

0,493; $p < 0,001$). Nồng độ hs-CRP theo phân độ nặng PASI ở nhóm vảy nến mảng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 mức độ nhẹ, trung bình và nặng với $p = 0,007$. Tóm lại, hs-CRP có thể là một chỉ số hữu ích để đánh giá mức độ nặng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phan Trâm Oanh. Nồng độ Lipocalin-2 trong huyết tương và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân vảy nến. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2020.
2. Kang S, Amagai M, Bruckner AL. Fitzpatrick's Dermatology. Ninth Edition ed. McGraw Hill; 2019.
3. Niknezhad N, Haghghatkhah HR, Zargari O, et al. High-sensitivity C-reactive protein as a biomarker in detecting subclinical atherosclerosis in psoriasis. Dermatol Ther. Jul 2020;33(4): e13628. doi:10.1111/dth.13628
4. Ozkur E, Seremet S, Afsar FS, Altunay IK, Calikoglu EE. Platelet Count and Mean Platelet Volume in Psoriasis Patients. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2020;54(1): 58-61. doi:10.14744/SEMB.2018.69370
5. Sen BB, Rifaioglu EN, Ekiz O, Inan MU, Sen T, Sen N. Neutrophil to lymphocyte ratio as a measure of systemic inflammation in psoriasis. Cutan Ocul Toxicol. Sep 2014;33(3):223-7. doi:10.3109/15569527.2013.834498
6. Sirin MC, Korkmaz S, Erturan I, et al. Evaluation of monocyte to HDL cholesterol ratio and other inflammatory markers in patients with psoriasis. An Bras Dermatol. Sep - Oct 2020; 95(5): 575-582. doi:10.1016/j.abd.2020.02.008
7. Uaratanawong R, Uaratanawong S, Chunhasewee C, Chawvavanich P. High Sensitivity C-Reactive Protein Level and Psoriasis Severity in Thai Patients. J Med Assoc Thai. 2016;99:1039-45.

ỨNG DỤNG KIM SINH THIẾT GẮN HỆ THỐNG DẪN ĐƯỜNG NAVIGATION TRONG SINH THIẾT U NÃO TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên¹, Phạm Gia Dự¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả ứng dụng kim sinh thiết gắn hệ thống dẫn đường navigation trong sinh thiết u não tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu dựa trên 58 bệnh nhân được chẩn đoán các khối u não được điều trị phẫu thuật sinh thiết u dưới navigation tại Khoa Ngoại thần kinh, từ tháng 02/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới (41/17), tuổi bệnh nhân thường cao (> 40 tuổi). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau đầu (42/58), một số trường hợp có những triệu chứng mơ hồ như suy giảm nhận thức, suy giảm trí nhớ. Khối u thường nằm ở vùng chất trắng, vùng nhân xám trung ương, kích thước thường nhỏ (<3cm), có tính chất lan tỏa và mức độ phù ít. Các khối u có giải phẫu bệnh thường gặp là u lymphoma và u thần kinh đệm. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 5,7 ngày, 3 trường hợp có biến chứng phù não sau mổ, bệnh nhân có kết quả điều trị tốt: 32/58. **Kết luận:** Sinh thiết u não ứng dụng hệ thống định vị Navigation là một phương pháp an toàn, cho thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Định vị thần kinh...

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF APPLICATION OF NEEDLE BIOPSY WITH

