

4.6. Kết quả điều trị. Trong số 105 trường hợp nghiên cứu, có 92,4% thai phụ được điều trị thành công và ra viện trong tình trạng ổn định, không còn triệu chứng của dọa sảy. Tỷ lệ điều trị thành công cao này phản ánh hiệu quả can thiệp tại cơ sở tuyến trung ương, nơi có điều kiện trang thiết bị hiện đại và khả năng xử trí kịp thời.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm nổi bật của nhóm bệnh nhân gồm: tuổi trung bình khoảng 32 tuổi, phần lớn có từ 2–3 lần sảy thai, 72,4% dưới 35 tuổi, tỉ lệ điều trị thành công 92,4%.

2. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ sảy thai liên tiếp bao gồm: bất thường tử cung (đặc biệt là vách ngăn tử cung), rối loạn nội tiết (suy giáp cận lâm sàng, PCOS), chỉ số BMI cao.

3. Tỷ lệ mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản tương đối cao (20,9%) cho thấy vai trò quan trọng của can thiệp y học hiện đại trong cải thiện kết cục thai kỳ cho nhóm RPL.

4. Có đến 52,38% trường hợp không xác định được nguyên nhân, đặt ra yêu cầu phải tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu hơn về các cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, bao gồm yếu tố di

truyền phức tạp, miễn dịch nội tại tử cung và phản ứng màng rụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** (2020). Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss.
2. **Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R.** (2013). Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ*, 346:f3676.
3. **ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group.** (2022). Recurrent Pregnancy Loss Guideline.
4. **Ford HB, Schust DJ.** (2009). Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 76–83.
5. **Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM).** (2012). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(5), 1103–1111.
6. **Taylor E, Gomel V.** (2008). The uterus and fertility. *Fertility and Sterility*, 89(1), 1–16.
7. **Bashiri A, Halper KI, Orvieto R.** (2018). Recurrent pregnancy loss—update and new therapeutic approach. *Human Reproduction Update*, 24(6), 1–16.
8. **Saravelos SH, Li TC.** (2012). Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it?. *Human Reproduction*, 27(7), 1882–1886.

BIẾN CHỨNG GIÃN NÃO THẮT Ở BỆNH NHÂN LAO MÀNG NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Nguyễn Trung Cấp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giãn não thắt là một trong những biến chứng thần kinh phổ biến và nghiêm trọng nhất của lao màng não (TBM), đóng vai trò quan trọng trong việc xác định tiên lượng và kết cục của bệnh nhân. Mô tả biến chứng giãn não thắt và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân lao màng não điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên các bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não được chụp CLVT/MRI tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương từ tháng 03/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ giãn não thắt ở bệnh nhân lao màng não là 31,1%. Triệu chứng hôn mê gặp ở nhóm giãn não thắt cao hơn nhóm không giãn não thắt (64,3% so với 16,1%, $p = 0,001$). Dịch não tủy màu ánh vàng, lượng Protein cao ở nhóm giãn não thắt cao hơn so với nhóm không giãn não thắt lần lượt

là 38,5% so với 16,1%, ($p = 0,048$) và 2,04 so với 1,37, ($p < 0,048$). Dịch não tủy màu ánh vàng là yếu tố tiên lượng giãn não thắt ở bệnh nhân lao màng não ($OR = 3,9$, $p = 0,048$). **Kết luận:** Màu sắc ánh vàng và lượng protein trong dịch não tủy có ý nghĩa tiên lượng ở bệnh nhân lao màng não

Từ khóa: Lao màng não, giãn não thắt.

SUMMARY

HYDROCEPHALUS COMPLICATION IN TUBERCULOUS MENINGITIS PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objectives: Hydrocephalus is one of the most common and severe neurological complications of tuberculous meningitis (TBM), playing a crucial role in determining patient prognosis and outcome. To describe hydrocephalus complications and associated risk factors in TBM patients treated at the National Hospital for Tropical Diseases. **Methods:** A retrospective study was conducted to analyze the incidence of complications and risk factors for hydrocephalus in TBM patients. **Results:** The incidence of hydrocephalus in tuberculous meningitis patients was 31.1%. Coma was observed significantly more frequently in the hydrocephalus group compared

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungkykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

to the non-hydrocephalus group (64.3% vs. 16.1%, p = 0.001). Cerebrospinal fluid (CSF) xanthochromia and elevated CSF protein levels were also significantly higher in the hydrocephalus group than in the non-hydrocephalus group, at 38.5% vs. 16.1% (p = 0.048) and 2.04 g/L vs. 1.37 g/L (p < 0.048), respectively. CSF xanthochromia was identified as a prognostic factor for hydrocephalus in TBM patients (OR = 3.9, p = 0.048). **Conclusion:** CSF xanthochromia and elevated CSF protein levels are significant prognostic indicators for hydrocephalus in TBM patients.

