

kéo dài từ ruột non tới đại tràng và một trường hợp thủng túi cùng trực tràng trong bệnh cảnh không hậu môn. Tương tự các nghiên cứu khác cho thấy vị trí thủng ruột hay gặp ở sơ sinh là đoạn xa ruột non - hồi tràng^{2,3,5}. Ngược lại, nghiên cứu của S. Prgomet và cộng sự⁸ lại cho thấy vị trí thường gặp là đại tràng (45.7%) trong khi ruột non chỉ ghi nhận khoảng 37.1% các trường hợp nghiên cứu.

Nghiên cứu cho thấy nguyên nhân thủng ruột khác nhau thường gây nên các lỗ thủng ở vị trí khác nhau. Cũng như các nghiên cứu trước đây^{3,5,7}, nguyên nhân chủ yếu gây nên thủng ruột ở trẻ sơ sinh là viêm ruột hoại tử chiếm 40%, tiếp theo là thủng ruột nguyên phát chiếm 30%, cuối cùng là các nguyên nhân tắc ruột như xoắn ruột, teo ruột, giãn đại tràng bẩm sinh, không hậu môn. Mặc dù được can thiệp trung bình trong 1.02 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng, tỷ lệ tử vong vẫn còn cao chiếm tới 30%, tương tự các nghiên cứu trước đó^{3,4}.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân cho thấy TRSS chủ yếu gặp ở đối tượng trẻ đẻ non nhẹ cân (70%) với tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Trẻ sơ sinh thủng ruột vào viên với đa dạng tình trạng từ nhẹ đến nặng, tuy nhiên triệu chứng cơ năng gặp ở hầu hết các bệnh nhân là tình trạng chướng bụng (100%) và dịch dạ dày bẩn (100%). Các triệu chứng cận lâm sàng khí tự do trong ổ bụng (60%), dịch đục trong ổ bụng (56.7%) là những xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán thủng ruột. TRSS do nhiều nguyên nhân, trong đó viêm ruột hoại tử là nguyên nhân hàng đầu (40%), tiếp theo là thủng ruột nguyên phát và cuối cùng là các nguyên nhân gây tắc ruột ở

trẻ sơ sinh như giãn đại tràng bẩm sinh, xoắn ruột, teo ruột, không hậu môn,. Vị trí thủng phổ biến nhất là ruột non, đặc biệt là hồi tràng còn các vị trí thủng đại tràng chủ yếu nằm trong bệnh cảnh viêm ruột hoại tử với tổn thương đa vị trí. Đa phần trẻ được chẩn đoán và can thiệp cấp cứu ngay trong ngày đầu tiên kể từ khi khởi phát triệu chứng, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn còn cao (30%). Chẩn đoán và can thiệp điều trị sớm giúp giảm thiểu biến chứng và tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Koivusalo A, Pakarinen M, Rintala R.** Morbidity after surgical treatment of isolated intestinal perforation and necrotizing enterocolitis is similar in preterm infants weighing less than 1500 g. *J Pediatr Surg.* 2010;45(2):319-323.
2. **Lee DK, Shim SY, Cho SJ, Park EA, Lee SW.** Comparison of gastric and other bowel perforations in preterm infants: a review of 20 years' experience in a single institution. *Korean J Pediatr.* 2015;58(8):288-293.
3. **Abo-Halawa NAE, Negm MA, Fathy M.** The pattern of neonatal gastro-intestinal perforation in upper Egypt. *Ann Pediatr Surg.* 2020;16(1):17.
4. **Almoamin HHA.** Review of 31 cases of neonatal gastrointestinal perforations. *J Fac Med Baghdad.* Published online 2016:5.
5. **Alhajjar BK, Alhadidi IS, Al-Sharabi AM.** Neonatal gastro-intestinal tract perforation in Mosul city. *Ann Coll Med Mosul.* 2022;44(1):61-69.
6. **Hyginus EO, Jideoffor U, Victor M, N OA.** Gastrointestinal Perforation in Neonates: Aetiology and Risk Factors. *J Neonatal Surg.* 2013;2(3):30.
7. **Williams N, Everson NW.** Radiological confirmation of intraperitoneal free gas. *Ann R Coll Surg Engl.* 1997;79(1):8-12.
8. **Prgomet S, Lukšić B, Pogorelić Z, et al.** Perinatal risk factors in newborns with gastrointestinal perforation. *World J Gastrointest Surg.* 2017;9(2):46.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT GIẢI ÉP XUNG ĐỘT MẠCH MÁU THẦN KINH VÙNG GÓC CẦU TIỂU NÃO

