

gây tê ngoài màng cứng. Thường nhức đầu vùng trán và chẩm, cơn đau thường lan xuống cổ và có thể gây cứng cổ. Một số sản phụ đau đầu nhẹ thì có thể vận động cổ bình thường được. Tỷ lệ BN đau đầu ở nhóm D 5,7% cao hơn nhóm P 2,9%. Đây là một tỷ lệ tương đối cao so với các nghiên cứu trước. Nghiên cứu của Mohd Atesham Kha năm 2021, không gặp bất kỳ tác dụng phụ nào ở cả 2 nhóm D và P[4]. Nghiên cứu tổng quan của Zhaosheng Jin năm 2021 cho thấy nhức đầu và chóng mặt là những tác dụng phụ phổ biến nhất[8]. Nghiên cứu của Samarjit Dey năm 2022, đau đầu là biến chứng duy nhất gặp ở cả 2 nhóm palonosetron và dexamethasone kết hợp ondansetron[6].

Ngoài ra, ở cả 2 nhóm còn gặp dị ứng với tỷ lệ thấp, nhóm D chiếm 5,7% cao hơn nhóm P chiếm 2,9%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Swaro S 6,7% BN nhóm D và 3,3% BN nhóm P bị dị ứng [3]. Đây là tác dụng phụ rất phổ biến của opioid thần kinh với tỷ lệ lưu hành cao nhất.

V. KẾT LUẬN

- Trong mỗi tỷ lệ BN nôn- buồn nôn ở nhóm D (22,9%) cao hơn ở nhóm P (14,3%). Sau mỗi tỷ lệ BN nôn- buồn nôn ở nhóm D (31,4%) cao hơn ở nhóm P (17,1%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Chỉ có 1 BN ở nhóm D cần phải điều trị nôn, buồn nôn.

- Không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn như hạ huyết áp, run, đau đầu, dị ứng ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho E, Kim D H, Shin S et al (2018), Efficacy of Palonosetron-Dexamethasone Combination Versus

Palonosetron Alone for Preventing Nausea and Vomiting Related to Opioid-Based Analgesia: A Prospective, Randomized, Double-blind Trial, *Int J Med Sci*, 15(10), 961-968.

2. Weibel S, Rücker G, Eberhart L H et al (2020), Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting in adults after general anaesthesia: a network meta-analysis, *Cochrane Database Syst Rev*, 10(10), Cd012859.

3. Swaro S, Karan D, Banerjee A. (2018), Comparison of Palonosetron, Dexamethasone, and Palonosetron Plus Dexamethasone as Prophylactic Antiemetic and Antipruritic Drug in Patients Receiving Intrathecal Morphine for Lower Segment Cesarean Section, *Anesth Essays Res*, 12(2), 322-327.

4. Khan M A, Gupta A, Gupta N et al (2021), Efficacy of Palonosetron and Dexamethasone for Prevention of Post-operative Nausea and Vomiting in Female Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy: A Prospective Randomised Double-Blind Trial, *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 49(5), 400-406.

5. Phạm Thị Anh Tú (2019), Nghiên cứu hiệu quả dự phòng nôn, buồn nôn của dexamethasone kết hợp ondansetron trong gây tê tủy sống bằng bupivacain và morphin sulphat để mổ lấy thai, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Dey S, Chanu S M, Dev P et al (2021), Antiemetic Efficacy of Palonosetron Compared with the Combination of Ondansetron and Dexamethasone for Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting in Patients Undergoing Laparoscopic Gynaecological Surgery, *Rom J Anaesth Intensive Care*, 28(1), 19-24.

7. Tawfik Mohamed, Tolba Mohammed (2019), Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 6th ed, Anesthesia & Analgesia, 129, 1.

8. Jin Z, Kowa C Y, Gan S et al (2021), Efficacy of palonosetron-dexamethasone combination compared to palonosetron alone for prophylaxis against postoperative nausea and vomiting, *Curr Med Res Opin*, 37(5), 711-718.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT U SỌ HẦU BẰNG KỸ THUẬT MỞ NẮP SỌ LỖ KHÓA TRÊN CUNG MÀY

Đông Văn Hệ¹, Văn Đức Hạnh¹, Đông Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u sọ hầu bằng đường mở nắp sọ lỗ khóa trên cung mày.
Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô

tả loạt ca lâm sàng u sọ hầu được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Trong 15 bệnh nhân của chúng tôi, có 9 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, với độ tuổi trung bình là 38 (tuổi từ 14 – 81). 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) Kích thước khối u trung bình là 29,2 mm. Có 66,7% trường hợp cắt bỏ toàn bộ khối u, 20% cắt bỏ phần lớn (>90%) và 2 trường hợp cắt bỏ bán phần.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Văn Đức Hạnh

Email: paraxen.nc@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

Thị lực cải thiện ở 10 bệnh nhân (76,9%). Có 6 bệnh nhân suy tuyến yên và 3 bệnh nhân đái tháo nhạt vĩnh viễn. Không có bệnh nhân tử vong cũng như biến chứng nặng sau mổ, với điểm Karnofsky trung bình là trên 80 sau 6 tháng. **Kết luận:** Phương pháp tiếp cận lỗ khóa xuyên lông mày trên ổ mắt được đặc trưng bởi sự xâm lấn tối thiểu và kết quả thẩm mỹ tốt. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, u sọ hầu nằm ở vùng trên yên và não thất thứ ba có thể được cắt bỏ một cách an toàn thông qua phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày. **Từ khoá:** U sọ hầu, mở nắp sọ lỗ khóa trên cung mày, u não thất III, u vùng trên yên

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF CRANIOPHARYNGIOMA BY THE KEYHOLE EYEBROW APPROACH

Objective: To evaluate the surgical results of craniopharyngioma by keyhole eyebrow approach. **Methods:** Retrospective, descriptive study of a series of clinical cases of craniopharyngioma operated at Viet Duc Friendship Hospital from October 2020 to June 2022. **Results:** Of our 15 patients, there were 9 male patients and 6 female patients, with a mean age of 38 (ages 14 – 81). Most of the patients had clinical manifestations of visual acuity loss in 86.7% (13 patients), hemianopia 26.7% (4 patients), hypopituitarism 33.3% (5 patients) and 2 hydrocephalus patients. Tumor location was mainly located in the suprasellar 66.7% (Sami type II) and third ventricle 33.3% (Sami type III and IV). The mean tumor size was 29.2mm. There were 66.7% cases of total tumor resection, 20% removal of the majority (>90%) and 2 cases of partial resection. Visual acuity improved in 10 patients (76.9%), 6 patients with hypopituitarism and 3 patients with permanent diabetes insipidus. There were no deaths or major complications after surgery, with a mean Karnofsky score above 80 at 6 months. **Conclusions:** The keyhole eyebrow approach is characterized by minimally invasiveness and good esthetic results. In our experience, craniopharyngioma located in the suprapubic region and third ventricle can be safely excised through the keyhole eyebrow approach.

Keywords: Craniopharyngioma, keyhole eyebrow craniotomy, third ventricle tumor, suprasellar tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sọ hầu (Craniopharyngiomas) là một loại u biểu mô vảy lành tính ít gặp, phát triển chậm, phương pháp điều trị chính là phẫu thuật. Do nguồn gốc của chúng là phần sót lại của biểu mô ống sọ hầu (được gọi là túi Rathke), khối u chủ yếu nằm ở hố yên hoặc vùng trên yên. Tuy nhiên u sọ hầu có thể phát triển tại bất kỳ điểm nào dọc theo trục tuyến yên-dưới đồi, 50% bắt nguồn từ sàn não thất thứ ba và chủ yếu phát triển về phía não thất. Tỷ lệ mắc u sọ hầu theo thống kê có khoảng 0,5 -2/1000.000 dân/năm và không có sự khác biệt về giới tính và chủng tộc.¹ Có 2 nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 5-14 tuổi và

50-70 tuổi.² U sọ hầu chiếm 5-10% u não trẻ em và 1- 4% u não người lớn.³ Ở trẻ em, u sọ hầu chiếm hơn 50% các khối u vùng hố yên và trên yên. Các nghiên cứu cũng không thấy yếu tố môi trường hay yếu tố gia đình có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh u sọ hầu. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng với các triệu chứng do chèn ép thần kinh và rối loạn về nội tiết, hình ảnh cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính.

Nhiều cách phân loại u sọ hầu khác nhau đã được mô tả và đề cập như phân loại của Yarsagil dựa trên mối quan hệ của khối u với hoàng yên, Kassam dựa trên mối quan hệ với cuống tuyến yên, Hoffman dựa trên mối quan hệ với não thất... Mỗi cách phân loại có mục đích khác nhau nhằm mục đích đưa ra đường mổ hay cách tiếp cận tối ưu để cắt bỏ khối u sọ hầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại của Samii, phân loại dựa trên sự phát triển của khối u.

Phân loại u sọ hầu của Samii và cộng (1997)⁴:

- Loại I: trong yên (intrasellar) hoặc dưới hoàng yên (infradiaphragmatic)
- Loại II: khối u nằm ở bể dịch não tủy trên yên có hoặc không có một phần trong yên
- Loại III: khối u ở nửa dưới của não thất ba
- Loại IV: khối u ở nửa trên của não thất ba
- Loại V: u nằm ở vách trong suốt hoặc não thất bên

Lâm sàng của bệnh nhân u sọ hầu rất đa dạng. Các biểu hiện rối loạn nội tiết chiếm 50-70%, bao gồm suy tuyến yên (50%), chậm phát triển trí tuệ (33%), đái tháo (20%), dậy thì muộn (50%), các triệu chứng tổn thương vùng dưới đồi: tăng cân, béo phì, rối loạn điều hoà nhiệt độ và chu kỳ ngủ - thức bất thường. Các biểu hiện chèn ép thần kinh thị giác (80%): giảm thị lực, bán manh thái dương hai bên, phù gai thị. Một số bệnh nhân có thể có tổn thương vận nhãn hoặc song thị nếu khối u xâm lấn vào xoang hang. Các triệu chứng có thể gặp khác như động kinh, loạn thần.

Phương pháp điều trị chính cho u sọ hầu là cắt bỏ khối u. Một số phương pháp điều trị hỗ trợ, bổ xung hoặc chỉ định trong những trường hợp không thể cắt hết khối u như xạ trị, hoá trị kết hợp điều trị nội tiết. U sọ hầu là u lành tính nhưng phát triển xâm lấn các cấu trúc quan trọng nên việc cắt bỏ hoàn toàn là khó khăn. Nếu còn phần tồn dư, khối u thường tái phát nhanh. Mục đích chính của điều trị phẫu thuật là cắt bỏ hết khối u, ít làm tổn thương các cấu trúc lành xung quanh như tuyến yên, cuống tuyến yên, mạch máu, dây thần kinh và các cấu trúc

quan trọng khác.

Phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày là một phương pháp xuyên sọ xâm lấn tối thiểu mạng lại khả năng bộc lộ rất tốt các cấu trúc giải phẫu của nền sọ trước, vùng trên yên và não thất III.⁵ Trong những năm gần đây, phương pháp tiếp cận lỗ khóa xuyên lông mày trên ổ mắt đã được sử dụng tại Trung tâm Phẫu thuật Thần Kinh bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức để điều trị u sọ hầu; tuy nhiên, những nghiên cứu này về đường mổ này ở Việt Nam còn rất ít ỏi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này đánh giá kết quả phẫu thuật u sọ hầu bằng đường mổ lỗ khoá trên cung mày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

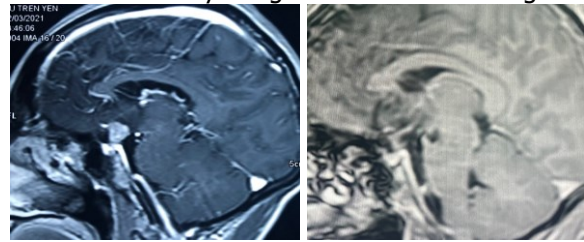
Kể từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 6/2022, chúng tôi đã sử dụng phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày để cắt bỏ u sọ hầu. Các kết quả đạt được đã được kiểm tra hồi cứu trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu này đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tổng cộng đã có 15 bệnh nhân u sọ hầu đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ bằng phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày tại bệnh viện của chúng tôi từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022. Hồ sơ bệnh án và kết quả theo dõi đã được phân tích hồi cứu. Bệnh nhân được đánh giá về lâm sàng, thị lực, thị trường, chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc (MRI) trước phẫu thuật. Kích thước của khối u được xác định bằng đường kính tối đa của khối u dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ. Các khối u được phân loại theo thang của Samii và cộng sự. Mức độ loại bỏ khối u được đánh giá dựa trên quan sát trong phẫu thuật và hình ảnh MRI sau phẫu thuật. Cắt bỏ toàn bộ (GTR) được khẳng định khi quan sát trong phẫu thuật và MRI sau can thiệp cho thấy không có khối u còn sót lại. Bệnh nhân được theo dõi sau ít nhất 6 tháng và tối đa là 20 tháng. Trong mỗi lần thăm khám, tình trạng thần kinh, nhãn khoa và nội tiết và phim cộng hưởng từ được chụp để kiểm tra. Thang điểm chức năng của Glasgow được thu thập trước và sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 15 bệnh nhân có 9 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ, với độ tuổi trung bình là 38 (tuổi từ 14 – 81), thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (6 – 20 tháng). Các biểu hiện lâm sàng là 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 là 29,2 mm, thời gian phẫu thuật trung bình là 2,3 giờ. Có 66,7% trường hợp cắt bỏ toàn bộ khối u, 20% 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 đại tháo nhạt 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 đại 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 1: Bệnh nhân NVC 52t, khối u sọ hầu vùng trên yên được cắt bỏ toàn bộ qua đường mổ lỗ khóa trên cung mày, tuyến yên và cuống tuyến được bảo tồn

IV. BÀN LUẬN

Điều trị phẫu thuật u sọ hầu bằng các phương pháp xuyên sọ truyền thống có nhược điểm là vết rạch da lớn, nắp sọ lớn, vén não nhiều, gây mất máu và làm tăng thời gian phẫu

thuật, trong khi phẫu thuật nội soi có nhược điểm là khoảng cách làm việc dài, khó xử lý khi chảy máu, khó cắt bỏ khối u xâm lấn vào não thất III và nguy cơ rò dịch não tủy hoặc viêm màng não.

Phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày là phương pháp tiếp cận xuyên sọ xâm lấn tối thiểu cho phép cắt bỏ khối u và tránh được các nhược điểm trên.⁶ Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy rằng phương pháp tiếp cận lỗ khóa trên cung mày cho phép bộc lộ tốt các cấu trúc giải phẫu tương tự như các phương pháp mở nắp sọ khác, hạn chế vén não và nắp sọ bé từ 2,5 – 3 cm. Khối u sọ hầu hiếm khi nhận máu từ hệ tuần hoàn sau, khối u thường là dạng nang với các tổ chức đặc mềm, sự phát triển ở vùng trên yên làm mở rộng các đường phẫu thuật qua khe gian giao thoa hay tam giác cảnh thị, do đó mở nắp sọ ít xâm lấn là đủ để tiếp cận khối u. Reisch và cộng sự báo cáo nhóm 39 bệnh nhân u sọ hầu được phẫu thuật thông qua phương pháp này với tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ và cải thiện thị giác của nhóm họ lần lượt là 74,3% và 66,6%.⁷ Trong một nhóm 22 u sọ hầu khác, Gazzeri và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn là 90,9%. Tawk và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn đã đạt được ở bốn bệnh nhân (66,6%), với tỷ lệ cải thiện thị giác là 100%.

Khả năng cắt bỏ toàn bộ của u sọ hầu phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có đặc điểm khối u, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và cách tiếp cận. Theo một số nghiên cứu với dữ liệu lớn, tỷ lệ cắt bỏ hoàn toàn của u sọ hầu là khoảng 45–90%. Trong nghiên cứu của chúng tôi 10 bệnh nhân (66,7%) đạt cắt bỏ toàn bộ và 3 bệnh nhân cắt bỏ phần lớn khối u (>90%). Trong quá trình phẫu thuật cắt bỏ u sọ hầu bằng tiếp cận lỗ khoá trên cung mày có nhiều yếu tố có thể gây khó khăn cho việc cắt bỏ toàn bộ khối u. Cuống tuyến yên ở nhiều trường hợp bị chèn ép thành dải mỏng dính vào vỏ u, ở một số trường hợp rất khó để quan sát và xác định cuống tuyến yên, do đó phẫu thuật viên thường để lại một phần nhỏ vỏ khối u dính vào cuống tuyến yên. Chúng tôi đã cố gắng bộc lộ qua khe gian giao thoa vào hoành yên để tìm phần dưới của cuống tuyến yên vì phần trên xuất phát từ vùng hạ đồi thường rất khó bộc lộ từ ban đầu. Nhưng ngay cả như vậy thì một số trường hợp vẫn rất khó khăn, và không thể cắt bỏ toàn bộ khối u. Ở hai bệnh nhân được cắt bỏ bán phần, khối u đều có nhiều các tổ chức vôi hoá, dính vào các cấu trúc thần kinh mạch máu gây khó khăn cho việc cắt bỏ. Các điểm mù trong tiếp cận cũng là một yếu

tố khác cản trở khả năng cắt bỏ khối u. Sự phát triển đáng kể xuống hố yên, lên trên não thất hoặc sang hai bên vào hố thái dương thường khó quan sát gây khó khăn cho việc cắt bỏ u sọ hầu nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có khối u nào xâm lấn vào xoang hang, hố thái dương hoặc não thất bên; các khối u kích thước trung bình là 29 mm và tất cả đều ở độ 2–4 theo phân loại của Samii, nằm ở vùng trên yên và não thất III. Các khối u đã được cắt bỏ thông qua nhiều cửa sổ mạch máu thần kinh, chẳng hạn như các cửa sổ gian giao thoa, cảnh thị, lá tận cùng, cảnh dây thần kinh vận nhãn. Việc không sử dụng nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi để quan sát các góc khuất cũng là một hạn chế của nghiên cứu này. Một trong những hạn chế để cắt bỏ toàn bộ khối u là phần khối u dính vào sàn não thất III, không rõ danh giới với vùng dưới đồi. Tổn thương vùng dưới đồi thường gây rối loạn về nội tiết nghiêm trọng sau phẫu thuật như rối loạn điện giải, đái tháo nhạt, rối loạn thân nhiệt, béo phì, cao huyết áp... do đó với những khối u không rõ ranh giới với vùng dưới đồi, một phần nhỏ khối u được để lại để tránh tổn thương.

Với các phương pháp mở nắp sọ thông thường, tỷ lệ cải thiện thị giác được báo cáo là 76,4–97%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân (76,9%) cải thiện thị lực, không có ca nào thị lực xấu đi sau mổ. Rối loạn nội tiết liên quan đến việc cắt bỏ triệt để u sọ hầu là rất phổ biến. Tỷ lệ mắc bệnh suy tuyến yên toàn bộ và đái tháo nhạt được báo cáo lần lượt là 24–66% và 43–79%. Trong nghiên cứu này, 6 bệnh nhân (40%) biểu hiện suy tuyến yên và 13 bệnh nhân (86,7%) biểu hiện đái tháo nhạt tạm thời sau mổ. Có 3 bệnh nhân (20%) bị tổn thương cuống tuyến yên (2 ca không xác định rõ cuống tuyến yên) đều phát triển bệnh đái tháo nhạt vĩnh viễn sau phẫu thuật. Điều này cho thấy tầm quan trọng của bảo tồn cuống tuyến yên trong mổ.

Những tranh cãi về việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tối ưu cho các khối u sọ hầu vẫn còn tồn tại.⁸ Hầu hết các khối u trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được cắt bỏ một cách an toàn sử dụng những tiếp cận khác. Nhưng tiếp cận lỗ khoá trên cung mày đã cho thấy những ưu điểm rõ rệt với hạn chế làm tổn thương các tổ chức lành, giảm vén não, giảm mất máu, thời gian mổ nhanh và ít biến chứng. Tuy nhiên, phương pháp này cũng yêu cầu kinh nghiệm của phẫu thuật viên và cửa sổ xương hẹp cũng làm tăng độ khó của ca mổ. Do đó, trước khi sử dụng phương pháp lỗ khóa trên

cung mày, cần phải xem xét các đặc điểm của khối u, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật với phương pháp này và lập kế hoạch trước phẫu thuật kỹ lưỡng.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật lỗ khóa trên cung mày mang lại khả năng tiếp cận tốt cho các tổn thương và phép bóc lột tốt các cấu trúc giải phẫu xung quanh hố yên và vùng trên yên với sự xâm lấn tối thiểu. Về mặt thẩm mỹ, đa số người bệnh hài lòng với tiếp cận này, vết sẹo bé thường rất khó quan sát sau 6 tháng phẫu thuật. Dựa trên các đặc điểm của khối u và kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật, phương pháp này có thể được sử dụng như một phương pháp xâm lấn tối thiểu để cắt bỏ triệt để u sọ hầu vùng trên yên và não thất thứ ba. Kết quả chúng tôi đạt được trong nghiên cứu này là rất thuận lợi, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để so sánh với các kỹ thuật phẫu thuật khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DiPatri AJ, Prabhu V. A history of the treatment of craniopharyngiomas. Childs Nerv Syst. 2005; 21(8-9):606-621. doi:10.1007/s00381-005-1224-3
2. Kumamoto Brain Tumor Group, Makino K, Nakamura H, Yano S, Kuratsu J ichi. Population-

- based epidemiological study of primary intracranial tumors in childhood. Childs Nerv Syst. 2010; 26(8):1029-1034. doi:10.1007/s00381-010-1126-x
3. Hoffman HJ. Surgical Management of Craniopharyngioma. Pediatr Neurosurg. 1994; 21(1):44-49. doi:10.1159/000120861
4. Samii M, Tatagiba M. Surgical management of craniopharyngiomas: a review. Neurol Med Chir (Tokyo).1997;37(2):141-149.doi: 10.2176/nmc.37.141
5. Jallo GI, Bognár L. Eyebrow Surgery: The Supraciliary Craniotomy: Technical Note. Oper Neurosurg. 2006;59(suppl_1):ONS-E157-ONS-E158. doi:10.1227/01.NEU.0000220045.23743.80
6. Cheng CM, Noguchi A, Dogan A, et al. Quantitative verification of the keyhole concept: a comparison of area of exposure in the parasellar region via supraorbital keyhole, frontotemporal pterional, and supraorbital approaches: Laboratory investigation. J Neurosurg. 2013; 118(2):264-269. doi:10.3171/2012.9.JNS09186
7. Reisch R, Perneczky A. Ten-year Experience with the Supraorbital Subfrontal Approach through an Eyebrow Skin Incision. Oper Neurosurg. 2005;57(suppl_4):ONS-242-ONS-255. doi:10.1227/01.NEU.0000178353.42777.2C
8. Liu JK, Sevak IA, Carmel PW, Eloy JA. Microscopic versus endoscopic approaches for craniopharyngiomas: choosing the optimal surgical corridor for maximizing extent of resection and complication avoidance using a personalized, tailored approach. Neurosurg Focus. 2016;41(6):E5. doi:10.3171/2016.9.FOCUS16284

TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LAO MẮC MỚI TRONG 3 NĂM 2018-2020 TẠI TỈNH ĐỒNG THÁP

Nguyễn Hữu Thành¹, Trần Ngọc Dung², Phạm Thị Tâm², Lê Thi Kim Thư¹,
Đinh Minh Lộc¹, Trịnh Thị Hồng Cửa², Đinh Thị Hương Trúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo báo cáo của WHO năm 2017, Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 15 trong 30 nước có số bệnh lao cao nhất toàn cầu [1], Theo báo cáo tổng kết chương trình chống lao tỉnh Đồng Tháp năm 2019, Đồng Tháp là tỉnh có tỷ lệ mắc lao mới khá cao, trong đứng thứ 7 trên cả nước và thứ 2 ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long (sau tỉnh An Giang) [2]. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỷ lệ và đặc điểm dịch tễ lao mắc mới ở người dân từ 15 tuổi trở lên tại tỉnh Đồng Tháp trong 3 năm, từ năm 2018 - 2020. 2) Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân lao mắc mới trong 3 năm từ 2018 -

2020 tại tỉnh Đồng Tháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích trên toàn bộ người dân từ 15 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định là lao mắc mới có bằng chứng vi khuẩn học, dựa vào dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh phim Xquang và soi tươi đàm dương tính, theo hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2018 và chưa được điều trị với bất kì thuốc chống lao nào. **Kết quả nghiên cứu:** Từ năm 2018 đến 2020, tỷ lệ mắc lao các thể chung của tỉnh Đồng Tháp trong 3 năm là 147/100.000 dân, tỷ lệ mắc lao của người >15 tuổi là 179/100.000 dân, tỷ lệ lao mắc mới các thể là 136/100.000 dân, tỷ lệ bệnh nhân lao mắc mới AFB (+) là 89/100.00 dân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,3±16,3, số bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm cao nhất (24,4%). Tỷ số bệnh nhân nam/nữ là 3,4, Đa số bệnh nhân có học vấn cấp 1 và mù chữ (47%), là nông dân (60,4%), sống ở nông thôn (82,9%) và thuộc diện không nghèo (76%). Khu vực 1 (vùng ven biên giới Campuchia) có tỷ lệ lao mắc mới /100.000 dân cao nhất (142/100.000 dân). Tỷ lệ bệnh nhân lao mới nghiện rượu là 12,9%, trong đó nghiện rượu mạn tính là 1,7%; nghiện thuốc lá 36,8%, trong đó, nghiện thuốc lá nặng là 14,9%. Đa

¹Bệnh viện Phổi Đồng Tháp

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Dung

Email: tranngocdung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023