

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN CỦA ĐƯỜNG KÍNH BAO DÂY THẦN KINH THỊ GIÁC (OPTIC NERVE SHEATH DIAMETER) ĐO BẰNG SIÊU ÂM VỚI ÁP LỰC NỘI SỌ Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Hoàng Thị Ngân¹, Lưu Quang Thùy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác đo bằng siêu âm với áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả và phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Có mối liên quan mạnh mẽ có ý nghĩa thống kê giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác với áp lực nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. **Kết luận:** Đo đường kính bao dây thần kinh thị giác bằng siêu âm là phương pháp không xâm lấn, không gây ra các tai biến nghiêm trọng và là giá trị tin cậy để đánh giá áp lực nội sọ.

Từ khóa: đường kính bao dây thần kinh thị giác, áp lực nội sọ, chấn thương sọ não.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP OF OPTIC NERVE SHEATH DIAMETER MEASURED BY ULTRASOUND WITH INTRACRANIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY

Objective: Evaluate the correlation between optic nerve sheath diameter measured by ultrasound and intracranial pressure in patients with severe traumatic brain injury. **Methods:** Prospective, descriptive and analytical research. **Results:** There is a strong, statistically significant relationship between optic nerve sheath diameter and intracranial pressure in patients with severe traumatic brain injury. **Conclusion:** Measuring optic nerve sheath diameter using ultrasound is a non-invasive method, does not cause serious complications and is a reliable value for assessing intracranial pressure.

Keywords: optic nerve sheath diameter, intracranial pressure, traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là bệnh lý phổ biến trên toàn cầu và Việt Nam với xu hướng tăng nhanh cả về số lượng, độ nặng và là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế đặc biệt đối với các đối tượng trẻ tuổi¹. Nguyên nhân chính gây tử vong là tình trạng tăng áp lực nội sọ dai dẳng không kiểm soát gây thiếu máu, thiếu oxy tổ chức và chết tế bào. Những hậu quả

này lại gây phù não và tăng áp lực nội sọ rồi dẫn tới vòng xoắn bệnh lý ngày càng phức tạp và trầm trọng². Hiện đã có rất nhiều phương pháp điều trị tăng áp lực nội sọ nhưng khi nào bắt đầu và để điều trị có hiệu quả thì việc theo dõi áp lực nội sọ là rất quan trọng. Hiện có nhiều phương pháp để xác định áp lực nội sọ nhưng đo đường kính bao dây thần kinh thị giác là phương pháp mới, không xâm lấn, gần như không có tai biến, cho phép theo dõi liên tục³. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về liên quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác và áp lực nội sọ, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân vào khoa Hồi sức tích cực II – Trung tâm Gây mê và Hồi sức Ngoại khoa, bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 2 tới tháng 9 năm 2024 đáp ứng đủ các tiêu chuẩn: Tuổi ≥ 18 tuổi.

Chẩn đoán xác định Chấn thương sọ não nặng (Glasgow ≤ 8 điểm), được đặt catheter theo dõi áp lực nội sọ liên tục.

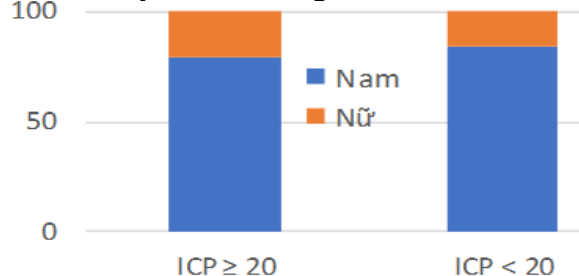
Loại trừ các bệnh nhân có phối hợp chấn thương hốc mắt, nhãn cầu hoặc có bệnh lý nhãn cầu hay thần kinh thị giác trước đó.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp, mô tả và phân tích. Mẫu thuận tiện, có 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính theo nhóm mức độ

Nhận xét: Trong cả 2 nhóm mức độ, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nhiều so với nữ giới.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

