

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO RÃNH KHỨU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đoàn Văn Ánh¹, Dương Đại Hà^{2,3}, Phạm Quỳnh Trang⁴
Phạm Hoàng Anh^{2,3}, Phạm Tuấn Dũng³, Đồng Văn Hệ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật u màng não rãnh khứu tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu 41 bệnh nhân u màng não rãnh khứu được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** 41 bệnh nhân u màng não rãnh khứu được phẫu thuật sử dụng hệ thống kính vi phẫu trong đó 30 nữ (73,2%), 11 nam (26,8%); tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1; tuổi trung bình 55,7±10,8, nhóm tuổi 46-60 có tỷ lệ cao nhất (51,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (80,5%), giảm thị lực (34,1%), thay đổi tâm thần (43,1%), giảm/mất khứu giác (24,4%). Kích thước u trung bình 40,0±14,2 mm. Phẫu thuật lấy hết u (Simpson II) là 73,2%, lấy một phần u (Simpson IV) chiếm 26,8%. Sau mổ: khứu giác cải thiện 10,0%, không thay đổi 12,5%, xấu hơn 7,5%. Thị lực cải thiện 20,0%, không thay đổi 12,5%. Biến chứng sau mổ 12,2%: Tử vong 2,4%, phù não 4,9%, viêm màng não 2,4%, chảy máu 2,4%. **Kết luận:** Tuổi trung bình bệnh nhân u màng não rãnh khứu là 55,7±10,8, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1. Kích thước u trung bình là 40,0±14,2 mm. Phẫu thuật phần lớn lấy hết u (Simpson II) chiếm tỷ lệ 73,2%, lấy một phần u (Simpson IV) chiếm 26,8%. Tỷ lệ biến chứng 12,2%.

Từ khóa: u màng não rãnh khứu, u màng não nền sọ tầng trước, phẫu thuật vi phẫu.

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF OLFACTORY GROOVE MENINGIOMAS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluating of surgical result of olfactory groove meningiomas (OGM) at Viet Duc hospital. **Methods:** Retrospective and prospective descriptive study of 41 patients with olfactory groove meningiomas operated from 01/2023 to 6/2025 at Viet Duc hospital. **Results:** 41 patients with OGM were operated using an operating microscope, including 30 females (73.2%) and 11 males (26.8%); The ratio of females to males was approximately 2.7/1; the average age was 55.7±10.8 years old, the 46-60 age group had the highest rate of 52.1%. The most common presenting symptoms were headache (80.5%), visual changes (34.1%), cognitive changes

(34.1%) and altered olfaction (24.4%). The mean tumor diameter was 40.0 ± 14.2 mm. Gross total resection (Simpson Grades II) was achieved in 73.2%, and subtotal resection (Grades IV) was reported in 26.8%. Following surgery, 10.0% achieved improved olfaction, no olfaction change for 12.5% and worsening of olfaction 7.5%. Visual improvement was note in 20.0%, with 12.5% showing no change. Postoperative complication 12,2%: mortality 2.4%, cerebral edema 4,9%, meningitis 2.4%, and hemorrhage 2.4%. **Conclusion:** The mean age of patients with olfactory groove meningiomas was 55.7±10.8 years, with a female-to-male ratio of approximately 2.7:1. The mean tumor diameter was 40.0±14.2 mm. Gross total resection (Simpson Grades II) was achieved in 73.2%, and subtotal resection (Grades IV) was reported in 26.8%. The complication rate was 12.2%.

Keywords: olfactory groove meningiomas, anterior skull base meningiomas, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não rãnh khứu (Olfactory groove meningiomas), được phân loại trong nhóm u màng não nền sọ tầng trước theo phân loại của tổ chức y tế thế giới (WHO). U phát sinh từ tế bào màng nhện dọc theo mảnh sàng và khớp trán bướm, có thể phát triển mở rộng sang hai bên và đẩy thùy trán lên trên. Theo nghiên cứu u màng não rãnh khứu chiếm khoảng 6–10%, và trong một số trường hợp nhất định, lên tới 18% u màng não nội sọ trong thực hành lâm sàng [1].

