

lipid máu ở nam giới thừa cân – béo phì, đặc biệt những người có béo phì trung tâm. Can thiệp dinh dưỡng và thay đổi lối sống nên được áp dụng sớm nhằm hạn chế tiến triển các rối loạn chuyển hóa và nguy cơ bệnh tim mạch, đồng thời cần tiếp tục khảo sát ở các giai đoạn sau để theo dõi xu hướng trong bối cảnh tỷ lệ béo phì ngày càng gia tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grundy SM.** Metabolic syndrome update. Trends Cardiovasc Med. 2016;26(4):364–373.
2. **World Health Organization.** Obesity and

- overweight: Fact sheet. WHO; 2021.
3. **Bệnh viện Nội tiết Trung ương.** Tổng quan tình trạng dinh dưỡng và rối loạn chuyển hoá tại Việt Nam giai đoạn 2015–2025. Hà Nội; 2025
 4. **Jeong JE, et al.** Body mass index and prevalence of metabolic syndrome before and during the COVID-19 pandemic. 2023.
 5. **Kim A, Kim E-y, Kim J.** Impact of the COVID-19 Pandemic on Obesity, Metabolic Parameters and Clinical Values. 2024.
 6. **Choi JE, et al.** Increase of Obesity and Metabolic Syndrome in Children and Adolescents after COVID-19. 2023.
 7. **Nature Reviews Endocrinology.** The impact of COVID-19 on obesity and metabolic health. 2020.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SƠN LA NĂM 2025

Nguyễn Việt Hưng¹, Mè Thị Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân xuất huyết não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 57 bệnh nhân xuất huyết não điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc từ 01/2025 đến 8/2025. **Kết quả:** Sau 24 giờ, liệt nửa người là triệu chứng gặp nhiều nhất (80,9%), tiếp theo là đau đầu (68,1%) và liệt mặt (40,4%). Sau 7 ngày, triệu chứng cải thiện rõ; điểm Glasgow trung bình tăng từ 11,7 lên 13,6. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp $\geq 160/100$ mmHg giảm từ 27,7% và 29,8% xuống còn 5,6% và 2,8%. Tỷ lệ bệnh nhân phải thở máy, đặt sonde dạ dày và sonde bàng quang giảm tương ứng từ 31,9%, 66,0% và 63,4% xuống còn 8,3%, 11,1% và 11,1%. Khi ra viện, 57,9% bệnh nhân hồi phục tốt hoặc trung bình, 10,5% hồi phục kém và 31,6% tử vong. Các yếu tố tiên lượng nặng gồm: tuổi ≥ 65 , tăng huyết áp nặng, điểm Glasgow < 9 , phù não và đè dấy đường giữa ($p < 0,05$). **Kết luận:** Điều trị xuất huyết não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La đạt kết quả khả quan; đa số bệnh nhân cải thiện sau 7 ngày. Việc phát hiện sớm những yếu tố tiên lượng nặng nhằm đưa ra hướng xử trí thích hợp có thể đem lại tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân. **Từ khóa:** xuất huyết não, điểm Glasgow, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES AMONG INTRACEREBRAL HEMORRHAGE PATIENTS AT SON LA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La
Chịu trách nhiệm: Nguyễn Việt Hưng
Email: drhungnguyensl@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025
Ngày duyệt bài: 6.01.2026

Objective: To evaluate the treatment outcomes of patients with intracerebral hemorrhage at Son La Provincial General Hospital in 2025. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 57 patients diagnosed with intracerebral hemorrhage and treated at the Intensive Care - Toxicology Department of Son La Provincial General Hospital from January to August 2025. **Results:** After 24 hours of treatment, hemiplegia was the most common symptom (80.9%), followed by headache (68.1%) and facial paralysis (40.4%). After 7 days, clinical symptoms markedly improved; the mean Glasgow Coma Scale (GCS) score increased from 11.7 at admission to 13.6. The proportion of patients with systolic/diastolic blood pressure $\geq 160/100$ mmHg decreased from 27.7% and 29.8% to 5.6% and 2.8%, respectively. The proportions of patients requiring mechanical ventilation, nasogastric feeding, and urinary catheterization decreased from 31.9%, 66.0%, and 63.4% to 8.3%, 11.1%, and 11.1%, respectively, after 7 days. At discharge, 57.9% of patients had good or moderate recovery, 10.5% had poor recovery, and 31.6% died. Poor prognostic factors included age ≥ 65 years, severe hypertension on admission, GCS < 9 , brain edema, and midline shift on CT imaging ($p < 0.05$). **Conclusion:** Treatment outcomes of intracerebral hemorrhage at Son La Provincial General Hospital were generally favorable, with most patients showing improvement after 7 days. Early identification of poor prognostic factors can guide timely management and improve patient outcomes.

