

4.2.5. Mỗi liên quan giữa đặc điểm trong sinh với kết quả chăm sóc. Kết quả bảng 3.6 cho thấy nhóm sản phụ vỡ ối đúng lúc có kết quả chăm sóc tốt cao gấp 2,57 lần nhóm vỡ ối non, vỡ sớm (95%CI: 1,326 - 5,005; $p < 0,05$). Như vậy nghiên cứu tìm được mỗi liên quan giữa tình trạng vỡ ối với kết quả chăm sóc.

Cùng với đặc điểm ối vỡ, nghiên cứu cũng tìm được mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian rặn đẻ với kết quả chăm sóc sản phụ ($p < 0,05$). Nhóm sản phụ có thời gian rặn đẻ ngắn và bình thường có kết quả chăm sóc tốt cao gấp nhiều lần nhóm sản phụ có thời gian rặn đẻ kéo dài (OR= 9,89; 95%CI: 3,289-29,77; $p < 0,001$) và (OR=5,278; 95%CI: 2,359-11,807; $p < 0,001$). Sản phụ có thời gian rặn đẻ lâu, kéo dài sẽ mệt, mất sức và đau nhiều, sự hợp tác với nhân viên y tế thường không tốt nên kết quả chăm sóc kém hơn các sản phụ có thời gian rặn đẻ ngắn và bình thường.

4.2.6. Mỗi liên quan giữa học lớp tiền sản và kết quả chăm sóc sản phụ. Tìm hiểu mỗi liên quan giữa học lớp tiền sản với kết quả chăm sóc, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm sản phụ/chồng/cả hai vợ chồng tham gia lớp học tiền sản có kết quả chăm sóc tốt cao gấp 2,287 lần nhóm cả hai vợ chồng không tham gia học (OR= 2,287; 95%CI:1,245 - 4,198; $p < 0,05$ - bảng 3.7).

Những sản phụ đã tham gia học lớp tiền sản, quá trình tư vấn, hướng dẫn các sản phụ của nhân viên y tế rất thuận lợi, sản phụ và người nhà hợp tác khá tốt. Sản phụ thường hiểu rõ diễn biến cuộc chuyển dạ, có sự sẵn sàng về

tâm lý, biết được những thay đổi của cơ thể qua mỗi giai đoạn, chuẩn bị kỹ về thể chất và tinh thần để chào đón em bé. Sản phụ có thể vượt cạn dễ dàng vì đã hợp tác toàn diện với nhân viên y tế nên biết thực hành đúng cách thở, cách rặn đẻ, cách giảm đau, cách chăm sóc sơ sinh....

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy số sản phụ được chăm sóc tốt chiếm tỉ lệ cao 80,9%.

Nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố: Điều kiện kinh tế, số lần đẻ, tình trạng phá thai, tâm lý sản phụ, tham gia học lớp tiền sản, thời gian chuyển dạ, dấu hiệu sinh tồn, mức độ đau, ối vỡ non-vỡ sớm, thời gian rặn đẻ có mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả chăm sóc sản phụ của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Phụ Sản, Học viện Quân y (2019)**, Bài giảng sản phụ khoa, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
- UNICEF (2009)**, Sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh.
- Bộ Y tế (2018)**, Báo cáo hộ sinh Việt nam lần thứ nhất.
- Bộ Y tế (2011)**, Thông tư số 07, Hướng dẫn công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
- Lê Thu Đào (2012)**, Nghiên cứu tình hình chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, Trường đại học Y Dược Cần Thơ.
- Trần Thị Thu Hà (2014)**, Chăm sóc mẹ và bé sơ sinh, Sổ tay 2, Trung tâm nghiên cứu, đào tạo và phát triển cộng đồng.
- Đào Nguyên Hùng (2017)**, Nghiên cứu vai trò người trợ sinh trong chuyển dạ và sau sinh tại Bệnh viện Quân y 103, Đề tài khoa học cấp Học viện Quân y.

