

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

“ Nghiên cứu hiệu quả của điều trị nội khoa và ngoại khoa của chảy máu dưới nhện có biến chứng tràn dịch não cấp”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân chảy máu dưới nhện trong tuần đầu được chẩn đoán xác định dựa vào các biểu hiện lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính sọ não và được điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân có biến chứng tràn dịch não trong vòng một tuần đầu; có giãn não thất toàn bộ hệ thống hoặc một phần (Não thất bên một bên, hai bên...); theo Hoàng Đức Kiệt.<sup>2</sup>

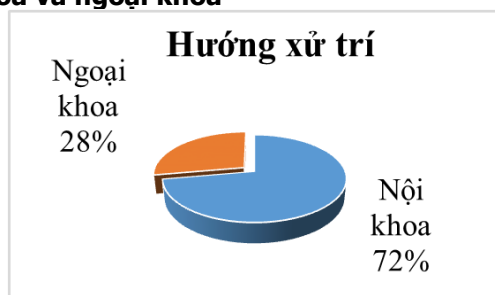
**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân vào viện và tử vong nhanh quá không kịp theo dõi.

- Chảy máu dưới nhện do chấn thương, do dùng thuốc chống đông.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có tiến cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Phân loại các trường hợp xử trí nội khoa và ngoại khoa



**Biểu đồ 1:** Phân loại xử lý nội khoa, ngoại khoa

**Nhận xét:** - Có 44 bệnh nhân có chỉ định nội khoa, chiếm tỷ lệ 72,2%.

- Có 17 bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa chiếm tỷ lệ là 27,8%.

### 2. Điều trị nội khoa

**Bảng 1: Điều trị Nội khoa**

Hướng xử trí Nội khoa	Số tr/hợp (n = 44)	Tỷ lệ (%)
Thở oxy, chống phù não	34	77,3
Dùng thuốc giảm đau, an thần	36	81,9
Dùng thuốc hạ huyết áp	19	43,2
Dùng kháng sinh chống bội nhiễm	23	52,3
Đặt nội khí quản	13	29,5
Đặt sonde dạ dày	20	45,5
Đặt sonde bàng quang	12	27,3

**Nhận xét:** - Cao nhất là các trường hợp bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau, an thần

gồm 36 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 81,9%.

- Đứng hàng thứ hai là các trường hợp bệnh nhân được xử trí thở oxy và chống phù não gồm 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,3%.

- Các trường hợp phải dùng thuốc hạ huyết áp là 19, chiếm tỷ lệ là 43,2%.

- Thấp nhất là các trường hợp bệnh nhân phải đặt sonde bàng quang 27,3%.

### 3. Điều trị ngoại khoa

**Bảng 2: Các phương pháp can thiệp ngoại khoa**

Số bệnh nhân	Số trường hợp (n = 17)	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu não thất ra ngoài	03	17,65
Dẫn lưu não thất - ổ bụng	09	52,94
Phẫu thuật lấy khối máu tụ, kết hợp kẹp phình mạch vỡ và dẫn lưu não thất ổ bụng	05	29,41
<b>Tổng</b>	n = 17	100,0

**Nhận xét:** - Thủ thuật được sử dụng nhiều nhất là dẫn lưu não thất - ổ bụng, gồm 09 trường hợp chiếm tỷ lệ 52,94%.

- Thấp hơn là thủ thuật phẫu thuật lấy khối máu tụ, kết hợp kẹp phình mạch vỡ và dẫn lưu não thất ổ bụng, gồm 05 trường hợp chiếm 29,41%.

- Thấp nhất là thủ thuật dẫn lưu não thất ra ngoài có 3 bệnh nhân chiếm 17,65%.

**Bảng 3: Các chỉ định ngoại khoa**

Số bệnh nhân	Số bệnh nhân (n = 17)	Tỷ lệ %
Máu tụ lớn, di lệch đường giữa nhiều	6	35,3
Máu tụ trung bình, di lệch đường giữa ít	2	11,8
Giãn não thất mức độ nặng	7	41,1
Giãn não thất mức độ nhẹ	1	5,9
Máu vào não thất mức độ nhẹ	1	5,9
Lục não thất	0	0,0

**Nhận xét:** - Chỉ định được sử dụng nhiều nhất là các trường hợp giãn não thất mức độ nặng, 7 bệnh nhân 41,2%.

- Các trường hợp có khối máu tụ lớn kèm theo di lệch đường giữa nhiều có 6 bệnh nhân 35,3%.

