

xét nghiệm cận lâm sàng cần có để có thể chẩn đoán chính xác bệnh lao. Bên cạnh đó vẫn còn một số kiến thức có tỉ lệ trả lời đúng thấp như: phân biệt người nhiễm lao và người mắc bệnh lao, về số mẫu đờm cần lấy để chẩn đoán bệnh. Vì vậy cần cung cấp thêm thông tin của những khía cạnh này cho các bác sĩ công tác tại trạm y tế xã.

## V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các bác sĩ tại TYT là  $40,3 \pm 9,2$ , thâm niên công tác trung bình là  $15,3 \pm 9,2$ , số lượng bác sĩ nữ và bác sĩ nam là tương đương nhau (49,3% so với 50,7%).

Kiến thức cơ bản về bệnh lao của bác sĩ tại TYT là tương đối cao. Trong đó các kiến thức về phân loại, nguyên nhân gây bệnh, đường lây có hầu hết các bác sĩ đã trả lời đúng với tỉ lệ lần lượt là: 99,7%, 97% và 97,3%.

Các bác sĩ công tác tại TYT đã nắm được các kiến thức về triệu chứng và xét nghiệm cận lâm sàng cần làm để chẩn đoán bệnh lao. Tuy nhiên, chỉ có 54,6% bác sĩ trả lời đúng cần lấy ba mẫu đờm để chẩn đoán bệnh lao.

Chưa thấy sự khác biệt về các kiến thức cơ bản của bệnh lao theo nhóm tuổi, giới tính và thâm niên công tác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2019)**, Global tuberculosis report 2019, 52-59 .
2. **Bộ Y tế (2020)**. Hướng ứng Ngày Thế giới phòng chống lao 24/3/2020, tổng kết hoạt động phòng chống lao năm 2019 và triển khai kế hoạch năm 2020.
3. **Malangu N. và Adebajo O.D. (2015)**. Knowledge and practices about multidrug-resistant tuberculosis amongst healthcare workers in Maseru. Afr J Prim Health Care Fam Med, 7(1).
4. **Buregyeya E., Kasasa S., và Mitchell E.M.H. (2016)**. Tuberculosis infection control knowledge and attitudes among health workers in Uganda: a cross-sectional study. BMC Infect Dis, 16(1), 416.
5. **Nguyễn Phương Hoa (2005)**. Diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis at basic health care facilities in rural Vietnam: a survey of knowledge and reported practices among health staff.
6. **Woith W.M, Volchenkov G and Larson J.L (2010)**. Russian healthcare workers' knowledge of tuberculosis and infection control. Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis, 14(11), 1489-1492.
7. **Mustafa T, Shahzad Y and Kiani A (2018)**. A survey of knowledge, attitude, and practices of private retail pharmacies staff in tuberculosis care: study from Dera Ismail Khan City, Pakistan. J Pharm Policy Pract, 11, 7. 42-47.
8. **Shrestha A, Bhattarai D, Thapa B et al. (2017)**. Health care workers' knowledge, attitudes and practices on tuberculosis infection control, Nepal. BMC Infect Dis, 17(1), 724-731.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA U MÀNG NÃO Ở NGƯỜI LỚN

Nguyễn Hữu Hoạt<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Khái<sup>2</sup>,  
Ngô Tuấn Minh<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Dũng<sup>2</sup>, Trần Công Hoan<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của u màng não (UMN) ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang 76 bệnh nhân với 81 khối u được chẩn đoán, phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học là UMN tại khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021. **Kết quả:** Phần lớn là u đơn độc (96,1%), bờ đều (67,9%), kích thước trung bình  $40,19 \pm 16,45$ mm. Khối u đồng tín hiệu trên T1W và

tăng nhẹ tín hiệu trên T2W, tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 65,4%. Sau tiêm, đa số u ngấm thuốc đồng nhất (79%), dấu hiệu đuôi màng cứng quan sát thấy ở 60,5% tổng số u. Các thần phần vôi hóa, nang trong u, chảy máu trong u chiếm tỷ lệ lần lượt là 12,3%, 2,5% và 16,0%. Phù não quanh u gặp ở 59,3%. Tỷ lệ chèn ép động mạch, chèn ép xoang tĩnh mạch và chèn ép thần kinh lần lượt là 22,2%, 38,3% và 28,4%. Có 9,9% số khối u có biến đổi xương cạnh u. **Kết luận:** CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán UMN cũng như đánh giá mức độ xâm lấn các tổ chức xung quanh u, giúp ích cho chẩn đoán và tiên lượng.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ, u màng não.

