

(12,7g/ngày) thấp hơn người cùng độ tuổi ở Hàn Quốc (13,6 g/ ngày), tương đương với Bắc Kinh-Trung Quốc (12,7g/ngày), cao hơn ở Osaka- Nhật Bản (10,7 g/ ngày) [8].

Điểm mạnh của nghiên cứu là: cỡ mẫu đủ lớn, được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên phân tầng tại 3 tỉnh/ thành đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam. Phương pháp thu thập số liệu sử dụng cân thực phẩm với độ chính xác tới 1g. Hơn nữa, đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam sử dụng phương pháp phân tích trong Labo (phương pháp HPLC) để phân tích hàm lượng Natri trong từng loại gia vị mà đối tượng sử dụng, từ đó kết hợp với cân đong lượng gia vị mà đối tượng sử dụng tại gia đình để tính toán khẩu phần muối Natri. Đây là điểm mạnh nhất của nghiên cứu.

Tuy nhiên, phương pháp đánh giá khẩu phần muối Natri ăn vào bằng cân đong lượng muối chế biến và thêm vào bữa ăn chưa phải là phương pháp lý tưởng nhất để ước tính khẩu phần Natri và nguy cơ bệnh tim mạch. Một lượng không nhỏ Natri từ các thực phẩm cũng góp phần làm tăng nguy cơ của bệnh này. Phương pháp định lượng Natri trong nước tiểu 24 giờ sẽ giúp ước tính được chính xác khẩu phần Natri và mối liên quan với bệnh tim mạch [9]. Nhưng phương pháp đó sẽ rất tốn kém và khó khả thi ở cộng đồng với cỡ mẫu lớn. Vì vậy, chúng tôi tin rằng, với cỡ mẫu lớn và các phương pháp phân tích/ thu thập số liệu chuẩn xác tại cả Labo và ở cộng đồng, số liệu của nghiên cứu này mang tính đại diện cao, có thể là cơ sở dữ liệu cho các can thiệp dự phòng.

Mặc dù vậy, nghiên cứu cũng có hạn chế là không đánh giá được hàm lượng muối trong dưa/ cà muối sẵn. Tuy nhiên, số đối tượng ăn dưa/ cà muối sẵn trong những ngày điều tra không đáng kể nên không ảnh hưởng nhiều đến kết quả nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Khẩu phần muối Natri trung bình ở đối tượng nghiên cứu là $11,7 \pm 5,5$ g/ngày, cao hơn gấp 2 lần so với khuyến nghị của WHO.

Khẩu phần muối ở nam (12,7 g/ ngày) cao hơn so với ở nữ (10,5 g/ ngày), $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Cần có những nghiên cứu can thiệp và truyền thông cho cộng đồng hạn chế sử dụng gia vị có muối

cho bữa ăn để dự phòng tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schröder H, Schmelz E, Marrugat J (2002). Relationship between diet and blood pressure in a representative Mediterranean population. *Eur J Nutr*; 41(4):161-7

2. FM Sacks, LP Svetkey, WM Vollmer, et al (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*; 344:3-10

3. FJ. He; M Marciniak; E Visagie, et al (2009). Effect of Modest Salt Reduction on Blood Pressure, Urinary Albumin, and Pulse Wave Velocity in White, Black, and Asian Mild Hypertensives. *Hypertension*; 54:482.

4. Lê Viết Định, Điều tra lượng muối ăn trong khẩu phần hàng ngày ở vài địa phương vùng đồng bằng miền biển tỉnh Khánh Hoà / Lê Khánh Hoà - Nội khoa - Năm 1991, số 3, tr. 6-10

5. Phan Thị Kim, Nguyễn Thị Lâm, Hoàng Thế Yết, Trần Ngọc Hà, Nguyễn Thanh Hà (1993), *Tim hiểu lượng muối ăn vào, thải ra theo nước tiểu 24 giờ và bệnh tăng huyết áp ở một số địa phương*, Tạp chí Vệ sinh phòng dịch, tập III, số 3 (11); 47- 50.

