

chứng chảy máu tại chỗ, thiếu máu nuôi chi và tắc TACV. Biến chứng thiếu máu nuôi chi được giải quyết ngay và không dẫn đến phải đoạn chi. Trong một phân tích gộp của tác giả Li, các biến chứng thần kinh, dạ dày ruột và biến chứng liên quan đến chi không khác biệt nhau giữa hai nhóm có và không có IABP [6]. Tác giả Hong và Jung cũng ghi nhận không có biến chứng nghiêm trọng đáng kể liên quan đến TACV [4],[5]. Điều này cho thấy các biện pháp này tương đối an toàn khi thực hiện trên lâm sàng, với lợi ích nhiều hơn nguy cơ cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Quá tải thất trái là một biến chứng thường gặp ở các bệnh nhân sốc tim được hỗ trợ với VA ECMO. Ở các trường hợp nặng, các biện pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu là IABP và TACV có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng tim, từ đó giúp cải thiện kết cục ECMO cho bệnh nhân. Các biện pháp này tương đối an toàn với tần suất biến chứng liên quan đến thủ thuật thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baldetti L., Gramegna M., Beneduce A., et al. (2020)**, "Strategies of left ventricular unloading during VA-ECMO support: a network meta-analysis", *Int J Cardiol*, 312, 16-21.
2. **Bréchet N., Demondion P., Santi F., et al. (2018)**, "Intra-aortic balloon pump protects against hydrostatic pulmonary oedema during peripheral venoarterial-extracorporeal membrane oxygenation",

- Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*, 7 (1), 62-69.
3. **Fumagalli R., Bombino M., Borelli M., et al. (2004)**, "Percutaneous bridge to heart transplantation by venoarterial ECMO and transaortic left ventricular venting", *Int J Artif Organs*, 27 (5), 410-3.
  4. **Hong T. H., Byun J. H., Lee H. M., et al. (2016)**, "Initial Experience of Transaortic Catheter Venting in Patients with Venous Arterial Extracorporeal Membrane Oxygenation for Cardiogenic Shock", *Asaio j*, 62 (2), 117-22.
  5. **Jung J. J., Kang D. H., Moon S. H., et al. (2021)**, "Left Ventricular Decompression by Transaortic Catheter Venting in Extracorporeal Membrane Oxygenation", *Asaio j*, 67 (7), 752-756.
  6. **Li Y., Yan S., Gao S., et al. (2019)**, "Effect of an intra-aortic balloon pump with venoarterial extracorporeal membrane oxygenation on mortality of patients with cardiogenic shock: a systematic review and meta-analysis", *Eur J Cardiothorac Surg*, 55 (3), 395-404.
  7. **Lorusso R., Centofanti P., Gelsomino S., et al. (2016)**, "Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation for Acute Fulminant Myocarditis in Adult Patients: A 5-Year Multi-Institutional Experience", *Ann Thorac Surg*, 101 (3), 919-26.
  8. **Meani P., Gelsomino S., Natour E., et al. (2017)**, "Modalities and Effects of Left Ventricle Unloading on Extracorporeal Life support: a Review of the Current Literature", *Eur J Heart Fail*, 19 Suppl 2, 84-91.
  9. **Petroni T., Harrois A., Amour J., et al. (2014)**, "Intra-aortic balloon pump effects on macrocirculation and microcirculation in cardiogenic shock patients supported by venoarterial extracorporeal membrane oxygenation\*", *Crit Care Med*, 42 (9), 2075-82.

## NHẬN XÉT HIỆU QUẢ KỸ THUẬT DẪN LƯU NÃO THẤT RA NGOÀI TRÊN BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO THẤT TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUỴ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Quang Ân\*, Nguyễn Huy Ngọc\*\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chảy máu não chiếm từ 10% đến 15% các trường hợp đột quỵ não đại diện cho khoảng hai triệu trường hợp hàng năm trên toàn thế giới. Điều trị chảy máu não thất có biến chứng giãn não thất cấp phổ biến hiện nay là đặt dẫn lưu não thất ra ngoài.  
**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả kỹ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trên bệnh nhân chảy máu não thất tại Trung tâm đột quỵ

Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh được thực hiện trên 19 bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp được điều trị tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 06/2020 đến tháng 09/2021. **Kết quả:** Tại thời điểm nhập viện, điểm hôn mê Glasgow trung bình (9,68[6-15]) đều thấp. Kể từ ngày thứ nhất, điểm hôn mê Glasgow trung bình bắt đầu có sự cải thiện. Tại thời điểm nhập viện, điểm Graeb trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu (6,72[0-10]), cải thiện nhanh và sớm sau ngày thứ nhất. Các biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất ra ngoài chủ yếu là viêm màng não mủ (15,8%) và chảy máu tái phát (15,8%). Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm 1 tháng là 36,84%, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm 3 tháng là 21,05%. Tỷ lệ tử vong tính từ thời điểm 0-3 tháng là 57,89%. **Kết luận:** Kỹ thuật dẫn lưu não thất ra

*Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Phú Thọ  
Sở Y Tế Phú Thọ*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân  
Email: longdangtrang@gmail.com  
Ngày nhận bài: 5.4.2022  
Ngày phản biện khoa học: 1.6.2022  
Ngày duyệt bài: 9.6.2022

ngoài trên bệnh nhân chảy máu não thất không góp phần làm giảm tỷ lệ di chứng và tử vong của chảy máu não thất.

