

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRẦN THIỆN KHIÊM

**ĐIỀU TRỊ U HỐC MẮT
BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỔ VI PHẪU QUA SỌ**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – NĂM 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRẦN THIỆN KHIÊM

**ĐIỀU TRỊ U HỐC MẮT
BẰNG PHƯƠNG PHÁP MÔ VI PHẪU QUA SỌ**

CHUYÊN NGÀNH: NGOẠI - THẦN KINH - SỌ NÃO

MÃ SỐ: 62720127

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. HUỖNH LÊ PHƯƠNG

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – NĂM 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong luận án này là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất cứ một công trình nào khác.

Tác giả

Trần Thiện Khiêm

MỤC LỤC

Trang phụ bìa	
LỜI CAM ĐOAN	i
MỤC LỤC	ii
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH – VIỆT	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	vii
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ.	ix
DANH MỤC CÁC HÌNH.	x
MỞ ĐẦU	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	2
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Sơ lược giải phẫu hốc mắt.....	3
1.2. Đặc điểm lâm sàng của UHM.....	11
1.3. Cộng hưởng từ (MRI) trong chẩn đoán uhm	13
1.4. Phân loại UHM.....	14
1.5. Điều trị UHM.....	24
1.6. Phương pháp mổ vi phẫu qua sọ dưới trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày.....	28
1.7. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật u hốc mắt	33
1.8. Tổng quan nghiên cứu về phẫu thuật u hốc mắt trong và ngoài nước.....	34
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	39
2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	39
2.2. Đối tượng nghiên cứu	39
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	40
2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu.....	40
2.5. Định nghĩa các biến số nghiên cứu	40
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	47

2.7. Quy trình nghiên cứu	60
2.8. Phương pháp phân tích dữ liệu	61
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu.....	61
2.10. Vai trò của người nghiên cứu.....	61
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	62
3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của UHM	62
3.2. Kết quả phẫu thuật	71
3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật	82
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	91
4.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của UHM	91
4.2. Kết quả phẫu thuật	103
4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật	123
KẾT LUẬN	131
KIẾN NGHỊ.....	133
DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
Bảng thu thập số liệu u hốc mắt	
Bệnh án minh họa	
Danh sách bệnh nhân	
Giấy chấp thuận của Hội đồng đạo đức	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH – VIỆT

Tiếng Anh	Tiếng Việt	Từ viết tắt
Annulus of Zinn	Vòng gân chung (vòng Zinn)	
Adenocarcinoma	Carcinôm tuyến	
Approach	Đường mổ	
	Bệnh nhân	BN
Carcinoma	Carcinôm	
Cavernous hemangioma	U mạch dạng hang	
Chondroma	U sụn	
Computed Tomography Scan	Chụp cắt lớp vi tính	CT Scan
Dermoid cyst	Nang bì	
Extraconal	Ngoài nón	
Extradural	Ngoài màng cứng	
Extraocular muscles	Cơ vận nhãn	
Fibrous dysplasia	Loạn sản sợi	
Frontotemporal (Pterional) approach	Đường mổ trán thái dương	
Gamma knife	Dao gamma	
Hemangiopericytoma	U mạch chu bào	
Inferior rectus muscle	Cơ thẳng dưới	
Inferior oblique muscle	Cơ chéo dưới	
Inferior orbital fissure	Khe hốc mắt dưới	
Internal carotid artery	Động mạch cảnh trong	

Tiếng Anh	Tiếng Việt	Từ viết tắt
Intracanalicular	Trong ống thị giác	
Intraconal	Trong nón	
Intradural	Trong màng cứng	
Lacrimal gland	Tuyến lệ	
Lateral approach	Đường mổ thành ngoài	
Lateral rectus muscle	Cơ thẳng ngoài	
Levator palpebrae muscle	Cơ nâng mi	
Lipoma	U mỡ	
Lymphangioma	U bạch mạch	
Lymphoma	Lymphôm	
Magnetic Resonance Imaging	Cộng hưởng từ	MRI
Medial rectus muscle	Cơ thẳng trong	
Meningioma	U màng não	
Metastase	Di căn	
Mucocele	U nhầy	
Navigation	Định vị không khung	
Neurofibroma	U sợi thần kinh	
Nerve	Thần kinh	TK
Ophthalmic artery	Động mạch mắt	
Orbit	Hốc mắt	
Orbital apex	Đỉnh hốc mắt	
Orbital roof	Trần hốc mắt	
Orbital tumors	U hốc mắt	UHM

Tiếng Anh	Tiếng Việt	Từ viết tắt
Ossifying fibroma	U sợi sinh xương	
Osteoma	U xương	
Osteogenic sarcoma	Sarcôm tạo xương	
Optic canal	Ống thị giác	
Optic glioma	U tế bào đệm thần kinh thị giác	
Optic nerve	Thần kinh thị giác	TKTG
Optic nerve sheath meningioma	U màng não bao TKTG	
Periorbita	Màng xương hốc mắt	
Rhabdomyosarcoma	Sarcôm cơ vân	
Schwannoma (Neurilemmoma)	U tế bào Schwann	
Subfrontal approach	Đường mổ dưới trán	
Superior rectus muscle	Cơ thẳng trên	
Superior oblique muscle	Cơ chéo trên	
Superior orbital fissure	Khe hốc mắt trên	
Transcranial approach	Đường mổ qua sọ	
T1 Weight	Hình T1	T1W
T2 Weight	Hình T2	T2W

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Các kích thước của hốc mắt người trưởng thành	3
Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi.....	62
Bảng 3.2. Lý do nhập viện.....	63
Bảng 3.3. Thời gian khởi bệnh đến khi nhập viện.....	64
Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng.....	65
Bảng 3.5. Tổ hợp triệu chứng lâm sàng	66
Bảng 3.6. Thị lực của mắt có khối u	66
Bảng 3.7. Vị trí u trên mặt phẳng trán.....	69
Bảng 3.8. Sự xâm lấn của u.....	70
Bảng 3.9. Phương pháp phẫu thuật	71
Bảng 3.10. Biến chứng phẫu thuật.....	73
Bảng 3.11. Kết quả giải phẫu bệnh	74
Bảng 3.12. Đánh giá thị lực sau mổ 3 tháng.....	77
Bảng 3.13. So sánh độ lồi mắt trước và sau mổ 3 tháng.....	78
Bảng 3.14. Liên quan giữa biến chứng sụp mi sau mổ với vị trí u.....	79
Bảng 3.15. Điều trị sau mổ.....	79
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa tuổi với kết quả sau mổ	82
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa giới tính với kết quả sau mổ.....	83
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa thời gian khởi bệnh với kết quả sau mổ.....	83
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u.....	84
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u.....	84
Bảng 3.21. Mối liên quan giữa đường kính u với kết quả sau mổ.....	85
Bảng 3.22. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với mức độ lấy u.....	85
Bảng 3.23. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ.....	86
Bảng 3.24. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG và mức độ lấy u ...	86

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ	87
Bảng 3.26. Mối liên quan giữa u xâm lấn và mức độ lấy u	87
Bảng 3.27. Mối liên quan giữa loại u với mức độ lấy u	88
Bảng 3.28. Mối liên quan giữa loại u với kết quả sau mổ	89
Bảng 3.29. Mối liên quan giữa u màng não bao TKTG với kết quả sau mổ ..	90
Bảng 3.30. Mối liên quan giữa u tế bào Schwann với kết quả sau mổ.....	90
Bảng 4.1. So sánh tuổi mắc bệnh	91
Bảng 4.2. So sánh về giới tính	92
Bảng 4.3. So sánh triệu chứng lồi mắt	96
Bảng 4.4. So sánh triệu chứng giảm thị lực	97
Bảng 4.5. So sánh vị trí u theo nón cơ	100
Bảng 4.6. So sánh vị trí u trên mặt phẳng trán.....	101
Bảng 4.7. Chọn lựa đường mổ	103
Bảng 4.8. So sánh mức độ lấy u.....	109
Bảng 4.9. So sánh kết quả giải phẫu bệnh	111

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính.....	63
Biểu đồ 3.2. Mắt có khối u.....	64
Biểu đồ 3.3. Vị trí u dựa theo nón cơ.....	67
Biểu đồ 3.4. Vị trí u có nguồn gốc từ TKTG.....	68
Biểu đồ 3.5. Phương pháp tiếp cận u trong nón.....	72
Biểu đồ 3.6. Tái tạo trần hốc mắt.....	72
Biểu đồ 3.7. Mức độ lấy u.....	73
Biểu đồ 3.8. Phân loại u lành tính và ác tính.....	75
Biểu đồ 3.9. Phân loại u theo tính chất nguyên phát và thứ phát.....	76
Biểu đồ 3.10. Đánh giá lồi mắt sau mổ 3 tháng.....	78
Biểu đồ 3.11. Kết quả sau mổ.....	80
Biểu đồ 3.12. Kết quả theo dõi sau mổ trung bình 24 tháng.....	81
Biểu đồ 4.1. Tỷ lệ thị lực xấu sau mổ.....	114
Biểu đồ 4.2. So sánh tỷ lệ kết quả tốt và rất tốt sau mổ.....	120

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Xương hốc mắt (Nhìn từ trước)	4
Hình 1.2. Đỉnh hốc mắt	5
Hình 1.3. Vòng Zinn nhìn từ trên.....	5
Hình 1.4. Các cơ nhãn cầu	6
Hình 1.5. Các thần kinh trong hốc mắt (nhìn từ trước).....	7
Hình 1.6. Phân nhánh của động mạch mắt, nhìn từ trên.....	9
Hình 1.7. Phân chia vị trí tổn thương hốc mắt	10
Hình 1.8. Cách đo độ lồi mắt	11
Hình 1.9. U mạch dạng hang ở hai bên.....	16
Hình 1.10. Hình MRI và giải phẫu bệnh của u tế bào Schwann hốc mắt.....	19
Hình 1.11. Hình ảnh u tế bào đệm TKTG trên MRI.....	20
Hình 1.12. Hình MRI u màng não bao TKTG hốc mắt phải với dấu đường ray	23
Hình 1.13. Đường rạch da trán thái dương	28
Hình 1.14. Khoan sọ lỗ khóa và mở sọ	29
Hình 1.15. Vén não trán bộc lộ trần hốc mắt	29
Hình 1.16. Tiếp cận hốc mắt lấy u	30
Hình 1.17. Đường mở sọ dưới trán bảo tồn cung mày	30
Hình 1.18. Phân chia khu vực phẫu thuật u hốc mắt qua trần hốc mắt	31
Hình 2.1. Đo độ lồi mắt bằng thước Hertel.....	42
Hình 2.2. Xác định đỉnh hốc mắt	43
Hình 2.3. Xác định vị trí u trên mặt phẳng trán	43
Hình 2.4. Đường rạch da trán thái dương trái.....	50
Hình 2.5. Rạch da và bộc lộ xương sọ trán	50
Hình 2.6. Mở sọ trán trái bảo tồn cung mày	51

Hình 2.7. Vén thùy trán bộc lộ trần hốc mắt.....	51
Hình 2.8. Mở trần hốc mắt bộc lộ màng xương hốc mắt.....	52
Hình 2.9. Mở màng xương hốc mắt bộc lộ nhóm cơ thành trên hốc mắt.....	52
Hình 2.10. Tiếp cận kiểu trong.....	53
Hình 2.11. Tiếp cận kiểu ngoài	54
Hình 2.12. Tiếp cận trung tâm.....	55
Hình 2.13. Tiếp cận đường trong bộc lộ u	56
Hình 2.14. Bóc tách lấy toàn bộ u mạch máu dạng hang.....	56
Hình 2.15. Đặt lại nắp sọ và đóng vết mổ.....	57

MỞ ĐẦU

U hốc mắt (UHM) là một bệnh lý hiếm gặp, theo Hội ung thư Hoa Kỳ thì tần suất mắc bệnh chỉ khoảng 1/100000 dân [78]. Thuật ngữ UHM thường được nói đến những u tân sinh xuất hiện trong hốc mắt ngoại trừ nhãn cầu [5]. Thương tổn bệnh lý UHM rất đa dạng và phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Trong khi đó, hốc mắt là vùng có giải phẫu tinh tế chứa nhãn cầu với nhiều cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng [8], [38], [87]. Vì vậy, phẫu thuật UHM vẫn còn là một thách thức cho nhiều chuyên khoa liên quan như Ngoại Thần kinh, Mắt, Tai Mũi Họng và Phẫu thuật Hàm Mặt.

Hiện nay các phương pháp phẫu thuật UHM có thể tóm lược gồm ba đường là: đường trực tiếp vào hốc mắt, đường qua sọ và đường mổ phối hợp giữa hai đường trên. Chọn lựa đường mổ UHM chủ yếu dựa trên vị trí, loại thương tổn, mức độ lan rộng của u cũng như mục đích của cuộc mổ. Trong đó yếu tố vị trí u chiếm vai trò quan trọng nhất. Tác giả Paluzzi [46], [65] đã đề xuất xem hốc mắt như mặt đồng hồ, mỗi vị trí u tương ứng với mỗi khoảng giờ sẽ có đường tiếp cận tương ứng. Những u liên quan đến thành trên hốc mắt- nội sọ, một phần ba sau hốc mắt và u của TKTG là những chỉ định cho đường mổ qua sọ [13], [54], [109].

Phương pháp phẫu thuật qua sọ điều trị u hốc mắt lần đầu tiên được mô tả bởi tác giả Dandy năm 1922. Đến năm 1941, Dandy đã báo cáo kinh nghiệm mở sọ trán thái dương trần hốc mắt với bảo tồn xương cung mày trong phẫu thuật UHM [13]. Theo phương pháp này, thùy trán được vén khỏi trần hốc mắt và khối u được lấy qua trần hốc mắt bằng cách vén bó cơ nâng mi trên- thẳng trên vào trong hoặc ra ngoài. Với những tiến bộ trong lĩnh vực vi phẫu thần kinh, đường mổ qua sọ ngày càng được cải tiến và nó vẫn chiếm vai trò quan trọng trong phẫu thuật UHM.

Ở nước ta, UHM đã được điều trị phẫu thuật ở một số trung tâm lớn. Nghiên cứu về UHM cũng đã được thực hiện, như những nghiên cứu mang tính tổng quan [3], [6], [9], phẫu thuật UHM trong thời kỳ chưa có kính vi phẫu nên kết quả còn hạn chế [110], hoặc các nghiên cứu về đường mổ thành ngoài [4], [7]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh lý UHM cũng được mổ theo nhiều phương pháp khác nhau, nhưng phương pháp qua sọ vẫn chiếm ưu thế [6]. Để đánh giá vai trò của phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Điều trị u hóc mắt bằng phương pháp mổ vi phẫu qua sọ”** với các câu hỏi nghiên cứu như sau:

1. Kết quả của phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày trong điều trị bệnh lý UHM như thế nào?
2. Các yếu tố nào ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày trong điều trị UHM?

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày trong điều trị UHM.
2. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU HỐC MẮT

1.1.1. Kích thước và hình dạng hốc mắt

Hốc mắt là một khoảng không gian giới hạn giữa các xương hốc mắt, có hình tháp với đỉnh hướng ra sau, chứa nhãn cầu và các phần phụ (các cơ vận nhãn, các dây thần kinh, mạch máu, mỡ) [1], [10]. Các kích thước trung bình của hốc mắt người trưởng thành được mô tả theo bảng dưới đây:

Bảng 1.1. Các kích thước của hốc mắt người trưởng thành

Thể tích	30 cm ³
Chiều cao của bờ hốc mắt	35 mm
Chiều rộng của bờ hốc mắt	40 mm
Chiều dài của thành trong	45 mm
Khoảng cách từ cực sau nhãn cầu đến lỗ thị giác	18 mm
Chiều dài đoạn hốc mắt của thần kinh thị giác	25 – 30 mm

Nguồn: *Foster J A (2018-2019)* [45]

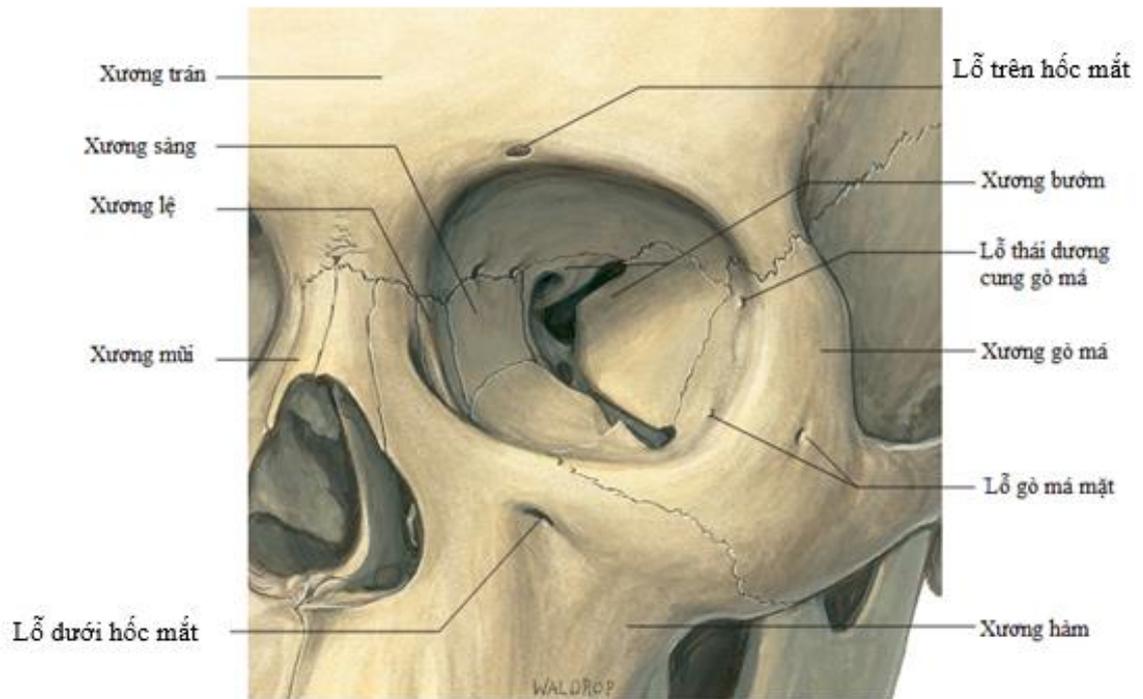
1.1.2. Thành hốc mắt

Hốc mắt được tạo thành bởi 7 xương gồm: xương trán, xương sàng, xương bướm, xương lệ, xương gò má, xương thái dương và xương khẩu cái. Các xương này tạo nên 4 thành là: thành trên, thành dưới, thành ngoài và thành trong, một đỉnh hốc mắt và nền hốc mắt (hình 1.1).

1.1.3. Nền hốc mắt

Nền hốc mắt chính là đường vào hốc mắt, hình tứ giác với bốn góc tròn mà các bờ có thể sờ được trên người sống, tương ứng là bờ trên, bờ dưới, bờ trong, bờ ngoài. Các bờ này được tạo bởi các xương trán, xương gò má, và

xương hàm trên. Ở bờ trên, gần góc trong có khuyết hoặc lỗ hốc mắt trên, để mạch và thần kinh trên hốc mắt đi qua.

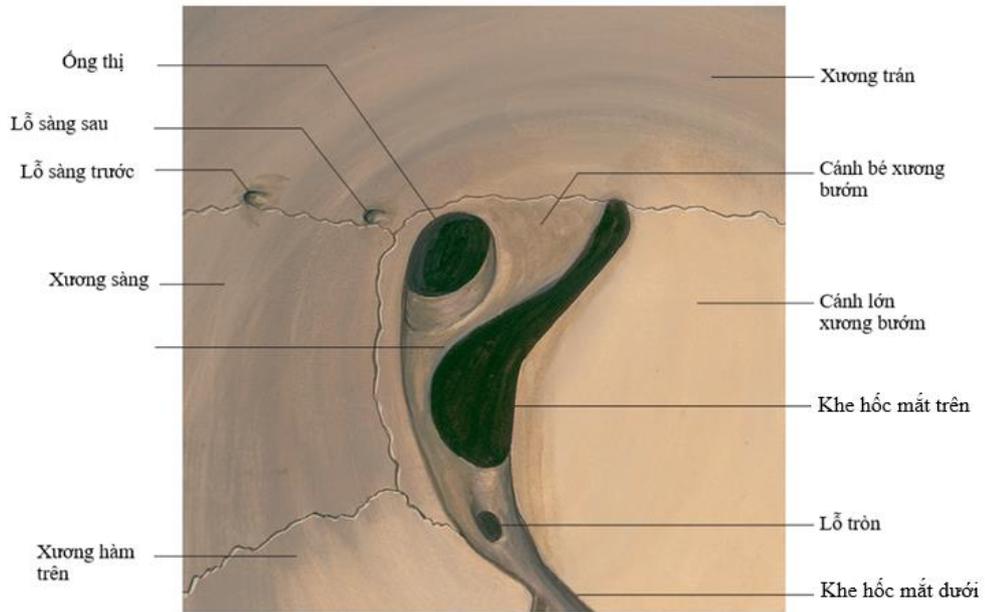


Hình 1.1. Xương hốc mắt (Nhìn từ trước)

Nguồn : Dutton JJ (2011)[38]

1.1.4. Đỉnh hốc mắt

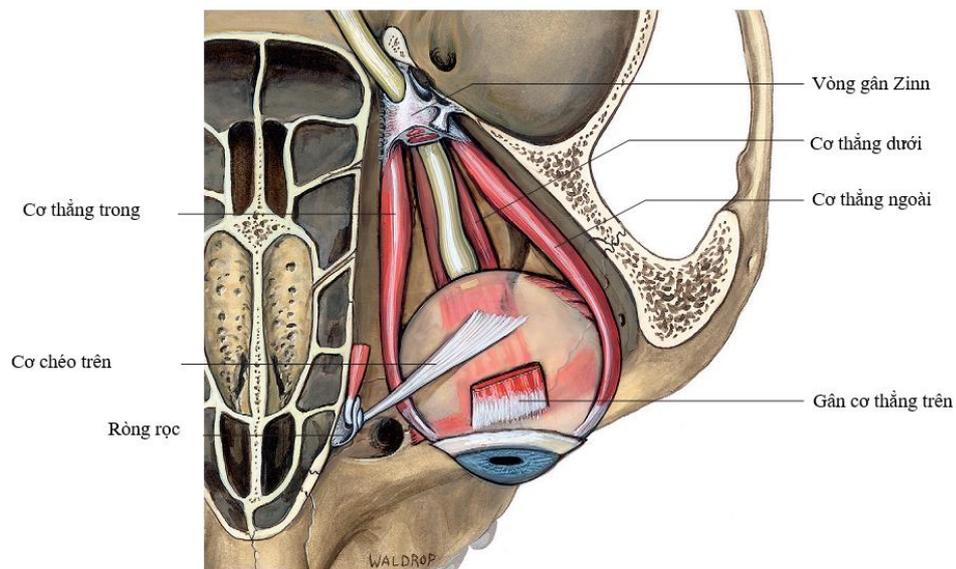
Đỉnh hốc mắt tương ứng là lỗ thần kinh thị giác và nối tiếp với ống thị giác, qua đó thông với hố sọ giữa (hình 1.2). Ống thị giác chạy hướng từ sau ra trước, ra ngoài và hơi xuống dưới, nằm ngay phía trong khe hốc mắt trên. Thành của ống là do sự kết nối hai rễ của cánh bé xương bướm vào thân xương bướm.



Hình 1.2. Đỉnh hốc mắt

Nguồn: Dutton JJ (2011)[38]

Bao quanh ống TKTG và một phần khe hốc mắt trên là một vòng xơ được gọi là vòng gân chung (vòng Zinn), vòng này được xem là nguyên ủy của bốn cơ thẳng tạo thành (hình 1.3) [8], [10].

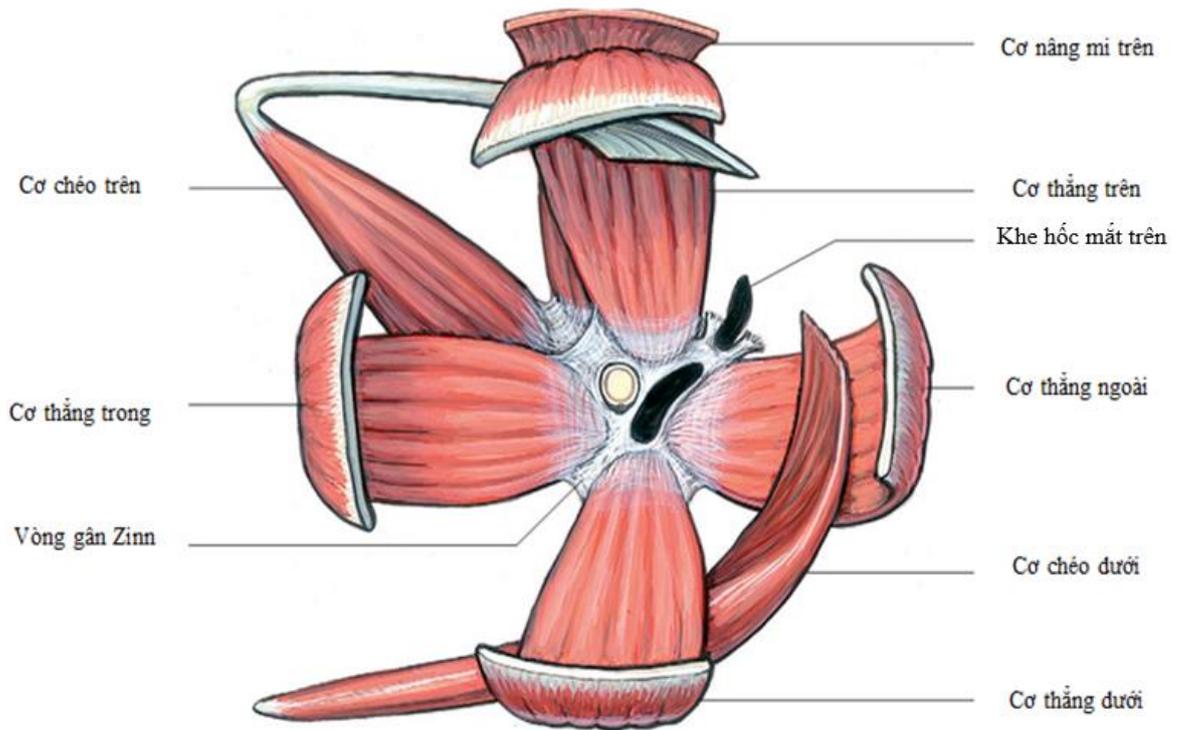


Hình 1.3. Vòng Zinn nhìn từ trên

Nguồn: Dutton JJ (2011)[38]

1.1.5. Các cơ nhãn cầu

Theo quy luật số 7, có 7 cơ của nhãn cầu gồm: bốn cơ thẳng, hai cơ chéo để vận động nhãn cầu và một cơ nâng mi trên để vận động mi mắt trên.



Hình 1.4. Các cơ nhãn cầu

Nguồn: Dutton JJ (2011)[38]

Các cơ thẳng đều xuất phát từ một vòng gân chung bao quanh lỗ thị giác, một phần ống thị giác và đầu trong khe hốc mắt trên. Mỗi cơ đi ra trước theo vị trí tương ứng với tên của nó, bám vào củng mạc bằng mảnh gân rộng. Các cơ thẳng được chi phối vận động bởi dây thần kinh vận nhãn chung trừ cơ thẳng ngoài được chi phối bởi thần kinh vận nhãn ngoài

Cơ chéo trên xuất phát từ phía trên và trong lỗ thị giác, đi hướng ra trước, giữa trần và thành trong hốc mắt tới rỗng rọc ở góc trên trong hốc mắt, hóa thành gân bề mặt ra sau xuống dưới và ra ngoài, đi bên dưới cơ thẳng trên

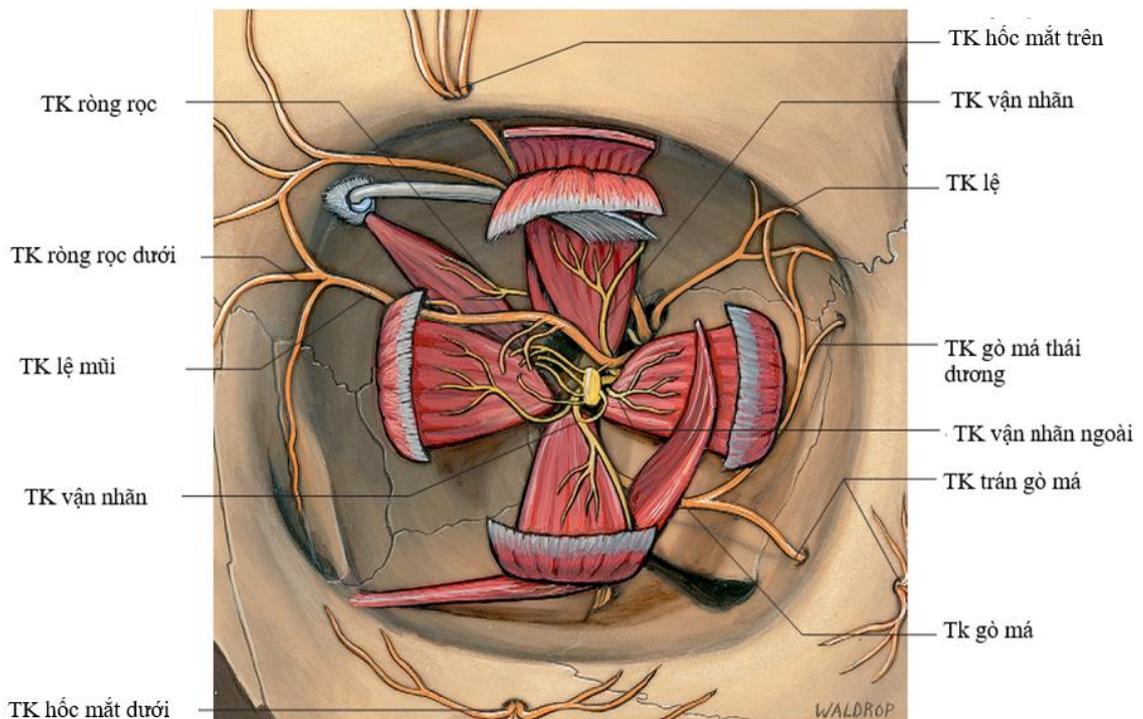
và tỏa rộng ra bám chéo vào góc tư sau trên củng mạc. Thần kinh vận động cho cơ chéo trên là thần kinh rờng rọc.

