

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prada, F., et al., Fusion imaging for intra-operative ultrasound-based navigation in neurosurgery. J Ultrasound, 2014. 17(3): p. 243-51.
2. Unsgaard, G., et al., Neuronavigation by intraoperative three-dimensional ultrasound: initial experience during brain tumor resection. Neurosurgery, 2002. 50(4): p. 804-12; discussion 812.
3. Pirri, C., et al., Intraoperative Ultrasound in Brain and Spine Surgery: Current Applications, Translational Value and Future Perspectives. NeuroSci, 2025. 6(4).
4. Giammalva, G.R., et al., Intraoperative Ultrasound: Emerging Technology and Novel Applications in Brain Tumor Surgery. Front Oncol, 2022. 12: p. 818446.
5. Bonosi, L., et al., Maximal Safe Resection in Glioblastoma Surgery: A Systematic Review of Advanced Intraoperative Image-Guided Techniques. Brain Sci, 2023. 13(2).
6. Schaff, L.R. and I.K. Mellinghoff, Glioblastoma and Other Primary Brain Malignancies in Adults: A Review. JAMA, 2023. 329(7): p. 574-587.
7. Della Pepa, G.M., et al., 5-Aminolevulinic Acid and Contrast-Enhanced Ultrasound: The Combination of the Two Techniques to Optimize the Extent of Resection in Glioblastoma Surgery. Neurosurgery, 2020. 86(6): p. E529-E540.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT DẪN LƯU NÃO THẮT Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ NÃO ÚNG THỦY DO LAO TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021 - 2025

Phan Thanh Tuấn¹, Đỗ Đăng Hoàn¹, Nguyễn Duy Tuyển², Phạm Duy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật dẫn lưu não thất – ổ bụng (VPS) và một số yếu tố liên quan ở người bệnh (NB) não úng thủy do lao tại Bệnh viện Phổi Trung Ương giai đoạn 2021–2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 45 NB não úng thủy do lao được phẫu thuật VPS. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên cải thiện lâm sàng, hình ảnh học và thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) sau mổ 1 tháng và 6 tháng.

Kết quả: Tuổi trung bình là $38,4 \pm 18,1$; nam giới chiếm 60,0%. Đa số NB ở giai đoạn nặng, với Vellore III–IV chiếm 84,4% và BMRC II–III chiếm 86,7%. Não

úng thủy thể thông gặp ở 97,8% trường hợp. Sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ kết quả tốt (GOS 4–5) đạt 68,9%; sau 6 tháng là 62,2%. Tỷ lệ tử vong tích lũy sau 6 tháng là 33,3%. Biến chứng chủ yếu là tắc dẫn lưu (13,3%) và nhiễm trùng dẫn lưu (2,2%). Các yếu tố liên quan đến kết cục xấu gồm tuổi ≥ 60 , Glasgow thấp, Vellore IV, BMRC III, hạ natri máu, tăng ADA dịch não tủy và nhồi máu não.

Kết luận: Phẫu thuật VPS giúp cải thiện triệu chứng tăng áp lực nội sọ và giãn não thất ở NB não úng thủy do lao. Tuy nhiên, tiên lượng còn phụ thuộc vào mức độ nặng lâm sàng và tổn thương nhu mô não trước phẫu thuật.

Từ khóa: Lao màng não; não úng thủy do lao; dẫn lưu não thất – ổ bụng; VP shunt.

SUMMARY

OUTCOMES OF VENTRICULOPERITONEAL SHUNT SURGERY FOR TUBERCULOUS HYDROCEPHALUS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL, 2021 - 2025

Objective: To evaluate the outcomes of ventriculoperitoneal shunt (VPS) surgery and associated

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở Linh Đàm

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Tuấn

Email: bstuanbvp@gmail.com

Mã bài: N802

Ngày nhận bài: 4/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/5/2026

Ngày duyệt bài: 18/6/2026

factors in patients with tuberculous hydrocephalus treated at the National Lung Hospital from 2021 to 2025.