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG NEURONAVIGATION PHẪU THUẬT U BÁN CẦU ĐẠI NÃO

Dương Như Năm*, Vũ Minh Hải*, Đồng Văn Hệ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả ứng dụng hệ thống Neuronavigation phẫu thuật u bán cầu đại não.
Phương pháp: Mô tả cắt ngang, kết quả phẫu thuật 72 bệnh nhân u bán cầu đại não có sử dụng hệ thống

Neuronavigation trong phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 10/2015 đến tháng 3/2016. **Kết quả:** 72 bệnh nhân u bán cầu đại não gồm 27 nam (37,5%), 45 nữ (62,5%); Tuổi trung bình là $48,6 \pm 13,4$. Giải phẫu bệnh: 38 u màng não; 28 u thần kinh đệm; 5 u di căn; Mức độ cắt bỏ u: 76,4% lấy toàn bộ u, 18,1% lấy u gần toàn bộ bảo vệ các cấu trúc quan trọng; Thời gian phẫu thuật trung bình là $163,47 \pm 84,64$ phút; Thời gian điều trị sau mổ trung bình là $7,06 \pm 2,19$ ngày; 93% bệnh nhân không phải truyền máu; 12,5% biến chứng sau mổ; Kết quả sau mổ 3 tháng: Tốt (55,6%), di chứng nhẹ (31,9%) và 87,5% bệnh nhân có cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ (Karnofsky nhóm I, II). **Kết luận:** Ứng dụng Neuronavigation trong phẫu thuật u não bán cầu đại não giúp phẫu

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2021

Ngày duyệt bài: 4.6.2021

thuật viên tự tin cắt bỏ tối đa u não, bảo tồn vùng chức năng cho kết quả cải thiện chất lượng sống bệnh nhân cao.

Từ khóa: Neuronavigation trong phẫu thuật u não, u bán cầu đại não.

SUMMARY

OUTCOMES OF CEREBRAL HEMISPHERE TUMOR SURGERY USING NEURONAVIGATION

Objectives: to assess the outcomes of cerebral hemisphere tumor surgery using Neuronavigation. **Methods:** A descriptive cross-sectional study on surgical outcomes of 72 patients suffering cerebral hemisphere tumors operated with the assistance of Neuronavigation in surgery at Viet Duc hospital from October 2015 to March 2016. **Results:** 72 patients having cerebral hemisphere tumors included 27 males (37.5%), 45 females (62.5%); The median age was 48.6 ± 13.4. Pathology: 38 meningiomas; 28 gliomas; 5 metastatic brain tumors; The extent of tumor resection: 76.4% gross total resection, 18.1% almost total resection and protecting important structures. The average surgical time was 163.47±84.64 minutes; The average time for postoperative treatment was 7.06 ± 2.19 days; 93% of patients did not require blood transfusion; 12.5% had postoperative complications; Outcome at 3 months post-operative period: Good (55.6%), mild sequelae (31.9%) and 87.5% of patients had improved quality of life after surgery (Karnofsky scale: I, II). **Conclusion:** The application of Neuronavigation in brain tumor surgery helps the surgeon confidently remove the brain tumor to the maximum extent, preserving the functional areas, giving patients the improvement in quality of life.

Keywords: Neuronavigation, cerebral hemisphere tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, xu hướng chung của các phẫu thuật là xâm lấn tối thiểu. Với phẫu thuật thần kinh, điều này càng cần thiết vì dễ tổn thương nhu mô não lành ở xung quanh, đặc biệt ở những vùng quan trọng có chức năng sống còn với cơ thể. Hệ thống định vị thần kinh đã được ứng dụng nhiều trong các ca phẫu thuật u não ở Việt Nam. Để làm rõ hơn về những ưu điểm của hệ thống định vị chúng tôi đánh giá kết quả sau mổ 72 trường hợp u não vùng bán cầu được phẫu thuật có sự trợ giúp của hệ thống Neuronavigation.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu. Bệnh viện Việt Đức

2.2. Đối tượng nghiên cứu. 72 bệnh nhân u bán cầu đại não được phẫu thuật có sử dụng hệ thống Neuronavigation tại bệnh viện Việt Đức từ 10/2015 đến tháng 3/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang kết quả phẫu thuật 72 bệnh nhân u bán

