

Khả năng chấp nhận sản phẩm. Sau 2 tháng người bệnh tham gia uống sữa có 77,7% rất hài lòng, 20,4% hài lòng và 1,9% chấp nhận. Kết quả ghi nhận thời gian sử dụng sữa hoàn toàn không có bất kỳ trường hợp dị ứng hoặc phản ứng bất thường nào với thành phần sữa.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu chưa đánh giá được tác động của sản phẩm đến sức khỏe toàn diện và các chỉ số xét nghiệm và để có đánh giá này có thể cần cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn và thời gian can thiệp dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Bổ sung dinh dưỡng công thức dạng bột (Leanpro 10+) cho bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng có chuẩn bị trong 2 tháng đã giảm tình trạng nhiễm trùng và giảm thời gian nằm viện, cải thiện dinh dưỡng, tiêu hóa và sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lâm và cs** (2016). Vai trò của dinh dưỡng điều trị và các giải pháp cải thiện công tác chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện. *Tạp chí Dinh Dưỡng Thực Phẩm*; 12(3):1-4.
2. **Elia M., Normand C., Norman K., et al.** (2016). A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr*; 35(2):370-380.
3. **Thủ tướng Chính phủ** (2022). Quyết định số 02/QĐ-TTg ngày 5/1/2022: Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045.
4. **Bùi Thị Duyên, Nguyễn Quang Dũng** (2021).

- Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020. *Tạp chí Dinh Dưỡng Thực Phẩm*; 17(2):34-39.
5. **Raslan M, Gonzalez MC, Torrinhas RS, Ravacci GR, Pereira JC, Waitzberg DL** (2011). Complementarity of Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) for predicting poor clinical outcomes in hospitalized patients. *Clin Nutr*; 30(1):49-53.
 6. **Andersan HK et al** (2014). Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr*; 32(5):7-12.
 7. **A. Martin Palmero, A. Serrano Perez, M. J. Chinchetru Ranedo, et al** (2017). Malnutrition in hospitalized patients: results from La Rioja. *Nutr Hosp*; 34(2):402-406.
 8. **Chu Thị Tuyết và cs** (2014). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013. *Tạp chí Y học Dự phòng*; 8(157):52-57.
 9. **Dương Thị Phượng, Đinh Đức Thiện** (2017). Tình trạng dinh dưỡng, biến chứng sau phẫu thuật trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 và một số yếu tố liên quan". *Tạp chí Dinh dưỡng Thực phẩm*; 13(4):32-36.
 10. **Hoàng Việt Bách và cs** (2020). Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật tại bệnh viện K năm 2018 – 2019. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*; 129(5):43-48.
 11. **Sheng W, Ji G, Zhang L** (2023). Immunomodulatory effects of inulin and its intestinal metabolites. *Front Immunol*; 8(10):14-18.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN HỆ GIỮA ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ TÍNH CHẤT GIẢI PHẪU BỆNH Ở BỆNH NHÂN U NÃO VÙNG TUYẾN TÙNG

Nguyễn Văn Hưng*, Phạm Văn Tín*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vùng tuyến tủy là vùng chứa nhiều các tổ chức mô học khác nhau, u vùng này có đặc điểm mô bệnh học rất phong phú. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả giữa đặc điểm chẩn đoán hình ảnh với tính chất giải phẫu bệnh của u não vùng tuyến tủy đã được phẫu thuật ở 60 bệnh nhân và đưa một số nhận xét để

giúp ích cho các bác sỹ lâm sàng. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 60 bệnh nhân với một số đặc điểm chung về lâm sàng và các đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh. Phương pháp mổ vi phẫu thuật lấy u có định vị thần kinh và nội soi hỗ trợ trong mổ. Thống kê kết quả giải phẫu bệnh u não vùng tuyến tủy, tìm mối liên quan giữa đặc điểm chẩn đoán hình ảnh với tính chất lành hay ác tính của u não vùng tuyến tủy. **Kết quả nghiên cứu:** Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ sọ não khó xác định tính chất u lành hay u ác tính cho đa số các trường hợp u não vùng tuyến tủy. Một số hình ảnh: vôi hóa tại tuyến tủy gặp nhiều ở các u ác tính, không xuất hiện vôi hóa trong u gặp nhiều ở nhóm u lành tính; những u xâm lấn hoặc có mặt ở vùng trên yên, vùng thân não thường là những u ác tính; u trên hình ảnh cộng hưởng từ có hình cánh

* Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hưng

Email: hungpttk103vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2026

Ngày duyệt bài: 14.4.2026

bướm thì kết quả giải phẫu bệnh thường là u tế bào mầm; u não lành tính thường có kích thước lớn hơn u não ác tính vùng tuyến tùng tuy nhiên kích thước u không nói nên tính chất ác tính hay lành tính của u não vùng tuyến tùng. **Từ khóa:** u vùng tuyến tùng, phẫu thuật, đường mổ trên lều xuyên lều tiểu não.

ABSTRACT

STUDY OF THE ASSOCIATION BETWEEN IMAGING CHARACTERISTICS AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH PINEAL REGION TUMORS

Background: The pineal region contains a wide variety of histological tissues; therefore, tumors arising in this area exhibit highly diverse pathological characteristics. In this study, we conducted a retrospective descriptive analysis to correlate imaging features with histopathological characteristics of pineal region tumors that were surgically treated in 60 patients, and to provide observations that may be useful for clinical practice. **Materials and Methods:** This retrospective descriptive study included 60 patients with pineal region tumors, analyzing common clinical characteristics and imaging findings. Microsurgical tumor resection was performed with neuronavigation and endoscopic assistance. Histopathological results of pineal region tumors were analyzed, and correlations between imaging characteristics and the benign or malignant nature of the tumors were evaluated. **Results:** Computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) of the brain were insufficient to reliably distinguish between benign and malignant pineal region tumors in the majority of cases. Certain imaging features were noted: calcification within the pineal gland was more frequently observed in malignant tumors, whereas the absence of intratumoral calcification was more common in benign tumors; tumors invading or involving the suprasellar region or brainstem were usually malignant; tumors with a butterfly-shaped appearance on MRI were most commonly germ cell tumors on histopathological examination; benign pineal region tumors tended to be larger in size than malignant tumors. However, tumor size alone was not a reliable indicator of the benign or malignant nature of pineal region tumors. **Key words:** pineal region tumors, surgery, infratentorial-supracerebellar approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng tuyến vùng là vùng nằm sau não thất III, bao gồm một số cấu trúc như tuyến tùng, bể nước não tủy củ não sinh tư, củ não sinh tư, thể trai, cuống não, thân não, đám rối mạch máu và đồi thị. U vùng tuyến tùng gồm u của tuyến tùng và u các thành phần, cấu trúc xung quanh tuyến tùng, gặp 0,4-1% u não trong các thông báo tại Châu Âu và Châu Mỹ, ở Châu Á chiếm 3-9% tổng số u trong sọ [1], [6], [8]. Đây là vùng có giải phẫu khá phức tạp, xung quanh có nhiều mạch máu và cấu trúc chức năng quan trọng. Phẫu

thuật tiếp cận vùng này vẫn còn là thách thức đối với nhiều phẫu thuật viên.

