

áp trong 24 giờ trên monitoring thấy HATTH tăng đặc biệt về đêm ở bệnh nhân béo phì hơn so với người có cân nặng lý tưởng (2).

Chúng tôi thấy có mối liên quan thuận yếu giữa BMI với tăng huyết áp. Số đo vòng bụng có mối liên quan thuận trung bình với huyết áp, đặc biệt là vòng bụng với huyết áp tâm trương ($r=0,42$; $p < 0,001$). Số đo vòng hông ít có tương quan với huyết áp. Tỷ lệ vòng bụng/vòng hông (WHR) được ưa chuộng để đánh giá mức độ béo bụng, béo bụng là yếu tố quan trọng làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch (4). Mối liên quan giữa béo phì và tăng huyết áp thường xảy ra chặt chẽ hơn ở những người béo phì trung tâm (béo bụng) do sự gia tăng phóng thích yếu tố hoại tử u anpha TNF α là một chất trung gian quan trọng của đề kháng insulin. Nghiên cứu của Sanchez C.P – Castillo và CS (2004) thấy béo phì trung tâm có liên quan mật thiết với tăng huyết áp (5).

KẾT LUẬN:

- BMI và béo bụng có liên quan thuận khá chặt chẽ với tăng huyết áp nguyên phát, yếu tố nguy cơ tăng huyết áp nguyên phát ở nhóm bệnh nhân thừa cân và béo phì cao hơn rõ rệt so với nhóm không thừa cân.

- Giảm cân là giảm được nguy cơ mắc và tử vong do các bệnh tim mạch. Trong điều trị tăng huyết áp ngoài việc sử dụng các thuốc giảm huyết áp thì vấn đề giảm cân, giảm số đo vòng bụng đối với những bệnh nhân tăng huyết áp có thừa cân và béo phì là rất quan trọng.

SUMMARY

The purpose of the present study was to determine the relationship between obesity and hypertension.

Methods: A cross - sectional consecutive was performed on 132 mal patients with mean age $65,23 \pm 11,05$ (range from 44 to 76). That was divided into three groups: 30 of normal weight patients ($BMI < 23$), 33 of over weight patients ($BMI = 23 - 24,9$), 69 of obese patients ($BMI \geq 25$). There were not significant differences in the mean age of the three groups. The correlation between BMI, WHR and systolic blood pressure, diastolic blood pressure was deduced.

Results: As compared to the normal weight group, there is a significant increase of the mean of systolic, diastolic blood pressure as well as waist hip rate in groups overweight and obesity.

There was positive correlation between the BMI, waist and systolic blood pressure ($r = 0,23$ and $r = 0,35$), diastolic blood pressure ($r = 0,34$ and $r = 0,42$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình, Bệnh béo phì, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 2004, tr. 26, 27, 35, 36.
2. Vasilios Kotsis, et al, Impact of Obesity on 24-Hour Ambulatory Blood Pressure and Hypertension, J. Hypertension April 2005; pp. 602 - 606
3. Ffrannini E et al, Insulin resistance in essential hypertension, New Engl J med 1987; 317: pp. 350-357
4. Hubert HB et al, Circulation 1996; pp: 1372- 1379
5. Sanchez C.P. et al. (2005 "Diabeté and Hypertension increases in a society with abdominal obesity: Results of the Mexican National Health Survey 2000", public Health Nutrition, 89(1), pp.53-60.

ĐIỀU TRỊ CẮT BỎ NANG ỐNG MẬT CHỦ QUA SOI Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

TRẦN BÌNH GIANG

ĐẶT VẤN ĐỀ.

U nang ống mật chủ (OMC) là một bệnh hiếm gặp [1,3,4,5,6]. Bệnh thường được chẩn đoán từ nhỏ, theo Howard E.R, 60% được chẩn đoán trước 10 tuổi. Phần lớn các bệnh nhân bị u nang OMC không có biểu hiện đủ tam chứng cổ điển như đau bụng, vàng da và u bụng, các xét nghiệm hoá sinh chỉ phản ánh mức độ tắc mật và tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc chức năng của gan. Do vậy việc chẩn đoán u nang OMC chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Do nguy cơ ung thư hóa cao của những bệnh nhân u nang OMC nên chỉ định cắt nang OMC được đặt ra. Nguyên tắc điều trị của u nang OMC là phẫu thuật cắt toàn bộ u nang và lập lại lưu thông mật ruột bằng nối ống gan – hồng tràng. Thông thường phẫu thuật này được thực hiện bằng mổ kinh điển [1]. Từ 1987 sau khi Philippe Mouret tiến hành ca cắt túi mật nội soi đầu tiên, thì phẫu thuật nội soi được áp dụng vào điều trị nhiều bệnh lý khác nhau. Từ năm 1993 phẫu thuật nội soi đã được áp dụng vào điều trị tại bệnh viện Việt Đức [8], và do sự phát triển của các phương tiện và kỹ thuật mổ nội soi việc cắt bỏ nang OMC và lập lại lưu thông mật ruột có thể tiến hành bằng

