

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP  
DẪN LƯU NÃO THẤT MỖ Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO  
CÓ TRÀN MÁU NÃO THẤT**

*Nguyễn Văn Tuyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Loan<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Cúc<sup>1\*</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị các bệnh nhân (BN) đột quỵ chảy máu não (ĐQCMN) có tràn máu não thất bằng phương pháp dẫn lưu não thất mở (external ventricular drainage - EVD), đồng thời, phân tích một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc trên 66 BN chảy máu não có tràn máu não thất điều trị tại Khoa Đột quỵ não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2022 - 4/2024. **Kết quả:** Sau ra viện 6 tháng, mức độ hồi phục tốt (mRS 0 - 3 điểm) là 22,7%, biến chứng viêm phổi là 36,4% và giãn não thất mạn tính là 43,9%. Tỷ lệ chảy máu não tái phát là 3%, không bao gồm nhóm sử dụng tiêu sợi huyết não thất. Điểm Glasgow và điểm NIHSS trước phẫu thuật của 2 nhóm mRS 0 - 3 điểm và 4 - 6 điểm sau 6 tháng có sự khác biệt với  $p < 0,05$ . Trong đó, yếu tố điểm Glasgow  $\leq 8$  và NIHSS  $\geq 22$  dự báo tiên lượng kết cục xấu (mRS 4 - 6) sau 6 tháng. Các yếu tố điểm Graeb, điểm xuất huyết nội sọ (intracerebral hemorrhage - ICH), điểm chảy máu não thất (intraventricular hemorrhage - IVH), thể tích máu tụ hiện chưa cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Phẫu thuật EVD là biện pháp hiệu quả cải thiện kết cục cho BN chảy máu não có tràn máu não thất.

**Từ khóa:** Chảy máu não tràn máu não thất; Dẫn lưu não thất mở; Yếu tố tiên lượng.

**EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF  
EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE IN PATIENTS  
WITH INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE**

**Abstract**

**Objectives:** To evaluate treatment outcomes of patients with intracerebral hemorrhage (ICH) and intraventricular hemorrhage (IVH) using external ventricular drainage (EVD),

---

<sup>1</sup>Bệnh Viện Trung ương Quân đội 108

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Cúc (cucnguyenqy41@gmail.com)

Ngày nhận bài: 09/12/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 06/02/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si1.1131>

along with an analysis of related factors. **Methods:** A prospective, descriptive, longitudinal study was conducted on 66 patients with ICH and IVH treated at the Stroke Department of 108 Military Central Hospital from January 2022 to April 2024. **Results:** Six months post-discharge, favorable recovery (mRS 0 - 3 points) was observed in 22.7% of patients. Complications included pneumonia (36.4%) and chronic ventriculomegaly (43.9%). The recurrent ICH rate was 3%, excluding the group treated with intraventricular thrombolysis. Preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) and NIH Stroke Scale (NIHSS) scores differed significantly between the groups, with mRS scores of 0 - 3 and 4 - 6 at 6 months ( $p < 0.05$ ). A GCS score  $\leq 8$  and NIHSS score  $\geq 22$  were predictors of poor outcomes (mRS 4 - 6) at 6 months. Other factors, such as Graeb score, ICH score, IVH score, and hematoma volume showed no significant differences between the two groups. **Conclusion:** External ventricular drainage is an effective intervention to improve outcomes for patients with ICH and IVH.

**Keywords:** Intracerebral hemorrhage with intraventricular hemorrhage; External ventricular drainage; Prognostic factor.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não có tràn máu não thất xảy ra ở khoảng 45% BN bị ĐQCMN và là yếu tố dự báo độc lập về kết quả không thuận lợi, góp phần làm tăng mức độ nặng, tăng tỷ lệ di chứng và tử vong ở BN chảy máu não [1]. Một trong các phương pháp điều trị đột quy chảy máu có biến chứng tràn dịch não cấp là đặt EVD kết hợp tiêm thuốc tiêu sợi huyết qua dẫn lưu để tăng hiệu quả dẫn lưu [2], có thể kết hợp các phương pháp phẫu thuật khác nhằm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ [3]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu

của Walek, điều trị phẫu thuật EVD luôn đi kèm với nỗi lo ngại về biến chứng viêm màng não, tắc dẫn lưu [4]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy EVD là phương pháp can thiệp ngoại khoa có hiệu quả, tuy nhiên, còn thiếu các dữ liệu về kết quả điều trị dài hạn [5]. Nhằm đánh giá kết quả của phương pháp điều trị dẫn lưu não thất ở BN chảy máu não có kèm tràn dịch não cấp và các yếu tố nguy cơ kết cục kém, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp EVD ở BN ĐQCMN có tràn dịch não cấp.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

