

and doctors during COVID - 19 pandemic and its improvement by use of adopted recommendations of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Contact Dermatitis. *Dermatology and Therapy*, 6, e14396.

5. **Siddiqui M., Sarshar F., Saraswat.** (2023), The impact of hand eczema severity on quality of

life in workers engaged in lock making: A cross-sectional study from tertiary care hospital. *Indian Journal of Skin Allergy*, 2, pp. 1-7.

6. **Stingeni L., Guarneri F., Balato A., et al.** (2024), Italian expert opinion on chronic hand eczema: from guidelines to clinical practice. *Dermatology and Therapy*, 1, pp. 75 - 93.

KẾT QUẢ XẠ PHẪU GAMMA KNIFE KIỂM SOÁT U BAO SỢI THẦN KINH VIII TỒN LƯU SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Thanh Nhật Tâm¹, Lê Minh Huân², Phan Quang Sơn², Huỳnh Tiền Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U bao sợi thần kinh VIII (UBSTK VIII) là u lành tính tại góc cầu-tiểu não, thường được điều trị bằng phẫu thuật khi u lớn hoặc có triệu chứng chèn ép. Tuy nhiên, mô u có thể còn tồn lưu sau mổ, vì cần bảo tồn các cấu trúc chức năng như dây thần kinh mặt và ốc tai. Xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp hỗ trợ ít xâm lấn, giúp kiểm soát sự phát triển của u và hạn chế biến chứng thần kinh. Mặc dù có nhiều báo cáo quốc tế về hiệu quả của phương pháp này, dữ liệu trong nước về UBSTK VIII tồn lưu sau mổ vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của xạ phẫu Gamma Knife trong kiểm soát u tồn lưu, góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị đa mô thức cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả kiểm soát khối u và tính an toàn của xạ phẫu Gamma Knife ở bệnh nhân VIII (UBSTK VIII) tồn lưu sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 50 bệnh nhân UBSTK VIII tồn lưu sau phẫu thuật, được thu nhận trong giai đoạn 5/2022-12/2023 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung vị nhóm nghiên cứu là 53 tuổi. Các trường hợp được lập kế hoạch xạ phẫu với liều theo khuyến nghị thực hành (liều ngoại biên thường 12 Gy, liều tối đa khoảng 24 Gy), sau đó theo dõi định kỳ bằng lâm sàng và MRI. Lịch theo dõi sau điều trị gồm các mốc 6, 12, 24 và 36 tháng; mỗi lần tái khám đều đánh giá diễn biến triệu chứng, biến chứng và thay đổi kích thước khối u. **Kết quả:** Trong nhóm nghiên cứu, thời gian trung bình từ phẫu thuật đến xạ phẫu là 9,6 ± 4,1 tháng; 82% bệnh nhân được xạ phẫu trong vòng 12 tháng đầu sau mổ. Trước điều trị, triệu chứng thường gặp gồm đau đầu (84%), giảm thính lực (70%), ù tai (30,61%), liệt mặt (28%) và mất thăng bằng (18%). Về hình ảnh học, u bên trái chiếm 72%, kích thước trung bình 27,9 ± 8,4 mm, thể tích trung bình 6,5 ± 6,4 cm³. Sau xạ phẫu, tỷ lệ kiểm

soát u đạt 98% (u ổn định hoặc giảm kích thước), chỉ có 1 trường hợp (2%) tăng kích thước ở thời điểm 6 tháng. Về an toàn, ghi nhận 2 trường hợp đau dây V (4%), không ghi nhận trường hợp mới giảm thính lực hay liệt mặt sau điều trị; tỷ lệ sống còn tại thời điểm đánh giá đạt 100%. **Kết luận:** Xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp điều trị hỗ trợ hiệu quả và an toàn cho UBSTK VIII tồn lưu sau phẫu thuật, với tỷ lệ kiểm soát u cao, cải thiện lâm sàng tốt và tỷ lệ biến chứng nặng thấp. Kết quả này ủng hộ việc tích hợp Gamma Knife vào chiến lược điều trị đa mô thức nhằm tối ưu hóa kiểm soát bệnh và chất lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: U bao sợi thần kinh VIII, Gamma Knife.

