

disease", Handbook of venous disorders 3rd – American venous forum, p43.

9. Sang H, Li X, Qian A, Meng Q (2014), "Outcome of endovascular treatment in post-thrombotic syndrome.", Ann Vasc Surg., p1493-p1500.

10. Sarici IS, Yanar F, Agcaoglu O (2014), "Our early experience with iliofemoral vein stenting in patients with post-thrombotic syndrome." , Phlebology., p298-p303.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ THẦN KINH HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ U MÀNG NÃO TRÊN LỀU TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương¹, Trần Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả vi phẫu thuật u màng não trên lều có sử dụng định vị thần kinh hỗ trợ tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 46 bệnh nhân u màng não trên lều được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật, theo dõi tai biến, các yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Tuổi trung bình $59,2 \pm 12,09$, tỷ lệ nữ/nam = 2,28/1. Triệu chứng thường gặp là đau đầu, buồn nôn 91,3%, liệt vận động 26,1%, động kinh 23,9%. Phẫu thuật lấy toàn bộ u 89,1%, thời gian phẫu thuật trung bình $251,63 \pm 131,43$. Có 5,3% u tái phát sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 1 năm. **Kết luận:** U màng não trên lều phần lớn là lành tính, định vị thần kinh giúp lấy u triệt để, cải thiện thần kinh chức năng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp. **Từ khóa:** u màng não trên lều, vi phẫu thuật, định vị thần kinh.

SUMMARY

EVALUATION OF THE MICROSURGICAL OUTCOME OF SUPRATENTORIAL MENINGIOMAS USING NEURONAVIGATION SYSTEM AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of supratentorial meningioma surgery using neuronavigation at 103 Military Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective, descriptive study on 43 patients underwent microsurgical treatment for supratentorial meningiomas at Military Hospital 103 from April 2019 to October 2022. Evaluation of surgical results, monitoring of complications, prognostic factors. **Results:** Mean age of the patients was $59,2 \pm 12,09$, female/male ratio = 2.28/1. Common symptoms are headache, nausea 91,3%, motor paralysis 26,1%, epilepsy 23,9%. Total removal of tumor was 89,1%, the mean surgery time was $251,63 \pm 131,43$. There was 5.3% tumor recurrence after surgery with an average follow-up period of 1 year. **Conclusion:** Supratentorial meningiomas are mostly benign, neuronavigation helps remove the

tumor completely, improves neurological function after surgery and has a low recurrence rate.

Keywords: supratentorial meningiomas, microsurgery, neuronavigation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não (UMN) là một loại u nguyên phát, phổ biến phát triển từ tế bào nhện màng nhện, là các tế bào biệt hoá của hạt màng nhện thuộc hệ thần kinh trung ương. Phần lớn u màng não là lành tính theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2021, khối u thường phát triển chậm, ít xâm lấn vào nhu mô não. U màng não là khối u nội sọ nguyên phát phổ biến nhất, theo 1 nghiên cứu năm 2016 tại Mỹ, u màng não chiếm tới 36,6% các khối u nguyên phát của hệ thần kinh trung ương và 53,2% trong số các khối u lành tính. UMN chủ yếu gặp ở lứa tuổi từ 40-69, với tỷ lệ nữ/nam là 2-3/1 [1]. Cho đến nay, phương pháp điều trị u màng não chủ yếu là phẫu thuật. Phẫu thuật lấy u thường khó khăn do hệ thống mạch máu tăng sinh nuôi u phong phú, vị trí ở những vùng chức năng quan trọng. Việc phẫu thuật u màng não đã có rất nhiều tiến bộ nhờ kính hiển vi phẫu thuật, hệ thống định vị thần kinh (Neuronavigation), dao siêu âm... làm tăng khả năng lấy bỏ triệt để khối u và giảm các tai biến do phẫu thuật gây nên. Trong trường hợp khối u xâm lấn vào tổ chức xung quanh không những gây khó khăn cho phẫu thuật mà còn dễ xảy ra tai biến trong và sau mổ làm tăng tỷ lệ tử vong và di chứng sau mổ. Tuy nhiên, kết quả điều trị phẫu thuật u màng não thay đổi tùy từng trung tâm do có nhiều yếu tố ảnh hưởng, hơn nữa việc áp dụng các phương tiện hiện đại như hệ thống định vị thần kinh sẽ giúp quá trình lấy u được triệt để và cải thiện kết quả phẫu thuật. Chính vì thế, trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm tới mục tiêu: *Đánh giá kết quả vi phẫu thuật có sử dụng định vị thần kinh hỗ trợ điều trị UMN trên lều.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

- **Đối tượng:** các bệnh nhân được chẩn đoán UMN trên lều được vi phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 có sử dụng định vị thần kinh.