**Từ khóa:** Kỹ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài, chảy máu não thất, Phú Thọ.

## SUMMARY

### COMMENTING THE EFFICIENCY EFFECTIVE OF OUTSIDE VENTRICULAR DRAINING TECHNIQUE IN PATIENTS WITH VENTRICULAR BLEEDING AT THE STROKE CENTER OF PHU THO PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Background:** Hemorrhagic stroke accounts for 10% to 15% of stroke cases representing approximately two million cases annually worldwide. The most common treatment of intraventricular bleeding with complications of acute ventricular dilatation is placing an external ventricular drain.

**Objectives:** To evaluate the clinical, paraclinical, and technical efficiency of ventricular drainage out in patients with intraventricular bleeding at the Stroke Center of Phu Tho Provincial General Hospital.

**Methods:** A case-descriptive study was performed on 19 patients with intraventricular hemorrhage with acute ventricular dilatation who were treated at the Stroke Center of Phu Tho Province General Hospital from June 2020 to September 2021. **Results:** At the time of admission, the mean Glasgow coma score (9.68[6-15]) was low. From day one, the average Glasgow coma score began to improve. At the time of admission, the mean Graeb score of the patients in the study (6.72[0-10]), improved rapidly and soon after day 1. Complications related to ventricular drainage to the outside were mainly purulent meningitis (15.8%) and recurrent bleeding (15.8%). The mortality rate of study patients at 1 month was 36.84%, the mortality rate of study patients at 3 months was 21.05%. The mortality rate from 0-3 months is 57.89%.

**Conclusion:** The technique of external ventricular drainage in patients with intraventricular bleeding does not contribute to reducing the rate of sequelae and mortality of intraventricular bleeding.

**Keywords:** Ventricular drainage technique, intraventricular bleeding, Phu Tho.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não chiếm từ 10% đến 15% các trường hợp đột quỵ não đại diện cho khoảng hai triệu trường hợp hàng năm trên toàn thế giới. Tại Australia, Anh và Hoa Kỳ, chảy máu não chiếm từ 8% đến 15% tất cả các trường hợp đột quỵ não. Ở Nhật Bản, chảy máu não chiếm tỷ lệ khá cao, khoảng 25% các trường hợp đột quỵ não [9]. Tương tự, chảy máu não chiếm 40,8% các trường hợp đột quỵ não tại các bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam [4]. Chảy máu não thất thường là thứ phát sau chảy máu não, xảy ra vào khoảng 40% các trường hợp chảy máu não, góp phần làm tăng mức độ nặng, tăng tỷ lệ di chứng và tử vong ở bệnh nhân chảy

máu não. Tỷ lệ tử vong tại thời điểm 30 ngày liên quan tới chảy máu não thất chiếm từ 40% đến 80% và thể tích máu được cho là một yếu tố dự báo tử vong độc lập sau chảy máu não [Error! Reference source not found.]. Điều trị chảy máu não thất có biến chứng giãn não thất cấp phổ biến hiện nay là đặt dẫn lưu não thất ra ngoài. Tuy nhiên dẫn lưu não thất ra ngoài trong điều trị không góp phần làm giảm tỷ lệ di chứng và tử vong của chảy máu não thất. Tắc dẫn lưu thường xảy ra khi thể tích chảy máu não thất lớn khiến việc kiểm soát áp lực nội sọ khó khăn đòi hỏi phải thông rửa hoặc thay thế dẫn lưu và đẩy bệnh nhân vào nguy cơ tăng áp lực nội sọ thứ phát sau giãn não thất, nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn [6].

Giãn não thất là một biến chứng sớm hay gặp ở các bệnh nhân đột quỵ chảy máu não thất tiên phát, chảy máu nhu mô não hay chảy máu dưới nhện có máu tràn vào não thất. Các trường hợp hợp chảy máu hay nhồi máu vùng hố sau chèn ép não thất IV gây giãn não thất. Giãn não thất cấp ở các bệnh nhân đột quỵ là một cấp cứu ngoại khoa cần được can thiệp đặt dẫn lưu não thất kịp thời.

Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ đã phối hợp rất chặt chẽ với Khoa ngoại thần kinh thực hiện kịp thời ngay khi có chỉ định kỹ thuật đặt dẫn lưu não thất cho bệnh nhân đột quỵ não. Trong những năm vừa qua, nhờ có sự phối hợp chặt chẽ nhiều chuyên ngành khác nhau, Trung tâm đột quỵ đã góp phần điều trị hiệu quả nhiều bệnh nhân đột quỵ não nặng, trong đó có các bệnh nhân biến chứng giãn não thất cấp. Tuy nhiên điều trị trên những bệnh nhân này tỷ lệ tử vong còn cao, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ chưa có đề tài nào nghiên cứu về hiệu quả của dẫn lưu não thất ra ngoài trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp. Trên cơ sở đó chúng tôi thực hiện đề tài "*Nhận xét hiệu quả kỹ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trên bệnh nhân chảy máu não thất tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ*" với hai mục tiêu:

1. *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân dẫn lưu não thất ra ngoài tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ.*

2. *Nhận xét hiệu quả kỹ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài trên bệnh nhân chảy máu não thất tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu bao gồm 19 bệnh nhân chảy máu não thất

có giãn não thất cấp được điều trị tại Trung tâm Đột quy Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ tháng 06/2020 đến tháng 09/2021 và thỏa mãn các tiêu chuẩn tuyển chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn tuyển chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân chảy máu não thất thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau đây sẽ được chọn vào nghiên cứu: (1) Tuổi từ 18 đến 80; (2) Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng tới khi được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não đầu tiên để xác định chảy máu não là trong vòng 24 giờ; (3) Thể tích chảy máu não  $\leq 30$  ml (tính toán theo công thức  $A \times B \times C / 2$ ); (4) Chảy máu não thất III và/hoặc não thất IV gây giãn não thất cấp.

**Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.** Bệnh nhân chảy máu não thất thỏa mãn ít nhất một trong các tiêu chuẩn dưới đây sẽ bị loại khỏi nghiên cứu: (1) Phình động mạch não vỡ chưa được điều trị hoặc nghi ngờ phình động mạch não vỡ (trừ khi đã được loại trừ bằng chụp mạch thông thường hoặc chụp mạch cắt lớp vi tính/chụp mạch số hóa xóa nền hoặc chụp mạch cộng hưởng từ/chụp cộng hưởng từ), dị dạng thông động-tĩnh mạch trong sọ vỡ, dị dạng đám rối mạch mạc, bệnh Moyamoya hoặc khối u; (2) Các rối loạn đông máu hoặc số lượng tiểu cầu  $< 100.000$  tiểu cầu/ml hoặc tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế (INR)  $> 1,4$ .

**Phương pháp nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu Phương pháp nghiên cứu mô tả ca bệnh.

#### Kỹ thuật thu thập thông tin

- Với những bệnh nhân đã được điều trị và ra viện, chúng tôi tiến hành tham khảo hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân trong diện nghiên cứu và gọi điện phỏng vấn bệnh nhân hoặc người nhà ở thời điểm 3 tháng sau khi ra viện. Thu thập thêm số liệu của các đồng nghiệp thực hiện kỹ thuật trên những bệnh nhân đó.

- Với những bệnh nhân hiện tại, thu thập số liệu dựa vào kết quả điều trị, thăm khám bệnh hàng ngày và hẹn bệnh nhân khám lại sau 3 tháng tại trung tâm đột quy.

- Tất cả số liệu được thu thập và ghi chép đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** phần mềm thống kê SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Đặc điểm lâm sàng

##### Yếu tố nguy cơ chảy máu

**Bảng 1. Phân bố theo yếu tố nguy cơ chảy máu**

Yếu tố nguy cơ	Tỷ lệ (n = 19)
----------------	----------------

	Số lượng	%
Tiền sử đột quy não	2	10,5
Tăng huyết áp	9	47,4
Đái tháo đường	4	21,1
Hút thuốc lá	5	26,3
Nghiện rượu	1	5,3
Khác (ma túy,...)	1	5,3

**Nhận xét:** Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở bệnh nhân chảy máu não (47,4%).

#### Lý do vào viện

##### Bảng 2. Phân bố theo lý do vào viện

Lý do vào viện	Tỷ lệ (n=19)	
	Số lượng	%
Đau đầu	2	10,5
Buồn nôn và nôn	3	15,8
Hôn mê	9	47,4
Liệt nửa người	5	26,3

**Nhận xét:** Hôn mê là lý do vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%).

#### Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện và đặt dẫn lưu não thất

##### Bảng 3. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện và đặt dẫn lưu não thất

Khoảng thời gian (giờ)	Tỷ lệ (n = 19)	
	Số lượng	%
Từ khi khởi phát đến lúc nhập viện		
< 6h	12	63,2
$\geq 6$ h đến < 12h	6	31,6
$\geq 12$ h đến < 24h	1	5,3
Từ khi khởi phát đến lúc đặt dẫn lưu não thất		
< 12h	11	57,9
$\geq 12$ h đến < 24h	5	26,3
$\geq 24$ h đến < 72h	3	15,8

**Nhận xét:** Khoảng thời gian từ khi khởi phát đến lúc nhập viện phổ biến nhất là  $< 6$ h (63,2%). Khoảng thời gian phổ biến từ khi khởi phát đến lúc đặt dẫn lưu não thất là  $< 12$ h (57,9%).

