

cứu của Phan Thi Thanh Thao (2024), nhấn mạnh vai trò cập nhật kiến thức mới và cân bằng giữa lý thuyết - thực hành trong giáo dục [7]. Hai biến mới KN2 và MT3 cho thấy thời khóa biểu hợp lý giúp nâng cao hiệu quả học tập, đồng thời tác động đến việc làm thêm của sinh viên.

Nhân tố "Đội ngũ giảng viên và hoạt động giảng dạy" giữ nguyên 08 biến sau phân tích EFA, trong đó 07 biến phù hợp với nghiên cứu trước đây [1], [2], [7], trong khi đó GV8 là phát hiện mới, nhấn mạnh ứng dụng công nghệ vào giảng dạy. Nhân tố "Khả năng phục vụ" gồm KN1 (tương đồng với nghiên cứu của Lê Xuân Hưng, 2019), KN3 (thuộc "Hoạt động hỗ trợ sinh viên" theo Phan Thi Thanh Thao, 2024), và KN5 là phát hiện mới [1], [7]. Nhân tố "Môi trường và hoạt động hỗ trợ học tập" gồm 07 biến, có sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do đối tượng và thời điểm khảo sát khác nhau. Cuối cùng, nhân tố "Học phí và các chi phí ngoài học phí" giữ nguyên ba biến, trong đó HP1, HP2 phù hợp với nghiên cứu của Ninh Thị Kim Loan (2023), còn HP3 là phát hiện mới, phản ánh thực tế tại Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp [3].

## V. KẾT LUẬN

Từ nghiên cứu tài liệu một thang đo sơ bộ được đề xuất để nghiên cứu sự hài lòng của sinh viên về hoạt động đào tạo của trường Cao đẳng y tế Đồng Tháp năm 2024 - 2025 gồm 07 nhân tố với 45 biến. Thang đo sơ bộ này được triển khai khảo sát trên 517 mẫu, dữ liệu thu được được phân tích độ tin cậy và nhân tố khám phá cho kết quả như sau: có 12 biến bị loại còn lại 33 biến được xếp vào 07 nhân tố: "Cơ sở vật chất", "Chương trình đào tạo", "Đội ngũ giảng viên và

hoạt động giảng dạy trên lớp", "Khả năng phục vụ", "Môi trường và hoạt động hỗ trợ học tập", "Hoạt động hướng nghiệp", "Học phí và các chi phí ngoài học phí". Thang đo được xây dựng có độ tin cậy cao và có thể áp dụng để khảo sát sự hài lòng của sinh viên về hoạt động đào tạo ngành Dược trình độ cao đẳng tại Trường Cao đẳng y tế Đồng Tháp năm học 2024 - 2025.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Xuân Hưng (2019)**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của sinh viên ngành y khoa năm thứ nhất đối với hoạt động đào tạo tại trường ĐH Y dược Thái Bình", Tạp chí Khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên, số 206(13), tr. 101 – 107.
2. **Hoàng Huyền Hương (2019)**, Đánh giá sự hài lòng của dược sĩ với hoạt động đào tạo tại trường ĐH Dược Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Dược học, trường ĐH Dược Hà Nội.
3. **Ninh Thị Kim Loan (2023)**, "Sự hài lòng của sinh viên về chất lượng đào tạo ngành y khoa, khoa y dược, Trường Đại học tây nguyên", Tạp chí Trường Đại học Tây Nguyên, số 60, tr. 150 – 157.
4. **Joseph F. Hair Jr., William C. Black, Barry J. Babin, Rolph E. Anderson (2019)**, Multivariate Data Analysis eighth edition, pp. 131, 133, 151, 178-210, 259-367.
5. **J Hobart, S Cano (2009)**, Improving the evaluation of therapeutic interventions in multiple sclerosis: the role of new psychometric methods, Health Technology Assessment, 13(12), pp. 35.
6. **Praveen K. Kopalle, Donald R. Lehmann (1997)**, "Alpha Inflation? The Impact of Eliminating Scale Items on Cronbach's Alpha", Organizational behavior and human decision processes, 70 (3), pp. 189–197.
7. **Phan Thi Thanh Thao (2024)**, "Factors influencing pharmacy students' satisfaction with pharmacy education quality: A cross-sectional study at a private university in Vietnam", Pharmacy Education (2024), 24(1), pp.818-828.

