

thoát vị tại vị trí này là nhiều nhất⁵.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) là đau cột sống cổ kèm theo chèn ép tuỷ cổ mức độ trung bình và nặng. Trên Xquang, chủ yếu là biểu hiện thoái hoá cột sống cổ, có thể đi kèm với mất vững cột sống. Trên MRI chủ yếu là thoát vị thể trung tâm và hay gặp nhất ở vị trí C5-6, với biểu hiện phù tuỷ cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lương Đức Hà** (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
- Hoàng Văn Chiến**. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viên Quân y. 2016
- Lê Trọng Sanh và cs**. Lê Trọng Sanh. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
- Nordin M et al**. "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.
- Panjabi MM, White AA**. Basic biomechanics of the spine. Neurosurgery. 1980;7(1):76-93.
- Rozankovic M, Marasanov SM, Vukic M**. Cervical Disk Replacement With Discover Versus Fusion in a Single – Level Cervical Disk Disease: A Prospective Single – Center Randomized Trial With a Minimum 2-Year Follow-up. Clin Spine Surg. 2017;30(5): E515-E522.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO HÌNH SAO BẬC THẤP TRÊN LỀU CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dương Đại Hà^{1,2}, Dương Đức Hùng^{1,2}, Đinh Đức Sơn³,
Phạm Hoàng Anh^{1,2}, Chu Thành Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao bậc thấp trên lều có sử dụng hệ thống định vị thần kinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 59 bệnh nhân u tế bào hình sao bậc thấp trên lều, điều trị phẫu thuật có sử dụng hệ thống định vị thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Trong số 59 bệnh nhân nghiên cứu, triệu chứng cơ năng sau mổ khi bệnh nhân xuất viện có sự cải thiện rõ rệt. Chất lượng sống của bệnh nhân, dựa theo bảng điểm Karnofsky, tăng lên đáng kể sau mổ với điểm số lớn hơn 80, duy trì trong suốt quá trình theo dõi 3-6 tháng. Tỷ lệ cải thiện và bảo tồn chức năng vận động sau mổ đạt 96,18%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp: phù não 7,7%, chảy máu sau mổ 3,4%, giãn não thất 1,7%. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 3,39%. **Kết luận:** Phẫu thuật vi phẫu cắt u tế bào hình sao bậc thấp trên lều có tỷ lệ thành công cao và ít gặp biến chứng, chứng minh tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này. Khi có sự hỗ trợ của hệ thống định vị thần kinh trong mổ và cộng hưởng từ, độ chính xác

được nâng cao và chất lượng sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt. **Từ khóa:** U tế bào hình sao bậc thấp, định vị thần kinh, cộng hưởng từ, vi phẫu thuật.

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF SUPRATENTORIAL LOW GRADE ASTROCYTOMAS USING NEURO-NAVIGATION SYSTEM AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of supratentorial low-grade astrocytomas using the neuro-navigation system. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 59 patients diagnosed with supratentorial low-grade astrocytomas who underwent surgery with neuro-navigation at Viet Duc Hospital from January 2022 to March 2024. **Results:** Among the 59 patients, postoperative symptoms showed significant improvement upon discharge. The rate of motor function improvement and preservation after surgery was 96.18%. Quality of life, as measured by the Karnofsky Performance Status Scale, significantly improved, with scores above 80 after the operation and at the 3-6 month follow-up. The postoperative complication rate was low, with brain edema in 7.7%, bleeding in 3.4%, and ventricular dilation in 1.7%. The postoperative mortality rate was low at 3.39%. **Conclusion:** Microsurgical resection of supratentorial low-grade astrocytomas using a neuro-navigation system has a high success rate with few complications, demonstrating the feasibility and effectiveness of the procedure when aided by intraoperative MRI and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: duongdaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

neuronavigation. This support enhances accuracy and improves the quality of life for patients.

