

stress cao của sinh viên Y từ môi trường sống và làm việc, có ý nghĩa thống kê. Nhóm sinh viên sống trong môi trường sống ồn ào, hay môi trường lộn xộn bừa bãi bị stress cao gấp 3,71 lần và 6,45 lần so với nhóm sinh viên còn lại. Nhóm sinh viên không thường xuyên tập thể dục bị stress cao gấp 4,06 lần so với sinh viên có thường tập thể dục.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến tình trạng stress cao ở sinh viên bao gồm: Các mối quan hệ gia đình, bạn bè, xã hội: khó khăn trong việc tìm bạn mới, gặp khó khăn trong mối quan hệ bạn bè, gặp khó khăn trong mối quan hệ với người thân, khó khăn tham gia các hoạt động xã hội. Các yếu tố liên quan đến học tập: Tăng áp lực học hành, tranh cãi (bất đồng, xích mích) với thầy cô, khó khăn trong phương pháp học và phương pháp giảng dạy mới, bỏ nhiều tiết học. Các yếu tố thuộc về bản thân: hay đổi thói quen ngủ, thay đổi thói quen ăn uống, khó khăn về tài chính, giảm sút sức khỏe, gặp rắc rối trong phát biểu trước đám đông. Các yếu tố từ môi trường sống và làm việc: Xếp hàng chờ đợi, thay đổi môi trường sống, vấn đề rắc rối xe cộ, đi lại, môi trường sống lộn xộn, bừa bãi, chật chội, khó chịu với tiếng ồn trong môi trường sống, thường xuyên tập thể dục, gặp vấn đề rắc rối về máy tính.

VI. KIẾN NGHỊ

Tạo ra sân chơi, câu lạc bộ giúp cho các sinh viên tham gia các hoạt động ngoại khóa. Hỗ trợ, tư vấn tâm lý cho các sinh viên bị stress đặc biệt

là các sinh viên nghèo, hoặc đến từ tỉnh khác. Hướng dẫn, tư vấn cho sinh viên về giáo trình, tài liệu và phương pháp học tập thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mahajan, Aarti Sood (2010). "Stress in Medical Education: a global issue or Much Ado About Nothing specific". South-East Asian Journal of Medical Education 4(2), pp.9-13.
2. Lý Văn Xuân, Lê Thị Châu An (2012). "Stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên năm thứ nhất của đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2011". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 16 (1), tr.109-114.
3. Tô Gia Kiên, Lê Trường Vĩnh Phúc, Huỳnh Ngọc Vân Anh (2019). "Trầm cảm ở sinh viên khoa Y tế Công cộng". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 23 (2), tr.120-126.
4. Phan Kế Thuận, Nguyễn Thị Xuyên, Nguyễn Văn Tập, Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn Thanh Bình (2020). "Thực trạng stress và một số yếu tố liên quan ở sinh viên khoa Y dược trường Cao đẳng Bách Khoa Nam Sài Gòn-thành phố Hồ Chí Minh năm 2020". Tạp chí Y học Cộng đồng, 58 (5), 192-197.
5. Lê Thu Huyền, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh (2011). "Tình trạng stress của sinh viên Y tế Công cộng đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan năm 2010". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 15 (1), tr.87-92.
6. Đoàn Vương Diễm Khánh, Lê Đình Dương, Phạm Tuyền, Trần Bình Thắng, Bùi Thị Phương Anh (2016). "Stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên khoa Y tế Công cộng, trường Đại học Y Dược Huế". Tạp chí Y Dược học - trường Đại học Y Dược Huế, 5 (3), tr.66-72.
7. Nguyễn Thái Quỳnh Chi, Trương Quang Tiến (2014). "Tình trạng stress của cán bộ và giảng viên trường Đại học Y tế Công cộng và một số yếu tố liên quan". Tạp chí Y tế Công cộng, 9, tr.26-31.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG PHẪU THUẬT U SỌ HẦU QUA ĐƯỜNG MỔ THÓP BÊN TRƯỚC

