

CT Conebeam là 11,6%
 - Đường kính trung bình của lỗ cắm phụ là $1,02 \pm 0,13$ mm
 - Khoảng cách trung bình từ lỗ cắm phụ tới lỗ cắm là $4,85 \pm 1,24$ mm
 - Chiều dài trung bình của đường đi lỗ cắm phụ là $5,05 \pm 1,53$ mm
 - Vị trí lỗ cắm phụ thường gặp nhất là vị trí sau lỗ cắm với tỷ lệ 62,5%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt Hà**, Nghiên cứu giải phẫu ống răng dưới trên phim CT Conebeam ở người trưởng thành, Đại học Y Hà Nội, 2014
2. **Đông Thanh Thiện**, Nhận xét hình thái ống răng dưới theo ba chiều không gian và mối liên quan với các chân răng hàm dưới trên phim CT Conebeam, Đại học Y Hà Nội, 2013
3. **Kalender A., Orhan K., Aksoy U.**, "Evaluation of the mental foramen and accessory mental foramen in Turkish patients using cone-beam computed tomography images reconstructed from a volumetric rendering program", Clinical Anatomy, 2012
4. **Katakami K., Mishima A., Shiozaki K., Shimoda S., Hamada Y., et al.**, "Characteristics of accessory mental foramina observed on limited cone-beam computed tomography images", Journal of Endodontics, 2008
5. **Naitoh M., Yoshida K., Nakahara K., Gotoh K., Ariji E.**, "Demonstration of accessory mental foramen using rotational panoramic radiography compared with cone-beam computed tomography", Clinical Oral Implants Research Journal, 2011
6. **Paraskevas G., Mavrodi A., Natsis K.**, "Accessory mental foramen: an anatomical study on dry mandibles and review of the literature", The Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2015
7. **Naitoh M., Hiraiwa Y., Aimiya H., Gotoh K., Ariji E.**, "Accessory mental foramen assessment using cone-beam computed tomography", Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2009

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U MỠ TỦY LỚN VÙNG CỔ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Sơn Tùng¹, Ngô Mạnh Hùng¹, Vũ Quang Hiếu¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Hầu hết các u mỡ tủy sống được báo cáo trong y văn là u dưới màng cứng, ngoài tủy, và u mỡ nội tủy thực sự là rất hiếm. Chúng tôi trình bày một trường hợp u mỡ trong tủy sống của vùng cổ với phần mở rộng trên nhiều đoạn tủy sống. Trên phim cộng hưởng từ (MRI) cho thấy một u mỡ nội tủy của tủy sống cổ với cường độ tín hiệu T1 và T2 cao. Đánh giá hình ảnh MRI rất quan trọng trong việc phát hiện các u mỡ nội tủy có thể xuất hiện mà không có bất kỳ thiếu hụt thần kinh nào ở giai đoạn đầu. Chẩn đoán sớm có thể dẫn đến việc ngăn ngừa sự suy giảm không thể phục hồi của các chức năng thần kinh. **Mô tả trường hợp:** Bệnh nhân nam 29 tuổi, không có tiền sử rối loạn chức năng cột sống, có biểu hiện liệt cứng tứ chi tiến triển. Cộng hưởng từ ghi nhận u mỡ nội tủy lớn vùng cổ. Sau phẫu thuật cắt bỏ một phần tổn thương nội tủy, bệnh nhân đã cải thiện về mặt thần kinh.

SUMMARY

HUGE CERVICAL INTRAMEDULLARY LIPOMA SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL: CASE REPORT

Background: Most of the spinal cord lipomas reported in the literature are intradural extramedullary, and true intramedullary lipomas are very rare. We present a case of intramedullary spinal cord lipoma of the cervical region with extensions over many spinal segments. Magnetic resonance (MR) examination showed an intramedullary lipoma of the cervical spinal cord of both high T1 and T2-weighted signal intensity and suppression on fat saturation sequence. MR imaging assessment is critical in the detection of intramedullary lipomas which may present without any neurological deficit at an early stage. Early diagnosis may lead to prevention of the irreversible deterioration of neurological functions. **Case description:** A 29-year-old male, without a history of spinal dysraphism, presented with a progressive spastic quadriplegia. This was attributed to magnetic resonance documented large intramedullary cervical lipoma. Following partial intramedullary surgical debulking of the lesion, the patient neurologically improved.

