

chậm, hiện tượng này sẽ làm mất tín hiệu trên hình ảnh, dẫn đến giảm chất lượng chẩn đoán. Trong nghiên cứu này giá trị độ nhạy của CHT 3T trong chẩn đoán phình động mạch thông trước và động mạch cảnh trong đoạn thông sau đều đạt được 100%. Giới hạn trường chụp của CHT cũng là một vấn đề. Trường chụp CHT được lấy từ hố sau dưới bản vuông lên đến bờ trên gối và thân thể chai, bao gồm toàn bộ vòng đa giác Willis, động mạch não trước đoạn gần và đoạn xa lên đến gối thể chai, phần trong sọ và ở đoạn cổ cao của các động mạch đốt sống và cảnh trong, lấy được động mạch tiểu não sau dưới. Hầu hết các vị trí của túi phình động mạch não đều nằm trong trường chụp, các túi phình nằm ngoài trường chụp thì hiếm nhưng vẫn có thể có. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp âm tính giả nào do vị trí túi phình nằm ngoài trường chụp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy khả năng của CHT 3T trong việc phát hiện phình mạch nội sọ với độ nhạy, độ chính xác là rất cao. Đây là một phương pháp an toàn, không xâm lấn, là lựa chọn đầu tay rất hiệu quả để tầm soát các túi phình mạch não. Các thông tin về túi phình và các yếu tố liên quan được cung cấp đầy đủ giúp lựa chọn phương pháp và nâng cao được hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn An Thanh.** Luận Án Tiến Sĩ "Giá Trị Ứng Dụng Của Hai Phương Pháp Chụp Cắt Lớp vi Tính Mạch Máu và Cộng Hưởng Từ Mạch Máu Để Đánh

Giá Túi Phình Động Mạch Não". Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2016.

2. **Vũ Đăng Lưu** "Nhận Xét Bước Đầu Điều Trị Can Thiệp Nội Mạch Phình Mạch Não", Luận Văn Tốt Nghiệp Bác Sĩ Nội Trú Bệnh Viện, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2005.
3. **Bracard S, Anxionnat R, Picard L.** Current Diagnostic Modalities for Intracranial Aneurysms. *Neuroimaging Clin N Am.* 2006;16(3):397-411. doi:10.1016/j.nic.2006.05.002.
4. **Housepian E. M. and Pool J. L.** A Systematic Analysis of Intracranial Aneurysms from the Autopsy File of the Presbyterian Hospital, 1914 to 1956. *J Neuropathol Exp Neurol.* 1958. 17(3): P. 409-23.
5. **Li MH, Li YD, Gu BX, et al.** Accurate Diagnosis of Small Cerebral Aneurysms ≤ 5 mm in Diameter with 3.0-T MR Angiography. *Radiology.* 2014;271(2): 553-560. doi:10.1148/radiol.14122770
6. **Mallouhi A, Felber S, Chemelli A, et al.** Detection and Characterization of Intracranial Aneurysms with MR Angiography: Comparison of Volume-Rendering and Maximum-Intensity-Projection Algorithms. *Am J Roentgenol.* 2003;180(1):55-64. doi:10.2214/ajr.180.1.1800055
7. **Osborn AG.** Detection and Characterization of Intracranial Aneurysms with 16-Channel Multidetector Row CT Angiography: A Prospective Comparison of Volume-Rendered Images and Digital Subtraction Angiography. *Yearb Diagn Radiol.* 2007; 2007:332-333. doi:10.1016/S0098-1672(08)70218-2
8. **Toshinori Hirai, MD, Yukunori Korogi, MD, Hidekata Arimura.** PhD, Shigehiko Katsuragawa, PhD, Mika Kitajima, MD, Masayuki Yamura, MD, Yasuyuki Yamashita, MD, and Kunio Doi, PhD. "Intracranial Aneurysms at MP Angiography: Effect of Computer-aided Diagnosis on Radiologists' Detection Performance", *Radiology* 237:605-610, September 22, 2005.
9. **Wolfgang Kluge, Konrad Krestzshmar, Andreas Roesler,** Thomas Grumme Cerebral and Spinal Computed Tomography. 3rd Edition; 107-108, 1998.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U DƯỚI MÀNG TỦY NGOÀI TỦY VÙNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG

Dương Đại Hà¹, Nguyễn Minh Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật u dưới màng tủy ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 trường hợp u dưới màng tủy ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng, được phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh Viện Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2022, có đủ hồ sơ bệnh án và kết quả giải phẫu bệnh là u rên thần kinh tủy và u màng tủy.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi nữ chiếm ưu thế, tỉ lệ nữ/nam: 1,6. Dân số gặp ở người trưởng thành (20-60 tuổi) chiếm 56,5%, tuổi trung bình là 48,87±17,68. U dưới màng tủy ngoài tủy thường gặp nhất là u rên thần kinh tủy chiếm 71,8% và u màng tủy là 28,2%. Vị trí thường gặp ở cột sống ngực 66,7%, đoạn thắt lưng 33,3% . Triệu chứng lâm sàng thường gặp là triệu chứng đau 66,7%, rối loạn cảm giác

¹Trung tâm phẫu thuật Thần kinh BV Việt Đức

²Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: Duongdaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 30.8.2022

66,7%, rối loạn vận động 43,6%. Đặc điểm trên cộng hưởng từ hay gặp là T1W đồng tín hiệu 66,7%, T2W tăng tín hiệu 79,5%, ngấm thuốc mạnh 87,2%. Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng: Khỏi 59%, tiến triển tốt 38,5%, như trước mổ 0%, xấu đi 2,6% và tử vong 0%. **Kết luận:** U dưới màng tủy, ngoài tủy là các u lành tính thường gặp ở người trưởng thành, đa số là u rễ thần kinh tủy. U có vị trí thường gặp ở đoạn cột sống ngực. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt cho người bệnh và ít di chứng.

Từ khóa: U dưới màng tủy, ngoài tủy

SUMMARY

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTIC AND THE RESULTS OF SUBDURAL – EXTRAMEDULLARY TUMORS SURGERY OF THORAC AND LUMBAR

Objective: Describe the clinical, subclinical characteristic and the results of subdural – extramedullary tumors surgery of thorac and lumbar. **Subjects and method:** a prospective cross-sectional descriptive study on 41 patients operated subdural-extramedullary tumor of thorac and lumbar, operated Center for Neurosurgery, Viet Duc hospital from January, 2020 to March, 2022 with pathology neurinoma and meningioma. **Result:** In our study, subdural – extramedullary tumor were usually found higher at the age 20 – 60 years old (56,5%), the average age $48,87 \pm 17,67$. The ratio of female and male was 1,6. The most common type of tumor was neurinoma 71,8% and meningioma 28,2%. 66,7% of tumor were localized in thoracic spine, lumbar region 33,3%. The most frequent symptoms presenting were pain 66,7%, sensory symptoms 66,7%, motor deficits 43,6%. The most common features on magnetic resonance imaging was co-signal intensity on T1-weighted images 66,7%, high signal intensity T2 images 79,5%, signal hyperintensity after contrast administration 87,2%. General surgical outcomes: cured 59%, progressing well 38,5%, unchanged 0%, bad 2,6% and died 0%. **Conclusion:** Subdural – extramedullary tumor were often found in adult. Most of spinal tumors were neurinoma and localized higher at thoracic spine. Surgery had good result.

Key words: Subdural – extramedullary tumor, neurinoma, meningioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy là những tổn thương tăng sinh trong ống tủy, có nguồn gốc từ tế bào thần kinh hoặc từ nơi khác di căn đến, khi tăng sinh chèn ép cấu trúc xung quanh như rễ thần kinh hoặc tủy sẽ gây ra các triệu chứng rối loạn vận động và cảm giác, tùy vị trí của u mà biểu hiện lâm sàng. U tủy là một bệnh không phải hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4 – 6 lần ở người lớn, ở trẻ em tỷ lệ này nhỏ hơn.

Biểu hiện lâm sàng của u tủy thường biểu hiện chung chèn ép rễ giai đoạn đầu và chèn ép

tủy ở giai đoạn tiếp theo. Tuy nhiên triệu chứng thường không điển hình mà chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng để chẩn đoán định khu và cộng hưởng từ là tiêu chuẩn vàng để xác định u tủy sống. Trong các khối u tủy thì u dưới màng tủy, ngoài tủy là những khối u trong ống sống và ngoài tủy có tỉ lệ lành tính cao, tiên lượng thường tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Liệu (2005) phần lớn u dưới màng tủy, ngoài tủy gặp chủ yếu ở đoạn tủy ngực chiếm 56%, tủy thắt lưng chiếm 10%¹. Theo các tác giả Orenn Gittfred, Caroli thì phần lớn u dưới màng tủy, ngoài tủy cũng gặp ở đoạn tủy ngực².

