

cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng cao hơn ở bệnh nhân >65 tuổi (OR=1,82), đặc biệt với cắt toàn bộ, nhưng nhấn mạnh lợi ích sống thêm tốt hơn với phẫu thuật (5 năm: 86,1% so với 47,9% không phẫu thuật), củng cố rằng phẫu thuật an toàn khi chỉ định đúng, phù hợp với phát hiện không khác biệt giữa các nhóm tuổi ở nghiên cứu này.<sup>7</sup>

Tổng thể, kết quả của chúng tôi cho thấy phẫu thuật ở bệnh nhân ≥55 tuổi tại Việt Nam có tỷ lệ biến chứng thấp hơn một số báo cáo quốc tế, có thể nhờ phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh lý đồng mắc.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật an toàn và vẫn đóng vai trò nền tảng trong điều trị UTBMTG thể nhú ở bệnh nhân ≥ 55 tuổi, với tỷ lệ biến chứng thấp. Cần thực hiện các nghiên cứu quy mô lớn hơn tại Việt Nam, ở nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn để xác định khoảng tuổi khuyến cáo phù hợp mà người bệnh UTBMTG thể nhú còn được hưởng lợi từ phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng.** Dịch tễ học và nguyên nhân ung thư tuyến giáp. In: Ung Thư Tuyến Giáp và Những Tiến Bộ Trong Điều Trị. Vol 1. Nhà xuất bản Y học; 2021:11-17.

2. **Links TP, van Tol KM, Jager PL, et al.** Life expectancy in differentiated thyroid cancer: a novel approach to survival analysis. *Endocr Relat Cancer.* 2005;12(2): 273-280. doi:10.1677/erc.1. 00892
3. **Ospina NS, Papaleontiou M.** Thyroid nodule evaluation and management in older adults: A review of practical considerations for clinical endocrinologists. *Endocr Pract.* 2021;27(3):261-268. doi:10.1016/j.eprac.2021.02.003
4. **Sugitani I, Kiyota N, Ito Y, et al.** The 2024 revised clinical guidelines on the management of thyroid tumors by the Japan Association of Endocrine Surgery. *Endocr J.* 2025;72(5):545-635. doi:10.1507/endocrj.EJ24-0644
5. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
6. **Sullivan MC, Roman SA, Sosa JA.** Clinical and Economic Outcomes of Thyroid Surgery in Elderly Patients: A Systematic Review. *J Thyroid Res.* 2012;2012:615846. doi:10.1155/2012/615846
7. **Lauretta R, Bianchini M, Mormando M, Puliani G, Appetecchia M.** Focus on Thyroid Cancer in Elderly Patients. *Endocrines.* 2023;4(4): 757-771. doi:10.3390/endocrines4040055
8. **Zhou J, Tan J, Ming J, et al.** Management of Very Elderly Patients With Papillary Thyroid Cancer: Analysis of Outcomes for Surgery Versus Nonsurgery. *Journal of Surgical Research.* 2020; 256:512-519. doi:10.1016/j.jss.2020.07.017

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA RÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH MÀNG CỨNG NỘI SỌ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lưu Thị Thanh Trà<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Cương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Hướng<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rò động tĩnh mạch màng cứng (RDTMMC) nội sọ là luồng thông động-tĩnh mạch bất thường nằm trong lá màng cứng, chiếm khoảng 10-15% các dị dạng mạch máu nội sọ, thường gặp ở người trưởng thành tuổi trung niên, nữ nhiều hơn nam<sup>1,2</sup>, gây nên các triệu chứng đa dạng và có biến chứng phức tạp. Chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và phân tích đường dẫn lưu tĩnh mạch trong RDTMMC nội sọ ở người trưởng thành tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt

ngang, hồi cứu 76 bệnh nhân được chẩn đoán RDTMMC nội sọ bằng chụp mạch số hóa xóa nền; áp dụng phân loại Barrow (dành riêng rò xoang hang) và Cognard (rò tất cả các vị trí). **Kết quả:** Trong số 76 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nữ : nam = 50:26; tuổi trung bình 56.7±15.9. Đau đầu là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (63,2%), sau đó là các triệu chứng liên quan đến mắt và tai như cương tụ kết mạc (47,4%), ù tai (44,7%) và lòi mắt (43,4%). Vị trí rò: xoang hang (77.6%), xoang ngang/sigma mỗi loại 5.3%, xoang dọc trên/dưới lều mỗi loại 1.3%, rò đa vị trí chiếm 9.2% gợi ý tổn thương phức tạp, can thiệp khó khăn. Phân độ Barrow: rò trực tiếp chiếm 25.4%, rò gián tiếp (B-D) chiếm 74.6%. Phân độ Cognard chủ yếu I-IIa (80.3%), các độ III-IV-V chiếm 3.9%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa lâm sàng và vị trí rò tại xoang hang, giữa rò xoang hang thể trực tiếp với chấn thương. Tỉ lệ tắc xoang đá dưới tại rò vị trí xoang hang là 11.9%. **Kết luận:** Rò động tĩnh mạch màng cứng nội sọ gặp nhiều ở độ tuổi trung niên, nữ giới chiếm ưu thế, vị trí thường gặp là xoang hang với các triệu chứng nổi bật vùng tai-mắt. Nguyên nhân hàng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 2.12.2025

đầu của rò xoang hang thể trực tiếp là chấn thương. Việc đánh giá đường dẫn lưu tĩnh mạch, đặc biệt là tình trạng tắc xoang đá dưới, đóng vai trò then chốt trong việc lập kế hoạch can thiệp nội mạch. **Từ khóa:** Rò động tĩnh mạch màng cứng, xoang hang, lồi mắt, chụp mạch số hóa xóa nền, tắc xoang đá dưới

## SUMMARY

### CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF INTRACRANIAL DURAL ARTERIOVENOUS FISTULAS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Background:** Intracranial dural arteriovenous fistula (DAVF) is an abnormal arteriovenous shunt within the dural leaflets, accounting for approximately 10–15% of intracranial vascular malformations. It typically affects middle-aged adults, shows a female predominance, and presents with diverse symptoms and potentially complex complications. Digital subtraction angiography (DSA) remains the gold standard for diagnosis and for guiding therapy. **Objective:** To describe clinical and imaging characteristics and analyze venous drainage patterns of intracranial DAVFs in adult patients at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 76 patients diagnosed with intracranial DAVF by DSA. The Barrow classification (for cavernous sinus fistulas) and the Cognard classification (for fistulas at all locations) were applied. **Results:** Among the 76 patients enrolled in the study, the female-to-male ratio was 50:26, with a mean age of  $56.7 \pm 15.9$  years. Headache was the most common clinical symptom (63.2%), followed by ocular and otic manifestations such as conjunctival congestion (47.4%), tinnitus (44.7%), and proptosis (43.4%). The fistula locations were as follows: cavernous sinus (77.6%), transverse/sigmoid sinus each 5.3%, superior/inferior tentorial sinus each 1.3%, and multiple fistula sites in 9.2% of cases, suggesting complex lesions with challenging endovascular management. According to Barrow's classification, direct fistulas accounted for 25.4%, while indirect types (B–D) represented 74.6%. Based on Cognard's classification, most lesions were grades I–IIa (80.3%), whereas grades III–IV–V accounted for 3.9%. There was a strong correlation between clinical presentation and cavernous sinus involvement, as well as between direct cavernous sinus fistulas and a history of trauma. The incidence of inferior petrosal sinus occlusion among patients with cavernous sinus fistulas was 11.9%. **Conclusions:** Intracranial dural arteriovenous fistulas (DAVFs) predominantly occur in middle-aged individuals, with a higher prevalence in females. The cavernous sinus is the most common site, often presenting with prominent orbital and auricular symptoms. Trauma is the leading cause of direct cavernous sinus fistulas. Evaluation of the venous drainage pathways, particularly the patency of the inferior petrosal sinus, plays a crucial role in planning endovascular intervention strategies. **Keywords:** dural arteriovenous fistula; cavernous sinus; proptosis; digital subtraction angiography; inferior petrosal sinus occlusion.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò động tĩnh mạch màng cứng (RDTMMC) nội sọ là sự nối thông bất thường giữa động mạch (phát sinh từ nhánh của động mạch cảnh hoặc động mạch đốt sống) và các xoang tĩnh mạch màng cứng, vị trí luồng thông nằm trên lá màng cứng. RDTMMC chiếm 10-15% các dị dạng mạch máu nội sọ, thường gặp ở người trưởng thành tuổi trung niên, nữ nhiều hơn nam<sup>1,2</sup>.