Keywords: Intracerebral hemorrhage, Glasgow Coma Scale, prognostic factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là vấn đề y học toàn cầu có tỷ lệ mắc, tử vong và di chứng cao, gây gánh nặng lớn về kinh tế – xã hội. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), TBMMN là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và

bệnh tim mạch, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật thần kinh [1]. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 700.000 ca đột quỵ, trong đó 150.000 người tử vong, chi phí chăm sóc lên đến 70 tỷ USD [2]. Ở Việt Nam, theo số liệu được công bố tại Hội nghị Đột quỵ Quốc tế năm 2022 tại Hà Nội, mỗi năm có khoảng 200.000 ca đột quỵ mới [3].

Việc nhận diện và kiểm soát các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch, đái tháo đường, hút thuốc và lạm dụng rượu giữ vai trò then chốt trong dự phòng tiên phát và thứ phát TBMMN, giúp giảm tỷ lệ mắc và tử vong. Về bệnh học, TBMMN gồm ba thể chính: nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện. Trong đó, xuất huyết não tuy chỉ chiếm khoảng 10% nhưng có tỷ lệ tử vong cao nhất, tới 21% [4]. Dù y học hiện đại đã tiến bộ, xuất huyết não vẫn là thách thức lớn trong lâm sàng thần kinh, đòi hỏi xử trí cấp cứu khẩn trương, kiểm soát huyết áp, phòng biến chứng và bảo tồn chức năng sống. Phẫu thuật chủ yếu nhằm giải áp và cứu tính mạng, còn phục hồi chức năng quyết định chất lượng sống lâu dài của người bệnh [5].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La là bệnh viện hạng I, định hướng phát triển thành bệnh viện tinh đảm nhiệm chức năng vùng, với vai trò tuyến cuối ở lĩnh vực đột quỵ. Chính vì vậy để rút ra những những kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng điều trị xuất huyết não tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân xuất huyết não tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: 57 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết não điều trị nội trú tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La từ tháng 01/2025 - 8/2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu khi đáp ứng đủ tất cả các tiêu chuẩn theo hướng dẫn chẩn

đoán và điều trị xuất huyết não của Bộ Y tế [6]:

- Có bằng chứng xuất huyết não trên CLVT sọ não hoặc MRI sọ não.
- Bệnh nhân hoặc các thành viên của gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Xuất huyết não do chấn thương.
- Các trường hợp xuất huyết ở bệnh nhân u não.
- Bệnh nhân không được khảo sát hình ảnh học cận lâm sàng đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Kết quả điều trị của bệnh nhân xuất huyết não: Thay đổi triệu chứng lâm sàng, điểm Glasgow tại các thời điểm sau 24 giờ, 72 giờ và 7 ngày; kiểm soát huyết áp; nhu cầu thông khí nhân tạo, đặt sonde dạ dày và các can thiệp hồi sức khác; tình trạng hồi phục (tốt, trung bình, kém) và tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện.

2.4. Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phương pháp thống kê mô tả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nhằm rút ra các kinh nghiệm lâm sàng, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân xuất huyết não.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi điểm Glasgow trong quá trình điều trị

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện điểm Glasgow trung bình của các bệnh nhân là 11,75. Sau 7 ngày điều trị điểm Glasgow trung bình của các bệnh nhân là 13,64.

