

nhóm tuổi 70-79 và 78,3% ở những người từ tuổi 80 trở lên).

Tương tự như trong nghiên cứu của Lê Hoài Thu [3], nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp với hành vi hút thuốc và tình trạng hoạt động thể lực. Điểm khác biệt là nghiên cứu của Lê Hoài Thu cho thấy THA ở người cao tuổi có liên quan với việc sử dụng rượu bia nhưng không liên quan với tình trạng thừa cân béo phì [3], trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả ngược lại, THA liên quan với thừa cân béo phì nhưng không liên quan với sử dụng rượu bia. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa THA với tình trạng đái tháo đường ở người cao tuổi nhưng không tìm thấy mối liên quan với rối loạn lipid máu. Mối liên quan giữa THA và ĐTD ở người cao tuổi cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hanif và cộng sự tại Băng-la-đét năm 2018-2019 [6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc THA ở người cao tuổi ở mức cao, tăng theo tuổi và cao hơn ở người thừa cân béo phì và người mắc bệnh đái tháo đường. Cần nâng cao nhận thức về tăng huyết áp, kiểm soát cân nặng, dự phòng đái tháo đường để giảm tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Nhóm Đối tác Y tế.** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR) 2016: Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam. Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội, 2018.
2. **Võ Văn Thắng, Võ Nữ Hồng Đức, Lương Thanh Bảo Yên và cộng sự.** Đánh giá tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người

cao tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;498(2):35-39.

3. **Lê Hoài Thu.** Thực trạng bệnh tăng huyết áp, hành vi, đặc điểm nhân trắc học và quản lý bệnh tại cộng đồng ở người cao tuổi tại Thái Nguyên năm 2019. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
4. **Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Huỳnh Văn Minh và cộng sự.** Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 – 2016. Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II, Hà Nội, 2016.
5. **Anandita Kulkarni, Anurag Mehta, Eugene Yang, Biljana Parapid.** Older Adults and Hypertension: Beyond the 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. American College of Cardiology. 2020.
6. **Hanif AAM, Shamim AA, Hossain MM, et al.** Gender-specific prevalence and associated factors of hypertension among elderly Bangladeshi people: findings from a nationally representative cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2021; 11(1):e038326.
7. **Korinek K, Teerawichitchainan B, Zimmer Z, et al.** Design and measurement in a study of war exposure, health, and aging: protocol for the Vietnam health and aging study. *BMC Public Health.* Oct 23 2019;19(1):1351. doi: 10.1186/s12889-019-7680-6.
8. **Méndez-Chacón E, Santamaría-Ulloa C, Rosero-Bixby L.** Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rican elderly. *BMC Public Health,* 2008;8:275.
9. **Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al.** Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation.* 2016;134:441–50.
10. **Muli S, Meisinger C, Heier M, Thorand B, Peters A, Amann U.** Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in older people: results from the population-based KORA-age 1 study. *BMC Public Health.* Jul 2 2020; 20(1):1049. doi:10.1186/s12889-020-09165-8.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TĂNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG VI PHẪU THUẬT LỖ KHOÁ TRÊN CUNG MÀY

Nguyễn Trọng Diện¹, Đồng Văn Hệ²

TÓM TẮT

¹Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Diện

Email: diencosmetic@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ cắt hết u tăng trước nền sọ bằng vi phẫu thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày. Phương pháp nghiên cứu can thiệp, so sánh các nhóm dựa trên 65 bệnh nhân (BN) được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức 1/2017-12/2020. Kết quả: Trong số 65 bệnh nhân bao gồm 49 nữ, 16 nam. Tuổi nhỏ nhất 5 và cao nhất 76. U to nhất 6cm và nhỏ nhất 1,23cm. Cắt hết u 73,8%; cắt không hết u 26,2% (cắt gần hết u 21,5%; cắt bán phần 0,3% và cắt một phần 0,1%). Tỷ lệ cắt hết u và gần hết u ở nhóm u tuyến yên, u sọ hầu lần

