

- cranial base and suprasellar lesions: indications and limitations". 2009; 64(4), pp. 677-689.
5. **Morita, Akio, Sekhar, Laligam N, and Wright, Donald C %J** Cancer control, "Current concepts in the management of tumors of the skull base". 1998; 5(2), pp. 138-149.
 6. **Pamir, M. Necmettin, Al-Mefty, Ossama, and Borda, Luis A. B.**, "Chordomas: Technologies, Techniques, and Treatment Strategies". 2016.
 7. **Quinones-Hinojosa, Alfredo, Schmidek and Sweet:** Operative Neurosurgical Techniques, ed. 6th, Elsevier. 2012
 8. **Samii, Madjid, et al.**, "Surgical treatment of epidermoid cysts of the cerebellopontine angle". 1996; 84(1), pp. 14-19.
 9. **Shkarubo, Alexey N, et al.**, "Endoscopic endonasal transclival removal of tumors of the clivus and anterior region of the posterior cranial fossa (results of surgical treatment of 140 patients)". 2018; 4, pp. 1-14.
 10. **Winn, H. Richard** (2022), Youmans and Winn Neurological Surgery, ed. 8th, Elsevier, 2022: 1365-1373.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN YÊN KHỔNG LỒ BẰNG ĐƯỜNG NỘI SOI QUA XOANG Bướm

Lê Trần Minh Sử¹, Trần Thiện Khiêm², Đào Duy Phương¹,
Trần Tiểu Tiên², Trần Huy Hoàn Bảo², Trần Minh Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến yên khổng lồ vẫn là một thách thức trong phẫu thuật thần kinh. Kích thước khối u lớn, xâm lấn nhiều cấu trúc mạch máu thần kinh xung quanh gây rất nhiều khó khăn lúc phẫu thuật. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ bằng đường nội soi qua xoang bướm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 28 BN u tuyến yên khổng lồ được phẫu thuật nội soi qua xoang bướm tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2020 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 28 BN với tuổi trung vị là 54 (khoảng 40-71 tuổi). Kích thước u trung vị là 47,5 mm (khoảng: 40-62). Tỷ lệ lấy u hoàn toàn là 14,3 % (n=4), lấy u gần hoàn toàn là 57,1% (n=16), lấy bán phần u là 28,6% (n=8). 75% (21) BN cải thiện thị lực sau mổ. 46,4 % (n=13) BN có xạ phẫu hỗ trợ sau mổ. Sau thời gian theo dõi trung vị là 18,8 (khoảng: 0,9-46,6) tháng, có 7,1% (n=2) BN tái phát. Biến chứng xuất huyết ở 2 BN (7,1%), rò dịch não tủy 2 BN (7,1%), 1 BN (3,6%) tử vong do xuất huyết. Các yếu tố liên quan đến mức độ lấy u bao gồm: u đa thùy, u xâm lấn xoang hang và u phát triển lên trên tiếp xúc với thành dưới não thất bên. **Kết luận:** Phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ bằng nội soi qua xoang bướm là phương pháp hiệu quả và an toàn. Kinh nghiệm, đánh giá kỹ đặc điểm hình ảnh học trước mổ giúp nâng cao tỷ lệ lấy u an toàn. **Từ khoá:** U tuyến yên khổng lồ, nội soi qua xoang bướm, rối loạn nội tiết tuyến yên

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSSPHEOIDAL SURGERY

¹Trường Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Huy

Email: tranminhhuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025

FOR GIANT PITUITARY ADENOMA

Introduction: Giant pituitary adenomas present a significant challenge in neurosurgery. This study aimed to evaluate the outcomes of the endoscopic transsphenoidal approach for the removal of these tumors. **Patients and Methods:** A retrospective analysis was conducted on 28 cases of giant pituitary adenomas that underwent endoscopic transsphenoidal resection at Cho Ray Hospital between November 2020 and July 2024. **Results:** The study included 28 patients with a median age of 54 years (range: 40-71 years). The median tumor size was 47.5 mm (range: 40-62 mm). Complete tumor removal was achieved in 14.3% (n=4) of cases, near-complete removal in 57.1% (n=16), and partial removal in 28.6% (n=8). Postoperative vision improvement was observed in 75% (n=21) of patients. A total of 46.4% (n=13) received postoperative radiosurgery. After a median follow-up of 18.8 months (range: 0.9-46.6 months), tumor recurrence occurred in 7.1% (n=2) of patients. Complications included hemorrhage in 7.1% (n=2), cerebrospinal fluid leakage in 7.1% (n=2), and one mortality (3.6%) due to hemorrhage. Factors associated with the extent of tumor removal included multilobulated tumors, cavernous sinus invasion, and extension into the inferior lateral ventricles. **Conclusions:** The endoscopic transsphenoidal approach is a safe and effective method for the removal of giant pituitary adenomas. Surgical experience and thorough preoperative imaging assessment are critical for optimizing outcomes.