Lê Tường Kha¹, Nguyễn Kim Chung¹,
Trần Minh Huy¹, Võ Thành Toàn², Lê Bá Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố liên quan trong phẫu thuật u sọ hầu qua đường mổ thóp bên trước.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu

cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca các BN được chẩn đoán là u sọ hầu, được điều trị tại khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2019 đến 06/2023, được phẫu thuật bằng đường mổ sọ thóp bên trước và chúng tôi thu thập được 35 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện đã nêu. **Kết quả:** Trong 35 ca u sọ hầu được phẫu thuật qua đường mổ thóp bên trước, về mức độ lấy u, phẫu thuật lấy hết u chiếm 25,8%, phẫu thuật lấy gần hết u ($\geq 90\%$) chiếm 51,4%, phẫu thuật lấy bán phần u (60%-90%) chiếm 17,1%, phẫu thuật lấy một phần u ($< 60\%$) chiếm 5,7%. Khi khảo sát các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ lấy u và kết quả bệnh nhân sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận các yếu tố có liên quan bao gồm: tính chất u

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tường Kha

Email: letuongkha@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

dạng đại thể, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ tái phát; trong khi đó các yếu tố không liên quan bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, vị trí u và độ xâm lấn, kích thước u. **Kết luận:** Phẫu thuật u sọ hầu qua đường mổ thóp bên trước là phương pháp hiệu quả để điều trị u sọ hầu, bên cạnh đó cũng kèm theo nhiều yếu tố liên quan nên được quan tâm để tiên lượng bệnh theo thời gian dài.

Từ khóa: U sọ hầu (craniopharyngioma), xuất huyết não thất (IVH), giãn não thất (hydrocephalus), đái tháo nhạt (diabetes insipidus)

SUMMARY

THE RELEVANT FACTORS OF CRANIOPHARYNGIOMA RESECTION BY THE PTERION APPROACH

Objective: Evaluate relevant factors in craniopharyngioma resection surgery by the pterion approach. **Subjects and methods:** Retrospective study describing a series of patients diagnosed with craniopharyngioma, treated at the Neurosurgery Department of Cho Ray Hospital from January 2019 to June 2023, and underwent surgery by pterion craniotomy and we collected 35 cases of patients fulfilling the mentioned conditions. **Results:** In 35 cases of craniopharyngioma that were operated by the pterion craniotomy, in terms of tumor removal, gross total resection accounted for 25.8%, nearly total resection ($\geq 90\%$) accounted for 51.4%, 60-90% part of the tumors resection accounted for 17.1%, lower 60% part of the tumors accounted for 5.7%. When we examined relevant factors affecting the extent of tumor removal and patients' outcomes after operation, we recorded that the relevant factors included: the properties of the tumor in gross vision, the rate of diabetes insipidus at the hospital discharge time and the recurrence rate; Meanwhile, the irrelevant factors included: age groups, gender, clinical symptoms, tumors' location and invasion, and sizes of tumors. **Conclusion:** Craniopharyngioma resection surgery by the pterion approach is an effective method to treat craniopharyngioma. Besides, it also includes many related factors that should be considered for long-term disease prognosis.

Keywords: Craniopharyngioma, intraventricular hemorrhage (IVH), hydrocephalus, diabetes insipidus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sọ hầu (Craniopharyngiomas) là một loại u lành tính ít gặp, phát triển chậm, thường gặp ở vùng hố yên và trên yên. Là loại u gặp ở cả người lớn và trẻ em, tương đối đồng đều cả 2 giới với tỉ lệ hiếm khoảng 3% trong dân số. Phẫu thuật u sọ hầu được xem như là lựa chọn hàng đầu giúp giảm nhẹ triệu chứng nhanh chóng, xác định mô bệnh học và giảm tỉ lệ tái phát bên cạnh những điều trị khác. Hiện nay đã có nhiều kỹ thuật hỗ trợ hiện đại như kính vi phẫu, hệ thống nội soi lấy u qua xoang bướm, xạ trị sau mổ, điều trị nội tiết trước và sau mổ, nhưng vẫn còn