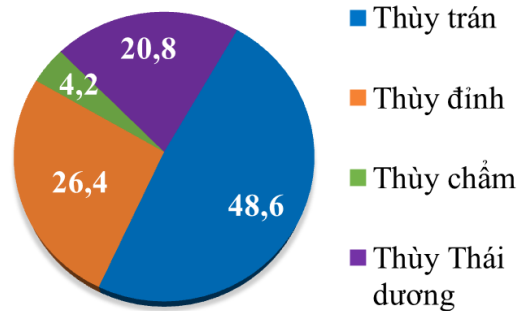
cầu đại não.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ (%)
≤ 20	1	1,4
21 - 40	18	25,0
41 - 60	38	52,8
> 60	15	20,8
Tổng	72	100

Nhận xét: Lứa tuổi lao động (21-60 tuổi) chiếm 77,8%



Biểu đồ 3.1. Vị trí u ở các thùy bán cầu đại não

Nhận xét: Có 35/72 u vị trí trán (48,6%). U vùng chẩm có tỷ lệ thấp nhất (4,2%). Vị trí u ở vùng đỉnh và thái dương là 26,4% và 20,8%.

Bảng 3.2. Mức độ lấy u theo nhận định của phẫu thuật viên

Mức độ lấy u	n	Tỷ lệ (%)
Toàn bộ	55	76,4
Gần toàn bộ	13	18,1
Bán phần	3	4,2
Một phần	1	1,4
Tổng	72	100

Nhận xét: Lấy u toàn bộ chiếm 76,4%; gần hết u 18,1%

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là 163,47 ± 84,64 (phút), thấp nhất là 60 phút, cao nhất là 540 phút.

Bảng 3.3. Số lượng máu truyền trong và sau mổ

Số lượng máu truyền	n	Tỷ lệ (%)
Không truyền	67	93,0
≤ 500 ml	2	2,8
501 – 1000 ml	2	2,8
> 1000 ml	1	1,4
Tổng	72	100

Nhận xét: 93% bệnh nhân lấy u không cần truyền máu

Bảng 3.4. Phân loại u não theo mô bệnh học

Loại u	Độ	n	Tỷ lệ (%)
U màng não	I	26	36,1
	II	11	15,3

	III	2	2,8	
U thần kinh đệm	I	4	5,6	38,9
	II	9	12,5	
	III	8	11,1	
	IV	7	9,7	
U di căn não		5	6,9	
Tổng		72	100	

Nhận xét: Trong 72 bệnh nhân thì u màng não chiếm 54,2%; U thần kinh đệm 38,9%

Bảng 3.5. Đánh giá theo thang điểm Karnofsky sau khám lại ≥ 3 tháng

Phân loại theo Karnofsky	n	Tỷ lệ(%)
Nhóm I	61	84,7
Nhóm II	2	2,8
Nhóm III	4	5,6
Nhóm IV	5	6,9
Tổng	72	100

Nhận xét: Khám lại trung bình ≥ 3 tháng theo Karnofsky thấy 84,7% cải thiện chất lượng cuộc sống.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới. 72 bệnh nhân, tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi, tuổi trung bình là $48,60 \pm 13,40$, kết quả này không khác biệt nhiều với Kiều Đình Hùng (2010): 44 ± 11 tuổi [7] và Chu Tân Sĩ (2012): $50,22 \pm 11$ tuổi, các tác giả đều cho rằng u não gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 40 tuổi [8].

Giới: Bệnh nhân nữ (62,5%), nam chiếm 37,5%, tỷ lệ nữ/nam là 1,67 phù hợp với tác giả Chu Tân Sĩ (2012) là 1,33 [8]. Tuy nhiên, do nghiên cứu chúng tôi chọn một số nhóm u để đánh giá ứng dụng hệ thống neuronavigation trong phẫu thuật, thời gian ngắn và cỡ mẫu không đủ lớn nên có thể không phản ánh đầy đủ tần suất các nhóm tuổi, tần suất về giới của u vùng bán cầu đại não.

4.2. Vị trí khối u. Nghiên cứu của chúng tôi, u não ở vùng trán chiếm tỷ lệ cao nhất 48,6%, u ở vị trí vùng chẩm có tỷ lệ thấp nhất 4,2%. Có 63 bệnh nhân u não nằm ở vị trí nông (phát hiện trên bề mặt não) chiếm 87,5% và 9 bệnh nhân có u não nằm ở vị trí sâu (không thấy trên bề mặt, ở dưới vỏ, các rãnh não, chất trắng, các nhân xám...) chiếm 12,5%.