Keywords: Giant pituitary adenomas, Endoscopic transsphenoidal approach, pituitary endocrinological disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên là một u lành tính, chiếm 10-25% và đứng vị trí thứ 3 trong các u nội sọ thường gặp [1]. U tuyến yên khổng lồ được định nghĩa là u có đường kính lớn nhất từ 4 cm trở lên [1,2]. Với đặc điểm giải phẫu học u nằm sâu,

phẫu trường hẹp, xung quanh là các cấu trúc thần kinh quan trọng như: dây thần kinh và giao thoa thị giác, động mạch cảnh, tuyến yên và vùng hạ đồi nên việc phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ vẫn là một thách thức với các phẫu thuật viên thần kinh. Theo các nghiên cứu, tỉ lệ lấy hoàn toàn u tương đối thấp với tỉ lệ là 14,7 - 41,2%, tỉ lệ biến chứng là 16-22% [1, 3-6], và tỉ lệ tử vong là 1-7% [6]. Phẫu thuật nội soi qua xoang bướm với ưu điểm về độ rộng góc nhìn phẫu trường hiện đang được các phẫu thuật viên ưu tiên chọn lựa trong tiếp cận loại u này [1, 2, 4, 6]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, phẫu thuật nội soi u tuyến yên qua xoang bướm bắt đầu được thực hiện từ năm 2010, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo về kết quả trên u tuyến yên khổng lồ. Do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ và phân tích các ưu nhược điểm bằng đường tiếp cận này tại trung tâm chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu 28 bệnh nhân (BN) u tuyến yên khổng lồ được phẫu thuật nội soi lấy u qua xoang bướm tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 07 năm 2024. Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức bệnh viện Chợ Rẫy. Các BN đồng ý tham gia nghiên cứu bằng cách đồng ý trả lời phỏng vấn qua điện thoại tại thời điểm theo dõi cuối cùng. Tiêu chuẩn chọn bệnh là: (1) u tuyến yên có đường kính lớn nhất trên MRI sọ não có thuốc tương phản từ trước mổ từ 40mm trở lên, (2) phẫu thuật nội soi qua xoang bướm, (3) kết quả giải phẫu bệnh: u tuyến yên. Thời gian theo dõi trung vị của các BN trong nghiên cứu là 18,8 tháng (0,9-46,6 tháng).

Về đặc điểm hình ảnh học của u, trên mặt phẳng đứng dọc, 2 đường thẳng song song cắt ngang qua động mạch cảnh trong xoang hang phía trước và cắt ngang qua xương bản vuông phía sau được dùng để xác định hướng phát triển ra trước và ra sau của u [1]. Phát triển lên vùng trên yên được tính từ đường thẳng ngang qua hoành yên lên trên và tiếp xúc với mặt dưới của thành não thất bên (Hình 1A). U xâm lấn xoang hang được phân độ theo thang điểm Knops [7].

Mức độ lấy u được định nghĩa dựa trên hình ảnh MRI sọ não có thuốc tương phản từ sau mổ: (1) lấy u hoàn toàn: không còn hình ảnh u, (2) lấy u gần hoàn toàn: từ 90% u trở lên, (3) lấy u bán phần: dưới 90% u, (4) sinh thiết u [1].