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

NEURO-NAVIGATION SYSTEM IN BRAIN TUMOR BIOPSY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: evaluating the results of application of needle biopsy with neuro-navigation system in brain tumor biopsy at Vietnam National Cancer Hospital. **Methods:** A retrospective study based on 58 patients diagnosed with brain tumors undergoing biopsy surgery under navigation from February 2022 to August 2023. Researcher do the clinical examination patient, lesions on imaging diagnosis surgery and assess the results of postoperative treatment, combination treatment after surgery. Assessment of indicators of quality of life after surgery according Karnofski scale, evaluate the results of the operation. **Results:** Men predominate over women (41/17), the age of patients is usually high (> 40 years). The main clinical symptom is headache (42/58), some cases have vague symptoms such as cognitive impairment, memory impairment. The tumor is usually located in the white matter area, the gray matter area, the size is usually small (<3cm), has diffuse properties and low edema level. Tumors with common pathology are lymphoma and glioma. The length of hospital stay after surgery averages 5.7 days, 3 cases of postoperative cerebral edema complication, patients have good treatment results: 32/58. **Conclusion:** The brain biopsy application neuro-navigation system is a safe method with a short hospital stay.

Keyword: Neuro – navigation...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u não chiếm khoảng 2% trong tổng số các khối u của cơ thể người lớn, chiếm 20-25% các khối u ở trẻ em, chiếm 2,4% nguyên

nhân gây tử vong của các loại u. Bản chất của tổn thương chính là kết quả giải phẫu bệnh từ mẫu bệnh phẩm lấy từ khối bệnh lý, đây được coi là "tiêu chuẩn vàng" của chẩn đoán bệnh. Việc tiên lượng, lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp phụ thuộc vào bản chất của tổn thương. Việc làm này có thể được tiến hành thông qua phẫu thuật mở, lấy khối bệnh lý. Phẫu thuật là phương pháp loại bỏ tổn thương nhanh nhất, hiệu quả nhất. Tuy nhiên, đối với những tổn thương nằm sâu trong nhu mô não hoặc ở các vùng não chức năng, phẫu thuật có thể gây ra những tổn thương mô não lành, gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh hoặc để lại các di chứng nặng nề hơn. Trong những trường hợp này, việc lấy mô bệnh phẩm qua sinh thiết có vai trò rất quan trọng.

Đối với các tổn thương nhỏ, đặc biệt nằm sâu trong nhu mô não, sinh thiết mở khó có thể lấy được những mô bệnh phẩm một cách chính xác. Cùng với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, nhiều hệ thống định vị ra đời giúp cho việc sinh thiết có thể lấy được chính xác mô bệnh phẩm, đặc biệt giúp cho hạn chế tối đa tổn thương nhu mô não lành. Sinh thiết dưới hướng dẫn của các hệ thống định vị được gọi là sinh thiết định vị.

Có hai loại hệ thống sinh thiết định vị: có khung và không khung. So với hệ thống sinh thiết định vị có khung, hệ thống sinh thiết định vị không khung ít cồng kềnh và tiên sử dụng hơn, chính vì vậy được áp dụng ngày càng phổ biến hơn. Bên cạnh đó việc đưa vào các hệ thống có thể nhận được các dữ liệu từ các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại như: cộng hưởng từ mạch máu, cộng hưởng từ dẫn truyền... giúp cho việc lập kế hoạch sinh thiết ngày càng chính xác và an toàn.

Tại bệnh viện K, khoa Ngoại thần kinh đã triển khai thực hiện các ca sinh thiết u não dưới Navigation một cách thường quy và thu được một số kết quả nhất định. Phương pháp này giúp bệnh nhân có thể có được chẩn đoán mô bệnh học với những khối u não khó tiếp cận bằng một can thiệp nhẹ nhàng và ít nguy cơ hơn so với phương pháp mổ mở. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả ứng dụng kim sinh thiết gắn hệ thống dẫn đường navigation trong sinh thiết u não tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 58 trường hợp được chẩn đoán u não và được phẫu thuật sinh thiết u dưới navigation tại Khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện K trong 18 tháng từ tháng

02/2022 đến tháng 08/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- Các tham số nghiên cứu

➤ Đặc điểm chung

+ Tỷ lệ nam/ nữ.

+ Tuổi trung bình, chia các nhóm tuổi dưới 20 tuổi, 21- 40 tuổi, 41-60 tuổi, trên 60 tuổi.