ABSTRACT

OUTCOMES OF GAMMA KNIFE RADIOSURGERY IN CONTROL OF RESIDUAL VESTIBULAR SCHWANNOMA AFTER SURGERY

Background: Vestibular Schwannoma (VS), a benign tumor located at the cerebellopontine angle, is typically treated with surgery when the tumor is large or symptomatic. However, residual tumor tissue may remain after surgery due to the need to preserve critical functional structures, such as the facial nerve and cochlea. Gamma Knife radiosurgery is a minimally invasive adjuvant treatment that helps control tumor growth while minimizing neurological complications. Although international reports have demonstrated the effectiveness of Gamma Knife, domestic data on residual VS after surgery is still limited. This study aims to evaluate the outcomes of Gamma Knife radiosurgery in managing residual tumor, contributing to the optimization of a multimodal treatment strategy for these patients. **Aim:** To evaluate tumor control efficacy and safety of Gamma Knife radiosurgery in patients with residual vestibular schwannoma after surgery. **Patients and methods:** This retrospective descriptive study included 50 patients with residual vestibular schwannoma after surgery, treated between May 2022 and December 2023 at Cho Ray Hospital. The mean age was 53.5 ± 12.4 years. Radiosurgical planning followed practical dose recommendations (typically a peripheral dose of 12 Gy and a maximum dose of approximately 24 Gy), followed by periodic

¹ Bệnh viện Thống Nhất

² Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nhật Tâm

Email: tamntn2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2026

Ngày duyệt bài: 31.3.2026

clinical and MRI follow-up. Post-treatment follow-up was scheduled at 6, 12, 24, and 36 months; at each visit, symptom progression, complications, and tumor size changes were assessed. **Results:** In this cohort, the mean interval from surgery to radiosurgery was 9.6 ± 4.1 months; 82% of patients underwent radiosurgery within the first 12 postoperative months. Before treatment, common symptoms included headache (84%), hearing loss (70%), tinnitus (30.61%), facial palsy (28%), and imbalance (18%). On imaging, left-sided tumors accounted for 72%, with a mean size of 27.9 ± 8.4 mm and a mean volume of 6.5 ± 6.4 cm³. After radiosurgery, the tumor control rate was 98% (stable or decreased tumor size), with only 1 case (2%) showing enlargement at 6 months. Regarding safety, 2 cases of trigeminal neuralgia (4%) were recorded; no new hearing loss or new facial palsy occurred after treatment. Survival at the time of assessment was 100%. **Conclusion:** Gamma Knife radiosurgery is an effective and safe adjuvant treatment for residual vestibular schwannoma after surgery, with a high tumor control rate, favorable clinical improvement, and a low rate of severe complications. These findings support integrating Gamma Knife into a multimodality treatment strategy to optimize disease control and quality of life in this patient population.

Keywords: Vestibular schwannoma, Gamma Knife.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UBSTK VIII là u lành tính ở vùng góc cầu-tiểu não, tiến triển chậm nhưng có thể ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thần kinh sọ và chất lượng sống, với các triệu chứng như giảm thính lực, ù tai, chóng mặt và mất thăng bằng. U lớn có thể gây chèn ép thân não và tiểu não. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, nhưng việc cắt bỏ hoàn toàn có thể bị hạn chế để bảo tồn chức năng thần kinh mặt và thính giác, dẫn đến một tỷ lệ bệnh nhân có mô u tồn lưu sau mổ.

Xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp ít xâm lấn, giúp tập trung liều bức xạ chính xác vào phần u tồn lưu, kiểm soát sự phát triển của u và giảm thiểu tổn thương mô lành. Nhiều báo cáo quốc tế cho thấy Gamma Knife có hiệu quả cao với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được, ngày càng được xem là lựa chọn bổ trợ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, dữ liệu trong nước về hiệu quả Gamma Knife đối với u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật còn hạn chế, đặc biệt về triệu chứng lâm sàng, thay đổi kích thước u và tính an toàn. Do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả xạ phẫu Gamma Knife, cung cấp thêm bằng chứng cho thực hành lâm sàng và tối ưu hóa chiến lược điều trị cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm bệnh nhân được chẩn đoán UBSTK VIII tồn lưu sau phẫu thuật và được điều trị bổ trợ bằng xạ phẫu Gamma Knife tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Người bệnh có chẩn đoán u bao sợi thần kinh VIII, đã được phẫu thuật trước đó và còn tồn thương trên hình ảnh học sau mổ.

