

35% đến 50% khối lượng xương trong cuộc đời họ, trong khi nam giới chỉ mất từ 20% đến 35% khối lượng xương [5].

Bệnh VKDT tiến triển làm các khớp bị viêm, sưng đau nhiều và hạn chế vận động. Bệnh nhân thường ít vận động, kết hợp với tình trạng viêm sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu với mức độ hoạt động bệnh mạnh (DAS28 $\geq$ 5,1) có 65,2% bệnh nhân bị loãng xương, trong khi nhóm bệnh nhân với tình trạng bệnh ổn định và bệnh hoạt động nhẹ chỉ có 2,9% bệnh nhân bị loãng xương. Trong điều trị bệnh VKDT giai đoạn bệnh hoạt động mạnh, thuốc corticoid thường được các bác sĩ chuyên ngành khớp chỉ định để kiểm soát sự tiến triển của bệnh. Khi corticoid được dùng liều cao và kéo dài sẽ gây mất xương, làm tình trạng loãng xương của bệnh nhân VKDT ngày càng nặng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương ở nhóm bệnh nhân có dùng corticoid cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid (71% so với 29%, 69,1% so với 30,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Đoàn Thị Tuyết về MDX ở bệnh nhân VKDT, thấy MDX của những bệnh nhân VKDT có sử dụng corticoid giảm hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid và tỷ lệ loãng xương cũng tăng lên tương ứng [6].

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46% và giảm mật độ xương là 36,7%, trong đó, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ

55 đến 69 tuổi. Có 5,3% trường hợp bị gãy xương, tập trung chủ yếu ở nhóm loãng xương và giảm MDX.

- Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid (p<0,05).

- Loãng xương và giảm MDX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (tỷ lệ 2,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joffe I, Epstein F (1991), Osteoporosis associated with rheumatoid arthritis: pathogenesis and management, Semin rheumatoid arthritis, Vol 20(4): 256- 272.
2. Haugeberg G (2000), Bone mineral density annual frequency of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis, Arthritis Rheumatology, Vol 43(3), pp 522-30
3. Cortet B (2000), Factors influencing bone loss in rheumatoid arthritis, Clinical Experimental Rheumatology, Vol 18(6): 683-90.
4. Vũ Thị Thanh Thủy (1996), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lún đốt sống cổ loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, Luận văn thạc sĩ khoa học y được Trường đại học Y Hà Nội.
5. Fallon M (1990), Metabolic and other nontumorous disorders of bone Anderson pathology, the C.V Mosby Company, pp1929-2017.
6. Đoàn Thị Tuyết (2002), Đánh giá mật độ xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có sử dụng glucocorticoid bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép, Luận văn thạc sĩ y học Trường đại học Y Hà Nội.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT U TỬY VÙNG CỔ

Trương Như Hiền<sup>1</sup>, Vũ Văn Hòe

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả vi phẫu thuật u tủy sống vùng cổ. **Đối tượng và Phương pháp:** Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả vi phẫu

<sup>1</sup>Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hiền

Email: hienhbhos@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2017

Ngày duyệt bài: 23.01.2017

58 bệnh nhân u tủy cổ từ 1.2011 đến 1.2014. **Kết quả:** Nghiên cứu 58 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1/1,3, độ tuổi thường gặp là 20-60 tuổi (82,7% Đặc điểm lâm sàng: đau cột sống cổ lan theo rễ thần kinh 98,3%; rối loạn cảm giác 89,7%, xuất hiện sớm các u ngoại tủy; rối loạn vận động các chi 89,6% thường biểu hiện nặng, liệt tứ chi chiếm 37,9%; rối loạn cơ tròn 19,0%; rối loạn dinh dưỡng 31,0%. Trẻ hình ảnh cộng hưởng từ 98,3% u có đồng hoặc giả tín hiệu trên T1W, 82,9% tăng tín hiệu trên T2W. Si tiêm thuốc đối quang từ 89,7% ngừng thuốc, đỡ nhất 56,9%. Kết quả sau phẫu thuật tốt (McCormick 1,2) 84,5%; McCormick 3 là 6,9%; McCormick 4 là 5,1%; 2 BN (3,4%) tử vong do không hồi phục và c

biến chứng suy kiệt, bội nhiễm. **Kết luận:** Các u tủy sống vùng cổ nên được điều trị bằng vi phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự xâm lấn và phân loại mô bệnh học của khối u.