Phẫu thuật lấy toàn bộ u được xem là cách điều trị lý tưởng nhất, tuy nhiên việc chẩn đoán sớm vẫn là một khó khăn hiện nay đối với các PTV thần kinh do bệnh nhân đến với bác sỹ chuyên khoa muộn. Hiện nay với sự giúp đỡ của các phương tiện chẩn đoán hiện đại giúp phát hiện sớm như cộng hưởng từ đối quang, chụp mạch máu tủy số hóa xóa nền, y học hạt nhân (Spect CT, PET/CT...) và các phương pháp phẫu thuật can thiệp tối thiểu, vi phẫu thuật, kính vi phẫu, dao mổ siêu âm, laser, xạ phẫu (Gamma knife, Cyber knife), hóa trị liệu, điện thể gợn theo dõi trong mổ (IOM)... đã mang đến một diện mạo mới cho công tác chẩn đoán, điều trị u tủy nói chung và u dưới màng tủy, ngoài tủy nói riêng tại Việt Nam. Chiến lược và phương pháp điều trị thay đổi, phát triển giúp bảo vệ tối đa chức năng của cột sống và tủy sống.

Không nằm ngoài quy luật đó, tại Bệnh viện Việt Đức việc chẩn đoán sớm u tủy và sử dụng kính hiển vi trong mổ đã có những tiến bộ đáng kể, giúp giảm thiểu tối đa di chứng cho người bệnh, tỷ lệ khỏi bệnh để bệnh nhân trở về với cuộc sống lao động bình thường cao. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u dưới màng tủy, ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng" nhằm mục đích:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u dưới màng tủy, ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật u dưới màng tủy, ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến cứu tại Trung tâm phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2022.

2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả 39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u dưới màng

tủy ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng được phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Việt Đức, có giải phẫu bệnh sau mổ là u rễ thần kinh tủy và u màng tủy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính

Bảng 1. Phân bố về giới

Giới	N	%
Nam	15	38.5%
Nữ	24	61.5%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 15 nam và 24 nữ, tỷ lệ nữ/nam: 1.6, trong đó tỷ lệ nam là 38.5%, nữ chiếm 61.5%.

Tuổi

Bảng 2. Phân bố về tuổi

Tuổi	N	%
< 20 T	2	5.1%
20 - 30 T	5	10.3%
31 - 40T	9	23.1%
41 - 50T	5	10.3%
51 - 60T	5	12.8%
> 60T	15	38.5%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Đa số u tủy gặp ở người trưởng thành 20 – 60 tuổi (56.4%)

Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 3. Triệu chứng đau

Triệu chứng đau	N	%
Không đau	13	33.3%
Đau kiểu rễ	18	46.2%
Đau trong cơ	8	20.5%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Đau là triệu chứng thường gặp chiếm 66.7% gồm đau kiểu rễ và đau trong cơ

Bảng 4. Rối loạn về cảm giác

RL cảm giác	N	%
Không RL cảm giác	13	33.3%
Giảm cảm giác	21	53.8%
Mất cảm giác	1	2.6%
Tăng cảm giác	0	0%
Dị cảm	4	10.3%
Tổng	39	100%

Nhận xét: 26/39 bệnh nhân đến viện vì các rối loạn cảm giác, trong đó giảm cảm giác chiếm tỷ lệ lớn nhất 53,8%.

Bảng 5. Rối loạn vận động

Rối loạn vận động	N	%
Không RL vận động	22	56.4%
Liệt không hoàn toàn	15	38.5%
Liệt hoàn toàn	2	5,1%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Có 17/39 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn chức năng vận động, chiếm 43.6%.

Bảng 6. Rối loạn cơ tròn

RL cơ tròn	N	%
Không rối loạn	31	79.5%
Rối loạn	8	20.5%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Rối loạn cơ tròn là triệu chứng tương đối hiếm gặp, chiếm 20,5% , chủ yếu liên quan đến chức năng đại tiểu tiện.