RDTMMC là một tổn thương phức tạp, diễn tiến lâm sàng rất đa dạng, từ lành tính (ù tai theo nhịp) cho đến những biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng (xuất huyết não, thiếu sót thần kinh nặng, không hồi phục), tùy vào các yếu tố như lưu lượng luồng thông, vị trí luồng thông của xoang, nhất là đường dẫn lưu tĩnh mạch. Sự hiện diện của dẫn lưu ngược dòng về tĩnh mạch vỏ não là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, làm nền tảng cho hệ thống phân loại Borden và Cognard.

Việc hiểu rõ đặc điểm dịch dễ và lâm sàng của RDTMMC trong từng quần thể dân số là quan trọng. Mặc dù đã có nhiều người nghiên cứu trên thế giới, các báo cáo về đặc điểm bệnh lý này tại Việt Nam vẫn còn thiếu.

Hơn nữa, trong điều trị, can thiệp nội mạch là phương pháp chủ yếu hiện nay. Để lập kế hoạch can thiệp hiệu quả, việc đánh giá chính xác vị trí rò là chưa đủ. Đánh giá tình trạng dẫn lưu tĩnh mạch chính, ví dụ như xoang đá dưới, có vai trò quan trọng nhưng ít được nhấn mạnh trong các nghiên cứu mô tả trước đây.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng thường gặp và hình ảnh học của RDTMMC nội sọ trong chuỗi ca bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội; phân tích đường dẫn lưu tĩnh mạch, gồm tỉ lệ tắc xoang đá dưới, giúp đưa ra chiến lược điều trị.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân người lớn (từ 18 tuổi trở lên) được chẩn đoán xác định RDTMMC nội sọ bằng chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 09 năm 2025.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Mẫu thuận tiện gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn điều kiện của nghiên cứu

**2.4. Quy trình thu thập số liệu:** Thu thập các thông tin bao gồm tuổi, lí do khám bệnh, triệu chứng lâm sàng, tiền sử chấn thương, đặc

điểm hình ảnh mạch não trên DSA, phân loại thể bệnh theo Barrow/Cognard.

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 27.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu 76 bệnh nhân được chẩn đoán RDTMMC nội sọ có những đặc điểm sau:

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi và giới**

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<40	16	21.1
	40-60	18	23.7
	>60	42	55.3
Giới	Nam	26	34.2
	Nữ	50	65.8
Trung bình ± độ lệch chuẩn		56.7±15.9	
Trung vị (min-max)		61.50 (24-82)	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân 56.7±15.9 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu với 55.3%, tiếp theo là nhóm 40-60 tuổi (23.7%) và nhóm dưới 40 tuổi (21.1%). Điều này phù hợp với các bằng chứng cho thấy RDTMMC là bệnh lý mắc phải, thường gặp ở người trung niên. Nữ giới chiếm đa số (65,8%).