lượt là 75%; 25% và 50%; 50% ($p < 0,05$). Tỷ lệ cắt hết u và gần hết u nhóm u màng não hố yên thấp hơn so với các nhóm u màng não khác ($p < 0,05$). Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm bệnh nhân chưa điều trị cao hơn nhóm đã xạ trị hoặc đã phẫu thuật trước, $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u kích thước $\leq 3\text{cm}$ (80,4%) cao hơn nhóm u $> 3\text{cm}$ 7/14 (50%), $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm phẫu tích dễ là 39/53 (84,9%), cao hơn nhóm phẫu tích khó 3/12 (25%), $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u mật độ đặc 30/44 (68,2%) không khác tỷ lệ cắt hết u nhóm u hỗn hợp 4/6 (66,7%), nhưng thấp hơn tỷ lệ cắt hết u nhóm u nang đơn thuần 14/15 (93,3%), $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u là 29/45 (64,4%) ở nhóm u bọc mạch máu, thấp hơn tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u không xâm lấn, không bọc mạch máu 19/20 (95%). Mức độ cắt u cao hơn ở nhóm u không xâm lấn, bọc mạch máu, $p < 0,01$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u vôi hoá là 2/6 (33,3%) và cao hơn tỷ lệ cắt hết u nhóm u không vôi hoá 46/59 (77,9%), $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u xâm lấn xoang hang là 1/5 (20%) thấp hơn tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u không xâm lấn xoang hang 47/60 (78,3%), $p < 0,01$. Tỷ lệ cắt hết u nhóm u không xâm lấn não thất III là 48/61 (80%) cao hơn nhóm u xâm lấn não thất III 0/4 (0%), $p < 0,005$. Kết luận: Tỷ lệ cắt hết u bằng đường mổ vi phẫu mở nắp sọ ổ khoá trên cung mày cao hơn ở nhóm u chưa điều trị, u nhỏ hơn 3cm, u nang Rathke, nang nhện, nang bì, u không xâm lấn não thất III, u không xâm lấn mạch máu, u nang, u không vôi hoá.

Từ khoá: Yếu tố liên quan, mở nắp sọ ổ khoá, u tăng trước nền sọ

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE RATE OF GROSS TOTAL RESECTION (GTR) OF THE ANTERIOR CRANIAL BASE TUMOR BY EYEBROW KEYHOLE APPROACH

Specify some factors related to the rate of gross total resection (GTR) of the anterior cranial base tumor by eyebrow keyhole approach. An interventional study, comparing groups based on 65 patients treated at Viet Duc Hospital from 1/2017 to 12/2020. Results: A total of 65 patients, including 49 women and 13 men, underwent surgery. The youngest age was 5 and the highest was 76. History of previous treatment in 8 patients (6 surgery and 2 radiosurgery). GTR was achieved at 73.8%; subtotal removal (STR) at 21.5%; partial removal at 0.3% and biopsy at 0.1%. GTR was achieved in all cases of Rathke cyst, subarachnoid cyst and dermoid cyst. The rate of GTR and STR in the meningioma group was 66.7% and 24.2% respectively. These rates in the group of pituitary tumors and craniopharyngiomas were 75% and 25%, 50% and 50% respectively. The rate of GTR and STR in the sellar meningioma was lower than in other locations ($p < 0.05$). The rate of GTR in the group of untreated patients was higher than in the group who received radiation therapy or had surgery before, $p < 0.05$. The GTR in the group of tumors $\leq 3\text{cm}$ (80.4%) was higher than tumors $> 3\text{cm}$ (50%), $p < 0.05$. This rate in the favorable dissection group was 39/53 (84.9%), higher than the difficult dissection group 3/12 (25%), $p < 0.05$. The GTR of dense tumors

30/44 (68.2%) was not different from the mixed tumors 4/6 (66.7%), but lower than cyst tumors 14/15 (93.3%), $p < 0.05$. This rate was 29/45 (64.4%) in the tumors with vascular invasion, lower than non-invasive tumor group 19/20 (95%), $p < 0.01$. The GTR in the calcified tumors was 2/6 (33.3%) was higher than in non-calcified tumors at 46/59 (77.9%), $p < 0.05$. This rate in the group of cavernous sinus invasion tumors was 1/5 (20%) lower than tumors that did not invade the cavernous sinus 47/60 (78.3%), $p < 0.01$. The GTR of the tumors that did not invade the third ventricle was 48/61 (80%) higher than the third ventricle invasion tumor 0/4 (0%), $p < 0.005$. Conclusion: The GTR by eyebrow keyhole approach was higher in the group of untreated tumors, tumors smaller than 3cm, Rathke cysts, arachnoid cysts, dermoid cysts, non-vascular invasion, cystic, non-calcified tumors and tumors that did not invade the third ventricle.

