

ĐÁNH GIÁ SỰ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THẦN KINH THỊ SAU PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO CỬ YÊN BẰNG ĐƯỜNG MỔ MỞ SỌ LỖ KHÓA TRÊN Ổ MẮT

LÊ KHÂM TUÂN¹,

NGUYỄN PHONG², VÕ VĂN NHỎ²

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Giới thiệu: Những năm gần đây, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã và đang trở thành xu hướng mới trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh. Trong phẫu thuật điều trị u màng não củ yên, đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt được nhiều phẫu thuật viên chọn lựa [1]. Để đánh giá hiệu quả đường mổ ít xâm lấn này là cần sự đánh giá mức độ hồi phục của dây thần kinh thị.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả báo cáo loạt ca được thực hiện tại Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian 2 năm (01/01/2016 đến 31/12/2017). Tất cả các bệnh nhân được đánh giá thị lực và thị trường trước mổ và sau mổ tại thời điểm 3 đến 6 tháng và phân tích đánh giá mức độ sự thay đổi chức năng thần kinh thị.

Kết quả: 50 trường hợp u màng não củ yên được phẫu thuật lấy u qua đường mổ sọ lỗ khóa trên hốc mắt. Trong đó có 48 BN (98%) giảm chức năng thần kinh thị bao gồm 47 BN giảm cả thị lực và thị trường và 1 BN chỉ giảm thị lực. Thời gian khởi phát triệu chứng 9,6 tháng (0,5-36 tháng). Trong 48 BN giảm thị lực, triệu chứng ảnh hưởng chỉ một bên mắt và cả hai bên mắt lần lượt là 21% (N=10) và 79% (N=38). Trong 47 BN giảm thị trường, 89% (N=42) BN ảnh hưởng thị trường cả hai bên mắt. Sau mổ thị lực được cải thiện 59,2%, không thay đổi là 28,6% và tệ hơn là 12,2%. Sau mổ thị trường có cải thiện là 24%, không thay đổi 72% và xấu hơn 4%.

Kết luận: Triệu chứng tổn thương chức năng thần kinh thị là một trong những biểu hiện thường gặp nhất của u màng não củ yên. Phẫu

thuật lấy u màng não củ yên bằng đường mổ mở sọ lỗ khóa trên ổ mắt giải ép thần kinh thị giúp cải thiện chức năng thần kinh thị có ý nghĩa.

Từ khóa: U màng não củ yên, mổ sọ lỗ khóa, thị lực, thị trường.

SUMMARY

OUTCOME ASSESSMENT OF IMPROVEMENT IN VISUAL FUNCTIONS AFTER REMOVING TUBERCULUM SELLAE MENINGIOMAS VIA THE SUPRAORBITAL KEYHOLE CRANIOTOMY APPROACHES.

Introduction: Recently, minimally invasive surgery (MIS) has become a new trend in neurosurgery. In the treatment of tuberculum sellae meningiomas, the supraorbital keyhole approaches have been the predominant choice by many neurosurgeons [1]. Evaluating the effectiveness of this approach is based on the postoperative recovery of the optic nerve functions.

Methods: In a prospective descriptive case study performed at Cho Ray hospital in 2 years (January 1, 2016 to December 31, 2017). All patients were evaluated for pre- and post-operative visual acuity and visual fields. Follow-up examinations were scheduled 3 months and 6-month later to analyse visual outcomes.

Results: during a 2 – year period, 50 patients with tuberculum sellar meningiomas underwent tumor removal by using the supraorbital keyhole approaches. There are 48 patients (98%) had impaired visual nerve functions, including 47 patients with visual acuity and visual fields impairment and 1 patient with solitary visual acuity impairment. The mean duration of symptoms from the initial presentation was 9.6 months (ranged from 0.5 to 36 months). In 48 patients with visual acuity impairment unilaterally in 10 cases (21%) and bilaterally in 38 cases (79%). The 47 patients with visual fields impairment affecting bilaterally in 42 cases

Chịu trách nhiệm: Lê Khâm Tuân

Email: lekhamtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận: 24/9/2020

Ngày phản biện: 27/10/2020

Ngày duyệt bài: 19/11/2020

(89%). Postoperative, visual acuity was improved by 59.2%, unchanged by 28.6% and worse by 12.2% and the visual field had an improvement in 24%, unchanged in 72% and worse in 4%.

