

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.4999

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO ĐỘ II, III TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024–2026

Nguyễn Minh Thọ^{1*}, Phạm Việt Mỹ¹, Nguyễn Duy Linh¹, Hà Thoại Kỳ¹,
Trần Thiện Khiêm², Nguyễn Đức Trí¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh Viện Chợ Rẫy

*Email: 23310411775@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 06/4/2026

Ngày phản biện: 16/9/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U màng não độ II và III là nhóm u thần kinh trung ương tiến triển nhanh, xâm lấn và có tỷ lệ tái phát cao; phẫu thuật cắt bỏ triệt để là mấu chốt để kiểm soát bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật u màng não độ II, III tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (2024–2026). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc 30 bệnh nhân có giải phẫu bệnh sau mổ là u màng não độ II, III theo tiêu chuẩn WHO 2016 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2024 đến 2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình $58,2 \pm 11,8$ tuổi; nhóm > 60 tuổi (53,3%); nữ chiếm 73,3%. Triệu chứng khởi phát chủ yếu là đau đầu (70,0%), động kinh/co giật (26,7%); 23,3% trường hợp phát hiện tình cờ. Ghi nhận 86,7% khối u ở vòm sọ, 53,3% ngấm thuốc không đồng nhất, 56,7% bờ không đều, 90,0% phù não quanh u diện rộng, 83,3% có dấu hiệu đuôi màng cứng và 26,7% xâm lấn xương vòm sọ. Mức độ cắt u đạt Simpson I và II lần lượt là 56,7% và 43,3%. 3 tháng sau mổ, 100,0% bệnh nhân còn sống và chưa ghi nhận u tiến triển hoặc tái phát; 73,3% bệnh nhân phục hồi thần kinh tốt ($KPS \geq 80$). Vị trí khối u ở vòm sọ có mối liên quan với khả năng phẫu thuật lấy u đạt mức Simpson I ($p = 0,024$). **Kết luận:** Vi phẫu cắt triệt để u là phương pháp an toàn, hiệu quả, phục hồi chức năng thần kinh sớm sau mổ. Vị trí khối u ở vòm sọ là yếu tố thuận lợi có ý nghĩa giúp đạt mức độ lấy u toàn bộ Simpson I.

Từ khóa: U màng não độ II, u màng não độ III, Simpson, thang điểm KPS.

ABSTRACT

CLINICAL, IMAGING CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF WHO GRADE II AND III MENINGIOMAS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024–2026

Nguyen Minh Tho^{1*}, Pham Viet My¹, Nguyen Duy Linh¹, Ha Thoai Ky¹,
Tran Thien Khiem², Nguyen Duc Tri¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

Background: WHO grade II and III meningiomas are central nervous system neoplasms characterized by rapid progression, invasiveness, and high recurrence rates. Radical surgical resection is pivotal for disease control. **Objectives:** To describe clinical, imaging characteristics, and surgical outcomes of WHO grade II and III meningiomas at Can Tho Central General Hospital (2024–2026). **Materials and Methods:** A prospective longitudinal study was conducted on 30 consecutive patients postoperatively diagnosed with WHO grade II and III meningiomas via histopathology (WHO 2016) at Can Tho Central General Hospital between 2024 and 2026. **Results:** The mean patient age was 58.2 ± 11.8 years, with 53.3% aged > 60 years and a female predominance of 73.3%. The most frequent presenting symptoms upon admission were headache (70.0%) and seizures (26.7%), while 23.3% were incidentally detected. On

neuroimaging, 86.7% of tumors were located at the cranial convexity, 53.3% exhibited heterogeneous contrast enhancement, 56.7% had irregular margins, 90.0% demonstrated extensive peritumoral brain edema, 83.3% had dural tail sign, and 26.7% had bone invasion. The extent of surgical resection achieved Simpson grade I in 56.7% and Simpson grade II in 43.3% of cases. At the 3-month postoperative follow-up, 100.0% of patients were alive with no tumor progression or residue detected on follow-up magnetic resonance imaging, and 73.3% achieved favorable neurological recovery (KPS $\geq$ 80). A convexity tumor location was significantly associated with achieving Simpson I total resection ($p = 0.024$). **Conclusion:** Maximal microsurgical resection is an effective treatment modality for WHO grade II and III meningiomas, facilitating favorable functional recovery. A cranial convexity location serves as a statistically significant favorable factor for achieving Simpson grade I complete resection.