phẫu thuật nội soi [7].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị cắt bỏ u nang OMC lập lại lưu thông mật ruột qua soi ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức.

Tư liệu và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 11.2004 đến tháng 11.2005.

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định u nang OMC bằng lâm sàng, siêu âm và chụp CT, điều trị phẫu thuật qua soi ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: được chẩn đoán là u nang OMC có đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm, siêu âm, CT điều trị phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tự đối chiếu trước và sau mổ

Phương tiện mổ: là hệ thống soi ổ bụng phẫu thuật đồng bộ của hãng Karl Storz, Đức.

Kỹ thuật mổ:

Giai đoạn I: phẫu thuật dưới bơm khí ổ bụng.

Các vị trí trocar: chúng tôi dùng 4 trocar:

- 2 trocar 10mm: 1 ở rốn, 1 ở dưới ức.

- 2 trocar 5mm: 1 ở dưới sườn phải và 1 ở điểm giao nhau của đường nách giữa bên phải và đường ngang từ rốn ra.

Sau khi bơm hơi (Co2), chúng tôi kiểm tra tình trạng của gan và u nang OMC, sau đó chúng tôi tiến hành giải phóng túi mật khỏi giường túi mật, do kích thước u nang to và căng, có thể mở túi mật hút bớt dịch mật trong u nang và bắt đầu tiến hành bóc tách u nang, việc phẫu tích bóc tách hoàn toàn u có thể gặp khó khăn do u nang lâu ngày viêm dính với các thành phần cuống gan.

Giai đoạn II: Sau khi đã cắt bỏ hoàn toàn u nang cùng túi mật, chúng tôi rạch một đường nhỏ (3cm) ở dưới sườn phải và bắt đầu dựng hệ thống treo thành bụng. Hệ thống treo thành bụng bao gồm 1 vòng thép không gỉ đường kính 2-5cm đưa vào ổ bụng qua lỗ rạch ở dưới sườn phải và treo nâng thành bụng lên nhờ hệ thống 2 cọc nâng được cố định vào 2 bên thành của bàn mổ. Sau khi lấy túi mật và u nang ống mật chủ ra khỏi ổ bụng, chúng tôi bắt đầu lập lại lưu thông mật ruột theo kiểu Roux-en-Y, miệng nối hồng tràng-hồng tràng (chân quai chữ Y) được thực hiện hoặc ở trong ổ bụng hay được thực hiện ở ngoài thành bụng qua mổ nhỏ thành bụng dưới sườn phải và miệng nối ống gan chung – hồng tràng được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi với các mũi chỉ khâu rời. Trong trường hợp không có bộ treo thành bụng chúng tôi thực hiện các miệng nối qua chỗ mổ nhỏ thành bụng dưới sườn phải với sự trợ giúp của bàn tay hoặc toàn bộ được thực hiện qua soi ổ bụng.

Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan, đóng các lỗ trocar và chỗ mổ nhỏ thành bụng dưới sườn phải.

Bệnh nhân được rút sonde dạ dày và dẫn lưu dưới gan sau khi đánh hơi và dậy đi lại 1 ngày sau mổ, rồi cho ăn từ chế độ lỏng sang đặc.

Tiêu chuẩn đánh giá bệnh nhân sau mổ:

- Tốt: bệnh nhân diễn biến sau mổ tốt không có biến chứng sau mổ, ra viện.
- Khá: bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ, dò dịch mật hoặc dịch tụy nhưng không phải mổ lại, ra viện tốt.
- Xấu: bệnh nhân có biến chứng như chảy máu dò dịch tiêu hóa hoặc dịch tụy phải mổ lại.

