

đều có thể gây ra các biến chứng không mong muốn như suy gan, vàng da,...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cũng cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn của người mẹ với kiến thức về thời gian dùng thuốc hạ sốt và tác dụng phụ của thuốc hạ sốt ($p < 0,05$). Ngoài ra, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức hiểu đúng về khái niệm sốt và chỉ định hạ sốt ($p > 0,05$) (Bảng 4). Điều này cho thấy cần tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho những người chăm sóc như bố, mẹ trẻ cho tất cả mọi người có học vấn cao hay thấp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát kiến thức 100 người mẹ có con bị sốt điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2021 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ hiểu đúng về khái niệm về sốt, chỉ định dùng thuốc hạ sốt và thời gian dùng thuốc hạ sốt đều trên 50%. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức của bà mẹ về thời gian dùng thuốc hạ sốt và tác dụng phụ của thuốc hạ sốt ($p < 0,05$). Cần tích cực tuyên truyền giáo dục và cung cấp kiến thức về sốt ở trẻ em cho các bà mẹ và cách xử trí sốt tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dong L, Jin Y, Lili Jiang, et al (2015). Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. BMC Pediatrics; 15(1),163-165.
2. Lipa AthamnehMarwa El-Mughrabi et.al (2014). Parents' Knowledge, Attitudes and Beliefs of Childhood Fever Management in Jordan: a CrossSectional Study. Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk. 5 (1); 8-12.
3. Shalam Mohamed Hussain, Osama Al-Wutayd, Ahmed Hamad Aldosary, et al (2020). Knowledge, Attitude, and Practice in Management of Childhood Fever Among Saudi Parents. Glob Pediatr Health. 7: 1-9.
4. Michael Crocetti, Bruce Sabath, Lisa Cranmer, et al (2009). Knowledge and Management of Fever Among Latino Parents. Clinical Pediatrics. 48(2), 183-189.
5. Đặng Thị Hà, Đoàn Thị Vân (2010). Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ có trẻ bị sốt cao đến khám tại Bệnh viện Phúc Yên. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14 (4), 173-179.
6. Hồ Thị Bích, Doãn Thúy Quỳnh (2013). Tìm hiểu kiến thức và hành vi chăm sóc trẻ sốt của các bà mẹ có con nhập viện tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, Số 3, 69- 73.
7. Michael Crocetti, Bruce Sabath, Lisa Cranmer, et al (2009). Knowledge and management of fever among Latino parents. Clin Pediatr (Phila), 48(2):183-9.

TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U THẦN KINH THÍNH GIÁC ĐƯỜNG XUYÊN MÊ NHĨ

Đặng Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Hoàng Huy¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy u dây thần kinh số VIII đường xuyên mê nhĩ, trong đó đi sâu phân tích kết quả lấy u, chức năng dây VII sau mổ, khả năng kiểm soát u và biến chứng sau mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan luận điểm. **Kết quả nghiên cứu:** Trong tổng số 380 bài báo được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu Pubmed, thư viện Cochrane, thư viện số Đại học Y Hà Nội có 15 bài báo nghiên cứu về kết quả phẫu thuật u thần kinh thính giác đường xuyên mê nhĩ từ năm 2010 đến nay đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Trong tổng số 8983 bệnh nhân, tỷ lệ lấy hết u chiếm trung bình 82.3% (7391/8983); tỷ lệ tái phát u chiếm 2.8% (86/2986) tập trung ở nhóm lấy không hết u. Trong số những BN không điều

trị trước mổ, tỷ lệ bảo tồn dây thần kinh VII trong mổ chiếm 95.94% (5046/5259), và đánh giá mức độ liệt mặt theo phân độ House Brackmann độ I-II sau mổ chiếm 67.67% (5752/8944). Đa số kết quả liệt mặt sau mổ có liên quan đến kích thước u và khả năng lấy hết u. Biến chứng của phẫu thuật gồm rò dịch não tủy chiếm tỷ lệ cao nhất 6.9% (401/5766), các biến chứng khác ít gặp hơn như viêm màng não, xuất huyết nội sọ và tử vong. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật u dây thần kinh số VIII đường xuyên mê nhĩ là phương pháp tiên căn an toàn và hiệu quả. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng rất thấp và kích thước u vẫn là yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả sau phẫu thuật. **Từ khóa:** u thần kinh thính giác, đường xuyên mê nhĩ

