

tương đồng và một số không tương đồng như: độ tuổi, giới tính và vị trí thường gặp của u là tương đồng. Tuy nhiên, độ ngấm thuốc của u và hạch trong u lympho kém hơn so với ung thư biểu mô tuyến (độ ngấm thuốc của u tương ứng là  $68,22 \pm 7,8$  HU so với  $131,9 \pm 20,7$  HU, độ ngấm thuốc của hạch tương ứng là  $56 \pm 14,49$  HU so với  $68,4 \pm 20,5$  HU). Số lượng hạch của u lympho cao hơn, trung bình phát hiện được 8,8 hạch/ bệnh nhân (398/45) so với ung thư biểu mô tuyến là 5,2 hạch/ bệnh nhân (460/88). Trong đó 02 bệnh nhân mổ thì thấy có 01 bệnh nhân phát hiện được 21 hạch trên CLVT, nhưng sau phẫu thuật thì số hạch là 52, nhiều nhất ở nhóm 10 (rốn lách). Trong nghiên cứu 88 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến không có các nhóm hạch 10, 11, 15, 16. Trùng hợp với nhiều tác giả trên thế giới. Nên trên phim đọc hạch nhóm 10 nghĩ đến là u lympho và nhuộm khối u bằng HE<sup>7</sup>. Tổng số 45 bệnh nhân u lympho trong nghiên cứu này có 9 bệnh nhân (chiếm 20%) đọc được hạch rốn lách trên CLVT.

## V. KẾT LUẬN

ULDD là loại ung thư hiếm gặp. Độ tuổi trung bình là  $57,42 \pm 9,75$  tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 3,5/1. Vị trí u thường gặp nhất là 1/3 dưới. Độ ngấm thuốc kém hơn (trung bình là  $68,22 \pm 7,8$  HU), tuy nhiên số lượng hạch cao hơn so với ung thư biểu mô tuyến (trung bình 8,8 hạch/ bệnh nhân). Độ ngấm thuốc của hạch trong u lympho thấp hơn so với hạch di căn trong ung thư biểu mô tuyến (trung bình là  $56 \pm 14,49$  HU). Đa số các hạch thuộc nhóm hạch gần (90,41%), có kích thước dưới 6mm (44,2%); hình dạng bầu

dục (75,1%), ngấm thuốc mạnh (87,2%). Khi đọc thấy hạch nhóm 10 trên CLVT, cần nhuộm khối u bằng HE.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Akwaa, A. M., Siddiqui, N. & Al-Mofleh, I. A.** Primary gastric lymphoma. World journal of gastroenterology 10, 5-11, doi:10.3748/wjg.v10.i1.5 (2004).
2. **Juárez-Salcedo, L. M., Sokol, L., Chavez, J. C. & Dalia, S.** Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. 25, 1073274818778256, doi:10.1177/1073274818778256 (2018).
3. **Nguyễn Duy Thịnh, Đặng Công Thuận, Nguyễn Trần Bảo Song, Ngô Quý Trân & Trần Thị Nam Phương.** Vai trò hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán và phân loại u lympho dạ dày - ruột. Tạp chí Y Dược học 11, 7, doi:DOI: 10.34071/jmp.2021.6.1 (2021).
4. **Juárez-Salcedo, L. M., Sokol, L., Chavez, J. C. & Dalia, S.** Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center 25, 1073274818778256, doi:10.1177/1073274818778256 (2018).
5. **Nguyễn Duy Thịnh et al.** Nghiên cứu chẩn đoán, phân loại u lympho dạ dày - ruột bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Tạp chí Y Dược Huế 5, 128-134 (2023).
6. **Shimm, D. S. et al.** Primary gastric lymphoma. An analysis with emphasis on prognostic factors and radiation therapy. Cancer 52, 2044-2048, doi:10.1002/1097-0142(19831201)52:11<2044::aid-cnrcr2820521113>3.0.co;2-5 (1983).
7. **Nguyễn Văn Sang.** Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày. Luận văn Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, 61-78 và 101 (2020).

