tồn tại ngay cả trong trường hợp không có nhu động ruột bình thường. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thực tế việc nuôi dưỡng sớm an toàn cho bệnh nhân, giúp nuôi dưỡng và bảo vệ niêm mạc ruột, kích thích sự phục hồi nhu động và chức răng ruột, tránh thẩm lậu vi khuẩn,… Theo hướng dẫn trong quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh phẫu thuật theo ERAS tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, người bệnh cần được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 110 bệnh nhân (chiếm 97.3%) được nuôi dưỡng sớm trong vòng 24 giờ sau mổ. Trong đó, nhóm được nuôi dưỡng sớm có thời gian nằm viện ít hơn 5 ngày so với nhóm không được nuôi dưỡng sớm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân được nạp carbohydrate trước phẫu thuật theo hướng dẫn trong quy trình có thời gian nằm viện ngắn hơn gần 1 ngày so với nhóm không được nạp carbohydrate. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương tự kết quả nghiên cứu của Noblet Se và cộng sự trên đối tượng bệnh nhân phẫu thuật đại tràng với số ngày nằm viện là 7.5 ngày, thấp hơn nhóm không được uống carbohydrate trước phẫu thuật 2.5 ngày [4]. Kết quả này một lần nữa khẳng định hiệu quả của việc nạp carbohydrate trước phẫu giúp giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tuân thủ thực hiện quy trình chăm sóc dinh dưỡng theo phẫu thuật ERAS của NVYT tại trung tâm phẫu thuật Đại trực tràng tầng sinh môn cao, cần tiếp tục phát huy và tăng tỉ lệ tuân thủ cho người bệnh nạp carbohydrate đạt 100% nếu không có chống chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tissue fuel and weight loss after injury.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1519990/>, accessed: 10/07/2019.
2. **Czapla M., Juárez-Vela R., Łokieć K. và cộng sự.** (2022). The Association between Nutritional Status and Length of Hospital Stay among Patients with Hypertension. Int J Environ Res Public Health, 19(10), 5827.
3. **Sun Z.-J., Sun X., Huo Y. và cộng sự.** (2022). Abbreviated perioperative fasting management for elective fresh fracture surgery: guideline adherence analysis. BMC Musculoskelet Disord, 23(1), 688
4. **Noblett S.E., Watson D.S., Huong H. và cộng sự.** (2006). Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. Colorectal Dis, 8(7), 563–569.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CHỨC NĂNG DÂY THẦN KINH SỐ VII TRONG PHẪU THUẬT U DÂY VIII CÓ ỨNG DỤNG HỆ THỐNG THEO DÕI DÂY THẦN KINH NIM-ECLIPSE TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên[1,2], Lê Thị Giang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm chức năng thần kinh mặt trong phẫu thuật u dây VIII có ứng dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ NIM-ECLIPSE. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 21 bệnh nhân u dây VIII phẫu thuật có sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ ECLIPSE từ tháng 09/2022 đến 08/2024. Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả kiểm soát khối u và chức năng thần kinh mặt 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ bảo vệ dây thần kinh mặt hoàn toàn sau phẫu thuật 1 tháng là 90,5%, liệt mặt nhẹ mức độ II (9,5%), không có trường hợp nào liệt mặt mức độ trung bình và nặng. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u chiếm 28,6%, cắt gần toàn bộ khối u (71,4%), nhóm lấy một phần khối u (0%). **Kết luận:** Sử dụng hệ thống NIM-ECLIPSE trong phẫu thuật u dây VIII giúp bảo vệ chức năng dây thần kinh VII sau phẫu thuật cao. ***Từ khóa:*** U dây thần kinh số VIII, theo dõi thần kinh trong mổ, phẫu thuật

[1]Bệnh viện K
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên
Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025
Ngày duyệt bài: 27.2.2025

SUMMARY

EARLY EVALUATION OF FACIAL NERVE FUNCTION OUTCOMES IN VESTIBULAR SCHWANNOMA SURGERY USING THE NIM-ECLIPSE SYSTEM AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: To evaluate the early outcomes of facial nerve function in vestibular schwannoma surgery using the NIM-ECLIPSE system at National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** This descriptive study on 21 patients with vestibular schwannoma who underwent surgery using the NIM-ECLIPSE system from September 2022 to August 2024. Analyzing clinical and paraclinical characteristics,

tumor control outcomes, and 1 month postoperative facial nerve function. **Results:** The rate of complete facial nerve protection after 1 month of operation was 90.5%, mild facial paralysis level II (9.5%), no cases of moderate and severe facial paralysis. The group of patients who underwent total tumor resection accounted for 28.6%, nearly total tumor resection (71.4%), and the group who had partial tumor resection (0%). **Conclusion:** Using the NIM-ECLIPSE system in surgery for VIII nerve tumors helps to protect the function of the VII nerve after surgery.