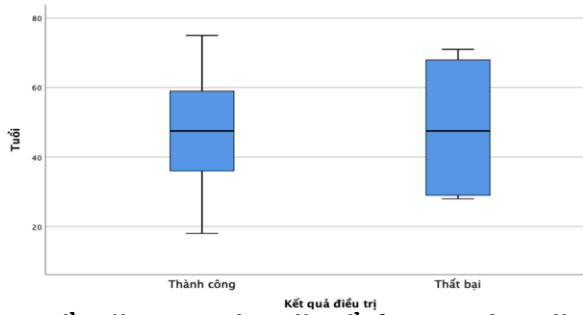
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluoquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024



Biểu đồ 3.2. Phân bố tuổi ở hai nhóm kết quả điều trị

Nhận xét: Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 18, cao nhất là 75, trung bình là 47. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình ở hai nhóm kết quả điều trị.

Bảng 3.1. Nguyên nhân chấn thương sọ não

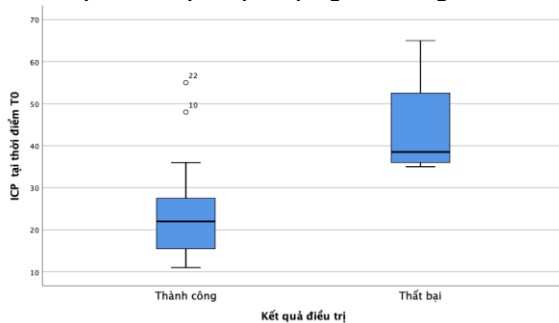
	Nhóm 1 (n, %)	Nhóm 2 (n, %)	Tổng (n, %)
Tai nạn giao thông	17(89.4)	5(38.5%)	22(68.7%)
Tai nạn sinh hoạt	1(5.3%)	7(53.8%)	8(25%)
Tai nạn lao động	1(5.3%)	1(7.7%)	2(6.3%)
Tai nạn bạo lực	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Khác	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Tổng	19(100%)	13(100%)	32(100%)

Nhận xét: Theo nghiên cứu, nguyên nhân chính của chấn thương sọ não là do tai nạn giao thông (chiếm 68.7%), tiếp tới lần lượt là tai nạn sinh hoạt (25%) và tai nạn lao động (6.3%)

Bảng 3.2. Kết quả điều trị

	Nhóm A (n, %)	Nhóm B (n, %)	Tổng (n, %)
Nhóm 1	15 (78.9%)	4 (21.1%)	19 (100%)
Nhóm 2	13 (100%)	0 (0%)	13 (100%)
p	< 0.05		

Nhận xét: Trong nhóm tăng áp lực nội sọ, có 4 bệnh nhân thất bại điều trị, trong khi đó con số này ở nhóm. Không tăng áp lực nội sọ là 0 bệnh nhân. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm về áp lực nội sọ ở hai nhóm kết quả điều trị

Nhận xét: Áp lực nội sọ trung bình ở nhóm điều trị Thành công là 23.6 ± 10.7 còn ở nhóm

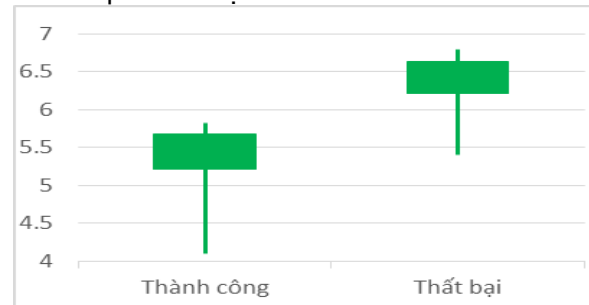
Thất bại là 44.3 ± 14 , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2. Môi liên quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác và áp lực nội sọ

