

2. **De Martel C, Plummer M, Vignat J et al** (2017), "Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type", *Int J Cancer*, 141(4), pp.664-70.
3. **International Agency for Research on Cancer** (2020), "GLOBOCAN 2020: Viet Nam", <https://gcoiarcfr/today/data/factsheets/population/s/704-viet-nam-fact-sheetspdf>, pp.1-2.
4. **Ndon S, Singh A, Ha PK et al** (2023), "Human Papillomavirus-Associated Oropharyngeal Cancer: Global Epidemiology and Public Policy Implications", *Cancers*, 15(16).
5. **Salama JK, Brizel DM**. Chapter 48: Oropharynx. In: Halperin EC, Wazer DE, Perez CA, Brady LW, editors. *Perez & Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. 7th ed. China: Wolters Kluwer; 2018.
6. **Shaikh MH, McMillan NA, Johnson NW** (2015), "HPV-associated head and neck cancers in the Asia Pacific: A critical literature review & meta-analysis", *Cancer epidemiology*, 39(6), pp.923-38.
7. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al** (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), pp.209-49.
8. **L B, G A, B S et al**, *ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre)*. Human Papillomavirus and Related Diseases in Viet Nam.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U MÀNG NÃO ĐỘ CAO TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Gia Dự¹, Nguyễn Đức Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u màng não độ cao tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 39 bệnh nhân u màng não độ cao đã được phẫu thuật từ tháng 7/2019 đến 12/2023. Bệnh nhân được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật với xạ phẫu hoặc xạ trị. Chúng tôi phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả kiểm soát khối u. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $56,31 \pm 2,07$, tỷ lệ nam/nữ là 15/24; 80,6% bệnh nhân đến viện vì đau đầu; 82,1% u màng não độ II, 17,9% u màng não độ III; trên cộng hưởng từ, 53,8% khối u ngấm thuốc không đồng nhất, 58,9% bờ u không đều, 53,9% phù quanh u, kích thước trung bình $49,1 \pm 15,28$ (mm), 46,2% u ở vòm sọ, 33,3% u nền sọ, 12,8% u liềm đại não và 7,7% u hố sau. Phẫu thuật Simpson I: 46,2%, Simpson II: 20,5%. Với thời gian theo dõi trung bình 32,3 tháng (12 – 52 tháng), có 8/32 bệnh nhân u màng não độ II và 4/7 bệnh nhân u màng não độ III tái phát. Tỷ lệ kiểm soát tại thời điểm 12 tháng là 94,9%, sau 24 tháng là 82,4%, sau 36 tháng là 63,6%. 2 bệnh nhân u màng não độ II và 1 bệnh nhân u màng não độ III tử vong trong quá trình theo dõi. **Kết luận:** Mức độ cắt bỏ khối u có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị u màng não độ cao ($P=0.017$). Điều trị bổ trợ xạ trị và xạ phẫu sau phẫu thuật đối với u màng não độ cao có tác dụng giúp kiểm soát khối u tại chỗ. **Từ khóa:** xạ phẫu, u màng não độ cao, xạ trị, xạ phẫu

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF HIGH-GRADE MENINGIOMAS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: The study aimed to review the clinical, subclinical and treatment results of high-grade meningioma at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive study on 39 high-grade meningiomas patients who underwent surgery from July 2019 to December 2023. The patient received adjuvant treatment after surgery with radiosurgery or radiotherapy. We analyzed clinical, images of MRI and tumor control outcomes. **Results:** In our study, the average age was 56.31 ± 2.07 years old, the male/female ratio was 15/24; 80.6% of patients came to the hospital because of headaches; 82.1% of grade II meningiomas, 17.9% of grade III meningiomas; on MRI, 53.8% of tumors showed heterogeneous enhancement, 58.9% of tumor margins were irregular, 53.9% had peritumoral edema, average size 49.1 ± 15.28 (mm), 46.2% of tumors in the convexity, 33.3% tumors in the skull base, 12.8% tumors in the parasagittal and 7.7% tumor in the posterior fossa. Phẫu thuật Simpson I: 46,2%, Simpson II: 20,5%. Simpson I: 46,2%, Simpson II: 20,5%. With an average follow-up time of 32.8 months (12 - 52 months), 8/32 patients with grade II meningiomas and 4/7 patients with grade III meningiomas had recurrent. The control the tumor at 12 months was 94.9%, after 24 months was 82.4%, after 36 months was 63.6%. 2 patients with grade II meningiomas and 1 patient with grade III meningiomas died during follow-up. **Conclusion:** The extent of tumor resection may affect the outcome of treatment of high-grade meningioma ($P=0.017$). Adjuvant radiotherapy and postoperative radiosurgery for high-grade meningiomas are effective in local tumor control. **Keywords:** radiosurgery, high-grade meningioma, radiosurgery, radiotherapy

