

Có 64,2% trường hợp thai phụ kết thúc thai nghén khi chưa có chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai là 79,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 20,9%. Nguyên nhân mổ lấy thai là do chỉ số ối ≤ 28 mm chiếm 44,4%, do suy thai 15,4%. Tỷ lệ nước ối xanh bẩn 24,8%. Trẻ suy hô hấp sau sinh chiếm 14,2% số trường hợp và tỷ lệ tử vong chu sinh là 10,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ninh Văn Minh** (2013), "Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành. 874(6), tr. 90-1.
2. **Trần Danh Cường Phạm Minh Giang** (2016), "Nghiên cứu một số nguyên nhân gây thiếu ối ở tuổi thai từ 13 đến 37 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", Tạp chí Phụ sản. 13, tr. 76-9.
3. **Phạm Thị Thu Hồng, Võ Đông Hải và Nguyễn Trung Kiên** (2018), "Tình hình, mức độ thiếu ối và một số yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai

- đủ tháng tại bệnh viện Sản Nhi An Giang", Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 16, tr. 5 - 12.
4. **Bộ Y tế** (2015), "Thiếu ối", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, Hà Nội.
 5. **L. Hou và các cộng sự.** (2020), "Delivery mode and perinatal outcomes after diagnosis of oligohydramnios at term in China", J Matern Fetal Neonatal Med. 33(14), tr. 2408-2414.
 6. **H. Ding và các cộng sự.** (2022), "Correlation of amniotic fluid index and placental aquaporin 1 levels in terms of preeclampsia", Placenta. 117, tr. 169-178.
 7. **L. Figueroa và các cộng sự.** (2020), "Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries", Reprod Health. 17(1), tr. 19.
 8. **M. Molla và các cộng sự.** (2022), "Magnitude and associated factors of adverse perinatal outcomes among women with oligohydramnios at 3rd trimester at University of Gondar comprehensive specialized hospital, North West Ethiopia", Front Glob Womens Health. 3, tr. 958617.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TÔN THƯƠNG VÙNG CỔ, GÁY TRONG BỆNH MADELUNG

Hoàng Ngọc Huỳnh¹, Nguyễn Quang Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung. Đánh giá ảnh hưởng của các đặc điểm này đến chỉ định điều trị, phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 20 bệnh nhân mắc bệnh Madelung có tổn thương vùng cổ, gáy được phẫu thuật cắt u mỡ trong thời gian từ tháng 05/2018 đến hết tháng 05/2023 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Bệnh Madelung chủ yếu xuất hiện ở những bệnh nhân nam giới với độ tuổi trung bình là 59,05. Các bệnh nhân này đều có tiền sử nghiện rượu nhiều năm. Vị trí u xuất hiện đầu tiên chủ yếu ở vùng cổ trước chiếm 70%, khi bệnh nhân đến điều trị, tổn thương đã lan tỏa nhiều vùng trên cơ thể, trong đó 90% các bệnh nhân lan tỏa toàn bộ vùng cổ, gây làm ảnh hưởng nhiều đến vận động vùng đầu cổ của bệnh nhân cũng như ngoại hình. Ngoài ra, các triệu chứng cận lâm sàng và các bệnh lý kèm theo khá đa dạng, trong đó điển hình là tăng men gan chiếm 70%, viêm gan do rượu chiếm 65%, tăng huyết áp 55%. **Kết luận:** Bệnh Madelung là một bệnh hiếm gặp, hiện nay đang xuất hiện ngày càng nhiều. Bệnh có các triệu chứng lâm

sàng, cận lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng nhiều về mặt thẩm mỹ cũng như chức năng của người bệnh. Chỉ định phẫu thuật điều trị là cần thiết khi u mỡ phát triển lan tỏa, gây ra sự biến dạng về ngoại hình hoặc ảnh hưởng tới chức năng vận động vùng cổ gáy, chèn ép đường thở, đường tiêu hóa,...