### SUMMARY

#### MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF MENINGIOMAS IN ADULTS

**Objectives:** Evaluate magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of meningioma in adults. **Subjects and methods:** Retrospective combined with prospective research, cross-sectional description

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Dũng

Email: dung.nguyenviet.cdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 5.7.2021

of 76 patients with 81 diagnosed tumors, surgical and histopathological results of meningioma in the Department of Neurosurgery, Viet Duc Hospital and Military Hospital 103 during the period from October 2020 to March 2021. **Results:** Most are solitary tumors (96.1%), well-differentiated (67.9%), average size  $40.19 \pm 16.45$ mm. Tumor iso-intense on T1W and slightly hyper-intense on T2W, and the rates are 66.7% and 65.4%, respectively. After injection, most tumors enhanced homogeneous (79%), the epidural tail was observed in 60.5% of all tumors. The calcification, cysts in the tumor, bleeding in the tumor accounted for 12.3%, 2.5%, and 16.0%, respectively. Brain edema around tumors was found in 59.3%. The rates of arterial compression, venous sinus compression, and nerve compression were 22.2%, 38.3%, and 28.4%, respectively. 9.9% of tumors have bone lesions. **Conclusion:** MRI is a precious diagnostic imaging method in diagnosing meningioma and evaluating the extent of invasiveness around the tumor, helping with diagnosis and prognosis.

**Keywords:** Magnetic resonance, meningioma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UMN là loại u xuất phát từ nhung mao của màng nhện, phần lớn là lành tính, là những khối u hay gặp sau u tế bào hình sao. Theo Black, tại Hoa Kỳ, UMN chiếm tỷ lệ khoảng 25% các khối u trong sọ, phổ biến nhất trong các loại u không phải tế bào hình sao. Biểu hiện lâm sàng của UMN rất đa dạng, phụ thuộc vào vị trí của khối u. Do đó, việc chẩn đoán UMN không thể chỉ dựa trên lâm sàng mà cần phải kết hợp các phương pháp hình ảnh học khác.

Chẩn đoán hình ảnh UMN bao gồm cắt lớp vi tính (CLVT) và CHT (CHT). Tuy nhiên, CLVT hạn chế trong các tổn thương nhỏ vùng hố sau do nhiễu xương và khó đánh giá xâm lấn của khối. Do đó, CHT là phương pháp được lựa chọn hàng đầu trong đánh giá u màng não, khắc phục được các nhược điểm của CLVT nhờ các đặc điểm: độ phân giải cao, phân biệt tốt tổn thương trong trục và ngoài trục, có thể quan sát nhiều hướng trong không gian. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của u màng não ở người lớn", qua đó giúp chẩn đoán và đưa ra kết hoạch điều trị sớm, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 76 bệnh nhân với 81 khối u được chẩn đoán, phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học là UMN tại khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

\*Bệnh nhân được chụp CHT 1,5 Tesla sọ não với các chuỗi xung axial và sagittal T1 FSE, axial T2 FSE, axial FLAIR, axial DWI, axial T2\*, axial và coronal T1 GE sau tiêm đối quang từ (Gadolinium liều 0,1 mmol/kg cân nặng).

\*Các biến số dùng trong NC: đặc điểm trực tiếp của khối u (số lượng, vị trí, kích thước, đường bờ, tín hiệu trên T1, T2, DWI, đặc điểm ngấm thuốc đối quang từ, vôi hóa, chảy máu trong u) và dấu hiệu gián tiếp của khối u (tình trạng biến đổi xương, chèn ép xoang tĩnh mạch, động mạch, thần kinh, tình trạng phù não, đè đẩy đường giữa, đè đẩy não thất, dấu hiệu đuôi màng cứng).