Keywords: WHO grade II meningioma, WHO grade III meningioma, Simpson grading system, Karnofsky Performance Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là loại u nguyên phát phổ biến nhất của hệ thần kinh trung ương [1], [2]. Mặc dù phần lớn các khối u màng não là lành tính (WHO độ I), khoảng 15 - 20% trường hợp thuộc nhóm không điển hình (độ II) hoặc ác tính (độ III) [1], [3]. Nhóm u màng não độ II và độ III có tốc độ tăng trưởng tế bào nhanh, tiềm năng xâm lấn nhu mô não và nguy cơ tái phát sau phẫu thuật cao hơn do có kích thước lớn, phù não quanh u diện rộng và nguy cơ dính hoặc xâm lấn các cấu trúc mạch máu, thần kinh quan trọng [3], [4], [5].

Phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u là nguyên tắc điều trị đầu tay, giúp cải thiện triệu chứng thần kinh và kéo dài thời gian sống [3], [5], [6]. Trong đó, chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não đóng vai trò nền tảng trong định hướng chẩn đoán nhờ khả năng đánh giá vị trí, hình thái bờ u, tính chất ngấm thuốc và mối liên quan với nhu mô não.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, số lượng bệnh nhân u màng não độ II, III được tiếp nhận có xu hướng gia tăng. Tuy nhiên vẫn còn thiếu những nghiên cứu về đặc điểm bệnh học, sự tương quan giữa các yếu tố lâm sàng, hình ảnh học với kết quả phẫu thuật. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học cộng hưởng từ và kết quả phẫu thuật u màng não độ II, III tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (2024–2026); 2) Phân tích mối liên quan giữa vị trí khối u với mức độ lấy u theo Simpson, đánh giá phục hồi chức năng thần kinh theo thang điểm Karnofsky (KPS) và tỷ lệ sống sót sau mổ 3 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hình ảnh theo dõi u màng não trên MRI có tiêm thuốc đối quang từ, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật lấy u, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u màng não độ II hoặc III tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, thu thập số liệu từ năm 2024 đến năm 2026.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u màng não dựa trên hình ảnh học MRI có tiêm thuốc đối quang từ, được điều trị bằng phẫu thuật lấy u và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u màng não độ II hoặc u màng não độ III theo tiêu chuẩn phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới phiên bản 2016. Đồng thời, bệnh nhân hoặc gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu, cam kết tuân thủ phác đồ điều trị và hoàn thành việc tái khám/theo dõi đánh giá lâm sàng, hình ảnh học sau mổ đủ 3 tháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được phẫu thuật qua đường mổ nội soi; Bệnh nhân mắc u màng não tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi dọc.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu từ năm 2024 đến năm 2026, thu thập được $n = 30$ bệnh nhân. Các chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

+ **Đặc điểm lâm sàng & dịch tễ:** Tuổi, giới tính, thời gian khởi bệnh, lý do vào viện, điểm tri giác Glasgow (GCS) lúc vào viện, các triệu chứng lâm sàng khởi phát thần kinh (đau đầu, động kinh, liệt khu trú...).

+ **Đặc điểm hình ảnh học (MRI sọ não):** Vị trí khối u (vòm sọ, cạnh đường giữa/liềm não, hố sau); đặc điểm tín hiệu trên chuỗi xung T1W, T2W; tính chất ngấm thuốc đối quang từ gadolinium (đồng nhất/không đồng nhất), tình trạng phù não quanh u diện rộng, dấu hiệu đuôi màng cứng, tình trạng xâm lấn/dày xương vòm sọ lân cận và kích thước u lớn nhất trung bình (cm).