- Khối máu tụ trung bình, di lệch đường giữa ít có 2 trường hợp chiếm 11,8%.

- Ít nhất là các trường hợp giãn não thất mức độ nhẹ và máu vào não thất mức độ nhẹ có 1 trường hợp tỷ lệ là 5,9%.

- Lục não thất không có trường hợp nào.

**4. So sánh kết quả điều trị giữa nội khoa và ngoại khoa****Bảng 4: So sánh kết quả điều trị nội khoa và ngoại khoa**

Kết quả điều trị	Nội khoa		Ngoại khoa		
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Phục hồi hoàn toàn	8	18,2	0	0,0	<b>p &gt; 0,05</b>
Di chứng vừa, nhẹ	13	29,5	6	35,3	
Di chứng nặng	12	27,3	5	29,4	
Đời sống thực vật kéo dài	7	15,9	4	23,5	
Tử vong	4	9,1	2	11,8	
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	

**Nhận xét:** Kết quả điều trị nội khoa

- Tỷ lệ phục hồi hoàn toàn là 18,2%.
- Di chứng vừa và nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 29,5%.
- Di chứng nặng là 27,3%.
- Đời sống thực vật kéo dài và tử vong là 15,9 và 9,1%.

**Kết quả điều trị ngoại khoa**

- Không có trường hợp bệnh nhân nào hồi phục hoàn toàn;.

- Di chứng vừa và nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,3%.
- Di chứng nặng là 29,4%.
- Đời sống thực vật kéo dài và tử vong là 23,5 và 11,8%.

Tuy nhiên, không có sự khác biệt về kết quả điều trị nội khoa và ngoại khoa, với  $p > 0,05$ .

**4. Điều trị các biến chứng trong quá trình diễn tiến****Bảng 5: So sánh tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa**

Kết quả điều trị	Nội khoa		Ngoại khoa		Chung
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Viêm màng não mủ	0	0,0	3	17,6	<b>p &lt; 0,05</b>
Viêm phổi	17	38,6	7	41,2	
Suy kiệt	11	25,0	9	53,9	
Loét	23	52,3	11	64,7	
Tắc mạch	5	11,4	4	23,5	

**Nhận xét:** - *Biến chứng nội khoa*

- + Tỷ lệ biến chứng cao nhất là loét, 23 bệnh nhân 52,3%.
  - + Viêm phổi 17 bệnh nhân, 38,6%.
  - + Suy kiệt 11 bệnh nhân, 25%.
  - + Có 5 trường hợp bị biến chứng tắc mạch, 11,4%.
  - + Không có bệnh nhân nào bị viêm màng não mủ.
- *Biến chứng ngoại khoa*
- + Tỷ lệ biến chứng cao nhất là loét, 11 bệnh nhân 64,7%.
  - + Suy kiệt 9 bệnh nhân, 53,9%.
  - + Viêm phổi 7 bệnh nhân, 41,2%.
  - + Có 4 trường hợp bị biến chứng tắc mạch, 23,5%.
  - + Viêm màng não mủ có 3 bệnh nhân, 17,6%.

Có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa, với  $p < 0,05$ ; biến chứng trong điều trị ngoại khoa cao hơn điều trị nội khoa. Như vậy, xu hướng chung tỷ lệ biến chứng của nhóm can thiệp ngoại khoa cao.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Phân loại các trường hợp xử lý nội khoa, ngoại khoa.** Tổng số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 trường

hợp. Tất cả các trường hợp được khám lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích các kết quả và theo dõi sát các diễn biến. Biểu đồ 1 thể hiện sự phân loại các đối tượng nghiên cứu:

Có 44 bệnh nhân chảy máu dưới nhện, tràn dịch não cấp có chỉ định nội khoa, chiếm tỷ lệ 72,2%; trong đó có 36 bệnh nhân giãn não thất mức độ nhẹ và 4 bệnh nhân giãn não thất mức độ nặng có chỉ định ngoại khoa nhưng gia đình không đồng ý và xin điều trị nội khoa; 4 bệnh nhân tình trạng nặng xin ra viện. Có 17 bệnh nhân chảy máu dưới nhện, tràn dịch não cấp có chỉ định ngoại khoa chiếm tỷ lệ là 27,8%.