Subjects and methods: This retrospective descriptive study included 45 patients with tuberculous hydrocephalus who underwent VPS surgery. Treatment outcomes were assessed based on clinical improvement, neuroimaging findings, and the Glasgow Outcome Scale (GOS) at 1 and 6 months after surgery.

Results: The mean age was 38.4 ± 18.1 years, and males accounted for 60.0% of cases. Most patients presented with advanced disease, with Vellore grades III–IV accounting for 84.4% and BMRC stages II–III for 86.7%. Communicating hydrocephalus was observed in 97.8% of patients. At 1 month after surgery, good outcomes (GOS 4–5) were achieved in 68.9% of patients; at 6 months, this rate was 62.2%. The cumulative 6-month mortality rate was 33.3%. The main complications were shunt obstruction (13.3%) and shunt infection (2.2%). Factors associated with poor outcomes included age ≥ 60 years, low Glasgow Coma Scale score, Vellore grade IV, BMRC stage III, hyponatremia, elevated cerebrospinal fluid ADA levels, and cerebral infarction.

Conclusion: VPS surgery effectively improves symptoms of increased intracranial pressure and ventricular dilatation in patients with tuberculous hydrocephalus. However, prognosis remains largely dependent on preoperative clinical severity and parenchymal brain injury.

Keywords: Tuberculous meningitis; tuberculous hydrocephalus; ventriculoperitoneal shunt; VP shunt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Não úng thủy là biến chứng nặng thường gặp của lao hệ thần kinh trung ương, do rối loạn lưu thông và hấp thu dịch não tủy, gây tăng áp lực nội sọ, tổn thương nhu mô não và suy giảm chức năng thần kinh. NB thường có biểu hiện nặng như rối loạn tri giác, thiếu hụt thần kinh khu trú và nguy cơ tử vong từ 17 – 30% nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời. Điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao và corticosteroid là nền tảng; tuy nhiên, can thiệp ngoại khoa cần được đặt ra trong các trường hợp tăng áp lực nội sọ nặng hoặc đáp ứng kém với điều trị nội khoa. Trong đó, phẫu thuật dẫn lưu não thất – ổ bụng là phương pháp được áp dụng phổ biến nhằm giải áp não thất và cải thiện lưu thông dịch não tủy. Tại Việt Nam, các

nghiên cứu về kết quả phẫu thuật này ở NB não úng thủy do lao còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật cùng một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 45 NB từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán não úng thủy do lao và được phẫu thuật VPS tại Bệnh viện Phổi Trung Ương giai đoạn 2021–2025. NB được chẩn đoán lao hệ thần kinh trung ương theo tiêu chuẩn của Marais và cộng sự (2010)². Não úng thủy được xác định trên cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não theo tiêu chuẩn của Greenberg (2010)³, đều được điều trị thuốc chống lao và được phẫu thuật VPS khi biểu hiện. Đồng thời loại trừ các trường hợp có bệnh lý nội sọ hoặc ổ bụng phối hợp không do lao có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, hoặc hồ sơ bệnh án và dữ liệu theo dõi không đầy đủ.

Phẫu thuật dẫn lưu não thất – ổ bụng được chỉ định ở NB tăng áp lực nội sọ nặng, triệu chứng thần kinh suy giảm hoặc tiến triển, đáp ứng kém với điều trị nội khoa. Phẫu thuật được thực hiện theo quy trình chuẩn của Bệnh viện Phổi Trung Ương, sử dụng van áp lực cố định. Các biến chứng sau mổ như tắc shunt, nhiễm trùng shunt được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án.

Nội dung nghiên cứu:

Các đặc điểm lâm sàng gồm hội chứng tăng áp lực nội sọ, thời gian diễn biến bệnh, thời gian điều trị lao trước mổ, bệnh lý kèm theo, mức độ rối loạn tri giác theo Glasgow, dấu hiệu thần kinh khu trú và phân độ nặng theo BMRC, Vellore.

Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm protein, glucose, ADA, tế bào dịch não tủy, GeneXpert MTB/RIF, nuôi cấy lao dịch não tủy, công thức máu, điện giải đồ và CRP.

Đặc điểm hình ảnh trên CLVT hoặc CHT sọ não gồm thể não úng thủy, giãn sừng thái dương, hình ảnh não thất “chuột Mickey”, chỉ số Evans,

FH/ID và các tổn thương phổi hợp như viêm dày màng não, u lao não, nhồi máu não.

Kết quả phẫu thuật được đánh giá chủ yếu sau mổ 1 tháng dựa trên cải thiện lâm sàng, hình ảnh học và thang điểm GOS, chia thành kết quả tốt (GOS 4–5) và kết quả xấu (GOS 1–3). Đồng thời ghi nhận biến chứng, tử vong sau phẫu thuật, kết quả theo dõi sau 6 tháng và phân tích các yếu tố liên quan đến kết cục tại thời điểm 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn nghiên cứu, có 45 NB đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích. Với đặc điểm chung là tuổi trung bình là $38,4 \pm 18,1$ tuổi, nhóm tuổi 18 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%). Nam giới chiếm 60,0%. Chỉ số BMI (*Body Mass Index – Chỉ số khối cơ thể*) trung bình là $19,3 \pm 2,5$, trong đó NB gầy chiếm 37,78%.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh NB não ung thủy do lao được phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh NB não ung thủy do lao

Biến số	Giá trị n (%) hoặc $\pm$ SD
Lao phổi	30 (66,7%)
Viêm phổi	11 (24,4%)
Đái tháo đường	6 (13,3%)
Thời gian diễn biến bệnh	$3,6 \pm 2,2$ tuần
Thời gian điều trị thuốc lao trước phẫu thuật	$5,5 \pm 4,5$ tuần
Sốt	34 (75,6%)
Đau đầu	44 (97,8%)
Nôn/buồn nôn	42 (93,3%)
Liệt vận động	21 (46,7%)
Co giật	14 (31,1%)
Rối loạn cơ tròn	33 (73,3%)
Tổn thương thần kinh sọ	9 (20%)
Glasgow 15 điểm	7 (15,6%)
Glasgow 9 – 14 điểm	31 (68,8%)
Glasgow 3 – 8 điểm	7 (15,6%)

Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0. Biến định tính gồm tần số, tỷ lệ phần trăm; biến định lượng thể hiện bởi trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị khi phù hợp. So sánh giữa các nhóm sử dụng Chi-square/Fisher exact test hoặc t-test/Mann–Whitney U. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xấu sau 1 tháng được phân tích bằng hồi quy logistic. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

Biến số	Giá trị n (%) hoặc $\pm$ SD
Áp lực DNT tăng	44 (97,8%)
Màu sắc DNT ánh vàng	28 (62,2%)
Protein DNT	$2,50 \pm 1,87$ g/L
Glucose DNT	$2,06 \pm 1,26$ mmol/L
ADA ≥ 10 U/L	32 (71,1%)
Tế bào DNT/ml	$177,9 \pm 239,1$
Tỷ lệ lympho	$> 70\%$
Tỷ lệ Neut	25%
Xpert DNT (+)	23 (51,11%)
Nuôi cấy lao DNT (+)	16 (35,6%)
Kháng thuốc lao	3 (6,7%)
Natri máu < 130 mmol/l	14 (31,1%)
Natri máu ≥ 130 mmol/l	31 (68,9%)
Bạch cầu máu ≥ 10 G/L	20 (44,4%)
CRP ≥ 10 mg/L	22 (48,9%)

Biến số		Giá trị n (%) hoặc $\pm$ SD
Vellore	I	4 (8,9%)
	II	3 (6,7%)
	III	31 (68,9%)
	IV	7 (15,5%)
BMRC	I	6 (13,3%)
	II	27 (60%)
	III	12 (26,7%)