6. Tran TM, Komatsu T, Nguyen TK, Nguyen VC, Yoshimura Y, Takahashi K, Wariishi M, Sakai T, Yamamoto S (2001). Blood pressure, serum cholesterol concentration and their related factors in urban and rural elderly of Ho Chi Minh City. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*; 47(2):147-55.

7. Hoang VM, Byass P, Dao LH, Nguyen TK, Wall S (2007). Risk factors for chronic disease among rural Vietnamese adults and the association of these factors with sociodemographic variables: findings from the WHO STEPS survey in rural Vietnam, 2005. *Prev Chronic Dis*; 4(2):A22

8. J V JOOSSENS, M J HILL, P ELLIOTT, et al. Dietary Salt, Nitrate and Stomach Cancer Mortality in 24 Countries. *International Journal of Epidemiology*; Vol. 25, No. 3; 494- 50

9. Polónia J, Maldonado J, Ramos R, Bertoquini S, Duro M, Almeida C, Ferreira J, Barbosa L, Silva JA, Martins L (2006). Estimation of salt intake by urinary sodium excretion in a Portuguese adult population and its relationship to arterial stiffness. *Rev Port Cardiol.*;25(9):801-17.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH TẮC HỆ THỐNG DẪN LƯU NÃO THẤT - Ổ BỤNG

NGUYỄN HỒNG VIỆT¹, ĐỒNG VĂN HỆ²

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, ²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hồng Việt
Email: drviet.vn@gmail.com
Ngày nhận: 22/6/2017

Ngày phản biện: 06/7/2017
Ngày duyệt bài: 19/7/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tắc hệ thống dẫn lưu não thất - ổ bụng trên 30 bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật thần kinh - Bệnh viện Việt Đức. Kết quả nghiên cứu cho thấy, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của nhóm bệnh nhân này là các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ: đau đầu, buồn nôn, nôn, giảm tri giác... xuất hiện ở 90% số bệnh nhân. Tri giác bệnh nhân lúc vào viện có tỷ lệ cao nhất ở nhóm 9-12 điểm chiếm 56,7%, và thường xuất hiện kéo dài từ trước đến khi vào viện. Có 100% bệnh nhân giãn não thất do tắc dẫn lưu đều có sự xuất hiện của sừng thái dương (TH>2mm) và có hiện tượng thẩm dịch qua thành não thất. Các chỉ số Evan (FH/BPD) > 0,3 và FH/ID > 0,5 đều xuất hiện ở 100% bệnh nhân. Có 26,7% bệnh nhân có vị trí bất thường của đầu trong não thất của dẫn lưu.

Từ khóa: lâm sàng, hình ảnh, dẫn lưu, não thất, ổ bụng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGES OF INTRAVENTRICULAR-ABDOMINAL DRAINAGE SYSTEM

A cross-sectional study was conducted to describe the clinical characteristics and images of intraventricular-abdominal drainage system with 30 patients at Neurosurgery Department in Viet Duc Hospital. The results show the main clinical symptoms of patients were symptoms of increased intracranial pressure: a headache, nausea, vomiting, decreased sensation ... occur in 90% of patients. Most of patients have 9-12 points of sense, accounting for 56.7%, and often occurred long time before admitting to the hospital. 100% of patients with ventricular dilatation due to drainage obstruction had the appearance of temporal horns (TH> 2mm) and the phenomenon of infiltration through the walls of the ventricles. Evan indexes (FH / BPD)> 0.3 and FH / ID> 0.5 appear in 100% of patients. There were 26.7% of patients with abnormal localization of the head in the ventricle of drainage.

Keywords: hematology, immunology, reference, military, healthy people.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn xảy ra khi dẫn lưu không hoạt động tốt, thường do tắc một phần hoặc tắc hoàn toàn. Dịch não tủy sẽ ứ lại từ vị trí tắc và nếu không được sửa chữa, tất cả các triệu chứng của não úng thủy sẽ xuất hiện trở lại. Tắc dẫn lưu có thể xảy ra ở bất kỳ bộ phận nào, có thể xảy ra ở đầu gần (đầu catheter trong não thất), tắc do valve, tắc ở đầu xa (catheter trong phúc mạc). Tắc nghẽn có thể liên quan với tình trạng nhiễm trùng sau mổ, tình trạng lộ van, chảy máu ổ mổ... Chẩn đoán dựa vào tiền sử phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng, và dấu hiệu cận lâm sàng trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT) và phim cộng hưởng từ (MRI).