**Bảng 2. Tần suất các triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Số ca	Tỉ lệ (%)
Đau đầu	48	63.2
Cường tụ kết mạc	36	47.4
Ù tai	34	44.7
Lỗi mắt	33	43.4
Đau mắt	23	30.3
Liệt vận nhãn	21	27.6
Nhìn mờ	17	22.4
Triệu chứng thần kinh khu trú khác (giảm ý thức/ tê yếu tứ chi)	2	2.6

**Bảng 5: Tỉ lệ tắc xoang đá dưới theo Phân độ Barrow**

	Phân độ Barrow A (n=15)	Phân độ Barrow B (n=6)	Phân độ Barrow C (n=9)	Phân độ Barrow D (n=29)	Tổng cộng (n=59)
Số ca tắc xoang đá dưới (Tỉ lệ %)	2 (13.3%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	3 (10.3%)	7 (11.9%)

**Nhận xét:** Tỉ lệ tắc xoang đá dưới có sự khác biệt giữa các phân độ Barrow. Phân độ B có tỉ lệ cao nhất (33.3%), tiếp theo là phân độ A (13.3%) và phân độ D (10.3%), không có trường hợp nào bị tắc xoang đá dưới trong phân độ C (0.0%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (kiểm định  $\chi^2$ ,  $p=0.267>0.05$ )

**Bảng 6. Phân độ Cognard**

**Nhận xét:** Đau đầu là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (63,2%), theo sau là các triệu chứng liên quan đến mắt và tai: cường tụ kết mạc (47,4%), ù tai (44,7%) và lỗi mắt (43,4%), đặc biệt khi rò xoang hang. Triệu chứng hiếm như giảm ý thức/tê yếu (2,6%) có thể gặp ở thể rò phức tạp.

**3.2. Đặc điểm vị trí và phân loại**

**Bảng 3. Tần suất các vị trí rò**

Vị trí rò	Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Xoang hang	59	77.6
Xoang ngang	4	5.3
Xoang sigma	4	5.3
Xoang dọc trên	1	1.3
Dưới lều	1	1.3
Đa vị trí ( $\geq 2$ vị trí rò)	7	9.2

**Nhận xét:** Phần lớn các tổn thương rò được xác định tại vị trí xoang hang (77,6%); các vị trí khác ít gặp hơn (xoang ngang/sigma mỗi loại 5,3%; xoang dọc trên/dưới lều mỗi loại 1,3%). Rò phức tạp từ hai vị trí trở lên chiếm 9.2%.

**Bảng 4. Phân độ Barrow và tiền sử chấn thương (rò vị trí xoang hang)**

Nhóm	Có tiền sử chấn thương	Không có tiền sử chấn thương	Tỉ lệ (%)
Trực tiếp (Barrow A)	14	1	25.4
Gián tiếp (Barrow B-D)	1	43	74.6

**Nhận xét:** Với vị trí rò tại xoang hang, thể gián tiếp (Barrow B-D) chiếm ưu thế so với thể trực tiếp (Barrow A) (74,6% so với 25,4%). Có 93,3% (14/15) bệnh nhân có rò Barrow A có tiền sử chấn thương, trong khi tỉ lệ này ở nhóm rò gián tiếp chỉ là 2,3% (1/44). Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê rất cao ( $p<0.0001$ , kiểm định Fisher's exact), khẳng định chấn thương là nguyên nhân hàng đầu của thông động mạch cảnh xoang hang thể trực tiếp.

Cognard	Số ca	Tỉ lệ (%)
I	31	40.8
IIa	30	39.5
IIb	3	3.9
II (a+b)	9	11.8
III	1	1.3
IV	1	1.3
V	1	1.3

**Nhận xét:** Phân độ Cognard cho thấy phần lớn các trường hợp thuộc nhóm nguy cơ thấp, với 80,3% được phân loại là type I hoặc IIa. Các type có nguy cơ cao (III-V) rất hiếm gặp (tổng

cộng 3,9%). Sự phân bố này hoàn toàn phù hợp với phổ triệu chứng lâm sàng quan sát được, chủ yếu là các biểu hiện không xuất huyết.