**2. Điều trị Nội khoa.** Bảng 1 thể hiện quá trình điều trị cho các bệnh nhân tràn dịch não thất chúng tôi có nhận xét:

- Cao nhất là các trường hợp bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau, an thần gồm 36 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 81,9%. Đứng hàng thứ hai là các trường hợp bệnh nhân được xử lý thở oxy và chống phù não gồm 34 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 77,3%. Các trường hợp phải dùng thuốc hạ huyết áp là 19, chiếm tỷ lệ là 43,2%. Thấp nhất là các trường hợp bệnh nhân phải đặt sonde bàng quang có 12 bệnh nhân, tỷ lệ là 27,3%. Các bệnh nhân phải dùng kháng sinh tỷ lệ khá cao 52,3%.

- Chống phù não chủ yếu được sử dụng bằng truyền Manitol 20%; tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng cũng rất cao (85%). Dùng Manitol chống phù não đến nay cũng còn nhiều quan điểm khác nhau; một số tác giả cho rằng nên dùng vì khi bệnh nhân bị co thắt mạch sẽ bị thiếu máu cục bộ và tình trạng phù não sẽ có thể càng nặng hơn; một số tác giả khác thì lại khuyên không nên dùng trong chảy máu dưới nhện giai đoạn cấp, vì nếu dùng thì nhu mô não lành sẽ bị xẹp lại tạo ổ hở cho máu lan rộng hơn.<sup>1,3,5</sup>

Qua theo dõi tất cả các trường hợp được sử dụng Manitol trong nghiên cứu của chúng tôi thì cơ bản đều đáp ứng tốt; tình trạng phù não được cải thiện rõ rệt, không có trường hợp nào có biến chứng. Tuy nhiên, với số cá thể nghiên cứu không lớn thì nhận xét trên cũng chưa thể khẳng định.

- Giảm đau, an thần cho bệnh nhân cũng được áp dụng nhiều (81,9%); các trường hợp vật vã kích thích nhiều chúng tôi sử dụng Valium, thường dùng liều từ 10 đến 20 mg/ngày. Qua theo dõi thấy rằng Valium có tác dụng rất tốt kể cả các bệnh nhân tỉnh thì mức độ đau của họ cũng được cải thiện rất đáng kể; một số trường hợp có rối loạn ý thức sẽ được thay thế loại khác, chúng tôi cho dùng Prodafalgan thuốc này có tác dụng giảm đau không mạnh nhưng gây ngủ không nhiều nên thuận tiện cho theo dõi ý thức.

- Số các trường hợp được sử dụng thuốc hạ huyết áp là 43,2%; so với số các trường hợp khảo sát có tăng huyết áp (59%) là do trong quá trình diễn biến có thêm một số bệnh nhân tăng huyết áp có thể tăng huyết áp là sự phản ứng của cơ thể. Theo dõi và kiểm soát chặt chẽ huyết áp được chúng tôi rất quan tâm vì số lượng bệnh nhân bị tăng huyết áp phản ứng khá nhiều; trong quá trình điều trị chống phù não tốt sẽ cải thiện được huyết áp, mặt khác, nhiều bệnh nhân được sử dụng thuốc chống co thắt mạch nên cũng làm hạ huyết áp và chúng tôi chỉ sử dụng thuốc hạ huyết áp cho các bệnh nhân có tăng huyết áp độ hai; còn các trường hợp tăng huyết áp độ một chúng tôi tiến hành theo dõi và chỉ dùng thuốc hạ huyết áp khi huyết áp thực sự cao.