Biến số	Giá trị n (%) hoặc $\pm$ SD
Não úng thủy thể thông	44 (97,8%)
Evans > 0,3	40 (88,89%)
FH/ID > 0,5	38 (84,40%)
Sừng thái dương $\geq$ 2mm	45 (100%)
Não thất “hình chuột Mickey”	42 (93,3%)

Nhận xét: Phần lớn NB nhập viện với biểu hiện tăng áp lực nội sọ rõ, thường gặp là đau đầu, nôn/buồn nôn và tăng áp lực dịch não tủy. Đa số trường hợp ở giai đoạn nặng, với Vellore III–IV chiếm 84,4% và BMRC II–III chiếm 86,7%. Đặc điểm dịch não tủy phù hợp lao màng não, gồm tăng protein, giảm glucose và ưu thể lympho. Trên hình ảnh học, não úng thủy thể thông chiếm ưu thế, kèm giãn não thất rõ ở hầu hết NB.

Kết quả phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng

Sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ NB đạt kết quả phẫu thuật tốt là 68,9%; tỷ lệ tử vong là 8,9%. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ NB đạt kết quả điều trị tốt là 62,2%; tỷ lệ tử vong tích lũy tăng lên 33,3%.

Các triệu chứng tăng áp lực nội sọ cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Tỷ lệ đau đầu giảm từ 97,8% trước mổ xuống còn 15,6% sau mổ; nôn/buồn nôn giảm từ 93,3% xuống 24,4%; co giật giảm từ 31,1% xuống còn 2,2%. Đồng thời, tỷ lệ NB

có tri giác bình thường (Glasgow 15 điểm) tăng từ 15,6% trước phẫu thuật lên 68,9% sau phẫu thuật. Trên hình ảnh học, tỷ lệ còn giãn não thất giảm đáng kể sau điều trị, với 35,6% trường hợp còn hình ảnh não úng thủy sau mổ.

Biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu là tắc dẫn lưu, gặp ở 13,3% trường hợp. Nhiễm trùng dẫn lưu ghi nhận ở 2,2%. Không ghi nhận trường hợp chảy máu liên quan trực tiếp đến phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Bảng phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật kém

Yếu tố	p
Tuổi $\geq$ 60	0,023
Bệnh mạn tính	0,049
Liệt vận động	0,009
Phân độ Vellore	0,05
Giai đoạn BMRC	0,025
Protein DNT	0,391
Glucose DNT	0,030
Xpert DNT (+)	0,586
Nuôi cấy lao (+)	0,519

Yếu tố	p
ADA $\geq$ 25 U/L	<0,001
Natri máu < 130	<0,001
Bạch cầu máu $\geq$ 10	<0,001
CRP $\geq$ 10 mg/L	0,001
Nhồi máu não	0,002
Evans index	0,453
FH/ID	0,916
Vị trí đặt dẫn lưu	1,000

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy tuổi ≥ 60 , liệt vận động, phân độ Vellore, BMRC giai đoạn III, glucose DNT thấp, ADA tăng, hạ natri máu, tăng bạch cầu máu, tăng CRP và nhồi máu não có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục điều trị xấu sau phẫu thuật VPS. Các yếu tố khác không có liên quan đến kết quả phẫu thuật kém ($p > 0,05$)

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật kém

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Nhồi máu não	18,53	(1,15 – 297,90)	0,039
Natri máu < 130 mmol/l	30,77	(4,43 – 213,86)	0,001

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hạ natri máu <130 mmol/L và nhồi máu não là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến kết quả phẫu thuật kém sau VPS. NB có hạ natri máu <130 mmol/L có nguy cơ kết quả xấu cao hơn khoảng 30,77 lần, trong khi nhồi máu não làm tăng nguy cơ kết quả xấu khoảng 18,53 lần so với nhóm còn lại. Mô hình có độ phù hợp tốt theo kiểm định Hosmer–Lemeshow ($p=0,917$).