Conclusion: Impaired visual nerve functions are the most common manifestations of tuberculoma sellae meningiomas, accounting for 98%. The application of supraorbital keyhole approach to remove the tuberculoma sellae meningiomas achieving the optic nerve decompression with a favorable rate of visual recovery.

Keywords: Tuberculoma sellae meningiomas, supraorbital keyhole craniotomy, visual acuity, visual field.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hồi chức năng thần kinh thị mà cụ thể là thị lực và thị trường là mục tiêu chính yếu trong phẫu thuật điều trị u màng não củ yên. Giảm thị lực (mắt mờ) và thu hẹp thị trường là lý do nhập viện chính yếu người bệnh đến được giải quyết. U màng não củ yên có gốc u xuất phát từ màng nhện củ yên, giữa hai máu giương trước nơi có ống thị giác hai bên. U phát triển vào ống thị giác chèn ép thần kinh thị và tăng dần kích thước đẩy giao thoa thị giác thị giác lên trên. U vừa đè ép vừa kéo căng dây thần kinh thị gây ảnh hưởng đến thị lực và thị trường của một hoặc cả hai mắt. U phát triển trong ống thị giác ảnh hưởng chính lên thị lực, trong khi u làm kéo căng thần kinh thị và chèn ép giao thoa thị thì ảnh hưởng chủ yếu lên thị trường. Tuy nhiên do thời gian bị chèn ép kéo dài cho nên hầu hết các trường hợp đều ảnh hưởng cả thị lực và thị trường [3].

Lý do chính cần phẫu thuật đối với u màng não củ yên là chèn ép thần kinh thị. Theo y văn, sự phục hồi chức năng thần kinh thị sau phẫu thuật lấy u màng não củ yên rất thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ cải thiện từ 36 đến 80% [6], [Error! Reference source not found.]. Kết quả này khác nhau tùy thuộc và vào từng nghiên cứu và phương pháp mổ lấy u. Chính vì sự khác nhau này chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả hồi phục chức năng thần kinh thị sau phẫu thuật lấy u màng não củ yên qua đường mổ mở sọ lỗ khóa trên ổ mắt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu trong 2 năm từ 01/01/2016 đến 31/12/2017 tại

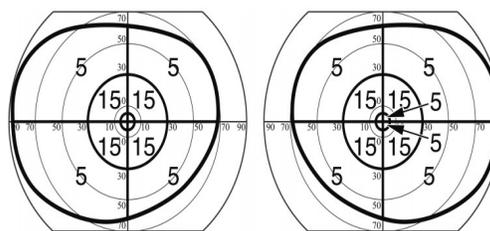
khoa ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh Các bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán u màng não củ yên dựa trên cộng hưởng từ sọ não và sau mổ có giải phẫu bệnh là u màng não sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu. Trước phẫu thuật tất cả bệnh nhân được đánh giá chức năng thị lực và thị trường. Sau phẫu thuật tại thời điểm từ 3 đến 6 tháng sau mổ thị lực và thị trường được đánh giá lại cùng một phương pháp như trước mổ. Chúng tôi chọn thời điểm đánh trong khoảng 3 đến 6 tháng vì lúc này sau khi được giải ép chức năng thần kinh thị phục hồi tối đa và cũng tránh được trường hợp tụt hơn nếu như u có tái phát [3]. Kết quả phục hồi thị lực được so sánh với kết quả thời điểm trước mổ để đánh giá mức độ cải thiện chức năng thần kinh mắt của phương pháp phẫu thuật lấy u này.

Đánh giá thị lực

Thị lực được đo từng mắt và được điều chỉnh bằng kính nếu có tật khúc xạ và lấy kết quả tốt nhất. Kết quả thị lực được đo và phân tích độc lập từng mắt. Các người bệnh có kết quả đo bằng bảng chuẩn thập phân hoặc Snellen được qui đổi về chuẩn logMAR để thuận lợi cho việc so sánh và kiểm định thống kê. Thị lực có thay đổi khi hiệu số logMAR sau mổ và trước mổ có trị tuyệt đối lớn hơn hoặc bằng 0,3.

Đánh giá thị trường

Dựa vào bảng đánh giá thị trường của Goldman được chỉnh sửa bởi Findlay, thị trường được chia thành mỗi ¼ và ba vùng từ ngoài đến trung tâm và mỗi phần sẽ có điểm tương ứng khi bị khiếm khuyết (hình 1).



Hình 1: Đánh giá thị trường theo Findlay. [3]

Tổng số điểm khiếm khuyết là 100, mỗi phần có 25 điểm. Trong mỗi phần được chia làm 3 vùng nhỏ. Từ trung tâm ra 5 độ có 5 điểm, vùng từ 5 độ đến 30 độ 15 điểm và vùng ngoài biên còn lại từ 30 trở ra 5 điểm. Mất thị trường mỗi phần sẽ tương ứng có số điểm tương ứng. Thị trường bình thường khi có 0 điểm và mất

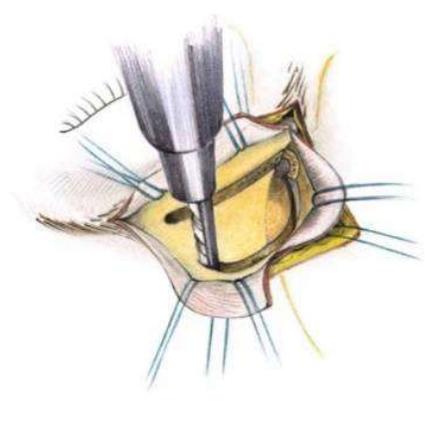
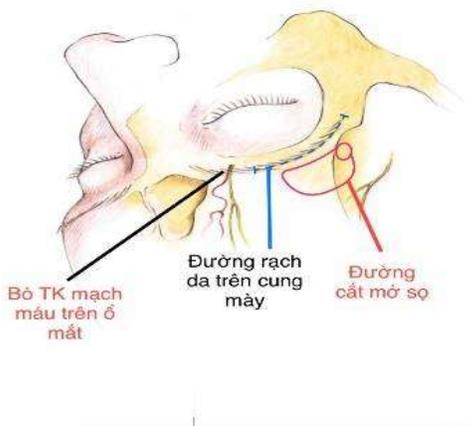
hoàn toàn khi 100 điểm. Đánh giá có sự thay đổi thị trường sau mổ và trước mổ khi hiệu số điểm thay đổi trên 5 điểm.

Ngoài ra tất cả các bệnh nhân được chụp hình đáy mắt không huỳnh quang hoặc soi đáy mắt đánh giá sự tổn thương gai thị. Có ba mức độ gai thị bình thường, phù gai thị và teo gai thị. Đánh giá gai thị trước mổ cũng là yếu tố tiên lượng khả năng và mức độ hồi phục chức năng thần kinh mắt sau mổ.

Phương pháp mổ

Trong mẫu nghiên cứu này chúng tôi áp dụng đường mổ mở ổ khóa trên ổ mắt, là đường mổ

mở sọ kích thước nhỏ ít xâm lấn. Với đường rạch da trên cung mày 4cm, mở nắp sọ trên ổ mắt kích thước ổ khóa (hình 2), cắt màng cứng hình vòng cung và dưới kính hiển vi đi vào dưới não trần tiếp cận vùng trên yên. Cắt gốc u bám vào màng não củ yên. Sau khi đã giảm khối đủ, tiến hành bóc tách u ra khỏi các dây thần kinh thị, giao thoa thị giác, các mạch máu liên và cuống tuyến yên. Sau cùng là lấy phần u phát triển xâm lấn trong ống thị giác hai bên, đảm bảo dây thần kinh thị được giải ép hoàn toàn.



Hình 2. Đường mổ ổ khóa trên ổ mắt. Nguồn: Pencnecky [5]

Mức độ lấy hết u được phẫu thuật viên đánh giá trong lúc mổ và dùng phân độ theo Simpson.

Kết quả chung sau mổ được đánh giá bằng thang điểm GOS (Glasgow Outcome Score).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 24 tháng (từ 01/01/2016 đến 31/12/2017), chúng tôi thực hiện phẫu thuật lấy u bằng đường mổ ổ khóa trên ổ mắt 50 trường hợp tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh. Đặc điểm dân số nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1. Triệu chứng trước mổ trước mổ thường gặp nhất là giảm thị lực 48 trường hợp (98%). Triệu chứng chỉ một bên mắt có 10 trường hợp (21%), ảnh hưởng cả 2 mắt 38 trường hợp (79%). Thị trường trước mổ có ít nhất một mắt bị thu hẹp 47 trường hợp, 42 trường hợp ảnh hưởng cả 2 bên mắt, 5 trường hợp ảnh hưởng chỉ một bên mắt.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

	N=50
Tuổi (trung bình, khoảng)	41,1 (27-73)
Giới (Nam:nữ)	6:44
Thời gian khởi phát (Tháng)	9,6 (0,5 – 36)
Giảm thị lực, n (%)	48 (98)
Một bên mắt	10 (21)
Cả hai mắt	38 (79)
Giảm thị trường, n(%)	47 (94)
Một bên mắt	5 (10)
Cả hai mắt	42 (84)
Kích thước u (cm ³)	11,4 (1,8 – 68,7)
Mức độ lấy u, n (%)	
Lấy u toàn phần (simpson II)	35 (70)
Lấy u bán phần (simpson III)	15 (30)
Giải phẫu bệnh, n(%)	
Dạng thượng mô	41 (82)
Dạng thể cát	4 (8)
Dạng chuyển tiếp	3 (6)
Dạng tăng sinh mạch	2 (4)

Kết quả đánh giá thị lực sau mổ và trước mổ được mô tả chi tiết trong bảng 2.

Bảng 2. Đánh giá kết quả thị lực sau mổ so với trước mổ.

Thay đổi thị lực	Mắt trái N (%)	Mắt phải N (%)
Tốt hơn	16 (32,7)	21 (42)
Không thay đổi	27 (55,1)	25 (50)
Xấu hơn	6 (12,2)	4 (8)
Tổng	49 (100)	50 (100)

Kết quả thị đánh giá thị trường sau mổ và trước mổ được mô tả trong bảng 3

Thay đổi thị trường	Mắt trái N (%)	Mắt phải N (%)
Tốt hơn	7 (14,3)	5 (10)
Không thay đổi	42 (85,7)	43 (86)
Xấu hơn	0 (0)	2 (4)
Tổng	49 (100)	50 (100)

Trong 50 trường hợp có một trường hợp có mắt bên trái bị di chứng viêm giác mạc từ trước nên không đánh giá thị lực và thị trường mắt này. Không có trường hợp nào cả hai mắt thị lực tệ hơn trước mổ. Có 3 trường hợp sau mổ một mắt xấu hơn nhưng mắt còn lại có kết quả tốt hơn và 7 trường hợp còn lại thị lực xấu hơn một bên nhưng mắt còn lại thị lực vẫn như trước mổ.

Kết quả hồi phục sau mổ theo thang điểm GOS: 48 trường hợp GOS 5, 1 trường hợp GOS 1 và 1 trường hợp GOS 3 không có trường hợp nào tử vong hoặc sống thực vật.

BÀN LUẬN

Có nhiều cách để đánh giá thị trường và thị lực trước mổ. Một số tác giả gộp chung hai yếu tố này và tính điểm nhưng chưa được chấp nhận rộng rãi do trước và sau mổ thị lực và thị trường hai mắt có thay đổi khác nhau giữa hai mắt. Chúng tôi đánh giá từng mắt theo cách bán định lượng cho và riêng biệt cho thị trường và thị lực. Sau mổ có ít nhất một mắt được cải thiện được xem như là tốt hơn, có cả hai mắt không đổi coi như không cải thiện và có ít nhất một mắt thị tệ hơn và mắt còn lại không đổi hoặc tệ hơn nữa được đánh giá là tệ hơn so với trước mổ. Vì với một mắt cải thiện chức năng cũng có thể xem là chức năng sau mổ được cải thiện. Theo báo cáo tác giả Fahcush và Schott thị lực sau mổ được cải thiện hoặc không thay đổi là 80% và tệ hơn 20% [2]. Thị lực được cải thiện khi có ít nhất một mắt và hoặc hai mắt tốt hơn sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này được ghi nhận là 59,2%, thị lực không thay đổi trước và sau mổ là 28,6% và tệ hơn là 12,2%. Đối với thị trường tỷ lệ có cải thiện sau mổ 24% xấu hơn 4% không thay đổi trước 72% cho thấy trong trường hợp u màng não củ yên được lấy u giải ép giao thoa thị giác thì tỷ lệ cải

thiện thị trường không cao tuy nhiên nó cũng ít bị tổn thương xấu hơn do lấy u.

Thị lực mắt phải có cải thiện hơn chiếm 32,6% các trường hợp và khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p = 0.001$). Thị lực mắt trái có cải thiện hơn so với trước mổ chiếm 42%, có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.000$). So sánh mức độ phục hồi thị lực giữa mắt phải cho thấy mắt phải có mức độ phục hồi chiếm tỷ lệ cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê. Một số tác giả cũng ghi nhận thị thực mắt trái phục hồi chiếm tỷ lệ cao hơn, điều này có thể lý giải trong phẫu thuật u màng não củ yên nằm ở trung tâm sàn sọ giữa nên có thể tiếp cận u từ hướng bên phải hoặc bên trái đều được. Tuy nhiên, đa số phẫu thuật viên thuận tay phải nên chọn đường mổ sọ bên phải và khi thao tác bóc tách u thì tiếp cận và giải ép thần kinh bên đối diện là bên trái sẽ thuận lợi hơn [2], [4]. Do đó trong trường hợp u chèn ép ưu thế một bên thì chọn đường mổ đối bên với bên bị chèn ép ưu thế sẽ cho phẫu thuật viên tầm nhìn tốt và thuận lợi trong khi lấy u giải ép thần kinh thị hơn.

Tuy nhiên, có 6% thị lực mắt phải xấu hơn so với trước mổ, và 8% mắt trái có thị lực sau mổ xấu hơn. Các yếu tố liên quan đến thị lực sau mổ tệ hơn là thời gian mổ mắt kéo dài trên 3 tháng, thị lực trước mổ còn dưới đếm ngón tay 0,5m, teo gai thị. Những yếu tố này cho thấy thần kinh thị đã bị chèn ép lâu dài và nặng nề bởi khối u. Tính chất u cũng là yếu tố tiên lượng đến sự hồi phục thị lực sau mổ. U có mật độ chắc khó bóc tách cũng gây ra tình trạng dễ tổn thương thần kinh thị trong lúc lấy u. Các trường hợp có u xâm lấn vào trong ống thị giác gây ra tình trạng giảm thị lực trầm trọng hơn và trong quá trình lấy u khi đốt u bằng kẹp lưỡng cực sẽ dễ gây tổn thương thần kinh thị.

Đối với các trường hợp có u xâm lấn vào trong ống thị giác, lấy hết u trong ống thị giác và nếu cần có thể mở ống thị giác đoạn gần sát mòm yên trước vừa giúp lấy được u dễ dàng vừa giúp giải ép thần kinh thị. Trong quá trình lấy u gần ống thị giác đốt màng cứng u bám ít nhất có thể, nếu cần thiết phải đốt thì dùng mức năng lượng thấp và tưới nhiều nước. Đặc biệt các trường hợp ống thị giác được bao phủ bằng bời đoạn xương ngắn hơn bình thường cần phải thận trọng hơn trong lúc đốt cắt gốc u [1], [2], [3], [4].

U trong ống thị giác thường ít khi dính chặt vào dây thần kinh thị nên dễ dàng bóc tách mà không tổn thương thêm dây thần kinh. Tuy nhiên, đối với các trường hợp u chèn ép dây thần kinh

thị lâu ngày, mạch máu nuôi u bị tổn thương và dây thần kinh thị bị mất myeline nên có thể đây là nguyên nhân dẫn đến chức năng thị giác sau mổ kém hơn trong một số trường hợp [3].

Khiếm khuyết thị trường trước mổ cũng là yếu tố cần thiết để đánh giá sự hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Tuy nhiên để đo được thị trường chính xác trước mổ và sau mổ điều kiện cần là thị lực chưa bị tổn thương nghiêm trọng vì thế cho nên có nhiều trường hợp thị trường không đo được do tình trạng thị lực còn quá kém. Khác biệt với thị lực, thị trường bị ảnh hưởng chủ yếu bởi kích thước khối u. Khi khối u càng lớn giao thoa thị giác bị kéo căng và thị trường bị ảnh hưởng [3]. Theo Yasargil và cộng sự có đến 73% các trường hợp u đẩy lên dây thần kinh thị và giao thị lên phía trên và ra sau. Khi bị đẩy như vậy thì thần kinh thị nằm giữa bên trong là u và dây chằng liềm ống thị giác tạo ra cơ chế cắt kéo làm tổn thương dây thần kinh thị [1]. Vì vậy phẫu thuật lấy u giải ép giao thoa thị giác và sự kéo căng của dây thần kinh thị sẽ làm cải thiện tình trạng thu hẹp thị trường của người bệnh.

KẾT LUẬN

Tổn thương chức năng thần kinh thị giác do chèn ép là triệu chứng thường gặp nhất của u màng não củ yên. Phẫu thuật lấy u màng não củ yên bằng đường mở sọ ổ khóa trên ổ mắt là đường mổ nhỏ ít xâm lấn đạt được phục hồi chức năng thần kinh thị giá chiệu quả cao. Để đạt được hiệu quả trong giải ép thần kinh thị

ngoài lấy phần u phát triển trên yên cần phải lấy phần u phát triển trong ống thị giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chi JH, McDermott MW (2003), "Tuberculum sellae meningiomas", *Neurosurg Focus*, 14(6).

2. Fahlbusch R, Schott W (2002), "Pterional surgery of meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale: surgical results with special consideration of ophthalmological and endocrinological outcomes", *J Neurosurg*, 96(2), pp. 235-243.

3. Kitano M, Taneda M, Nakao Y (2007), "Postoperative improvement in visual function in patients with tuberculum sellae meningiomas: results of the extended transsphenoidal and transcranial approaches", *J Neurosurg*, 07(2), pp. 337-346.

4. Nanda A, Ambekar S, Javalkar V, Sharma M (2013), "Technical nuances in the management of tuberculum sellae and diaphragma sellae meningiomas", *Neurosurg Focus*, 35(6).

5. Perneczky A, Reisch R (2008), "keyhole approaches in neurosurgery", Springer Wien New York.

6. Romani R, Laakso A, Kangasniemi M, et al (2012), "Lateral supraorbital approach applied to tuberculum sellae meningiomas: experience with 52 consecutive patients", *Neurosurgery*, 70(6), pp. 1504-1519.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ ĐÔNG

LƯU THỊ THỦY¹,
LƯU TUYẾT MINH², NGUYỄN VĂN LỆ³
Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn đường sinh sản là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, gây ra bệnh

tật nghiêm trọng. Nhiễm khuẩn đường sinh sản có tác động trực tiếp đến sức khỏe sinh sản có thể gây vô sinh, ung thư và biến chứng thai kỳ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 487 sinh viên năm thứ nhất trường cao đẳng y tế Hà Đông năm 2019. Kết quả cho thấy 30,2 % sinh viên có kiến thức đạt; 53,6 % sinh viên có thái độ đạt và 88,9 % sinh viên có thực hành đạt về phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản.

Chịu trách nhiệm: Lưu Thị Thủy

Email: thuy.luu.09@gmail.com

Ngày nhận: 07/9/2020

Ngày phản biện: 21/10/2020

Ngày duyệt bài: 09/11/2020