tiềm ẩn nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh và tiên lượng sống còn. Đặc biệt đối với những yếu tố có liên quan đến mức độ lấy u sẽ ảnh hưởng đến hậu phẫu và khả năng phục hồi của bệnh nhân. Các yếu tố đó được nhiều tác giả trên thế giới báo cáo như: tính chất khối u ở dạng đại thể, vị trí tương quan với giao thoa thị và não thất III, mức độ xâm lấn các tổ chức xung quanh,... Với mức độ phổ biến của phẫu thuật qua đường mổ thóp bên trước hơn so với các đường tiếp cận khác,¹ và đường mổ này vẫn thường được lựa chọn ở rất nhiều trung tâm lớn cho các tổn thương vùng trên yên nói chung và u sọ hầu nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Các yếu tố liên quan trong phẫu thuật u sọ hầu qua đường mổ thóp bên trước".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán u sọ hầu, nhập viện vào khoa Ngoại Thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2019 đến ngày 30/06/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh là u sọ hầu được phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu thuật lấy u qua đường mổ thóp bên trước tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh Viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2019 đến ngày 30/06/2023.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân có tiền sử chẩn đoán và phẫu thuật u sọ hầu trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, liên tiếp.

- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin biến số dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, biến số kết quả điều trị GOS sau 3 tháng, 6 tháng bằng cách gọi điện cho bệnh nhân, thân nhân theo thông tin có sẵn trong hồ sơ bệnh án.

2.3. Đánh giá kết quả

o Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, tiền căn bản thân và gia đình.

o Đặc điểm lâm sàng: Lý do nhập viện, thời gian khởi phát triệu chứng, GCS lúc nhập viện, triệu chứng cơ năng và thực thể.

o Đặc điểm cận lâm sàng: hình ảnh học MRI não có cản từ: vị trí và mức độ xâm lấn theo Samii, kích thước, tính chất mô, tính chất vôi hoá, tương quan với giao thoa thị.

o Đặc điểm phẫu thuật: tình trạng đặt VP Shunt trước mổ, mức độ lấy u, đánh giá vị trí cuống tuyến yên.

o Đặc điểm biến chứng: trong phẫu thuật: tổn thương hạ đồi – tuyến yên, tổn thương thần kinh, tổn thương mạch máu. Sau phẫu thuật: CTscan sọ não, điện giải đồ, lượng nước tiểu.

o Kết quả: Lâm sàng ngày đầu và 14 ngày sau phẫu thuật, đánh giá các trường hợp mổ lại, trường hợp tử vong, đái tháo nhạt, kết quả giải phẫu bệnh, GOS tại lúc xuất viện, 3 tháng, 6 tháng, tỉ lệ tái phát trong 2 năm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mức độ lấy u. Theo phân loại Raul Lopez Serna,² phẫu thuật lấy hết u có 9 ca (25,8%), phẫu thuật lấy gần hết u ($\geq 90\%$) có 18 ca (51,4%), phẫu thuật lấy bán phần u (60%-90%) có 6 ca (17,1%), phẫu thuật lấy một phần u ($<60\%$) có 2 ca (5,7%). Mức độ lấy u nhiều hay ít phụ thuộc vào: mức độ vôi hóa, sự bám dính của u vào các cấu trúc lân cận và sự nhận định của phẫu thuật viên trong quá trình mổ. Các tỉ lệ lấy trọn u hay gần hết u có thấp hơn nhiều khi so sánh với các tác giả khác, nguyên nhân có thể do phần lớn các bệnh nhân đến trong giai đoạn trễ, kích thước u lớn xâm lấn cấu trúc lân cận nhiều do đó gây khó khăn trong phẫu thuật bóc tách lấy u.