Dương Đại Hà¹, Giang Lộc Anh², Phạm Hoàng Anh³, Chu Thành Hưng³

TÓM TẮT

¹Trung tâm phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện Bãi Cháy

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: Duongdaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị vi phẫu thuật xung đột mạch máu thần kinh VII, V vùng góc cầu tiểu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 106 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật tại trung tâm phẫu thuật thần kinh bệnh viện Việt Đức trong 3 năm (từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021). Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị phẫu thuật xung đột mạch máu và phức hợp thần kinh V, VII ở nữ gặp trên 2 lần nam giới. Xung đột mạch máu thần kinh chủ yếu ở vùng gần thân não. Tỷ lệ điều trị hiệu quả 89,62%, biến chứng hay gặp nhất là mất cảm giác

nửa mặt tạm thời 8,62% giảm thính lực tạm thời 22,92%. **Kết luận:** Nguyên nhân chủ yếu gây xung đột thần kinh V là động mạch tiểu não trên (55,17%), với thần kinh VII là động mạch tiểu não trước dưới (52,05). Phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh mang đến hiệu quả tốt cho bệnh nhân. Mất cảm giác nửa mặt tạm thời 8,62%, giảm thính lực tạm thời 22,92%... là biến chứng hay gặp tạm thời trong mổ.

Từ khóa: Đau dây V, co giật nửa mặt.

SUMMARY

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

Objectives: Clinical characteristics, results of microvascular decompression treatment of neurovascular compression of nerves VII and V in the CPA. **Subjects and method:** 106 patients were diagnosed and operated on at the Department of neurosurgery of Viet Duc hospital in 3 years (from January 2019 to December 2021). A descriptive combined retrospective and rescue study. **Result:** The ratio of female/male in the surgical treatment of vascular conflicts and nerve complexes V and VII are more than 2. The location of neurovascular compression is mainly near the brainstem. The effective treatment outcome rate is 89.62%, the most common complication is temporary facial numbness (8.62%), and temporary hearing loss (22.92%).

Conclusion: The main cause of neurovascular compression of the trigeminal nerve is the superior cerebellar artery (55.17%), with the facial nerve being the anterior inferior cerebellar artery (52.05%). Microvascular decompression surgery brings good results for patients. temporary facial numbness (8.62%), and temporary hearing loss (22.92%)... are common temporary complications during surgery.

Key words: Including trigeminal neuralgia, hemifacial spasm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tượng chèn ép hay còn gọi là xung đột mạch máu thần kinh vùng góc cầu là nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng bệnh lý kéo dài mãn tính như: bệnh đau dây V, chứng co giật nửa mặt. Đây là các bệnh lý thuộc nhóm thần kinh chức năng, tuy không gây đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân nhưng ảnh hưởng trực tiếp đến các chức năng, thẩm mỹ của người bệnh. Phẫu thuật vi phẫu giải ép mạch máu thần kinh đã được nhiều trung tâm phẫu thuật thần kinh trên thế giới áp dụng để điều trị các bệnh lý trên. [2].

Phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh (MVD: Microvascular decompression – Kỹ thuật Jannetta) là phương pháp điều trị được lựa chọn hiện nay. Tỷ lệ thành công trong khoảng 85% - 90% trong các trường hợp và nếu được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp dưới 1% [3].

Theo các nghiên cứu trên thế giới, nguyên nhân gây ra cơn co giật mặt, đau nửa mặt là do dây thần kinh V, VII bị chèn ép bởi một hoặc nhiều nhánh mạch trên đường đi ra từ rãnh hành cầu của thần kinh. Đây chính là đoạn chuyển tiếp giữa tế bào chứa myelin trung ương thành các tế bào chứa myelin ngoại biên (Vùng root exit zone – REZ) [3].