SUMMARY

SCOPING REVIEW THE OUTCOME OF TRANSLABYRINTHINE SURGERY FOR VESTIBULAR SCHWANNOMAS

Objective: Describe the outcome of translabyrinthine surgery for vestibular schwannomas (VS), with special focus on the tumor removal,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Trâm Anh

Email: tramut95@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023

postoperative facial nerve function, tumor control and complications **Methods:** A scoping review. **Results:** Out of a total of 380 articles searched on Pubmed database, the Cochrane library, the digital library Ha Noi Medical University has 15 research articles on the outcome of translabyrinthine surgery for vestibular schwannomas with 8983 patients, total removal was achieved in 82.3% (7391/8983) of cases; patients with evidence of regrowth in 2.8% (86/2986), concentrated mainly in incomplete resection tumors group. Among previously untreated patients, anatomical preservation of facial nerve was achieved in 95.94% (5046/5259) cases, and House Brackmann grade I or II was reached in 67.67% (5752/8944) patients. Facial nerve outcome depends significantly on tumor size and tumor removal. Surgical complications included cerebrospinal fluid leakage with significant incidence in 6.9% (401/5766) and others like meningitis, intracranial bleeding, and death. **Conclusion:** The translabyrinthine approach is safe and effective for the removal of VS. The complication rate is very low and tumor size is still the main factor influencing outcome after surgery. **Keywords:** Vestibular Schwannomas, Translabyrinthine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh thính giác là u lành tính của dây thần kinh số VIII, xuất phát chủ yếu từ dây thần kinh tiền đình. Đây là loại u thường gặp nhất (> 80%) của vùng góc cầu tiểu não¹. Điều trị bao gồm: theo dõi định kỳ, tia xạ và phẫu thuật; trong đó phẫu thuật là phương pháp quan trọng. Phẫu thuật theo đường mổ dưới chẩm và qua hố sọ giữa được thực hiện từ hơn một thế kỉ nay đã giải quyết khối u, tuy nhiên vẫn tồn tại một số nhược điểm lớn như dập não, khó lấy phần u ở đáy ống tai trong, dễ xảy ra biến chứng liệt mặt ngoại biên². Đầu thập niên 60 của thế kỉ XX, House - một bác sĩ Tai Mũi Họng - lần đầu tiên thực hiện đường mổ xuyên mê nhĩ để lấy u. Kết quả cho thấy đường mổ này đã làm tăng khả năng lấy hết u và giảm các biến chứng³. Ngày nay, cùng với các kỹ thuật hỗ trợ như kính hiển vi, máy thăm dò thần kinh,... phẫu thuật lấy u thần kinh thính giác đường mổ xuyên mê nhĩ đã trở nên phổ biến trên thế giới, đưa lại kết quả lấy hết u cao và giảm tỷ lệ biến chứng. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá một cách hệ thống kết quả phẫu thuật lấy u dây thần kinh thính giác đường xuyên mê nhĩ, tập trung chủ yếu vào kết quả lấy u, chức năng dây VII sau mổ, kiểm soát u và biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu. Phương pháp nghiên cứu được thực hiện theo hướng dẫn của PRISMA (Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-

analyses). Đây là bộ checklist đã được chuẩn hóa cho các nghiên cứu tổng quan, giúp cho các nhà nghiên cứu có thể tiến hành dạng thiết kế này một cách đầy đủ và có độ tin cậy cao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Tổng quan luận điểm

2.2.2. Cơ sở dữ liệu. Tìm kiếm các bài báo trên hệ thống cơ sở dữ liệu Pubmed, hệ thống thư viện Cochrane, thư viện số Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2010 đến trước tháng 9 năm 2023 thỏa mãn với từ khoá "Vestibular schwannoma" hoặc "Cochlear schwannomas" hoặc "Acoustic neuroma" hoặc "Acoustic tumors" và "Translabyrinthine "

2.2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bài báo NC thử nghiệm lâm sàng hoặc NC quan sát hồi cứu hoặc tiến cứu có đánh giá kết quả phẫu thuật u thần kinh thính giác đường xuyên mê nhĩ.

- Các NC được công bố trên các tạp chí uy tín, có bình duyệt.