- Được chỉ định và thực hiện xạ phẫu Gamma Knife.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, bao gồm dữ liệu lâm sàng và cộng hưởng từ (MRI) trước/sau điều trị.

- Có dữ liệu theo dõi sau xạ phẫu để đánh giá đáp ứng và biến chứng.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án hoặc dữ liệu hình ảnh không đầy đủ, không đủ cơ sở đánh giá kết quả.

- Không có theo dõi sau xạ phẫu theo kế hoạch nghiên cứu.

* Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy, trên các trường hợp điều trị trong giai đoạn 5/2022-12/2023.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu được sử dụng là hồi cứu mô tả loạt ca.

2.2.2 Cỡ mẫu

Nghiên cứu lấy mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

Cỡ mẫu thu thập được là 50 người bệnh.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập số liệu dựa trên một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.4 Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng Excel và phân tích bằng SPSS 22.0. Thực hiện thống kê mô tả và phân tích.

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, bảo mật thông tin người bệnh và chỉ sử dụng dữ liệu cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5/2022 đến tháng 12/2023, chúng tôi thu thập được 50 bệnh nhân được xạ phẫu Gamma Knife điều trị bổ trợ UBSTK VIII tồn lưu sau phẫu thuật.

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu chủ yếu bao gồm bệnh nhân trong độ tuổi từ 50-59, chiếm 54%, với 18% ở nhóm 40-

49 tuổi và 16% trên 60 tuổi. Nhóm nhỏ nhất là từ 18-39 tuổi, chiếm 10%. Tuổi trung vị là 53, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 26 và lớn tuổi nhất là 87. Phụ nữ chiếm 68%, tỷ lệ nam/nữ là 0.46/1.

Lý do chủ yếu bệnh nhân đến khám là giảm thính lực (52%) và đau đầu (48%), trong đó 14% có tiền sử dẫn não thất và đã đặt VP shunt. Thời gian trung bình từ khi phẫu thuật đến xạ phẫu Gamma Knife là 9.6 ± 4.1 tháng (từ 4-24 tháng), với 82% bệnh nhân được xạ phẫu trong vòng 12 tháng.

Các triệu chứng thường gặp trước khi xạ phẫu Gamma Knife là đau đầu (84%) và giảm thính lực (70%), tiếp theo là ù tai (30.61%), liệt mặt (28%) và mất thăng bằng (18%). Trong số bệnh nhân bị liệt mặt, 28% ở mức HB-I, 44% ở mức HB-II, 14% ở mức HB-III, 8% ở mức HB-IV, 4% ở mức HB-V và 2% ở mức HB-VI.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung vị		53 (26-87)
Nhóm tuổi	18-39	6 (12%)
	40-49	8 (16%)
	50-59	27 (52%)
	≥ 60	9 (18%)
Giới tính	Nam	16 (32%)
	Nữ	34 (68%)
Lý do đến khám	Đau đầu	24 (48%)
	Giảm thính lực	26 (52%)
	Ù tai	0 (0%)
	Mất thăng bằng	0 (0%)

Đặc điểm		Giá trị
Triệu chứng trước Gamma Knife	Đau đầu	42 (84%)
	Giảm thính lực	35 (70%)
	Ù tai	15 (30%)
	Liệt mặt	14 (28%)
	Mất thăng bằng	9 (18%)
Thời gian phẫu thuật đến khi GK		9.6 ± 4.1 tháng

3.2 Hình ảnh học cộng hưởng từ sọ não của bệnh nhân trước khi xạ phẫu Gamma Knife

Bảng 2. Vị trí và kích thước khối u

Đặc điểm		Giá trị
Vị trí khối u	Bên phải	14 (28%)
	Bên trái	36 (72%)
Kích thước khối u	Trung bình	27.9 ± 8.4 mm
	< 30 mm	33 (66%)
	> 30 mm	17 (34%)
Thể tích u		6.5 ± 6.4 cm ³

Có 14BN (28%) khối u nằm ở bên phải, 36BN (72%) nằm ở bên trái. Kích thước trung bình của u là 27.9 ± 8.4 mm (10.7 - 49.7 mm), trong đó những bệnh nhân có kích thước u nhỏ hơn 30 mm là 33BN (66%), những bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 30mm là 17BN (34%). Thể tích u trung bình là 6.5 ± 6.4 cm³ (0.3- 33.56 cm³).