➤ Đặc điểm lâm sàng

+ Lý do vào viện: bao gồm các triệu chứng: đau đầu, nôn, đi lại loạng choạng, liệt dây thần kinh sọ, nhìn mờ, hôn mê.

+ Triệu chứng lâm sàng: ghi nhận các triệu chứng lâm sàng thần kinh: tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow; hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu, nôn, phù gai thị; rối loạn thăng bằng, rối loạn phối hợp động tác: người bệnh chỉ sai tầm, quá tầm; yếu 1/2 người; đánh giá liệt các dây thần kinh sọ; động kinh.

➤ **Đặc điểm hình ảnh học:** Hình ảnh trên T1, không và có tiêm thuốc, T2.

+ Đánh giá vị trí u: U trên lều tiểu não: U ở đường giữa, u bán cầu đại não, u hố sọ trước, u hố sọ giữa; u dưới lều tiểu não: u tiểu não, u vùng góc cầu tiểu não, u vùng rãnh trượt.

+ Số lượng u: 1 ổ, 2 ổ, nhiều hơn 2 ổ.

+ Kích thước u: dưới 3cm, 3-6 cm, trên 6cm.

+ Mức độ ngấm thuốc của u: Ngấm thuốc mạnh, ngấm thuốc kém, không ngấm thuốc.

+ Phù quanh u: Không phù, phù độ I (phù quanh u ≤ 10 mm), phù độ II (11- 20 mm), phù độ III (21 – 30 mm), phù độ IV (trên 30 mm). Đánh giá phù quanh u dựa vào thì T2 phim CHT.

➤ Kết quả giải phẫu bệnh

+ Biểu chứng sau mổ: chảy máu, phù não, nhiễm trùng, liệt vận động, tử vong.

+ Điều trị sau mổ: Hóa trị hoặc xạ trị hoặc hóa xạ trị đồng thời.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới: nam: 41 (70,7%), Nữ: 17 (29,3%).

Tuổi: trung bình: 56.5 ± 11.23. Thấp nhất: 18 tuổi, cao nhất: 73 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 9: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N	%
Đau đầu	42	72,5
Động kinh	8	13,7
Liệt khu trú	2	3,4
Giảm nhận thức	3	5,2
Giảm trí nhớ	3	5,2

Bệnh nhân vào viện với GCS 15 điểm: 100%.

Vị trí u

Bảng 10: Vị trí u

Vị trí u	N	%
Đối thị – bao trong	6	10.3
Thế chai	12	20.8
Vùng chất trắng	40	69.9
Vỏ não chức năng	0	0
Vỏ não không chức năng	0	0
Tổng	58	100

Kích thước u

Trung bình: 30.2±6.37 mm

Lớn nhất: 55mm và nhỏ nhất: 11mm.

Số lượng u với kích thước dưới 30mm: 31/58.

Số lượng tổn thương

Bảng 11: Số lượng tổn thương

Số lượng tổn thương	N	%
1 tổn thương	26	44.8
2 tổn thương	6	10.4
>2 tổn thương	6	10.4

Bảng 13: Liên quan giữa giải phẫu bệnh và vị trí u

GPB	Lymphoma		U nguyên bào TK đệm		U thần kinh đệm độ III		U TK đệm độ thấp		Hoại tử/ chảy máu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chất trắng	12	20.7	8	13.8	2	3.4	10	17.2	8	13.8
Đối thị - bao trong	4	6.9	0	0	0	0	2	3.5	0	0
Thế chai	8	13.8	0	0	2	3.4	0	0	2	3.5
Tổng	24	41.4	8	13.8	4	6.8	12	20.7	10	17.3

Liên quan giữa giải phẫu bệnh và tính chất lan tỏa của tổn thương:

Bảng 14: Liên quan giữa giải phẫu bệnh và tính chất lan tỏa.