+ **Mức độ lấy u theo phân loại Simpson (1957):** Độ I: Cắt toàn bộ u, màng cứng bám và phần xương bị xâm lấn; Độ II: Cắt toàn bộ u và đốt điện màng cứng bám; Độ III: Cắt toàn bộ u nhưng không đốt/cắt màng cứng bám; Độ IV: Cắt một phần khối u; Độ V: Chỉ sinh thiết giải phẫu bệnh.

+ **Phân độ giải phẫu bệnh:** Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO 2016). Độ II (không điển hình) được chẩn đoán khi u có hoạt tính phân bào ≥ 4 phân bào/10 HPF, xâm lấn não, hoặc đạt ít nhất 3/5 tiêu chuẩn mô học đặc trưng. Độ III (ác tính) được xác định khi hoạt tính phân bào ≥ 20 phân bào/10 HPF hoặc có tế bào ác tính rõ rệt.

+ **Đánh giá kết quả phẫu thuật thần kinh và theo dõi sau mổ:** Đánh giá các tai biến trong phẫu thuật và biến chứng phẫu thuật trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày hậu phẫu (nhiễm trùng, chảy máu hố mổ, rò dịch não tủy, động kinh sớm...). Đánh giá tỷ lệ sống sót sau mổ 3 tháng và tình trạng u sau mổ 3 tháng (xác định u tồn dư hoặc tái phát sớm trên cộng hưởng từ MRI sọ não kiểm tra). Đánh giá sự phục hồi chức năng thần kinh theo thang điểm Karnofsky (KPS) tại thời điểm 3 tháng: Kết quả Tốt/Tự sinh hoạt ($KPS \geq 80$), Kết quả Tồi/Phụ thuộc ($KPS < 80$).

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Microsoft Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh các tỷ lệ và kiểm định mối liên quan bằng kiểm định Chi-bình phương (Chi-square test) hoặc kiểm định chính xác Fisher (Fisher's exact test) khi có ô có tần số kỳ vọng < 5 . Mức có ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 24.429.HV/PCT-HĐĐĐ và sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ và triệu chứng lâm sàng u màng não

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện (N = 30)

Biến số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	3	10,0
	40 - 60 tuổi	11	36,7
	> 60 tuổi	16	53,3
	Trung bình: $58,2 \pm 11,8$ tuổi		

Biến số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	8	26,7
	Nữ	22	73,3
Thời gian khởi bệnh	< 1 tháng	12	40,0
	1 - 6 tháng	13	43,3
	> 6 tháng	5	16,7
Triệu chứng lâm sàng	Đau đầu	21	70,0
	Nói khó / Nói đớ	1	3,3
	Động kinh / Co giật	8	26,7
	Yếu / Liệt nửa người	2	6,7
	Rối loạn tri giác	2	6,7
	Không triệu chứng (Tình cờ)	7	23,3
Tri giác lúc vào viện	GCS 14-15 điểm	28	93,3
	GCS 9-13 điểm	2	6,7

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $58,2 \pm 11,8$ tuổi (32–78), nhóm > 60 tuổi chiếm đa số (53,3%). Nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt (73,3%, tỷ lệ nữ/nam 2,75:1). Phần lớn bệnh nhân có thời gian khởi bệnh < 6 tháng (83,3%) và tri giác lúc vào viện tỉnh táo (GCS 14–15 chiếm 93,3%). Đau đầu (70,0%) và động kinh (26,7%) là hai triệu chứng thường gặp nhất; 23,3% trường hợp được phát hiện tình cờ.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học u màng não

Bảng 2. Vị trí và đặc điểm u màng u trên hình ảnh MRI (N = 30)

