

mạc không còn phù nề, với khả năng tiêu bổ sung khi cần thiết⁷.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già (AMD) thể tân mạch tại Việt Nam có đầy đủ các đặc điểm bệnh lý phức tạp như mô tả trên y văn. Đặc trưng chính của bệnh là sự xuất hiện tân mạch hắc mạc vùng hoàng điểm, gây ra các triệu chứng lâm sàng điển hình bao gồm nhìn mờ, nhìn méo hình và ám điểm trung tâm. Tân mạch hoạt tính được xác định qua tăng huỳnh quang trên chụp mạch ký huỳnh quang và phù trong võng mạc với sự phá vỡ cấu trúc giải phẫu hoàng điểm trên OCT. Bệnh có ba hình thái tân mạch là tân mạch ẩn, tân mạch hiện và tân mạch hỗn hợp, được phân bố khá đồng đều.

Do tổn thương xảy ra tại hoàng điểm, khu vực chịu trách nhiệm 90% chức năng thị giác, thị lực bệnh nhân bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Thêm vào đó, nhận thức về bệnh còn hạn chế khiến nhiều bệnh nhân đến khám muộn, dẫn đến thị lực trung bình trước điều trị rất thấp. Đồng thời, do tình trạng phù nề, xuất huyết và xuất tiết kéo dài, độ dày hoàng điểm trung bình cũng cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp tiêm nội nhãn Bevacizumab với liệu trình tiêm tùy biến mang lại hiệu quả rõ rệt cả về mặt giải phẫu và chức năng. Độ dày võng mạc trung tâm trung bình giảm đáng kể khoảng 100 μ m (từ 352,32 μ m xuống 258,24 μ m) trong thời gian theo dõi. Cải thiện chức năng thị giác cũng được ghi nhận, với hơn 86% bệnh nhân có thị lực tăng hoặc ổn định. Phương pháp này cho thấy hiệu quả đồng đều trên cả ba hình thái tân mạch.

Cuối cùng, nghiên cứu khẳng định mối liên quan tuyến tính giữa hiệu quả điều trị (cả về giải phẫu và chức năng) với kích thước tổn thương, một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện bệnh sớm để hạn chế những tổn thương không phục hồi do AMD thể tân mạch gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bressler NM** (2004). Age-related macular degeneration is the leading cause of blindness. *JAMA*, 291(15), 1900-1901.
2. **Ehrlich R, Weinberger D, Priel E, Axer-Siegel R** (2008). Outcome of bevacizumab (Avastin) injection in patients with age-related macular degeneration and low visual acuity. *Retina*, 28(9), 1302-1307.
3. **El Matri L, Bouraoui R, Chebil A, Kort F, Bouladi M, Limaïem R, Landoulsi H.** Bevacizumab injection in patients with age-related macular degeneration associated with poor initial visual acuity. *J Ophthalmol*, 2012, 861384.
4. **Algvere PV, Steen B, Seregard S, Kvanta A** (2008). A prospective study on intravitreal bevacizumab (Avastin) for neovascular age-related macular degeneration of different durations. *Acta Ophthalmol*, 86(5), 482-489.
5. **Aisenbrey S, Ziemssen F, Volker M, Gelissen F, Szurman P, Jaissle G, Grisanti S, Bartz-Schmidt KU** (2007). Intravitreal bevacizumab (Avastin) for occult choroidal neovascularization in age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 245(7), 941-948.
6. **Lux A, Liacer H, Heussen FM, Jousen AM** (2007). Non-responders to bevacizumab (Avastin) therapy of choroidal neovascular lesions. *Br J Ophthalmol*, 91(10), 1318-1322.
7. **Lazic R, Gabric N** (2007). Intravitreally administered bevacizumab (Avastin) in minimally classic and occult choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 245(1), 68-73.

MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG NGOÀI TỦY VỊ TRÍ HÀNH NÃO C1-C2 BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Hoàng Giang¹, Đặng Ngọc Tuyền¹,
Trịnh Xuân Khánh¹, Lý Huy Sơn¹

TÓM TẮT

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một bệnh lý khá hiếm gặp, để lại những di chứng thần kinh và tỉ lệ

tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong báo cáo này chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 18 tuổi vào viện vì tai nạn giao thông xe máy tự ngã vào viện với chẩn đoán chấn thương sọ não: Chảy máu màng mềm với biểu hiện vào viện đau đầu nhiều đến ngày thứ 3 bệnh nhân xuất hiện đau đầu tăng kèm hội chứng màng não khám phát hiện bệnh nhân yếu tứ chi cơ lực 3/5. Cộng hưởng từ cột sống cổ trong ống sống ngang mức đốt nền ở phía trước, nền xương chẩm phía sau lan xuống ngang mức đốt sống cổ C2, có ổ tụ máu

¹Bệnh viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Ngọc Tuyền

Email: tuyentbhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

KT~35x24mm, tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, T2W, giảm tín hiệu trên T2* dạng chảy máu. Khối máu tụ chèn ép tủy cổ ngang mức gây phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1, C2 trên đoạn dài ~28mm. Phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1-C2. Bệnh nhân được phẫu thuật mở xương chẩm, cắt cung sau C1, mở bao lấy máu tụ, cầm máu và giải phóng chèn ép thần kinh. Với việc chẩn đoán và điều trị kịp thời, người bệnh đã phục hồi tốt sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy, chèn ép tủy

SUMMARY

SPINAL SUBDURAL HEMATOMA AT THE MEDULLA OBLONGATA–C1/C2 LEVEL: A REPORT OF A RARE CASE

Spinal subdural hematoma is a rare condition that can lead to severe neurological sequelae and a high mortality rate if not diagnosed and treated promptly. We report a case of an 18-year-old male who was admitted to the hospital following a motorcycle accident. He was diagnosed initially with traumatic brain injury and subarachnoid hemorrhage, presenting with severe headache. On the third day of hospitalization, the patient developed worsening headache accompanied by signs of meningeal irritation. Neurological examination revealed quadriparesis with muscle strength graded 3/5. Cervical spine MRI revealed a hematoma within the spinal canal, extending from the clivus anteriorly and occipital bone posteriorly down to the C2 vertebral level. The hematoma measured approximately 35 × 24 mm, showing mildly hyperintense signals on T1W and T2W sequences and hypointense signals on T2*-consistent with hemorrhagic features. The hematoma compressed the cervical spinal cord at the C1–C2 level, causing spinal cord edema over a length of approximately 28 mm. The patient underwent posterior decompression via suboccipital craniectomy, C1 laminectomy, dural opening, hematoma evacuation, hemostasis, and neural decompression. With timely diagnosis and surgical intervention, the patient had a favorable postoperative recovery.

Keywords: Spinal subdural hematoma, spinal cord compression

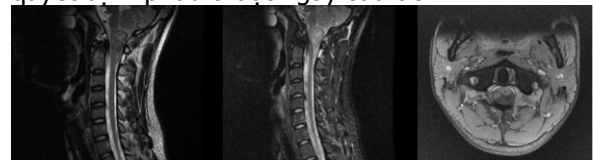
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một tình trạng hiếm gặp¹. Nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do chấn thương, chọc dịch não tủy thất lưng hoặc sau phẫu thuật cột sống có mở ống sống. Tổn thương máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do việc tổn thương mạch máu trong khoang dưới nhện hoặc dưới màng cứng. Phần lớn các tổn thương được gợi ý từ nguồn chảy máu từ các mạch dưới nhện đồng thời bị vỡ vào khoang dưới màng cứng sau khi tăng áp lực ở trong ổ bụng hoặc trong lồng ngực, một số tác giả lại cho rằng nguồn chảy máu bắt đầu từ chính khoang dưới màng cứng^{2,3}. Tỷ lệ mắc bệnh gần như tương đồng giữa nam và nữ⁴. Lâm sàng của

máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy khá đa dạng bởi các triệu chứng phụ thuộc vào vị trí của khối máu tụ. Phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật giải ép hoặc điều trị bảo tồn. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp khiếm khuyết thần kinh mức độ nặng hoặc tiến triển. Vì sự hiếm gặp cũng như lâm sàng thay đổi nên bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị khá là muộn. Chính vì vậy mà các báo cáo trước đều nhất trí cho rằng bệnh lý này cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh những tổn thương thần kinh vĩnh viễn sau này. Tuy nhiên vị trí hành não, C1C2 khá hiếm gặp trên lâm sàng. Nên nhóm nghiên cứu chúng tôi tìm kiếm tài liệu cùng đồng thời thông báo ca lâm sàng này để góp phần hoàn thiện thêm một phần về lâm sàng, chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