66 BN ĐQCMN điều trị tại Khoa Đột quy não, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2022 - 01/2024 đáp ứng tiêu chuẩn của nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN chẩn đoán xác định là ĐQCMN - não thất, thỏa mãn các tiêu chuẩn sẽ được chọn vào nghiên cứu: BN có suy giảm về ý thức (điểm Glasgow nhập viện  $\leq 8$  điểm, hoặc quá trình điều trị theo dõi có giảm  $\geq 2$  điểm Glasgow); biểu hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ trên lâm sàng; phim chụp cắt lớp vi tính có chảy máu não, tràn máu não thất có giãn não thất cấp tính.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN chảy máu não có tràn máu não thất, xác định đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu, hoặc số lượng tiểu cầu  $< 100.000$  G/L; nhiễm trùng vùng da và tổ chức dưới da đầu; phình mạch, dị dạng động mạch não vỡ chưa được can thiệp điều trị; đột quy não cũ với mRS  $> 3$  điểm; gia đình BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc. Tất cả các BN

thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được khai thác các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất.

\* *Nội dung nghiên cứu*: Mô tả các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị BN ở nhóm nghiên cứu; đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm khi ra viện, sau ra viện 3 tháng, 6 tháng; phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của BN.

\* *Xử lý số liệu*: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức nghiêm ngặt trong nghiên cứu y học, tuân thủ đầy đủ các quy định do Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108 ban hành. Số liệu được Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

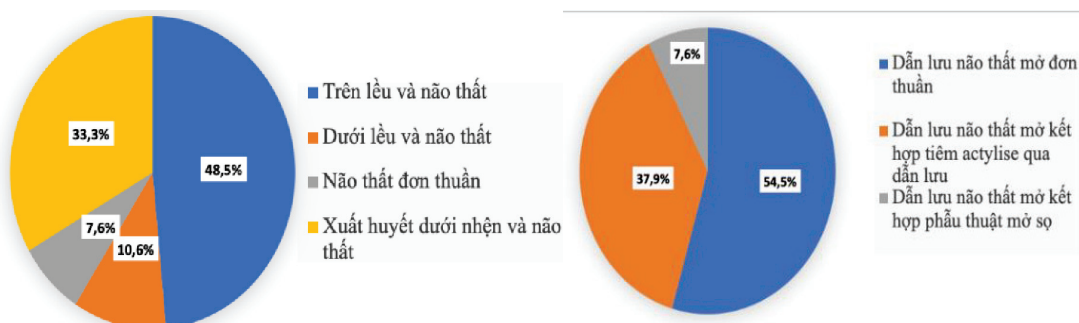
Nghiên cứu có 66 BN, trong đó, nam giới chiếm 63,6%. Tiền sử bệnh lý tăng huyết áp chiếm 78,8%.

**Bảng 1.** Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

| Đặc điểm                      |                    | $\bar{X} \pm SD$ | Thấp nhất | Cao nhất |
|-------------------------------|--------------------|------------------|-----------|----------|
| Tuổi                          |                    | 57,94 ± 12,45    | 15        | 79       |
| Chỉ số sinh tồn khi nhập viện | Mạch (chu kỳ/phút) | 90,55 ± 17,81    | 60        | 140      |
|                               | HATT (mmHg)        | 150,29 ± 28,124  | 100       | 240      |
|                               | Nhiệt độ           | 36,67 ± 0,68     | 36        | 39,3     |
| Lâm sàng                      | Điểm Glasgow       | 9,02 ± 2,68      | 5         | 13       |
|                               | Điểm NIHSS         | 23,85 ± 11,08    | 4         | 26       |

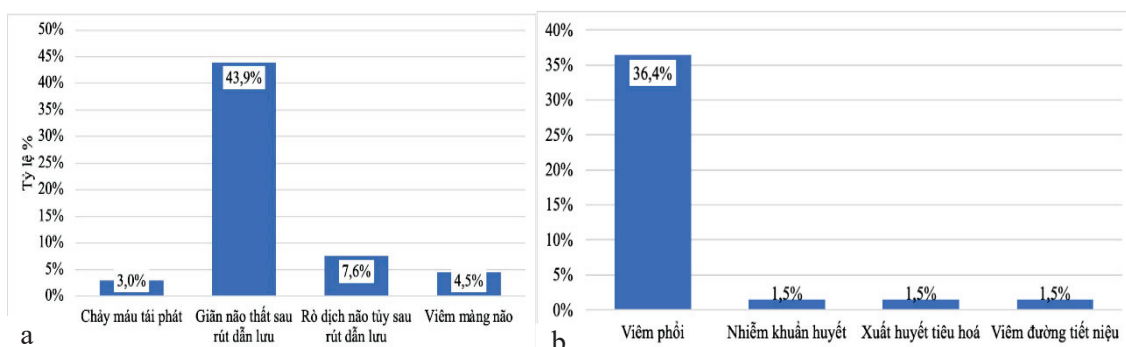
(HATT: Huyết áp tâm thu)

Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 57,94 ± 12,45, nhất thấp là 15 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Huyết áp tâm thu trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 150mmHg.



**Biểu đồ 1.** Phân loại theo vị trí chảy máu não và phương pháp điều trị.

Vị trí chảy máu trên lều tiểu não kết hợp IVH chiếm chủ yếu (48,5%). Có 7,6% IVH nguyên phát. Số BN được sử dụng tiêu sợi huyết kết hợp dẫn lưu là 37,9%.



**Biểu đồ 2.** Tỷ lệ biến chứng toàn thân và tại chỗ

(a: Biến chứng tại chỗ; b: Biến chứng toàn thân).

Có 3% chảy máu não tái phát sau rút EVD. Có 43,9% BN phát hiện giãn não thất ở các mức độ và vị trí khác nhau sau rút EVD, tức là kích thước não thất chưa

## CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ THÀNH KINH - ĐỢT QUY NÃO 2025

hoàn toàn trở về bình thường, tuy nhiên, đa số không gây triệu chứng suy giảm ý thức trên lâm sàng. Có 5 ca (7,6%) rò dịch não tủy qua vết mổ sau rút EVD. Tỷ lệ viêm phổi chiếm 36,4%. 1 BN nhiễm khuẩn huyết (1,5%). 1 BN bị xuất huyết tiêu hóa.

**Bảng 2.** Kết quả điều trị theo thang điểm mRS.

| Mức độ<br>hồi phục | Điểm<br>mRS | Ra viện         |      | 0 - 3 tháng    |      | 0 - 6 tháng     |      |
|--------------------|-------------|-----------------|------|----------------|------|-----------------|------|
|                    |             | n               | %    | n              | %    | n               | %    |
| Tốt                | 0 - 3       | 3               | 4,5  | 7              | 10,6 | 15              | 22,7 |
| Kém                | 4 - 6       | 63              | 95,5 | 59             | 89,4 | 51              | 77,3 |
| Tổng               |             | 66              | 100  | 66             | 100  | 66              | 100  |
| $\bar{X} \pm SD$   |             | 4,83 $\pm$ 0,57 |      | 4,3 $\pm$ 1,03 |      | 4,06 $\pm$ 1,34 |      |

Tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0 - 3 điểm) tại thời điểm ra viện là 4,5%, tại thời điểm 3 tháng chiếm 10,6%, thời điểm 6 tháng tăng lên 22,7%.

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng đến kết cục sau 6 tháng.

| Đặc điểm (trước phẫu thuật)                  |                  | mRS 0 - 3         | mRS 4 - 6         | p     |
|----------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Điểm Glasgow                                 | $\leq 8$         | 7                 | 39                | 0,027 |
|                                              | $> 8$            | 8                 | 12                |       |
|                                              | $\bar{X} \pm SD$ | 9 $\pm$ 2,23      | 7,8 $\pm$ 1,61    | 0,025 |
| Điểm NIHSS                                   | $\geq 22$        | 7                 | 38                | 0,042 |
|                                              | $< 22$           | 3                 | 13                |       |
|                                              | $\bar{X} \pm SD$ | 21 $\pm$ 12,6     | 28,39 $\pm$ 7,71  | 0,046 |
| Điểm Graeb                                   |                  | 8,73 $\pm$ 2,57   | 8,88 $\pm$ 2,03   | 0,8   |
| Điểm ICH                                     |                  | 2,27 $\pm$ 0,59   | 2,16 $\pm$ 0,46   | 0,4   |
| Điểm IVH                                     |                  | 18,73 $\pm$ 3,53  | 18,18 $\pm$ 3,85  | 0,6   |
| Thể tích máu tụ nhu mô (mL)                  |                  | 11,16 $\pm$ 13,64 | 13,24 $\pm$ 20,02 | 0,7   |
| Thời gian khởi phát đến khi phẫu thuật (giờ) |                  | 52,86 $\pm$ 72,4  | 29 $\pm$ 30,97    | 0,234 |
| Thời gian lưu EVD (ngày)                     |                  | 10,4 $\pm$ 4,57   | 10,18 $\pm$ 4,34  | 0,8   |