Keywords: Vestibular schwannoma, intraoperative nerve monitoring, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh số VIII là u lành tính, chiếm khoảng 80% các khối u vùng góc cầu tiểu não và chiếm khoảng 6-8% các khối u nội sọ. Mục tiêu của phẫu thuật u dây thần kinh số VIII là cắt bỏ hoàn toàn khối u, tránh các tổn thương thần kinh lớn, bảo tồn dây thần kinh mặt và thính giác. Sự phát triển của kỹ thuật cắt bỏ vi phẫu thuật thần kinh đã đạt được hai mục tiêu đầu tiên, do đó việc bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt trở thành một trong những kỳ vọng chính của bệnh nhân đối với bác sĩ phẫu thuật về mặt thẩm mỹ và bảo vệ giác mạc. Với sự phát triển của hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ giúp cảnh báo tổn thương thần kinh mặt trong quá trình phẫu thuật u dây thần kinh số VIII nhằm đảm bảo lấy u tối đa và bảo vệ dây thần kinh mặt. Hệ thống theo dõi dây thần kinh ECLIPSE có ưu điểm theo dõi liên tục dây thần kinh giúp cảnh báo chạm dây thần kinh mặt trong quá trình phẫu tích hoặc cảm ứng kích thích thần kinh mặt với nhiệt do quá trình cầm máu trong mổ (trong khi các hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ trước kia chỉ cảnh báo chạm dây thần kinh mặt khi kích thích bằng điện cực của máy). Việc ứng dụng hệ thống NIM ECLIPSE giúp cắt bỏ khối u tối đa một cách an toàn nhờ phản hồi thời gian thực, độ tin cậy, và khả năng dự đoán mức độ tổn thương cao. Tại việt nam, chưa có nghiên cứu nào báo cáo ứng dụng thiết bị theo dõi thần kinh NIM ECLIPSE trong mổ u dây thần kinh số VIII, do vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả bảo vệ chức năng thần kinh mặt trong phẫu thuật u dây thần kinh số VIII có ứng dụng hệ thống theo dõi dây thần kinh NIM-ECLIPSE trong mổ tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được phẫu thuật u dây thần kinh số VIII và sử dụng hệ thống theo dõi dây thần kinh trong mổ ECLIPSE tại bệnh viện K từ 9/2022 đến 8/2024, có kết quả giải phẫu bệnh là Schwannoma.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có liệt dây thần kinh mặt trước mổ, u dây thần kinh số VIII tái phát sau phẫu thuật hoặc sau xạ trị, đa u dây thần kinh, bệnh nhân bị rối loạn nhận thức

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: thuận tiện

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính: triệu chứng lâm sàng, kích thước u trước mổ. Đánh giá trong phẫu thuật: số lần máy NIM cảnh báo tiếp xúc dây thần kinh mặt trong phẫu thuật. Đánh giá sau phẫu thuật: khả năng cắt bỏ khối u dựa vào phim chụp cộng hưởng từ sau phẫu thuật (lấy toàn bộ u: khối u được cắt bỏ hoàn toàn; lấy gần hết u: khối u được cắt bỏ hơn 90% khối u; lấy một phần u: Phần khối u được cắt bỏ dưới 90%). Đánh giá chức năng dây thần kinh mặt bằng thang điểm House-Brackmann, so sánh triệu chứng lâm sàng với trước mổ, các biến chứng trong và sau mổ.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng tần số và tỷ lệ để mô tả biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn (ĐLC) cho biến số định lượng. Kiểm định Chi-square và Fisher's test được áp dụng để đánh giá sự khác biệt, với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mang tính mô tả, không can thiệp điều trị, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 21 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình: 48,6 ± 12,3 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Nam giới chiếm 57,1%, nữ giới chiếm 42,9%.

