

đều vào các nhóm biến chứng là di lệch Stent, thả huyệt Stent, tắc Stent và vỡ phình trong quá trình làm.

Hồi phục lâm sàng tốt ($mRS \leq 2$) chiếm tỷ lệ 80%. Tỷ lệ tàn tật chiếm 1% và tử vong có 18 BN chiếm 19%.

Theo dõi, đánh giá sau can thiệp: chúng tôi chỉ theo dõi được 40 bệnh nhân sau 3 tháng, 39 BN sau 12 tháng và 25 BN sau 24 tháng. Trừ số BN tử vong không thể theo dõi (18 bệnh nhân) thì tỷ lệ theo dõi được sau 3 tháng là 52%. Với 40 bệnh nhân tái khám ở thời điểm 3 tháng, mRS 0 31/40 (77,5%), mRS 1 là 7/40 (17,5%), mRS 2 là 2/40 (5%) chứng tỏ mức độ hồi phục của BN là rất tốt theo thời gian. Tuy nhiên cũng phải thừa nhận rằng có những bệnh nhân hồi phục kém đã không quay lại tái khám. Các bệnh nhân tử vong cũng không còn nằm trong đối tượng theo dõi. Tỷ lệ tái thông phình sau thời gian theo dõi với VXKL trực tiếp là 14,3% cổ túi, 14,3% tái thông túi, nhóm chẹn bóng là 14,3% tái thông túi, có 2 bệnh nhân phải tiến hành nút bổ sung túi phình thì hai. Không có tái thông ở nhóm đặt Stent ĐHDC và nút tắc mạch mang.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả đối với những bệnh nhân có phình động

mạch não vòng tuần hoàn sau đã vỡ hoặc chưa vỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clemens Maria Schirmer** (2003), "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysm", Munich.
2. **Gruber A Richling B, Bavinzski G, et al** (1995), "GDC-system embolization for brain aneurysms - location and follow-up", Acta Neurochir (Wien), 134(3-4), p. 177-83.
3. **Pierot. L; Wakhloo A. K.** (2013), "Endovascular treatment of intracranial aneurysms: current status", Stroke, 44(7), p. 2046-54.
4. **Wakhloo Ajay K Pierot Laurent** (2013), "Endovascular treatment of intracranial aneurysms current status", Stroke, 44(7), p. 2046-2054.
5. **Moyle Henry Mascitelli Justin R, Oermann Eric K et al** (2014), "An update to the Raymond-Roy Occlusion Classification of intracranial aneurysms treated with coil embolization", Journal of neurointerventional surgery, tr. neurintsurg-2014-011258.
6. **Guglielmi.G; Vinuela. F; Duckwiler.G et al** (1992), "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysms by electrothrombosis using electrically detachable coils", J Neurosurg, 77(4), p. 515-24.
7. **Trần Anh Tuấn** (2015), Nghiên cứu điều trị phình động mạch não cổ rộng bằng phương pháp can thiệp nội mạch, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Vũ Đăng Lưu** (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ DẪN LƯU NÃO THẤT RA NGOÀI TRÊN BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN DO PHÌNH MẠCH NÃO VỠ

Nguyễn Duy Phương¹, Trần Anh Thông², Lê Anh Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân xuất huyết dưới nhện (XHDN) do phình mạch não vỡ có tình trạng dẫn não thất cấp (trong vòng 72 giờ sau khi vỡ phình mạch), được phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài. Đánh giá hiệu quả của phương pháp này giúp cải thiện tri giác ngay sau phẫu thuật, kết cục của bệnh nhân khi xuất viện. Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố: dịch tể, lâm sàng, hình ảnh học và các biến cố không mong muốn trên kết cục của bệnh nhân. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng

loạt ca bao gồm 12 trường hợp dẫn não thất cấp sau XHDN do phình mạch não vỡ được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ra ngoài (External ventricular drainage – EVD) tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 12/2020 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Tần suất dẫn não thất cấp trên bệnh nhân XHDN do phình mạch vỡ là 9,92%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 59,75. Dẫn não thất cấp gây suy giảm chức năng thần kinh rõ rệt so với tri giác đánh giá bằng thang điểm Glasgow (GCS) khi nhập viện. Phẫu thuật đặt EVD cải thiện có ý nghĩa thống kê chức năng thần kinh so với lúc phát hiện tình trạng dẫn não thất. Tỷ lệ viêm màng não trong nghiên cứu là 33,3%. Có 1 trường hợp xuất huyết não do EVD, chiếm tỷ lệ 8,3%. Thời gian lưu EVD là: 8,5 ngày, có 5 trường hợp phải đặt VP Shunt sau khi rút EVD, chiếm tỷ lệ 41,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt EVD là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, giúp cải thiện tình trạng thần kinh trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ.

Từ khóa: Dẫn não thất cấp, xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ, phẫu thuật dẫn lưu não thất

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Phương

Email: phuondnd@pnt.edu.vn.

Ngày nhận bài: 1.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 3.8.2023

ra ngoài.

Viết tắt: 1. Tiếng Việt: XHDN: xuất huyết dưới nhện; DNT: dịch não tủy. 2. Tiếng Anh: CTA: computed tomography angiogram; DSA: digital subtraction angiogram; eGOS: extended Glasgow outcome scale; mRS: modify Ranskin score; VP shunt: ventriculoperitoneal shunt; ICU: intensive care unit.

SUMMARY

THE RESULT OF EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE SURGERY IN THE TREATMENT FOR HYDROCEPHALUS PATIENTS DUE TO ANEURYSMAL SUBARANOID HEMORRHAGE

Objectives: Clinical and radiological features of hydrocephalus patient due to aneurysmal subaroid hemorrhage as well as evaluate efficacy and safety of external ventricular drainage (EVD) surgery in the treatment of acute hydrocephalus condition. **Subject and method:** A cross-sectional retrospective descriptive study conducted 12 acute hydrocephalus patients due to aneurysmal subaroid hemorrhage taken EVD surgery from 12/2020 to 09/2022 at Nguyen Tri Phuong hospital. **Results:** The proportion of 9.92% acute hydrocephalus patient followed by subaroid hemorrhage due to ruptured aneurysms. The average age of patients in this research was 59,75. Acute hydrocephalus due to aneurysmal subaroid hemorrhage clearly decreased neurological status and EVD surgery improved this condition. The duration of EVD was 8.5 days. The meningitis proportion among these patients was 33.3%. There was 1 case of parenchymal hemorrhage due to EVD but no surgery was performed to resolve it because of small size of parenchymal hemorrhage. Shunt-dependent proportion was 41.7%. **Conclusion:** External ventricular drainage surgery is highly effect and safe for acute hydrocephalus patients due to aneurysmal subaroid hemorrhage. **Keywords:** Acute hydrocephalus, aneurysmal subaroid hemorrhage, external ventricular drainage surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết dưới nhện (XHDN) tự phát chiếm khoảng 5% các trường hợp XHDN, trong đó 85% có nguyên nhân từ vỡ phình mạch não [6]. Đây là bệnh lý đòi hỏi sự can thiệp nhanh chóng với mục đích loại bỏ phình mạch càng sớm càng tốt và điều chỉnh các hệ lụy do máu từ phình mạch thoát vào khoang dưới nhện. Trong giai đoạn cấp tính (trong vòng 72 giờ sau XHDN) các cục máu đông có thể làm tắc nghẽn sự lưu thông dịch não tủy dẫn đến tình trạng ứ đọng dịch não tủy trong hệ thống não thất, gây dẫn não thất cấp tính và tăng áp lực nội sọ [5], giảm áp lực và lưu lượng tưới máu não. Đây một trong những nguyên nhân gây ra tổn thương não trong giai đoạn sớm sau xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ. Trong những nghiên cứu gần đây tỷ lệ dẫn não thất sau xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ trong khoảng 20% – 30%, trong đó