Tuy nhiên tại Việt Nam, lĩnh vực nghiên cứu về phẫu thuật thần kinh chức năng còn khá mới mẻ, nên những tổng kết về chứng đau nửa mặt, co giật mặt và xung đột mạch máu thần kinh V, VII chưa được thống kê và công bố theo hệ thống và đánh giá kết quả lâu dài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 106 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị vi phẫu thuật tại trung tâm phẫu thuật thần kinh bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021.

2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả, theo dõi trước và trong phẫu thuật, đánh giá lâm sàng sau phẫu thuật.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Tất cả các bệnh nhân từ 18 đến 70 tuổi thỏa mãn các điều kiện:

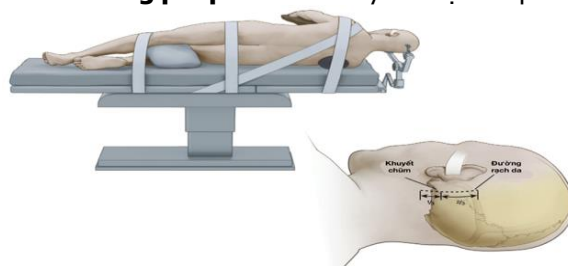
• Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh.

• Bệnh nhân được chẩn đoán chứng co giật nửa mặt, chứng đau nửa mặt điều trị nội khoa nhiều phương pháp không kết quả.

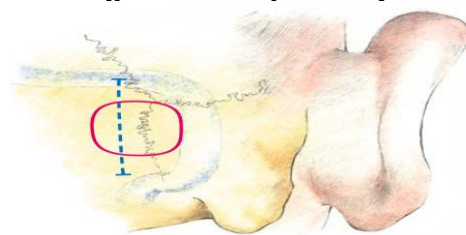
• Cộng hưởng từ: Có hoặc nghi ngờ hình ảnh xung đột MMTK

3. Kỹ thuật mổ ít xâm lấn vùng góc cầu:

• **Phương pháp vô cảm:** Gây mê nội khí quản



Hình 1. Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng (park bench position)



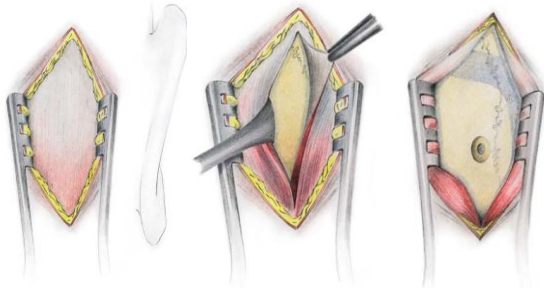
Hình 2. Vị trí rạch da kỹ thuật ít xâm lấn

• **Tư thế mổ:** Tư thế nghiêng sấp (park bench position): BN được đặt tư thế như trong hình, bên có triệu chứng ở trên. Đầu cao hơn tim 10-15 độ để giảm áp lực tĩnh mạch trở về. Tư thế đầu: đầu quay sang bên lành 10-15 độ, không quá 30 độ. Đầu đặt song song với mặt phẳng nằm ngang. Cổ hơi gấp, giữ khoảng cách giữa cằm và xương ức ít nhất bằng bề rộng 2 ngón tay.

Kĩ thuật mổ:

Thì 1: Rạch da và mở nắp sọ

- Đường rạch da: rạch đường dọc dài 3-5 cm, nằm phía trong khuyết chũm của xương thái dương 5mm. Bóc tách cân cơ.
- Khoan sọ: Vị trí cách điểm Asterion 1 cm phía dưới và phía trong.
- Mở nắp sọ: Giới hạn bên là xoang sigma. Đường kính mở nắp sọ chỉ cần khoảng 2-3cm.



Hình 3. Các bước rạch da phẫu tích tổ chức phần mềm bộc lộ xương.



