

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO THỂ KHÔNG ĐIỂN HÌNH TẦNG TRÊN LỀU TIỂU NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2023-2025

Trần Việt Kiệt¹, Dương Đại Hà^{1,2}, Phạm Quỳnh Trang^{1,3},
Phạm Hoàng Anh^{1,2}, Phạm Tuấn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u màng não thể không điển hình tầng trên lều tiểu não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu 103 người bệnh tại Trung tâm phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng trước mổ: Tuổi: nhóm tuổi 51-60 chiếm tỉ lệ lớn nhất với 29.13%. nhóm tuổi 11-20 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 1.94%, và không có trường hợp dưới 10 tuổi được ghi nhận. Giới nam (39.81%) và nữ (60.19%). Triệu chứng lâm sàng: hội chứng tăng áp lực nội sọ (54.37%), liệt nửa người (23.30%), động kinh (13.59%), liệt thần kinh sọ (7.77%), rối loạn tri giác (0.97%). Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: hình ảnh giảm tín hiệu trên T1 (65.04%), tăng tín hiệu trên T2 (85.44%), hạn chế khuếch tán trên DWI (69.90%), ngấm thuốc đồng nhất (61.17%). Đặc điểm giải phẫu bệnh: nhân tròn không đều (91.26%), nhân chia trung bình (44.66%), mật độ tế bào u cao (97.09%), hoại tử trong u dạng ổ nhỏ, rải rác (61.17%), xâm lấn nhu mô não (45.63%). Kết quả điều trị phẫu thuật: mức độ cắt u toàn bộ (78.64%), cải thiện triệu chứng trước mổ (82.52%), biến chứng liệt nửa người sau mổ (7.77%), hình ảnh tồn dư sau mổ trên phim (24.72%), tái phát sau mổ (3.84%).

Từ khóa: U màng não không điển hình tầng trên lều tiểu não, hạn chế khuếch tán, xâm lấn não

SUMMARY

SURGERY RESULTS OF SUPRATENTORIAL ATYPICAL MENINGIOMA IN VIET DUC HOSPITAL IN 2023-2025

Objectives: Evaluating the surgery results of supratentorial atypical meningioma in Viet Duc Hospital. **Methods:** retrospective and prospective descriptive study of 103 patients at the Neurosurgery Center of Viet Duc Hospital from May 2023 to May 2025. **Results:** Preoperative clinical characteristics: Age: the age group 51-60 accounts for the largest proportion with 29.13%. The age group 11-20 accounts for the lowest proportion of 1.94%, and no cases under 10 years old were recorded. Male (39.81%) and female (60.19%). Clinical symptoms:

increased intracranial pressure syndrome (54.37%), hemiplegia (23.30%), epilepsy (13.59%), cranial nerve palsy (7.77%), and perceptual disturbance (0.97%). Diagnostic imaging characteristics: hyposignal on T1 (65.04%), hypersignal on T2 (85.44%), diffusion limitation on DWI (69.90%), homogeneous enhancement (61.17%). Pathological characteristics: irregular round nuclei (91.26%), moderately divided nuclei (44.66%), high tumor cell density (97.09%), small, scattered intratumoral necrosis (61.17%), brain parenchyma invasion (45.63%). Surgical treatment results: total tumor resection (78.64%), improvement of preoperative symptoms (82.52%), postoperative hemiplegia (7.77%), postoperative residual images on film (24.72%), postoperative recurrence (3.84%).

Keywords: Supratentorial atypical meningioma, diffusion limitation, brain invasion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não (UMN, meningioma) xuất phát từ các tế bào vi nhung mao của màng nhện. Phần lớn u tiến triển chậm, giàu mạch nuôi, không thâm nhiễm mà chỉ chèn ép mô não. (1)

Đây là loại u phổ biến nhất trong tất cả các u của hệ thần kinh trung ương (CNS), chiếm khoảng 30% trong tổng số các khối u của hệ thống thần kinh trung ương. Các phân loại dưới nhóm của u màng não có tính chất không điển hình, ác tính đã được nhận biết thời gian gần đây. Thuật ngữ "u màng não không điển hình" – atypical meningioma được đặt ra lần đầu vào năm 1985. Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2021, dựa theo các tiêu chí mô bệnh học, u màng não được chia thành các nhóm sau: U màng não lành tính (Cấp độ I); U màng não không điển hình (Cấp độ II); U màng não thâm nhiễm (Cấp độ III). Sau khi áp dụng phân loại WHO năm 2007 và 2016, tỷ lệ của u màng não không điển hình đã tăng lên so với phân loại trước đó. Theo các báo cáo gần đây, u màng não không điển hình hiện nay chiếm khoảng 20-30% trong tổng số các trường hợp u màng não. (2)

Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kết quả 103 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt u, có kết quả giải phẫu bệnh là u màng não thể không điển hình ở vị trí tầng trên lều tiểu não. Nghiên cứu nhằm xác định đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và kết

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: duongdaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

quả điều trị phẫu thuật của thể bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu tất cả bệnh nhân đã phẫu thuật cắt khối u màng não và có kết quả mô bệnh học là UMN không điển hình ở vị trí tầng trên lều tiểu não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025. Có 103 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nằm trong nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng. Chỉ tiêu bao gồm tuổi, giới tính của bệnh nhân, triệu chứng lâm sàng và thời gian khi có triệu chứng đến lúc được chẩn đoán bệnh.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. Chỉ tiêu bao gồm kích thước khối u, vị trí u, giới hạn u, mức độ phù não xung quanh u, mức độ đè đẩy của u và tín hiệu thay đổi của u trên phim cộng hưởng từ sọ não có tiêm thuốc đối quang từ. Kích thước được đo là chiều dài của khối u dài nhất trên hình ảnh trước phẫu thuật. Vị trí của khối u được xác định bằng cách sử dụng hình ảnh trên chụp cộng hưởng từ và đánh giá của phẫu thuật viên. Các tín hiệu của u được đánh giá trên chuỗi xung T1W, T2W, T1 gado, DWI.

Đặc điểm giải phẫu bệnh. Chỉ tiêu bao gồm hình thái nhân, mức độ phân bào, mật độ tế bào u, cấu trúc u, mức độ hoại tử và xâm lấn u. Tất cả các mô khối u đều được nhúng trong parafin, nhuộm HE và quan sát dưới kính hiển vi. Kết quả mô bệnh học đáp ứng bất kỳ tiêu chí nào từ (I) đến (III) có thể được chẩn đoán là u màng não không điển hình độ II của WHO: (I) Hình ảnh phân bào tăng lên (số lượng phân bào $\geq 4/10$ HPF); (II) xâm lấn nhu mô não; (III) ít nhất ba trong số các tiêu chí sau: (i) mật độ tế bào tăng; (ii) xuất hiện các vùng tế bào nhỏ với tỷ lệ nhân/tế bào chất cao; (iii) hạch nhân riêng biệt; (iv) sự phân bố theo tấm của các tế bào khối u (mất cấu trúc sắp xếp dạng cuộn hoặc dạng bó); (v) hoại tử tự phát khu trú (không phải do thầy thuốc). Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng phân bào $< 4/10$ HPF được xếp vào nhóm nhân chia rải rác, số lượng phân bào từ 4-19/ HPF được xếp vào nhóm nhân chia trung bình, số lượng phân bào > 19 /HPF được xếp vào nhóm nhân chia nhiều.

Điều trị phẫu thuật. Khả năng lấy u đã được xác định dựa trên ghi chú phẫu thuật và hình ảnh sau phẫu thuật, chúng tôi áp dụng phân loại Simpson. Bệnh nhân đạt được phân loại Simpson I-II được định nghĩa là cắt toàn bộ u (GTR). Các bệnh nhân đã được theo dõi tại phòng khám ngoại trú, được chụp phim cộng hưởng từ sọ

não có tiêm thuốc đối quang từ sau mổ và khi khám lại để xác định u tồn dư hay tái phát.

Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được sẽ phân tích và xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 23.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới		
Nữ	62	60.19%
Nam	41	33.81%
Tuổi		
Trung bình	55.42	
Phạm vi	16-90	
Triệu chứng lâm sàng		
Tăng áp lực nội sọ	56	54.37%
Liệt nửa người	24	23.30%
Động kinh	14	13.59%
Liệt thần kinh sọ	8	7.77%
Giảm tri giác	1	0.97%

Tỷ lệ giới nữ chiếm đa số với 62 trường hợp chiếm 60.19%, nam giới chiếm 41 trường hợp (33.81%). Tuổi trung bình là 55.42 (nhỏ nhất 16, cao nhất 90).