- **Thời gian:** từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 12 năm 2022.

- **Chọn mẫu thuận tiện**

- Cỡ mẫu: 46 bệnh nhân

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán UMN trên lều, được PT và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Chúng tôi đánh giá kết quả nghiên cứu về tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng: đau đầu, buồn nôn, liệt vận động, động kinh, rối loạn tri giác, rối loạn thị lực, rối loạn tâm thần, kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, mức độ lấy u, kết quả mô bệnh học, tỷ lệ u tái phát. Kết quả được phân tích bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ học:

Giới tính: Nghiên cứu này cho thấy nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, với tỷ lệ nam/nữ là 14/32 = 1/2,28.

Tuổi: Trong số 46 bệnh nhân UMN trên lều, tuổi lớn nhất là 81 và nhỏ nhất là 29. Tuổi trung bình 59,2.

Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tri giác	4	8,7
Đau đầu, buồn nôn	42	91,3
Rối loạn vận động	12	26,1
Rối loạn cảm giác	5	10,9
Động kinh	11	23,9
Rối loạn thị lực	9	19,6
Rối loạn tâm thần	5	10,9

Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình: 251,63 ± 131,43 phút.

Mức độ lấy u:

Bảng 2. Mức độ lấy u theo Simpson

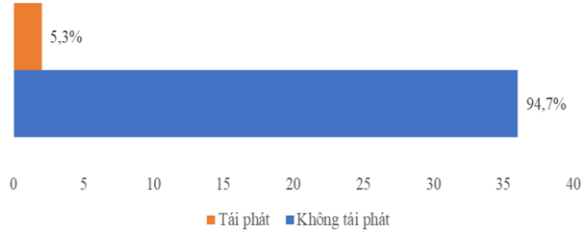
Simpson	Số BN	Tỷ lệ (%)
I+II (Toàn bộ)	41	89,1
III+IV (Bán phần)	5	10,9
Tổng	46	100

Kết quả mô bệnh học

Bảng 3. Phân loại kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ %
Độ I theo TCYTTG (Lành tính điển hình)	42	91,2
Độ II theo TCYTTG (Không điển hình)	2	4,4
Độ III theo TCYTTG (Ac tính)	2	4,4
Tổng	46	100

Tỷ lệ u tái phát sau mổ



Biểu đồ 1. Tái phát u sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học: Nghiên cứu này cho thấy nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, với tỷ lệ nam/nữ là 14/32 = 1/2,28. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng UMN trên lều gặp nhiều hơn ở phụ nữ với tỷ lệ nam/nữ = 1/1,6-3. Như vậy, tỷ lệ nữ mắc UMN trên lều cao hơn so với nam, nằm trong bệnh cảnh u màng não nói chung. Trong số 43 bệnh nhân UMN trên lều, tuổi lớn nhất là 81 và nhỏ nhất là 29. Tuổi trung bình 59,20 ± 12,093. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với các tác giả như Dương Đại Hà (2010): tuổi trung bình 49,8; Ihwan (2022): 66,0. Nhóm tuổi cao của bệnh nhân phản ánh tính chất của UMN là diễn biến từ từ, âm thầm nhiều năm, triệu chứng lâm sàng kín đáo, không rõ ràng [2], [3].

Triệu chứng lâm sàng: Hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn): trong nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn) chiếm tỷ lệ cao 91,3% (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với các tác giả trong nước. Tác giả Dương Đại Hà (2010) nghiên cứu về UMN nói chung, triệu chứng đau đầu gặp 91,2% và nôn là 71,6% [2]. Mặc dù triệu chứng đau đầu là gặp nhiều nhất nhưng là triệu chứng không đặc hiệu cho UMN. Các tác giả cho rằng bệnh nhân thường đau đầu âm ỉ, liên tục, nôn vọt không có triệu chứng báo trước, đau đầu và nôn thường xảy ra vào buổi sáng. Đau đầu, buồn nôn do u chèn ép vào màng não, mạch máu và là triệu chứng báo hiệu kích thước u đã lớn gây nên hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Rối loạn vận động: nghiên cứu của chúng tôi thấy có 26,1% BN có liệt vận động (Bảng 1). Triệu chứng rối loạn vận động thường xảy ra ở BN UMN vùng vỏ não vận động, UMN cạnh đường giữa hay UMN liềm não. Biểu hiện liệt hai chân hay gặp u phát triển hai bên bán cầu, liệt nửa người gặp u một bán cầu, kích thước lớn và có đè đẩy liềm não. Liệt một chân gặp những u phát triển một bên bán cầu, gần xoang tĩnh mạch dọc trên và hay đi kèm với rối loạn cảm giác.