Cơ chéo dưới xuất phát từ mặt hốc mắt của xương hàm trên gần rãnh lệ mũi và đi hướng lên trên, ra ngoài và ra bên sau, bám vào mặt ngoài củng mạc ở phía sau đường xích đạo. Thần kinh vận động cho cơ chéo dưới là thần kinh vận nhãn chung.

1.1.6. Thần kinh trong hốc mắt

1.1.6.1. Khái quát thần kinh trong hốc mắt

Theo quy luật số 7, cũng có 7 dây thần kinh vùng hốc mắt gồm: TKTG, thần kinh III, IV, V, thần kinh trán, thần kinh lệ và thần kinh mũi mi. Ngoại trừ TKTG đi qua ống thị, tất cả dây còn lại đi qua khe hốc mắt trên. Ống thị giác và khe hốc mắt trên được ngăn cách nhau bằng vách thị, mốc giải phẫu có thể bộc lộ bằng cách mài bỏ máu giường trước [79].



Hình 1.5. Các thần kinh trong hốc mắt (nhìn từ trước)

Nguồn: Dutton JJ (2011)[38]

1.1.6.2. Thần kinh thị giác

Đường dẫn truyền thị giác gồm 3 chặng: chặng thứ nhất là tế bào nón và tế bào que tiếp nối với tế bào lưỡng cực ở võng mạc, chặng thứ hai là tế bào lưỡng cực tiếp nối với tế bào hạch ở võng mạc, chặng thứ ba là dây thần kinh thị giác. Các sợi TKTG tập trung lại ở đĩa thị giác, đi xuyên qua các lớp của võng mạc, màng mạch, củng mạc ở gần cực sau nhãn cầu, được myelin bao bọc thành dây thần kinh thị giác [8]. Dây TKTG dài khoảng 40mm và được chia làm ba đoạn:

Đoạn hốc mắt: dài khoảng 25mm. Bó mạch trung tâm võng mạc xuyên vào thần kinh ở khoảng 12mm sau nhãn cầu rồi đi tới đĩa thị giác.

Đoạn trong ống TKTG: nó chui qua lỗ thị giác vào ống thị giác với chiều dài khoảng 5mm. Động mạch mắt nằm phía trên trong TKTG.

Đoạn trong sọ: dài khoảng 10mm, từ ống TKTG chạy về phía sau trong để tới giao thoa thị giác.

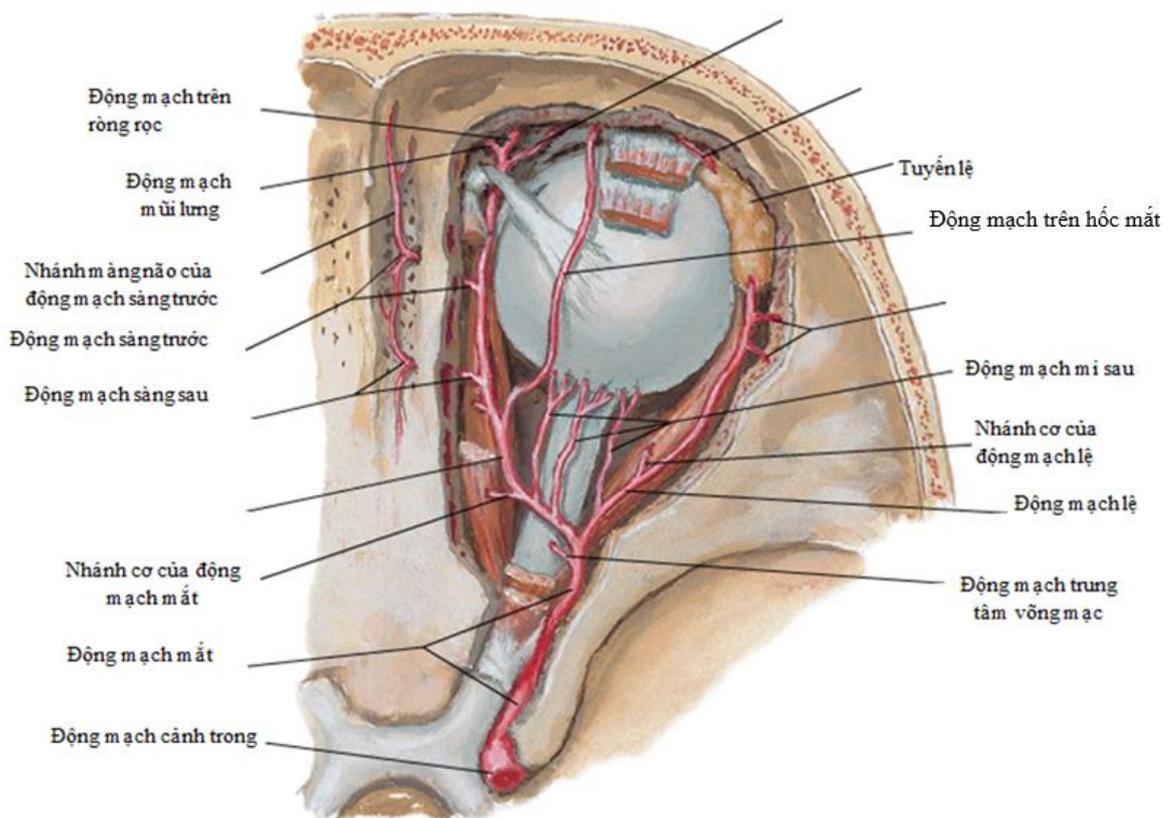
TKTG được bao bọc bởi một bao gồm ba lớp liên tiếp với ba lớp của màng não.

1.1.7. Mạch máu của mắt

Động mạch mắt cung cấp máu cho các thành phần trong hốc mắt kể cả nhãn cầu, là nhánh bên lớn nhất của động mạch cảnh trong đoạn trong sọ. Động mạch mắt đi vào hốc mắt qua ống thần kinh thị giác cùng với dây thần kinh thị giác. Trong hốc mắt, động mạch mắt lúc đầu đi ngoài TKTG, rồi bắt chéo trên thần kinh này (chiếm 90 % các trường hợp, còn 10% bắt chéo dưới TKTG) [1], [8], [10]. Trong hốc mắt, động mạch mắt cho các nhánh bên như sau: động mạch trung tâm võng mạc, động mạch lệ, động mạch cơ, động mạch mi sau dài và mi sau ngắn, động mạch trên hốc mắt, động mạch sàng trước và sàng sau. Động mạch trung tâm võng mạc: chọc qua bao TKTG, đi trong thần kinh này tới đĩa thị chia làm hai nhánh: nhánh trên nhánh dưới. Mỗi nhánh

này lại chia đôi thành tiểu động mạch thái dương và tiểu động mạch mũi. Động mạch mi trong: tạo nên hai cung mạch là cung mi trên và cung mi dưới cấp máu cho mi mắt. Hai nhánh tận bao gồm: động mạch trên ròng rọc và động mạch mũi lưng.

Trong hốc mắt, đa phần các trường hợp, động mạch mắt nằm trên TKTG. Cần hạn chế việc đốt cầm máu “mù” làm tổn thương động mạch trung tâm võng mạc, có thể gây mất thị lực sau phẫu thuật.



Hình 1.6. Phân nhánh của động mạch mắt, nhìn từ trên

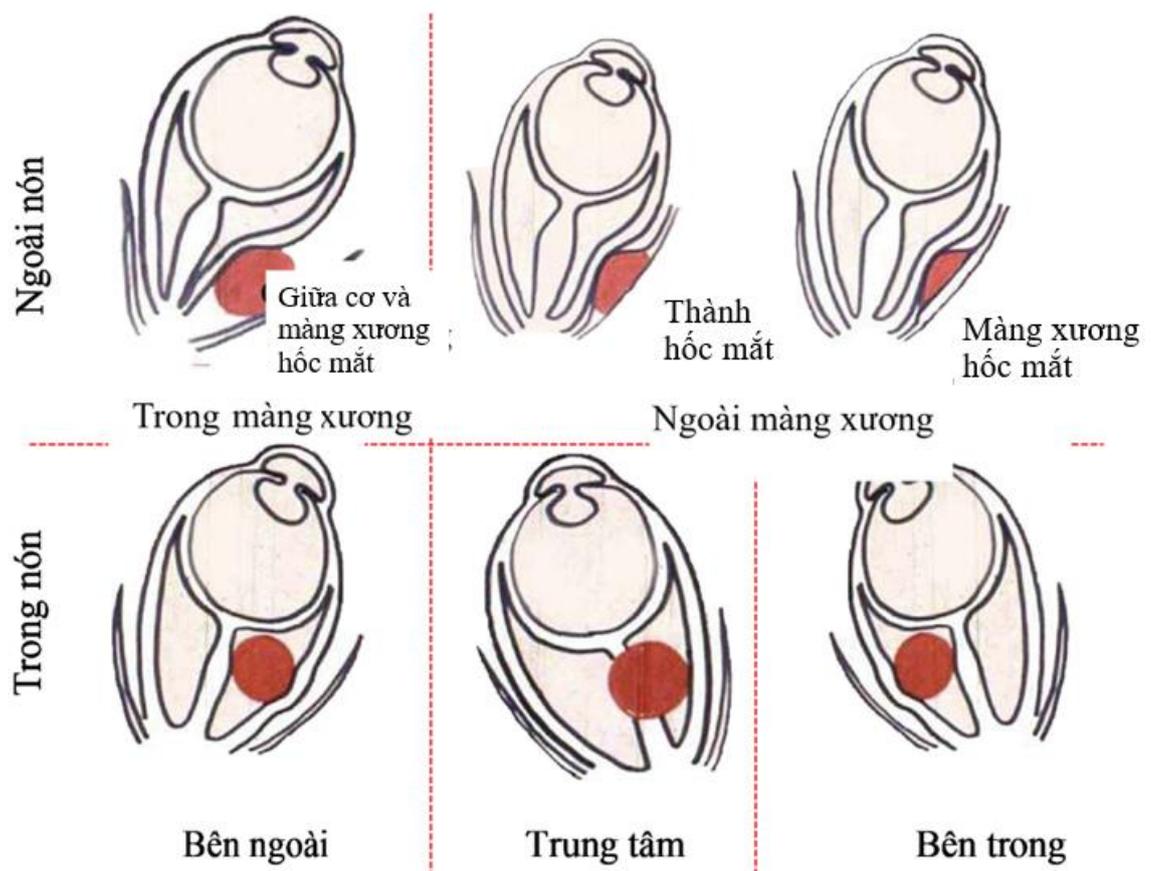
Nguồn : Netter F H (2010)[87]

1.1.8. Môi tương quan của hốc mắt với các thành phần trong sọ

Sàn sọ trước được ngăn cách với hốc mắt bởi trần hốc mắt của xương trán, ở chính giữa sàn sọ trước được ngăn cách với xoang mũi bởi mảnh sàng của xương sàng. Hồ sọ giữa thông nối với hốc mắt qua ống thần kinh thị giác

và khe hốc mắt trên. Qua đó có thể lấy u hớ sọ giữa qua đường xuyên hốc mắt, hay xuyên sàn sọ để lấy UHM đôi bên.

Màng xương hốc mắt, sẽ phân chia tổn thương hốc mắt thành trong màng xương hốc mắt và ngoài màng xương hốc mắt. Bốn cơ thẳng tạo thành cấu trúc gọi là nón cơ. Nón cơ chia hốc mắt thành hai phần: trong nón và ngoài nón. Trong khi tổn thương trong nón luôn là trong màng xương hốc mắt, còn tổn thương ngoài nón có thể nằm trong hoặc ngoài màng xương hốc mắt. Khoảng trong nón có thể chia nhỏ hơn theo tương quan với dây TKTG thành 3 phần: trong, trung tâm và ngoài. Sự hiểu biết về tương quan giải phẫu này giúp phân loại tổn thương và tìm kiếm đường vào phẫu thuật phù hợp.



Hình 1.7. Phân chia vị trí tổn thương hốc mắt

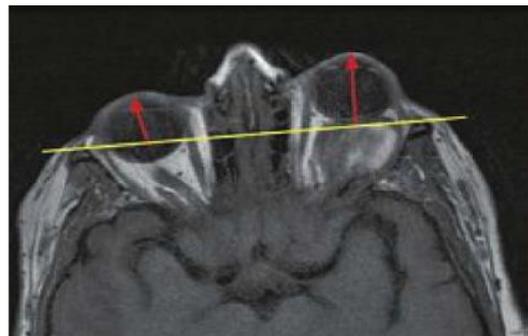
Nguồn: Martins C. (2011)[79]

1.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA UHM

Lồi mắt: Lồi mắt (proptosis) thường được dùng để diễn tả sự di chuyển ra trước của mắt, đây là dấu hiệu chính và thường gặp nhất trong UHM. Lồi mắt là do tác động đẩy khối của u đối với nhãn cầu. Nhãn cầu có thể bị đẩy theo chiều trước sau, hoặc theo chiều ngang. Nguồn gốc của u có thể suy đoán từ hướng đẩy lùi từ vị trí khối u. Thí dụ u tuyến lệ kinh điển sẽ đẩy nhãn cầu lồi xuống dưới vào trong, u của dây TKTG thì đẩy nhãn cầu ra trước theo trục của hốc mắt, còn những u của cơ hay ngoài nón cơ sẽ đẩy nhãn cầu lồi lệch trục [5]. Lồi mắt thẳng trục thường gặp nhất trong bệnh lý tuyến giáp (bệnh Graves), còn 95% các lồi mắt lệch trục là do UHM gây ra [67]. Sự di chuyển của mắt được xác định dựa vào một mặt phẳng trước – sau giữa bề mặt trước của củng mạc và bản lề trước của cung gò má. Độ di chuyển của nhãn cầu được xác định bằng một thiết bị gọi là dụng cụ đo lồi mắt. Thiết bị được sử dụng phổ biến hiện nay là dụng cụ đo lồi mắt Hertel. Nếu kết quả đo được lớn hơn 21 mm hoặc có khác nhau trên 2 mm giữa hai mắt là xác định có lồi mắt [19], [23], [67]. Một cách đo khác là dựa trên hình CT scan hoặc MRI như (hình 1.8) bên dưới.



A



B

Hình 1.8. Cách đo độ lồi mắt

(A: Đo độ lồi mắt bằng thước Hertel, B: đo độ lồi mắt trên MRI)

Nguồn: Biousse V (2009) [23]

Giảm thị lực: Giảm thị lực là triệu chứng quan trọng giúp phân biệt sự ảnh hưởng nguyên phát hay thứ phát lên TKTG. Những u sao bào hoặc u màng não của TKTG thường gây ảnh hưởng trực tiếp và làm giảm thị lực đáng kể. Trong khi đó những u ngoài TKTG thường ít gây giảm thị lực hoặc giảm thị lực nhẹ do cơ chế chèn ép và thường xuất hiện ở giai đoạn muộn [67].

Đau mắt: đau cố định ở một vùng nào đó của hốc mắt và tăng lên về đêm. Nếu đau đột ngột ở trẻ em thì thường là do xuất huyết trong u bạch mạch dạng nang. Đau có thể ở trong sâu tận đỉnh hốc mắt, đặc biệt là khi bệnh nhân có liệt vận nhãn hoặc rối loạn cảm giác do nhánh V_1 chi phối. Những UHM ác tính hoặc do di căn tiến triển nhanh thường gây đau, đối với các u lành tính thì ít khi gây đau nhưng bệnh nhân có thể mô tả như một cảm giác nặng trong hốc mắt [5], [67].

Song thị (nhìn đôi): Có hai cơ chế gây song thị: thứ nhất là do sự xâm lấn của u vào dây thần kinh vận nhãn, thường thấy ở u ác tính và u di căn; thứ hai là do u làm lệch trục của mắt. Triệu chứng song thị xuất hiện đột ngột thường xảy ra trên những bệnh nhân UHM ác tính.

Đỏ mắt do sung huyết, sung nề mi đều do sự ứ trệ tuần hoàn bởi chèn ép từ khối u, đôi khi có chảy nước mắt.

Thị trường: là vùng phía trước mắt bao gồm các vật có thể nhìn thấy được mà không phải chuyển động mắt. Trong UHM thị trường thường hẹp toàn bộ do thương tổn trực tiếp lên dây TKTG [23].

Hạn chế vận động nhãn cầu, sụp mi mắt do liệt cơ nâng mi trên trong tổn thương thần kinh III, liệt các dây thần kinh vận nhãn III, IV, VI và hội chứng đỉnh hốc mắt hay hội chứng khe hốc mắt trên.

Soi đáy mắt để đánh giá đáy mắt bình thường, teo gai thị hay phù gai thị nói lên sự thâm nhiễm TKTG hoặc có sự chèn ép lâu dài trong hốc mắt. Có thể thấy hình ảnh mạch nối mi thị trong bệnh lý u màng não TKTG [91].

1.3. CỘNG HƯỞNG TỪ (MRI) TRONG CHẨN ĐOÁN UHM

MRI được sử dụng trong chẩn đoán u hóc mắt lần đầu vào năm 1984. Ngày nay, MRI trở thành một phương tiện chẩn đoán hình ảnh quan trọng để phát hiện và mô tả các bệnh lý nhãn cầu và hóc mắt. MRI cho hình ảnh trên nhiều mặt phẳng (ngang, đứng dọc, đứng ngang và bất kỳ mặt phẳng nghiêng nào) mà không cần điều chỉnh tư thế của bệnh nhân. MRI đánh giá tốt đặc tính mô mềm cũng như hiện tượng thoái hóa bao myelin, các sang thương mạch máu hoặc xuất huyết. MRI còn cung cấp độ tương phản mô của các cấu trúc ở đỉnh hóc mắt, ở ngoại vi hóc mắt và các u vùng sọ não – hóc mắt tốt hơn.

MRI có thể phân biệt rõ các cấu trúc giải phẫu trong hóc mắt: nón cơ, các thành phần trong ngoài nón, TKTG, nhãn cầu và tuyến lệ. Khoang trong nón là khoang nằm trong nón cơ trong đó có TKTG. Trên MRI mặt phẳng trán thì T2W, giữa TKTG và bao của nó tăng tín hiệu nhẹ. Sở dĩ có vòng tăng tín hiệu nhẹ giữa TKTG và bao của nó là do có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy, trên T1W nó giảm tín hiệu và khác biệt rõ so với mô mỡ xung quanh. Trên mặt phẳng dọc TKTG có dạng hình chữ S. TKTG dẫn lớn hình thoi cho thấy chẩn đoán u tế bào đệm của TKTG. U màng não bao TKTG thì ít gặp hơn, thần kinh sẽ phình to ra dạng hình ống do u xuất phát từ bao TKTG, có thể thấy dấu hiệu đường ray và 1/3 trường hợp có vôi hóa [12].

Mặt phẳng trán (coronal) là mặt phẳng quan trọng để khảo sát hóc mắt khoang trong nón, cho phép phát hiện những u nhỏ nằm trong nón, có thể xác định sự xâm nhiễm vào các cơ vận nhãn, mối liên quan với TKTG và sự lan rộng ra khoang ngoài nón. Thường các tổn thương trong nón giảm tín hiệu trên T1W và tăng trên T2W như: các u mạch dạng hang, viêm giả u, dẫn tĩnh mạch, hiếm gặp hơn gồm có những u bạch mạch, u sợi thần kinh, u di căn...

Bốn cơ thẳng tạo thành cấu trúc gọi là nón cơ. Nón cơ chia hóc mắt thành hai phần: trong nón và ngoài nón. Khoang ngoài nón là khoang được

giới hạn bởi khoảng ngoài cơ vận nhãn và thành xương hốc mắt. Mặt phẳng khảo sát rõ nhất là mặt phẳng trán vì xương và cơ sẽ dễ phân biệt. Nhãn cầu vận động được là do sự phối hợp của các cơ vận nhãn gồm 4 cơ thẳng và 2 cơ chéo. Bệnh lý nằm ngoài nón cơ có thể là sự phì đại của cơ và gân cơ, cơ thường có tín hiệu thấp hơn mô mỡ hậu nhãn cầu trên T1W, tương phản giữa cơ và gân cơ càng rõ hơn trên T2W. Bệnh lý thường gặp do phì đại cơ là bệnh lý mất do nội tiết ở bệnh Graves. Các thương tổn ngoài nón có thể gặp nữa là: viêm cơ, viêm giả u hốc mắt, lymphôm, u mạch máu dạng mao mạch, đa u sợi thần kinh, sarcôm cơ vân, chấn thương và hiếm gặp là rò động tĩnh mạch mắt [20].

Trên mặt phẳng trán, khi lấy TKTG làm tâm và 4 cơ thẳng trên, dưới, trong, ngoài ở 4 phía, hốc mắt được chia thành các vị trí: trên, dưới, trong, ngoài, trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài và trung tâm (TKTG).

1.4. PHÂN LOẠI UHM

UHM có thể được phân loại dựa trên nhiều khía cạnh, tuy nhiên phân loại theo nguồn gốc mô bệnh học giúp ích cho việc điều trị hơn, nhất là việc lập kế hoạch phẫu thuật. Dưới đây là hệ thống phân loại UHM được sử dụng hiện nay [46], [99]:

- **Phân loại theo nguồn gốc xuất phát u:** U nguyên phát trong hốc mắt và u hốc mắt thứ phát do xâm lấn từ mô kế cận (xoang, nội sọ) hoặc di căn.
- **Phân loại theo giải phẫu nón cơ:** Nón cơ được hình thành bởi bốn cơ thẳng; chia thành: u nằm trong nón cơ; u nằm ngoài nón và u trong ống thị giác.
- **Phân loại theo tính chất ác tính:** U lành và u ác.
- **Phân loại u theo nguồn gốc mô học:**

U có nguồn gốc mạch máu: U mạch dạng hang, u mạch máu dạng mao mạch, u bạch mạch, u mạch chu bào

U có nguồn gốc từ thần kinh ngoại biên: U sợi thần kinh, u tế bào Schwann, u tế bào Schwann ác tính

Các u của sụn và xương hóc mắt: U xương lành tính, sarcôm tạo xương, u sụn hóc mắt, loạn sản sợi, u sợi sinh xương

Các u xuất phát từ thượng mô thần kinh: U tế bào đệm của đường thị giác, u màng não

U có nguồn gốc trung mô: U mỡ, sarcôm cơ vân

Các u của tuyến lệ: carcinôm tuyến lệ dạng nang, carcinôm tuyến lệ...

Ung thư di căn: thường từ vú, phổi, tiền liệt tuyến, melanôm...

Các u của mô lymphô: Tăng sản mô lymphô lành tính, lymphôm

Các thương tổn dạng nang ở hóc mắt: Nang bì, u nhày

Các loại u hiếm gặp khác

He và cộng sự (2002) đã báo cáo phân loại mô bệnh học các tổn thương hóc mắt trên 3476 bệnh nhân cho biết 10 bệnh phổ biến hàng đầu là: u mạch dạng hang, u xơ, viêm giả u, nang bì, u tế bào schwann, u màng não, u hỗn hợp lành tính của tuyến lệ, u nhày, giãn tĩnh mạch, u tế bào tuyến lệ [56]. Theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Lê Phương tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2013 [5], cho thấy các UHM thường gặp nhất là: U mạch dạng hang, u tế bào Schwann, u màng não và u tế bào đệm của TKTG. Dưới đây là một số những thương tổn bệnh học UHM thường gặp.

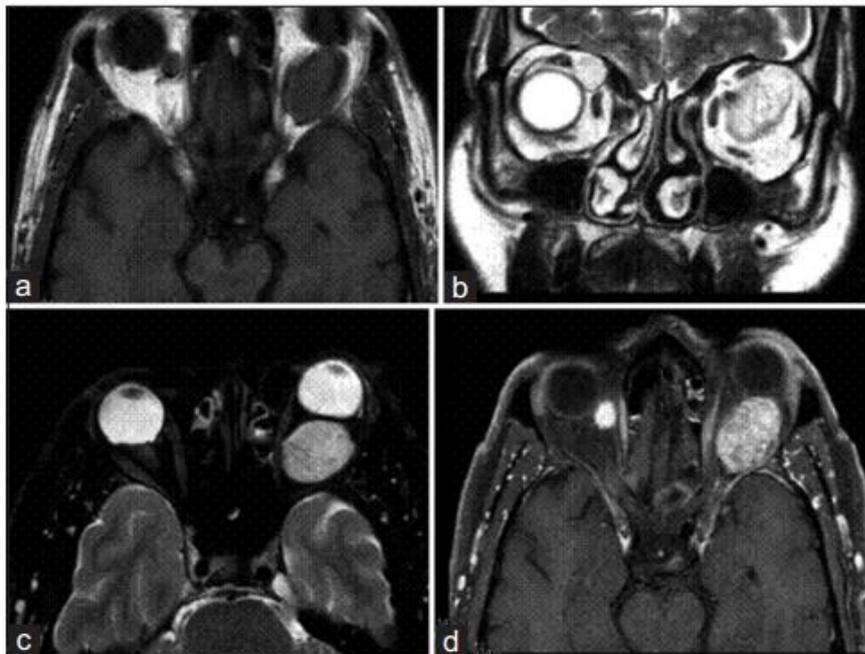
1.4.1. U mạch máu dạng hang (Cavernous hemangioma)

Dịch tế: là u lành thường gặp nhất trong hóc mắt ở người lớn, chiếm 3,1% đến 9% tùy theo nghiên cứu. U không kèm theo bất kì u mạch máu nào khác trong cơ thể, thường xuất hiện ở khoảng 40- 60 tuổi và hiếm khi thấy ở trẻ em, nữ nhiều hơn nam (60-70%) [50]. Hóc môn nữ dường như có ảnh hưởng lên các biểu hiện lâm sàng của u mạch dạng hang. Tốc độ phát triển

chậm, diễn tiến lâu dài, theo tác giả Rootman: u phát triển với tốc độ 10-15%/năm, tương đương khoảng 0,2 cm³/năm [98].

Lâm sàng: Biểu hiện lâm sàng gồm lồi mắt, phù gai thị hoặc teo gai nếu bệnh diễn tiến lâu, khám mắt đôi khi có viễn thị và nếp gấp màng mạch do u liên quan tới nhãn cầu. Những u trong nón thường gây lồi mắt chậm, u ngoài nón thì sớm hơn, nhãn cầu sẽ bị đẩy về bên đối diện với u. Thị lực thường tốt trừ khi u chèn ép TKTG.

Hình ảnh học: U mạch dạng hang thường xuất hiện đơn độc, đa số ở thành bên, trong nón. U thường là một khối dạng đặc, hiếm khi nhiều u hoặc hai mắt, u trong đỉnh hốc mắt là một vị trí đặc biệt. Trên MRI u tròn hoặc bầu dục, bờ rõ, đồng tín hiệu với chất xám và cơ vận nhãn trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, bắt thuốc lúc đầu lốm đốm sau đó bắt thuốc đồng nhất [114]. Đặc biệt là u thường để lại khoảng trống hình tam giác trong đỉnh hốc mắt [69], [100], [113].



Hình 1.9. U mạch dạng hang ở hai bên

Nguồn: Hentati A (2018)[60]

Giải phẫu bệnh: Về đại thể; u có hình tròn hoặc bầu dục, có bao rõ như bọt biển, màu tím thẫm. Về vi thể; u mạch máu dạng hang đặc trưng bởi các kênh mạch máu lớn bao phủ bởi tế bào nội mô và nhiều loại chất nền ngoại bào. Lòng mạch máu thường có các huyết khối, là kết quả của việc ứ trệ tuần hoàn lâu dài. Như vậy, 3 đặc tính nổi bật của mô bệnh học u mạch máu dạng hang là: huyết khối, tăng sinh các tế bào quanh mạch và sự khuếch đại của các chất nền ngoại bào.

Điều trị: Phẫu thuật bóc toàn bộ u là điều trị triệt để loại u này. Những u nhỏ không triệu chứng có thể theo dõi định kì bằng MRI. Điều trị phẫu thuật đối với u mạch máu dạng hang vùng hốc mắt thường được thực hiện trong trường hợp u có triệu chứng, chèn ép thần kinh thị hoặc lồi mắt gây biến dạng [18], [28], [33]. Quan sát và theo dõi là một lựa chọn hợp lí trong trường hợp không triệu chứng, vì chảy máu cấp là một biến chứng hiếm khi xảy ra và u tiến triển chậm [50].

1.4.2. U tế bào Schwann (Schwannoma, Neurilemmoma):

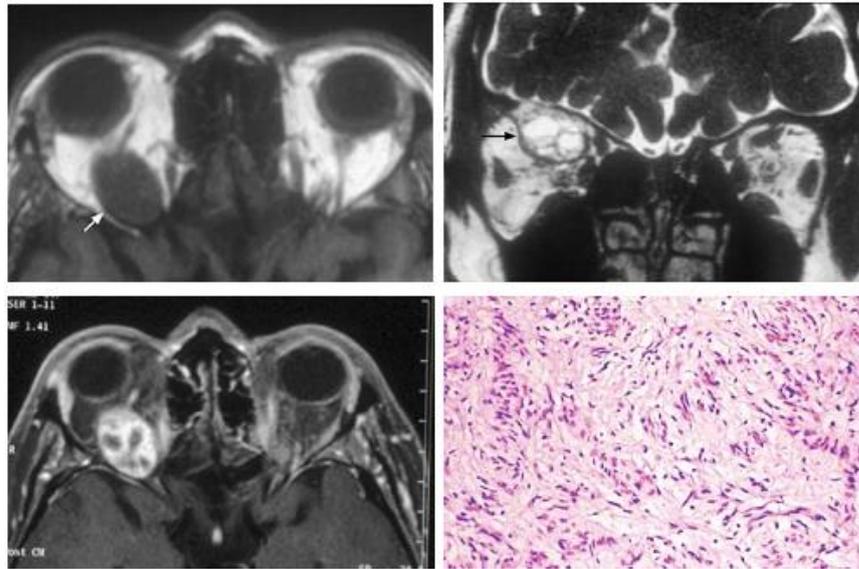
Dịch tể: là u lành của thần kinh ngoại biên hốc mắt, chiếm 0,7 – 2,3% các UHM. Hầu hết u đơn độc, tuy nhiên có 2- 18% các trường hợp đi kèm với bệnh đa u sợi thần kinh, thường xuất phát từ nhánh cảm giác của dây thần kinh V1, chủ yếu là nhánh trên hốc mắt và nhánh trên ròng rọc [49]. Một số báo cáo cho thấy u xuất phát từ nhánh vận động của thần kinh III, thần kinh VI và thần kinh mi [32], [42], [77]. U thường gặp ở tuổi trẻ hoặc trung niên, có thể trong nón hoặc ngoài nón.