Phẫu thuật dẫn lưu não thất-ổ bụng vẫn đang được thực hiện phổ biến ở Việt Nam đã làm giảm tỷ lệ tử

vong cũng như góp phần cải thiện đáng kể tình trạng của bệnh nhân não úng thủy. Tuy nhiên đến nay một số vấn đề như: căn nguyên, đặc điểm lâm sàng của bệnh vẫn chưa được làm sáng tỏ. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh lý tắc hệ thống dẫn lưu não thất - ổ bụng"

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân não úng thủy đã được phẫu thuật dẫn lưu não thất - ổ bụng, có tắc hệ thống dẫn lưu và được phẫu thuật lại.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Thần kinh - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2016 đến tháng 6 /2017

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị của các biến định lượng, cũng như tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến định tính được tính toán.

KẾT QUẢ

Kết quả cho thấy, tuổi thấp nhất 16 tuổi, tuổi cao nhất 78 tuổi, độ tuổi trung bình $36,1 \pm 23$ tuổi. Trong 30 bệnh nhân được chẩn đoán tắc dẫn lưu não thất ổ bụng được phẫu thuật lại có 23 bệnh nhân nam (chiếm 76,7%), 7 bệnh nhân nữ (chiếm 23,3%)

Bảng 1: Bảng phân bố theo tiền sử

	Tiền sử	n	%
Phẫu thuật	U não	4	13,3
	Khuyết sọ + VP shunt	15	50
	Viêm màng não	2	6,7
	NPH	3	10
Không phẫu thuật	Sau chấn thương sọ não	2	6,7
	Không rõ nguyên	4	13,3

Bảng 1 cho thấy, trong nhóm nghiên cứu có 15 bệnh nhân chiếm 50% có tiền sử mổ khuyết sọ kèm theo dẫn lưu não thất ổ bụng, 11 bệnh nhân dẫn lưu não thất đơn thuần chiếm 36,7% trong đó giãn não thất thể thông có 10%, giãn não thất sau viêm não có 6,7%. Chỉ có 4 bệnh nhân mổ u não kèm dẫn lưu não thất ổ bụng, chiếm 13,3%.

Bảng 2: Bảng phân bố theo tiền sử mổ dẫn lưu não thất ổ bụng

Số lần mổ (lần)	n	%
1 lần	18	60
2 lần	4	13,3
3 lần	4	13,3
4 lần	3	10
5 lần	1	3,3
Thời gian (tháng)		
<1	7	23,3
1 – 3	6	20
>3	17	56,7

Bảng 2 cho thấy, bệnh nhân đặt dẫn lưu nhiều nhất là 5 lần, có một bệnh nhân, chiếm 3,3%. Bệnh nhân mới chỉ đặt một lần dẫn lưu có 18 bệnh nhân chiếm 60%. Số lần đặt dẫn lưu trung bình là 1,8 lần. Thời gian tắc sớm nhất trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 14 ngày sau mổ, muộn nhất là 1080

ngày. Nhóm thời gian tắc trung bình = 250 ngày.

Bảng 3: Bảng phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau đầu	27	90
Nôn, buồn nôn	27	90
Dấu hiệu thần kinh khu trú	9	30
Giảm tri giác	24	80
Động kinh	1	3,3

Bảng 3 cho thấy, đau đầu và nôn, buồn nôn là hai triệu chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ hay gặp nhất xuất hiện với 90% số bệnh nhân, tiếp đó là triệu chứng giảm tri giác xuất hiện ở 80% bệnh nhân. Chỉ có 1 bệnh nhân biểu hiện động kinh chiếm 3,3%