Số liệu nghiên cứu được thu thập, nhập liệu bằng phần mềm Excel 365, phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

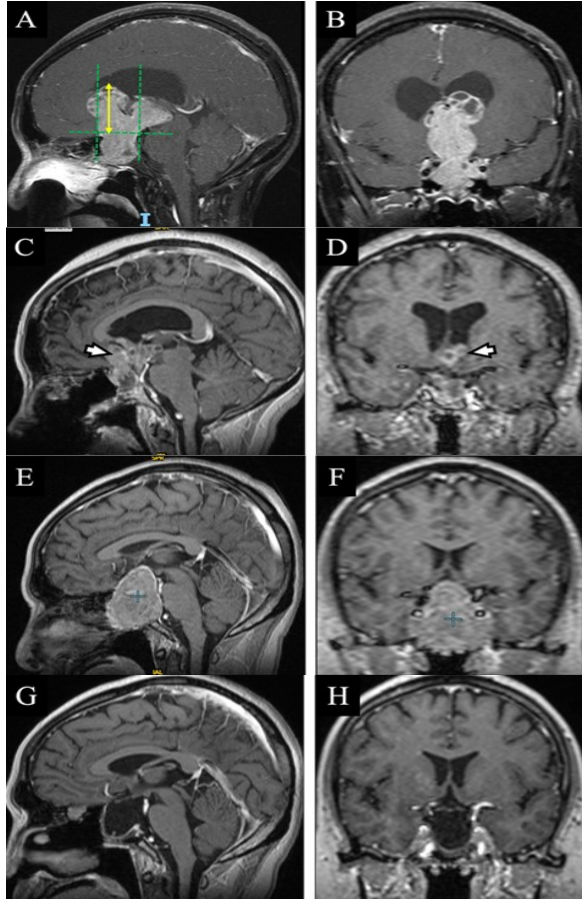
Đặc điểm dân số nghiên cứu. Từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 07 năm 2024, chúng tôi thu thập số liệu của 28 BN u tuyến yên khổng lồ đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung vị là 54 (khoảng 40-71 tuổi). Tỉ lệ nữ chiếm 57,1% (n=16). Tất cả các BN đều biểu hiện giảm thị lực và thu hẹp thị trường (n=28, 100%). Suy một phần hoặc toàn bộ tuyến yên chiếm 60,7% (n=17). Có hai BN (7,1%) có triệu chứng song thị, liệt vận nhãn. Phần lớn u không chế tiết chỉ có 1 BN u chế tiết hóc môn tăng trưởng, biểu hiện lâm sàng to cực.

Về đặc điểm hình ảnh học, chúng tôi ghi nhận u có đường kính trung vị là 47,5 mm (khoảng: 40-62). U hình quả tạ chiếm 42,9% (n=12), đa thùy chiếm 21,4% (n=6). U có thành phần nang chiếm 28,6% (n=8), u xuất huyết chiếm 10,7% (n=3). Về hướng phát triển của u, đa phần u phát triển vào trong xoang bướm chiếm 78,6% (n=22), u phát triển ra trước, ra sau lần lượt là 57,1% (n=16) và 53,6% (n=15). Phần lớn u phát triển lên vùng trên yên trên 20mm chiếm 89,3% (n=25) và phát triển chèn ép thành dưới não thất bên chiếm 42,9 % (n=12). Về mức độ xâm lấn xoang hang, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ Knosp độ 2, 3 và 4 lần lượt là 57,1% (n=16), 25% (n=7) và 17,9% (n=5). Có 14,3 BN (n=4) có u chèn ép lỗ Monro làm dẫn não thất.

Kết quả phẫu thuật và biến chứng.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lấy hoàn toàn u là 14,3% (n=4) (hình 1 E-H), lấy gần hoàn toàn u là 57,1% (n=16) (hình 2), lấy bán phần u là 28,6% (n=8) (hình 1 A-D). Không BN nào sinh thiết u. Ghi nhận trong lúc mổ, đa phần u mềm với tỉ lệ 89,7% (n=21), chảy dịch não tủy trong mổ 14,3% (n=4). Sau mổ, 75% (n=21) BN cải thiện thị lực. Chúng tôi ghi nhận có 2 BN (7,1%) có biến chứng u xuất huyết sau mổ. Một BN xuất huyết ít điều trị nội khoa bảo tồn, một BN xuất huyết lớn lan vào não thất, được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất ra ngoài, nhưng diễn tiến thành đột quỵ tuyến yên và tử vong sau đó. Chúng tôi ghi nhận có 2 BN (7,1%) có dò dịch não tủy sau mổ đáp ứng với dẫn lưu thắt lưng liên tục, 1 BN (3,6%) có viêm màng não đáp ứng với điều trị kháng sinh. Suy yên sau phẫu thuật gặp ở 18 BN (53,6%), trong đó có 3 BN (10,7%) là suy yên mới khởi phát và có 2 BN (7,1%) có phục hồi tình trạng suy yên. Có 46,4 % (n=13) BN có xạ phẫu hỗ trợ sau mổ. Sau khoảng thời gian theo dõi trung vị là 18,8 (khoảng: 0,9-46,6) tháng, có 7,1% (n=2) BN tái phát. Một BN sau đó được mổ lấy u lần 2.