#### Các chức năng sống, vị trí đặt dẫn lưu não thất ra ngoài

##### Bảng 4. Phân bố theo chức năng sống, vị trí đặt dẫn lưu não thất ra ngoài

Đặc điểm	Giá trị (n = 19)
Glasgows, trung vị (tối thiểu - tối đa)	9,68 (6-15)
Nhịp tim (nhịp/phút), trung vị (tối thiểu - tối đa)	88,11 (70-120)
Huyết áp tâm thu (mmHg), $\bar{x} \pm SD$	167,37 $\pm$ 28,83
Huyết áp tâm trương (mmHg), $\bar{x} \pm SD$	90 $\pm$ 10,50
Nhịp thở (lần/phút), trung vị (tối thiểu - tối đa)	19,40 (18-20)
SpO <sub>2</sub> (%), $\bar{x} \pm SD$	97,50 $\pm$ 1,95

Nhiệt độ (°C), $\bar{x} \pm SD$	36,93±0,18	
Vị trí dẫn lưu não thất, n(%)	Bên phải	11(57,9)
	Bên trái	8(42,1)

**Nhận xét:** Các bệnh nhân có điểm Glasgow thấp 9,68 (9-15), vị trí dẫn lưu não thất chủ yếu bên phải 11 (57,9%).

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Một số xét nghiệm huyết học, đông máu và sinh hóa máu

**Bảng 5. Giá trị trung bình một số xét nghiệm huyết học và đông máu**

Xét nghiệm	Số lượng (n=19)
Hồng cầu (T/l), $\bar{x} \pm SD$	4,81±0,6
Hemoglobin (g/l), $\bar{x} \pm SD$	143,8±14,7
Hematocrit (l/l), $\bar{x} \pm SD$	0,44±0,05
Bạch cầu (G/l), $\bar{x} \pm SD$	15,7±5,9
Tiểu cầu (G/l), $\bar{x} \pm SD$	247,9±86,2
INR, $\bar{x} \pm SD$	1,05±0,13
PT (%), $\bar{x} \pm SD$	94,3±20,8
APTT (giây), $\bar{x} \pm SD$	25,4±2,9

**Nhận xét:** Các chỉ số xét nghiệm đông máu đều trong giá trị bình thường: tiểu cầu (247,9 ±86,2; p>0,05), INR (1,05±0,13; p>0,05), PT (94,3±20,8; p>0,05), APTT (25,4±2,9; p>0,05).

**Bảng 6. Giá trị trung bình một số xét nghiệm sinh hóa máu**

Xét nghiệm	Tỷ lệ (n=19)
Ure (mmol/l), $\bar{x} \pm SD$	5,9±3,4
Creatinin (μmol/l), $\bar{x} \pm SD$	82,2±31,7
Glucose (mmol/l), $\bar{x} \pm SD$	10,5±4,6
GOT (UI/l), $\bar{x} \pm SD$	43,2±33,4
GPT (UI/l), $\bar{x} \pm SD$	22,6±17,2
Na <sup>+</sup> (mmol/l), $\bar{x} \pm SD$	138,8±3,9
K <sup>+</sup> (mmol/l), $\bar{x} \pm SD$	3,5±0,5
Cl <sup>-</sup> (mmol/l), $\bar{x} \pm SD$	99,4±4,3

**Nhận xét:** Nồng độ glucose máu ở các bệnh nhân đều cao (10,5±4,6), các chỉ số chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường.

#### Mức độ chảy máu não thất

**Bảng 7. Mức độ chảy máu não thất trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não dựa theo thang điểm Graeb**

Graeb (điểm)	Tỷ lệ (n =19)	
	Số lượng	%
Nhe: 1 - 4	3	15,8
Trung bình: 5 - 8	11	57,9
Nặng: 9 - 12	5	26,3
Điểm Graeb trung bình, trung vị (tối thiểu - tối đa)	6,72 (0-10)	

**Nhận xét:** Mức độ nặng của chảy máu não thất phổ biến bao gồm: Graeb = 5-8 (57,9%) và Graeb = 9-12 (26,3%).

#### Kết quả điều trị

**Thời gian điều trị, thông khí nhân tạo và lưu dẫn lưu não thất:** số ngày điều trị trung

bình của bệnh nhân 12,46 ngày.

**Thời gian thông khí nhân tạo và dẫn lưu não thất ra ngoài:** thời gian thông khí nhân tạo (6,42±5,75 ngày). Thời gian lưu dẫn lưu não thất ở nhóm chứng (6,68±3,73 ngày).

**Tỷ lệ bệnh nhân mở khí quản và dẫn lưu não thất ổ bụng:** Tỷ lệ bệnh nhân được mở khí quản (15,79%). Và 01 bệnh nhân nào được dẫn lưu não thất ổ bụng (5,3%).