Kết quả nghiên cứu:

Trong thời gian từ tháng 11/2004 đến tháng 11/2005 có 13 bệnh nhân u nang OMC được mổ nội soi tại bệnh viện Việt Đức, trong đó nam 6 tỉ lệ 46,2 %, nữ 7 tỉ lệ 53,8 %, với độ tuổi trung bình là 19, thấp nhất là 3 tuổi, nhiều nhất là 38 tuổi.

Chẩn đoán nang OMC dựa và triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Đau hạ sườn phải	13	100%
Sốt nóng rét run	2	15,4%
Vàng da	3	23,1%
Sờ thấy u DSP	3	23,1%
Men gan tăng	8	61,5%
Amylase máu tăng	6	46,2%

Tất cả đều đến viện với triệu chứng lâm sàng là đau hạ sườn phải với thời gian đau trung bình là 7 tháng, đau ít nhất là 1 tháng và nhiều nhất là 24 tháng.

Chẩn đoán hình ảnh

Phương tiện	Số bệnh nhân	Đường kính nang OMC
Siêu âm	13	50mm (20-110)
Cắt lớp vi tính	10	64mm (20-110)

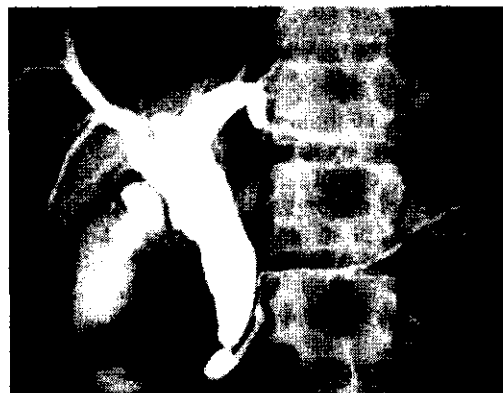
Chẩn đoán trong mổ: Tất cả bệnh nhân đều phát hiện có nang OMC, 11/13 bệnh nhân được chẩn đoán trong mổ là nang OMC type I, tỉ lệ 84,6%. 2/13 bệnh nhân là nang OMC type IV, tỉ lệ 15,4% theo phân loại của Todani



Hình ảnh chụp CT nang OMC

- 4/13 trường hợp phát hiện có sỏi trong nang chiếm tỉ lệ 30,8%.

- 1 trường hợp được chẩn đoán trước mổ bằng chụp đường mật ngược dòng.



Hình ảnh chụp đường mật ngược dòng
Diễn biến trong và sau mổ:

Thời gian mổ	165ph (120-240)
Biến chứng trong mổ	0
Lập lại lưu thông tiêu hóa	2ngày
Thời gian nằm viện	7ngày (5-13)
Biến chứng sau mổ	1 (dò tụy)
Tử vong	0

- Thời gian mổ: là thời gian được tính từ khi bắt đầu bơm hơi vào ổ bụng đến khi tháo hơi đóng các lỗ. Trung bình là 165 phút, ngắn nhất 120 phút, dài nhất 4h.

- Chúng tôi không gặp trường hợp nào tai biến trong mổ.

- Về phương pháp mổ: chúng tôi đều cắt nang OMC qua nội soi và lập lại lưu thông mật ruột theo phương pháp Roux-en-Y hoặc qua nội soi, hoặc qua sự trợ giúp của treo thành bụng hoặc với sự trợ giúp của bàn tay. 3/13 trường hợp được sử dụng treo thành bụng tỉ lệ 23,1%, 10/13 trường hợp có mổ nhỏ dưới hạ sườn phải

và có sự trợ giúp bằng bàn tay, tỉ lệ 76,9 %.

BÀN LUẬN

Về chẩn đoán, vì phần lớn các bệnh nhân bị u nang OMC không có biểu hiện đủ tam chứng cổ điển như đau bụng, vàng da và u bụng, các xét nghiệm hoá sinh chỉ phản ánh mức độ tắc mật và tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc chức năng của gan. Do vậy việc chẩn đoán u nang OMC chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Trong 10 nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 13 bệnh nhân đều đến vì triệu chứng đau bụng hạ sườn phải, đều được làm siêu âm phát hiện nang OMC, chụp Scanner ở 10/13 trường hợp cho hình ảnh nang OMC, chụp đường mật ngược dòng được thực hiện trên 1 bệnh nhân, bệnh nhân này được chẩn đoán là sỏi OMC và chỉ định làm CPRE, trong khi làm chụp đường mật phát hiện nang OMC, như vậy chụp đường mật ngược dòng vẫn chưa được áp dụng trong chẩn đoán nang OMC. Trong các nghiên cứu của các tác giả khác [1,5,6] thì chụp đường mật ngược dòng là bắt buộc trong chẩn đoán nang OMC, nhưng chụp đường mật ngược dòng có nguy cơ viêm tụy cấp cao. Chụp cộng hưởng từ mới được triển khai nên trong thời gian tới sẽ được áp dụng trong chẩn đoán nang OMC.