Biến số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối u	Vòm sọ	26	86,7
	Cạnh đường giữa / Liềm não	2	6,7
	Hố sau	2	6,7
Đặc điểm tín hiệu T1W	Giảm tín hiệu	25	83,3
	Đồng tín hiệu	4	13,3
	Tăng tín hiệu	1	3,3
Đặc điểm tín hiệu T2W	Tăng tín hiệu	26	86,7
	Đồng tín hiệu	4	13,3
	Giảm tín hiệu	0	0,0
Tính chất ngấm thuốc Gadolinium	Không đồng nhất	16	53,3
	Đồng nhất	14	46,7
Hình thái bờ khối u	Không đều / Có múi	17	56,7
	Bờ đều, rõ	13	43,3
Tình trạng phù não quanh u diện rộng	Có phù	27	90,0
	Không có phù	3	10,0
Dấu hiệu đuôi màng cứng	Có đuôi màng cứng	25	83,3
	Không có đuôi màng cứng	5	16,7
Xâm lấn / dày xương vòm sọ	Có xâm lấn/dày xương	8	26,7
	Không xâm lấn/dày xương	22	73,3

Nhận xét: Khối u khu trú chủ yếu ở vòm sọ (86,7%), các vị trí cạnh đường giữa/liềm não và hố sau đều chiếm 6,7%. Trên MRI, u phần lớn giảm tín hiệu trên T1W (83,3%) và tăng tín hiệu trên T2W (86,7%). Các dấu hiệu hình ảnh nổi bật gồm: phù não diện rộng (90,0%), đuôi màng cứng (83,3%), bờ không đều/chia múi (56,7%), ngấm thuốc không đồng nhất (53,3%) và xâm lấn/dày xương sọ (26,7%).

3.3. Kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh và theo dõi sau mổ 3 tháng

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh và theo dõi sau 3 tháng (N = 30)

Biến số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ lấy u theo Simpson	Simpson I (Triệt để hoàn toàn)	17	56,7
	Simpson II (Toàn bộ u đại thể)	13	43,3
Giải phẫu bệnh (WHO 2016)	Độ II (U màng não không điển hình)	29	96,7
	Độ III (U màng não ác tính)	1	3,3
Tình trạng sống sót & tái phát	Còn sống sau mổ 3 tháng	30	100,0
	Sạch u trên MRI sớm (3 tháng)	30	100,0
Phục hồi chức năng (KPS)	Tốt ($KPS \geq 80$ - Tự sinh hoạt)	22	73,3
	Phụ thuộc ($KPS < 80$)	8	26,7
Biến chứng phẫu thuật	Có gặp biến chứng chu phẫu	2	6,7

Nhận xét: Phẫu thuật đạt tỷ lệ lấy sạch u đại thể 100%, trong đó Simpson I chiếm 56,7% (17 ca) và Simpson II chiếm 43,3% (13 ca). Kết quả giải phẫu bệnh (WHO 2016) ghi nhận u màng não độ II chiếm 96,7% và độ III chiếm 3,3%. Tỷ lệ biến chứng chu phẫu là 6,7% (1 ca tụ máu hố mổ và 1 ca rò dịch não tủy, đều được xử trí ổn định), không có trường hợp rách xoang tĩnh mạch lớn hay tử vong chu phẫu. Sau mổ 3 tháng, 100% bệnh nhân còn sống, 100% chưa ghi nhận u tồn dư hay tái phát trên MRI kiểm tra và 73,3% đạt phục hồi thần kinh tốt ($KPS \geq 80$).

3.4. Phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

Nghiên cứu tiến hành phân tích mối quan hệ tương quan lâm sàng giữa vị trí giải phẫu khối u đối với mức độ lấy u triệt để theo Simpson, cũng như vai trò của mức độ lấy u tới khả năng phục hồi thần kinh của bệnh nhân.

Bảng 4. Mối liên quan giữa vị trí khối u và mức độ lấy u theo Simpson (N = 30)

Vị trí khối u	Simpson I (n, %)	Simpson II (n, %)	Tổng cộng	Giá trị p
Vòm sọ	17 (65,4%)	9 (34,6%)	26 (100%)	0,024 (Fisher's Exact)
Vị trí khác (liềm não, hố sau)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100%)	