Keywords: Tuberculous meningitis, hydrocephalus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn não thất là một trong những biến chứng thần kinh phổ biến và nghiêm trọng nhất của lao màng não (TBM), đóng vai trò quan trọng trong việc xác định tiên lượng và kết cục của bệnh nhân. Tình trạng này phát sinh do sự tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy (CSF) bởi dịch viêm đặc, cục fibrin, hoặc màng dính trong khoang dưới nhện và hệ thống não thất, dẫn đến tích tụ CSF và tăng áp lực nội sọ¹. Tỷ lệ giãn não thất có sự khác biệt tùy nghiên cứu, Tại Việt Nam tỷ lệ này từ 29,6% đến 33,3%^{2,3}. Một phân tích gộp của Tran và cộng sự (2021) đã chỉ ra rằng giãn não thất là một trong những biến chứng thần kinh thường gặp nhất của TBM, với tỷ lệ dao động từ 20% đến 80% tùy theo các nghiên cứu⁴. Các nghiên cứu từ Ấn Độ, một quốc gia có gánh nặng lao cao, cũng báo cáo tỷ lệ giãn não thất đáng kể. Kumar và cộng sự (2004) tìm thấy 40% bệnh nhân TBM có giãn não thất trên hình ảnh CT sọ não⁵. Tương tự, một nghiên cứu khác ở người lớn của Hosoglu và cộng sự (2004) tại Thổ Nhĩ Kỳ ghi nhận tỷ lệ giãn não thất là 34,7%⁶. Giãn não thất làm tăng tỷ lệ tử vong, gây tăng áp lực nội sọ kéo dài, chèn ép cấu trúc não quan trọng, làm suy giảm chức năng sống và tăng nguy cơ thoát vị não, dẫn đến tử vong. Các nghiên cứu đã liên tục chỉ ra rằng sự hiện diện của giãn não thất làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong ở bệnh nhân TBM⁴. Ngay cả khi sống sót, bệnh nhân có giãn não thất thường phải đối mặt với các di chứng thần kinh nghiêm trọng và vĩnh viễn do tổn thương não do tăng áp lực nội sọ và thiếu máu cục bộ¹

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Bệnh nhân trên 18 tuổi
- + Được chẩn đoán lao màng não trên hệ thống với mã ICD-10: A17.0
- + Được sử dụng thuốc chống lao và có đầy đủ thông tin nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Đồng nhiễm HIV
- + Trường hợp bệnh nhân không đủ thông tin nghiên cứu trên hệ thống.

• **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

• **Thời gian nghiên cứu:** từ 3/2022 đến 12/2023

• **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa hồi sức tích cực – Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương

• **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

- + Bước 1: Lựa chọn những bệnh đủ điều kiện nghiên cứu
- + Bước 2: Hồi cứu thông tin nghiên cứu trên bệnh án điện tử.
- + Bước 3: Nhập số liệu nghiên cứu lên hệ thống và tiến hành xử lý số liệu.
- + Bước 4: Hoàn thiện hồ sơ nghiên cứu và tiến hành phân tích.