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn, nôn) với 56 trường hợp (chiếm 54.37%), sau đó lần lượt là liệt nửa người với 24 trường hợp (chiếm 23.30%), động kinh với 14 trường hợp (chiếm 13.59%), liệt thần kinh sọ với 8 trường hợp (chiếm 7.77%) và giảm tri giác với 1 trường hợp (chiếm 0.97%).

Bảng 2. Đặc điểm chung của u trên cộng hưởng từ

Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kích thước u		
Trung bình	48.51 mm	
Phạm vi	17-91 mm	
Vị trí u		
UMN vòm sọ	62	60.19%
UMN liềm đại não	26	25.24%
UMN cánh xương bướm	6	5.83%
UMN não thất	3	2.91%
UMN cạnh đường giữa	2	1.95%
Vị trí khác	4	3.88%

Kích thước u trung bình là 48.51 mm, nhỏ nhất là 17mm, lớn nhất là 91 mm.

Vị trí u gặp phổ biến ở vòm sọ với 62 trường hợp (chiếm 60.19%), sau đó đến UMN liềm đại não với 26 trường hợp (chiếm 25.24%), UMN cánh xương bướm với 6 trường hợp (chiếm 5.83%), UMN não thất với 3 trường hợp (chiếm 2.91%), UMN cạnh đường giữa với 2 trường hợp (chiếm 1.95%).

Bảng 3. Sự thay đổi tín hiệu u trên cộng hưởng từ

Tín hiệu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Xung T1W		
Giảm tín hiệu	67	65.04%
Đồng tín hiệu	32	31.07%
Tăng tín hiệu	3	2.91%
Hỗn hợp tín hiệu	1	0.98%
Xung T2W		
Giảm tín hiệu	4	3.88%
Đồng tín hiệu	10	9.71%
Tăng tín hiệu	88	85.44%
Hỗn hợp tín hiệu	1	0.97%
Xung DWI		
Hạn chế khuếch tán	72	69.90%
Không hạn chế khuếch tán	31	30.10%
Xung T1 gado		
Ngấm thuốc kém	1	0.97%
Ngấm thuốc mạnh không đồng nhất	39	37.86%
Ngấm thuốc mạnh đồng nhất	63	61.17%

Trên xung T1W, khối u thường không tăng tín hiệu, có 67 trường hợp u giảm tín hiệu (chiếm 65%) và 32 trường hợp đồng tín hiệu với chất xám. Trên xung T2W, khối u thường tăng tín hiệu với 88 trường hợp (chiếm 85.44%). Trên xung DWI, khối u chủ yếu hạn chế khuếch tán với 72 trường hợp (chiếm 69.90%). Trên xung T1 có thuốc, chủ yếu u ngấm thuốc mạnh đồng nhất với 63 trường hợp (chiếm 61.17%), có 39 trường hợp ngấm thuốc mạnh không đồng nhất (chiếm 37.86%) và 1 trường hợp ngấm thuốc kém (chiếm 0.97%).

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hình thái nhân		
Nhân tròn không đều	94	91.26%
Nhân nhỏ đều	9	8.74%
Mức độ phân bào		
Không có nhân chia	2	1.94%
Nhân chia rải rác	55	53.40%
Nhân chia trung bình	46	44.66%
Nhân chia nhiều	0	0%
Mật độ tế bào u		
Thấp	1	0.97%
Trung bình	2	1.94%
Cao	100	97.09%
Hoại tử trong u		
Không hoại tử	38	36.89%
Hoại tử rải rác	63	61.17%
Nhiều ổ hoại tử	2	1.94%
Mức độ xâm lấn u		
Không xâm lấn	45	43.69%