Vị trí u

Bảng 7. Vị trí khô u tủy

Vị trí u	Ngực	Thắt lưng	Tổng
U rễ thần kinh tủy	N 16	12	28
	% 57.1%	42.9%	100.0%
U màng tủy	N 10	1	11
	% 90.9%	9.1%	100.0%
N	26	13	39
%	66.7%	33.3%	100%

Nhận xét: Phần các lớn u dưới màng tủy ngoài tủy hay gặp ở đoạn tủy ngực chiếm 66,7%, tủy thắt lưng 33,3%, chúng tôi nhận thấy vùng tủy ngực và thắt lưng u hay gặp nhất là u rễ thần kinh tủy còn u màng tủy hay gặp ở vùng tủy ngực.

Kích thước u

Bảng 8. Chiều dài khô u

Kích thước u	N	%
< 1cm	2	5.1%
1-2 cm	24	61.5%
>2cm	13	33.3%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Đa số u có kích thước từ 1-2cm chiếm 61.5%, kể đó là u có kích thước lớn hơn 2cm chiếm 36.3% và 5.1 % u có kích thước nhỏ dưới 1 cm.

Đặc điểm trên cộng hưởng từ

Bảng 9. Đặc điểm tín hiệu của u trên T1W

Tín hiệu	N	%
Tăng tín hiệu	3	7.7%
Đồng tín hiệu	26	66.7%
Giảm tín hiệu	10	25.6%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Đa số u đồng tín hiệu trên T1W chiếm 66,7%.

Bảng 10. Đặc điểm tín hiệu u trên T2W

Tín hiệu	N	%
Tăng tín hiệu	31	75.9%
Đồng tín hiệu	5	12.8%
Giảm tín hiệu	3	7.7%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Đa số u tăng tín hiệu trên T2W chiếm 75.9%

Bảng 11. Tính chất ngấm thuốc của u

Mức độ	N	%
Mạnh	34	87.2%
Vừa	4	10.3%
Ít	1	2.6%
Không ngấm	0	0%
Tổng	39	100%

Nhận xét: U ngấm thuốc mạnh chiếm tỷ lệ lớn 87.2%, không có trường hợp nào không ngấm thuốc.

Bảng 12. Cấu trúc u

Cấu trúc u	N	%
Đồng nhất	33	84.6%
Không đồng nhất	6	15.4%
Tổng	39	100%

Nhận xét: 84.6% u có cấu trúc đồng nhất trên phim chụp.

Kết quả phẫu thuật:

Bảng 13. Kết quả sau mổ 3 tháng với giai đoạn bệnh

Kết quả		Không liệt	Liệt không hoàn toàn	Liệt hoàn toàn	Tổng
Khỏi	N	18	5	0	23
	%	81,8%	33,3%	0%	59%
Tiến triển tốt	N	4	9	2	15
	%	18,2%	60%	100%	38,5%
Như trước mổ	N	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
Xấu đi	N	0	1	0	1
	%	0%	6.7%	0%	2,6%
Tử vong	N	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%

Nhận xét: Giai đoạn không liệt tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá khỏi là 18/22 bệnh nhân, chiếm 81.8%. Số bệnh nhân tiến triển tốt là 4/22 bệnh nhân, chiếm 18.2%. Giai đoạn liệt không hoàn toàn số bệnh nhân khỏi bệnh là 5/15 bệnh nhân, chiếm 33.3%. Số bệnh nhân tiến triển tốt là 9/15 bệnh nhân chiếm 60%. Giai đoạn liệt hoàn toàn không có bệnh nhân nào được đánh giá là khỏi bệnh, tiến triển tốt là 2/2 bệnh nhân đạt 100%.

Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 14. Kết quả giải phẫu bệnh lý

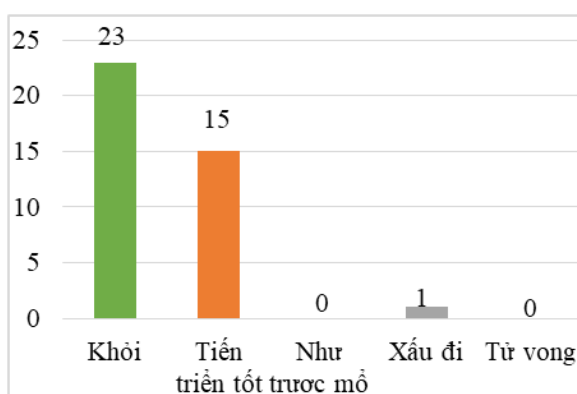
GPB	N	%
U rên thần kinh tủy	28	71.8%
U màng tủy	11	28.2%
Tổng	39	100%

Nhận xét: Số lượng u rên thần kinh tủy chiếm tỷ lệ cao nhất là 30/39 bệnh nhân (71.8%). Tỷ lệ u màng tủy là 11/39 bệnh nhân, chiếm 28.2%.