Từ khóa: Madelung; Đa u mỡ đối xứng; U mỡ đối xứng lành tính.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LESIONS OF THE NECK AND NAPE IN MADELUNG DISEASE

Objective: Describe the clinical and subclinical features of damage to the neck and nape area in Madelung disease. Assessment of the influence of these characteristics on the indications for treatment, and surgery. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 20 patients with neck and nape lesions in Madelung disease who visited between May 2018 and May 2023 at 108 Military Central Hospital. **Results:** Madelung disease mainly occurred in male patients with a mean age of 59.05 years. These patients all had a history of alcoholism for many years. The first location of the tumor appeared mainly in the anterior neck area, accounting for 70%. When patients were examined and treated, the lesion spread to many areas of the body, of which 90% of patients spread the entire neck and nape area, significantly affecting the patient's head and neck movement and appearance. In addition, subclinical symptoms and accompanying pathologies were diverse, in which typically an

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Huỳnh

Email: hoanghuynhydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

increase in liver enzymes accounts for 70%, alcoholic hepatitis accounts for 65%, and hypertension 55%.

Conclusion: Madelung disease is a rare disease, which is now appearing more and more. The disease has diverse clinical and subclinical symptoms, affecting many aesthetics as well as functions of patients. Indications for surgical treatment are necessary when it grows diffusely, causing distortion in appearance or affecting the motor function of the neck, and compression of the airways and gastrointestinal tract,... **Keywords:** Madelung; Multiple symmetric lipomatosis; Benign symmetric lipomatosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Madelung được Brodie mô tả lần đầu tiên vào năm 1846, tiếp theo là Madelung vào năm 1888 và Launois vào năm 1898. Bệnh còn được gọi tên là hội chứng Launois Bensaude hoặc bệnh u mỡ đối xứng lành tính (Multiple symmetric lipomatosis - MSL). Bệnh Madelung là một bệnh lý đặc trưng bởi sự xuất hiện mô mỡ ở lớp dưới da ở những vùng cơ thể khác nhau¹. Các khối mỡ có thể xuất hiện ở khắp các vùng trên cơ thể nhưng thường gặp nhất là vùng đầu cổ, với tính chất lan tỏa, đối xứng hai bên. Bệnh thường lành tính, tuy nhiên khi các khối u mỡ phát triển lớn gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, đặc biệt khi phát triển quá mức gây chèn ép vào các cấu trúc xung quanh gây nên các triệu chứng khó thở, khó nuốt, hạn chế vận động đầu cổ²⁻⁴.

Bệnh Madelung là một bệnh hiếm gặp, thường được mô tả ở người trưởng thành từ 30 đến 60 tuổi với tỷ lệ nam nữ là 15:1 đến 30:1. Hơn nữa, MSL được báo cáo là xảy ra thường xuyên nhất ở nam giới từ các quốc gia vùng Địa Trung Hải, đặc biệt là nam giới ở Ý, những người có tỷ lệ mắc bệnh ước tính là 1:25.000 đã được báo cáo. Ngoài ra, đã có trường hợp được báo cáo Madelung ở trẻ em^{2,5}. Ở Việt Nam, hiện có rất ít báo cáo về bệnh Madelung. Tham khảo các báo cáo của tác giả trong nước chúng tôi thấy chỉ có báo cáo của Nguyễn Thị Phi Nga (2015): "Báo cáo nhân một trường hợp Madelung được chẩn đoán tại khoa khớp-nội tiết, Bệnh viện Quân y 103"⁶, Nguyễn Quang Đức (2020): Bệnh đa u mỡ đối xứng: phẫu thuật cắt bỏ u mỡ vùng cổ ở bệnh nhân Madelung"⁴. Do đó, để góp phần làm rõ các đặc điểm của bệnh Madelung giúp cho việc chẩn đoán và can thiệp điều trị bệnh phù hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân với chẩn đoán

bệnh Madelung có tổn thương vùng cổ, gáy tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, ảnh chụp tổn thương và ảnh theo dõi sau mổ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Madelung có tổn thương vùng cổ, gáy, được phẫu thuật cắt bỏ u mỡ, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, ảnh chụp tổn thương, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: là các bệnh nhân có biến dạng vùng cổ gáy bẩm sinh hoặc mắc phải từ trước, các bệnh lý nhiễm trùng vùng cổ gáy.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2018 đến hết tháng 05/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

Bệnh nhân được thu thập các số liệu về đặc điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp) và các đặc điểm lâm sàng của tổn thương (vị trí, tính chất, triệu chứng) và các đặc điểm cận lâm sàng kèm theo (men gan, mỡ máu, đường máu, huyết học, giải phẫu bệnh lý). Các giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm được tính trên phần mềm Excel.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các qui định về đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích đầy đủ về phương pháp thu thập số liệu, xét nghiệm, các yếu tố nguy cơ rủi ro, mục đích của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin, hình ảnh của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng với mục đích khoa học.