20% xảy ra trong vòng 72 giờ đầu sau XHDN (giai đoạn cấp tính) [4] gây suy giảm tri giác và ảnh hưởng xấu đến kết cục của bệnh nhân. Dẫn lưu não thất ra ngoài (EVD) là một phương pháp chuyển lưu dịch não tủy nhằm giảm áp lực nội sọ, cải thiện tưới máu não. Phương pháp này được áp dụng khá phổ biến trên thế giới [5]. Tại Việt Nam và tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chúng tôi thường tiến hành phương pháp này trong các trường hợp bệnh nhân suy giảm tri giác được chứng minh là do tình trạng dẫn não thất gây ra. Tuy nhiên chưa có nhiều tài liệu rõ ràng về hiệu quả của EVD trong việc cải thiện chức năng thần kinh và cải thiện kết cục của bệnh nhân khi xuất viện. Ngoài ra, tính an toàn của phương pháp này trên bệnh nhân XHDN cũng gây ra những băn khoăn cho phẫu thuật viên thần kinh. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm khảo sát việc quản lý EVD, đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này trên bệnh nhân dẫn não thất cấp do phình mạch vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 12/2020 đến tháng 09/2022 tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Nguyễn Tri Phương có 121 bệnh nhân được chẩn đoán XHDN do phình mạch não vỡ. Chúng tôi đưa những trường hợp này vào những khung tiêu chuẩn chọn mẫu

* Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Từ 18 tuổi trở lên.
- Được theo dõi và chẩn đoán dẫn não thất trong vòng 72 giờ kể từ khi chẩn đoán XHDN do vỡ phình mạch não.
- Được phẫu thuật đặt EVD trước, cùng lúc hoặc sau khi loại bỏ túi phình.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phân độ Hunt – Hess VI khi nhập viện.
- Có bệnh nội khoa nặng đi kèm: bệnh thận mạn giai đoạn cuối, tình trạng nhiễm trùng nặng, bệnh lý ung thư đi kèm.

Sau khi đưa 121 trường hợp XHDN do phình mạch vỡ điều trị tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2020 đến tháng 09/2022 vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chúng tôi chọn được 12 trường hợp đưa vào nghiên cứu này.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện. Hồi cứu, báo cáo mô tả hàng loạt ca.

Cách thức tiến hành: Dựa vào protocol được thiết kế cho nghiên cứu "Đánh giá kết quả dẫn lưu não thất ra ngoài (EVD) trên bệnh nhân

dẫn não thất cấp do phình mạch não vỡ tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương” và hồ sơ bệnh án, chúng tôi tiến hành thu thập các số liệu liên quan đến các đặc tính cá thể của từng bệnh nhân, tình trạng lâm sàng và hình ảnh học khi nhập viện (GCS, phân độ Hunt – Hess, phân độ Fisher trên phim cắt lớp vi tính sọ não), diễn tiến của tình trạng thần kinh ở nhiều thời điểm (khi chẩn đoán dẫn não thất, sau khi đặt EVD và khi xuất viện). Chúng tôi cũng tiến hành thu thập kết cục của bệnh nhân khi xuất viện dựa vào thang đo mRS và eGOS. Để đánh giá sự an toàn của EVD trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ, chúng tôi ghi nhận các thông tin về tai biến khi tiến hành phương pháp (xuất huyết nhu mô do EVD, phình mạch tái vỡ do đặt EVD trước khi loại bỏ phình mạch, nhiễm trùng thần kinh và tỷ lệ phụ thuộc VP Shunt (phải đặt VP shunt sau rút EVD để giải quyết tình trạng dẫn não thất giai đoạn bán cấp và mạn tính). Chúng tôi cũng tiến hành thu thập số liệu về thời gian lưu EVD, thời gian nằm viện và các biến chứng liên quan đến quá trình nằm viện (viêm phổi, thuyên tắc phổi, nhiễm trùng huyết).