\*Các tiêu chuẩn dùng trong NC:

– Tín hiệu tổn thương được lấy để mô tả là tín hiệu của vùng lớn nhất trong tổn thương và so với nhu mô não lân cận.

– Kích thước khối u được đo trên hình ảnh T1 sau tiêm, ở lát cắt mà kích thước khối u lớn nhất. Tổn thương được đo từ mép ngoài đến mép ngoài.

– Tình trạng biến đổi xương: bản xương sọ cạnh khối dày lên, hoặc bị phá hủy.

– Tình trạng chèn ép xoang tĩnh mạch, động mạch, thần kinh: UMN được đánh giá là chèn ép khi ranh giới không rõ với xoang tĩnh mạch, động mạch và thần kinh.

– Phù não: là viền tăng tín hiệu quanh khối trên T2 hoặc FLAIR. Phù độ I: dưới 2 cm, phù độ II: từ 2cm đến một bán cầu, phù độ III: phù trên 1 bán cầu.

– Đẩy lệch đường giữa: độ 1: dưới 5mm, độ 2: từ 5 đến 10mm, độ 3: trên 10mm.

– Đe đẩy não thất: u chèn ép gây thay đổi hình dạng não thất.

– Dấu hiệu đuôi màng cứng: dày màng cứng cạnh u và ngấm thuốc sau tiêm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung:

**Bảng 1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=76)**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 40	10	13,2
	≥ 40	66	86,8
	Trung bình: 56,58 ± 13,34		
Giới	Nam	58	76,3
	Nữ	18	23,7
Triệu chứng lâm sàng	Đau đầu	55	72,4
	Rối loạn vận động	12	15,8
	Mờ mắt	11	14,5

**Nhận xét:** Trong nhóm NC, độ tuổi trung bình là  $56,58 \pm 13,34$  tuổi, đa số gặp ở BN nữ,

tỷ lệ nữ/nam là 3,22/1. Triệu chứng hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là đau đầu với 55/76 BN chiếm 72,4%.

**2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ**  
**2.1. Dấu hiệu trực tiếp**

– Đa số trường hợp là UMN đơn độc, 73/76 BN chiếm tỷ lệ 96,1%. Vị trí hay gặp nhất là u vòm sọ với 45/81 khối u, chiếm tỷ lệ 55,5%.

– Kích thước trung bình của khối u trong nghiên cứu là 40,19 ± 16,45 mm. Trong đó, đa số u có kích thước từ 3 – 6cm, chiếm tỷ lệ 64,2%.

– Đa số u có bờ đều, chiếm tỷ lệ 67,9%.

**Bảng 2 Đặc điểm tín hiệu trên hình ảnh CHT (n=81)**

Đặc điểm tín hiệu		n	%
T1W	Đồng tín hiệu	54	66,7
	Tăng tín hiệu	0	0
	Giảm tín hiệu	27	33,3
T2W	Đồng tín hiệu	26	32,1
	Tăng tín hiệu	53	65,4
	Giảm tín hiệu	2	2,5
DWI	Hạn chế khuếch tán	42	51,9
	Không hạn chế khuếch tán	39	48,1
Ngấm thuốc	Đồng nhất	64	79,0
	Không đồng nhất	17	21,0

**Nhận xét:** Trên hình ảnh T1W: đa số khối u đồng tín hiệu với nhu mô não lân cận chiếm 66,7%, không có trường hợp nào tăng tín hiệu trên T1W. Trên hình ảnh T2W: 65,4% khối u có tăng tín hiệu trên T2W. Tỷ lệ giảm tín hiệu trên T2W chỉ có 2,5%. Tỷ lệ UMN có hạn chế khuếch tán trên hình ảnh DWI trong nghiên cứu là 48,1%. Tất cả các khối u đều ngấm thuốc. Trong đó, đa số ngấm thuốc đồng nhất (64/81 khối u chiếm tỷ lệ 79%).

