

ánh mức độ tổn thương nặng hoặc biến chứng hậu phẫu như ARDS, viêm phổi – đều ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng hồi phục.^{4,10} Tuy nhiên, tại thời điểm 3 tháng, ảnh hưởng của các yếu tố này có xu hướng giảm nếu bệnh nhân được điều trị và phục hồi chức năng tích cực.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng cho kết quả phục hồi thần kinh tốt với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Điểm GCS ban đầu là yếu tố tiên lượng tốt cho hồi phục chức năng dài hạn, nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp ngoại khoa sớm trước khi tri giác bệnh nhân xấu đi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al.** Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery*. 2006;58(3 Suppl):S7-15; discussion Si-iv.
2. **Lee EJ, Hung YC, Wang LC, Chung KC, Chen HH.** Factors influencing the functional outcome of patients with acute epidural hematomas: analysis of 200 patients undergoing surgery. *J Trauma Acute Care Surg*. 1998;45(5):946-952.
3. **David S Liebeskind M FAAN, FAHA, FANA.** Epidural Hematoma: Background, Etiology, Pathophysiology. Published online January 9, 2018.
4. **Humayun M, Premraj L, Shah V, Cho SM.** Mechanical ventilation in acute brain injury patients with acute respiratory distress syndrome. *Front Med*. 2022;9:999885.
5. **Heinzelmann M, Platz A, Imhof H.** Outcome after acute extradural haematoma, influence of additional injuries and neurological complications in the ICU. *Injury*. 1996;27(5):345-349.
6. **Cheung PSY, Lam JMY, Yeung JHH, Graham CA, Rainer TH.** Outcome of traumatic extradural haematoma in Hong Kong. *Injury*. 2007;38 1:76-80.
7. **Emejulu J, Shokunbi M, Malomo A.** Determinants of outcome in operative treatment of traumatic extradural haematoma. *West Afr J Med*. 2008;27(1).
8. **Ruff LM, Mendelow AD, Lecky FE.** Improving mortality after extradural haematoma in England and Wales. *Br J Neurosurg*. 2013;27(1):19-23.
9. **Chiewvit P, Tritakarn S on, Nanta-aree S, Suthipongchai S.** Degree of midline shift from CT scan predicted outcome in patients with head injuries. *Med J Med Assoc Thai*. 2010;93(1):99.
10. **Fan TH, Huang M, Gedansky A, et al.** Prevalence and outcome of acute respiratory distress syndrome in traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Lung*. 2021;199(6):603-610.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hồng Việt^{1,2}, Hoàng Kim Tuấn¹, Nguyễn Ngọc Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dẫn lưu não thất ổ bụng trên bệnh nhân não úng thủy tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 83 hồ sơ bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán não úng thủy và điều trị dẫn lưu não thất-ổ bụng tại viện. Kết quả theo 2 mục tiêu: (1) Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân não úng thủy được phẫu thuật tại viện; (2) Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân trên tại các thời điểm sau mổ, sau 1,3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 49,9; tỷ lệ Nam/nữ=3:1. Lý do vào viện: Đau đầu (83,1%) và rối loạn ý thức (78,0%). Thể tắc nghẽn chiếm 88,0%. Lâm sàng: Liệt vận động 50,6%; Rối loạn phản xạ bó tháp 34,9%; tam chứng Hakim 6,0%. Chẩn đoán hình ảnh: FH/ID $\geq 0,5$ ở 72,3%; tai chuột Mickey 95,2%;

sừng thái dương $>2\text{mm}$ 96,4%; thấm dịch não tủy (DNT) mô não xung quanh 92,8%. Cây DNT (+) ở 1,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 52p; 91,6% không có biến chứng sau mổ. Chức năng thần kinh tốt (GOS IV,V) tại các thời điểm sau mổ, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 60,2; 89,2 và 90,4%. Tri giác và thể trạng bệnh nhân cải thiện rõ tại các thời điểm 1,3 tháng so với sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất – ổ bụng trên bệnh nhân não úng thủy được thực hiện an toàn với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, cải thiện tốt chức năng thần kinh, tri giác và thể trạng người bệnh.