Lâm sàng: Dấu hiệu lâm sàng gồm lồi mắt diễn tiến chậm, rối loạn vận nhãn và đôi khi có đau. U xuất phát từ thần kinh trên hốc mắt và thần kinh trên ròng rọc thì gây lồi mắt kiểu đẩy nhãn cầu xuống dưới. Trong khi đó, u xuất phát từ thần kinh dưới hốc mắt thì đẩy nhãn cầu hướng lên. Mặt khác, u có thể lan vào xoang hang qua khe hốc mắt trên và ngược lại u cũng có thể từ

xoang hang lan vào khe hốc mắt trên vào hốc mắt như là u tế bào Schwann trong hốc mắt [49].

Hình ảnh học: Trên CT scan; thấy một khối hình tròn hoặc bầu dục có bao rõ, nằm ở vùng hốc mắt trên, không nằm trong ống thị giác nhưng 25% u có thể lan qua khe hốc mắt trên vào xoang hang. Trên MRI; u đồng tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, bắt thuốc trung bình có vùng dịch xen lẫn mô đặc, đôi khi u hoại tử hóa nang dễ nhầm với các thương tổn dạng nang khác [31]. Tốc độ bắt thuốc cản từ đường như có hiệu quả trong phân biệt giữa u mạch dạng hang và u tế bào Schwann [107]. Ohtsuka và cộng sự (1997) đã báo cáo diễn tiến bắt thuốc của u mạch dạng hang: Trên MRI thì sớm sau khi tiêm thuốc cản từ, u mạch dạng hang bắt thuốc từ một điểm ban đầu và sau đó lan tỏa đồng nhất, điểm bắt thuốc ban đầu biểu hiện cho thuốc vào các mạch máu nuôi. Trong khi đó, u tế bào Schwann bắt thuốc từ ngoại biên sau đó lan rộng ra khắp u [107].

Giải phẫu bệnh: Về đại thể, u là khối màu xám vàng, có bao rõ, có 30-50% tìm thấy dây thần kinh xuất phát u. Mô bệnh học có thể thấy những tế bào Schwann hình thoi chứa nhân hình que xếp thành từng bó, đan thành những dải tế bào xen lẫn những vùng không có tế bào (thể Verocay) như là đặc hiệu cho u tế bào Schwann.



Hình 1.10. Hình MRI và giải phẫu bệnh của u tế bào Schwann hốc mắt

Nguồn: Gunduz K (2015)[49]

Điều trị: Phẫu thuật lấy toàn bộ u, tùy theo vị trí mà chọn lựa đường vào để lấy u. Hầu hết u lành tính, nhưng có thể hóa ác nhất là các trường hợp phẫu thuật không lấy hết u.

1.4.3. U tế bào đệm của đường thị giác (Glioma):

Dịch tễ: U tế bào đệm của đường thị giác chiếm 0,6- 1,2% các u trong sọ với tần suất là 1/100000 dân, 90% xảy ra ở trẻ em dưới 10 tuổi và không có sự khác biệt về giới. Hầu hết, u tế bào đệm đường thị giác là bệnh đơn độc, nhưng có 15% đi kèm với bệnh đa u sợi thần kinh loại I. U có thể xuất phát từ bất kỳ thành phần nào của đường thị giác, trong đó 24% u ở dây TKTG, 75% là ở giao thoa hoặc dây thị và 1,6% ở đĩa thị. Những u nằm ở trước giao thoa thường tiên lượng tốt hơn và bệnh đa u sợi thần kinh loại I thường đi kèm với u trước giao thoa. Hầu hết u đều là lành tính, hiếm có trường hợp chuyển dạng ác tính [16], [85].

Lâm sàng: Yếu tố quan trọng trong chẩn đoán là tuổi, khởi phát sớm dưới 6 tuổi. Các triệu chứng bao gồm lồi mắt, liệt vận nhãn, giảm thị lực và khiếm khuyết thị trường tiến triển nhanh, đau mắt. Mất thị lực chiếm 87,5%

các trường hợp, teo gai 59%, phù gai 35%. Triệu chứng hạ đồi chiếm 26%, có thể xảy ra khi u ở giao thoa, hạ đồi (bao gồm: đái tháo nhạt, dậy thì sớm, ngủ gà, chậm phát triển) [51].

Hình ảnh học: Trên CT scan; có thể thấy TKTG phình lớn dạng hình thoi, có chỗ thắt nút, có nang và không có vôi hóa, bắt thuốc thường là rõ và đồng nhất. Trên MRI, u đồng tín hiệu với chất xám não trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, có tín hiệu đôi “chỗ dày lên hình ống” với chỗ thắt nút và dài ra của thân TKTG (Hình 1.11B). [14]



Hình 1.11. Hình ảnh u tế bào đệm TKTG trên MRI

A: U tế bào đệm hình thoi của TKTG bên trái ở bé 3 tuổi.

Nguồn: Kang (1997) [64]

B: U tế bào đệm TKTG với TKTG dài ra và có chỗ thắt nút.

Nguồn: Hądjistilianou (2015) [51]

Giải phẫu bệnh: Về vi thể có thể thấy hình ảnh nhân tế bào thần kinh đệm nhiều nhưng kém trưởng thành. Đặc điểm của u sao bào độ ác thấp thường là u sao bào lông.

Điều trị: Điều trị u tế bào đệm đường thị giác là một điều trị đa mô thức và còn nhiều bàn cãi. Các lựa chọn điều trị bao gồm: theo dõi, hóa trị, xạ trị và phẫu thuật. U không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ có thể theo dõi. Hóa trị thường được sử dụng khi u phát triển gây mất thị lực, tuy nhiên vẫn

còn nhiều bàn cãi vì tác dụng phụ của nó. Xạ trị cũng có ích, áp dụng cho trẻ em trên 5 tuổi với những dấu hiệu tiến triển của u trên hình ảnh học hoặc lâm sàng xấu hơn. Phẫu thuật cắt bỏ u dây TKTG chỉ áp dụng khi mắt mù, lồi mắt gây mất thẩm mỹ. Tuy nhiên u của giao thoa, hạ đồi, dây thị thì không thể cắt bỏ hoàn toàn vì vùng chức năng quan trọng. Tiên lượng khá thay đổi, tùy thuộc vào vị trí của u. Nghiên cứu cho thấy 38- 52% u tế bào đệm đường thị giác tiến triển trong quá trình theo dõi ban đầu. Tỷ lệ sống sót trên 10 năm từ 85- 100% theo nhiều nghiên cứu [51].

U tế bào đệm thần kinh thị ác tính ở người lớn

Dịch tể: U tế bào đệm TKTG ở người lớn chiếm tỷ lệ thấp, nó có khuynh hướng ác tính hơn ở trẻ em, thường gặp ở bệnh nhân nam lớn tuổi và không liên quan với bệnh đa u sợi thần kinh loại I.

Lâm sàng: Diễn tiến lâm sàng gồm mất thị lực nhanh, giảm thị lực tới mù mắt trung bình khoảng 11 tuần, phù gai hoặc teo gai, kèm theo khiếm khuyết thị trường, lồi mắt, liệt vận nhãn, đau mắt thường gặp hơn. Bệnh có thể xảy ra ở một hoặc hai mắt tùy theo vị trí u trên đường thị giác.

Giải phẫu bệnh: đặc điểm của u sao bào độ ác cao.

Điều trị: phẫu thuật lấy u thường hạn chế, chủ yếu là xạ trị hoặc hóa trị. Tiên lượng thường xấu với tỷ lệ tử vong 97% và thời gian sống sót trung bình là 8,6 tháng (1 -24 tháng) [71].

1.4.4. U màng não hóc mắt (Meningioma)

Dịch tể: Theo nguồn gốc; u màng não hóc mắt chia ra làm hai loại: nguyên phát và thứ phát. U màng não hóc mắt nguyên phát xuất phát từ lớp màng nhện của bao dây TKTG, chiếm khoảng 5-10% u hóc mắt, có thể xâm lấn nội sọ. U màng não hóc mắt thứ phát là u màng não có nguồn gốc nội sọ, thường xuất phát từ cánh xương bướm xâm lấn hóc mắt. Ngoài ra, một số tác giả còn báo cáo một loại u màng não hóc mắt mà không xuất phát từ bao

TKTG, ống thị giác hay màng não nội sọ được gọi là u màng não hóc mắt lạc chỗ, loại u này rất hiếm và còn gặp nhiều tranh cãi [16], [62], [107]. Tuổi thường gặp ở độ tuổi trung niên, nữ gấp 3 lần nam, chủng tộc Châu Á mắc bệnh cao hơn so với Châu Phi và Châu Mỹ. Tần suất thường cao hơn ở những bệnh nhân đa u sợi thần kinh và nhất là trong bệnh đa u sợi thần kinh loại II thường có u màng não bao TKTG hai bên.

Lâm sàng: Triệu chứng thường do ảnh hưởng đường thị giác phía trước gồm: giảm thị lực thị trường từ từ, đau mắt, lồi mắt. Hầu hết các nghiên cứu về u màng não bao TKTG đều nhận thấy giảm thị lực là triệu chứng thường gặp nhất, lồi mắt thường đến muộn hơn do khi u đủ lớn mới gây ra lồi mắt, kể đến là bất thường đĩa thị như phù gai, teo gai và dấu hiệu mạch nối mi thị chiếm 30%. Tam chứng của u màng não bao TKTG gồm: giảm thị lực, teo gai và dấu hiệu mạch nối mi thị hiếm gặp [107]. Những u màng não thứ phát từ rãnh khúu hoặc vùng trán thường có triệu chứng thay đổi tâm thần, có thể có song thị, phù gai hoặc teo gai.

Hình ảnh học: Trên CT scan; thường có tăng sinh xương kế cận kèm hiện tượng canxi hóa trong khối u xuất phát từ bao màng nhện của TKTG hay trong sọ lan vào hóc mắt. Trên phim MRI, u đồng tín hiệu với mô não và cơ vận nhãn trên T1W, bắt thuốc mạnh đồng nhất, có thể có dấu đuôi màng cứng [71]. U màng não bao TKTG thường có dạng hình ống dọc theo chiều dài của thần kinh thị giác và điển hình là dấu hiệu “đường ray xe lửa” (tram-track), do bao thần kinh thị bắt thuốc và lõi thần kinh thị giảm tín hiệu hơn (hình 1.12) [71].



Hình 1.12. Hình MRI u màng não bao TKTG hóc mắt phải với dấu đường ray

Nguồn: Lee A.G. (2015) [71]

Giải phẫu bệnh: u thường có 2 dạng là dạng thượng mô và dạng chuyển tiếp.

Điều trị:

* Đối với những u màng não xâm lấn hóc mắt thứ phát, giải pháp tốt nhất là phẫu thuật lấy toàn bộ u. Lấy bán phần u trong những trường hợp u dính vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng như xoang hang, động mạch cảnh... Xạ trị áp dụng cho những u màng não hóa ác hay một số trường hợp không thể lấy hết u.

* Đối với u màng não của bao TKTG: khi u còn nhỏ thì theo dõi định kì mỗi 6 tháng trong 2 năm bằng MRI, sau đó mỗi năm nếu u không tiến triển. Phẫu thuật lấy toàn bộ u thường sẽ gây mất thị lực không hồi phục, nên chỉ định cho những trường hợp bệnh nhân đã mất thị lực, hoặc những u làm lòi mắt gây mất thẩm mỹ vùng mặt, khuynh hướng lan sang mắt đối bên. Hầu hết các các tác giả chọn lựa phương pháp xạ phẫu với nhiều phân liều thấp cho những trường hợp u nhỏ, muốn bảo tồn thị lực [27], [115].

1.5. ĐIỀU TRỊ UHM

Cho đến bây giờ, vấn đề điều trị UHM vẫn chủ yếu là phẫu thuật, tuy nhiên phẫu thuật lấy u triệt để không phải lúc nào cũng được thực hiện. Mặt khác các UHM có bệnh học đa dạng với nhiều mô thức điều trị khác nhau, cho nên hóa trị và xạ trị cũng chiếm vai trò quan trọng trong một số trường hợp UHM.

1.5.1. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật UHM dựa vào lâm sàng có triệu chứng như: lồi mắt, đỏ mắt, đau mắt, giảm thị lực, khiếm khuyết thị trường, liệt vận nhãn... và MRI não có tương phản từ chẩn đoán là UHM.

Chọn lựa đường mổ trong phẫu thuật UHM tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: vị trí u, mức độ lan rộng cũng như dự đoán loại mô học của u dựa vào hình ảnh. Ngày nay, phương pháp phẫu thuật có thể tóm lược gồm 3 đường là đường trực tiếp vào hốc mắt, đường qua sọ trần hốc mắt và đường mổ phối hợp giữa hai đường trên [17], [19], [44], [46], [53], [65], [99].

1.5.1.1. Đường mổ ngoài sọ vào hốc mắt:

- Đường thành ngoài

Chỉ định: U trong- ngoài nón nằm ở thành ngoài, đặc biệt là u tuyến lệ.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ

Nhược điểm: sọ thẩm mỹ

- Đường xuyên xương sàng

Chỉ định: U nằm ở thành trong, nhất là ở khoang ngoài nón hoặc cho giải áp TKTG

Ưu điểm: Không vén não, có thể sử dụng nội soi qua mũi nên cần phối hợp với bác sĩ Tai Mũi Họng

Nhược điểm: phẫu trường hẹp, chảy máu nhiều, nhiễm trùng liên quan với xoang cạnh mũi.

- Đường xuyên xoang trán

Chỉ định: U ngoài nón, nhất là u nhầy xoang lan vào hốc mắt.

Ưu điểm: Xâm lấn tối thiểu.

Nhược điểm: sẹo vùng trán, nhiễm trùng, chỉ định hạn hẹp.

- Đường xuyên xoang hàm

Chỉ định: U ở sàn hốc mắt, u trong hoặc ngoài nón nằm gần xoang hàm.

Ưu điểm: Tiếp cận được nhưng cần phối hợp với bác sĩ Tai Mũi Họng hoặc Hàm Mặt, có thể ứng dụng nội soi qua mũi.

Nhược điểm: phẫu trường hẹp, chảy máu, nhiễm trùng liên quan với xoang.

- Đường xuyên kết mạc

Chỉ định: U trong và ngoài nón ở sàn hốc mắt, thành trong hốc mắt không sâu trong đỉnh hốc mắt, nhất là để sinh thiết u.

Ưu điểm: Xâm lấn tối thiểu, thẩm mỹ, có thể sử dụng nội soi.

Nhược điểm: Phẫu trường hẹp, phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và thường phải phối hợp với bác sĩ nhãn khoa.

1.5.1.2. Đường mổ qua sọ: Theo y văn phương pháp qua sọ để mổ UHM bao gồm những kiểu đường mổ có những ưu nhược điểm được tóm tắt dưới đây dưới đây [11], [13], [15], [19], [46], [73], [99], [105].

- Đường dưới trán

Chỉ định: UHM nằm trên TKTG, u tế bào đệm của TKTG.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ

Nhược điểm: Vén não trán, khó tiếp cận khe hốc mắt trên và xoang hang

- Đường trán thái dương trong màng cứng

Chỉ định: U nằm ở khe hốc mắt trên, ống thị giác, đỉnh hốc mắt, u TKTG trong hốc mắt và nội sọ.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ, vén não ít, xử lý tốt u trong màng cứng.

Nhược điểm: Phương pháp có thể gây tổn thương, teo cơ thái dương.

- Đường trán thái dương ngoài màng cứng

Chỉ định: U trong nón, u đỉnh hốc mắt, u gần khe hốc mắt trên và dưới, u liên quan xoang hang.

Ưu điểm: Bộc lộ rõ, vén não ít.

Nhược điểm: Phương pháp có thể gây tổn thương, teo cơ thái dương, cần nắm vững chi tiết tiết giải phẫu hốc mắt.

- Đường trán thái dương đối bên

Chỉ định: U thành trong đỉnh hốc mắt, túi phình động mạch mắt.

Ưu điểm: Trực tiếp xử lý thành dưới trong cửa thần kinh thị giác.

Nhược điểm: Phương pháp có thể gây tổn thương thần kinh khứu giác, vén não nhiều, cần sử dụng hệ thống định vị không khung.

- Đường mở gò má hốc mắt

Chỉ định: U đỉnh hốc mắt, u của TKTG, u liên quan khe hốc mắt trên, hố sọ giữa và cạnh yên.

Ưu điểm: Bộc lộ rộng, ít vén não

Nhược điểm: Vạt da trán rộng, nguy cơ lõm mắt, xâm lấn

1.5.1.3. Đường kết hợp trong và ngoài sọ:

Đường trên hốc mắt qua vết mổ cung mày [37], [53].

Đường mở sọ trán kết hợp mở thành ngoài [54].

Đường mở trước trong kết hợp mở thành ngoài: chỉ định cho những u to, nằm sâu thành trong hốc mắt [5].

Đường mở trước dưới kết hợp thành ngoài

Đường mở phối hợp nội soi qua mũi và đường thành ngoài [96].

Mức nhãn cầu: Lấy bỏ nhãn cầu kết hợp lấy u đối với những u ác tính xâm lấn rộng, chức năng thị lực mất.

1.5.2. Xạ trị

Giải phẫu học mắt cũng là vấn đề thách thức đối với xạ trị. Bởi vì các cấu trúc của hốc mắt như: xương, cơ vận nhãn và tổ chức mỡ thì chịu liều tia xạ cao; trong khi đó nhãn cầu và bộ lệ nhạy cảm với tia xạ hơn. Như vậy vấn đề của xạ trị là cần tránh làm tổn thương TKTG, võng mạc, bộ lệ và thủy tinh thể. Những tác dụng phụ khi xạ trị vùng hốc mắt bao gồm: khô mắt, rụng lông mi, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, bệnh võng mạc do tia xạ, bệnh lý thị thần kinh sau xạ hoặc tổn thương vùng hạ đồi tuyến yên khi xạ trị liên quan với giao thoa thị.

Xạ trị có thể chỉ định cho cả u lành và u ác hốc mắt như: u mạch máu, u màng não, u tế bào đệm TKTG, lymphôm, carcinôm vùng mũi xoang, sarcôm, u di căn, u ác tuyến lệ, u liên quan mi mắt và kết mạc... Kỹ thuật xạ trị có thể tóm lược thành 3 phương pháp: xạ trị ngoài qui ước, xạ phẫu bằng dao gamma, xạ trị tăng cường với xạ trị áp sát (xạ trị trong) [43].

1.5.3. Hóa trị

Hóa trị liệu cũng là một trong những phương pháp điều trị UHM bao gồm các u lành tính hay ác tính, ở trẻ em hay người lớn. Nó có thể là phương pháp điều trị chính yếu hay là điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật và xạ trị [36], [104].

Các UHM ác tính hốc mắt như: Lymphôm, sarcôm cơ vân, sarcôm sợi, sarcôm sụn, sarcôm mỡ, sarcôm tạo xương, sarcôm Ewings, carcinôm tuyến lệ, carcinôm tế bào đáy, carcinôm tế bào gai vùng mi mắt hoặc mũi xoang, u mạch chu bào, u di căn, u tế bào đệm TKTG, u nguyên bào võng mạc... Các u lành tính như: u mạch máu, bệnh mô bào Langerhans, viêm giả u...

1.6. PHƯƠNG PHÁP MỞ VI PHẪU QUA SỌ DƯỚI TRÁN HOẶC TRÁN THÁI DƯƠNG BẢO TỒN CUNG MÀY

1.6.1. Chỉ định

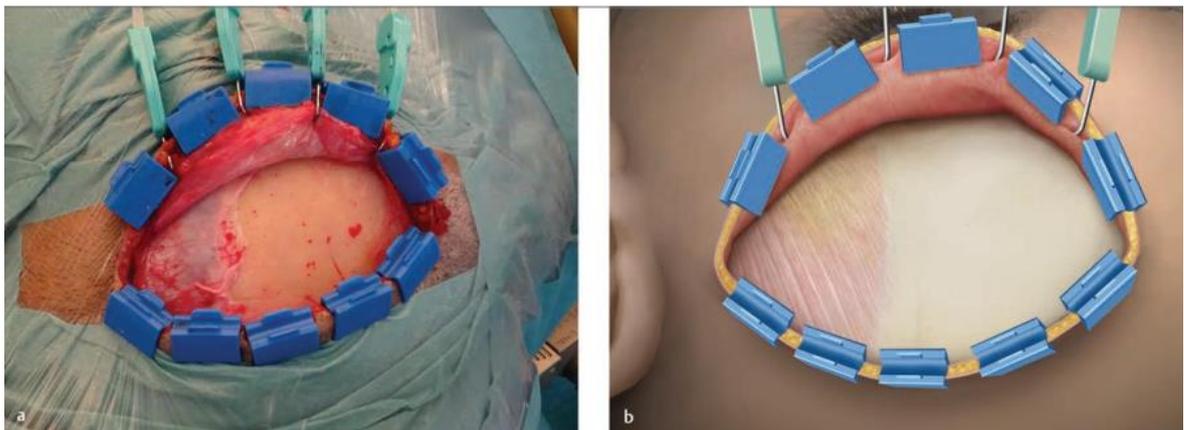
UHM nằm thành trên, thành trong, u đỉnh hốc mắt, u xuất phát từ TKTG, u liên quan khe hốc mắt trên, xoang hang hay xâm lấn nội sọ [11], [13], [46], [99], [109].

1.6.2. Phương pháp phẫu thuật

- **Tư thế bệnh nhân và mở sọ - trần hốc mắt**

Gây mê toàn thân, bệnh nhân nằm ngửa, đầu xoay sang đối diện khoảng 30 độ đối với mở sọ trán thái dương (hình 1.13-1.16) và đầu trung tính, gập khoảng 20 độ đối với đường dưới trán (hình 1.17).

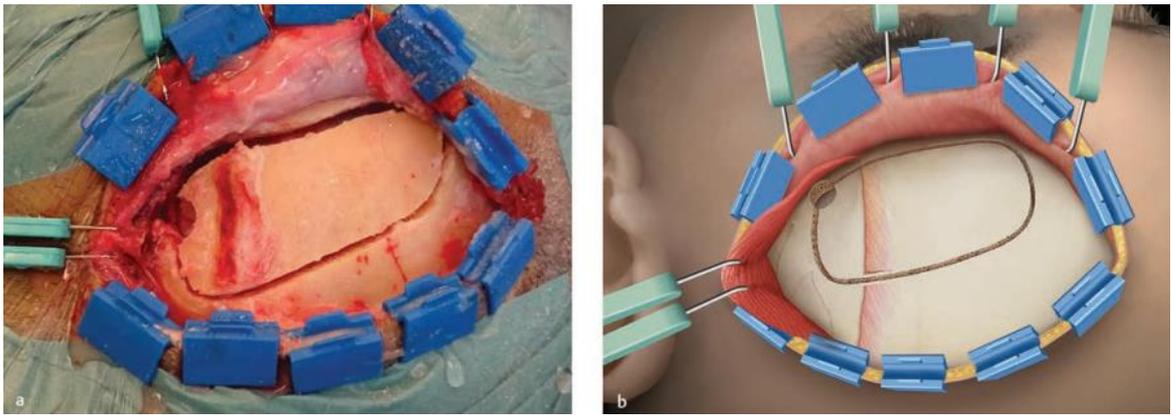
Rạch da trán thái dương đường sau chân tóc một bên từ bờ trên cung gò má trước nắp bình tai 1cm đến giữa trán. Bóc tách màng xương xuống hết cung mày, tránh tổn thương bó mạch thần kinh trên hốc mắt, kéo vạt da xuống, lật cơ thái dương ra ngoài (hình 1.13).



Hình 1.13. Đường rạch da trán thái dương

Nguồn: Torstein R (2019) [108]

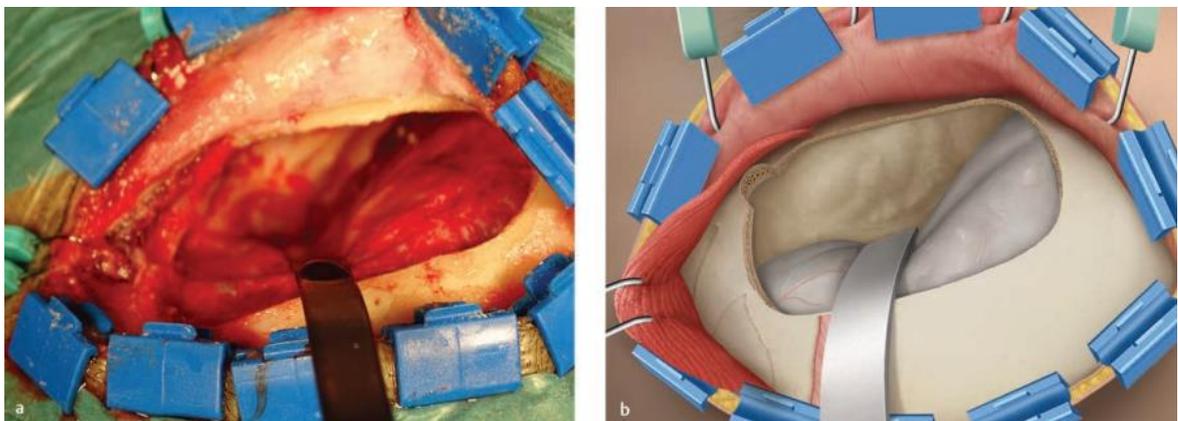
Khoan sọ 1 lỗ khóa, mở sọ trán thái dương bảo tồn cung mày (Hình 1.14).



Hình 1.14. Khoan sọ lỗ khóa và mở sọ

Nguồn: Torstein R (2019) [108]

Tách màng cứng khỏi trần hốc mắt. Chông phù não bằng tăng thông khí và mannitol, nếu còn phù thì xé màng cứng trán hút bớt dịch não. Vén não trán, gặm bỏ trần hốc mắt tới ống thị giác và mở ống thị giác khi cần giải áp TKTG hoặc khi u xâm lấn (hình 1.15).

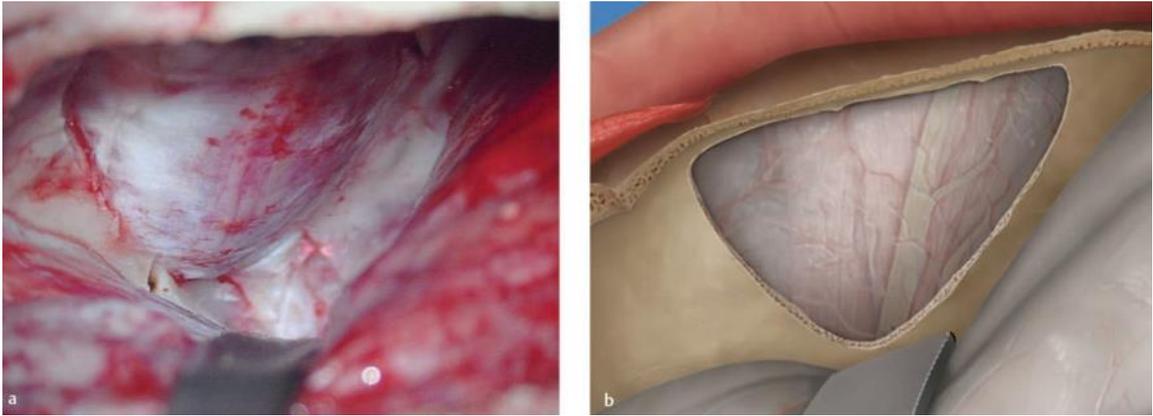


Hình 1.15. Vén não trán bộc lộ trần hốc mắt

Nguồn: Torstein R (2019) [108]

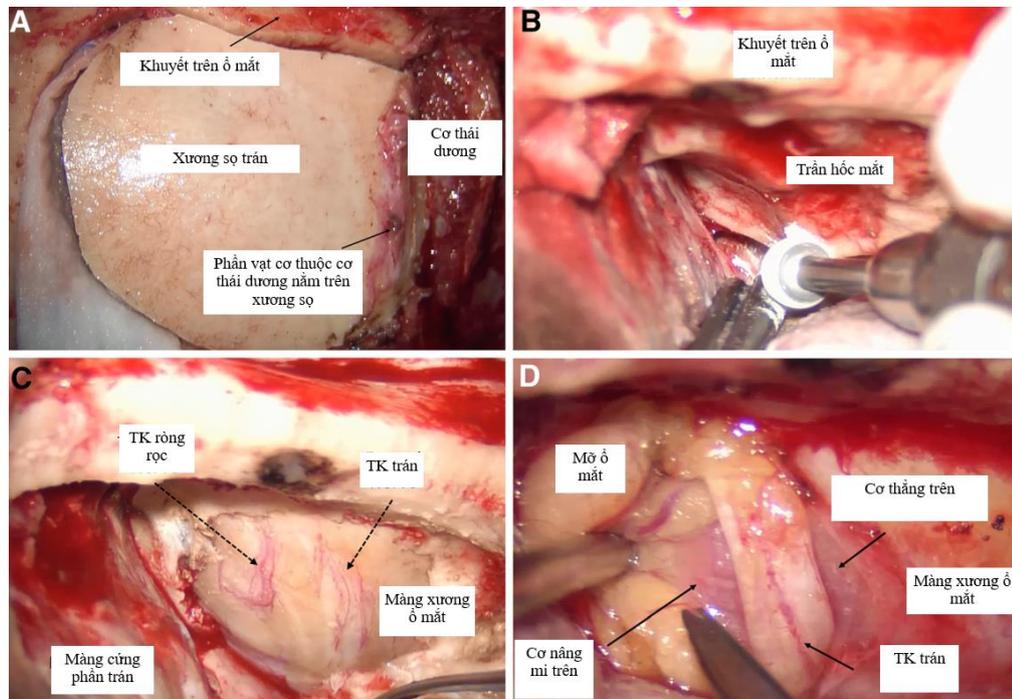
- **Tiếp cận hốc mắt lấy u**

Sử dụng kính vi phẫu xé bao hốc mắt theo đường X và banh rộng. Chú ý thần kinh trán đi dọc trên cơ nâng mi trên (Hình 1.16).