Keywords: Risk factor, anterior skull base tumor, eyebrow keyhole surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật u tăng trước nền sọ có thể thực hiện bằng đường mổ nắp sọ nhỏ, phẫu thuật ít xâm lấn như phẫu thuật ổ khoá. Phẫu thuật mở nắp sọ ổ khoá trên cung mày mang nhiều ưu điểm như đường rạch da nhỏ, nắp sọ nhỏ, ít đau, ít tỳ đè lên cấu trúc nhu mô não... Tuy nhiên, phẫu thuật ổ khoá trên cung mày với nắp sọ nhỏ dưới 2,5cm có một số hạn chế như ánh sáng vùng mổ, dụng cụ phẫu thuật, hướng phẫu thuật, góc phẫu tích hẹp, kinh nghiệm phẫu thuật viên... (1,2,3,4). Chúng ta không thể áp dụng phẫu thuật mở nắp sọ ổ khoá đối với mọi loại u tăng trước nền sọ. Câu hỏi đặt ra là những loại u nào nên áp dụng đường mổ này, hay khi nào chúng ta có thể áp dụng, hoặc tỷ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ khối u tăng trước nền sọ phụ thuộc vào yếu tố nào. Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích: *Xác định một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ cắt hết u tăng trước nền sọ bằng vi phẫu thuật mở nắp sọ ổ khoá trên cung mày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp có so sánh các nhóm dựa trên 65 bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017-12/2020. Tất cả bệnh nhân u tăng trước nền sọ được đưa vào nhóm nghiên cứu nếu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau: phẫu thuật cắt u bằng kỹ thuật vi phẫu thuật ổ khoá trên cung mày, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước và sau mổ có tiêm thuốc đối quang từ, đánh giá tình trạng lâm sàng trước và sau mổ, khám lại sau mổ ít nhất một lần vào thời điểm sau mổ > 3 tháng. Những bệnh nhân loại ro khỏi nhóm nghiên cứu nếu

không được nghiên cứu viên trực tiếp khám, đánh giá và theo dõi từ thời điểm trước và sau mổ. Khi được chọn vào nhóm nghiên cứu, bệnh nhân sẽ được nhóm nghiên cứu khám, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh, chỉ định mổ, tham gia trực tiếp phẫu thuật, theo dõi sau mổ và đánh giá sau mổ. Tỷ lệ cắt hết u được đánh giá bằng quan sát trong mổ và cộng hưởng từ sau mổ tiêm thuốc không thấy hình ảnh khối u. Nhóm cắt không hết u bao gồm bệnh nhân cắt gần hết u, cắt bán phần u, cắt một phần u. So sánh sự khác nhau giữa hai nhóm dựa vào các tiêu chí: tiền sử điều trị u tăng trước nền sọ (mổ, xạ phẫu, xạ trị), kích thước u, bản chất khối u (u màng não, u sọ hầu, u tuyến yên, nang màng nhện...), u xâm lấn lên trên hay xuống dưới, sang bên, ra trước, ra sau. U xâm lấn mạch máu, u xâm lấn xoang tĩnh mạch hang, u bọc dây thần kinh. U đặc hay nang, u hỗn hợp. U vôi hoá hay không. Đánh giá sự khác nhau khi ghép cặp, và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu 65 bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi có kết quả sau.