IV. BÀN LUẬN

Não úng thủy là một trong những biến chứng nặng và thường gặp của lao màng não, liên quan trực tiếp đến tăng áp lực nội sọ, tổn thương nhu mô não và nguy cơ tử vong cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của NB là $38,4 \pm 18,1$ tuổi; nam giới chiếm 60,0%; tương đồng với các nghiên cứu của Hasib và Raut^{1,4}. Bệnh lý này chủ yếu gặp ở người trưởng thành trẻ và trung niên, với nam giới chiếm ưu thế. Tỷ lệ lao phổi phối hợp (66,7%), viêm phổi (24,4%) và đái tháo đường (13,3%) khá cao, phản ánh gánh nặng bệnh lý đi kèm ở nhóm NB này.

Về lâm sàng, đau đầu (97,8%) và nôn/buồn nôn (93,3%) là các triệu chứng thường gặp nhất, phù hợp với biểu hiện của hội chứng tăng áp lực nội sọ; rối loạn tri giác gặp ở 84,4% trường hợp, trong khi các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt vận động, co giật và tổn thương dây thần kinh sọ cũng xuất hiện với tỷ lệ đáng kể. Đáng chú ý, phần lớn NB được phẫu thuật ở giai đoạn nặng với Vellore III–IV chiếm 84,4% và BMRC II–III chiếm 86,7%, tương tự các báo cáo của Hasib và Kanesen^{1,5}.

Các đặc điểm dịch não tủy phù hợp với lao màng não điển hình, bao gồm tăng protein, giảm glucose và ưu thế lympho. Tỷ lệ GeneXpert MTB/RIF dương tính (51,1%) cao hơn nuôi cấy dịch não tủy (35,6%). Ngoài ra, hạ natri máu, tăng bạch

cầu máu và tăng CRP được ghi nhận với tỷ lệ khá cao, phản ánh tình trạng viêm hệ thống và rối loạn nội môi ở nhóm NB nặng. Trước đó, nghiên cứu của Zhang cũng ghi nhận protein dịch não tủy trung bình 2,37 g/L, glucose 2 mmol/L và số lượng tế bào trung vị 267 tế bào/mL⁶. Hasib báo cáo protein dịch não tủy trung bình $3,31 \pm 8,28$ g/L, glucose $2,15 \pm 0,94$ mmol/L và số lượng tế bào trung bình $93,04 \pm 260,73$ tế bào/mL¹. Hạ natri máu gặp ở 31,1% trường hợp, trong khi tăng bạch cầu máu và CRP cũng có tỷ lệ khá cao.

Trên chẩn đoán hình ảnh, não úng thủy thể thông chiếm ưu thế gần như tuyệt đối (97,8%), phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh. Các dấu hiệu giãn não thất như Evans index $>0,3$; FH/ID $>0,5$ và giãn sừng thái dương gặp ở đa số trường hợp, khẳng định vai trò quan trọng của CLVT và CHT trong đánh giá mức độ giãn não thất và chỉ định phẫu thuật. Viêm màng não nền sọ là tổn thương hình ảnh đặc trưng, được Hasib ghi nhận ở 100% trường hợp¹. Ngoài ra, nhồi máu não cũng gặp với tỷ lệ khá cao; dao động khoảng 24–58,5% theo Hasib, Ambekar^{1,7}.

Sau phẫu thuật VPS, các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ, đặc biệt là đau đầu, nôn/buồn nôn và co giật. Tỷ lệ NB có tri giác bình thường tăng từ 15,6% trước phẫu thuật lên 68,9% sau 1 tháng, đồng thời tình trạng giãn não thất trên hình ảnh

học giảm đáng kể. Nghiên cứu của Singh ghi nhận 73,1% NB cải thiện tri giác sau VPS, báo cáo của Raut cũng cho thấy triệu chứng nôn giảm từ 100% trước mổ xuống còn 3,3% sau 30 ngày⁴. Nghiên cứu của Kankane và cộng sự ghi nhận tỷ lệ thiếu hụt thần kinh khu trú giảm từ 50% xuống còn 12% sau 3 tháng theo dõi¹. Zhang và cộng sự cũng báo cáo tất cả NB đều giảm kích thước não thất trên hình ảnh học sau phẫu thuật⁶.

