

2. **Hidalgo-Tenorio C, Gálvez J, Martínez-Marcos FJ, et al** (2020). Clinical and prognostic differences between methicillin-resistant and methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* infective endocarditis. *BMC Infectious Diseases*, 20:160-171.

3. **Drissa M, Amani F, Drissa H** (2018). *Staphylococcus aureus* infective endocarditis at a tertiary Tunisian hospital. A changing profile?. *The Egyptian Heart Journal*, 70:365–368.

4. **Hoehn B, Duval X**. Infective endocarditis (2013). *N Engl J Med*, 368:1425–1433.

5. **Joo EJ, Park DA, Kang CI, et al** (2019). Reevaluation of the impact of methicillin-resistance on outcomes in patients with *Staphylococcus aureus* bacteremia and endocarditis. *Korean J Intern Med*, 34 : 1347 – 1362.

6. **Lê Văn Anh** (2015). *Thử nghiệm can thiệp của dược sĩ lâm sàng vào việc sử dụng vancomycin nhằm đảm bảo hiệu quả và an toàn trong điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai*. Luận án Tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.

7. **Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al** (2000). Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*, 30:633–638.

8. **Nguyễn Thanh Huy, Phạm Nguyễn Vinh** (2013). Đặc điểm viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

theo tiêu chuẩn Duke cải biên tại Viện Tim, năm 2010 và 2011. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 17 (3): 73-78.

9. **Selton-Suty C, Ce'lard M, Moing VL, et al** (2012). Preeminence of *Staphylococcus aureus* in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey. *Clinical Infectious Diseases*, 54(9):1230–1239.

10. **Tran HM, Truong VT, Ngo TMN, et al** (2017). Microbiological profile and risk factors for in-hospital mortality of infective endocarditis in tertiary care hospitals of south Vietnam. *PLoS ONE*, 12(12): e0189421.

11. **Trần Thị Thủy Tường, Trần Văn Ngọc, Trần Thị Thanh Nga** (2014). Mối liên quan giữa MIC vancomycin và hiệu quả điều trị *Staphylococcus* đề kháng methicillin. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 18 (1):268-272.

12. **Trương Quang Bình** (2000). Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong 5 năm (1994-1998). *Tạp chí Tim mạch học*, 21:1304-1313.

13. **Trương Quang Bình, Trần Công Duy** (2011). Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm (2000-2009). *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*; 15 (1):21-25.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO MẶT SAU XƯƠNG ĐÁ

ĐỖ HỒNG HẢI¹, HUỖNH LÊ PHƯƠNG^{1,2}

¹*Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Bệnh viện Chợ Rẫy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả u màng não mặt sau xương đá qua đường mổ sau xoang xích ma trong thời gian.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân với chẩn đoán là u màng não mặt sau xương đá, được phẫu thuật lấy u qua đường mổ dưới chẩm sau xoang xích- ma

tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 8/2014 đến tháng 12/2019.

Kết quả: Độ tuổi trung bình từ 35 - 69, các triệu chứng bao gồm đau đầu (55%), hội chứng tiểu não (22,5%), tổn thương dây sọ (36%) và rối loạn thính giác (45%). Kết quả sau mổ tốt: GOS 4,5 chiếm tỉ lệ 72, 5% tại thời điểm xuất viện, tăng lên 95% sau 6 tháng theo dõi. Không có trường hợp tử vong. Các biến chứng thần kinh sau mổ bao gồm tê mặt, ù tai giảm thính lực (45%), hội chứng tiểu não (45%), liệt mặt sau mổ (60%), tổn thương IX, X, XI (20%). Các triệu chứng này cải thiện dần sau thời gian theo dõi 6 tháng.

Chịu trách nhiệm: Đỗ Hồng Hải

Email: dohonghai81@gmail.com

Ngày nhận: 05/01/2021

Ngày phản biện: 04/02/2021

Ngày duyệt bài: 22/02/2021

Kết luận: Đường phẫu thuật dưới chẩm sau xoang xích ma hiệu quả và an toàn trong phẫu thuật lấy u màng não mặt sau xương đá.

Từ khóa: u màng não mặt sau xương đá.

SUMMARY

Background: Meningiomas are the most common cerebellopontine angle (CPA) tumors. We investigate the diagnosis, management, and prognosis of this disease.