Bảng 3.1. Sự thay đổi của các triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị

Triệu chứng lâm sàng	Thời gian					
	Sau 24h		Sau 72h		Sau 7 ngày	
	Số BN (n=47)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=43)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=36)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	32	68,09	30	69,77	13	36,11
Nôn	8	17,02	7	16,28	2	5,56
Liệt nửa người	38	80,85	35	81,40	29	80,56
Liệt mặt	19	40,43	18	41,86	11	30,56

Phản xạ đồng tử bất thường	8	17,02	7	16,28	3	8,33
Dấu hiệu màng não	8	17,02	5	11,63	2	5,56
Rối loạn cơ tròn	31	65,96	27	62,79	4	11,11
Suy hô hấp	7	14,89	9	20,93	3	8,33
Rối loạn thân nhiệt	9	19,15	7	16,28	1	2,78

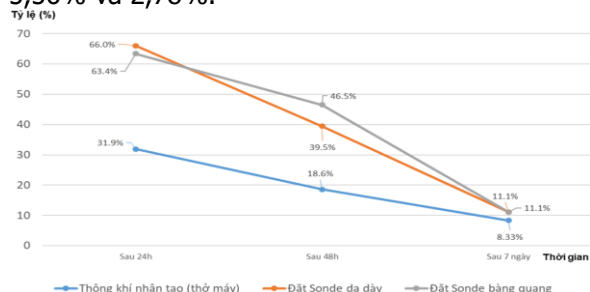
Nhận xét: Sau 24 giờ điều trị, còn theo dõi 47 bệnh nhân, trong đó liệt nửa người gặp nhiều nhất (80,85%), tiếp theo là đau đầu (68,09%) và liệt mặt (40,43%), ít gặp nhất là suy hô hấp (14,89%). Sau 72 giờ, theo dõi 43 bệnh nhân, liệt nửa người vẫn phổ biến (81,40%), kể đến đau đầu (69,77%),

rối loạn cơ tròn (62,79%) và liệt mặt (41,86%), trong khi dấu hiệu màng não ít gặp nhất (11,63%). Sau 7 ngày, còn 36 bệnh nhân được theo dõi; liệt nửa người vẫn chiếm ưu thế (80,56%), đau đầu giảm còn 36,11% và liệt mặt 30,56%, rối loạn thân nhiệt hiếm gặp nhất (2,78%).

Bảng 3.2. Sự thay đổi huyết áp trong quá trình điều trị

Huyết áp (mmHg)		Thời gian					
		Sau 24h		Sau 72h		Sau 7 ngày	
		Số BN (n=47)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=43)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=36)	Tỷ lệ (%)
HATT	≥180	3	6,38	0	0	0	0
	Từ 160-179	10	21,28	4	9,3	2	5,56
	Từ 140-159	19	40,43	25	58,14	15	41,67
	<140	16	31,91	14	32,56	19	52,78
HATT _r	≥110	5	10,64	0	0	0	0
	Từ 100-109	9	19,15	3	6,98	1	2,78
	Từ 90-99	10	21,28	16	37,21	14	38,89
	<90	23	48,94	24	55,81	21	58,33

Nhận xét: Sau 24 giờ điều trị, 27,66% bệnh nhân còn HATT ≥160 mmHg và 29,79% có HATT_r ≥100 mmHg. Đến 72 giờ, các tỷ lệ này giảm còn 9,30% và 6,98%; sau 7 ngày chỉ còn 5,56% và 2,78%.



Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi của việc áp dụng các biện pháp hồi sức

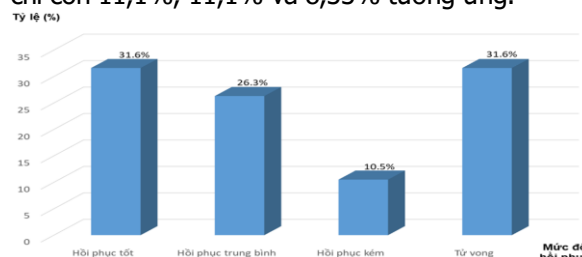
Nhận xét: Sau 24 giờ điều trị, tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp đặt sonde dạ dày, sonde bàng quang và thông khí nhân tạo lần lượt là