**Diễn biến mức độ ý thức theo thang điểm hôn mê Glasgow:** Kể từ ngày 1, điểm hôn mê Glasgow trung bình bắt đầu có sự cải thiện: ngày vào viện (9,68[6-15]); ngày 1 (9,7[6-15]); ngày 2 (10[7-15]); ngày 3 (11[8-15]); ngày 4 (11,8[8-15]); ngày 5 (12[8-15]); ngày 6 (12[9-15]); ngày 7 (12[9-15]).

**Diễn biến mức độ nặng của chảy máu não thất theo điểm Graeb:** kể từ ngày 1, điểm Graeb trung bình bắt đầu có sự cải thiện vào viện 6,72 [0-10]; ngày 1 (5,9[0-9]); ngày 2 (5,9[0-9]); ngày 3 (5,4[0-8]); ngày 4 (4,9[0-6]).

#### Diễn biến nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ

**Diễn biến nhịp tim:** Kể từ khi vào viện cho tới ngày thứ 7, nhịp tim có sự khác biệt giữa các ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Ngày vào viện (88,1[70-120]); ngày 1 (94[75-125]); ngày 2 (102,5[80-130]); ngày 3 (92[75-120]); ngày 4 (92[70-120]); ngày 5 (92[70-120]); ngày 6 (93[75-120]); ngày 7 (93[75-125]).

**Diễn biến huyết áp tâm thu:** ngày vào viện cao 167,37±28,38 và giảm dần ở những ngày sau 147,20 ±26,81.

**Diễn biến nhiệt độ:** thời điểm nhập viện, nhiệt độ trung bình (36,8±1,0) trong giới hạn bình thường với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Từ ngày thứ 1 là 38,4±0,9 cho tới ngày thứ 7 (38,6±0,6) nhiệt độ trung bình cao hơn bình thường với sự khác biệt (p>0,05).

**Biến chứng:** Viêm màng não mủ và chảy máu tái phát chiếm 15,8%. Viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 47,4%. Tỷ lệ tử vong: Tỷ lệ tử vong tại thời điểm 1 tháng (36,84%) và tại thời điểm 3 tháng (21,05%).

## IV. BÀN LUẬN

#### Đặc điểm lâm sàng

**Yếu tố nguy cơ chảy máu não:** Ngoài các yếu tố nguy cơ chảy máu não thất thứ phát sau chảy máu não như: tuổi cao, thể tích chảy máu não lớn, huyết áp trung bình lớn hơn hoặc bằng 120 mmHg, và vị trí của chảy máu não nguyên phát thì một số yếu tố nguy cơ chảy máu não quan trọng khác cũng cần phải được lưu ý. Từ

kết quả nghiên cứu, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở bệnh nhân chảy máu não (47,4%). Các nguy cơ chảy máu não khác ít phổ biến hơn trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: đột quỵ não (10,5%), đái tháo đường (21,1%), hút thuốc lá (26,3%), nghiện rượu (5,3%).

**Lý do vào viện:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do vào viện phổ biến nhất của bệnh nhân nghiên cứu là hôn mê (47,4%). Nishikawa T. và cộng sự (2009) [8] đã tiến hành một nghiên cứu trên 100 bệnh nhân chảy máu não, trong đó có 35 bệnh nhân có kèm chảy máu não thất, và các tác giả nhận thấy rằng các yếu tố như tuổi cao, thể tích chảy máu não thất, giãn não thất cấp và đặc biệt là mức độ ý thức ban đầu của bệnh nhân nghiên cứu liên quan một cách có ý nghĩa tới tiên lượng xấu ở nhóm bệnh nhân chảy máu não có kèm chảy máu não thất, có tỷ lệ phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

**Thời gian kể từ khi khởi phát đến khi nhập viện và dẫn lưu não thất ra ngoài:** Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng thời gian kể từ khi khởi phát đến lúc nhập viện phổ biến nhất là < 6 giờ (63,2%). Khi bệnh nhân chảy máu não thất nguyên phát hoặc thứ phát sau chảy máu não tới bệnh viện sớm sẽ nhanh chóng được đánh giá ban đầu, được điều trị cấp cứu bằng các biện pháp thích hợp, được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não để chẩn đoán xác định với mục đích nhằm cải thiện sớm chức năng thần kinh, hạn chế tối đa các tổn thương thứ phát cũng như nhiều biến chứng khác.

**Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các khoảng thời gian phổ biến từ khi khởi phát cho đến lúc được đặt dẫn lưu não thất:** < 12 giờ (57,9%), từ ≥ 12 đến < 24 giờ (26,3%). Tăng áp lực nội sọ thường là hậu quả của hiệu ứng khối do chảy máu nhu mô não, phù não xung quanh, giãn não thất cấp do chảy máu não thất hoặc hiệu ứng khối lên thân não và các vùng não lân cận do máu chảy trong não thất. Do vậy, cần phải đặt ra vấn đề điều trị giảm áp. Điều trị chảy máu não thất có biến chứng giãn não thất cấp thể tắc nghẽn phổ biến hiện nay là đặt dẫn lưu não thất ra ngoài. Tương tự với kết quả nghiên cứu, Lương Quốc Chính và cộng sự (2015) [5] đã tiến hành nghiên cứu hiệu quả dẫn lưu não thất ra ngoài trong vòng 12 giờ sau triệu chứng khởi phát trong chảy máu não thất có giãn não thất cấp, và cho thấy dẫn lưu não thất ra ngoài trước 12 giờ sau triệu chứng khởi phát không làm thay đổi tỷ lệ các biến chứng và tử vong, nhưng có liên quan tới cải thiện kết cục ngắn hạn.

**Các chức năng sống và vị trí đặt dẫn lưu**

**não thất ra ngoài:** Từ kết quả có thể nhận thấy tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân nghiên cứu ở cả hai nhóm có điểm hôn mê Glasgow trung bình thấp (9,68[6-15]) và huyết áp tâm thu trung bình thì cao (167,37±28,83). Điểm hôn mê Glasgow ban đầu thấp gián tiếp phản ánh mức độ nặng nề của chảy máu não thất và liên quan tới nguy cơ tử vong tăng. Các chức năng sống khác cũng được đề cập trong nghiên cứu bao gồm: nhịp tim (88,11[70-120]), nhịp thở (19,40 [18-20]), SpO<sub>2</sub> (97,5±1,95), và nhiệt độ (36,93±0,18). Các rối loạn nhịp thở và giảm oxy hóa máu thường là hậu quả của các rối loạn chức năng thân não, cần phải thông khí nhân tạo và liên quan tới tỷ lệ tử vong cao. Bệnh nhân cũng có thể sốt, nhưng thường không phải do nhiễm trùng. Triệu chứng sốt cao có thể bắt đầu xuất hiện từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 3 sau khởi phát (giai đoạn suy thoái thần kinh bán cấp).

**Đặc điểm cận lâm sàng**

**Một số xét nghiệm huyết học cơ bản, xét nghiệm đông máu và sinh hóa máu:** Các xét nghiệm huyết học cơ bản và đông máu có vai trò rất quan trọng trong việc gián tiếp đánh giá các tình trạng bệnh lý phối hợp, nguy cơ và tiên lượng của chảy máu não thất cũng như các biến chứng khác. Từ kết quả nghiên cứu, giá trị trung bình một số xét nghiệm huyết học và đông máu quan trọng của bệnh nhân mà chúng tôi tuyển chọn vào nghiên cứu bao gồm: tiểu cầu (247,9±86,2), INR (1,05±0,13), PT (94,3±20,8), APTT (25,4±2,9). Chức năng thận của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường. Nồng độ glucose máu ở các bệnh nhân đều cao (10,5±4,6), tình trạng cao này có thể do tăng phản ứng trong đột quỵ não cấp.

**Mức độ chảy máu theo thang điểm Graeb:** Tại thời điểm nhập viện, điểm Graeb trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu (6,72[0-10]). Điểm Graeb trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với điểm Graeb = 9 (6-12) trong nghiên cứu của tác giả Lương Quốc Chính (2017) [5].

**Kết quả điều trị**

**Thời gian điều trị, thông khí nhân tạo và dẫn lưu não thất ra ngoài:** Tất cả bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ban đầu đều được điều trị tại Trung tâm Đột quỵ. Số ngày điều trị trung bình của bệnh nhân (17,37[3-44]). Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù dẫn lưu não thất có tỷ lệ tử vong cao tại bệnh viện nhưng cũng là một trong những kỹ thuật mới, là kỹ thuật cần can thiệp cấp cứu. Số ngày thông khí nhân tạo trung bình của bệnh nhân nghiên cứu (6,42[0-

25]). Số ngày lưu dẫn lưu não thất ra ngoài trung bình (6,68[2-17]).

**Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu được mở khí quản và dẫn lưu não thất ổ bụng:** Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu được mở khí quản (15,79%). Có khoảng 1/3 bệnh nhân chảy máu não thất cần phải thông khí nhân tạo và hầu hết các trường hợp phải thông khí nhân tạo như vậy thì việc mở khí quản có thể rất cần thiết. Kết quả này tương đối phù hợp với quần thể bệnh nhân chảy máu não thất có kèm giãn não thất cấp trong nghiên cứu của chúng tôi (điểm hôn mê Glasgow tại thời điểm nhập viện). Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng giãn não thất mạn tính là cần dẫn lưu não thất - ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ có 1 (5,3%).