Bảng 3.1: Mức độ lấy các nghiên cứu khác

	Mức độ lấy u		
	Gần hết	Bán phần	Một phần
Webb và cộng sự (2023) ³	70%	23%	5%
Zacharia và cộng sự (2012) ¹	71,5%	27,3%	

3.2. Các yếu tố liên quan

- Về độ tuổi, bệnh xuất hiện ở mọi độ tuổi, với độ tuổi cao nhất là từ 31-60 tuổi với 23 ca. Theo y văn, độ tuổi phân bố theo 2 nhóm từ 5 đến 14 và 50 đến 74 tuổi. Chúng tôi không thấy có mối tương quan giữa mức độ lấy u với tuổi mắc bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu của Zacharia và cộng sự ghi nhận trên 644 trường hợp cho thấy có mối liên quan giữa độ tuổi và mức độ lấy u với $p < 0,001$.¹

- Về giới tính, phân bố Nam/Nữ trong nghiên cứu chúng tôi là 4/1. So sánh với một số tác giả trên thế giới thì khá tương đồng với nam gặp nhiều nữ. Chúng tôi không nhận thấy mối tương quan giữa giới tính và mức độ lấy u. Tác giả Zacharia và cộng sự cũng ghi nhận không có mối tương quan giữa giới mắc bệnh và mức độ lấy u với tỉ lệ $p = 0,651$.¹

Bảng 3.2: Tỉ lệ nam/nữ các nghiên cứu khác

Các nghiên cứu	Tỉ lệ nam/nữ
Trần Minh Thông (2010) ⁴	1,64/1
Zamora và cộng sự (2022) ⁵	1,62/1

- Về triệu chứng lâm sàng, đau đầu là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 69% (24 ca), ít hơn là mờ mắt chiếm 62,9% (22 ca) và các triệu chứng ít gặp khác như: nôn ói, yếu chi... Các triệu chứng khởi phát trung bình khoảng 4,54 tháng. Chúng tôi không nhận thấy sự liên quan giữa các triệu chứng với mức độ lấy u. Cũng phù hợp với tác giả James K.Liu cho rằng triệu chứng lâm sàng không có mối tương quan với mức độ lấy u.⁶ Tương tự triệu chứng mờ mắt cũng như các triệu chứng khác cũng không ghi nhận mối liên quan với mức độ lấy u.

Bảng 3.3: Triệu chứng cơ năng các nghiên cứu khác

Các nghiên cứu	Triệu chứng cơ năng		
	Đau đầu	Nôn ói	Rối loạn thị giác
Trần Minh Thông (2010) ⁴	75%	55%	
Webb và cộng sự (2023) ³	48%		65%

- Về vị trí u: theo phân độ Samii, 45,7% các ca có vị trí u liên quan đến phần dưới của não thất III (độ III), 31,4% u xâm lấn bề trên yên (độ II), trong đó có 8 ca (22,9%) được phẫu thuật lấy trọn u ở độ II và III, 17,1% u có phần nằm trong phần trên của não thất III (độ IV), còn lại 2 ca là u phát triển trên vách trong suốt hoặc não thất bên (độ V). Tương quan với giao thoa thị, có 20 ca (57,1%) vị trí u nằm trước giao thoa, còn lại 15 ca (42,9%) vị trí u nằm trước sau thoa. Đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng trong phẫu thuật lấy u. Chúng tôi không nhận thấy liên quan giữa vị trí u và mức độ lấy u ($p = 0,101$). Tác giả Raul Lopez Serna cũng cho rằng vị trí u cũng không có mối liên hệ với mức độ lấy u.²