- Trong quá trình điều trị nội khoa phòng và chống co thắt mạch cũng được rất quan tâm; vì đây là một trong những biến chứng hay gặp của chảy máu dưới nhện. Chống co thắt mạch tốt cũng là biện pháp hạn chế tình trạng tràn dịch não cấp tiến triển xấu thêm. Để chống co thắt mạch chúng tôi sử dụng Nimotop (Nimodipin) đây là thuốc thuộc nhóm chẹn calci, hiện nay đang được các bác sĩ lâm sàng sử dụng rộng rãi; chúng tôi thường dùng liều 60 mg/lần, từ 4 đến

6 lần trong ngày (2v 30mg/lần); hoặc dùng đường tiêm 1 đến 2 mg / giờ (bơm tiêm điện), sau khoảng 1 đến 3 tuần có thể giảm liều tùy theo từng bệnh nhân.

**3. Can thiệp Ngoại khoa.** Kết quả bảng 3 thủ thuật được sử dụng nhiều nhất là Dẫn lưu não thất - ổ bụng, gồm 09 trường hợp chiếm tỷ lệ 52,94%. Thấp hơn là thủ thuật phẫu thuật lấy khối máu tụ, kết hợp kẹp phình mạch vỡ và dẫn lưu não thất ổ bụng, gồm 05 trường hợp chiếm 29,41%. Thấp nhất là thủ thuật Dẫn lưu não thất ra ngoài có 3 bệnh nhân chiếm 17,65%.

Bảng 3 cho kết quả các trường hợp cụ thể được chỉ định can thiệp ngoại khoa: Chỉ định được sử dụng nhiều nhất là các trường hợp giãn não thất mức độ nặng, với 7 trường hợp chiếm 40,2%; đứng thứ hai là các trường hợp có máu tụ lớn, di lệch đường giữa nhiều 6 bệnh nhân 35,3%; khối máu tụ trung bình, di lệch đường giữa ít có 2 trường hợp chiếm 11,8%; ít nhất là các trường hợp giãn não thất mức độ nhẹ và máu vào não thất nhẹ có 1 bệnh nhân tỷ lệ là 5,9%; lỵ não thất không có trường hợp nào.

**4. So sánh kết quả điều trị giữa Nội khoa và Ngoại khoa.** Theo kết quả Bảng 4 thu được thì:

Kết quả điều trị Nội khoa: Phục hồi hoàn toàn 18,2%, di chứng vừa và nhẹ 29,5%, di chứng nặng 27,3%, đời sống thực vật kéo dài 15,9%, tử vong 9,1%.

Kết quả điều trị Ngoại khoa: Phục hồi hoàn toàn không có trường hợp nào, di chứng vừa và nhẹ 35,3%, di chứng nặng 29,4%, đời sống thực vật kéo dài 23,5%, tử vong 11,8%.

Bảng 4 cũng cho sự so sánh kết quả giữa điều trị Nội khoa và Ngoại khoa: Với  $P > 0,05$ ; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điều trị Nội khoa và Ngoại khoa.

Kết quả nghiên cứu của Trần Viết Lực trên 62 bệnh nhân chảy máu não thất không do chấn thương: Tỷ lệ phục hồi hoàn toàn là 66,7%, di chứng nặng là 62,3%.<sup>3</sup> Theo kết quả nghiên cứu của Khúc Thị Nhện trên 135 bệnh nhân chảy máu não thất thì: Khỏi hoàn toàn có (11,1%), di chứng vừa là (34,1%), di chứng nặng (23%), tình trạng thực vật kéo dài là (31,8%)<sup>4</sup>. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự như hai nghiên cứu trên.

**5. So sánh biến chứng trong quá trình điều trị nội và ngoại khoa.** Bảng 5 thể hiện kết quả tỷ lệ các biến chứng trong điều trị Nội khoa: Tỷ lệ biến chứng cao nhất là loét, 23 bệnh nhân 52,3%; viêm phổi 17 bệnh nhân, 38,6%; suy kiệt 11 bệnh nhân, 25%; có 5 trường hợp bị biến chứng tắc mạch, 11,4%; không có bệnh

nhân nào bị viêm màng não mủ.

Bảng 5 cho kết quả tỷ lệ các biến chứng trong can thiệp Ngoại khoa: Tỷ lệ biến chứng cao nhất là loét, 11 bệnh nhân 64,7%; suy kiệt 9 bệnh nhân, 53,9%; viêm phổi 7 bệnh nhân, 41,2%; có 4 trường hợp bị biến chứng tắc mạch, 23,5%; viêm màng não mủ có 3 bệnh nhân, 17,6%.