Key-words: Spinal cord tumor, Lipoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mỡ tủy sống thường xuất hiện bên ngoài tủy, hay gặp nhất ở đoạn tủy thắt lưng-công ở các bệnh nhân có dị tật ống sống. Những tổ chức u mỡ nằm hoàn toàn bên trong tủy sống cực kì hiếm gặp, chiếm dưới 1%[3] trong tổng số tất cả các tổn thương tủy sống. Do những trường hợp này u nằm trong tủy sống, nên sau phẫu thuật loại bỏ u, bệnh nhân có thể chỉ phục

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Sơn Tùng

Email: trantung.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021

hồi một phần chức năng thần kinh [6].

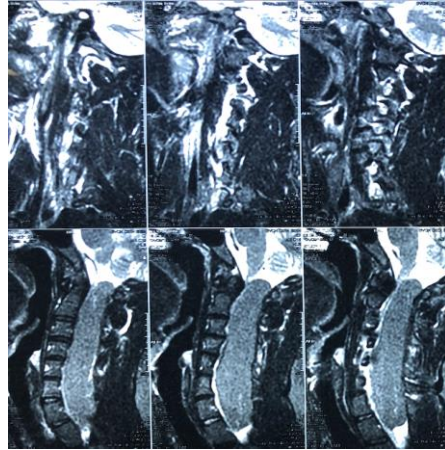
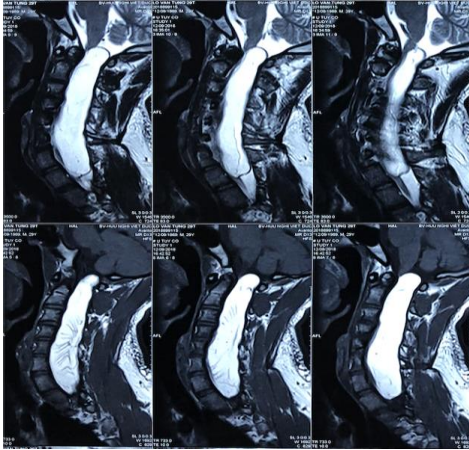
Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo về một bệnh nhân nam 29 tuổi, được chẩn đoán u mỡ nội tủy đoạn tủy cổ, sau mổ loại bỏ bán phần khối u có cải thiện chức năng.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 29 tuổi, đau cổ, tê tay chân 6 tháng, 1 tháng gần đây triệu chứng đau tăng dần, kèm theo yếu tứ chi. Bệnh nhân đến khám trong tình trạng mất cảm giác từ nền cổ trở

xuống, giảm và mất vận động tứ chi. Cơ lực 2 tay là 3/5, chân là 2/5, đi lại cần có xe lăn hỗ trợ.

Cộng hưởng từ thấy hình ảnh khối nằm trong ống sống bắt đầu từ C0 đến D1, kích thước 13*3cm, tăng tín hiệu đồng nhất trên T1W và T2W, giảm tín hiệu hoàn toàn trên chuỗi xung xoá mỡ, sau tiêm không ngấm thuốc. Khối chiếm chỗ và đè đẩy cấu trúc tủy cổ tương ứng không quan sát rõ hình thái tủy. Các đặc điểm này phù hợp với tính chất khối u mỡ.