- Các NC được xuất bản bằng tiếng Anh, có đầy đủ tóm tắt, tác giả, có bản toàn văn.

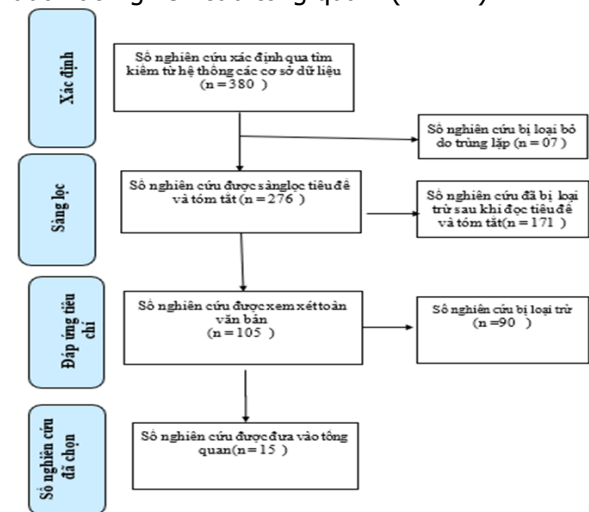
2.2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các nghiên cứu điều trị u thần kinh thính giác bằng các đường mổ khác đường xuyên mê nhĩ.

- Các nghiên cứu điều trị u thần kinh thính giác bằng các phương pháp khác (xạ trị, xạ phẫu) trước phẫu thuật.

2.2.5. Sàng lọc nghiên cứu tìm kiếm

Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu kết quả thu được 380 bài báo nghiên cứu. Sau khi đối chiếu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, 15 bài báo được đưa vào nghiên cứu tổng quan. (Hình 1)



Hình 1: Sơ đồ tìm kiếm dữ liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các nghiên cứu. Về giới tính, nữ có xu hướng phát hiện bệnh nhiều hơn nam, với tỷ lệ từ 48% đến 62%. Độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu từ 42 đến 56 tuổi. Các nghiên cứu đều là nghiên cứu hồi cứu, chủ yếu tại khu vực châu Âu, ngoài ra có 4 bài báo ở châu Á, trong đó nhiều nhất ở Trung Quốc với 2 bài. Tổng số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là 8983 bệnh nhân. Các nghiên cứu được tiến hành từ năm 2010 đến năm 2022, trong đó năm 2012 đưa ra nhiều nghiên cứu nhất.

Kết quả điều trị của 15 NC dựa theo kết quả lấy u gồm lấy hết u, lấy gần hết u, lấy 1 phần u dựa trên đánh giá của PTV sau khi kết thúc mổ^{3,4}; liệt mặt ngoại biên đánh giá dựa theo phân độ House-Brackmann với kết quả tốt (HB I-II) và kết quả không tốt (III-VI); tỷ lệ tái phát u dựa trên hình ảnh chụp MRI sọ não trong quá trình theo dõi hoặc nếu có triệu chứng lâm sàng; tỷ lệ biến chứng sau mổ, chủ yếu rò dịch não tủy, được xác định khi có dịch chảy qua mũi cùng bên u hoặc qua vết mổ sau tai.