Chúng tôi đồng quan điểm với nhận định của T.Y. Jung và cộng sự (2006) đã sử dụng hệ thống định vị trong nghiên cứu của mình và cho rằng hệ thống rất hữu ích để xác định quỹ đạo phù hợp, lựa chọn đường vào u ngắn nhất, đường rạch da và mở nắp sọ nhỏ, đường rạch vỏ não tối ưu, ít tổn thương não nhất với những trường hợp khối u nằm dưới vỏ, những khối u

nhỏ nằm ở sâu, xác định chính xác vị trí khối u nằm ở vùng vỏ não vận động, ngôn ngữ, đưa ra quyết định chọn lối vào thích hợp và loại bỏ khối u một cách an toàn [2]. Ứng dụng hệ thống định vị và vi phẫu thuật là phương pháp đáng tin cậy để có được kết quả tốt trong điều trị các tổn thương là u não ở sâu [6].

4.3. Kết quả phẫu thuật lấy u. Ứng dụng neuronavigation trong phẫu thuật, chúng tôi lấy u toàn bộ chiếm 76,4% (55/72 bệnh nhân). Lấy u gần toàn bộ chiếm 18,1%, để lại một phần u vì những bệnh nhân này u xâm lấn vào các cấu trúc quan trọng như thân não, thể trai, đồi thị...hay bọc bao quanh các động mạch lớn như động mạch cảnh trong, động mạch não giữa, não trước, xoang tĩnh mạch dọc trên, dây thần kinh thị giác, vùng vận động. Lấy bán phần ở 3 bệnh nhân (4,2%), cũng do u xâm lấn cấu trúc quan trọng và thâm nhiễm nhu mô não rộng. 1 bệnh nhân chỉ lấy u được một phần do u khá chắc nắm sát thành não thất và một phần chui trong não thất, dính chặt với đám rối mạch mạc. Abdullah al-akayleh (2009) sử dụng hệ thống neuronavigation hỗ trợ phẫu thuật cho 40 bệnh nhân u não các loại ở các vị trí khác nhau. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u ở 35/40 bệnh nhân, giúp bảo vệ cấu trúc quan trọng xung quanh khối u như vùng vỏ não vận động và các cấu trúc thần kinh mạch máu. Còn 5 bệnh nhân do khối u bao bọc xung quanh mạch và xâm lấn vào vùng chức năng nên chỉ cắt bỏ một phần. Hệ thống hướng dẫn hình ảnh ba chiều tương tác cho phép nhắm đến mục tiêu chính xác, an toàn hơn. Nó là một công cụ hữu ích để nâng cao sự tự tin của bác sĩ phẫu thuật và tối ưu hóa kết quả phẫu thuật [1].

Theo Barnett (1995), 98% số bệnh nhân cắt bỏ u toàn bộ và tránh được tổn thương xoang tĩnh mạch, động mạch cảnh trong và các động mạch vùng nền sọ [4]. Benveniste và cộng sự (2005) báo cáo 54 bệnh nhân trải qua phẫu thuật lấy u dưới sự hướng dẫn của hệ thống định vị (9 u di căn não, 45 u thần kinh đệm bậc cao), có 47 bệnh nhân đã được loại bỏ khối u hoàn toàn, 11 bệnh nhân để lại một phần nhỏ u do thâm nhiễm vào vỏ não vùng trội như dải vận động, phần tiếp giáp với thành tâm thất, khe Sylvien, và phần trong thể chai [3]. Nhìn chung, việc sử dụng neuronavigation đã cho thấy một lợi ích rõ ràng, trợ giúp trong việc cắt bỏ các khối u não đặc biệt là các khối u não ác tính, u di căn não, vì chúng thường thâm nhiễm vào mô não lành lân cận, gây khó khăn khi loại bỏ mà không dẫn đến sự thương tổn về thần kinh.

4.4. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $163,47 \pm 84,64$ phút, tính thời gian từ lúc cài đặt hệ thống cho đến khi đóng xong da đầu. Thời gian của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều so với tác giả Paleologos (2000) đó là thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có sử dụng hệ thống định vị là 174 phút, so với nhóm phẫu thuật không sử dụng hệ thống định vị là 204 phút [5].

