thuốc giảm áp lực nội sọ đã được giải thích với người nhà bệnh nhân, sẽ giảm dần theo thời gian. Bệnh nhân cũng được kê thuốc chống co giật. Bác sĩ đã giải thích toàn bộ cuộc phẫu thuật cho con của bệnh nhân và cho họ biết tình trạng của bệnh nhân vẫn rất nguy cấp. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau này cho thấy khối máu tụ do đụng giập và dưới màng cứng gần như đã được lấy ra hết toàn bộ, giảm bớt áp lực ở não. (Hình. 1b)

Trong vòng 24h sau khi phẫu thuật, bệnh nhân vẫn trong tình trạng nguy kịch. Hiểu được phương pháp phẫu thuật chỉ giải quyết được một số vấn đề rất hạn chế ở các bệnh nhân chấn thương sọ não, tôi quyết định thử các phương pháp khác để giúp bệnh nhân hồi phục. Tôi giới thiệu cho con gái bệnh nhân về một loại thuốc được dùng chủ yếu trong điều trị các chấn thương về não do đột quy, tuy nhiên cũng được sử dụng trong chấn thương sọ não. Tôi giải thích rằng Cerebrolysin chứa các peptide tinh chế từ não lợn và được truyền qua tĩnh mạch. Tôi cũng đưa ra ví dụ về các bệnh nhân đã phục hồi tốt sau chấn thương não, nhưng có nhắc rằng đa số các chấn thương này đều do đột quy. Con gái bệnh nhân đồng ý việc sử dụng phương pháp điều trị bổ sung. Bệnh nhân sử dụng một liều 50ml mỗi ngày, trong vòng 14 ngày. Không dùng thêm bất kỳ một thuốc bảo vệ hay tái tạo thần kinh nào khác cho bệnh nhân.

Tình trạng của bệnh nhân cải thiện, và cuối cùng có thể thở mà không cần sự trợ giúp của máy thở. Sau đó, tình trạng của bệnh nhân tiến triển dần, và một lần chụp cắt lớp vi tính nữa được thực hiện 28 ngày sau ca phẫu thuật đầu tiên (Hình 1c). Bệnh nhân trải qua thủ thuật tạo hình màng cứng, và phần xương bị tách ra để giảm áp lực lên vùng não bị phù nề giờ được gắn lại. Thủ thuật này được thực hiện 41 ngày sau ca phẫu thuật đầu tiên. Bệnh nhân được cho xuất viện 5 ngày sau thủ thuật phục hồi phẫu thuật cắt sọ giảm áp. Trong lần theo dõi cuối cùng của bệnh nhân, 9 tháng sau chấn thương sọ não, tình trạng của bệnh nhân được ghi nhận ở mức 5 trên Thang đo Kết quả Glasgow Outcome Scale (GOS), thể hiện mức độ phục hồi tốt. Bệnh nhân được kiểm tra, và thể hiện chức năng nhận thức tốt, bao gồm cả khả năng hiểu và đưa ra nhận định. Thị lực bình thường, bao gồm gross confrontation tests. Bệnh nhân có đề cập đến việc quay trở lại làm việc, tuy nhiên ở tốc độ chậm. Một lần chụp sọ cắt lớp vi tính nữa được thực hiện (Hình 1d).

Các phương án điều trị được áp dụng cho bệnh nhân này tuân thủ các hướng dẫn chuyên môn về điều trị bệnh nhân bị chấn thương sọ não nghiêm trọng. Ngoài ra, báo cáo này không bao gồm bất kỳ nghiên cứu nào thực hiện trên người hay động vật.

Bài phỏng vấn sau đây với bệnh nhân và con gái thể hiện góc nhìn của bệnh nhân và người nhà với phương pháp điều trị và trong toàn bộ quá trình phục hồi.

## TỪ GÓC ĐỘ CON GÁI BỆNH NHÂN

### Xin vui lòng miêu tả về liệu pháp chữa bệnh

Bác sĩ giải phẫu thần kinh khuyên mẹ tôi tiêm tĩnh mạch các neuropeptide não đã được chứng minh là kích thích tái tạo não trong các nghiên cứu, đặc biệt là đối với bệnh nhân bị đột quy, mặc dù chi phí hơi tốn

kém. Mặc dù mẹ tôi bị chấn thương sọ não, không phải đột quy, nhưng các chỉ định của thuốc rất giống nhau, vì vậy tôi đã đồng ý.

