

15,2). Phân loại mức độ liệt cải thiện sau điều trị có 12,5% bệnh nhân không liệt, liệt nhẹ 40,6%, liệt vừa 25% và liệt nặng là 21,9%. Tỷ lệ tương ứng trước khi điều trị là 0%, 34,4%, 28,1% và 37,5%. Kết quả điều trị sau PHCN của bệnh nhân tại Thái Nguyên là liệt nhẹ 31%, liệt vừa 43,3%, liệt nặng là 25,7% [2]. Điều trị PHCN cho bệnh nhân đột quỵ não tại Bệnh viện YHCT Nghệ An có cải thiện rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị PHCN có 12,5% bệnh nhân không liệt, liệt nhẹ 40,6%, liệt vừa 25% và liệt nặng là 21,9% cải thiện so với trước điều trị.

Điểm BOBATH trước điều trị PHCN của bệnh nhân là $64.22 \pm 3,5$, sau điều trị là 52.94 ± 4 . Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm BOBATH trung bình trước và sau điều trị PHCN của bệnh nhân, với $p < 0,05$ CI95% (7,2; 15,2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Đình Chinh (2012), Nghiên cứu một số

đặc điểm dịch tễ học và đánh giá thực trạng quản lý bệnh đột quỵ não tại Nghệ An năm 2007 - 2008, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

2. Trần Văn Tuấn (2019), Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau đột quỵ não và hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà ở thành phố Thái Nguyên, Đề tài cấp đại học, Thái Nguyên.
3. Nguyễn Hoa Ngân, Hoàng Khải Lập, Nguyễn Phương Sinh, và cộng sự (2019), hiệu quả can thiệp mức độ độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh đột quỵ não ở thành phố Thái Nguyên, Tạp chí Y học Việt Nam tập 502, số 1 tháng 5/2021. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v502i1.581>
4. Phạm Phước Sung, Nguyễn Văn Liệu, Mai Duy Tôn, Nguyễn Hoàng Sâm (2017). "Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng đột quỵ thiếu máu não cấp từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu sợi huyết Alteplase liều thấp (0.6mg/kg) đường tĩnh mạch", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, trang 161-165.
5. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021), đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng điện châm kết hợp phương pháp tập Bobath, Tạp chí Y học Việt Nam tập 499, 1&2 - 2021. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v499i1-2.215>

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG DÂY THẦN KINH MẶT VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN SAU PHẪU THUẬT U DÂY THẦN KINH VIII SỬ DỤNG THEO DÕI THẦN KINH TRONG MỔ

Hoàng Kim Tuấn¹, Vũ Văn Hòe¹, Đồng Văn Hệ², Nguyễn Thành Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng dây thần kinh mặt và các yếu tố liên quan sau phẫu thuật u dây thần kinh tiền đình thính giác sử dụng theo dõi thần kinh trong mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán u dây thần kinh tiền đình thính giác (u dây VIII) một bên và được phẫu thuật lấy u có theo dõi thần kinh trong mổ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2016 đến tháng 3/2018. **Kết quả:** tỉ lệ lấy hết u (65,82%), 10,12% trường hợp u còn lại kích thước từ 11-20mm; vị trí dây VII ở phía trước dưới (65,82%). Tỷ lệ liệt mặt ngay sau mổ là 9/79 BN (11,39%) giảm xuống sau 6 tháng là 5/79 BN (5,06%) và 12 tháng là 1/58 (1,72%). Liệt mặt ngoại biên gặp chủ yếu ở nhóm u khổng lồ (36,83%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở nhóm lấy hết u và không lấy hết u. **Kết luận:** Kích thước u và mức độ lấy u liên quan đến chức năng dây VII sau mổ. Sử

dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ làm giảm tỷ lệ tổn thương dây VII.

Từ khóa: U dây thần kinh số VIII, liệt dây VII, hệ thống theo dõi thần kinh.