Trong nghiên cứu của Palmela A.Lipsett [4] triệu chứng đau bụng và sờ thấy mass gặp ở 23%, nhiễm trùng đường mật gặp ở 50%, và viêm tụy cấp gặp ở 23%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng HSF gặp ở 100% trường hợp, tăng men amylaza gặp ở 6/13 trường hợp tỉ lệ 46,1%.

Mc Whorter là người đầu tiên mô tả cắt bỏ u nang OMC vào năm 1924, kỹ thuật này không được phổ biến cho đến tận năm 1970 khi Kasai đã báo cáo kết quả tốt của 14 trường hợp được cắt bỏ nang OMC. Cắt bỏ nang OMC cùng túi mật và nối ống gan hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y là phương pháp phẫu thuật cho kết quả tốt, chính vì vậy mà từ hơn 2 thập kỷ qua nhiều tác giả đã sử dụng phương pháp này và coi đây là phương pháp chuẩn để điều trị nang OMC vì phương pháp này giải quyết được 2 vấn đề cơ bản:

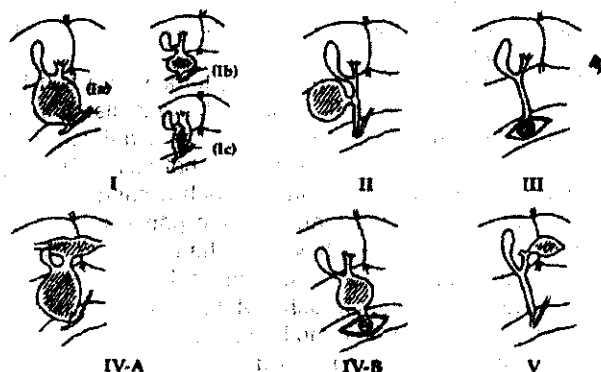
- Nhiễm trùng đường mật ngược dòng.
- Nguy cơ ung thư hóa biểu mô u nang OMC.

Thông thường phẫu thuật cắt bỏ u nang OMC được thực hiện với đường mổ bụng bằng đường rạch trắng giữa trên dưới rốn (khoảng 15 cm). Tuy nhiên với sự phát triển của các phương tiện và kỹ thuật mổ nội soi, việc tiến hành cắt bỏ hoàn toàn u nang OMC và nối ống gan - hồng tràng có thể thực hiện được bằng phương pháp nội soi.

Tháng 3 năm 1997, Yuji.W đã thực hiện trường hợp cắt bỏ hoàn toàn u nang OMC đầu tiên bằng phẫu thuật nội soi trên 1 bệnh nhân nam 24 tuổi với thời gian mổ hết 4 giờ, thời gian hậu phẫu tốt và bệnh nhân ra viện ngày thứ 13 sau mổ.

M.Tanaka và cộng sự [3] trong thời gian 3 năm đã tiến hành phẫu thuật cắt bỏ nang OMC qua nội soi cho 8 trường hợp với thời gian mổ trung bình là 616 phút, ít nhất là 525 phút và dài nhất là 680 phút. Thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn do chúng tôi đã sử dụng bộ treo thành bụng và nhờ sự trợ giúp của bàn tay.

Theo tác giả Todani, nang OMC được phân loại như sau:



Trong nghiên cứu của chúng tôi, 11/13 bệnh nhân được chẩn đoán trong mổ là type I, tỉ lệ 84,6% và 2/13 là type IV theo Todani [1]. Theo Hiroaki Komuro trong 59 trường hợp bệnh nhân nang OMC được mổ, tác giả gặp 33/59 trường hợp nang OMC type I tỉ lệ 56%, còn lại 26/59 là type II, III, IV và type V (bệnh Caroli). Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nang OMC type I gặp nhiều hơn các type khác tương tự các tác giả khác trên thế giới. Johns Hopkins gặp 21 trường hợp tỉ lệ 50%, Kyushu gặp 57% trường hợp là nang OMC type I.

