

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA VI PHẪU THUẬT U TỦY NGỰC

Nguyễn Quang Huy<sup>1</sup>; Nguyễn Văn Hưng<sup>1</sup>; Lê Khắc Tân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả sớm sau vi phẫu thuật u tủy ngực. **Đối tượng và phương pháp:** phân tích mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân điều trị vi phẫu thuật u tủy ngực tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ 8 - 2012 đến 4 - 2017. **Kết quả:** 100% bệnh nhân ở giai đoạn đau rễ có kết quả tốt khi ra viện, trong khi đó bệnh nhân ở giai đoạn liệt không hoàn toàn kết quả tốt 81,48%. **Kết luận:** kết quả sớm của vi phẫu thuật u tủy ngực: tốt 84,38%; trung bình 15,62%. Không có trường hợp nào diễn biến xấu đi hoặc tử vong.

\* Từ khóa: U tủy ngực; Vi phẫu thuật; Kết quả sớm.

### **Evaluating Short-Term Outcomes of Microsurgery for Thoracic Spinal Tumor**

#### **Summary**

**Objectives:** Evaluating short-term outcomes of microsurgery for thoracic spinal tumors. **Subjects and methods:** A retrospective, analytical and descriptive study on 32 cases of thoracic spinal tumors who were operated in Neurosurgical Department, 103 Military Hospital from August, 2012 to April, 2017. **Results:** In the stage of radicular pain, 100% of patients had good results, while in the stage of incompleting paralysis, good results were 81.48%. **Conclusions:** The short-term postoperative outcomes: good (84.3%); moderate (15.62%). No patient has become worse or died.

\* Key words: Thoracic spinal tumor; Microsurgery; Short-term outcome.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy sống là những tổn thương tăng sinh trong ống tủy có nguồn gốc từ tế bào thần kinh hoặc từ nơi khác di căn đến gây chèn ép cấu trúc xung quanh như rễ thần kinh hay tủy sống gây biểu hiện rối loạn vận động, cảm giác, có thể gây mất chức năng tủy sống. Phẫu thuật lấy u được thực hiện từ lâu, nhưng năm 1964 Kurze phát minh ra kính hiển vi phẫu thuật giúp cho phẫu thuật u tủy có những bước phát triển vượt bậc. Nghiên cứu đánh giá kết

quả sớm sau vi phẫu thuật lấy u tủy ngực chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: **Đánh giá kết quả sớm sau vi phẫu thuật u tủy ngực.**

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu.

32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u tủy ngực và điều trị vi phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8 - 2012 đến 04 - 2017. Trong đó tiến cứu 9 BN, hồi cứu 23 BN.

1. Bệnh viện Quân y 103

2. Bệnh viện Quân y 109

**Người phản hồi (corresponding):** Nguyễn Quang Huy (nguyenquanghuy910@gmail.com)

**Ngày nhận bài:** 20/9/2018; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 15/11/2018

**Ngày bài báo được đăng:** 09/4/2019

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u tửu ngực và điều trị vi phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 8 - 2012 đến 04 - 2017. Trong đó tiến cứu 9 BN, hồi cứu 23 BN.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN*: BN được chẩn đoán xác định u tửu sống đoạn ngực dựa trên phim MRI cột sống ngực.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có u nhưng không phẫu thuật hoặc phẫu thuật ở bệnh viện khác.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

\* *Thiết kế nghiên cứu*: mô tả cắt ngang không đối chứng.

\* *Nội dung nghiên cứu*:

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Chuẩn bị BN:

. BN được giải thích về bệnh lý, những tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

. BN được vệ sinh trước ngày phẫu thuật: tắm toàn thân bằng dung dịch tắm sát khuẩn, sát khuẩn vùng mổ và băng vô trùng.

. Thụt tháo vào hai thời điểm: tối hôm trước và sáng ngày mổ.

. Tối hôm trước ăn nhẹ (cháo, sữa, súp), sáng ngày mổ nhịn ăn.

+ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản.

+ Tư thế BN: tư thế nằm sấp, kê gối nhỏ ở vai, ngực và cánh chậu 2 bên. Đầu được đặt sao cho cổ ở tư thế trung gian, có thể dễ dàng vận động và không ảnh hưởng đến ống nội khí quản.