Biến chứng

Bảng 15. Biến chứng

Biến chứng	N	%
Không biến chứng	38	97.4%



Biểu đồ 1: Kết quả sau mổ 3 tháng

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được đánh giá là khỏi chiếm tỷ lệ cao 59%, tiến triển tốt đạt 38.5%, như trước mổ 0%, xấu đi 2.6% và tử vong 0%.

Chảy máu	0	0%
Dò dịch não tủy	1	2.6%
Nhiễm trùng vết mổ	0	0%
Tổng	41	100%

Nhận xét: Trong số 39 trường hợp u dưới màng tủy ngoài tủy đã được phẫu thuật chúng tôi không ghi nhận nào tổn thương tủy sống và rễ thần kinh trong mổ liên quan đến quá trình phẫu tích và bóc tách khối u. Mất máu trong quá trình bóc lột và mở cung sau cung đáng kể. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp dò dịch não tủy sau mổ liên quan đến quá trình đóng kín màng cứng. Trường hợp này bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa sau 1 tuần và không cần phải can thiệp hay phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 20-60 tuổi, chiếm tỷ lệ 56,5%, tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi, tuổi lớn nhất là 75 tuổi. Tuổi trung bình là 48,87±17,68.

Theo tác giả Nguyễn Hùng Minh (1994) tuổi

hay gặp là từ 20 đến 50 tuổi, chiếm 64,47%³. Theo Nguyễn Văn Liệu (2005) tuổi từ 20 đến 60 tuổi chiếm 72%¹, Vũ Hồng Phong tuổi từ 20-59 tuổi chiếm 78%⁴. Như vậy qua các nghiên cứu đều chỉ ra lứa tuổi hay gặp u dưới màng tủy ngoài là lứa tuổi trưởng thành, lứa tuổi trong độ lao động, do đó việc chẩn đoán sớm và phẫu thuật sớm có vai trò quan trọng trong việc trả lại sức lao động, giảm chi phí, gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt rõ rệt về giới tính giữa nam và nữ (nam 38,5% và nữ 61,5%). Tỷ lệ này cũng tương tự như các tác giả trên thế giới như Nittner K (1992) là không có sự khác biệt về giới, tác giả Vũ Hồng Phong tỷ lệ nam/nữ là 22/28⁴, tác giả Võ Xuân Sơn (1997) tỷ lệ nam/nữ là 18/21⁵.

Triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 68,3% bệnh nhân có triệu chứng đau. Theo Nguyễn Hùng Minh 71% đau xuất hiện và kéo dài trong 6 tháng đầu và đó có thể là triệu chứng duy nhất khiến bệnh nhân đến khám bệnh. Đau trong cơ chiếm 20,5%, bệnh nhân thường than phiền đau mọi vùng cột sống, đau dai dẳng liên tục có khi tăng hơn về đêm, đáp ứng ít với thuốc giảm đau, nhiều trường hợp đau nhiều năm trước khi có biểu hiện triệu chứng khác. Bệnh nhân có đau kiểu rễ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 46,2%. Lâm sàng biểu hiện đau là đau thắt theo hướng các rễ thần kinh chi phối với tính chất đau thắt, đau trong sâu, thời gian đau lâu và rất trung thành với sự phát triển của bệnh. Điều này giải thích có những bệnh nhân thời diễn biến bệnh tới nhiều năm mà vẫn có biểu hiện đau rễ. Điều này cũng phù hợp với nhận xét của một số tác giả. Đau có tính chất nhức nhối, đặc biệt đau tăng khi gắng sức như làm các động tác ho rặn, lúc này biểu hiện đau nhói lên và lan theo rễ thần kinh rất rõ. Mức độ đau của bệnh nhân tăng lên là hình ảnh gián tiếp sự phát triển của khối u trong ống sống. Tuy nhiên trên thực tế lâm sàng cần phân biệt triệu chứng đau với một số bệnh. Kết quả nghiên cứu qua bảng 4 cho thấy biểu hiện rối loạn cảm giác gặp ở 66,7% bệnh nhân. Hình thức rối loạn cảm giác hay gặp là giảm cảm giác chiếm 53,8%, các hình thức khác ít gặp hơn. Theo một số tác giả trong và ngoài nước thì biểu hiện rối loạn cảm giác 66% đến 80% số bệnh nhân. Trong 39 trường hợp nghiên cứu khi thăm khám lâm sàng chúng tôi thấy có 56,4% bệnh nhân không có rối loạn vận động, 43,6% có biểu hiện rối loạn vận động ở các mức độ khác nhau. Kết quả của chúng tôi có chút khác biệt với tác giả Nguyễn Hùng Minh có 86,6% bệnh nhân có