## KẾT QUẢ TIÊU SỢI HUYẾT NÃO THẤT TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO - NÃO THẤT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÀO CAI

Lưu Xuân Đăng<sup>1</sup>, Đào Việt Phương<sup>2,3,4</sup>, Mai Duy Tôn<sup>2,3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chảy máu não thất gây giãn não thất cấp là tình trạng chảy máu gây tắc nghẽn lưu thông

dịch não tủy, tăng áp lực nội sọ, nguy cơ tử vong và tàn phế cao. Tiêu sợi huyết não thất là phẫu thuật ít xâm lấn, đẩy nhanh ly giải máu đông, tái thông não thất mang lại kết quả khả quan, nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả tiêu sợi huyết não thất trong điều trị chảy máu não- não thất tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 39 bệnh nhân chảy máu não - não thất điều trị ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai từ tháng 08 năm 2023 đến tháng 06 năm 2025. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 39 bệnh nhân trong đó 30 bệnh nhân nam, 9 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình  $60,2 \pm 12,3$ . Có đến 51,3% bệnh nhân chảy máu mức độ nặng theo Graeb và 82,1% bệnh nhân có chảy máu não trên lều.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

Tổng liều thuốc Alteplase sử dụng phổ biến nhất là 3mg với 18 bệnh nhân. Thời gian thông khí nhân tạo  $12,4 \pm 5,4$  ngày, lưu dẫn lưu não thất ra ngoài  $7,3 \pm 2,8$  ngày. Số ngày nằm viện trung bình  $18,3 \pm 7,9$  ngày. Bệnh nhân sau 3 tháng còn 29 bệnh nhân, có sự cải thiện điểm trung vị theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) từ 4 xuống 3 điểm. Biến chứng liên quan đến dẫn lưu não thất ra ngoài và tiêu sợi huyết não thất ở mức độ thấp: 7,7% với chảy máu tái phát và viêm não thất. **Kết luận:** Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai đã triển khai điều trị bệnh nhân chảy máu não - não thất cấp bằng dẫn lưu và tiêu sợi huyết não thất mang lại kết quả điều trị khả quan với kết quả hồi phục tốt, tỉ lệ tử vong và các biến chứng ở mức độ thấp.

**Từ khóa:** Chảy máu não thất, dẫn lưu não thất ra ngoài, tiêu sợi huyết não thất.

## SUMMARY

### RESULTS OF INTRAVENTRICULAR THROMBOLYSIS IN THE TREATMENT OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE AT LAO CAI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of intraventricular thrombolysis in the treatment of intraventricular hemorrhage at Lao Cai Provincial General Hospital. **Methods:** Prospective descriptive study on 39 patients with intraventricular hemorrhage treated at Lao Cai Provincial General Hospital from August 2023 to June 2025. **Results:** Average age  $60.2 \pm 12.3$ . Up to 51.3% of patients had severe hemorrhage according to Graeb and 82.1% of patients had supratentorial hemorrhage. The most commonly used total dose of Alteplase was 3 mg in 18 patients. The duration of mechanical ventilation was  $12.4 \pm 5.4$  days, and external ventricular drainage was  $7.3 \pm 2.8$  days. The average number of days in hospital was  $18.3 \pm 7.9$  days. After 3 months, there were 29 patients, with an improvement in the median score on the modified Rankin scale (mRS) from 4 to 3 points. Complications related to external ventricular drainage and intraventricular thrombolysis were low: 7.7% with recurrent bleeding and ventriculitis. **Conclusion:** Lao Cai Provincial General Hospital has implemented treatment of patients with acute intracerebral hemorrhage by drainage and using thrombolytic drugs, bringing about positive treatment results with good recovery results, low mortality and complications. **Keywords:** Intraventricular hemorrhage, external ventricular drainage, intraventricular fibrinolysis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc triển khai dẫn lưu não thất ra ngoài và sử dụng Alteplase trong tiêu sợi huyết não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp nhằm mục đích làm tan cục máu đông và hạn chế tắc nghẽn catheter được đặt ra có hiệu quả và cải thiện lâm sàng bệnh nhân vẫn còn nhiều tranh luận. Nghiên cứu CLEAR được thực hiện bởi tác giả Daniel F.Hanley được hội tim mạch và đột quỵ Hoa Kỳ đưa vào khuyến cáo sử dụng mức độ IIB, mức độ chứng cứ B