+ Phương tiện phẫu thuật:

. Bộ dụng cụ chuyên khoa mổ cột sống chung.

. Bộ dụng cụ vi phẫu.

. Kính hiển vi phẫu thuật với độ phóng đại 3 - 10 lần (Hãng Carl Zeiss, Đức).

. Dao đốt điện lưỡng cực.

+ Kỹ thuật mổ [1]:

. Đánh dấu vị trí khối u bằng cách xác định gai sau, sau đó kiểm tra lại bằng C-arm. Rạch da chính giữa gai sau trên và dưới vị trí u một gai sống. Tách các khối cơ cạnh sống sang hai bên, bảo toàn dây chằng trên gai và dây chằng liên gai.

. Dùng banh tự động mở rộng và cố định trường mổ, dùng gạc dài nhét hai đầu để cầm máu và mở rộng trường mổ, bộc lộ cung sau. Mở xương cung sau bằng khoan mài cao tốc.

. U rễ thần kinh nằm ngoài màng cứng: nhẹ nhàng dùng dụng cụ vén tách dần u ra khỏi màng cứng và rễ thần kinh, kết hợp dùng bipolaire cầm máu với cường độ điện thế thấp. Với những u dưới màng cứng - ngoài tủy: rạch màng cứng theo chiều dọc và khâu treo hai mép bằng chỉ nhỏ. Bóc tách u nhẹ nhàng, nếu u dính chặt vào rễ thần kinh và rễ thần kinh đã teo nhỏ, có thể cắt bỏ rễ. Kiểm tra cầm máu, bơm rửa nhẹ nhàng.

. Đóng kín màng cứng, cầm máu tổ chức xương, tổ chức mạch máu. Đặt dẫn lưu ngoài màng cứng và phần thấp của vùng mổ. Đóng vết mổ 4 lớp.

- Điều trị và chăm sóc BN sau phẫu thuật:

. Kháng sinh toàn thân 7 ngày sau phẫu thuật.

. Chống phù tuỷ 2 - 3 ngày đầu sau phẫu thuật.

. Thay băng, rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ.

. Cắt chỉ sau 7 ngày.

. Tập vận động phục hồi chức năng sớm.

. Chăm sóc thông tiểu, chăm sóc vết loét với BN có loét cũ.

- Đánh giá kết quả:

+ Thời gian và kết quả lấy u:

. Kết quả sớm tính từ lúc sau phẫu thuật đến khi BN ra viện.

. Kết quả lấy u: lấy toàn bộ u và lấy một phần u.

+ Mô bệnh học: xét nghiệm mô bệnh học thực hiện tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân y 103.

+ Giai đoạn bệnh:

Theo Austin G.M (1991), căn cứ vào triệu chứng lâm sàng như đau, rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, rối loạn phản xạ gân xương, rối loạn cơ tròn và rối loạn dinh dưỡng chia BN theo ba giai đoạn lâm sàng:

. Giai đoạn đau rễ: đau liên tục, đau khởi phát từ từ tăng dần, đau tại chỗ hoặc theo dải rễ thần kinh. Đáp ứng với thuốc giảm đau hạn chế, thời gian có thể ngắn hoặc dài, có thể có cảm giác bất thường như tê bì, kiến bò hoặc mủi yếu chi.

. Giai đoạn liệt không hoàn toàn:

Triệu chứng đau tăng lên gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, đáp ứng kém hoặc không đáp ứng với thuốc giảm đau.

Giảm cảm giác theo khoang đoạn tủy tổn thương. Liệt một vài nhóm cơ mà rễ thần kinh chi phối. Bắt đầu có rối loạn phản xạ gân xương, bí tiểu, bí đại tiện.

. Giai đoạn liệt hoàn toàn: giai đoạn cuối với đầy đủ bằng lâm sàng của liệt hoàn toàn chi thể, biểu hiện: liệt trung ương hoặc liệt ngoại vi.

Rối loạn cơ tròn trầm trọng, đại tiểu tiện không tự chủ.