Xâm lấn nhu mô não	47	45.63%
Xâm lấn tổ chức khác	11	10.68%

Phần lớn u có nhân dạng tròn không đều, với 94 trường hợp (chiếm 91.26%). Mức độ phân bào tăng với 55 trường hợp có nhân chia rải rác (chiếm 53.40%) và 46 trường hợp có nhân chia trung bình (chiếm 44.66%). Phần lớn mật độ tế bào u cao với 100 trường hợp (chiếm 97.09%). Phần lớn có sự hoại tử trong u với 63 trường hợp có hoại tử rải rác (chiếm 61.17%) và 2 trường hợp có nhiều ổ hoại tử (chiếm 1.94%), ngoài ra cũng có số lượng đáng kể không thấy hoại tử trong u, với 38 trường hợp (chiếm 36.89%). U có mức độ xâm lấn tổ chức xung quanh cao, với 47 trường hợp có xâm lấn nhu mô não (chiếm 45.63%) và 11 trường hợp có xâm lấn tổ chức khác ngoài nhu mô não (chiếm 10.68%), cũng có số lượng đáng kể u không xâm lấn xung quanh với 45 trường hợp (chiếm 43.69%).

Bảng 5. Kết quả điều trị phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Phân độ Simpson		
Độ I và II	81	78.64%
Độ III và IV	22	21.36%
Mức độ đáp ứng phẫu thuật		
Không cải thiện	5	4.85%
Có cải thiện	85	82.52%
Khỏi hoàn toàn	13	12.63%
Theo dõi sau mổ		
Tồn dư u	25	24.27%
Tái phát u	3	2.91%
Chưa phát hiện u	75	72.82%

Phần lớn u được cắt bỏ hoàn toàn theo phân độ Simpson với 81 trường hợp (chiếm 78.64%). Mức độ đáp ứng phẫu thuật sau mổ đáng kể, với 85 trường hợp cải thiện triệu chứng (chiếm 82.52%) và 13 trường hợp khỏi hoàn toàn (chiếm 12.63%). Theo dõi sau mổ có 25 trường hợp vẫn còn tồn dư u (chiếm 24.27%), 3 trường hợp có sự tái phát lại sau mổ (chiếm 2.91%) và 75 trường hợp chưa phát hiện thấy khối u (chiếm 72.82%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu này, bao gồm 103 bệnh nhân sau phẫu thuật u màng não thể không điển hình tăng trên liều tiểu não. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55.4 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, cao nhất là 90 tuổi. Đáng chú ý, trong bảng số liệu của chúng tôi, hầu hết là bệnh nhân nữ (71.9%), điều này tương thích với các nghiên cứu trước đây chỉ ra có sự khác biệt giới tính trong u não lành tính và không lành tính. Các phân tích của chúng tôi đã tìm thấy

tuổi cao là một yếu tố dự đoán quan trọng; kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác chỉ ra rằng tuổi cao là một nguy cơ dự đoán tái phát và thời gian sống thêm ngắn hơn.

Vị trí và khả năng lấy u. Trong 103 trường hợp u màng não không điển hình tăng trên lều tiểu não, đa số u nằm ở vòm sọ và cạnh đường giữa với trường hợp (87,4%). Liên quan đến mức độ cắt u, các kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác đồng thuận rằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u là một yếu tố quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm lâu hơn. Vranic và cộng sự đã tìm thấy rằng vị trí cạnh xoang dọc trên dẫn đến tỷ lệ tái phát cao hơn trong loạt ca của họ với 76 trường hợp u màng não không điển hình.(3)

Mặc dù mức độ cắt u không phải là một yếu tố dự đoán quan trọng trong nghiên cứu của họ, các tác giả cho rằng phần u tồn dư cạnh xoang dọc trên đóng góp vào tỷ lệ tái phát cao hơn của u màng não không điển hình tại vị trí này.

Việc đạt được loại bỏ hoàn toàn là một yếu tố quan trọng trong tiên lượng tái phát của u màng não không điển hình. (3)

Xâm lấn não. Xâm lấn não được chẩn đoán khi khối u xâm lấn vào nhu mô não lân cận mà không có lớp mô xen giữa.(4) Một số báo cáo trước năm 2016 cho rằng xâm lấn não có liên quan đến mức độ u màng não.(4) Theo Louis và cộng sự, sự hiện diện của xâm lấn não làm tăng mức độ u màng não từ độ I lên độ II.(5) Xâm lấn não được đưa ra như một tiêu chí của u màng não không điển hình trong phân loại u màng não của WHO năm 2016. Trong một nghiên cứu của Spille và cộng sự, bệnh nhân bị xâm lấn não có nguy cơ tái phát cao hơn bệnh nhân không bị xâm lấn não, mặc dù mối liên quan này không đạt được ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến.(6)

Tỷ lệ tái phát và các yếu tố nguy cơ tái phát u. Trong nghiên cứu của chúng tôi về 103 bệnh nhân sau mổ u màng não không điển hình tăng trên lều tiểu não, có 24.27% trường hợp tồn dư u khi khám lại sau mổ trong 1 tháng và 2.91% trường hợp có sự xuất hiện u trở lại sau khi đã cắt bỏ hoàn toàn. Tuổi, vị trí u và mức độ lấy u là các yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ tái phát u.

