

6. **Nguyễn Tuấn.** Đánh giá thực trạng công tác tiêm chủng mở rộng tại Hà Tĩnh cho trẻ dưới 1 tuổi năm 2013. 2013.
7. **Nguyễn Thị Thanh Hương.** Thực trạng kiến thức, thực hành tiêm chủng đầy đủ cho trẻ dưới 1 tuổi của các bà mẹ và một số yếu tố liên quan tại Móng Cái, Quảng Ninh năm 2015. Hà Nội: Đại học Y tế Công cộng; 2015.
8. **Bamatraf F, Jawass M.** Knowledge and Attitude towards Childhood Immunization among Parents in Al-Mukalla, Yemen. World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine. 2018;16:24-31.
9. **Gidado S, Nguku P, Biya O, Waziri NE, Mohammed A, Nsubuga P, et al.** Determinants of routine immunization coverage in Bungudu, Zamfara State, Northern
10. **Nguyễn Văn Sơn.** Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc trẻ sau tiêm chủng trong 24 giờ đầu và một số yếu tố liên quan của các bà mẹ tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2020. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2020. Nigeria, May 2010. Pan Afr Med J. 2014;18 Suppl 1(Suppl 1):9.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT U TẦNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG KỸ THUẬT MỞ NẮP SỌ LỖ KHÓA TRÊN CUNG MÀY

Đông Văn Hệ<sup>1</sup>, Văn Đức Hạnh<sup>1</sup>, Đông Văn Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật u tầng trước nền sọ bằng đường mở nắp sọ lỗ khóa trên cung mày. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu, nghiên cứu mô tả trên 76 bệnh nhân được phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Thần Kinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 10/2020 đến 06/2022. **Kết quả:** Trong 76 bệnh nhân đã phẫu thuật, có 40 ca u màng não, 21 ca u tuyến yên và 15 ca u sọ hầu. Bệnh nhân nữ chiếm 72,4% trong nhóm và tuổi trung bình là 46,5 (6-81) tuổi. Các biểu hiện lâm sàng trước phẫu thuật là đau đầu 77,6%, giảm thị lực 61,8%, bán manh 27,6%, rối loạn nội tiết 11,8%. Vị trí của các khối u là vùng trên yên 48,7%, trán nền 22,4%, hố yên 21,1% và não thất ba 6,6%. Trọng đó các khối u đặc chiếm 63,2%, nang 21,1% và hỗn hợp 13,2%. Chúng tôi đã cắt bỏ toàn bộ khối u ở 82,9% dựa trên quan sát trong mổ và phim cộng hưởng từ sau mổ, cắt bỏ phần lớn khối u (>90%) ở 11,8% và 4 ca chỉ cắt bỏ bán phần. Thị lực được cải thiện sau mổ là 78,7% (37/47 bệnh nhân). Các biến chứng sau phẫu thuật là suy tuyến yên 14,5%, đái tháo nhạt tạm thời 21,1%, rối loạn điện giải 26,3%. Cuống tuyến yên bị tổn thương ở 4 bệnh nhân 5,3%, 5 bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh khứu giác 6,6%. Không có biến chứng nặng và tử vong. Sáu tháng sau phẫu thuật, 80,3 % bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ tốt (không rõ sẹo), 17,1% bệnh nhân có kết quả chấp nhận được (nhìn rõ sẹo) và 2 bệnh nhân có sẹo xấu. **Kết luận:** Phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày có thể được sử dụng một cách an toàn cho các tổn thương khác nhau ở hố sọ trước. Tiếp cận giảm thiểu tổn thương tổ chức lành và có kết quả thẩm mỹ tốt. Tuy nhiên cần chọn lọc kỹ bệnh nhân và đòi hỏi phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm.