**Diễn biến mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm hôn mê Glasgow:** Tại thời điểm nhập viện, điểm hôn mê Glasgow trung bình (9,68[6-15]) đều thấp. Kể từ ngày thứ nhất, điểm hôn mê Glasgow trung bình bắt đầu có sự cải thiện. Dẫn lưu não thất ra ngoài cải thiện kết cục nói chung và mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm hôn mê Glasgow nói riêng thông qua các cơ chế sinh lý bệnh chảy máu não thất. Mayfrank L. và cộng sự (1997) [2] đã làm thực nghiệm trên mô hình lợn và chứng minh được chảy máu não thất gây giãn não thất cấp thể tắc nghẽn là do máu đông làm tắc nghẽn dòng chảy ra của dịch não tủy khiến nó tích tụ trong khoang não thất, gây giãn não thất và làm tăng áp lực nội sọ dẫn tới cản trở dòng máu não [1].

**Biến chứng:** Đã có rất nhiều tài liệu và bằng chứng khoa học cho rằng các biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất ra ngoài thường gặp nhất bao gồm chảy máu liên quan tới đặt dẫn lưu não thất ra ngoài chiếm 0% (chảy máu nhu mô não, chảy máu não thất, hoặc chảy máu dưới màng cứng) nhiễm khuẩn liên quan tới dẫn lưu não thất chiếm 5 bệnh nhân(26,3%)% (viêm não thất/viêm màng não), tắc dẫn lưu não thất (0%), và giãn não thất mạn tính (0%), chảy máu tái phát chiếm 3(15,8%) (chảy máu não tiến triển và/hoặc chảy máu não thất tái phát). Từ kết quả nghiên cứu trong có thể thấy các biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất ra ngoài chủ yếu là viêm màng não mũ (15,8%) và chảy máu tái phát (15,8%). Từ kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các biến chứng nội khoa chủ yếu là viêm phổi (47,4%). Tuy nhiên viêm phổi liên quan nhiều đến thở máy và do nằm bất động, không phải là nguyên nhân chủ yếu của dẫn lưu não thất.

**Tỷ lệ tử vong:** Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy rằng chảy máu não thất liên quan tới

kết cục xấu và có tỷ lệ tử vong cao (40-80%) [3]. Dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần không làm thay đổi nhiều tỷ lệ di chứng và tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân chảy máu não thất [5]. Trước khi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện, Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2010) [7] cũng đã cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất được dẫn lưu não thất ra ngoài chiếm tới 57,7%. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm 1 tháng là 36,84%. Bên cạnh đó, tỷ lệ tử vong tại thời điểm 3 tháng là 21,05%.

## V. KẾT LUẬN

Cải thiện điểm hôn mê Glasgow và điểm Graeb: Tại thời điểm nhập viện, điểm hôn mê Glasgow trung bình (9,68[6-15]) đều thấp. Kể từ ngày thứ nhất, điểm hôn mê Glasgow trung bình bắt đầu có sự cải thiện. Tại thời điểm nhập viện, điểm Graeb trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu (6,72 [0-10]), cải thiện nhanh và sớm sau ngày thứ nhất. Các biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất ra ngoài chủ yếu là viêm màng não mũ (15,8%) và chảy máu tái phát (15,8%). Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm 1 tháng là 36,84%, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm 3 tháng là 21,05%. Tỷ lệ tử vong tính từ thời điểm 0-3 tháng là 57,89%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fenichel G. M. (2005).** Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach, Elsevier Saunders, Philadelphia, Pa.
2. **FitzGerald M. J. T., Folan-Curran J. (2002).** Clinical Neuroanatomy and Related Neuroscience, W. B. Saunders, Philadelphia, Pa. . Waxman S. G. (2000). Ventricles and coverings of the brain. Correlative Neuroanatomy, Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, NY, 153-168.
3. **Gaberel T., Magheru C., Parienti J. J. et al. (2011).** Intraventricular fibrinolysis versus external ventricular drainage alone in intraventricular hemorrhage: a meta-analysis. Stroke, 42 (10), 2776-2781.
4. **Lê Văn Thịnh, Trần Việt Lực, Nguyễn Thị Xuyên và cs. (2011).** Tình hình và thực trạng chăm sóc tai biến mạch máu não trong các bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam: số chuyên đề hội nghị khoa học bệnh viện Bạch Mai lần thứ 28. Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, 1, 248-252.
5. **Lương Quốc Chính, Mai Duy Tôn, Nguyễn Đạt Anh và cs. (2015).** Hiệu quả dẫn lưu não thất ra ngoài trong vòng 12 giờ sau triệu chứng khởi phát trong chảy máu não thất có giãn não thất cấp. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 93 (1), 31-38.
6. **Naff N. J., Carhuapoma J. R., Williams M. A. et al. (2000).** Treatment of intraventricular hemorrhage with urokinase : effects on 30-Day survival. Stroke, 31 (4), 841-847.

7. **Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đạt Anh. (2010).** Nghiên cứu kết quả theo dõi áp lực nội sọ ở các bệnh nhân được dẫn lưu não thất ra ngoài tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 373 (1), 19-23.
8. **Staykov D., Volbers B., Wagner I. et al. (2011).** Prognostic significance of third ventricle

blood volume in intracerebral haemorrhage with severe ventricular involvement. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 82 (11), 1260-1263.