Từ khóa: Dẫn lưu não thất ổ bụng, não ung thủy, Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF VENTRICULOPERITONEAL SHUNT IN PATIENTS WITH HYDROCEPHALUS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL)

Objective: To evaluate the treatment outcomes of ventriculoperitoneal (VP) shunt surgery in patients with hydrocephalus at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Việt

Email: drviet.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

cross-sectional study was conducted on 83 medical records of patients aged ≥ 18 years who were diagnosed with hydrocephalus and underwent VP shunt surgery at the hospital. The analysis focused on two objectives: (1) Clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing surgery; and (2) Treatment outcomes at postoperative time points: immediately after surgery, 1 month, and 3 months.

Results: The mean age was 49.9 years, with a male-to-female ratio of 3:1. The most common reasons for admission were headache (83.1%) and altered consciousness (78.0%). Obstructive hydrocephalus accounted for 88.0% of cases. Clinically, 50.6% presented with motor weakness, 34.9% with pyramidal tract signs, and 6.0% with Hakim's triad. Imaging findings included Evans Index (FH/ID) ≥ 0.5 in 72.3%, "Mickey Mouse ears" sign in 95.2%, temporal horn width $>2\text{mm}$ in 96.4%, and periventricular cerebrospinal fluid (CSF) transependymal flow in 92.8%. Positive CSF cultures were found in 1.2% of patients. The mean operative time was 52 minutes. Postoperative complications were minimal, with 91.6% of patients experiencing no complications. Good neurological outcomes (GOS IV–V) were observed in 60.2%, 89.2%, and 90.4% of patients immediately post-surgery, at 1 month, and at 3 months, respectively. Significant improvements in consciousness and general condition were noted at 1 and 3 months compared to immediately after surgery.

Conclusion: Ventriculoperitoneal shunt surgery was performed safely, with a low rate of complications and significant improvement in neurological function, consciousness, and general condition over time.

Keywords: Ventriculoperitoneal shunt, hydrocephalus, Nghe An General Friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Não úng thủy là một bệnh lý thần kinh nghiêm trọng, đặc trưng bởi sự tích tụ bất thường của dịch não tủy (DNT) trong hệ thống não thất, có thể dẫn đến tăng áp lực nội sọ, tổn thương não, suy giảm thần kinh và nếu không được điều trị có thể gây tử vong.¹ Mặc dù là một vấn đề y tế/nghiên cứu quan trọng, đến nay vẫn thiếu các đánh giá đầy đủ về gánh nặng bệnh tật cũng như kết quả điều trị ở các cơ sở y tế tại Việt Nam và các nước thu nhập thấp/trung bình.² Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất – ổ bụng (ventriculoperitoneal shunt – VP shunt) là phương pháp điều trị chính cho não úng thủy người lớn, đặc biệt trong thể tắc nghẽn hoặc thể áp lực bình thường (NPH). Tại một bệnh viện vùng ở Bắc Âu, tỷ lệ đáp ứng sau 3 tháng đạt tới 89%, với tỷ lệ biến chứng chỉ 6% trong vòng 6 tháng.⁴ Những con số này cho thấy mặc dù VP shunt có hiệu quả rõ, việc đánh giá kết quả thực tế ở mỗi cơ sở địa phương là rất cần thiết. Tại Việt Nam, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh như Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, hiện chưa có nhiều dữ liệu công bố về đặc điểm lâm

sàng, hình ảnh học và kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật VP shunt. Sự thiếu hụt này giới hạn việc xây dựng tiêu chuẩn chăm sóc và đánh giá tiên lượng phù hợp cho bệnh nhân trong điều kiện nguồn lực hạn chế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các bệnh nhân não úng thủy do tất cả các nguyên nhân được phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng tại khoa Phẫu thuật thần kinh - cột sống Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2023 đến tháng 6/2025. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán não úng thủy do tất cả các nguyên nhân khác nhau.

- Được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ổ bụng.

- Hồ sơ bệnh án, phim chụp đầy đủ thông tin.

- Khám lại bệnh nhân sau ít nhất 3 tháng

Tiêu chuẩn loại trừ

- Can thiệp phương pháp khác cho bệnh lý giãn não thất trước đây (ví dụ: nội soi mở thông sàn não thất).