GPB	Lymphoma		U nguyên bào TK đệm		U thần kinh đệm độ III		U TK đệm độ thấp		Hoại tử/ chảy máu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Khu trú	12	20.7	4	6.9	0	0	12	20.7	4	6.9
Lan tỏa	12	20.7	4	6.9	4	6.8	0	0	6	10.4
Tổng	24	41.4	8	13.8	4	6.8	12	20.7	10	17.3

Liên quan giữa giải phẫu bệnh và số lượng tổn thương:

Bảng 15: Liên quan giữa giải phẫu bệnh và số lượng tổn thương.

GPB	Lymphoma		U nguyên bào TK đệm		U thần kinh đệm độ III		U TK đệm độ thấp		Hoại tử/ chảy máu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	6	10.3	6	10.3	0	0	10	17.2	4	6.9
2	2	3.5	0	0	0	0	0	0	4	6.9
>2	4	6.8	0	0	0	0	0	0	2	3.5
Lan tỏa 2 bán cầu	12	20.8	2	3.5	4	6.8	2	3.5	0	0
Tổng	24	41.4	8	13.8	4	6.8	12	20.7	10	17.3

Biến chứng phẫu thuật

Bảng 16: Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	N	%
Chảy máu	0	0
Phù não	3	5.1
Nhiễm trùng	0	0
Liệt vận động	0	0

Điều trị sau phẫu thuật: điều trị hóa xạ trị: 26/58, không điều trị hóa xạ trị: 32/58.

Kết quả điều trị theo giải phẫu bệnh

Lan tỏa 2 bán cầu	20	34.4
Tổng	58	100

Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 12: Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	N	%
Lymphoma	24	41.4
U nguyên bào thần kinh đệm	8	13.8
U thần kinh đệm độ III	4	6.9
U thần kinh đệm độ thấp	12	20.7
Chảy máu/ hoại tử	10	17.2
Tổng	58	100

10 trường hợp sinh thiết không cho kết quả khối u. Những trường hợp này được chỉ định điều trị nội khoa, theo dõi và được chụp lại cộng hưởng từ sau 2 tuần. Tiến hành sinh thiết lại với 4 trường hợp. 6 trường hợp còn lại đáp ứng tốt với điều trị nội khoa theo hướng xuất huyết não, tiến triển tốt trên lâm sàng và hình ảnh.

Liên quan giữa giải phẫu bệnh và vị trí u

Bảng 17: Kết quả điều trị theo giải phẫu bệnh

GPB	Lymphoma		U nguyên bào TK đệm		U thần kinh đệm độ III		U TK đệm độ thấp		Hoại tử/chảy máu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
>70	16	27.6	2	3.5	2	3.4	8	13.8	4	6.9
<70	2	3.5	2	3.5	0	0	0	0	2	3.5
Tử vong	6	10.3	4	6.8	2	3.4	4	6.9	4	6.9
Tổng	24	41.4	8	13.8	4	6.8	12	20.7	10	17.3

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ lớn với 70.7% so với 29.3% ở nữ giới. Kết quả này tương đương với kết quả của Isabelle M. Germano và cộng sự với số lượng 19 nam so với 15 nữ.

Bệnh nhân chủ yếu phân bố trong lứa tuổi trên 40 tuổi (41/58 bệnh nhân). Đối tượng nam trong nghiên cứu phần lớn là người lớn tuổi. Tuổi cao, thể trạng không cho phép cũng là nguyên nhân chỉ định sinh thiết thay vì một phẫu thuật lớn hơn nhằm chẩn đoán bản chất u.

Đặc điểm lâm sàng

Đau đầu: chiếm tỷ lệ cao 72.4 % phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong nước. Đau đầu có thể do tăng áp lực nội sọ hoặc do khối u chèn ép trực tiếp vào các dây thần kinh và mạch máu. Đây là thường là triệu chứng đầu tiên khiến người bệnh phải tới viện.

