

phức tạp hơn ở đại trực tràng. Tỷ lệ sống không bệnh đạt 88,2%, cho thấy phẫu thuật không chỉ kéo dài sự sống mà còn có thể loại bỏ hoàn toàn tổn thương ác tính. Mất thông tin chỉ 13%, giúp tăng độ tin cậy cho kết luận.

Biểu đồ Kaplan–Meier cho thấy đường cong sống ổn định 12 tháng đầu, giảm nhẹ sau 18–24 tháng, trùng với các trường hợp tử vong hoặc mất theo dõi. Tỷ lệ sống cao sau 24 tháng cho thấy nhiều bệnh nhân có thể sống lâu dài nếu vượt qua giai đoạn sau mổ.

## V. KẾT LUẬN

Trong số 23 bệnh nhân ung thư tiêu hóa từ 90 tuổi trở lên được phẫu thuật có đặc điểm lâm sàng nổi bật là tỷ lệ bệnh lý kèm theo cao (65,2%) và tình trạng frailty chiếm đa số (91,5%). Ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ lớn nhất (82,6%) và phẫu thuật triệt căn được thực hiện ở 73,9% trường hợp. Phẫu thuật chủ yếu được tiến hành theo chương trình (mổ phiên) và qua đường mổ mở. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (8,7%, gồm 2 ca viêm phổi), không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày hậu phẫu. Về tiên lượng sống, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng sau mổ lần lượt đạt 88,7% và 76,0%, với thời gian sống thêm trung bình là 32,4 tháng.

Những kết quả này cho thấy việc lựa chọn

chỉ định phẫu thuật phù hợp và chăm sóc chu phẫu tích cực có thể mang lại lợi ích sống còn cho nhóm BN rất cao tuổi mắc ung thư tiêu hóa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., et al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157.
2. Sudlow A., Tuffaha H., Stearns A., et al. (2018). Outcomes of surgery in patients aged  $\geq 90$  years in the general surgical setting. *Annals*, 100(3), 172–177.
3. Siam B., Cooper L., Orgad R., et al. (2022). Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older: A retrospective cohort study. *Surgery*, 171(5), 1365–1372.
4. Horiuchi A., Akehi S., Fujiwara Y., et al. (2024). Predictors of emergency abdominal surgery for patients aged 90 years or older: A retrospective study. *Surgery Open Science*, 20, 140–144.
5. Racz J., Dubois L., Katchky A., et al. (2012). Elective and emergency abdominal surgery in patients 90 years of age or older. *Can J Surg*, 55(5), 322–328.
6. Pelavski A.D., Lacasta A., Rochera M.I., et al. (2011). Observational study of nonagenarians undergoing emergency, non-trauma surgery. *Br J Anaesth*, 106(2), 189–193.
7. Arenal J.J., Teresa G. de, Tinoco C., et al. (2007). Abdominal Surgery in Nonagenarians: Short-Term Results. *Surg Today*, 37(12), 1064–1067.
8. Clegg A., Young J., Iliffe S., et al. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO ĐƯỜNG GIỮA VÀ CẠNH ĐƯỜNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tất Đặng<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Hào<sup>1</sup>,  
Phạm Quỳnh Trang<sup>1</sup>, Vũ Tân Lộc<sup>1</sup>, Khổng Ngọc Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật khối dị dạng động tĩnh mạch não (AVM) đường giữa và cạnh đường giữa, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 39 trường hợp AVM đường giữa và cạnh đường giữa đã được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam: nữ là 29:10, tuổi trung bình là 38,8 (14-77 tuổi). Tỷ lệ AVM vỡ là 71,8%. 13 bệnh nhân (33,3%) được nút mạch trước mổ. Kết quả tốt là 32/39 trường hợp (82,1%). **Kết luận:** Kết quả điều trị tốt chiếm tỉ lệ cao. Can

thiệp nút mạch trước mổ đối với những khối AVM độ III trở lên theo Spetzler-Martin, phẫu thuật với đường mổ xương rộng qua đường giữa, mở rộng khe liên bán cầu và tận dụng trọng lực tự nhiên giúp cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** AVM đường giữa, AVM cạnh đường giữa, can thiệp nút mạch.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF MIDLINE AND PARAMEDIAN CEREBRAL ARTERIOVENOUS MAL FORMATIONS AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** To evaluate surgical outcomes and to analyze management strategies of midline and paramedian AVMs. **Methods:** Retrospective study of 39 patients diagnosed with midline and paramedian AVM underwent surgical operation at Bach Mai hospital from Jan, 2023 to April, 2024. **Results:** 29 male and 10 female patients with mean age of 38,8 (14-77 years old). 71,8% of cases were ruptured AVMs. 13 patients (33,3%) had pre-operative

