

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Đức Liên²,
Ngô Quang Hùng³, Nguyễn Thành Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại bệnh viện K trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** phần lớn bệnh nhân được mổ qua đường vỏ não (97,1%), Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 286,9 ± 90,5 phút, phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 2-4 giờ. Đa số các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 94,1%. Các biến chứng hay gặp trong và sau mổ là chảy máu (8,8%), phù não sau mổ (11,8%), yếu, liệt nửa người (20,6%), động kinh xảy (5,9%). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 13,9 ± 6,5 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật u nguyên bào thần kinh đệm thường qua đường vỏ não, thời gian phẫu thuật kéo dài từ 2-4 giờ, biến chứng phổ biến sau mổ là liệt nửa người, động kinh, chảy máu. Phần lớn các bệnh nhân sẽ xuất viện sau mổ từ 1-2 tuần.

Từ khóa: u nguyên bào thần kinh đệm, kết quả phẫu thuật, bệnh viện K.

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF GLIOBLASTOMA AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To describe glioblastoma patients' characteristics and surgical results at the K hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional tissue study on 34 glioblastoma patients who underwent surgery at K Central Hospital, Tan Trieu campus, from January 2019 to December 2020. **Results:** the majority of patients underwent cortical surgery (97.1%), the average surgical time of the study group was 286.9 ± 90.5 minutes, and most of the patients had a surgery time of 2-4 hours. Most patients had surgery to remove the maximum possible tumor (remove all and most of the tumor), accounting for 94.1%. Common complications during and after surgery were bleeding (8.8%), cerebral edema (11.8%), weakness, hemiplegia (20.6%), and seizures (5.9%). The average hospital stay of the study group was 13.9 ± 6.5 days. **Conclusion:** Glioblastoma surgery usually

goes through the cortex, lasts 2-4 hours and common complications after surgery are hemiplegia, epilepsy, and bleeding. Most patients will be discharged from the hospital 1-2 weeks after surgery. **Keywords:** glioblastoma, surgical results, K hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm là một trong các loại u não có độ ác tính cao nhất, u nguyên bào thần kinh đệm chiếm khoảng 12-15% các u nội sọ và 60-75% các loại u sao bào [1]. Việc điều trị bệnh là sự phối hợp nhiều phương pháp (đa mô thức) gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, miễn dịch. Hiện nay phẫu thuật, xạ trị và hóa trị vẫn là những phương pháp cơ bản [2]. Trong đó phẫu thuật lấy u là phương pháp quan trọng nhất, với mục đích giải phóng chèn ép, loại bỏ tối đa khối u, cải thiện triệu chứng, khẳng định chẩn đoán giải phẫu bệnh, làm hóa mô miễn dịch xác định các dấu ấn sinh học [3]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả đặc điểm và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện K Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, làm các xét nghiệm cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán là u nguyên bào thần kinh đệm dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim cộng hưởng từ có bơm thuốc đối quang từ, mô bệnh học
- Được vi phẫu thuật lấy u
- Không mắc các bệnh lý cấp tính, mạn tính đe dọa tính mạng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- U nguyên bào thần kinh đệm nhưng không được hoặc không có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu:

Tiến hành khảo sát các đặc điểm và kết quả

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

²Bệnh viện K – Tân Triều

³Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Bắc

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

của phẫu thuật của bệnh nhân mắc u nguyên bào thần kinh đệm thỏa mãn các tiêu chí chọn vào nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm về đường mổ: đường mổ qua vỏ não các thùy, đường mổ qua thể chai

- Đặc điểm về thời gian phẫu thuật: < 120 phút, 120 - <240 phút, 240 - < 360 phút, 360 - 480 phút và > 480 phút, xác định thời gian phẫu thuật trung bình.

- Đặc điểm về kết quả lấy u: mổ lấy toàn bộ u, mổ lấy gần hết u, chỉ sinh thiết

- Đặc điểm về biến chứng trong và sau mổ: chảy máu (chảy máu não thất, máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ ổ mổ), phù não, giãn não thất, rò dịch não-tủy, viêm màng não, động kinh, nhiễm khuẩn vết mổ.