Tất cả các bệnh nhân đều có điểm Glasgow từ 13-15 điểm. Điều này liên quan tới việc lựa chọn bệnh nhân, chỉ định sinh thiết đối với các bệnh nhân có tri giác tốt tránh biến chứng.

Triệu chứng co giật được phát hiện ở 8/58 bệnh nhân. Co giật thường gặp ở các khối u nằm trên hoặc lân cận vùng não chi phối vận động và hỗ trợ vận động. Yếu, liệt vận động chỉ gặp ở 2 bệnh nhân với khối u vùng đồi thị - bao trong bên phải và vùng đỉnh trái.

Có 4 bệnh nhân có triệu chứng rối loạn nhận thức, 2 bệnh nhân rối loạn trí nhớ. Đặc biệt 1 bệnh nhân chỉ có biểu hiện giảm trí nhớ thoáng qua cách vào viện 1 tháng. Thường đây là triệu chứng dễ bị bỏ qua. Khối u vùng trán thường được phát hiện muộn khi kích thước u đã lớn hoặc thâm nhiễm rộng.

Đặc điểm hình ảnh học. Vị trí khối u liên quan chặt chẽ tới chỉ định sinh thiết u. Khối u vùng chất trắng (69.9%), khối u này thường là các khối u nằm trên đường dẫn truyền các chức năng quan trọng của não (hồi trước trung tâm, hồi sau trung tâm hoặc vùng ngôn ngữ). Khối u thể chai và vùng đồi thị - bao trong chiếm tỷ lệ lần lượt là 10.3% và 20.7%, đây là các vùng sâu trong não, khó tiếp cận bằng đường mổ thông thường, dễ gây tổn thương não trong phẫu

thuật. Đối với các khối u vùng hố sau, chỉ định sinh thiết kim hạn chế bởi hố sau có thể tích nhỏ song là vùng chứa các cấu trúc quan trọng ảnh hưởng trực tiếp tới các chức năng sống còn của bệnh nhân. Vùng vỏ não là vùng có nhiều tĩnh mạch và động mạch vỏ não trên bề mặt và trong các rãnh cuộn não, sinh thiết kim đối với các khối u vỏ não có nguy cơ chảy máu cao

Hai tác giả Đồng Văn Hệ và Isabelle M.G trên đều cho thấy tỷ lệ cao của u vùng trán trong nghiên cứu của mình.

Về kích thước tổn thương kích thước trung bình: 30.2 ± 6.37 mm, kích thước lớn nhất: 55 mm và nhỏ nhất 11 mm (50/58 khối u có kích thước <5cm). Những khối u kích thước nhỏ và nằm sâu trong nhu mô não, bên cạnh các cấu trúc thần kinh quan trọng. Chỉ định sinh thiết với các khối u này hiệu quả và ít gây tổn thương não hơn so với một phẫu thuật mở sọ lấy u.

Một tỷ lệ không nhỏ các khối u lan tỏa 2 bán cầu (20/58). Các khối u này thâm nhiễm qua đường giữa sang bán cầu não bên đối diện hoặc tổn thương đa ổ lan tràn 2 bán cầu não. Hầu như không có chỉ định mổ lấy u đối với các trường hợp này. Chỉ định mổ sinh thiết dưới hướng dẫn của định vị thần kinh nhằm xác định bản chất mô bệnh học của tổn thương. Các khối u đơn độc, chúng tôi chỉ định sinh thiết đối với các trường hợp kích thước u nhỏ, vị trí u sâu liên quan tới vùng chức năng của não.

Đặc điểm giải phẫu bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tỷ lệ lớn của u lymphoma (34.5%). Trong nhóm u thần kinh đệm (24 bệnh nhân), tỷ lệ tương đương nhau đối với các khối u thần kinh đệm bậc thấp và u thần kinh đệm bậc cao. Khối u nguyên bào thần kinh đệm chiếm 8/58 bệnh nhân. Trong nghiên cứu có 10 bệnh nhân cho kết quả sinh thiết là không u. Đối với những bệnh nhân này chúng tôi điều trị nội khoa trong 2 tuần (không sử dụng liệu pháp Corticoids) và chụp lại phim cộng hưởng từ.