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là khối u nguyên phát của thần kinh trung ương hay gặp thứ hai, chiếm tỷ lệ 13 – 16% khối u nội sọ¹. Theo phân loại của tổ chức Y tế thế giới, u màng não được chia là 3 độ, trong đó khoảng 90% là u màng não độ I, 5-15% u màng não độ II, 1-3% u màng não độ III². Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản nhất của u màng não với mục tiêu cắt bỏ hoàn toàn khối u. Sau phẫu thuật, u màng não lành tính thường có tiên lượng tốt, tuy nhiên u màng não độ cao thường có nguy cơ tái phát thậm chí ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân^{1,3}. Xạ trị đang ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị u màng não. Xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật giúp giảm nguy cơ tái phát, kéo dài khoảng thời gian bệnh ổn định đến khi tái phát cũng như sự ảnh hưởng của khối u tái phát, đồng thời cải thiện sống thêm. Dựa theo các bằng chứng y văn, xạ trị bổ trợ được khuyến cáo đối với u màng não không điển hình (độ II) cắt bỏ không hoàn toàn, u màng não ác tính, và u màng não tái phát¹. Gần đây, nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá vai trò của xạ phẫu trong điều trị u màng não. Phương pháp này được ưa thích sử dụng hiện nay vì tỷ lệ kiểm soát u cao, cải thiện sự phân bố liều với tập trung liều cao vào u và giảm liều vào mô lành xung quanh, cũng như sự tiên lợi khi chỉ phải điều trị trong một hoặc một vài phân liều. Tỷ lệ kiểm soát u màng não không điển hình sau 5 năm dao động 44 - 83%^{1,4,5}. Hiện nay, Việt Nam cũng đã áp dụng kỹ thuật xạ phẫu trong điều trị u màng não. Với mong muốn cải thiện chất lượng điều trị cũng như kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân u màng não độ II và III, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u màng não độ cao tại Bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- U màng não đã được phẫu thuật.
- Kết quả mô bệnh học là u màng não độ II và độ III.

- Được điều trị xạ phẫu/xạ trị sau phẫu thuật
- Chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60 .

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm theo hoặc bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng

2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu: chúng tôi đã thu thập được 39 bệnh nhân

2.2.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị, chẩn đoán là u màng não.
- Bệnh nhân được phẫu thuật lấy u tại bệnh viện K, có giải phẫu bệnh là u màng não độ II hoặc độ III
- Bệnh nhân được điều trị xạ phẫu hoặc xạ trị thường quy (xạ gia tốc).
- Bệnh nhân được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng.

2.2.4. Các chỉ số đánh giá

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng
- + Tuổi, giới, chỉ số toàn trạng Karnofsky, triệu chứng thần kinh
- + Đặc điểm u: kích thước, vị trí, hình thái, bờ u, hoại tử trong u
- + Kết quả điều trị phẫu thuật: đánh giá theo Simpson, biến chứng sau phẫu thuật.
- + Kết quả giải phẫu bệnh, điều trị bổ trợ sau phẫu thuật
- Kết quả điều trị
- + Tái phát/tiến triển: được định nghĩa là xuất hiện tổn thương mới hoặc tăng kích thước sau điều trị.
- + Tỷ lệ kiểm soát u tại não, liên quan giữa tỷ lệ tiến triển / tái phát và khả năng lấy u.