Tỷ lệ kết quả tốt tại thời điểm 1 tháng là 68,9%, tương đương hoặc cao hơn một số nghiên cứu trước đó như của tác giả Rizvi (58,3%), Hasib (60,9%) và Zhang (57,1%)^{1,6}. Dù vậy, tỷ lệ tử vong tích lũy sau 6 tháng còn cao, chủ yếu trong nhóm Vellore IV. Như vậy, VPS giúp cải thiện nhanh tình trạng tăng áp lực nội sọ, tiên lượng lâu dài vẫn phụ thuộc vào mức độ tổn thương thần kinh trước phẫu thuật, đáp ứng điều trị thuốc chống lao và các bệnh lý phối hợp.

Biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu là tắc dẫn lưu (13,3%), nhiễm trùng dẫn lưu chỉ chiếm 2,2%; không có chảy máu, các chỉ số này tương đương với các báo cáo trước đây. Tắc dẫn lưu có liên quan đến tăng protein và số lượng tế bào dịch não tủy, tuy nhiên nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố này. Sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu còn hạn chế và số lượng trường hợp biến chứng chưa đủ lớn.

Phân tích đơn biến cho thấy nhiều yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xấu sau phẫu thuật, bao gồm tuổi ≥ 60 , bệnh mạn tính, liệt vận động, Vellore IV, BMRC III, glucose dịch não tủy thấp, ADA tăng, hạ natri máu, tăng bạch cầu máu, tăng CRP và nhồi máu não. Các yếu tố này phản ánh mức độ nặng của bệnh, phản ứng viêm và mức độ tổn thương nhu mô não. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi Vellore IV, BMRC III, rối loạn tri giác, hạ natri máu và nhồi máu não đều được xác định là những yếu tố tiên lượng bất lợi ở NB lao màng não có não úng thủy^{1,4,5,8}.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, hạ natri máu < 130 mmol/L và nhồi máu não là hai yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến kết quả phẫu thuật kém. NB có hạ natri máu < 130 mmol/L có nguy cơ

kết quả xấu cao gấp khoảng 30 lần, trong khi nhồi máu não làm tăng nguy cơ kết quả xấu khoảng 18 lần. Hạ natri máu thường gặp ở bệnh cảnh nặng, có thể liên quan đến hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp hoặc mất muối não, góp phần làm nặng thêm phù não và rối loạn tri giác. Trong khi đó, nhồi máu não phản ánh tổn thương nhu mô không hồi phục do viêm mạch lao, làm hạn chế khả năng phục hồi thần kinh dù tình trạng tăng áp lực nội sọ đã được cải thiện sau phẫu thuật.

Nghiên cứu còn một số hạn chế với thiết kế hồi cứu sẽ làm giảm khả năng kiểm soát đầy đủ các yếu tố nhiễu. Cỡ mẫu nhỏ nên khoảng tin cậy của các ước lượng rộng. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện chuyên khoa nên việc khái quát cho toàn bộ quần thể còn hạn chế. Tuy vậy, nghiên cứu cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, hiệu quả phẫu thuật và các yếu tố tiên lượng ở NB não úng thủy do lao tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật dẫn lưu não thất – ổ bụng là phương pháp điều trị hiệu quả đối với não úng thủy do lao, giúp cải thiện triệu chứng tăng áp lực nội sọ, tri giác và tình trạng giãn não thất. Hạ natri máu (< 130 mmol/L) và nhồi máu não là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến kết quả điều trị kém. Phát hiện sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời có thể góp phần cải thiện tiên lượng NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kiêu Đình Hùng.** Não úng thủy ở người lớn thể thông (Áp lực trung bình). In: Đoàn Quốc Hưng, Dương Đại Hà, eds. *Bệnh học ngoại khoa Thần kinh*. Nhà xuất bản Y học; 2021:185 - 201.
2. **Hasib Saddam Ahmad, et al.** Prognostic Model to Predict Outcome of Adult Patients with Tuberculous Meningitis Undergoing Ventriculoperitoneal Shunt Surgery: A Prospective Observational Study. *World Neurosurgery*. 2025;194:123562.
3. **Marais Suzaan, et al.** Tuberculous meningitis: a uniform case definition for use in clinical research. *The Lancet infectious diseases*. 2010;10(11):803-812.
4. **Raut Rupesh, et al.** Comparison of