2.2. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học SPSS 20.0

- Tính tỷ lệ phần trăm (%) với các biến định tính. Tính trung bình cộng, độ lệch chuẩn: các thông số được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình của biến định tính bằng kiểm định T-Test. Sử dụng các mô hình hồi quy đơn biến và đa biến để xác định các mối quan hệ độc lập.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng Hội đồng khoa học Bệnh viện nhiệt đới trung ương thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 45 bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não, trong đó giãn não thất có 14/45 bệnh nhân, chiếm 31,1%. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với 33/45 chiếm 73,3%. Tuổi trung bình 51,2 ± 19,6 tuổi.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 2 nhóm

Đặc điểm		Nhóm không giãn não thất (n=31)		Nhóm giãn não thất (n=14)		p
		n	%	n	%	
Hôn mê	Không	26	83,9	5	35,7	0,001

	Có	5	16,1	9	64,3	
Điểm Glasgow	SD, IQR	14 (13-15)		12 (11-13)		0,004
Hồng cầu (T/L)		4,56 ± 0,51		4,05 ± 0,69		0,008
Ure (mmo/L)		5,03 ± 1,92		7,18 ± 4,31		0,025
AST# (U/L)		23,5 (17,0-34,0)		33,0 (24,0-74,0)		0,030
Natri (mmol/L)		130,8 ± 6,4		131,1 ± 5,2		0,859
PT (s)		12,54 ± 1,54		13,82 ± 1,70		0,019

*Kết quả được phân tích bởi Fisher's exact test

Nhận xét: Triệu chứng hôn mê ở nhóm có giãn não thất (64,3%) so với nhóm không giãn não thất (16,1%), $p = 0,001$. Nhóm có giãn não thất có hồng cầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không giãn não thất ($p < 0,05$). Kết quả chỉ ra rằng, nhóm giãn não thất ghi nhận giá trị ure, AST và giá trị PT (s) kéo dài hơn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không giãn não thất.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm dịch não tủy giữa 2 nhóm

Chỉ số	Nhóm không giãn não thất (n=31)	Nhóm giãn não thất (n=14)	p
Màu			
Không màu	26 (83,9)	8 (61,5)	0,048
Anh vàng	5 (16,1)	6 (38,5)	
Số lượng tế bào# (TB/ml)	189 (76-590)	270 (172-403)	0,286
BC lympho (%)	51,5±34,3	57,3±27,6	0,590
Glucose (mmo/l)	2,67±1,71	2,43±1,31	0,659
Protein# (g/L)	1,37 (1,00-3,58)	2,04 (1,60-2,73)	0,048

Kết quả được trình bày Median, IQR

Nhận xét: Dịch não tủy màu ánh vàng xuất hiện nhiều hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm giãn não thất so với nhóm không giãn não thất (38,5% vs 16,1%, $p = 0,048$). Lượng Protein ở nhóm giãn não thất cao hơn nhóm không giãn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.3. Giá trị tiên lượng giãn não thất

Chỉ số	Giãn não thất		
	OR	95% CI	p
Hôn mê	9,360	2,189-40,022	0,003
Điểm Glasgow	0,621	0,423-0,910	0,014
Hồng cầu (T/L)	0,190	0,047-0,767	0,020
Ure (mmol/L)	1,290	1,001-1,662	0,049
PT (s)	1,610	1,045-2,481	0,031

OR (Odds Ratio): Tỷ suất chênh; CI (Confidence Interval): Khoảng tin cậy 95%

Nhận xét: Triệu chứng hôn mê, điểm Glasgow thấp, ure cao và PT kéo dài có nguy cơ cao hơn bị giãn não thất. Trong khi đó số lượng hồng cầu tăng cao có liên quan tới giảm nguy cơ giãn não thất (OR = 0,190, $p = 0,020$)

Bảng 3.4. Giá trị tiên lượng giãn não thất của một số chỉ số dịch não tủy

Chỉ số	Giãn não thất
--------	---------------

	OR thô	95% CI	p
Màu ánh vàng	3,900	1,936-16,249	0,048
Số lượng tế bào (TB/ml)	1,001	0,999-1,002	0,504
BC trung tính (%)	0,995	0,975-1,016	0,628
BC lympho (%)	1,006	0,985-1,027	0,580
Glucose (mmo/l)	0,904	0,583-1,400	0,650
Protein (g/L)	1,202	0,898-1,609	0,217