SUMMARY

EVALUATE OUTCOME OF FUNCTION OF FACIAL NERVE AND PREDICTIVE FACTORS POSTOPERATIVE VESTIBULAR SCHWANNOMA USING INTRAOPERATIVE NERVE MONITORING

Objectives: To evaluate outcome of function of facial nerve (FN) and predictive factors postoperative vestibular schwannoma using intraoperative nerve monitoring. **Subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective and prospective description of 74 patients diagnosed with unilateral vestibular schwannoma (VIII nerve) and removed of the tumor with neuro intraoperative monitoring at Viet Duc hospital from October 2016 to March 2018. **Results:** the rate of total tumor removal (65.82%), 10.12% subtotal with tumor size from 11-20mm; the local of facial nerve is anterior inferior (65.82%). The rate of facial paralysis immediately after surgery was 9/79 patients (11.39%) and decreased after 6 months was 5/79 patients (5.06%) and at 12 months was 1/58 (1.72%). Facial palsy was found mainly in the giant tumor group (36.83%) and the difference was statistically significant ($p < 0.05$) in the group with all

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Bắc

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023

tumors removed and not all tumors removed.
Conclusion: Using an intraoperative nerve monitoring system reduces the rate of damage to the FN nerve.

Keywords: vestibular schwannoma, facial nerve, intraoperative neuromonitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây thần kinh số VIII là khối u lành tính của nhánh tiền đình dây thần kinh số VIII. U dây thần kinh số VIII là một trong những loại u hay gặp chiếm 6-10% các khối u nội sọ, chiếm 71-90% các khối u vùng góc cầu tiểu não, tỷ lệ mắc bệnh hàng năm khoảng 0,75- 1,15/100.000 dân ở Mỹ [1], [2]. Về điều trị u dây thần kinh số VIII kích thước lớn, phẫu thuật vẫn là phương pháp lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, góc cầu tiểu não là vùng giải phẫu phức tạp, có nhiều thành phần liên quan như mạch máu, các dây thần kinh sọ, cầu não, hành não. Việc phẫu thuật triệt để khối u còn nhiều khó khăn, các biến chứng sau phẫu thuật làm tổn thương dây thần kinh VII gây liệt mặt là hay gặp nhất, mất khả năng nghe, tổn thương các thành phần khác của góc cầu tiểu não, đặc biệt là tổn thương thân não có thể gây tử vong trong và sau mổ cao [3]. Cùng với sự phát triển của vi phẫu thuật, hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ (Neuro intraoperative monitoring - NIM) được sử dụng giúp làm giảm nguy cơ tổn thương các dây thần kinh trong mổ. Để đánh giá ưu điểm cũng như hiệu quả của hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ trong vi phẫu thuật u dây VIII, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá chức năng dây thần kinh mặt và các yếu tố liên quan sau phẫu thuật u dây thần kinh VIII sử dụng theo dõi thần kinh trong mổ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ cắt bỏ khối u

Bảng 3.1. Kết quả lấy u với kích thước u (N=79)

Kích thước u	Phẫu thuật lấy u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
U vừa ($\leq 25\text{mm}$) n=22	Lấy hoàn toàn	21	26,58%
	Lấy gần hoàn toàn	1	1,26%
U to (26-40mm) n=38	Lấy hoàn toàn	28	35,44%
	Lấy gần hoàn toàn	10	12,65%
U khổng lồ ($>40\text{ mm}$) n=19	Lấy hoàn toàn	3	3,79%
	Lấy gần hoàn toàn	16	20,25%

Nhận xét: Tỷ lệ lấy hết khối u là 52/79 (65,82%), 27/79 trường hợp (34,18%) không lấy được hết khối u do quá dính vào dây VII và/hoặc thân não. Tỷ lệ lấy hết u ở nhóm u vừa là 21/22 (95,45%) và u to là 28/38 (73,68%) cao hơn nhóm u khổng lồ là 3/19 (15,79%).

3.2. Vị trí dây VII tìm được bằng NIM trong mổ

Bảng 3.2 Vị trí dây VII tìm được bằng NIM (N=79)

Vị trí	Trước dưới	Trước trên	Phía trên	Phía sau
Số BN	52	12	8	7
%	65,82	15,18	10,13	8,87

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán u dây VIII và được điều trị vi phẫu thuật theo đường mổ sau xoang sigma, có sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2016 đến tháng 3/2018.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán u dây VIII trên lâm sàng và cận lâm sàng, được vi phẫu thuật điều trị theo đường mổ sau xoang sigma và có sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ. Có kết quả chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là u dây thần kinh số VIII (Neurinome).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân được chẩn đoán là u dây VIII nhưng không đồng ý mổ hoặc không có chỉ định mổ, hoặc không được sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu: thuận tiện, N=79.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Hình ảnh cộng hưởng từ sọ não có tiêm chất tương phản: đánh giá kích thước lớn nhất của u ở các lát cắt axial, sagittal, coronal.