3.2. Kết quả của các nghiên cứu

* Kết quả lấy u

Bảng 1: Đặc điểm kết quả lấy u trong các nghiên cứu

STT	Tác giả	Lấy hết u (total resection)	Lấy gần hết u (Near-total)	Lấy một phần u (Sub-total)	Ghi chú
1	Roberto D. Angeli 2011	101/110 (91.8%)	7/110 (6.3%)	2/110 (1.9%)	
2	Jacob Bertram Springborg 2012	1011/1244 (81.3%)	165/1244 (13.2%)	27/1244 (5.5%)	Tỷ lệ lấy hết u cao ở nhóm u kích thước nhỏ
3	Zhihua Zhang 2012	103/115(89.5%)	9/115(7.8%)	3/115(2.7%)	
4	Mehdi Ben Ammar 2012	1722/1865 (92.3%)	143/1865 (7.7%)		
5	C H HAHN 2012	978/1143(85.5%)	140/1143(12.2%)	25/1143(2.3%)	
6	Roberto D. Angeli 2013	325/400 (81.25%)	44/400 (11%)	31/400 (7.75%)	
7	Zheng Jie Zhu 2015	368/382 (96.3%)	11/382 (2.8%)	3/382 (0.9%)	28 BN được phẫu thuật đường xuyên mê nhĩ mở rộng
8	Christine Ölander 2018	359/700 (51.2%)	331/700 (48.8%)		
9	Manjunath Dandinarasaiah 2019	1983/1983 (100%)			
10	Jungmin Ahn 2019	64/91 (70.3%)	27/91 (29.7%)		
11	Đào Trung Dũng 2019	24/50 (48%)	26/50 (52%)		
12	Mohammad Hassan 2020	32/75 (42.6%)	13/75 (17.3%)	30/75 (40.1%)	
13	Daniela Stastna 2021	78/125 (62.4%)	43/125 (34.4%)	4/125 (3.2%)	Tỷ lệ lấy hết u cao ở nhóm u kích thước nhỏ, bệnh nhân trẻ tuổi.
14	Kuan-Wei Chiang 2021	53/104 (51%)	44/104 (42.3%)	7/104 (6.7%)	Tỷ lệ lấy hết u giảm khi khối u lan đến đáy ống tai trong.
15	Nick P. de Boer 2022	190/596 (31.9%)	345/596(57.8%)	61/596(10.3%)	

Chú thích: N: số lượng; NA: not available – không có thông tin

Kết quả lấy u được đánh giá ở cả 15 NC. Trong số 8983 BN có 7391 BN lấy hết u, chiếm từ 31.9% đến 100% ở các NC. Nhóm lấy gần hết u gồm 1348 BN, chiếm từ 2.8% đến 52.8%. Và nhóm lấy gần hoàn toàn u gồm 244 BN, chiếm

từ 0% đến 40.1%. Ngoài ra, có 4NC áp dụng đường xuyên mê nhĩ mở rộng, chỉ định đối với các khối u lớn hoặc khổng lồ, kết quả lấy hết u cao, chiếm từ 91.8% đến 100%. Kết quả lấy hết u có liên quan có ý nghĩa đến nhóm u kích thước nhỏ, được xác định ở 4 NC, $p < 0.05$.

* Kết quả liệt mặt ngoại biên sau mổ

Bảng 2: Đặc điểm liệt mặt ngoại biên sau mổ 1 năm

STT	Tác giả	HB tốt (I-II)	HB không tốt (III-IV)	Ghi chú
1	Roberto D. Angeli 2011	14/110 (12.7%)	74/110 (67.2%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ
2	Jacob Bertram Springborg 2012	810/1244 (65.1%)	342/1244 (27.5%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ
3	Zhijhua Zhang 2012	41/115 (35.6%)	64/115 (55.6%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ và u đặc
4	Mehdi Ben Ammar 2012	1047/1865 (56.1%)	696/1865 (37.3%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ
5	C H HAHN 2012	785/1143 (68.6%)	342/1143 (30%)	Chức năng dây VII không liên quan đến kết quả lấy u
6	Roberto D. Angeli 2013	257/400 (64.25%)	63/400 (15.75%)	
7	Zheng Jie Zhu 2015	261/382 (70.9%)	98/382 (25.6%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm lấy u đường xuyên mê nhĩ mở rộng
8	Christine Ölander 2018	541/700 (77.2%)	148/700 (21.1%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm lấy hết u và kích thước u nhỏ.
9	Manjunath Dandinaraiaiah 2019	1151/1983 (58%)	832/1983 (41.9%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ
10	Jungmin Ahn 2019	78/91 (85.7%)	13/91 (14.3%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ và chưa lan đến đáy ống tai trong
11	Đào Trung Dũng 2019	34/50 (68%)	16/50 (32%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm không lấy hết u
12	Mohammad Hassan 2020	68/75 (90.6%)	6/75 (8%)	Chức năng dây VII không liên quan đến kích thước u
13	Daniela Stastna 2021	76/125 (60.8%)	24/125 (19.2%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u nhỏ, u đặc, không liên quan đến kết quả lấy u
14	Kuan-Wei Chiang 2021	80/104 (76.9%)	24/104 (23%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u chưa lan đến đáy ống tai trong, không liên quan đến kích thước u.
15	Nick P. de Boer 2022	509/596 (85.4%)	87/596 (14.6%)	Chức năng dây VII tốt hơn ở nhóm u kích thước nhỏ, không liên quan đến kết quả lấy u và thành phần u