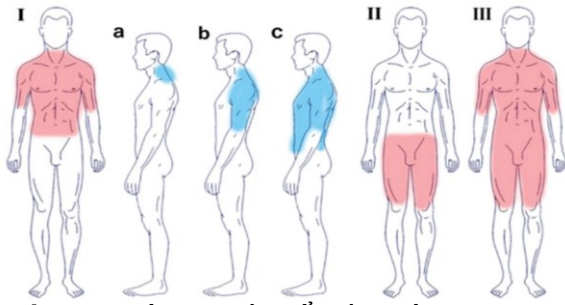
2.3. Phân loại tổn thương: Chúng tôi sử dụng phân loại tổn thương của tác giả Schiltz và tác giả Nguyễn Quang Đức để phân loại kiểu hình cũng như vị trí tổn thương vùng cổ, gáy của các bệnh nhân.

Năm 2018, Schiltz và cộng sự đã đưa ra phân loại cho bệnh Madelung dựa trên các khu vực mà bệnh nhân lưu trữ mô mỡ thừa⁷.

• Kiểu hình I: bao gồm phần thân trên được chia nhỏ thành:

- Ia: vùng cổ
- Ib: vùng cổ + vai gáy + cánh tay
- Ic: cổ + vai gáy + bắp tay + thân mình
- Kiểu hình II bao gồm hông, mông và đùi

• Kiểu hình III: bao gồm các khu vực khác ngoài trừ vùng đầu, cẳng tay và cẳng chân



Hình 1. Phân loại các kiểu hình bệnh Madelung

Năm 2022, tác giả Nguyễn Quang Đức còn phân chia các tổn thương quanh cổ, gáy của bệnh nhân Madelung thành 9 thùy nhỏ theo từng vị trí.⁴

+ Vùng cổ trước, cổ bên gồm 6 thùy:

- Thùy 1: là một thùy hình tam giác ngược nằm dưới cằm và trước khí quản. Đường cằm dưới tạo thành ranh giới trên của thùy này và hai bên tiếp giáp với hai đường trước của cơ ức đòn chũm. Giới hạn trước là cơ bám da cổ và cơ giới hạn sau là cơ của thanh quản và khí quản

- Thùy 2: là một thùy hình thoi nằm phía trên rãnh trên và dưới cơ ức đòn chũm.

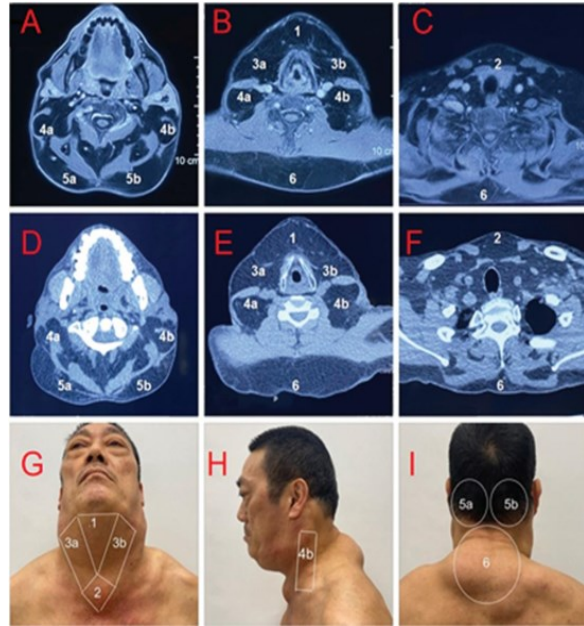
- Các thùy 3a và 3b là các thùy hình bình hành nằm phía trên các cơ ức đòn chũm. Ranh giới trên nằm ở vùng dưới hàm và ranh giới dưới là rãnh trên xương ức. Ranh giới trước là cơ bám da cổ và ranh giới sau là các cơ bên cạnh bó mạch cảnh của khí quản.