## CHẢY MÁU SAU MỔ U DÂY VIII: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP – ĐIỂM LẠI Y VẤN VỀ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ TIỀN LƯỢNG

Văn Đức Hạnh<sup>1</sup>, Đồng Văn Hệ<sup>1</sup>, Đồng Văn Sơn<sup>1</sup>,  
Đặng Quang Mạnh<sup>1</sup>, Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật cắt bỏ khối u dây VIII là một thủ thuật phức tạp và đầy thử thách, có thể gây biến chứng do phát triển hồi máu tụ sau phẫu thuật,

mặc dù hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao. **Mục tiêu, đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp và điểm lại y vấn về chẩn đoán, điều trị và tiên lượng thể bệnh này. **Kết quả và bàn luận:** Chảy máu sau mổ u dây VIII là biến chứng hiếm gặp (2-10%); tỷ lệ tử vong cao (20%-50%); có chỉ định can thiệp: Phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài, phẫu thuật lấy máu tụ cầm máu. Nguyên nhân tử vong bao gồm các rối loạn về thần kinh - sọ não và các rối loạn toàn thân. **Kết luận:** Máu tụ sau mổ u hồ sau nói chung cũng như u góc

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức  
Chịu trách nhiệm chính: Đồng Văn Sơn  
Email: dongson2609@gmail.com  
Ngày nhận bài: 4.2.2025  
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025  
Ngày duyệt bài: 11.4.2025

cầu tiểu não nói riêng là biến chứng hiếm gặp, nhưng khó điều trị với tiên lượng biến chứng và tử vong cao.

## SUMMARY

### POSTOPERATIVE HEMATOMA AFTER VESTIBULAR SCHWANNOMA SURGERY: A CASE REPORT – A REVIEW OF THE LITERATURE ON DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROGNOSIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

**Background:** Surgical resection of a vestibular schwannoma is a complex and challenging procedure that can be complicated by the development of a postoperative hematoma, which, although rare, is associated with a very high rate of mortality and disability. **Purposes, materials and methods:** We report a case and review the literature on the diagnosis, treatment, and prognosis of this condition. **Results and Discussion:** Postoperative bleeding after surgery for vestibular schwannoma is a rare complication (2-10%); high mortality rate (20%-50%); intervention is indicated: Surgical drainage of the ventricles, surgical removal of hematoma to stop bleeding. Causes of death include cranial-neurological disorders and systemic disorders. **Conclusion:** Postoperative hematoma for posterior fossa tumors in general and cerebellopontine angle tumors in particular is a rare complication, but difficult to treat with a high prognosis of complications and mortality.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ sau mổ u dây VIII bao gồm máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong khối u (trong trường hợp khối u không được cắt bỏ hết), bán cầu tiểu não, thân não và não thất. Khối máu tụ hố sau chèn ép não thất, thân não gây tăng áp lực nội sọ, hôn mê và có thể dẫn đến tử vong cho người bệnh.

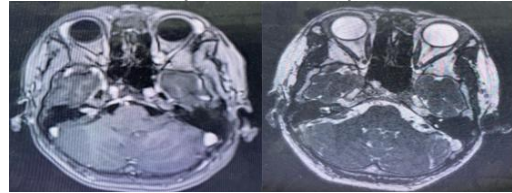
Hiện nay, việc điều trị khối máu tụ hố sau sau phẫu thuật còn phức tạp và tiên lượng dè dặt, đặc biệt với các trường hợp gây giãn não thất, tỷ lệ tử vong và tàn tật rất cao.

Chúng tôi viết báo cáo 1 trường hợp lâm sàng NB giãn não thất – tụ máu bán cầu tiểu não sau phẫu thuật u dây VIII, và điểm lại ý văn về chẩn đoán, điều trị và tiên lượng thể bệnh này.