Bảng 1. Môi liên quan tỷ lệ cắt hết u với loại u

Loại u	Cắt hết u	Cắt gần hết	Cắt bán phần	Cắt giảm áp
U màng não	22	8	2	1
Nang Rathke	14	0	0	0
U tuyến yên	6	2	0	0
U sọ hầu	4	4	0	0
U khác	2	0	0	0
Tổng	48	14	2	1

Cắt hoàn toàn khối u ở 100% bệnh nhân u nang Rathke, u nang dưới nhện, u nang biểu bì. Trong khi tỷ lệ cắt hết u và gần hết u ở nhóm u màng não lần lượt là 66,7%; 24,2%. Tỷ lệ cắt hết u và gần hết u ở nhóm u tuyến yên, u sọ hầu lần lượt là 75%; 25% và 50%; 50%. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Cắt hết u và cắt gần hết u 12/13 (92,3%) u mòm yên trước, 10/10 (100%) u màng não mảnh phẳng xương bướm, 5/5 (100%) u màng não rãnh khứu và 3/5 (60%) u màng não hố yên. Tỷ lệ cắt hết u và gần hết u nhóm u màng não hố yên (tuberculomeningioma) thấp hơn so với các nhóm u màng não khác ($p < 0,05$).

Bảng 2. Môi liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với tiền sử điều trị khối u

Mức độ cắt u	Cắt hết u	Cắt chưa	Tổng
--------------	-----------	----------	------

		hết u	số
Đã xạ, mổ	4	5	9
Chưa điều trị	44	12	56
Tổng số	48	17	65

Nhóm chưa cắt hết u bao gồm cắt gần hết u, cắt bán phần u và cắt giảm áp. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm bệnh nhân chưa điều trị cao hơn nhóm đã xạ trị hoặc đã phẫu thuật trước, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Môi liên quan giữa mức độ cắt hết u với kích thước u

Mức độ cắt u	Cắt hết u	Cắt chưa hết u	Tổng số
$U \leq 3\text{cm}$	41	10	51
$U > 3\text{cm}$	7	7	14
Tổng số	48	17	65

Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u kích thước $\leq 3\text{cm}$ (80,4%) cao hơn nhóm $u > 3\text{cm}$ 7/14 (50%), có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0235$. Khi khảo sát mức độ cắt hết u giữa hai nhóm u lớn hơn và nhỏ 2cm, giữa hai nhóm u lớn hơn và nhỏ hơn 4cm thì không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,317 và 0,551. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm phẫu tích dễ là 39/53 (84,9%), cao hơn nhóm phẫu tích khó 3/12 (25%), $p < 0,05$. Phẫu tích dễ bao gồm kiểm soát tổn thương, xung quanh tổn thương và các cấu trúc lân cận dễ hơn. Phẫu tích khó bao gồm não phù, dập não, mổ lại, sau xạ trị. Tỷ lệ cắt hết u nhóm u mật độ đặc 30/44 (68,2%) không khác tỷ lệ cắt hết u nhóm u hỗn hợp 4/6 (66,7%), nhưng thấp hơn tỷ lệ cắt hết u nhóm u nang đơn thuần 14/15 (93,3%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ cắt hết u là 29/45 (64,4%) ở nhóm u bọc mạch máu, thấp hơn tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u không xâm lấn, không bọc mạch máu 19/20 (95%). Mức độ cắt u cao hơn ở nhóm u không xâm lấn, bọc mạch máu, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u vôi hoá là 2/6 (33,3%) và cao hơn tỷ lệ cắt hết u nhóm u không vôi hoá 46/59 (77,9%), có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Thực tế, nhóm u vôi hoá chủ yếu gặp ở bệnh nhân u sọ hầu. Chỉ có 2 bệnh nhân u màng não bị vôi hoá. Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u xâm lấn xoang hang là 1/5 (20%) thấp hơn tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u không xâm lấn xoang hang 47/60 (78,3%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong số 5 bệnh nhân u xâm lấn xoang hang, 3 bệnh nhân là u tuyến yên và 2 bệnh nhân u màng não hố yên.