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian: tháng 06/2023 đến tháng 6/2025.

+ Địa điểm nghiên cứu: khoa Phẫu thuật thần kinh - cột sống Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Cơ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Chọn mẫu không ngẫu nhiên, tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Quá trình chọn lọc theo tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 83 bệnh nhân

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá tri giác theo thang điểm GCS.

- Đánh giá chức năng thần kinh theo thang điểm GOS.

Xử lý và phân tích số liệu: Thống kê mô tả: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

Sử dụng test χ^2 khi so sánh các tỷ lệ nghiên cứu (khoảng tin cậy 95%). Kiểm định tính độc lập sẽ được so sánh bằng kiểm định khi-bình phương của Pearson (χ^2). Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 83 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, tuổi trung bình là 49,9. Tỷ lệ nam/nữ $\sim 3/1$. 81,9% chưa phẫu

thuật bệnh lý giãn não thất lần nào. Chấn thương sọ não (37,3%) và xuất huyết não (24,4%) là các tiền sử bệnh lý liên quan thường gặp nhất. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện >4 tuần là 42,2%. Thể tắc nghẽn chiếm 88,0%.

Bảng 1. Phân bố triệu chứng (n=83)

Triệu chứng	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liệt ½ người	Không	41	49,4
	Liệt ½ người	38	45,8
	Liệt tứ chi	4	4,8
Phản xạ gân xương	Có	29	34,9
	Không	54	65,1
Phản xạ babinski	Có	29	34,9
	Không	54	65,1
Đồng tử	Đều	82	98,8
	Không đều	1	1,2
Dấu TKKT khác	Có	42	50,6
	Không	41	49,4
Động kinh	Có	5	6,0
	Không	78	94,0
Tam chứng hakim	Có	5	6,0
	Không	78	94,0

Nhận xét: Thống kê cho thấy, triệu chứng thực thể liệt vận động (chủ yếu là liệt ½ người) là thường gặp nhất; tiếp đến là rối loạn các phản xạ liên quan bó tháp (34,9%). Tam chứng hakim điển chỉ ghi nhận ở 6,0%.

Bảng 2. Triệu chứng cận lâm sàng (n=83)

Tiêu chí	Phân loại	Số lượng (BN)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh giãn não thất	Sừng thái dương kích thước >2mm	80	96,4
	Rãnh Sylvius, rãnh cuộn não bị xóa	12	14,5
	Thẩm dịch não tủy ra xung quanh não thất	77	92,8
	Hình ảnh tai chuột Mickey	79	95,2
FH/BPD (evans)	Chỉ số Evans $\geq 0,3$	79	95,2
	Chỉ số Evans < 0,3	4	4,8
FH/ID	FH/ID $\leq 0,4$	0	0
	$0,4 < \text{FH/ID} < 0,5$	23	27,7
	FH/ID $\geq 0,5$	60	72,3
Mức độ giãn	Giãn cả 4 não thất	67	80,7
	Giãn não thất bên và não thất 3	13	15,7
	Giãn não thất bên đơn thuần	3	3,6

Nhận xét: - Dấu hiệu có độ nhạy cao như như sừng thái dương kích thước >2mm, thẩm

dịch não tủy quanh não thất và tai chuột Mickey ghi nhận ở đa số trường hợp (>90,0%).

- Chỉ số Evans $\geq 0,3$ chiếm đa số (95,2%). Mức FH/ID $\geq 0,5$ chiếm ưu thế với 72,3% trường hợp.

- Mức giãn 4 não thất chiếm ưu thế với 80,7%; chỉ có 3,6% giãn não thất bên đơn thuần.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật (n=83)

Tiêu chí	Phân loại	Số lượng (BN)	Tỷ lệ (%)
Vị trí đặt shunt	Sừng trán	4	4,8
	Sừng chẩm	7	8,4
	Ngã 3 não thất	72	86,7
Bán cầu đặt	Ưu thế	26	31,3
	Không ưu thế	57	68,7
Tốc độ DNT	Chảy thành tia	76	91,6
	Nhỏ giọt	7	8,4
Màu sắc DNT	Bình thường	80	96,4
	Bất thường	3	3,6
Kỹ thuật mổ	Vp shunt đơn thuần	58	69,9
	Vp shunt đơn thuần + ghép sọ	23	27,7
	Vp shunt đơn thuần + cắt u	2	2,4

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 52 phút. Dài nhất là 93,2 phút trong ca mổ Vp shunt kết hợp cắt u, ngắn nhất trong 32p ở ca mổ Vp shunt đơn thuần.