### Đây có phải là liệu pháp đầu tiên được áp dụng không?

Đây là một trong những thuốc đầu tiên được sử dụng sau phẫu thuật sọ và lấy máu tụ.

### Kết quả của liệu pháp thì mẹ bạn có dấu hiệu tích cực về sức khỏe nào không?

Thuốc này là một trong các liệu pháp cứu sống mẹ tôi. Thuốc không chỉ cứu được mẹ tôi trong cơn nguy kịch mà tốc độ và mức độ hồi phục của bà sau vụ tai nạn còn thực sự ngoài những gì tôi mong đợi. Trong vòng một tuần, bà đã tỉnh táo, và trong vòng một tháng, bà đã có thể đi lại và giao tiếp. Trong vòng một vài tháng, bà đã gần như hoàn toàn hồi phục, ngoài một số suy giảm thị giác và thính giác.

### Bà có gặp tác dụng phụ nào không, nếu có bạn có thể mô tả lại không?

Theo tôi được biết thì không có. Thuốc được dùng cùng với các thuốc khác và liệu pháp khác.

## TỪ GÓC ĐỘ BỆNH NHÂN

### Chấn thương ảnh hưởng đến cuộc sống của bà thế nào?

Tôi không thể nhớ gì về những ngày đầu và tuần đầu khi tôi gặp tai nạn bởi tôi trong tình trạng bất tỉnh nằm trong phòng cấp cứu.

Khi tôi nhận thức lại được, tôi nhận ra sự thay đổi từ một người khỏe mạnh trở nên không khỏe mạnh. Sự chậm chạp hoàn toàn xa lạ với tôi. Tôi phải phụ thuộc vào y tá bệnh viện từ việc nằm xuống đến làm vệ sinh cá nhân. Con đau đầu khiến tôi nhận thức được sự liên quan của não đến những vùng đau chiu nhiều áp lực ở chân, cơ bắp mệt mỏi, vết chọc kim tiêm truyền tĩnh mạch, cơn đói, giảm đau bằng nhiệt, cảm giác được nước lạnh, cháo nóng trong miệng và hương vị sữa chua. Nuốt cũng gây khó chịu. Uống nước luôn bị sặc và ho, tôi bắt buộc phải để cổ ở một vị trí nhất định để ho ra được. Lưỡi cảm thấy cứng nhắc khi nuốt viên vitamin và thuốc.

### Kể từ khi được chẩn đoán, bà có thể mô tả trải nghiệm về bệnh của bà như thế nào? Nó tác động đến chất lượng cuộc sống của bà như thế nào?

Khi tôi được xuất viện và đối mặt với tình huống mới, tôi tự nhủ: “Đây có phải là hiện tại mới của tôi?”



Tâm trí tôi nghĩ ngay đến những công việc trước kia mình vẫn thường làm nhưng tôi phải làm theo lời hướng dẫn của mọi người, của các con tôi, và cảm giác như bị đứng ngoài lề trong chính gia đình tôi.

Tôi hay bị ngủ lịm đi và nhịp sinh học cũng bị sai lệch thời gian do giấc ngủ không thường xuyên. Tư thế nằm cũng là một thử thách, đặc biệt khi bị hành hạ bởi cơn đau khủng khiếp trong đầu. Tôi còn bị chóng mặt khi ngồi dậy.

Ban đầu để giữ thăng bằng tôi phải vịn hoặc dựa vào đầu gối. Tôi tập thư giãn, đứng yên cho đến khi tôi cảm thấy vững trên đôi chân. Tôi tập thức dậy lúc 6 giờ sáng mà không cảm thấy buồn ngủ. Tôi phải luyện tập để chuẩn bị trở lại làm việc, phải cẩn thận hơn khi ngồi dậy và tập nhìn tập trung.

Mất thính giác ở tai trái khiến tôi ít tham gia hơn vào các cuộc trò chuyện nhóm tại các buổi họp mặt xã hội. Tầm nhìn ngoại vi tối đen và đôi mắt dễ dàng mệt mỏi khiến phải tận dụng tối đa đôi mắt ngay sau khi nghỉ ngơi để hoạt động trong ánh sáng tốt.

Tôi đã học cách chấp nhận, sống chung với những hạn chế của mình. Tôi hiểu những gì tôi vẫn có thể làm được mặc dù mất thính giác ở tai trái và suy giảm khoảng cách và tầm nhìn ngoại vi. Các con tôi đã giúp tôi tìm lại bản thân mình: chúng tôi chơi xếp chữ; tôi đeo kính mới và chỉnh răng; các con đi cùng tôi đến các buổi vật lý trị liệu mà tôi là bệnh nhân ngoại trú.