Bảng 4. Môi liên quan tỷ lệ cắt hết u với mức độ xâm lấn vào não thất III

Mức độ cắt u	Cắt hết u	Cắt chưa hết u	Tổng số
--------------	-----------	----------------	---------

U xâm lấn não thất	0	4	4
U không xâm lấn não thất	48	13	61
Tổng số	48	17	65

Tỷ lệ cắt hết u nhóm u không xâm lấn não thất III là 48/61 (80%) cao hơn nhóm u xâm lấn não thất III 0/4 (0%), có ý nghĩa thống kê với $P < 0,005$. Trong số 4 bệnh nhân u xâm lấn não thất III: 2 bệnh nhân u sọ hầu và 2 bệnh nhân u tuyến yên. Bệnh nhân u tuyến yên xâm lấn cả não thất III và xoang hang. Khi xem xét tỷ lệ cắt hết u so và cắt chưa hết u với một số yếu tố như phù não, xâm lấn sang bên, ngấm thuốc nhiều hoặc không, chúng tôi không thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với các loại u: Tỷ lệ cắt hết khối u 100% ở nhóm nang Rathke, u nang bì (epidermoid cyst), nang màng nhện. Mức độ cắt u màng não được đánh giá theo thang điểm Simpson. 22/33 (66,7%) u màng não được cắt hoàn toàn (Simpson I, II), và 8/33 (24,2%) cắt gần hết khối u. Số lượng bệnh nhân cắt hết u và gần hết u ở nhóm u màng não tầng trước nền sọ là 30/33 bệnh nhân (90,9%). 6/8 (75%) u tuyến yên được hết u, và 2/8 (25%) cắt gần hết u. Tỷ lệ cắt hết u và cắt gần hết u là 100%. Nangarwal N và cộng sự thông báo cắt hết u và gần hết u ở u màng não tầng trước nền sọ là 90% bằng đường mổ nắp sọ lộ khoá trên cung mày và 75% khi mổ bằng đường nội soi qua mũi xoang bướm (5). Tác giả cho rằng đường mổ mở nắp sọ lộ khoá đối với u màng não tầng trước nền sọ an toàn hơn, tỷ lệ cắt u cao hơn so với đường mổ nội soi (4,5). U màng não tầng trước nền sọ bao gồm u màng não rãnh hành khứu, màng phẳng xương bướm, mòm yên trước, hố yên. Khi so sánh mức độ cắt u giữa các nhóm u màng não, chúng tôi thấy tỷ lệ cắt hết u và cắt gần hết u ở nhóm u màng não hố yên (tuberculomeningioma) thấp nhất 60% và thấp hơn so với các nhóm u màng não khác ($P < 0,05$).

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với tiền sử điều trị: Bệnh nhân được xạ trị, xạ phẫu trước mổ hoặc đã được mổ cắt u trước đó thường gây khó khăn khi mổ lại. Chúng tôi nhận thấy phẫu tích khó hơn, các cấu trúc giải phẫu bị thay đổi, biến dạng. Tỷ lệ mổ cắt u không hết nhóm đã xạ trị, đã mổ thấp hơn so với nhóm chưa điều trị, $p < 0,05$. Như mô não và các cấu trúc não thường dễ bị tổn thương, đụng dập khi tỳ đè, vén và

phẫu tích. Đụng dập não, chảy máu thường khiến não phù, che khuất tầm nhìn để phẫu tích.

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với kích thước khối u: Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u lớn hơn 3cm ghi nhận thấp hơn so với nhóm u nhỏ hơn 3cm. Đối với khối u lớn, hầu hết các tác giả khuyên nên cắt bỏ trong u nhằm làm giảm thể tích khối u. Sau đó sẽ phẫu tích xung quanh u. Nhờ vậy chúng ta có thể cắt toàn bộ khối u lớn vùng tầng trước nền sọ (4,5,6). Chúng tôi cũng đã thực hiện thành công phẫu thuật cắt hết u ở bệnh nhân u màng não lớn. U sọ hầu dạng nang, u tuyến yên mềm hoặc u màng não mềm dễ dàng thực hiện kỹ thuật lấy u giảm thể tích từ trong khối u. A Pernecky và R Reisch cho rằng đường mổ mở lộ khoá làm giảm góc quan sát (7). Chúng tôi cho rằng khi khối u lớn, góc khuất sẽ lớn hơn và phẫu thuật viên sẽ khó quan sát, kiểm soát các góc của trường mổ. Điều này sẽ làm giảm khả năng kiểm soát các cấu trúc lành và khối u. Cắt giảm thể tích khối u sẽ khó khăn nếu u cứng, chắc hoặc chảy máu. Sử dụng dao siêu âm hút u và cắt u từ từ sẽ giảm khó khăn này (8).