Bảng 4: Bảng phân bố theo tri giác bệnh nhân lúc vào

b	n	%
13 – 15	12	40
9 – 12	17	56,7
≤ 8	1	3,3

Bảng 4 cho thấy tri giác của bệnh nhân lúc vào viện ở nhóm 9 – 12 điểm có số bệnh nhân cao nhất với 17 bệnh nhân chiếm 56,7%. Nhóm tri giác ≤ 8 điểm chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 3,3%. Nhóm bệnh nhân tỉnh có tỷ lệ thấp nhất 20%

Bảng 5: Bảng phân bố theo sự cố khác của dẫn lưu

Sự cố khác	n	%
Bệnh nhân có sự cố	11	36,7
Lộ dây dẫn lưu	4	13,3
Nhiễm trùng vị trí dẫn lưu	7	23,3
Rò dịch não tủy	3	10
Viêm màng não	5	16,7
Viêm phúc mạc	4	13,3

Trong nhóm bệnh nhân tắc dẫn lưu phải nhập viện điều trị lại có 11 bệnh nhân kèm theo các sự cố khác chiếm 36,7%. Trong đó nhiễm trùng tại vị trí dẫn lưu có 7 bệnh nhân chiếm 23,3%. Viêm màng não có 5 bệnh nhân chiếm 16,7%. Viêm phúc mạc 4 bệnh nhân chiếm 13,3%. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 5 bệnh nhân xuất hiện ít nhất 2 sự cố của dẫn lưu cùng lúc.

Bảng 6: Kết quả chẩn đoán hình ảnh

	n	%
Hình ảnh giãn não thất		
Giãn cả 4 não thất	28	93,3
Giãn não thất III, 2 não thất bên	2	6,7
Giãn não thất bên đơn thuần	0	0
Hình ảnh thay đổi		
Sừng thái dương kích thước >2mm	30	100
Não thất III giãn rộng > 6mm	30	100
Thấm dịch não tủy ra xung quanh não thất	30	100
Rãnh Sylvius, rãnh cuộn não bị xóa	26	86,7
Hình tai chuột Mickey	24	80
Hình ảnh CLVT hoặc CHT		
Tỷ lệ FH/ID < 0,4	0	0
Tỷ lệ FH/ID 0,4 – 0,5	0	0
Tỷ lệ FH/ID > 0,5	100	100
Hình ảnh CLVT hoặc CHT		
Chỉ số Evans ≥ 0,3	30	100
Chỉ số Evans < 0,3	0	0

Bảng 6 cho thấy, số bệnh nhân giãn cả 4 não thất là 28 bệnh nhân có tỷ lệ cao nhất chiếm 93,3%. Chỉ có 2 bệnh nhân giãn não thất 3 và hai não thất bên. Toàn bộ bệnh nhân tắc dẫn lưu vào viện đều có sừng thái dương, não thất III giãn rộng và thấm dịch ra xung quanh thành não thất chiếm 100%. Rãnh cuộn não bị xóa xuất hiện ở 26 bệnh nhân chiếm 86,7%. Hình tai chuột Mickey xuất hiện 24/30 bệnh nhân chiếm 80%. Tỷ lệ sừng trán của não thất bên với bề rộng của vỏ não (FH/ID) > 0,5 có 30/30 bệnh nhân chiếm 100%. Không có bệnh nhân nào tỷ lệ FH/ID < 0,5. Chỉ số Evans (FH/BPD) > 0,3 có ở 30/30 bệnh nhân chiếm 100%.

Bảng 7: Bảng phân bố theo vị trí của dẫn lưu

Vị trí dẫn lưu	n	%
Đúng vị trí	20	66,7
Xuyên thành não thất	8	26,7
Nằm ngoài não thất	2	6,6

Bảng 7 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi có 20/30 bệnh nhân có hình ảnh đầu gần của dẫn lưu nằm trong lòng não thất chiếm 66,7%; 8 bệnh nhân có hình ảnh đầu gần của dẫn lưu nửa trong và nửa ngoài não thất chiếm 26,7%; 2 bệnh nhân đầu gần của dẫn lưu nằm ngoài thành não thất.