+ Đường mổ sau xoang sigma đánh giá mức độ lấy u: lấy hoàn toàn u, lấy gần hoàn toàn u.

+ Đánh giá chức năng dây VII tại thời điểm sau mổ, 6 tháng, sau 12 tháng theo thang điểm House – Brackmann.

+ Mối liên quan giữa kích thước u, mức độ lấy u và chức năng dây thần kinh VII.

- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

Nhận xét: Chủ yếu tìm thấy dây VII ở vị trí trước dưới khối u: 52/79 (65,82%). Ít gặp nhất là nằm phía sau khối u 7/79 (8,87%).

3.3. Kích thước u sau phẫu thuật

Bảng 3.3. Kích thước u sau phẫu thuật (N=79)

Kích thước	Kích thước		Sau phẫu thuật	Sau 6 tháng
	Lấy hoàn toàn (n=21)	Không còn u		
U vừa (≤ 25 mm)	Lấy gần hoàn toàn (n=1)	Nhỏ (1- 10 mm)	1	1
		Trung bình (11- 20 mm)	0	0
		Không còn u	21	21
U lớn (26-40 mm)	Lấy gần hoàn toàn (n=10)	Nhỏ (1- 10 mm)	8	8
		Trung bình (11- 20 mm)	2	2
		Không còn u	28	28
U khổng lồ (> 40 mm)	Lấy gần hoàn toàn (n=16)	Nhỏ (1- 10 mm)	10	10
		Trung bình (11- 20 mm)	6	6
		Không còn u	3	3

Nhận xét: Sau phẫu thuật 52/79 (65,82%) trường hợp lấy hoàn toàn u, 19/79 (24,05%) trường hợp u kích thước còn lại từ 1- 10 mm, 8/79 (10,12%) trường hợp u kích thước còn lại từ 11- 20 mm.

3.4. Chức năng dây VII sau mổ

Bảng 3.4. Đánh giá diễn biến liệt mặt ngoại biên sau mổ

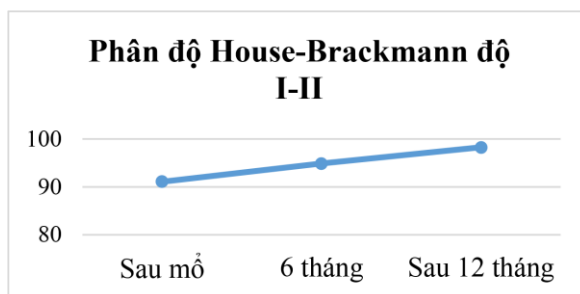
Thời gian	Phân độ							Tổng
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	Độ VI		
Trước phẫu thuật	77(97,47%)	2(2,53%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	79(100,0%)
Sau phẫu thuật	70(88,60%)	2(2,53%)	4(5,06%)	(2,53)	1(1,26%)	0(0.0%)	0(0.0%)	79(100,0%)
Sau phẫu thuật 6 tháng	74 (93,67%)	1 (1,26%)	3 (3,78%)	1 (1,26%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	79 (100,0%)
Sau phẫu thuật ≥ 12 tháng	57 (98,27%)	0	0	1	0	0	0	58

Nhận xét: Tất cả BN không liệt mặt ngay sau mổ đều không liệt sau đó. Có sự cải thiện chức năng dây VII theo thời gian sau mổ:

+ Tỷ lệ liệt mặt ngay sau mổ là 9/79 BN (11,39%) giảm xuống sau 6 tháng là 5/79 BN (5,06%) và 12 tháng là 1/58(1,72%)

+ Cải thiện mức độ liệt mặt đều diễn ra đối với cả nhóm liệt mặt nhẹ và liệt mặt nặng.