Hình 1.16. Tiếp cận hốc mắt lấy u

Nguồn: Torstein R (2019) [108]



Hình 1.17. Đường mở sọ dưới trán bảo tồn cung mày

(A: Mở sọ trán 4 x4 cm. B,C: Mở trần hốc mắt bảo tồn cung mày.

D: Mở màng xương ổ mắt bộc lộ thần kinh trán và nhóm cơ thành trên)

Nguồn: Troude L (2017) [109].

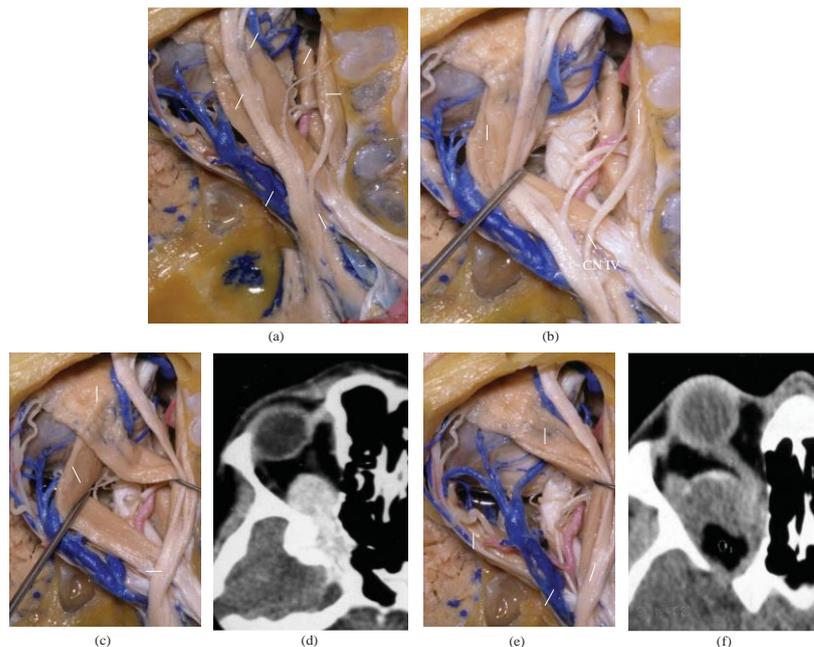
Bóc tách lấy một phần mỡ hốc mắt, vén cơ để tiếp cận khối u. Theo Rhoton AL [86], [95], Pai S.B [89] và Martin C [79], tùy theo vị trí u liên

quan với TKTG mà có 3 cách tiếp cận vào trần hốc mắt để lấy u gồm: kiểu trong, trung tâm và kiểu ngoài (hình 1.18).

Khu vực trong nằm giữa cơ chéo trên và phức hợp cơ thẳng trên – nâng mi trên. Hướng tiếp cận kiểu trong này có thể tới được dây TKTG từ nhãn cầu cho tới đỉnh hốc mắt, cần cẩn thận có thể làm tổn thương dây TK rỗng rọc.

Tiếp cận kiểu trung tâm được tiếp cận bằng cách tách vào giữa phức hợp nhóm cơ thẳng trên và nâng mi trên. Đây là đường ngắn nhất để tiếp cận phần trung tâm dây TKTG.

Tiếp cận kiểu ngoài là đi vào khoang nằm giữa nhóm cơ thẳng trên-nâng mi trên và cơ thẳng ngoài, dùng phẫu thuật phân không gian quanh TKTG, kiểu này có phẫu trường rộng nhất.



Hình 1.18. Phân chia khu vực phẫu thuật u hốc mắt qua trần hốc mắt (Hình a, b là tiếp cận kiểu trong, hình c, d là tiếp cận trung tâm và hình e, f là tiếp cận kiểu ngoài).

“Nguồn: Martins C, (2011)”[79]

- **Đóng vết mổ**

Khâu dính lại màng xương hốc mắt, khâu kín không cần thiết.

Đặt lại mảnh sọ, tái tạo trần hốc mắt không bắt buộc (trần hốc mắt bị gặm bỏ trong lúc mổ có thể được tạo hình bằng lưới titan và cố định nẹp vít).

Đặt dẫn lưu dưới da và rút trong vòng 24 giờ, khâu lại vết mổ từng lớp, băng ép mắt 24 giờ.

1.6.3. Biến chứng phẫu thuật UHM bằng phương pháp vi phẫu qua sọ

Giập phù não, máu tụ sau mổ: Điều trị nội khoa chống phù não với manitol 20% truyền tĩnh mạch, dexamethasone và thông khí tốt. Phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ khi tri giác không cải thiện với điều trị chống phù não tích cực và trên hình ảnh CT scan ghi nhận có máu tụ gây ra hiệu ứng choán chỗ.

Máu tụ hốc mắt: nếu gây triệu chứng chèn ép hốc mắt như liệt vận nhãn, lồi mắt, giảm thị lực.

Giảm thị lực: do tổn thương TKTG trong lúc mổ.

Mất thị lực: nếu do cắt dây thần kinh thị giác chủ động thì không xử trí gì.

Sụp mi sau mổ do đụng giập cơ nâng mi: thường phục hồi trong khoảng 3 đến 6 tuần.

Liệt thần kinh III, IV, VI: gây ra sụp mi, dẫn đồng tử, song thị, liệt vận nhãn.

Tổn thương thần kinh V1: gây ra tê hoặc giảm cảm giác vùng trán theo thần kinh chi phối.

Lồi mắt theo mạch đập: thường xảy ra khi mở trần hốc mắt rộng và bỏ cung mày. Hạn chế bằng cách mở trần hốc mắt vừa đủ khoảng 3cm và bảo tồn cung mày. Tái tạo trần hốc mắt bằng lưới titan khi khuyết trần hốc mắt rộng trên 3cm [109].

Các biến chứng ít gặp: rò dịch não tủy sau mổ, viêm màng não mũ, nhiễm trùng vết mổ, động kinh.

1.7. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U HÓC MẮT

Theo y văn, các yếu tố cơ bản có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật UHM bao gồm vị trí, sự xâm lấn của u, kích thước u cũng như loại mô học của u. Trong đó, kích thước u là một trong những yếu tố quan trọng khi xem xét phẫu thuật cũng như chọn lựa đường mổ trong phẫu thuật UHM [13], [80], [99]. Trong một nghiên cứu 76 trường hợp u mạch máu dạng hang hóc mắt, tác giả Claros P [33] đã đưa ra kết luận kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau mổ.

Vị trí u cũng là yếu tố quan trọng có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. Trong báo cáo 122 trường hợp UHM tác giả Markowski J [78] đưa ra kết luận vị trí u là một trong những thông tin quan trọng trong quyết định cho chiến lược phẫu thuật và ảnh hưởng đến kết quả lấy u. Nghiên cứu 33 trường hợp UHM được mổ với phương pháp vi phẫu qua sọ, tác giả Abuzayed B [13] nhận định yếu tố quan trọng nhất quyết định việc lấy hết u và mức độ xâm lấn u vào TKTG. Điều này được thấy rõ nhất trong trường hợp u màng não TKTG và u tế bào đệm của TKTG. Đồng thời ông cũng nhấn mạnh yếu tố khác là sự xâm lấn của u vào các thần kinh khác và mạch máu trong hóc mắt. Trong một nghiên cứu tổng quan về mất thị lực liên quan với phẫu thuật UHM, tác giả Kansakar P [66] cũng đưa ra kết luận vị trí u là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. U xuất phát từ TKTG, u xâm lấn TKTG, u trong đỉnh hóc mắt và u nằm ở vị trí trên trong thường khó lấy u và nguy cơ biến chứng cao nhất.

Phân loại theo nguồn gốc mô bệnh học giúp ích cho việc điều trị phẫu thuật UHM. Theo nhiều nghiên cứu, loại giải phẫu bệnh UHM cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như kết quả điều trị UHM [13],[46],[99],[105].

1.8. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ PHẪU THUẬT U HỌC MẮT TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

1.8.1. Trên thế giới

Lịch sử phẫu thuật UHM bắt đầu từ những năm đầu của thế kỷ 19. Năm 1841, tác giả Parker là người đầu tiên mô tả kỹ thuật mở vào hốc mắt qua đường trước và đường bên để điều trị UHM [105].

Đường mổ thành ngoài hốc mắt là một phát triển quan trọng của phẫu thuật hốc mắt. Một trong những tác giả tiên phong cho phương pháp này là Passavant (Pháp), Wagner (Đức) và Kronlein (Thụy sĩ). Năm 1889, Kronlein đã báo cáo một phương pháp mổ mới để lấy một nang bì hốc mắt qua đường mổ thành ngoài và nó đã trở thành đường mổ mang tên ông [59]. Sau đó, phương pháp mổ thành ngoài ngày càng được cải tiến về đường rạch da và kích thước, kiểu đục xương. Nhưng cơ bản, phương pháp này vẫn là tiếp cận vào thành ngoài của hốc mắt để lấy u dựa trên nguyên tắc vén cơ thẳng ngoài lên trên hay xuống dưới. Điển hình là Guyton (1946), Berke (1953), Reese (1956) và Stallard (1968) [59].

Ý tưởng tiếp cận UHM bằng đường mổ qua sọ được khởi xướng và thực hiện bởi Durante từ năm 1887 để mổ u sâu trong hốc mắt, tuy nhiên vấn đề vén thùy trán là một thách thức. Đến năm 1913, tác giả Frazier đã mở sọ trán ở bờ trên hốc mắt để phẫu thuật u tuyến yên, mở ra cách tiếp cận qua đường trần hốc mắt [11], [19].

Năm 1922, tác giả Dandy như là người đầu tiên đã đề xuất đường mổ mở sọ trán thái dương để vào trần hốc mắt. Sau đó vào năm 1941, Dandy đã báo cáo kinh nghiệm mở sọ trán thái dương với bảo tồn xương cung mày trong điều trị phẫu thuật UHM [13], [75].

Năm 1948, Naffziger thực hiện đường mổ trán thái dương trong màng cứng để lấy UHM. Yarsargil cũng đã báo cáo kinh nghiệm mổ qua sọ lấy u

hốc mắt với cùng phương pháp này vào những năm 1964-1975. Sau đó Kennerdell và Maroon cũng áp dụng phương pháp này [75].

Sự phát triển của ngành chẩn đoán hình ảnh cùng với xu hướng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã tạo nên một cuộc cách mạng trong chẩn đoán và phẫu thuật thương tổn của hốc mắt. Hai tác giả Seeger và Hassler đã thực hiện phương pháp trán thái dương ngoài màng cứng vi phẫu lấy UHM vào những năm 1983- 1985. Dolenc (1983) đã mở trần hốc mắt để lấy thương tổn cạnh yên hoặc xuyên qua khe hốc mắt trên. Năm 1994, Hassler đã thực hiện phương pháp trán thái dương để lấy UHM đối bên, tuy nhiên phương pháp này cũng không được phổ biến vì tính xâm lấn và khó thực hiện [53], [99].

Năm 1990, Kennedy D đã mô tả phương pháp nội soi qua mũi để giải áp hốc mắt trong bệnh lý nhãn giáp. Năm 1999, tác giả Herman P là người đầu tiên ứng dụng nội soi qua mũi để lấy UHM. Từ đó phương pháp này cũng được áp dụng trong phẫu thuật UHM cho thấy tính an toàn hiệu quả, nhưng chỉ giới hạn cho những u kích thước nhỏ nằm ở thành trong, dưới trong hốc mắt, u có liên quan với xoang cạnh mũi hoặc chỉ để sinh thiết giải áp [21], [22], [30], [52], [72], [84]. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi qua đường xuyên kết mạc trong điều trị UHM cũng được thực hiện đối với một số u có chọn lọc [74], [81], [97].

Hệ thống định vị không khung cũng được ứng dụng trong phẫu thuật UHM. Năm 2001 nhà nhãn khoa Camara J K lần đầu tiên báo cáo ứng dụng định vị không khung trong phẫu thuật UHM [29]. Hejazi N (2006) cũng đã ứng dụng hệ thống này vào phẫu thuật UHM, góp phần nâng cao hiệu quả lấy u và giảm tổn thương cho các mô lành trong hốc mắt [58]. Sau đó cũng có một vài nghiên cứu tương tự đưa ra nhận xét: Trong phẫu thuật UHM, hệ thống định vị không khung giúp tăng độ chính xác nhưng không thể thay thế những kiến thức và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [21], [40], [48], [61].

Năm 2009, tác giả Hassler đã báo cáo hiệu quả của phương pháp lấy UHM qua đường mở sọ trán trên hốc mắt ít xâm lấn với đường rạch da cung mày cho kết quả khả quan trong điều trị UHM nằm ở thành trên. Phương pháp mới này là sự kết hợp mở sọ trán nhỏ ở bờ trên hốc mắt với cắt cung mày. Trong những năm gần đây, phương pháp này cũng được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này khó tiếp cận u sâu trong đỉnh hốc mắt, u xâm lấn nội sọ và biến chứng tê mặt sau mổ do tổn thương thần kinh trên hốc mắt [37].

Ngày nay, phương pháp phẫu thuật UHM có thể tóm lược thành 3 đường là: đường trực tiếp vào hốc mắt, đường qua sọ trần hốc mắt và đường mổ phối hợp giữa hai đường trên. Tác giả Paluzzi đã đề xuất xem hốc mắt như mặt đồng hồ, mỗi vị trí u tương ứng với mỗi khoảng giờ sẽ có đường tiếp cận tương ứng [46], [65]. Những u liên quan đến thành trên hốc mắt- nội sọ, một phần ba sau hốc mắt và u của TKTG là những chỉ định cho đường mổ qua sọ [13], [54], [105], [109].

Năm 2012, Abuyazed B [13] nghiên cứu 33 trường hợp UHM được mổ vi phẫu qua sọ cho kết quả lấy hết u cao với biến chứng thấp. Tương tự, nghiên cứu của Liu Y năm 2012 [73], nghiên cứu của Jian T năm 2015 [63] cũng cho thấy vai trò quan trọng của phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị phẫu thuật UHM.

Trong 5 năm gần đây, nhiều nghiên cứu tiếp tục hệ thống lại và khẳng định vai trò của phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM như: nghiên cứu của Troude L (năm 2017) [109], Weller C L (năm 2018) [112], Srinivasan A (2018) [105], Abou-Al-Shaar H (2020) [11]. Với những tiến bộ trong lĩnh vực vi phẫu thần kinh, đường mổ qua sọ trần hốc mắt ngày càng được cải tiến và nó vẫn chiếm vai trò quan trọng trong phẫu thuật UHM và cùng tồn tại song song với các phương pháp phẫu thuật UHM khác.

1.8.2. Trong nước

Năm 1997, tác giả Lê Xuân Trung [110] báo cáo tổng kết 247 trường hợp UHM ở Việt Nam từ năm 1958 đến năm 1993. Trong nghiên cứu này, tác giả đã áp dụng đường mổ qua sọ dưới trán và đường thành ngoài, thời kỳ này chưa có chụp CT scan và vi phẫu thần kinh. Kết quả tốt đạt được 52% cả về chức năng và thẩm mỹ (hầu hết là u lành tính), 22% có kết quả tốt về mặt chức năng nhưng bệnh nhân chưa hài lòng về mặt thẩm mỹ và gần 22% bệnh nhân có kết quả xấu.

Năm 2003, tác giả Lê Minh Thông báo cáo nghiên cứu “Phẫu thuật lấy u hóc mắt bằng đường mở thành ngoài” đã rút ra kết luận: Đường mổ thành ngoài hóc mắt là phẫu thuật lý tưởng để lấy trọn các u lành ngoài nón cơ phía sau xích đạo nhãn cầu như u hỗn hợp tuyến lệ, u nang bì sau vách ngăn và các u trong nón như u mạch dạng hang, u có nguồn gốc mạch máu [7].

Năm 2005, trong một nghiên cứu “Chẩn đoán phân loại u hóc mắt trong điều trị tại bệnh viện mắt trong 5 năm” tác giả Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] đã đưa ra loại mô học của UHM hay gặp là mô lymphô (33,6%), mô tuyến lệ (15%), mô mạch máu (15%) và mô thần kinh (12,1%).

Năm 2012, với nghiên cứu “U hậu nhãn cầu: kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị phẫu thuật”, tác giả Huỳnh Lê Phương đã mô tả đặc điểm lâm sàng hình ảnh học và giải phẫu bệnh của 213 trường hợp UHM được phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả ghi nhận các UHM được mổ qua nhiều đường khác nhau nhưng phần lớn được mổ qua sọ (66,7%) và cho thấy vai trò của ngoại thần kinh trong phẫu thuật UHM [6].

Năm 2012, trong luận văn tốt nghiệp cao học, tác giả Nguyễn Thế Trúc cũng đã báo cáo đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh của 33 trường hợp UHM được phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy với 4 đường mổ khác nhau trong đó cũng chủ yếu là phương pháp vi phẫu qua sọ [9].

Năm 2016, tác giả đã hồi cứu 44 trường hợp UHM được mổ qua sọ bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2013 đến năm 2016 bước đầu cho kết quả tốt, tuy nhiên có sự hạn chế thông tin cũng như theo dõi sau mổ.

Tóm lại, trong nước cũng đã có vài nghiên cứu về UHM, nhưng nhìn chung những nghiên cứu này mang tính tổng quan [3], [6], [9], phẫu thuật UHM trong thời kỳ chưa có kính vi phẫu nên kết quả còn hạn chế [110] hoặc các đường mổ thành ngoài [4], [7]. Phẫu thuật UHM bằng phương pháp vi phẫu qua sọ cũng đã được thực hiện thường qui tại bệnh viện Chợ Rẫy, tuy nhiên chưa có những công trình nghiên cứu đầy đủ để đánh giá vai trò của phương pháp này trong phẫu thuật UHM.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Dân số mục tiêu

Bệnh nhân được chẩn đoán UHM

2.2.2. Dân số nghiên cứu

Tất cả các BN được chẩn đoán UHM nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2.3. Dân số chọn mẫu

Tất cả các BN được chẩn đoán xác định UHM bằng kỹ thuật chụp MRI có tiêm thuốc tương phản từ và được phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến 09/2019.

2.2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

Bệnh nhân được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu khi có ký chấp thuận đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ điều kiện sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UHM bằng kỹ thuật chụp MRI có tiêm thuốc tương phản từ. Vị trí u nằm ở hậu nhãn cầu, thành trên, trên ngoài, thành trong hốc mắt, u xâm lấn nội sọ và u xuất phát từ TKTG.

- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật lấy u bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày và có kết quả giải phẫu bệnh lý là u tân sinh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Loại trừ trẻ em dưới 5 tuổi vì khó đánh giá thị lực.

- Loại trừ các u vùng 1/3 trước hốc mắt, u nằm ở thành dưới hốc mắt, u não xâm lấn vào hốc mắt (u màng não cánh bé xương bướm, u màng não rãnh khúu, u màng não củ yên, u tuyến yên).

2.3. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

2.3.1. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian bắt đầu và kết thúc thu thập số liệu trong 33 tháng: Từ 01/01/2017 đến 30/09/2019.

- Thời gian theo dõi khi bắt đầu thu thập số liệu (01/2017) đến khi kết thúc thu thập số liệu (30/09/2019), thêm tối thiểu 9 tháng theo dõi sau mổ (30/06/2020).

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Ngoại Thần kinh, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.4. CỖ MẪU CỦA NGHIÊN CỨU

Với thiết kế báo cáo hàng loạt ca kiểu mô tả dọc tiến cứu, chúng tôi lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Lấy tất cả các trường hợp UHM nhập viện trong thời gian từ 01/01/2017 đến 30/09/2019 có chỉ định phẫu thuật, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, không có tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. ĐỊNH NGHĨA CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

2.5.1. Dịch tễ học

- Tuổi: là biến định lượng, được tính theo năm tròn bằng hiệu của năm hiện tại trừ năm sinh theo dương lịch.

- Giới tính: là biến nhị giá. Gồm hai giá trị: nam, nữ

2.5.2. Đặc điểm lâm sàng

- Lý do chính nhập viện: là biến danh định, gồm các giá trị: lồi mắt, đau mắt, đỏ mắt, sụp mi, mờ mắt. Ghi nhận bằng cách hỏi bệnh nhân lý do chính khiến BN nhập viện.

- Thời gian khởi phát bệnh: là biến định lượng, đơn vị thời gian được tính bằng tháng. Tính bằng khoảng thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi bệnh nhân nhập viện.

- Khám bệnh nhân lúc vào viện để đánh giá các triệu chứng:

+ Thị lực trước mổ:

Thị lực là khả năng nhận biết riêng biệt 2 điểm ở gần nhau. Như vậy 2 điểm này sẽ được nhìn dưới một góc gọi là góc thị giác.

Bệnh nhân được đo thị lực chỉnh kính với bảng thị lực Snellen, do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt

Thị lực được chia thành nhiều mức độ: từ 10/10 đến 1/10, đếm ngón tay, bóng bàn tay, thị lực sáng tối. Thị lực đếm ngón tay (ĐNT) ở một khoảng cách nào đó có thể chuyển sang thị lực thập phân bằng cách cho rằng các ngón tay tương đương với cỡ chữ của bảng thị lực 5m mà người có thị lực 10/10 có thể đọc được ở khoảng cách 50 m.

Dựa theo bảng phân loại thị lực của Tổ chức y tế thế giới, chúng tôi chia thị lực thành 6 mức độ: Sáng tối (-): mù hoàn toàn, sáng tối (+) - $\leq 1/25$: giảm thị lực rất nặng – tới mù gần hoàn toàn), $1/25 < - \leq 1/10$: giảm thị lực nặng, $1/10 < - \leq 3/10$: giảm thị lực trung bình, $3/10 < - \leq 6/10$: giảm thị lực nhẹ, thị lực $> 6/10$.

+ Thị trường: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: có hẹp thị trường = 1, không hẹp thị trường = 0. Thị trường là khoảng không gian mà mắt chúng ta bao quát được khi nhìn cố định vào một điểm. Để đo thị trường, chúng tôi sử

dụng phương pháp đo thị trường Humprey, do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt.

+ Lồi mắt: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: Có = 1, Không = 0.

+ Độ lồi mắt: là biến định lượng, đo mắt bằng dụng cụ Hertel do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt, đơn vị mm. Nếu kết quả đo được lớn hơn 21 mm hoặc có khác nhau trên 2 mm giữa hai mắt là xác định có lồi mắt [19], [23], [67].



Hình 2.1. Đo độ lồi mắt bằng thước Hertel

Nguồn: Biousse V (2009) [23]

+ Khám liệt các dây thần kinh vận nhãn: là biến nhị giá, gồm Có = 1, Không = 0. Bệnh nhân được khám các dây thần kinh III, IV, VI.

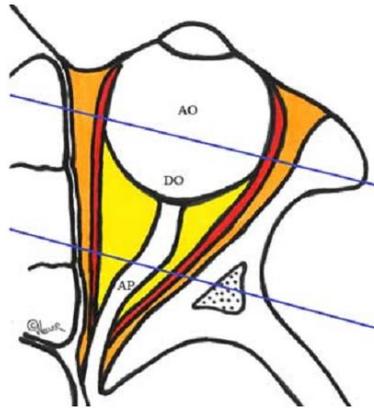
+ Phù gai thị: là biến nhị giá, gồm hai giá trị Có = 1, Không = 0. Được xác định bằng cách soi đáy mắt do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt.

+ Teo gai thị: là biến nhị giá, gồm hai giá trị Có = 1, Không = 0. Được xác định bằng cách soi đáy mắt do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt.

2.5.3. Chẩn đoán hình ảnh học: Trên phim MRI có tương phản từ đánh giá các dấu hiệu sau:

- Mắt có khối u: là biến danh định, gồm ba giá trị: trái, phải, hai bên.

- Vị trí u liên quan với nón cơ: là biên danh định, gồm ba giá trị: u trong nón, u ngoài nón, u đỉnh hóc mắt. Định nghĩa nón cơ: gồm 4 cơ thẳng hợp thành, chia UHM thành u trong nón, ngoài nón và đỉnh hóc mắt. Theo tác giả Boari N [25] và Weller C L [112] đỉnh hóc mắt (là phần nằm sau mặt phẳng ngang cánh xương bướm 2 bên trên hình mặt phẳng trực (Hình 2.2).

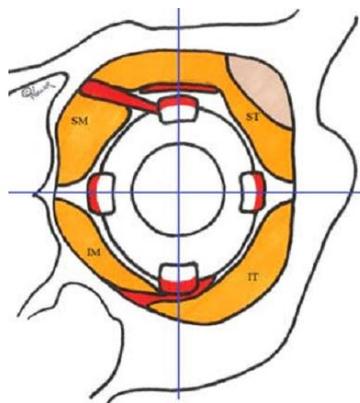


Hình 2.2. Xác định đỉnh hóc mắt

Nguồn: Weller C L (2018) [112]

(AO: hóc mắt trước, DO: hóc mắt sâu, AP: đỉnh hóc mắt)

- Vị trí u trên mặt phẳng trán: là biên danh định, gồm các giá trị: trên, dưới, trong, ngoài, trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài, nguồn gốc từ TKTG (trung tâm) và toàn bộ hóc mắt. Khi lấy TKTG làm tâm và 4 cơ thẳng trên, dưới, trong, ngoài ở 4 phía, u hóc mắt được chia thành các vị trí như trên.



Hình 2.3. Xác định vị trí u trên mặt phẳng trán

(SM: trên trong, IM: dưới trong, ST: trên ngoài, IT: dưới ngoài)

Nguồn: Weller C L (2018) [112]

- Vị trí u có nguồn gốc từ TKTG: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: 1 = có và 0 = không.

- Đường kính u: là biến định lượng, xác định bằng cách đo đường kính lớn nhất của u trên MRI não có tương phản từ, đơn vị tính mm.

- Đánh giá sự xâm lấn của u: là biến nhị giá, gồm hai giá trị Có = 1 và Không = 0. U được xem là xâm lấn khi xâm lấn vào các cấu trúc sau: xoang cạnh mũi, xương sọ, xoang hang, giao thoa.

- Vị trí u xâm lấn: là biến danh định, gồm các giá trị: xoang trán, xoang sàng, xoang hàm, xương sọ trán, thái dương, xoang hang, giao thoa thị, khác.

2.5.4. Điều trị vi phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật: là biến danh định, gồm các giá trị: dưới trán ngoài màng cứng, trán thái dương ngoài màng cứng, trán thái dương kết hợp trong và ngoài màng cứng. Xác định bằng cách ghi nhận trực tiếp trong lúc mổ bởi tác giác giả.

Các đường tiếp cận u trong nón: là biến danh định, gồm các giá trị: tiếp cận kiểu ngoài, tiếp cận kiểu trong, tiếp cận trung tâm. Đối với u trong nón và trong ống thị giác, khi tiếp cận vào bằng cách vén nhóm cơ thẳng trên – nâng mi trên mà ta có 3 kiểu: tiếp cận kiểu ngoài (vén cơ nâng mi trên-thẳng trên vào trong), tiếp cận kiểu trong (vén cơ nâng mi trên-thẳng trên ra ngoài) và tiếp cận trung tâm (vén vào khoảng giữa cơ nâng mi trên và cơ thẳng trên). Xác định bằng cách ghi nhận trực tiếp trong lúc mổ bởi tác giác giả.

Tái tạo trần hốc mắt trong mổ: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: Có = 1, Không = 0. Trần hốc mắt bị găm bỏ trong lúc mổ không cần tái tạo khi kích thước mở trần hốc mắt dưới 3cm. Khi kích thước mở trần hốc mắt trên 3 cm sẽ được tạo hình bằng lưới titan và cố định nẹp vít. Xác định bằng cách ghi

nhận trực tiếp trong lúc mổ bởi tác giác giả.

2.5.5. Kết quả phẫu thuật

- Mức độ lấy u: là biến danh định, gồm các giá trị: lấy toàn bộ u, lấy gần hết u, lấy u bán phần. Được đánh giá dựa trên nhận định trong lúc mổ kết hợp với hình chụp MRI não có tương phản từ trong vòng 72 giờ đầu sau mổ. Dựa theo một nghiên cứu của tác giả Margalit N [76] chúng tôi chia mức độ lấy u thành 3 mức độ:

+ Lấy toàn bộ u: lấy hết u về đại thể và hình MRI sau mổ thấy hết u.

+ Lấy gần hết u: Phần u còn lại dưới 5% (thường do u dính vào cấu trúc quan trọng như: TKTG, vòng Zinn)

+ Lấy u bán phần: Phần u còn lại trên 5%

- Đánh giá thị lực sau mổ: được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau mổ dựa theo bảng thị lực Snellen, là biến danh định, gồm các giá trị: bình thường (thị lực $>6/10$ trước và sau mổ), cải thiện (thị lực tăng ít nhất 1 hàng), không cải thiện (thị lực không thay đổi sau mổ), xấu hơn (giảm thị lực hoặc mù mắt)

- Đánh giá lồi mắt sau mổ: được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau mổ dựa vào độ lồi được đo bằng thước Hertel, do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện tại phòng khám mắt, đơn vị mm. Là biến định lượng vừa là biến danh định, gồm các giá trị: Hết lồi mắt, cải thiện một phần, không cải thiện.