Có thể kèm theo các triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu, loét điểm tỳ.

+ Đánh giá kết quả sớm:

Theo Nguyễn Hùng Minh (1994) [1], kết quả phẫu thuật chia ra các mức độ:

. Kết quả tốt:

Toàn trạng tốt hơn trước mổ.

Hết đau.

Phục hồi các rối loạn vận động, cảm giác, cơ tròn.

Vết mổ liền sẹo kỳ đầu.

Không có di chứng.

Lao động và sinh hoạt bình thường.

. Kết quả trung bình:

Toàn trạng ổn định.

Đau giảm hơn trước mổ.

Hồi phục một phần rối loạn cảm giác, vận động, cơ tròn.

Vết mổ liền sẹo.

Không có di chứng.

Tự sinh hoạt và lao động nhẹ.

. Kết quả xấu:

Toàn trạng kém hơn trước mổ, tâm lý bi quan.

Vết mổ không liền sẹo kỳ đầu.

Rối loạn vận động, cảm giác, cơ tròn nặng hơn trước mổ.

Mất khả năng lao động hoặc lệ thuộc vào sự chăm sóc của người khác.

U tái phát sau mổ: khám lâm sàng và chụp MRI cột sống ngực.

Tử vong.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Kết quả lấy u.

- 25/32 BN (78,13%) phẫu thuật lấy được toàn bộ u. Đây đều là các trường hợp u màng tủy và u rễ thần kinh.

- 7/32 BN (21,87%) không lấy hết, gồm 1 BN u mỡ không thể bóc tách hết được tổ chức mỡ dính vào tủy, 3 BN u rễ thần kinh to xâm lấn dính nhiều vào màng tủy và rễ thần kinh, 3 BN u nang dịch chỉ phá nang mà không lấy hết được bao nang. Theo Klekamp J và Sanmii M (2007) [5], tỷ lệ lấy hoàn toàn u 79%, lấy một phần u 18%, chỉ lấy u làm giải phẫu bệnh lý và giải phóng chèn ép 3%.

Albanese V và CS (2002) [6] nghiên cứu 41 BN u tủy thấy tỷ lệ lấy hoàn toàn u đạt 90% ở u màng tủy và 94% với u tế bào Schwann. Nghiên cứu của Nambiar M và Kavar B (2012) [7], tỷ lệ lấy hoàn toàn u tủy là 80,2%; trong đó cao nhất là u tế bào Schwann (95,5%), u màng tủy 84,4%; u xơ thần kinh 77,8%; u màng ống nội tủy 50%. Dong-Ki Ahn và CS (2009) [8], Kyung-Won Song và CS (2009) [9] cũng lấy được tất cả các u tủy. Vũ Hồng Phong (2001) [2] nghiên cứu về u thần kinh tủy, phẫu thuật lấy toàn bộ u đạt được 100%.

### 2. Kết quả giải phẫu bệnh lý.

Trong số 32 BN, 12 BN u màng tủy (37,5%), 16 BN u rễ thần kinh (50%), 1 BN u mỡ (3,13%), 3 BN u nang dịch (9,37%).

Trong các u tủy vùng ngực, u rễ thần kinh và u màng tủy chiếm tỷ lệ cao nhất. U mỡ có tỷ lệ thấp nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hùng Minh (1994) [1]. Đây cũng là nhóm phần lớn u dưới màng cứng - ngoài tủy, là loại u lành tính nếu phát hiện sớm sẽ có khả năng lấy bỏ toàn bộ và đạt kết quả tốt sau phẫu thuật.

Chúng tôi gặp 12/32 BN u màng tủy (37,5%). Theo Đỗ Khắc Hậu (2016) [3], tỷ lệ này là 26,8%. Các u khác ít gặp hơn là u nang dịch, u mỡ, phù hợp với nghiên cứu về u tủy sống nói chung, cho thấy chủ yếu gặp u rễ thần kinh và u màng tủy, ngoài ra có thể gặp một số loại u khác ít phổ biến như u mỡ, u nang thượng bì, u màng ống nội tủy.

### 3. Kết quả sớm.

*Bảng 1:* Kết quả sớm liên quan đến giai đoạn bệnh.