Biểu đồ 1. Liệt mặt độ I-II theo HB tại các thời điểm



Bảng 3.5. Mức độ liệt mặt ngoại biên với kết quả lấy u (N=79)

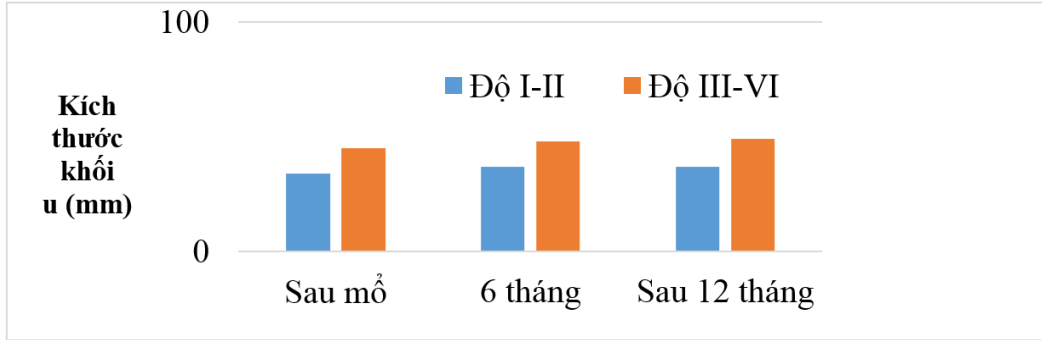
Mức độ liệt mặt	Lấy hoàn toàn		Lấy gần hoàn toàn		p
	n	%	n	%	
Không liệt	45	86,54	25	92,6	<0,05
Liệt nhẹ	5	9,62	1	3,7	
Liệt nặng	2	3,84	1	3,7	
Tổng số	52	100,0	27	100,0	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ liệt mặt trong nhóm lấy hết u và không hết u ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Mức độ liệt mặt ngoại biên với kích thước khối u (N=79)

Mức độ liệt mặt	U vừa		U to		U khổng lồ		p
	n	%	n	%	n	%	
Không liệt	22	100	31	81,58	17	89,48	<0,05
Liệt nhẹ	0	0	1	2,63	2	10,52	
Liệt nặng	0	0	1	2,63	5	26,31	
Tổng số	22	100,0	38	100,0	19	100,0	

Nhận xét: Liệt mặt ngoại biên chỉ gặp ở nhóm u khổng lồ (36,83%), không gặp ở nhóm u kích thước vừa và to. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.2. Phân bố kích thước u với liệt mặt ngoại biên theo HB tại các thời điểm
Bảng 3.7. Môi tương quan giữa một số yếu tố với chức năng dây thần kinh VII

Thời gian	Sau phẫu thuật		6 tháng sau mổ		Sau 12 tháng	
	r	p	r	p	r	p
Kích thước u	0,676	0,000	0,612	0,000	0,638	0,000
Thời gian kích thích	0,310	0,007	0,285	0,04	0,192	0,15
Điện thế gợi vận động cơ mặt (FMEP ratio)	-0,719	0,000	-0,719	0,000	-0,740	0,000
Biên độ đáp ứng tối đa (MRA ratio)	-0,180	0,34	-0,206	0,09	-0,340	0,002

IV. BÀN LUẬN

Chức năng dây thần kinh mặt, thính lực và tình trạng chóng mặt sau mổ được tìm thấy có mối tương quan với chất lượng cuộc sống lâu dài cho bệnh nhân u dây VIII. Bảo tồn tính toàn vẹn về mặt giải phẫu và chức năng của dây thần kinh mặt là một trong những mục tiêu chính trong điều trị vi phẫu thuật u dây VIII [4], [5]. Trong các trường hợp u dây VII kích thước vừa và nhỏ, có thể dễ dàng bảo tồn dây VII nguyên vẹn. Tuy nhiên, đối với các trường hợp kích thước khối u lớn, trong khi vi phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu thì việc bảo tồn dây VII là tương đối khó [6]. Sự tiến bộ của vi phẫu thuật cũng như sự ra đời của máy theo dõi thần kinh liên tục trong mổ đã cải thiện tỉ lệ bảo tồn chức năng dây VII sau phẫu thuật lên 80% thậm chí cao hơn ở các u dây VIII nhỏ [7], [8].

