

- B core-related antigen (HBcrAg) levels in the natural history of hepatitis B virus infection in a large European cohort predominantly infected with genotypes A and D," Linearized hepatitis B surface antigen and hepatitis B core-related antigen in the natural history of chronic hepatitis B, tập 20, pp. 1173-1180, 2014.
4. **P. T. Thuỳ và N. T. Văn Hồng**, "Khảo sát sự thay đổi của HBcrAg trên bệnh nhân Viêm gan B mạn trước và sau điều trị TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300MG," Tạp chí y học Việt Nam, tập 521, số 1, 2023.
 5. **N. Itokawa, M. Atsukawa và et al**, "Kinetics of the hepatitis B core-related antigen and treatment responses in chronic hepatitis B patients treated with tenofovir alafenamide," Hepatology research, 2024.
 6. **Bộ Y tế và WHO**, Phổ biến kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật do viêm gan virus B, C và phân tích hiệu quả đầu tư, 2017.
 7. **N. Terrault**, AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B, Hepatology 2016, 63,261-283. [CrossRef] [pubmed], 2016.
 8. **Liu F, Wang XW, Chen L và et al**, "Systematic review with meta-analysis: Development of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis patients with hepatitis surface antigen seroclearance," Aliment. pharmacol.Ther, tập 43, pp. 1253-1261, 2016.
 9. **L. V. Nam**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độenzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính," Tạp chí y học Việt Nam, tập 2, số 500, pp. 95-99, 2021.
 10. **B. Wang, I. Carey, M. Bruce và et al**, "HBeAg seroconversion marks an important spontaneous change and treatment end-point for HBeAg-positive patients and is a pre-requisite for HBsAg loss or functional cure. In this retrospective analysis, we aimed to identify predictors of seroconversion usin," J Viral Hepat ., tập 25, số 8, pp. 886-893, 2018.

SỬ DỤNG VẬT NIÊM MẠC XOANG Bướm TÁI TẠO NỀN SỌ TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG MŨI ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ VÙNG HỐ YÊN

Nguyễn Thanh Xuân¹, Nguyễn Thành Nam²
Nguyễn Mạnh Tiến¹, Nguyễn Ngọc Đại¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Dùng vật niêm mạc xoang bướm tái tạo nền sọ trong phẫu thuật nội soi qua đường mũi điều trị các bệnh lý vùng hố yên, đánh giá hiệu quả và tỉ lệ các biến chứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 57 bệnh nhân có tổn thương vùng hố tuyến yên được phẫu thuật nội soi qua mũi, sử dụng vật niêm mạc xoang bướm kèm hoặc không kèm phương pháp khác để tái tạo nền sọ. **Kết quả:** Tuổi trung bình $51,8 \pm 13,5$, nam 26 (45,6%) nữ 31 (54,4%). Mô bệnh học hay gặp nhất là u tuyến yên 36 ca (63,2%), nang Rathke 15 ca (26,3%), tổn thương viêm mạn tính 5 ca (8,8%) u nang biểu bì 1 ca (1,7%). Áp dụng thang điểm Kelly có 44 ca độ 0 (77,2%), độ I có 9 ca (15,8%), độ II có 3 ca (5,3%), độ III có 1 ca (1,7%). Ngay sau mổ có 11 ca chảy dịch mũi rỉ rả (19,6%), có 1 ca chảy dịch não tủy phải phẫu thuật lần 2 để vá rò (1,7%), triệu chứng tại chỗ rất ít gặp. **Kết luận:** Dùng vật niêm mạc xoang bướm để tái tạo nền sọ có những ưu điểm như: linh hoạt, dễ sử dụng, khôi phục lại đặc điểm giải phẫu, thúc đẩy quá trình tái tạo niêm mạc, giảm các biến chứng tại chỗ. Vật niêm mạc xoang bướm nên được chuẩn bị và sử dụng ở bất kỳ ca nào có thể, và nên được xem như một phương pháp tái tạo nền sọ riêng biệt hoặc bổ trợ cho các phương pháp khác.