Chú thích: N: số lượng; NA: not available – không có thông tin

Kết quả liệt mặt ngoại biên sau mổ được đánh giá ở 15 NC. Có 07 NC đánh giá kết quả liệt mặt giai đoạn sớm (ngay sau mổ; sau khi xuất viện) và giai đoạn muộn (1 năm sau mổ). Ở giai đoạn sớm, mức độ liệt mặt ngoại biên đạt kết quả tốt (HB I, II) ở 466/757 BN, chiếm từ 29.5% đến 84%. Sau 1 năm phẫu thuật, kết quả liệt

mặt ngoại biên tốt (HB I, II) ở 5752/8499 BN, chiếm từ 15.9% đến 90.6%. Có 10 NC cho thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ liệt mặt ngoại biên tốt và kích thước u nhỏ với $p < 0.05$. Có 4 NC lại cho rằng mức độ liệt mặt nặng liên quan đến kết quả lấy hết u, và 2 NC cho thấy mối liên quan với mật độ u ($p < 0.05$) trong đó u hỗn hợp cho kết quả kém hơn nhóm u đặc.

*** Tỷ lệ tái phát u sau mổ**

Bảng 3: Tỷ lệ tái phát u sau mổ

STT	Tác giả	Tỷ lệ tái phát u sau mổ	Thời gian theo dõi sau mổ	Ghi chú
1	Roberto D. Angeli 2011	NA		
2	Jacob Bertram Springborg 2012	NA		
3	Zhijhua Zhang 2012	4/115 (3.4%)	30 tháng	
4	Mehdi Ben Ammar 2012	9/1865 (0.5%)		
5	C H HAHN 2012	165/1143 (14.4%)	9 năm	

6	Roberto D. Angeli 2013	14/155(9%)		
7	Zheng Jie Zhu 2015	NA		
8	Christine Ölander 2018	NA		
9	Manjunath Dandinarsaiah 2019	NA		
10	Jungmin Ahn 2019	11/91 (12%)		Tỷ lệ tái phát cao hơn ở nhóm không lấy hết u
11	Đào Trung Dũng 2019	4/50 (8%)	24 tháng	4BN ở nhóm không lấy hết u tái phát
12	Mohammad Hassan 2020	NA		
13	Daniela Stastna 2021	5/125 (4%)	24.6 tháng	
14	Kuan-Wei Chiang 2021	10/104 (9.7%)	34.5 tháng	Tỷ lệ tái phát thấp hơn ở nhóm lấy hết u ở đáy ống tai trong
15	Nick P. de Boer 2022	33/596(5.5%)	39 tháng	

Chú thích: BN: bệnh nhân; NA: not available – không có thông tin

Có 9 NC báo cáo về tỷ lệ tái phát hay tồn dư u sau phẫu thuật với 255/ 42442 BN được theo dõi, chiếm từ 0.5% đến 12%, thời gian theo dõi trung bình từ 24 tháng đến 9 năm. Có 2 NC cho

rằng tỷ lệ tái phát u tăng có mối liên quan có ý nghĩa với kích thước u lớn, có 4 NC cho thấy tái phát u tăng ở nhóm lấy không hết u. Có 1NC cho thấy tỷ lệ tái phát tăng khi u lan đến đáy ống tai trong với p<0.05.

*** Biện chứng sau mổ**

Bảng 4: Tỷ lệ biến chứng sau mổ

STT	Tác giả	Rò dịch não tủy	Viêm màng não	Tử vong	Xuất huyết nội sọ
1	Roberto D. Angeli 2011	2/110 (1.8%)	0	0	3
2	Jacob Bertram Springborg 2012	168/1244 (13.5%)	NA	12/1244 (0.9%)	
3	Zhihua Zhang 2012	8/115(6.9%)	1/115(0.8%)	1/115(0.8%)	2/115(1.6%)
4	Mehdi Ben Ammar 2012	16/1865 (0.8%)	2/1865 (0.2%)	1/1865 (0.1%)	
5	C H HAHN 2012	NA	NA	NA	
6	Roberto D. Angeli 2013	32/400 (8%)	1/400 (0.2%)	NA	
7	Zheng Jie Zhu 2015	16/382(4.1%) Nhóm mô đường xuyên mê nhĩ mở rộng không có BN rò DNT	5/382 (1.3%)	1/382 (0.2%)	1 (0.2%)
8	Christine Ölander 2018	67/700(9.5%) Tỷ lệ cao ở các khối u lớn	34/700 (4.8%)	3/700 (0.4%)	15(2.1%) Tỷ lệ cao ở nhóm u kích thước lớn và người lớn tuổi
9	Manjunath Dandinarsaiah 2019	NA	NA	NA	
10	Jungmin Ahn 2019	NA	NA	NA	
11	Đào Trung Dũng 2019	0/50	0/50	0/50	
12	Mohammad Hassan 2020	8/75 (10.6%)	NA	NA	
13	Daniela Stastna 2021	9/125 (7.2%)	1/125 (0.8%)	1/125 (0.8%)	0
14	Kuan-Wei Chiang 2021	12/104 (11.5%)			
15	Nick P. de Boer 2022	47/596(7.8%)	25/596(4.1%)	0	