Về mặt giải phẫu, dây VII bị thay thế một chút bởi khối u dây VIII kích thước nhỏ do khối u phát triển chậm, do đó chức năng dây VII tương quan với kích thước khối u. Đối với các khối u dây VIII lớn, dây VII thường bị dịch chuyển về phía dưới của khối u với sự kết dính hoặc bao bọc bởi khối u. Trong nghiên cứu, ngay khi tiếp cận khối u, chúng tôi không sử dụng bất kỳ dụng cụ nào mà sử dụng đầu dò của hệ thống NIM để xác định vị trí của dây VII, bằng cách này dây VII được xác định và tìm thấy chủ yếu ở vị trí trước dưới ở 52 BN (65,82%). Mặc dù xác định được dây VII, chúng tôi vẫn làm tổn thương dây VII ở 5 BN (6,32%) trong quá trình phẫu tích

nhưng dây VII không bị đứt hoàn toàn. Với tỉ lệ lấy hết u là 65,82%, tỉ lệ dây VII còn nguyên vẹn là 93,68% Theo Falcioni (2011), tỉ lệ dây VII không bị tổn thương là 95,8%. Đối với phẫu thuật cắt bỏ u dây VIII kích thước lớn, một trong những mục tiêu chính là duy trì tính toàn vẹn để đảm bảo chức năng của dây VII. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật có 97,47% trường hợp chức năng dây VII được xếp độ I theo HB. Tỉ lệ liệt mặt sau mổ là 11,39%, chức năng dây VII độ I theo HB sau phẫu thuật chiếm 88,60%, có sự cải thiện sau phẫu thuật 6 tháng (93,6%).

Chúng tôi thấy rằng kích thước u và mức độ lấy u có liên quan đến chức năng dây VII sau mổ. Các trường hợp chức năng dây VII sau mổ độ II đến IV chiếm 36,83% chủ yếu ở nhóm u khổng lồ (bảng 3.7). Các báo cáo trước đây đã chỉ ra rằng có mối tương quan đáng kể giữa kích thước của u dây VIII và chức năng dây VII ở thời điểm ngay sau phẫu thuật và theo dõi lâu dài [7], [9]. Phân tích mối tương quan chúng tôi thấy rằng kích thước u có liên quan đến chức năng dây VII sau mổ ($p < 0,05$) (bảng 3.7). Lalwani và cộng sự cho rằng kết quả chức năng dây VII độ I, II theo HB là 100% đối với khối u $\leq 30\text{mm}$ nhưng 79% đối với khối u $> 30\text{mm}$ trong 1 năm sau phẫu thuật [10]. Fenton và cộng sự đã chứng minh rằng chức năng dây VII lâu dài có mối tương quan chặt chẽ với kích thước khối u theo hệ số tương quan là 0,47 [11]. Trong một nghiên cứu khác, Samii và cộng sự đã so sánh