- Thời gian nằm viện: dưới 1 tuần, 1-2 tuần, trên 2 tuần, xác định thời gian nằm viện trung bình.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 34 bệnh nhân trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2020 tại bệnh viện K (cơ sở Tân Triều) chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm về đường mổ lấy u

Đường mổ lấy u	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Qua khe liên bán cầu thể chai phía trước	1	2,9
Qua vỏ não thùy trán	15	44,1
Qua vỏ não thùy thái dương phân thùy T2	2	5,9
Qua vỏ não thùy thái dương phân thùy T3	2	5,9
Qua vỏ não thùy thái dương-chẩm	8	23,5
Qua vỏ não thùy đỉnh	4	11,8
Qua vỏ não thùy chẩm	2	5,9
Tổng	34	100,0

Nhận xét: Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân được mổ qua đường vỏ não (97,1%), trong đó qua vỏ não thùy trán là chủ yếu với 44,1%, vỏ não thùy thái dương 12 bệnh nhân (35,3%), vỏ não thùy đỉnh chiếm 11,8%, vỏ não thùy chẩm 02 bệnh nhân (5,9%). Chỉ có 1 bệnh nhân phẫu thuật lấy u qua khe liên bán cầu thể chai phía trước.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
-----------------------------	---------------------	-----------

< 120	0	0,0
120 - < 240	17	50,0
240 - < 360	12	35,3
360 - 480	3	8,8
> 480	2	5,9
Tổng	34	100,0
X±SD (phút)	286,9 ± 90,5	
Max - Min (phút)	495 - 190	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 286,9 ± 90,5 phút. Thời gian mổ dài nhất là 495 phút và ngắn nhất là 190 phút.

Đặc điểm thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy chủ yếu các bệnh nhân được phẫu thuật có thời gian từ 120 phút đến 240 phút (50,0%).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật lấy u

Kết quả lấy u	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy hoàn toàn u	12	35,3
Mổ lấy gần hoàn toàn u	20	58,8
Mổ lấy 1 phần u	2	5,9
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Kết quả lấy u trong quá trình phẫu thuật cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 94,1%. Chỉ có 2 bệnh nhân mổ lấy 1 phần khối u (5,9%).

Bảng 4. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	0	0,0
Chảy máu (ổ mổ, não thất, trong não)	3	8,8
Phù não	4	11,8
Liệt nửa người, một chi	7	20,6
Viêm màng não	0	0,0
Giãn não thất	0	0,0
Động kinh	2	5,9
Rối loạn ngôn ngữ	1	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,9

Nhận xét: Biến chứng chảy máu (chảy máu ổ mổ, chảy máu não thất, hoặc trong não) gặp ở 3 bệnh nhân (8,8%), có 04 bệnh nhân phù não sau mổ (11,8%), có 7 bệnh nhân (20,6%) yếu, liệt nửa người xảy ra sau mổ. Động kinh xảy ra ở 02 bệnh nhân (5,9%). Các biến chứng khác ít gặp hơn: rối loạn ngôn ngữ và nhiễm khuẩn vết mổ đều có 01 bệnh nhân (2,9%). Không có bệnh nhân nào tử vong trong phẫu thuật.

Bảng 5. Thời gian nằm viện điều trị sau mổ

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
------------------	---------------------	-----------

< 7 ngày	2	5,9
7 – 14 ngày	18	52,9
> 14 ngày	14	41,2
Tổng	34	100,0
X±SD (ngày)	13,9 ± 6,5	
Max – Min (ngày)	20 - 6	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 13,9 ± 6,5 ngày, dài nhất là 20 ngày và ngắn nhất là 6 ngày. Chủ yếu các bệnh nhân được nằm viện có thời gian từ 1 đến 2 tuần sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm đường mổ cho thấy phần lớn bệnh nhân được mổ qua đường vỏ não (97,1%), trong đó qua vỏ não thùy trán là chủ yếu với 44,1%, vỏ não thùy thái dương 12 bệnh nhân (35,3%), vỏ não thùy đỉnh chiếm 11,8%, vỏ não thùy chẩm 02 bệnh nhân (5,9%). Chỉ có 1 bệnh nhân phẫu thuật lấy u qua khe liên bán cầu thể chai phía trước. Cho dù chọn đường mổ nào thì cũng phải đạt được mục tiêu bộc lộ tối đa giải phẫu khối u và mạch máu liên quan, nhưng không chèn ép não quá mức và hạn chế làm tổn thương tổ chức não lành xung quanh. Mặc dù trong y văn đường mổ qua thể chai có làm giảm đáng kể tỉ lệ khiếm khuyết thần kinh, động kinh sau phẫu thuật: 0-10% [4] so với đường mổ lấy u qua vỏ não 20-79% [5], nhưng hiện nay khi mổ lấy u qua đường nhu mô não, phẫu thuật viên đã có thể lựa chọn vùng ít chức năng và mở nhu mô não 1,5-2 cm dưới kính vi phẫu nên sẽ ít làm tổn thương nhu mô não. Hai yếu tố này sẽ làm giảm tỉ lệ khiếm khuyết thần kinh, động kinh sau phẫu thuật. Đường qua thể chai tuy ít làm tổn thương vỏ não, nhưng khó tiếp cận với các khối u ở sừng thái dương, sừng chẩm não thất bên. Nghiên cứu của chúng tôi có trên 97% là đường mổ qua vỏ não vì đây là bệnh lý ác tính với tình trạng lâm sàng bệnh nhân biểu hiện hội chứng tăng áp lực trong sọ rõ, tiên lượng trong mổ phù não nhiều, rất khó vén tổ chức não để vào lấy u được nếu mổ qua đường thể chai, bên cạnh đó mổ qua đường mổ này, có thể mở rộng phẫu trường, đỡ khó khăn khi lấy u và khi xử trí biến chứng (phù não, chảy máu) trong mổ hơn so với đường qua thể chai. Nếu sử dụng đường vào nhỏ, cần làm giảm thể tích khối u một cách từ từ. Với khối u tăng sinh mạch nhiều, cần lựa chọn đường vào tiếp cận được trực tiếp các cuống mạch. Trong trường hợp khối u khó lấy, có thể sử dụng xạ phẫu sau mổ.