Keywords: Low-grade astrocytoma, neuronavigation, MRI, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U não là một thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng phát triển không bình thường của các tế bào trong hộp sọ¹. U não thường xuất hiện do sự tăng sinh và phân chia không kiểm soát của các tế bào trong hệ thần kinh trung ương. Trong số các loại u não, u tế bào hình sao bậc thấp² (UTBHSBT) là một trong những loại u phổ biến nhất. Đây là một loại u nguyên phát, phát triển từ các tế bào thần kinh đệm hình sao của hệ thần kinh trung ương. UTBHSBT là một loại u não lành tính, tuy nhiên, việc phát hiện, chẩn đoán và điều trị đòi hỏi kinh nghiệm cũng như các trang thiết bị kỹ thuật cao. Triệu chứng lâm sàng của UTBHSBT thường không đặc hiệu, khiến việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho loại u này, với mục tiêu loại bỏ toàn bộ khối u nhằm giảm triệu chứng và ngăn ngừa tái phát. Để cải thiện kết quả phẫu thuật và giảm thiểu biến chứng, hệ thống định vị thần kinh và kỹ thuật cộng hưởng từ bó sợi thần kinh đã được áp dụng tại Bệnh viện Việt Đức. Hệ thống định vị thần kinh³ cho phép phẫu thuật viên xác định chính xác vị trí u và các cấu trúc xung quanh, từ đó tối ưu hóa quá trình phẫu thuật. Bên cạnh đó, cộng hưởng từ bó sợi thần kinh giúp phẫu thuật viên nhận biết rõ hơn về các bó sợi thần kinh quan trọng, từ đó hạn chế tối đa tổn thương trong quá trình can thiệp⁴. Tuy nhiên, hiệu quả thực tế của việc ứng dụng các công nghệ này trong phẫu thuật UTBHSBT vẫn cần được đánh giá chi tiết thông qua các nghiên cứu cụ thể. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u tế bào hình sao bậc thấp trên lều tại Bệnh viện Việt Đức, với sự hỗ trợ của hệ thống định vị thần kinh và cộng hưởng từ bó sợi thần kinh, qua đó xác định vai trò của các kỹ thuật này trong việc nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 59 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u não tế bào hình sao độ I, II (UTBHS) và được phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức từ 1/1/2022 đến 01/03/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là UTBHS độ I, II; Các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não trước mổ, được phẫu thuật sử dụng định vị thần kinh trong

mổ và kết quả mô bệnh học là UTBHS độ I, II.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ và thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiến hành nghiên cứu mô tả. Lập bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các bệnh án đều ghi lại kết quả mô bệnh học và có phim chụp cộng hưởng từ. Tiến hành thu thập số liệu theo mẫu bệnh án đã lập với tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Dựa trên thống kê các số liệu, đưa ra nhận xét về đặc điểm lâm sàng và xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh của khối u. Phẫu thuật được lấy làm phương pháp điều trị chính.

Chúng tôi nghiên cứu các đặc điểm sau: Phân tích, đánh giá bệnh nhân trước mổ, sau mổ, kết quả điều trị xa (từ 3 đến 6 tháng), thời gian nằm viện trung bình, và các biến chứng sau phẫu thuật. Dựa vào thống kê các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán và kết quả phẫu thuật, kết quả điều trị. Từ đó, nêu vấn đề chẩn đoán và điều trị sớm đối với u não tế bào hình sao bậc thấp.

Dữ liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả nghiên cứu đối với các biến định tính được phân tích dưới dạng tỷ lệ %, đối với các biến định lượng là các giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (SD), giá trị tối đa (Max), tối thiểu (Min) và khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.



Hình ảnh 1.1: Hình ảnh phẫu thuật UTBHSBT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dịch tễ học. Lứa tuổi hay gặp nhất của u não tế bào hình sao là từ 17-60 tuổi (chiếm 69,5%).