Methods: We reviewed 40 CPA meningiomas cases, operated via retrosigmoid approach in CHO RAY hospital and UMC from January 2015 to December 2019.

Results: Forty patients underwent surgical resection via the retrosigmoid approach. The most common presenting symptoms included hearing loss/tinnitus, vertigo, and headache. The tumors extended many directions, mainly to internal acoustic meatus. Gross total resection was 42.25%. Postoperative trigemina disturbance, facial nerve palsy, and hearing deterioration were the most common postoperative complications. Most patients partially or completely recovered after discharge.

Conclusions: The retrosigmoid approach offers an ideal visual field for exposing and resecting CPA meningiomas in a large series of cases. In our experience, it is one of the most useful and commonly used surgical approaches for removing meningiomas of this region.

Keywords: cerebellopontine angle tumors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não hồ sau chiếm khoảng 10% các u nội sọ, việc phân loại dựa vào vị trí gốc bám của u. Theo tác giả Castellano và Ruggiero, u màng não mặt sau xương đá chiếm khoảng 42%, là vị trí u phổ biến nhất trong u màng não hồ sau[2]. U thường lành tính tổn lành tính và phát triển chậm vào vùng góc cầu tiểu não nên thường được phát hiện khi đã đạt kích thước lớn và gây triệu chứng do u chèn ép vào các cấu trúc thần kinh quan trọng như thân não, tiểu não và các dây thần kinh sọ. Vì vậy u màng não mặt sau xương đá (UMNMSXD) là một trong những loại u khó trong phẫu thuật sàn sọ và phẫu thuật có

thể để lại nhiều tai biến đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kiến thức và kinh nghiệm trong phẫu thuật sàn sọ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán u màng não mặt sau xương đá và được phẫu thuật lấy u vi phẫu tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8/2014 đến 12/2019.

KẾT QUẢ

Triệu chứng lâm sàng của UMNMSXD

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của u màng não mặt sau xương đá

Đặc điểm lâm sàng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thời gian khởi phát		
Dưới 6 tháng	23	27,5
6 đến 12 tháng	10	25
Trên 12 tháng	7	17,5
Đau đầu	22	55
Giảm thính lực	18	45
Tê mặt/ đau mặt	8	20
Rối loạn dáng đi	9	22,5
Chóng mặt/ ù tai	5	12,5
Liệt mặt	5	12,5
Yếu nửa người	5	12,5
Nhìn mờ	4	10
Tê nửa người	2	5
Khàn tiếng/ nuốt sặc	2	5
Cơ giật nửa mặt	1	2,5

Thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là $10,4 \pm 3$ tháng, thấp nhất là 1 tháng, cao nhất là 120 tháng, chủ yếu trong nhóm dưới 6 tháng, chiếm 23%, kể đến là nhóm 6 đến 12 tháng, chiếm 25%, nhóm khởi phát triệu chứng trên 12 tháng chiếm 17,5%. Triệu chứng UMNMSXD rất đa dạng, trong đó người bệnh than phiền nhiều nhất là đau đầu, chiếm tỉ lệ 55%, kể đến là các triệu chứng liên quan đến rối loạn chức năng các dây thần kinh sọ. Thần kinh thính giác bị ảnh hưởng nhiều nhất với giảm thính lực chiếm tỉ lệ lên đến 45%.

Bảng 2: Thang điểm GOS tại thời điểm xuất viện, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật

	Xuất viện		3 tháng		6 tháng	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
GOS 1	0	0	0	0	0	0
GOS 2	2	5	0	0	0	0
GOS 3	9	22,5	3	7,5	2	5
GOS 4	10	25	5	12,5	4	10
GOS 5	19	47,5	32	80	34	85

Nhận xét: GOS tốt (4, 5) tại thời điểm xuất viện, chiếm tỉ lệ 72,5%, tuy nhiên cũng có đến 17,5% trường hợp bệnh nhân khiếm khuyết thần kinh nặng, mất khả năng làm việc và tự chăm sóc bản thân. Sau 3 tháng, chúng tôi ghi nhận có sự hồi phục chức năng thần kinh: GOS xấu (2, 3) giảm còn 7,5 %, tỉ lệ GOS (4, 5) tăng lên 92,5%. Sau 12 tháng, chức năng thần kinh hồi phục ở mức độ cao nhất, GOS (4, 5) tăng lên 38 ca, chiếm đến 95%, chỉ còn 2 trường hợp GOS 3, chiếm tỉ lệ 5%.