Chẩn đoán u màng não rãnh khứu dựa trên bệnh sử, khám thực thể và chẩn đoán hình ảnh. Biểu hiện lâm sàng của u màng não rãnh khứu là do sự đè ép của u vào cấu trúc thần kinh và các vùng lân cận bao gồm: giảm khứu giác, giảm thị giác, thay đổi nhận thức, đau đầu và co giật... Chụp cộng hưởng từ sọ não là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u màng não. Với u màng não rãnh khứu, cộng hưởng từ còn xác định thêm được sự lan rộng các hướng của u nhất là về phía sau, sự lan rộng của u vào xoang sàng, sự liên quan của u với thần kinh thị, giao thoa thị giác và đặc biệt khảo sát được sự đẩy lệch, chèn ép hay xâm lấn của u đối với động mạch não trước.

Đối với các khối u màng não phát triển nhanh, khối u lớn hoặc bệnh nhân có triệu chứng, phẫu thuật là phương pháp điều trị lựa chọn hàng đầu, có thể điều trị triệt để khối u. Mức độ cắt bỏ và mức độ mô học là một trong các yếu tố tiên lượng tỷ lệ tái phát của u màng não [2].

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: duongdaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

Ngày nay, nhờ có sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, các phương tiện phẫu thuật đã cho phép chẩn đoán, xác định chính xác vị trí, kích thước khối u từ đó trợ giúp cho phẫu thuật viên trong việc lựa chọn đường vào tối ưu, cắt bỏ khối u dễ dàng và triệt để hơn, hạn chế các biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, theo báo cáo, tổng cộng có 27% bệnh nhân phẫu thuật u màng não rãnh khúu gặp phải một số biến chứng như rò rỉ dịch não tủy, co giật, nhiễm trùng, liệt dây thần kinh sọ não thoáng qua, giãn nở thất. Trong đó có 4,7% bệnh nhân có các biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng bao gồm: xuất huyết, nhồi máu thiếu máu cục bộ, phù não ác tính [1]. Nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ biến chứng sau mổ u màng não rãnh khúu chiếm 9,4%, trong đó biến chứng hay gặp là viêm màng não và rò rỉ dịch não tủy [3]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật, rút ra các kinh nghiệm thực tế liên quan đến các biến chứng thường gặp, giúp cho các bác sĩ lâm sàng tiên lượng, hạn chế tỷ lệ biến chứng sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

41 bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não rãnh khúu và được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025, có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não rãnh khúu (bằng triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng). Được phẫu thuật dưới hệ thống kính vi phẫu tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Kết quả giải phẫu bệnh là u màng não.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu: 41 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Nội dung nghiên cứu: Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, giới.

- Đặc điểm: triệu chứng lâm sàng (Đau đầu, giảm thị lực, giảm khúu giác, thay đổi tâm thần); hình ảnh cộng hưởng từ (vị trí, kích thước u, tín hiệu T1, T2, đặc điểm sau tiêm thuốc đối quang từ).

- Kết quả phẫu thuật: Đường mổ, mức độ lấy hết u theo phân loại Simpson, biến chứng

sau phẫu thuật (tử vong, phù não, viêm màng não, rò rỉ dịch não tủy), chức năng khúu giác, thị giác sau mổ, kết quả phẫu thuật theo thang điểm Karnofsky.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học. Nghiên cứu thực hiện trên tổng số 41 bệnh nhân, trong đó: 30 nữ (73,2%), 11 nam (26,8%); tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1; tuổi trung bình $55,7 \pm 10,8$, nhóm tuổi 46-60 có tỷ lệ cao nhất (51,2%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u màng não rãnh khúu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng (n=41)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	33	80,5
Giảm thị lực	14	34,1
Giảm/mất khúu giác	10	24,4
Thay đổi tâm thần	14	34,1
Co giật	0	0

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (80,5%), tiếp theo là giảm thị lực (34,1%), thay đổi tâm thần (34,1%), giảm/mất khúu giác (24,4%).

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (n=41)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí		
Chính giữa	28	68,3
Lệch về 1 bên	13	31,7
Kích thước	40,0 \pm 14,2 mm	
Tín hiệu trên T1		
Tăng tín hiệu	2	4,9
Giảm tín hiệu	18	43,9
Đồng tín hiệu	21	51,2
Tín hiệu trên T2		
Tăng tín hiệu	32	78,0
Giảm tín hiệu	0	0
Đồng tín hiệu	9	22,0
Đặc điểm sau tiêm đối quang từ		
Dấu hiệu đuôi màng cứng	17	41,5
Xâm lấn xoang sàng	6	14,6
Phù não quanh u	22	53,7