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: thnam152@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

SUMMARY

CLOSURE OF SKULL BASE DEFECTS BY SPHENOID MUCOSAL FLAPS IN ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSSPENOIDAL SURGERY

Objective: Using sphenoid sinus mucosa flap (SSMF) to reconstruct skull base defects in endoscopic endonasal transsphenoidal surgery (EETS), evaluate effectiveness and complications. **Methods:** 57 patients are treated by EETS, using SSMF with or without other methods to reconstruct the skull base defect(s). **Results:** Mean age $51,8 \pm 13,5$, 26 men (45,6%) and 31 women (54,4%). The histopathological feature: pituitary adenoma-36 cases (63,2%), Rathke cyst-15 cases (26,3%), chronic inflammatory lesions-5 cases (8,8%), epidermoid cyst-1 case (1,7%). Kelly grade: 44 cases of grade 0 (77,2%), 9 cases of grade I (15,8%), 3 cases of grade II (5,3%), 1 case of grade III (1,7%). Immediately after surgery, there were 11 cases of nasal discharge (19,6%), 1 case of CSF leak requiring a second surgery to repair the fistula (1,7%). **Conclusion:** SSMF has advantages such as flexibility, ease of use, restoring anatomical characteristics, promoting the repopulation of mucosa, reducing local complications. SSMF should be used in any possible case, as a separate method or as an adjunct to others.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm (EETS) được áp dụng để điều trị các bệnh lý vùng hố yên lần đầu

tiên¹ năm 1992, phương pháp này đến nay đã đạt được nhiều bước tiến bộ và ngày càng trở nên phổ biến^{2,3}. Đây là một xâm lấn tối thiểu, nhưng mang lại hiệu quả và an toàn để điều trị các bệnh lý vùng hố yên. Tuy nhiên phẫu thuật này có nhược điểm là chỉ cho phép một không gian rất hạn chế để thao tác và đưa dụng cụ² chính vì thế việc tái tạo nền sọ để hạn chế biến chứng rò dịch não tủy đôi khi gặp nhiều khó khăn.

Trong khi đó, rò dịch não tủy sau phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm đôi khi trở nên khá nghiêm trọng và không hiếm gặp⁴. Cụ thể, với các trường hợp rò DNT nếu không được điều trị thích hợp có thể dẫn đến viêm màng não nặng hoặc tụ khí nội sọ có tăng ICP⁵. Thậm chí ngay cả với những trường hợp được vá kín nền sọ, tỉ lệ rò dịch não tủy sau mổ⁵ được báo cáo vẫn dao động từ 0,5% đến 15%. Để ngăn ngừa biến chứng loại này sau phẫu thuật, một số phẫu thuật viên đã chủ động sử dụng dẫn lưu DNT thất lưng. Tuy nhiên, dẫn lưu thất lưng kéo dài lại làm tăng thời gian nằm viện⁵ và tăng cả tỷ lệ viêm màng não, trong khi hiệu quả lại không thực sự rõ ràng. Tóm lại trong quá trình thực hiện phẫu thuật, việc tái tạo nền sọ có vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ rò dịch não tủy và cần được thực hiện một cách cẩn thận.

Có rất nhiều kỹ thuật tái tạo nền sọ đã được nghiên cứu, nhưng chỉ có một vài báo cáo về việc dùng vật niêm mạc xoang bướm được công bố^{3,5}. Kosaku Amano⁴ và cộng sự cho rằng vật SSMF tự do hoặc có cuống mạch đều có thể là một vật liệu tự thân tốt để tái tạo nền sọ, phương pháp này có vẻ ít xâm lấn và dễ chuẩn bị hơn so với việc lấy mỡ hoặc cân từ bụng hay đùi⁴. Yoon⁵ và cộng sự kết luận rằng việc sử dụng SSMF trong phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm đã làm giảm tỷ lệ rò DNT sau phẫu thuật và thúc đẩy quá trình lành vết thương của xoang bướm. Erden Goljo⁶ và cộng sự cho rằng sử dụng SSMF giúp đơn giản hóa quá trình phẫu thuật, giảm thời gian mổ và mở rộng thêm các lựa chọn cho phẫu thuật viên trong việc tái tạo nền sọ.