Sự đa dạng về mô bệnh học của vùng này làm cho các nhà thần kinh học khó lựa chọn một phương pháp điều trị duy nhất. Có loại u chỉ phẫu thuật, có loại sinh thiết xác định mô bệnh học của u sau đó xạ trị và hóa chất, có loại phải phẫu thuật, sau đó xạ trị và hóa chất [1], [2], [5]. Tỷ lệ tử vong sau mổ cho đến nay chỉ còn dưới 4% [4], [8]. Quan điểm điều trị gần đây là sinh thiết xác định giải phẫu bệnh, sau đó mổ lấy hết u sau đó xạ trị và hoặc hóa chất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán là u não vùng tuyến tùng, được phẫu thuật lấy u trong thời gian từ 2011 đến 2020 tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Quân y 103 có hồ sơ đầy đủ, chụp phim CLVT, CHT, có kết quả giải phẫu bệnh cụ thể để phục vụ nội dung nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không đối chứng.

2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.1. Một số đặc điểm lâm sàng: hội chứng tăng áp lực nội sọ do não úng thủy, hội chứng tiền đình tiểu não, rối loạn nội tiết; rối loạn tâm thần; dấu hiệu Parinaud...

2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh:

* Nghiên cứu hình ảnh cắt lớp vi tính

Tính chất u: u tăng tỉ trọng, đồng tỷ trọng, hỗn hợp tỷ trọng, giảm tỷ trọng trên các lát cắt...Não thất có giãn hay không giãn.Vị trí, kích thước u (chiều dài, chiều rộng lớn nhất qua các lát cắt). Vôi hóa trong u. Hiệu ứng choán chỗ. Xâm lấn cấu trúc xung quanh. Mức độ ngấm thuốc cản quang.

* Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ

+ **Hình ảnh cộng hưởng từ trước khi tiêm thuốc đối quang từ:** Xác định chính xác hình dạng, vị trí, kích thước, tính chất, bờ khối u. Đặc điểm trên các tín hiệu T1W, T2W như: đồng tín hiệu, giảm tín hiệu, hỗn hợp tín hiệu. Tình trạng phù quanh u, nốt vôi hóa, các dấu hiệu tụt kẹt não, mức độ giãn não thất, mức độ xâm lấn của u vào các mạch máu, vùng chức năng quan trọng xung quanh.

+ **Hình ảnh cộng hưởng từ sau khi tiêm thuốc đối quang từ:** Đánh giá mức độ ngấm thuốc đối quang từ (có ngấm thuốc, không ngấm thuốc), hình ảnh ngấm thuốc đều hay không đều, có hay không dấu hiệu chảy máu hoại tử trong u.

*** Phân loại vị trí u trên cộng hưởng từ:**

U não chỉ nằm thành sau não thất ba, bể dịch não tủy củ não sinh tư, xâm lấn sang não thất bên, vượt quá (trên, dưới) lều tiểu não, hố sau, thể chai, vùng trên yên, xuất phát từ vùng trên yên và tuyến tùng, thân não.

*** Kích thước u trên cộng hưởng từ được chia thành 4 nhóm**

+ *U nhỏ*: là u có đường kính nhỏ hơn 3cm, u chỉ nằm trong bể dịch não

tủy củ não sinh tư hoặc thành sau của não thất ba...

+ *U vừa*: u có đường kính từ 3 – 4cm, u nằm cả phía sau của não thất ba

và bể dịch não tủy của củ não sinh tư.

+ *U lớn*: u có đường kính từ 4-6cm, ở vùng tuyến tùng, xâm lấn sang cả

não thất bên, vượt qua (trên, dưới) lều tiểu não trong đa số các trường hợp.

+ *U khổng lồ*: u có đường kính lớn hơn 6cm, chiếm phần lớn não thất ba và có thể xâm lấn vào não thất bên, não thất bốn, thể chai, thân não, trên yên...

2.2.3. Điều trị

* Chỉ định mổ:

U não vùng tuyến tùng có đường kính u trên 3cm, có biểu hiện lâm sàng do chèn ép các cấu trúc xung quanh, đủ điều kiện phẫu thuật.

* Phương pháp điều trị: vi phẫu thuật lấy u có định vị thần kinh và nội soi hỗ trợ trong mổ. Trước khi mổ lấy u được dẫn lưu não thất ổ bụng hoặc nội soi phá sán não thất ba - bể đáy trước mổ lấy u 01 tháng.