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với khả năng thăm dò, đánh giá tổn thương: Khả năng thăm dò đánh giá tổn thương dễ hơn sẽ giúp phẫu thuật viên kiểm soát vùng mổ, các cấu trúc xung quanh và tổn thương. Thăm dò khó bao gồm nhiều cấu trúc mạch máu, dây thần kinh và cấu trúc não khác xung quanh khối u. Não phù hơn, dập não khi vén, chảy máu vùng phẫu tích, không hút được nước não tủy sẽ cản trở thăm dò xung quanh khối u cũng như đánh giá các cấu trúc xung quanh. Nhiều tác giả cho rằng, khó khăn nhất đối với đường mổ hẹp là cản trở ánh sáng vào vùng mổ. Chính vì vậy, nội soi hỗ trợ là biện pháp giúp phẫu thuật viên giải quyết khó khăn này (4,8). Chúng tôi sử dụng nội soi hỗ trợ hai trường hợp và nhận thấy ánh sáng nội soi rõ hơn, thăm dò và đánh giá tổn thương tốt hơn. Tuy nhiên, nhược điểm của nội soi là hình ảnh không gian 2 chiều, và cả kíp mổ phải quen cách làm việc với nội soi.

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với khả năng phẫu tích: Phẫu tích bao gồm việc thăm dò, kiểm soát vùng mổ, các cấu trúc xung quanh, cấu trúc lành và tổn thương. Phẫu tích dễ sẽ giúp phẫu thuật viên kiểm soát các thì phẫu thuật chính xác hơn, nhanh hơn và giúp cắt khối u dễ hơn. Một số tác giả cho rằng, đường mổ lộ khoá nhỏ có thể gây khó khăn nếu sử dụng nhiều dụng cụ trong phẫu trường. Phẫu thuật qua nắp sọ lộ khoá có một số khó khăn như

chúng ta không thể thay đổi hướng phẫu tích và góc thăm dò giảm. Hướng phẫu tích (corridor of dissection) gần như cố định từ nắp sọ tới khối u (6,8). Vì nắp sọ nhỏ, chúng ta chỉ phẫu tích theo một hướng từ nắp sọ. Một số tác giả khuyên chính phẫu thuật viên phải là người lập kế hoạch, kê tư thể người bệnh, vẽ đường rạch ra, mở nắp sọ và mở màng cứng. Nghĩa là trực tiếp thực hiện mọi công đoạn của phẫu thuật. Trong thực hành, nhiều phẫu thuật viên quá bận hoặc do yêu cầu đào tạo nên có thể để bác sỹ phụ thực hiện một số công đoạn như kê tư thể, rạch da, mở nắp sọ. Nhưng đối với phẫu thuật ít xâm lấn mở nắp sọ ổ khoá, không nên để người khác thực hiện bất cứ công đoạn nào.

Mối liên quan giữa tỷ lệ cắt hết u với mật độ khối u: Tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u dạng nang, u dạng đặc và u hỗn hợp lần lượt là 93,3%, 68,2% và 66,7%. Như vậy tỷ lệ cắt u cao hơn ở khối u dạng nang so với u đặc, hoặc u hỗn hợp, với $p < 0,05$. Trường hợp u dạng nang duy nhất không cắt hết khối u là u sọ hầu, phần nang xâm lấn vùng dưới đồi và cuống tủy nên không thể cắt được. Trường hợp này bệnh nhân ổn định, không thấy tái phát sau 1 năm. Đối với khối u nhỏ, kiểm soát xung quanh khối u khá đơn giản. Đối với khối u lớn hơn, kiểm soát xung quanh khối u khó khăn hơn. Nếu khối u lớn, nhưng là u nang, chúng ta sẽ lấy bỏ dễ dàng thành phần nang trong khối u và như vậy giảm thể tích khối u. Khi đó, phẫu thuật viên dễ dàng kiểm soát xung quanh khối u. Nhiều tác giả cũng khuyến cáo cắt bỏ trong u sẽ giúp phẫu thuật viên dễ kiểm soát khối u hơn, và tăng tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ khối u (5,6).