## II. CA LÂM SÀNG

**Hành chính:** Người bệnh (NB) nữ 52 tuổi, với tiền sử ù tai phải, nghe kém, chóng mặt, đau đầu gần 1 năm đã khám bệnh và điều trị nội khoa nhiều lần ở bệnh viện Cửa Đông, bệnh viện Bạch Mai nhưng không cải thiện, MRI ngày cách 10 tháng ở BV Bạch Mai không phát hiện u não. NB đến khám tại bệnh viện Việt Đức với lý do: đau đầu nhiều, mất ngủ, nghe kém tai phải, ù tai phải liên tục, chóng mặt, đi lại khó. NB được chỉ định phẫu thuật do không cải thiện lâm sàng sau điều trị nội khoa.

**Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng:** NB tỉnh táo, không yếu liệt, nghe kém tai phải và u liên tục, phim chụp MRI tiêm gadolinium kết luận: Ổng tai trong bên phải có tổn thương tín hiệu tổ chức tăng tín hiệu trên FLAIR, đồng tín hiệu trên T1W, hạn chế khuếch tán nhẹ, tổn thương liên tục phía trong với dây thần kinh sọ VIII, tổn thương gây rộng ồng tai trong đường kính ngang ~ 9mm, sau tiêm tổn thương ngấm thuốc mạnh. Kết luận: Hình ảnh khối u vùng ồng tai trong phải, theo dõi Schwannoma dây VIII phải. Thoái hóa Myelin bán cầu phải Fazekas 1



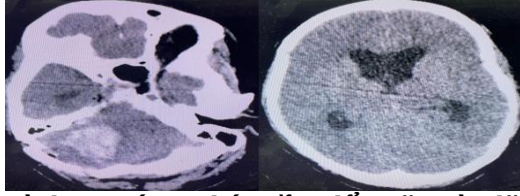
**Hình 1: Phim MRI sọ não: Hình ảnh khối u dây VIII**

**Cách thức phẫu thuật:** 16h ngày 12/12, NB được phẫu thuật cắt bỏ khối u góc cầu cầu tiểu não và/hoặc ổ tai trong bằng đường dưới chẩm sau xoang sigma, kỹ thuật mổ: rạch da sau tai phải, mở nắp sọ dưới chẩm sau xoang sigma, mở màng cứng, dùng kính vi phẫu hút dịch bể đáy làm xẹp não, mài ồng tai trong, cắt bỏ toàn bộ khối u, cầm máu kỹ, vá tạo hình màng cứng, đặt lại xương, đóng cân cơ và da theo lớp giải phẫu.

Kết quả giải phẫu bệnh: Đại thể: Phương pháp xét nghiệm: HE, PAS. Các mảnh 0,2-0,5cm hồng mềm. Vi thể: U được cấu tạo từ các tế bào hình thoi nhân nhỏ, đều, bào tương thuần dài dạng sợi. Chúng sắp xếp thành những vùng mật độ thưa và dày tế bào xen kẽ nhau, nhiều vùng tạo hình ảnh hàng rào, hàng đậu. Mạch máu thành dày kính hóa. Mô đệm rải rác vi nang. Không thấy nhân chia và nhân không điển hình. Kết luận: Neurinome (u dây thần kinh VIII). NB sau mổ được chuyển về khoa hồi sức sau phẫu thuật (hồi tỉnh 3).

**Diễn biến nặng:** 3:00 giờ ngày 13/12/2024, 9h sau phẫu thuật, NB tri giác giảm, cầu không cựa, hút NKQ còn phản xạ, đồng tử đều 1,5 mm, chỉ định chụp cắt lớp sọ kiểm tra phát hiện ổ chảy máu bán cầu tiểu não phải và giãn não thất. NB có chỉ định mổ cấp cứu do giãn não thất, tình trạng trước mổ: bn hôn mê, hút nội khí quản còn phản xạ, đồng tử hai bên đều 1,5 mm, PXAS+ SpO<sub>2</sub> 100%, M 52 l/phút HA 114/74 mmHg. Chẩn đoán: Chảy máu nhu mô tiểu não phải, giãn não thất. NB được phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài. Cách thức phẫu

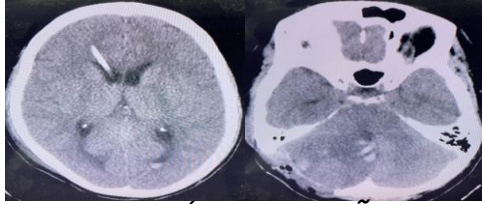
thuật: rạch da trán phải, khoan 1 lỗ, mở màng cứng, chọc trocar vào sừng trán phải, dịch não tủy áp lực trung bình, lắp hệ thống dẫn lưu ra ngoài, đóng theo lớp giải phẫu.