Tôi đã tìm lại được một phần đã mất của bản thân, tôi cảm thấy hoàn toàn được bao quanh bởi tình yêu thương. Tôi không cảm thấy mình bị khiếm khuyết. Tôi bắt kịp công việc, nấu ăn, đi đến cửa hàng tạp hóa, đọc sách, may vá và tham dự Thánh Lễ. Tôi rất hài lòng và biết ơn.

### **Chấn thương có ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất hoặc tinh thần của bà không?**

Chắc chắn có, biểu hiện thể chất là điều đầu tiên tôi để ý. Tôi đã phải ăn, tiếp tục vật lý trị liệu để lấy lại dáng đi và biểu cảm gương mặt chính xác. Tâm trí của tôi sắc nét; Tôi gặp vài nhầm lẫn về trí nhớ ngắn hạn nhưng cách diễn đạt của tôi rất trơn tru và mạch lạc.

### **Công việc của bà bị ảnh hưởng như thế nào?**

Sếp rất tử tế đã giúp tôi dễ dàng tìm ra giải pháp. Lịch làm việc bắt đầu với 2 ngày một tuần. Tôi phải chuẩn bị để ngồi thẳng cả buổi sáng và cố gắng nhìn rõ mà không bị quá sức.

Tôi tăng thời gian làm việc từ 2 đến 3 giờ trong tháng 6/2017 lên 4-6 giờ vào tháng 1/2018. Bây giờ tôi có thể làm việc bao lâu tùy thích, tôi cũng không gặp khó khăn gì trong các cuộc họp.

### **Chấn thương ảnh hưởng đến cuộc sống gia đình và xã hội của bạn như thế nào?**

Không vấn đề gì, tôi tham dự các sự kiện xã hội thậm chí thường xuyên hơn trước đây.

### **Bệnh ảnh hưởng đến hoạt động giải trí của bà như thế nào?**

Tôi vẫn đi chợ được. Tuy vậy, tôi ít đọc hơn. Tôi không thể đi chơi một mình, vì vậy tôi khám phá các trò chơi board games, vẽ tranh, may vá và tôi dành thời gian xem TV và cầu nguyện.

### **Bà có thường xuyên hỏi ý kiến bác sĩ từ lúc chẩn đoán không?**

Tôi đã hoàn thành liệu pháp trị liệu và các buổi vật lý trị liệu cùng cố. Tôi đã gặp bác sĩ thần kinh theo chỉ định. Tôi không cần hỏi ý kiến bác sĩ thêm vì tôi không có biến chứng.

## **BÀN LUẬN**

CTSN là một bệnh lý phức tạp và khó chữa trị. Các phân nhóm và tính không đồng nhất của CTSN khiến cho một cách tiếp cận điều trị chung trở nên không đầy đủ bởi vì nó không giải quyết được tất cả các vấn đề và thay đổi ở bệnh nhân CTSN. Hầu hết những khiếm khuyết từ CTSN nặng là do tổn thương não thứ phát.

Mannitol, vốn thường được dùng làm giảm áp lực nội sọ là một con dao hai lưỡi bởi nếu sử dụng kéo dài sẽ gây phù não [3]. Do đó, mannitol thường được ngưng sử dụng sau 1-2 tuần, tùy theo tình trạng của bệnh nhân.

Theo dõi áp lực nội sọ sau phẫu thuật cắt sọ giảm áp không phải là tiêu chuẩn chăm sóc ở bệnh viện chúng tôi, mà nó phụ thuộc vào tình trạng của từng bệnh nhân. Tuy nhiên, đây vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi trong CTSN, và nhu cầu của nó đã được phân tích trong nghiên cứu của Picetti và cộng sự. [4]

Một mối quan tâm khác liên quan đến CTSN nặng là tiên lượng phục hồi của bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu của đã báo cáo 30-65% bệnh nhân trở về cuộc sống độc lập, nhưng phục hồi chức năng rất chậm, thậm chí đến 12 tháng [5]. Một vài nghiên cứu khác báo cáo về sự cải thiện nhanh trong 6 tháng đầu [6], rồi sau đó tiến triển chậm chạp đến 1-2 năm sau CTSN. Một số nghiên cứu còn nhắc đến sự phục hồi sau 2 năm mặc dù sự cải thiện là rất ít ỏi trong giai đoạn này [7, 8]. Nghiên cứu IMPACT tìm những tác nhân có thể dự đoán được kết quả phục hồi của bệnh nhân bị CTSN nặng, chẳng hạn như điểm GCS hay chuyển động của đồng tử. Điểm thấp và đồng tử không đồng đều là một dự báo về sự hồi phục kém ở bệnh nhân [9], như trường hợp của nữ bệnh nhân của chúng tôi khi bà được vận chuyển đến khoa cấp cứu.