Hình 4. Bộc lộ phẫu trường

Thì 2: Giải ép xung đột mạch máu thần kinh

○ Mở màng cứng hình vòng cung như hình vẽ cạnh xoang ngang và xoang sigma

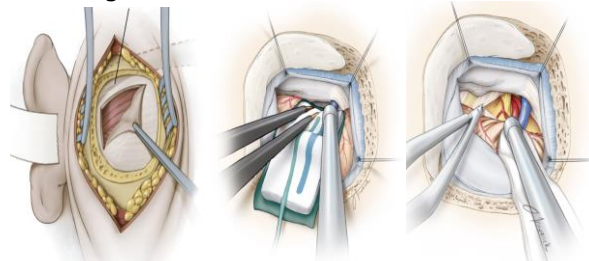
○ Hạn chế tối đa hoặc không vén tiểu não. Dùng một miếng bông đặt nhẹ vào góc cầu tiểu não, để bộc lộ bể dịch não tủy và hút dịch não tủy để làm xẹp não.

○ Phẫu tích màng nhện bao phủ dây VII-V. Thăm dò toàn bộ đường đi của dây VII, V từ vị trí thoát ra ở thân não đến lỗ ống tai trong để xác định các xung đột mạch máu thần kinh. Phẫu tích giải phóng động tĩnh mạch chèn ép dây VII-V. Sau đó đặt miếng Teflon giải ép các vị trí xung đột mạch máu thần kinh. Nếu chưa xác định rõ được nguyên nhân chèn ép, đặc biệt khi mạch máu ở phía sau thì đưa hệ thống nội soi vào hỗ trợ tìm kiếm.

Thì 3: Đóng màng cứng và vết mổ

○ Đóng màng cứng: Bơm rửa nhẹ nhàng ổ mổ bằng nước muối sinh lý ấm; tránh rửa bằng dòng chảy mạnh vì có thể tổn thương dây VIII. Thực hiện thủ thuật Valsalva và đóng kín màng cứng.

○ Đặt lại xương, sau khi khâu lại cân cơ và làm lại nghiệm pháp Valsalva để kiểm tra độ kín của đóng cân cơ. Khâu da.



Hình 5. Mở màng cứng, hút dịch não tủy và phẫu tích màng nhện

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý tham gia của bệnh nhân. Mỗi đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu đều được giải thích trước mục đích và được hỏi về sự đồng ý tham gia. Mọi thông tin riêng của bệnh nhân hoàn toàn được giữ bí mật, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu (N=95)

Nhóm tuổi	Nam (n=35)		Nữ (n=71)		Chung (n=95)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
27 – 49	11	10,4	28	26,4	39	36,8
50 – 70	24	22,6	43	40,6	67	63,2
Tổng		100		100%	106	100%

Nhận xét: Đa số gặp bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 50 - 70 tuổi. Tỷ lệ nữ gấp trên 2 lần nam.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu (N=106)

Biểu hiện lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Co giật mắt	48	45,3
Đau dây V	58	54,7

Bảng 3. Đặc điểm vị trí xung đột MMTK của đôi tượng nghiên cứu (N=95)

Vị trí tổn thương	Nam (n=35)		Nữ (n=71)		Chung (n=106)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bên trái	23	21,7	32	30,2	55	51,9
Bên phải	12	11,3	39	36,8	51	48,1
Tổng	35	100%	71	100%	106	100%

Nhận xét: Nam giới chủ yếu bị ở bên trái, trong khi đó, nữ giới lại bị tổn thương nhiều hơn ở bên phải

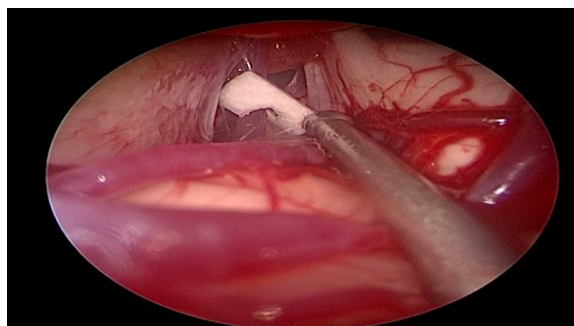
2. Nguyên nhân của chủ yếu của chèn ép MMTK góc cầu



Hình 7. Quai động mạch tiểu não trên (SCA) chèn ép vào dây V



Hình 8. Kết hợp nội soi giúp quan sát phẫu trường tốt hơn



Hình 9. Sau khi đặt tấm Neuro Patch giải ép mạch máu thần kinh

Bảng 4. Phương pháp vi phẫu thuật điều trị bệnh lý.