**Hình 2: Máu tụ bán cầu tiểu não và giãn não thất sau mổ**

7h30 phút ngày 13/12/2024, NB không cải thiện, ca bệnh được hội chẩn tại khoa phẫu thuật thần kinh I, có chỉ định phẫu thuật lấy máu tụ tiểu não, cầm máu. Cách thức phẫu thuật: rạch da theo vết mổ cũ, mở nắp sọ dưới chấm sau xoang sigma, mở màng cứng, dùng kính vi phẫu lấy máu tụ, cầm máu kỹ, não xẹp, đập tốt, đóng theo lớp giải phẫu.

NB sau mổ được chuyển về hồi tỉnh 3, chụp CT sọ kiểm tra ổn định, phù bán cầu tiểu não.



**Hình 3: Phim cắt lớp sau phẫu thuật lấy máu tụ và dẫn lưu não thất**

Ngày 14/12/2024 vào lúc 14h35 phút NB có cơn loạn nhịp, nhịp chậm 30 lần/phút, HA 50/30 mmHg các bác sĩ ở hồi tỉnh 3 tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn, ép tim ngoài lồng ngực, dùng thuốc vận mạch. Sau 2 phút cấp cứu NB có mạch trở lại, bác sĩ giải thích cho gia đình tình trạng nặng của NB.

Ngày 16/12/2024 người bệnh được chuyển về khoa nội – hồi sức thần kinh điều trị. Bệnh nhân được hồi sức, hôn mê Glasgow 3 điểm, HA 120/80 mmHg, mạch 78, SpO2 100%, thở máy A/C, thông khí đều 2 bên. Ngày 26/12/2024 vào 1h:40 phút, NB xuất hiện ngừng tuần hoàn, tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn, ép tim, bóp bóng qua nội khí quản, sau cấp cứu 30 phút không hồi phục, bác sĩ giải thích tình trạng nặng cho chồng NB, gia đình ký hồ sơ xin về. Người bệnh được chẩn đoán nặng về sau mổ u góc cầu tiểu não, máu tụ bán cầu tiểu não, giãn não thất, viêm phổi nội viện và ngừng tim.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Phẫu thuật u dây VIII:** Các phương pháp điều trị theo hướng dẫn của hiệp hội ung

bướu thần kinh châu âu bao gồm theo dõi (điều trị triệu chứng) – phẫu thuật và xạ trị.<sup>1</sup> Trong đó phẫu thuật có vai trò chính trong điều trị bệnh lý này. Điều trị phẫu thuật VS nên tính đến kích thước và hình thái khối u tại thời điểm chẩn đoán cũng như các triệu chứng, bệnh đi kèm và nguyện vọng của người bệnh.<sup>2</sup> Trong VS lớn (thang Koos độ IV) phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị chính để loại bỏ tổn thương có triệu chứng hoặc hiệu ứng khối có khả năng đe dọa tính mạng. Phẫu thuật cũng có thể được cân nhắc đối với các khối u nhỏ hơn, nếu có thoái hóa nang hoặc nếu chữa khỏi là mục tiêu chính của điều trị (bằng chứng loại IV, điểm thực hành tốt).<sup>3,4</sup>

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng thính giác, đặc điểm khối u, sở thích của người bệnh và chuyên môn của bác sĩ phẫu thuật. Kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả, cho thấy VS nên được điều trị tại các trung tâm có số lượng ca mổ lớn (bằng chứng loại IV, điểm thực hành tốt).<sup>5</sup> Tỷ lệ tử vong liên quan đến phẫu thuật là 0,5 % trong các loạt nghiên cứu lớn.<sup>6</sup> Xác suất bảo tồn thính giác ở những người bệnh có thính lực bình thường (Gardner Robertson loại A) là >50-75% ngay sau phẫu thuật, cũng như sau 2 và 5 năm, và >25 – 50% sau 10 năm.<sup>7</sup> Các yếu tố ảnh hưởng đến việc bảo tồn thính lực có thể sử dụng được sau phẫu thuật vì phẫu là kích thước khối u < 1 cm, có gói dịch não tủy trong ống tai trong xa cũng như chức năng thính giác trước phẫu thuật tốt. Nguy cơ liệt mặt dai dẳng là từ 3% đến 46%.<sup>8</sup> Tùy thuộc vào kích thước khối u và tình trạng liệt ngay lập tức sau mổ. Để cải thiện tỷ lệ bảo tồn chức năng, việc theo dõi dây VII trong khi phẫu thuật là bắt buộc đối với phẫu thuật VS.