2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Mô tả: Trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.
- So sánh các tỷ lệ: Sử dụng test χ^2 .
- Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Một số đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng

Biến số	Kết quả
Tổng số bệnh nhân	39
Tuổi	
Trung bình	56,3 \pm 2,07
Min - Max	18 - 83
Giới	
Nam	15 (38,5 %)
Nữ	24 (61,5%)

Chỉ số Karnofsky	
≥ 80	32 (82,1%)
<80	7 (17,9%)

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 56,35 ± 2,07. Tỷ lệ nam/nữ là 15/24. 82,1% là các bệnh nhân có thể trạng tốt.

Các triệu chứng lâm sàng

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng	N	%
Đau đầu	31	79,5%
HC TALNS	10	25,6%
Tổn thương thần kinh sọ	1	2,6%
Động kinh	3	7,7%
Liệt khu trú	4	10,2%
Chóng mặt	2	5,1%
Rối loạn cảm giác	1	2,6%

Bệnh nhân thường đến viện với triệu chứng đau đầu (79,5%), hoặc muộn hơn là có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ (25,6%), một số trường hợp có biểu hiện động kinh (7,7%) hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú (10,2%).

Đặc điểm khối u trên cộng hưởng từ

Bảng 3: Đặc điểm hình ảnh khối u

Biểu số	Kết quả
Kích thước u	49,1± 15,28 (mm)
Min	15 mm
Max	83 mm
Vị trí u	
Vòm sọ	18(46,2%)
Nền sọ	13 (33,3%)
Liềm đại não	5 (12,8)
Hố sau	3 (7,7)
Hoại tử trong u	
Có	16 (41,1%)
Không	23 (58,9%)
Bờ	
Bờ đều	16(41,1%)
Bờ không đều	23(58,9%)
Ngấm thuốc	
Không đồng nhất	21 (53,8%)
Đồng nhất	18 (46,2%)
Phù quanh u	
Có	23 (53,9%)
Không	16 (41,1%)

Các đặc điểm hình ảnh cho thấy bệnh nhân đến viện khi khối u đã có kích thước tương đối lớn (trung bình 49,1mm, có khối u 83mm), các khối u thường ở vị trí vòm sọ (46,2%), thường không có hoại tử trong u (58,9%), thường có bờ không đều (58,9%) và có phù quanh u (53,9%)

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật

Bảng 4: kết quả phẫu thuật

Mức độ phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
-------------------	----------	-------

Simpson I	18	46,2
Simpson II	8	20,5
Simpson III	5	12,8
Simpson IV	8	20,5

Có 2 trường hợp (5,1%) tụ máu ngoài màng cứng sau mổ lấy u, cần phải mổ lại lấy máu tụ, giải tỏa não. Bệnh nhân hồi phục tốt sau phẫu thuật.

Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 5: kết quả giải phẫu bệnh.

Giải phẫu bệnh	Số lượng	Tỷ lệ
Độ II	32	82,1
Độ III	7	17,9

Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật

Bảng 6: Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.

Giải phẫu bệnh	Xạ phẫu	Xạ trị thường quy	Tổng
Độ II	29 (74,4%)	3 (7,7%)	32 (82,1%)
Độ III	0 (0%)	7 (17,9%)	7 (17,9%)
Tổng	29 (74,4%)	10 (25,6%)	39 (100%)

Các bệnh nhân u màng não độ cao sau phẫu thuật 4-6 tuần được điều trị tiếp theo bằng xạ phẫu hoặc xạ trị thường quy. Liều xạ phẫu 18Gy, liều xạ trị thường quy 60Gy/30 phân liều.

- Đối với các bệnh nhân u màng não độ III, tất cả được chỉ định xạ trị thường quy sau phẫu thuật.

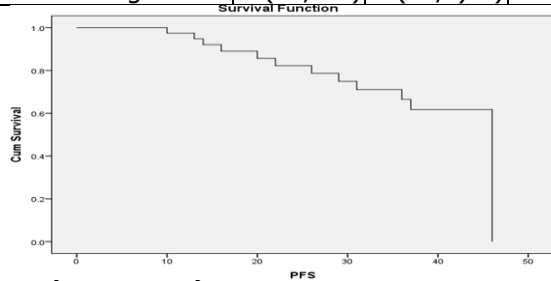
- Đối với các bệnh nhân u màng não độ II, chỉ định xạ trị thường quy hay xạ phẫu phụ thuộc vào thể tích u tồn dư, độ rộng của giường u, vị trí u, thể trạng của bệnh nhân...