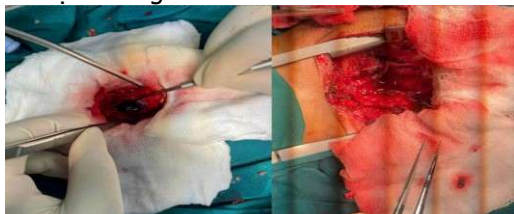
2.1. Quá trình bệnh lý. Bệnh nhân nam 18 tuổi vào viện vì tai nạn giao thông xe máy tự ngã. Sau tai nạn bệnh nhân tỉnh đau đầu nhiều vào viện sau 2h được chụp CT sọ não kiểm tra thấy hình ảnh chảy máu màng mềm các rãnh cuộn não vùng trán. Được chẩn đoán chấn thương sọ não chảy máu màng mềm điều trị nội khoa. Đến ngày thứ 3 bệnh nhân xuất hiện đau đầu nhiều hơn khám phát hiện hội chứng màng não, bệnh nhân được chỉ định chụp lại CT sọ não không thấy tổn thương nội sọ. Sau 2h bệnh nhân xuất hiện yếu tứ chi khám cơ lực 3/5 kèm phản xạ gân xương tăng. Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI cột sống cổ phát hiện trong ống sống ngang mức đốt sống cổ C1 trước, nền xương chẩm phía sau lan xuống ngang mức đốt sống cổ C2, có ổ tụ máu KT~35x24mm, tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, T2W, giảm tín hiệu trên T2* dạng chảy máu. Khối máu tụ chèn ép tủy cổ ngang mức gây phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1, C2 trên đoạn dài ~28mm. Phù tủy cổ ngang mức đốt sống C1-C2. Người bệnh được hội chẩn vào quyết định phẫu thuật ngay sau đó.



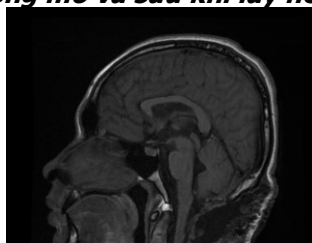
Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ cột sống cổ trước mổ của bệnh nhân

2.2. Phẫu thuật và kết quả. Bệnh nhân được phẫu thuật mở xương chẩm, cắt cung sau C1. Sau khi mở màng cứng kiểm tra thấy tổn thương là khối máu tụ đặc đóng bánh chèn ép hành não vào tủy cổ ngang mức C1C2. Chúng tôi tiến hành lấy khối máu tụ và không tìm thấy

điểm chảy máu. Được bơm rửa sạch bằng nước muối sinh lý không thấy điểm chảy máu mới. Sau đó chúng tôi tiến hành tạo hình màng cứng vùng cổ chẩm bằng cân cơ. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu. Bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày, cơ lực 2 chân 5/5, cơ lực 2 tay 4/5. Tái khám sau 4 tuần bệnh nhân cơ lực 4 chi 5/5 cải thiện hoàn toàn triệu chứng.



Hình 2: Hình ảnh khối máu tụ dưới màng cứng trong ổ mổ và sau khi lấy hết máu tụ



Hình 3: Hình ảnh cộng hưởng từ sau phẫu thuật ngày thứ 3

III. BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là bệnh lý hiếm gặp, vì thế có rất ít các báo cáo đề cập đến vấn đề này. Nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy có thể do các nguyên nhân: chấn thương, sau phẫu thuật cột sống có mở ống sống, các can thiệp chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng hoặc do các nguyên nhân không do chấn thương như: các bệnh lý gây rối loạn đông cầm máu (Leucemia, Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn...), các bất thường về mạch máu trong ống sống hoặc trên một số bệnh nhân có điều trị các thuốc chống đông⁵. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi nguyên nhân là do chấn thương, với cơ chế gián tiếp đầu di động trong bệnh lý chấn thương sọ não có kèm theo.