- Kết quả sau mổ: là biến danh định, được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau mổ dựa theo bảng đánh giá của Hejazi N có biến đổi [57], gồm:

+ Rất tốt: Lấy toàn bộ u, hồi phục tất cả các triệu chứng, không có sự giới hạn nào, mắt nhìn, vận động bình thường.

+ Tốt: Lấy toàn bộ u hoặc gần hết u, hồi phục gần hết các triệu chứng

+ Trung bình: Lấy gần hết u hoặc bán phần u, cải thiện ít hơn 75% các triệu chứng. Các trường hợp u có nguồn gốc từ TKTG có giảm thị lực trước mổ, được cắt TKTG cùng với khối u gây mất thị lực sau mổ.

+ Xấu: triệu chứng không tốt hơn so với trước mổ, ít hơn hoặc không cải thiện triệu chứng (0-25%), có biến chứng phải mổ lại.

-Biên chứng phẫu thuật: tác giả theo dõi và ghi nhận các biến chứng xuất hiện ngay sau mổ trong khoảng thời gian nằm viện cho đến 30 ngày sau mổ gồm. Các biến là biến nhị giá, gồm hai giá trị: Có = 1 và Không = 0. Giá trị các biến chứng gồm:

- + Giảm thị lực hơn
- + Mất thị lực
- + Sụp mi
- + Liệt vận nhãn
- + Song thị
- + Tê mặt
- + Lồi mắt theo mạch đập
- + Máu tụ hốc mắt phải mổ giải áp
- + Máu tụ nội sọ
- + Nhiễm trùng vết mổ
- + Rò dịch não tủy qua vết mổ
- + Viêm màng não mũ
- + Tử vong

-Kết quả giải phẫu bệnh: Kết quả được đọc kết quả tại khoa Giải phẫu bệnh của bệnh viện Chợ Rẫy. Là biến danh định, gồm các giá trị: u màng não, u tế bào Schwann, carcinôm, u mạch dạng hang, u nhầy, lymphôm, u sợi thần kinh, u xương, u tế bào thần kinh đệm, u mạch máu, loạn sản sợi, u phình mạch trong xương, nang bì, u hạt Cholesterol, khác...

+ Phân loại mức độ lành/ác: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: u lành và u ác. U ác gồm: Carcinôm, lymphôm, u tế bào đệm. U lành gồm: u màng não, u

tế bào Schwann, u mạch dạng hang, u nhầy, u sợi thần kinh, u xương, u mạch máu, loạn sản sợi, u phình mạch trong xương, nang bì, u hạt Cholesterol.

+ Phân loại u nguyên phát và thứ phát: là biến nhị giá, gồm hai giá trị: u nguyên phát, u thứ phát. U nguyên phát là các u phát triển từ các mô trong hốc mắt, thứ phát là u di căn và u từ xoang cạnh mũi.

- Theo dõi tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2020): Biến danh định, gồm 3 giá trị: hết u, u còn lại không tiến triển, tái phát. Đánh giá bằng hình ảnh MRI não có tương phản từ tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Sau khi đã có đủ thông tin của bệnh nhân dựa vào hồ sơ bệnh án và khám bệnh nhân, chúng tôi điền thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu (phụ lục 1).

2.6. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

2.6.1. Công cụ nghiên cứu

- Bảng đánh giá thị lực theo Snellen tại phòng khám mắt.

- Thước đo độ lồi Hertel, máy đo thị trường Humphrey tại phòng khám mắt, đèn soi đáy mắt.

- Chẩn đoán giải phẫu bệnh dựa trên tiêu chuẩn của WHO với ấn phẩm "Head and Neck" của Hiệp Hội Ung Thư Thế Giới năm 2017 [39] và sách "Giải phẫu bệnh học" của tác giả Trần Phương Hạnh và Nguyễn Sào Trung [2]. Xử lý bệnh phẩm, đọc và phân tích kết quả giải phẫu bệnh lý được thực hiện bởi các bác sỹ khoa Giải Phẫu Bệnh bệnh viện Chợ Rẫy.

- Bảng thu thập số liệu: gồm bộ câu hỏi đã soạn sẵn để thu thập các biến số cần thiết cho nghiên cứu.

2.6.2. Phương tiện và trang thiết bị

Máy chụp cắt lớp vi tính Siemens 32 và 64 lát cắt.

Máy chụp cộng hưởng từ Siemens 1.5 Tesla.

Kính vi phẫu thuật Leica F50, Zeiss OPMI Vario S88.

Bộ dụng cụ vi phẫu thần kinh

2.6.3. Phương thức tiến hành

Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân

Các bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, có chỉ định điều trị phẫu thuật sẽ được thảo luận về điều trị và giới thiệu về nghiên cứu sau đó nhận bệnh nhân vào nghiên cứu. Đánh giá khả năng tuân thủ của bệnh nhân, giải thích về bản đồng thuận, hiểu rõ được ưu khuyết điểm và nguy cơ của phương pháp điều trị. Bệnh nhân ký vào bản cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Khám và đánh giá trước phẫu thuật

Dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng, khám mắt tại phòng khám chuyên khoa Mắt.

Bước 3: Thu thập các dữ liệu hình ảnh học

Thu thập các dữ liệu trên hình ảnh cộng hưởng từ sọ não: Vị trí, kích thước khối u, tính xâm lấn và mối liên quan của u với TKTG.

Bước 4: Thực hiện vi phẫu thuật

Thu thập các dữ liệu trong mổ: Đường tiếp cận u, mức độ lấy u, tái tạo trần hóc mắt.

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi áp dụng phương pháp vi phẫu dưới trần hoặc trần thái dương bảo tồn cung mày.

Bước 5: Theo dõi và đánh giá hậu phẫu

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Để đánh giá mức độ lấy u, chúng tôi cũng dựa trên MRI não có tương phản từ trong vòng 72 giờ sau mổ theo 3 mức độ (lấy toàn bộ u, lấy gần hết u và lấy bán phần u).

Ghi nhận các biến chứng:

Các biến chứng do phẫu thuật được ghi nhận bao gồm: giảm thị lực, mù mắt, sụp mi, liệt vận nhãn, máu tụ nội sọ, máu tụ hóc mắt, rò dịch não tủy, viêm màng não, động kinh, nhiễm trùng vết mổ và tử vong.

Thu thập kết quả giải phẫu bệnh lý:

Đọc và phân tích kết quả giải phẫu bệnh lý do các bác sỹ của khoa Giải Phẫu Bệnh thuộc bệnh viện Chợ Rẫy thực hiện.

Bước 6: Theo dõi sau xuất viện và tái khám

Sau khi xuất viện, tất cả bệnh nhân đều được tái khám sau 1 tuần và tiếp tục hẹn tái khám mỗi tháng. Kết quả phẫu thuật được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau mổ, sau đó tái khám định kỳ mỗi 6 tháng và đến thời điểm kết thúc theo dõi (30/06/2020). Trường hợp bệnh nhân đến khám sớm hơn vì có triệu chứng bất thường hay biến chứng thì sẽ được ghi nhận thêm. Bệnh nhân sẽ được khám trực tiếp, có kèm hỏi thăm thân nhân về tình hình diễn tiến của bệnh và có chụp MRI có tiêm thuốc tương phản từ tại thời điểm theo dõi. Các yếu tố để đánh giá trong thời gian theo dõi sau khi ra viện gồm: tình trạng lâm sàng, diễn tiến các triệu chứng, các triệu chứng mới xuất hiện, biến chứng muộn (kể cả tử vong) và sự tái phát của u.

2.6.4. Quy trình phẫu thuật vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM

2.6.4.1. Tư thế bệnh nhân và đường rạch da

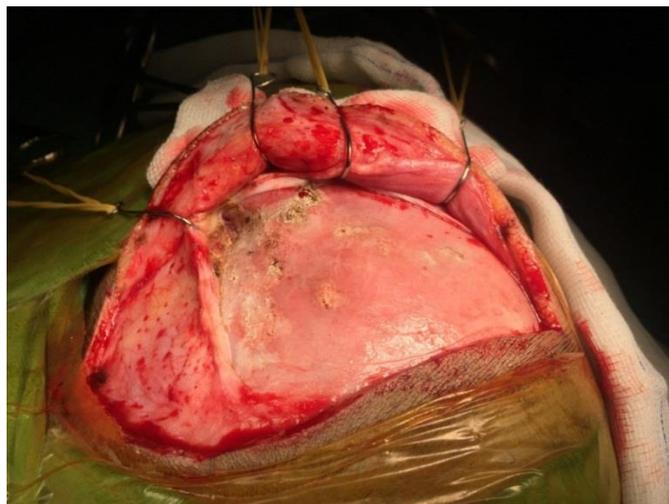
Gây mê toàn thân, bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao gấp nhẹ 10 độ, đầu trung tính đối với đường dưới trán và xoay sang đối diện khoảng 30 độ đối với mở sọ trán thái dương.

Rạch da trán thái dương đường sau chân tóc một bên từ bờ trên cung gò má trước nắp bình tai 1cm đến giữa trán. Bóc tách màng xương xuống hết cung mày, tránh tổn thương bó mạch thần kinh trên hốc mắt, kéo vạt da xuống, lật cơ thái dương ra ngoài (hình 2.4 và 2.5).



Hình 2.4. Đường rạch da trán thái dương trái

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy



Hình 2.5. Rạch da và bộc lộ xương sọ trán

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

2.6.4.2. Mở sọ và trần hốc mắt

Khoan sọ 1 lỗ khóa, mở sọ trán một bên hoặc trán thái dương giữ lại cung mày (Hình 2.6).

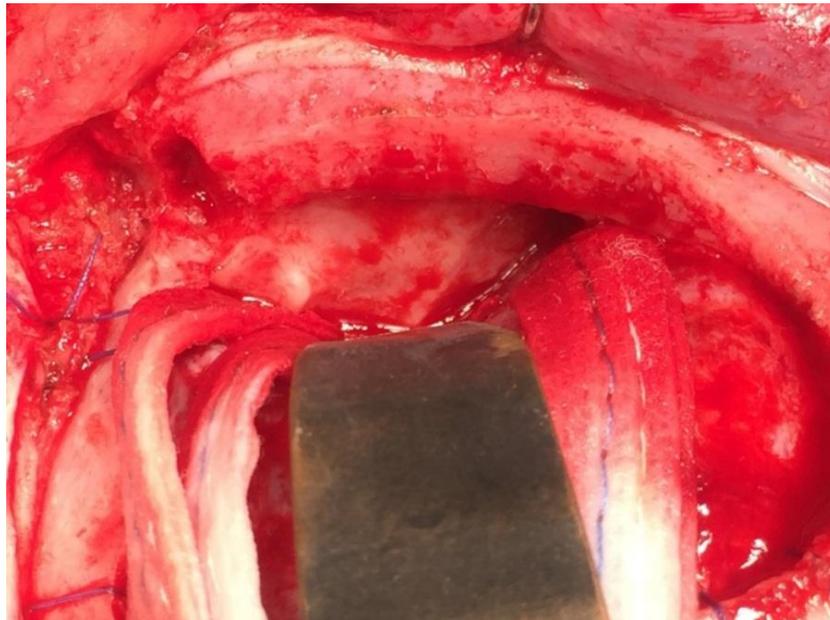
Tách màng cứng khỏi trần hốc mắt. Chông phù não bằng tăng thông khí và mannitol, nếu còn phù thì xẻ màng cứng 2 cm hút bớt dịch não tủy. Vén

não trán, găm bỏ trần hóc mắt từ sau cung mày hướng về đỉnh hóc mắt và mở ống thị giác khi cần giải áp thần kinh thị hoặc khi u xâm lấn (hình 2.7).



Hình 2.6. Mở sọ trán trái bảo tồn cung mày

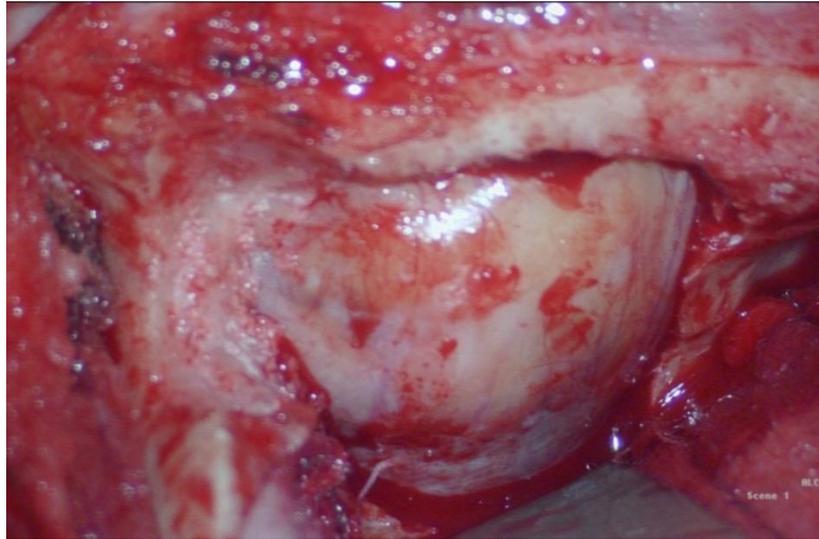
Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy



Hình 2.7. Vén thùy trán bộc lộ trần hóc mắt

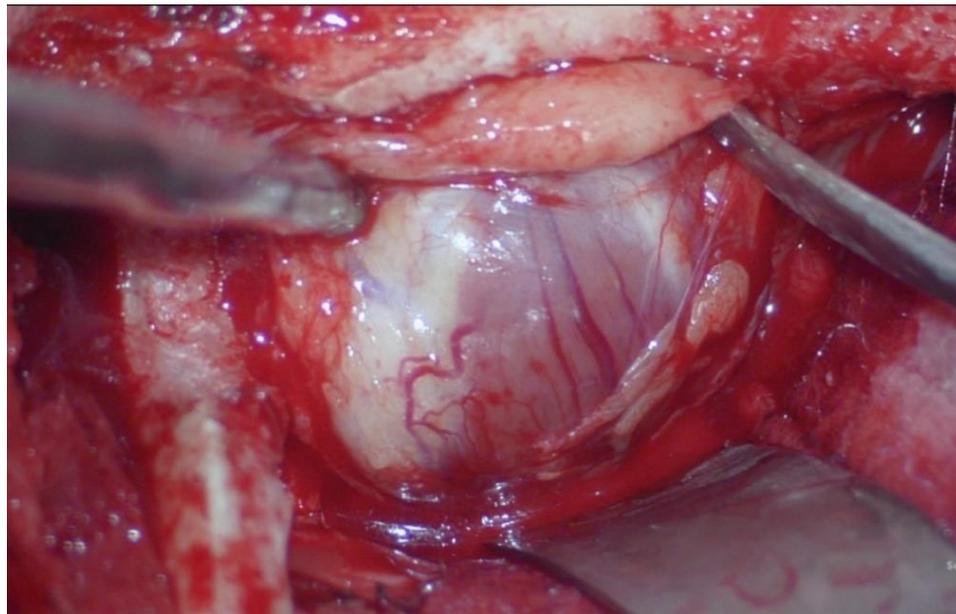
Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

Mở trần hóc mắt, sử dụng kính vi phẫu xẻ màng xương hóc mắt theo kiểu chữ X. Chú ý tránh cắt vào thần kinh trán đi dọc trên ngoài cơ nâng mi trên (Hình 2.8 và 2.9).



Hình 2.8. Mở trần hốc mắt bộc lộ màng xương hốc mắt

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy



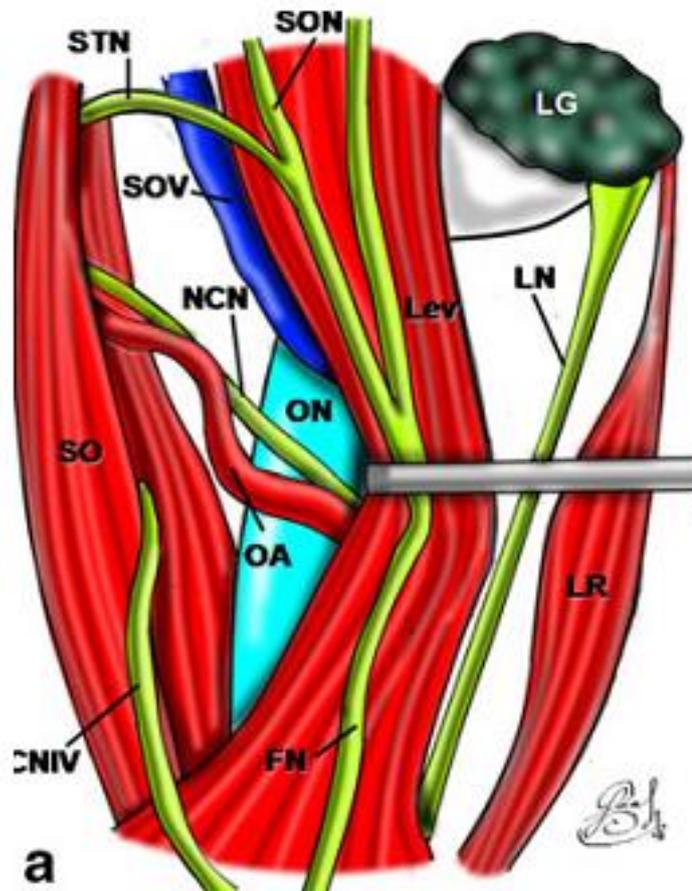
Hình 2.9. Mở màng xương hốc mắt bộc lộ nhóm cơ thành trên hốc mắt

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

Bóc tách lấy một phần mỡ hốc mắt, vén cơ để tiếp cận khối u. Tùy theo vị trí u liên quan với TKTG mà có thể vào trần hốc mắt để lấy u theo 3 cách tiếp cận: kiểu trong, kiểu ngoài và trung tâm.

2.6.4.3. Tiếp cận vào trần hốc mắt

Tiếp cận kiểu trong (Hình 2.10): Vén cơ chéo trong vào trong, cơ nâng mi trên và thẳng trên ra ngoài. Bộc lộ được TKTG từ nhãn cầu tới đỉnh hốc mắt. Mốc giải phẫu cần chú ý: Thần kinh IV đi ngay trên cơ nâng mi ở ngoài nón trước khi vào cơ chéo trên. Động mạch mắt, tĩnh mạch mắt trên, thần kinh mũi mi nằm phía ngoài TKTG ở đỉnh hốc mắt. Khi chạy tới đoạn giữa TKTG thì chúng băng lên trên thần kinh thị để vào thành trong hốc mắt.



Hình 2.10. Tiếp cận kiểu trong

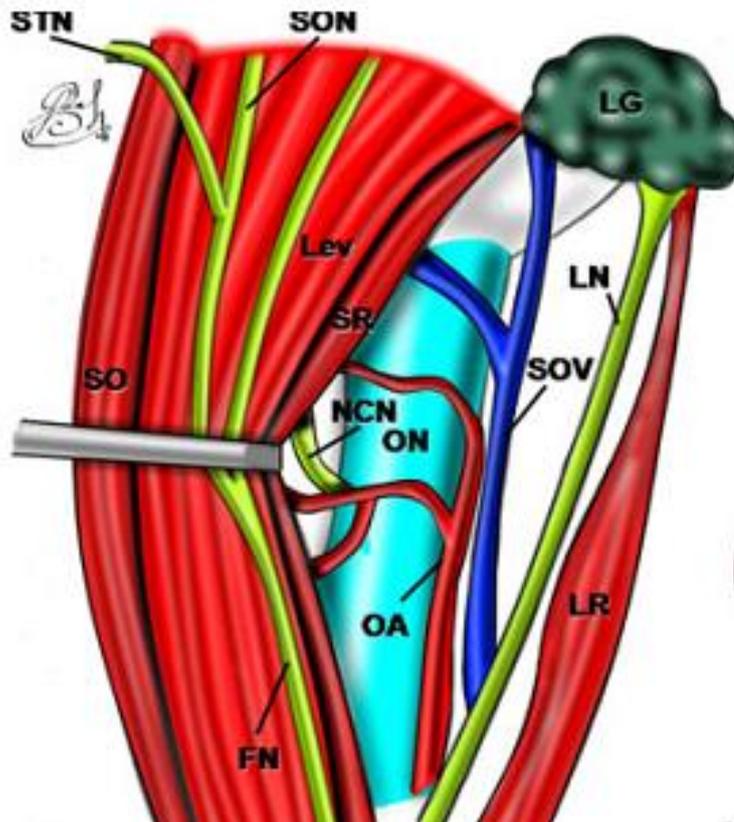
CNIV: thần kinh IV, ON: thần kinh thị giác, OA: động mạch mắt

NCN: thần kinh mũi mi, SOV: tĩnh mạch mắt trên.

Nguồn: Abuzayed B (2012)[13]

Tiếp cận kiểu ngoài (Hình 2.11): Vén cơ thẳng ngoài ra ngoài, cơ nâng

mi trên và thẳng trên vào trong. Mốc giải phẫu: Vén tĩnh mạch mắt trên vào trong sẽ bộc lộ được phần hốc mắt của thần kinh thị giác. Nếu vén ra ngoài thì sẽ bộc lộ được phần sâu trong đỉnh hốc mắt.



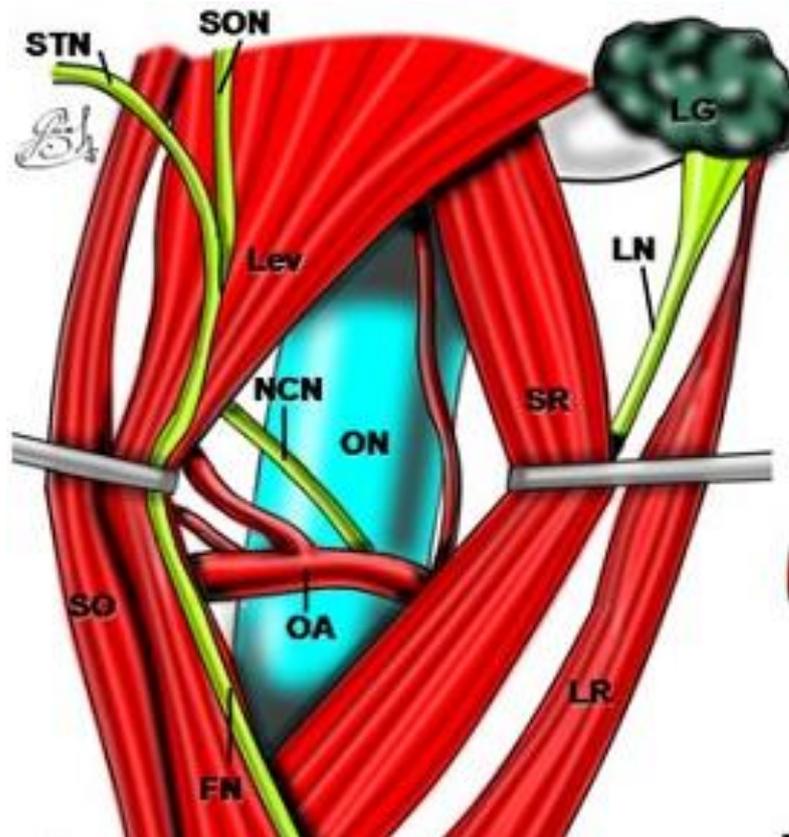
Hình 2.11. Tiếp cận kiểu ngoài

ON: thần kinh thị giác, OA: động mạch mắt, NCN: thần kinh mũi mi

SOV: tĩnh mạch mắt trên. LN: thần kinh lệ, LR: cơ thẳng ngoài

Nguồn: Abuzayed B (2012) [13]

Tiếp cận trung tâm (Hình 2.12): Vén cơ nâng mi trên cùng với thần kinh trán vào trong, cơ thẳng trên thì vén ra ngoài. Bộc lộ được đoạn 1/3 giữa của TKTG và đây là đường ngắn nhất để tới dây TKTG. Mốc giải phẫu: Động mạch mắt, thần kinh mũi mi và nhánh trên của thần kinh III băng qua trên TKTG ở đoạn này. Đường này thích hợp cho u trên TKTG, kích thước nhỏ hoặc sinh thiết.



Hình 2.12. Tiếp cận trung tâm

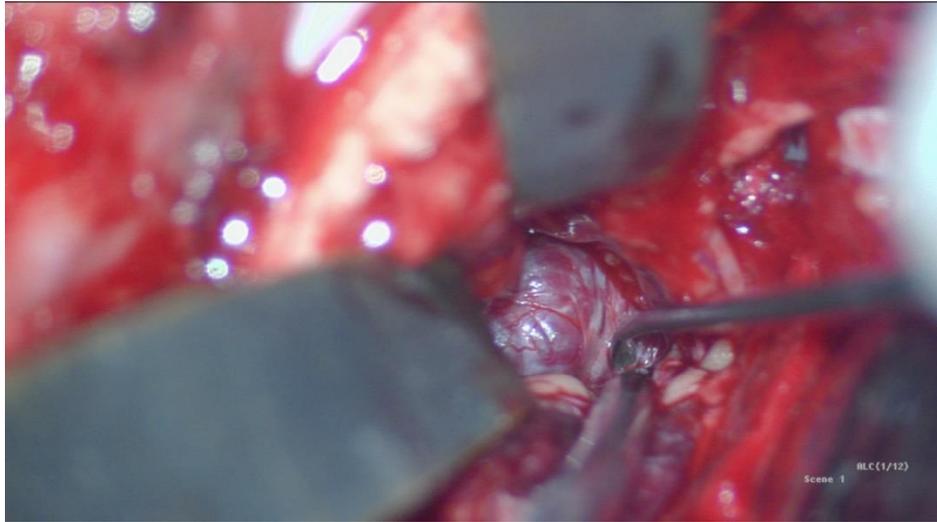
FN: thần kinh trán, ON: thần kinh thị giác, OA: động mạch mắt

NCN: thần kinh mũi mi.

Nguồn: Abuzayed B (2012) [13]

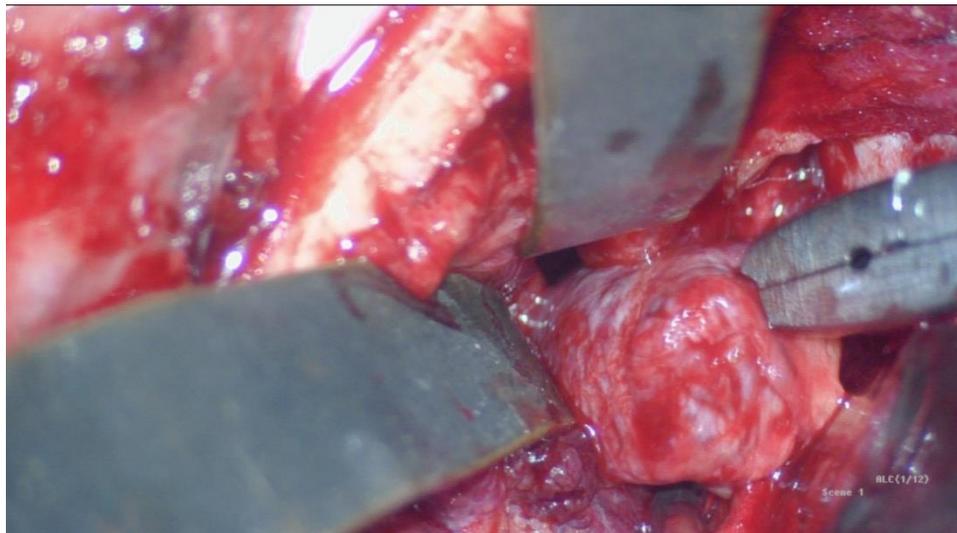
2.6.4.4. Lấy u vi phẫu

Lấy u vi phẫu: Nghiên cứu kỹ hình ảnh MRI trước mổ, xác định kiểu tiếp cận lấy u theo 3 kiểu. Vén cơ nhẹ nhàng, bóc tách u bằng dụng cụ đầu tù. Có thể bóc tách vòng quanh nhẹ nhàng lấy trọn khối như các u mạch dạng hang, u tế bào Schwann... (hình 2.13 và 2.14) hoặc u có thể được bóc sau khi lấy u từng phần từ bên trong lòng u. Bảo tồn các cấu trúc thần kinh và mạch máu lân cận, nhất là tránh đốt “mù” làm tổn thương mạch nuôi TKTG và động mạch tung tâm võng mạc. Cầm máu có thể dùng đốt lưỡng cực, đặt surgical hoặc keo cầm máu.



Hình 2.13. Tiếp cận đường trong bộc lộ u

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy



Hình 2.14. Bóc tách lấy toàn bộ u mạch máu dạng hang

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

2.6.4.5. Đóng vết mổ

Đóng kín màng xương hốc mắt không bắt buộc.

Đặt lại mảnh sọ, tái tạo trần hốc mắt không bắt buộc (trần hốc mắt bị gặm bỏ trong lúc mổ có thể được tạo hình bằng lưới titan và cố định nẹp vít khi kích thước trên 3cm) (hình 2.15).

Đặt dẫn lưu dưới da và rút trong vòng 24 giờ, may lại vết mổ từng lớp, băng ép mắt 24 giờ.

Sau mổ nằm đầu cao 30 độ, corticoid dùng khoảng 3 ngày, kháng sinh dự phòng trong vòng 24 giờ.



Hình 2.15. Đặt lại nắp sọ và đóng vết mổ

Nguồn: Bệnh viện Chợ Rẫy

2.6.5. Xử trí các sai sót kỹ thuật, tai biến, biến chứng

Tất cả các bệnh nhân được theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác sau mổ, phát hiện các biến chứng, theo dõi và xử trí các biến chứng xảy ra trong và sau khi phẫu thuật.