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tất Đặng

Email: tatdang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 12.8.2025

endovascular embolization of AVM. 32 out of 39 patients had favorable surgical outcome. **Conclusions:** Most of patients had favorable surgical outcome. Management strategies for midline and paramedian AVMs includes pre-operative endovascular AVM embolization for Spetzler-Martin grade III or higher, craniotomy crossing the midline, wide opening of the interhemispheric fissure and using gravity retraction. **Keywords:** midline and paramedian AVMs, endovascular embolization.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (Arteriovenous Malformation – AVM) là một bất thường mạch máu bẩm sinh, trong đó có sự kết nối bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch trong não mà không đi qua qua hệ mao mạch. Đây là một bệnh lý nguy hiểm vì có thể dẫn đến xuất huyết não, co giật hoặc các biến chứng thần kinh nghiêm trọng. Nhờ sự phát triển và phổ biến của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, AVM ngày càng được phát hiện và điều trị nhiều. Phẫu thuật vi phẫu lấy khối dị dạng được chỉ định cho các khối AVM độ thấp theo phân loại Spetzler-Martin. Đối với các khối AVM độ III và IV, can thiệp nút mạch trước phẫu thuật có thể giúp quá trình phẫu tích thuận lợi hơn, giảm thiểu biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị [1], [2].

AVM đường giữa và cạnh đường giữa khoảng hơn 1/3 tổng số AVM [3], [4]. AVM đường giữa là những khối dị dạng nằm ở mặt trong của bán cầu đại não và lộ ra ở khe liên bán cầu; hoặc nằm ở thể chai hoặc vách trong suốt. AVM cạnh đường giữa nằm ở cả mặt trong và mặt bên của bán cầu đại não. AVM cạnh đường giữa chia sẻ nhiều đặc điểm của AVM đường giữa nông, nhưng cũng có những khác biệt về đặc điểm động mạch cấp máu cho khối. Ngoài nguồn cấp máu từ nhánh của động mạch não trước và/hoặc động mạch não sau, AVM cạnh đường giữa còn được cấp máu từ nhánh của động mạch não giữa. Đặc biệt, những khối AVM lớn cạnh đường giữa vùng đỉnh chẩm có thể được cấp máu từ cả ba nguồn động mạch chính này, khiến cho phẫu thuật trở nên khó khăn hơn.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu phân tích chiến lược điều trị và đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật đối với AVM đường giữa và cạnh đường giữa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả lâm sàng cắt ngang, hồi cứu, dựa trên hồ sơ bệnh án, phim chụp trước-sau mổ và kết quả khám lại bệnh nhân sau mổ. Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân có AVM đường giữa hoặc cạnh đường giữa đã được điều trị

phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2024. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phải được chẩn đoán dựa trên phim cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) hoặc chụp mạch số hóa xóa nền (DSA), được phẫu thuật lấy khối dị dạng và có kết quả giải phẫu bệnh là dị dạng mạch não, được chụp MSCT kiểm tra sau mổ và khám lại sau ít nhất 6 tháng.

Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên bảng phần độ Rankin cải tiến (mRS), so sánh trước mổ và thời điểm khám lại cuối cùng (sau ít nhất 6 tháng). Bệnh nhân có cải thiện khi điểm mRS không thay đổi hoặc giảm so với trước mổ ( $\Delta mRS \leq 0$ ), xấu đi nếu điểm mRS tăng lên ( $\Delta mRS > 0$ ). Điểm mRS cuối cùng từ 0-2 được coi là kết quả tốt, từ 3-6 là kết quả xấu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2024, 39 bệnh nhân được chẩn đoán AVM đường giữa hoặc cạnh đường giữa đã được phẫu thuật và đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, gồm 29 nam và 10 nữ với tuổi trung bình là 38,8 (từ 14 đến 77 tuổi).