OR (Odds Ratio): Tỷ suất chênh; CI (Confidence Interval): Khoảng tin cậy 95%

Nhận xét: Dịch não tủy màu ánh vàng là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê tình trạng giãn não thất ở bệnh nhân lao màng não (OR = 3,9, $p = 0,048$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 2 nhóm. Tỷ lệ biến chứng giãn não thất trong nghiên cứu là 31,1% nằm trong khoảng dao động được báo cáo trong y văn. Giãn não thất là một biến chứng thường gặp của TBM, xảy ra do tình trạng viêm gây tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy (CSF) hoặc do tăng sản dịch não tủy. Các nghiên cứu khác đã ghi nhận tỷ lệ giãn não thất ở bệnh nhân TBM khá biến động, ví dụ, một tổng quan hệ thống năm 2021 của Tran và cộng sự chỉ ra giãn não thất là một trong những biến chứng thần kinh phổ biến nhất ở TBM⁴. Các nghiên cứu khác có thể báo cáo tỷ lệ từ khoảng 20% đến hơn 60% tùy thuộc vào quần thể nghiên cứu, mức độ nặng của bệnh khi nhập viện và phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng^{5,6}.

Kết quả cho thấy hôn mê và điểm Glasgow thấp là những yếu tố liên quan chặt chẽ với sự hiện diện của giãn não thất. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Giãn não thất gây tăng áp lực nội sọ, chèn ép cấu trúc não, dẫn đến suy giảm ý thức và hôn mê. Một nghiên cứu của Hosoglu và cộng sự (2004) cũng chỉ ra tình trạng ý thức suy giảm là yếu tố nguy cơ độc lập của giãn não thất ở bệnh nhân lao màng não người lớn⁶. Tình trạng thiếu máu (hồng cầu thấp) ở nhóm giãn não thất có thể phản ánh mức độ nặng của bệnh, suy dinh dưỡng hoặc viêm mạn tính kéo dài, điều thường thấy ở các bệnh nhân lao tiến triển⁷. Nồng độ ure máu tăng cao ở nhóm giãn não thất gợi ý

suy giảm chức năng thận. Suy thận cấp hoặc mạn tính có thể là biến chứng của nhiễm trùng nặng, mất nước hoặc do tác dụng phụ của thuốc. Tình trạng bệnh nặng có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, bao gồm thận. Tăng men gan AST có thể do tổn thương tế bào gan liên quan đến quá trình viêm hệ thống nặng, hoặc do tác dụng phụ của thuốc chống lao, đặc biệt là Isoniazid và Pyrazinamid. Tình trạng này thường gặp ở bệnh nhân lao nặng và suy kiệt. PT kéo dài ở nhóm giãn não thất cho thấy rối loạn đông máu, có thể liên quan đến suy giảm chức năng gan (gan tổng hợp các yếu tố đông máu), thiếu vitamin K, hoặc tình trạng đông máu rải rác nội mạch (DIC) trong nhiễm trùng nặng. Rối loạn đông máu có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết não, một biến chứng nghiêm trọng khác của lao màng não¹. Những đặc điểm này chỉ ra rằng bệnh nhân lao màng não có giãn não thất thường ở tình trạng nặng hơn về lâm sàng (hôn mê, điểm Glasgow thấp) và có các rối loạn chức năng cơ quan (thận, gan, thiếu máu, đông máu). Việc theo dõi sát sao các chỉ số này là cực kỳ quan trọng để đánh giá mức độ nặng, tiên lượng và điều chỉnh phác đồ điều trị kịp thời nhằm giảm thiểu biến chứng và cải thiện kết cục.

4.2. Một số đặc điểm dịch não tủy của 2 nhóm. Sự hiện diện của DNT ánh vàng là một dấu hiệu quan trọng, thường do tăng protein trong DNT (protein > 1.5 g/L) hoặc do hồng cầu lỵ giải (xuất huyết nhẹ). Đây là một chỉ điểm của viêm màng não nặng và tổn thương hàng rào máu-não. Tình trạng này có thể góp phần gây tắc nghẽn lưu thông DNT, dẫn đến giãn não thất⁵. Protein DNT tăng cao là đặc điểm kinh điển của lao màng não, phản ánh phản ứng viêm màng não nghiêm trọng và tổn thương hàng rào máu não. Việc protein DNT cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm giãn não thất cho thấy mức độ viêm nặng hơn, dẫn đến sự thoát quản protein nhiều hơn vào DNT, làm tăng độ quán của DNT và góp phần gây tắc nghẽn. Màu sắc DNT (ánh vàng) và nồng độ protein DNT cao là những dấu hiệu cận lâm sàng quan trọng giúp tiên lượng nguy cơ giãn não thất ở bệnh nhân lao màng não. Việc theo dõi sát sao các chỉ số này có thể giúp các bác sĩ lâm sàng nhận diện sớm bệnh nhân có nguy cơ cao để can thiệp kịp thời (ví dụ: chụp CT/MRI sọ não để đánh giá giãn não thất và cân nhắc dẫn lưu DNT).