Kết quả sau điều trị bổ trợ

Thời gian theo dõi trung bình 32,3 ± 12,2 tháng (12 – 52 tháng)

Bảng 7. Kết quả kiểm soát khối u

Giải phẫu bệnh	Tái phát	Không tái phát	Tổng
U màng não độ II	8(20,5%)	24(61,5%)	32
U màng não độ III	4(10,3%)	3(7,7%)	7
Tổng	12(30,8%)	27(69,2%)	39



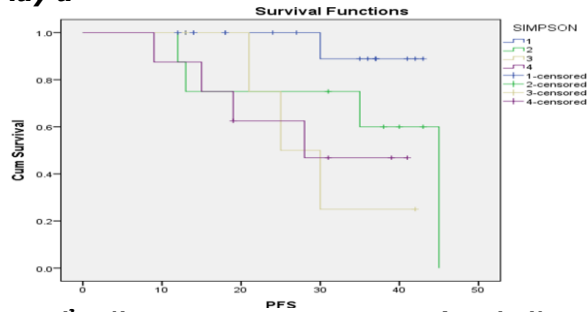
Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-Meier về tỷ lệ kiểm soát của u trong thời gian theo dõi

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát tại thời điểm 12 tháng là 94,9%, sau 24 tháng là 82,4%, sau 36 tháng là 63,6%.

Thời gian tái phát trung bình: 22,9 tháng (ngắn nhất 9 tháng, dài nhất 45 tháng). Trong số 12 bệnh nhân tái phát có 10 bệnh nhân được phẫu thuật lại, 2 bệnh nhân không tiếp tục điều trị và tử vong, không có bệnh nhân nào điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật lại.

Trong thời gian theo dõi có 3 trường hợp tử vong (7,7%). 1 trường hợp bệnh nhân nữ 58 tuổi, khối u màng não độ II tái phát sau 12 tháng, 1 trường hợp bệnh nhân 50 tuổi, khối u màng não độ II vùng hố sau được xạ trị sau phẫu thuật, tử vong do phù não vùng hố sau và 1 trường hợp bệnh nhân nam 68 tuổi, u màng não nền sọ độ III, bệnh nhân được xạ trị sau phẫu thuật, khối u tiến triển sau 7 tháng điều trị.

Khả năng kiểm soát khối u theo mức độ lấy u



Biểu đồ 2: Tương quan giữa mức độ lấy u và khả năng kiểm soát tại chỗ khối u

Các khối u được lấy toàn bộ bao gồm màng cứng xung quanh có tỉ lệ tái phát thấp nhất, các khối u chỉ được lấy bán phần (Simpson IV) có khả năng tái phát cao (P=0,017). Nhận thấy rằng mức độ lấy u có thể ảnh hưởng tới khả năng kiểm soát khối u.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi, và tiền sử xạ trị nội sọ được cho là các yếu tố nguy cơ u màng não độ cao. Tỷ lệ u màng não tăng lên theo tuổi, đạt đỉnh ở 60 – 70 tuổi, nhưng với u màng não độ cao thường gặp độ tuổi thấp hơn u màng não lành tính⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 56,31 ± 2,07 tuổi. Về giới, u màng não độ cao thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ⁶. Kết quả này có khác biệt với nghiên cứu này với tỷ lệ nam/nữ là 15:24, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân còn hạn chế, nên chưa thể đưa ra một kết luận khẳng định. Về vị trí, u màng não độ cao thường xảy ra ở vòm sọ hơn nền sọ⁶. Ngoài ra, u màng não độ cao ở nền sọ có tỷ lệ tái phát thấp hơn và tiên lượng sống thêm tốt hơn so với u vòm sọ. Nghiên cứu của chúng tôi có 18 bệnh nhân (46,2%) có khối u ở màng não vòm sọ, 13 (33,3%) bệnh nhân có khối u nền sọ, 5 bệnh

nhân (12,8%) khối u nằm ở đường giữa và 3 bệnh nhân (7,7%) khối u nằm ở hố sau. Về hình thái u, u màng não độ cao thường có một số dấu hiệu gợi ý độ cao gồm tăng tín hiệu không đồng nhất, dạng hoại tử, ranh giới u không rõ¹. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 53,8% khối u ngấm thuốc không đồng nhất, 58,9% bờ u không đều, 41,1% có hoại tử trong u, 53,9% phù quanh u.