Mục tiêu của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ hoặc gần toàn bộ, vì thể tích khối u còn lại tương quan với tỷ lệ tái phát (bằng chứng loại III, mức khuyến nghị B). Một loạt 116 người bệnh bị VS được điều trị bằng cắt bỏ toàn bộ (GTR), cắt bỏ gần toàn bộ (NTR) hoặc cắt bỏ bán phần (STR) cho tỷ lệ tái phát lần lượt là 3,8%, 9,4% và 27,6%. Thời gian trung bình đến khi tái phát là 22 tháng, dao động từ 6 đến 143 tháng.

Các tiếp cận sau đây thường được sử dụng:

- Phương pháp tiếp cận dưới chấm sau xoang sigma được các bác sĩ phẫu thuật thần kinh ưa chuộng và đặc biệt được chỉ định cho các khối u nằm chủ yếu ở góc cầu tiểu não. Phương pháp này cho phép loại bỏ các khối u có nhiều kích thước khác nhau và mang lại khả năng bảo tồn thính giác. Phương pháp này cung

cấp khả năng quan sát tốt về thân não, các dây thần kinh sọ và các cấu trúc mạch máu có liên quan, nhưng đòi hỏi phải vén tiểu não và chỉ cho phép tiếp cận hạn chế đến đáy ống tai trong. Quy trình này có thể được thực hiện với người bệnh ở tư thế (nửa) ngồi hoặc nằm ngang. Mặc dù có một số nghiên cứu hồi cứu nhỏ báo cáo về kết quả chức năng vượt trội liên quan với tư thế nửa ngồi, dữ liệu hiện tại không ủng hộ việc ủng hộ một kỹ thuật định vị cụ thể (lớp IV, điểm thực hành tốt).

- Phương pháp tiếp cận xuyên mê nhĩ, thường được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật tai mũi họng, có thể được sử dụng để loại bỏ khối u ở mọi kích thước. Phẫu thuật sẽ dẫn đến mất hoàn toàn chức năng của tai trong và do đó không phù hợp với những người bệnh muốn bảo tồn thính giác. Phương pháp này có ưu điểm là tiếp cận khối u tốt mà ít phải vén não.

- Có thể cân nhắc phương pháp tiếp cận hố giữa cho những người bệnh có khối u nhỏ, những người muốn bảo tồn thính lực. Phương pháp tiếp cận phù hợp đòi hỏi phải phẫu thuật sọ não thái dương phía trên cung gò má và bóc tách màng cứng lên đến phần lõi hình cung.

Nhìn chung, không có đủ dữ liệu hỗ trợ cho tính ưu việt của bất kỳ phương pháp nào về mặt cắt bỏ khối u triệt để và bảo tồn chức năng thần kinh. Do đó, không thể đưa ra khuyến nghị nào và phương pháp nên được lựa chọn dựa trên kinh nghiệm của trung tâm điều trị.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật và tiên lượng:

Với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm, kết quả phẫu thuật và chức năng tốt được mô tả. Gormley và các đồng nghiệp đã báo cáo kinh nghiệm của họ với 179 người bệnh: tỷ lệ chức năng thần kinh mặt sau phẫu thuật tốt (House-Brackman độ I-II) là 96% ở các khối u nhỏ (<2 cm), 74% ở các khối u trung bình (2,0 đến 3,9 cm) và 38% ở các khối u lớn (>4 cm). Chức năng nghe được bảo tồn ở 48% khối u nhỏ và 25% khối u trung bình. Tỷ lệ rò dịch não tủy là 15%, mặc dù chỉ có 2% cần phẫu thuật vá rò. Tỷ lệ tử vong là 1%, tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn là 99,4% người bệnh, trong đó không thấy tái phát sau thời gian theo dõi trung bình là 70 tháng (trung vị là 65 tháng). Samii và Matthies đã báo cáo về kinh nghiệm cắt bỏ 1000 u dây VIII, trong đó 97,9% được cắt bỏ hoàn toàn. Tỷ lệ rò rỉ dịch não tủy trong loạt đó là 9,2% và tỷ lệ phẫu thuật vá rò là 1,1%; tỷ lệ tử vong do phẫu thuật là 1,1%. Dây thần kinh mặt được bảo tồn về mặt giải phẫu trong 93% các trường hợp và tỷ lệ bảo tồn thính giác trong tất cả các trường hợp là 39%. Tương tự, Sekhar và cộng sự đã

báo cáo tỷ lệ rò rỉ dịch não tủy là 14% và tỷ lệ tử vong là 1,4%. Tỷ lệ chung của chức năng dây thần kinh mặt tốt (House-Brackman độ I hoặc II) là 96% đối với các khối u nhỏ hơn 2 cm và 79% nói chung.

**3.3. Biến chứng chảy máu sau mổ:** Theo Samii và Matthies, loại chảy máu sau phẫu thuật phổ biến nhất sau phẫu thuật khối u góc cầu là xuất huyết trong màng cứng. Các nguồn chảy máu khác bao gồm tụ máu thân não, tiểu não và ngoài màng cứng. Lưu ý rằng các trường hợp hiếm gặp xuất huyết trong não thất hoặc ngoài màng cứng trên lều (ở NB có dẫn lưu não thất) cũng đã được báo cáo. Tác giả Sanna và cộng sự cũng báo cáo trong 33 đến 40% trường hợp, chảy máu được phát hiện trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật; một nửa trong số các trường hợp này cần can thiệp phẫu thuật. Chảy máu vùng góc cầu tiểu não có tiên lượng xấu hơn so với các loại chảy máu sau phẫu thuật phổ biến khác, với tỷ lệ tử vong từ 25 đến 50%. Theo kinh nghiệm của tác giả, những NB bị tụ máu ngoài màng cứng sau phẫu thuật có kết quả tương đối tốt hơn, trong khi cả hai NB bị tụ máu góc cầu tiểu não đều tử vong. Ở Nhật Bản Tetsuya Goto và cộng sự, trong một nghiên cứu phẫu thuật với 49 ca lâm sàng u dây VIII ở Bệnh viện Đại học Shinshu, có 6 trường hợp (12%) có chảy máu sau mổ.<sup>17</sup> Teruyoshi Kageji và cộng sự đã nghiên cứu 1149 người bệnh đã phẫu thuật khối u nội sọ tại Bệnh viện Đại học Tokushima từ năm 1997 đến năm 2014, đã báo cáo tỷ lệ mắc chảy máu sau mổ cần phải phẫu thuật mở sọ là 2,09%. Trong số những người bệnh cần phải phẫu thuật mở sọ, 12,5% tử vong trong vòng 30 ngày sau ca phẫu thuật đầu tiên. Tác giả kết luận u nguyên bào mạch máu, u hồ sau và thời gian phẫu thuật vượt quá 10 giờ có liên quan đáng kể đến nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật.

Sade và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ tụ máu là 2% (7 trong số 338 trường hợp) sau khi tiếp cận qua đường dưới chẩm sau xoang sigma đối với các khối u dây VIII. Chúng có liên quan đến tỷ lệ tử vong và di chứng đáng kể. Các vị trí tụ máu được báo cáo bao gồm vị trí phẫu thuật, nhu mô tiểu não, tụ máu thân não, tụ máu ngoài màng cứng vị trí phẫu thuật và tụ máu trên lều xa như tụ máu ngoài và dưới màng cứng trên lều.