rối loạn vận động ở các mức độ khác nhau.

Cộng hưởng từ. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phần lớn các u dưới màng cứng ngoài tủy có hình ảnh đồng tín hiệu trên T1W chiếm tỷ lệ 66,7%, 25,6% giảm tín hiệu và tăng tín hiệu chiếm tỷ lệ nhỏ 7,7%. Theo các tác giả Masumoto S, Hasuko K, Uchino A (1993) thì phần lớn các u trong ống sống như u màng tủy, u tế bào Schwann đồng tín hiệu trên T1W⁶, trên T2W tăng tín hiệu chiếm tỷ lệ 79,5%, 12,8% đồng tín hiệu và chỉ 7,7% giảm tín hiệu. Theo các tác giả Masumoto S, Hasuko K, Uchino A u rễ thần kinh tủy 81,1% tăng tín hiệu trên T2.

Giải phẫu bệnh và vị trí u. Nghiên cứu giải phẫu bệnh của 39 bệnh nhân cho thấy u rễ thần kinh tủy chiếm tỷ lệ lớn nhất 71,8% và u màng tủy chiếm 28,2%. Chúng tôi nhận thấy u màng tủy hay gặp hơn ở vùng tủy ngực chiếm tỷ lệ 90,9%, còn với u rễ thần kinh tủy thì tỷ lệ ở vùng tủy ngực là 57,1%, kể đó là vùng thắt lưng là 42,9%.

Kích thước u. Chiều dài u trong nghiên cứu của chúng tôi đa số từ 1-2cm chiếm 61,5%, trên 2cm chiếm 33,3%. Kết quả này không khác biệt với Oumar có kích thước u trung bình 2,4cm, dao động từ 1,7-3,6cm. Kết quả của chúng tôi cũng không khác biệt kết quả theo Lương Việt Hòa (2014)⁷.

Kết quả phẫu thuật. Trong số 39 bệnh nhân khám lại chúng tôi thấy: 23 bệnh nhân được đánh giá là khỏi hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 59%. Những bệnh nhân trong nhóm này toàn trạng tốt lên so với trước mổ, hết đau, sẹo mổ liền tốt. Vận động và cảm giác phục hồi hoàn toàn sau mổ, bệnh nhân tự đi lại được. 15 bệnh nhân tiến triển tốt chiếm 38,5%, những bệnh nhân này có sẹo liền tốt, giảm hoặc hết triệu chứng đau, vận động phục hồi được và có tiến triển qua quá trình tập luyện, phục hồi cảm giác gần như hoàn toàn, phục hồi cơ tròn. Có 1 bệnh nhân tiến triển xấu hơn chiếm 2,6%, bệnh nhân này không có phục hồi về vận động, cảm giác có thể phục hồi song không đáng kể, bệnh nhân đi lại khó khăn hơn so với trước mổ. Không có trường hợp nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