9. **Sterne J. A., Egger M., Smith G. D. (2001).** Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. BMJ, 323 (7304), 101-105.

## HƯỚNG ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH NÃO CẤP SAU CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN

Võ Hồng Khôi<sup>1,2,3</sup>, Đào Ngọc Minh<sup>4</sup>, Nguyễn Công Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tràn dịch não cấp là một trong những biến chứng nguy hiểm của chảy máu dưới nhện. Số lượng nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của nội khoa và ngoại khoa trong tràn dịch não cấp sau chảy máu dưới nhện còn hạn chế. **Mục tiêu:** Nghiên cứu hiệu quả của điều trị nội khoa và ngoại khoa của chảy máu dưới nhện có biến chứng tràn dịch não cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 61 bệnh nhân chảy máu dưới nhện có biến chứng tràn dịch não cấp điều trị tại khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Điều trị Nội khoa 72,2%; ngoại khoa 27,8%. Hướng xử trí nội khoa: chống phù não 77,3%; giảm đau, an thần 81,9%; thuốc hạ huyết áp 43,2%; đặt nội khí quản 29,5%. Hướng xử trí ngoại khoa: dẫn lưu não thất ra ngoài 17,7%; dẫn lưu não thất ổ bụng 52,9%; phẫu thuật lấy khối máu tụ kết hợp kẹp túi phình và dẫn lưu não thất ổ bụng chiếm tỷ lệ 29,4%. Chỉ định ngoại khoa: máu tụ lớn, di lệch đường giữa nhiều chiếm tỷ lệ 35,3%; giãn não thất mức độ nặng chiếm 41,1%. Kết quả điều trị nội khoa và ngoại khoa: chủ yếu là di chứng vừa đến nặng. Biến chứng thường gặp nhất là loét (nội khoa 52,3%, ngoại khoa 64,7%). **Kết luận:** Việc điều trị nội khoa vẫn là cơ bản chỉ nên mổ cho các trường hợp não thất giãn nhiều, máu tụ lớn làm di lệch đường giữa nhiều và cần chú ý các trường hợp này nguy cơ biến chứng cao.

**Từ khóa:** Chảy máu dưới nhện, tràn dịch não cấp, hướng điều trị.

### SUMMARY

#### TREATMENT OF ACUTE HYDROCEPHALUS AFTER SUBARACHNOID HEMORRHAGE

**Background:** Acute hydrocephalus is one of the dangerous complications of subarachnoid hemorrhage. The number of studies comparing the effectiveness of medical and surgical treatment in acute hydrocephalus

after subarachnoid hemorrhage is limited. **Objective:** Effectiveness comparisons of medical and surgical treatment in acute hydrocephalus after subarachnoid hemorrhage. **Objectives and method:** 61 patients with subarachnoid hemorrhage and complications of acute hydrocephalus were treated at the Neurological Center of Bach Mai Hospital from March 2014 to August 2015. Cross-sectional study. **Result:** Medical treatment 72.2%; surgery 27.8%. Direction of medical treatment: anti-brain edema 77.3%; pain relief, sedation 81.9%; antihypertensive drugs 43.2%; intubation 29.5%. Direction of surgical management: External ventricular drains 17.7%; intra-abdominal drains 52.9%; Actual surgery to remove hematoma combined with aneurysm clipping and intra-abdominal drains accounted for 29.4%. Indications for surgery: large hematoma, a lot of midline deviation accounted for 35.3%; Severe ventricular dilatation accounted for 41.1%. Outcomes of medical and surgical treatment: mainly moderate to severe sequelae. The most common complication is ulcer (medical 52.3%, surgery 64.7%). **Conclusion:** The medical treatment is still basic, so surgery should only be done for cases where the ventricles are dilated much, large hematomas have displaced a lot of the midline and it is important to pay attention to these cases with high risk of complications.

**Keywords:** subarachnoid hemorrhage, acute hydrocephalus, treatment.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện, một thể của đột quỵ não, là khi máu chảy tràn vào trong khoang dưới nhện và hòa lẫn với dịch não - tủy.

Tràn dịch não cấp là một trong những biến chứng nguy hiểm của chảy máu dưới nhện do hậu quả của máu chảy vào khoang dưới nhện, vào các não thất; máu đọng trong các não thất làm tắc nghẽn lưu thông dịch não - tủy, làm mất chức năng tiêu, thẩm dịch não - tủy của các hạt Pacchioni; dẫn tới tăng áp lực trong sọ. Tràn dịch não cấp thường xảy ra muộn hơn so với chảy máu tái phát và co thắt mạch; hay gặp vào tuần thứ nhất của chảy máu dưới nhện.

Hiện nay, số lượng nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của nội khoa và ngoại khoa trong xử trí tràn dịch não cấp sau chảy máu dưới nhện còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài:

<sup>1</sup>Trung tâm Thần kinh Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022