ventriculoperitoneal shunt versus endoscopic third ventriculostomy in managing hydrocephalus due to tuberculous meningitis: a randomized controlled trial with a 30-day follow-up. *Annals of Medicine and Surgery*. 2024;86(2)

5. **Kanesen Davendran, et al.** Clinical outcome of tuberculous meningitis with hydrocephalus—a retrospective study. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*. 2021;28(5):82.
6. **Zhang Xiao, et al.** Ventriculoperitoneal shunt for tuberculous meningitis-associated hydrocephalus: long-term outcomes and complications. *BMC*

Infectious Diseases. 2023;23(1):742.

7. **Ambekar Sudheer, et al.** Factors influencing shunt malfunction in patients with tuberculous meningitis. *Indian Journal of Neurosurgery*. 2013;2(02):175-181.
8. **Ruspanah Ivanmorl, et al.** Implications of VP-Shunt, sodium level, glucose level ratio and neurologic deficit as clinical outcome prognostic factor in adult meningitis tuberculosis with acute hydrocephalus in Dr. Hasan Sadikin General Hospital. *bmj*. 2022;11:3618.

KẾT QUẢ SIÊU ÂM VÀ CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỐI CHIẾU VỚI NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG TRONG CHẨN ĐOÁN SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG, NĂM 2023 - 2025

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Đặng Văn Phương², Vũ Thị Hạnh³, Hoàng Thị Phương Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1- Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi ống mật chủ trên siêu âm và trên chụp cộng hưởng từ ở BN được lấy sỏi ống mật chủ bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, năm 2023 – 2025; 2- So sánh giá trị của siêu âm và chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ với nội soi mật tụy ngược dòng ở đối tượng nghiên cứu trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 BN được chẩn đoán là sỏi OMC, khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2025.

Kết quả và kết luận: Trong chẩn đoán sỏi OMC, siêu âm có độ nhạy 87,34%, độ đặc hiệu 40% và chẩn

đoán giãn đường mật 85,71% trường hợp, gợi ý tắc nghẽn. CHT có độ nhạy 97,46%, độ đặc hiệu 80%, giá trị chẩn đoán đúng 96,43%, nên được chỉ định khi siêu âm tính nhưng lâm sàng và sinh hóa vẫn nghi ngờ sỏi OMC. Chỉ số Kappa ($k = 0,1404$) cho thấy có sự tương đồng thấp giữa siêu âm và CHT.

Từ khoá: Chụp cộng hưởng từ đường mật, sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng.

SUMMARY

**ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE
IMAGING FINDINGS COMPARED
WITH ENDOSCOPIC RETROGRADE
CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN THE
DIAGNOSIS OF COMMON BILE DUCT STONES
AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL,
2023 - 2025**

Objectives: This study aimed to: (1) describe the imaging characteristics of common bile duct (CBD) stones on ultrasound and magnetic resonance imaging (CHT) in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for stone extraction at Hai Phong International General Hospital from 2023 to 2025; and (2) compare the diagnostic value of ultrasound and CHT with ERCP in detecting CBD

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

³Bệnh viện Đa khoa Vinmec Hải Phòng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Mã bài: N803

Ngày nhận bài: 17/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/5/2026

Ngày duyệt bài: 28/6/2026