Kết quả / Giai đoạn	Tốt		Trung bình	
	n	%	n	%
Đau rễ	5	100	0	0
Liệt không hoàn toàn	22	81,48	5	18,52

Ở giai đoạn đau rễ, 100% BN có kết quả tốt khi ra viện. Giai đoạn liệt không hoàn toàn, kết quả tốt đạt 81,48%. Không có BN nào đến trong giai đoạn liệt hoàn toàn.

Kết quả này cho thấy, với giai đoạn đau rễ, tiên lượng kết quả hồi phục sau phẫu thuật sẽ tốt hơn rất nhiều so với giai đoạn muộn của bệnh cho dù đều giải phóng chèn ép tủy và rễ thần kinh, điều này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

**Bảng 2:** Kết quả sớm liên quan đến giải phẫu bệnh.

Loại u	Kết quả		Tốt		Trung bình	
	n	%	n	%	n	%
U màng tủy	10	83,33	2	16,67		
U rễ thần kinh	14	87,5	2	12,5		
U mỡ	0	0	1	100		
U nang dịch	3	100	0	0		
Cộng	27	84,38	5	15,62		

- U rễ thần kinh tỷ lệ tốt 87,5%, trung bình 12,5%. Đối với u màng tủy, tỷ lệ tốt 83,33%, trung bình 16,67%. Các ca u nang dịch tỷ lệ tốt đạt 100%. Các trường hợp kết quả trung bình là do u kéo dài, to, xâm lấn vào rễ thần kinh và tủy.

- Kết quả chung: tốt chiếm 84,38%; trung bình 15,62%. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Bắc (2004) [4]: kết quả tốt 81,25%, của Đỗ Khắc Hậu (2016) [3] là 76,8%.

Nguyễn Thành Bắc (2004) [4] nghiên cứu u rễ thần kinh đoạn cột sống ngực - thắt lưng cùng, kết quả tốt 50%. Đỗ Khắc Hậu (2016) [3] nghiên cứu u dưới màng cứng ngoài tủy, tỷ lệ tốt sau phẫu thuật đoạn ngực 64,1%, trung bình 33,3% và 2,6% xấu.

### KẾT LUẬN

- Đối với các khối u rễ thần kinh và u màng tủy có thể lấy hết được toàn bộ khối u, ngoại trừ những u to dính nhiều vào rễ thần kinh và màng tủy. Đối với khối u mỡ, chỉ có thể lấy gần hoàn toàn.

- Kết quả sớm: tốt 84,38%, trung bình 15,62%, không có trường hợp nào diễn biến xấu đi hoặc tử vong. BN được mổ ở giai đoạn đau nhẹ đều đạt kết quả tốt (100%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hùng Minh. Nghiên cứu chẩn đoán sớm và điều trị ngoại khoa bệnh u tủy tại Bệnh viện Quân y 103. Luận án Phó Tiến sỹ Khoa học Y Dược. Học viện Quân y. 1994.
2. Vũ Hồng Phong. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u thần kinh tủy. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2001.
3. Đỗ Khắc Hậu. Nghiên cứu chẩn đoán sớm và điều trị vi phẫu thuật u dưới màng cứng-ngoài tủy. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. 2016.
4. Nguyễn Thành Bắc. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật u rễ thần kinh tủy đoạn ngực - thắt lưng cùng tại Bệnh viện Quân y 103. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2004.
5. Klekamp J, Samii M. Surgery of Spinal Tumors. Springer. Chapter 4. 2007, pp.144-312.
6. Albanese V, N. Platania. Spinal tumors. Personal experience. Neurosurg Sci. 2002, 46 (1), pp.18-24.
7. Nambiar M, Kavar B. Clinical presentation and outcome of patients with intradural spinal cord tumours. J Clin Neurosci. 2012, 19 (2), pp.262-266.
8. Dong-Ki Ahn. The surgical treatment for spinal cord tumors. Clin Orthop Surg. 2009, 1 (3), pp.165-172.
9. Kyung-Won Song MD. Surgical results of spinal cord tumors. Clin Orthop Surg. 2009, 1 (2), pp.74-80.