Về kỹ thuật mổ, chúng tôi thực hiện phẫu thuật qua 2 giai đoạn: giai đoạn có bơm khí và giai đoạn không bơm khí (sử dụng hệ thống treo thành bụng và có sự trợ giúp của bàn tay). Để cắt bỏ u nang, chúng tôi bơm hơi ổ bụng và ở thì lập lại lưu thông mật ruột, chúng tôi không bơm hơi ổ bụng và sử dụng hệ thống treo thành bụng. Việc thực hiện thực hiện miệng nối hồng tràng - hồng tràng (chân quai chữ Y) được thực hiện ở ngoài thành bụng qua 1 đường rạch nhỏ (4cm) ở dưới sườn phải và miệng nối ống gan chung hồng tràng được thực hiện qua phẫu thuật nội soi hoặc có sự trợ giúp của bàn tay. Trên thực tế, việc lập lại lưu thông mật ruột có thể hoàn toàn thực hiện bằng phẫu thuật nội soi nhưng thời gian sẽ kéo dài hơn, do vậy chúng tôi thực hiện qua 1 đường mổ nhỏ dưới sườn phải. M.Tanaka [3] mổ nội soi cắt nang OMC cho 8 bệnh nhân với thời gian phẫu thuật trung bình là 616 phút dài hơn thời gian phẫu thuật của chúng tôi do tác giả và cộng sự hoàn toàn thực hiện phẫu thuật qua nội soi ổ bụng.

Phẫu thuật cắt bỏ nang OMC là 1 phẫu thuật phức tạp bao gồm: phẫu tích cắt bỏ hoàn toàn u nang OMC và thực hiện ống nối mật ruột trên quai chữ Y. Vì có 2 miệng nối: miệng nối mật ruột và miệng nối ruột ruột. Phương pháp mổ nội soi là 1 tiến bộ kỹ thuật, ở giai đoạn mổ 2 chúng tôi sử dụng hệ thống treo thành bụng có lợi thế:

- Cho phép sử dụng các dụng cụ mổ xẻ kinh điển qua các lỗ trocar, qua đó có thể thực hiện được các thao tác theo thói quen của phẫu thuật viên khi mổ mở. Do vậy đảm bảo được các miệng nối chắc chắn, an toàn, dễ thực hiện và tốn ít thời gian.

- Không phải dùng các máy cắt nối đắt tiền, giảm được chi phí cho bệnh nhân. Shimura [2] và cộng sự dùng máy cắt nối trong thì lập lại lưu thông ruột ruột.

- Giảm được những biến chứng của bơm hơi vào trong ổ bụng đối với những bệnh nhân tim mạch và cao huyết áp.

- Bệnh nhân vẫn được hưởng các lợi ích của phẫu

thuật nội soi mà chỉ phí có thể chấp nhận được.

Trong quá trình tiến hành phẫu tích bóc tách u, nhờ sự phóng đại của màn hình nên đã giúp cho việc quan sát được tốt hơn cấu trúc của u nang và đủ độ an toàn để phẫu tích xung quanh u nang. Mặt khác, việc sử dụng ống kính nghiêng tuy có khó sử dụng hơn nhưng cho phép phẫu thuật viên thực hiện kỹ thuật tốt hơn bằng cách cho phép nhìn từ những góc độ mà ống kính nhìn thẳng không thể thấy được, như vậy cho phép phẫu thuật viên nhìn vào những chỗ ít có khả năng tiếp cận hơn như khi bóc tách ở mặt sau của u nang OMC.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp trường hợp nào biến chứng trong mổ và không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Trong nghiên cứu của M.Tanaka và cộng sự [3] gặp 2 biến chứng trong mổ, 1 trường hợp dò mật và 1 trường hợp dò tụy. 3 trường hợp phải chuyển mổ mở, 1 trường hợp do ống gan chung còn lại bé quá trên bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu do đã mổ cắt túi mật nội soi trước đây, và do viêm dính xung quanh nang không thể gỡ được bằng nội soi, 1 trường hợp do vết thương của dao điện vào ống thông bất thường của ống tụy và đường mật.

Chúng tôi có 1 trường hợp sau đó phải vào viện lại vì đau bụng và siêu âm có ổ dịch tồn dư ở dưới gan, chọc dò ra dịch trong như dịch tụy. Bệnh nhân này được mổ lại để đóng đường dò từ tụy ra. Bệnh nhân ra viện ổn định.