Phẫu thuật được thực hiện dưới kính vi phẫu có định vị thần kinh và nội soi hỗ trợ:

Bước 1: Mê nội khí quản, nằm xấp, đầu cố định trên khung Mayfield.

Bước 2: Rửa da và mở nắp sọ theo đường mổ đã chọn

Bước 3: Sử dụng kính vi phẫu để tiếp cận u và đánh giá tổn thương trong mổ. Bước 4: Lấy u dưới kính vi phẫu: lấy hết u, lấy gần hết u, lấy một phần nhỏ u, chỉ sinh thiết u, làm sinh thiết tức thì trong mổ.

Bước 5: Cầm máu ổ mổ, đánh giá tổn thương dưới kính vi phẫu.

Bước 6: Đóng kín màng cứng, đặt và cố định mảnh xương sọ, đặt dẫn lưu ngoài màng cứng và dưới da, đóng da đầu theo lớp.

2.2.4. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả mô bệnh học theo phân loại của TCYTGG năm 2000 và bổ sung năm 2007 được thống kê và đối chiếu với tính chất u trên chẩn

đoán hình ảnh để đưa ra một số nhận xét về tính chất lành tính hay ác tính của u não vùng tuyến tùng trên chẩn đoán hình ảnh, nhất là giai đoạn hiện nay với công nghệ chẩn đoán hình ảnh rất phát triển.

Tất cả các số liệu được tính theo tỷ lệ phần trăm %, giá trị trung bình độ lệch chuẩn theo từng đặc điểm của biến số nghiên cứu. Các so sánh và kiểm định được sử dụng bằng test χ^2 hoặc Student với $p < 0,05$. Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê STATA 14.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**3.1. Một số đặc điểm chung**

Chúng tôi gặp bệnh nhân ở độ tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%). Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,0%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 30 tuổi (độ lệch chuẩn 15,3 tuổi) ($30 \pm 15,3$). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới hơn 55,0% (33 so với 27), tỷ lệ nam/nữ là 1,2 lần.

Có 98,3% bệnh nhân đến khám vì đau đầu, nôn hoặc buồn nôn 35 (58,3%). Nhìn đôi 4 (6,6%), nhìn mờ 33 (55%) hay gặp ở các u lớn chèn ép cả thủy mắt, chèn ép vào củ não sinh tư. Liệt nửa người là 17 (28,3%), động kinh 3 (5%) hay gặp nhóm u xâm lấn vào vùng thể chai, xâm lấn sang bên chèn ép vào vùng bao trong. Số lượng bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 4cm (chiếm 71,7%), kích thước u nhỏ hơn 4cm (chiếm 28,3%), trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm u có kích thước 4-6cm (chiếm 48,4%), khảo sát thời gian mắc bệnh có liên quan đến kích thước khối u có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của Lý Ngọc Liên (2010), Paulocipriano và cộng sự (2012), Pettorini và cộng sự (2013) về tần xuất u tuyến tùng trong các nghiên cứu [1],[6],[10].

3.2. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh

Có 2 (3,3%) bệnh nhân được chụp XQ xương sọ cho kết quả bình thường, không thấy nốt vôi hóa hay hình dấu ấn ngón tay trên phim XQ xương sọ. Có 23 (38,3%) bệnh nhân được chụp CLVT. Có 60 (100%) bệnh nhân được chụp CHT. Có 2 (3,3%) bệnh nhân được chụp DSA

Chụp CLVT u não vùng tuyến tùng có đặc điểm: hình ảnh tăng tỷ trọng 10/23 (43,5%), đồng tỷ trọng 6/23 (26,1%), trong đó có 7 (30,4%) là hỗn hợp tỷ trọng. 91,3% u não vùng tuyến tùng bắt thuốc cản quang trên phim CLVT và giãn não thất; có 26,1% phát hiện có vôi hóa trong u.