Bảng 1. Tỷ lệ dẫn lưu não thất ổ bụng do giãn não thất và kích thước khối u

Kích thước u theo Kanzaki	Dẫn lưu não thất ổ bụng do giãn não thất (N, %)		Fisher's test
	Có	Không	
Độ I (u khu trú trong ống tai)	0(0%)	0(0%)	0,004
Độ II (1-10mm)	0(0%)	0(0%)	
Độ III (11-25mm)	0(0%)	4(19,0%)	
Độ IV (26-40 mm)	1(4,8%)	11(52,4%)	
Độ V (>40 mm)	4(19,0%)	1(4,8%)	
Tổng	5(23,8%)	16(76,2%)	

Nhận xét: nhóm u có kích thước trên 40mm có tỷ lệ dẫn lưu não thất ổ bụng cao hơn các

nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

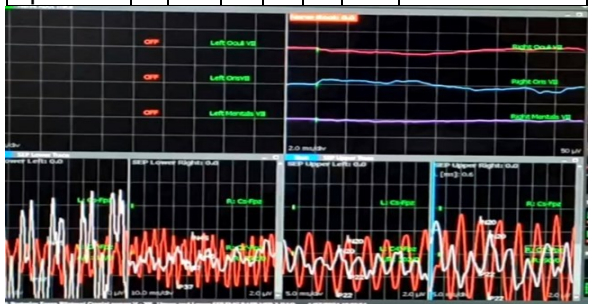
Thời gian mổ: trung bình là 198,8 phút, dài nhất là 300 phút, ngắn nhất là 90 phút. Biến chứng sau mổ: 2 trường hợp phồng vết mổ do rò dịch não tuỷ được điều trị khỏi bằng nội khoa.

Bảng 2. Mức độ lấy u theo kích thước u

Kích thước / Mức độ PT	Kanzaki IV (11-25mm)	Kanzaki IV (26-40mm)	Kanzaki V (>40mm)	Tổng (N, %)
Lấy toàn bộ u	4	2	0	6 (28,6%)
Lấy gần toàn bộ	0	10	5	15 (71,4%)
Lấy một phần	0	0	0	0 (0%)
Tổng	**4**	**12**	**5**	**21 (100%)**

Bảng 3. Số lần cảnh báo tiếp xúc dây thần kinh mặt và mức độ lấy u

Mức độ lấy u	Số lần cảnh báo của hệ thống NIM trong mổ (lần)						
	<5		5-10		>10		Số lần cảnh báo trung bình (lần)
	N	%	N	%	N	%	
Lấy hết u	0	0	0	0	6	100	17,6 ± 7,2
Lấy gần toàn bộ u	4	26,7	9	60	2	1,3	
Lấy một phần u	0	0	0	0	0	0	



Hình 1. Hình ảnh dạng sóng bình thường

Hình 2. Hình ảnh dạng sóng bất thường khi cảnh báo liên quan dây VII

Bảng 4. Đánh giá liên quan giữa số lần cảnh báo của hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ và chức năng thần kinh mặt sau mổ 1 tháng

Chức năng dây thần kinh mặt	Số lần cảnh báo của hệ thống NIM trong mổ (lần)							Fisher's test
	< 5		5-10		> 10		Số lần cảnh báo trung bình	
	N	%	N	%	N	%		
HB I	5	22,2	9	50	5	27,8	9,28	P>0,05
HB II	0	0	1	50	1	50	13	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa số lần cảnh báo và chức năng dây thần kinh mặt sau mổ