Nhận xét: Trên hình ảnh cộng hưởng từ khối u màng não rãnh khúu: vị trí chính giữa chiếm 68,3%; kích thước trung bình 40,0 \pm 14,2 mm; trên T1: đồng tín hiệu 51,2%, giảm tín hiệu 43,9%; trên T2 tăng tín hiệu 78,0%; sau tiêm đối quang từ: 41,5% có dấu hiệu đuôi màng cứng, 14,6% xâm lấn xoang sàng, 53,7% phù não quanh u.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. Đường mổ tiếp cận u (n=41)

Đường mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trán nền 2 bên	27	65,9

Trán nền 1 bên	3	7,3
Trán thái dương	4	9,8
Lô khóa trên cung mày	7	17,1
Tổng	41	100

Nhận xét: Đường mỡ trán nền hai bên là 65,9% chiếm đa số. Tiếp theo là đường mỡ ổ khóa trên cung mày 17,1%.

Bảng 3.4. Mức độ cắt u theo Simpson (n=41)

Mức độ cắt u theo Simpson	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Kích thước u trung bình (mm)
Độ II	30	73,2	38,5±14,8
Độ IV	11	26,8	44,2±12,1

$p > 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mỡ cắt hết u Simpson II chiếm 73,2%, cắt một phần u Simpson IV chiếm 26,8%. Không có mối liên quan giữa kích thước u trung bình và mức độ cắt u.

Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ (n=41)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tử vong	1	2,4
Phù não	2	4,9
Viêm màng não	1	2,4
Chảy máu	1	2,4
Rò dịch não tủy	0	0

Nhận xét: Biến chứng sau mổ có 1 bệnh nhân tử vong chiếm 2,4%, phù não 4,9%, viêm màng não 2,4%, chảy máu 2,4%, không có bệnh nhân có dấu hiệu rò dịch não tủy.

Bảng 3.6. Tình trạng chức năng khứu giác, thị lực sau mổ (n=40)

Chức năng	Tình trạng sau mổ				Tổng (n,%)
	Cải thiện (n,%)	Không thay đổi (n,%)	Xấu hơn (n,%)	Bình thường (n,%)	
Khứu giác	4 (10,0%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	28 (70,0%)	40 (100%)
Thị lực	8 (20,0%)	5 (12,5%)	0 (0%)	27 (67,5%)	40 (100%)

Nhận xét: Tình trạng khứu giác bệnh nhân cải thiện 10,0%, không thay đổi 12,5%, xấu hơn 7,5%. Thị lực cải thiện 20,0%, không thay đổi 12,5%.

Bảng 3.7. Điểm Karnofsky trước và sau mổ (n=40)

Điểm Karnofsky	Trước mổ		Sau mổ	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm I (80-100 điểm)	29	72,5	37	92,5
Nhóm II (60-70 điểm)	11	27,5	3	7,5
Tổng	40	100	40	100

Nhận xét: Sau mổ điểm Karnofsky của bệnh nhân cải thiện tốt so với trước mổ, 92,5%

bệnh nhân đạt kết quả tốt (80-100 điểm).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học. Kết quả nghiên cứu trên 41 bệnh nhân u màng não rãnh khứu cho thấy: nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,7±10,8 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Atul Goel và cộng sự năm 2018, bệnh nhân nữ có 79 bệnh nhân lớn hơn nam 50 bệnh nhân, độ tuổi dao động từ 18–75 tuổi (tuổi trung bình là 46 tuổi) [4]. Nghiên cứu của Dương Đại Hà và cộng sự năm 2019, tuổi trung bình 55,5 ± 12,9 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,5:1 [3]. U màng não thường gặp ở tuổi trưởng thành, nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới có thể do liên quan đến hoocmon giới tính.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u màng não rãnh khứu. Biểu hiện lâm sàng của u màng não rãnh khứu là do sự đè ép của u vào cấu trúc thần kinh và các vùng lân cận. Đặc điểm giải phẫu phủ lên trên tầng trước nền sọ là cấu trúc não của thùy trán có các diện vỏ có vai trò trong khả năng xét đoán, tầm nhìn và tâm tính con người, dây thần kinh số I (dây khứu giác), dây thần kinh số II (dây thị giác), động mạch não trước (ở giữa) và động mạch não giữa (ở hai bên). Khối u màng não rãnh khứu phát triển từ từ chèn ép vào các cấu trúc trên vì vậy các triệu chứng xuất hiện âm thầm và khi có triệu chứng rõ rệt khi các khối u có thể phát triển tới kích thước tương đối lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân thường gặp nhất là đau đầu (80,5%), tiếp theo là giảm thị lực (34,1%), thay đổi tâm thần (34,1%), giảm/mất khứu giác (24,4%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong nghiên cứu này phù hợp với các tác giả Nguyễn Văn Tấn [5], Dương Đại Hà và cộng sự [3] các triệu chứng hay gặp là: đau đầu 81,2%, rối loạn tâm thần 34,4%, giảm/mất thị lực 25%, giảm/mất khứu giác 25%, co giật 8,3%.