Tại Việt Nam, sử dụng SSMF vẫn là phương pháp khá mới mẻ, chưa có một nghiên cứu nào thật sự chuyên sâu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm mô tả kỹ thuật sử dụng vật niêm mạc xoang bướm để tái tạo nền sọ cũng như đánh giá hiệu quả, tỷ lệ biến chứng của phương pháp trong phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu tại

trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Việt Đức, từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh lý vùng hố yên: u tuyến yên, u sọ hầu, nang Rathke...
- Điều trị: phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm (EETS)
- Sử dụng vật niêm mạc xoang bướm (SSMF) để tái tạo nền sọ, có hoặc không kết hợp cùng các phương pháp khác

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khối u quá lớn và phức tạp (>30mm)
- Bệnh nhân đã có rò DNT từ trước khi phẫu thuật: bệnh lý hoặc chấn thương

Phương pháp: đánh giá tình trạng chảy DNT trong mổ dựa vào thang điểm Kelly

- Độ 0: không thấy chảy DNT
- Độ 1: chảy DNT rỉ rả, xác định bằng nghiệm pháp Valsava, khiếm khuyết vùng hoành yên nhỏ hoặc không quan sát được
- Độ 2: chảy DNT mức độ vừa phải, khuyết hổng hoành yên quan sát rõ
- Độ 3: luồng chảy DNT mạnh, khuyết hổng sàn yên lớn

Các phương pháp tái tạo nền sọ:

- Surgicel/ Lyostypt
- Mỡ/cân/Xương tại chỗ (thành xương bướm)
- Vật niêm mạc vách mũi
- Vật niêm mạc xoang bướm
- Merocel/Sonde foley

Các bước lấy vật niêm mạc xoang bướm

- Trước khi mở sàn yên, niêm mạc xoang bướm được bóc tách nhẹ và để lại cuống vật sang 1 bên
- Đặt 1 miếng bông để giữ ẩm cho vật
- Sau khi lấy u, đến thì tái tạo nền sọ thì trải lại niêm mạc về vị trí cũ sao cho che phủ được một phần hoặc toàn bộ ổ khuyết
- Có thể lấy thêm niêm mạc xoang bướm phía khác tăng cường
- Trường hợp quan sát thấy chảy dịch não tủy rõ (độ II trở lên) thì sử dụng thêm vật niêm mạc vách mũi để tăng cường
- Đặt phủ lên một lớp vật liệu cellulose oxy hóa (surgicel) có tác dụng kết dính



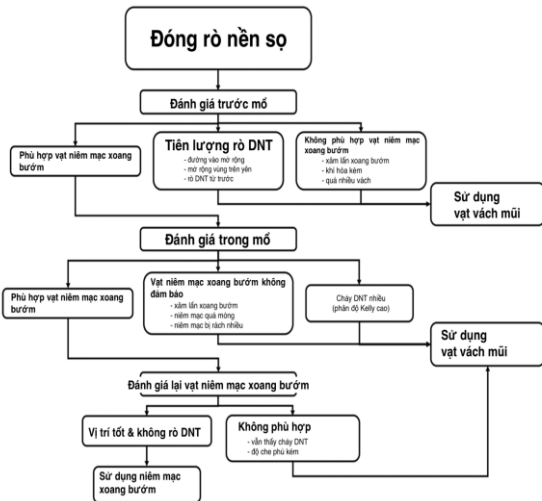
Hình 1. Kỹ thuật lấy vật niêm mạc xoang bướm

- lóc tách nhẹ nhàng niêm mạc ra khỏi các kẽ, vách xương để tránh làm rách
- đặt bông mềm lên trên vật niêm mạc để tránh bị tổn

thương trong quá trình mổ c. sau khi cầm máu kỹ, đặt lại vật niêm mạc che phủ khuyết hồng nền sọ, có thể dùng thêm surgicel để tăng độ kết dính

Đánh giá kết quả: Ngay sau mổ và khi khám lại 1 tháng

- Rò DNT sau mổ: chảy dịch qua mũi
- Các triệu chứng tại chỗ: chảy máu mũi, ngạt mũi, mất ngủ
- Viêm màng não