Khi so sánh các tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa, với  $P < 0,05$ ; biến chứng trong điều trị ngoại khoa cao hơn điều trị nội khoa. Tuy nhiên, các bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa thường có diễn biến bệnh và mức độ tổn thương nặng nề hơn nên kết quả và các biến chứng có thể bị ảnh hưởng. Bên cạnh đó, số lượng 2 nhóm bệnh nhân còn chưa tương đương, vì thế sẽ ảnh hưởng đến kết quả khi so sánh.

## V. KẾT LUẬN

- Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ định điều trị nội khoa, chiếm tỷ lệ 72,2%.

- Các trường hợp có chỉ định ngoại khoa chủ yếu là các bệnh nhân có không máu tụ lớn gây di lệch đường giữa nhiều và giãn não thất mức độ nặng.

- Kết quả điều trị của 2 nhóm điều trị nội khoa và ngoại khoa không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, trong khi tỷ lệ biến chứng của nhóm điều trị ngoại khoa có xu hướng nhiều hơn.

Như vậy, 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.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đăng (1990). Góp phần nghiên cứu lâm sàng chẩn đoán và xử trí xuất huyết nội sọ ở người trẻ dưới 50 tuổi, Luận án Phó tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hoàng Đức Kiệt (1998). Chẩn đoán X quang Cắt lớp vi tính sọ não, Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh, NXB Y học, tr 112-136.
3. Trần Việt Lực (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và hướng điều trị chảy máu não thất không chấn thương, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú bệnh viện, Chuyên ngành Thần kinh.
4. Khúc Thị Nhện (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố tiên lượng của chảy máu não thất.
5. Lê Văn Thịnh (2002). Chảy máu dưới nhện chẩn đoán và điều trị, Kỷ yếu công trình khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, tr 300- 310.

## TỔN THƯƠNG DẠ DÀY THỰC QUẢN Ở BỆNH NHI GAN MẠN TÍNH CÓ TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Nguyễn Phạm Anh Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Thuỳ Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

TALTMC ở trẻ em do nhiều nguyên nhân gây ra. Ở các trẻ mắc bệnh gan mạn tính, TALTMC là một yếu tố tiên lượng xấu. Nội soi đường tiêu hóa trên không chỉ được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TALTMC mà còn giúp phân độ búi giãn tĩnh mạch dạ dày-thực quản và phát hiện các tổn thương khác, đánh giá nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân để có các biện pháp điều trị can thiệp và dự phòng. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2019 -10/2020 trên 79 bệnh nhân có bệnh gan mạn tính dưới 18 tuổi, được chẩn đoán TALTMC dựa vào tiêu chuẩn giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi tiêu hóa nhằm đánh giá các tổn thương thường gặp trên nội soi dạ dày thực quản ở trẻ em bị bệnh gan mạn tính có TALTMC. Kết

quả nghiên cứu cho thấy 58,2% bệnh nhân gan mạn tính trong độ tuổi 1-5 có TALTMC. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm lách to 98,7%, gan to 44,3%, giảm tiểu cầu 73,4%; thiếu máu 60,8%, giảm số lượng bạch cầu 15,2% và giảm bạch cầu đa nhân trung tính 12,7% và thay đổi chức năng gan. Mức độ giãn TMTQ trên nội soi tại thời điểm chẩn đoán chủ yếu ở độ I (26,5%) và độ II (46,8%), tỷ lệ búi giãn độ III (15,6%), độ IV (10,2%). Các tổn thương phổi hợp khác gồm viêm niêm mạc dạ dày (92,4%), giãn tĩnh mạch phình vi (26,6%), viêm loét hành tá tràng 10,1%. Cần phát hiện, chẩn đoán sớm TALTMC ở bệnh nhân có bệnh gan mạn nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và nguy cơ tử vong. Từ khóa: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, giãn tĩnh mạch thực quản, bệnh gan mạn tính

### SUMMARY

#### PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY OF CHRONIC LIVER DISEASES IN CHILDREN

Portal hypertension (PH) in children is caused by many causes. In patients with chronic liver disease, PH is one of the poor prognostic factor. Upper gastrointestinal endoscopy is not only considered as the gold standard to diagnosis PH, classify grade

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: dranhhoa@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.6.2022