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đạt phẫu thuật lấy u triệt để hoàn toàn mức độ Simpson I đều nằm ở vị trí vòm sọ (17/26 ca, đạt 65,4%). Ngược lại, tất cả 4 trường hợp u ở các vị trí sâu phức tạp khác (cạnh đường giữa/liềm não và hố sau) đều chỉ đạt mức độ cắt bỏ u Simpson II (100,0%). Sự khác biệt về tỷ lệ đạt Simpson I giữa vị trí vòm sọ và các vị trí khác có ý nghĩa thống kê ($p = 0,024$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ lấy u theo Simpson và kết quả phục hồi chức năng thần kinh sau 3 tháng (N = 30)

Mức độ lấy u (Simpson)	$KPS \geq 80$ (Tốt) (n, %)	$KPS < 80$ (Phụ thuộc) (n, %)	Tổng cộng	Giá trị p
Simpson I	14 (82,4%)	3 (17,6%)	17 (100%)	$p = 0,395$ (Fisher's Exact)
Simpson II	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100%)	

Nhận xét: Bệnh nhân đạt phẫu thuật Simpson I có tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh ở mức tốt cao hơn rõ rệt về mặt lâm sàng so với nhóm Simpson II (82,4% so với 61,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê trong phạm vi cỡ mẫu nghiên cứu còn giới hạn $n = 30$ bệnh nhân ($p = 0,395$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và dịch tễ của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $58,2 \pm 11,8$, nhóm tuổi trên 60 (53,3%), nữ giới ưu thế với 73,3% (tỷ lệ Nam/Nữ là 1:2,75). Theo nghiên cứu của Ostrom và cộng sự (CBTRUS), u màng não có xu hướng tăng theo độ tuổi và tỷ lệ bệnh nhân nữ luôn cao gấp hơn 2 lần so với nam giới [4]. Đồng thời tương đồng với ghi nhận của Ros-Sanjuan trên u màng não không điển hình (tuổi trung bình 55,5; 57,0% nữ) [8]. Ưu thế ở phái nữ được giải thích do sự hiện diện của các thụ thể nội tiết tố sinh dục trên màng tế bào u kết hợp với đột biến gen tích lũy theo quá trình lão hóa [5], [8].

Triệu chứng vào viện chủ yếu là đau đầu (70,0%) và động kinh/co giật (26,7%). Đa số bệnh nhân khởi bệnh dưới 6 tháng (83,3%), phản ánh tính chất choán chỗ tiến triển nhanh và phù não rộng của u màng não độ II, III. Đáng chú ý, có 23,3% trường hợp phát hiện tình cờ qua chụp MRI, cho thấy khả năng tiếp cận chẩn đoán hình ảnh học sớm của người dân Đồng bằng sông Cửu Long trước khi xuất hiện các tổn thương thần kinh khu trú vĩnh viễn.

4.2. Đặc điểm hình ảnh học cộng hưởng từ và vai trò của giải phẫu bệnh

Đặc điểm u trên MRI thể hiện tính chất tiến triển, xâm lấn của nhóm u màng não độ II, III bờ không đều (56,7%), ngấm thuốc không đồng nhất (53,3%), phù não diện rộng (90,0%), đuôi màng cứng (83,3%) và xâm lấn/dày xương sọ (26,7%). Theo Frati và cộng sự, phù não quanh u diện rộng phản ánh mức độ phá hủy hàng rào máu não, xâm lấn vi thể, là yếu tố độc lập dự báo nguy cơ tái phát và là nguyên nhân trực tiếp gây tăng áp lực nội sọ cùng các cơn co giật [9]. So với nghiên cứu trên quần thể u màng não chung của Nguyễn Hữu Hoạt và cộng sự, tỷ lệ phù não (90,0% so với 59,3%), bờ không đều (56,7% so với 32,1%) và tổn thương xương sọ (26,7% so với 9,9%) ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn vượt trội, khẳng định tiềm năng ác tính rõ rệt của nhóm u độ II, III [1].