Tuổi ít gặp là từ >70 tuổi (chiếm 1,7%), tuổi thấp nhất gặp là 2 tuổi, tuổi cao nhất gặp là 72 tuổi. Tuổi trung bình là 32,69 ± 17,567 tuổi. Nam chiếm 45,8% và nữ 54,2% với tỷ lệ nữ/nam là 1,19/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng	n = 59	Tỷ lệ %
Đau đầu, chóng mặt	47	79,7
Nôn	20	33,8
Động kinh, co giật	13	22,0
Rối loạn tâm thần	4	6,8
Giảm thị lực	8	13,6
Yếu liệt khu trú	3	5,1
Khác	4	6,8
Điểm Glasgow		
≥ 13 điểm	58	98,3
8 – 12 điểm	01	1,7

Nhận xét: Đau đầu là triệu chứng hay gặp khi vào viện chiếm 47/59 (79,7%), sau đó là nôn chiếm 20/59 (33,8 %), động kinh, co giật chiếm 13/59 (22%). Giảm thị lực chiếm 8/59 (13,6%). Phần lớn bệnh nhân nhập viện với điểm Glasgow ≥ 13 điểm, chiếm 98,3%. Bệnh nhân hôn mê chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 1,7%).

Bảng 3.2. Điểm Karnofsky khi vào viện

Điểm Karnofsky	n	%
Nhóm 1 (80 - 100 điểm)	36	61
Nhóm 2 (60 - 70 điểm)	19	32,2
Nhóm 3 (40 - 50 điểm)	4	6,8
Nhóm 4 (10 - 30 điểm)	0	0
Tổng	59	100

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân vào viện với thang điểm Karnofsky thuộc nhóm 1 (điểm Karnofsky từ 80 điểm trở lên) chiếm 61% (36/59). Nhóm 2 (60 – 70 điểm) chiếm 32,2% (19/59).

3.3. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3.3. Phân loại mô bệnh học của u tế bào hình sao bậc thấp^s

Phân loại mô bệnh học	Số lượng	%
Astrocytome pilocytique, grade I	26	44,1
Subependymal Giant Cell Astrocytome, grade I	3	5,1
Pleomorphic XanthoAstrocytoma, grade I	5	8,5
Fibrillary Astrocytoma, grade II	6	10,1
(Diffuse) Astrocytome, grade II	19	32,2
Tổng	59	100

Nhận xét: Astrocytome pilocytique số lượng nhiều chiếm 44,1% (26/59). Diffuse Astrocytome

chiếm 32,2% (19/59). Fibrillary Astrocytoma chiếm 10,1%. Giải phẫu bệnh u tế bào hình sao độ I chiếm 57,7%; u tế bào hình sao độ II chiếm 42,3%.

3.4 Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.4. Vị trí u tế bào hình sao bậc thấp

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trán	19	32,2
Thái dương	22	37,3
Đỉnh	10	16,9
Chẩm	5	8,5
Não thất	3	5,1
Tổng	59	100

Nhận xét: Vị trí u hay gặp nhất là ở thùy thái dương chiếm 37,2% (22/59), sau đó là thùy trán chiếm 32,2% (19/59), sau đó là vùng đỉnh chiếm 16,9% (10/59). Ít gặp nhất ở não thất chiếm 5,1% (3/59) và chẩm chiếm 8,5% (5/59).

Bảng 3.5. Kích thước của u tế bào hình sao bậc thấp

Kích thước	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<1cm	8	13,6
1 ≤ 3cm	20	33,9
3 - 6cm	18	30,5
> 6 cm	13	22,0
Tổng	59	100

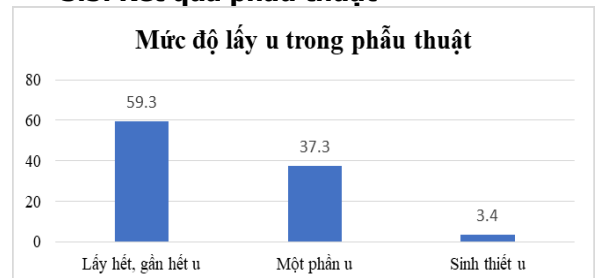
Nhận xét: Kích thước của u tế bào hình sao bậc thấp > 3 cm gặp hơn chiếm 52,5% (31/59) . Kích thước u từ < 1cm ít hơn chiếm 13,6% (8/59).