**Bảng 7. Triệu chứng theo vị trí rò**

Triệu chứng	Xoang hang (n)	Xoang ngang (n)	Xoang sigma (n)	Xoang dọc trên (n)	Dưới lều (tentorial) (n)	Đa vị trí (n)
Đau đầu	37	4	3	0	0	4
Ù tai	26	2	2	0	0	4
Lỗi mắt	30	0	0	1	0	2
Đau mắt	22	0	0	1	0	0
Liệt vận nhãn/Nhìn đôi	21	0	0	0	0	0
Nhìn mờ/Giảm thị lực	16	0	0	0	0	1
Cương tụ kết mạc	34	0	0	0	0	2
Triệu chứng thần kinh khu trú khác	0	0	1	0	1	0

**Nhận xét:** Dấu hiệu mắt (lỗi mắt, cương tụ kết mạc) tập trung ở xoang hang, phù hợp với tăng áp tĩnh mạch mắt. Ù tai xuất hiện ở xoang ngang/sigma và xoang hang, có thể do lỗ rò gần xương đá; tuy nhiên số ca ở các nhóm ngoài xoang hang rất ít, nên khó khẳng định sự liên quan giữa triệu chứng và vị trí.

**Bảng 8. Bảng tổng hợp mối liên quan giữa triệu chứng và vị trí rò**

Triệu chứng	Xoang hang (n=59)	Các xoang khác (n=17)	Giá trị kiểm định	p-value	Kết luận
Cương tụ kết mạc	34 (57.6%)	2 (11.8%)	$\chi^2 (1) = 11.134$	<0.001	Có ý nghĩa
Lỗi mắt	30 (50.8%)	3 (17.6%)	$\chi^2 (1) = 5.921$	0.015	Có ý nghĩa
Đau mắt	22 (37.3%)	1 (5.9%)	$\chi^2 (1) = 6.168$	0.013	Có ý nghĩa
Liệt vận nhãn	21 (35.6%)	0 (0.0%)	Fisher's Exact	0.002	Có ý nghĩa
Nhìn mờ	16 (27.1%)	1 (5.9%)	Fisher's Exact	0.098	Không ý nghĩa
Ù tai	26 (44.1%)	8 (47.1%)	$\chi^2(1) = 0.048$	0.827	Không ý nghĩa
Đau đầu	37 (62.7%)	11 (64.7%)	$\chi^2(1) = 0.023$	0.881	Không ý nghĩa

(Tỉ lệ % là tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng trong từng nhóm.  $p < 0.05$  được xem là có ý nghĩa thống kê)

**Nhận xét:** Dựa vào kết quả p-value, các triệu chứng: cương tụ kết mạc, lỗi mắt, đau nhức mắt, liệt vận nhãn có mối tương quan chặt chẽ với rò vùng xoang hang, mang giá trị chỉ điểm tới vị trí rò. Các triệu chứng đau đầu, ù tai, có tỉ lệ gặp cao ở cả hai nhóm, cho thấy đây là đặc điểm chung của bệnh lý, không đặc trưng cho vị trí rò.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tái khẳng định một số đặc điểm đã biết của RDTMMC nội sọ, đồng thời cung cấp những số liệu quan trọng về đặc điểm bệnh lý tại Việt Nam.

Về dịch tễ, tuổi trung bình của các bệnh nhân  $56.7 \pm 15.9$  tuổi, con số này tương đồng so với các tác giả nước ngoài (như Chung, Cognard, Willinsky ghi nhận từ 53-56 tuổi<sup>3-5</sup>) và tác giả trong nước (Sơn Trà: 54.2 tuổi<sup>6</sup>). Tỉ lệ nữ:nam trong nghiên cứu là 1.92, cao hơn so với nghiên

cứ khác (Kim là 1.65<sup>1</sup>, Chung là 1.73<sup>4</sup>).