- Về kích thước u: Phần lớn U sọ hầu trong nghiên cứu thường gặp ở kích thước từ 2 cm - 4 cm đường kính chiếm 54,3%, kích thước u lớn hơn 4 cm chiếm tỉ lệ 45,7%. Đường kính trung bình u là 3,96 cm. Chúng tôi không nhận thấy sự liên quan giữa kích thước u với mức độ lấy u ($p = 0,099$). Tuy nhiên, Zachariari và cộng sự ghi nhận có mối tương quan giữa kích thước u và mức độ lấy u ($p = 0,019$).¹ Theo tác giả Karavitaki cho rằng đối với những u có kích thước $>4\text{cm}$, sẽ gây khó khăn trong phẫu thuật để lấy trọn u vì tính chất xâm lấn bám dính các cấu trúc lân cận.⁷ Tác giả Serna cho rằng mức độ lấy u hoàn toàn không phụ thuộc vào kích thước u.²

- Về tính chất u: đối với đại thể, có 4 ca

(11,4%) u sọ hầu dạng nang, 3 ca (8,6%) u sọ hầu dạng đặc, còn lại là 26 ca (68,6%) u sọ hầu dạng hỗn hợp vừa dạng nang, mô đặc và vô hóa. có 12 ca (34,2%) có giãn não thất và 22 ca (62,9%) có chèn ép giao thoa thị giác, ngoài ra có 3 ca có phù não. Đây là các triệu chứng biểu hiện sự chèn ép. Chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa tính chất u đại thể với mức độ lấy u ($p=0,024$), phù hợp với các tác giả khác khi nhận thấy mức độ vô hoá càng nhiều thì khả năng lấy u càng kém. Tác giả Nguyễn Phong và cộng sự ghi nhận có sự liên quan giữa mức độ lấy u và thành phần u với $p<0,05$.⁸ Đối với giải phẫu bệnh, có 22 ca u sọ hầu dạng men bào (62,8%), 12 ca u sọ hầu dạng nhú gai (34,3%), ngoài ra còn ghi nhận có 1 ca không xác định được loại mô học của u sọ hầu (2,9%) và không nhận thấy sự liên quan với mức độ lấy u ($p=0,261$).

Bảng 3.4: Tính chất u trong phẫu thuật khi so sánh với các nghiên cứu khác

Các tác giả	Tính chất u trong phẫu thuật			
	Đặc	Nang	Hỗn hợp	Vô hóa
Karavitaka và cộng sự (2005) ⁷	13,2%	50,5%	36,3%	45-57%
Webb và cộng sự (2023) ³	17%	28%	52%	

Bảng 3.5: Giải phẫu bệnh học u các nghiên cứu khác

Các tác giả	Giải phẫu bệnh		
	Men bào	Nhú gai	Không xác định
Trần Minh Thông (2010) ⁴	53,5%	42,5%	4%
Zacharia (2012) ¹	78,3%	22,7%	

- Về tỉ lệ đại phẫu, đối với sau mổ, phần lớn các ca đều có tình trạng đại phẫu với 24 ca (68,9%). Đối với đại phẫu lúc xuất viện, ngoài 1 ca tử vong, có 15 ca bị vĩnh viễn (42,8%), và 8 ca hồi phục (22,8%). Chúng tôi không nhận thấy sự liên quan giữa tình trạng đại phẫu sau mổ với mức độ lấy u ($p=0,287$), tuy nhiên có sự liên quan của tình trạng đại phẫu lúc xuất viện với mức độ lấy u ($p=0,034$). Tác giả Xintong Zhao và cộng sự nhận thấy có mối tương quan giữa mức độ lấy u và tỉ lệ đại phẫu sau mổ ($p<0,05$).⁹

- GOS lúc xuất viện: Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương hợp với các tác giả khác. Chúng tôi không thấy sự liên quan giữa GOS lúc xuất viện với mức độ lấy u.