✓ 4 bệnh nhân sinh thiết lần đầu cho kết quả âm tính, đối với 4 bệnh nhân này chúng tôi giảm dần liều corticoid về 0, điều trị và theo dõi sát tại bệnh viện, sau 2 tuần đánh giá thấy tổn thương

tiến triển trên phim cộng hưởng từ, chúng tôi tiến hành mổ sinh thiết lại và cho kết quả u lymphoma.

✓ 4 bệnh nhân cho kết quả sinh thiết tổn thương chảy máu, qua khai thác tiền sử bệnh tim mạch và đánh giá lại trên phim cộng hưởng từ, chúng tôi điều trị theo hướng tai biến mạch não và cho kết quả khả quan, bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa và xuất viện.

✓ 1 bệnh nhân có tiền sử viêm não, vào viện vì có cơn co giật, sinh thiết tổn thương não cho kết quả mô não viêm mạn. bệnh nhân được điều trị với liệu pháp corticoid và chống động kinh cho kết quả đáp ứng tốt.

✓ 1 bệnh nhân kết quả sinh thiết là áp xe não.

Sử dụng kim sinh thiết gần hệ thống định vị trong điều trị u não đòi hỏi thiết lập định vị và kỹ thuật chính xác. Một số trường hợp khối u quá nhỏ và hệ thống định vị có sai số chỉ vài mm dễ dẫn đến kết quả sinh thiết âm tính.

Trong báo cáo của Isabella MG, u thần kinh đệm chiếm đa số với 13/34 bệnh nhân, u lymphoma chiếm 7/34 trường hợp. So sánh giữa các nghiên cứu, u thần kinh đệm luôn chiếm tỷ lệ lớn trong các khối u được sinh thiết

Theo vị trí u, u lymphoma gặp ở nhiều vị trí khác nhau, đặc biệt có 8 trường hợp u lymphoma biểu hiện ở thể trai. Khối u thần kinh đệm thường gặp ở vùng thái dương và vùng đỉnh. Trong 6 bệnh nhân tổn thương vùng đồi thị - bao trong, 4 trường hợp cho kết quả u lympho, 2 trường hợp u thần kinh đệm bậc thấp, đây là những khối u có tính chất lan tỏa và thâm nhiễm.

Thời gian điều trị sau phẫu thuật và biến chứng. Thời gian nằm viện trung bình là 5.7 ± 3.54 ngày, ít nhất 3 ngày, nhiều nhất 14 ngày. Phẫu thuật sinh thiết u não là một can thiệp tối thiểu vào tổ chức não vì vậy bệnh nhân thường phục hồi nhanh, tránh được các nguy cơ của một cuộc mổ lớn. Những bệnh nhân trong nghiên cứu sau mổ có thể về khoa ngay trong ngày và sau trung bình 5 ngày có thể xuất viện mà không gặp thiếu hụt chức năng thần kinh.

3 trường hợp, bệnh nhân sau phẫu thuật sinh thiết u vùng đồi thị và thái dương xuất hiện tình trạng giảm tri giác, yếu nửa người trái. Bệnh nhân được điều trị nội khoa liệu pháp corticoid và chống phù não. Sau điều trị bệnh nhân ổn định. Sau đó bệnh nhân xuất hiện tình trạng tương tự, điều trị tích cực, tuy nhiên gia đình xin không tiếp tục điều trị. Kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân là u sao bào lan tỏa, u lymphoma và u nguyên bào thần kinh đệm.