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Liệt IV	3	7,5
Dây V	5	12,5
Liệt VI	4	10
Liệt VII		
Không	24	60
Nhẹ	8	20
Nặng	8	20
Ù tai		
Không	34	85
Có	4	10
Giảm	2	5
Giảm thính lực	18	45
Liệt IX, X, XI	8	20
Sức cơ		
5/5	34	85
3/5 – 4/5	5	12,5
2/5	1	2,5
Hội chứng tiểu não	18	45

Triệu chứng liên quan đến thần kinh VIII chiếm tỉ lệ cao nhất: giảm thính lực sau mổ lên đến 18 trường hợp (45%), ù tai: 10 trường hợp (10%). Liệt mặt sau mổ, chiếm tỉ lệ 40%, với liệt nhẹ (độ II và III House Brackmann) chiếm 20% và liệt nặng (độ IV, V, VI) chiếm tỉ lệ lên đến 20%. Tổn thương dây IX, X, XI chiếm 20% các trường hợp. Các dây thần kinh khác cũng có thể bị ảnh hưởng, nhưng tỉ lệ thấp hơn nhiều nhóm thần kinh mặt sau xương đá: tỉ lệ liệt III và IV chiếm 7,5% và liệt VI chiếm 10%. Các triệu chứng liên quan đến bó tháp cũng chiếm 6 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp sức cơ 2/5, chiếm 2,5%. Hội chứng tiểu não sau mổ biểu hiện bằng thất điều chiếm tỉ lệ cao, lên đến 45% các UMNMSXD.

BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của u màng não hố sau là ù tai, giảm thính lực hay ù tai, những triệu chứng này thường bị người bệnh bỏ qua. Những triệu chứng khởi phát này thường rất quan trọng để phẫu thuật viên khoanh vùng vị trí khởi phát u. Trong nghiên

cứu này, thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc người bệnh nhập viện là 10 tháng. Những triệu chứng ban đầu thường là đau đầu, ù tai hay giảm thính lực, rối loạn dáng đi, yếu hay tê chi, tê mặt, nôn ói, liệt mặt, co giật nửa mặt. Trong những triệu chứng nêu trên, rối loạn thính lực, đau đầu chóng mặt là ba triệu chứng được người bệnh than phiền nhiều nhất. Trong nghiên cứu của Kane AJ và cs [1], triệu chứng cơ năng được than phiền nhiều nhất là mất thăng bằng, mất thính lực, chóng mặt và ù tai. Giảm thính lực, triệu chứng tiền đình và giảm phản xạ giác mạc là triệu chứng thực thể được ghi nhận nhiều nhất tại thời điểm nhập viện. Triệu chứng của dây V là dấu hiệu chỉ điểm u phát triển vào xoang hang hay lều tiểu não. Triệu chứng lâm sàng tại thời điểm nhập viện là chỉ điểm để phát hiện vị trí phát triển ban đầu của khối u, kích thước, tốc độ phát triển cũng như hướng lan. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân khởi phát bằng chóng mặt, sau đó là triệu chứng đau dây V dữ dội, điều này chỉ ra nhiều khả năng đau dây V là thứ phát do u phát triển chèn vào các rễ thần kinh V. Bên cạnh đó, có đến 5 trường hợp u to nhưng triệu chứng mơ hồ, do đó hình ảnh học cần được chỉ định hợp lý để phát hiện khối u não.

Đường mổ dưới cằm sau xoang xích ma là đường mổ kinh điển để tiếp cận các thương tổn trong vùng góc cầu tiểu não, trong đó có u màng não mặt sau xương đá [3]. Đường mổ này cho phép phẫu thuật viên tiếp cận các thương tổn từ lỗ chẩm đến lều tiểu não, do đó có thể tiếp cận góc bám của u màng não ở vị trí mặt sau xương đá cũng như phần u phát triển vào hố Meckel, lỗ ống tai trong hay lỗ tĩnh mạch cảnh. Do đó, tất cả các trường hợp u màng não mặt sau xương đá trong nghiên cứu này đều được tiến hành thông qua đường mổ dưới cằm sau xoang xích-ma.