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng với kết quả điều trị

Yếu tố ảnh hưởng	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Kém n (%)	Tử vong n (%)	p
Tuổi					
≥65 (n=20)	7 (38,9)	3 (16,7)	4 (10,3)	6 (33,3)	<0,05
<65 (n=37)	11 (28,2)	12 (30,8)	2 (11,1)	12 (30,8)	
Giới					
Nam (n=44)	14 (31,8)	12 (27,3)	5 (11,4)	13 (29,5)	>0,05
Nữ (n=13)	4 (30,8)	3 (23,1)	1 (7,7)	5 (38,5)	

Điều trị tăng huyết áp

66,0%, 63,4% và 31,9%. Đến 72 giờ, các tỷ lệ này giảm còn 39,5%, 46,5% và 18,6%, và sau 7 ngày chỉ còn 11,1%, 11,1% và 8,33% tương ứng.



Biểu đồ 3.3. Đánh giá sự hồi phục sau khi ra viện theo phân loại GOS của Jennett và Bond

Nhận xét: Sau quá trình điều trị, khi ra viện có 57,9% bệnh nhân hồi phục tốt và trung bình, 10,5% hồi phục kém. Tuy nhiên vẫn có 31,6% bệnh nhân tử vong ở giai đoạn cấp.

Có (n=20)	9 (45,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	
Không thường xuyên (n=2)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Không (n=35)	8 (22,9)	11 (31,4)	3 (8,6)	13 (37,1)	>0,05
Huyết áp					
Không tăng (n=7)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Độ I-II (n=33)	13 (38,2)	9 (26,5)	1 (3,0)	10 (30,3)	
Độ III (n=17)	4 (23,5)	3 (17,6)	4 (23,5)	6 (35,4)	<0,05
Thời gian vào viện					
<6 giờ (n=33)	10 (30,3)	9 (27,3)	4 (12,1)	10 (30,3)	
≥6 giờ (n=24)	8 (33,3)	6 (25,0)	2 (8,3)	8 (33,3)	>0,05
Điểm Glasgow					
<9 (n=12)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	11 (91,7)	
≥9 (n=45)	18 (40,0)	15 (33,3)	5 (11,1)	7 (15,6)	<0,05
Dấu hiệu phù não					
Có (n=28)	5 (17,9)	3 (10,7)	5 (17,9)	15 (53,6)	
Không (n=29)	13 (44,8)	12 (41,4)	1 (3,4)	3 (10,3)	<0,05
Đề đẩy đường giữa					
Có (n=13)	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (15,4)	8 (61,5)	
Không (n=44)	16 (36,4)	14 (31,8)	4 (9,1)	10 (22,7)	<0,05

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm ≥65 tuổi cao hơn nhóm <65 tuổi (33,3% so với 30,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tỷ lệ tử vong ở nữ cao hơn nam (38,5% so với 29,5%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Bệnh nhân không được điều trị tăng huyết áp có tỷ lệ hồi phục thấp và tử vong cao hơn nhóm điều trị thường xuyên, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mức độ tăng huyết áp lúc vào viện liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị; huyết áp càng cao, tỷ lệ tử vong và di chứng nặng càng lớn ($p<0,05$). Không ghi nhận mối liên quan giữa thời gian nhập viện và kết quả điều trị ($p>0,05$). Điểm Glasgow càng thấp, tiên lượng hồi phục càng kém; không có bệnh nhân nào có Glasgow <9 điểm hồi phục trung bình hoặc tốt ($p<0,05$). Bệnh nhân có dấu hiệu phù não hoặc đề đẩy đường giữa trên phim chụp có kết quả điều trị kém hơn rõ rệt; sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vấn đề điều trị bệnh nhân xuất huyết não. Khảo sát tình trạng lâm sàng của các bệnh nhân trong thời gian điều trị, theo bảng 3.1 chúng tôi thấy hầu hết các triệu chứng lâm sàng đều có xu hướng giảm dần đây là minh chứng rõ nét nhất về kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Glasgow trung bình của các bệnh nhân xuất huyết não có sự cải thiện đáng kể trong quá trình điều trị (biểu đồ 3.1). Tại thời điểm vào viện điểm Glasgow trung bình của các bệnh nhân là 11,75. Sau 7 ngày điều trị điểm Glasgow trung bình của các bệnh nhân là 13,64, số dĩ có điều này vì một số bệnh nhân được chuyển tuyến trên điều trị, một số