Điểm Glasgow  $\leq 8$  và NIHSS  $\geq 22$  điểm có ý nghĩa trong tiên lượng BN hồi phục kém sau 6 tháng (mRS  $> 4$ ) với  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $57,94 \pm 12,44$  (Bảng 1). Tuổi của BN trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Castano Avila S và CS (2013) [6] trên 42 trường hợp chảy máu não thất được điều trị bằng tiêu sợi huyết não thất ( $58,36 \pm 16,6$ ). Trong nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (63,6% so với 36,4%). Tương tự, trong nghiên cứu của Castano Avila S [6], tỷ lệ nam giới cũng chiếm tới 69% trong số 42 trường hợp chảy máu não thất. Như vậy, có thể nam giới cũng đóng vai trò quan trọng trong bệnh cảnh chảy máu não thất. Để trả lời câu hỏi này, Ariesen MJ và CS (2003) [7] đã công bố một bài tổng quan và cho thấy nam giới có nguy cơ chảy máu não cao gấp gần 4 lần so với nữ giới.

Về lâm sàng, huyết áp tâm thu trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 150mmHg. Một số trường hợp BN được điều trị tại tuyến trước nên đã được kiểm soát huyết áp khi nhập viện. Điểm Glasgow trung bình thời điểm nhập viện là  $9,02 \pm 2,68$ ; đa số BN trong tình trạng hôn mê sâu với Glasgow < 8 điểm. Điểm hôn mê Glasgow ban đầu thấp đã gián tiếp phản ánh mức độ nặng nề của chảy máu não và liên quan tới nguy cơ tử vong tăng. Nghiên cứu của Nishikawa T và CS (2009) đã cho thấy

mức độ ý thức ban đầu thấp (điểm hôn mê Glasgow  $\leq 8$ ) là một trong các yếu tố liên quan có ý nghĩa tới tiên lượng xấu ở nhóm BN chảy máu não có kèm chảy máu não thất [8]. Trước phẫu thuật, điểm NIHSS trung bình rất cao, từ  $26,71 \pm 9,47$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, các vị trí chảy máu não gây tràn dịch não cấp rất đa dạng, trong đó, vị trí chảy máu trên lều tiểu não tràn máu não thất có tỷ lệ cao nhất (59,1%). Điểm Graeb trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu rất cao, từ  $8,85 \pm 2,61$ ; cao nhất là 12 điểm, thấp nhất là 3 điểm. Điểm Graeb trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lương Quốc Chính: Điểm Graeb 9 - 12 chiếm 48,6 - 51,1% [9]. Nhiều bằng chứng khoa học cho rằng mức độ chảy máu não thất (điểm Graeb cao) tương quan với tiên lượng. Theo biểu đồ 2, tỷ lệ viêm phổi ở nhóm nghiên cứu chiếm 36,4%. Kết quả này cao hơn tỷ lệ BN viêm phổi trong nghiên cứu của Lương Quốc Chính và CS (nhóm chứng là 20%; tiêu sợi huyết là 34,3%;  $p > 0,05$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 ca (3%) chảy máu não tái diễn sau rút EVD (Biểu đồ 3) và cả 2 trường hợp đều không sử dụng thuốc tiêu sợi huyết não thất. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Fountas KN và CS (2005) [10] (chảy máu mới chiếm 19%), nghiên cứu của Lương Quốc Chính (2017) cho thấy chảy máu tái phát (nhóm EVD đơn

thuần là 11,1%; tiêu sợi huyết là 5,7%;  $p > 0,05$ ). Điều này có thể do tất cả các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được tầm soát hình ảnh mạch máu trước khi phẫu thuật và các dị dạng mạch đều được can thiệp tránh nguy cơ chảy máu não tiếp diễn; mặt khác, việc kiểm soát huyết áp chặt chẽ cũng là yếu tố giúp giảm nguy cơ chảy máu tiếp diễn.