Sự phân tích các thông số đo được trên cộng hưởng từ có giá trị trong việc mô tả đặc điểm khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh của khối u màng não rãnh khứu có đặc điểm sau: vị trí chính giữa chiếm 68,3%; kích thước trung bình 40,0±14,2mm; trên T1: đồng tín hiệu 51,2%, giảm tín hiệu 43,9%; trên T2 phần lớn tăng tín hiệu 78,0%. U màng não cấu tạo chủ yếu bởi chất xơ và hàm lượng nước thấp, do đó thường đồng tín hiệu trên T1 và tăng nhẹ tín hiệu trên T2. Tiêm thuốc đối quang từ làm tăng khả năng phát hiện u màng não và chẩn đoán phân biệt với u não khác, cho phép xác định

ranh giới của u màng não với cấu trúc xung quanh dựa vào sự phân biệt giữa phù nề của mô não lân cận và sự khác biệt của u sau tiêm thuốc đối quang tử. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau tiêm đối quang tử: 41,5% có dấu hiệu đuôi màng cứng, 14,6% xâm lấn xoang sàng, 53,7% phù não quanh u. Dấu hiệu "đuôi màng cứng" là phản ứng không đặc hiệu của màng não đối với u hoặc do sự xâm lấn của u vào màng cứng. Dấu hiệu này gợi ý cao cho chẩn đoán, có giá trị dự báo tốt giới hạn tổn thương.

4.3. Kết quả phẫu thuật. Việc lựa chọn đường mổ dựa vào vị trí, kích thước khối u và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đường mổ trán nền hai bên là 65,9 % chiếm đa số, tiếp theo là đường mổ lỗ khóa trên cung mày 17,1 %, trán thái dương 9,8%, trán nền 1 bên 7,3%. Đường mổ trán nền 2 bên từ lâu đã là phương pháp tiếp cận chính đối với các tổn thương ở nền sọ trước, phương pháp này thường được lựa chọn do phẫu trường rộng rãi, quan sát khối u một cách tổng thể, tiếp cận khối u kích thước lớn và xâm lấn xung quanh, đặc biệt phát triển ra sau. Tuy nhiên đường mổ này dài, nên bệnh nhân đau nhiều sau mổ, dễ nhiễm trùng xoang trán và rò dịch não tủy, xoang tĩnh mạch dọc trước cũng cần phải thắt trong hầu hết các trường hợp, điều này có thể góp phần gây phù não trán hai bên sau phẫu thuật, đặc biệt là tổn thương thần kinh khứu giác hai bên, gây mất ngủ sau mổ. Đường mổ lỗ khóa trên cung mày (keyhole eyebrow) được áp dụng với các khối u nhỏ, đường kính dưới 3cm có ưu điểm đường rạch da nhỏ, da đầu, cơ bóc tách ít, bảo tồn cơ thái dương, nhưng vẫn đảm bảo phẫu trường cắt u, ngoài ra mổ sọ nhỏ cũng góp phần rút ngắn thời gian phẫu thuật, tránh được các dụng đập não và sự tiếp xúc của não với môi trường bên ngoài so với đường mổ sọ lớn. Tuy nhiên đòi hỏi có dụng cụ hỗ trợ và kỹ năng của phẫu thuật viên. Đường mổ trán nền một bên có ưu điểm không gây tổn thương, bảo tồn được thần kinh khứu giác một bên, giữ được chức năng ngủ sau mổ, tuy nhiên chỉ áp dụng cho các khối u có kích thước nhỏ và yêu cầu phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi đường mổ đa dạng hơn các nghiên cứu khác, theo báo cáo của Nguyễn Văn Tấn đường mổ trán nền hai bên 84,4%, trán nền một bên 15,6% [5], Dương Đại Hà và cộng sự đường mổ trán hai bên 78,1%, trán thái dương một bên 21,9% [3].