4.5. Kết quả cải thiện chất lượng sống sau mổ. Điểm Karnofsky của bệnh nhân trước mổ và sau mổ là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đa số các bệnh nhân đều cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn so với trước mổ chiếm 87,5% (Karnofsky thuộc nhóm I, II). Chúng tôi nhận thấy rằng ứng dụng hệ thống định vị thần kinh trong phẫu thuật u bán cầu đại não đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng Neuronavigation trong phẫu thuật u bán cầu đại não giúp phẫu thuật viên tự tin cắt bỏ tối đa u não, tăng độ an toàn, bảo tồn vùng chức năng cho kết quả cải thiện chất lượng sống bệnh nhân cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdullah al-akayleh (2009).** Application of neuronavigation in Neurosurgery at King Hussein Medical Center, Jordan.
2. **T.Y. Jung et al (2006).** Application of Neuronavigation System to Brain Tumor Surgery with Clinical Experience of 420 Cases. *Minim Invas Neurosurg* 2006; 49: 210–215.
3. **R. J. Benveniste, I. M. Germano (2005).** Correlation of factors predicting intraoperative brain shift with successful resection of malignant brain tumors using image-guided techniques. *Surgical Neurology* 63 (2005) 542–549.
4. **Gene H. Barnett (1995).** Intracranial Meningioma Resection Using Frameless Stereotaxy. *Journal of Image Guided Surgery* 1:105-52 (1995).
5. **Paleologos TS et al (2000).** Clinical utility and cost-effectiveness of interactive image-guided craniotomy: Clinical comparison between conventional and image-guided meningioma surgery. *Neurosurgery* 2000 Jul; 47(1):40-7.
6. **Ayhan ONK et al (2003).** Treatment of deep-seated cerebral lesions by stereotactic craniotomy. *Gazi Medical Journal* 2003; 14; 23-28.
7. **Kiều Đình Hùng (2010).** Ứng dụng navigation (hệ thống định vị) trong phẫu thuật u não tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2010, phụ trương 67 (2), tr 8 – 12.
8. **Chu Tân Sĩ (2012).** Nhận xét kết quả phẫu thuật u não tại Bệnh viện nhân dân 115. *Y học TP. Hồ Chí Minh* 2012, tập 16 – số 1.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THANG ĐIỂM VẬN ĐỘNG VÀ TÌNH TRẠNG CHẬM LÀM TRỐNG DẠ DÀY TRONG BỆNH PARKINSON

Trần Thanh Hùng*, Vũ Anh Nhị*, Nguyễn Xuân Cảnh**

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp đứng hàng thứ hai sau bệnh Alzheimer. Chẩn đoán chậm làm trống dạ dày có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị bệnh nhân bệnh Parkinson. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát mối liên quan giữa thang điểm vận động và tình trạng chậm làm trống dạ dày trong bệnh Parkinson. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên bệnh nhân mắc bệnh Parkinson và ký đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được đánh giá thang điểm vận động và được thực hiện xạ hình làm trống dạ dày với thức ăn đặc để đánh giá tình trạng chậm làm trống dạ dày. Số liệu được xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.0.3. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 72 bệnh nhân Parkinson trong đó nữ giới chiếm 73,6%. Tỷ lệ

chậm làm trống dạ dày trên xạ hình là 45,8%. Điểm số triệu chứng chậm vận động toàn thân, tăng trương lực cơ ngoại tháp, thay đổi tư thế đứng càng cao thì càng có nguy cơ chậm làm trống dạ dày, ngược lại điểm số triệu chứng run tay tư thế càng cao thì càng ít có nguy cơ chậm làm trống dạ dày, kiểm định Kruskal-Wallis, p tương ứng là: 0,007; 0,041; 0,002; 0,027. **Kết luận:** cần nhận biết các kiểu hình lâm sàng khác nhau của bệnh Parkinson, từ đó tiến hành khảo sát tình trạng chậm làm trống dạ dày ở bệnh nhân.

Từ khóa: thang điểm MDS UPDRS phần III, chậm làm trống dạ dày.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MOTOR SCALE AND DELAYED GASTRIC EMPTYING IN PARKINSON DISEASE

Background: Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer disease. Delayed gastric emptying could be impactful in treatment of PD patients. **Objectives:** To investigate the correlation between motor scale and delayed gastric emptying in PD. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on PD patients with their informed consent. Patients were evaluated on

*Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

**Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2021

Ngày duyệt bài: 2.6.2021