Bảng 5. Tình trạng chức năng dây VII ngay sau mổ và sau phẫu thuật 1 tháng

Chức năng dây VIII theo House-Brachmann	Thời điểm đánh giá dây thần kinh mặt	
	Sau phẫu thuật 72h (N, %)	Sau phẫu thuật 1 tháng (N,%)
Độ I (bình thường, cử động mặt bình thường)	12 (57,2%)	19 (90,5%)
Độ II (biến dạng nhẹ: chức năng vùng trán tốt, có đồngvận nhẹ, yếu nhẹ hoặc mất cân xứng ở mặt nhẹ khi quan sát gần người bệnh)	7 (33,3%)	2 (9,5%)
Độ III (yếu mặt vừa, hoạt động của trán yếu, mắt nhắm được khi cố gắng, bất đối sứng, có hiện tượng Bell)	2 (9,5%)	0 (0%)
Độ V (liệt mặt nặng, thất mặt bất đối xứng khi nghỉ, chỉ còn vài trương lực, mắt không nhắm được)	0 (0%)	0 (0%)
Độ VII (liệt mặt toàn bộ, không còn trương lực)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng	21 (100%)	21 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ bảo vệ dây thần kinh mặt hoàn toàn sau 1 tháng là 90,5%, liệt mặt nhẹ mức độ II (9,5%), không có trường hợp nào liệt mặt mức độ trung bình và nặng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học cho thấy bệnh nhân nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ giới (57,1% so với 42,9%). Thường gặp ở tuổi trung niên (40-60

tuổi chiếm tỷ lệ 57,2%). Nghiên cứu của Bùi Huy Mạnh[2], Đào Trung Dũng[3] cũng cùng nhận xét bệnh nhân u dây thần kinh số VIII thường gặp ở lứa tuổi trung niên. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân đến viện với triệu chứng đau đầu (95,2%), ù tai (71,4%), nghe kém (66,7%), chóng mặt (61,9%). Bệnh nhân đến viện với biểu hiện giãn não thất, cần can thiệp dẫn lưu não thất ổ bụng là 5/21 bệnh nhân (23,8%) bệnh nhân đã phát hiện khối u với biểu hiện giãn não thất và đã được phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng, tỷ lệ giãn não thất ở nhóm u có kích thước trên 40mm cao hơn các nhóm u có kích thước dưới 40 mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Chung[4] cũng cho thấy nhóm u có kích thước lớn trên 4cm có tỷ lệ giãn não thất cao, và cần dẫn lưu não thất ổ bụng trước, làm giảm nguy cơ phù não và dập não do vén não trong quá trình lấy u sao này.

Trong nghiên cứu này, tất cả các khối u có kích thước trên 25mm (chiếm 91%). Với các khối u có kích thước trên 25mm có chỉ định phẫu thuật nhằm lấy bỏ tối đa khối u và bảo vệ dây thần kinh mặt; còn các khối u có kích thước dưới 25mm có thể lựa chọn phẫu thuật hoặc điều trị xạ phẫu gamma knife tùy thể trạng và triệu chứng của người bệnh. Nghiên cứu đa trung tâm của Daniel Starnoni1 (2018) dựa trên 9 nghiên cứu, có 248 bệnh nhân được điều trị bằng phối hợp phẫu thuật và xạ phẫu điều trị u dây thần kinh số , với thời gian theo dõi trung bình 46 tháng (28-68,8 tháng), tỷ lệ kiểm soát u tại chỗ 93.9%, tỷ lệ bệnh nhân có chức năng dây thần kinh VII tốt chiếm 96.1%, khả năng bảo vệ chức năng nghe sau khi phối hợp PT và xạ phẫu 59.9%. Do vậy, với những khối u có kích thước lớn (trên 2,5 cm) đa số các tác giả có xu hướng phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u, bảo vệ dây thần kinh mặt và để lại môt phần nhỏ u dính vào dây thần kinh mặt (ở mặt trước u), phần tồn dư được kiểm soát bằng điều trị xạ phẫu nhằm nâng cao hiệu quả kiểm sát u cũng như giảm tỷ lệ liệt mặt, dập não sau điều trị. Sự kết hợp giữa phẫu thuật và xạ phẫu đang mang lại một chiến lược mới và hiệu quả trong điều trị các khối u dây thần kinh số VIII có kích thước lớn (>2,5cm) nhằm tăng tỷ lệ kiểm soát u và bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt (dây VII).