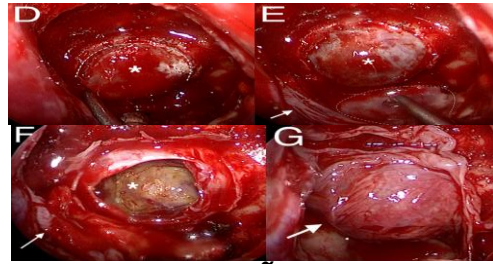
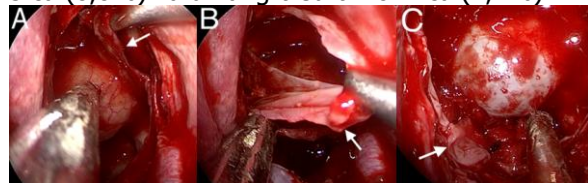
Hình 2. Sơ đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và mô bệnh học

	n	%
Giới tính		
Nam	26	45,6%
Nữ	31	54,4%
Tuổi	51,8 ± 13,5	
Mô bệnh học		
U tuyến yên	36	63,2%
Nang Rathke	15	26,3%
Nang biểu bì	1	1,7%
Tổn thương viêm mạn	5	8,8%
Tổng (N)	57	

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 57 bệnh nhân có tuổi trung bình là 51,8 ± 13,5, trong đó có 26 nam chiếm 45,6% và 31 nữ chiếm 54,4%. Đặc điểm mô bệnh học hay gặp nhất là u tuyến yên với 36 ca (63,2%), tiếp sau là nang Rathke với 15 ca (26,3%). Ít gặp tổn thương viêm mạn tính với 5 ca (8,8%) và u nang biểu bì với 1 ca (1,7%)



Hình 3. Nguyễn Đức L. 38t

Nang Rathke (A,B) quá trình lấy vật niêm mạc xoang bướm. (C) đặt miếng bông che phủ và giữ ẩm cho vật. (D) dùng khoan tốc độ cao mài sàn hố yên. (E) mảnh xương sàn hố yên. (F) sau khi lấy hết tổn thương và khuyết hồng nền sọ. (G) đặt lại mảnh xương và vật niêm mạc che phủ toàn bộ khuyết hồng nền sọ.

Mũi tên: vật niêm mạc xoang bướm; Nét đứt: mảnh xương sườn sàn hố yên; Dấu sao: khuyết hồng nền sọ

Bảng 2: Phân loại Kelly về chảy DNT trong mổ và các vật liệu tái tạo nền sọ

	n	%
Độ 0	44	77,2
Độ I	9	15,8
Độ II	3	5,3
Độ III	1	1,7
Tổng (N)	57	
Vật liệu tái tạo nền sọ		
Vật vách mũi có cuống	7	12,3
Vật niêm mạc xoang bướm	57	100
Mỡ bụng/đùi	1	1,7
Xương tại chỗ (thành xoang bướm)	4	7,0
Cân cơ tự thân		
Surgicel	56	98,2
Merocel	55	96,4
Keo sinh học	0	
Màng cứng nhân tạo	0	

Áp dụng thang điểm Kelly, có 44 ca không quan sát thấy chảy DNT trong mổ chiếm 77,2%, độ I có 9 ca chiếm 15,8%, độ II có 3 ca chiếm 5,3%. Ít gặp nhất là độ III với duy nhất 1 ca (1,7%)

Tất cả các ca mổ đều được sử dụng SSMF để tái tạo nền sọ sau mổ ở các mức độ khác nhau, sau đó chúng tôi sử dụng surgicel và merocel ở gần như tất cả các ca với mục đích cầm máu hơn là tái tạo nền sọ. Không có ca mổ nào phải sử dụng đến keo sinh học hay màng cứng nhân tạo. Toàn bộ các ca trong nhóm không thấy chảy DNT thì không cần dùng thêm vật niêm mạc vách mũi. Khi quan sát thấy chảy dịch từ độ I trở lên thì có thể tăng cường nền sọ bằng vật vách mũi với 6 ca (13,6%), vật niêm mạc vách mũi có cuống hoặc xương thành xoang bướm với 3 ca (6,8%). Còn từ độ II trở lên thì đều được dùng

vật niêm mạc vách mũi.