Chú thích: N: số lượng; NA: not available – không có thông tin

Có 12 NC báo cáo về biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, rò dịch não tủy thường gặp

nhất, có 385/5766 BN, chiếm từ 0% đến 13.5%. Rò dịch não tủy qua vết mổ sau tai với 175/249BN, và qua mũi với 74/249 BN. Trong số các bệnh nhân bị rò dịch não tủy, có 66/277 BN được điều trị bảo tồn; 85/277 BN can thiệp bằng chọc dò thắt lưng, đáng kể có 126/277 BN cần phẫu thuật lại. Ngoài ra, trong 7 NC, có 69 BN bị viêm màng não được điều trị bằng kháng sinh, chiếm 0% đến 4.8%; có 21 BN có xuất huyết não, chiếm tỷ lệ từ 0% đến 2.1%. Tỷ lệ chết (trong vòng 1 tháng sau mổ) được báo cáo ở 9 NC, với 19BN, có 03 NC báo cáo không có BN tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả lấy hết u ở 15 NC ở mức cao, trong đó có 04 NC kết quả lấy hết u ở ngưỡng trung bình, với tỷ lệ từ 31.9% đến 51% do các nghiên cứu này đều thực hiện ở các khối u lớn đến khổng lồ, và ở các khối u lan đến đáy ống tai trong. Các NC đều cho thấy tỷ lệ lấy hết u giảm khi kích thước u tăng, khi u lan đến đáy ống tai trong, lý do các PTV để lại 1 phần khối u vì nó dính vào dây VII và thân não⁵ đồng thời khó phẫu tích và phân lập được khối u với dây VII ở đáy ống tai trong.

Có 15 NC đánh giá kết quả liệt mặt ngoại biên sau mổ, đạt kết quả tốt (HB I-II) sau 1 năm từ 15.9% đến 90.6%, đa số có mối quan hệ với kích thước u trước mổ. Kích thước u càng lớn thì kết quả liệt mặt sau mổ và sau 1 năm kém, trái ngược với các khối u nhỏ. Tỷ lệ liệt mặt ngoại biên tăng có liên quan đến kích thước u là do u càng to càng gây đè ép, kéo giãn và khó phân biệt dây VII với tổ chức u, cần nhiều thao tác hơn nên tăng nguy cơ dây VII bị đứt, hoặc đụng dập, xoắn vặn gây gián đoạn vi tuần hoàn trong quá trình phẫu tích, tổn thương lúc khoan xương, lúc đông cầm máu nên dây VII vẫn tổn thương dù giữ được nguyên vẹn giải phẫu⁶. Tuy nhiên có 02 NC, kết quả liệt mặt sau mổ lại không liên quan đến kích thước u, chủ yếu liên quan đến việc khối u lan đến đáy ống tai trong³. Ngoài ra, liên quan đến mật độ khối u, nhóm u hỗn hợp có tỷ lệ liệt mặt ngoại biên cao hơn, điều này có thể giải thích là do ở u hỗn hợp, tổ chức u dính nhiều với các cấu trúc xung quanh (thần kinh, mạch máu) dưới tác dụng của men metalloproteinase 2, do khó xác định mặt phẳng phẫu tích với dây VII và các mạch máu⁴.