**Đặc điểm lâm sàng.** 28 bệnh nhân (chiếm 71,8%) được đưa vào viện với triệu chứng của xuất huyết não như đau đầu đột ngột, buồn nôn/nôn, rối loạn tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú. 5 bệnh nhân nhập viện trong tình trạng hôn mê (GCS < 9 điểm). Đối với những trường hợp AVM chưa vỡ (11 bệnh nhân), 9 bệnh nhân vào viện do đau đầu, 3 trường hợp có cơn co giật.

**Đặc điểm của khối AVM đường giữa và cạnh đường giữa.** Theo phân loại của Kim và Lawton (2011) [4], AVM đường giữa được phân loại thành 5 vùng theo vị trí giải phẫu. Rãnh đại được lấy làm mốc phân chia khối ở nông và sâu. Các khối AVM đường giữa sâu được chia thành sâu trước và sâu sau dựa theo nửa trước và sau của thể chai. Các khối AVM nông được chia thành 3 loại: nông trước, nông giữa và nông sau dựa theo khớp trán đỉnh ở trước và phần lên của rãnh đại ở phía sau. AVM cạnh đường giữa được phân chia thành 3 vùng trán, đỉnh, chẩm tương ứng với vị trí của khối.

**Bảng 1. Phân loại khối AVM theo vị trí**

Phân loại		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
AVM cạnh đường giữa	Trán	3	7,7
	Đỉnh	6	15,4
	Chẩm	8	20,5
AVM đường giữa	Nông trước	7	17,9
	Nông giữa	3	7,7
	Nông sau	6	15,4
	Sâu trước	3	7,7
	Sâu sau	3	7,7

**Nhận xét:** Các khối AVM vùng chằm (AVM cạnh đường giữa chằm và AVM đường giữa nông sau) chiếm tỉ lệ cao nhất với 35,9%. AVM sâu chiếm 15,4%.

**Bảng 2. Phân độ AVM theo Spetzler-Martin**

Độ Spetzler-Martin	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Độ I	9	23,1
Độ II	17	43,6
Độ III	8	20,5
Độ IV	5	12,8
Độ V	0	0

**Nhận xét:** Khối AVM độ II theo Spetzler-Martin chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,6%. 13 bệnh nhân có AVM độ III hoặc độ IV (chiếm 33,3%).

**Bảng 3. Đặc điểm chảy máu và biến chứng do AVM vỡ**

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ % (n=28)
Máu tụ trong nhu mô	26	92,8
Máu tụ trong não thất	8	28,6
Máu tụ khoang dưới nhện	2	7,1
Giãn não thất	1	3,6
Đường giữa di lệch	5	17,8

**Nhận xét:** Trong 28 trường hợp AVM đã vỡ thì máu tụ trong nhu mô là hình thái thường gặp nhất với 92,8%. Máu tụ trong não thất chiếm tỉ lệ ít hơn, một số trường hợp có biến chứng giãn não thất hoặc hiệu ứng khối do máu tụ.

**Kết quả phẫu thuật.** 5 trường hợp được mổ cấp cứu do có máu tụ lớn trong nhu mô và giãn não thất do máu tụ trong não thất, trong đó 3 bệnh nhân được mổ lấy khối AVM ngay thì đầu, 2 bệnh nhân chỉ mổ lấy máu tụ, giải tỏa não, dẫn lưu não thất cấp cứu và mổ lấy khối AVM thì hai. Các trường hợp AVM độ III và độ IV (13 bệnh nhân, chiếm 33,3%), can thiệp nút mạch trước mổ được chỉ định nhằm nút các nguồn cấp máu chính cho khối và tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật. Hầu hết các trường hợp có kết quả phẫu thuật tốt (Bảng 4). Không có ca bệnh tử vong trong nghiên cứu.