2.6.5.1. Trong khi phẫu thuật

Phù não: Chống phù não trong lúc mổ được chỉ định thường qui với manitol 20% 250ml truyền tĩnh mạch, dexamethasone và tăng thông khí (được thực hiện trước khi mở sọ). Nếu não còn phù, khó vén thùy trán, thì mở màng cứng hút dịch não tủy giúp não xẹp. Vén não nhẹ nhàng vừa phải.

Chảy máu trong mổ: nguồn chảy máu từ mô u thì dùng đốt lưỡng cực (bipolar) đốt mạch nuôi u và đốt điểm chảy máu từ u hoặc dùng xốp cầm máu

(gelfoam) hoặc gòn phẫu thuật, nếu nguồn chảy máu động mạch thì sử dụng đốt lưỡng cực, nếu chảy máu từ tĩnh mạch hay xoang tĩnh mạch thì sử dụng xốp cầm máu ép cầm máu.

2.6.5.2. Sau khi phẫu thuật

- Giáp phù não, máu tụ sau mổ: Điều trị nội khoa chống phù não với manitol 20% truyền tĩnh mạch, dexamethasone và thông khí tốt. Phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ khi tri giác không cải thiện với điều trị chống phù não tích cực và trên hình ảnh cắt lớp vi tính ghi nhận có máu tụ gây ra hiệu ứng choán chỗ.

- Máu tụ hốc mắt: nếu gây triệu chứng chèn ép hốc mắt như liệt vận nhãn, lồi mắt, giảm thị lực; được xử trí mổ lại lấy máu tụ cầm máu.

- Giảm thị lực: theo dõi, dùng corticoid liều cao trong 3 ngày.

- Mất thị lực: nếu do cắt dây thần kinh thị giác chủ động thì không xử trí gì. Nếu do máu tụ hốc mắt thì xử trí như trên.

- Sụp mi sau mổ do đung giáp cơ nâng mi: thường phục hồi trong khoảng 3 tháng. Xử trí bằng corticoid liều cao trong 3 ngày.

- Liệt thần kinh III: sụp mi, dẫn đồng tử, song thị, lé ngoài. Liệt thần kinh VI khi tiếp cận kiểu ngoài, liệt thần kinh IV khi tiếp cận kiểu trong. Xử trí bằng corticoid liều cao trong 3 ngày.

- Lồi mắt theo mạch đập: Hạn chế bằng cách mở trần hốc mắt vừa đủ khoảng dưới 3cm và bảo tồn cung mày. Tái tạo trần hốc mắt bằng lưới titan khi khuyết trần hốc mắt rộng trên 3cm [109].

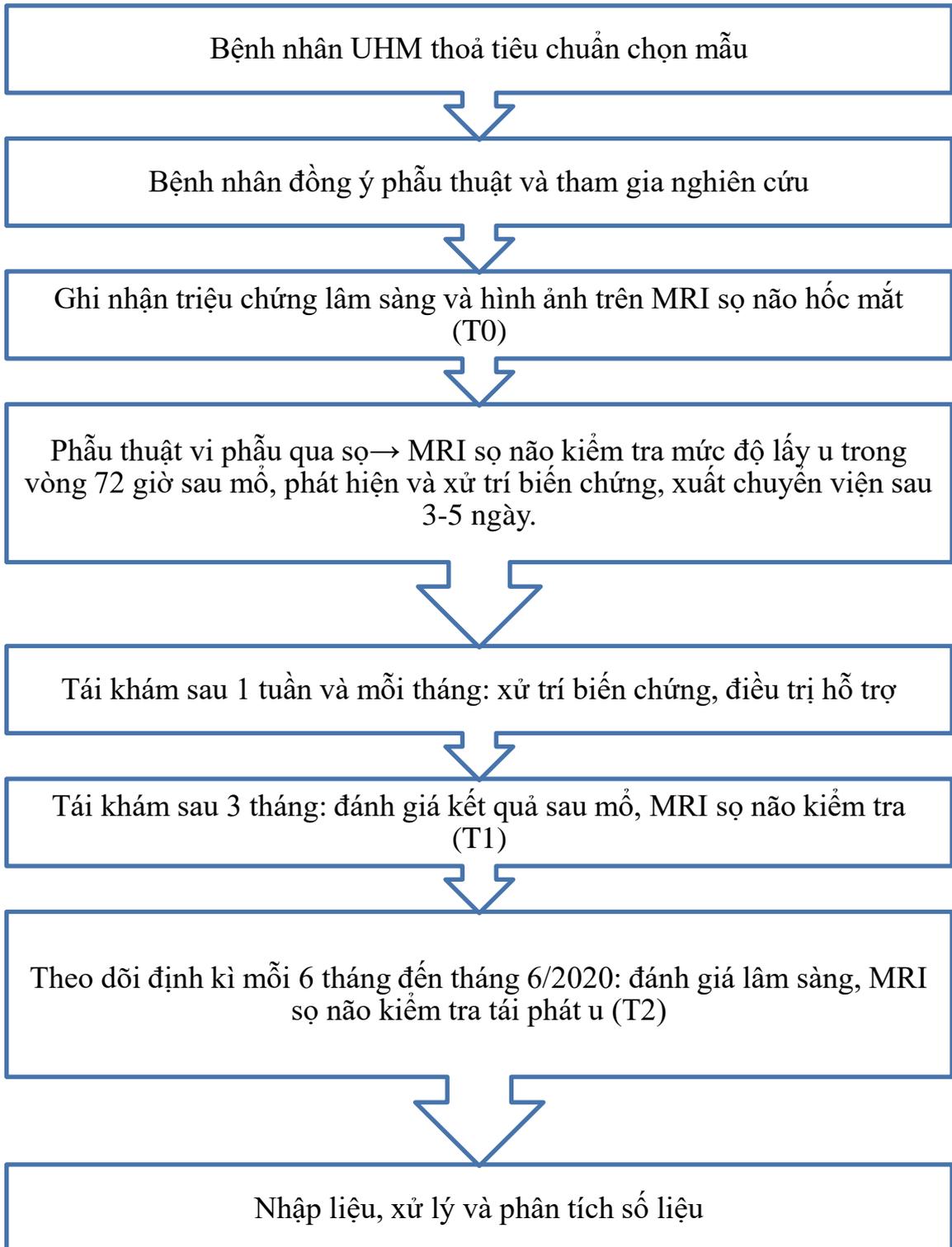
- Rò dịch não tủy sau mổ: Dự phòng trong lúc mổ bằng cách xử lý xoang trán, bít lỗ thông xoang bằng cơ thái dương và phủ màng xương lên [109]. Nếu rò dịch não tủy xảy ra sau mổ, bệnh nhân được dẫn lưu dịch não tủy từ thất lưng trong 5 – 7 ngày. Trường hợp bệnh nhân vẫn còn rò dịch não tủy thì tiến hành phẫu thuật bít rò.

- Viêm màng não mủ: Chọc dò tủy sống vùng thắt lưng lấy dịch não tủy làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định và soi-cấy vi trùng, vi nấm và kháng sinh đồ. Điều trị kháng sinh phổ rộng với vancomycin 2gram/ ngày phối hợp Meropenem 6gram/ ngày truyền tĩnh mạch trong 2-3 tuần, xuống thang kháng sinh sau khi có kết quả kháng sinh đồ.

- Động kinh: điều trị cắt cơn bằng diazepam 10 mg tiêm tĩnh mạch (chú ý theo dõi hô hấp và bảo đảm thông khí), điều trị duy trì bằng phenytoin hoặc keppra uống.

- Nhiễm trùng vết mổ: cấy bệnh phẩm từ vết mổ và điều trị kháng sinh phổ rộng với vancomycin 2gram/ ngày với Meropenem 6gram/ ngày truyền tĩnh mạch trong 2-3 tuần, xuống thang kháng sinh sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Phẫu thuật làm sạch nếu điều trị nội khoa 4-6 tuần không đáp ứng.

2.7. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU



2.8. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Từng bảng thu thập số liệu được kiểm tra về mức độ hoàn tất, tính hợp lý và mức độ chính xác của số liệu. Tiến hành mã hóa dữ liệu theo qui ước cho từng biến số và toàn bộ số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ minh họa.

Phân tích thống kê:

- Biến số định tính: tần số, tỷ lệ phần trăm.
- Biến số định lượng: tính giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).
- Dùng phép kiểm Chi bình phương và phép kiểm chính xác Fisher so sánh các tỷ lệ. Phép kiểm ANOVA và T test dùng kiểm định biến định lượng với kết quả sau mô.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

2.9. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Các bước thực hiện nghiên cứu này đã có trong qui trình điều trị vi phẫu thuật u đỉnh hốc mắt của Bộ Y tế và Bệnh viện Chợ Rẫy.
- Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong NCYSH của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh phê duyệt theo quyết định số 602/ĐHYD- HĐ, năm 2017.

2.10. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI NGHIÊN CỨU

Là người trực tiếp thu thập số liệu, mời các đối tượng tham gia nghiên cứu.

Là phẫu thuật viên chính hoặc phụ, trực tiếp tham gia phẫu thuật các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu dưới sự tư vấn của người hướng dẫn.

Quản lý hồ sơ nghiên cứu.

Đánh giá kết quả nghiên cứu.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2017 đến 30/09/2019 có 57 bệnh nhân UHM đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu cho kết quả như sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CỦA UHM

3.1.1. Đặc điểm chung

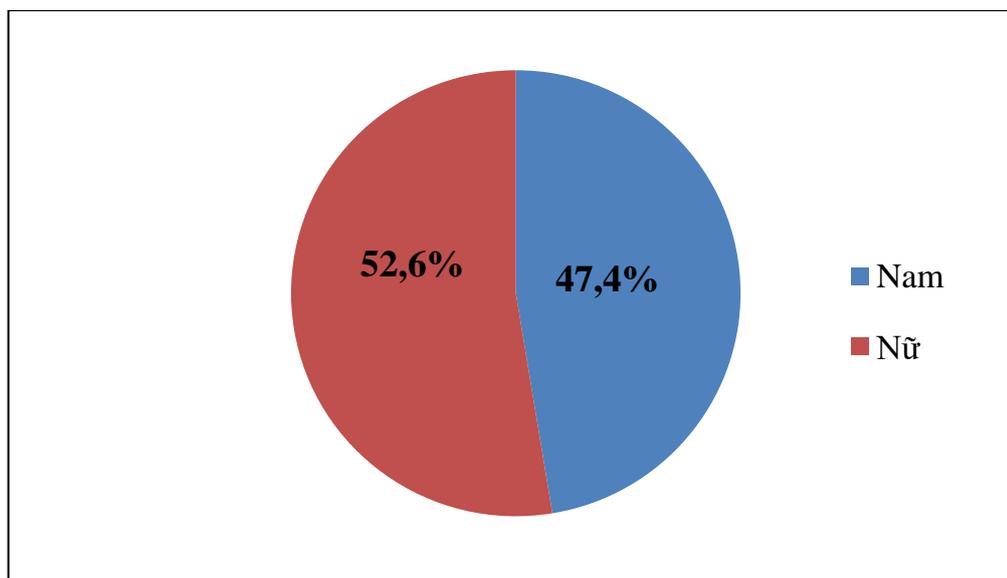
3.1.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
<20	4	7,0
20-29	8	14,0
30-39	9	15,8
40-49	16	28,1
50-59	12	21,1
60-69	6	10,5
≥ 70	2	3,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất: 72 tuổi. Tuổi trung bình: $43,54 \pm 15,21$ tuổi (trung vị: 46 tuổi). Nhóm tuổi thường bị UHM xảy ra trên nhóm tuổi trung niên, từ 40 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ gần 50%.

3.1.1.2. Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Trong 57 trường hợp UHM của nghiên cứu này, có 30 nữ và 27 nam. Tỷ số nam nữ gần tương đương nhau, (tỷ số nam: nữ là 1: 1,1).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

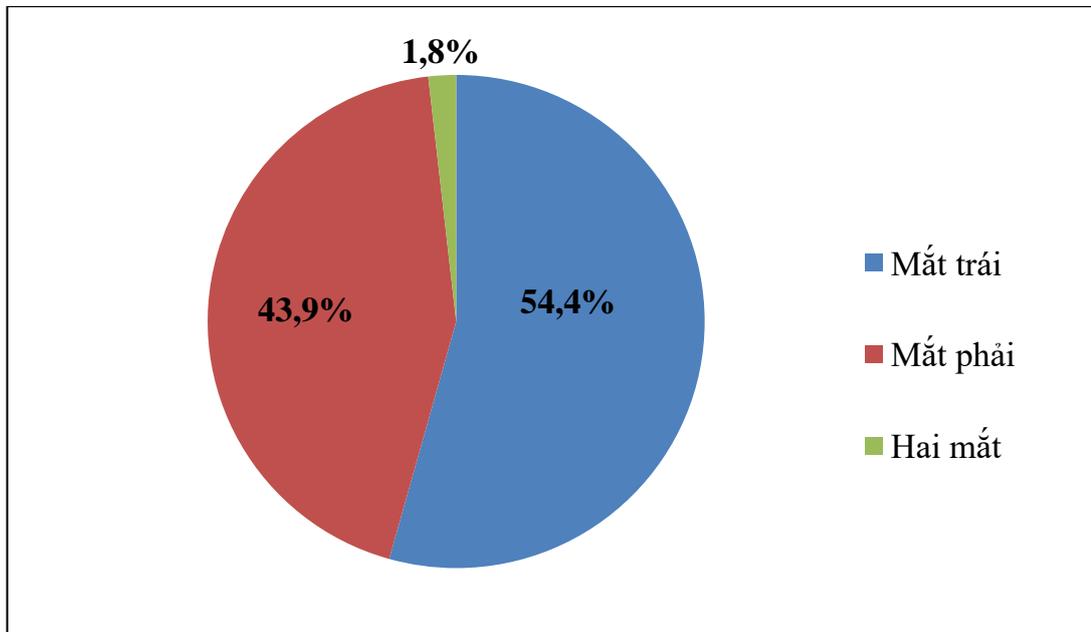
3.1.2.1. Lý do nhập viện

Bảng 3.2. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lồi mắt	38	66,7
Mờ mắt	10	17,5
Đau mắt	6	10,5
Sụp mi	2	3,5
Nhìn đôi	1	1,8
Tổng	57	100

Nhận xét: Bệnh nhân thường vào viện vì lý do lồi mắt (66,6%) và kế đến là mờ mắt (17,5%). Lý do ít gặp hơn là đau mắt (10,5%) và sụp mi.

3.1.2.2. Mắt có khối u



Biểu đồ 3.2. Mắt có khối u

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.2 cho thấy u xuất hiện ở mắt trái nhiều hơn mắt phải. Một trường hợp u tế bào Schwann hốc mắt hai bên và chúng tôi mổ bên mắt có khối u lớn, mắt còn lại có u nhỏ được theo dõi.

3.1.2.3. Thời gian khởi bệnh đến lúc nhập viện

Bảng 3.3. Thời gian khởi bệnh đến khi nhập viện

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)
≤ 3 tháng	16	28,1
$3 < - \leq 6$ tháng	14	24,5
$6 < - \leq 12$ tháng	15	26,3
> 12 tháng	12	21,1
Tổng	57	100

Nhận xét:

- Thời gian khởi bệnh đến nhập viện ngắn nhất là 0,5 tháng (2 tuần), nhiều nhất là 120 tháng (10 năm)

- Trung bình: $13,36 \pm 20,83$ tháng (trung vị: 6 tháng)

Bệnh sử UHM thường diễn tiến từ từ, thời gian từ lúc khởi bệnh đến nhập viện trung bình 13,3 tháng, có trường hợp bệnh nhân u mạch trong xương hóc mắt đến muộn tới 10 năm. Trường hợp bệnh nhân đến sớm nhất là 2 tuần biểu hiện của u mạch máu xuất huyết hóc mắt.

Từ bảng 3.3, chúng tôi nhận thấy trên 50% bệnh nhân có bệnh sử kéo dài trong khoảng 3-12 tháng.

3.1.2.4. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (n=57)	Tỷ lệ (%)
Lồi mắt	57	100
Giảm thị lực	39	68,4
Đau mắt	15	26,3
Hẹp thị trường	10	17,5
Teo gai thị	10	17,5
Phù gai thị	6	10,5
Hội chứng đỉnh hóc mắt	5	8,8
Sụp mi	4	7,0
Song thị	3	5,3
Đau đầu	2	3,5
Triệu chứng khác	2	3,5

Nhận xét: Lồi mắt là triệu chứng luôn luôn có trong 100% các trường hợp. Triệu chứng thường gặp thứ hai là ảnh hưởng thị lực chiếm tỷ lệ 68,4%. Triệu chứng tiếp theo là đau mắt chiếm 26,3% và hẹp thị trường là 17,5%.

Soi đáy mắt ghi nhận có thương tổn đáy mắt gồm: 10 trường hợp teo gai thị (17,5%) và 6 trường hợp phù gai thị (10,5%).

5 trường hợp biểu hiện hội chứng đỉnh hóc mắt, gặp trong 4 bệnh nhân u di căn hóc mắt và một bệnh nhân u mạch trong xương kích thước lớn.

Các triệu chứng như: liệt vận nhãn, đau đầu ít gặp hơn.

3.1.2.5. Tổ hợp triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.5. Tổ hợp triệu chứng lâm sàng

Tổ hợp triệu chứng lâm sàng	Tần số (n=57)	Tỷ lệ (%)
Lồi mắt, giảm thị lực	18	31,6
Lồi mắt, đau mắt	8	14,0
Lồi mắt, liệt vận nhãn	6	10,5
Lồi mắt, xung huyết	1	1,8
Trên 3 triệu chứng	21	36,8

Nhận xét: Bệnh nhân có tổ hợp trên 3 triệu chứng cùng lúc là thường gặp nhất (36,8%). Trường hợp vừa có lồi mắt kèm theo giảm thị lực là tổ hợp 2 triệu chứng thường xuất hiện cùng nhau, chiếm 31,6%.

3.1.2.6. Thị lực của mắt có khối u

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36/57 bệnh nhân (63,2%) giảm thị lực trước mổ. Biểu hiện giảm thị lực này đã loại trừ các trường hợp giảm thị lực do các nguyên nhân khác không phải UHM như: bệnh lý ở giác mạc, tiền phòng, mông mắt, thủy tinh thể, dịch kính và võng mạc. Kết quả thị lực chi tiết được trình bày trong bảng bên dưới.

Bảng 3.6. Thị lực của mắt có khối u

Thị lực của mắt có khối u	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sáng tối (-)	10	17,5
Sáng tối (+) - 1/25	3	5,3
$1/25 < - \leq 1/10$	5	8,8
$1/10 < - \leq 3/10$	9	15,8
$3/10 < - \leq 6/10$	12	21,1
$> 6/10$	18	31,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Từ bảng 3.6 cho thấy 18 bệnh nhân có thị lực bình thường, chiếm tỷ lệ 31,5%. Đặc biệt trong nghiên cứu có 10 bệnh nhân (17,5%) bị mù hoàn toàn một mắt trước mổ và 8 bệnh nhân (14,1%) giảm thị lực từ nặng đến rất nặng.

3.1.2.7. Độ lồi mắt

Bệnh nhân được đo độ lồi bằng thước Hertel, kết quả như sau:

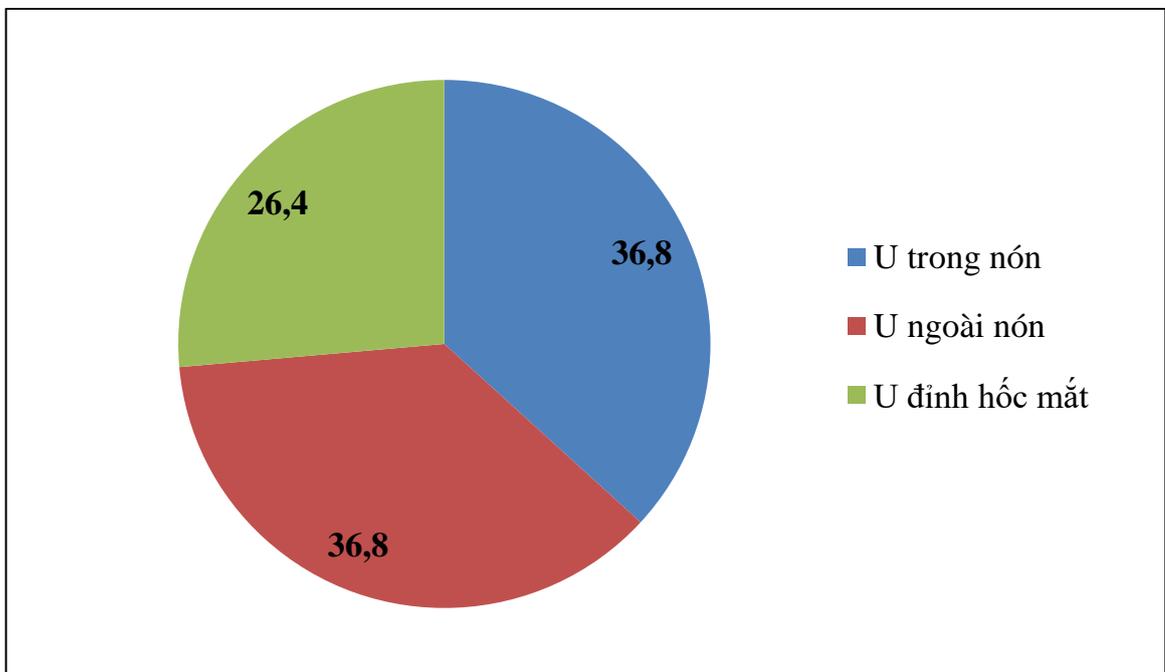
Độ lồi nhỏ nhất: 2 mm, lớn nhất: 18 mm

Trung bình: $8,35 \pm 3,78$

Bệnh nhân lồi mắt ít nhất là trường hợp u sợi thần kinh và trường hợp lồi nhiều nhất là 18mm trên bệnh nhân u màng não bao TKTG.

3.1.3. Đặc điểm hình ảnh học

3.1.3.1. Vị trí u dựa theo nón cơ

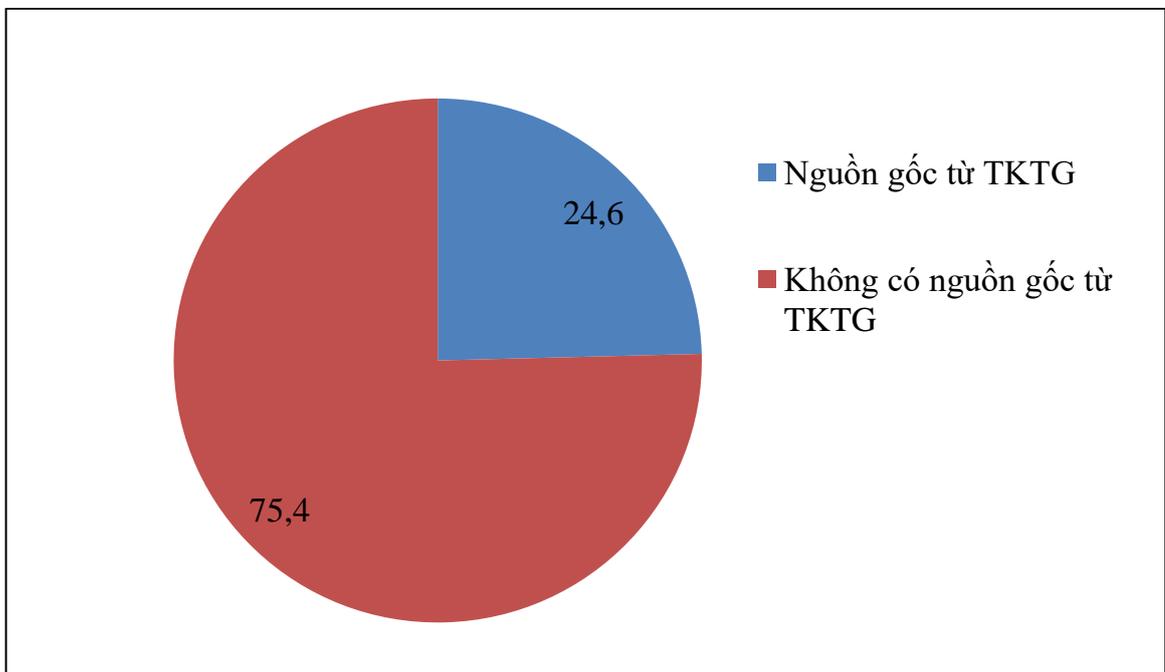


Biểu đồ 3.3. Vị trí u dựa theo nón cơ (n=57)

Nhận xét: Chúng tôi đánh giá UHM liên quan với nón cơ, từ biểu đồ 3.3 cho thấy u trong nón và trong đỉnh hốc mắt chiếm tỷ lệ cao (36,8% và 26,4%), còn lại 36,8% là u ngoài nón. Hình ảnh UHM liên quan với nón cơ được minh họa trong phần phụ lục.

15 trường hợp u đỉnh hốc mắt gồm: 12 trường hợp u màng não bao TKTG, 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG và 1 trường hợp u tế bào Schwann.

3.1.3.2. Vị trí u có nguồn gốc từ TKTG



Biểu đồ 3.4. Vị trí u có nguồn gốc từ TKTG (n=57)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 trường hợp (24,6%) u có nguồn gốc từ TKTG. Trong đó gồm 12 trường hợp u màng não bao TKTG và 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG.

3.1.3.3. Vị trí u trên MRI mặt phẳng trán

Bảng 3.7. Vị trí u trên mặt phẳng trán

Vị trí u trên MRI mặt phẳng trán	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trên	16	28
Nguồn gốc từ TKTG	14	24,6
Trên trong	11	19,3
Trong	6	10,5
Toàn bộ hóc mắt	5	8,8
Trên ngoài	4	7,0
Dưới trong	1	1,8
Tổng	57	100

Khảo sát u trên MRI mặt phẳng trán, lấy TKTG làm trung tâm chúng tôi ghi nhận kết quả trong bảng 3.7 như sau:

U nằm ở thành trên chiếm tỷ lệ cao nhất (28%), kế đến là u có nguồn gốc từ TKTG (24,6%), trên trong (19,3%) và thành trong là 10,5%.

Có 5 trường hợp u chiếm toàn bộ hóc mắt, các u này gồm 2 trường hợp lymphôm, 1 u di căn, 1 u màng não TKTG và 1 u mạch máu. Một trường hợp u nằm ở thành dưới trong là u tế bào Schwann.

3.1.3.4. Sự xâm lấn của u

Bảng 3.8. Sự xâm lấn của u

Sự xâm lấn của u	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không xâm lấn	34	59,6
Xâm lấn sọ trán	11	19,3
Xâm lấn xoang hang	3	5,3
Xoang trán + Xoang sàng	3	5,3
Xâm lấn giao thoa	2	3,5
Nội sọ + Xoang trán + Xoang sàng	2	3,5
Xoang sàng	1	1,8
Xoang trán	1	1,8
Tổng	57	100

Có 34/57 trường hợp (59,6%) u hóc mắt không xâm lấn, còn lại 23 trường hợp u xâm lấn chiếm 40,4%, các trường hợp xâm lấn này thể hiện trong bảng 3.8 như sau:

Nhiều nhất là xâm lấn vào xương sọ trán 19,3%.

Xâm lấn xoang hang và xoang trán- xoang sàng đều 5,3%.

2 trường hợp xâm lấn giao thoa gồm: một trường hợp u màng não bao TKTG và một u tế bào đệm TKTG.

2 trường hợp carcinôm di căn hóc mắt vừa xâm lấn sọ trán và cả xoang trán- xoang sàng.

3.1.3.5. Đường kính lớn nhất của u

Nghiên cứu cho thấy đường kính lớn nhất của u trên MRI, ghi nhận:

Nhỏ nhất: 18 mm

Lớn nhất: 85 mm

Trung bình: $37,61 \pm 12,80$ mm

Tứ phân vị: 29 – 35 – 44 mm

Trong đó trường hợp có đường kính nhỏ nhất là u màng não bao TKTG và u có đường kính lớn nhất là carcinôm tế bào gai hốc mắt.

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.2.1. Điều trị vi phẫu thuật

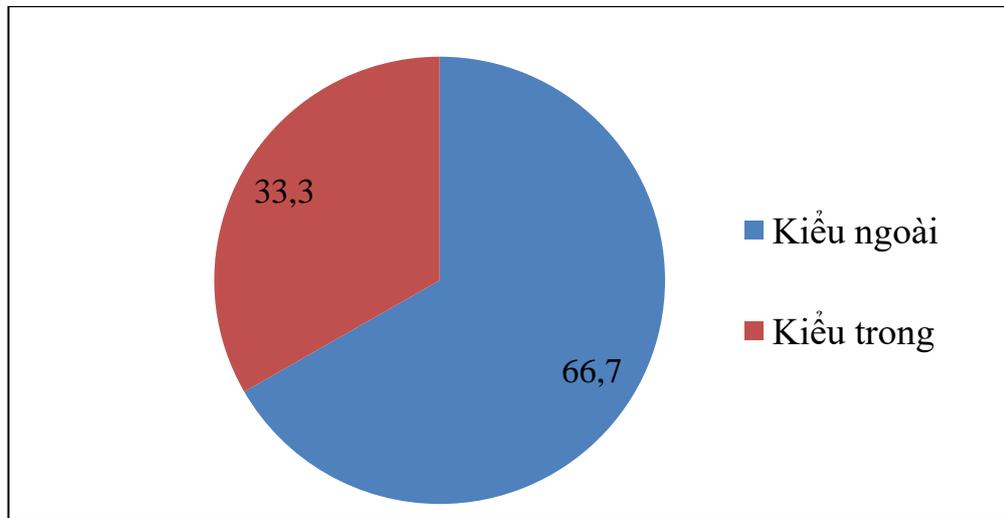
3.2.1.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.9. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới trán - ngoài màng cứng	39	68,4
Trán thái dương - ngoài màng cứng	16	28,1
Ngoài - trong màng cứng (trán-thái dương)	2	3,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Nghiên cứu đã áp dụng phương pháp mở sọ dưới trán ngoài màng cứng bảo tồn cung mày cho 39 trường hợp (68,4%), đường trán thái dương ngoài màng cứng 16 trường hợp (28,1%). Có 2 trường hợp u của TKTG xâm lấn giao thoa, chúng tôi lấy u trong hốc mắt ngoài màng cứng đồng thời mở màng cứng để lấy phần u xâm lấn.