Mối liên quan tỷ lệ cắt hết u với mức độ xâm lấn mạch máu của khối u: Khối u màng não, u sọ hầu, u tuyến yên có thể phát triển và xâm lấn, bọc xung quanh mạch máu. Phẫu tích mạch máu ra khỏi khối u khó khăn, dễ làm tổn thương mạch máu và làm tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng và di chứng. Hầu hết phẫu thuật viên sẽ cố gắng phẫu tích tối đa và cắt u nhưng vẫn ưu tiên bảo tồn mạch máu (1,2,3,6). Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u xâm lấn mạch máu là 64,4% thấp hơn tỷ lệ cắt hết u ở nhóm u không xâm lấn, không bọc mạch máu 95%.

Mối liên quan tỷ lệ cắt hết u với mức độ vôi hoá khối u: Khối u vôi hoá, nhất là u sọ hầu thường bị vôi hoá. Nếu khối vôi hoá nhỏ, chúng ta sẽ không gặp khó khăn khi cắt bỏ khối u. Nhưng nếu khối vôi hoá lớn, cứng, chắc chúng ta sẽ gặp nhiều khó khăn cắt bỏ khối u hoàn toàn.

Vôi hoá lớn u màng não nhiều khi không thể cắt bỏ. Vôi hoá lớn u sọ hầu, nhất là khi khối vôi hoá bọc mạch máu, chúng ta sẽ không thể cắt bỏ hết khối vôi hoá. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 2/33 trường hợp u màng não vôi hoá, và 4/8 trường hợp u sọ hầu vôi hoá. Tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn khối u vôi hoá là 33,3% thấp hơn nhiều so với tỷ lệ cắt hết u nhóm u không vôi hoá 77,9%. Hai trường hợp u màng não vôi hoá được cắt bỏ gần hết u. Riêng 4 trường hợp u sọ hầu vôi hoá cắt gần hết u 3 và cắt một phần u ở 1 trường hợp khác.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu thuật mở nắp sọ ổ khoá trên cung mày là phương pháp phẫu thuật hiệu quả. Tỷ lệ cắt hết u cao nhưng phụ thuộc vào một số yếu tố. Tỷ lệ cắt u cao hơn ở nhóm bệnh nhân điều trị lần đầu, u dưới 3cm, u dạng nang, u không xâm lấn mạch máu, u không vôi hoá, u không xâm lấn não thất III. Chính vì vậy, chúng ta nên cân nhắc các yếu tố liên quan trên đây khi chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Magill S T and McDermott M W (2020), Tuberculum sellae meningiomas, Chapter 2, Handbook of Clinical Neurology, Elsevier, Volume 170, 13-23
2. Barbero J M R et al (2022), Keyhole supraorbital eyebrow approach for the resection of a tuberculum sellae meningioma with intraoperative endoscopic assistance, Surgical Neurology International, 13, 93, 1-3
3. Bhattarai R et al (2017), Microsurgical management of tuberculum sellae meningioma by the supraorbital keyhole eyebrow approach: surgical outcome, Nepal Journal of Neuroscience, 14, 26-32.
4. Zheng X et al (2022), keyhole supraorbital eyebrow approach for fully endoscopic resection of tuberculum sellae meningioma, Frontiers in Surgery, DOI: 10.3389/fsurg.2022.971063.
5. Nangarwal B et al (2022), Anterior skull base meningioma: surgical approach and complication avoidance, J Neurol Surg B Skull Base, DOI.10.1055/a-1733-9320.
6. Dhandapani S and Wankhede L S (2021), Orbital rim sparing single-piece fronto-orbital keyhole craniotomy through eyebrow incision: a technical report and comparative review, Neurology India, 69, 2, 441-445.
7. Reisch R et al (2015), The supraorbital keyhole approach: how i do it? Acta Neurochir, 157, 979-983.
8. Zador Z and Gnanalingham K (2013), Eyebrow craniotomy for anterior skull base lesions: how i do it, Acta Neurochir, 155, 99-106.