chức năng dây VII giữa khối u lớn hơn 4cm (khổng lồ) và khối u nhỏ hơn 3,9cm (trung bình 2,6cm). Kết quả chỉ ra rằng, những bệnh nhân có khối u khổng lồ ít có khả năng đạt được chức năng của dây VII sau mổ độ I theo HB. Với những trường hợp này, dây VII bị giãn mỏng, dính chặt vào khối u, nhất là vị trí lỗ tai trong sẽ khó bóc tách dây VII ra khỏi khối u mà không gây tổn thương. Liệt mặt ngoại biên ở nhóm không lấy hết u là chiếm 7,4% thấp hơn so với nhóm lấy hết u là 13,46%. Theo Gurgel, chức năng dây VII tốt ở nhóm không lấy hết u (92,5%) cao hơn ở nhóm lấy hết u (47,3%). Lí do liệt mặt hay gặp hơn ở nhóm lấy hết u do quá trình phẫu tích có thể dụng dập gây đứt rách hoặc do bỏng nhiệt dẫn đến dây VII dễ bị co kéo, xoắn vặn gây tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, việc bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt vẫn là mục tiêu chính cho việc phẫu thuật cắt bỏ khối u dây thần kinh tiền đình thính giác lớn. Các yếu tố bao gồm kích thước khối u, mức độ lấy u có liên quan đến chức năng dây VII ngay sau phẫu thuật và theo dõi lâu dài. Sử dụng hệ thống theo dõi thần kinh trong mổ đã giúp các phẫu thuật viên cắt bỏ khối u tối đa và giảm thiểu tổn thương dây VII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spickler E.M., Govila L. (2002) The vestibulocochlear nerve. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*, 23(3): 218-237.
2. Lescanne E., Velut S., Lefrancq T. (2002) The internal acoustic meatus and its meningeal layers: a microanatomical study. *J. Neurosurgery*, 97: 1191-7.
3. Nguyễn Kim Chung, Nguyễn Phong, Võ Thanh Tùng (2014) Kết quả điều trị vi phẫu thuật 144 trường hợp u bao sợi dây thần kinh VIII. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(6): 360-5.
4. Amano M., Kohno M., Nagata O., et al. (2011) Intraoperative continuous monitoring of evoked facial nerve electromyograms in acoustic neuroma surgery. *Acta Neurochir (Wien)*, 153(5): 1059-67; discussion 1067.
5. Myrseth E., Møller P., Pedersen P. H., et al. (2005) Vestibular schwannomas: clinical results and quality of life after microsurgery or gamma knife radiosurgery. *Neurosurgery*, 56(5): 927-35; discussion 927-35.
6. Ren Y., MacDonald B.V., Tawfik K.O., et al. (2020) Clinical Predictors of Facial Nerve Outcomes After Surgical Resection of Vestibular Schwannoma. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 164(5): 1085-1093.
7. Acioly M. A., Gharabaghi A., Liebsch M., et al. (2011) Quantitative parameters of facial motor evoked potential during vestibular schwannoma surgery predict postoperative facial nerve function. *Acta Neurochir (Wien)*, 153(6): 1169-79.
8. Sughrue M. E., Kaur R., Kane A. J., et al. (2010) The value of intraoperative facial nerve electromyography in predicting facial nerve function after vestibular schwannoma surgery. *J Clin Neurosci*, 17(7): 849-52.
9. Fukuda M., Oishi M., Hiraishi T., et al. (2011) Intraoperative facial nerve motor evoked potential monitoring during skull base surgery predicts long-term facial nerve function outcomes. *Neurol Res*, 33(6): 578-82.
10. Lalwani A. K., Butt F. Y., Jackler R. K., et al. (1994) Facial nerve outcome after acoustic neuroma surgery: a study from the era of cranial nerve monitoring. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 111(5): 561-70.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM HÌNH HÌNH ẢNH X QUANG THƯỜNG QUI, CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ LAO CỘT SỐNG TRÊN 60 BỆNH NHÂN LAO CỘT SỐNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cung Văn Công¹, Vũ Ngọc Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu mô tả và so sánh đặc điểm hình ảnh X quang thường qui, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lao cột sống được phẫu thuật tại bệnh viện Phổi trung ương. Cỡ mẫu 60 bệnh nhân. Phương

pháp hồi cứu, mô tả, cắt ngang. Tuổi TB: 58 ± 15,6; nam/nữ: 1,3/1; Thời gian chẩn đoán được lao cột sống tính từ khi có triệu chứng < 2 tháng: 43,3%; Giải phẫu bệnh viêm lao điển hình (91,7%). Nuôi cấy BACTEC/MGIT dương tính MTB 95%; LPA bệnh phẩm có MTB 80%. Tổn thương cột sống thắt lưng 51,7%; Cột sống ngực 33,3%; Cột sống cổ 8,3%; Tổn thương 2 thân đốt liên kề 75%; Tổn thương > 2 thân đốt 15,6%. X quang thường qui: mất đường cong sinh lý 80%; Huỷ thân đốt 76,7%; Hẹp khe liên đốt 58,3%; Thân đốt hình chêm 43,3%; Áp xe trong dây chằng sống 18,3%. Cắt lớp vi tính: mất đường cong sinh lý 80%; Huỷ thân đốt 85%; Hẹp khe liên đốt 58,3%; Thân đốt hình chêm 41,7%; Áp xe cơ đá chậu 45,0%;

¹Bệnh viện Phổi trung ương,

²Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023