Kết quả điều trị: Tính đến tháng 12/2023, bệnh nhân có kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao (32/58), những bệnh nhân này có điểm Karnofski từ 70 điểm trở lên (có thể tự sinh hoạt được), đáp ứng tốt với điều trị sau mổ (22 bệnh nhân có điều trị hóa chất hoặc xạ trị); 8 bệnh nhân có điểm Karnofski dưới 70 điểm trong đó có 6 bệnh nhân không điều trị sau phẫu thuật; 18 trường hợp đã tử vong

Trong số 24 bệnh nhân u lymphoma có 16 trường hợp đáp ứng tốt với điều trị karnofski trong thời điểm theo dõi trên 70 điểm. Trong số 12 bệnh nhân u thần kinh đệm bậc thấp, có 6 trường hợp karnofski trên 70 điểm. trong số 12 bệnh nhân u thần kinh đệm bậc cao có 6 trường hợp tử vong.

Kết quả này cho thấy u lymphoma có khả năng đáp ứng với hóa chất, cho tiên lượng tốt sau điều trị. Trường hợp khối u hệ thần kinh trên hình ảnh nghi ngờ u lymphoma, nên chỉ định sinh thiết dưới hướng dẫn của định vị thần kinh và điều trị hóa chất sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới (41/17), tuổi bệnh nhân thường cao (> 40 tuổi). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau đầu (42/58), một số trường hợp có những triệu chứng mơ hồ như suy giảm nhận thức, suy giảm trí nhớ. Khối u thường nằm ở vùng chất trắng, vùng nhân xám trung ương, kích thước thường nhỏ (<3cm), có tính chất lan tỏa và mức độ phù ít. Sinh thiết u não ứng dụng hệ thống định vị Navigation là một phương pháp an toàn, cho thời gian nằm viện ngắn (5.7 ngày), 3 trường hợp có biến chứng phù não sau mổ, bệnh nhân có kết quả điều trị tốt: 32/58.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Văn Hệ.** Sinh thiết kim trong chẩn đoán u não. Y học Việt Nam (2016) 448, 199-203.
2. **Isabelle M. Germano & Joseph V.** Queenan Clinical Experience with Intracranial Brain Needle Biopsy Using Frameless Surgical Navigation, Computer Aided Surgery,(1998) 3:1, 33-39, DOI: 10.3109/10929089809148126
3. **Liu CY, Apuzzo MLJ.** The genesis of neurosurgery and the evolution of the neurosurgical operative environment: Part I- prehistory to 2003. Neurosurgery 2003; 52:3-19.
4. **Kirkpatrick DB.** The first primary brain-tumor operation. JNeurosurg 1984; 61:809-813.
5. **Tan T-C, Black PM. Sir Victor Horsley (1857-1916):** Pioneer of neurological surgery. Neurosurgery 2002; 50:607-612.
6. **Fodstad H, Ljunggren B, Kristiansen K.** Vilhelm Magnus-pioneer neurosurgeon. J Neurosurg 1990; 73:317-330.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ THỞ MÁY TRÊN TRẺ NGOÀI LỨA TUỔI SƠ SINH PHẢI THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA- BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Công Khắc¹, Nguyễn Thành Nam¹,
Phạm Trung Kiên², Phạm Văn Đếm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị thở máy và một số yếu tố liên quan đến điều trị thở máy ở bệnh nhân ngoài lứa tuổi sơ sinh tại trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2018-2022. **Đối tượng nghiên cứu:** 265 trẻ có độ tuổi ngoài sơ sinh được điều trị thở máy tại trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả lấy số liệu hồi cứu. **Kết quả:** 265 trẻ ngoài tuổi sơ sinh phải thở máy, tuổi trung bình là $8,1 \pm 5,2$ tuổi. Có 37,4% trẻ có bệnh nền; 31,3% trẻ thở máy không xâm nhập; 17,0% trẻ phải thở máy xâm nhập sau khi thất bại với thở máy không xâm nhập và 51,7% trẻ phải thở máy xâm nhập ngay từ đầu. Phương thức thở máy thông dụng nhất là SIMV (82,6%) và A/C (7,6%). 87,3% cai máy thành công. Một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng cai máy không thành công bao gồm: có bệnh nền và suy đa tạng. Trẻ có bệnh nền có nguy cơ liên quan đến cai máy không thành công cao gấp 3,41 lần. Trẻ điều trị bằng phương thức SIMV có tỷ lệ tử vong thấp nhất. **Kết luận:** Bệnh nhân ≥ 10 tuổi, có bệnh nền làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân thở máy, phương thức thở máy giảm tỷ lệ tử vong cao nhất trong các phương thức là SIMV. Phần lớn bệnh nhân đều được cai máy thành công. **Từ khóa:** thở máy, thở máy nhi khoa, thở máy bệnh lý.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT AND FACTORS ASSOCIATED WITH OUTCOMES OF CHILDREN BEYON NEONATAL REQUIRED MECHANICAL VENTILATION AT THE PEDIATRICS CENTER-BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of mechanical ventilation treatment and factors associated with treatment outcomes of children who required mechanical ventilation at Pediatric Center - Bach Mai Hospital from 2018 to 2022. **Subjects:** 265 children aged beyond the neonatal age who received mechanical ventilation at the Pediatric Center - Bach Mai Hospital from January 2018 to December 2022. **Methods:** retrospective descriptive study. **Results:**