Bảng 3: Biến chứng sau mổ

		Ngày sau mổ		Sau 1 tháng	
		n	%	n	%
Chảy dịch mũi sau mổ (dịch não tủy)		11	19,6	1	1,7
Viêm màng não		0	0	1	1,7
Triệu chứng tại chỗ	Chảy máu mũi	5	8,8	1	1,7
	Ngạt mũi	16	28,1	5	8,8
	Mất ngủ	7	12,3	3	5,2

Ngày sau mổ có 11 trường hợp có chảy dịch mũi rỉ ra chiếm 19,6%, chủ yếu nằm ở nhóm có quan sát thấy chảy DNT trong mổ (độ I, độ II, độ III), khám lại sau 1 tháng thì có 1 bệnh nhân tiến triển thành rò DNT thực sự, viêm màng não và cần phẫu thuật lần 2 để vá rò, chiếm 1,7%. Các triệu chứng tại chỗ sau mổ hay gặp nhất là ngạt mũi với 16 trường hợp chiếm 28,1%; ít gặp hơn là mất ngủ với 7 trường hợp chiếm 12,3%, chảy máu mũi có 5 ca chiếm 8,8%. Khám lại sau 1 tháng tỉ lệ này tỉ lệ bệnh nhân bị ngạt mũi giảm còn 8,8% với 5 ca; tỉ lệ mất ngủ giảm còn 5,2% với 3 ca; tỉ lệ chảy máu mũi còn 1,7% với 1 ca.

IV. BÀN LUẬN

Rò dịch não tủy là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật EETS^{7,8}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ 44 bệnh nhân độ 0 đều không có biến chứng chảy DNT sau mổ. Trong số 13 bệnh nhân có chảy DNT trong mổ (độ I, II và III) thì có 1 ca tiến triển thành rò DNT thực thụ kèm các biểu hiện của viêm màng não và cần phẫu thuật lần 2 để vá rò. Như vậy tỉ lệ biến chứng không có sự khác biệt so với các phương pháp khác như dùng vật niêm mạc vách mũi hay vật niêm mạc cuốn mũi⁹. Nói về ưu điểm của vật niêm mạc vách mũi thì trong y văn vẫn cho là: có cuống mạch nuôi, có khả năng che phủ lớn, khá linh hoạt nên có thể che phủ nhiều góc độ. Tuy nhiên sử dụng vật này cũng đem lại một số bất cập như tăng thời gian phẫu thuật để lấy vật, hoặc một số biến chứng tại chỗ như ngạt mũi, chảy máu cam, mất ngủ⁴.

Nếu so sánh với vật niêm mạc vách mũi, thì SSMF có ưu điểm là nằm trên đường mổ, giúp việc lấy và sử dụng vật không quá khó khăn và không mất nhiều thời gian⁴. SSMF khi đặt lại vị trí ổ khuyết xương bướm để tái tạo nền sọ còn được cho là khôi phục giải phẫu bình thường cho người bệnh, thúc đẩy quá trình hồi phục niêm mạc tại chỗ nhanh hơn so với sử dụng vật vách mũi⁴. Tuy có những ưu điểm như vậy nhưng trong những trường hợp có chảy DNT trong mổ, đặc biệt từ độ II trở lên thì việc sử dụng đơn