Hình ảnh CHT u não vùng tuyến tùng: U có tín hiệu giảm trên T1W và tăng trên T2W gặp

hiều, u bắt thuốc đối quang tử chiếm tỷ lệ cao 95,0%, giãn não thất (90,0%). U to chèn ép vào thể chai (96,7%), não thất bên (95,0%). Có 4 (6,7%) bệnh nhân có hình dạng u hình cánh bướm trên cắt lớp vi tính và trên CHT. Bệnh nhân có u kích thước 4-6cm chiếm tỷ lệ cao nhất 29 (48,4%) bệnh nhân, đường kính u từ 6cm trở lên chiếm 23,3%, không có bệnh nhân nào được lựa chọn phẫu thuật với đường kính dưới 3cm. Có trên 95% u não vùng tuyến tủy xâm lấn vào vùng thể chai và não thất bên, 46,7% u xâm lấn xuống dưới lều, 3,3% u có ở cả tuyến yên và

tuyến tủy và 25% u lớn xâm lấn xuống thân não gây biểu hiện lâm sàng nặng khi vào viện. Có 93,3% các trường hợp xâm lấn và đè đẩy hệ thống động tĩnh mạch não trong, Rosenthal, Galen. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của Lý Ngọc Liên (2010, Bouiilote (2009), Paulocipriano và cộng sự khác (2012) [1],[9],[10]

3.3. Kết quả mô bệnh học u não vùng tuyến tủy

Tất cả các trường hợp phẫu thuật đều có kết quả mô bệnh học như sau:

Bảng 3.1: Phân loại kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	Tổng
U tế bào mầm (Germinoma)	0	4 (51,7%)	3 (42,9%)	0	7 (11,7%)
U tế bào tuyến tủy (Pineocytoma)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0	0	8 (13,3%)
U nguyên bào tuyến tủy (Pineoblastoma)	0	0	0	1 (100%)	1 (1,7%)
U màng não	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0	0	15 (25,0%)
U tế bào thần kinh đệm	2 (13,3%)	12 (80,0%)	1 (6,7%)	0	15 (25,0%)
U quái	5 (62,5%)	2 (25,0%)	0	1 (12,5%)	8 (13,3%)
Nang tuyến tủy	2 (100%)	0	0	0	2 (3,3%)
U loại khác (dị dạng mạch, u mạch, u nhú..)	4 (100%)	0	0	0	4 (6,7%)
Tổng	32 (53,3%)	22 (36,7%)	4 (6,7%)	2 (3,3%)	60

Trong u vùng tuyến tủy chúng tôi gặp nhiều nhất là u màng não và u tế bào thần kinh đệm chiếm 15 (25,0%), u tế bào tuyến tủy 9 (15,0%), u tế bào mầm 7 (11,7%), u quái vùng tuyến tủy 8 (13,3%) các trường hợp.

Trong nhóm này chúng tôi thấy có 19/60 (31,7%) u là của tuyến tủy, còn lại 41 (68,3%) là những u xuất phát từ vùng xung quanh tuyến tủy. Trong u tuyến tủy: tế bào mầm có 7/19 (36,8%), u tuyến tủy 9/19 (47,4%), u dạng khác (u nhú, nang) của tuyến tủy 3/19 (15,8%). Kết quả mô bệnh học cho thấy u tế bào mầm chiếm tỷ lệ cao trong nhóm u tuyến tủy, tỷ lệ u tế bào tuyến tủy 9/19 (47,4%), u dạng khác của tuyến tủy chiếm 3/19 (15,8%). Tỷ lệ u tuyến tủy trong nhóm u vùng tuyến tủy chiếm trên 31,7%. Các nhóm khác như u màng não và u tế bào thần kinh đệm chiếm tỷ lệ cao nhất 25%, u quái vùng tuyến tủy chiếm 13,3%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [3],[7],[9].