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự chiếm ưu thế của các tổn thương tại xoang hang (chiếm 77.6%) với biểu hiện mắt-tai nổi bật, tỉ lệ này cao hơn so với hai tác giả châu Á khác là Kim và Chung ghi nhận, với tỉ lệ lần lượt là 64.2% và 57%<sup>1,4</sup>. Điều này phù hợp với cơ chế tăng áp lực tĩnh mạch mắt do dẫn lưu về xoang hang.

Nghiên cứu này cũng nhấn mạnh nếu bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng đặc trưng gồm: cương tụ kết mạc, lỗi mắt, đau nhức hốc mắt, liệt vận nhãn, vị trí rò gần như chắc chắn là xoang hang, phù hợp với giải phẫu xoang hang có liên quan trực tiếp đến các dây thần kinh vận nhãn và tĩnh mạch mắt.

Phân độ Barrow trong loạt ca này, nhóm gián tiếp chiếm ưu thế rõ rệt (74.6%). Điều này tương đồng với một số nghiên cứu: Kim (2020)<sup>7</sup>, Alatzides<sup>8</sup> với tỉ lệ rò của nhóm gián tiếp lần lượt là 84.2% và 57.6%, phù hợp với sinh lý bệnh và đặc điểm dân số của RDTMMC, thường tự phát và ở người lớn tuổi. Ngược lại, có những nghiên cứu rò xoang hang trực tiếp chiếm ưu thế,

khoảng 75.8% theo Ellis (2012)<sup>9</sup> và 75.6% theo Debrun<sup>10</sup>. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm chọn mẫu, tỉ lệ chấn thương ở nhóm nghiên cứu. Rò xoang hang thể trực tiếp hầu hết do chấn thương, gây vết rách trực tiếp trên thành động mạch cảnh trong đoạn đi qua xoang hang. Bình thường, động mạch cảnh trong rất khỏe, rất hiếm khi nó tự rách khi không có tác động cực mạnh hoặc bệnh lí có sẵn làm suy yếu thành mạch (ví dụ túi phình hoặc di truyền).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp thuộc phân loại Cognard type I và IIa (80.3%), là những type không có dẫn lưu trực tiếp về tĩnh mạch vỏ não, con số này theo tác giả Davies (1996) khoảng 54%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với triệu chứng lâm sàng quan sát được, chủ yếu là các biểu hiện không xuất huyết. Điều này phù hợp với diễn tiến tự nhiên của bệnh, vốn đã được chứng minh là tỉ lệ biến chứng hằng năm ở những bệnh nhân không có dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não là rất thấp. Tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch khu trú gây ra triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống như lồi mắt, liệt vận nhãn, giảm thị lực, cho nên việc can thiệp vẫn được chỉ định nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống, ngay cả khi nguy cơ xuất huyết không cao.

Can thiệp nội mạch qua đường tĩnh mạch được xem là phương pháp điều trị hàng đầu cho rò động mạch cảnh-xoang hang với tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp (Texakalidis). Phân tích này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của đường vào tĩnh mạch chính, đặc biệt là xoang đá dưới. Tuy nhiên, trong trường hợp xoang đá dưới bị thuyên tắc, việc tiếp cận lỗ rò trở nên khó khăn hơn, đòi hỏi bác sĩ can thiệp tiến hành các kỹ thuật tiếp cận thay thế (qua tĩnh mạch mắt trên, qua xoang đá trên, qua tĩnh mạch mặt, thậm chí qua xoang hang đối bên). Kết quả của chúng tôi cũng phản ánh thách thức này với tỉ lệ tắc xoang đá dưới là 11.9%.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: là nghiên cứu hồi cứu nên dữ liệu có thể thiếu sót, cỡ mẫu còn nhỏ. Tổn thương rò tập trung chủ yếu ở xoang hang, số lượng ca bệnh ở những vị trí khác là rất ít, khó khăn cho phân tích các nhóm hiếm. Do là nghiên cứu đơn trung tâm, kết quả có thể chưa phản ánh được đặc điểm bệnh lý toàn quốc.