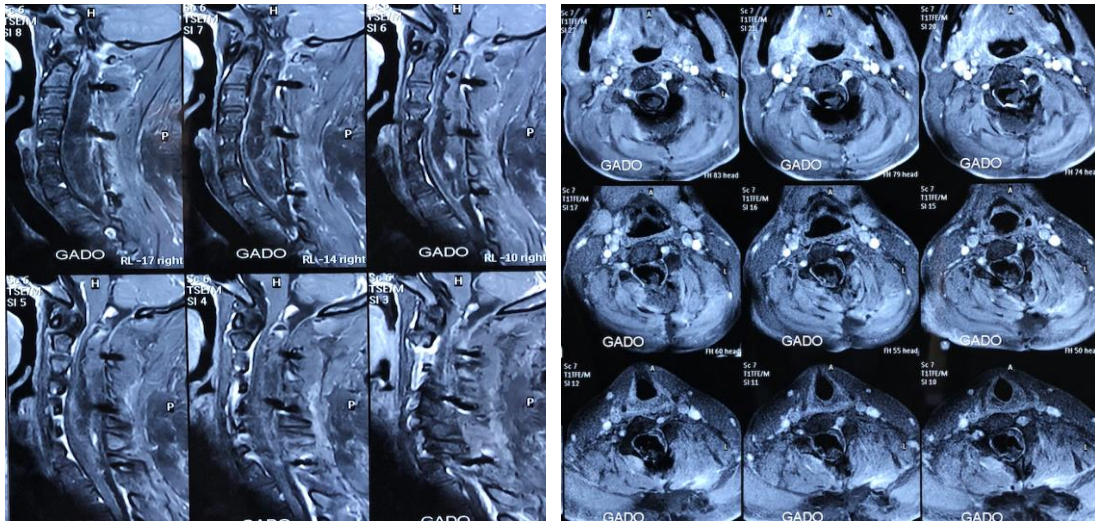


Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cột sống cổ lối sau. Rạch da rộng rãi từ ụ chẩm ngoài đến ngang mức D2. Bóc tách và bộc lộ toàn bộ phần gai và cung sau C1 đến D1. Kiểm tra thấy hình thái cột sống vẹo nhiều sang bên phải (Đã được phát hiện trên phim chụp cộng hưởng từ trước đó). Cung sau C1 đến D1 được tiến hành mở rộng rãi, thành một khối nhờ sự hỗ trợ của khoan cắt cung sau. Đánh giá trong mổ khối u tương xứng với hình ảnh chụp cộng hưởng từ,

khối u kích thước 13 cm, màu vàng nhạt, mật độ u mềm và tăng sinh mạch ít. Khối u nằm dưới màng nhện, dính chặt và đẩy toàn bộ tổ chức tủy sống ra trước, do không có mặt cắt ranh giới rõ ràng giữa khối u và mô lành nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt bỏ u tối đa (có sử dụng dao cắt siêu âm), cùng với tạo hình màng cứng. Phần cung sau cắt ra được chúng tôi tạo hình lại bằng nẹp và vis nhằm khôi phục lại giải phẫu phần ống tủy mà vẫn đạt hiệu quả giải ép.



Bệnh nhân sau mổ diễn biến tốt và được xuất viện sau mổ 07 ngày với sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân có thể đứng và đi lại với nạng hoặc người dìu. Cảm giác được phục hồi ngay ngày thứ 3 sau mổ. Trên phim chụp kiểm tra cho thấy phần lớn khối u được lấy bỏ, phần tồn dư dính vào mặt sau tủy không đáng kể và nhìn thấy được hình thái tủy sống trên phim chụp.



III. BÀN LUẬN

U mỡ tại tuỷ sống là tổn thương tương đối hiếm gặp và chiếm tỷ lệ thấp trong số u tuỷ sống nói chung và u tuỷ cổ nói riêng[1][3]. Trong các nghiên cứu cho thấy đa số các khối u mỡ xuất hiện tại vị trí ngoài màng tuỷ và hay gặp nhất ở đoạn tuỷ cùng/thắt lưng. Các khối u phát sinh ở đoạn tuỷ cổ đặc biệt là các khối u dưới màng tuỷ thường ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng tuỷ và do vậy tiên lượng tương đối nghèo nàn[2]. Bên cạnh đó trong trường hợp này bệnh nhân là người dân tộc thiểu số, việc khám và phát hiện bệnh sớm không được thực hiện, tình trạng bệnh nhân khi đến với chúng tôi đã ở giai đoạn nặng.