- Các thùy 4a và 4b là các thùy hình trụ nằm ở vùng cổ bên. Ranh giới trên là xương chũm và ranh giới dưới là xương đòn. Ranh giới trước và sau được bao phủ bởi cơ ức đòn chũm

+ Vùng cổ sau, gáy

- Các thùy 5a và 5b là các thùy hình elip nằm gần quá trình xương chũm. Các thùy này nằm giữa cơ thang và cơ bám da cổ, ở dưới da đầu và phía trên gáy.

- Thùy 6 nằm giữa gáy và lưng trên. Ranh giới trước là cơ thang, sau là phần da bao phủ cơ thang.



Hình 2. Phân chia tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung thành 9 thùy nhỏ của tác giả Nguyễn Quang Đức

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nam giới, độ tuổi trung bình là: 59,05.

Các bệnh nhân hầu hết có chỉ số khối cơ thể BMI ở loại bình thường với 14 bệnh nhân chiếm 70%, 4 bệnh nhân có phân loại BMI ở mức độ thừa cân và 2 bệnh nhân ở mức độ gầy.

100 % bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiền sử nghiện rượu, thời gian sử dụng rượu đến khi được chẩn đoán bệnh trung bình là 26,55 năm (từ 13 đến 44 năm) và số ml rượu sử dụng trung bình của các bệnh nhân là 472ml/ngày (từ 250-1000ml/ngày).

Theo phân loại của tác giả Daniel Schiltz năm 2018, trong 20 bệnh nhân nghiên cứu có 18 bệnh nhân có kiểu hình loại I chiếm 90%, trong đó loại IA có 1 bệnh nhân chiếm 5%, loại IB có 6 bệnh nhân chiếm 30% và loại IC có 11 bệnh nhân chiếm 55%; kiểu hình loại III có 2 bệnh nhân chiếm 10% và không có bệnh nhân nào có kiểu hình loại II. Hầu hết các bệnh nhân xuất hiện u lần đầu tiên ở vùng cổ trước với 14/20 bệnh nhân (chiếm 70%) trong đó chủ yếu thùy 1 và 2 có 9 bệnh nhân và thùy 3a và 3b là 5 bệnh nhân; 6 bệnh nhân (chiếm 30%) xuất hiện đầu tiên tại vùng cổ sau, gáy bao gồm thùy 4a, 4b, 5a, 5b và 6.

Trong 20 bệnh nhân nghiên cứu có 19 bệnh nhân được đánh giá biên độ vận động đầu cổ

trong đó có 84,2% bệnh nhân có giảm biên độ vận động đầu cổ (Bảng 1).

Bảng 14. Bảng phân bố giảm biên độ vận động

Giảm biên độ vận động	Số bệnh nhân (n=19)	Tỉ lệ % (n=19)
Động tác gập	10	52,6%
Động tác ngửa	16	84,2%
Động tác nghiêng trái	11	57,9%
Động tác nghiêng phải	11	57,9%
1 trong 4 động tác trên	16	84,2%

Ngoài ra, các bệnh nhân còn kèm theo các triệu chứng như khó thở, tăng men gan, giảm tiểu và các bệnh lý như tăng huyết áp, gan nhiễm mỡ, viêm gan do rượu, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid. Trong đó điển hình là tăng men gan với 14/20 bệnh nhân chiếm 70%, viêm gan rượu 13 bệnh nhân chiếm 65% (Bảng 2).

Bảng 15. Bảng phân bố triệu chứng và bệnh lý khác của bệnh nhân Madelung

Triệu chứng và bệnh lý	Số bệnh nhân (n=20)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	6	30%
Khó nuốt	0	0%
Dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch chủ trên	1	5%
Tăng men gan	14	70%
Viêm gan do rượu	13	65%
Tăng huyết áp	11	55%
Gan nhiễm mỡ	8	40%
Đái tháo đường	3	15%
Tăng lipid máu	6	30%

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được lấy u làm giải phẫu bệnh lý với kết quả 100% là u mỡ lành tính, với sự tăng sinh lan tỏa của các tế bào mỡ, và nhiều vách ngăn xơ kèm theo.



Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Văn T. nam 58 tuổi, có kiểu hình I. Hạn chế vận động động tác cúi, ngửa cổ

IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu, toàn bộ là nam giới. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Daniel Schiltz là 97,06% là nam và 2,94% là nữ⁷. Ở Việt Nam đối tượng sử dụng rượu bia chủ yếu là nam giới, mặc dù cơ chế bệnh sinh gây bệnh Madelung chưa khẳng định rượu là nguyên nhân gây bệnh nhưng hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh này đều có liên quan đến tiền sử sử dụng rượu, do đó điều này có thể lý giải nguyên nhân toàn bộ bệnh nhân trong cứu là nam giới. Ngoài ra, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 59,05 (từ 39-77 tuổi) và thời gian từ khi bệnh nhân sử dụng rượu đến khi được khám và chẩn đoán bệnh trung bình là 26,55 năm (từ 13 đến 44 năm), điều này được giải thích rằng bệnh Madelung là một bệnh phát triển từ từ âm thầm, phải tới khi các khối u mỡ phát triển to, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh thì bệnh nhân mới đi khám do

đó thời gian từ khi bệnh nhân sử dụng rượu đến khi được thăm khám và chẩn đoán dài.

Chỉ số khối cơ thể BMI trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 22,67 nằm trong mức độ cân nặng bình thường, chỉ có 2 bệnh nhân ở phân độ thừa cân. Mức độ BMI này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Guiliano Enzi có BMI trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả là 24,2, trong đó số bệnh nhân phân loại thừa cân chủ yếu ở kiểu hình II¹. Điều này có thể góp phần phân biệt giữa các tổn thương vùng cổ gáy ở các bệnh nhân Madelung typ II với các tổn thương tương tự nhưng do bệnh béo phì gây ra.

Về đặc điểm lâm sàng, có 18 bệnh nhân chiếm 90% có kiểu hình loại I, trong đó chủ yếu là loại IC có 11 bệnh nhân; không có kiểu hình loại II. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này được thực hiện tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 do đó các bệnh nhân kiểu hình loại II tổn thương

chủ yếu vùng mông và đùi thường sẽ vào các chuyên khoa chi dưới hoặc vào các chuyên khoa khác do dễ nhầm lẫn với bệnh béo phì bình thường. Tuy nhiên ở Việt Nam, hiện tại chưa có báo cáo nào liên quan đến bệnh Madelung type II tổn thương ở vùng mông, đùi.

Có 70% bệnh nhân phát triển u bắt đầu từ vùng cổ trước và 90% bệnh nhân khi đến khám và điều trị u đã phát triển toàn bộ cổ, gáy, xuống cả vai và thân mình. Bản chất Madelung là u mỡ lành tính, hiếm khi tiến triển thành ác tính, và khi ảnh hưởng tới chức năng và hình thể nhiều, người bệnh mới đến khám. Ngoài ra, người dân nước ta thường không có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ, do đó thường đến viện khi bệnh đã phát triển nhiều năm.

Triệu chứng khó thở gặp ở 6 bệnh nhân chiếm 30% và không có bệnh nhân nào gặp tình trạng khó nuốt. Trong 6 bệnh nhân này, có 1 bệnh nhân có dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch chủ trên kèm theo với triệu chứng là tuần hoàn bàng hệ vùng cổ, ngực. Trong khi đó theo Guiliano Enzi và cộng sự có 38,71% bệnh nhân có chèn ép vào đường thở gây triệu chứng khó thở, trong đó có 9,7% bệnh nhân có kèm theo cả nuốt khó và hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên⁵. Các u mỡ trong bệnh Madelung khi phát triển quá to, đặc biệt ở vùng cổ sẽ gây chèn ép các cấu trúc xung quanh, chèn ép đường thở gây khó thở, chèn ép đường tiêu hóa gây khó nuốt, chèn ép tĩnh mạch chủ gây ứ tĩnh mạch,... Các bệnh nhân khi đã có các triệu chứng khó thở thì khối u thường phát triển tăng nhanh, thậm chí phát triển vào khoang miệng, quanh họng, thanh quản, khí quản, trung thất, có bệnh nhân phải phẫu thuật mở khí quản.