Cho đến thời điểm hiện tại, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị tận gốc đối với loại u này, đặc biệt khi u đã gây ra triệu chứng chèn ép các cấu trúc thần kinh gây ra triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, việc phẫu thuật u tận gốc đôi khi cũng gặp khó khăn, nhất là khi u phát triển lâu, làm mất lớp màng nhện phân cách u hay thậm chí là dính chặt vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng. Do đó, tỉ lệ lấy gần trọn u hay lấy u bán phần trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,5%. Phần u còn lại sau mổ sẽ được xạ phẫu gamma knife bổ sung 3 tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu về hiệu quả gamma knife đã chỉ ra rằng tỉ lệ

kiểm soát u màng não vùng sàn sọ lên đến 95% trong 5 năm [4]. Kết quả sau mổ tốt GOS 4, 5 chiếm tỉ lệ cao, đạt 72,5 % lúc xuất viện và tăng lên 95% sau 12 tháng và không có trường hợp tử vong.

Cho đến thời điểm hiện tại, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị tận gốc đối với loại u này, đặc biệt khi u đã gây ra triệu chứng chèn ép các cấu trúc thần kinh gây ra triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, việc phẫu thuật u tận gốc đôi khi cũng gặp khó khăn, nhất là khi u phát triển lâu, làm mất lớp màng nhện phân cách u hay thậm chí là dính chặt vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng. Việc phẫu thuật tách u ra khỏi các cấu trúc này đôi khi là điều không thể, ví dụ như liệt mặt hay điếc sau mổ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống, hay nguy hiểm tính mạng như liệt hầu họng sau mổ có thể dẫn đến viêm phổi hít hay suy kiệt do ăn uống kém [1][2]. Phần u còn lại sau mổ sẽ được xạ phẫu gamma knife bổ sung 3 tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu về hiệu quả gamma knife đã chỉ ra rằng tỉ lệ kiểm soát u màng não vùng sàn sọ lên đến 95% trong 5 năm [4].

KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập dữ liệu trên 40 bệnh nhân u màng não mặt sau xương đá. Mặc dù đây là loại u khó do liên quan

hiều cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng vùng hố sau, tuy nhiên kết quả phẫu thuật đáng khích lệ với tỉ lệ lấy trọn u cao, bảo vệ được các cấu trúc quan trọng và tỉ lệ biến chứng thấp. Sau phẫu thuật, xạ phẫu gamma knife là phương pháp điều trị bổ sung đối với phần u còn lại sau phẫu thuật. Do đó, chúng tôi đề xuất đường mổ này cho tất cả các u màng não mặt sau xương đá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bassiouni H, Hunold A, Asgari S, Stolke D**, Meningiomas of the posterior petrous bone: functional outcomes after microsurgery, J Neurosurg 100:1014–1024, 200.
2. **Kane AJ, Sughrue ME, Rutkowski MJ**, et al.: Clinical and surgical considerations for cerebellopontine angle meningiomas. J Clin Neurosci. 2011, 18:755-59.
3. **Pierre-Hugues Roche**, Decision making for the surgical approach of posterior petrous bone meningiomas, 2011, Neurosurg Focus 30 (5):E11.
4. **Robert M. Starke, James H. Nguyen**, Gamma Knife surgery of meningiomas located in the posterior fossa: factors predictive of outcome and remission, 2011, J Neurosurg 114:1399–1409

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG VỚI Ổ CỐI CHUYỂN ĐỘNG KÉP BẰNG ĐƯỜNG MỔ PHÍA SAU ÍT XÂM LẤN

ĐỖ VŨ ANH, NGUYỄN MẠNH KHÁNH
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối chuyển động kép bằng đường mổ phía sau ít xâm lấn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu: 68 bệnh nhân được

phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng loại hai chuyển động tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2018 và 2019.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ tốt và rất tốt là 89,7%, khá là 8,8%, trung bình 1,5% theo thang điểm Merle D'Aubigné. Không có trường hợp nào trật háng sau mổ. 94,1% bệnh nhân có biên độ gấp háng trên 90°.

Kết luận: Thay khớp háng toàn phần không xi măng với ổ cối chuyển động kép với đường mổ phía sau ít xâm lấn có kết quả khả quan, hạn

Chịu trách nhiệm: Đỗ Vũ Anh
Email: dovuanh061189@gmail.com
Ngày nhận: 16/12/2020
Ngày phản biện: 19/01/2021
Ngày duyệt bài: 04/02/2021