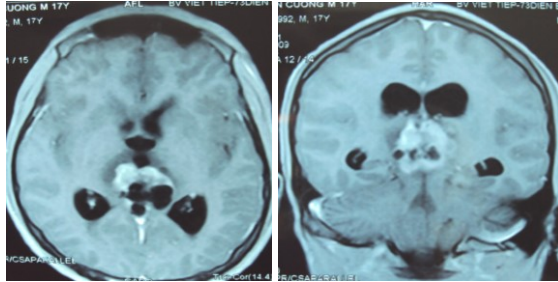
3.4. Mối liên quan giữa chẩn đoán hình ảnh với tính chất giải phẫu bệnh của u

Bảng 3.2: Phân bố giữa hướng xâm lấn của u với tính chất u

Hướng xâm lấn của u	Tính chất u				
	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	Tổng
Vùng yên	0	6	2	0	8
Thể trái	31	21	4	2	58
Não thất bên	30	21	4	2	57
Trên lều	31	20	4	1	56
Dưới lều	14	10	3	1	28
Thân não	7	4	3	1	15

U xâm lấn nhiều sang cấu trúc xung quanh như thể chai, não thất bên, trên lều gặp nhiều hơn (phù hợp với sự lựa chọn đường mổ trên lều cắt lều tiểu não), với các u lành tính kích thước u thường lớn xâm lấn nhiều thể chai, não thất bên, trên lều chiếm trên 30/60 (50%). Những u xâm lấn hoặc có mặt ở vùng trên yên đều là những u ác tính 8 (13,3%) và 15 (25,0%) xâm lấn vào vùng thân não. Khảo sát sự phân bố giữa hướng xâm lấn của u với độ ác tính của u não vùng tuyến tủy cho thấy những u xâm lấn cả vùng yên đều là những u ác tính, kích thước u não lành tính thường lớn hơn u não ác tính vùng

tuyến tủy. Khảo sát cho thấy: u trên hình ảnh cộng hưởng từ có hình cánh bướm thì kết quả giải phẫu bệnh thường là u tế bào mầm, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhận xét này cũng phù hợp với tác giả Đồng Văn Hệ, Lý Ngọc Liên và nhiều cộng sự khác [1],[6],[9],[10].



Hình 3.1 : Hình dạng u hình cánh bướm của u tế bào mầm tuyến tủy

* Nguồn: BN Nguyễn Quang Th. 17T, SBA 39047D33

Bảng 3.3: Liên quan giữa với hóa tuyến tủy với giải phẫu bệnh của u

Giải phẫu bệnh	Có với hóa		Không với hóa	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
U tế bào mầm	4	33,3	3	6,2
U tế bào tuyến tủy	4	33,3	4	8,3
U nguyên bào tuyến tủy	0	0	1	2,1
U màng não	2	16,8	13	27,1
U tế bào thần kinh đệm	1	8,3	14	29,2
U quái	1	8,3	7	14,6
Nang tuyến tủy	0	0	2	4,2
U khác	0	0	4	8,3
Tổng	12 (20%)	100	48 (80%)	100
$p > 0,05$				

Đặc điểm với hóa tại tuyến tủy trên hình ảnh (CLVT, CHT) cho thấy có 12 (20%) u não vùng tuyến tủy có hiện tượng với hóa trong u, trong đó gặp nhiều ở u tế bào mầm 4 (33,3%) và u tế bào tuyến tủy 4 (33,3%), u màng não chúng tôi gặp 2 (16,8%), u tế bào thần kinh đệm thường không gặp nốt với hóa trong u. Tuy nhiên không có sự tương quan giữa với hóa vùng tuyến tủy và tính chất giải phẫu bệnh của u sau mổ ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa kích thước u và độ ác tính của u