3.3 Kết quả xạ phẫu GK điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả xạ phẫu Gamma Knife

Đặc điểm		Số lượng (BN)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Liều xạ trị	> 95%	44 BN	88	
	90-95%	6 BN	12	
	< 90%	0 BN	0	
Triệu chứng	Đau đầu	42 BN → 22 BN	84 → 44	Giảm 40%
	Thính lực giảm	35 BN → 28 BN	70 → 56	Giảm 14%
	Ù tai	15 BN → 5 BN	30 → 10	Giảm 20%
	Mất thăng bằng	09 BN → 1 BN	18 → 2	Giảm 16%
	Liệt mặt	14 BN → 13 BN	28 → 26	Giảm 2%
	Cải thiện triệu chứng liệt mặt	1 BN	7.1	HB-III → HB-II
	Xuất hiện đau dây V	02 BN	4	Mới xuất hiện
	U giảm kích thước	49 BN	98	Giảm kích thước trên MRI
	U tăng kích thước	1 BN	2%	Tăng kích thước sau 6 tháng

Có 44BN (88%) có thể tích u nhận liều xạ trị trên 95%, 6BN (12%) nhận liều xạ trị từ 90-95%, trong đó không có BN nào có thể tích u nhận liều xạ trị dưới 90%.

Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng sau khi xạ phẫu Gamma knife giảm so với trước khi xạ phẫu Gamma knife, trong đó triệu chứng đau đầu giảm

từ 42BN (84%) xuống còn 22 BN (44%), giảm thính lực giảm từ 35 BN(70%) xuống còn 28 BN (56%), ù tai giảm từ 15 BN (30%) xuống còn 5 BN (10%), liệt mặt giảm từ 14 BN (28%) xuống còn 13 BN (26%) và mất thăng bằng giảm từ 9 BN (18%) xuống còn 1 BN (2%). Có 2 BN (4%) xuất hiện tình trạng đau dây V sau khi XPGK.

Trong số 28 BN giảm thính lực sau khi XPGK, có 8 BN (28.6%) giảm thính lực nặng hơn sau XPGK và 20 BN (71.4%) điếc hoàn toàn.

Trong số 13 BN liệt mặt sau khi XPGK, có 1 BN (7.1%) cải thiện triệu chứng liệt mặt (từ HB-III cải thiện lên HB-II), không có bệnh nhân nào xuất hiện liệt mặt mới hoặc liệt mặt nặng hơn.

Tỉ lệ kiểm soát u đạt được là 98% với 49BN có kích thước u giảm trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ sọ não sau 6 tháng, chỉ có 1BN (2%) có kích thước u tăng (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bao gồm bệnh nhân trong độ tuổi từ 50-59, chiếm 54%, với tuổi trung vị là 53, tương đối gần với các nghiên cứu quốc tế (Huang: 56 tuổi, Pollock: 51 tuổi). Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong phạm vi chung của các nghiên cứu quốc tế về u bao sợi thần kinh VIII.

Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,47:1, cho thấy bệnh u bao sợi thần kinh VIII có xu hướng gặp nhiều hơn ở nữ giới so với nam giới. Điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế, như nghiên cứu của Pollock với tỷ lệ nam/nữ là 0,48:1. Các nghiên cứu khác như của Huang và Bailo cũng chỉ ra sự chênh lệch lớn hơn giữa nam và nữ, với tỷ lệ nữ chiếm 71% trong nghiên cứu của Huang và 83% trong nghiên cứu của Bailo. Những kết quả này khẳng định rằng bệnh u bao sợi thần kinh VIII có xu hướng phổ biến hơn ở nữ giới.