U dưới màng tủy, ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng đa số là các u lành tính, thường gặp ở người trưởng thành (20-60 tuổi), gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam: 1,6). Vị trí u thường gặp ở vùng tủy ngực, trong đó u rễ thần kinh tủy chiếm tỷ lệ lớn 71,8%, u màng tủy hay gặp ở vùng tủy ngực hơn. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt cho người bệnh và ít di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nguyễn Văn Liệu (2005).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán u trong ống sống lành tính, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 2. Gottfried ON, Gluf W, Quinones-Hinojosa A, Kan P, Schmidt MH.** Spinal meningiomas: surgical management and outcome. *Neurosurg Focus*. 2003;14(6):e2. doi:10.3171/foc.2003.14.6.2
- 3. Nguyễn Hùng Minh (1994).** Nghiên cứu chẩn đoán sớm và điều trị ngoại khoa u tuỷ tại bệnh viện 103, Luận án PTS y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
- 4. Vũ Hồng Phong.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u thần kinh tuỷ tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- 5. Trương Văn Việt, Võ Xuân Sơn.** Áp dụng đường mổ bên ngoài khoang trong điều trị phẫu thuật cột sống hình quả tạ đôi. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 6(1),30-34.
- 6. Matsumoto S, Hasuo K, Uchino A, et al.** MRI of intradural-extramedullary spinal neurinomas and meningiomas. *Clin Imaging*. 1993;17(1):46-52. doi:10.1016/0899-7071(93)90013-d
- 7. Lương Việt Hòa và cs.** Kết quả điều trị phẫu thuật u dưới màng cứng ngoài tuỷ tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 18,59-62.

SỐNG THÊM TOÀN BỘ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN IV ĐIỀU TRỊ KHÁNG EGFR SAU HÓA CHẤT BƯỚC MỘT

Lê Thanh Đức*, Bùi Thị Thu Hoài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV được điều trị kháng EGFR sau hóa chất bước một. **Đối tượng nghiên cứu:** 40 BN được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV, được điều trị erlotinib đường uống sau 4-6 chu kì hóa trị bộ đôi có platinum từ 1/2016 đến 06/2022 tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Thời gian STTB trung bình là 29,4 ± 2,4 tháng, trung vị là 27 ± 4,5 tháng. Thời gian STTB cao hơn ở nhóm bệnh nhân có đột biến EGFR ở exon 19 và có tác dụng phụ trên da ở bệnh nhân UTPKTBN. **Kết luận:** Erlotinib giúp cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và có liên quan đến vị trí đột biến EGFR và tác dụng phụ trên da.

Từ khóa: Sống thêm toàn bộ, yếu tố ảnh hưởng, ung thư phổi, kháng EGFR.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL AND SOME FACTORS AFFECTING IN STAGE IV LUNG CANCER TREATED ANTI-EGFR AFTER FIRST-LINE CHEMOTHERAPY

Aims: Evaluation of the overall survival time and some factors affecting the overall survival in stage IV non-small cell lung cancer patients treated with anti-EGFR after first-line chemotherapy. **Research subject:** 40 patients were diagnosed stage IV non-small cell lung cancer, received oral erlotinib after 4-6

cycles platinum-containing regimen chemotherapy at National Cancer Hospital from January 2016 to June 2022. **Patients and Methods:** Retrospective combined prospective study. **Results:** The average OS was 29,4 ± 2,4 months, the median OS was 27 ± 4,5 months. Higher OS in patients have EGFR-mutated gene in exon 19 and skin side effects in patients with NSCLC. **Conclusion:** Erlotinib improves overall survival and is related to EGFR mutation site and skin side effects.

Keywords: Overall survival, factors affecting, lung cancer, anti-EGFR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Điều trị UTP giai đoạn muộn là điều trị toàn thân do tính chất lan tràn của bệnh. Trước đây, điều trị UTP giai đoạn muộn (giai đoạn IIIB-IV hay tái phát, di căn) hoá trị toàn thân là phương pháp điều trị chủ yếu, giúp kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân [1]. Trong những năm gần đây, những tiến bộ trong điều trị dựa trên sinh học phân tử đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả điều trị UTP giai đoạn muộn [2],[3]. Các thuốc điều trị nhắm vào đích phân tử của tế bào cho hiệu quả cao nhờ tính chọn lọc trên từng cá thể và hạn chế độc tính trên tuỷ xương so với thuốc gây độc tế bào. Vai trò của erlotinib đã được khẳng định giúp kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ (STTB) và sống thêm không tiến triển cho BN ung thư phổi không tế bào nhỏ, kể cả điều trị ngay từ đầu hay sau khi điều trị hóa chất bước một, đặc biệt trên bệnh nhân có đột biến EGFR [4],[5]. Hiện nay, chưa có nhiều

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 29.8.2022