khác diễn biến nặng hơn được gia đình xin ra viện. Vấn đề kiểm soát huyết áp của bệnh nhân xuất huyết trong giai đoạn cấp được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2). Đa số bệnh nhân có mức HATT và HATTr giảm dần trong thời gian điều trị. Sau 7 ngày điều trị có 52,78% bệnh nhân có mức HATT và 58,33% mức HATTr trở về bình thường. Như vậy huyết áp được kiểm soát tốt, với hơn một nửa bệnh nhân trở về mức bình thường sau 7 ngày và không còn trường hợp tăng huyết áp độ III.

Trong giai đoạn cấp, các biện pháp can thiệp hồi sức đóng vai trò quan trọng nhằm duy trì chức năng sống cho người bệnh. Thông khí nhân tạo được chỉ định khi bệnh nhân có điểm Glasgow dưới 9, có rối loạn hô hấp hoặc tăng tiết đờm, dịch hô hấp không kiểm soát được. Trong 24 giờ đầu, tỷ lệ bệnh nhân cần thông khí nhân tạo là 31,9%. Sau 72 giờ điều trị, có 7 bệnh nhân (tương đương 46,6% số trường hợp phải thông khí nhân tạo) tử vong hoặc được chuyển tuyến, cho thấy các trường hợp xuất huyết não thường có diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cao trong ba ngày đầu. Trong 24 giờ đầu, có 66,0% bệnh nhân được đặt sonde bàng quang, chủ yếu là những trường hợp có bí tiểu hoặc bệnh nhân thở máy cần theo dõi chính xác lượng dịch vào - ra. Ngoài ra, 63,4% bệnh nhân được đặt sonde dạ dày để nuôi dưỡng, thường gặp ở các bệnh nhân hôn mê (Glasgow <13 điểm) hoặc có rối loạn chức năng nuốt. Sau 7 ngày điều trị, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện rõ rệt, thể hiện qua tỷ lệ phải thông khí nhân tạo giảm còn 8,33%, tỷ lệ ăn qua sonde và lưu sonde bàng quang đều giảm xuống 11,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân hồi phục hoàn toàn hoặc hồi phục có di chứng từ nhẹ đến nặng là 68,4%, trong khi tỷ lệ tử vong là 31,6%. Kết quả này cho thấy, mặc dù đã được điều trị tích cực, tiên lượng của bệnh nhân xuất huyết não vẫn còn dè dặt, điều này phản ánh thực trạng chung trong công tác điều trị bệnh lý này ở Việt Nam cũng như trên thế giới.