Cho tới nay, tuy đã có nhiều sự tiến bộ của các phương thức điều trị hóa, xạ trị nhưng

phương pháp điều trị ban đầu cho u tế bào thần kinh đệm bậc cao vẫn là phẫu thuật cắt u nhằm mục tiêu giảm kích thước khối u, giải phóng chèn ép, giảm tăng áp nội sọ, chẩn đoán mô bệnh học và phải đảm bảo không làm giảm chức năng thần kinh. Kết quả lấy u trong quá trình phẫu thuật cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 94,1%. Chỉ có 2 bệnh nhân mổ lấy 1 phần khối u (5,9%). Tỷ lệ phẫu thuật lấy hết u của chúng tôi cao hơn so với trong nghiên cứu của Hoàng Minh Đổ (75,2%) [6]. Trong nghiên cứu này, khi phẫu thuật, chúng tôi đều cố gắng mổ lấy tối đa tổ chức khối u, tuy nhiên hai bệnh nhân được phẫu thuật lấy một phần u là hai trường hợp u xâm lấn vào những vùng chức năng quan trọng, u có ranh giới không rõ ràng, khối u dính vào các mạch máu lớn, do đó nếu cố gắng phẫu thuật lấy hết khối u sẽ gây thiếu hụt chức năng thần kinh sau mổ, nặng nhất có thể gây tử vong cho bệnh nhân, chính vì vậy chúng tôi chỉ mổ lấy một phần khối u này cho bệnh nhân để giải phóng chèn ép cũng như giúp lấy mẫu bệnh phẩm để làm mô bệnh học xác định chẩn đoán.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới chúng tôi nhận thấy kết quả lấy u cũng cao hơn so với các nghiên cứu này. Theo nghiên cứu của Stupp R. và cộng sự (2005), tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật viên ghi nhận lấy một phần u (lấy <50% thể tích u) là 44%, lấy phần lớn u (lấy >50% thể tích u) là 39% [7]. Trong nghiên cứu khác của tác giả Senft C. và cộng sự (2011) thì tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật lấy phần lớn u là 68% [8]. Có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên là khác biệt về phương pháp và quy trình phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân đều được tiến hành vi phẫu thuật có định vị navigation, nhờ đó khả năng lấy u cao hơn so với các nghiên cứu trên. Bên cạnh đó, một lý do khác cũng dẫn tới sự khác biệt nói trên có thể do việc đánh giá kết quả lấy u còn tùy thuộc vào đánh giá chủ quan của phẫu thuật viên trong quá trình mổ.