- Đa số trường hợp chúng tôi đặt đầu catheter trong não thất ở vị trí ngã 3 não thất (86,7%).

- Tỷ lệ đặt vào bán cầu không ưu thế/ưu thế ~2/1. Về loại van, 100,0% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng van áp lực trung bình.

- Tốc độ chảy dịch não tủy thành tia chiếm ưu thế (91,6%). Màu sắc dịch não tủy bất thường (có máu, đục) ghi nhận ở 3 trường hợp (3,6%).

- Bên cạnh kỹ thuật cốt lõi của nghiên cứu là Vp shunt ; 27,7% trường hợp có kèm kỹ thuật ghép sọ sau chấn thương sọ não mở sọ; 2,4% trường hợp can thiệp cắt u đồng thời

Bảng 4. Tai biến và biến chứng (n=83)

Chỉ số	Phân loại	Số lượng (BN)	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Không	81	97,6
	Chảy máu não	1	1,2
	Thủng vào ổ bụng	1	1,2
Biến chứng sau mổ	Chảy máu sau mổ	3	3,6
	Biến chứng nhiễm trùng	1	1,2
	Biến chứng viêm màng não	1	1,2

	Biến chứng rò dịch não tủy	0	0
	Biến chứng tắc dẫn lưu	4	4,8

Nhận xét: - Có 2 trường hợp (2,4%) xảy ra tai biến trong mổ, 1 trường hợp chảy máu não và 1 trường hợp thủng vào ổ bụng (ruột non).

- Biến chứng thường gặp nhất là tắc dẫn lưu ghi nhận ở 4,8% trường hợp, tất cả được tiến hành rút dẫn lưu sau khi thông van không thành công và điều trị kháng sinh tích cực sau đó đặt lại. Chảy máu sau mổ ghi nhận ở 3,6% trường hợp.

Bảng 5. Kết quả điều trị sau 1 tháng (n=83)

Tiêu chí	Phân loại	Sau mổ	1 tháng	p
Điểm GCS	13-15	11	79	<0,001
	9-12	64	3	
	<9	1	1	
Điểm GOS	Tốt	50	74	<0,001
	Trung bình	26	8	
	Xấu	7	1	

Nhận xét: - Tri giác cải thiện rõ rệt sau PT 1 tháng, chủ yếu ở nhóm GCS 9-12; 1 bệnh nhân có GCS <9 không có sự thay đổi nào. Kiểm định Stuart-maxwell cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Chức năng thần kinh sau 1 tháng cải thiện rõ rệt so với thời điểm sau mổ. 24/83 trường hợp từ trung bình → tốt; và 6 trường hợp từ xấu → trung bình. Kiểm định Stuart-Maxwell cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 6. Kết quả điều trị 3 tháng (n=83)

Tiêu chí	Phân loại	1 tháng	3 tháng	p
Karnofsky	<70	28	10	<0,001
	≥70	55	73	
	Trung bình	72,5 ±15,3	82,3 ±15,7	<0,001
GOS	Tốt	74	75	0,317
	Trung bình	8	7	
	Xấu	1	1	

Nhận xét: Mức thể trạng cải thiện rõ rệt tại thời điểm 3 tháng so với 1 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chức năng thần kinh ở thời điểm 3 tháng so với 1 tháng sau mổ, chỉ 1 BN có mức điểm GOS trung bình tại thời điểm 1 tháng hồi phục lên mức tốt ở thời điểm 3 tháng, kiểm định Stuart-maxwell với $p = 0,217 > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 49,9; và nam giới chiếm ưu thế, tương đồng với các nghiên cứu về giãn não thất được phẫu thuật

