

7. Broekhuis S.R., Fütterer J.J., Barentsz J.O. và cộng sự. (2009). A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 20(6), 721–729.
8. Tunn R., Paris S., Taupitz M. và cộng sự. (2000). MR imaging in posthysterectomy vaginal prolapse. *Int Urogynecology J*, 11(2), 87–92.
9. Nguyễn Văn Ân và Đoàn Vương Kiệt (2021). So sánh các phương pháp đánh giá mức độ sa tạng chậu theo Baden –Walker, POP-Q và cộng hưởng từ động học. *Bệnh viện Đại Học Dược TP Hồ Chí Minh*.
10. Comiter C.V., Vasavada S.P., Barbaric Z.L. và cộng sự. (1999). Grading pelvic prolapse and pelvic floor relaxation using dynamic magnetic resonance imaging. *Urology*, 54(3), 454–457.

ĐÁNH GIÁ SỚM VIỆC BẢO TỒN CHỨC NĂNG DÂY THẦN KINH MẶT TRONG PHẪU THUẬT U DÂY VIII CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG CẢNH BÁO THẦN KINH Ở BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Minh Tân¹, Nguyễn Thị Hương Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt sau phẫu thuật u dây VIII có sử dụng hệ thống cảnh báo thần kinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 18 bệnh nhân được phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại bệnh viện đại học Y Hà Nội có sử dụng hệ thống NIM. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,5 \pm 10,6$. Nam giới chiếm 38,9%, nữ giới chiếm 61,1%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là chóng mặt (16/18) và rối loạn dáng đi (13/18). Hình ảnh trên cộng hưởng từ thì có 5 bệnh nhân mức độ T3, 13 bệnh nhân mức độ T4. Có 3/5 bệnh nhân T3 lấy u gần hết, 2/5 lấy một phần khối u. 7/13 bệnh nhân T4 lấy u gần hết, 6/13 lấy một phần khối u. Có 3/18 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau mổ. Đối với u độ T3 có 2/5 trường hợp không có liệt mặt, 2/5 trường hợp liệt mặt độ II, 1/5 trường hợp liệt mặt độ III. Đối với u độ T4 có 3/13 trường hợp không có liệt mặt, 3/13 trường hợp liệt mặt độ II, 6/13 trường hợp liệt mặt độ III.

Từ khóa: U dây VIII, dây VII, cảnh báo thần kinh trong mổ, bảo tồn

SUMMARY

RESULTS OF PRESERVING FACIAL NERVE FUNCTION IN SURGERY VESTIBULAR SCHWANNOMA USING NEURO INTRAOPERATION MONITORING AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the effectiveness of preserving facial nerve function in surgery of vestibular schwannoma using neuro intraoperation monitoring. **Materials and methods:** The patient underwent surgery for vestibular schwannoma at Hanoi Medical University Hospital using the NIM system. **Results:** The mean age of the study group

was 34.5 ± 10.6 . Men accounted for 38.9%, women accounted for 61.1%. The main clinical symptoms are dizziness (16/18) and gait disturbance (13/18). On magnetic resonance imaging, there are 5 patients with T3 level, 13 patients with T4 level. There are 3/5 patients with T3 having almost all tumors, 2/5 taking part of the tumor. 7/13 T4 patients took most of the tumor, 6/13 took part of the tumor. There are 3/18 patients with bleeding complications after surgery. For grade T3 tumors, there are 2/5 cases without facial paralysis, 2/5 cases of grade II facial paralysis, 1/5 cases of grade III facial paralysis. For grade T4 tumors, there were 3/13 cases without facial paralysis, 3/13 cases of grade II facial paralysis, 6/13 cases of grade III facial paralysis. **Conclusion:** Among the factors related to the degree of facial paralysis after surgery for chordoma VIII, the tumor size plays the most important role. The larger the tumor, the higher the rate of facial paralysis after surgery

Keywords: vestibular schwannoma, facial nerve, neuro intraoperation monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây thần kinh VIII là u lành tính từ tế bào schwann, ưu thế ở nhánh tiền đình. Hiếm hơn u có thể xuất phát từ nhánh thính lực. U dây thần kinh VIII là loại u thường gặp trong các u nội sọ, chiếm 8%-10% các loại u. Tần suất hằng năm khoảng 1,5 trường hợp trên 100.000 dân¹.