Đặc điểm bệnh lý	Cơn đau dây V	Cơn co giật nửa mặt
Điển hình	56(96,6%)	47 (97,9%)
Không điển hình	2 (3,4%)	1 (2,1%)
Tổng	58	48

Nhận xét: Trong cả 2 bệnh, triệu chứng cơn đau và cơn co giật hầu hết là điển hình. Tỷ lệ nhỏ bệnh nhân gặp với triệu chứng không điển hình (3,4% và 2,1%).

Bảng 5. Vị trí mạch máu (MM) chèn ép vào dây VII quan sát được trong phẫu thuật.

Vị trí chèn ép	Đau dây V		Co giật nửa mặt		Chung (n=106)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Vùng chuyển tiếp	24	41,4%	10	20,8%	34	32,1%
Gần thân não	24	41,4%	33	68,7%	57	53,8%
Vùng tự do	10	17,2%	5	10,5%	15	14,1%
Tổng	58	100%	48	100%		100%

Nhận xét: Vị trí bất thường mạch máu chủ yếu nằm ở vùng gần thân não, với 53,8%. Sau đó là vùng chuyển tiếp, vùng tự do

- Kết quả phẫu thuật

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật lúc ra viện và kiểm tra sau 4 tuần:

Kết quả lúc ra viện	Chung (N = 106)	
	Số BN	Tỷ lệ %
Không khỏi	11	10,4%
Đỡ, giảm	48	45,3%
Khỏi hẳn	47	44,3%
Tổng	106	100%

Nhận xét: Điều trị hiệu quả đạt 89,6% trong đó hết hẳn triệu chứng lâm sàng chiếm sấp xỉ 45%

là đáng khích lệ. Tuy nhiên cần theo dõi và đánh giá dài hơn (sau 1 năm trở lên)

Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật.

Biến chứng	Đau dây V (n=58)		Co giật nửa mặt (n=48)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Mất cảm giác nửa mặt	5	1,7	0	0
Chảy máu dưới nhện	1	8,6	1	2,1
Giảm thính lực	0	0	11	22,9
Liệt mặt	0	0	2	4,2
Rò dịch não tủy	0	0	0	0
Tử vong	0	0	1	2,1

Nhận xét: Sau phẫu thuật chứng đau dây V, biến chứng gặp nhiều nhất là mất cảm giác nửa mặt với 05 trường hợp (8,62%), còn đối với co giật nửa mặt, giảm thính lực là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 22,9%. Có 1 trường hợp tử vong sau mổ co giật nửa mặt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đưa ra ở bảng 1 thì tỷ lệ bệnh nhân nữ được chẩn đoán và phẫu thuật cao gấp trên 2 lần bệnh nhân nam (tương đương với các kết quả nghiên cứu của các tác giả Võ Văn Nho là 4 và Trần Hoàng Ngọc Anh là 4,6 lần.) [1], [2]. Trong đó nhóm tuổi từ 50-70 chiếm đa số. Như vậy có thể kết luận rằng tỷ lệ nữ giới quan tâm đến yếu tố chức năng, thẩm mỹ nhiều hơn nam giới và ở nhóm người lớn tuổi, khả năng chịu đựng sự phiền toái của cơn đau và chứng giật ở mặt thấp hơn so với nhóm trẻ. Vì chứng co giật nửa mặt, đau nửa mặt như chúng tôi đã đề cập trên không gây ra nguy hiểm đến tính mạng nên lựa chọn điều trị chủ yếu là nữ giới. Và đây là nghiên cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật nên không thể khẳng định về vấn đề dịch tễ bệnh lý xung đột mạch máu thần kinh gặp chủ yếu ở nữ giới.