Phân tích các yếu tố liên quan đến mức độ lấy u, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lấy u hoàn toàn và gần hoàn toàn thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở các nhóm u đa thùy ($p=0,04$), xâm lấn xoang hang (Knops độ 3 và 4) ($p=0,049$) và u tiếp xúc với thành dưới não thất bên ($p=0,038$) so với các nhóm không có tính chất trên (Phép kiểm Fisher).

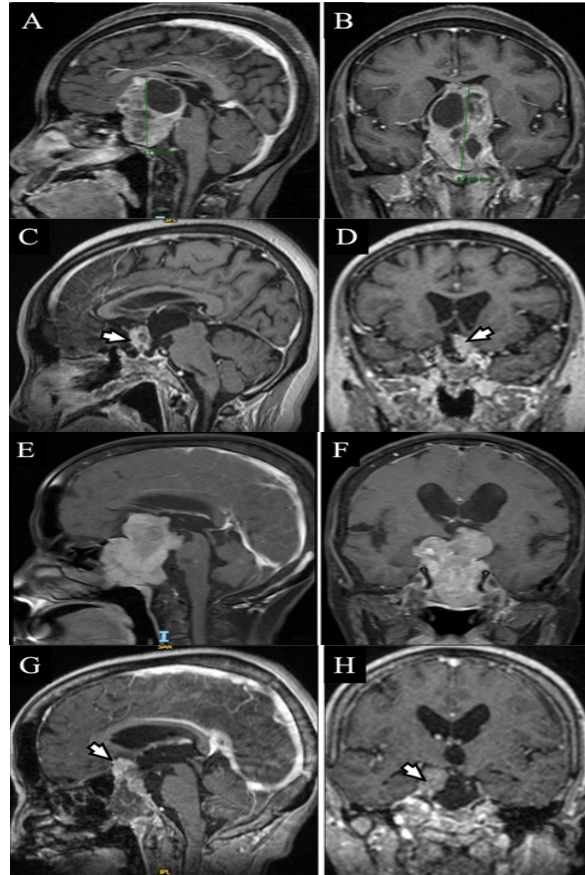


Hình 1. MRI sọ não có thuốc tương phản từ trước và sau mổ

Hình A,B (MRI trước mổ): u đa thùy, lan lên trên, ra trước và sau (đường thẳng giới hạn trước và sau (màu xanh), kích thước phần trên yên (đường màu vàng)). Hình C,D (MRI sau mổ, lấy bán phần u, u còn lại sau mổ (dấu mũi tên trắng)). Hình E, F, G, H: lấy hoàn toàn u.

IV. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng. U tuyến yên khổng lồ chiếm 5-16% tổng số các trường hợp u tuyến yên [1]. Tương tự các nghiên cứu khác, chúng tôi ghi nhận hầu hết các trường hợp u lớn chèn ép giao thoa gây triệu chứng về thị lực và thị trường ($n=28$, 100%), kèm với suy yên 1 phần hoặc toàn bộ tuyến yên với tỉ lệ 60,7% ($n= 17$) [1, 2, 4, 6].