thuần SSMF có thể khiến người bệnh gặp nguy cơ cao. Theo chúng tôi thì SSMF là một phương pháp tốt để tái tạo nền sọ nhưng không thể thay thế hoàn toàn vật niêm mạc vách mũi, mà nên xem nó như một phương pháp được dùng trong những trường hợp độ 0 và độ I để giảm thời gian điều trị sau mổ ở nhóm này. Đối với độ II và độ III thì vai trò của SSMF chỉ nên là một phương pháp bổ trợ, theo nguyên tắc càng nhiều lớp nguy cơ rò DNT càng giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thuộc nhóm độ 0 và I chiếm đến 93% (53 ca). Đối với nhóm này, có 50 trường hợp chúng tôi chỉ dùng duy nhất SSMF để tái tạo nền sọ mà không dùng đến vật niêm mạc vách mũi (chiếm 87,7%). Việc không lấy vật niêm mạc vách mũi giúp giảm đáng kể tỉ lệ biến chứng tại chỗ sau mổ cho bệnh nhân. Cụ thể, theo ghi nhận của chúng tôi những ca có chảy máu mũi, ngạt mũi đều không nằm ở nhóm này mà nằm ở nhóm độ II và III. Như vậy nếu chỉ tính riêng nhóm độ 0 và độ I thì không có ca nào sau mổ bị chảy máu mũi, ngạt mũi hoặc bị mất ngủ. Bệnh nhân của chúng tôi đã ghi nhận trường hợp có thể xuất viện sau 2 ngày và về nhà mà không cần sự chăm sóc thêm của nhân viên y tế. Điều này đã giúp rút ngắn đáng kể thời gian điều trị sau mổ cũng như làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

Yoon⁵ và cộng sự chia ra 3 loại SSMF: vật niêm mạc trong vách xoang bướm, vật cuống phía trên và vật có cuống phía dưới. Theo đó ông đánh giá vật trong vách vẫn là tốt nhất, nhờ tính linh hoạt của nó. Tuy nhiên tác giả này cũng khuyến cáo việc sử dụng vật niêm mạc có cuống sẽ đem lại hiệu quả tốt hơn nhiều nếu sử dụng vật niêm mạc tự do. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các vật xoang bướm luôn luôn được giữ lại cuống vật, vật có thể rất mỏng và có thể bị rách, nhiều trường hợp không thể che phủ được toàn bộ ổ khuyết nền sọ. Nhưng nên nhớ mục đích chính của việc sử dụng SSMF là kích thích quá trình tái tạo niêm mạc tại chỗ, nên có thể sử dụng ngay cả trong trường hợp diện tích vật này không đủ che phủ khuyết hổng nền sọ. Một số trường hợp khác, khi dùng vật niêm mạc vách mũi phủ lên niêm mạc xoang bướm cũng làm tăng hiệu quả theo kiểu hiệp đồng, làm giảm tỉ lệ rò DNT sau mổ⁴.



Hình 4. (A) vật niêm mạc che phủ hoàn

toàn khuyết hồng nền sọ. (B) dùng vạt niêm mạc xoang bướm 2 bên. (C) vạt niêm mạc xoang bướm che phủ gần hoàn toàn khuyết hồng nền sọ