Kết quả ứng dụng NimEclipse trong mổ: Hệ thống này hoạt động trên cơ chế theo dõi tín hiệu điện cơ một cách liên tục, khi một dây thần kinh mặt được kích bởi tiếp xúc, hoặc nóng do đốt điện cầm máu gần đó, hoặc kích thích điện, sóng điện cơ sẽ biểu hiện trên màn hình theo dõi (hình 1, hình 2), lúc này điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên điện cơ – điện não trong mổ sẽ cảnh báo bác sĩ phẫu thuật giúp phát hiện kịp thời nguy cơ tổn thương dây thần kinh mặt trong quá trình phẫu tích u ngay cả khi không kích thích điện. Trong nghiên cứu này, có 28,6% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u, các bệnh nhân này đều có trên 10 lần cảnh báo tiếp xúc dây thần kinh mặt. Có 71,4% các bệnh nhân được lấy gần toàn bộ khối u, nhóm lấy một phần khối u (0%). Như vậy việc ứng dụng theo dõi dây thần kinh trong mổ, giúp bác sĩ quyết định lấy được nhiều u hơn do được cảnh báo chạm dây thần kinh mặt từ rất sớm, từ đó giúp bác sĩ tránh đốt điện gần dây mặt cũng như không làm tổn thương dây mặt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân khi ra viện đều có HB ở mức độ I và II, do đó, các triệu chứng được cải thiện đáng kể và tình trạng toàn thân khá tốt (100% Karnofski trên 70). Đánh giá số lần cảnh báo trong mổ có thể giúp việc tiên lượng mức độ tổn thương của dây thần kinh mặt sau mổ. Tỷ lệ bảo vệ dây thần kinh mặt hoàn toàn sau 1 tháng là 90,5%, liệt mặt nhẹ mức độ II (9,5%), không có trường hợp nào liệt mặt mức độ trung bình và nặng. Về phẫu thuật, ngày nay việc ứng dụng kính vi phẫu thuật, máy theo dõi thần kinh và dò dây số VII trong mổ, dao hút siêu âm giúp phẫu thuật cho kết quả tốt hơn, an toàn hơn. Tuy nhiên phẫu thuật điều trị u có kích thước lớn (>2,5cm) còn tồn tại một số vấn đề như dễ tổn thương thần kinh số VII gây liệt mặt ngoại biên, dập não, chảy máu sau mổ do vén não. Tỷ lệ liệt mặt cao hơn ở những u có kích thước lớn trên 2,5cm và trong phẫu thuật không xác định được vị trí của dây thần kinh mặt, hoặc do đốt cầm máu làm bỏng nhiệt dây thần kinh mặt. Tỷ lệ liệt mặt sau xạ phẫu dao động 0 – 2% trong đó với phẫu thuật phụ thuộc vào kích thước u và kinh nghiệm phẫu thuật viên cũng như việc sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ, với kết quả dao động từ 0 – 13%. Nghiên cứu của Đào Trung Dũng (2019) cho thấy tỷ lệ liệt mặt ngay sau mổ (52%), tỷ lệ liệt mặt cao hơn ở nhóm lấy hết u. Nhóm bệnh nhân liệt mặt nặng sau mổ là 32%, hồi phục sau 6 tháng còn 24% và liệt mặt ít cải thiện sau thời gian đó. Các tác giả Samii[5], Daniel[6], Saliba[7] đều cho rằng những khối u có kích thước >25mm cần phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u, bảo vệ dây thần kinh mặt và để lại môt phần nhỏ u dính vào dây thần kinh mặt (ở mặt trước u), phần tồn dư được kiểm soát bằng điều trị xạ phẫu nhằm nâng cao hiệu quả kiểm sát u cũng như giảm tỷ lệ liệt mặt, dập não sau điều trị.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng hệ thống theo dõi dây thần kinh NIM ECLIPSE trong mổ u dây thần kinh số VIII cho kết quả: tỷ lệ bảo vệ dây thần kinh mặt hoàn toàn sau 1 tháng là 90,5%, liệt mặt nhẹ mức độ II (9,5%), không có trường hợp nào liệt mặt mức độ trung bình và nặng. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u chiếm 28,6%, cắt gần toàn bộ khối u (71,4%), nhóm lấy một phần khối u (0%). Kết luận: sử dụng hệ thống NIM-ECLIPSE trong phẫu thuật u dây VIII giúp bảo vệ chức năng dây thần kinh VII sau phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniele Starnoni, MD,1 Roy Thomas Daniel, MCh,1 Constantin Tuleasca, et al,** Systematic review and meta-analysis of the technique of subtotal resection and stereotactic radiosurgery for large vestibular schwannomas: a "nerve-centered" approach. Neurosurg Focus 2018, 44 (3):E4, 2018, 1-9.
2. **Bùi Huy Mạnh,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u dây VIII tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành ngoại khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
3. **Đào Trung Dũng,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u thần kinh thính giác và đánh giá kết quả phẫu thuật u theo đường xuyên mê nhĩ. Luận án tiến sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
4. **Nguyễn Kim Chung, Nguyễn Phong, Võ Thanh Tùng và cs,** Kết quả điều trị vi phẫu thuật 144 trường hợp u bao sợi dây thần kinh VIII. Y học Thành phố Hồ Chí Minh 2014, 18(6): 360 - 365.
5. **Samii M, Gerganov V, Samii A,** Improved preservation of hearing and facial nerve function in vestibular schwannoma surgery via the retrosigmoid approach in a series of 200 patients. J Neurosurg. 2006;105(4):527–35.
6. **Daniel R.T., Tuleasca C., George M., et al,** Preserving normal facial nerve function and improving hearing outcome in large vestibular schwannomas with a combined approach: planned subtotal resection followed by gamma knife radiosurgery. Acta Neurochir (Wien) 2017, 159(7), 1197–1211.
7. **Saliba J., Friedman R.A., and Cueva R.A,** Hearing Preservation in Vestibular Schwannoma Surgery. J Neurol Surg Part B Skull Base 2019, 80(2), 149–155.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CHĂM SÓC HẬU SẢN VÀ Ở CỮ SAU SINH CỦA SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