Cơ chế bệnh sinh của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy còn chưa rõ ràng. Không giống với sọ não nguyên nhân máu tụ dưới màng cứng thường là do đứt các tĩnh mạch cầu gây ra còn với tủy sống thì không có nhiều mạch máu này. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là do vỡ các mạch máu nhỏ nằm ngoài màng nhện dọc ống sống. Một số khác cho rằng vỡ mạch máu nhỏ trong khoang dưới nhện khi có sự thay đổi áp suất đột

ngột ở lồng ngực và ổ bụng, khi khối máu tụ đủ lớn có thể vỡ vào khoang dưới nhện³.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng phù hợp với các nghiên cứu trước đó với triệu chứng đau cột sống tại vùng tổn thương kèm theo triệu chứng chèn ép thần kinh. Phù hợp với nghiên cứu của Domenicucci và cộng sự báo cáo các triệu chứng thường gặp là: Yếu vận động 57%, đau cột sống 45%⁴. Tùy vào vị trí và mức độ khối máu tụ mà biểu hiện triệu chứng với các mức độ khác nhau⁴⁵.

Chẩn đoán hình ảnh: cộng hưởng từ (MRI) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy cũng như kế hoạch điều trị phẫu thuật. Đặc điểm trên cộng hưởng từ: Chảy máu cấp có đặc điểm đồng/ giảm tín hiệu trên xung T1W và tăng tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu cấp tính có đặc điểm đồng/ giảm tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu bán cấp với hình ảnh tăng tín hiệu trên xung T1W và giảm tín hiệu trên xung T2W. Chảy máu mạn tính với hình ảnh giảm tín hiệu trên cả xung T1W lẫn T2W⁶⁷. Ca lâm sàng của chúng tôi tăng nhẹ tín hiệu trên cả T1W và T2W phù hợp với chảy máu cấp tính trong phẫu thuật.

Điều trị phẫu thuật trong trường hợp máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy chưa có hướng dẫn cụ thể. Nhưng theo một số tác giả đã báo cáo thì điều trị bảo tồn được đưa ra khi không có triệu chứng thần kinh hoặc triệu chứng thần kinh nhẹ. Các trường hợp thiếu hụt thần kinh cấp tính, tổn thương tiến triển, hoặc khối máu tụ tăng lên thì cần điều trị phẫu thuật⁵⁸⁹.

Trong các báo cáo trước đây có nhận định rằng phẫu thuật trong trường hợp bệnh nhân liệt không hoàn toàn có kết quả phẫu thuật tốt hơn so với các trường hợp phẫu thuật khi bệnh nhân liệt hoàn toàn. Bệnh nhân của chúng tôi liệt không hoàn toàn nên chúng tôi lựa chọn phương án phẫu thuật, giúp cho bệnh nhân phục hồi hoàn toàn sau 4 tuần.

IV. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng ngoài tủy là một bệnh lý hiếm gặp, nguyên nhân thường gặp liên quan đến chấn thương hoặc trong trường hợp rối loạn đông cầm máu, với biểu hiện thường gặp là đau cột sống kèm theo sự thiếu hụt về thần kinh. Cộng hưởng từ giúp chẩn đoán chính xác cũng như giúp theo dõi và điều trị kịp thời. Phẫu thuật là phương án điều trị được đặt ra khi có sự khuyết thiếu thần kinh, hoặc điều trị nội khoa thất bại tình trạng lâm sàng nặng lên. Kết quả hồi phục sau phẫu thuật phụ thuộc vào tình trạng tổn thương trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pereira BJA, De Almeida AN, Muio VMF, et al.** Predictors of Outcome in Nontraumatic Spontaneous Acute Spinal Subdural Hematoma: Case Report and Literature Review. *World Neurosurgery*. 2016;89:574-577.
2. **Kakitsubata Y, Theodorou SJ, Theodorou DJ, et al.** Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage associated with subdural hematoma at different spinal levels. *Emerg Radiol*. 2010;17(1):69.
3. **Rader JP.** Chronic subdural hematoma of the spinal cord: report of a case. *N Engl J Med*. 1955;253(9):374-376.
4. **Domenicucci M, Ramieri A, Ciappetta P, et al.** Nontraumatic acute spinal subdural hematoma: report of five cases and review of the literature. *J Neurosurg*. 1999;91(1):65-73.
5. **Rettenmaier LA, Holland MT, Abel TJ.** Acute, Nontraumatic Spontaneous Spinal Subdural Hematoma: A Case Report and Systematic Review of the Literature. *Case Reports in Neurological Medicine*. 2017;1-12.
6. **Manish K K, Chandrakant SK, Abhay M N.** Spinal Subdural Haematoma. *J Orthop Case Rep*. 2015;5(2):72-74.
7. **Braun P, Kazmi K, Nogués-Meléndez P, et al.** MRI findings in spinal subdural and epidural hematomas. *European Journal of Radiology*. 2007;64(1):119-125.
8. **Yokota K, Kawano O, Kaneyama H, et al.** Acute spinal subdural hematoma: A case report of spontaneous recovery from paraplegia. *Medicine*. 2020;99(19):e20032.
9. **Thiex R, Thron A, Gilsbach JM, et al.** Functional outcome after surgical treatment of spontaneous and nonspontaneous spinal subdural hematomas. *J Neurosurg Spine*. 2005;3(1):12-16.

HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ NHÂN GIÁP LÀNH TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT SÓNG CAO TẦN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA

Lê Xuân Chính¹, Nguyễn Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Nhân giáp lành tính (NGLT) là một bệnh lý rất phổ biến có thể gây ra các triệu chứng như khó thở, nuốt nghẹn, nói khàn hay mất thẩm mỹ. Đốt sóng cao tần (RFA) là phương pháp điều trị được ưa chuộng hiện nay bởi hiệu quả giảm các triệu chứng cơ năng và không để lại sẹo. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị nhân giáp lành tính bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 15 bệnh nhân có NGLT thực hiện RFA tại Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa từ 05/2020 đến 06/2021. **Kết quả:** Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng, chúng tôi nhận thấy các triệu chứng cơ năng, điểm triệu chứng, điểm thẩm mỹ, thể tích nhân hay mức độ tăng sinh mạch đều giảm có ý nghĩa thống kê. Mức giảm thể tích trung bình sau 1 tháng là $45,52 \pm 15,89(\%)$ và sau 3 tháng là $72,15 \pm 17,55(\%)$. **Kết luận:** Theo dõi 3 tháng sau điều trị NGLT bằng RFA cho thấy hiệu quả tốt. **Từ khóa:** Nhân giáp lành tính, đốt sóng cao tần

SUMMARY

THE FIRST STEP EFFICACY OF RADIOFREQUENCY ABLATION FOR BENIGN THYROID NODULES AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

¹Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa
Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Chính
Email: bschinh.cdha@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025
Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Benign thyroid nodule is a common disease that can cause symptoms such as difficulty breathing, swallowing, hoarseness or loss of aesthetics. Radiofrequency ablation (RFA) is a popular treatment method today because it effectively reduces symptoms and does not leave the scar. **Purpose:** Evaluate the first step efficacy of radiofrequency ablation for benign thyroid nodules at Thanh Hoa Oncology Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on 15 patients with benign thyroid nodule undergoing RFA at Thanh Hoa Oncology Hospital from May 2020 to June 2021. **Results:** After 1 month and 3 months of treatment, we found that: symptoms, symptom scores, aesthetic scores, volume of nodules or the mean degree of vascularity all decreased with statistical significance. The mean volume reduction at 1 month was $45,52 \pm 15,89(\%)$ and at 3 months was $72,15 \pm 17,55(\%)$. **Conclusion:** The benign thyroid nodules show successful outcomes at the 3 months follow-up examination after RFA. **Keywords:** Benign thyroid nodules, Radiofrequency ablation (RFA)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân giáp lành tính (NGLT) là bệnh lý rất phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Nhiều nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ phát hiện NGLT từ 20%- 76% trong cộng đồng. Tại Việt Nam, tỷ lệ phát hiện NGLT gần đây tăng nhiều nhờ tầm soát bệnh bằng siêu âm vùng cổ. Mỗi năm có khoảng 115.000 người được khám và chữa bệnh NGLT¹. Một số trường hợp nhân giáp to chèn ép khí quản, thực quản gây cho bệnh nhân một số triệu chứng như khó thở, nuốt vướng, nghẹn, nói khàn... cần được điều trị,