So sánh tỷ lệ mức độ hồi phục theo mRS của nhóm nghiên cứu ở các mốc thời gian gồm ra viện, sau ra viện 3 tháng, 6 tháng. Tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0 - 3 điểm) sau 3 tháng chiếm 10,6%, sau 6 tháng tăng lên 22,7% (Bảng 3). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lương Quốc Chính và CS: Tỷ lệ phục hồi chức năng tốt theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS = 0 - 3) tại thời điểm 1 tháng ở nhóm dẫn lưu não thất là 6,7%, nhóm tiêu sợi huyết là 28,6%; nhưng tại thời điểm 3 tháng ở nhóm dẫn lưu não thất là 30,8%, nhóm tiêu sợi huyết là 51,6% [9]. Nguyên nhân có thể do nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương não phức tạp hơn, với điểm ICH của nhóm nghiên cứu thời điểm trước phẫu thuật là 80,3% thuộc điểm 1 - 2 (tỷ lệ tử vong thông thường là 26%), 19,7% điểm ICH từ 3 - 4 (tỷ lệ tử vong thông thường là 70 - 90%). Mức độ hồi phục của BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu về chảy máu não có giãn não thất trước đây. Nghiên cứu về

các BN chảy máu não có chỉ định phẫu thuật (STICH) đã thực hiện trên 964 BN để kiểm tra giá trị của phẫu thuật sớm so với điều trị nội khoa. IVH xảy ra ở 42% đối tượng trong nghiên cứu STICH ( $n = 377$ ); trong đó, giãn não thất xảy ra ở 23% ( $n = 208$ ). Cả hai nhóm đều liên quan chặt chẽ đến kết quả kém: 31% BN không có IVH và 15% BN IVH có kết quả tốt ( $p < 0,00001$ ) [11]. Khi chảy máu não có giãn não thất, tỷ lệ BN có kết quả tốt giảm xuống còn 11%. Nghiên cứu đã xác nhận lại IVH có tràn dịch não cấp là yếu tố tiên lượng xấu. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3), điểm Glasgow và điểm NIHSS trước phẫu thuật của 2 nhóm mRS 0 - 3 điểm và 4 - 6 điểm sau 6 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong đó, yếu tố điểm Glasgow  $\leq 8$  và NIHSS  $\geq 22$  có dự báo tiên lượng kết cục xấu sau 6 tháng. Các yếu tố khác như điểm Graeb, điểm ICH, điểm IVH và thể tích máu tụ hiện chưa cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 66 BN chảy máu não có tràn máu não thất, kết quả như sau: Sau khi ra viện 6 tháng, nhóm đạt kết quả hồi phục tốt: mRS 0 - 3 điểm đạt 22,7%, biến chứng chủ yếu là viêm phổi (36,4%) và giãn não thất mạn tính (43,9%). Tỷ lệ chảy máu não tái phát là 3%, không bao gồm BN sử dụng tiêu

sợi huyết não thất. Trong đó, yếu tố điểm Glasgow  $\leq 8$  và NIHSS  $\geq 22$  có dự báo tiên lượng kết cục xấu (mRS 4 - 6) sau 6 tháng. Các yếu tố khác như điểm Graeb, điểm ICH, điểm IVH, thể tích máu tụ chưa cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hallevi H, Albright KC, Aronowski J, et al. Intraventricular hemorrhage: Anatomic relationships and clinical implications. *Neurology*. Mar 11 2008; 70(11):848-852.
2. Hanley DF, Lane K, McBee N, et al. Thrombolytic removal of intraventricular haemorrhage in treatment of severe stroke: Results of the randomised, multicentre, multiregion, placebo-controlled CLEAR III trial. *Lancet*. Feb 11 2017; 389(10069):603-611.
3. De Oliveira Manoel AL. Surgery for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Crit Care*. Feb 7 2020; 24(1):45. DOI:10.1186/s13054-020-2749-2.
4. Walek KW, Leary OP, Sastry R, et al. Risk factors and outcomes associated with external ventricular drain infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Dec 2022; 43(12):1859-1866.
5. Nguyễn Thị Cúc. Nhận xét 10 trường hợp chảy máu não thất điều trị bằng dẫn lưu não thất ngoài kết hợp bơm alteplase qua dẫn lưu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 9/2019; 482:255-263.
8. Castano Avila S, Corral Lozano E, Vallejo De La Cueva A, et al. Intraventricular hemorrhage treated with intraventricular fibrinolysis. A 10-year experience. *Med Intensiva*. Mar 2013; 37(2):61-66. DOI:10.1016/j.medin.2012.02.011
9. Ariesen MJ, Claus SP, Rinkel GJ, Algra A. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: A systematic review. *Stroke*. Aug 2003; 34(8):2060-2065.
10. Nishikawa T, Ueba T, Kajiwara M, Miyamatsu N, Yamashita K. A priority treatment of the intraventricular hemorrhage (IVH) should be performed in the patients suffering intracerebral hemorrhage with large IVH. *Clin Neurol Neurosurg*. Jun 2009; 111(5):450-453.
11. Lương Quốc Chính. Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2017.