**Từ khóa:** u nền sọ trước, mở nắp sọ lỗ khóa trên cung mày, u vùng trên yên

### SUMMARY

#### SURGICAL TREATMENT OF ANTERIOR SKULL BASE TUMOR BY THE KEYHOLE EYEBROW APPROACH

**Objective:** To evaluate the results of microsurgery treatment of anterior craniofacial tumor by opening the skull cap and keyhole on the brow. **Subjects and methods:** retrospective, descriptive study on 76 patients operated at Neurosurgery Center of Viet Duc Hospital from October 2020 to June 2022. **Results:** In 76 patients who had surgery, there were 40 meningiomas, 21 pituitary adenoma and 15 craniopharyngioma. Female patients accounted for 72.4% of the group and the mean age was 46.5 (6-81 years old). The clinical manifestations before surgery were headache 77.6%, visual acuity loss 61.8%, hemianopia 27.6%, endocrine disorders 11.8%. The location of the tumors was the suprasellar 48.7%, frontobasal 22.4%, sellar fossa 21.1% and the third ventricle 6.6%. In which, solid tumors accounted for 63.2%, cysts 21.1% and mixed 13.2%. We removed the entire tumor in 82.9% based on intraoperative observation and postoperative magnetic resonance, removed most of the tumor (>90%) in 11.8% and 4 cases resected partially. Visual acuity improved after surgery was 78.7% (37/47 patients). Postoperative complications were hypopituitarism 14.5%, transient diabetes insipidus 21.1%, electrolyte disturbance 26.3%. The pituitary stalk was damaged in 4 patients 5.3%, 5 patients had damage to the olfactory nerve 6.6%. There were no serious complications or death. Six months after surgery, 80.3% of patients had good esthetic results (unknown scars), 17.1% of patients had acceptable results (clear scars) and 2 patients had bad scars. **Conclusions:** The supraarchal keyhole approach can be safely used for various lesions of the anterior fossa. Next, it is necessary to minimize damage to healthy tissues and have good aesthetic results. However, careful selection of patients is required and requires experienced surgeons.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Văn Đức Hạnh

Email: paraxen.nc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

**Keywords:** anterior skull base tumor, keyhole eyebrow approach, suprasellar tumor

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tăng trước nền sọ là một trong những loại u trong sọ thường gặp trên lâm sàng. Trong số đó u tuyến yên, u sọ hầu và u màng não vùng hố yên chiếm hơn 90% tổng số u ở vùng này. Phẫu thuật mở nắp sọ để lấy u ở vùng này chủ yếu sử dụng đường mở trán nền một bên, trán nền hai bên hay đường mổ trán-thái dương (pterional approach).<sup>1</sup> Đây là đường mở rộng nên dễ lấy u nhưng lại gây tổn thương nhiều tổ chức lành như da, cơ, xương và nhất là tổ chức não thùy trán hay thùy thái dương. Phẫu thuật lớn thường phải kéo dài thời gian mổ, mất nhiều máu, gây tổn thương tổ chức lành, biến chứng nhiều hơn, di chứng nặng hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn, thời gian nằm viện dài và bệnh nhân đau nhiều hơn sau phẫu thuật.<sup>2</sup> Đây chính là lý do khiến các nhà phẫu thuật trên thế giới tìm kiếm phương án phẫu thuật đơn giản hơn và ít biến chứng hơn. Pernecsky là người đi tiên phong trong lĩnh vực này và ông đã thành công khi sử dụng đường mổ lỗ khóa trên cung mày để phẫu thuật cắt u ở tầng trước nền sọ (supraorbital keyhole approach).<sup>3</sup> Shillito, Maira và Anile sử dụng đường mổ ít xâm lấn để phẫu thuật u tuyến yên và u sọ hầu ở trẻ em vào năm 1990.<sup>4</sup> Marinov và cộng sự sử dụng đường mổ này để phẫu thuật u nang trên yên ở trẻ em.<sup>5</sup> Fries, Taniguchi và nhiều tác giả khác ủng hộ kỹ thuật này nhờ những tiến bộ khi sử dụng kính vi phẫu nên có thể thăm dò rộng hơn mặc dù nắp sọ rất nhỏ. <sup>6</sup>Kết quả khi sử dụng đường mổ này, hầu hết các tác giả đều nhận thấy những ưu điểm của nó. Tỷ lệ tử vong, tai biến, biến chứng đều thấp hơn, thời gian nằm viện giảm chỉ còn dưới 5 ngày.

Đường mổ trên cung mày với kỹ thuật lỗ khóa lần đầu tiên được Đồng Văn Hệ sử dụng tại Việt Nam.<sup>7</sup> Tác giả đã thành công khi phẫu thuật 22 bệnh nhân có tổn thương ở tầng trước nền sọ là u màng não trên yên, u tuyến yên, u sọ hầu và phình động mạch thông trước.<sup>8</sup> Cùng với việc sử dụng khoan đa năng, tác giả chỉ khoan 1 lỗ ngay bờ trước cơ thái dương và mở rộng nắp sọ đường kính 2,5 cm. Kết quả không có tử vong, ít biến chứng, di chứng. Thành công ban đầu ở Khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức đã khích lệ sự cố gắng ở nhiều phẫu thuật viên.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả của kỹ thuật này đối với một số bệnh lý nền sọ tầng trước tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

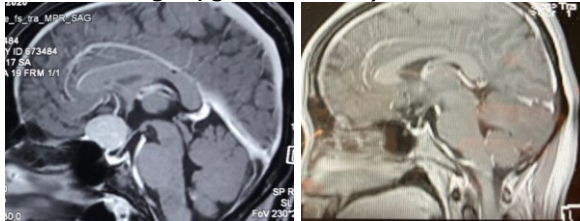
Chúng tôi hồi cứu 76 bệnh nhân đã được phẫu thuật bằng phương pháp lỗ khóa trên cung mày từ 10/2020 đến tháng 06/2022 tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Các tổn thương khác nhau như u màng não, u sọ hầu, u tuyến yên đã được cắt bỏ thông qua tiếp cận này. Bệnh nhân được đánh giá dựa trên lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, biến chứng, kết quả thẩm mỹ sau mổ và thang điểm chức năng Glasgow. Mức độ cắt bỏ khối u được đánh giá dựa trên quan sát trong mổ và phim chụp cộng hưởng từ. Dữ liệu được thu thập dựa trên bệnh án, thăm khám lâm sàng trước và sau mổ. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng và nhiều nhất là 20 tháng, tất cả bệnh nhân đều được chụp phim cộng hưởng từ trước và sau phẫu thuật. Kết quả thẩm mỹ và thang điểm chức năng được đánh giá dựa trên thăm khám trực tiếp hoặc phỏng vấn qua điện thoại.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày đã được sử dụng ở tất cả 76 bệnh nhân, trong đó có 40 u màng não, 21 u tuyến yên và 15 u sọ hầu. Bệnh nhân nữ chiếm 72,4% (55 bệnh nhân), bệnh nhân nam 27,6% (21 bệnh nhân) và tuổi trung bình là 46,5 (6-81) tuổi. Các biểu hiện lâm sàng trước phẫu thuật là đau đầu 77,6%, giảm thị lực 61,8%, bán manh 27,6%, rối loạn nội tiết 11,8%. Vị trí của các khối u là vùng trên yên 48,7%, trán nền 22,4%, hố yên 21,1% và não thất ba 6,6%. Trong đó các khối u đặc chiếm 63,2%, nang 21,1% và hỗn hợp 13,2%. Chúng tôi đã cắt bỏ toàn bộ khối u ở 82,9% dựa trên quan sát trong mổ và phim cộng hưởng từ sau mổ, cắt bỏ phần lớn khối u (>90%) ở 11,8% và 4 ca chỉ cắt bỏ bán phần. Thị lực được cải thiện sau mổ là 78,7% (37/47 bệnh nhân). Các biến chứng sau phẫu thuật là suy tuyến yên 14,5%, đái tháo nhạt tạm thời 21,1%, rối loạn điện giải 26,3%. Có 1 ca rò dịch não tủy sau mổ, 1 ca viêm màng não được điều trị nội thành công và không cần can thiệp phẫu thuật. Cuống tuyến yên bị tổn thương ở 4 bệnh nhân 5,3%, 5 bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh khứu giác 6,6%. Không có biến chứng nặng và tử vong. Sáu tháng sau phẫu thuật, 80,3 % bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ tốt (không rõ sẹo), 17,1% bệnh nhân có kết quả chấp nhận được (nhìn rõ sẹo) và 2 bệnh nhân có sẹo xấu. Thời gian mổ trung bình là 2,6 giờ và thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Điểm chức năng Glasgow 6 tháng sau mổ là trên 90.

**3.1. Nhóm u màng não.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 40 ca lâm sàng u màng não đã được phẫu thuật, trong đó nữ giới chiếm ưu thế với 82,5% (33 bệnh nhân) và nam giới 17,5% (7 bệnh nhân), độ tuổi từ 25 – 67. Trong đó có 19 u màng não củ yên, 17 u màng não rãnh khúu, 3 u màng não móm yên trước và 1 ca u màng não xoang hang đã được phẫu thuật. Các biểu hiện lâm sàng chính là đau đầu 77,5%, nhìn mờ 47,5%, bán manh 25% và chỉ có 2 bệnh nhân mất khúu trước mổ. Các khối u màng não đều là khối u đặc, ngấm thuốc đồng đều và chỉ có 1 ca có tổ chức vôi hoá. Khối u bé nhất là 14 mm, lớn nhất là 36 mm, kích thước trung bình của các khối u là 24,5 mm, thời gian phẫu thuật trung bình là 3 giờ. Khả năng cắt bỏ toàn bộ khối u là 85% (34 bệnh nhân), có 4 bệnh nhân (10%) được cắt bỏ phần lớn khối u (>90%) và có 2 trường hợp khối u chỉ được cắt bán phần. Tiếp cận này cho phép cắt bỏ thành công trong các trường hợp u màng não rãnh khúu, chỉ trong một trường hợp, phần nhỏ khối u xâm lấn vào xoang sàng đã được để lại. Trong 3 trường hợp u màng não củ yên và 1 trường hợp u màng não móm yên trước, phần khối u dính vào động mạch cảnh trong được để lại để tránh làm tổn thương động mạch. Ở hai ca xâm lấn vào xoang hang và hố yên khối u chỉ được cắt bán phần.

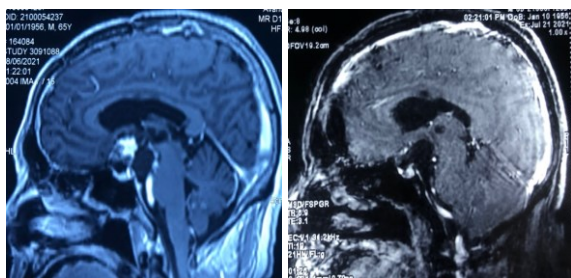
Các biến chứng phổ biến trong mổ là dập não 10% (4 bệnh nhân) và tụ máu 10% (4 bệnh nhân). Ở các bệnh nhân dập não, hầu hết là các ổ dập nhỏ, không gây hiệu ứng khối và không cần phẫu thuật can thiệp lấy máu tụ. Các bệnh nhân tụ máu sau mổ có 3 ca ngoài màng cứng và 1 tụ máu – khí dưới màng cứng, cả 4 bệnh nhân này đều được điều trị bảo tồn. Có 2 ca nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Không có ca nào tử vong sau phẫu thuật, khả năng cải thiện thị giác là 84% (16/19 bệnh nhân có tổn thương thị giác trước mổ).



**Hình 1:** Bệnh nhân NTD 33 tuổi, vào viện vì khối màng não củ yên gây giảm thị lực, khối u được cắt bỏ hoàn toàn qua đường mổ lỗ khoá trên cung mây, thị lực cải thiện, cuống tuyến yên được bảo tồn. Phim chụp cộng hưởng từ trước (bên trái) và sau mổ (bên phải)

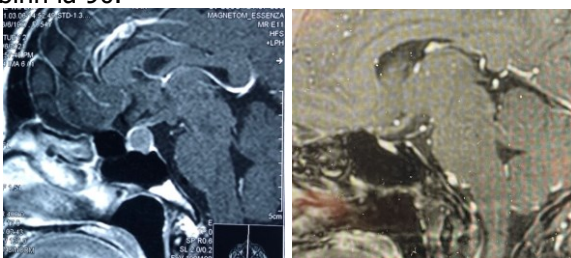
Giải phẫu bệnh của tất cả khối u đều là u màng não độ I theo phân loại của WHO năm 2021. Bệnh nhân được theo dõi từ 6 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật, đến nay chưa có khối u nào tái phát. Điểm chất lượng Karnofsky trung bình sau 6 tháng là trên 90.

**3.2. Nhóm u sọ hầu.** Có 15 bệnh nhân u sọ hầu với 9 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình là 38 (tuổi từ 14 – 81), thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (từ 6 – 20 tháng). Hầu hết bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của giảm thị lực ở 86,7% (13 bệnh nhân), bán manh 26,7% (4 bệnh nhân), suy tuyến yên 33,3% (5 bệnh nhân) có 2 trường hợp giãn não thất. Vị trí khối u chủ yếu nằm ở vùng trên yên 66,7% (sami loại II) và não thất III 33,3% (sami loại III và IV) trong đó u dạng hỗn hợp là 53,3% (8 bệnh nhân) dạng nang 26,7%. Phần lớn khối u đều bắt thuốc 86,7% và bắt thuốc không đồng đều 73,3%. Kích thước trung bình khối u là 29,2mm, thời gian phẫu thuật trung bình là 2,3 giờ. Có 66,7% (10 bệnh nhân) trường hợp được cắt bỏ toàn bộ khối u, 20% (3 bệnh nhân) được cắt bỏ phần lớn (>90%) và 2 trường hợp cắt bỏ bán phần. Vỏ khối u dính vào dây thần kinh thị giác, giao thoa thị giác và cuống tuyến yên thường là phần sót lại, trong hai trường hợp khối u vôi hoá chỉ cắt bỏ bán phần. Ở 13 bệnh nhân có rối loạn thị lực và thị trường trước mổ có 10 bệnh nhân cải thiện 76,9%, 3 bệnh nhân thị lực không thay đổi, không có bệnh nhân nào thị lực xấu đi sau mổ. Các biến chứng trong mổ chủ yếu là làm tổn thương cuống tuyến yên ở 3 bệnh nhân trong đó 2 bệnh nhân cuống tuyến yên không được xác định rõ với vỏ khối u do bị chèn ép thành dải mỏng, 1 ca máu tụ ổ mổ và 1 ca dập não đều được trị nội khoa mà không cần phẫu thuật. Sau mổ bệnh nhân có tỷ lệ rối loạn thị lực ở 86,7% bệnh nhân (13 bệnh nhân), các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa bằng hormone bổ sung và bù điện giải, các rối loạn nội tiết thường là tạm thời và trở lại bình thường sau 1 tháng điều trị. Có 6 bệnh nhân suy tuyến yên sau mổ, và 3 bệnh nhân đái tháo nhạt cần được điều trị duy trì bằng desmopressin. Có 1 bệnh nhân bị viêm màng não được điều trị nội khoa, nuôi cấy dịch não tủy và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Có một bệnh nhân khối u tái phát sau 10 tháng và được phẫu thuật bằng tiếp cận rộng hơn qua khe liên bán cầu. Không có bệnh nhân tử vong cũng như biến chứng nặng sau mổ, với điểm Karnofsky trung bình là 85 sau 6 tháng.



**Hình 2:** bệnh nhân NVM 65 tuổi, khối u sọ hầu vùng trên yên chèn ép thân não, xâm lấn não thất III được cắt bỏ hoàn toàn. Phim cộng hưởng từ tiêm thuốc trước (bên trái) và sau mổ (bên phải).

**3.3. Nhóm u tuyến yên.** Chúng tôi đã phẫu thuật 21 ca u tuyến yên, trong đó 23,8% (5 bệnh nhân) là nam và 76,2% (16 bệnh nhân là nữ). Triệu chứng chủ yếu của các bệnh nhân u tuyến yên là giảm thị lực 71,4% (15 bệnh nhân), bản manh 33,3% (7 bệnh nhân) và đau đầu 71,4% (15 bệnh nhân). Phim chụp trước mổ cho thấy phần lớn khối u nằm ở vị trí hố yên 61,9% (13 bệnh nhân) và trên yên 38,1% (8 bệnh nhân). Trong đó 76,1% trường hợp được cắt bỏ hoàn bộ, 14,2% cắt bỏ phần lớn khối u (>90%). Có hai trường hợp khối u tăng sinh mạch và xâm lấn xoang hang, khối u tái phát sau phẫu thuật bằng đường mổ nội soi, khối u chỉ được cắt bỏ một phần. Thị giác được cải thiện ở 11/15 bệnh nhân (73,3%). Các biến chứng ở đường mổ này là dập não (1 trường hợp), tổn thương dây II (1 trường hợp), tụ máu ổ mổ (2 trường hợp). Không có trường hợp nào về rò dịch não tủy và nhiễm trùng được ghi nhận. Theo dõi sau 6 tháng cho thấy sự cải thiện về lâm sàng và chất lượng sống của người bệnh với Karnofsky trung bình là 90.



**Hình 3:** Bệnh nhân LTL 54 tuổi, khối u tuyến yên đẩy tuyến yên lành ra trước đã được cắt bỏ hoàn toàn qua đường mổ lỗ khoá trên cung mày

#### IV. BÀN LUẬN

Tiếp cận lỗ khoá trên cung mày đã được bàn luận bởi rất nhiều tác giả, Ormond và Hadjipanayis đã phân tích tổng quan về các báo cáo này. Nghiên cứu của chúng tôi đề cập tới ba

nhóm tổn thương thường gặp nhất ở vùng nền sọ trước là u màng não, u tuyến yên và u sọ hầu. Loạt ca lâm sàng lớn nhất sử dụng kỹ thuật mở sọ lỗ khoá trên cung mày được báo cáo là của Reisch và Pernecky. Họ đã sử dụng phương pháp này cho các bệnh lý khác nhau bao gồm phình động mạch não, u màng não, u sọ hầu, u tuyến yên, u thần kinh đệm và những bệnh lý khác. Tác giả đã chứng minh rằng phương pháp này có thể được thực hiện một cách an toàn và ít biến chứng.

Mở nắp sọ lỗ khoá không hoàn toàn đồng nghĩa với việc mở nắp sọ nhỏ. Mở nắp sọ lỗ khoá là mở nắp sọ đúng vị trí, giảm tối đa tổn thương các cấu trúc não lành ví dụ giảm tỳ đè vỏ não, cấu trúc não. Như vậy, mở nắp sọ lỗ khoá không đồng nghĩa với mở nắp sọ nhỏ mà là mở nắp sọ đủ rộng để xử lý tổn thương và an toàn nhất. Để thực hiện được phẫu thuật lỗ khoá, chúng ta cần đánh giá chính xác tổn thương, các cấu trúc giải phẫu, các đường hướng phẫu thuật, khả năng xử trí thương tổn, ứng dụng các công nghệ hiện đại trợ giúp, dụng cụ, thiết bị và kỹ năng xử trí thương tổn.

Một ưu điểm khác của mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày là giảm thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, nhanh chóng trở lại cuộc sống và lao động bình thường. Kết quả thẩm mỹ cũng là một lợi thế so với các tiếp cận khác, người bệnh thường hài lòng vì vết sẹo nhỏ và rất khó quan sát ở trên cung mày.

Nắp sọ lỗ khoá không chỉ toàn ưu điểm. Vì nắp sọ nhỏ nên một số nhược điểm cần được khắc phục khi sử dụng. Nhược điểm đầu tiên của nắp sọ lỗ khoá là ánh sáng hạn chế, hành lang phẫu thuật nhỏ, phẫu trường hẹp nên hạn chế các động tác phẫu tích. Phẫu thuật viên đòi hỏi kinh nghiệm và được đào tạo thực hành về mổ vi phẫu hoặc phẫu tích xác. Phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch và phình động mạch phức tạp nên được thực hiện hết sức thận trọng, do các góc làm việc hẹp và hành lang phẫu thuật sâu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng khác liên quan đến đường mổ như tê bì da đầu vùng trán, sưng phù nề vùng mổ, rò dịch não tủy qua xoang trán là rất hiếm gặp.

#### V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiếp cận lỗ khoá trên cung mày cho phép giảm thiểu tổn thương cấu trúc lành cho người bệnh, tính an toàn và hiệu quả của nó có thể so sánh được với các phương pháp phẫu thuật mở hộp sọ thông thường. Cần có thêm nhiều nghiên cứu để chứng minh sự vượt trội

của tiếp cận này và tính ưu việt rõ ràng của kết quả thẩm mỹ. Cuối cùng, chúng tôi muốn nhấn mạnh rằng một tổn thương có thể tiếp cận bằng nhiều phương pháp khác nhau. Để có được kết quả tốt từ bất kỳ phương pháp nào, sẽ phụ thuộc vào sự quen thuộc của phẫu thuật viên với tiếp cận, lựa chọn bệnh nhân thích hợp, lập kế hoạch trước phẫu thuật kỹ lưỡng và kỹ thuật phẫu thuật chính xác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maartens NF, Kaye AH.** Role of Transcranial Approaches in the Treatment of Sellar and Suprasellar Lesions. In: Laws ER Jr, Sheehan JP, eds. *Frontiers of Hormone Research*. Vol 34. KARGER; 2006:1-28. doi:10.1159/000091568
2. **Albin MS, Bunegin L, Dujovny M, Bennett MH, Jannetta PJ, Wisotzkey HM.** Brain retraction pressure during intracranial procedures. *Surg Forum*. 1975;26:499-500.
3. **Reisch R, Perneczky A, Filippi R.** Surgical technique of the supraorbital key-hole craniotomy. *Surg Neurol*. 2003;59(3):223-227. doi:10.1016/S0090-3019(02)01037-6
4. **Maira G, Anile C.** Pituitary Adenomas in Childhood and Adolescence. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol*. 1990;17(1):83-87. doi:10.1017/S0317167100030109
5. **Marinov M, Undjian S, Wetzka P.** An evaluation of the surgical treatment of intracranial arachnoid cysts in children. *Childs Nerv Syst*. 1989;5(3):177-183. doi:10.1007/BF00272123
6. **Taniguchi M.** Application of Supraorbital "Keyhole" Approach to the Treatment of Cerebral Aneurysm in the Anterior Circulation. *Surg Cereb Stroke*. 2010;38(1):18-23. doi:10.2335/scs.38.18
7. **Đông Văn Hệ và cộng sự.** Phẫu thuật nang Rathke bằng phương pháp mở nắp sọ lộ khóa. *Tạp Chí Ung Thư*. Published online 2019.
8. **Đông Văn Hệ và cộng sự.** Phẫu thuật u màng não vùng hố yên bằng phẫu thuật mở nắp sọ lộ khóa trên cung mày. *Hội Nghị Phẫu Thuật Thần Kinh Việt Nam*. Published online Hue 2008.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CẤU TRÚC HẢI MÃ TRÊN HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU

Nguyễn Thị Sinh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Bắc<sup>1</sup>, Đặng Tiến Trường<sup>1</sup>,  
Lê Phi Đại<sup>2</sup>, Nguyễn Xuân Kiên<sup>1</sup>, Trần Ngọc Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Nghiện rượu là rối loạn mạn tính đã được chứng minh không chỉ liên quan đến sự biến đổi cả về kích thước và cấu trúc mà còn ảnh hưởng đến chức năng của não. **Mục tiêu:** xác định mối liên quan giữa tình trạng nghiện rượu với sự thay đổi cấu trúc hải mã trên hình ảnh cộng hưởng từ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2022 tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Phương pháp Stepwise AIC được sử dụng để xác định mô hình tối ưu liên quan đến thể tích chất xám hải mã. **Kết quả:** Tổng số 140 bệnh nhân nam đã được tuyển chọn tham gia nghiên cứu với tỷ lệ lệ nghiện rượu trên không nghiện rượu là 1:1. Mô hình tối ưu được đề xuất cho thấy có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nghiện rượu với các thể tích nêu trên và thể tích nội sọ có mối liên quan thuận chiều với thể tích chất xám hải mã. Nhưng tuổi lại có mối liên quan nghịch chiều với thể tích chất xám hải mã. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng vững chắc về mối liên quan giữa tình trạng nghiện rượu với thể tích chất xám hải mã

thấp. **Từ khóa:** Hải mã, cộng hưởng từ, nghiện rượu

### SUMMARY

#### STUDY ON THE MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SOME LIMBIC SYSTEM STRUCTURES ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN ALCOHOLIC PATIENTS

**Introduction:** Chronic alcohol addiction has been shown to not only affect the size and structure of the brain, but also its function. **Objective:** to evaluate the relationship between alcohol addiction and changes in hippocampus structure on magnetic resonance imaging (MRI). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January 2020 to June 2022 at Thai Nguyen National Hospital. The Stepwise AIC method was used to determine the optimal model related to the volume of the hippocampal gray matter. **Results:** A total of 140 male patients were selected to participate in the study with a ratio of alcohol addicted to non-alcohol addicted being 1:1. The optimal model suggested a statistically significant relationship between alcohol addiction status and the aforementioned volume measurements. In addition, the intracranial volume was found to be positively correlated with hippocampal gray matter volume. However, age was found to have a negative correlation with hippocampal gray matter volume. **Conclusion:** Our study provides strong evidence of a relationship between alcohol addiction status and lower hippocampal gray matter volume.

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sinh

Email: sinhnghuyen.gp@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023