**Bảng 3. Đặc điểm biến đổi trong u (n=81)**

Đặc điểm	n	%
Vôi hóa trong u	10	12,3
Nang trong u	2	2,5
Chảy máu trong u	13	16,0

**Nhận xét:** Tỷ lệ khối u có thành phần vôi hóa, thành phần nang trong u lần lượt là 12,3% và 2,5%. Chảy máu trong u gặp ở 13/81 khối u, chiếm tỷ lệ 16%.

**2.2. Dấu hiệu gián tiếp của khối u**

**Bảng 4 Mức độ chèn ép của khối u (n=81)**

Đặc điểm		n	%
Mức độ phù não	Không phù não	33	40,7
	Phù não độ 1	25	30,9
	Phù não độ 2	20	24,7
	Phù não độ 3	3	3,7
Mức độ đè đẩy	Không đè đẩy đường giữa	50	61,7

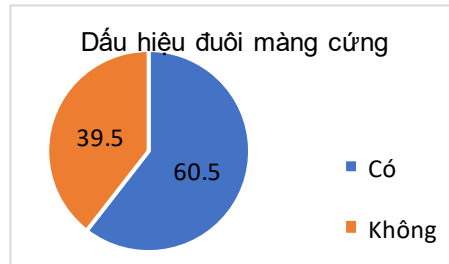
đường giữa	< 5 mm	13	16,0
	5 – 10 mm	7	8,6
	> 10 mm	11	13,6
Chèn ép não thất	Có	41	50,6
	Không	40	49,4

**Nhận xét:** Trong nhóm NC, có 40,7% tổng số u không gây phù não quanh u. Trong những khối u gây phù não, đa số gặp phù não độ 1, độ 2 (chiếm tỷ lệ 55,6% tổng số khối u). Đa số UMN không gây đè đẩy đường giữa, chiếm tỷ lệ 61,7%. Có 11/81 khối u đẩy lệch đường > 10 mm, chiếm tỷ lệ 13,6%. Tỷ lệ UMN chèn ép não thất trong NC gặp ở 41/81 trường hợp, chiếm tỷ lệ 50,6%.

**Bảng 5. Đặc điểm chèn ép tổ chức cạnh u (n=81)**

Đặc điểm	n	%
Biến đổi xương cạnh u	8	9,9
Chèn ép xoang tĩnh mạch	31	38,3
Chèn ép động mạch	18	22,2
Chèn ép thần kinh	23	28,4

**Nhận xét:** Trong NC, UMN đa số không gây biến đổi xương cạnh u, chiếm tỷ lệ 90,1%. Có 31/81 khối u có chèn ép xoang tĩnh mạch, chiếm tỷ lệ 38,3%. Tỷ lệ UMN chèn ép mạch máu và thần kinh lần lượt là 22,2% và 28,4%.



**Biểu đồ 1 Dấu hiệu đuôi màng cứng (n=81)**

**Nhận xét:** Trong NC, UMN có dấu hiệu đuôi màng cứng chiếm tỷ lệ 60,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm trực tiếp của khối u.** Đa số trường hợp UMN là u đơn độc (chiếm 96,1%). Theo Lê Thị Hồng Phương (2016), tỷ lệ BN có UMN đơn độc là 94,7% [1]. UMN trong nhóm NC hay gặp nhất ở vòm sọ (45/81 khối u chiếm tỷ lệ 55,5%). Kết quả này tương tự kết quả NC của Trần Văn Việt (2011), trong đó tỷ lệ UMN vòm sọ là 52,3% [2]. Theo Nguyễn Minh Thuận (2019), UMN vị trí thái dương và chẩm có tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 16,2% và 5,4% [3].