Bảng 8: Tính chất dịch não tủy

Dịch não tủy	n	%	
Màu sắc	Bình thường	30	100
	Bất thường	0	0
	Chảy thành tia	30	100
Áp lực	Chảy nhỏ giọt	0	0

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có màu sắc dịch não tủy bình thường, và tăng áp lực dịch não tủy (dịch chảy thành tia khi chọc đầu gần của dẫn lưu vào não thất)

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm tới 76,7%, tỷ lệ nam: nữ là 3.3:1, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào (2012) [11] tỷ lệ nam:nữ = 2,7:1 và nghiên cứu của Đỗ Hải Linh (2011) [9] tỷ lệ nam:nữ = 3,5:1.

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phải đặt lại shunt dẫn lưu, số lần đặt lại trung bình là 1,8 lần, kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của S. Iglesias (2016) số lần phải đặt lại trung bình là 2 lần và J. Stone (2013) số lần phải chỉnh sửa lại dẫn lưu là 2,66 lần. Số lần đặt dẫn lưu nhiều nhất là 5 lần chiếm 3,3% trong khi đó nghiên cứu của J.Stone (2013) số lần đặt dẫn lưu nhiều nhất là 10 lần chiếm 4,7%, điều này có thể giải thích vì thời gian nghiên cứu của họ kéo dài hơn chúng tôi, thường nghiên cứu trong vòng 10 năm.

Tổng thời gian trung bình từ khi đặt shunt cho tới khi tắc theo nghiên cứu của chúng tôi là 250 ngày, thời gian giao động từ 14 ngày tới 1080 ngày, kết quả nghiên cứu này khá phù hợp với nghiên cứu trước đó của F.Khan (2015): thời gian tồn tại của shunt là 120 ngày, giao động từ 2-2095 ngày.

Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân giãn não thất do tắc hệ thống dẫn lưu vào viện chủ yếu trong nhóm từ lơ mơ tới hôn mê với diễn biến tri giác

từ 12 điểm trở xuống chiếm 60%, nhóm bệnh nhân tỉnh hoặc giảm nhẹ tri giác có 40% số bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Đỗ Hải Linh (2011) 46,7% bệnh nhân có tri giác từ 12 điểm trở xuống, và theo Nguyễn Thế Hào (2012) là 47,9% bệnh nhân có tri giác từ 12 điểm trở xuống.

Bệnh nhân giảm tri giác kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50% số bệnh nhân, trong khi đó chỉ có 20% bệnh nhân vào viện trong tình trạng tỉnh táo và 30% số bệnh nhân giảm tri giác dần, kết quả trên cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào (2011) hôn mê kéo dài 35,9%, tri giác xấu dần chiếm 43,6%.

Các biểu hiện lâm sàng của não úng thủy do tắc hệ thống dẫn lưu rất đa dạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 50% bệnh nhân giãn não thất sau chấn thương sọ não, 13,3% bệnh nhân có khối u gây tắc đường dẫn lưu dịch não tủy và nhiều nguyên nhân khác gây giãn não thất. Vì vậy triệu chứng lâm sàng liên quan nhiều tới nguyên nhân ban đầu gây giãn não thất.

Nhưng nhìn chung lại các triệu chứng lâm sàng có thể gặp là hội chứng tăng áp lực nội sọ xuất hiện ở 90% bệnh nhân, giảm tri giác xuất hiện ở 80% bệnh nhân. Dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện ở 30% bệnh nhân, thường là di chứng của chấn thương sọ não và chỉ có 3,3% bệnh nhân có động kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kiều Đình Hùng (2010) hội chứng tăng áp lực nội sọ xuất hiện ở 96,6% bệnh nhân, rối loạn ý thức xuất hiện ở 34,5%.