Cùng với bảng 3 chúng tôi có thể đưa ra kết luận rằng các bất thường về mạch máu xung đột với phức hợp V, VII chủ yếu là ở phía trước và phần gốc của dây VII (xuất phát chủ yếu từ nhánh của động mạch tiểu não trước dưới AICA) và xung đột mạch máu thần kinh với dây V có nguyên nhân từ động mạch tiểu não trên, là vùng chuyển tiếp giữa tế bào chứa myelin trung ương thành các tế bào chứa myelin ngoại biên (root exit zone) [4]. Vì phức hợp VII, VIII dây VII nằm trước dây VIII do đó xung đột phía trước có thể rất nhỏ cũng gây nên chứng co giật nửa mặt.[6], [7].

Một số ít trường hợp mạch máu chạy xen giữa phức hợp V, VII gây nên triệu chứng chiếm tỷ lệ nhỏ hơn trong tổng số trường hợp khảo sát. Trong mỗi khi còn nghi ngờ cần phải sử dụng nội soi hỗ trợ trong mổ để chẩn đoán xác định

nguyên nhân xung đột mạch máu thần kinh và phương án xử lý cần thiết.

Điều trị phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh cho kết quả tốt chiếm 89,6%. Kết quả điều trị sau phẫu thuật khám lại bệnh nhân ngay sau mổ cho thấy tỷ lệ thành công đến 89,6%, trong đó tỷ lệ khỏi hẳn đạt 44,3%, nhưng thấp hơn so với tác giả Sindou thì tỉ lệ khỏi hẳn là 75% [5]. Do theo dõi của chúng tôi còn chưa đủ lâu vì một số trường hợp sau phẫu thuật 1 năm bệnh nhân còn cải thiện tốt hơn.

Tuy nhiên vẫn còn gặp một số biến chứng như: Liệt mặt, mất cảm giác nửa mặt, giảm thính lực, chảy máu dưới nhện. Trong đó liệt mặt tạm thời 4,2%, giảm thính lực 22,9%, mất cảm giác nửa mặt 8,6% và 1 trường hợp tử vong.

V. KẾT LUẬN

Chứng co giật nửa mặt, đau dây V là một bệnh lý về thần kinh chứng năng không gây đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Chủ yếu gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, đau buốt vùng mặt cũng như chức năng của bệnh nhân. Vì thế số lượng bệnh nhân nữ trong độ tuổi 50-70 tuổi mong muốn được điều trị phẫu thuật lớn hơn nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện co giật nửa mặt chiếm 45,3%, biểu hiện đau dây V chiếm 54,7% số bệnh nhân.

Các bất thường về mạch máu thần kinh trong vùng góc cầu đều có thể gây ra chứng co giật nửa mặt, đau dây V. Tuy nhiên chủ yếu gặp trong các trường hợp có xung đột ở vùng chuyển tiếp và gần thân não. Với co giật nửa mặt, nguyên nhân chủ yếu gây xung đột là động mạch tiểu não trước dưới; với đau dây V, nguyên nhân chủ yếu là động mạch tiểu não trên

89,6% các trường hợp co giật mặt, đau dây V được phẫu thuật đều tìm được xung đột mạch máu thần kinh có các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sau mổ được cải thiện.

Các biến chứng hay gặp sau phẫu thuật là giảm thính lực 22,9%, mất cảm giác nửa mặt 8,6% tổng số bệnh nhân.