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng những ca bệnh xoang bướm nhiều vách ngăn khiến việc lấy và sử dụng vạt dễ dàng hơn, nhờ có diện tích niêm mạc lớn hơn. Còn lại, các trường hợp cũng được phẫu thuật nội soi nhưng không đảm bảo yêu cầu về vạt xoang bướm chúng tôi không đưa vào nghiên cứu như: mất cấu trúc giải phẫu do mổ lại (13 ca); niêm mạc quá mỏng (4 ca); nhiễm trùng-viêm mũi xoang bướm (2 ca). Các trường hợp khối u xâm lấn xoang bướm làm mất cấu trúc giải phẫu bình thường cũng được một số tác giả coi như không đủ điều kiện để sử dụng vạt này^{4,5} tuy nhiên chúng tôi không gặp ca nào tương tự. Nhờ tính tiện lợi cũng như hiệu quả của SSMF mang lại, chúng tôi đồng tình với các tác giả^{4,6} cho rằng vạt nên được sử dụng với bất kỳ ca bệnh nào có thể, và tùy từng trường hợp phân độ chảy DNT trong mỗi khác nhau mà đưa ra những áp dụng phù hợp để đạt được kết quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng vạt niêm mạc xoang bướm để tái tạo nền sọ sau mổ nội soi bệnh lý vùng hố yên qua đường mũi có những ưu điểm như: linh hoạt, dễ sử dụng, khôi phục lại đặc điểm giải phẫu, thúc đẩy quá trình tái tạo niêm mạc, nhờ đó giúp giảm các biến chứng tại chỗ sau mổ. Vạt niêm mạc xoang bướm nên được chuẩn bị và sử dụng ở bất kỳ ca nào có thể, và được xem như một phương pháp tái tạo nền sọ riêng biệt hoặc bổ trợ cho các phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jankowski R, Auque J, et al: Endoscopic pituitary tumor surgery. Laryngoscope (1992) 102: 198-202.
2. Jae-Hyun Park M.D., Jai Ho Choi M.D., et al: Modified Graded Repair of Cerebrospinal Fluid Leaks in Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery. J Korean Neurosurg Soc (2015) 58: 36-42.
3. Mendel Castle-Kirszbaum, Yi Yuen Wang, et al: Closure of skull base defects after endoscopic endonasal transsphenoidal surgery: the role of the local sphenoid mucosal flap for low flow leaks. Neurosurgical Review (2022) 45: 429-437
4. Kosaku Amano, Tomokatsu Hori, et al: Repair and prevention of cerebrospinal fluid leakage in transsphenoidal surgery: a sphenoid sinus mucosa technique. Neurosurgical Review (2015) 39: 123-31.
5. Tae-Mi Yoon, Sang-Chul Lim, et al: Utility of sphenoid mucosal flaps in transnasal transsphenoidal surgery. Acta Oto-Laryngologica (2008) 128: 785-789.
6. Erden Goljo, Eliezer Kinberg, et al: Reconstruction of a skull base defect after endoscopic endonasal resection of a pituitary adenoma: Sphenoid mucosal flaps. American Journal of Otolaryngology (March-April 2018) 39 (2): 253-256.
7. Gondim JA, Almeida JP, Albuquerque LA, et al: Endoscopic endonasal approach for pituitary adenoma: surgical complications in 301 patients. Pituitary (Jun 2011) 14(2):174-83
8. Kassam AB, Prevedello DM, et al: Endoscopic endonasal skull base surgery: analysis of complications in the authors' initial 800 patients. J Neurosurg (2011) 114(6):1544-68
9. Andrew Conger M.D., Fan Zhao M.D. et al: Evolution of the graded repair of CSF leaks and skull base defects in endonasal endoscopic tumor surgery: trends in repair failure and meningitis rates in 509 patients. J Neurosurg (Mar 2019) 130(3):861-875

TĂNG THÂN NHIỆT ÁC TÍNH: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Thị Nguyệt¹, Trần Quang Hải², Trần Hoàn²

TÓM TẮT

Tăng thân nhiệt ác tính trong gây mê còn được gọi là sốt cao ác tính - là phản ứng tăng thân nhiệt đe dọa tính mạng tiến triển xảy ra trong quá trình gây mê toàn thân. Tăng thân nhiệt ác tính có cơ sở di truyền tiềm ẩn và những cá nhân dễ mắc bệnh về mặt di

truyền có nguy cơ phát triển tăng thân nhiệt ác tính nếu họ tiếp xúc với bất kỳ thuốc mê đường hô hấp hoặc thuốc giãn cơ khử cực. Nó cũng có thể được mô tả là hội chứng tăng chuyển hóa ác tính. Không có đặc điểm lâm sàng cụ thể nào của tăng thân nhiệt ác tính và tình trạng này có thể gây tử vong trừ khi được phát hiện ở giai đoạn đầu và điều trị kịp thời, tích cực. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng có thể gặp là nhịp tim nhanh, tăng thân nhiệt, tăng CO₂ máu, nhiễm toan, cứng cơ, tiêu cơ vân, tăng kali máu, loạn nhịp tim và suy thận. Tỷ lệ tử vong nếu không điều trị đặc hiệu là 80% và giảm xuống còn 5% khi sử dụng Dantrolene. Bài viết này trình bày trường hợp một bệnh nhân 13 tuổi có tình trạng tăng thân nhiệt ác tính trong quá trình phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống bẩm sinh. Sau khi khởi mê ổn định, tư thế nằm sấp,

¹Bệnh viện Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Nguyệt

Email: nguyetlt@phenikaamec.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025