Những yếu tố khác bao gồm tuổi tác, các chấn thương liên quan, thiếu oxy trong máu, huyết áp thấp,

kết quả chụp CT, lượng glucose và hemoglobin trong máu. Một số bệnh nhân CTSN nặng tiến bộ rõ rệt sau phẫu thuật, nhưng đó là những bệnh nhân bị tụ máu ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng và có khu vực giáp não rất nhỏ hoặc không có. Bệnh nhân này của chúng tôi có những vùng đọng giáp xuất huyết nghiêm trọng ở thùy trán, thùy chẩm và thùy đỉnh bên não phải. Những nghiên cứu trong CTSN nghiêm trọng báo cáo về tỉ lệ tử vong khoảng 30% [10, 11]. Trong số những bệnh nhân xuất viện, 5-15% trong tình trạng thực vật mãn tính, và một nửa có lại nhận thức sau 1 năm sau chấn thương nhưng vẫn bị tàn phế nặng nề [12].

Điều trị bằng phẫu thuật để giảm phần lớn hậu quả của tụ máu nội sọ cũng phụ thuộc vào thể tích máu tụ, vị trí và tình trạng thần kinh của bệnh nhân. Phẫu thuật cắt sọ giảm áp mang theo những vấn đề về phù nề. Tuy nhiên, mặc dù đã có những hỗ trợ y tế tối đa để giảm áp, vẫn cần thiết có những phương pháp điều trị tiếp theo giải quyết được nhu cầu giảm nhẹ các hậu quả có hại của tổn thương não thứ cấp. Những loại thuốc mới như Cerebrolysin – khi cho bệnh nhân sử dụng đủ sớm trong phòng cấp cứu hay trong đơn vị chăm sóc đặc biệt – có thể góp phần cải thiện kết quả phục hồi ở bệnh nhân CTSN. Dù được sử dụng trong nhiều năm qua, nhưng chưa có sự đồng thuận về tính hiệu quả của nhóm thuốc bảo vệ thần kinh nói chung. Gần đây, một vài nghiên cứu đã tuyên bố rằng một vài loại thuốc bảo vệ thần kinh không mang lại hiệu quả cho sự sống còn và phục hồi của bệnh nhân CTSN.

Điều này đặc biệt đúng với steroids và glucocorticoids ở bệnh nhân CTSN [13, 14, 15]. “Việc sử dụng steroids không được khuyến khích để cải thiện phục hồi hay giảm áp lực nội sọ. Ở bệnh nhân CTSN nặng, methylprednisolone liều cao có thể làm tăng tỉ lệ tử vong và chống chỉ định.” [16] Amantadine được báo cáo là thúc đẩy sự phục hồi [17]; vài nghiên cứu về citicoline cho kết quả có hướng tích cực như được trích dẫn bởi Secades và cộng sự [18]. Tuy nhiên, nghiên cứu COBRIT đã kết luận: “Đối với bệnh nhân chấn thương não nghiêm trọng, việc sử dụng citicoline trong 90 ngày khi so sánh với giả dược không mang lại kết quả cải thiện chức năng phục hồi và nhận thức.”, và một nghiên cứu GÖP đã kết luận rằng “những kết quả đạt được từ y học bằng chứng (EBM: evidence-based medicines) nên được sử dụng để làm hướng dẫn hoặc định hướng về cách xử trí trong thực hành thường ngày, và cùng với những kinh nghiệm cá nhân, cố gắng cải thiện kết quả.” [18]. Nếu những chất bảo vệ thần kinh không thật sự hiệu quả trong điều trị bệnh nhân CTSN, đặc biệt là CTSN nặng, chúng ta nên xem xét lại mục tiêu điều trị của chúng ta.

Chúng ta có khuyến cáo cho điều trị những tổn thương chính bao gồm chảy máu nội sọ và tăng áp nội sọ, và sự tiến bộ chúng ta đã đạt được trong điều trị CTSN nặng được phản ánh qua khuyến cáo mới về điều trị CTSN nặng [20]. Tuy nhiên, chưa có khuyến

cáo nào đối với liệu pháp bảo vệ và tái sinh thần kinh, nhưng kinh nghiệm cá nhân vẫn đóng một vai trò quan trọng trong việc sử dụng các liệu pháp này. Nghiên cứu về bảo vệ thần kinh đã được tiến hành suốt 30 năm nay, nhưng bằng chứng vẫn chưa được công bố.