4.2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ≥ 65 tuổi có khả năng hồi phục kém hơn nhóm < 65 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuổi cao là yếu tố bất lợi do giảm dự trữ sinh lý và bệnh mạn tính kèm theo, làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong. Tỷ lệ tử vong ở nữ cao hơn nam (38,5% so với 29,5%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thúy Oanh [7] Chỉ 24,6% bệnh nhân tuân thủ điều trị tăng huyết áp thường xuyên, trong khi gần một nửa không điều trị hoặc điều trị không đều. Việc dùng thuốc không ổn định làm thành mạch chịu dao động áp lực liên tục, dễ gây thoái hóa, vi phình mạch và chảy máu não. Ở nhóm tăng huyết áp độ III không điều trị thường xuyên, khối máu tụ thường lớn và diễn biến nặng. Ngược lại, nhóm tuân thủ điều trị huyết áp tốt có tỷ lệ hồi phục cao hơn (45,0% so với 22,9%) và tử vong thấp hơn (25,0% so với 37,1%), dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), phù hợp với kết quả của Hoàng Thúy Oanh [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ tăng huyết áp khi nhập viện có liên quan chặt chẽ với tiên lượng: bệnh nhân tăng huyết áp độ III có kết cục xấu cao hơn (58,9% so với 33,3%; $p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với Hoàng Thúy Oanh [7], khẳng định huyết áp trung bình nhập viện là yếu tố tiên lượng quan trọng trong xuất huyết não. Thời gian từ khởi phát đến nhập viện không liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị ($p > 0,05$), có thể do bệnh nhân nặng đến sớm nhưng tiên lượng xấu, trong khi bệnh nhân nhẹ hoặc có hiểu biết đến sớm hơn cho kết quả tốt. Như vậy, thời gian nhập viện không phản ánh trực tiếp mức độ nặng, mà phụ thuộc vào nhận thức và khả năng tiếp cận y tế của người bệnh. Nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow < 9 khi nhập viện có tỷ lệ tử vong 91,7%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có Glasgow ≥ 9 (15,6%) ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thúy Oanh [7], trong đó

tỷ lệ tử vong ở nhóm Glasgow < 9 là 65,31%. Như vậy, điểm Glasgow tại thời điểm nhập viện là yếu tố tiên lượng đáng tin cậy đối với kết cục bệnh nhân xuất huyết não. Phù não là yếu tố tiên lượng xấu rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có phù não là 53,6%, trong khi tỷ lệ hồi phục kém chiếm 17,9%. Khi kích thước khối máu tụ tăng, áp lực nội sọ tăng theo, gây phù não thứ phát và tổn thương lan rộng. Vì vậy, việc kiểm soát và điều trị phù não đóng vai trò quyết định trong hạn chế biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong [4]. Mức độ đè dẩy đường giữa trên phim CLVT hoặc CHT sọ não cũng có giá trị tiên lượng quan trọng. Bệnh nhân có đè dẩy đường giữa tử vong cao hơn (61,5% so với 22,7%) và hồi phục tốt thấp hơn (15,4% so với 36,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy đây là yếu tố tiên lượng nặng trong xuất huyết não.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm ra viện, 57,9% bệnh nhân hồi phục tốt hoặc trung bình, 10,5% hồi phục kém và 31,6% tử vong. Các yếu tố tiên lượng nặng gồm: tuổi ≥ 65 , tăng huyết áp nặng khi nhập viện, điểm Glasgow < 9 , phù não và đè dẩy đường giữa trên CLVT ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hình** (2008), Tai biến mạch não, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 29–47.
2. **Uchino K, Pary J, Grotto J, Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn** (2013), Xử lý cấp cứu đột quỵ não, Nhà xuất bản Thế giới, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2025), Mỗi năm Việt Nam có khoảng 200.000 ca đột quỵ, nhiều người trẻ tuổi mắc bệnh nguy hiểm này [Internet], [truy cập ngày 01/9/2025]. Có tại: https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/moi-nam-viet-nam-co-khoang-200-000-ca-ot-quy-nhieu-nguoi-tre-tuoi-mac-benh-nguy-hiem-nay
4. **Mai Duy Tôn, Đào Việt Phương** (2023), “Kết quả điều trị chảy máu não tại 8 bệnh viện thuộc khu vực miền Bắc - Bắc Trung Bộ Việt Nam”, Tạp chí Nghiên cứu Y học Trường Đại học Y Hà Nội, 169, tr. 39.
5. **Đào Xuân Cơ, Mai Duy Tôn** (2022), Hồi sức đột quỵ não, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội, tr. 175–186.
6. **Hoàng Thúy Oanh, Cao Phi Phong** (2016), “Đánh giá hiện trạng bệnh nhân xuất huyết não tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 20(1).
7. **Bộ Y tế** (2024), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đột quỵ não, Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 05 tháng 11 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 29 - 36.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI TÁN SỎI NGƯỢC DÒNG SỬ DỤNG LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẬU GIANG