**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật theo mRS**

mRS	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
0	2	82,1
1	14	
2	14	
3	5	17,9
4	3	
5	0	
6	0	

Tất cả 31 bệnh nhân được chụp mạch não kiểm tra sau mổ (MSCT hoặc DSA), không có trường hợp tồn dư AVM trên phim chụp kiểm tra. Có 3 trường hợp bệnh nhân xuất hiện liệt nửa

người không hoàn toàn sau mổ, đều là các trường hợp AVM cạnh đường giữa đỉnh hoặc AVM đường giữa thuộc nhóm nông giữa.

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật AVM đường giữa và cạnh đường giữa là một thách thức do các đặc điểm riêng liên quan đến các cấu trúc giải phẫu dọc theo khe liên bán cầu [4]. Thứ nhất, về đặc điểm động mạch cấp máu, AVM đường giữa và cạnh đường giữa thường được cấp máu bởi các nhánh của động mạch não trước và/hoặc động mạch não sau. Chúng thường nằm ở sâu và trong nhiều trường hợp, chỉ có thể tiếp cận được ở giai đoạn sau của quá trình phẫu tích [4]. Nguồn nuôi từ động mạch não trước lại thường là các nhánh bên nên cần phân biệt rõ ràng với các nhánh mạch lành để tránh làm thiếu máu nhu mô não. Đối với AVM cạnh đường giữa còn được cấp máu thêm từ động mạch não giữa. Thứ hai, tĩnh mạch dẫn lưu của khối AVM đổ về xoang dọc trên và các tĩnh mạch cầu có thể cản trở việc tiếp cận vào khe liên bán cầu hoặc bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật, nhất là trong trường hợp khối AVM ở sâu. Thứ ba, AVM đường giữa và cạnh đường giữa có thể nằm ở những vùng não chức năng như vùng cảm giác, vùng vận động, vùng thị giác, thể chai nên cần được phẫu tích tỉ mỉ để tránh tổn thương nhu mô não. Ngoài ra, những khối AVM đã vỡ có thể gây khó khăn do não phù hoặc khối vỡ lại trong mổ.

Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả tốt trong nghiên cứu là 82,1%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Quỳnh Trang (87,7%) [5] và Kim (86,4%) [4]. Những trường hợp kết quả điều trị xấu thường liên quan đến khối AVM có phân độ Spetzler-Martin cao và/hoặc khối nằm ở vùng đỉnh (AVM cạnh đường giữa đỉnh-chằm hoặc AVM đường giữa nhóm nông giữa). Những khối AVM vùng đỉnh thường có nguồn cấp máu phong phú hơn, từ động mạch não trước, não sau, và thậm chí động mạch não giữa, các nhánh xiên từ sâu xuất phát từ ĐM bèo vên và từ đám rối mạch mạc trong não thất. Những khối AVM này cũng thường nằm sát hoặc nằm trong vùng vỏ não vận động và cảm giác, khiến cho nguy cơ khiếm khuyết thần kinh cao hơn so với những khối AVM ở vị trí khác.

Can thiệp nút mạch khối AVM trước mổ mang lại nhiều lợi ích trong quá trình phẫu tích và cải thiện kết quả sau mổ [1]. AVM đường giữa thường có nguồn động mạch nuôi ở sâu, nút mạch giúp kiểm soát các nguồn nuôi dễ dàng hơn và hạn chế chảy máu trong mổ. Khối AVM

canh đường giữa vùng đỉnh-chẩm thậm chí có thể được cấp máu từ cả 3 nguồn ĐM não trước, ĐM não giữa và ĐM não sau, do đó việc nút mạch tiền phẫu càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân AVM độ III và độ IV đều được chỉ định nút mạch trước mổ.

Một số biện pháp được áp dụng trong quá trình phẫu thuật giúp cho việc bộc lộ khe liên bán cầu dễ dàng hơn. Cửa sổ xương được mở rộng rãi, vượt quá đường giữa, vạt màng cứng mở sát xoang dọc trên và lật sang bên đối diện. Những trường hợp có máu tụ trong nhu mô não do AVM đã vỡ, việc lấy máu tụ trước khi phẫu tích vào khối làm giảm phù não, tạo thuận lợi khi tiếp cận vào khe liên bán cầu. Ngoài ra, hút bớt dịch não tủy ở các bể dịch quanh thể chai hoặc đặt dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng trước mổ giúp xẹp não, thuận tiện cho phẫu tích tiếp cận khối AVM.