Đa số khối u có kích thước trong khoảng từ 3 – 6 cm, chiếm tỷ lệ 64,2%. Theo Nguyễn Minh Thuận (2019), tỷ lệ u có kích thước từ 3 – 6 cm là 56%, cao hơn so với 2 nhóm còn lại [3], Trần

Văn Việt (2011) tỷ lệ này là 50% [2]. UMN có kích thước lớn thường ở các vị trí như vòm sọ, liềm não và cạnh đường giữa. Các u nhỏ đa số nằm ở vị trí nền sọ và hố yên. Có thể giải thích là nền sọ có nhiều cấu trúc thần kinh mạch máu nên u kích thước nhỏ đã có thể gây triệu chứng lâm sàng. Kích thước trung bình của khối u trong NC là  $40,19 \pm 16,45$  mm. Salah (2019) kích thước trung bình của UMN ở nhóm lành tính và nhóm ác tính lần lượt là 40,0 mm và 55,7 mm [4]. Kết quả này tương đương với NC của chúng tôi.

Hình ảnh điển hình của UMN: đồng tín hiệu hoặc giảm nhẹ tín hiệu so với chất xám lân cận trên hình ảnh T1W, đồng hoặc tăng nhẹ tín hiệu so với chất xám lân cận trên hình ảnh T2W [5]. Trong NC của chúng tôi, đa số khối u đồng tín hiệu trên T1W (chiếm tỷ lệ 66,7%) và tăng nhẹ tín hiệu trên T2W (chiếm tỷ lệ 65,4%). Kết quả này tương tự với NC của Lê Thị Hồng Phương (2016): 61,4% khối u đồng tín hiệu trên T1W, 70,2% khối u tăng tín hiệu trên T2W [1]. UMN cấu tạo chủ yếu bởi chất xơ và hàm lượng nước thấp, do đó thường đồng tín hiệu trên T1W và tăng nhẹ tín hiệu trên T2W. Điều này trái ngược với các u nội sọ khác, thường giảm tín hiệu vừa phải trên T1W, do tăng hàm lượng nước của các mô tân sinh [6].

Trong nhóm NC, tỷ lệ u có hạn chế khuếch tán là 48,1%. Theo Lê Thị Hồng Phương (2016), tỷ lệ UMN vùng nền sọ có hạn chế khuếch tán chiếm tỷ lệ 47,4% [1]. Salah và cs (2019), có 29/71 khối u có hạn chế khuếch tán, chiếm tỷ lệ 40,8% [4]. Kết quả này tương đương với NC của chúng tôi. Gần đây, nhiều NC chứng minh rằng, UMN không điển hình và ác tính có xu hướng tăng tín hiệu trên hình ảnh DWI và cho thấy giá trị ADC giảm rõ rệt khi so sánh với nhu mô não bình thường, còn UMN lành tính có xu hướng có giá trị ADC cao hơn so với nhu mô não bình thường [6].

Trong nhóm NC, tất cả các khối u đều ngấm thuốc. Trong đó, đa số ngấm thuốc đồng nhất (64/81 khối u chiếm tỷ lệ 79%). Zhang và cs (2018), tất cả khối u đều ngấm thuốc tương phản từ sau tiêm, trong đó có 38/142 khối u ngấm thuốc mạnh sau tiêm, chiếm tỷ lệ 26,8% [7]. Theo Trần Văn Việt (2011), tỷ lệ khối u ngấm thuốc mạnh và đồng nhất sau tiêm là 70% [2]. UMN ngấm thuốc mạnh và đồng nhất do các mạch máu nuôi u thường xuất phát từ động mạch cảnh trong, xâm nhập vào màng mềm, không qua hàng rào máu não. Điều này giúp phân biệt UMN với các khối u nội sọ khác có mạch máu xuất phát từ các động mạch não. Ngoài ra, hình ảnh CHT có tiêm thuốc giúp tăng

khả năng phát hiện những khối u nhỏ, đồng tín hiệu với nhu mô não lân cận. Ngoài ra giúp đánh giá u tái phát hay còn sót sau phẫu thuật và giúp đánh giá tổn thương UMN dạng mảng. Trong NC có 21% số khối u ngấm thuốc không đồng nhất. Nguyên nhân do các khối u này có thành phần thoái hóa dạng nang, vôi hóa hoặc chảy máu.

Đa số u có bờ đều, chiếm tỷ lệ 67,9%. Theo Lê Thị Hồng Phương (2016), phần lớn UMN có bờ đều, chiếm tỷ lệ 71,9%, u có bờ không đều chiếm 28,1% [1].