Thời gian nằm viện là 7 ngày so với các tác giả khác về mổ nội soi và mổ mở thì không có gì khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong, kết quả tốt và khá 12/13 trường hợp chiếm tỉ lệ 92%.

KẾT LUẬN

U nang OMC là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, phần lớn các bệnh nhân bị u nang OMC không biểu hiện đầy đủ tam chứng cổ điển. Do vậy việc chẩn đoán u nang OMC chủ yếu phụ thuộc vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Do nguy cơ thoái hóa ác tính của nang OMC nên phẫu thuật được lựa chọn để điều trị u nang OMC hiện nay là cắt bỏ hoàn toàn u nang.

Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt bỏ nang OMC và lập lại lưu thông mật ruột qua soi ổ bụng bước đầu ứng dụng có hiệu quả trong điều trị u nang OMC với kết quả tốt ngay sau mổ, ít biến chứng và không có tử vong.

Kỹ thuật này cần nghiên cứu tiếp tục để áp dụng rộng rãi trong lâm sàng

SUMMARY

Aims: evaluation of feasibility and results of laparoscopic treatment of congenital choledochal cyst at Vietduc university hospital.

Method: prospective study.

Results: From 11.2004 to 11.2005 there were 13 congenital choledochal cysts treated at Vietduc university hospital by laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction. The mean age was 19, sex ratio was 6men/7women. The mean diameter of cyst is 64mm (20-110). Mean operative time was 165mn, no intraoperative complication was collected. Mean hospital stay was 7 days and there was 1 pseudocyst due to pancreatic fistula needed drainage.

The laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction was a safe and effective method in treatment of choledochal cyst at Vietduc university hospital.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Takiji todani. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture. J Hepatobiliary Pancreat Surg (2003) 10:340-344
2. H. Shimura, M. Tanaka, S. Shimizu, K. Mizumoto. Laparoscopic treatment of congenital choledochal cyst. Surg Endosc (1998) 12: 1268-1271.
3. M. Tanaka, S. Shimizu, K. Mizumoto, K. Yokohata, K. Chijiwa, K. Yamaguchi, Y. Ogawa. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y Reconstruction. Surg Endosc (2001) 15: 545-551.
4. Pamela A. Lipsett1 and Henry A. Pitt2. Surgical treatment of choledochal cysts. J Hepatobiliary Pancreat Surg (2003) 10:352-359.
5. Sharah Sela et al. Choledochal cyst, a disease for all ages. The Lancet, 1996, vol 347, N 9004:779.
6. Prier J.S et al. Choledochal cysts: Age of presentation, symptoms, and late complications related to Todanis classification. Jour. Of the Pediatric Surg. 2002, Vol 37, N11:1568-1573.
7. Trần Bình Giang, Đỗ Mạnh Hùng, Lê Việt Khánh. Điều trị cắt bỏ nang OMC bằng phẫu thuật nội soi nhân 1 trường hợp. Báo cáo khoa học bệnh viện Việt Đức 02.02.2005.
8. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách. Phẫu thuật nội soi ổ bụng. Nhà xuất bản y học, Hà nội 2003: 47-104.

GIẢI ÁP VI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CƠ GIẬT NỬA MẶT (32 trường hợp từ tháng 11 năm 1997 đến tháng 2 năm 2006)

VÕ VĂN NHO

Khoa phẫu thuật thần kinh BV Chợ Rẫy

Tổng quan :

Cơ giật nửa mặt là một rối loạn vận động xảy ra từng đợt, tự ý, bất thường, thường là một bên mặt, cơ thất rung giật các cơ ở mặt thường do dây thần kinh mặt. Các triệu chứng điển hình thường bắt đầu từ các cơ quanh hốc mắt rồi lan dần xuống các cơ quanh môi, cơ nhai, cơ da cổ. Nếu như trong trường hợp cơ giật nửa mặt không điển hình, tuy

rất hiếm nhưng thường bắt đầu từ cơ nhai và cơ quanh môi lan đến các cơ quanh mắt.

Khi đề cập đến liệt dây thần kinh sọ, Cushing là người đầu tiên mô tả do chèn ép mạch máu gây ra. Quan sát trong khi mổ, Dandy liên tưởng đến đau dây thần kinh V là do dây thần kinh bị chèn ép bởi động mạch tiểu não trên tại cầu não. Khi đưa ra một quan niệm về cơ giật nửa mặt do