Có 09 NC có báo cáo về tỷ lệ tái phát u sau phẫu thuật. Đa số, ở nhóm lấy hết u, tỷ lệ tái phát và tồn dư sau mổ thấp hơn có ý nghĩa với nhóm lấy u không hoàn toàn⁷. Tuy nhiên, ở nhóm lấy hết u, tái phát khối u được cho là

những vi xâm lấn của tế bào u vào dây TK ốc tai và VII phát triển thành khối u mới. Ngoài ra, ở nhóm không lấy hết u, theo dõi định kỳ bằng MRI có nhiều trường hợp thoái triển, có thể do kết quả của việc cầm máu và làm tắc các mạch máu nuôi khối u⁵. Vì vậy để đánh giá đúng tình trạng u tái phát, nên chụp MRI sau mổ định kỳ 12 tháng. Việc quyết định can thiệp như thế nào (theo dõi, xạ trị hay phẫu thuật lại) sẽ phụ thuộc vào kích thước u tồn dư, lâm sàng, và nguyện vọng của bệnh nhân.

Biến chứng sau mổ lấy u dây thần kinh VIII đường xuyên mê nhĩ thấp, chủ yếu là biến chứng rò dịch não tủy xảy ra khi dịch ở khoang dưới nhện đi qua vết mổ sau tai hoặc rò qua mũi. Tỷ lệ rò dịch não tủy dao động từ 0% đến 13.5%. Điều trị nội khoa thường áp dụng với rò qua vết mổ gồm nằm đầu cao, khâu tăng cường, băng ép vết mổ. Nếu điều trị nội khoa không đáp ứng hoặc rò dịch não tủy qua mũi thì đặt dẫn lưu qua chọc dò thắt lưng, thậm chí phải phẫu thuật lại. Ngoài ra còn có biến chứng viêm màng não, xuất huyết nội sọ, tử vong nhưng tỷ lệ rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan của 15 bài báo về kết quả phẫu thuật lấy u thần kinh VIII đường xuyên mê nhĩ cho thấy, khả năng lấy hết u cao, tỷ lệ u tái phát và tồn dư thấp, mức độ liệt mặt ngoại biên sau mổ tốt và giảm được biến chứng so với các đường tiếp cận khác. Đa số các kết quả sau phẫu thuật đều có mối liên quan có ý nghĩa với kích thước của khối u trước mổ. Tỷ lệ lấy hết u càng giảm, tỷ lệ liệt mặt ngoại biên sau mổ giảm và tỷ lệ biến chứng tăng lên khi khối u tăng về kích thước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlson ML, Link MJ. Vestibular Schwannomas. *N Engl J Med.* 2021; 384(14):1335-1348. doi:10.1056/NEJMra2020394
2. Heman-Ackah SE, Golfinos JG, Roland JT. Management of Surgical Complications and Failures in Acoustic Neuroma Surgery. *Otolaryngol Clin North Am.* 2012;45(2):455-470. doi:10.1016/j.otc.2011.12.012
3. Chiang KW, Hsu SPC, Yang TF, Wang MC. Impact of extent of internal acoustic meatus tumor removal using translabyrinthine approach for acoustic neuroma surgery. *PLoS ONE.* 2021;16(8): e0253338. doi:10.1371/journal.pone.0253338
4. Stastna D, Mannion R, Axon P, et al. Facial Nerve Function Outcome and Risk Factors in Resection of Large Cystic Vestibular Schwannomas. *J Neurol Surg Part B Skull Base.* 2021;83 (Suppl2): e216-e224. doi: 10.1055/s-0041-1725028

5. **Zhang Z, Wang Z, Huang Q, Yang J, Wu H.** Removal of Large or Giant Sporadic Vestibular Schwannomas via Translabyrinthine Approach: A Report of 115 Cases. *ORL*. 2012;74(5):271-277. doi:10.1159/000343791
6. **Dandinarasaiah M, Prasad SC, Piccirillo E, et al.** Facial Nerve Outcomes Following Total Excision of Vestibular Schwannoma by the Enlarged Translabyrinthine Approach. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol*. 2019;40(2):226-235. doi:10.1097/MAO.0000000000002068
7. **Schwartz MS, Kari E, Strickland BM, et al.** Evaluation of the Increased Use of Partial Resection of Large Vestibular Schwannomas: Facial Nerve Outcomes and Recurrence/Regrowth Rates. *Otol Neurotol*. 2013;34(8):1456-1464. doi:10.1097/MAO.0b013e3182976552