4.3. Giá trị tiên lượng giãn não thất của một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng. Kết quả này củng cố mạnh mẽ tầm quan trọng của tình trạng ý thức trong tiên lượng giãn não thất. OR = 9,360 cho hôn mê có nghĩa là bệnh nhân

hôn mê có nguy cơ giãn não thất cao gấp hơn 9 lần so với bệnh nhân không hôn mê. Mỗi điểm giảm trên thang Glasgow làm tăng nguy cơ giãn não thất lên đáng kể (OR < 1 cho thấy mối liên hệ nghịch, tức là điểm càng thấp thì nguy cơ càng cao). Các nghiên cứu khác cũng đã xác định suy giảm ý thức là một yếu tố tiên lượng xấu và là chỉ điểm của TBM giai đoạn nặng. Hồng cầu: OR = 0,190 cho hồng cầu cho thấy số lượng hồng cầu cao hơn có liên quan đến nguy cơ giãn não thất thấp hơn. Điều này ngụ ý rằng tình trạng thiếu máu nặng (hồng cầu thấp) là một yếu tố nguy cơ độc lập cho giãn não thất, phù hợp với bàn luận ở Bảng 3.1 về mức độ nặng của bệnh. Ure cao và PT kéo dài: OR > 1 cho Ure và PT kéo dài khẳng định rằng suy giảm chức năng thận và rối loạn đông máu là những yếu tố nguy cơ độc lập cho giãn não thất. Điều này có thể phản ánh tình trạng tổn thương đa cơ quan, viêm toàn thân nặng, hoặc bệnh lý nền kém kiểm soát ở những bệnh nhân này, làm tăng khả năng phát triển các biến chứng thần kinh nghiêm trọng như giãn não thất¹. Bảng này cung cấp các chỉ số tiên lượng có giá trị thực tiễn cao cho lâm sàng. Bác sĩ có thể sử dụng các triệu chứng lâm sàng như hôn mê, điểm Glasgow, và các xét nghiệm cận lâm sàng như ure, PT, và số lượng hồng cầu tại thời điểm nhập viện để đánh giá nhanh nguy cơ giãn não thất, từ đó đưa ra các quyết định chẩn đoán hình ảnh và can thiệp kịp thời để phòng ngừa hoặc giảm thiểu di chứng.

4.4. Giá trị tiên lượng giãn não thất của một số chỉ số dịch não tủy. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của đặc điểm DNT thô (màu sắc) trong tiên lượng. DNT ánh vàng thường là dấu hiệu của protein tăng cao hoặc có sự hiện diện của máu đã thoái hóa trong DNT, cả hai đều có thể gây tắc nghẽn lưu thông DNT và dẫn đến giãn não thất^{4,5}. Một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng protein DNT tăng cao là một yếu tố nguy cơ của giãn não thất⁸. Mặc dù các thông số DNT khác (tế bào, glucose) không đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy đơn biến này, màu sắc DNT vẫn là một chỉ dấu đơn giản nhưng mạnh mẽ. DNT ánh vàng là một dấu hiệu lâm sàng trực quan, dễ dàng đánh giá ngay tại thời điểm chọc dò DNT, có giá trị cao trong việc cảnh báo nguy cơ giãn não thất. Điều này giúp các bác sĩ nhanh chóng đánh giá mức độ nghiêm trọng và quyết định các biện pháp chẩn đoán hình ảnh bổ sung (như chụp CT hoặc MRI sọ não) và can thiệp điều trị phù hợp để quản lý biến chứng giãn não thất.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng giãn não thất là 31,1% với triệu chứng hay gặp là hôn mê. Dịch não tủy màu ánh vàng, nồng độ protein cao gặp nhiều hơn ở nhóm giãn não thất. Dịch não tủy màu ánh vàng là yếu tố nguy cơ độc lập của tình trạng giãn não thất ở bệnh nhân lao màng não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marais S TG, Schoeman JF, et al.** Tuberculous meningitis: a review of current knowledge and future directions. *Clin Infect Dis.* 2016;62(9): 1170-1176.
2. **Trần Thị Thu Thủy, Nguyễn Kim Thăng.** Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh lao màng não tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2017-2018. *Tạp chí Y học thực hành.* 2019;1129(1):12-16.
3. **Nguyễn Việt Nhung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao màng não tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học; Đại học Y Hà Nội; 2015.
4. **Tran CS TG, Phu NH, et al.** Global burden of tuberculous meningitis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(2):296-306.
5. **Kumar R GR, Singh S, et al.** Hydrocephalus in tuberculous meningitis: a clinico-radiological study. *Neurol India.* 2004;52(1):37-42.
6. **Hosoglu S GM, Ayaz C, et al.** Risk factors for hydrocephalus in adults with tuberculous meningitis. *Scand J Infect Dis.* 2004;36(8):577-579.
7. **Sharma SK MA.** Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res.* 2004;120(4):316-353.
8. **Sinha S SJ.** Tuberculous meningitis: clinical profile and outcome in elderly. *J Assoc Physicians India.* 2009;57:332-335.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC TIA SỮA BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁC ĐỘNG CỘT SỐNG KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM

Mai Thị Đào¹, Dương Huy Hoàng¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh tắc tia sữa bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp với điện châm và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp điều trị. **Đối tượng và PPNC:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 60 người bệnh được chẩn đoán xác định tắc tia sữa chia làm 2 nhóm tương đương, điều trị liên tục trong 4 ngày tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện đa khoa y học cổ truyền Hà Nội. Nhóm chứng điều trị bằng điện châm. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng điện châm và tác động cột sống. **Kết quả:** phương pháp điều trị mới có tác dụng giảm đau, giảm kích thước vùng vú sưng cứng sau 2 ngày điều trị. Giảm tắc tia sữa: điểm trung bình $1,83 \pm 0,38$ điểm, sau 2 ngày điều trị giảm $0,23 \pm 0,43$ điểm và sau 3 ngày là 0 điểm. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: trẻ bú trên 8 lần mỗi ngày cho kết quả tốt cao gấp 11,25 lần so với trẻ bú dưới 8 lần trên ngày, thời gian trẻ bú trên 5 phút/ 1lần cho kết quả tốt hơn 9,00 lần so với thời gian trẻ bú dưới 5 phút /1lần. Hình thức sinh không ảnh hưởng tới kết quả điều trị **Kết luận:** điều trị bệnh tắc tia sữa bằng phương pháp tác động cột sống kết hợp với điện châm kết quả tốt là 76,67%, khá là 23,33%, không có kết quả kém. **Từ khóa:** tắc tia sữa, tác động cột sống, điện châm

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS AND SOME FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF TREATMENT OF BREAST BLOCKAGE BY COMBINED SPINAL MANIPULATION AND ELECTROACUPUNCTURE

Objective: To evaluate the effectiveness of treating blocked milk ducts by spinal manipulation combined with electroacupuncture at and some factors affecting the results of the treatment method. **Subjects and methods:** A controlled clinical trial on 60 patients diagnosed with blocked milk ducts, divided into 2 equal groups, treated continuously for 4 days at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hanoi General Hospital of Traditional Medicine. Time: From September 2019 to August 2020. The control group was treated with electroacupuncture. The research group was treated with electroacupuncture and spinal manipulation. **Results:** The treatment method has the effect of reducing pain and reducing the size of the swollen breast area after 2 days of treatment. Reducing blocked milk ducts: the average score is 1.83 ± 0.38 points, after 2 days of treatment it decreased by 0.23 ± 0.43 points and after 3 days it was 0 points. Some factors affecting the treatment results: the number of times the baby breastfeeds more than 8 times per day gives 11.25 times better treatment results than the number of times the baby breastfeeds less than 8 times per day, the time the baby breastfeeds more than 5 minutes/time gives 9.00 times better treatment results than the time the baby breastfeeds less than 5 minutes/time. The form of birth does not affect the treatment results. **Conclusion:** Treatment of blocked milk ducts by

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Đào

Email: bsmait海道@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025