(AHA/ASA 2015)<sup>1</sup>. Ở Việt Nam, Lương Quốc Chính<sup>2</sup> nghiên cứu so sánh 35 bệnh nhân chảy máu não thất được tiêu sợi huyết não thất và 45 bệnh nhân chảy máu não thất điều trị nội khoa cho thấy: Tỷ lệ hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS = 0 - 3) tại thời điểm 1 tháng ở nhóm tiêu sợi huyết não thất (28,6%) cao hơn nhóm chứng (6,7%) và tỷ lệ tử vong ở nhóm tiêu sợi huyết não thất thấp hơn nhóm chứng tại thời điểm 1 tháng và thời điểm 3 tháng. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai đã triển khai điều trị bệnh nhân chảy máu não thất cấp bằng dẫn lưu và sử dụng thuốc tiêu sợi huyết não thất, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả và biến chứng trong quá trình thực hiện phương pháp này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

#### • **Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Tuổi từ 18 đến 80

+ Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng tới khi được xác định chảy máu não là  $\leq 24$  giờ.

+ Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng tới khi được chia nhóm nghiên cứu là  $\leq 72$  giờ.

+ Được chẩn đoán chảy máu não thất, được tiến hành tiêu sợi huyết não thất.

+ Điểm mRS trước khi xảy ra chảy máu não/chảy máu não thất là 0 hoặc 1 điểm.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Phình động mạch não vỡ chưa được điều trị hoặc nghi ngờ phình động mạch não vỡ, dị dạng thông động-tĩnh mạch trong sọ vỡ, dị dạng đám rối mạch mạc, bệnh Moyamoya hoặc khối u.

+ Các rối loạn đông máu hoặc số lượng tiểu cầu  $< 100.000$  hoặc tỷ lệ INR  $> 1,4$ .

+ Thể tích chảy máu não  $\leq 30$  ml hoặc chảy máu não thất III và/hoặc não thất IV gây giãn não thất cấp và chảy máu não dưới lều.

+ Đang chảy máu nội tạng, liên quan tới các vị trí sau phúc mạc, đường tiêu hóa, tiết niệu hoặc hô hấp hoặc chảy máu trên da nhiều ổ tại các vị trí tiêm truyền hoặc các vị trí can thiệp ngoại khoa.

+ Phụ nữ có thai và các bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu

• Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

• Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08 năm 2023 đến tháng 06 năm 2025

• Địa điểm nghiên cứu: khoa Cấp cứu, bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai.

• **Các bước tiến hành nghiên cứu:** Thu thập dữ liệu được thực hiện thông qua khai thác

bệnh án và biên bản can thiệp, kết quả đánh giá cận lâm sàng đã được thực hiện bởi các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh và trích xuất từ phần mềm bệnh viện và phần mềm PACS lưu trữ hình ảnh.

**2.2. Phân tích số liệu.** Số liệu nghiên cứu thu thập sẽ được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 16.0. Biến định tính được đếm tần suất (n) và tính tỷ lệ phần trăm (%). Biến định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng thuật toán khi-bình phương ( $\chi^2$  test) để so sánh hai tỷ lệ. Giá trị của các thuật toán có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh nhân, danh tính bệnh nhân được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 08 năm 2023 đến tháng 06 năm 2025, có 39 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được tiêu sợi huyết**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi (tuổi)</b>	< 60	19, 48,7%
	60-80	18, 46,2%
	> 80	2, 5,1%
<b>Giới</b>	Nam	30, 76,9%
	Nữ	9, 23,1%
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	Đau đầu	9, 23,1%
	Nôn	6, 15,4%
	Rối loạn ý thức	32, 82,1%
	Liệt nửa người	4, 10,3%
<b>GCS (điểm)</b>	≤ 8	23, 59,0%
	9-12	11, 28,2%
	>12	5, 12,8%
<b>Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (giờ)</b>	<6	3, 7,7%
	6-12	16, 41,0%
	>12	20, 51,3%
<b>Thời gian khởi phát đến khi đặt dẫn lưu (giờ)</b>	<12	13, 33,3%
	≥12 đến <24	15, 38,5%
	≥24 đến <72	11, 28,2%
<b>Vị trí đặt dẫn lưu</b>	Phải	17, 43,6%
	Trái	22, 56,4%
<b>Tăng huyết áp</b>	Có	23, 59,0%
	Không	16, 41,0%

$N = 39$

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình  $60,2 \pm 12,3$ ; giới nam chiếm 76,9% với tăng huyết áp là bệnh lý nền phổ biến với 59%. Triệu chứng phổ biến

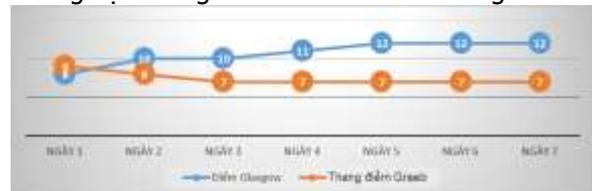
nhất khi nhập viện là rối loạn ý thức chiếm 82,1%, với điểm GCS ≤ 8 chiếm 59%. Phần lớn bệnh nhân khi nhập viện trên 12 giờ.