**Từ khóa:** u tủy cổ, vi phẫu thuật.

## SUMMARY

### CERVICAL SPINAL CORD TUMORS: CLINICORADIOLOGICAL FINDINGS AND MICROSURGICAL RESULTS

**Objectives:** Analysing the clinic-radiological findings and microsurgical results of cervical spinal cord tumors. **Methods:** Reviews of clinical presentations, imagings and microsurgical treatments of 58 cases with cervical spinal cord tumors from 01.2011 to 01.2014. **Results:** 58 cases (25 males/33 females) with mean age (20-60). Significant clinical findings: cervical spine pain and nerve roots spread 98.3%; sensory disturbances 89.7%; movement disorders 89.6%; circular muscle disorders 19.0%; nutritional disorder 31.0%. The tumors demonstrated isointensity or intermediate signal intensity on T1-weighted images 98,3%, high signal intensity on T2-weighted images 82,8%, and 89,7% homogeneous enhancement on Gd-DTPA images; demonstrated homogeneous enhancement on Gd-DTPA images 56,9%. The postoperative results: McCormick 1,2 84,5%; McCormick 3 6,9%; McCormick 4+5 5,1%; death 2/58 (3,4%). **Conclusions:** Cervical spinal cord tumors should be treated with microsurgical technique. Surgical approaches were chosen according to the location, size, extension and histopathological classification of tumors.

**Keyword:** cervical spinal cord tumors, microsurgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15%-20% 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.

U tủy cổ chỉ chiếm khoảng 16%-18% u tủy sống nhưng nếu xuất hiện sẽ có các tác động rất nặng, nhất là u vùng tủy cổ cao [1]. Khối u chèn ép gây ra các hội chứng tiểu não, liệt, rối loạn các trung khu hô hấp tuần hoàn... Theo M. Greenberg (2016) u ngoài màng cứng chiếm 55%, u trong màng cứng - ngoài tủy là 40%, khoảng 5% là u nội tủy. U tủy ở vùng cổ có thể

phát triển trong một thời gian dài không có biểu hiện các triệu chứng điển hình, mặt khác với đặc điểm giải phẫu chức năng đặc biệt nên việc phẫu thuật lấy bỏ u tủy vùng này khó khăn, để lại nhiều di chứng nặng cho người bệnh.

Chẩn đoán sớm và điều trị đúng, kịp thời u tủy sống vùng cổ vẫn là một vấn đề thời sự. Hiện nay với sự giúp đỡ của các phương tiện chẩn đoán hiện đại giúp phát hiện sớm như cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT), chụp mạch máu tủy số hóa xóa nền và các phương pháp phẫu thuật can thiệp tối thiểu, kính vi phẫu thuật, dao mổ siêu âm, laser, xạ phẫu (Gamma knife, Cyber knife), hóa trị liệu... đã mang đến một diện mạo mới cho công tác chẩn đoán, điều trị u tủy nói chung và u tủy vùng cổ nói riêng.

Để có một nghiên cứu về triệu chứng, phương tiện chẩn đoán sớm, vi phẫu thuật u tủy cổ cũng như các phương pháp điều trị hỗ trợ khác chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tủy vùng cổ.
2. Đánh giá kết quả vi phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Gồm 58 bệnh nhân u tủy sống vùng cổ được chẩn đoán, vi phẫu thuật, có kết quả mô bệnh học tại Khoa Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 3 năm từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 1 năm 2014.

**2.2. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu, không đối chứng.

### 2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

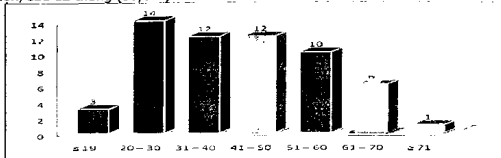
- Tuổi, giới, vị trí u, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp vi phẫu thuật, và kết quả mô bệnh học.

- Đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật và kết quả xa ít nhất sau 6 tháng qua thang điểm McCormick.

Thang điểm McCormick	Biểu hiện lâm sàng
I	Không có triệu chứng, không có tổn thương thần kinh.
II	Thiếu hụt thần kinh không ảnh hưởng chức năng của chi, không phản xạ bất thường, dáng đi bình thường.
III	Thiếu hụt thần kinh có ảnh hưởng chức năng của chi liên quan, đi lại khó khăn nhưng độc lập.
IV	Thiếu hụt thần kinh nặng, cần có sự trợ giúp khi đi lại.
V	Nằm liệt giường hoặc ngồi xe lăn.