Khả năng cắt hết u theo Simpson trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mổ cắt hết u Simpson II chiếm 73,2%, cắt

một phần u Simpson IV chiếm 26,8%. Không có ca nào sinh thiết theo Simpson V và không có ca nào lấy u theo Simpson I. Cắt u Simpson I rất khó khăn và gần như không đặt ra ở các u nền sọ vì khả năng cắt hết màng cứng diện bám u cũng như xương bị xâm lấn sẽ để lại biến chứng rò dịch não tủy rất cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dương Đại Hà và cộng sự năm 2019 có 78,1% phẫu thuật lấy u đạt độ II theo Simpson, 21,9% lấy u Simpson IV [3]. Tỷ lệ cắt hết u thấp hơn nghiên cứu của Ekkehard M. Kasper và cộng sự năm 2023 việc cắt bỏ toàn bộ (Độ I hoặc II của Simpson) đã đạt được trong 91,4% trường hợp và việc cắt bỏ (Độ III và IV) trong 8,6% trường hợp [1].

Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung là 12,2% trong đó có 1 bệnh nhân tử vong chiếm 2,4%, phù não 4,9%, viêm màng não 2,4%, chảy máu 2,4%, không có bệnh nhân có dấu hiệu rò dịch não tủy. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Ekkehard M. Kasper và cộng sự tổng cộng có 27% bệnh nhân phẫu thuật có biến chứng. Các biến chứng nhẹ chiếm 22,2% (rò rỉ dịch não tủy, co giật, nhiễm trùng, liệt dây thần kinh sọ não thoáng qua, giãn não thất), các biến chứng nặng hơn chiếm 4,7% (xuất huyết, nhồi máu thiếu máu cục bộ, phù não ác tính) [1]. Một trường hợp tử vong là bệnh nhân nữ, 57 tuổi, khối u kích thước 52mm, u màng não thể biểu mô độ I, mổ bằng đường mổ trán nền 1 bên, trong mổ bệnh nhân mất máu nhiều, sau mổ tri giác giảm, chụp phim cắt lớp vi tính kiểm tra thấy hình ảnh thiếu máu nhu mô não thùy trán theo diện cấp máu động mạch não trước 2 bên, gây phù não nặng. Lý giải cho điều này có thể do khối u màng não xâm lấn trực tiếp vào lớp áo ngoài của mạch máu và không có lớp màng nhện ngăn cách giữa u và các cấu trúc mạch máu thần kinh xung quanh. Do vậy gây tổn thương mạch máu trong quá trình lấy u, đặc biệt có thể trong mổ mạch máu bị dụng đập không gây chảy máu nhưng sau mổ có hiện tượng co thắt mạch và thiếu máu não, đôi khi cần phải mổ cấp cứu để giải tỏa não.

Tình trạng chức năng khứu giác và thị lực của bệnh nhân sau mổ cụ thể là: Tình trạng khứu giác bệnh nhân cải thiện 10,0%, không thay đổi 12,5%, xấu hơn 7,5%. Thị lực cải thiện 20,0%, không thay đổi 12,5%. Tình trạng thị lực và khứu giác không thay đổi chiếm 12,5%, giải thích điều này có thể do thần kinh khứu giác, thị giác bị chèn ép quá lâu trước khi phẫu thuật vì những triệu chứng xuất hiện, tiến triển âm thầm kéo dài trước khi nhập viện, bệnh nhân có thể

được chẩn đoán nhầm hoặc bỏ sót, điều trị không đúng. Những bệnh nhân có khối u gần giao thoa thị giác có nhiều khả năng gặp các triệu chứng thị giác hơn những bệnh nhân có khối u cách xa giao thoa thị giác. Ngoài ra trường hợp tổn thương thần kinh nặng hơn khi mổ do u dính và không rõ cấu trúc giải phẫu lành. Nghiên cứu của Jang W.Y và cộng sự báo cáo khả năng bảo tồn chức năng khứu giác cao hơn ở những bệnh nhân có kích thước khối u nhỏ hơn 4cm, bệnh nhân không bị rối loạn trước phẫu thuật và phương pháp tiếp cận trán nền một bên đạt chức năng khứu giác sau phẫu thuật tốt hơn phương pháp tiếp cận trán hai bên [6].

Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang điểm Karnofsky cho thấy sau mổ tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt (80-100 điểm) chiếm 92,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dương Đại Hà và cộng sự điểm Karnofsky sau mổ (80-100 điểm) chiếm 96,8% [3], báo cáo của Phạm Quỳnh Trang và cộng sự, kết quả phẫu thuật tốt chiếm đa số, điểm Karnofsky sau mổ đạt 100 điểm chiếm 78,7% [7].

V. KẾT LUẬN

U màng não rãnh khứu gặp ở nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1; tuổi trung bình 55,7±10,8, nhóm tuổi 46-60 có tỷ lệ cao nhất (51,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (80,5%), giảm thị lực (34,1%), thay đổi tâm thần (34,1%), giảm/mất khứu giác (24,4%). Kích thước u trung bình 40,0±14,2

mm. Phẫu thuật lấy hết u (Simpson II) là 73,2%, lấy một phần u (Simpson IV) chiếm 26,8%. Tỷ lệ biến chứng 12,2%: Tử vong 2,4%, phù não 4,9%, viêm màng não 2,4%, chảy máu 2,4%. Sau mổ tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt (Karnofsky 80-100 điểm) chiếm 92,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasper EM, Mirza FA, Kaya S, et al. Surgical Morbidity in Relation to the Surgical Approach for Olfactory Groove Meningiomas-A Pooled Analysis of 1016 Patients and Proposal of a New Reporting System. Brain Sci. Jun 1 2023;13(6).
2. Alruwaili AA, De Jesus O. Meningioma. StatPearls. StatPearls. Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC; 2024.
3. Dương Đại Hà, Phạm Huy Hoàng, Phạm Tuấn Dũng. Kết quả điều trị phẫu thuật u màng não rãnh khứu tại bệnh viện Việt Đức. Y học Việt Nam. 2019;482(1):57-60.
4. Goel A, Bhaganagare A, Shah A, et al. Olfactory groove meningiomas: An analysis based on surgical experience with 129 cases. Neurol India. Jul-Aug 2018;66(4):1081-1086.
5. Nguyễn Văn Tân. Điều trị vi phẫu thuật u màng não vùng rãnh khứu. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
6. Jang W.Y., Jung S., Jung T.Y., Moon K.S., Kim I.Y. Preservation of olfaction in surgery of olfactory groove meningiomas. Clin. Neurol. Neurosurg. 2013;115:1288-1292.
7. Phạm Quỳnh Trang, Nguyễn Thế Hào, Trần Trung Kiên, Phạm Văn Cường. Điều trị phẫu thuật u màng não rãnh khứu bằng đường mở sọ trán - thái dương một bên. Y học TP Hồ Chí Minh. 2014;18:182-186.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Minh Đức^{1,3}, Lê Hồng Quang², Hoàng Mạnh Thắng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư vú ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 52 bệnh nhân nữ trên 70 tuổi, được chẩn đoán ung thư vú được phẫu thuật tại khoa ngoại B – bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 73,29 tuổi, thấp

nhất là 70 tuổi, cao nhất là 85 tuổi, tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm tuổi từ 70-74 (75%). Lý do vào viện hay gặp nhất là tự sờ thấy u cục vùng vú chiếm 46/52 trường hợp. Vị trí khối u ở 1/4 trên ngoài hay gặp nhất (42,3%). Kích thước khối u nguyên phát T1 (36,5%), T2 (59,6%) và T3 (3,8%). Tỷ lệ thụ thể nội tiết dương tính là 82,7% và Her-2 dương tính chiếm 26,9%. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, vét hạch nách (96,2%). Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập hay gặp nhất chiếm 69,2%. 34,6% bệnh nhân có di căn hạch nách. Giai đoạn bệnh: giai đoạn 0 chiếm 3,8%, giai đoạn I chiếm 23,1%, giai đoạn II chiếm 51,9%, giai đoạn III chiếm 19,2% và giai đoạn IV chiếm 1,9%. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (11,5%), chủ yếu là đau dịch vùng nách. Tử vong do ung thư vú chiếm tỷ lệ ít hơn do nguyên nhân khác. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 78,8%. **Kết luận:** Ung thư vú trên người bệnh cao tuổi có tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở mức thấp. Tỷ lệ sống

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Đức

Email: vuminhduc51093@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025