Lĩnh vực sinh thần kinh, mềm dẻo thần kinh và phục hồi thần kinh vẫn tương đối mới trong ngành khoa học thần kinh, và cơ chế chính xác vẫn còn đang được nghiên cứu. Những thuốc mới như Cerebrolysin đang dần thay đổi quan điểm của các nhà lâm sàng. Cerebrolysin là chế phẩm chứa các chuỗi peptide, bắt chước hoạt động của các yếu tố dinh dưỡng thần kinh nội sinh, được chứng minh an toàn và hiệu quả trong các nghiên cứu lâm sàng [21, 22]. Một số thuốc bảo vệ thần kinh khác có thể có hiệu quả trong điều trị CTSN nhưng ở một mức độ thấp hơn [23]. Tăng cường phục hồi thần kinh sau khi điều trị bằng Cerebrolysin cũng được chứng minh qua các nghiên cứu lâm sàng trong đột quỵ nhồi máu não [24].

## KẾT LUẬN

Không có liệu thuốc tiên nào trong điều trị CTSN nặng. Cách điều trị của chúng ta nên được cá nhân hóa, dựa trên y học bằng chứng, kinh nghiệm cá nhân cũng như phù hợp với điều kiện môi trường xã hội. Tuy nhiên, chúng ta nên nhớ rằng tương lai còn rộng mở với các nghiên cứu và hiểu biết về CTSN. Các thông tin mới hơn từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được tiến hành chuẩn mực, chắc chắn sẽ giúp ích cho việc điều trị các bệnh nhân CTSN, nhất là các bệnh nhân nặng. Trong tương lai, sự kết hợp điều trị và phương pháp tiếp cận đa chuyên môn trong điều trị CTSN sẽ mang đến lợi ích lớn lao cho bệnh nhân.

## VỀ NGHIÊN CỨU NÀY

Tôi xin cảm ơn bệnh nhân và con gái của bà vì đã cho phép tôi ghi chép lại về trường hợp này và chia sẻ những trải nghiệm, suy nghĩ của họ về căn bệnh của bệnh nhân.

### *Tài trợ*

Không có sự tài trợ nào được nhận cho nghiên cứu này cũng như việc xuất bản bài báo.

### *Quyền tác giả*

Tất cả các tác giả được nêu tên đều đáp ứng được các tiêu chí của Ủy ban quốc tế biên tập viên báo y khoa về quyền tác giả cho bài báo này, chịu trách nhiệm về sự chính trực khi làm công trình này và đã đồng thuận xuất bản phiên bản này.

### *Về tác giả*

Rhoderick M. Casis là nghiên cứu viên chính cho 1 bệnh viện tham gia nghiên cứu ở Philippines trong thử nghiệm The CAPTAIN Trial: Nghiên cứu Cerebrolysin

ở châu Á Thái Bình Dương trong chấn thương não cấp và phục hồi thần kinh.

### ***Tuân thủ nguyên tắc đạo đức***

Tất cả các quy trình được thực hiện trong nghiên cứu này liên quan đến người tham gia đều theo các tiêu chuẩn đạo đức của hội đồng nghiên cứu quốc gia và với tuyên ngôn Helsinki 1964. Bệnh nhân hoặc người đại diện của bệnh nhân đã đồng thuận tham gia vào nghiên cứu này. Bệnh nhân và con gái của bà đã đồng ý để trường hợp của họ được ghi chép lại và ý kiến của họ được chia sẻ trong bài viết này

### ***Dữ liệu***

Chia sẻ dữ liệu không áp dụng cho bài viết này vì không có bộ dữ liệu nào được phân tích trong nghiên cứu này.