Bảng 3.6: Mức độ phục hồi của bệnh nhân so với các nghiên cứu khác

Các tác giả	Lâm sàng khi xuất viện
-------------	------------------------

	GOS 5	GOS 4	GOS 3	GOS 2
Xintong Zhao (2012) ⁹	61,6%	17,9%	6,6%	
Chúng tôi	54,3%	37,1%	5,7%	

- Tỉ lệ tái phát: 6 ca tái phát (18%), trong đó có 3 ca là được lấy bán phần u. Chúng tôi ghi nhận có sự tương quan giữa tỉ lệ tái phát với mức độ lấy u ($p=0,038$). Những trường hợp lấy u bán phần có tỉ lệ tái phát cao hơn lấy hết u hoặc lấy gần hết u.

Bảng 3.7: Tỉ lệ tái phát các nghiên cứu khác

Các tác giả	Tỉ lệ tái phát	
	Trộn u	Bán phần
Xintong Zhao (2012) ⁹	9,4%	31,3%
Kevin L. Webb(2023) ³	21%	

Theo tác giả Manmohan Singh và cộng sự ghi nhận có khoảng 5-57% trường hợp u sọ hầu tái phát sau khi được phẫu thuật lấy toàn bộ u.¹⁰ Weiner và cộng sự ghi nhận có 17% trường hợp tái phát sau lấy toàn bộ u và 63% trường hợp tái phát sau khi lấy bán phần u. Xintong Zhao và cộng sự nhận thấy tỉ lệ tái phát của u sọ hầu sau phẫu thuật có liên quan đến mức độ lấy u ($p<0,05$).⁹

IV. KẾT LUẬN

Điều trị ngoại khoa u sọ hầu bằng đường mổ thóp bên trước đã cho thấy mức độ hiệu quả nhất định từ các nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại đó một số các yếu tố liên quan cần được lưu ý để có thể cải thiện chất lượng điều trị ngày một tốt hơn và giảm thiểu sự xâm lấn đến bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zacharia BE, Bruce SS, Goldstein H, Malone HR, Neugut AI, Bruce JN.** Incidence, treatment and survival of patients with craniopharyngioma in the surveillance, epidemiology and end results program. *Neuro-oncology*. 2012;14(8):1070-1078.
- Lopez-Serna R, Gómez-Amador JL, Barges-Coll J, et al.** Treatment of craniopharyngioma in adults: systematic analysis of a 25-year experience. *Archives of medical research*. 2012;43(5):347-355.
- Webb KL, Pruter WW, Hinkle ML, Walsh MT.** Comparing surgical approaches for craniopharyngioma resection among adults and children: a meta-analysis and systematic review. *World Neurosurgery*. 2023;
- Trần Minh Thông.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng – giải phẫu bệnh 127 trường hợp u sọ hầu. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2010;14(2-2010):374 - 379.
- Zamora RE, Grimm F, Adib SD, Bornemann A, Honegger J.** Surgical Treatment of Craniopharyngiomas in Adults: Comparison between Primary Surgery and Surgery for Recurrence. *Current Medical Science*. 2022;42(6): 1119-1130.

6. Liu JK, Christiano LD, Gupta G, Carmel PW. Surgical nuances for removal of retrochiasmatic craniopharyngiomas via the transbasal subfrontal translamina terminalis approach. *Neurosurgical focus*. 2010;28(4):E6.
7. Karavitaki N, Brufani C, Warner J, et al. Craniopharyngiomas in children and adults: systematic analysis of 121 cases with long-term follow-up. *Clinical endocrinology*. 2005;62(4):397-409.
8. Nguyễn Phong. Các yếu tố tiên lượng lấy u trong phẫu thuật u sọ hầu qua đường mổ dưới trán 2 bên. *Y học thực hành*. 2012;(Chuyên đề Ngoại khoa)
9. Zhao X, Yi X, Wang H, Zhao H. An analysis of related factors of surgical results for patients with craniopharyngiomas. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2012;114(2):149-155.
10. Singh M, Chandra P, Sharma B. Aggressive surgical management of craniopharyngiomas. *Indian Journal of Neurosurgery*. 2013;2(02):138-141.