Tuổi là yếu tố tiên lượng tốt, thời gian sống thêm tốt hơn khi bệnh nhân < 50 tuổi. Các tác giả khác đã xác định 65 tuổi là ngưỡng cho tiên lượng xấu, điều này có thể là do số lượng bệnh nhân >60 tuổi tương đối lớn hơn trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu này, vị trí khối u ở vòm sọ có liên quan đến khả năng sống còn tốt hơn so với vị trí khác và điều này có thể liên quan đến việc u màng não ở vị trí này dễ cắt bỏ toàn bộ u hơn.

Mức độ phẫu thuật đã được báo cáo là một trong những yếu tố dự báo quan trọng nhất về kết quả ở bệnh nhân u màng não. Phẫu thuật giúp chẩn đoán mô bệnh học, giảm thể tích khối u. Tính triệt để của phẫu thuật cắt bỏ phụ thuộc chủ yếu vào vị trí u màng não và được bác sĩ phẫu thuật đánh giá một cách chủ quan. Việc cắt bỏ hoàn toàn có liên quan đến khả năng kiểm soát tại chỗ và khả năng sống còn tốt hơn và có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu trong y văn cho thấy ý nghĩa tiên lượng theo tuổi, vị trí u và mức độ cắt bỏ ($p < 0,05$).

Hạn chế của nghiên cứu. Mặc dù chúng tôi đã thực hiện nhiều phương pháp để đảm bảo chất lượng nghiên cứu nhưng vẫn có một số hạn chế đáng được đề cập.

Số lượng đối tượng được đưa vào nghiên cứu vẫn còn ít và nghiên cứu mang tính chất hồi cứu và tiến cứu, tuy nhiên thời gian theo dõi sau mổ chưa đủ lâu, điều này hạn chế việc đưa ra kết luận ở phạm vi rộng hơn.

Chúng tôi đã không theo dõi các trường hợp tái nhập viện tại các bệnh viện khác. Ngoài ra, các nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu trình bày một tập hợp không đồng nhất giữa u màng não không điển hình chung và u màng não không điển hình tăng trên lều tiểu não, gây cản trở việc rút ra kết luận cho phân nhóm u màng não không điển hình tăng trên lều tiểu não và so sánh các biện pháp đánh giá kết quả. Hầu hết các nghiên cứu từ tổng quan tài liệu đều không được thực hiện với mục đích đánh giá các chỉ số chất lượng, điều này có thể dẫn đến việc đánh giá kết quả không được báo cáo đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Ngay cả với các phương pháp điều trị phối hợp đa mô thức, tiên lượng và nguy cơ tái phát của u màng não không điển hình hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi chưa thống nhất. Phẫu thuật cắt u toàn bộ là 1 yếu tố tiên lượng tốt ở bệnh nhân u màng não không điển hình tăng trên lều tiểu não và liên quan đến khả năng sống sót cao hơn. Xạ trị sau phẫu thuật có liên quan đến tăng thời gian sống không tái phát u nhưng chỉ sau khi phẫu thuật cắt u gần toàn bộ. Mặt khác xạ trị sau phẫu thuật được khuyến cáo cho bệnh nhân có khối u tiến triển nhanh và xâm lấn não bất kể mức độ cắt bỏ u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh học ngoại khoa thần kinh. Vol. 27. Nhà xuất bản y học; 2021. 145 p.
2. Nguyễn Hoàng Giang. Kết quả phẫu thuật u màng não không điển hình tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 532:222–7.
3. Durand A, Labrousse F, Jouvet A, Bauchet L, Kalamaridès M, Menei P, et al. WHO grade II and III meningiomas: a study of prognostic factors. J Neurooncol. 2009 Dec 1;95(3):367–75.
4. Pizem J, Velnar T, Prestor B, Mlakar J, Popovic M. Brain invasion assessability in meningiomas is related to meningioma size and grade, and can be improved by extensive sampling of the surgically removed meningioma specimen. Clin Neuropathol. 2014;33(5):354–63.
5. Diffuse gliomas to date and beyond 2016 WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System | International Journal of Clinical Oncology [Internet]. [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10147-020-01695-w>
6. Spille DC, Heß K, Sauerland C, Sanai N, Stummer W, Paulus W, et al. Brain Invasion in Meningiomas: Incidence and Correlations with Clinical Variables and Prognosis. World Neurosurg. 2016 Sept;93:346–54.
7. Spille DC, Heß K, Sauerland C, Sanai N, Stummer W, Paulus W, et al. Brain Invasion in Meningiomas: Incidence and Correlations with Clinical Variables and Prognosis. World Neurosurgery. 2016 Sept 1;93:346–54.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 LÀO CAI