dẫn lưu ổ bụng.^{2,5} Nhóm nghiên cứu chủ yếu gồm não úng thủy mắc phải thứ phát (sau chấn thương sọ não 37%, xuất huyết não 24%), chỉ 6% là thể vô căn ở người cao tuổi với tam chứng Hakim kinh điển. Trước mổ, đa số bệnh nhân ý thức giảm và hạn chế vận động: chỉ ~14,5% có GCS 13-15 và ~20% đi lại được. Đáng chú ý, 36% có liệt nửa người – cao hơn hẳn tỷ lệ rối loạn dáng đi (chỉ ~6% tiểu tiện không tự chủ cùng với tam chứng Hakim). So sánh với báo cáo của Phạm Văn Bính (2020) – nơi tỷ lệ rối loạn dáng đi và tiểu tiện cao hơn (67,6% và 52,9% trước mổ) do mẫu nghiên cứu nhiều iNPH – cho thấy đặc điểm lâm sàng của chúng tôi khác biệt.⁵

Sau dẫn lưu, hầu hết phim chụp kiểm tra cho thấy não thất thu nhỏ; tuy nhiên còn 11 trường hợp (13,3%) não thất vẫn lớn sau 1 tháng. Trong số này, 4 ca do tắc shunt sớm (dịch không lưu thông nên não thất chưa cải thiện, về sau đã mổ lại thông shunt) và 7 ca khác não thất vẫn giãn mặc dù shunt thông tốt. Các dấu hiệu tai chuột Mickey, sừng thái dương não thất bên >2mm và thẩm dịch não tủy ra mô não xung quanh ghi nhận ở mức cao (>90%), điều này được lý giải do đây đều là các dấu hiệu thường gặp trong bệnh cảnh não úng thủy thể tắc nghẽn (chiếm 88,0%) và có thời gian khởi phát kéo dài (bệnh nhân có triệu chứng >4 tuần chiếm 42,2%). Dữ liệu hình ảnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng cao với các nghiên cứu các: dấu hiệu thẩm dịch quanh não thất ở nghiên cứu của P.V.Bính là 95,6% và "Mickey" 88,2%; trong khi nghiên cứu của Phan Tiến Thành (2023), 100% bệnh nhân có dấu hiệu xóa rãnh cuộn não và giãn sừng thái dương, 89,2% giãn não thất III.⁶ Kỹ thuật đặt ống não thất trong của chúng tôi chủ yếu chọn vị trí ngã ba não thất bên (atrium) – chiếm 86,7% trường hợp; khá tương đồng với các nghiên cứu khác: 91,9% bệnh nhân của Phan Tiến Thành cũng đặt catheter ở ngã ba não thất, và Phạm Văn Bính chọn vị trí này ở 75% ca (25% còn lại đặt qua sừng trán.^{5,6} 68,7% ống được đặt bên không thuận, tỷ lệ ~2:1 so với bên ưu thế. Việc tuân thủ nguyên tắc này đã góp phần giúp biến chứng tối thiểu và không có trường hợp hậu phẫu rối loạn ngôn ngữ mới xuất hiện nào được ghi nhận

Chúng tôi ghi nhận 7/83 bệnh nhân (8,4%) có biến chứng sau mổ, trong đó 6 trường hợp xảy ra một biến chứng và 1 trường hợp gặp đồng thời ba biến chứng (tắc shunt, nhiễm trùng vết mổ và viêm màng não). Tắc ống dẫn lưu là biến chứng phổ biến nhất (4 ca, 4,8%), kế đó là

xuất huyết sau mổ (3 ca, 3,6%). Chỉ 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng shunt và viêm màng não (1,2%) – trường hợp này đã được rút shunt, điều trị kháng sinh và đặt lại shunt mới về sau. Đáng lưu ý, không có ca tử vong chu phẫu hoặc trong 3 tháng theo dõi. Tỷ lệ biến chứng thấp và có thể xử trí triệt để này cho thấy phẫu thuật VP shunt tại trung tâm chúng tôi đạt độ an toàn chấp nhận được, tương đương các báo cáo quốc tế. Thật vậy, phân tích gộp gần đây trên 4811 bệnh nhân INPH cho thấy biến chứng xảy ra ở ~20,6% trường hợp và tỷ lệ phải mổ lại khoảng 15,1%⁷ – cao hơn so với series của chúng tôi (8,4% biến chứng, 4,8% phải phẫu thuật lại). Lý do có thể do thời gian theo dõi dài hơn của các nghiên cứu khác, vốn bao gồm cả biến chứng muộn như tắc shunt tái phát. Cochrane 2023 về INPH cũng ghi nhận tuy không có trường hợp tử vong nào liên quan trực tiếp đến shunt, nhưng tỷ lệ gặp bất kỳ sự cố bất lợi nào trong năm đầu lên tới ~52% nếu tính cả biến chứng nhẹ; dù vậy, tỷ lệ cần can thiệp lại chỉ ~8,9%.⁸