Động kinh: UMN nói chung thường gây động kinh. Trong nghiên cứu của tôi có tỷ lệ động kinh

là 23,9%, chủ yếu gặp ở UMN liềm não và UMN cạnh đường giữa (Bảng 1). Theo tác giả Dương Đại Hà, nghiên cứu về UMN nói chung tỷ lệ động kinh chiếm 19,6%. Theo tác giả Guduk M. và cs (2019) có 20,6% động kinh trong số 141 bệnh nhân UMN cánh xương bướm được phẫu thuật. Mathiesen T. (2020) tổng hợp các nghiên cứu về UMN cạnh đường giữa kết luận triệu chứng động kinh chiếm từ 30-40% [4].

Như vậy, động kinh thường liên quan chặt chẽ tới UMN vùng đường giữa và liềm não. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác là động kinh của u màng não chủ yếu là động kinh cục bộ.

Kết quả phẫu thuật: Thời gian PT tùy thuộc nhiều vào các yếu tố khách quan như vị trí, kích thước, mật độ u và các yếu tố chủ quan như điều kiện, trang thiết bị PT, trình độ PTV.

Thời gian PT trung bình của nhóm nghiên cứu là 251,63 phút. Theo Wu Y. M. (2009), thời gian PT của các UMN cạnh đường giữa và vòm sọ có tắc mạch trước mổ là 382,5 phút; không tắc mạch trước mổ là 432 phút. Sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê về hai thông số [5]. Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả trên thế giới, điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có ứng dụng định thần kinh trong mổ giúp phẫu thuật viên tiếp cận u nhanh hơn và đánh giá lấy u trong mổ tốt hơn [6].



Hình 1: Định vị thần kinh trong mổ

**Nguồn: Bệnh viện Quân y 103*

Để dễ dàng nhận định kết quả và so sánh, Sindou (1993) phân loại lấy u Simpson thành 2 nhóm:

Nhóm 1: Simpson I, II (lấy u toàn bộ).

Nhóm 2: Simpson III, IV (lấy u bán phần).

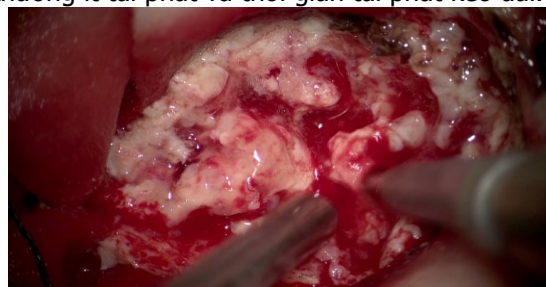
Sindou nhận thấy tỷ lệ lấy u nhóm 1 là 91%, nhóm 2 là 9%. Kết quả nghiên cứu của tôi tỷ lệ này lần lượt là 89,1 và 10,9%.

Trong phẫu thuật chúng tôi thấy: định vị thần kinh giúp lấy u triệt để và an toàn hơn, bảo tồn được thần kinh chức năng nhất là ở vị trí u vòm sọ, đường giữa. U ở các vị trí nền sọ thì định vị thần kinh giúp phẫu thuật viên tránh tổn

thương các mạch máu lớn và việc lấy triệt để u gặp nhiều khó khăn do u xâm dính vào mạch máu nền sọ và xoang hang. Ngoài ra, trong mổ những u có kích thước lớn và phù não nhiều thì sự thay đổi giải phẫu trong mổ sẽ gây sai lệch định vị thần kinh trong phẫu thuật, khi đó phẫu thuật viên phải căn cứ vào ranh giới và tính chất u để lấy u được triệt để [7], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, UMN lành tính độ I theo TCYTTC chiếm tỷ lệ 91,2%, độ II và độ III đều chiếm 4,4% (Bảng 3). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế, với tỷ lệ UMN độ I chiếm 76-90% [3].

Các nghiên cứu gần đây đều cho rằng trong số các UMN lành tính, điển hình (độ I, theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, 2016) các thể thường gặp là thể biểu mô, thể chuyển tiếp, thể xơ và thể cát, đôi khi có thể gặp thể mạch máu. Các thể mô bệnh này có một đặc điểm chung là thường ít tái phát và thời gian tái phát kéo dài.



Hình 2: Hình ảnh trong mổ

**Nguồn: Bệnh viện Quân y 103*

Với thời gian theo dõi trung bình 26 tháng (từ 6 tháng–46 tháng), có 2/38 trường hợp tái phát u chiếm 5,3%. Đây là trường hợp lấy u Simpson III: cắt hết u và không đốt điện phần màng não gốc u. Hiện tại tình trạng BN ổn định, tiếp tục theo dõi định kỳ hàng năm. Như vậy, lấy u triệt để có thể làm giảm khả năng tái phát sau mổ.