Nghiên cứu ghi nhận 96,7% u màng não độ II và 3,3% là u màng não độ III theo tiêu chuẩn phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới phiên bản 2016 [3]. Việc áp dụng phân loại WHO 2016 dựa trên các tiêu chí mô bệnh học kinh điển (hoạt tính phân bào, hoại tử u, xâm lấn não) là hoàn toàn phù hợp và có tính thực tiễn cao tại các cơ sở điều trị ngoại khoa thần kinh khu vực phía Nam. Mặc dù bản cập nhật WHO 2021 sau này đã tích hợp thêm các đột biến sinh học phân tử hiện đại (đột biến promoter TERT, mất đoạn đồng hợp tử CDKN2A/B) để xếp loại u màng não độ III, nhưng kỹ thuật này đòi hỏi nguồn lực xét nghiệm gen rất cao và chưa được triển khai thường quy [10], [11]. Do đó, việc chẩn đoán mô bệnh học kinh điển theo WHO 2016 vẫn giữ vai trò nền tảng, định hướng điều trị thích hợp với nguồn lực hiện tại [3], [5].

4.3. Hiệu quả điều trị ngoại khoa phẫu thuật vi phẫu, biến chứng và các yếu tố liên quan

Nghiên cứu đạt tỷ lệ lấy sạch u đại thể 100% (Simpson I: 56,7%, Simpson II: 43,3%), phần lớn nhờ khối u khu trú ở vòm sọ (86,7%) giúp phẫu trường bộc lộ thuận lợi. Vị trí vòm sọ có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê với khả năng lấy u đạt Simpson I ($p = 0,024$). Ngược lại, các trường hợp u ở vị trí sâu phức tạp (liềm não, hố sau) chỉ đạt mức Simpson II nhằm bảo vệ an toàn các xoang tĩnh mạch lớn và cấu trúc thần kinh sống còn [5], [7]. Điều này hoàn toàn tương đồng với quan điểm của Đồng Văn Hệ và cộng sự về việc ưu tiên tính mạng và bảo tồn chức năng thần kinh cho người bệnh [2].

Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Ung thư Thần kinh Châu Âu (EANO 2021) và tác giả Soni, mức độ cắt u theo thang Simpson là yếu tố dự báo quan trọng nhất quyết

định thời gian sống thêm không tiến triển bệnh (PFS) [5], [7]. Tuy nhiên, tại mốc theo dõi 3 tháng sau phẫu thuật của chúng tôi, tỷ lệ sống sót chu phẫu đạt 100% và chưa ghi nhận u tồn dư hay tiến triển tái phát sớm trên phim chụp MRI sọ não kiểm tra. Việc so sánh mốc này với các nghiên cứu PFS 3 - 5 năm là khá khiểng về phương pháp luận dịch tễ ung thư, song kết quả sớm khả quan này là tiền đề vô cùng quan trọng cho kết quả điều trị lâu dài [12]. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi thần kinh tốt ($KPS \geq 80$) đạt tới 73,3% sau 3 tháng là minh chứng cho thấy phẫu thuật vi phẫu giúp giải áp nội sọ an toàn, hiệu quả.