Đoàn Minh Vẹn¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang bằng phương pháp nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng laser. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu mô tả, trên 50 bệnh nhân sỏi niệu quản và được chỉ định điều trị bằng phương pháp nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng laser tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ năm 03/2023 đến 31/5/2023. **Kết quả:** Thời gian tán sỏi ngược dòng bằng laser dao động 30–40 phút, trung bình 34,24 phút. Tỷ lệ thành công chung đạt 92%, 84% bệnh nhân sạch sỏi hoàn toàn, 16% còn sót sỏi. Biến chứng nhẹ gồm đau hông lưng chiếm 20%, không ghi nhận nhiễm trùng hay tai biến nghiêm trọng. Khả năng sạch sỏi cao nhất ở đoạn 1/3 giữa niệu quản (96,6%), các đoạn trên và dưới đạt 66,7%. Xét theo kích thước, sỏi <5 mm và 5–<10 mm có tỷ lệ sạch sỏi cao (85,7% và 90,3%), trong khi sỏi 10–<25 mm chỉ 40%. **Từ khóa:** sỏi niệu quản, kết quả điều trị, nội soi tán sỏi, laser.

SUMMARY

EVALUATION OF URETERAL STONE TREATMENT OUTCOMES USING RETROGRADE LASER LITHOTRIPSY VIA ENDOSCOPY AT HAU GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of ureteral stone treatment at Hau Giang General Hospital using retrograde laser lithotripsy via endoscopy. **Methods:** This is a descriptive retrospective study conducted on 50 patients with ureteral stones who were indicated for retrograde laser lithotripsy at Hau Giang General Hospital from March 2023 to May 31, 2023. **Result:** The duration of retrograde laser lithotripsy ranged from 30 to 40 minutes, with a mean of 34.24 minutes. The overall success rate was 92%, with 84% of patients achieving complete stone clearance and 16% having residual stones. Minor complications included flank pain in 20% of patients, with no recorded infections or severe adverse events. The highest stone-free rate was observed in the mid-ureter segment (96.6%), while the upper and lower segments achieved 66.7%. Regarding stone size, stones <5 mm and 5–<10 mm had high clearance rates (85.7% and 90.3%, respectively), whereas stones 10–<25 mm had only a 40% clearance rate.

Keywords: ureteral stones, treatment outcomes, endoscopic lithotripsy, laser.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Vẹn

Email: 8842030213@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một trong những bệnh lý phổ biến của hệ tiết niệu, có xu hướng tái phát cao và gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận cũng như chất lượng sống của người bệnh. Trong đó, sỏi niệu quản chiếm tỷ lệ đáng kể, khoảng 40,82% tổng số các trường hợp sỏi tiết niệu [4]. Tại Việt Nam, bệnh gặp nhiều ở nam giới (60%) hơn nữ giới (40%), với tỷ lệ nam/nữ khoảng 1,5:1, và thường xuất hiện ở độ tuổi 30–60, chiếm khoảng 75–80% [3]. Việc lựa chọn phương pháp điều trị sỏi niệu quản hiện nay phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm kích thước, vị trí, số lượng sỏi, mức độ ứ nước của thận và triệu chứng lâm sàng đi kèm. Sự phát triển của các kỹ thuật nội soi hiện đại, đặc biệt là phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser, đã mở ra hướng điều trị hiệu quả, ít xâm lấn và an toàn hơn so với các phương pháp truyền thống. Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang bằng phương pháp nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng laser.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sỏi niệu quản và được chỉ định điều trị bằng phương pháp nội soi tán sỏi ngược dòng sử dụng laser tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ năm 03/2023 đến 31/5/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên; có nguy cơ phẫu thuật theo ASA ≤ 3; sỏi niệu quản kích thước < 25 mm; đã thất bại điều trị nội khoa với sỏi < 6 mm hoặc đã từng điều trị ngoại khoa và hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật theo ASA ≥ 4; dị dạng đường tiết niệu dưới; hẹp niệu đạo; gù vẹo cột sống; suy thận; hoặc các bệnh lý đi kèm như thận đa nang và thận lạc chỗ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 03/2023 đến 31/05/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.