Đỗ Thanh Thùy[1], Nguyễn Thị Thúy Oanh[1], Hà Thị Khương[1], Trần Thị Kim Sang[1], Bùi Thị Liêm[1], Trần Thị Như Quỳnh[1], Đinh Kim Ngân[1], Nguyễn Thị Chi[1], Mai Tú Uyên[1], Bùi Thị Mỹ Duyên[1], Lê Thị Thúy[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chăm sóc mẹ và trẻ sau sinh đúng không chỉ giúp giảm tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh mà còn tạo điều kiện phát triển vượt trội của trẻ trong tương lai và sự phục hồi nhanh về thể chất và tâm lý của sản phụ. Đánh giá kiến thức chăm sóc hậu sản và mức độ đồng ý với các hoạt động ở cữ giúp hiểu rõ hơn về nhận thức và xu hướng chăm sóc sau sinh từ đó tối ưu hóa công tác chăm sóc và hỗ trợ phụ nữ. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc hậu sản, việc ở cữ sau sinh, và mối liên hệ giữa điểm kiến thức với điểm đồng ý thực hiện ở cữ sau sinh. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ 03/2024 đến 05/2024, với 278 sản phụ trước khi xuất viện. Bảng câu hỏi có cấu trúc được kết hợp từ bộ câu hỏi xác định nhận thức của các bà mẹ về việc ở cữ tại Việt nam và bộ câu hỏi đánh giá kiến thức chăm sóc hậu sản. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm kiến thức chăm sóc hậu sản giữa nhóm hộ gia đình (p = 0,035), có kinh nghiệm cho con bú (p = 0,009) và có kinh nghiệm vắt trữ sữa (p = 0,016). Ngoài ra, sự đồng ý với các hoạt động ở cữ khác nhau tùy theo tôn giáo (p = 0,019) và thu nhập (p = 0,043), với nhóm có thu nhập thấp và nhóm có tôn giáo khác đạt điểm đồng ý cao hơn. Tuy nhiên, không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa giữa kiến thức chăm sóc hậu sản và sự đồng ý thực hiện các hoạt động ở cữ. **Kết luận:** Kiến thức chăm sóc hậu sản và sự đồng ý thực hiện ở cữ được đo lường bằng điểm số, với điểm càng cao kiến thức và sự đồng ý càng nhiều. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy quyết định ở cữ không bị ảnh hưởng bởi mức độ hiểu biết về chăm sóc hậu sản của sản phụ. ***Từ khóa:*** Kiến thức chăm sóc hậu sản, ở cữ sau sinh

[1]*Đại học Y Dược TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Thùy
Email: thuy.dt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 26.2.2025

SUMMARY

POSTNATAL CARE KNOWLEDGE AND POSTPARTUM CONFINEMENT OF MATERNAL IN UNIVERSITY MEDICAL CENTRE

Introduction: Postnatal care for mothers and newborns not only plays a crucial role in safeguarding