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm tiêu sợi huyết**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Điểm Graeb</b>	Nhẹ: 1-4	2, 5,1%	
	Trung bình 5-8	17, 43,6%	
	Nặng: 9-12	20, 51,3%	
<b>Vị trí chảy máu não</b>	Có chảy máu não trên lều	32, 82,1%	
	Chảy máu não trên lều phải	17, 43,6%	
	Chảy máu não trên lều trái	15, 38,5%	
	Nhân xám trung ương	22, 56,4%	
	Bao trong	4, 10,3%	
	Các thùy bán cầu đại não	11, 28,2%	
<b>Đặc điểm</b>	Trung vị	Min	Max
<b>Glucose (mmol/l)</b>	8,1	5,1	25
<b>Hemoglobin (g/l)</b>	139	89	174
<b>Bạch cầu (G/l)</b>	12,5	5,2	23,6
<b>Tiểu cầu (G/l)</b>	253	74	1089
<b>INR</b>	1,24	0,89	1,93
<b>PT (%)</b>	81,6	45,6	125
<b>APTT (giây)</b>	30,4	23,4	48

$N = 39$

**Nhận xét:** Tỷ lệ mức độ chảy máu não nặng thất theo thang điểm Graeb ưu thế với 51,3%, vị trí chảy máu trên lều phổ biến nhất là ở nhân xám trung ương. Phần lớn bệnh nhân có tăng glucose máu, và tăng bạch cầu. Các chỉ số xét nghiệm đông máu ở mức bình thường.



**Biểu đồ 1: Diễn biến điểm Glasgow và thang điểm Graeb trong 7 ngày**

**Nhận xét:** Điểm Glasgow của bệnh nhân cải thiện dần trong quá trình điều trị. Đánh giá mức độ nặng của chảy máu não thất theo thang điểm Graeb giảm dần trong 7 ngày điều trị.



**Biểu đồ 2: Diễn biến áp lực nội sọ và số lượng dịch não tủy trong 7 ngày**

**Nhận xét:** Áp lực nội sọ ngày đầu cao nhất, giảm dần và ổn định sau ngày thứ 4. Số lượng dịch não tủy qua dần lưu giảm dần trong quá trình điều trị.

**Bảng 3: Kết quả điều trị bệnh nhân chảy máu não- não thất**

		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Tổng liều thuốc (mg)</b>	1	1	2,6%
	2	2	5,1%
	3	18	46,2%
	4	10	25,6%
	5	6	15,4%
	6	2	5,1%
<b>Số ngày nằm viện</b>	≤ 10 ngày	10	25,6%
	11-20 ngày	20	51,3%
	>20 ngày	9	23,1%
<b>Thủ thuật</b>	Mở khí quản	20	51,3%
	Dẫn lưu não thất - ổ bụng	1	2,6%
<b>Biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất</b>	Chảy máu tái phát	3	7,7%
	Chảy máu xung quanh dẫn lưu	2	5,1%
	Tắc dẫn lưu não thất	2	5,1%
	Viêm não thất	3	7,7%
	Giãn não thất mạn tính	1	2,6%
<b>Biến chứng nội khoa</b>	Viêm phổi	10	25,6%
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	3	7,7%
	Chảy máu tiêu hoá	2	5,1%
<b>Tỷ lệ tử vong</b>	1 tháng	7	18,9%
	3 tháng	10	26%
<b>Thang điểm Rankin sau 1 tháng (n=32)</b>	mRS (0-3)	12	37,5%
	mRS (4-6)	20	62,5%
<b>Thang điểm Rankin sau 3 tháng (n=29)</b>	mRS (0-3)	16	55,2%
	mRS (4-6)	13	44,8%