**2. Đặc điểm gián tiếp của khối u.** Trong NC của chúng tôi, phù não gặp ở 59,3% tổng số u. Trong đó, đa số gặp phù não độ 1 và độ 2. Kết quả này tương tự với NC của các tác giả khác [1]. Với UMN, cơ chế phù não có thể được giải thích do các mạch máu nuôi u thường xuất phát từ động mạch cảnh trong, xâm nhập vào màng mềm, từ đó tạo điều kiện vận chuyển dịch ngoại bào trở lại não.

Tỷ lệ không biến đổi xương chiếm 90,1%. Salah và cs (2019) NC trên 71 trường hợp UMN, có 12/71 trường hợp có hủy xương, chiếm tỷ lệ 16,9% [4], tỷ lệ này cao hơn so với NC của chúng tôi. Biến đổi xương ở UMN gặp cả hủy xương và tăng sinh xương, trong đó tăng sinh xương hay gặp hơn và tỷ lệ có thể lên tới 20% tổng số u. Các cơ chế bệnh sinh được mô tả bao gồm sự xâm lấn trực tiếp của khối u vào xương và sự tăng sinh phản ứng của màng xương dẫn đến sự hình thành xương lành tính [5].

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ chèn ép xoang tĩnh mạch là 38,3%. Lê Thị Hồng Phương (2016), tỷ lệ này là 15,8% [1]. Tỷ lệ chèn ép mạch máu trong NC này là 22,2%. Trong NC của Trần Văn Việt (2011), có 11/86 trường hợp có chèn đẩy mạch máu trên hình ảnh CHT, chiếm tỷ lệ 12,8% [2]. Tỷ lệ trong NC của Lê Thị Hồng Phương (2016) là 10,5% [1]. Như vậy, tỷ lệ chèn ép xoang cũng như chèn ép mạch máu trong NC của tôi cao hơn so với các tác giả khác. Điều này có thể giải thích do Việt Đức là bệnh viện tuyến cuối nên thường tiếp nhận những trường hợp có chèn ép xoang phức tạp, không giải quyết được ở tuyến dưới.

Trong NC này, tỷ lệ u có chèn ép thần kinh là 28,4%. Tỷ lệ này trong NC của Trần Văn Việt (2011) là 33,3% [2], tương tự NC của chúng tôi. Trên ảnh T1W dây thần kinh có tín hiệu thấp hoặc trung gian giống nhu mô não, hầu hết dây thần kinh giảm tín hiệu trên các chuỗi xung, với các hướng cắt khác nhau giúp đánh giá sự đè đẩy, chèn ép của UMN vào thần kinh, đặc biệt khối UMN vùng hố yên và nền sọ.

Trong NC, tỷ lệ chèn ép não thất là 50,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với NC của Lê Thị Hồng Phương (2016) là 36,8% [1]. Nguyên nhân là do đối tượng trong NC này là UMN nên sọ, vị trí xa các não thất và kích thước nhỏ. Đa số UMN trong NC này không đè đẩy đường giữa, chiếm tỷ lệ 61,7%, tương tự NC của Lê Thị Hồng Phương (2016) là 70,2% [1].

Dấu hiệu đuôi màng cứng là hình ảnh dày và tăng ngấm thuốc của màng cứng cạnh UMN. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ này là 60,5%. Theo Lê Thị Hồng Phương (2016), tỷ lệ UMN có dấu hiệu đuôi màng cứng là 61,4% [1]. Kết quả này tương đương với kết quả NC của chúng tôi. Trần Văn Việt (2011) NC trên 86 BN UMN, tỷ lệ này là 41,9% [2], thấp hơn so với NC của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

– Đa số trường hợp là UMN đơn độc, vòm sọ là vị trí hay gặp nhất. U có kích thước đa dạng, trong đó hầu hết là từ 3 – 6cm, trung bình là  $40,19 \pm 16,45$ mm.