Số liệu sau khi thu thập, được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 26. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, biến định tính được đặc trưng bởi trung bình và độ lệch chuẩn. Do kích cỡ mẫu nhỏ, chúng tôi sử dụng các phép kiểm phi tham số: test U so sánh 2 số trung bình của 2 mẫu độc lập, test Wilcoxon range so sánh trung bình của mẫu phụ thuộc, test Kruskal – Wallis so sánh nhiều trung bình của các mẫu độc lập. Để so sánh 2 tỷ lệ, chúng tôi sử dụng test xác suất chính xác Fisher (EPT).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12/ 2020 đến tháng 09 năm 2022, có 121 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do túi phình mạch não vỡ, trong đó có 12 bệnh nhân có tình trạng dẫn não thất cấp và được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ra ngoài, chiếm tỷ lệ 9,92%. Trong 12 bệnh nhân có 5 trường hợp là nữ (chiếm tỷ lệ 41,7%) và 7 trường hợp là nam giới (chiếm tỷ lệ 58,3%). Tuổi trung bình là $59,75 \pm 14,61$. Thấp nhất là 30 và cao nhất là 76 tuổi. Thời gian trung bình từ lúc chẩn đoán xuất huyết dưới nhện do vỡ phình mạch đến thời điểm chẩn đoán dẫn não thất là: $22,75 \pm 21,76$ giờ. Các đặc điểm về lâm sàng, hình ảnh học được tóm tắt trong bảng 1.

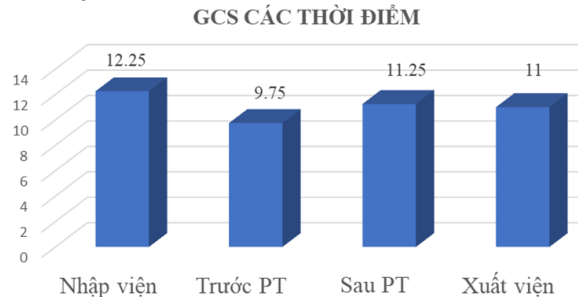
Bảng 1: Tóm tắt các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Các biến số	Giá trị
-------------	---------

Đặc điểm của bệnh nhân	
Tổng số bệnh nhân	12
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	$59,75 \pm 14,61$
Giới (nam : nữ)	1 : 1,4
Lâm sàng - Hình ảnh học	
Tổng số ngày điều trị (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (ngày)	$11,58 \pm 11,08$
Điểm GCS khi nhập viện (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (điểm)	$12,25 \pm 3,19$
Điểm GCS trước đặt EVD (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (điểm)	$9,75 \pm 3,39$
Điểm GCS sau đặt EVD (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (điểm)	$11,25 \pm 3,57$
Điểm GCS khi xuất viện (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (điểm)	$11 \pm 4,29$
Phân độ Hunt - Hess khi nhập viện	
Độ I, số lượng (%)	2 (16,7%)
Độ II, số lượng (%)	5 (41,7%)
Độ III, số lượng (%)	3 (25%)
Độ IV, số lượng (%)	1 (8,3%)
Độ V, số lượng (%)	1 (8,3%)
Thời gian từ lúc XHDN đến lúc dẫn NT (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (giờ)	$13,17 \pm 5,94$
Thời gian phẫu thuật đặt EVD(phút)	$40,42 \pm 9,16$
Phân độ Fisher trên CLVT sọ não khi nhập viện	
Độ I, số lượng (%)	0 (0%)
Độ II, số lượng (%)	2 (16,7%)
Độ III, số lượng (%)	4 (33,3%)
Độ IV, số lượng (%)	6 (50%)
Vị trí túi phình	
Cảnh trong, số lượng (%)	3 (25%)
Thông trước, số lượng (%)	6 (50%)
Não giữa, số lượng (%)	2 (16,7%)
Đốt sống - thần nên, số lượng (%)	1 (8,3%)
Thời điểm đặt EVD so với loại bỏ phình mạch	
Trước khi loại bỏ, số lượng (%)	4 (33,3%)
Cùng lúc loại bỏ, số lượng (%)	4 (33,3%)
Sau khi loại bỏ, số lượng (%)	4 (33,3%)
Phương pháp loại bỏ phình mạch	
Không loại bỏ, số lượng (%)	2 (16,7%)
Vi phẫu thuật kẹp phình mạch, số lượng (%)	2 (16,7%)
Can thiệp nội mạch tắc phình mạch, số lượng (%)	8 (66,7 %)

Tại thời điểm nhập viện, 7 trường hợp (58,3%) có phân độ Hunt – Hess I, II; có 5 trường hợp Hunt – Hess từ III – V, chiếm 41,7%. Trên cắt lớp vi tính sọ não không cản quang khi nhập viện, để đánh giá mức độ XHDN, theo phân độ Fisher, không có trường hợp nào phân độ I, có 2 trường hợp phân độ II, 4 phân độ III và 6 trường hợp phân độ IV với tỷ lệ lần lượt là

16,7%; 33,3% và 50%. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt giữa vị trí của túi phình và mức độ XHDN trên CLVT sọ não (EPT = 1,468; $p = 1,00$).