Khi tiếp cận những khối AVM đường giữa sâu, quanh thể chai, việc mở rộng khe liên bán cầu là yếu tố quan trọng để tạo đường vào an toàn và hiệu quả, giúp bộc lộ rõ khối dị dạng và các nguồn nuôi. Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng sang phía có tổn thương, xoang dọc trên nằm theo phương ngang giúp tận dụng trọng lực để tạo khoảng trống tự nhiên tại khe liên bán cầu, làm rộng phẫu trường, hạn chế việc vén não, từ đó giảm thiểu tổn thương não lành, hạn chế phù não và chảy máu [6].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nút mạch trước mổ mang lại hiệu

quả đối với những khối AVM độ III và độ IV. Chiến lược quan trọng trong phẫu thuật AVM đường giữa và cạnh đường giữa bao gồm đường mở xương rộng quá đường giữa và tận dụng trọng lực để mở rộng khe liên bán cầu. Khối AVM cạnh vùng vỏ não vận động cảm giác có nguy cơ biến chứng thần kinh cao hơn. Kết quả phẫu thuật tốt đối với AVM đường giữa và cạnh đường giữa chiếm tỉ lệ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Quỳnh Trang** (2021), Nghiên cứu điều trị dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phối hợp nút mạch và phẫu thuật, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Spetzler R.F., btv.** (2015), Comprehensive management of arteriovenous malformation of the brain and spine, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
3. **Lawton M.T., Rutledge W.C., Kim H. và cộng sự.** (2015). Brain arteriovenous malformations. Nat Rev Dis Primer, 1(1), 15008.
4. **Kim Y.B., Young W.L., và Lawton M.T.** (2011). Parafalcine and midline arteriovenous malformations: surgical strategy, techniques, and outcomes: Clinical article. J Neurosurg, 114(4), 984–993.
5. **Phạm Quỳnh Trang, Nguyễn Thế Hào, và Trần Trung Kiên** (2019). Kết quả điều trị phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não đường giữa. Tạp Chí Hồ TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 23(3), 58–61.
6. **García-García S., González-Sánchez J.J., Gandhi S. và cộng sự.** (2018). Contralateral Transfalcine Versus Ipsilateral Anterior Interhemispheric Approach for Midline Arteriovenous Malformations: Surgical and Anatomical Assessment. World Neurosurg, 119, e1041–e1051.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN NHẠY CẮT TINH HOÀN BẰNG LIỆU PHÁP TRIỆT ANDROGEN KẾT HỢP DOCETAXEL TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phan Minh Tâm<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Đăng<sup>2</sup>, La Vân Trường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn bằng liệu pháp triệt androgen kết hợp docetaxel. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo

dõi dọc thực hiện trên 60 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến tiền liệt di căn nhạy cắt tinh hoàn bằng liệu pháp triệt androgen (ADT) kết hợp docetaxel tại bệnh viện TWQĐ 108 từ 1/1/2022 đến 1/1/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 71,7 tuổi (52 - 88 tuổi). Triệu chứng đau xương (43,3%), đi khó (80%), bí đái (31,7%). Tỷ lệ BN có thời gian chẩn đoán trên 6 tháng (38,3%). Tỷ lệ BN có nồng độ t-PSA > 100ng/ml (60%), điểm ECOG phần lớn 1 điểm (58,3%). Điểm gleason ≥ 8 điểm chiếm ưu thế (73,3%). Có di căn xương (88,3%). Thể tích di căn lớn chiếm đa số (81,7%), thể tích di căn nhỏ (18,3%). BN cắt tinh hoàn ngoại khoa (58,3%), cắt tinh hoàn nội khoa (41,7%). Đáp ứng PSA đạt 100% (giảm ≥50% PSA nền). Trung vị PSA

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Tâm

Email: bsminhtam12@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2025

Ngày duyệt bài: 11.8.2025