3.2.1.2. Phương pháp tiếp cận u trong nón

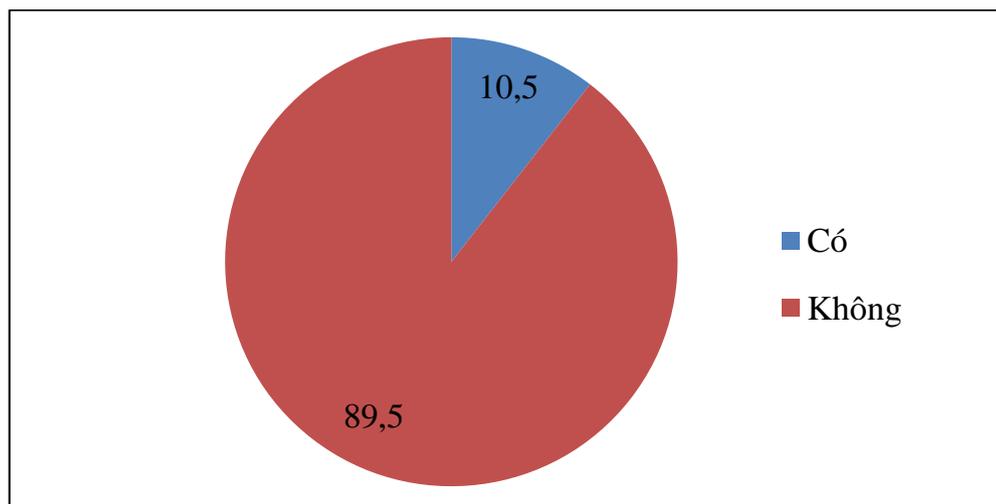


Biểu đồ 3.5. Phương pháp tiếp cận u trong nón (n=57)

Nhận xét: Có 36/57 trường hợp u trong nón và trong ống thị giác. Trong 36 trường hợp này, chúng tôi tiếp cận vào khoang trong nón theo kiểu đường ngoài gấp đôi kiểu tiếp cận đường trong.

Không có trường hợp nào chúng tôi tiếp cận trung tâm giữa cơ nâng mi trên và cơ thẳng trên.

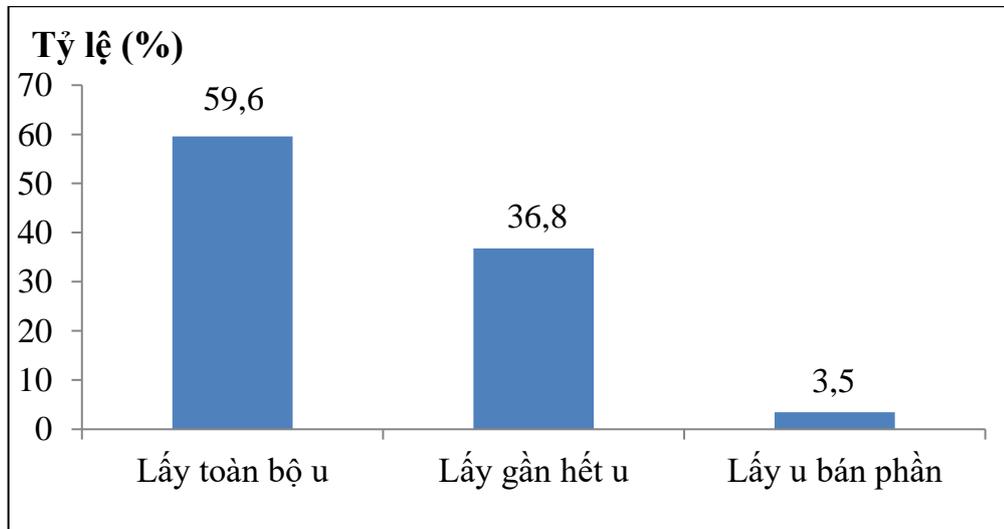
3.2.1.3. Tái tạo trần hốc mắt



Biểu đồ 3.6. Tái tạo trần hốc mắt (n=57)

Nhận xét: Có 6 trường hợp (10,5%) được tái tạo trần hốc mắt bằng lưới titan do khuyết trần hốc mắt rộng.

3.2.1.4. Mức độ lấy u



Biểu đồ 3.7. Mức độ lấy u (n=57)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được kiểm tra mức độ lấy u dựa trên MRI sọ não hốc mắt có tương phản từ sau mổ, kết quả từ biểu đồ 3.7 cho thấy tỷ lệ lấy hết u khá cao: 59,6% lấy toàn bộ u và 36,8% lấy gần hết u.

3.2.1.5. Biến chứng phẫu thuật

Bảng 3.10. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng phẫu thuật	Tần số (n=57)	Tỷ lệ (%)
Sụp mi sau mổ	16	28,1
Thị lực xấu hơn	7	12,3
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,8

Nhận xét: Trong giai đoạn hậu phẫu sớm, không có các biến chứng như: máu tụ nội sọ và trong hốc mắt cũng như giập phù não phải mổ lại, đồng thời cũng không có trường hợp tử vong liên quan đến phẫu thuật. Sung phù hốc mắt và hạn chế vận nhãn sau mổ được ghi nhận trong tất cả các BN, nhưng đều được hồi phục trong vòng tháng đầu sau mổ. Không có trường hợp nào rò dịch não tủy qua mũi hoặc qua vết mổ.

Tất cả 17 biến chứng xảy ra trên 17 BN (29,8%) gồm 3 loại biến chứng. Từ bảng 3.10 cho thấy biến chứng sau mổ thường gặp nhất là sụp mi, 16 trường

hợp (28,1%). Biến chứng thị lực xấu sau mổ 7 trường hợp, chiếm 12,3%. Trong đó, 6 trường hợp mất thị lực bên mắt có khối u, xảy ra trên những BN u xuất phát từ TKTG. Cả 6 trường hợp đều có giảm thị lực trước mổ và được phẫu thuật cắt bỏ TKTG cùng với lấy u. Một trường hợp giảm thị lực là biến chứng sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ nông vùng trán xảy ra trên một BN u mạch máu hốc mắt, xuất hiện 10 ngày sau mổ được điều trị kháng sinh đường uống 6 tuần và khỏi.

3.2.1.6. Kết quả giải phẫu bệnh

Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh và đối chiếu với chẩn đoán trước mổ, chúng tôi ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh của các UHM trong bảng bên dưới.

Bảng 3.11. Kết quả giải phẫu bệnh

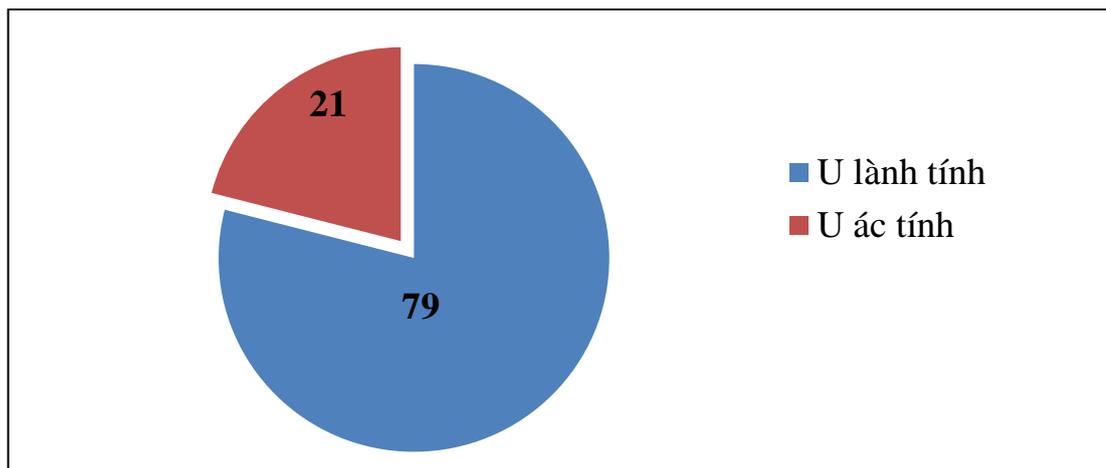
Kết quả giải phẫu bệnh	Tần số (n=57)	Tỷ lệ (%)
U màng não bao TKTG	12	21,1
U tế bào Schwann	8	14
Carcinôm	6	10,5
U mạch dạng hang	6	10,5
U nhầy	5	8,8
Lymphôm	4	7
U sợi thần kinh	3	5,3
U màng não hốc mắt	3	5,3
U xương	2	3,5
U tế bào đệm TKTG	2	3,5
U mạch máu	2	3,5
Loạn sản sợi	1	1,8
U phình mạch trong xương	1	1,8
Nang bì	1	1,8
U hạt Cholesterol	1	1,8

Nhận xét: Qua bảng 3.11 cho thấy 5 loại u thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: nhiều nhất là u màng não bao TKTG chiếm 12 trường hợp (21,1%), kế đến là u tế bào Schwann (14%), tiếp theo là carcinôm và u mạch dạng hang cùng chiếm tỷ lệ 10,5%, sau đó là u nhầy 8,8%.

Trong 6 trường hợp carcinôm bao gồm 4 trường hợp carcinôm tuyến di căn và 2 trường hợp carcinôm tế bào gai.

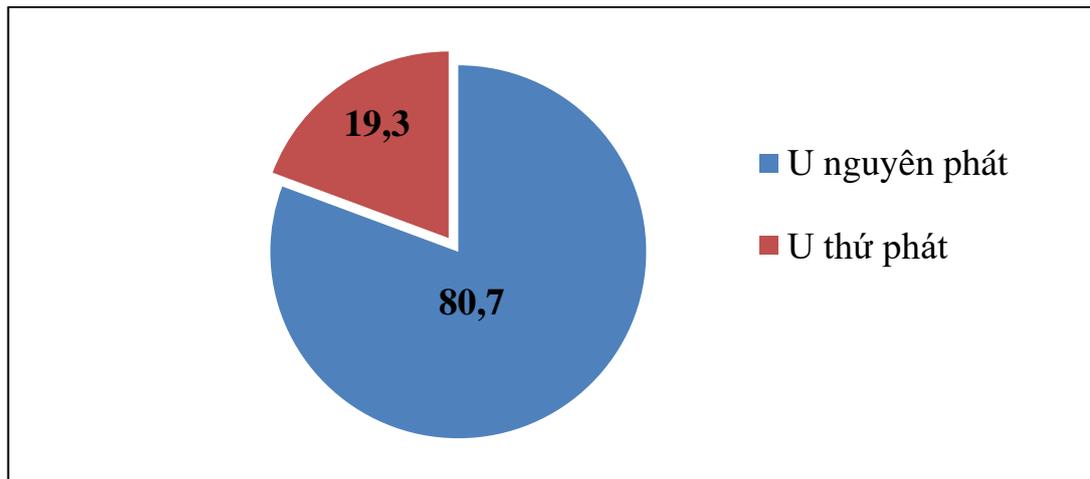
Các trường hợp u khác ít gặp hơn, trong đó có 2 trường hợp u mạch máu không điển hình.

3.2.1.7. Phân loại u



Biểu đồ 3.8. Phân loại u lành tính và ác tính (n=57)

Nhận xét: Dựa vào tính chất mô học của u, chúng tôi chia UHM thành u lành tính và ác tính. Từ biểu đồ 3.8 cho thấy phần lớn là u lành tính (79%). Các u ác trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: carcinôm, lymphôm, u tế bào đệm. Các u lành gồm: u màng não, u tế bào Schwann, u mạch dạng hang, u nhầy, u sợi thần kinh, u xương, u mạch máu, loạn sản sợi, u phình mạch trong xương, nang bì, u hạt Cholesterol.



Biểu đồ 3.9. Phân loại u theo tính chất nguyên phát và thứ phát (n=57)

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.9 chúng tôi nhận thấy hầu hết là u nguyên phát (80,7%). Còn lại 11 u thứ phát (19,3%) bao gồm: 6 trường hợp carcinôm di căn và 5 trường hợp u nhầy từ xoang cạnh mũi.

3.2.2. Kết quả sau mổ và theo dõi

Trong mẫu nghiên cứu 57 bệnh nhân chúng tôi hẹn tái khám tại thời điểm 3 tháng sau mổ, có 4 bệnh nhân bị mất liên lạc, còn lại 53 bệnh nhân được theo dõi (chiếm tỷ lệ 93%) cho kết quả dưới đây.

3.2.2.1. Đánh giá thị lực của mắt có khối u sau mổ 3 tháng

Thị lực sau mổ được kiểm tra tại phòng khám mắt tại thời điểm sau mổ 3 tháng. Sau khi có kết quả đo thị lực, chúng tôi đánh giá thị lực sau mổ bằng 4 mức độ: bình thường (thị lực trước và sau mổ $>6/10$), cải thiện (tăng thị lực ít nhất 1 hàng), không cải thiện (không thay đổi thị lực) và xấu hơn (giảm thị lực nặng cho tới mù mắt). Kết quả được chúng tôi trình bày trong bảng 3.12 bên dưới.

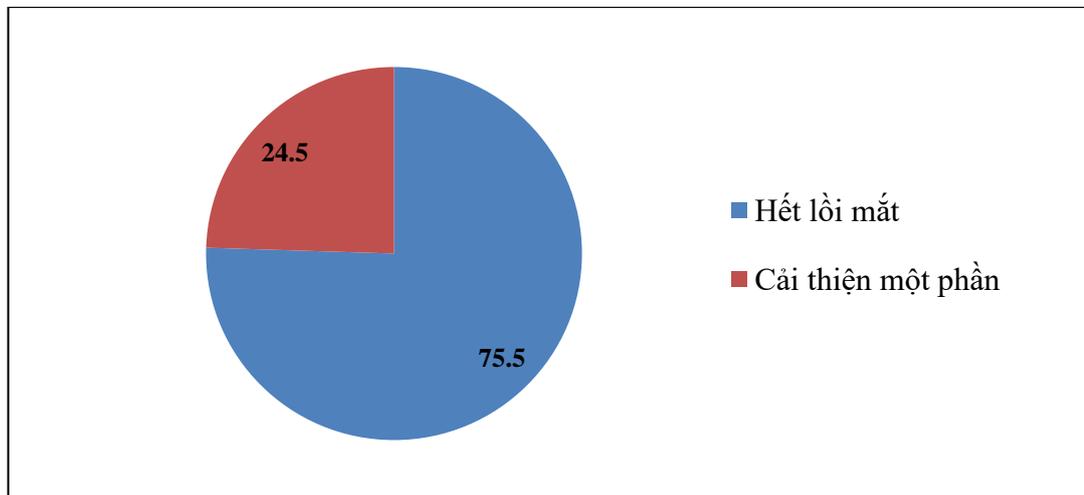
Bảng 3.12. Đánh giá thị lực sau mổ 3 tháng

Thị lực của mắt có khối u sau mổ	Tần suất (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Sáng tối (-)	15	28,3
Sáng tối (+) - 1/25	2	3,8
1/25 < - ≤ 1/10	1	1,9
1/10 < - ≤ 3/10	2	3,8
3/10 < - ≤ 6/10	8	15,1
> 6/10	25	47,1
So sánh thị lực sau mổ	Tần suất (n=53)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	17	32,1
Cải thiện	16	30,2
Không cải thiện	13	24,5
Xấu hơn	7	13,2
Tổng	53	100

Nhận xét: Từ bảng 3.12 cho thấy nhóm có thị lực bình thường và nhóm thị lực cải thiện so với trước mổ chiếm 62,3%. Nhóm không cải thiện thị lực chiếm 24,5%, gồm những bệnh nhân biểu hiện giảm thị lực rất nặng hoặc mù mắt trước mổ vẫn không cải thiện sau mổ và 13,2% trường hợp thị lực sau mổ xấu hơn. Các trường hợp có thị lực xấu hơn này gồm: 6 bệnh nhân bị mù mắt do chúng tôi phẫu thuật cắt khối u cùng với TKTG trong các trường hợp u của dây TKTG có giảm thị lực trước mổ. Một bệnh nhân giảm thị lực từ 6/10 xuống bóng bàn tay xảy ra sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt.

3.2.2.2. Đánh giá lồi mắt sau mổ 3 tháng

Lồi mắt sau mổ trung bình: $0,79 \pm 1,52$ mm, nhỏ nhất là 0 mm và lớn nhất là 5mm.



Biểu đồ 3.10. Đánh giá lồi mắt sau mổ 3 tháng

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có lồi mắt trước mổ. Từ biểu đồ 3.10 cho thấy độ lồi mắt sau mổ 3 tháng hồi phục rất cao: 75,5% hết lồi mắt, 24,5% lồi mắt cải thiện một phần so với trước mổ. Không có trường hợp nào mắt lồi xấu hơn.

Bảng 3.13. So sánh độ lồi mắt trước và sau mổ 3 tháng

Độ lồi (n=53)	Trước mổ	Sau mổ
Nhỏ nhất	3	0
Cao nhất	18	5
Trung bình	$8,55 \pm 3,65$	$0,79 \pm 1,52$
Khoảng tứ vị	6,0 – 8,0 – 11,5	0 – 0 – 1

T test bắt cặp: $T = 16,35$, $p < 0,001$

Từ bảng 3.13 cho thấy tình trạng lồi mắt cải thiện sau mổ rất rõ rệt, độ lồi từ 8,55 mm trước mổ xuống còn 0,79 mm sau mổ (phép kiểm T test, $p < 0,001$).

3.2.2.3. Đánh giá tình trạng sụp mi sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 16 trường hợp sụp mi sau mổ đều được hồi phục ở thời điểm 3 tháng theo dõi. Khảo sát sự mối tương quan giữa biến chứng sụp mi sau mổ với vị trí u liên quan nón cơ được trình bày trong bảng 3.14 cho thấy sụp mi sau mổ thường xảy ra đối với những u trong nón và trong đỉnh hốc mắt hơn những u ngoài nón (Phép kiểm chính xác Fisher, với $p = 0,005$).

Bảng 3.14. Liên quan giữa biến chứng sụp mi sau mổ với vị trí u

Sụp mi	Vị trí u theo nón cơ			
	U trong nón	U ngoài nón	U đỉnh hốc mắt	Tổng
Có	7	1	8	16
Không	14	20	7	41

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=10.68$, $p=0.005$

3.2.2.4. Điều trị bổ sung sau mổ

Nghiên cứu ghi nhận 32/53 trường hợp (60,4%) u được lấy hoàn toàn và không cần điều trị gì thêm. Các trường hợp còn u sau mổ hoặc bệnh lý ác tính trong quá trình theo dõi đã được chúng tôi tư vấn và giới thiệu điều trị bổ sung theo chuyên khoa được trình bày trong bảng 3.15 bên dưới.

Bảng 3.15. Điều trị sau mổ

Điều trị sau mổ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Xạ phẫu bằng dao gamma	11	20,7
Xạ trị	6	11,3
Hóa trị	4	7,6
Không điều trị gì thêm	32	60,4
Tổng	53	100

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy các phương pháp điều trị hỗ trợ sau mổ cho các UHM gồm:

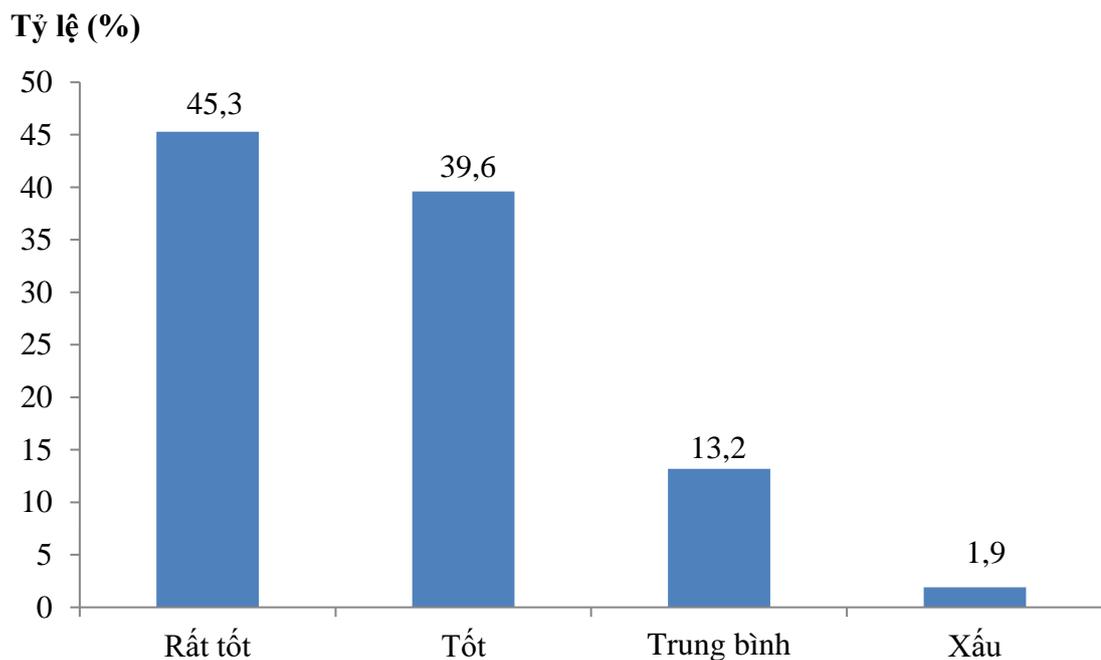
Xạ phẫu bằng dao gamma cho 11 trường hợp, trong đó gồm 8 trường hợp u màng não bao TKTG còn lại sau mổ, 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG và 1 trường hợp u sợi thần kinh.

Xạ trị cho 6 trường hợp carcinôm hốc mắt (gồm 4 trường hợp carcinôm tuyến và 2 trường hợp carcinôm tế bào gai) tại trung tâm ung bướu của bệnh viện Chợ Rẫy.

Hóa trị cho 4 trường hợp lymphôm tại khoa Huyết học.

3.2.2.5. Kết quả sau mổ

Để đánh giá kết quả sau mổ, chúng tôi dựa theo bảng đánh giá của tác giả Hejazi N thực hiện tại thời điểm 3 tháng sau mổ, được trình bày trong biểu đồ bên dưới.



Biểu đồ 3.11. Kết quả sau mổ

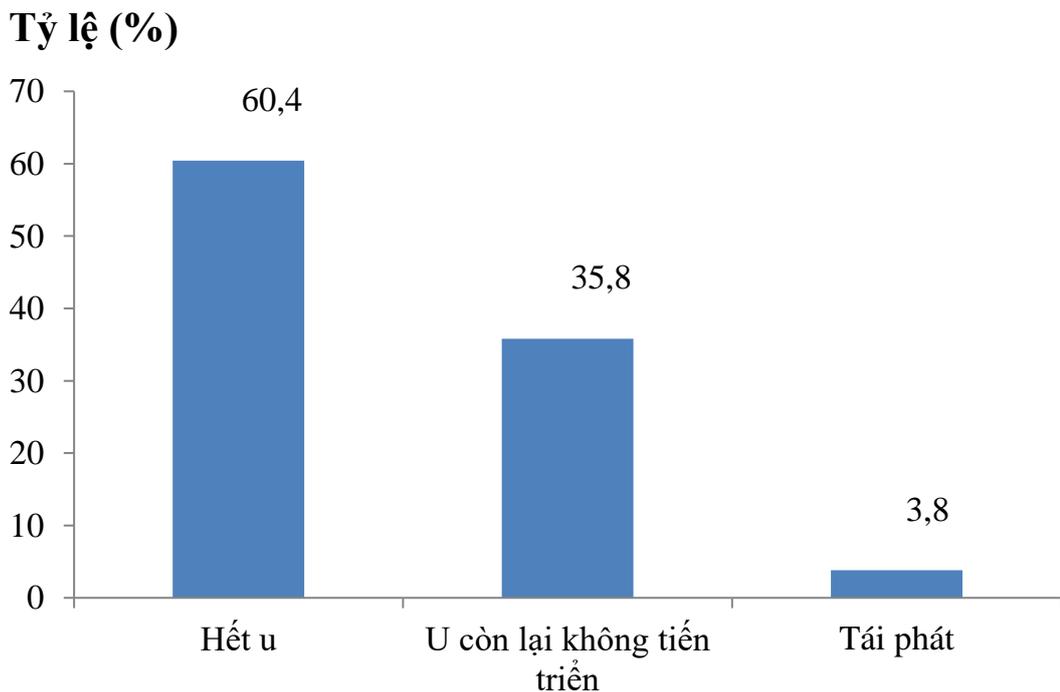
Nhận xét:

Theo biểu đồ 3.11 cho thấy bệnh nhân được đánh giá kết quả rất tốt và tốt chiếm hầu hết (84,9%), chỉ có 7 trường hợp (13,2%) đạt kết quả trung bình và một trường hợp cho kết quả xấu.

Các trường hợp đạt kết quả trung bình gồm: 6 trường hợp u màng não bao TKTG có biểu hiện giảm thị lực trước mổ được lấy u cùng với cắt TKTG và 1 trường hợp carcinôm tế bào gai di căn hốc mắt được lấy gần hết u, cải thiện độ lồi mắt nhưng hội chứng đỉnh hốc mắt trước mổ cải thiện ít. Một trường hợp đạt kết quả xấu sau mổ xảy ra trên bệnh nhân u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc có biến chứng thị lực xấu sau mổ.

3.2.2.6. Theo dõi tới thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2020)

Số tháng theo dõi: 57 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bị mất liên lạc, do đó có 53 bệnh nhân được theo dõi đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/06/2020), chiếm tỷ lệ 93%. Thời gian theo dõi ít nhất là 9 tháng và nhiều nhất là 40 tháng, trung bình là $24,01 \pm 9,55$ tháng (trung vị: 24 tháng), chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:



Biểu đồ 3.12. Kết quả theo dõi sau mổ trung bình 24 tháng

Từ biểu đồ 3.12 cho thấy 60,4% các trường hợp hết u, 35,8% u còn lại không tiến triển và 2 trường hợp u tái phát. Trong đó, 2 trường hợp u tái phát có chỉ định mổ lại là u nhầy và u sợi thần kinh xâm lấn xoang hang.

3.3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.3.1. Mối liên quan giữa tuổi với kết quả sau mổ

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa tuổi với kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ	Nhóm tuổi							Tổng
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Rất tốt	1	6	3	6	5	3	0	24 (45,3)
Tốt	1	2	5	5	3	3	2	21 (39,6)
Trung bình	2	0	1	3	1	0	0	7 (13,2)
Xấu	0	0	0	1	0	0	0	1 (1,9)
Tổng	4	8	9	15	9	6	2	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=16,24$, $p=0,576 > 0,05$

Nhận xét: Khi khảo sát mối liên quan giữa nhóm tuổi với kết quả sau mổ tại thời điểm 3 tháng, chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa tuổi với kết quả sau mổ (với $p=0,576$).

3.3.2. Mối liên quan giữa giới tính với kết quả sau mổ

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa giới tính với kết quả sau mổ

Giới tính	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Nam	12 (46,2)	114 (42,3)	3 (11,5)	0 (0)	26 (100%)
Nữ	12 (44,4)	10 (37,0)	4 (14,8)	1 (3,7)	27 (100%)
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=1,17$, $p=0,761 > 0,05$

Nhận xét: Qua khảo sát mối liên quan giữa giới tính với kết quả sau mổ tại thời điểm 3 tháng, chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa giới tính với kết quả sau mổ (với $p=0,761$).

3.3.3. Mối liên quan giữa thời gian khởi bệnh với kết quả sau mổ

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa thời gian khởi bệnh với kết quả sau mổ

Thời gian khởi bệnh	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
1 – 3 tháng	10 (62,5)	6 (37,5)	0	0	16
> 3 – 6 tháng	4 (33,3)	5 (41,7)	2 (16,7)	1 (8,3)	12
> 6 – 12 tháng	6 (40,0)	5 (33,3)	4 (26,7)	0	15
> 12 tháng	4 (40,0)	5 (50,0)	1 (10,0)	0	10
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=9,81$, $p=0,366 > 0,05$

Nhận xét: Từ bảng 3.18 cho thấy không có mối liên quan giữa thời gian khởi bệnh với kết quả sau mổ (với $p=0,366$).

3.3.4. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u

Đường kính u (mm)	Mức độ lấy u			Tổng
	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy u bán phần	
Số trường hợp	34	21	2	57
Nhỏ nhất (mm)	18	25	45	18
Lớn nhất (mm)	70	85	48	85
Trung bình (mm)	35,82	40,14	46,50	37,79
Độ lệch chuẩn	12,34	13,39	2,12	12,69
Trung vị (mm)	35	36	46,5	35

Phép kiểm Anova: $F=1,25$, $p=0,295 > 0,05$

Nhận xét: Khi khảo sát mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u, nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa đường kính u và mức độ lấy u (với $p = 0,295$).

Chúng tôi cũng chia đường kính u thành 2 nhóm, nhóm có đường kính $u > 3\text{cm}$ và nhóm có đường kính $u \leq 3\text{cm}$ để tìm mối liên quan với mức độ lấy u cũng không cho thấy có sự liên quan (với $p = 0,095$).

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u

Mức độ lấy u	Đường kính u		Trung bình
	$\leq 3\text{cm}$	$> 3\text{cm}$	
Lấy toàn bộ u	15 (78,9%)	19 (50,0%)	$3,58 \pm 1,23$
Lấy gần hết u	4 (21,1%)	17 (44,7%)	$4,01 \pm 1,33$
Lấy u bán phần	0	2 (5,3%)	$4,65 \pm 0,21$
Tổng	19	38	$3,77 \pm 1,26$
Giá trị p	$\chi^2=4,71$, $p=0,095$		$F = 1,25$, $p=0,295$

3.3.5. Mối liên quan giữa đường kính u với kết quả sau mổ

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa đường kính u với kết quả sau mổ

Đường kính u (mm)	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Số trường hợp	24	21	7	1	53
Nhỏ nhất	18	23	25	32	18
Lớn nhất	60	85	48	32	85
Trung bình	33,50	43,43	36,29	32,0	37,77
Độ lệch chuẩn	9,78	14,44	7,84	0	12,32
Trung vị	32,5	40,0	37,0	32,0	35,0

Phép kiểm Anova: $F=2,81$, $p=0,049$

Nhận xét: Cũng tương tự khi khảo sát mối liên quan giữa đường kính u với kết quả sau mổ tại thời điểm 3 tháng, chúng tôi nhận thấy chưa có mối liên quan rõ rệt giữa đường kính u với kết quả sau mổ (với $p=0,049$).