Biểu đồ 1: điểm GCS trung bình tại các thời điểm: nhập viện; trước phẫu thuật đặt EVD; sau phẫu thuật đặt EVD; xuất viện

Điểm Glasgow trung bình khi nhập viện là $12,25 \pm 3,19$, GCS trước khi phẫu thuật đặt EVD là: $9,75 \pm 3,39$. Tình trạng dẫn não thất cấp gây ra sự suy giảm tri giác có ý nghĩa thống kê trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ ($Z = -2,829$; $p = 0,005$). Phẫu thuật đặt EVD cải thiện rõ rệt tình trạng tri giác khi đánh giá bằng thang điểm Glasgow ($Z = 2,043$; $p = 0,041$), tuy nhiên không có sự khác biệt về tri giác trên thang điểm này khi bệnh nhân xuất viện so với thời điểm sau phẫu thuật ($Z = -0,638$; $p = 0,524$). Thời gian phẫu thuật đặt EVD là: $40,42 \pm 9,16$ phút. 100% các trường hợp trong nghiên cứu có vị trí đặt EVD chính xác trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não kiểm tra sau phẫu thuật.

Bảng 2: Tóm tắt đặc điểm chăm sóc, tai biến của phẫu thuật, biến chứng nằm viện

Đặc điểm chăm sóc	
Phương pháp dẫn lưu	
Liên tục, số lượng (%)	7 (58,3%)
Từng lúc, số lượng (%)	5 (41,7%)
Lượng DNT trung bình trong 24 giờ (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (ml)	155 $\pm 39,19$
Số lần lấy DNT qua EVD trung bình (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (lần)	1,83 $\pm 1,27$
Thời gian lưu EVD trung bình (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) (ngày)	8,5 $\pm 4,12$
Tai biến của phẫu thuật	
Xuất huyết não do EVD, số lượng (%)	1 (8,3%)
Viêm màng não do EVD, số lượng (%)	4 (33,3%)
Tắc EVD, số lượng (%)	2 (16,7%)
Phình mạch tái vỡ do EVD, số lượng (%)	2 (16,7%)
Phụ thuộc VP shunt, số lượng (%)	5 (41,7%)
Biến chứng khi nằm viện	

Không biến chứng	4 (33,3%)
Viêm phổi	5 (41,7%)
Nhiễm trùng huyết	3 (25%)

Lượng dịch não tủy trung bình trong 24 giờ là $155 \pm 39,2$ ml. Có 7 trường hợp (chiếm 58,3%) được dẫn lưu DNT liên tục và 5 trường hợp (41,7%) dẫn lưu dịch não tủy từng lúc. Tỷ lệ viêm màng não trong nghiên cứu là 33,3%. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tần suất viêm màng não trong nhóm dẫn lưu từng lúc và dẫn lưu liên tục (EPT = 2,743; $p = 0,222$). Có 1 trường hợp xuất huyết não do EVD, chiếm tỷ lệ 8,3%, trường hợp này không cần phẫu thuật vì khối máu tụ nhỏ, không gây hiệu ứng chèn ép. Thời gian lưu EVD là: $8,5 \pm 4,72$ ngày, có 5 trường hợp phải đặt VP shunt sau khi rút EVD, chiếm tỷ lệ 41,7%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thời gian lưu EVD ở nhóm có biến chứng viêm màng não (8,58 ngày) dài hơn trong nhóm không có viêm màng não (5,56 ngày), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($U = 8,5$; $p = 0,24$). Trong 12 trường hợp, chúng tôi tiến hành đặt EVD trước khi loại bỏ phình mạch, chiếm tỷ lệ 33,3%, tuy nhiên không có mối liên hệ giữa thời điểm đặt EVD và phình mạch tái vỡ (EPT = 1,433; $p = 1,00$).