### III. KẾT QUẢ

**3.1 Đặc điểm người bệnh:** Trong nghiên cứu có 33 BN nữ (56,9%), 25 BN nam (43,1%), tuổi từ 3 đến 75, độ tuổi trung bình là  $40,7 \pm 15,6$  năm. Thời gian biểu hiện triệu chứng kéo dài, đa số BN đến viện muộn, sau 12 tháng (50,0%).



**Biểu đồ 1. Các nhóm tuổi**

**3.2 Triệu chứng lâm sàng:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của u tủy cổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là đau, rối loạn cảm giác theo rễ hoặc mất cảm giác từ vùng u chi phối trở xuống, rối loạn vận động phối hợp với một số rối loạn khác như rối loạn cơ tròn, dinh dưỡng...

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
<b>Đau</b>	57	98,3
Đau tại CS cổ	37	63,8
Đau theo rễ TK	32	55,2
<b>Rối loạn cảm giác</b>	52	89,7
Không RL	6	10,3
Mất cảm, giảm cảm giác theo rễ	38	65,5
Mất cảm giác từ vùng tủy cổ u chi phối xuống	14	24,1
<b>Rối loạn vận động</b>	52	89,6
Liệt cơ do rễ tổn thương chi phối	10	17,2
Liệt chi	42	72,4
Liệt tứ chi	22	37,9
HC Brown-Sequard	4	6,9
Dấu hiệu Babinski (+)	24	41,4
Dấu hiệu Hofmann (+)	21	36,2
Rối loạn cơ tròn	11	19,0
Rối loạn dinh dưỡng	18	31,0

**Bảng 2. Thang điểm McCormick trước mổ**

Điểm McCormick trước mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	0	0,0
2	15	25,9
3	21	36,2
4	12	20,7
5	10	17,2
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**3.3 Đặc điểm cận lâm sàng:** 58 BN trong nhóm nghiên cứu đều được chụp Cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ. Trên phim MRI cho phép chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước, tính chất của khối u và các thông tin như rộng tủy thứ phát, phù tủy, xuất huyết hay nang trong u... Hình ảnh của u tủy cổ chủ yếu là giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W (98,3%) và tăng tín hiệu trên T2W (82,8%), sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Các khối u ở tủy cổ cao

(C1-C4) gặp 33 BN (56,9%), cổ thấp (C5-C7) 25 BN (43,1%).

**3.4 Phương pháp phẫu thuật:** Tất cả các khối u đều được lấy bỏ qua vi phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn theo yêu cầu bậc lộ và loại mô bệnh học đối với các u ngoài tủy.

54 BN (93,1%) chỉ cần đường mổ vào ống sống qua lỗ sau để lấy u, chỉ có 4 BN cần phải phối hợp thêm đường mổ phía trước. Trong đó 01 trường hợp phải cắt thân đốt sống để lấy hết

u, 3 BN còn lại mổ phía trước đơn thuần lấy u nằm ngoài ống sống không cắt xương.

### 3.5 Kết quả phẫu thuật

- Mức độ phẫu thuật triệt để u: hầu hết các trường hợp lấy được toàn bộ u 47/58 (81,0%); 8 trường hợp lấy gần hết u, chỉ để lại phần u nhỏ dính chặt vào tủy, mạch máu chiếm 13,8%; 3,4% chỉ lấy được một phần u; có 1 (1,7%) trường hợp u trong tủy không lấy được u, chỉ lấy

làm giải phẫu bệnh do u xâm lấn nhiều vào tổ chức tủy, khó phân biệt ranh giới.

- Tai biến chứng sau phẫu thuật: Tai biến trong mổ chỉ gặp 2 BN (3,4 %) có chảy máu nhiều, 5 BN (8,5%) có tổn thương rễ thần kinh liên quan; Biến chứng sau mổ: 3 trường hợp (5,1%) sau phẫu thuật có hiện tượng phù tủy thứ phát, 01 trường hợp tử vong sau 10 ngày.