4.2 Hình ảnh học cộng hưởng từ sọ não của bệnh nhân trước khi xạ phẫu Gamma Knife

Kết quả hình ảnh học cộng hưởng từ của bệnh nhân cho thấy kích thước trung bình của u là $27,9 \pm 8,4$ mm, với dải kích thước từ 10,7 đến 49,7 mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huang, với kích thước trung bình của u là $22,9 \pm 7,1$ mm. Bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 30 mm chiếm tỷ lệ 16%, trong khi bệnh nhân có u nhỏ hơn 10 mm chiếm tỷ lệ cao hơn (66%). Điều này phản ánh tính đa dạng của kích thước u, với phần lớn u có kích thước nhỏ và trung bình, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác như của Bailo và Pollock.

Về vị trí của u, trong nghiên cứu của chúng tôi, u bao sợi thần kinh VIII chủ yếu nằm ở bên trái (chiếm 72%). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu quốc tế, trong đó nghiên cứu của Huang cũng ghi nhận tỷ lệ u nằm bên trái là

72%. Điều này cho thấy u bao sợi thần kinh VIII có xu hướng gặp nhiều ở bên trái, mặc dù tỷ lệ này có thể thay đổi tùy vào đặc điểm của từng nhóm bệnh nhân và phương pháp chẩn đoán. Đây là thông tin quan trọng cho việc lập kế hoạch điều trị và theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

4.3 Kết quả xạ phẫu Gamma Knife điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật

Kết quả điều trị xạ phẫu Gamma Knife trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 88% bệnh nhân nhận liều xạ trị trên 95%, trong khi 12% bệnh nhân nhận liều xạ trị từ 90-95%. Kết quả này cho thấy xạ phẫu Gamma Knife có thể đạt hiệu quả cao trong việc điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật. Các nghiên cứu của Bailo và Huang cũng ghi nhận tỷ lệ kiểm soát u cao với liều xạ trị hợp lý, và việc điều chỉnh liều xạ trị là rất quan trọng để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Sau khi xạ phẫu, các triệu chứng lâm sàng đã giảm rõ rệt. Cụ thể, tỷ lệ đau đầu giảm từ 84% xuống 44%, giảm thính lực giảm từ 70% xuống 56%, ù tai giảm từ 30% xuống 10%, liệt mặt giảm từ 28% xuống 26%, và mất thăng bằng giảm từ 18% xuống 2%. Tuy nhiên, một số bệnh nhân vẫn gặp phải tình trạng giảm thính lực nặng hơn sau khi xạ phẫu. Điều này có thể do tác dụng phụ của xạ trị, tương tự như các nghiên cứu của Huang và Bailo ghi nhận một số bệnh nhân bị giảm thính lực nặng hơn sau xạ trị.

Tỷ lệ kiểm soát u sau xạ phẫu Gamma Knife đạt 98%, với 49/50 bệnh nhân có kích thước u giảm sau 6 tháng theo dõi, chỉ có 1 bệnh nhân (2%) có kích thước u tăng. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Huang và Bailo, cho thấy tỷ lệ kiểm soát u cao sau xạ phẫu Gamma Knife và chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có kích thước u tăng.

Biến chứng sau khi xạ phẫu Gamma Knife trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là đau dây V (4%), đây là một biến chứng hiếm gặp nhưng có thể quản lý được. Tình trạng đau dây V sau xạ phẫu cũng đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu quốc tế, nhưng tỷ lệ này rất thấp, theo tác giả Huang là 3%, Bailo là 2%.

Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xạ phẫu Gamma Knife là một phương pháp hiệu quả và an toàn trong việc điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật. Kết quả này hỗ trợ việc tích hợp phương pháp xạ phẫu Gamma Knife vào chiến lược điều trị đa mô thức, tối ưu hóa kết quả điều trị và nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu sau phẫu thuật, với tỷ lệ kiểm soát u đạt 98%. Các triệu chứng lâm sàng như đau đầu, giảm thính lực, ù tai, và mất thăng bằng đều giảm rõ rệt sau điều trị và tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả nghiên cứu hỗ trợ việc áp dụng xạ phẫu Gamma Knife như một phương pháp bổ trợ trong điều trị u bao sợi thần kinh VIII tồn lưu, đồng thời khẳng định tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pollock BE, Link MJ. Vestibular schwannoma radiosurgery after previous surgical resection or stereotactic radiosurgery. *Prog Neurol Surg.* 2008;21:163-8.
2. Huang MJ, Kano H, Mousavi SH, Niranjan A, Monaco EA, Arai Y, et al. Stereotactic radiosurgery for recurrent vestibular schwannoma after previous resection. *J Neurosurg.* 2017;126(5):1506-13.
3. Bailo M, Boari N, Gagliardi F, Franzin A, Piloni M, Spina A, et al. Gamma Knife radiosurgery for residual and recurrent vestibular

schwannomas after previous surgery: clinical results in a series of 90 patients and review of the literature. *World Neurosurg.* 2017;98:60-72.

4. Vương Ngọc Dương, Mai Trọng Khoa, Kiều Đình Hùng. Đánh giá kết quả điều trị u dây thần kinh số VIII bằng dao Gamma quay tại trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2012;16(4):126-130.
5. Võ Văn Nho, Võ Tấn Sơn. *Phẫu thuật thần kinh.* Nhà xuất bản Y học, 2013.
6. Gormley WB, Sekhar LN, Wright DC, Kamerer D, Schessel D. Acoustic neuromas: results of current surgical management. *Neurosurgery.* 1997;41(1):50-8; discussion 8-60.
7. Germano IM, Sheehan J, Parish J, Atkins T, Asher A, Hadjipanayis CG, et al. Congress of Neurological Surgeons systematic review and evidence-based guidelines on the role of radiosurgery and radiation therapy in the management of patients with vestibular schwannomas. *Neurosurgery.* 2018;82(2):E49-E51.
8. Goldbrunner R, Weller M, Regis J, Lund-Johansen M, Stavrinou P, Reuss D, et al. EANO guideline on the diagnosis and treatment of vestibular schwannoma. *Neuro Oncol.* 2020;22(1):31-45.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM NẤM *ASPERGILLUS* PHỔI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Phạm Thị Tuyết Dung¹, Lê Thị Diễm Tuyết²

chụp CT scanner là các đặc điểm cận lâm sàng chính.

Từ khóa: Nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn phổi, viêm phổi bệnh viện, COPD

TÓM TẮT

Nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại các đơn vị hồi sức tích cực đang là một thách thức do chẩn đoán khó và tỉ lệ tử vong cao. Nghiên cứu mô tả bệnh trên 38 bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2017 - 2024. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là dùng kháng sinh phổ rộng (84,4%), dùng corticoid (68,4%), COPD (42,1%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là suy hô hấp, sốt dai dẳng. Hình ảnh cắt lớp vi tính phổi: halo sign, hình hăng, liềm hơi. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus* phổi có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, thường xảy ra ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như COPD, dùng corticoid, dùng kháng sinh phổ rộng kéo dài. Nuôi cấy thấy *Aspergillus*, tổn thương phổi trên

ABSTRACT

CLINICAL MANIFESTATIONS AND LABORATORY ABNORMALITIES OF PATIENTS WITH INVASIVE PULMONARY *ASPERGILLOSIS* AT THE INTENSIVE CARE UNIT

Invasive pulmonary *aspergillosis* (IPA) in intensive care units is challenging due to difficult diagnosis and high mortality. An observational study was conducted on 38 patients with invasive pulmonary *aspergillosis* admitted to the intensive care units of Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from 2017 to 2024. The most common risk factors were the use of broad-spectrum antibiotics (84.4%), corticosteroid treatment (68.4%), and COPD (42.1%). Worsening respiratory insufficiency and refractory fever were the most common clinical signs. Abnormal thoracic CT imaging findings were observed in patients, including the halo sign, cavitation, and the air-crescent sign. The study revealed that patients with IPA had nonspecific clinical manifestations, often occurring in those with risk factors such as COPD,

¹ Trung tâm Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

² Khoa Cấp cứu - Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Dung

Email: dr.phamthituyetdung2408@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2026

Ngày duyệt bài: 1.4.2026