Bảng 3: Kết cục của bệnh nhân khi xuất viện

mRS	
Độ 1, số lượng (%)	3 (25%)
Độ 2, số lượng (%)	3 (25%)
Độ 3, số lượng (%)	1 (8,3%)
Độ 4, số lượng (%)	1 (8,3%)
Độ 5, số lượng (%)	4 (33,3%)
eGOS	
Độ 1, số lượng (%)	0 (0%)
Độ 2, số lượng (%)	2 (16,7%)
Độ 3, số lượng (%)	1 (8,3%)
Độ 4, số lượng (%)	1 (8,3%)
Độ 5, số lượng (%)	2 (16,7%)
Độ 6, số lượng (%)	0 (0%)
Độ 7, số lượng (%)	2 (16,7%)
Độ 8, số lượng (%)	3 (25%)

Chúng tôi ghi nhận 50% bệnh nhân có kết cục tốt khi xuất viện khi đánh giá bằng mRS và 41,7% theo eGOS. Chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trung bình thang điểm GCS tại thời điểm sau khi đặt EVD và các nhóm kết cục đánh giá theo thang điểm eGOS khi xuất viện, bệnh nhân có điểm GCS sau đặt EVD cao hơn sẽ có khả năng hồi phục tốt hơn tại thời điểm xuất viện (Kruskal – Wallis $H = 8,043$; $p = 0,045$). Nghiên cứu này cũng nhận thấy có mối liên quan giữa phân độ xuất huyết dưới

nhện theo Hunt – Hess và phân loại eGOS khi xuất viện (EPT = 8,747; $p = 0,035$), bệnh nhân có phân độ Hunt – Hess nhẹ (I – II) lúc nhập viện có kết cục hồi phục tốt khi đánh giá bằng thang đo eGOS khi xuất viện.

IV. BÀN LUẬN

Trong một nghiên cứu hồi cứu của Kwon và các cộng sự từ năm 1998 đến năm 2006 trên 734 bệnh nhân XHDN được vi phẫu thuật kẹp phình mạch, tỷ lệ dẫn não thất cấp là 21,25% [7]. Tần suất dẫn não thất cấp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít, một phần do sự gián đoạn nguồn bệnh do đại dịch Covid-19. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,75, khá tương đồng trong nghiên cứu của tác giả Kwon và cộng sự là 53 [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ lúc bệnh nhân được chẩn đoán XHDN do phình mạch vỡ đến lúc được chẩn đoán dẫn não thất và tiến hành đặt EVD là 13,17 giờ. Theo 1 nghiên cứu hồi cứu của Suarez và cộng sự trong vòng 10 năm, 50% BN XHDN do phình mạch vỡ sẽ diễn tiến đến tình trạng dẫn não thất trong vòng 24 giờ sau khi chẩn đoán XHDN [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng dẫn não thất gây ra sự suy giảm chức năng thần kinh rõ rệt và phẫu thuật đặt EVD cải thiện rõ điểm GCS sau phẫu thuật. Chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trung bình thang điểm GCS tại thời điểm sau khi đặt EVD và các nhóm kết cục đánh giá theo thang điểm eGOS khi xuất viện, bệnh nhân có điểm GCS sau đặt EVD cao hơn sẽ có khả năng hồi phục tốt hơn tại thời điểm xuất viện (Kruskal – Wallis H = 8,043; $p = 0,045$). Theo tác giả Bae và các cộng sự tiến hành nghiên cứu về thang điểm GCS biến đổi nhằm tiên lượng kết cục trên bệnh nhân được phẫu thuật XHDN do phình mạch vỡ, tác giả xây dựng thang đo GCS-F bằng cách tích hợp thang đo tri giác (GCS) cổ điển và thang đo mức độ XHDN trên CLVT khi nhập viện biến đổi (mFS – modify Fisher Scale) đã cho thấy thang đo GCS-F có diện tích dưới đường cong là 90,5% trong việc tiên lượng kết cục xấu và 88,4% dự đoán tử vong nội viện. Khi so sánh diện tích dưới đường cong của các thang đo WFNS, mFS và GCS-F trong việc tiên lượng co thắt mạch trên BN XHDN do phình mạch vỡ thì các giá trị lần lượt là: 0,912; 0,704; 0,36. Với các giá trị tiên lượng kết cục và tiên đoán tình trạng co mạch vượt trội, nhóm tác giả khuyến nghị việc sử dụng rộng rãi