**Bảng 3. Kết quả mô bệnh học khối u**

Kết quả mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ependymoma	6	10,3
Meningioma	6	10,3
Hemangioblastoma	1	1,7
Neurinoma	24	41,4
Shwannoma	13	22,4
Neurofibroma	2	3,4
U nang	3	5,2
Ganglioneuroma	1	1,7
Cavernoma	1	1,7
U di căn Carcinoma	1	1,7
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

- Kết quả gần sau mổ: Có 2 trường hợp biểu hiện hết các triệu chứng ngay sau mổ (3,4%); Tỷ lệ BN tiến triển tốt sau mổ, có điểm McCormick 2 và 3 chiếm cao nhất 48/58 (82,8%); 7 BN (12,0%) biểu hiện rối loạn chức năng tủy nặng như trước mổ; 01 BN tử vong sau 10 ngày do tiến triển nặng lên, suy hô hấp.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1 Triệu chứng lâm sàng:** Diễn biến đau kiểu rễ được mô tả qua bảng 1 cho thấy 55,2% bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ lan dọc chi trên - đau theo dài rễ thần kinh chỉ phối với tình chất đau thắt, đau trong sâu, thời gian đau lâu và rất trung thành với phát triển của bệnh. Điều này giải thích có những bệnh nhân thời gian diễn biến kéo dài lâu năm mà vẫn có biểu hiện đau kiểu rễ. Theo Nguyễn Hùng Minh [1], Phạm Anh Tuấn [3] trong u rễ thần kinh u thường biểu hiện kiểu đau rễ vì khối u xuất phát trực tiếp và chèn ép vào rễ.

Các u rễ thần kinh phần lớn biểu hiện dị cảm và giảm cảm giác theo rễ; các u ngoài tủy có rối loạn cảm giác sớm và rõ hơn. Mooij J. (2010) cũng có nhận xét như vậy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 BN (89,6%) đến viện đã ở giai đoạn có rối loạn vận động, trong đó có 10 BN ở giai đoạn liệt không hoàn toàn còn lại là giai đoạn liệt hoàn toàn. Đa số các BN khi khai thác kỹ tiền sử diễn biến bệnh đều có khoảng thời gian liệt tiến triển từ từ tăng dần. Dấu hiệu liệt từ từ tăng dần cho thấy u hầu hết phát triển chậm, mặt khác do ống sống đoạn tủy cổ rộng hơn so với tủy nên chỉ khi có sự mất

bù trừ của ống sống, thiếu máu nuôi dưỡng và thoái hóa các bó tủy cũng như rễ thần kinh mới có biểu hiện liệt nặng.

**Hình ảnh cộng hưởng từ:** Tín hiệu của các u tủy cổ trên các phim CHT không có đổi quang từ tương đối đặc thù. Nghiên cứu cho thấy trên các phim CHT các khối u tủy cổ có cường độ tín hiệu phần lớn tăng trên chuỗi xung T2W (82,8%), chỉ có 15,5% đồng tín hiệu và 1,7% giảm tín hiệu; Trên xung T1W u giảm (51,7%) hoặc đồng tín hiệu (46,6%), chỉ có 1,7% tăng tín hiệu. Các tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu của Lê Quyết Thắng [2] (83,33% tăng tín hiệu trên T2W; 66,67% đồng và 30% giảm tín hiệu trên T1W); Andrew T. (2004) hầu hết các u tủy đều có hình ảnh giảm hoặc đồng tín hiệu trên T1W và tăng trên T2W [4].

Hình ảnh CHT các u sau tiêm thuốc đối quang từ: Đa số các khối u có ranh giới rõ trên phim CHT 41/58 chiếm 70,7%, 89,7% các trường hợp ngấm thuốc đối quang từ mạnh, tính đồng nhất gặp trên 33/58 BN (56,9%).

**4.2. Phương pháp phẫu thuật:** Cùng với mục đích cắt bỏ khối u và giải phóng chèn ép tủy sống, điều quan trọng là phải đảm bảo các mạch máu, dây thần kinh và phòng ngừa sự suy giảm

chức năng thần kinh càng nhiều càng tốt. Chúng tôi lựa chọn đường mổ và phương pháp phẫu thuật theo các yếu tố sau đây.