Hình 2. Phẫu thuật lấy gần hoàn toàn u

Hình A, B, C, D: MRI sọ não trước và sau mổ của 1 BN. Hình E, F, G, H: MRI sọ não trước và sau mổ của 1 BN, u còn lại (dấu mũi tên trắng)

Lựa chọn đường phẫu thuật. Với ưu điểm góc nhìn rộng, tiếp cận trực tiếp và tỉ lệ biến chứng thấp hơn đường phẫu thuật mở sọ, đường tiếp cận nội soi qua xoang bướm thường được ưu tiên chọn lựa trong điều trị u tuyến yên khổng lồ [1-5], tuy nhiên nếu u phát triển qua bên nhiều (ngoài động mạch cảnh) hoặc thắt nút với thùy lớn, hoặc u phát triển ra ngoài hướng tiếp cận thẳng trực của nội soi qua xoang bướm (ra trước vùng dưới trán, sang hố sọ giữa hoặc sau) thì đường mổ qua sọ sẽ được chọn lựa [2].

Kết quả phẫu thuật và biến chứng.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lấy hoàn toàn u là 14,3% ($n=4$) và lấy gần hoàn toàn u là 57,1% ($n=16$). Tỉ lệ lấy hoàn toàn u trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu của tác giả khác với tỉ lệ được báo cáo là 14,7-41,2% [1-4]. Với bản chất lành tính, phát triển chậm nên một số tác giả cho rằng mục tiêu ưu tiên của phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ là giảm khối trong lòng u giải ép dây thần kinh-giao thoa thị và tuyến yên để cải thiện

chức năng thị lực và nội tiết tuyến yên, không cố gắng lấy toàn bộ u với nguy cơ biến chứng phẫu thuật cao [3, 5]. Ngoài ra, một số tác giả cũng quan điểm có thể lấy u thì hai hoặc phối hợp qua đường mở sọ nếu những vị trí u cao, thắt nút không thể tiếp cận an toàn trong lần mổ đầu [1]. Với quan điểm đó, mặc dù tỉ lệ lấy hoàn toàn u tương đối thấp nhưng chúng tôi ghi nhận được 75% (n=21) BN có cải thiện về thị lực. Tuy nhiên về tỉ lệ hồi phục chức năng tuyến yên, tương tự nghiên cứu của tác giả Koutourousiou và cs., chúng tôi ghi nhận tỉ lệ hồi phục chức năng tuyến yên sau mổ thấp 7,1%, nguyên nhân có thể do tuyến yên đã bị u chèn ép lâu ngày [4].

Các yếu tố ảnh hưởng bất lợi đến khả năng lấy u nội soi qua xoang bướm bao gồm: u đa thùy [1, 4-6], u lan vào hố sọ giữa [1, 4, 6], u xâm lấn xoang hang [1, 2, 5, 6]. Tác giả Ceylan và cs. đã tổng hợp các yếu tố này để đưa ra một thang điểm dựa trên hình thái u và một thang điểm dựa trên phân vùng u để dự đoán mức độ lấy u [1]. Đối với u tuyến yên xâm lấn xoang hang, có hai trường phái tiếp cận. Một số tác giả ủng hộ việc lấy u vùng xoang hang thông qua chỗ khuyết của thành trong xoang hang sau khi lấy u ở vùng hố yên và/hoặc mở thành trước xoang hang tiếp cận u xâm lấn bên ngoài động mạch cảnh [4, 8]. Trong khi một số tác giả chỉ chủ trương lấy phần u trong xoang bướm, chứa lại phần u xâm lấn xoang hang để theo dõi hoặc điều trị xạ phẫu sau đó [2, 9]. Việc lấy phần u trong xoang hang sẽ giúp tăng tỉ lệ lấy u hoàn toàn, giúp tăng tỉ lệ kiểm soát bệnh [4, 8]. Tuy nhiên để đảm bảo an toàn cần có sự kinh nghiệm của phẫu thuật viên và các trang thiết bị hỗ trợ như siêu âm trong mổ, theo dõi điện sinh lý thần kinh trong mổ, scope 45° và các dụng cụ có góc nghiêng. Tại trung tâm chúng tôi, với sự hạn chế về dụng cụ, cũng như đa phần u tuyến yên khổng lồ không chế tiết nên việc lấy u trong hố yên và trên yên chứa lại phần u trong xoang hang để xạ phẫu là một lựa chọn hợp lý. Tỉ lệ kiểm soát u sau xạ phẫu cao 95,5% theo tác giả Kim và cs. [9]. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý một trong những biến chứng của xạ phẫu là tỉ lệ tương đối cao BN có suy yên sau xạ phẫu, tăng dần theo thời gian với tỉ lệ 7,8-31,3% [10].