Điều trị chứng co giật nửa mặt, chứng đau

dây V do chèn ép mạch máu thần kinh bằng vi phẫu thuật giải phóng xung đột mạch máu thần kinh (MVD-Jannetta) là một phương pháp điều trị triệt để nhưng cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và được đào tạo để tránh và xử trí kịp thời các biến chứng xảy ra trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hoàng Ngọc Anh** (2014) Phẫu thuật giải ép vi mạch trong điều trị co giật nửa mặt: Kết quả 60 trường hợp phẫu thuật tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Y Học TP. Hồ Chí Minh.
2. **Võ Văn Nho** (2013), "Co giật nửa mặt", Phẫu thuật thần kinh, Nhà xuất bản Y học Tp Hồ Chí Minh, tr. 301-309
3. **Mark, R.M., et al.** (1998) Microvascular decompression of cranial nerves: lessons learned after 4400 operations. Neurosurgery focus.
4. **Rirk, R.d.** (2002) Is the root entry/exit zone important in microvascular compression syndromes, Neurosurgery.
5. **M. Sindou** (2009), "Microvascular decompression for hemifacial spasm", Practical handbook of neurosurgery from leading neurosurgeon, Volume 3: Springer Wien NewYork, pp. 317-332.
6. **Jr A.L.R. and Surgeons C. of N.** (2019), Rhoton's Cranial Anatomy and Surgical Approaches, Oxford University Press, New York.
7. **Mark S. Greenberg** (2020), Handbook of Neurosurgery, Thieme Medical Publishers.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI Ở BỆNH NHÂN TRẺ TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Trương Xuân Tiến¹, Hàn Thị Vân Thanh², Ngô Quốc Duy^{1,2},
Trần Đức Toàn², Ngô Xuân Quý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi ở bệnh nhân trẻ tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu tiến hành trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán UTL tại thời điểm chẩn đoán ≤40 tuổi và được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 34,09; tỷ lệ nam/ nữ: 0,84; BN giai đoạn sớm(I+II) chiếm 63,1%; BN được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần chiếm 43,5%. BN được điều trị bằng phẫu thuật + xạ/ hóa xạ bổ trợ sau chiếm 41,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm đạt 82,6% với trung vị 51 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm đạt 73,9% với trung vị 48 tháng. **Kết luận:** Ung thư lưỡi ở người trẻ tuổi thường gặp ở nữ giới, được phát hiện ở giai đoạn sớm. Việc lựa chọn phác đồ điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, thể trạng bệnh nhân và kinh nghiệm của bác sĩ điều trị.

Từ khóa: ung thư lưỡi, bệnh nhân trẻ tuổi

SUMMARY

RESULTS OF ORAL TONGUE CANCER TREATMENT IN YOUNG PATIENTS AT K HOSPITAL

Objectives: to assess oral tongue cancer treatment in young patients at K hospital. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 46 young patients

≤40 years old diagnosed with oral tongue cancer treated at K hospital from January 2017 to May 2022. **Results:** Mean age was 34.09; male/female ratio: 0.84; Early stage (I + II) accounted for 63.1%; Patients treated by surgery alone accounted for 43.5%. Patients were treated by surgery followed by radiation / adjuvant chemotherapy accounted for 41.3%. Overall 5-year survival was 82.6% with a median 51 months. The 5-year disease-free survival was 73.9% with a median 48 months. **Conclusion:** Tongue cancer in young people is common in women, detected at an early stage. The choice of treatment regimen depends on the stage of the disease, the patient's condition and doctor's experience.

Keywords: tongue cancer, young patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi di động (UTL) là u ác tính nguyên phát tại lưỡi, trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô vảy và là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng, chiếm khoảng 40-50% các trường hợp¹. Tại Việt Nam, ung thư khoang miệng có tỉ lệ mắc mới và tử vong ngày càng tăng. Theo GLOBOCAN năm 2020 ghi nhận có khoảng 2.152 ca mắc mới và 1.099 ca tử vong. Ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên, và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, ít gặp ở người trẻ tuổi².

Ung thư lưỡi ở người trẻ tuổi chiếm tỉ lệ thấp < 5% tuy nhiên lại được nhiều tác giả xem là những thể lâm sàng đặc biệt ác tính, tiến triển nhanh, nguy cơ tái phát cao, sống thêm thấp hơn và cần quá trình điều trị tích cực hơn³. Trong điều trị ung thư lưỡi, phẫu thuật đóng vai

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trương Xuân Tiến

Email: truongtienhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2022

Ngày duyệt bài: 20.9.2022