U dây thần kinh VIII là u lành tính từ tế bào schwann, ưu thế ở nhánh tiền đình. Hiếm hơn u có thể xuất phát từ nhánh thính lực. U dây thần kinh VIII là loại u thường gặp trong các u nội sọ, chiếm 8%-10% các loại u. Tần suất hằng năm khoảng 1,5 trường hợp trên 100.000 dân¹.

Triệu chứng lâm sàng sớm nhất của u dây thần kinh số VIII thường là giảm thính lực, có thể giảm từ từ hoặc mất thính lực đột ngột, hoàn toàn hay một phần. Bệnh nhân thường phát hiện khi nghe điện thoại. Đôi khi ù tai là dấu hiệu đầu tiên hoặc đi kèm với giảm thính lực. Thính thoảng bệnh nhân có cơn chóng mặt, đi đứng

¹Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tân

Email: minh.tan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

loạn choạng, mất thăng bằng

Sự phát triển của chụp cộng hưởng từ giúp tăng khả năng phát hiện u dây thần kinh số VIII. Cộng hưởng từ có thể sử dụng để đánh giá vị trí, kích thước u một cách chính xác, không xâm lấn, và có thể lặp lại.

Dây thần kinh số VIII nằm trong vùng góc cầu tiểu não, đó là khoang trật hẹp nằm ở hố sau, liên quan trực tiếp đến thân não, não thất IV và tiểu não. Nếu không được phẫu thuật kịp thời hoặc phẫu thuật muộn thì tỉ lệ tử vong và tàn phế rất cao^{2,3}

Về điều trị hiện nay có 3 phương pháp được lựa chọn cho u dây thần kinh số VIII là theo dõi u định kỳ, xạ phẫu và phẫu thuật lấy u. Việc lựa chọn phương thức điều trị dựa vào tình trạng bệnh nhân như: Tuổi, bệnh lý nội khoa, tình trạng nghe, đặc điểm khối u

U dây thần kinh số VIII vẫn là một khối u trong sọ khó để cắt bỏ mà không để lại di chứng thần kinh sau phẫu thuật đặc biệt là liệt dây thần kinh số VII sau mổ. Thời kỳ chưa có kính vi phẫu, mổ u dây VIII là một phẫu thuật nặng nề, nguy hiểm với tỷ lệ chết cao. Từ những năm 60 thế kỉ trước thế giới đã dùng vi phẫu thuật (phẫu thuật dùng kính vi phẫu) trong mổ u dây VIII đã đem lại nhiều kết quả khả quan^{2,3}

Khi phẫu thuật u dây VIII, bảo tồn chức năng dây VII là một mục tiêu quan trọng cần phải đạt được. Với những khối u lớn, nguy cơ tổn thương dây VII lớn hơn so với những khối u nhỏ^{4,5}. Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhằm xác định những yếu tố ảnh hưởng đến việc bảo tồn chức năng dây VII sau mổ về ngắn hạn⁶ và dài hạn⁷. Kích thước khối u^{8,9}, sự quan sát được dây VII, việc dây VII dính vào khối u¹⁰ và sử dụng điện sinh lý thần kinh trong mổ⁷ đã được xác định là những yếu tố quan trọng để bảo tồn chức năng dây VII sau mổ.