Trần Quỳnh Minh^{1,2}, Đỗ Ngọc Sơn³, Nguyễn Huy Hoàng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Đa khoa số 2 Lào Cai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 83 bệnh nhân được phẫu thuật từ 07/2022 đến 06/2024. Các chỉ số phân tích gồm: tuổi, giới, triệu chứng, đặc điểm sỏi, mức độ giãn thận, thời gian mổ, biến chứng, thời gian nằm viện và kết quả sớm sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 52.28 ± 12.78 (14–85), nam/nữ = 1.78. Nhóm tuổi 41–50 chiếm 36.14%. Đau âm ỉ thắt lưng gặp 72.29%; cơn đau quặn thận 25.30%. Sỏi trung bình: chiều dọc 16.20 ± 3.08 mm, chiều ngang 8.57 ± 2.02 mm. Tất cả bệnh nhân có giãn thận, độ II chiếm 59.0%. Thời gian mổ trung bình 61.89 ± 9.86 phút. Tỷ lệ thành công 98.80% (01 ca chuyển mổ mở). Tai biến trong mổ thấp: thủng phúc mạc 1.20%, tràn khí dưới da 1.20%. Sau mổ, rút dẫn lưu trung bình 3.39 ± 1.76 ngày, nằm viện 6.27 ± 2.04 ngày. Biến chứng sớm 4.90% (rò nước tiểu 3.70%; sốt 1.20%). Kết quả sớm sau mổ tốt đạt 92.80%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp, phù hợp với điều kiện bệnh viện tuyến tỉnh miền núi. **Từ khóa:** nội soi sau phúc mạc, sỏi niệu quản, tiết niệu, phẫu thuật ít xâm lấn.

SUMMARY

OUTCOMES OF RETROPERITONEAL

¹Bệnh viện Đa khoa số 2 Lào Cai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Trần Quỳnh Minh

Email: tranminhbvdklc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY FOR UPPER URETERAL STONES AT LAO CAI GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate early outcomes of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureteral stones at Lao Cai no 2 General Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 83 patients who underwent retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy from July 2022 to June 2024. Variables analyzed included age, gender, clinical symptoms, stone characteristics, hydronephrosis grade, operative time, intraoperative complications, postoperative complications, hospital stay, and early outcomes. **Results:** The mean age was 52.28 ± 12.78 years (14–85), with a male-to-female ratio of 1.78. The 41–50 age group accounted for 36.14%. The most common symptom was dull flank pain (72.29%), followed by renal colic (25.30%). Mean stone size on CT was 16.20 ± 3.08 mm in length and 8.57 ± 2.02 mm in width. All patients had hydronephrosis, with grade II predominating (59.0%). The mean operative time was 61.89 ± 9.86 minutes. The success rate was 98.80%, with one case converted to open surgery. Intraoperative complications were rare: peritoneal tear (1.20%) and subcutaneous emphysema (1.20%). Postoperatively, the mean drain removal time was 3.39 ± 1.76 days, and the mean hospital stay was 6.27 ± 2.04 days. Early complications occurred in 4.90% (urinary leakage 3.70%; fever 1.20%). Overall early success was achieved in 92.80% of patients. **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy is a safe and effective method for the management of upper ureteral stones, with a high success rate, low complication rate, and suitability for provincial hospitals in mountainous regions.

Keywords: Retroperitoneal laparoscopy, ureteral stones, urology, minimally invasive surgery.