Sau phẫu thuật, tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ bệnh nhân tỉnh táo (GCS 13–15) tăng vọt từ 14,5% lên 95,2% sau 1 tháng. Điểm Karnofsky trung bình tăng từ ~50 lên 72,5 và 82,3 sau 1 và 3 tháng; tỷ lệ bệnh nhân tự chăm sóc độc lập (KPS $\geq$ 70) tăng từ 0% lên 66,3% và 88,0%. Điều đó có nghĩa là 2/3 số bệnh nhân có thể sinh hoạt độc lập phần lớn, chỉ còn hạn chế ít nhiều. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Popal et al. (2021) trên 68 bệnh nhân NPH: sau 2 năm đặt shunt, 58% sống độc lập (mRS 0–2).⁹ Song song, thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) cho thấy kết quả tốt (GOS IV–V) tăng từ ~60,2% ngay sau mổ lên 89,2% sau 1 tháng và 90,4% sau 3 tháng ($p < 0,001$). Phan Tiến Thành (2023) ghi nhận 59,4% tốt, 37,7% trung bình, 2,8% kém khi ra viện trên 37 bệnh nhân đặt shunt van kháng khuẩn.⁶ Phạm Văn Bính (2020) cũng báo cáo ~59% tốt lúc ra viện.⁵ Về dài hạn, P.V.Bính theo dõi trung bình 7,7 tháng thấy 60,4% còn duy trì kết quả tốt, 19,8% trung bình và 19,8% kém.⁵ Sự cải thiện tập trung trong tháng đầu: 24 bệnh nhân từ mức trung bình (GOS III) tiến lên tốt, 6 bệnh nhân từ mức xấu (GOS I–II) lên trung bình. Từ 1 đến 3 tháng, đa số đã đạt trần khả năng hồi phục, nên chỉ 1 ca GOS III chuyển thành GOS IV; các trường hợp khác giữ nguyên hạng GOS. Hiện tượng KPS tiếp tục tăng trong khi GOS chững lại

gợi ý rằng nhiều bệnh nhân dù sinh hoạt khá hơn vẫn còn một số khiếm khuyết thần kinh cố định (di chứng liệt, sa sút nhận thức mạn tính) nên chưa chuyển hẳn sang mức GOS cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất – ổ bụng trên bệnh nhân não úng thủy được thực hiện an toàn với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, cải thiện tốt chức năng thần kinh, tri giác và thể trạng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anwar F, Zhang K, Sun C, et al.** Hydrocephalus: An update on latest progress in pathophysiological and therapeutic research. *Biomed Pharmacother.* 2024;181:117702. doi:10.1016/j.biopha.2024.117702
2. **Isaacs AM, Riva-Cambrin J, Yavin D, et al.** Age-specific global epidemiology of hydrocephalus: Systematic review, metanalysis and global birth surveillance. *Cheungpasitporn W, ed. PLOS ONE.* 2018;13(10):e0204926. doi:10.1371/journal.pone.0204926
3. **cerevasc. Management of Adult Hydrocephalus With Ventriculoperitoneal Shunts: Long-Term Single-Institution Experience.** *CereVasc | Neurological Disease Device Company.* October 1, 2011. Accessed July 30, 2025. <https://cerevasc.com/management-adult-hydrocephalus-ventriculoperitoneal-shunts-long-term-single-institution-experience/>
4. **Forsberg L.** Outcomes of hydrocephalus ventriculoperitoneal shunt surgery at a rural hospital. Published online February 24, 2022. Accessed July 30, 2025. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/70803>
5. **Phạm Văn Bính.** Điều trị não úng thủy ở người lớn bằng phương pháp dẫn lưu não thất ổ bụng. Luận Văn Chuyên Khoa Cấp II Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2020.
6. **Phan Tiến Thành.** Kết quả điều trị não úng thủy bằng phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng với van tâm kháng sinh. Luận Văn Thạc Sĩ Học Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2023.
7. **Salih A, Arif A, Varadpande M, et al.** The effectiveness of various CSF diversion surgeries in idiopathic normal pressure hydrocephalus: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine.* 2024;77. doi:10.1016/j.eclim.2024.102891
8. **Pearce RKB, Gontsarova A, Richardson D, et al.** Shunting for idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Cochrane Z_INACTIVE_Dementia and Cognitive Improvement Group, ed. Cochrane Database Syst Rev.* 2024;2024(8). doi:10.1002/14651858.CD014923.pub2
9. **Popal AM, Zhu Z, Guo X, et al.** Outcomes of Ventriculoperitoneal Shunt in Patients With Idiopathic Normal-Pressure Hydrocephalus 2 Years After Surgery. *Front Surg.* 2021;8:641561. doi:10.3389/fsurg.2021.641561