84,2% bệnh nhân có hạn chế vận động đầu cổ, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Đức và cộng sự là 100%⁴. Các tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung khi phát triển thường lan tỏa xung quanh cổ sau đó xuống vai gáy gây ảnh hưởng nhiều tới sự linh hoạt của đầu cổ khi vận động. Các bệnh nhân được đánh giá biên độ vận động đầu cổ trong nghiên cứu của chúng tôi có một số bệnh nhân đã được phẫu thuật loại bỏ u mỡ ở một số thùy vùng cổ, gáy hoặc bệnh nhân đến ở giai đoạn sớm, u nhỏ chưa lan tỏa nhiều thùy hoặc toàn bộ vùng cổ do đó có thể lý giải tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đức và cộng sự. Trong các bệnh nhân được đánh giá là có hạn chế vận động vùng cổ, gáy thì đều có hạn chế ở tư thế ngửa cổ. Như kết quả đã phân tích bên trên, vị trí u mỡ phát

triển đầu tiên thường ở vùng cổ trước, mặt khác, bệnh diễn ra trong nhiều năm kể từ khi bệnh nhân bắt đầu xuất hiện u đến khi được khám và điều trị. Do đó, vùng cổ trước của bệnh nhân đã chịu sự tác động của khối u trong thời gian dài, nên việc hạn chế vận động ở tư thế ngửa cổ là hay gặp. Với đặc điểm trên, khi tiến hành phẫu thuật cắt bỏ u mỡ, phẫu thuật viên nên cân nhắc loại bỏ khối u mỡ vùng cổ trước trước các vùng khác.

Về đặc điểm cận lâm sàng và các bệnh kèm theo, có tới 70% bệnh nhân có tình trạng tăng men gan (tăng men GPT và/ hoặc GOT và/ hoặc GGT), 65% bị viêm gan rượu, 40% bệnh nhân bị gan nhiễm mỡ. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cristina. I. C. Pinto và cộng sự đó là các bệnh nhân có bệnh lý về gan chỉ chiếm 25%, trong đó tăng men gan có 6,67%; viêm gan rượu là 1,67%; gan nhiễm mỡ là 13,33%; của tác giả Guiliano Enzi bệnh nhân có tăng men gan là 38,7%^{2,5}. Điều này có thể giải thích rằng lượng rượu tiêu thụ trung bình/ngày của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 472ml/ ngày (từ 250-1000ml), cao hơn nhiều so với báo cáo của tác giả Guiliano Enzi và cộng sự chỉ 148,4ml ngày (từ 50-400ml).

Ngoài ra, 100% kết quả giải phẫu bệnh lý u mỡ của các bệnh nhân đều là lành tính với sự tăng sinh lan tỏa của các tế bào mỡ, nhiều vách xơ bao quanh, mạch máu hơn tế bào mỡ bình thường. Điều này cũng phù hợp với báo cáo nghiên cứu của nhiều tác giả^{1,2,5,8}.

Các bệnh nhân mắc bệnh lý kèm theo như: tăng huyết áp 55%, tăng mỡ máu 25%, đái tháo đường 45%. Tỷ lệ này tương đồng với tác giả Shao-Chen Wan nghiên cứu trên 16 bệnh nhân với tăng huyết áp là 62,5%, tăng mỡ máu là 25%, đái tháo đường là 50%⁸. Cơ chế bệnh sinh bệnh Madelung hiện tại chưa rõ ràng, tuy nhiên một số yếu tố đã được báo cáo có liên quan như các rối loạn về di truyền, chuyển hóa, nội tiết, sử dụng rượu. Do đó các bệnh lý trên đều có thể gặp trên những bệnh nhân Madelung và những bệnh này đã được nhiều tác giả báo cáo^{2,4,5,7,8}. Như vậy, không chỉ phẫu thuật điều trị loại bỏ u mỡ để giảm các triệu chứng do khối u gây ra mà việc điều trị đa chuyên khoa kiểm soát tốt các bệnh lý kèm theo cần được đặt ra khi tiến hành điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung khá đa dạng, trong khi cơ chế bệnh sinh còn chưa được làm sáng tỏ. Chỉ định phẫu thuật điều trị là cần thiết khi u mỡ phát