*N = 39*

**Nhận xét:** Tổng liều thuốc Alteplase sử dụng phổ biến nhất là 3 mg. Biến chứng với dẫn lưu não thất là tương đối thấp, các biến chứng

nội khoa hay gặp hơn với viêm phổi chiếm 26%. Sau thời gian 1 tháng tỉ lệ sống sót chiếm 82,1%, giảm xuống 74% ở tháng thứ 3.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu gồm 39 bệnh nhân trong đó 30 bệnh nhân nam, 9 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình  $60,2 \pm 12,3$ . Trong nghiên cứu Nguyễn Duy Linh<sup>3</sup>, độ tuổi trung bình là  $52,51 \pm 9,5$ , Phạm Anh Tuấn<sup>4</sup> với tuổi trung bình  $56,5 \pm 11,5$ , tỷ lệ Nam/Nữ  $\approx 1/1$ . Castano Avila S. và cộng sự (2013)<sup>5</sup> cũng đã tiến hành một nghiên cứu hồi cứu trên 42 trường hợp chảy máu não thất được điều trị bằng tiêu sợi huyết não thất cũng nhận thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân chảy máu não thất là  $58,36 \pm 16,67$ . Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu khác có thể do mẫu nghiên cứu còn nhỏ chưa phản ánh được đúng tỷ lệ trong dân số. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ có bệnh nền tăng huyết áp chiếm 59%. Như vậy rõ ràng, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chủ yếu và phổ biến nhất, phù hợp với nghiên cứu của Ariesen<sup>6</sup> làm tăng nguy cơ chảy máu não thất gấp 4 lần người bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng phổ biến nhất khi nhập viện là rối loạn ý thức chiếm 82,1%, tỉ lệ bệnh nhân hôn mê GCS  $\leq 8$  chiếm 59%. Khi bệnh nhân chảy máu não thất nguyên phát hoặc thứ phát sau chảy máu não thất 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. Vị trí đặt dẫn lưu chúng tôi lựa chọn đối bên khối máu tụ với bên trái chiếm phổ biến với 22 bệnh nhân chiếm 56,4%. Trong bài báo cáo tóm tắt kết quả nghiên cứu của thử nghiệm CLEAR III<sup>1</sup> tại Hội nghị Đột quy Quốc tế 2016 được tổ chức ở Los Angeles, Awad I. A. và cộng sự (2016)<sup>1</sup> đã cho thấy tỷ lệ đặt dẫn lưu não thất ra ngoài đối bên, cùng bên, và hai dẫn lưu đối với não thất bên chảy máu nhiều nhất lần lượt là 49,2% (246/500 trường hợp), 18,4% và 27,4%. Đối với nhóm sử dụng thuốc tiêu sợi huyết (Alteplase), cả ba vị trí/cách đặt dẫn lưu não thất ra ngoài này đều đạt được hiệu quả ly giải máu trong các não thất III và IV như nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ chảy máu não thất trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não dựa theo thang điểm Graeb: nhóm nặng: 9-12 chiếm 51,3%, nhóm trung bình 5 - 8 chiếm 43,6%. Chảy máu não trên lều chiếm đa số với