Trong chiến lược điều trị u màng não độ cao, phẫu thuật cắt bỏ đóng vai trò quan trọng nhất, nhằm lấy tối đa khối u và chẩn đoán xác định mô bệnh học. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng, phẫu thuật cắt toàn bộ khối u sẽ có kết quả kiểm soát tốt hơn so với phẫu thuật cắt gần toàn bộ¹. Tuy nhiên, một tỷ lệ u màng não không thể cắt bỏ hoàn toàn do khối u xâm lấn vào xoang tĩnh mạch, dính vào các cấu trúc mạch máu và thần kinh sọ não hoặc ở vị trí màng cứng nền sọ mà không thể phẫu thuật được. Trong nghiên cứu của chúng tôi 18 bệnh nhân (46,2%) được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u và đốt phần màng cứng chân u. Sau phẫu thuật, u màng não độ cao thường có nguy cơ tái phát thậm chí ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân. Nghiên cứu của Perry và cộng sự cho thấy tỷ lệ tái phát tại 5 năm với u màng não độ II là 41%, độ III là 56% sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ. Tỷ lệ tái phát cao hơn với u màng não tồn dư sau phẫu thuật³. Xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật giúp giảm nguy cơ tái phát, kiểm soát tại u. Nghiên cứu đa phân tích trên 14 nghiên cứu hồi cứu của Hasan và cộng sự so sánh phẫu thuật cắt toàn bộ đơn thuần so với kết hợp xạ trị hỗ trợ với u màng não không điển hình cho thấy tỷ lệ tái phát 5 năm cao hơn đáng kể ở nhóm phẫu thuật đơn thuần (33% so với 15%, p = 0,005). Milosevic và cộng sự đã báo cáo kết quả xạ trị trung bình 50 Gy cho tổng số 59 bệnh nhân (17 trường hợp u màng não không điển hình và 42 trường hợp u màng não ác tính), và khối u tái phát ở 39 bệnh nhân (66%). Trong nhóm bệnh nhân tái phát, nhóm xạ trị hỗ trợ có thời gian xuất hiện tái phát lâu hơn 8 tháng (39,5 tháng so với 31,5 tháng, p = 0,015)⁷. Xạ phẫu là một phương pháp xạ trị hiệu quả đối với u màng não, với tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại thời điểm 5 năm dao động từ 44 – 83%. Trong nghiên cứu của Hanakita xạ phẫu trên 22 bệnh nhân u màng não không điển hình, tỷ lệ kiểm soát tại thời điểm 1 năm là 74%, 2 năm là 39%, 5 năm là 16%⁴. Báo cáo của Park xạ phẫu Gamma Knife đối với u màng não sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ tái phát đối với u màng não độ cao là 32%⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với thời gian theo dõi trung bình 32,3

tháng (12-52 tháng), có 12 trường hợp bệnh nhân tái phát/tiến triển (30,7%), trong đó gồm 8/32 bệnh nhân u màng não độ II và 4/7 bệnh nhân u màng não độ III. Tỷ lệ kiểm soát tại thời điểm 12 tháng là 94,9%, sau 24 tháng là 82,4%, sau 36 tháng là 63,6%. Thời gian tái phát trung bình là 22,9 tháng (sớm nhất là 9 tháng và chậm nhất là 45 tháng). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