Bảng 3.6. Môi liên quan của phù quanh u với mô bệnh học

GPB	Phù		Không phù		Có phù		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ I	21	61,8	13	38,2	34	100		
Độ II	7	28	18	72	25	100		
Tổng	28	47,5	31	52,5	59	100		

Nhận xét: U tế bào hình sao độ I: có phù quanh u chiếm 22% (13/59) trên tổng số bệnh nhân nhưng tính tỷ lệ phù quanh u trong độ I thì tỷ lệ phù quanh u là 38,2% (13/34). U tế bào hình sao độ II: có phù quanh u chiếm tỷ lệ 30,5% (18/59) trên tổng số bệnh nhân nhưng tính theo tỷ lệ phù quanh u trong độ II thì tỷ lệ phù quanh u là 72% (18/25).

3.5. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 3.1. Mức độ lấy u trong phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật lấy hết và gần hết u chiếm tỷ lệ cao nhất 59,3% (35/59); Tỷ lệ phẫu thuật lấy một phần u chiếm 37,3% (22/59).

Bảng 3.7. Điểm Karnofsky sau phẫu thuật 1 - 3 tháng và 3 - 6 tháng.

Điểm Karnofsky	1 - 3 tháng sau PT		3 - 6 tháng sau PT	
	n	%	n	%
Nhóm 1	52	88,1	47	92,2
Nhóm 2	6	10,2	4	7,8
Nhóm 3	1	1,7	0	0
Nhóm 4	0	0	0	0
Tổng	59	100	51	100

Nhận xét: Bệnh nhân tái khám từ 1 - 3 tháng so với khi vào viện có cải thiện hơn thể hiện nhóm 1 chiếm tỷ lệ 88,14%. Sau 3 - 6 tháng có liên lạc với bệnh nhân thì có 8 bệnh nhân không liên lạc được nhưng tỷ lệ bệnh nhân nhóm 1 cũng chiếm tỷ lệ lớn là 92,16%. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật 1 - 3 tháng và 3 - 6 tháng có sự cải thiện tích cực.

3.6. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.8. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số lượng	%
Chảy máu	2	3,1%
Giãn não thất	5	7,7%
Phù não	5	7,7%
Rò dịch não tủy	0	0
Áp xe não	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ gặp các biến chứng sau mổ đều thấp : phù não sau mổ 5/59 bệnh nhân (7,7%), chảy máu sau mổ 2/59 bệnh nhân (3,1%). Biến chứng muện rò dịch não tủy và áp xe não không có bệnh nhân nào.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả về tuổi mắc bệnh thấp nhất là 2 tuổi, và tuổi cao nhất là 72 tuổi. Độ tuổi trung bình mắc bệnh là $32,7 \pm 17,6$ tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 31 đến 40 tuổi, chiếm 23,7%. Đối với u sao bào độ I tuổi trung bình mắc bệnh là $25,7 \pm 18,0$ tuổi, với tuổi thấp nhất là 2 tuổi và tuổi cao nhất là 72 tuổi. Với u sao bào độ II, độ tuổi trung bình là $42,2 \pm 11,6$ tuổi, tuổi thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 67 tuổi. So sánh với các tác giả như Brem với tuổi trung bình là 34 tuổi, Burger hay gặp từ 35 đến 40 tuổi, Hà Kim Trung⁶ cho kết quả tuổi trung bình $43,02 \pm 4,32$ tuổi thấp nhất gặp là 3 tuổi, tuổi cao nhất gặp là 79 tuổi.

Trong nghiên cứu này, phần lớn các bệnh nhân đều nhập viện trong tình trạng tri giác tốt với điểm Glasgow ≥ 13 điểm chiếm 98,3% và điểm Karnofsky lúc vào chủ yếu > 80 điểm chiếm 61%. Đau đầu: chiếm tỷ lệ cao 79,9%.

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. Nôn là triệu chứng nhiều thứ 2 với 33,8%. Động kinh, co giật chiếm 22% các kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác như Nguyễn Phong chiếm 92,5%, Kiều Đình Hùng⁷ với 100% có triệu chứng đau đầu. Hoàng Minh Đỗ với 25,5% bệnh nhân động kinh co giật.

UTBHS độ I 57,6% (34/59) và triệu chứng của u thường kín đáo dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác, độ II chiếm 42,4 (25/59). Theo bảng 3.4 ta thấy u độ I gặp 57,6% hay gặp Astrocytome pilocytique 44,1% và Pleomorphic Xantho Astrocytoma 8,5%. U độ II chiếm 42,4% trong đó Diffuse Astrocytome độ II chiếm 32,2% và Fibrillary Astrocytoma chiếm 10,1%. Nghiên cứu này tỷ lệ u tế bào hình sao độ I cao hơn so với tác giả Hà Kim Trung là 11,5% và độ II là 38,5% bởi vì nghiên cứu này chỉ nghiên cứu về bậc thấp còn tác giả Hà Kim Trung nghiên cứu tất cả các độ nên có sự khác biệt.

Về vị trí u thường hay gặp vùng thái dương và trán với 37,3% và 32,2%, vùng ít gặp nhất là thùy chẩm 8,5% và não thất với 5,1%. Theo Hoàng Minh Đỗ⁸ u hay gặp nhất là vùng thái dương và vùng trán với 33,1% và 26,9%. Nguyễn Quang Hiến u sao bào vùng trán chiếm 40%, thái dương 25%. U có đường kính ≤ 4 cm chiếm 63,8% (22/59). Đặc biệt u có kính lớn hơn 4cm hay gặp ở u tế bào hình sao độ II chiếm tỷ lệ 59,1%.

Phù não quanh u cho thấy 52,5% (31/59) bệnh nhân có phù não quanh u trong đó độ I có phù não chiếm 38,2% (13/34) nhưng chủ yếu là phù độ I và u tế bào hình sao độ II chiếm tỷ lệ phù não quanh u chiếm tỷ lệ lớn là 72% (18/25). Cũng theo tác giả Nguyễn Quốc Dũng nhận thấy phù não mức độ II và III gặp lần lượt ở 43,5% và 33,8% của các trường hợp u sao bào giảm biệt hóa.

Đánh giá lấy hết u dựa vào phim cộng hưởng từ trước mổ, đánh giá bằng trực quan trong mổ, tỷ lệ mổ lấy hết u là 59,3% (35/59), lấy một phần u là 37,3% (22/59). Thời gian mổ trung bình 1 ca u tế bào hình sao bậc thấp là $185,6 \pm 63,8$ phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Chiến với thời gian mổ trung bình là 175 ± 57 phút và có thời gian lâu hơn tác giả Hà Kim Trung với kết quả $151,5 \pm 62,4$ phút.

Đánh giá theo thang điểm Karnofsky. Dựa vào bảng 3.2 bệnh nhân nhập viện với điểm số thuộc nhóm 1 (80-100) chiếm 61% và tăng lên sau 1-3 tháng là 88,14% và 92,16% sau 3-6 tháng có 51 bệnh nhân tái khám. Những bệnh

nhân ở nhóm dưới có chất lượng cuộc sống ở dạng tốt sau khi can thiệp thì chất lượng càng tốt hơn, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Biến chứng sau mổ rất ít gặp cụ thể chỉ có 3,1% bệnh nhân có chảy máu sau mổ. Có 7,7% bệnh nhân phù não. Có 1 trường hợp giãn não thất sau mổ 1 ngày được tiến hành dẫn lưu não thất sau bệnh nhân ổn định xuất viện. Kết quả này phù hợp với Kiều Đình Hùng có 2% bệnh nhân có phù não sau mổ, tác giả Hà Kim Trung cho kết quả có 3,1% bệnh nhân có phù não sau mổ, 1,0% nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu sau mổ chiếm 4,2%, biến chứng như rò dịch não tủy và áp xe não sau mổ chiếm 2,1%.