– Trên hình ảnh CHT: đa số UMN đồng tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu trên T2W. Sau tiêm, u ngấm thuốc mạnh và đồng nhất. Có 60,5% khối u có dấu hiệu đuôi màng cứng. Khối u có thành phần vôi hóa, thành phần nang trong u, chảy máu trong u chiếm tỷ lệ thấp. Đa số UMN không gây phù não, hoặc chỉ gây phù não mức độ nhẹ.

– Ngoài ra, CHT giúp đánh giá mức độ chèn ép, xâm lấn tổ chức xung quanh của UMN. Tỷ lệ UMN gây biến đổi xương cạnh u rất thấp, chiếm 9,9% tổng số khối u. Trong NC có 38,3% tổng số khối u có chèn ép xoang tĩnh mạch. Tỷ lệ UMN chèn ép mạch máu và thần kinh lân cận là 22,2% và 28,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hồng Phương** (2016). Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và mối liên quan với triệu chứng lâm sàng của u màng não nên sọ. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Văn Việt** (2011). Nghiên cứu giá trị chụp cộng hưởng từ, chụp mạch số hóa xóa nền trong chẩn đoán và điều trị u màng não. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Minh Thuận** (2019). Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bước đầu u màng não vòm sọ tại bệnh viện K. Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
4. **F. Salah, A. Tabbarah, N. Alarab y. et al.** (2019), "Can CT and MRI features differentiate benign from malignant meningiomas?". *Clinical Radiology*, 74(11), pp. 898.e15-898.e23.
5. **J. Watts, G. Box, A. Galvin. et al.** (2014), "Magnetic resonance imaging of meningiomas: a pictorial review". *Insights Imaging*, 5(1), pp. 113-22.
6. **Antonios Drevelegas** (2010), *Imaging of brain tumors with histological correlations*, Springer Science & Business Media
7. **T. Zhang, J. M. Yu, Y. Q. Wang. et al.** (2018), "WHO grade I meningioma subtypes: MRI features and pathological analysis". *Life Sci*, 213, pp. 50-56.

## THAY KHỚP KHUYU ĐIỀU TRỊ MẤT VẬN ĐỘNG KHUYU DO DI CHỨNG CHẤN THƯƠNG, 3 CA LÂM SÀNG

Trần Quyết<sup>1</sup>, Trần Trung Dũng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trần Quang Sáng<sup>1</sup>,  
Phạm Trung Hiếu<sup>1,2</sup>, Vũ Tú Nam<sup>1,2</sup>, Võ Sỹ Quyền Năng<sup>1</sup>,  
Trần Đức Thanh<sup>1</sup>, Phan Khoa Nguyễn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo 3 ca lâm sàng thay khớp khuỷu toàn phần điều trị mất vận động khuỷu do di chứng chấn thương. Trong đó có 1 ca cứng khớp khuỷu ở tư thế khuỷu duỗi 30 độ, 1 ca cứng ở tư thế khuỷu duỗi 25 độ, 1 ca mất vững khớp khuỷu. Độ tuổi trung bình là 35, thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 4 tháng.

Kết quả sau mổ biên độ khớp khuỷu gấp trung bình đạt 113 độ, duỗi trung bình thiếu 3 độ, sấp cẳng tay chủ động 73 độ, ngửa cẳng tay chủ động 53 độ, thang điểm đánh giá chức năng khớp khuỷu Mayo [3] đạt mức rất tốt với 95 điểm. Cả 3 bệnh nhân đều hoàn toàn hài lòng với kết quả sau phẫu thuật. Có nhiều báo cáo về các ca thay khớp khuỷu điều trị hạn chế vận động khuỷu do di chứng chấn thương đều cho kết quả khả quan với việc cải thiện tầm vận động khớp khuỷu ở các mức độ khác nhau. Ở Việt Nam thay khớp khuỷu vẫn là phương pháp điều trị hoàn toàn mới. Để có kết quả tốt nhất cần có kế hoạch chuẩn bị trước mổ và quản lý bệnh nhân sau mổ một cách toàn diện.

**Từ khóa:** Thay khớp khuỷu toàn phần, mất vận động khuỷu, di chứng chấn thương.

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết

Email: quyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 6.7.2021