U màng não độ cao là khối u có tỷ lệ tái phát, tiến triển cao sau phẫu thuật. Tuổi trung bình $56,3 \pm 2,07$ tuổi, tỷ lệ nam/ nữ: 15/24. Bệnh nhân đến viện với triệu chứng chủ yếu là đau đầu (79,5%). Trên cộng hưởng từ, khối u có kích thước trung bình $49,1 \pm 15,28$ (mm), khối u thường có hình ảnh bờ u không đều (58,9%) và phù quanh u (58,9%), khối u gặp nhiều ở vòm sọ 46,2%, Phẫu thuật Simpson I: 46,2%, Simpson II: 20,5%. U màng não độ II thường gặp hơn (82,1%) u màng não độ III (17,9%). Mức độ cắt bỏ khối u có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị ($P=0,017$). Tỷ lệ kiểm soát tại thời điểm 12 tháng là 94,9%, sau 24 tháng là 82,4%, sau 36 tháng là 63,6%. Điều trị bổ trợ xạ trị và xạ phẫu sau phẫu thuật đối với u màng não độ cao có tác dụng giúp kiểm soát khối u tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Modha A, Gutin PH.** Diagnosis and treatment of atypical and anaplastic meningiomas: a review.

2. **Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al.** The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta neuropathologica*. Jun 2016; 131(6): 803-20. doi:10.1007/s00401-016-1545-1.
3. **Perry A, Stafford SL, Scheithauer BW, Suman VJ, Lohse CM.** Meningioma grading: an analysis of histologic parameters. *The American journal of surgical pathology*. Dec 1997; 21(12): 1455-65. doi:10.1097/00000478-199712000-00008.
4. **Hanakita S, Koga T, Igaki H, et al.** Role of gamma knife surgery for intracranial atypical (WHO grade II) meningiomas. *Journal of neurosurgery*. Dec 2013;119(6):1410-4. doi:10.3171/2013.8.JNS13343.
5. **Park CK, Jung NY, Chang WS, Jung HH, Chang JW.** Gamma Knife Radiosurgery for Postoperative Remnant Meningioma: Analysis of Recurrence Factors According to World Health Organization Grade. *World neurosurgery*. Dec 2019;132: e399-e402. doi: 10.1016/j.wneu. 2019.08.136.
6. **Wilson TA, Huang L, Ramanathan D, et al.** Review of Atypical and Anaplastic Meningiomas: Classification, Molecular Biology, and Management. *Frontiers in oncology*. 2020;10: 565582. doi:10.3389/fonc.2020.565582.
7. **Hasan S, Young M, Albert T, et al.** The role of adjuvant radiotherapy after gross total resection of atypical meningiomas. *World neurosurgery*. May 2015; 83(5): 808-15. doi:10.1016/j.wneu. 2014.12.037.
8. **Milosevic MF, Frost PJ, Laperriere NJ, Wong CS, Simpson WJ.** Radiotherapy for atypical or malignant intracranial meningioma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1996;34:817-822.

GIÁ TRỊ VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN NGẮN SPMSQ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HAI XÃ, HUYỆN CẦU NGANG TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{1,2}, Nguyễn Hồng Phương², Nguyễn Thị Diệu Thu²
Trần Thị Cẩm Linh², Trần Thị Cẩm Nhung², Nguyễn Thị Thanh Tuyền²
Nguyễn Thị Kim Yến², Nguyễn Thị Phong²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sút trí tuệ là hội chứng thường gặp ở người cao tuổi, là một trong những nguyên nhân phổ biến gây nhập viện, phụ thuộc, giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi. Thang đánh giá trạng thái tâm thần ngắn SPMSQ là một công cụ đánh

nhận thức ngắn gọn được thiết kế để sàng lọc suy giảm nhận thức ở người cao tuổi. Giá trị và độ tin cậy của công cụ này chưa được nghiên cứu ở Việt Nam cho đến nay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị và độ tin cậy của thang SPMSQ trong việc phát hiện các rối loạn nhận thức ở người cao tuổi. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu, được thực hiện trên 334 người cao tuổi (≥ 65 tuổi) tại hai xã Vinh Kim, xã Thuận Hòa, huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh. Phỏng vấn SPMSQ sẽ được tiến hành 2 lần cách nhau 2 tuần, trên cùng một đối tượng. Độ tin cậy của công cụ được đánh giá bằng chỉ số tương quan nội tại Cronbach's alpha và độ tin cậy đánh giá lại bằng chỉ số tương quan nội lớp. Diện tích dưới đường cong ROC được tính để xác định điểm cắt. **Kết quả:**

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược, Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên
Email: tien.nnhm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024