hơn thang điểm GCS-F trong việc điều trị và tiên lượng BN XHDN [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm màng não là 33,3% thấp hơn trong nghiên cứu của Kwon và cộng sự là 54% [7], tuy nhiên các bệnh nhân trong nghiên cứu của nhóm tác giả đều được vi phẫu thuật kẹp phình mạch trước, trong hoặc sau đặt EVD trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân vừa can thiệp nội mạch, vừa vi phẫu thuật kẹp phình mạch và cả những trường hợp không loại bỏ được phình mạch do tình trạng bệnh nhân nặng. Nghiên cứu của Sanija và cộng sự đã chỉ ra những yếu tố làm tăng nguy cơ viêm màng não trên bệnh nhân đặt EVD đó là: thời gian lưu EVD kéo dài, phương pháp đặt EVD và cách lấy mẫu DNT qua EVD làm xét nghiệm [1]. Trong 12 bệnh nhân, có 4 trường hợp (33,3%) chúng tôi phải tiến hành đặt EVD trước khi loại bỏ phình mạch, trong đó có 2 trường hợp sau đặt EVD tri giác bệnh nhân xấu hơn và được xác định do túi phình tái vỡ, cả 2 trường hợp này đều có kết cục xấu khi xuất viện (mRS : 5). Nghiên cứu của Chung và cộng sự, tỷ lệ tái vỡ cả trước và sau khi loại bỏ túi phình là 14,8% và đưa ra kết luận đặt EVD trước can thiệp tắc túi phình không làm tăng nguy cơ tái vỡ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 16,7%, khá tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả. Tần suất lệ thuộc shunt (phải đặt VP shunt sau khi rút EVD) là 41,7%. Rao và các cộng sự trong 1 nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân được phẫu thuật đặt EVD vì dẫn não thất cấp sau XHDN do phình mạch vỡ ghi nhận có mối liên hệ giữa phương pháp dẫn lưu và rút EVD và tỷ lệ phụ thuộc VP shunt. Nhóm tác giả quan sát thấy tỷ lệ phải đặt VP shunt của phương pháp dẫn lưu EVD từng lúc và rút EVD sớm (thời gian trung bình lưu EVD: 10,6 ngày) là 13% thấp hơn tỷ lệ phụ thuộc shunt trong nhóm dẫn lưu liên tục và rút EVD muộn (thời gian lưu EVD trung bình: 15,2 ngày) là 35% có ý nghĩa thống kê. Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố và đưa vào phân tích hồi quy đa biến, nhóm tác giả ghi nhận phương pháp dẫn lưu từng lúc và rút EVD sớm làm giảm nguy cơ lệ thuộc shunt OR = 0,21; $p = 0,0001$). Nhóm tác giả còn ghi nhận, phương pháp dẫn lưu từng lúc làm giảm thời gian nằm viện và thời gian nằm ICU so với dẫn lưu liên tục [8].

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu não thất ra ngoài (EVD) là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong việc cải thiện chức năng thần kinh bị suy giảm do tình trạng dẫn não thất cấp sau XHDN do vỡ phình

mạch não gây ra, cải thiện kết cục của bệnh nhân tại thời điểm xuất viện đặc biệt trên những bệnh nhân có tình trạng lâm sàng tốt và mức độ xuất huyết dưới nhện ít trên CLVT sọ não lúc nhập viện. Tuy nhiên việc điều trị xuất huyết dưới nhện do phình mạch vỡ cần phối hợp điều chỉnh nhiều vấn đề nhất là trong giai đoạn thiếu máu não muộn khi mà các vấn đề trong giai đoạn tổn thương não sớm đã được giải quyết (đầu não thất cấp). Áp dụng các thang điểm đánh giá tích hợp GCS-F và phương pháp dẫn lưu từng lúc kết hợp rút EVD sớm nhằm giảm tỷ lệ viêm màng não, giảm tỷ lệ phụ thuộc shunt cũng như thời gian nằm viện và ICU.