ĐẶC ĐIỂM NHÂN TRẮC HỌC VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM BỊ SUY MÒN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Phước Thành¹, Ngô Cao Ngọc Diệp¹, Lâm Vĩnh Niên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ người bệnh suy tim bị suy mòn đang được điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và những đặc điểm nhân trắc học, cận lâm sàng. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 60 bệnh nhân bệnh nhân suy tim ≥ 6 tháng nhập khoa Tim mạch và Tim mạch can thiệp từ tháng 8/2021 đến tháng 2/2023 với EF <40%. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân trả lời câu hỏi và được cân đo thành phần cơ thể. Suy mòn chiếm 16 trên 60 bệnh nhân (26.7%). Trong đó, 10 trên 16 (62.5%) bệnh nhân có BMI từ 18.5 đến 25, và thuộc nhóm trên 60 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi đối với bệnh nhân nam suy tim suy mòn. Hơn nữa, nhóm bệnh nhân này có lực cơ nắm thấp hơn, chu vi vòng cánh tay nhỏ hơn, ít khối nạc hơn và mỡ nội tạng thấp hơn có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tuổi của bệnh nhân nam suy tim suy mòn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đối tượng suy tim suy mòn có ít sức mạnh hơn, khối lượng cơ ít hơn, điều này có thể ảnh hưởng đến chức năng hoạt động được đặc trưng bởi lực nắm tay, sự sụt cân rõ rệt hơn và các dấu hiệu dinh dưỡng nổi bật khác.

Từ khóa: suy tim, suy mòn, dinh dưỡng

SUMMARY

ANTHROPOMETRIC AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN CARDIAC FAILURE PATIENTS WITH CACHEXIA IN HO CHI MINH CITY UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Aims: The aim of the present study is to determine the frequency of cachectic cardiac patients and their anthropometric and subclinical characteristics, hospitalized in UMC. **Methods:** A cross-sectional study of 60 patients with heart failure 6 months admitted to Cardiology and Interventional Cardiology from August 2021 to February 2023 with

EF <40%. **Results:** We enrolled 60 patients with EF <40%. All patients underwent a standardized questionnaire and measurement of body compositions. Cachexia is present in 16 (26.7%) of 60 patients. Among them, 10 (62.5%) of 16 have the BMI between 18.5 and 25, and belong to over 60 years-old group. There is a significant difference in age between male cachectic and non-cachectic cardiac patients. Moreover, they have lower hand-grip strength, smaller arm circumference, free-fat mass and visceral fat. **Conclusion:** Cachectic cardiac patients have less strength, less muscle mass which might impact the functional capacity characterized by hand-grip strength, and other prominent nutritional signs.

Keywords: heart failure, wasting, nutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề sức khỏe công đồng phổ biến, không chỉ ở Châu Âu và Hoa Kỳ. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ mắc suy tim ở Đông Nam Á tương đồng với các kết quả của thế giới, trong đó suy tim chiếm tới 20% số ca nhập viện và tỷ lệ tái nhập viện sau 30 ngày lên tới 15% (khoảng 8% ở Indonesia, Malaysia và Việt Nam, 15% ở Đài Loan). Tình trạng dinh dưỡng và suy tim có mối liên hệ chặt chẽ với nhau. Suy dinh dưỡng phổ biến hơn ở bệnh nhân suy tim mạn tính, đôi khi tiến triển thành suy mòn do suy tim [5]. Sụt cân hơn 6% nên được sử dụng để xác định sự hiện diện của suy mòn ở bệnh nhân suy tim mạn tính [4]. Cũng từ kết quả nghiên cứu này, giá trị sụt cân trên 6% được nhiều hội dinh dưỡng trên thế giới khuyến cáo như một tiêu chí để xác định sự hiện diện của chứng suy mòn trong suy tim mạn tính. Theo các kết quả nghiên cứu trên thế giới: tần suất suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim mạn: 20-70% Trong đó tần suất suy mòn do suy tim là 10-16% [2]. Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Xuân Thủy và cs. nghiên cứu tình trạng suy mòn và rối loạn điện giải ở bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối tại Bệnh viện Đà Nẵng, 2013-2014. Kết quả cho thấy tần

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
 Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên
 Email: nien@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 7.9.2023
 Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023
 Ngày duyệt bài: 10.11.2023