Tỷ lệ tái phát u đối với u màng não theo báo cáo của các tác giả Spille D. (2020) có liên quan đến mức độ lấy u triệt để theo phân độ của Simpson. Tỷ lệ tái phát theo phân độ Simpson I: 8%, Simpson II: 11%, Simpson III: 18%, Simpson IV: 19% và Simpson V: 25% trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật [9]. Trong một nghiên cứu tổng hợp của tác giả Lemée J. M. (2020), trong 1469 trường hợp UMN được PT có 179 bệnh nhân tái phát (12,2%) với thời gian theo dõi trung bình là 93,2 tháng [10]. Tác giả cũng cho rằng khoảng thời gian giữa các lần phẫu thuật UMN tái phát ngày càng ngắn lại, được ví như một "cuộc chạy đua với thời gian".

Như vậy, tỷ lệ tái phát u trong nghiên cứu

của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây, có thể do thời gian theo dõi của các bệnh nhân trong nghiên cứu ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp u màng não trên lều được phẫu thuật, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: tuổi trung bình 59,2±12,09. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,28. Triệu chứng thường gặp: hội chứng tăng áp lực nội sọ (91,3%), rối loạn vận động (26,1%), động kinh (23,9%), rối loạn thị lực (19,6%)... Thời gian phẫu thuật trung bình 251,63 phút. 89,1% phẫu thuật lấy toàn bộ u (Simpson I và II), lấy u bán phần là 10,9%. 5,3% bệnh nhân có u tái phát sau mổ 1 năm. Định vị thần kinh giúp lấy u triệt để, cải thiện thần kinh chức năng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Buerki R. A., Horbinski C. M., Kruser T., et al.** (2018) An overview of meningiomas. *Future Oncol*, 14(21): 2161-2177.
2. **Dương Đại Hà** (2010) Nghiên cứu chẩn đoán, kết quả phẫu thuật và yếu tố tiên lượng u màng não tại Bệnh viện Việt - Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Ihwan A., Rafika R., Cangara M. H., et al.** (2022) Correlation between Radiological Images and Histopathological Type of Meningioma: A Cohort Study. *Ethiop J Health Sci*, 32(3): 597-604.
4. **Mathiesen T.** (2020) Parasagittal meningiomas. *Handb Clin Neurol*, 170: 93-100.
5. **Wu Y. M., Wong H. S., Chen Y. L., et al.** (2009) Preoperative Embolization for Parasagittal and Convexity Meningiomas: Efficacy and Safety. *Chin J Radiol*, 34: 245-252.
6. **Mezger U., Jendrewski C., Bartels M.** (2013) Navigation in surgery. *Langenbecks Arch Surg*, 398(4): 501-514.
7. **Silva D., Belsuzarri T., Barnett G. H.** (2020). Image-guided surgery for meningioma. *Handb Clin Neurol*, 170: 201-207.
8. **Barone D. G., Lawrie T. A., Hart M. G.** (2014) Image guided surgery for the resection of brain tumours. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): Cd009685.
9. **Spille D. C., Hess K., Bormann E., et al.** (2020) Risk of tumor recurrence in intracranial meningiomas: comparative analyses of the predictive value of the postoperative tumor volume and the Simpson classification. *J Neurosurg*, 134(6): 1764-1771.
10. **Lemée J. M., Corniola M. V., Meling T. R.** (2020) Benefits of re-do surgery for recurrent intracranial meningiomas. *Sci Rep*, 10(1): 303.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NẠP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Trường Thịnh^{1,2}, Đỗ Đức Kiểm³, Nguyễn Mạnh Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 44 bệnh nhân (với 26 bệnh nhân hồi cứu và 18 bệnh nhân tiến cứu) được phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 1 năm 2018. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu phân bố đa dạng. Nam giới chiếm 75% cao hơn so với nữ giới. 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt. 63,64% bệnh nhân đạt kết quả x-quang sau mổ rất tốt và 36,36% bệnh nhân đạt kết quả x-quang sau mổ

tốt, không có bệnh nhân nào đạt kết quả Xquang sau mổ là khá và xấu. Đánh giá sau 6 tháng: đa phần bệnh nhân không còn đau, phần lớn bệnh nhân trở lại nghề cũ chiếm 97,73%; 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng. **Kết luận:** Phương pháp điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa là một phương pháp điều trị an toàn, đem lại hiệu quả liền xương theo giải phẫu và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh.

Từ khóa: Gỡ đầu dưới xương quay, phẫu thuật gỡ đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa.

SUMMARY

EVALUATING THE SURGICAL OUTCOMES OF DISTAL RADIUS FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluating the surgical outcomes of distal radius fractures treated with locking plate fixation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study combining retrospective and prospective non-controlled approaches on 44 patients (with 26 retrospective patients and 18 prospective patients) diagnosed with distal radius fractures and treated with locking plate fixation at the Trauma and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024