## V. KẾT LUẬN

Rò động tĩnh mạch màng cứng nội sọ gặp chủ yếu ở tuổi trung niên, nữ giới chiếm ưu thế,

vị trí thường gặp tại xoang hang với các triệu chứng lâm sàng gợi ý như: cương tụ kết mạc, lồi mắt, đau nhức hốc mắt, liệt vận nhãn. Nguyên nhân hàng đầu gây rò xoang hang trực tiếp là chấn thương. Phần lớn RDTMMC nội sọ thuộc phân loại Cognard I và IIa, chủ yếu là các biểu hiện không xuất huyết. Tình trạng lưu thông của các đường thoát tĩnh mạch, đặc biệt là tắc xoang đá dưới, là một yếu tố quyết định quan trọng trong việc lập kế hoạch điều trị. Các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm trong tương lai tại Việt Nam là cần thiết để xác thực những kết quả này trên quy mô lớn hơn và xây dựng các hướng dẫn điều trị phù hợp với đặc điểm người bệnh trong nước.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kim MS, Han DH, Kwon OK, Oh CW, Han MH.** Clinical characteristics of dural arteriovenous fistula. *J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas.* 2002;9(2):147-155. doi:10.1054/jocn.2001.1029
- King WA, Martin NA.** Intracerebral hemorrhage due to dural arteriovenous malformations and fistulae. *Neurosurg Clin N Am.* 1992;3(3):577-590.
- Cognard C, Gobin YP, Pierot L, et al.** Cerebral dural arteriovenous fistulas: clinical and angiographic correlation with a revised classification of venous drainage. *Radiology.* 1995;194(3): 671-680. doi:10.1148/radiology.194.3.7862961
- Chung SJ, Kim JS, Kim JC, et al.** Intracranial dural arteriovenous fistulas: analysis of 60 patients. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2002;13(2):79-88. doi:10.1159/000047755
- Willinsky R, Goyal M, terBrugge K, Montanera W.** Tortuous, engorged pial veins in intracranial dural arteriovenous fistulas: correlations with presentation, location, and MR findings in 122 patients. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20(6):1031-1036.
- Lê Vũ Sơn Trà, Hồ Quốc Cường, Trần Chí Cường.** Đặc điểm hình ảnh chụp mạch máu số hóa xóa nền của rò động-tĩnh mạch màng cứng nội sọ. *Y Học TP. Hồ Chí Minh [Phụ bản nghiên cứu ngoại khoa].* 2019;23(1):17-21
- Kim D, Choi YJ, Song Y, Chung SR, Baek JH, Lee JH.** Thin-Section MR Imaging for Carotid Cavernous Fistula. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2020;41(9):1599-1605. doi:10.3174/ajnr.A6757
- Alatzides GL, Opitz M, Li Y, et al.** Management of carotid cavernous fistulas: A single center experience. *Front Neurol.* 2023;14:1123139. doi:10.3389/fneur.2023.1123139
- Ellis JA, Goldstein H, Connolly ES, Meyers PM.** Carotid-cavernous fistulas. *Neurosurg Focus.* 2012;32(5):E9. doi:10.3171/2012.2.FOCUS1223
- Debrun GM, Viñuela F, Fox AJ, Davis KR, Ahn HS.** Indications for Treatment and Classification of 132 Carotid-Cavernous Fistulas. *Neurosurgery.* 1988;22(2):285.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỘT SỐ U THƯỢNG THẬN THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Bích Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy<sup>1</sup>, Lưu Thúy Quỳnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sau điều trị phẫu thuật u tuyến thượng thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng trên 70 bệnh nhân có u tuyến thượng thận được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Ở nhóm u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone, tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp giảm từ 100% xuống còn 19%; Tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu giảm từ 90,5% xuống còn 9,5%; bệnh nhân còn tăng huyết áp sau phẫu thuật đều giảm được số lượng thuốc cần sử dụng. Ở nhóm hội chứng cushing, nồng độ cortisol 8h sau phẫu thuật đã giảm so với trước phẫu thuật; Tất cả bệnh nhân đều có suy thượng thận sau phẫu thuật. Ở nhóm u tủy thượng thận, trước phẫu thuật tỷ lệ này chỉ còn 25%. Ở nhóm u thượng thận phát hiện tình cờ, sau phẫu thuật 1 tháng, 26,8% bệnh nhân có suy thượng thận. **Kết luận:** Điều trị u tuyến thượng thận gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật giúp loại bỏ các tình trạng liên quan đến dư thừa hormon ở phần lớn bệnh nhân. Điều trị nội khoa trước và sau mổ để giải quyết các tình trạng như suy thượng thận, rối loạn điện giải. **Từ khóa:** tuyến thượng thận, u vỏ thượng thận, u tủy thượng thận