82,1%. Vị trí chảy máu trên lều phổ biến nhất ở nhân xám trung ương chiếm 56,4%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh<sup>3</sup> và cộng sự phân độ xuất huyết não thất theo Graeb mức độ nặng là 24 (64,8%), 13 trường hợp mức độ trung bình, nghiên cứu Nguyễn Đình Hường<sup>7</sup> và Phạm Văn Tuấn<sup>4</sup> với tỷ lệ XHNT mức độ nặng lần lượt là 62,5% và 61,7%. Các tác giả nhận thấy rằng tuổi cao, thể tích chảy máu não thất, giãn não thất cấp, và mức độ ý thức ban đầu xấu liên quan có ý nghĩa tới tiên lượng xấu ở nhóm có chảy máu não thất. Mức độ ý thức ban đầu tùy thuộc một cách đáng kể vào giãn não thất cấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Glasgow của bệnh nhân cải thiện dần trong quá trình điều trị. Đồng thời, đánh giá mức độ nặng của chảy máu não thất theo thang điểm Graeb giảm dần trong 7 ngày điều trị giảm được 2 điểm. Dẫn lưu não thất ra ngoài và tiêu sợi huyết trong não thất có liên quan tới 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. Trong nghiên cứu của Lương Quốc Chính<sup>2</sup> điểm Graeb trung bình tại thời điểm nhập viện ở nhóm tiêu sợi huyết (8[6- 10]) đều rất cao, Kể từ ngày thứ nhất (thời điểm sau khi chọn mẫu nghiên cứu một ngày), điểm Graeb trung bình bắt đầu có sự cải thiện ở cả hai nhóm, nhưng nhóm tiêu sợi huyết có sự cải thiện nhanh hơn và sớm hơn. Áp lực nội sọ ngày đầu cao nhất, giảm dần và ổn định sau ngày thứ 4. Số lượng dịch não tủy qua dẫn lưu giảm dần trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của Lương Quốc Chính<sup>2</sup> kết quả thu được cũng cho thấy áp lực nội sọ. Điều này đã chứng minh được rằng việc loại bỏ hiệu quả máu đông trong não thất ở nhóm sử dụng thuốc tiêu sợi huyết (rt- PA) đã làm giảm hơn nguy cơ tăng áp lực nội sọ so với nhóm sử dụng giả dược hoặc dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Sau thời gian 1 tháng tỉ lệ sống sót chiếm 82,1%, giảm xuống 74% ở tháng thứ 3. Khác biệt cải thiện mRS sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê. Thời gian thông khí nhân tạo trung bình là 13,1±5,8 ngày. Thời gian nằm viện lâu nhất 40 ngày, ngắn nhất là 5 ngày. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh<sup>3</sup> và cộng sự, mức độ phục hồi chức năng thần kinh (mRS) thời điểm 1 tháng sau điều trị có 2/37 trường hợp tử vong (5,4%), tại thời điểm 3 tháng có 3/25 trường hợp tử vong, các

bệnh nhân sống sót đều đạt mức độ phục hồi chức năng thần kinh tốt. Tương tự như nghiên cứu của Lương Quốc Chính<sup>2</sup> kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng có sự cải thiện kết cục chức năng thần kinh theo thang điểm kết cục. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu ở trong và ngoài nước về triển khai tiêu sợi huyết não- não thất.

## V. KẾT LUẬN

Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết qua dẫn lưu não thất trên bệnh nhân chảy máu não – não thất mang lại kết quả điều trị khả quan với kết quả hồi phục tốt, tỉ lệ tử vong và các biến chứng ở mức độ thấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CLEAR III trial: thrombolytic removal of intraventricular haemorrhage - ean.org.** Accessed June 16, 2024. <https://www.ean.org/research/resources/neurology-updates/detail/clear-iii-trial-thrombolytic-removal-of-intraventricular-haemorrhage>.
2. **Lương Quốc Chính** (2017). Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp. Luận văn tiến sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Duy Linh; Nguyễn Quang Hưng; Trần Chí Cường và cộng sự** (2024). Hiệu quả dẫn lưu não thất kết hợp bơm thuốc tiêu sợi huyết trong điều trị chảy máu não thất tự phát gây giãn não thất cấp tính. Tạp chí y học việt nam tập 545-tháng 12-số chuyên đề -2024.
4. **Phạm Anh Tuấn, Nguyễn Minh Đức, Trần Đa Vương, và các cộng sự**, (2022), "Đánh giá kết quả điều trị chảy máu não thất tự phát bằng phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài kết hợp bơm thuốc tiêu sợi huyết", Tạp chí Y học Việt Nam. tập 521-Tháng 12 - Số chuyên đề, tr. 63-74.
5. **Castano Avila S., Corral Lozano E., Vallejo De La Cueva A. et al.** (2013). Intraventricular hemorrhage treated with intraventricular fibrinolysis. A 10-year experience. Med Intensiva, 37 (2), 61-66.
6. **Ariesen, M. J. et al.** (2003), "Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: a systematic review", Stroke. 8, pp. 2060-2065.
7. **Nguyễn Đình Hường, Đồng Quang Sơn, Vũ Ngọc Giang, và các cộng sự**, (2022), "Kết quả phẫu thuật dẫn lưu ra ngoài kết hợp Alteplase não thất điều trị chảy máu não thất tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam. tập 521 tập 521-Tháng 12 - Số chuyên đề, tr. 387.
8. **Divani A. A., Hevesi M., Pulivarthi S. et al.** (2015). Predictors of nosocomial pneumonia in intracerebral hemorrhage patients: a multi-center observational study. Neurocrit Care, 22(2),234-242.