## IV. KẾT LUẬN

Chảy máu sau phẫu thuật u dây VIII:

- Là biến chứng hiếm gặp (2-10%)
- Tỷ lệ tử vong cao (25%-50%)
- Có chỉ định can thiệp: Phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài, phẫu thuật lấy máu tụ

- Nguyên nhân tử vong bao gồm các rối loạn về thần kinh-sọ não và các rối loạn toàn thân
- Chẩn đoán nguyên nhân tử vong: Ngừng tim – Giãn não thất – Xuất huyết não – Viêm phổi thở máy

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goldbrunner R, Weller M, Regis J, et al.** EANO guideline on the diagnosis and treatment of vestibular schwannoma. *Neuro-Oncology*. 2020;22(1):31-45. doi:10.1093/neuonc/noz153
2. **Rutherford SA, King AT.** Vestibular schwannoma management: What is the 'best' option? *British Journal of Neurosurgery*. 2005; 19(4):309-316. doi:10.1080/02688690500305399
3. **Koos WT, Day JD, Matula C, Levy DI.** Neurotopographic considerations in the microsurgical treatment of small acoustic neurinomas. *Journal of Neurosurgery*. 1998; 88(3):506-512. doi:10.3171/jns.1998.88.3.0506
4. **Nutik SL, Babb MJ.** Determinants of tumor size and growth in vestibular schwannomas. *Journal of Neurosurgery*. 2001;94(6): 922-926. doi:10.3171/jns.2001.94.6.0922
5. **Vivas EX, Carlson ML, Neff BA, et al.** Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines on Intraoperative Cranial Nerve Monitoring in Vestibular Schwannoma Surgery. *NEUROSURGERY*. 2018; 82(2):E44-E46. doi:10.1093/neuros/nyx513
6. **McClelland S, Kim E, Murphy JD, Jaboin JJ.** Operative Mortality Rates of Acoustic Neuroma Surgery: A National Cancer Database Analysis. *Otology & Neurotology*. 2017;38(5):751-753. doi:10.1097/MAO.0000000000001362
7. **Carlson ML, Vivas EX, McCracken DJ, et al.** Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines on Hearing Preservation Outcomes in Patients With Sporadic Vestibular Schwannomas. *NEUROSURGERY*. 2018;82(2):E35-E39. doi:10.1093/neuros/nyx511
8. **Morton RP, Ackerman PD, Pisansky MT, et al.** Prognostic factors for the incidence and recovery of delayed facial nerve palsy after vestibular schwannoma resection: Clinical article. *JNS*. 2011;114(2): 375-380. doi:10.3171/2010.5.JNS091854

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH KHUYẾT SẸO SAU MỔ LẤY THAI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIÊN AN

Phan Thị Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh khuyết sẹo sau mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi và xác định một số yếu tố liên quan tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Phụ sản Thiên An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phát vấn trên 73 người bệnh khuyết sẹo sau mổ lấy thai được phẫu thuật nội soi tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Phụ sản Thiên An. Nghiên cứu sử dụng bản điều tra chất lượng cuộc sống của tổ chức y tế thế giới (WHOQOL)-BREF để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh. Sử dụng T-test để so sánh giá trị trung bình giữa các nhóm độc lập. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cho thấy 73 NB đủ tiêu chuẩn nghiên cứu có điểm chất lượng cuộc sống trung bình là  $76,71 \pm 4,12$ . Khi đánh giá về các đặc điểm, kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình thể chất là  $69,87 \pm 5,57$ ; điểm trung bình về tâm lý là  $70,76 \pm 4,0$ ; điểm trung bình về quan hệ xã hội

là  $83,86 \pm 1,77$ ; điểm trung bình môi trường là  $82,35 \pm 5,14$ . Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với các yếu tố: tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, nơi sinh sống, tình trạng hôn nhân. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật ở mức cao. Chưa tìm thấy có mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với các yếu tố: tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, nơi sinh sống, tình trạng hôn nhân ( $p > 0,05$ ). **Từ khóa:** người bệnh, chất lượng cuộc sống, khuyết sẹo mổ lấy thai.

### SUMMARY

#### THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SCAR DEFECTS AFTER CESAREAN SECTION SCARS IS TREATED BY LAPAROSCOPIC SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT THIEN AN HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** The objective of this study was to assess the quality of life of patients with cesarean scar defects treated with laparoscopic surgery and to identify some related factors at the Obstetrics Department of Thien An Maternity Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted on 73 patients with cesarean scar defects who were scheduled for laparoscopic surgery at the Obstetrics Department of Thien An Maternity

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Thiên An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Dung

Email: phanthidzungvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025