Về biến chứng phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng chu phẫu thấp (6,7% với 2 ca) bao gồm tụ máu hố mổ (1 ca) và rò dịch não tủy (1 ca) đều được xử trí can thiệp an toàn và hồi phục tốt trước khi ra viện. Điều này khẳng định vai trò của trang thiết bị phẫu thuật vi phẫu hiện đại và tay nghề của phẫu thuật viên tại bệnh viện giúp kiểm soát tốt các biến cố ngoại khoa thần kinh nặng nề.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo: 1) Cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ ($n = 30$ bệnh nhân) do u màng não độ II, III là bệnh lý ít gặp hơn u màng não độ I; 2) Thời gian theo dõi lâm sàng và hình ảnh học kiểm tra 3 tháng là tương đối ngắn, chưa đủ thời gian dài hạn để đánh giá chính xác tỷ lệ tái phát thực sự của nhóm u tiến triển này.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu điều trị u màng não độ II, III tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là giải pháp điều trị ngoại khoa an toàn và đạt hiệu quả kiểm soát u đại thể sớm. Nghiên cứu ghi nhận bệnh lý thường gặp ở nữ giới lớn tuổi với triệu chứng khởi phát chủ yếu là đau đầu và động kinh diễn tiến nhanh dưới 6 tháng, bên cạnh một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân phát hiện tình cờ qua chụp MRI. Trên hình ảnh cộng hưởng từ, u thể hiện rõ tính chất tiến triển, ác tính cao như bờ không đều, ngấm thuốc không đồng nhất, đi kèm phù não quanh u diện rộng, đuôi màng cứng và xâm lấn xương sọ kế cận. Phẫu thuật đạt tỷ lệ lấy u triệt để đại thể rất cao, giúp bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh tốt sớm sau mổ tại mốc 3 tháng với tỷ lệ biến chứng chu phẫu rất thấp. Vị trí khối u ở vùng vòm sọ là yếu tố thuận lợi có ý nghĩa thống kê giúp phẫu thuật viên bộc lộ rộng rãi và đạt mức độ lấy u toàn bộ Simpson I so với các vị trí sâu phức tạp khác như liềm não và hố sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, *et al.* The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016. 131(6), 803-820, <https://doi.org/10.1007/s00401-016-1545-1>.
2. Ostrom QT, Cioffi G, Waite K, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2014-2018. *Neuro Oncol.* 2021. 23, iii1-iii105, <https://doi.org/10.1093/neuonc/noab200>.
3. Goldbrunner R, Stavrinos P, Jenkinson MD, Sahm F, Mawrin C, *et al.* EANO guideline on the diagnosis and management of meningiomas. *Neuro Oncol.* 2021. 23(11), 1821-1834. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noab150>.
4. Simpson D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1957. 20(1), 22-39, <https://doi.org/10.1136/jnnp.20.1.22>.
5. Soni P, Davison MA, Shao J, Momin A, Lopez D, *et al.* Extent of resection and survival outcomes in World Health Organization grade II meningiomas. *J Neurooncol.* 2021. 151(2), 173-179, <https://doi.org/10.1007/s11060-020-03632-3>.

6. Ros-Sanjuan A, Iglesias-Moroño S, Carrasco-Brenes A, Bautista-Ojeda D, Arraez-Sanchez MA. Atypical Meningiomas: Histologic and Clinical Factors Associated With Recurrence. *World Neurosurg.* 2019. 125, e248-e256, <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.01.056>
 7. Frati A, Armocida D, Arcidiacono UA, Pesce A, D'Andrea G, *et al.* Peritumoral Brain Edema in Relation to Tumor Size Is a Variable That Influences the Risk of Recurrence in Intracranial Meningiomas. *Tomography.* 2022. 8(4), 1987-1996. <https://doi.org/10.3390/tomography8040166>.
 8. Nguyễn Hữu Hoạt, Nguyễn Xuân Khái, Ngô Tuấn Minh, Nguyễn Việt Dũng, Trần Công Hoan. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của u màng não ở người lớn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021. 504(1), 24–28, <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i1.846>.
 9. Brokinkel B, Hess K, Mawrin C. Brain invasion in meningiomas—clinical considerations and impact of neuropathological evaluation: a systematic review. *Neuro Oncol.* 2017. 19(10), 1298-1307, <https://doi.org/10.1093/neuonc/nox071>.
 10. Louis DN, Perry A, Wesseling P, Brat DJ, Cree IA, *et al.* The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Neuro Oncol.* 2021. 23(8), 1231-1251. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noab106>.
 11. Đồng Văn Hệ, Văn Đức Hạnh, Đồng Văn Sơn. Điều trị phẫu thuật cắt u màng não nền sọ trước bằng kỹ thuật mở nắp sọ lỗ khóa trên cung mày. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. 531(1), 129–133, <https://doi.org/10.51298/vmj.v531i1.6899>.
 12. Kim D, Niemierko A, Hwang WL, Stemmer-Rachamimov AO, Curry WT, *et al.* Histopathological prognostic factors of recurrence following definitive therapy for atypical and malignant meningiomas. *J Neurosurg.* 2018. 128(4), 1123-1132, <https://doi.org/10.3171/2016.11.JNS16913>.
-