Phôi thai học. Hầu hết các trường hợp u mỡ tuỷ sống được báo cáo trong y văn đều là tổn thương ngoài tuỷ[1][3]. Chúng thường bắt đầu do sự di chuyển của các tế bào có nguồn gốc trung mô đến ống sống nguyên thủy trước khi ống sống kịp đóng kín trong quá trình phát triển phôi[1]. Triệu chứng của các u này thường biểu hiện từ rất sớm và gồm hai pha chính: pha đầu tiên bắt đầu trước khi trẻ 5 tuổi, biểu hiện liệt tứ chi hoặc hội chứng yếu chi ở trẻ nhỏ do chấn thương tuỷ sống ngay lúc sinh. Giai đoạn 2 xảy ra do tăng sinh mô mỡ trong quá trình phát triển, trong khoảng những năm 11-50 tuổi[3].

Biểu hiện lâm sàng. Trên lâm sàng, các khối u mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ biểu hiện mất phối hợp vận động, đau cổ, mất cảm giác, yếu liệt tăng dần; điển hình như ca bệnh được báo cáo. Ở bệnh nhân lớn tuổi, các triệu chứng có xu hướng biểu hiện không quá dữ dội, gợi ý đến chứng lý tuỷ tiến triển chậm, đôi khi các triệu chứng này hay bị bỏ qua, càng làm chậm trễ cho

quá trình phát hiện và điều trị bệnh [4]. Khi chèn ép đạt đến mức độ cực đại, bệnh lý tuỷ mới bắt đầu biểu hiện rõ rệt dần trên bệnh nhân. Ở giai đoạn này, cấu trúc tuỷ bị thoái hoá do chèn ép, giảm tưới máu, gây nhiều khó khăn trong điều trị nhất là phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

Chẩn đoán và điều trị. Chẩn đoán và điều trị sớm là yếu tố tối quan trọng và mang tính chất quyết định nhằm giảm thiểu những hậu quả không khắc phục được khi chèn ép tuỷ cổ diễn ra lâu dài.

Trên ảnh cộng hưởng từ, u mỡ biểu hiện tăng tín hiệu trên ảnh T1W và giảm tín hiệu trên T2W, với hiện tượng đảo tín hiệu nhẹ dưới chuỗi xung phục hồi đảo nghịch T1 ngắn; các đặc điểm này gợi ý đến tổ chức giàu chất béo[1][3]. Biện pháp tối ưu được lựa chọn trong đa số trường hợp là giải ép nhưng không cắt hết u nhằm tránh sự suy yếu chức năng thần kinh sau này, do những khối u này phần ranh giới với mô lành rất mờ nhạt[4]. Siêu âm trong mổ cũng là một phương pháp hiệu quả giúp xác định độ thâm nhiễm của khối u, điện thế kích thích cảm giác tương đương giúp tránh gây tổn thương cho các cấu trúc thần kinh[5]. Điện thế kích thích vận động cũng có thể được sử dụng thường xuyên nếu cần cắt lại khối u, tuy nhiên trong điều kiện thực tế việc triển khai những phương pháp trên còn nhiều hạn chế, do vật tư trang thiết bị hiện còn thiếu thốn. Việc cắt bỏ phần lớn khối u, cùng với giải ép giúp giảm nhẹ triệu chứng một cách lâu dài.

Một số phẫu thuật viên đề xuất dùng laser CO₂ nhằm gây bốc hơi các tổ chức thương tổn mà không ảnh hưởng trực tiếp tới tuỷ sống[5]. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả cũng như mức độ an toàn của phương pháp này.