Loại u	Kích thước khối u						Tổng
	3-4cm	%	4-6cm	%	>6cm	%	
Độ I	12	70,6	15	51,8	5	35,7	32 (53,3%)
Độ II	4	23,5	9	31,0	9	64,3	22 (36,7%)
Độ III	1	5,9	3	10,3	0	0	4 (6,7%)
Độ IV	0	0	2	6,9	0	0	2 (3,3%)
Tổng	17	100	29	100	14	100	60
So sánh	$p > 0,05$						

Những u có kích thước khổng lồ (đường kính lớn hơn 6cm) thường là những u lành tính (u màng não, u tế bào thần kinh đệm lành tính, u quái lành tính...), những u ác tính thường có kích thước u ở nhóm 4-6cm, tuy nhiên kích thước u không nói nên tính chất ác tính hay lành tính của u não vùng tuyến tủy, sự liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Có 4 (6,7%) bệnh nhân có hình ảnh u trên CHT có hình cánh bướm, khảo sát sự liên quan giữa hình dạng u hình cánh bướm trên CHT cho thấy những u trên chẩn đoán hình ảnh có hình dạng hình cánh bướm và kết quả sau mổ có giải phẫu bệnh là u tế bào mầm có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Lý Ngọc Liên (2010), Kobayashi (2009)...về hình dạng u hình cánh bướm của u tế bào mầm tuyến tủy [2],[3],[5].

Bảng 3.5: Liên quan giữa với hóa tuyến tủy với độ ác tính của u

Tính chất u	Có với hóa		Không với hóa	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I	5	41,7	27	56,2
Độ II	4	33,3	18	37,5
Độ III	2	16,7	2	4,2
Độ IV	1	8,3	1	2,1
Tỷ lệ %	12(20%)	100%	48(80%)	100%
So sánh	$p > 0,05$			

Đặc điểm với hóa tại tuyến tủy trên hình ảnh (CLVT, CHT) gặp nhiều ở các u ác tính (từ độ II trở lên) chiếm 7 (58,3%) nhiều hơn nhóm lành tính (41,7%), không xuất hiện với hóa trong u gặp nhiều ở nhóm u lành. Nhưng không thấy có sự tương quan giữa đặc điểm với hóa với tính chất lành tính hay ác tính của u ($p > 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của Lý Ngọc Liên (2010), Bouilote và cộng sự (2009), [1],[6]. Tỷ lệ u lành tính (grad I) chiếm 32/60 (53,3%),

u ác tính grad II chiếm 22/60 (36,7%), Grad III,IV chiếm 10,0%. Tỷ lệ u não ác tính nghiên cứu này có kết quả khác biệt không nhiều với nghiên cứu [1],[11],[12].