+ **Sự cần thiết để bộc lộ khối u:** Đường mổ phía sau có thể bộc lộ từ phía sau khớp cổ chẩm và toàn bộ tủy sống cổ. Chúng tôi thực hiện mổ phía sau đơn thuần trên 54/58 BN (93,1%), 4/58 (6,9%) phối hợp thêm đường mổ phía trước. Với các phẫu thuật viên thần kinh đường mổ này đã là thường quy, an toàn, đơn giản và tiêu chuẩn cho các khối u tủy nhất là u trong tủy. Cắt cung sau hoàn toàn hay chỉ cắt một bên bản sống tủy theo yêu cầu phẫu thuật. Đối với hầu hết các u dưới màng cứng ngoài tủy đơn thuần thì mở một bên cung sau với kính vi phẫu là đủ để quan sát và lấy u [5]. Gần đây phương pháp mở có tạo hình cung sau được ứng dụng nhiều vì lợi ích của việc ổn định cột sống sau mổ. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện cắt cả cung sau ở 50 trường hợp (86,2%), 6 BN (10,3%) cắt nửa bản sống và 2

BN (3,4%) cắt tạo hình cung sau. Tỷ lệ cắt tạo hình cung sau có lẽ còn phụ thuộc vào điều kiện kinh của người bệnh.

+ **Kích thước, vị trí và tính chất của khối u.**

+ **Với các u ngoài tủy cổ có** nhiều xu hướng phát triển thành các u hình quả tạ đôi, nhất các u dây thần kinh vùng tủy cổ cao [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 23/58 BN có khối u hình quả tạ đôi chiếm 39,6% và chủ yếu là rễ thần kinh. Theo phân loại của Eden đối với các loại u này có 12/23 (52,2%) Eden type 1/23 (47,8%) type 3, không có loại 1 và 4.

Để phẫu thuật lấy bỏ hết các u hình quả tạ đôi vùng cột sống cổ có các điểm chính cần xem xét như sau: 1. Với các u vô bao thần kinh, nên cắt các rễ thần kinh không? 2. Làm thế nào để các khuyết màng cứng được giải quyết sau cắt bỏ khối u? 3. Làm thế nào để bảo vệ động mạch đốt sống trong cuộc phẫu thuật? 4. Làm thế nào để sau phẫu thuật cột sống cổ được ổn định?



**Hình 1.** Hình ảnh cộng hưởng từ trước mổ (trên) và kiểm tra sau phẫu thuật (dưới); khối u kè theo nang từ C2C7, có rỗng tủy trên và dưới u; đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sa tiêm thuốc đối quang từ ngấm thuốc ở vùng trung tâm; BN đã được vi phẫu thuật cắt cung sau C2C7 mở rãnh giữa sau lấy toàn bộ u ở ống tủy trung tâm mật độ mềm, ranh giới rõ. Sau PT hồi phục cảm giác tốt, không rối loạn cơ tròn, còn yếu hai tay; Kiểm tra lại sau 15 tháng bệnh nhân hoàn toàn hồi phục về vận động và cảm giác, MRI không tái phát u.

\*Nguồn: BN Phan Văn H. số lưu trữ 27728/2013 – BV Việt Đ

+ **Đối với các u trong tủy:** Phẫu thuật khối u trong tủy cổ có lẽ là một thách thức phẫu thuật do nhiều khó khăn khi cắt bỏ u triệt để và có nguy cơ cao gây tổn thương tủy sống trong mổ. Tuy nhiên ngày nay với những tiến bộ trong chẩn đoán và thực hành phẫu thuật, việc lấy toàn bộ khối u có thể an toàn trong đa số các trường hợp, kết quả xa tốt với tỷ lệ di chứng thấp [6]. Cấu trúc u tổ chức liên quan xung

quanh được đánh giá chính xác dựa vào hình ảnh CHT với độ phân giải cao.

Trong hầu hết các trường hợp tủy sống được mở ở rãnh giữa sau. Khi mổ u tủy sống phía sau phẫu thuật viên nhìn thấy rõ ràng ranh giới khối u qua kính vi phẫu. Các mạch máu vùng này cũng được nhìn thấy chính xác hơn.

Điều cần lưu ý khi phẫu thuật những khối u trong tủy sống không nên sử dụng đốt điện lưỡng cực để cầm máu, nếu quá cần thiết nên:

dụng đốt điện lưỡng cực với nhiệt độ rất thấp để tránh gây tổn thương mô tủy. Phần lớn chảy máu từ những vi mạch, chỉ sử dụng Gelfoam tạm thời sẽ cầm được máu dễ dàng mà không làm tổn thương đến mô tủy, giúp khả năng cải thiện chức năng sau mổ nhanh hơn. Vì phẫu thuật với độ phóng đại lớn nhằm bảo tồn bền vững những mạch máu cực nhỏ, vừa không gây tổn thương đến những vi mạch vừa không làm tổn thương mô tủy trắng và xám là một thuận lợi vô cùng quan trọng, giúp phục hồi chức năng thần kinh nhanh chóng sau mổ mà còn có thể đạt đến mức độ hồi phục cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp u trong tủy (12,1%) gồm 6 endependoma và 01 u nang. 100% các ca chúng tôi vào tủy qua rãnh giữa sau để lấy u sau khi cắt hoàn toàn cung sau cột sống cổ đoạn tương ứng. Qua kính vi phẫu chúng tôi đã đánh giá rõ khối u, sự liên quan với tủy xung quanh, tiến hành dùng Bipolar lấy hoàn toàn 5 khối u (71,4%), 1 trường hợp lấy gần hết u và 1 trường hợp còn lại để mổ u làm giải phẫu bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Các khối u tủy sống cổ thường được phát hiện chậm do các triệu chứng không điển hình, dễ nhầm với các bệnh lý thoái hóa cột sống, nhất là đối với các u trong tủy do triệu chứng đau ít xuất hiện. Chụp MRI có đối quang tử dễ dàng chẩn đoán khối u và nên được chỉ định sớm đối với người bệnh có các triệu chứng đau rễ thần kinh cột sống cổ.

Vi phẫu thuật là phương pháp nên được áp dụng để loại bỏ khối u, mang đến sự hồi phục tốt nhất cho người bệnh. Lựa chọn phương pháp

mô phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự xâm lấn và phân loại mô bệnh học của khối u.

**LỜI CẢM ƠN:** Chúng tôi xin được trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện 103, Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Phòng Kế hoạch tổng hợp, tổ lưu trữ hồ sơ của hai Bệnh viện cũng như tất cả các người bệnh đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hùng Minh (1994), "Nghiên cứu chẩn đoán sớm và điều trị ngoại khoa bệnh u tủy tại Bệnh viện 103", *Luận án Phó tiến sĩ khoa học y được chuyên ngành Phẫu thuật đại cương - Học viện quân y, Hà Nội*.
2. Lê Quyết Thắng (2006), "Nghiên cứu chẩn đoán sớm và kết quả điều trị phẫu thuật u tủy sống vùng cổ tại bệnh viện 103", *Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Học viện quân y, Hà Nội*.
3. Phạm Anh Tuấn (2013), "U trong màng cứng ngoài tủy sống", *Phẫu thuật thần kinh; NXB Y học, Tp Hồ Chí Minh*, pp. 501-508.
4. Andrew T., Lee J., Parney I. et al. (2004), "Spinal Cord and Intradural-Extracranial Spinal Tumors: Current Best Care Practices and Strategies", *Journal of neuro-oncology*. 69 (1-3), pp. 291-318.
5. Gu R., Liu J. B., Xia P. et al. (2014), "Evaluation of hemilaminectomy use in microsurgical resection of intradural extramedullary tumors", *Oncol Lett*. 7 (5), pp. 1669-1672.
6. Klekamp J. (2013), "Treatment of intramedullary tumors: analysis of surgical morbidity and long-term results", *J Neurosurg Spine*. 19 (1), pp. 12-26.
7. Maurya P., Singh K., Sharma V. (2009), "C1 and C2 nerve sheath tumors: Analysis of 32 cases", *Neurology India | Jan-Feb 2009 | Vol 57 | Issue 1*, pp. 31-35.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ VÔ CẢM VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ROPIVACAINE VỚI LIDOCAIN TRONG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Đỗ Văn Lợi\*, Vũ Văn Du\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả vô cảm và các tác dụng không mong muốn lên mẹ và con của ropivacain với lidocain trong gây tê ngoài màng cứng để mổ lấy

\* *Bệnh viện Phụ sản Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du

Email: dutruongson@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017

Ngày duyệt bài: 25.01.2017

thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động, được chia thành 2 nhóm. Sau khi đặt catheter ngoài màng cứng (NMC), nhóm I bơm 120 mg ropivacain 0,5% phối hợp với 0,1mg fentanyl; nhóm II bơm 300 mg lidocain kết hợp với 0,1mg fentanyl; qua catheter NMC. Đánh giá hiệu quả phong bế cảm giác, vận động, và tình trạng trẻ sơ sinh. **Kết quả:** Ropivacain có hiệu quả phong bế cảm giác, vận động trong mô tương đương lidocain (100% các trường hợp trong cả 2 nhóm có chất lượng vô cảm tốt; độ mềm cơ bụng tốt: 90% so với 86,67%). Ropivacain có thời gian giảm đau sau mổ