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Đánh giá sớm bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt trong phẫu thuật u dây VIII có sử dụng hệ thống cảnh báo thần kinh ở bệnh viện đại học Y Hà Nội*" với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt sau phẫu thuật u dây VIII có sử dụng hệ thống cảnh báo thần kinh*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại bệnh viện đại học Y Hà Nội có sử dụng hệ thống NIM

Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân được chẩn đoán u dây thần

kinh số VIII

- Được chụp MRI trước mổ
- Được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội

– Có sử dụng hệ thống NIM

– Được chụp MRI kiểm tra sau mổ, theo dõi đánh giá sau mổ

– Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân không sử dụng hệ thống NIM trong phẫu thuật

– Bệnh nhân đã có liệt VII từ trước mổ

– Bệnh nhân già yếu ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Tại bệnh viện đại học Y Hà Nội

– Từ 08/2020 đến 9/2022

Phương pháp nghiên cứu

– Can thiệp lâm sàng không đối chứng

– Mọi thông số trong quá trình khám bệnh, khai thác triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, quá trình điều trị phẫu thuật đều được nghiên cứu trực tiếp thực hiện và điền vào mẫu bệnh án. Tham gia phẫu thuật, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật.

Nội dung nghiên cứu/Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:

– Triệu chứng lâm sàng

– Chóng mặt

– Rối loạn dáng đi

– Û tai

– Đau đầu

– Điếc

– Đau dây V

Hệ thống phân loại mở rộng khối u được phát triển tại Hannover đã được áp dụng:

Độ T1: trong lỗ ống tai trong

Độ T2: khối u trong và ngoài lỗ ống tai trong

Độ T3a: tổn thương lấp đầy bể góc cầu tiểu não

Độ T3b: khối u đạt đến thân não

Độ T4a: tổn thương chèn vào thân não

Độ T4b: khối u làm đè đẩy nghiêm trọng thân não và chèn ép não thất thứ tư.

• Đánh giá mức độ lấy u

– Lấy hết u

– Lấy gần toàn bộ khối u ($\geq 90\%$)

– Lấy được một phần u ($< 90\%$)

• Ghi lại biến chứng sau mổ

– Chảy máu

– Nhiễm trùng

– Rò dịch não tủy

– Giãn não thất

• Chức năng thần kinh được đánh giá bằng

cách sử dụng House – Brackmann
hệ thống chấm điểm.

Phân độ liệt mặt theo House-Brackmann:

– I: bình thường: cử động mặt bình thường không có đồng vận.

– II: biến dạng nhẹ: chức năng vùng trán tốt, có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mất cân xứng ở mặt nhẹ khi quan sát gần người bệnh

– III: yếu mặt vừa, hoạt động của trán yếu, mắt nhắm được khi cố gắng, bất đối xứng. Có hiện tượng Bell.

– IV: yếu mặt từ vừa đến nặng: tăng đồng vận, không có hoạt động của trán, mắt nhắm không kín.

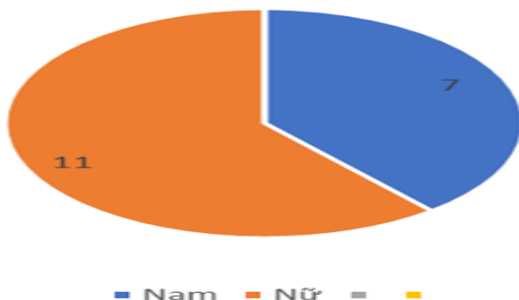
– V: liệt mặt nặng, thấy mặt bất đối xứng khi nghỉ, chỉ còn vài trương lực, mắt không nhắm được.

– VI: liệt mặt toàn bộ, không còn trương lực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 34.5 +/- 10.6

3.2. Đặc điểm về giới:



3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng bệnh nhân (tỉ lệ)
Chóng mặt	16/18
Dáng đi không ổn định	13/18
U tai	4/18
Đau đầu	5/18
Điếc	3/18
Đau dây V	1/18

3.4. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Phân độ mức độ lan rộng của khối u	Tỷ lệ
T3a	3/18
T3b	2/18
T4a	4/18
T4b	9/18

3.5. Mức độ lấy u

Phân độ	Mức độ lấy u	Gần hết	Lấy một phần
T3		3/5	2/5
T4		7/13	6/13

3.6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Tỷ lệ
Chảy máu	3/18
Nhiễm trùng	0/18
Rò dịch não tủy	0/18
Giãn não thất	0/18
Tổn thương thần kinh	0/18