## SUMMARY

### SURGICAL OUTCOMES OF COMMON ADRENAL TUMORS AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

**Objective:** Evaluation of results after adrenalectomy surgery at Military Central Hospital 108. **Subjects and methods:** Descriptive study, 1-month postoperative follow-up on 70 patients with adrenal tumors treated at Central Military Hospital 108 from January 2023 to June 2024. **Results:** In the group of Primary aldosteronism, the rate of patients with hypertension decreased from 100% to 19%; the rate of patients with hypokalemia decreased from 90.5% to 9.5%; patients with hypertension after surgery all had a reduction in the amount of medication needed. In the group of Cushing's syndrome, the cortisol concentration 8 hours after surgery decreased compared to before surgery; all patients had adrenal insufficiency after surgery. In the group of pheochromocytoma, before surgery 75% of patients had hypertension, after surgery this rate was

only 25%. In the group of incidentally discovered adrenal tumors, 1 month after surgery, 26.8% of patients had adrenal insufficiency. **Conclusion:** Treatment of adrenal tumors includes medical and surgical treatment. Surgery helps to eliminate conditions related to excess hormones in most patients. Medical treatment before and after surgery to address conditions such as adrenal insufficiency and electrolyte disturbances. **Keywords:** adrenal gland, adrenal cortex tumor, pheochromocytoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận (TTT) là một bệnh tương đối hiếm gặp. Việc phát hiện trở nên phổ biến hơn trong những năm gần đây chủ yếu là do sự tiến bộ cả về số lượng và chất lượng của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ khi bệnh nhân đến khám vì các bệnh lý khác. Theo y văn, tỷ lệ này có thể lên tới 3-10%.<sup>1</sup>

Đại đa số các u TTT đều được điều trị bằng phẫu thuật và kết hợp điều trị nội khoa. Vai trò của điều trị nội khoa không chỉ dừng lại trước mổ mà còn là theo dõi, điều trị sau mổ để giải quyết các tình trạng như suy thượng thận, rối loạn điện giải, góp phần quan trọng quyết định thành công trong điều trị u TTT.

Năm 1926, S. Roux và C. Mayo là những người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật u TTT, mở ra khả năng điều trị bệnh lý các u TTT.<sup>2</sup> Ngày nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật về phương tiện mổ, cũng như gây mê hồi sức, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot, phẫu thuật điều trị u thượng thận đã ngày càng được thực hiện rộng rãi và mang lại kết quả tốt.

Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu về kết quả phẫu thuật u TTT, tuy nhiên vẫn còn có sự khác biệt về kết quả giữa các tác giả. Nhằm góp phần làm phong phú thêm về kết quả điều trị u TTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị các bệnh nhân u TTT đã phẫu thuật tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân có u TTT điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2023 đến 06/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân được chẩn đoán u TTT dựa trên hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, xét nghiệm hormon trong máu và

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bích Nhân

Email: lebichnhan031188@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025