There were 265 children with an average age was $8,1 \pm 5,2$ years. Among them, 37,4% had underlying conditions; 31,3% required non-invasive mechanical ventilation, 17,0% needed invasive mechanical ventilation after failing non-invasive ventilation, and 51,7% required immediate invasive mechanical ventilation. The most common ventilation modes were SIMV (82,6%) and A/C (7,6%), the weaning success rate was 87,3%. Several risk factors associated with an increased risk of unsuccessful weaning included having underlying conditions and multi-organ failure. Children with underlying conditions had a 3,41 times higher risk of unsuccessful weaning compared to those without underlying conditions. **Conclusion:** Patients ≥ 10 years old, with underlying diseases increase the mortality rate in patients on mechanical ventilation. The mechanical ventilation method that reduces the mortality rate the most among the modes is SIMV. Most patients are successfully weaned off the machine. It is very important to pay attention to children with underlying medical conditions and treatment of ventilated patients.

Keywords: mechanical ventilation, pediatric ventilation, pathological mechanical ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù thở máy là một hình thức hỗ trợ hay thay thế hoàn toàn hoặc một phần chức năng hô hấp của phổi góp phần cải thiện đáng kể tiên lượng tử vong, nhưng nhìn chung kết quả thở máy còn hạn chế cần được quan tâm hơn nữa. Tại Việt Nam, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân thở máy là 25,7% và tỷ lệ thở máy kéo dài là 22,2%¹. Những nghiên cứu về đặc điểm của trẻ thở máy, cũng như các yếu tố liên quan đến kết quả thở máy sẽ giúp chúng ta sử dụng tốt hơn các nguồn lực và đưa ra các quyết định thích hợp trong điều trị bệnh nhân, từ đó giúp hạn chế tỷ lệ tử vong và biến chứng. Theo ước tính từ năm 2018 - 2022, Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai tiếp nhận và điều trị nội trú gần 20.000 lượt bệnh nhân với nhiều mức độ nặng khác nhau, trong đó chủ yếu là lứa tuổi ngoài sơ sinh. Tuy nhiên, hiện nay chưa có một số liệu thống kê cụ thể nào về kết quả điều trị bệnh nhân thở máy tại trung tâm. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả thở máy và một số yếu tố liên quan trên trẻ ngoài tuổi sơ sinh phải thở máy nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị thở máy và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị thở máy ở bệnh*

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đếm

Email: dempv.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024