3.7. Mức độ liệt mặt sau mổ 1 tháng

Mức độ lan rộng của khối u	Phân độ House-Brackmann (%)					
	I	II	III	IV	V	VI
T3a	1	1	1			
T3b	1	1				
T4a	1	1	2			
T4b	2	2	4			

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 34,5±10,6. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất trong nhóm nghiên cứu là 24 tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 68 tuổi. Trong nhóm nghiên cứu thì nữ giới chiếm đa số với 61,1%, nam giới chiếm 38,9%.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là chóng mặt (16/18), rối loạn dáng đi (13/18). Giải thích cho điều này vì phần lớn bệnh nhân đến viện khi khối u đã lớn, chèn ép tiểu não gây chóng mặt và rối loạn dáng đi. Ù tai chiếm 4/18, đau đầu chiếm 5/18, điếc chiếm 3/18, có 1 bệnh nhân đến viện vì đau nửa mặt do khối u chèn ép dây thần kinh số V

4.3. Đặc điểm hình ảnh. Theo hệ thống phân loại mở rộng khối u được phát triển tại Hannover thì trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp T3a, 2 trường hợp T3b, 4 trường hợp T4a, 9 trường hợp T4b. Có thể thấy hầu hết bệnh nhân đến viện khi u đã rất lớn, chèn ép thân não và não thất IV, gây khó khăn cho việc lấy u

4.4. Mức độ lấy u. Việc lấy toàn bộ là rất khó khăn khi hầu như bệnh nhân đến viện với khối u đã to. Việc lấy toàn bộ khối u có nguy cơ rất cao để lại di chứng thần kinh. Vì vậy chúng tôi phân loại việc lấy u thành 2 loại là lấy gần hết khối u (≥90%) và lấy được một phần khối u (<90%). Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì u độ T3 lấy gần hết khối u được 3/5 trường hợp, 2/5 trường hợp lấy được 1 phần khối u. Trong nhóm T4 thì 7/13 trường hợp lấy gần hết khối u, 6/13 trường hợp lấy được một phần khối u

4.5. Biến chứng sau mổ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 3/18 trường hợp chảy máu sau mổ. Tất cả đều được mổ lại và không có bệnh nhân nào tử vong

4.6. Mức độ liệt mặt. Chúng tôi đánh giá mức độ liệt mặt sau 1 tháng khi bệnh nhân khám

lại, phân loại theo House-Brackmann. Đối với u độ T3 có 2/5 trường hợp không có liệt mặt, 2/5 trường hợp liệt mặt độ II, 1/5 trường hợp liệt mặt độ III. Đối với u độ T4 có 3/13 trường hợp không có liệt mặt, 3/13 trường hợp liệt mặt độ II, 6/13 trường hợp liệt mặt độ III. Theo nghiên cứu của Maurizio Falcioni và cộng sự (2011) trong các yếu tố liên quan đến mức độ liệt mặt sau mổ thì kích thước khối u đóng vai trò quan trọng nhất⁵. Tác giả nhấn mạnh khối u lớn hơn 2cm thì nguy cơ liệt mặt cao. Trong nghiên cứu của Madjid Samii và cộng sự (2006) những bệnh nhân phẫu thuật khi khối u ở mức độ T1, T2, T3 bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt là 100%¹¹

V. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân nhập viện để mổ khi khối u đã to. Tất cả bệnh nhân đều ở mức T3, T4. Mức độ liệt mặt có liên quan mật thiết đến kích thước khối u. Đối với u độ T3 có 2/5 trường hợp không có liệt mặt, 2/5 trường hợp liệt mặt độ II, 1/5 trường hợp liệt mặt độ III. Đối với u độ T4 có 3/13 trường hợp không có liệt mặt, 3/13 trường hợp liệt mặt độ II, 6/13 trường hợp liệt mặt độ III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông PT.** U dây thần kinh VIII. In: Phẫu Thuật Thần Kinh. Nhà xuất bản Y học; 2013:93-99.
2. **Gormley WB, Sekhar LN, Wright DC, Kameron D, Schessel D.** Acoustic neuromas: results of current surgical management. *Neurosurgery*. 1997;41(1):50-60. doi:https://doi.org/10.1097/00006123-199707000-00012
3. **Wu W, Thuomas KA.** MR imaging of 495 consecutive cases with sensorineural hearing loss. *Acta Radiol*. 1995;36(6):603-609.
4. **Bloch O, Sughrue ME, Kaur R, et al.** Factors associated with preservation of facial nerve function after surgical resection of vestibular schwannoma. *J Neurooncol*. 2011;102(2):281-286. doi:10.1007/s11060-010-0315-5
5. **Falcioni M, Fois P, Taibah A, Sanna M.** Facial nerve function after vestibular schwannoma surgery: Clinical article. *J Neurosurg*. 2011;115(4):820-826. doi:10.3171/2011.5.JNS101597
6. **Bernat I, Grayeli AB, Esquia G, Zhang Z, Kalamarides M, Sterkers O.** Intraoperative electromyography and surgical observations as predictive factors of facial nerve outcome in vestibular schwannoma surgery. *Otol Neurotol*. 2010;31(2):306-312. doi:https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e3181be6228
7. **Esquia-Medina GN, Grayeli AB, Ferrary E, et al.** Do facial nerve displacement pattern and tumor adhesion influence the facial nerve outcome in vestibular schwannoma surgery? *Otol Neurotol*. 2009;30(3):392-397. doi:https://doi.org/10.1097/MAO.0b013e3181967874
8. **Arriaga MA, Luxford WM, Atkins JS, Kwartler JA.** Predicting Long-Term Facial Nerve Outcome after Acoustic Neuroma Surgery. *Otolaryngol Neck Surg*. 1993;108(3):220-224. doi:10.1177/019459989310800303
9. **Lownie SP, Drake CG.** Radical intracapsular removal of acoustic neurinomas. Long-term follow-up review of 11 patients. *J Neurosurg*. 1991;74(3):422-425. doi:https://doi.org/10.3171/jns.1991.74.3.0422
10. **Hwang SK, Kim DG, Paek SH, et al.** Aggressive vestibular schwannomas with postoperative rapid growth: clinicopathological analysis of 15 cases. *Neurosurgery*. 2002;51(6):1381-1391.

SANG CHẨN TÂM LÝ VÀ SỰ KỶ THỊ BỆNH Ở NHỮNG NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH SAU PHƠI NHIỄM HIV VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phan Thị Thu Hường¹, Nguyễn Thị Thu Cúc¹, Võ Ngọc Thanh²,
Lương Văn Hoan¹, Võ Xuân Huy²

TÓM TẮT

Mở đầu: Sau phơi nhiễm HIV, người bệnh thường gặp phải các triệu chứng tâm lý cấp bao gồm căng thẳng, lo lắng và trầm cảm. Mặt khác, sự kỳ thị bệnh HIV góp phần đáng kể làm xấu đi tình trạng tâm thần của họ. Điều này làm người bệnh không chấp nhận

xét nghiệm HIV, không tuân thủ điều trị từ đó gây khó khăn trong việc kiểm soát bệnh. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về sức khoẻ tâm thần và sự kỳ thị ở người trưởng thành sau phơi nhiễm HIV. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỷ lệ sang chấn tâm lý và mức độ kỳ thị bệnh ở người trưởng thành sau phơi nhiễm HIV; 2) So sánh sự khác biệt về sang chấn tâm lý, kỳ thị bệnh HIV giữa các nhóm có đặc điểm khác nhau; 3) Xác định mối liên quan giữa sang chấn tâm lý với kỳ thị bệnh HIV và đặc điểm cá nhân. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** 145 người đủ 18 tuổi trở lên, sau phơi nhiễm HIV đến khám tại một bệnh viện truyền nhiễm, nhận điều trị PEP. Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu là nam, 79,3% (n = 115), hoàn cảnh phơi nhiễm chủ yếu ngoài cộng đồng 82,8% (n

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thu Hường

Email: thuhuongphan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023