### ***Quyền sử dụng***

Bài báo này được phát hành, tuân thủ điều khoản giấy phép quốc tế Creative Commons Attribution – NonCommercial 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), cho phép việc sử dụng phi thương mại, phân phối và phát hành lại trên bất cứ phương tiện truyền thông này, miễn là phải ghi chú tên tác giả như bản gốc và nguồn, dẫn đường link đến giấy phép Creative Commons và ghi rõ nếu có bất kỳ thay đổi nào trong bài viết.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1.Theodom A, Feigin V, Reith F, Maas A. Epidemiology of traumatic brain injury. In: Winn HR, editor. Youmans and Winn neurological surgery. Philadelphia: Elsevier; 2017.[Google Scholar](#)
- 2.Finkelstein E, Corso P, Miller T. The incidence and economic burden of injuries in the United States. New York: Oxford University Press; 2006.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 3.Wakai A, McCabe A, Roberts I, Schierhout G. Mannitol for acute traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD001049.[Google Scholar](#)
- 4.Servadei F, Picetti E. Intracranial pressure monitoring and outcome in traumatic brain injury: the probe does matter? World Neurosurg. 2015;83:732–3.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 5.Christensen B, Colella B, Inness E, Hebert D, Monette G, Bayley M, Green RE. Recovery of cognitive function after traumatic brain injury: a multilevel modeling analysis of Canadian outcomes. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(12 Suppl 2):S3–15.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 6.Anderson J, Schmitter-Edgemont M. Recovery of time estimation following moderate to severe traumatic brain injury. Neuropsychology. 2011;25(1):36–44.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 7.Powell J, Heslin J, Greenwood R. Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;72:193–202.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 8.Shakur H, Roberts I, Bautista R, CRASH-2 trial collaborators, et al. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant hemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2010;376:23–32.[CrossRefGoogle Scholar](#)

- 9.Olivecrona M, Koskinen LO. The IMPACT prognosis calculator used in patients with severe traumatic brain injury treated with an ICP-targeted therapy. Acta Neurochir (Wien). 2012;154:1567.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 10.Grigorakos L, Alexopoulou A, Tzortzopoulou K, Stratouli S, Chroni D. A predictors of outcome in patients with severe traumatic brain injury. J Neurosci Clin Res. 2016;1:1.[Google Scholar](#)
- 11.Martins ET, Linhares MN, Sousa DS, Schroeder HK, Meinerz J, et al. Mortality in severe traumatic brain injury: a multivariate analysis of 748 Brazilian patients from Florianópolis city. J Trauma. 2009;67(1):85–90.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 12.McMillan TM, Teasdale GM, Weir CJ, Stewart E. Death after head injury: the 13-year outcome of a case control study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011;82:931.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 13.Maas AI, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury in adults. Lancet Neurol. 2008;7:728.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 14.Skolnick BE, Maas AI, Narayan RK, et al. A clinical trial of progesterone for severe traumatic brain injury. N Engl J Med. 2014;371:2457.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 15.Wright DW, Yeatts SD, Silbergait R, et al. Very early administration of progesterone for acute traumatic brain injury. N Engl J Med. 2014;371:2457.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 16.Brain Trauma Foundation TBI Guidelines 2016. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, 4th ed. Neurosurgery 2016;3:p76.[Google Scholar](#)
- 17.Giacino JT, Whyte J, et al. Placebo-controlled trial of amantadine for severe traumatic brain injury. N Engl J Med. 2012;366:819–26.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 18.Secades Julio. Citicoline for the treatment of head injury: a systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. J Trauma Treat. 2014;4:227.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 19.Zafonte RD, Bagiella E, Ansel BM, et al. Effect of citicoline on functional and cognitive status among patients with traumatic brain injury: Citicoline Brain Injury Treatment Trial (COBRIT). JAMA. 2012;308:1993–2000.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 20.Brain Trauma Foundation TBI Guidelines 2016. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, 4th ed. Neurosurgery 2016;0:3.[Google Scholar](#)
- 21.He J, Fan J, Geng S. Efficacy of cerebrolysin in acute brain trauma. Chin J Clin Pract Med. 2002;4:71–2.[Google Scholar](#)
- 22.König P, Wannanders R, Witzmann A, et al. Cerebrolysin in traumatic brain injury—a pilot study of a neurotrophic and neurogenic agent in the treatment of acute traumatic brain injury. J Neurol Neurochir Psychiatr. 2006;7:12–20.[Google Scholar](#)
- 23.El Sayed I, Zaki A, Fayed AM, Shehata GM, Abdelmonem S. A meta-analysis of the effect of different neuroprotective drugs in management of patients with traumatic brain injury. Neurosurg Rev. 2018;41:427–38.[CrossRefGoogle Scholar](#)
- 24.Muresanu DF, Heiss WD, Hoernberg V, et al. Cerebrolysin and recovery after stroke (CARS): a randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. Stroke. 2016;47:151–9.[CrossRefGoogle Scholar](#)