triển lan tỏa, gây ra sự biến dạng về ngoại hình hoặc ảnh hưởng tới chức năng vận động vùng cổ gáy, chèn ép đường thở, đường tiêu hóa,... Đồng thời, cần có sự phối hợp điều trị đa chuyên khoa để kiểm soát tốt các bệnh lý đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hudzik B, Szkodziński J, Gąsior M, Zubelewicz-Szkodzińska B.** Multiple symmetric lipomatosis. Polish archives of internal medicine. Jun 30 2017;127(6):450-451. doi:10.20452/pamw.4050
2. **Pinto CIC, Carvalho PJMC, Correia MMO.** Madelung's Disease: Revision of 59 Surgical Cases. Aesthetic Plastic Surgery. 2017/04/01 2017; 41(2):359-368. doi:10.1007/s00266-016-0759-x
3. **Jang JH, Lee A, Han S-A, Ryu J-K, Song J-Y.** Multiple Symmetric Lipomatosis (Madelung's Disease) Presenting as Bilateral Huge Gynecomastia. J Breast Cancer. 12/ 2014; 17(4):397-400.
4. **Duc NQ, Lam VN, Thu Hai LT, Nghia NT, Linh LD.** Multiple Symmetric Lipomatosis: Lipectomy for Madelung Collar. Plastic and aesthetic nursing. Jan-Mar 01 2022;42(1):18-26. doi:10.1097/psn.0000000000000413
5. **Enzi G, Busetto L, Ceschin E, Coin A, Digo M, Pigozzo S.** Multiple symmetric lipomatosis: clinical aspects and outcome in a long-term longitudinal study. International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity. Feb 2002;26(2):253-61. doi:10.1038/sj.ijo.0801867
6. **Nguyễn Thị Phi Nga, Nguyễn Thị Thu.** Báo cáo nhân một trường hợp Madelung được chẩn đoán tại khoa khớp - nội tiết, Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí y - dược học quân sự. 2015;8:180-184.
7. **Schiltz D, Anker A, Ortner C, et al.** Multiple Symmetric Lipomatosis: New Classification System Based on the Largest German Patient Cohort. Plastic and reconstructive surgery Global open. Apr 2018;6(4):e1722. doi:10.1097/gox.0000000000001722
8. **Wan SC, Huang MH, Perng CK, Liao WC.** Madelung Disease: Analysis of Clinicopathological Experience in Taipei Veterans General Hospital. Annals of plastic surgery. Jan 2019;82(1S Suppl 1):S66-s71. doi:10.1097/sap.0000000000001719

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Xuân Phương¹, Dương Công Tuấn¹, Trần Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ và vá chùng màng cứng điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương. **Phương pháp nghiên cứu:** gồm 49 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Mô tả các triệu chứng lâm sàng và đánh giá kết quả sau 6 tháng phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình $47,3 \pm 16,5$. Nam 39, nữ 10 bệnh nhân. Vào viện với lý do hôn mê 49,6%. 18,3% bệnh nhân có triệu chứng gồng-đổ cứng mắt não và giãn đồng tử là 40,8%. Điểm Glasgow trung bình trước mổ $8,5 \pm 2,9$. Kết quả sau phẫu thuật 6 tháng GOS (IV, V) 45,9%. Tử vong 18,4%. Các yếu tố: điểm glasgow, giãn đồng tử và liệt vận động ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giải áp lấy máu tụ điều trị máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân. Phẫu thuật được thực hiện cấp cứu, sớm sẽ phục hồi thần kinh chức năng tốt sau mổ.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng cấp tính, phẫu thuật, mở sọ giảm áp.

SUMMARY

A STUDY ON RESULTS OF DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY TREATING TRAUMATIC ACUTE SUBDURAL HEMATOMAS

Objectives: to evaluate the results of decompressive craniectomy, remove hematoma and patch the dura to treat acute subdural hematoma due to traumatic brain injury. **Methods:** 49 patients were indicated for surgery from January 2021 to June 2022. Describe clinical symptoms and evaluate results after 6 months of surgery. **Results:** Mean age was 47.3 ± 16.5 . There were 39 male and 10 female patients. Hospitalization with the reason of coma was 49.6%. 18.3% of patients had symptoms of decorticate – decerebrate and pupil dilation was 40.8%. The mean preoperative Glasgow Coma Scale (GCS) was 8.5 ± 2.9 . Results at 6 months after surgery GOS IV, V) was 45.9%. Mortality was 18.4%. GCS, pupil dilation and motor paralysis are the factors that affect the surgical outcome. **Conclusion:** Decompressive craniectomy to treat acute subdural hematoma due to traumatic brain injury is high efficiency. Surgery are performed early will restore good postoperative nerve function.

Keywords: Acute subdural hematoma, surgery, decompressive craniectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một cấp cứu ngoại khoa, ngoại thần kinh thường gặp. Theo tổ chức y tế thế giới, năm 2002 có gần 1,2 triệu

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023