VI. GIỚI HẠN CỦA NGHIÊN CỨU

Thiết kế của nghiên cứu là hồi cứu, mô tả báo cáo hàng loạt ca, kích thước của mẫu trong nghiên cứu khá nhỏ (12 bệnh nhân). Việc thu thập thông tin chủ yếu dựa trên hồ sơ bệnh án và hình ảnh học của bệnh nhân, thời gian theo dõi bệnh nhân ngắn (chỉ đánh giá vào thời điểm xuất viện). Tất cả các yếu tố này đều làm giảm độ mạnh về những kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sabnis, Saniya S., et al.** (2020), "Risk Factors Associated with External Ventricular Drain Associated Infections", *American Journal of Infection Control*. 48(8, Supplement), p. S34.
2. **Suarez-Rivera, Oscar** (1998), "Acute Hydrocephalus After Subarachnoid Hemorrhage", *Surgical Neurology*. 49(5), pp. 563-565.
3. **Bae, I. S., et al.** (2021), "Modified Glasgow coma scale for predicting outcome after subarachnoid hemorrhage surgery", *Medicine (Baltimore)*. 100(19), p. e25815.
4. **Chen, S., et al.** (2017), "Hydrocephalus after Subarachnoid Hemorrhage: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment", *Biomed Res Int*. 2017, p. 8584753.
5. **Chung, D. Y., Mayer, S. A., and Rordorf, G. A.** (2018), "External Ventricular Drains After Subarachnoid Hemorrhage: Is Less More?", *Neurocrit Care*. 28(2), pp. 157-161.
6. **Javadpour, M. and Silver, N.** (2009), "Subarachnoid haemorrhage (spontaneous aneurysmal)", *BMJ Clin Evid*. 2009.
7. **Kwon, J. H., et al.** (2008), "Predisposing factors related to shunt-dependent chronic hydrocephalus after aneurysmal subarachnoid hemorrhage", *J Korean Neurosurg Soc*. 43(4), pp. 177-81.
8. **Rao, S. S., et al.** (2019), "Intermittent CSF drainage and rapid EVD weaning approach after subarachnoid hemorrhage: association with fewer VP shunts and shorter length of stay", *J Neurosurg*. 132(5), pp. 1583-1588.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHÍNH HÌNH TAI GIỮA TYPE I TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN KHÔNG NGUY HIỂM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa Type I trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp không đối chứng trên 47 tai được chẩn đoán viêm tai giữa mạn không nguy hiểm và phẫu thuật nội soi chỉnh hình tai giữa Type I tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ tháng 05/2022 đến tháng 03/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ đóng liền màng nhĩ sau phẫu thuật 3 tháng là 95,7%; Tỷ lệ chỉ số ABG ≤ 20 dB trước phẫu thuật là 40% và sau phẫu thuật 3 tháng là 91,1%. Không gặp trường hợp nào liệt mặt, chảy máu, rối loạn vị giác sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa Type I bằng nội soi là

Nguyễn Văn Tuấn¹, Nguyễn Thị Tố Uyên^{2,3}

phẫu thuật an toàn, hiệu quả tốt về phục hồi giải phẫu và thính lực, hạn chế tổn thương, hậu phẫu đơn giản. Trên thực tế phẫu thuật nội soi tai ngày càng phát triển, trở thành kỹ thuật có thể áp dụng ở các khoa tai mũi họng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi tai, Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa Type I, Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF ENDOSCOPIC TYMPANOPLASTY TYPE I ON PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA WITHOUT CHOLESTEATOMA

Objective: To evaluate the surgical results of endoscopic tympanoplasty type I on patients with chronic otitis media without cholesteatoma. **Subjects and methods:** A descriptive Cross-sectional studies each case of intervention, no control. Prospective design with clinical interventions on 47 ears of chronic otitis media non cholesteatoma tympanic perforation were doing endoscopic tympanoplasty Type I from May 2022 to March 2023 in National ENT Hospital. **Results:** The most common size perforation was middle size in 38,3%, while 23,4% had a subtotal perforation. The prevalent of closure of tympanic

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: vantuanent@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023