Hầu hết các tác giả đều nhấn mạnh vai trò của kinh nghiệm trong phẫu thuật u tuyến yên khổng lồ [1, 2, 4], chúng tôi cũng ghi nhận tương tự. Trong khoảng thời gian 2 năm gần đây tại trung tâm chúng tôi, tỉ lệ lấy hoàn toàn u và gần hoàn toàn u cao hơn so với thời gian trước đó. Việc quen thuộc với các cấu trúc giải phẫu, giúp phẫu thuật viên mạnh dạn mở rộng thành

trước xoang bướm tối đa (mở bóng sán và xoang sán sau bên phải), thực hiện các phương pháp tiếp cận xuyên củ yên, xuyên xương bản vuông, cùng với việc sử dụng scope 30-45°, dụng cụ gập góc chuyên dụng, giúp tăng khả năng lấy u. U tuyến yên khổng lồ phát triển lên vùng trên yên nhiều, khi lấy hết được 1 phần u thì màng nhện phân cách u và nhu mô não sẽ sà xuống vùng hố yên, che lấp những phần u còn sót lại, đặt biệt đối với các u nhiều thùy hoặc dạng quả tạ. Một số tác giả đề xuất các phương pháp giúp tăng mức độ lấy u như lấy u theo thứ tự từ sau ra trước, lấy phần u góc dưới 2 bên trước [2], sử dụng siêu âm trong lúc mổ, đặt dẫn lưu thắt lưng để kiểm soát chủ động việc màng nhện xung quanh u và xuống vùng hố yên.

Xuất huyết trong u sau mổ là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất. Việc phần u còn lại lớn có thể dẫn tới nguy cơ xuất huyết và đột quỵ tuyến yên [1]. Chúng tôi ghi nhận có 1 BN u phát triển lên cao dạng quả tạ thắt nút, phần thùy u còn lại tương đối lớn gây xuất huyết trong u lan vào não thất, diễn tiến đột quỵ tuyến yên và tử vong. Trong những trường hợp u thùy thắt nút không thể tiếp cận lấy hoàn toàn bằng đường nội soi thì nên chủ động chứa lại hoặc kết hợp với đường mở sọ, việc cố gắng lấy 1 phần sẽ dễ gây xuất huyết trong u không kiểm soát được.

V. KẾT LUẬN

U tuyến yên khổng lồ vẫn là một thách thức trong phẫu thuật thần kinh. Phẫu thuật lấy u bằng đường nội soi qua xoang bướm là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn. Với kinh nghiệm và cải tiến trang thiết bị, mức độ lấy u ngày càng tăng qua các đường nội soi mở rộng. Hạn chế của đường nội soi qua xoang bướm là u đa thùy, xâm lấn xoang hang, phát triển lên cao và sang bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ceylan, S., et al.**, Endoscopic approach for giant pituitary adenoma: clinical outcomes of 205 patients and comparison of two proposed classification systems for preoperative prediction of extent of resection. *Journal of Neurosurgery*, 2022. 136(3): p. 786-800.
2. **Makarenko, S., et al.**, Outcomes and surgical nuances in management of giant pituitary adenomas: a review of 108 cases in the endoscopic era. *Journal of Neurosurgery*, 2022. 137(3): p. 635-646.
3. **Gondim, J.A., et al.**, Giant pituitary adenomas: surgical outcomes of 50 cases operated on by the endonasal endoscopic approach. *World Neurosurg*, 2014. 82(1-2): p. e281-90.
4. **Koutourousiou, M., et al.**, Endoscopic endonasal surgery for giant pituitary adenomas:

- advantages and limitations. J Neurosurg, 2013. 118(3): p. 621-31.
5. **Elshazly, K., et al.,** Clinical Outcomes After Endoscopic Endonasal Resection of Giant Pituitary Adenomas. World Neurosurgery, 2018. 114: p. e447-e456.
 6. **Gaia, F., et al.,** Analyzing giant pituitary adenomas: An 8-year review (2012–2020) at a reference center in Brazil. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2022. 213: p. 107138.
 7. **Knosp, E., et al.,** Pituitary adenomas with invasion of the cavernous sinus space: a magnetic resonance imaging classification compared with surgical findings. Neurosurgery, 1993. 33(4): p. 610-7; discussion 617-8.
 8. **Ajlan, A., et al.,** Cavernous Sinus Involvement by Pituitary Adenomas: Clinical Implications and Outcomes of Endoscopic Endonasal Resection. J Neurol Surg B Skull Base, 2017. 78(3): p. 273-282.
 9. **Kim, M., et al.,** Gamma Knife surgery for invasive pituitary macroadenoma. J Neurosurg, 2006. 105 Suppl: p. 26-30.
 10. **Cordeiro, D., et al.,** Hypopituitarism after Gamma Knife radiosurgery for pituitary adenomas: a multicenter, international study. J Neurosurg, 2019. 131(4): p. 1188-1196.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG BỆNH QUAI BỊ TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đậu Việt Hùng¹, Thiệu Quang Quân¹,
Phạm Nhật An², Nguyễn Văn Lâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh quai bị và khảo sát một số yếu tố liên quan đến các biến chứng của bệnh quai bị ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các trẻ được chẩn đoán quai bị từ ngày 1/8/2013 đến ngày 30/7/2017 được lấy vào nghiên cứu. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Trong tổng số 208 bệnh nhi quai bị có 74 bệnh nhân có biến chứng và 134 bệnh nhân không có biến chứng, tuổi hay gặp nhất 6-12 tuổi (tuổi trung bình 6.63 ± 3.66), nam chiếm ưu thế. Triệu chứng lâm sàng chính là sưng tuyến mang tai (100%) và sốt (90.5%). Bệnh xảy ra chủ yếu mùa đông với biến chứng viêm tinh hoàn hay gặp nhất (47.3%), tiếp theo là các biến chứng viêm màng não, viêm não và viêm buồng trứng với tỉ lệ tương ứng là 28.4%, 23% và 1.4%. Tuổi và nồng độ amylase là các yếu tố liên quan độc lập với biến chứng của quai bị. **Kết luận:** Triệu chứng hay gặp nhất của các bệnh nhân quai bị có biến chứng là viêm tuyến mang tai và sốt. Tuổi và amylase là các yếu tố liên quan độc lập với biến chứng của quai bị.

Từ khóa: Quai bị, biến chứng, amylase

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MUMPS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics of mumps and investigate

factors associated with complications of mumps in children. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study was conducted. All pediatric patients diagnosed with mumps were included from August 1, 2013, to July 30, 2017. Clinical symptoms, laboratory findings, and complications were collected for analysis. **Results:** Among 208 pediatric patients with mumps, 74 patients had complications, while 134 patients did not. The disease was most common in the 6–12 age group (mean age: 6.63 ± 3.66 years), with a male predominance. The main clinical symptoms were parotid gland swelling (100%) and fever (90.5%). The disease occurred primarily in winter, with the most common complication being orchitis (47.3%), followed by meningitis (28.4%), encephalitis (23%), and oophoritis (1.4%). Age and amylase levels were identified as independent factors associated with mumps complications. **Conclusion:** The most frequent symptoms in mumps patients with complications were parotid gland swelling and fever. Age and amylase levels were independent factors associated with mumps complications.

Keywords: Mump, complication, amylase.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quai bị là bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch, do vi rút quai bị gây nên. Vi rút quai bị có ái tính đặc biệt với các tuyến ngoại tiết như tuyến nước bọt, tuyến sinh dục (tinh hoàn, buồng trứng), tụy tạng và hệ thần kinh. Bệnh thường gặp ở trẻ em và lứa tuổi thanh thiếu niên, thường diễn biến lành tính với khoảng 30% các trường hợp nhiễm vi rút nhưng không có biểu hiện lâm sàng¹. Mặc dù thường diễn biến lành tính nhưng bệnh có thể gây ra những biến chứng như viêm tinh hoàn, viêm buồng trứng, đặc biệt là các biến chứng nguy hiểm như viêm màng não, viêm não...Trên thế giới, từ khi có vắc xin phòng quai bị, tỉ lệ bệnh đã giảm đi đáng kể,

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Vinmec Times city

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Việt Hùng

Email: bsdauhung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 24.2.2025