IV. KẾT LUẬN

U mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ là bệnh tương đối hiếm gặp, biểu hiện điển hình với tình trạng yếu liệt tứ chi tăng dần, có thể kèm theo các rối loạn về cảm giác. Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chủ yếu để chẩn đoán bệnh. Về phương pháp điều trị, việc cắt bán phần u được ưu tiên hơn là cắt toàn bộ mô u nhằm tránh tổn thương chức năng thần kinh. Tạo hình màng cứng giúp tăng hiệu quả giải ép lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ammerman BJ, Henry JM, De Girolami U, Earle KM. Intradural lipomas of the spinal cord. A clinicopathological correlation. J Neurosurg 1976; 44: 331-336.

2. Bhatoe HS, Singh P, Chaturvedi A, Sahai K, Dutta V, Sahoo PK. Nondysraphic intramedullary spinal cord lipomas: A review. Neurosurg Focus. 2005;18:EC P1.
3. Lee M, Rezai AR, Abbott R, Coelho DH, Epstein FJ. Intramedullary spinal cord lipomas. J Neurosurg. 1995;82:394-400.
4. Naim Ur R, Salih MA, Jamjoom AH, Jamjoom ZA. Congenital intramedullary lipoma of the dorsocervical spinal cord with intracranial extension: Case report. Neurosurgery. 1994; 34:1081-3.discussion 1084.
5. Pathi R, Kiley M, Sage M. Isolated spinal cord lipoma . J Clin Neurosci 2003; 10:692-694.
6. Sanli AM, Türkog'lu E, Kahveci R, Sekerci Z. Intradural lipoma of the cervicothoracic spinal cord with intracranial extension. Childs Nerv Syst 2010; 26:847-852.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN 10-15 TUỔI ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Văn Lâm², Mattias Larsson³, Linus Olson³, Nguyễn Thị Kim Chúc⁴, Trần Khánh Toàn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) và một số yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên 10-15 tuổi nhiễm HIV đang điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 190 trẻ từ 10-15 tuổi nhiễm HIV đang được quản lý điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 6-12/2020. CLCS được đánh giá bằng công cụ PedsQL 4.0 với 23 câu hỏi liên quan đến 4 lĩnh vực về thể chất, tình cảm, xã hội và học tập. Điểm số càng cao tương ứng với CLCS càng tốt. **Kết quả:** Điểm trung bình CLCS chung 72,2; về sức khỏe thể chất 80,3; sức khỏe tâm lý xã hội 75,6; xã hội 82,2; cảm xúc 76,3; và học tập 68,3. Tỷ lệ CLCS tốt tính chung là 56,8%; về sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4%; về xã hội 73,2%, cảm xúc 57,9% và học tập 45,3%. Trẻ thuộc các hộ gia đình nghèo, trẻ có NCS có học vấn thấp (từ THCS trở xuống) và trẻ có thời gian từ nhà đến phòng khám từ 60 phút trở lên có CLCS thấp hơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV có CLCS cao ở hầu hết các lĩnh vực, trừ lĩnh vực học tập. Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và

thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, vị thành niên, HIV, ARV, PedsQL.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN HIV-INFECTED ADOLESCENTS AGED 10-15 YEARS ON ANTIRETROVIRAL TREATMENT AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020

Objectives: To describe the quality of life (QoL) and its related factors in HIV-positive adolescents aged 10-15 years on antiretroviral treatment (ART) at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study of 190 HIV-infected children aged 10-15 years taking ART at the National Children's Hospital from June to December 2020. The 23-item PedsQL™ Generic Core Scales were used to measure 4 core dimensions of health: physical, emotional, social and school functions. **Results:** The average scores were 72.2 for total QoL; 80.3 for physical health; 75.6 for psychosocial health; 76.3 for emotional function; 82.2 for social function; and 68.3 for school function. The rates of good QoL were 56.8% in total; 67.9% for physical function; 57.4% for psychosocial health; 57.9% for emotional function; 73.2% for social function; and 45.3% for school function. Children living in poor families, who having caregivers with low education (from lower secondary school) and those who need at least 60 minutes to reach the clinic had lower QoL ($p < 0.05$). **Conclusion:** HIV-infected

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Viện Karolinska, Thụy Điển, ⁴Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: Hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021