Bảng 3.3. ONSN trung bình giữa hai mắt tại các thời điểm nghiên cứu

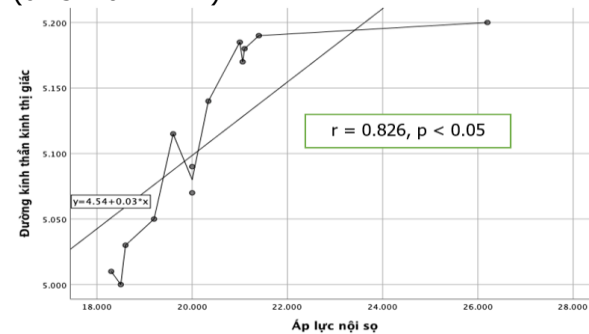
Thời gian	Mắt trái (Mean \pm SD)	Mắt phải (Mean \pm SD)	p
T0	5.21 \pm 0.67	5.18 \pm 0.64	> 0.05
T6	5.18 \pm 0.67	5.18 \pm 0.66	> 0.05
T12	5.18 \pm 0.65	5.19 \pm 0.65	> 0.05
T18	5.17 \pm 0.63	5.18 \pm 0.62	> 0.05
T24	5.17 \pm 0.61	5.17 \pm 0.61	> 0.05
T30	5.13 \pm 0.59	5.14 \pm 0.60	> 0.05
T36	5.10 \pm 0.57	5.11 \pm 0.58	> 0.05
T42	5.08 \pm 0.55	5.08 \pm 0.56	> 0.05
T48	5.06 \pm 0.55	5.07 \pm 0.56	> 0.05
T54	5.05 \pm 0.54	5.05 \pm 0.55	> 0.05
T60	5.03 \pm 0.53	5.02 \pm 0.53	> 0.05
T66	5.00 \pm 0.50	5.00 \pm 0.51	> 0.05
T72	5.06 \pm 0.56	5.02 \pm 0.56	> 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giá trị của ONSD giữa hai mắt qua các thời điểm nghiên cứu với $p > 0.05$ tại tất cả các thời điểm.



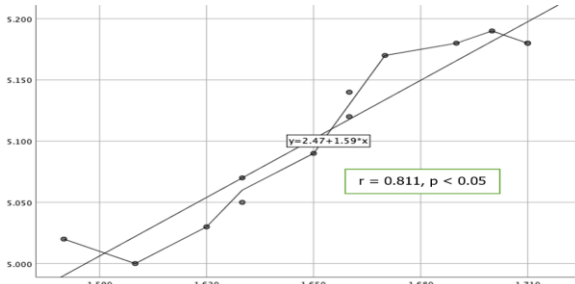
Biểu đồ 3.4. ONSD ở hai nhóm điều trị

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị của đường kính bao dây thần kinh thị giác ở nhóm điều trị Thành công và Thất bại (6.43 ± 0.21 mm).



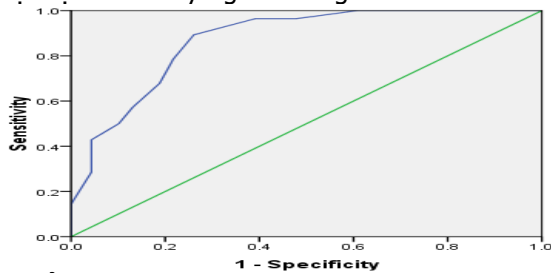
Biểu đồ 3.5. Môi tương quan giữa sự thay đổi của ONSD và áp lực nội sọ

Nhận xét: Có mối tương quan lớn giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác và áp lực nội sọ với hệ số tương quan $r = 0.826$ và $p < 0.05$.



Biểu đồ 3.6. Môi tương quan giữa sự thay đổi của ONSD và đường kính đồng tử bên tổn thương nội sọ

Nhận xét: Có mối tương quan giữa ONSD và đường kính đồng tử cùng bên tổn thương nội sọ một cách có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.7. Đường cong ROC giá trị đường kính ONSD để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ

Bảng 3.4. Độ nhạy và độ đặc hiệu của các giá trị ONSD để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ

ONSD (mm)	Độ nhạy (%)	1 – Độ đặc hiệu (%)
5.35	97.8	46.8
5.45	96.4	45.5
5.55	96.4	36.7
5.65	88.2	26.7
5.75	78.9	22.3

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 32 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, có điểm Glasgow từ 3-8 điểm, được chia làm hai nhóm: nhóm 1 là nhóm bệnh nhân có tăng áp lực nội sọ (ICP \geq 20mmHg) và nhóm 2 là nhóm bệnh nhân không tăng áp lực nội sọ (ICP < 20mmHg).

4.1. Đặc điểm chung. Ở trong cả 2 nhóm bệnh nhân, tỉ lệ nam giới cao hơn nhiều so với tỉ lệ nữ giới (78,9% ở nhóm 1 và 84,6% ở nhóm 2) (Biểu đồ 3.1). Độ tuổi của bệnh nhân thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 75 tuổi, tuổi trung bình là 47 ± 15 , không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của bệnh nhân ở hai nhóm kết quả điều trị thành công và thất bại (Biểu đồ 3.2). Như vậy, kết quả điều trị không phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong và

ngoài nước⁴.

Theo nghiên cứu (Bảng 3.1), nguyên nhân chính của chấn thương sọ não là do tai nạn giao thông (chiếm 68.7%), tiếp tới lần lượt là tai nạn sinh hoạt (25%) và tai nạn lao động (6.3%). Điều này phù hợp với tình hình mặt bệnh của chấn thương sọ não và tính chất mặt bệnh của bệnh viện Việt Đức-một trong những bệnh viện hàng đầu về Ngoại khoa.

Bước đầu nghiên cứu chúng tôi đánh giá áp lực nội sọ ở 2 nhóm bệnh nhân, trong đó nhóm bệnh nhân điều trị thành công có áp lực nội sọ trung bình là 23.6 ± 10.7 mmHg và nhóm điều trị thất bại có áp lực nội sọ trung bình là 44.3 ± 14 mmHg. Các bệnh nhân điều trị thất bại đều ở trong nhóm có tăng áp lực nội sọ (Biểu đồ 3.3). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Như vậy, áp lực nội sọ có liên quan mật thiết tới kết cục điều trị và tiên lượng, với áp lực nội sọ càng cao và càng khó kiểm soát, tiên lượng diễn biến xấu và thất bại trong điều trị sẽ cao. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Vương Xuân Trung⁴.

4.2. Môi tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác và áp lực nội sọ.

Trong nghiên cứu của Chan năm 2008⁵, và Nguyễn Thị Cúc năm 2022⁶ khi tiến hành so sánh giá trị trung bình của đường kính bao dây thần kinh thị giác giữa hai mắt ở người khỏe mạnh, các tác giả đều đưa ra kết luận không có sự khác biệt về giá trị này ở hai mắt. Tuy nhiên, đây là so sánh ở những người bình thường, vậy ở những người có tổn thương nội sọ nói chung và chấn thương sọ não nói riêng – là những đối tượng thường có tổn thương choán chỗ và gây hiệu ứng khối tại một bên bán cầu não thì giá trị đường kính bao dây thần kinh thị giác sẽ như nào giữa hai mắt.

Theo lý thuyết thông thường, khi có tổn thương choán chỗ hoặc phù não tại một bên bán cầu sẽ gây ra các hậu quả và tác động không đều tới các thông số đại diện cho hai bên bán cầu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân có tổn thương tại một bên của bán cầu, nhưng khi phân tích và so sánh, chúng tôi nhận thấy không phải tuyệt đối tất cả các trường hợp đều có đường kính bao dây thần kinh thị giác giống nhau giữa hai mắt mà có nhiều trường hợp có sự chênh lệch giữa hai bên nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm nghiên cứu với p đều lớn hơn 0.05 (Bảng 3.2). Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác^{4,7}.

Điều này cho thấy, khi có tổn thương choán chỗ hoặc phù não trong nội sọ, áp lực nội sọ ban

đầu có thể có sự khác biệt giữa hai bên bán cầu, nhưng sẽ nhanh chóng cân bằng giữa hai bên. Đây cũng là lý do cho phép đặt catheter đo áp lực nội sọ ở bên đối diện của bên tổn thương để theo dõi áp lực mà không yêu cầu bắt buộc phải đặt catheter cùng bên tổn thương nhưng vẫn cho phép theo dõi liên tục và phát hiện sớm các trường hợp tăng áp lực nội sọ cũng như diễn biến của áp lực nội sọ để tiên lượng dự báo tăng áp lực nội sọ.

Khi so sánh giá trị của đường kính bao dây thần kinh thị giác ở hai nhóm kết quả điều trị (nhóm Thành công và nhóm Thất bại), chúng tôi thu được kết quả như sau: ở nhóm 28 bệnh nhân điều trị Thành công (chiếm 87.5%), ONSD trung bình là $5.51 \pm 0.35\text{mm}$, trong khi đó, ở nhóm 4 bệnh nhân Thất bại (chiếm 12.5%), giá trị này là $6.43 \pm 0.21\text{mm}$. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p nhỏ hơn 0.05. Như vậy, đường kính bao dây thần kinh thị giác là một thông số có liên quan mạnh tới mức độ nặng của chấn thương sọ não và có giá trị trong tiên lượng điều trị ở những bệnh nhân này.

Dây thần kinh thị giác là một phần của não và được bao bọc bởi màng não. Màng cứng liên tiếp với củng mạc mắt và khoang dưới nhện tiếp giáp ngay mặt sau võng mạc xung quanh đĩa thị giác. Trong quá trình phát triển phôi thai, dây thần kinh thị giác được hình thành do sự kéo dài ra của trung não vào trong ổ mắt với bao dây thần kinh thị giác bao gồm 3 lớp của màng não. Đồng thời, dịch não tủy lưu thông tự do trong khoang dưới nhện trong sọ và khoang dưới nhện trong ổ mắt. Áp lực trong khoang dưới nhện xung quanh dây thần kinh thị cũng biến đổi tương ứng với áp lực khoang dưới nhện trong sọ⁸.

Khi phân tích mối tương quan giữa sự thay đổi của đường kính bao dây thần kinh thị giác và áp lực nội sọ, chúng tôi nhận thấy ONSD có mối tương quan dương và chặt chẽ với áp lực nội sọ với hệ số tương quan r lên tới 0.826 và p nhỏ hơn 0.05. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với một số nghiên cứu khác như của Vương Xuân Trung⁴, Geeraerts⁷.

Khi áp lực nội sọ tăng, với cơ chế tự điều hoà nhằm duy trì tính ổn định của áp lực tưới máu não, dịch não tủy sẽ được đẩy từ khoang dưới nhện trong não vào khoang dưới nhện bao quanh thần kinh thị giác trong ổ mắt. Đồng thời, điều này cũng dẫn tới hình thành sự chênh lệch về áp lực giữa ổ mắt và khoang dưới nhện bao quanh thần kinh thị giác dẫn tới làm thay đổi tính chun giãn và làm dày lên các màng não quanh thần kinh thị giác. Kết quả cuối cùng dẫn tới tăng kích thước của bao dây thần kinh thị

giác, và được hiển thị trên siêu âm là tăng đường kính khi cắt dọc qua trung tâm bao dây thần kinh thị giác. Điều này cũng cho thấy, khi có tăng áp lực nội sọ, bao thần kinh thị giác sẽ thay đổi nhiều hơn, đáng kể hơn và có giá trị trị là thần kinh thị giác. Trên thực tế lâm sàng, khi thực hiện đo dưới siêu âm, chúng tôi nhận thấy thần kinh thị giác gần như không có sự thay đổi khi áp lực nội sọ có xu hướng tăng, nhưng bao thần kinh thị giác thì lại tăng kích thước khá sớm và mức độ tăng phù hợp với mức độ tăng của áp lực nội sọ. Điều này cũng giống như kết quả nghiên cứu của Geeraerts⁷. Khi đánh giá mối tương quan giữa áp lực nội sọ với đường kính bao dây thần kinh thị giác và đường kính thần kinh thị giác, Geeraerts nhận thấy áp lực nội sọ có tương quan mạnh với ONSD ($r = 0.73$, $p < 0.01$) trong khi mối tương quan với đường kính thần kinh thị giác lại khá yếu khi r chỉ có 0.28. Như vậy, trên thực hành lâm sàng, để theo dõi và tiên lượng áp lực nội sọ, sử dụng siêu âm để đo đường kính bao dây thần kinh thị giác sẽ tốt hơn đo đường kính thần kinh thị giác.

Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy, kích thước đồng tử hai bên nhãn cầu trong tuyệt đại đa số các trường hợp luôn có sự khác biệt. Thông thường, đường kính đồng tử cùng bên với bên tổn thương nội sọ sẽ lớn hơn bên đối diện trong những trường hợp có tăng áp lực nội sọ. Chúng chỉ tương đương nhau ở những bệnh nhân không có tăng áp lực nội sọ hoặc có tăng áp lực nội sọ nhưng tăng cao (thường trên 35mmHg) hoặc tăng kéo dài. Theo biểu đồ 3.6, có mối tương quan mật thiết giữa đường kính bao dây thần kinh thị giác với đồng tử cùng bên của bán cầu tổn thương với hệ số tương quan r là 0.811 và p nhỏ hơn 0.05.

Khi phân tích đường cong ROC để xác định giá trị cut-off của đường kính bao dây thần kinh thị giác để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ với giá trị $\geq 20\text{mmHg}$, chúng tôi thu được kết quả được trình bày trong biểu đồ 3.7 và bảng 3.4. Giá trị tối ưu của ONSD dùng để chẩn đoán áp lực nội sọ $\geq 20\text{ mmHg}$ được lựa chọn là 5.55 mm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 96.4% và 63.3%. Kết quả thu được của chúng tôi có chút khác biệt (thấp hơn) so với một số nghiên cứu trên thế giới⁷ nhưng lại tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vương Xuân Trung⁴. Điều này được giải thích do có sự khác biệt về chủng tộc và vóc dáng của các quần thể mẫu nghiên cứu khác nhau khi người Việt Nam có thể tạng người thấp và nhỏ hơn. Điều này cũng đã được chứng minh qua nghiên cứu của Nguyễn Thị Cúc⁶. Theo tác giả, đường kính bao dây thần kinh thị giác của

liên quan có ý nghĩa thống kê với chu vi vòng đầu và chu vi vòng eo của các đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đường kính bao dây thần kinh thị giác có ý nghĩa và giá trị hơn đường kính thần kinh thị giác trong theo dõi và chẩn đoán tăng áp lực nội sọ. Có mối tương quan mạnh mẽ có ý nghĩa thống kê giữa ONSD và áp lực nội sọ với hệ số tương quan r là 0.826 và p nhỏ hơn 0.05.

Giá trị 5.55 mm của đường kính bao dây thần kinh thị giác được sử dụng để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ (≥ 20 mmHg) với độ nhạy 96.4% và độ đặc hiệu 63.3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Neeraj B, Nancy C.** Guidelines for Prehospital Management of Traumatic Brain Injury. In: Brain Trauma Foundation. Vol 2.; 2007.
2. **Hawryluk GWJ, Rubiano AM, Totten AM, et al.** Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury: 2020 Update of the Decompressive Craniectomy Recommendations, Neurosurgery 2020;87(3):427-434. doi:10.1093/

- neuros/nyaa278
3. **Lưu Quang Thuỳ.** Nghiên Cứu Vai Trò Của Doppler Xuyên Sọ Trong Xác Định Áp Lực Nội Sọ và Xử Trí Cơ Thất Mạch Não ở Bệnh Nhân Chấn Thương Sọ Não Nặng. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2016.
 4. **Vương Xuân Trung.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Đo Đường Kính Bao Dây Thần Kinh Thị Giác Sau Nhấn Cầu Bằng Siêu Âm Trong Theo Dõi Áp Lực Nội Sọ ở Bệnh Nhân Tai Biến Mạch Não. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2017.
 5. **Chan PY và Mok KL** (2008). Transorbital sonographic evaluation of optic nerve sheath diameter in normal Hong Kong Chinese adults. Hong Kong J Emerg Med, (1), 197-204.
 6. **Nguyễn Thị Cúc.** Siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị giác bình thường ở người Việt Nam trưởng thành. Tạp chí y học Việt Nam, tập 591, 2022 (320-327).
 7. **Thomas Geeraerts, Yoann Launey, Laurent Martin và cộng sự** (2007). Ultrasonography of the optic nerve sheath may be useful for detecting raised intracranial pressure after severe brain injury. Intensive Care Med, (33), 1704-1711.
 8. **Nguyễn Văn Huy.** Các thần kinh sọ. In: Giải Phẫu Người. Vol 1. Nhà xuất bản Y học; 2006: 336-337.

BÁO CÁO CA PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN PHẾ QUẢN GỐC TRÁI CÓ TÁI TẠO PHẾ QUẢN, BẢO TỒN PHỔI HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ PHẾ QUẢN GỐC TRÁI TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Khắc Kiểm¹, Nguyễn Đức Thái¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt đoạn phế quản gốc có tái tạo phế quản hay còn gọi là phẫu thuật sleeve lobectomy/sleeve resection, là một phương pháp phẫu thuật phức tạp trong lĩnh vực phẫu thuật lồng ngực, đây là một kỹ thuật tiên tiến nhằm loại bỏ khối u phổi mà không cần cắt bỏ toàn bộ phổi. Thay vào đó, phần phế quản bị xâm lấn bởi khối u được cắt bỏ, sau đó phần còn lại của phổi được tái tạo bằng cách nối lại phần phế quản lành. Phẫu thuật thường được chỉ định trong các trường hợp ung thư phổi thể trung tâm, khi khối u đã xâm lấn tới cựa phế quản thùy hoặc các phân nhánh của phế quản, hẹp phế quản, các tổn thương phế quản bẩm sinh hoặc mắc phải. Phẫu thuật sleeve giúp bảo tồn tối đa chức năng hô hấp, tăng tỷ lệ sống sót, giảm nguy cơ biến chứng hô hấp, đặc biệt có lợi cho bệnh nhân cao tuổi, có chức năng tim phổi kém [1][2]. **Trường hợp lâm sàng:** Bệnh nhân nữ

63 tuổi, đi khám vì ho kéo dài, qua khám cận lâm sàng và nội soi phế quản, phát hiện tổn thương u sùi phế quản gốc trái. Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt đoạn phế quản gốc trái và tái tạo phế quản, bảo tồn hoàn toàn phổi trái.

SUMMARY

REPORT OF A SURGERY OF BRONCHITIS, BRONCHAL RECONSTRUCTION, COMPLETE LUNG PRESERVATION TREATMENT OF A PATIENT WITH LEFT GENITAL BRONCH CANCER AT TAN TRIEU K HOSPITAL

The bronchial resection with bronchial reconstruction, also known as sleeve lobectomy/sleeve resection, is a complex surgical technique in the field of thoracic surgery. This advanced technique aims to remove a lung tumor without having to remove the entire lung. Instead, the portion of the bronchus invaded by the tumor is excised, and the remaining lung is reconstructed by reconnecting the healthy bronchial segments. This surgery is typically indicated in cases of central-type lung cancer when the tumor has invaded the bronchial carina of the lobe or its branches, bronchial stenosis, congenital or acquired bronchial lesions. Sleeve surgery helps to maximally preserve respiratory function, increase survival rates,

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Đức Thái

Email: drthainguyenduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024