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Phương Thanh Tú¹, Đỗ Ngọc Thế², Nguyễn Thanh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 người bệnh TSLTTTL được phẫu thuật từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025. Dữ liệu thu thập gồm: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc điều dưỡng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $72,6 \pm 8,4$. Bệnh lý kèm gồm: tăng huyết áp (48,8%), đái tháo đường (22,3%) và cả hai (16,5%). Tiểu khó trước phẫu thuật gặp ở 74,0% người bệnh. Thể tích tuyến trung bình: $62,7 \pm 30,2$ ml. Một số xét nghiệm sinh hóa trước phẫu thuật có kết quả trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm nước tiểu dương tính: hồng cầu (51,2%), bạch cầu (51,8%). Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật đạt mức tốt (82,3%), mức trung bình (17,7%).

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, phẫu thuật nội soi qua niệu đạo, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF TRANSURETHRAL RESECTION FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Objective: To describe some clinical, paraclinical characteristics and the outcomes of patient care after transurethral resection for benign prostatic hyperplasia at 108 Military Central Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 170 patients with BPH who underwent surgery from January 2025 to June 2025. Collected data included: clinical characteristics, paraclinical characteristics, and nursing care outcomes after surgery. **Results:** The mean age was 72.6 ± 8.4 years. Comorbidities included hypertension (48.8%), diabetes mellitus (22.3%), and both (16.5%). Preoperative difficulty urinating was found in 74.0% of patients. The mean prostate volume was 62.7 ± 30.2 ml. Some preoperative biochemical tests were within normal limits. Positive urinalysis results included: red blood cells (51.2%), white blood cells (51.8%).

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Thanh Tú

Email: nppt0902@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Postoperative patient care outcomes were rated as good (82.3%) and moderate (17.7%).

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, transurethral resection, surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) hay u phì đại lành tính tuyến tiền liệt là bệnh lý phổ biến ở nam giới cao tuổi. Khi bệnh phát triển sẽ dẫn đến các rối loạn tiểu tiện như tiểu khó, tiểu rắt, bí tiểu... ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Nặng nề hơn nữa có thể dẫn đến suy thận, nhiễm khuẩn niệu, bí tiểu hoàn toàn... đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa. Hiện nay, phẫu thuật cắt đốt tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo là phương pháp điều trị phổ biến nhất và được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị các trường hợp TSLTTTL có chỉ định phẫu thuật [1], [2], [3].

Chẩn đoán bệnh thường dựa vào triệu chứng rối loạn tiểu tiện và các xét nghiệm cận lâm sàng. Ở góc độ điều dưỡng, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh TSLTTTL được phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo giúp hiểu rõ tính đặc thù, tình trạng bệnh lý của nhóm người bệnh này (cao tuổi, nhiều bệnh nền...) để làm cơ sở xây dựng kế hoạch và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng. Trên cơ sở số liệu thu thập được, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh TSLTTTL sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là người bệnh TSLTTTL sau phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh TSLTTTL được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo, có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh ung thư tuyến tiền liệt; người bệnh hạn chế nghe, nói, có bệnh tâm lý, thần kinh; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên