

# ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ TÍNH THẨM MỸ SAU PHẪU THUẬT LẤY U MÀNG NÃO CỬ YÊN BẰNG ĐƯỜNG MỔ LỖ KHÓA TRÊN Ổ MẮT

LÊ KHÂM TUÂN<sup>1</sup>,  
NGUYỄN PHONG<sup>2</sup>, VÕ VĂN NHỎ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt với đường rạch da ngắn trên cung mày được sử dụng tiếp cận các thương tổn sàn sọ giữa đặc biệt là vùng củ yên. Bên cạnh mục tiêu lấy được u, ít làm tổn thương nhu mô não, vai trò thẩm mỹ cũng rất quan trọng đối với sự phục hồi của người bệnh. Nhằm mục đích đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tập trung đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với vết mổ dưới góc độ thẩm mỹ.

**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). Các trường hợp u màng não củ yên được phẫu thuật lấy u qua đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt được theo dõi và đánh giá tình trạng vết mổ. Sau khoảng thời gian 3 tháng, đánh giá sự hài lòng của người bệnh theo thang điểm và bảng câu hỏi khảo sát.

**Kết quả:** 50 trường hợp u màng não củ yên được phẫu thuật lấy u qua đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt. Tỷ lệ nữ chiếm 88% (44 ca). Tuổi trung bình 41,1 (từ 27 đến 73). Tình trạng lâm sàng sau mổ hồi phục tốt (GOS đạt 4-5) chiếm 98%, mức độ trung bình (GOS 3) chiếm 2%, không có trường hợp nào tử vong hoặc sống thực vật. Biến chứng tiêu xương nắp sọ 6 trường hợp chiếm 12%, rối loạn cảm giác da vùng trán 6 trường hợp (12%) là biến chứng hay gặp nhất. Sự hài lòng của người bệnh mức độ rất hài lòng hoặc hài lòng (thang điểm 1-2) 35 trường hợp

(70%), chấp nhận được (thang điểm 3) 14 trường hợp (28%) và không hài lòng (thang điểm 4) 1 trường hợp (2%).

**Kết luận:** đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt với đường rạch da trên cung mày trong phẫu thuật lấy u màng não củ yên là đường mổ ít xâm lấn mang lại sự hài lòng của người bệnh dưới góc độ thẩm mỹ đạt tỷ lệ cao, giúp cải thiện chất lượng sống sau phẫu thuật và người bệnh sớm trở lại cuộc sống bình thường.

**Từ khóa:** U màng não củ yên, mổ sọ lỗ khóa, hài lòng về thẩm mỹ.

Patients' cosmetic satisfaction outcomes after removing tuberculum sellae meningiomas through supraorbital keyhole craniotomy approaches.

## SUMMARY

PATIENTS' COSMETIC SATISFACTION OUTCOMES AFTER REMOVING TUBERCULUM SELLAE MENINGIOMAS THROUGH SUPRAORBITAL KEYHOLE CRANIOTOMY APPROACHES

**Introduction:** The supraorbital keyhole approach through an eyebrow incision offers the opportunity to access lesions of the middle fossa, especially the tuberculum sellae meningiomas. Besides the goal of resection and less invasive lesions, the role of the patient's cosmetic outcome is also very important. In order to evaluate the postoperative patient's quality of life, we have performed this study to evaluate patients' cosmetic and satisfaction outcomes.

**Methods:** A prospective descriptive study of a series of cases performed in the department of neurosurgery at Cho Ray hospital in a period of 2 years (January 1, 2016 to December 31, 2017). All patients with tuberculum sellae meningiomas underwent surgery by the supraorbital keyhole approach are followed up and evaluated wound-healing. After a 3-month post-operation, The patients had answered the survey questionnaires.

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

**Results:** 50 patients with meningiomas arising from the tuberculum sellae underwent tumor removal using the supraorbital keyhole approach. There were 44 women (88%), mean age 41.1 years (range 27-73 years). The patient had a good recovery (GOS 4-5) accounted for 98%, the moderate recovery (GOS 3) accounted for 2%, there was no case of death or vegetative state. Complications of autologous bone flap resorption in 6 cases (12%) and frontal hypesthesia in 6 cases (12%) was the most common complication. Patients also rated cosmetic outcome on a scale from 1 to 5 (1: very pleasant, 2: pleasant, 3: acceptable, 4: unpleasant and 5: very unpleasant) as follows: outcome was a score 1-2 for 35 patients (70.0%), score 3 for 14 (28%), score 4 for 1 (2%)

**Conclusions:** The application of supraorbital keyhole approach through an eyebrow incision to remove the tuberculum sellae meningiomas can achieve the goal of resection, with the advantage of less invasive damage, patient's satisfaction with cosmetic outcome and improve the quality of life in high rate.

**Keywords:** Tuberculum sellae meningiomas, supraorbital keyhole craniotomy, cosmetic satisfaction.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cách nay gần năm thập niên, đã có rất nhiều nghiên cứu cho thấy vén não quá mức trong quá trình phẫu thuật là nguyên nhân gây ra tổn thương não dẫn đến các khiếm khuyết thần kinh sau phẫu thuật [2], [1], [3]. Trong quá trình phẫu thuật, nhu mô não được phơi bày ra ngoài môi trường không khí thời gian dài sẽ làm tổn thương vỏ não và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Để giảm các nguy cơ và biến chứng phẫu thuật do tổn thương không cần thiết đã có rất nhiều biện pháp được nghiên cứu và đề xuất trong đó nổi bật nhất là áp dụng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu.

Trong quá trình phẫu thuật, để giảm tổn thương mô não lành do vén não quá mức và tránh phơi bày vỏ não ra ngoài, đường mổ mở sọ ổ khóa đã được nhiều tác giả chấp nhận và chứng minh có lợi ích hơn đường mổ sọ cơ bản với mổ nắp sọ lớn hơn. Cùng với xu hướng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với ưu điểm của nó, chuyên ngành ngoại thần kinh cũng đã cải tiến một số đường mổ từ mổ nắp sọ lớn sang mổ mở sọ ổ khóa để tiếp cận xử lý các thương tổn nội sọ. Có rất nhiều các thương tổn nội sọ có thể được giải quyết tốt bằng đường mổ ổ khóa trên ổ mắt với đường rạch da trên cung mày, u màng não củ yên là một trong số đó.

Mục tiêu của phẫu thuật là giải quyết được thương tổn, phục hồi tình trạng thần kinh và hạn chế tối thiểu các biến chứng và khiếm khuyết thần kinh trong và sau mổ. Tuy nhiên, còn một mục tiêu quan trọng nữa là sau khi phẫu thuật người bệnh đạt được chất lượng sống tốt nhất, trong đó có sự hài lòng cả về mặt chức năng thần kinh, tinh thần và thẩm mỹ. Do đó ngoài mục tiêu đánh giá kết quả chức năng thần kinh sau mổ và các biến chứng sau mổ, nghiên cứu này của chúng tôi tập trung đánh giá sự hài lòng của người bệnh với vấn đề thẩm mỹ của đường mổ ổ khóa trên ổ mắt, điều mà trước nay chưa được nhiều nghiên cứu đánh giá.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu loạt ca 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. U có gốc xuất phát từ củ yên, có thể lan ra phía trước planum hoặc phía sau hoành yên, được phẫu thuật lấy u bằng đường mổ mở sọ ổ khóa trên ổ mắt với đường rạch da trên cung mày và sau mổ có giải phẫu bệnh là u màng não sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu.

Mô tả đường mổ ổ khóa trên ổ mắt:

Đường mổ mở sọ ổ khóa trên ổ mắt đã được mô tả chi tiết trong rất nhiều tài liệu hướng dẫn kỹ thuật mổ ngoại thần kinh. Một cách tóm tắt, các thì mổ được mô tả như sau:

Đầu bệnh nhân được đặt cố định vào khung giữ đầu tư thế nằm ngửa, đầu quay sang đối diện khoảng 45 độ.

Rạch da giữa cung mày từ điểm ngoài lỗ trên ổ mắt hướng ra phía ngoài khoảng 4cm, tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh trên ổ mắt. Dùng các móc kéo nhẹ hai mép da theo hướng lên trên và xuống dưới (hình 1 và hình 2).

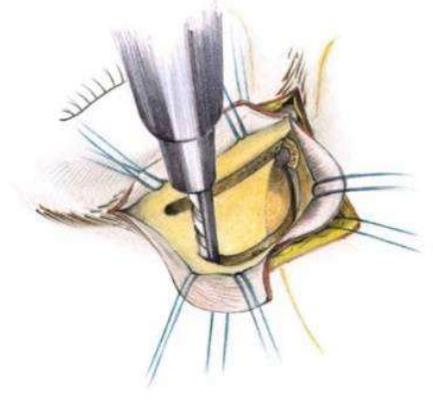
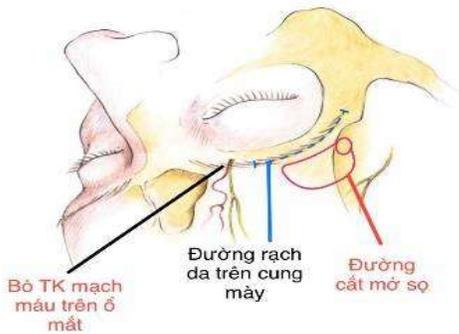
Bóc tách lớp cân dưới da và cắt cân này theo đường thẳng song song với đường rạch da. Sau khi bóc tách ra khỏi bản ngoài xương sọ, lớp cân này cũng được kéo bằng các móc lên trên và xuống dưới để bộc lộ phần xương sọ phía dưới.

Tách cân và cơ thái dương ra khỏi nơi bám vào xương nơi cung gò má trán, bộc lộ điểm gò má trán (điểm pterion). Dùng khoan cao tốc tạo một lỗ xương. Sau đó dùng máy cắt sọ, từ lỗ xương cắt mở một nắp sọ kích thước khoảng 3x 2cm. Sau khi mở sọ, tách màng cứng ra khỏi

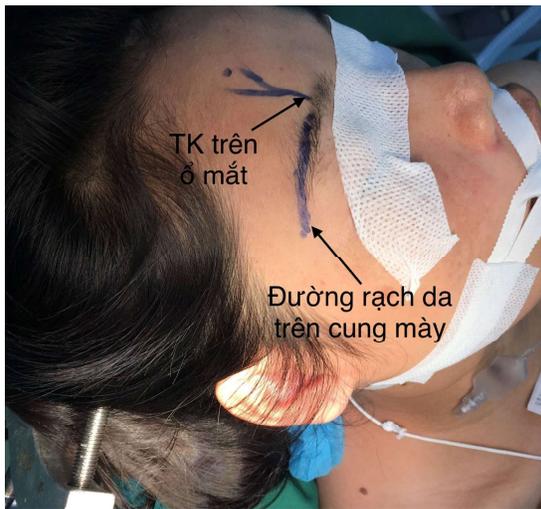
trần ổ mắt, dùng mũi khoan máy kim cương cắt các chồi xương nhô lên từ trần hốc mắt.

Cắt màng cứng hình chữ C lật về phía sàn sọ. Dùng vén não, nhẹ nhàng vén thùy trán lên trên đi vào vùng trên yên.

Sau khi lấy u xong, màng cứng được đóng kín. Tiếp theo là đặt lại nắp sọ và cố định nắp sọ bằng nẹp vít titan. Da được khâu bằng mũi khâu trong da.



**Hình 1. Đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt với đường rạch da trên cung mày và đường mở nắp sọ.**  
 Nguồn: Pencnecky [5]



**Hình 2. Đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt.**  
 Nguồn: tác giả

Đánh giá sau mổ:

Sau mổ tất cả các trường hợp được tái khám và theo dõi định kỳ. Thời gian đánh giá vết mổ ngắn nhất là sau mổ 3 tháng. Phần đánh giá gồm hai phần, một phần do bác sĩ đánh giá và

một phần do cảm nhận đánh giá của người bệnh tự đánh giá.

Các yếu tố đánh giá bao gồm các biến chứng đối với vết mổ trên cung mày như: nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch dưới da, liệt cơ vòng mi, rụng lông mày nơi vết mổ, tiêu xương nắp sọ, mất cảm giác vùng da trán trên ổ mắt, mất mũi, đau vết mổ mãn tính, đau cơ thái dương.

Sự hài lòng đối với vấn đề thẩm mỹ được đánh giá theo cảm nhận chủ quan của người bệnh, thang điểm này được đánh giá ít nhất sau mổ từ sau ba tháng. Thang điểm bao gồm từ 1 đến 5 (1: rất hài lòng, 2: hài lòng, 3: chấp nhận được, 4: không hài lòng và 5: rất không hài lòng). Các yếu tố được bệnh nhân đánh giá liên quan đến cảm nhận thẩm mỹ và có các rối loạn như cảm giác, đau khi nhai, teo cơ thái dương, có cảm giác e ngại khi người khác nhìn thấy vết mổ trong giao tiếp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, cũng như sự trở lại công việc sau khi phẫu thuật.

### KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian 2 năm chúng tôi thực hiện phẫu thuật u màng não củ yên qua đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt. Mẫu nghiên cứu có 50 trường hợp trong đó có 44 nữ chiếm 88% và 6 nam chiếm 12%. Tuổi trung bình 48,1 (từ 27 đến 73). Kết quả hồi phục sau mổ theo thang điểm GOS: 48 trường hợp GOS 5, 1 trường hợp

GOS 4 và 1 trường hợp GOS 3 không có trường hợp nào tử vong hoặc sống thực vật. Tất cả 50 trường hợp được theo dõi sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 28, 8 tháng (từ 3 đến 48 tháng). Đặc điểm dân số nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1.

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)
Kích thước u (cm <sup>3</sup> )	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)

Sau mổ đường mổ được theo dõi đánh giá các biến chứng, các rối loạn về cảm giác và vận động được tóm tắt trong bảng 2.

Bảng 2: tỷ lệ các biến chứng liên quan đến đường mổ

	Số trường hợp N (%)
Mất cảm giác da vùng trán	6 (12,0)
Tiêu xương nắp sọ	6 (12,0)
Tụ dịch dưới da	2 (4,0)
Mất mùi	2 (4,0)
Đau vết mổ	2 (4,0)
Rụng lông mày	1 (2,0)
Nhiễm trùng	1 (2,0)
Liệt cơ vòng mi	1 (2,0)
Đau khi nhai	1 (2,0)

Sự hài lòng vết mổ rất hài lòng hoặc hài lòng (thang điểm 1- 2) 35 trường hợp (70%), chấp nhận được (thang điểm 3) 14 trường hợp (28%) và không hài lòng (thang điểm 2) 1 trường hợp (2%).

### BÀN LUẬN

Mất cảm giác da vùng trán là biến chứng sau mổ khá thường gặp do tổn thương bó mạch thần kinh trên ổ mắt. Biến chứng này không nguy hiểm nhưng cũng làm cho người bệnh rất khó chịu nhất là những tháng đầu tiên một số trường hợp không phải là mất cảm giác mà là cảm giác dị cảm nóng rát theo vùng da chi phối của thần

kinh trên ổ mắt. Khi xác định điểm rạch để tránh tổn thương bó mạch thần kinh trên ổ mắt điểm bắt đầu từ bên ngoài lỗ trên ổ mắt và kéo dài dọc theo cung mày khoảng 4cm. Tổn thương thần kinh này thường do lúc kéo các mép da quá mức dẫn đến tổn thương chức năng thần kinh này. Trong đa số các trường hợp rối loạn cảm giác này sẽ giảm dần đặc biệt khi được điều trị với pregabalin hoặc gabapentin. Người bệnh sẽ dần thích nghi và về bình thường sau một năm [5], [5].

Tiêu xương nắp sọ cũng là biến chứng thường gặp và ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ của người bệnh. Đây là yếu tố dẫn đến sự không hài lòng đối với vết mổ người bệnh. Trong 6 trường hợp xương nắp sọ bị tiêu chỉ có 1 trường hợp nắp sọ tiêu nhiều hơn 50% diện tích nắp sọ, các trường hợp còn lại nắp sọ chỉ tiêu phần nhỏ do không liền xương một đoạn đường cắt sọ. Nắp sọ nhỏ đường cắt sọ gây mất xương khá nhiều dẫn đến nắp sọ bị thiếu hụt khi đặt vào. Để giúp sự liền xương nắp sọ tốt nên đặt nắp sọ một bờ sát mép xương và cố định bằng nẹp vít hoặc bằng dụng cụ cố định nắp sọ chắc chắn. Nên đặt nắp sọ sát mép xương bên trên vì mép dưới có cung mày nên ít ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Ngoài ra để giảm tỷ lệ hủy xương sọ, trong lúc bóc tách mô mềm nên chừa lại màng xương phủ lên nắp sọ [5]. Gần đây khi áp dụng các miếng ghép xương nhân tạo giúp che phủ kín đường cắt sọ và giúp sự liền xương tốt hơn mang lại sự thẩm mỹ tốt hơn.

Tụ dịch dưới da sau mổ có 2 trường hợp do màng cứng đóng không kín. Hai trường hợp này được xử lý bằng đặt dẫn lưu thất lừng và sau 1 tuần tụ dịch không còn. Để hạn chế tụ dịch vết mổ có thể đóng kín màng cứng, tăng cường bằng keo sinh học dán màng cứng sau khi khâu.

Mất mùi hai mũi sau mổ do tổn thương thần kinh khứu giác. Biến chứng này thường xảy ra khi vén não quá mức làm tổn thương thần kinh khứu giác. So với đường mổ dưới trán một bên thì tỷ lệ tổn thương thần kinh khứu giác ít hơn do đường mổ lỗ khóa ít vén não hơn [3].

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ có 1 trường hợp. Trường hợp này không cần mổ lại, điều trị bằng thay băng vết mổ và điều trị kháng sinh, sau 2 tuần vết mổ lành và không cần phải can thiệp ngoại khoa.

Liệt cơ vòng mi do cắt ngang một phần cơ vòng mi trong lúc bóc tách mô mềm trên nắp sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp, bệnh nhân yếu cơ vòng mi khi nhắm mắt và hồi phục hoàn toàn sau 6 tháng.

Ngoài ra còn một số biến chứng ít khó chịu khác như đau khi nhai, đau vùng da vết mổ. Hầu hết các triệu chứng này đều giảm dần theo thời gian và không còn gây khó chịu cho bệnh nhân. Một trường hợp rụng lông mày sau mổ, trường hợp chỉ ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ và người bệnh là nữ đã giải quyết vấn đề này bằng xăm thẩm mỹ đường chân mày hai bên và hài lòng với đường mổ.

Sử dụng các đường mổ xâm lấn tối thiểu trong đó đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt được chấp nhận ngày càng rộng rãi vì đáp ứng được mục tiêu lấy u, sự hài lòng của người bệnh và sau cùng là cải thiện chất lượng sống của người

bệnh sau phẫu thuật. Đối với phẫu thuật viên, đường mổ này cho thấy ưu điểm ít tổn thương các cấu trúc giải phẫu nhất, thời gian mổ sơ ngắn, ít vén não, thời gian nằm viện được rút ngắn hơn trong khi vẫn có thể giải quyết được khối u như đường mổ kinh điển. Sự hài lòng của người bệnh là một yếu tố quan trọng đánh giá hiệu quả của điều trị. Sự hài lòng với vết mổ bao gồm đường mổ có sẹo nhỏ mang tính thẩm mỹ (hình 3), không sưng, ít đau, không rối loạn cảm giác da giúp người bệnh dễ dàng trở lại cuộc sống bình thường ở mức tốt nhất và tự tin trong mọi sinh hoạt thường ngày.



Hình 3. Một số hình ảnh đường mổ trên cung mày sau phẫu thuật

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng đường mổ lỗ khóa trên ổ mắt cho kết quả hài lòng của người bệnh đạt tỷ lệ cao. Đa số người bệnh hài lòng và nhanh chóng trở lại cuộc sống thường ngày sau phẫu thuật. Đường mổ này cho tiếp cận u màng não củ yên trực tiếp với việc vén và phơi bày vỏ não ra môi trường bên ngoài rất ít, từ đó giảm được biến chứng sau mổ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrews RJ, Bringas JR** (1993), "A review of brain retraction and recommendations for minimizing intraoperative brain injury", *Neurosurgery*, 33, pp. 1052–1064.

2. **Beretta F, Andaluz N, Chalaala C, et al** (2010) "Image-guided anatomical and

morphometric study of supraorbital and transorbital minicraniotomies to the sellar and perisellar regions: comparison with standard techniques", *J Neurosurg* 113, pp. 975–981.

3. **Krayenbühl N, Oinas M, Erdem E, et al** (2011), "The impact of minimizing brain retraction in aneurysm surgery: evaluation using magnetic resonance imaging", *Neurosurgery*, 69, pp. 344 – 348.

4. **Pernecky A, Reisch R** (2008), "keyhole approaches in neurosurgery", Springer Wien New York.

5. **Romani R, Silvasti-Lundell M, Laakso A, et al** (2011), "Slack brain in meningioma surgery through lateral supraorbital approach", *Surg Neurol Int*, 2, pp. 167.