Trong nhóm bệnh nhân tắc dẫn lưu vào viện, ngoài các triệu chứng của giãn não thất, còn xuất hiện các sự cố khác của dẫn lưu. Trong đó nhiễm trùng, không liền da tại vị trí đặt dẫn lưu có 23,3%, viêm màng não chiếm 16,7% và viêm phúc mạc chiếm 13,3%. Tổng số bệnh nhân xuất hiện các sự cố kèm theo là 11 bệnh nhân chiếm 36,7%. Trong nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc và viêm màng não chúng tôi tiến hành rút dẫn lưu và gửi điều trị nội khoa, khi nào bệnh ổn định sẽ tiến hành đặt lại dẫn lưu.

Về đặc điểm cận lâm sàng, chúng tôi sử dụng phương pháp: chụp cắt lớp vi tính hoặc/và cộng hưởng để chẩn đoán xác định giãn não thất, đây là hai phương pháp thăm dò hết sức quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh. Bên cạnh đó hai phương pháp thăm dò này còn cho chúng ta biết về các tổn thương kèm theo của xương sọ và nhu mô não cũng như vị trí đầu gần của dẫn lưu trong não thất... Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có đầy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán giãn não thất theo tiêu

chuẩn chính, cụ thể 100% bệnh nhân có sự xuất hiện của sừng thái dương (TH>2mm) và chỉ số FH/ID > 50% ở tất cả bệnh nhân, 100% bệnh nhân có hình ảnh thâm dịch qua thành não thất [3] (theo tiêu chuẩn chính của Grennberg). Ngoài tiêu chuẩn chính như trên các tiêu chuẩn phụ cũng có giá trị chẩn đoán cao như: chỉ số Evan > 30% và kích thước não thất III > 6mm xuất hiện ở 100% bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với kết quả trước đó của Nguyễn Đức Anh (2014) 100% đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chính chẩn đoán giãn não thất. Trên phim chụp cắt lớp vi tính chúng tôi nhận thấy có 28/30 bệnh nhân chiếm 93,3% giãn toàn bộ não thất, và trị trí bất thường của đầu gần của dẫn lưu não thất ổ bụng xuất hiện ở 10/30 bệnh nhân chiếm 33,3%, điều này chứng tỏ có sự di cư của đầu dẫn lưu nằm trong não thất, gây tắc dẫn lưu sau mổ.

KẾT LUẬN

Giãn não thất do tắc dẫn lưu trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp ở lứa tuổi 18-60, chiếm 86,6%, trong đó tỷ lệ nam/nữ: 3,2:1

Bệnh nhân tắc dẫn lưu não thất ổ bụng thường xảy ra trong nhóm có tiền sử phẫu thuật khuyết sọ-giãn não thất chiếm 50%, thời gian tắc dẫn lưu trung bình là 250 ngày (khoảng 8-9 tháng sau mổ)

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của nhóm bệnh nhân này là các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ: đau đầu, buồn nôn, nôn, giảm tri giác... xuất hiện ở 90% số bệnh nhân

Tri giác bệnh nhân lúc vào viện có tỷ lệ cao nhất ở nhóm 9-12 điểm chiếm 56,7%, và thường xuất hiện kéo dài từ trước đến khi vào viện.

Các sự cố khác cũng có thể xuất hiện kèm theo với bệnh giãn não thất do tắc dẫn lưu: cao nhất là nhiễm trùng tại vị trí dẫn lưu chiếm 23,3%, viêm màng não, viêm phúc mạc hay rò dịch não tủy

100% bệnh nhân giãn não thất do tắc dẫn lưu đều có sự xuất hiện của sừng thái dương (TH>2mm) và có hiện tượng thâm dịch qua thành não thất. Các chỉ số Evan (FH/BPD) > 0,3 và FH/ID > 0,5 đều xuất hiện ở 100% bệnh nhân.

Có 26,7% bệnh nhân có vị trí bất thường của đầu trong não thất của dẫn lưu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Trung (2010), ""Tràn dịch não thất, nguyên nhân và sinh lý bệnh học"", *Bệnh học phẫu thuật thần kinh*, tr. 257 - 270.
2. Nguyễn Phong (2013), ""Bệnh đầu nước ở người trưởng thành"", *Phẫu thuật thần kinh*, tr. 267 - 275.
3. Greenberg M.S (2010), ""Hydrocephalus"", *Handbook of neurosurgery*, tr. 7.