Về đặc điểm biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, sau mổ biến chứng chảy máu (chảy máu ổ mổ, chảy máu não thất, hoặc trong não) gặp ở 3 bệnh nhân (8,8%), có 04 bệnh nhân phù não sau mổ (11,8%), có 7 bệnh nhân (20,6%) yếu, liệt nửa người xảy ra sau mổ. Động kinh xảy ra ở 02 bệnh nhân (5,9%). Các biến chứng khác ít gặp hơn: rối loạn ngôn ngữ và nhiễm khuẩn vết mổ

đều có 01 bệnh nhân (2,9%). Không có bệnh nhân nào tử vong trong phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Chiến có 3,3% nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu tại vùng sau lấy u 2,7% phải mổ lại cầm máu, không có bệnh nhân nào bị viêm màng não và áp xe não [9]. Các biến chứng sau mổ đều được xử trí và đạt hiệu quả sau khi điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 trường hợp u nguyên bào thần kinh đệm được điều trị phẫu thuật, tại bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2019 tới tháng 12/2020 chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân được mổ qua đường vỏ não (97,1%), Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $286,9 \pm 90,5$ phút, phần lớn bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 2-4 giờ. Đa số các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 94,1%. Các biến chứng hay gặp trong và sau mổ là chảy máu (8,8%), phù não sau mổ (11,8%), yếu, liệt nửa người (20,6%), động kinh xảy (5,9%). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $13,9 \pm 6,5$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang C, Jun S, Xiuzhi J, et al.** (2014). Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. *OncoTargets and Therapy*, 7: 235–244.
2. **S. Xu, Tang,, Li L., X.,, F. Fan, et al.** (2020). Immunotherapy for glioma: current management and future application. *Cancer Letters*, 476: 1-12.
3. **Pang BC, Wan WH, Lee CK, et al.** (2007). The role of surgery in high-grade glioma--is surgical resection justified? A review of the current knowledge. *Ann Acad Med Singap*, 36(5): 358-63.
4. **Nakamura M, Roser F, Bundschuh O, et al.** (2003). Intraventricular meningiomas: a review of 16 cases with reference to the literature. *Surgical Neurology*, 6: 491-504.
5. **Rizk A** (2018), Vestibular schwannoma: microsurgery or radiosurgery. *Brain Tumors-An Update*, ed. Moscote-Salazar LR Agrawal ALondon, United Kingdom, IntechOpen Limited: 85-104.
6. **Hoàng Minh Đô** (2009), Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ điều trị u não thể glioma ở bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
7. **R. Stupp, W. P. Mason, M. J. van den Bent, et al.** (2005). Radiotherapy plus Concomitant and Adjuvant Temozolomide for Glioblastoma. *The New England Journal of Medicine*, 352(10): 987-996.
8. **C. Senft, A. Bink, K. Franz, et al.** (2011). Intraoperative MRI guidance and extent of resection in glioma surgery: a randomised, controlled trial. *The lancet oncology*, 12(11): 997-1003.
9. **Trần Chiến** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG BẰNG VÍT RỔNG CHÂN CUNG CÓ BƠM XI MĂNG

Võ Thành Toàn¹, Nguyễn Văn Dũng¹, Lê Bá Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị MVCSTL có chèn ép thần kinh về mặt lâm sàng, hình ảnh học và biến chứng của vít rỗng chân cung có bơm xi măng trong phẫu thuật cố định MVCSTL. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca tất cả (59 BN) các trường hợp bị MVCSTL có loãng xương (T-score < -2.5SD) đã được phẫu thuật bằng phương pháp hàn liên thân đốt lõi sau với vít rỗng chân cung có bơm xi măng sinh học tại khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** các triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật như

đau lưng theo thang điểm VAS giảm từ 7,10 điểm xuống còn 2,56 điểm (giảm có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$) và đau chân theo rễ thần kinh giảm từ 6,44 điểm xuống còn 1,67 điểm (giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Đi cách hồi thần kinh giảm 74,6% còn 6,8%, (giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Một số biến chứng được ghi nhận: rò xi măng, nhiễm trùng với tỉ lệ thấp. Kết quả theo thang điểm **JOA**: Rất tốt là 49,1%, tốt là 39%, trung bình là: 11,9%, không có trường hợp nào xấu. Tỉ lệ phục hồi theo **JOA** cải thiện nhiều ở BN 1 và 2 tầng và cao hơn đáng kể ở 3 tầng. **Kết luận:** Phương pháp bắt vít rỗng kèm bơm xi măng sinh học qua cuống có hiệu quả trong điều trị BN MVCSTL có loãng xương.

Từ khóa: Mắt vững cột sống thắt lưng (MVCSTL).

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF OSTEOPOROTIC LUMBAR VERTEBRAE INSTABILITY BY INJECTABLE HOLLOW PEDICLE SCREWS WITH PMMA

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: nguyenvandung77999@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 12.9.2023