IV. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ sọ não giúp chẩn đoán chính xác u vùng tuyến tủy, nhưng khó xác định u lành hay u ác tính cho đa số các trường hợp (do vùng này thường xuất hiện đa dạng các loại u). Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả giữa đặc điểm chẩn đoán hình ảnh với tính chất giải phẫu bệnh của u não vùng tuyến tủy đã được phẫu thuật ở 60 bệnh nhân với một số nhận xét: vôi hóa tại tuyến tủy gặp nhiều ở các u ác tính, không xuất hiện vôi hóa trong u gặp nhiều ở nhóm u lành tính, không có sự tương quan giữa vôi hóa vùng tuyến tủy và tính chất giải phẫu bệnh của u; những u xâm lấn hoặc có mặt ở vùng trên yên, vùng thân não thường là những u ác tính; u trên hình ảnh cộng hưởng từ có hình cánh bướm thì kết quả giải phẫu bệnh thường là u tế bào mầm; u não lành tính thường có kích thước lớn hơn u não ác tính vùng tuyến tủy tuy nhiên kích thước u không nói nên tính chất ác tính hay lành tính của u não vùng tuyến tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Văn Hệ, Lý Ngọc Liên** (2006), "Điều trị u vùng tuyến tủy bằng đường mổ chẩm – cắt lều tiểu não", *Hội nghị ngoại khoa toàn quốc, số đặc biệt tháng 8, Tr. 126-136*.
2. **Đồng Văn Hệ, Lý Ngọc Liên** (2010), "Phẫu thuật u vùng tuyến tủy" kinh nghiệm qua 125 bệnh nhân", *Bệnh viện việt đức, Tạp chí nghiên cứu y học, (67), Tr. 24-28*.
3. **Lý Ngọc Liên, Đồng Văn Hệ** (2010), "U tế bào mầm vùng tuyến tủy và tuyến yên nhân 82 bệnh nhân", *Bệnh viện việt đức, Tạp chí nghiên cứu y học, (67), Tr. 68-73*.
4. **Chuyên đề ngoại thần kinh**, Nhà xuất bản y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2002.
5. **Morgenstern P. F & Souweidane M. M.** (2013), "Pineal region tumors: simultaneous endoscopic third ventriculostomy and tumor biopsy", *World Neurosurg*, 79(2), pp. 9-13.
6. **Zacharia B. E. & Bruce J. N.** (2011), "Stereotactic biopsy considerations for pineal tumors", *Neurosurg Clin N Am*, 22(3), pp. 359-366.
7. **Alexander Konovalov, David Pitskhelauri** (2003), *Principles of Treatment of the Pineal Region Tumors*, *Surg Neurol*(59), pp.250-268.
8. **Paolo Cipriano Cecchi Giuliano Giliberto** (2012), "Pineal Region Tumors", *ISBN InTech*, 51(4), pp. 951- 953.
9. **Pettorini B. L., Al-Mahfoud R., Jenkinson M. D., Avula S., et al.** (2013), "Surgical pathway and management of pineal region tumours in children", *Childs Nerv Syst*, 29(3), pp. 433-439.
10. **Tomislav Sajko, Nenad Kudeli, Velimir Lupret et al** (2009), *Treatment of Pineal Region Lesions: Our Experience in 39 Patients*, *Coll. Antropol* (33), pp. 1259-1263.
11. **Kobayashi T, Lunsford LD et al** (2009), *Pineal Region Tumors: Diagnosis and Treatment Options*, *Prog Neurol Surg. Basel*, Karger, Basel.
12. **Kazufumi Sato, Toshihiko Kubota** (2009), *Pathology of Pineal Parenchymal Tumors, Pineal Region Tumors. Diagnosis and Treatment Options* (23), pp12-2

ẢNH HƯỞNG TƯ THẾ CẨM VÀ ĐỘ LỆCH TRỤC RĂNG CỬA HÀM TRÊN LÊN CẢM NHẬN THẨM MỸ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TRẺ TUỔI VÀ TRUNG NIÊN

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Trương Đình Khởi¹, Lê Linh Chi¹, Vũ Lê Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định sự ảnh hưởng tư thế cắn và độ lệch trục răng cửa hàm trên theo nhóm tuổi trưởng

thành trẻ tuổi và trung niên ở một số trường thuộc ĐHQGHN năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang bằng khảo sát trực tuyến có sử dụng hình ảnh chuẩn bị trước và chấm điểm theo thang đo VAS0-10, phân loại biến thứ hạng trên 196 đối tượng trong đó 129 người trưởng thành trẻ 18-25 tuổi, 67 người trung niên 44-49 tuổi. **Kết quả:** Tất cả các tư thế cắn ở hai nhóm thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ tư thế bình thường ở nhóm 2 cho thấy điểm VAS ở nam lớn hơn nữ với $p < 0,05$. Đa số các giá trị cho thấy không có sự khác biệt theo giới, ngoại trừ cắn ở vị trí bình thường: +10ND nhóm 1 và -10ND nhóm 2 thì ở nam > nữ; vị trí

¹ Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

² Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2026

Ngày duyệt bài: 15.4.2026