VAI TRÒ CỦA ¹⁸FDG- PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Ngô Trọng Nguyễn¹, Đỗ Thị Lệ Thúy¹, Trần Tất Hiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của ¹⁸FDG - PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn UTPKTBN. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu trên 60 BN ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) mới phát hiện, được chụp ¹⁸FDG PET/CT tại khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện 19-8 từ 04/2021 - 08/2023. **Kết quả:** Chẩn đoán giai đoạn T giữa CLVT và PET/CT có sự tương đồng rất cao với hệ số kappa= 0,78. Chẩn đoán giai đoạn N và M giữa CLVT và PET/CT tương đồng yếu với hệ số kappa lần lượt là 0,38 và 0,26. Có 24 BN (40%) tăng giai đoạn sau chụp PET/CT. **Kết luận:** Chẩn đoán giai đoạn T giữa CLVT và PET/CT có sự tương đồng rất cao tuy nhiên chẩn đoán giai đoạn N và M giữa CLVT và PET/CT tương đồng yếu. 40% BN tăng giai đoạn sau chụp PET/CT. **Từ khóa:** Giai đoạn ung thư phổi không tế bào nhỏ, PET/CT.

SUMMARY

THE ROLE OF ¹⁸FDG- PET/CT IN DIAGNOSING STAGES OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THE HOSPITAL 19-8

Objective: To evaluate the value of ¹⁸FDG - PET/CT in diagnosing the stage of NSCLC. **Research subjects and methods:** prospective study on 60 newly diagnosed non-small cell lung cancer patients, who were scanned with ¹⁸FDG PET/CT at the imaging department, Hospital 18-9 from April 4 /2021 - August 2023. **Results:** Diagnosis of the T stage between CT and PET/CT has very high similarity with kappa coefficient = 0.78. Diagnosis of the N and M stages between CT and PET/CT were weakly similar with kappa coefficients of 0.38 and 0.26, respectively. There were 24 patients (40%) with increased stage after PET/CT scan. **Conclusion:** Diagnosis of the T stage between CT and PET/CT has very high similarity, however diagnosis of the N and M stages between CT

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trọng Nguyễn

Email: drnguyen198@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

and PET/CT has weak similarity. 40% of patients have increased stage after PET/CT scan. **Keywords:** Stage of non-small cell lung cancer, PET/CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chẩn đoán bệnh UTP, việc đánh giá chính xác giai đoạn bệnh giữ một vai trò quan trọng, giúp đưa ra hướng điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân. Giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu là yếu tố dự báo sự sống còn và giúp bác sỹ lâm sàng lựa chọn các hướng điều trị khác nhau.

Chẩn đoán giai đoạn UTP trước đây thường dựa vào các phương tiện: chụp X quang thường quy, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), nội soi phế quản... Những năm gần đây với sự ra đời của PET/CT đã mở ra một hướng mới trong chẩn đoán giai đoạn bệnh cho các bệnh nhân ung thư nói chung và các bệnh nhân UTP nói riêng, với ưu thế vừa ghi hình giải phẫu vừa ghi hình chuyển hóa trong một lần ghi hình. PET/CT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thông thường khác. PET/CT giúp xác định giai đoạn bệnh chính xác hơn giúp người thầy thuốc quyết định chiến lược điều trị đúng và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện 19-8, sau một thời gian đưa hệ thống PET-CT vào đánh giá giai đoạn trước điều trị và theo dõi tiến triển sau điều trị cho nhiều mặt bệnh ung thư khác nhau, trong đó chủ yếu là ung thư phổi, với những kinh nghiệm thu được chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá giá trị của ¹⁸FDG - PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn UTPKTBN*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ và được chụp ¹⁸FDG PET/CT tại khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện 19-8 từ