V. KẾT LUẬN

UTBHSBT thường là loại u lành tính hay gặp ở độ tuổi trung niên, có thể điều trị bằng phương pháp vi phẫu thuật cho kết quả tương đối tốt với tỷ lệ biến chứng thấp, cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Việc kết hợp định vị thần kinh trong mổ giúp hỗ trợ lấy u đạt kết quả cao hơn. Tuy nhiên cần phải theo dõi thời gian dài để đánh giá khả năng tái phát và chuyển độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Nho Võ Xuân Sơn.** Phẫu thuật thần kinh. Nhà xuất bản y học Việt Nam. 2013.
2. **Nguyễn Xuân Bách.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao độ II vùng bán cầu đại não tại BV Đại học Y HN. 2017.
3. **Nimsky C GO, Fahlbusch R.** Implementation of fiber tract navigation. Neurosurgery ;61(Suppl 1):306–317. 2007.
4. **Galban CJ CT, Meyer CR et al.** Prospective analysis of parametric response map-derived MRI biomarkers: identification of early and distinct glioma response patterns not predicted by standard radiographic assessment. Clin Cancer Res;17:4751–4760. 2011.
5. **WHO.** Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs (Medicine) 4th Edition. 2016.
6. **Hà Kim Trung, Lê Anh Tuấn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao(Astrocytoma) tại BV Việt Đức. 2013;97-98.
7. **Kiều Đình Hùng (2006).** Nghiên cứu ứng dụng quang động học trong điều trị Glioma não ác tính trên lều, Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. 2006.
8. **Hoàng Minh Đ.** Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ điều trị u não thể Glioma ở bán cầu đại não. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y. 2009.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM CỦA BỆNH LÝ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ HAI LÁ VAN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đức Hùng¹, Lê Trường Giang²,
Nguyễn Hữu Ước², Phạm Hữu Lư¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Van động mạch chủ hai lá van là một dị tật tim bẩm sinh thường gặp. Nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng và kết quả siêu âm của bệnh nhân bị bệnh lý van động mạch chủ hai lá van được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn từ 2018 đến giữa năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc các người bệnh được chẩn đoán bệnh van động mạch chủ hai lá van đã được phẫu thuật thay van, từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Gồm 75 người bệnh với tuổi trung bình $60,9 \pm 5,6$ tuổi (38 - 80), nam giới chiếm 60,1%. Phân độ suy tim theo NYHA có 100% ở mức độ vừa và nặng (70,6% NYHA 2). Chênh áp qua van động mạch chủ tăng cao / siêu âm tim - trung bình $58,6 \pm 16,0$

mmHg (77% > 40 mmHg). **Kết luận:** Bệnh lý van động mạch chủ hai lá van có diễn biến lâm sàng thầm lặng. Bệnh cảnh lâm sàng khi vào viện thường rõ rệt và ở giai đoạn muộn. Siêu âm tim có giá trị chẩn đoán xác định tổn thương van tim và tình trạng chức năng tim. **Từ khóa:** Bệnh van động mạch chủ hai lá van, thay van động mạch chủ, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

CLINICAL AND ECHOCARDIOGRAPHY CHARACTERISTICS OF BICULATERAL AORTIC VALVE WHO WERE OPERATED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Bicuspid aortic valve is a common congenital heart defect. The study aims to evaluate the clinical characteristics and echocardiography results of patients with bicuspid aortic valve disease who underwent surgery at Viet Duc University Hospital from 2018 to mid-2024. **Methods:** Retrospective cross-sectional study, longitudinal follow-up of patients diagnosed with bicuspid aortic valve disease who underwent valve replacement surgery, from January 2018 to June 2024. **Results:** Including 75 patients with an average age of 60.9 ± 5.6 years (38 - 80), 60.1% were male. NYHA classification of heart

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024