3.3.6. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với mức độ lấy u

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với mức độ lấy u

Vị trí u theo nón cơ	Mức độ lấy u			
	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy u bán phần	Tổng
U trong nón	15 (71,4)	4 (19,0)	2 (9,5)	21
U ngoài nón	14 (66,7)	7 (33,3)	0	21
U đỉnh hốc mắt	5 (33,3)	10 (66,7)	0	15
Tổng	34 (59,6)	21 (36,8)	2 (3,5)	57

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=11,32$, $p=0,023 < 0,05$

Nhận xét: Qua phân tích bảng 3.22 ở trên, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với mức độ lấy u. Những u nằm trong đỉnh

hốc mắt thì khó lấy hết u so với u ngoài nón hoặc trong nón (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,023$).

3.3.7. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ

Bảng 3.23. Mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ

Vị trí u theo nón cơ	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
U trong nón	12 (60,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	0	20
U ngoài nón	11 (57,9)	7 (36,8)	1 (5,3)	0	19
U đỉnh hốc mắt	1 (7,1)	7 (50,0)	5 (35,7)	1 (7,1)	14
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=16,73$, $p=0,011 < 0,05$

Nhận xét: Qua phân tích bảng 3.23, chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ với kết quả sau mổ. Những u nằm trong nón hay ngoài nón có kết quả rất tốt cao hơn so với những u trong đỉnh hốc mắt (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,011$).

3.3.8. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG với mức độ lấy u

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG và mức độ lấy u

U có nguồn gốc từ TKTG	Mức độ lấy u			
	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy u bán phần	Tổng
Nguồn gốc từ TKTG	3 (21,4)	10 (71,4)	1 (7,1)	14
Không có nguồn gốc từ TKTG	31 (72,1)	11 (25,6)	1 (2,3)	43
Tổng	34 (59,6)	21 (36,8)	2 (3,5)	57

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=11,26$, $p=0,004 < 0,05$

Nhận xét: Có mối liên quan giữa vị trí u có nguồn gốc từ TKTG với mức độ lấy u. Những u không có nguồn gốc từ TKTG thì khả năng lấy toàn bộ u cao hơn những u có nguồn gốc từ TKTG (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,004$).

3.3.9. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ

Bảng 3.25. Mối liên quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ

U có nguồn gốc từ TKTG	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Nguồn gốc từ TKTG	0	7 (53,8)	6 (46,2)	0	13
Không có nguồn gốc từ TKTG	24 (60,0)	14 (35,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	40
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=23,16$, $p<0,001$

Nhận xét: Cũng tương tự với mức độ lấy u, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan giữa u có nguồn gốc từ TKTG với kết quả sau mổ. Những u không có nguồn gốc từ TKTG thì đạt kết quả rất tốt cao hơn những u có nguồn gốc từ TKTG (phép kiểm chính xác Fisher với $p<0,001$).

3.3.10. Mối liên quan giữa u xâm lấn và mức độ lấy u

Bảng 3.26. Mối liên quan giữa u xâm lấn và mức độ lấy u

	U xâm lấn	U không xâm lấn	Tổng
Lấy toàn bộ u	13 (59,1%)	21 (60%)	34 (59,6%)
Lấy gần hết u	9 (40,9%)	12 (34,3%)	21 (36,8%)
Lấy u bán phần	0	2 (5,7%)	2 (3,5%)
Tổng	22 (100%)	35 (100%)	57 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=2,11$, $p=0,348 > 0,05$

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa u xâm lấn với mức độ lấy u ($p=0,348$).

3.3.11. Mối liên quan giữa loại u với mức độ lấy u

Khi khảo sát mối liên quan giữa giải phẫu bệnh của từng loại UHM với mức độ lấy u, chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa chúng với nhau (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,063$), kết quả được trình bày trong bảng 3.27 bên dưới.

Bảng 3.27. Mối liên quan giữa loại u với mức độ lấy u

Kết quả giải phẫu bệnh	Mức độ lấy u sau mổ			
	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy u bán phần	Tổng
U mạch dạng hang	6	0	0	6
U tế bào Schwann	6	2	0	8
U màng não bao TKTG	3	8	1	12
Lymphôm	1	2	1	4
U tế bào đệm TKTG	0	2	0	2
U nhầy	4	1	0	5
U sợi thần kinh	1	2	0	3
Carcinôm	4	2	0	6
Loạn sản sợi	0	1	0	1
U xương	1	1	0	2
U màng não hốc mắt	3	0	0	3
U mạch máu không điển hình	2	0	0	2
U phình mạch trong xương	1	0	0	1
U hạt Cholesterol	1	0	0	1
Nang bì	1	0	0	1
Tổng	34	21	2	57

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=30,44$, $p=0,063$

3.3.12. Mối liên quan giữa loại u với kết quả sau mổ

Bảng 3.28. Mối liên quan giữa loại u với kết quả sau mổ

Kết quả giải phẫu bệnh	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
U mạch dạng hang	5	1	0	0	6
U tế bào Schwann	5	1	0	1	7
U màng não bao TKTG	0	6	5	0	11
Lymphôm	0	4	0	0	4
U tế bào đệm TKTG	0	1	1	0	2
U nhầy	4	1	0	0	5
U sợi thần kinh	1	1	0	0	2
Carcinôm	3	2	1	0	6
Loạn sản sợi	0	1	0	0	1
U xương	1	1	0	0	2
U màng não hóc mắt	2	1	0	0	3
U mạch máu không điển hình	1	1	0	0	2
Nang bì	1	0	0	0	1
U hạt Cholesterol	1	0	0	0	1
Tổng	24	21	7	1	53

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=43,46$, $p=0,107$

Nhận xét: Từ những phân tích trong 2 bảng 3.27 và 3.28 ở trên về mối liên quan giữa giải phẫu bệnh của UHM với mức độ lấy u và kết quả sau mổ, chúng tôi nhận thấy chưa có mối liên quan giữa giải phẫu bệnh của u với mức độ lấy u cũng như kết quả sau mổ (Phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,063$ và $p=0,107$). Tuy nhiên, khi chúng tôi tách ra một số loại u để khảo sát riêng, kết quả cho thấy u màng não bao TKTG và u tế bào Schwann có ảnh hưởng đến kết quả sau mổ, được trình bày trong các bảng 3.29 đến 3.30.

Bảng 3.29. Mối liên quan giữa u màng não bao TKTG với kết quả sau mổ

Kết quả giải phẫu bệnh	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
U màng não bao TKTG	0 (0)	6 (54,5)	5 (45,5)	0 (0)	11 (100%)
Các loại u còn lại	24 (57,1)	15 (35,7)	2 (4,8)	1 (2,4)	42 (100%)
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=18.27$, $p<0.001$

Nhận xét: Từ bảng 3.29, chúng tôi nhận thấy loại u màng não bao TKTG có kết quả rất tốt và tốt thấp hơn các loại u khác (phép kiểm chính xác Fisher với $p<0,001$).

Bảng 3.30. Mối liên quan giữa u tế bào Schwann với kết quả sau mổ

Kết quả giải phẫu bệnh	Kết quả sau mổ 3 tháng				
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
U tế bào Schwann	5 (71,4)	1 (14,3)	0 (0)	1 (14,3)	7 (100%)
Các loại u còn lại	19 (41,3)	20 (43,5)	7 (15,2)	0 (0)	46 (100%)
Tổng	24 (45,3)	21 (39,6)	7 (13,2)	1 (1,9)	53 (100%)

Phép kiểm chính xác Fisher: $\chi^2=10,16$, $p=0,017 < 0,05$

Nhận xét: Từ bảng 3.30, chúng tôi nhận thấy loại u tế bào Schwann có kết quả rất tốt cao hơn các loại u khác (phép kiểm chính xác Fisher với $p=0,017$).

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 57 bệnh nhân UHM được điều trị vi phẫu qua sọ từ 1/1/2017 đến 30/09/2019, chúng tôi có một số bàn luận sau:

4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CỦA UHM

4.1.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

4.1.1.1. Tuổi mắc bệnh

Trong 57 trường hợp thuộc nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $43,5 \pm 15,2$ tuổi, nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất là 72 tuổi. Theo bảng 3.1, sự phân bố bệnh theo các nhóm tuổi không đồng đều, có sự tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 40-59 tuổi, chiếm tỷ lệ 49,2%. Độ tuổi trung bình của UHM trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác được thể hiện trong bảng 4.1.

Bảng 4.1. So sánh tuổi mắc bệnh

Tác giả	Số ca	Tuổi trung bình
Nguyễn Phạm Trung Hiếu[3]	140	36,7 (1-82)
Nguyễn Thế Trúc[9]	33	37,9 (7-61)
Margalit N[76]	41	42,2 (14-82)
Park HJ[90]	19	49,3 (18-85)
Liu Y[73]	37	51 (5-61)
Abuzayed B[13]	33	36 (2-70)
Markowski J[78]	122	45 (23-79)
Jian T[63]	21	34 (2-78)
Montano N[83]	70	51,7
Chúng tôi	57	43,5 (6-72)

Theo y văn, tần suất UHM cao ở trẻ em từ 0-9 tuổi và nhóm từ 60-69 tuổi [88]. UHM trẻ em thường gặp là u tế bào đệm TKTG, u bạch mạch và sarcôm cơ vân. Trong khi đó ở người lớn thường thấy u mạch dạng hang, u màng não bao TKTG, u tế bào Schwann [13], [65]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp UHM thường tập trung ở độ tuổi từ 40-59 (chiếm 49.2%). Điều này có thể do cách chọn mẫu khác nhau, cỡ mẫu chưa đại diện cho loại bệnh lý này vì chúng tôi chỉ chọn các trường hợp UHM được mổ bằng phương pháp qua sọ.

4.1.1.2. Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47.4% là nam giới và 52.6% là nữ giới. Tỷ số nam: nữ xấp xỉ 1:1,1, điều này cho thấy không có sự khác biệt giữa hai giới. Kết quả này được so sánh với các tác giả khác trong bảng 4.2 bên dưới.

Bảng 4.2. So sánh về giới tính

Tác giả	Số ca	Nam	Nữ	Tỷ số Nam:Nữ
Nguyễn Phạm Trung Hiếu[3]	140	81	59	1,4:1
Huỳnh Lê Phương[6]	213	87	122	1:1,4
Margalit N[76]	41	16	25	1:1,5
Park HJ[90]	19	11	8	1:1,4
Liu Y[73]	37	21	16	1,3:1
Abuzayed B[13]	33	14	19	1:1,3
Markowski J[78]	122	54	68	1:1,2
Jian T[63]	21	12	9	1,3:1
Montano N[83]	70	28	42	1:1,5
Chúng tôi	57	27	30	1:1,1

Từ bảng 4.2 chúng tôi nhận thấy, phần lớn các nghiên cứu có tỷ số nữ nhiều hơn nam với khác biệt không lớn. Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu cho thấy tỷ số nam nhiều hơn nữ như trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3], Liu Y [73] và tác giả Jian T [63]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt về giới tính ở bệnh nhân UHM. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt về dân số chọn mẫu, đặc điểm của các loại UHM. Diễn hình như tần suất ở nữ giới thường cao hơn nam giới qua các thống kê về u màng não TKTG, u mạch máu dạng hang. Hóc môn nữ dường như có ảnh hưởng lên các loại u này [98]. Trong khi một số u không có sự khác biệt về giới tính, thì ngược lại một số u thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ như: sarcôm cơ vân [51].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Thời gian khởi bệnh đến lúc nhập viện

Thời gian khởi bệnh đến lúc nhập viện trung bình 13,3 tháng, tập trung nhiều nhất là từ 3 đến 12 tháng chiếm tỷ lệ 50,9%. Bệnh sử của UHM thường khác nhau tùy thuộc vào loại thương tổn u lành tính hay ác tính, tùy thuộc vào triệu chứng diễn tiến nhanh hay chậm. Nhìn chung UHM thường diễn tiến từ từ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp bệnh nhân u mạch trong xương hóc mắt đến muộn, thời gian 10 năm, với triệu chứng lồi mắt diễn tiến chậm. Trong khi đó những bệnh nhân đau mắt, giảm thị lực, sụp mi, liệt vận nhãn thường đến nhập viện sớm hơn. Trường hợp khởi bệnh đến lúc nhập viện sớm nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 2 tuần, xảy ra trên bệnh nhân u mạch máu xuất huyết.

Theo một nghiên cứu 21 trường hợp UHM của tác giả Jian [63], thời gian khởi bệnh đến lúc nhập viện trung bình là 32 tháng, sớm nhất là một tuần và muộn nhất là 15 năm. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Trúc [9] trung bình là 27,9 tháng và muộn nhất là 14 năm với triệu chứng lồi mắt. Nghiên

cứu của tác giả Huỳnh Lê Phương năm 2012 [6] ghi nhận thời gian khởi bệnh đến lúc nhập viện thường gặp từ 6 đến 12 tháng. Qua sự so sánh với các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy thời gian bệnh sử của UHM hầu hết là diễn tiến chậm, âm thầm. Ngoài ra do ý thức của bệnh nhân hoặc do khả năng chịu đựng các triệu chứng của họ trong một thời gian dài cho đến khi xuất hiện các dấu hiệu nặng tới mức phải khám và điều trị.

4.1.2.2. Lý do nhập viện

Tất cả các bệnh nhân đến nhập viện đều có triệu chứng, không có trường hợp nào phát hiện tình cờ. Chúng tôi ghi nhận 3 lý do nhập viện nhiều nhất là lồi mắt (66,7%), nhìn mờ (17,5%) và đau mắt (10,5%). Thực tế khi khám lâm sàng chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân UHM khi nhập viện đã có lồi mắt nhưng chỉ có 66,7% đến khám vì lồi mắt, còn lại là các dấu hiệu khác như giảm thị lực, đau mắt, sụp mi, nhìn đôi. Điều này cũng tương tự như một số nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu 213 trường hợp UHM của tác giả Huỳnh Lê Phương [6] cũng ghi nhận ba lý do nhập viện thường gặp nhất là lồi mắt 84%, đau mắt 46% và giảm thị lực là 34,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Trúc [9] trên 33 trường hợp UHM cho thấy lồi mắt là lý do vào viện thường gặp nhất chiếm 78,7%, kế đến là mờ mắt chiếm 6,1%. Nghiên cứu 140 trường hợp UHM của tác giả Nguyễn Phan Trung Hiếu [3] tại bệnh viện Mắt TPHCM cho thấy biểu hiện lồi mắt là lý do hàng đầu để bệnh nhân đến khám (chiếm 57,9%). Từ đó cho thấy lồi mắt và mờ mắt là dấu hiệu thường được bệnh nhân phát hiện sớm nhất và cũng là triệu chứng chính để bệnh nhân UHM đi khám bệnh.

4.1.2.3. Mắt có khối u

UHM thường chỉ xuất hiện ở một bên mắt. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mắt trái nhiều hơn mắt phải (54,4% so với 43,9%) và một trường hợp u tế bào Schwann ở hai bên hốc mắt (1,8%). Trong một nghiên cứu 213

trường hợp UHM của tác giả Huỳnh Lê Phương [6] ghi nhận UHM bên trái nhiều hơn phải và có hai trường hợp UHM ở hai bên. Trong khi đó nghiên cứu của Markowski J [78] trên 122 trường hợp UHM cũng cho thấy tương tự, u hóc mắt trái nhiều hơn phải với tỷ lệ 58,2% so với 41,8% và không ghi nhận trường hợp nào ở hai bên. UHM ở hai bên thường hiếm gặp và chỉ xảy ra ở vài loại u như: u sợi thần kinh trong bệnh lý đa u sợi thần kinh, u mạch dạng hang. Theo một nghiên cứu 60 trường hợp u mạch máu dạng hang hóc mắt, tác giả Bagheri A [18] ghi nhận một trường hợp u cả hai bên mắt (1,7%). Nghiên cứu 14 trường hợp u mạch dạng hang của tác giả Hentati A [60] có đến 3 trường hợp u ở hai bên mắt chiếm tỷ lệ 21%, điều đó gợi ý rằng một số UHM có thể ở hai bên mắt và không hiếm như chúng ta vẫn nghĩ.

4.1.2.4. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của UHM trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là lồi mắt (100%), giảm thị lực (75,4%), đau mắt (26,3%), hẹp thị trường (17,5%).

Lồi mắt: từ bảng 3.4 cho thấy 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có triệu chứng lồi mắt, độ lồi trung bình là $8,3 \pm 3,7$ mm. Bệnh nhân lồi mắt ít nhất là trường hợp u sợi thần kinh với độ lồi 2mm và trường hợp lồi nhiều nhất là 18mm trên bệnh nhân u màng não bao TKTG. Kết quả độ lồi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Singh [103] với 28 trường hợp UHM và độ lồi là $7,3 \pm 5,3$ mm. Nghiên cứu 37 trường hợp UHM của Liu Y [73] độ lồi mắt lớn hơn của chúng tôi với độ lồi trung bình là 20mm (16-25mm). Ngược lại độ lồi mắt trong nghiên cứu của JianT [63] ít hơn chúng tôi với độ lồi trung bình là 5,4mm (1-15mm).

Theo y văn lồi mắt xảy ra do nhãn cầu bị khối u đẩy ra trước. Lồi mắt có thể là thẳng trục hay lệch trục. Khối choán chỗ hậu nhãn cầu có thể đẩy nhãn cầu theo chiều ngang hay chiều dọc, phía trong hoặc phía ngoài gợi ý

cho ta vị trí của khối u trong hốc mắt. Lỗi mắt diễn tiến nhanh hay chậm cũng cho biết khả năng dự đoán bản chất lành hay ác của UHM. Ngoài ra lỗi mắt thẳng trục thường xảy ra ở các loại UHM nằm ở trong nón như: u của thần kinh thị giác, u tế bào Schwann hay u sợi thần kinh. Còn các u nằm ở ngoài nón thường đẩy lệch nhãn cầu theo hướng ngược lại [3], [65], [67], [82]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp u di căn, 4 trường hợp lymphôm và một trường hợp u mạch máu xuất huyết gây ra lỗi mắt nhanh. Trong khi đó, 12 trường hợp u màng não của thần kinh thị giác và 2 trường hợp u xương hốc mắt lỗi mắt tiến triển chậm hơn. Các u gây ra lỗi mắt lệch trục trong nghiên cứu của chúng tôi là u nhầy, u xương, u tế bào Schwann và u di căn. Hầu hết các nghiên cứu về UHM đều nhận thấy lỗi mắt là triệu chứng thường gặp nhất thể hiện trong bảng 4.3.

Bảng 4.3. So sánh triệu chứng lỗi mắt

Tác giả	Số ca	Tỷ lệ lỗi mắt (%)
Nguyễn Phạm Trung Hiếu[3]	140	72,9
Huỳnh Lê Phương[6]	213	84
Abuzayed B[13]	33	63,6
Markowski[78]	122	100
Jian T [63]	21	61,9
Montano N[83]	70	92,8
Chúng tôi	57	100

Ngoài ra chúng tôi cũng nhận thấy lỗi mắt có thể phối hợp với các triệu chứng khác biểu hiện tại mắt. Điều này được ghi nhận trong bảng 3.5 tổ hợp các triệu chứng lâm sàng. Trong đó, lỗi mắt đi kèm với giảm thị lực là 31,6%, lỗi mắt kèm với đau mắt là 14% và lỗi mắt kèm liệt vận nhãn là 10,5%. Kết

quả này cũng tương tự với ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Lê Phương [6]: lồi mắt đi kèm với giảm thị lực nhiều nhất (16,9%), kế đến lồi mắt kèm đau mắt (14,1%) và lồi mắt kèm liệt vận nhãn là 3,8%. Từ những phân tích trên chúng tôi nhận định lồi mắt là triệu chứng chính của UHM và điều này cũng phù hợp với những mô tả trong y văn [3], [65], [67], [82].

Giảm thị lực: là triệu chứng thường gặp thứ hai sau lồi mắt trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 68,4% các trường hợp. Qua bảng 3.6 cho thấy có 10 bệnh nhân mù một bên mắt (17,5%) và 8 bệnh nhân (14%) giảm thị lực từ nặng đến rất nặng. Theo y văn giảm thị lực là do u chèn ép TKTG hoặc chèn ép nhãn cầu và giảm thị lực không phải là triệu chứng chính của UHM [3], [67]. Những u trong nón có khuynh hướng gây giảm thị lực sớm hơn và nhất là u của TKTG. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 12 trường hợp u màng não bao TKTG, 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG đều có giảm thị lực. Mặt khác u trong nón và u trong đỉnh hốc mắt chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 36.8% và 26.4%, điều này cũng góp phần làm tăng tỷ lệ giảm thị lực trong nghiên cứu của chúng tôi. Bảng 4.4 sau đây đưa ra sự so sánh tỷ lệ giảm thị lực với các tác giả trong và ngoài nước.

Bảng 4.4. So sánh triệu chứng giảm thị lực

Tác giả	Số ca	Tỷ lệ giảm thị lực (%)
Nguyễn Phạm Trung Hiếu[3]	140	10,2
Huỳnh Lê Phương[6]	213	35,2
Abuzayed B[13]	33	57,6
Markowski J[78]	122	43
Jian T [63]	21	85,7
Montano N[83]	70	28,6
Chúng tôi	57	68,4

Qua bảng 4.4, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ giảm thị lực trong nghiên cứu khá cao so với các tác giả khác. Điều này là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu UHM của chúng tôi với những u sâu, u của TKTG, cũng như thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập viện thường muộn.

Đau mắt: cũng là triệu chứng lâm sàng hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ 26,3%. Theo y văn đau mắt thường cố định ở một vùng của hốc mắt và tăng lên về đêm. Đau có thể sâu trong đỉnh hốc mắt do rối loạn cảm giác của thần kinh V chi phối. Những UHM ác tính hoặc di căn tiến triển nhanh thường gây đau. Đối với những u lành ít gây đau hơn, hoặc đau đột ngột trong hốc mắt thường do u mạch máu xuất huyết. Theo nghiên cứu 33 trường hợp UHM của tác giả Abuzayed B [13] đau mắt chiếm 27,3%. Nghiên cứu của Markowski [78] tỷ lệ này là 30% và nghiên cứu của Montano N [83] là 14,3%. Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận những trường hợp đau mắt xảy ra trên những bệnh nhân u di căn hốc mắt, lymphôm và những u xâm lấn. Điều này cũng phù hợp với những ghi nhận trong y văn.

Tổn thương gai thị: Chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp (17,5%) teo gai thị và 6 trường hợp (10,5%) phù gai thị. Theo y văn dấu hiệu tổn thương gai thị thường xuất hiện ở những loại u xuất phát từ thần kinh thị hay chèn ép trực tiếp lên thần kinh thị và muộn hơn khi chèn ép gián tiếp qua các mô xung quanh TKTG [65],[67],[98]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp u màng não bao TKTG, 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG và các trường hợp u nằm trong đỉnh hốc mắt nên dễ gây nên các tổn thương của gai thị. Điều này cũng được các tác giả ghi nhận với những tỷ lệ khác nhau. Trong nghiên cứu của Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] ghi nhận 6,7% phù gai thị và 2,2% teo gai. Nghiên cứu 33 trường hợp UHM của Nguyễn Thế Trúc [9] cũng ghi nhận 24,2% phù gai thị và 15,2% teo gai thị.

Các triệu chứng khác gồm hẹp thị trường, sụp mi, song thị và đau đầu. Theo y văn các triệu chứng này không phải là triệu chứng chủ yếu của UHM mà thường là triệu chứng đi kèm với triệu chứng chính như lồi mắt. Sụp mi thường xảy ra do các UHM nằm ở mi trên chèn ép thần kinh III, cơ nâng mi hoặc làm căng dẫn da mi [3], [67], [98]. Sụp mi chiếm 7% trong nghiên cứu của chúng tôi. Sụp mi có thể xuất hiện trong u tuyến lệ, lymphôm. Sụp mi có thể là triệu chứng trong hội chứng đỉnh hốc mắt mà nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 trường hợp (8,8%). Song thị là một trong những triệu chứng của UHM, do u làm lệch trục nhãn cầu, rối loạn vận nhãn hoặc bất thường cấu trúc do chèn ép. Song thị xảy ra khi bất thường này quá mức bù trừ của nhãn cầu hoặc cơ chế thứ 2 là do u xâm lấn trực tiếp vào thần kinh vận nhãn, thường thấy ở u ác tính và u di căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ song thị rất thấp, chỉ có 5,3%. Điều này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] song thị chỉ chiếm 5%. Tuy nhiên tỷ lệ này khá cao trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Lê Phương [6] với tỷ lệ song thị 13,6% và 37,1% của tác giả Montano N [83]. Ngược lại trong một số nghiên cứu lại không ghi nhận triệu chứng song thị [13], [76]. Như vậy cho thấy song thị không phải là một triệu chứng chính trong UHM.

4.1.3. Đặc điểm hình ảnh học

4.1.3.1. Vị trí u

Tất cả 57 bệnh nhân đều được chẩn đoán bằng MRI sọ não hốc mắt có thuốc tương phản từ, chúng tôi ghi nhận vị trí u, kích thước u cũng như mối tương quan giữa u với TKTG.

Vị trí u liên quan nón cơ: Về giải phẫu nón cơ được hình thành bởi bốn cơ thẳng và màng bao cơ. Dựa vào nón cơ, UHM được chia thành u trong nón, u ngoài nón và u trong ống thị giác. Sự hiểu biết về tương quan giải phẫu

này giúp phân loại tổn thương và tìm kiếm đường vào phẫu thuật phù hợp [38], [79]. Từ biểu đồ 3.3 cho thấy u trong nón và u trong đỉnh hốc mắt chiếm tỷ lệ cao (36,8% và 26,4%). Điều này cho thấy các UHM trong nghiên cứu của chúng tôi thường nằm ở vị trí sâu, phù hợp cho việc chọn lựa đường mổ qua sọ. Vị trí u liên quan với nón cơ là một tiêu chí quan trọng khi đánh giá cho phẫu thuật UHM, được nhiều tác giả ghi nhận trong nghiên cứu, bảng 4.5 dưới đây chúng tôi đưa ra vài kết quả để so sánh.

Bảng 4.5. So sánh vị trí u theo nón cơ

Tác giả	Số ca	U trong nón	U ngoài nón	U đỉnh HM
Nguyễn Thế Trúc [9]	33	36,4%	63,6%	0
Huỳnh Lê Phương [6]	213	40,6%	56,3%	3,1%
Singh D [103]	28	50%	50%	0
Ohtsuka K [88]	244	15%	50%	0%
Montano N [83]	70	45,3%	54,7%	0
Chúng tôi	57	36,8%	36,8%	26,4%

Từ bảng 4.5 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ u trong đỉnh hốc mắt cao hơn so với các tác giả khác và đây cũng là những UHM thích hợp cho phương pháp mổ vi phẫu qua sọ.

Chúng tôi cũng đánh giá vị trí UHM trên mặt phẳng trán, lấy TKTG làm trung tâm. Qua bảng 3.7 cho thấy UHM nằm ở thành trên chiếm tỷ lệ cao nhất (28%), kế đến là u xuất phát từ TKTG (24,6%), tiếp theo là vị trí trên trong (19,3%) và thành trong là 10,5%. Cách đánh giá vị trí u này cũng được ghi nhận tương tự trong một số nghiên cứu khác được trình bày trong bảng 4.6.

Bảng 4.6. So sánh vị trí u trên mặt phẳng trán

Tác giả	Trên (%)	Trên trong (%)	Trên ngoài (%)	Xuất phát từ TKTG (%)	Trong (%)	Dưới ngoài (%)	Dưới trong (%)	Toàn bộ hốc mắt (%)
Nguyễn Phan Trung Hiếu[3]	5,7	12,9	30,7	0	2,2	6,4	7,9	6,4
Nguyễn Thế Trúc[9]	0	24,1	45,5	0	0	6,1	0	15,2
Huỳnh Lê Phương[6]	11,6	7,7	27,1	23,2	11	3,2	1,9	0
Markowski J [78]	11,5	19,7	15,6	0	0	0	27,8	0
Montano N[83]	4,2	14,2	40	24,2	0	7,1	7,1	0
Chúng tôi	28	19,3	7	24,6	10,5	0	1,8	8,8

Từ bảng trên cho thấy những UHM trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là ở thành trên và xuất phát từ TKTG. Ngoài ra còn có 5 trường hợp (8,8%) u chiếm toàn bộ hốc mắt. Vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi ứng dụng đường mổ vi phẫu qua sọ, nên những u nằm ở vị trí này xuất hiện với tần suất cao hơn những vị trí khác và cao hơn so với những nghiên cứu khác.

4.1.3.2. Sự xâm lấn của u

Trên hình ảnh học, chúng tôi dựa vào giải phẫu hốc mắt với các cấu trúc kế cận để chia UHM thành hai nhóm, đó là nhóm không xâm lấn và nhóm xâm lấn. Từ bảng 3.8 cho thấy UHM không xâm lấn chiếm 59,6% các trường hợp và 23 trường hợp (40,4%) u xâm lấn. Trong đó xâm lấn nhiều nhất là vào xương sọ trán chiếm 29,3%, các trường hợp còn lại xâm lấn các xoang cạnh mũi. Hai trường hợp u xâm lấn giao thoa thị giác gồm một u màng não

TKTG và u tế bào đệm TKTG. Điều này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Lê Phương [6]: u xâm lấn nội sọ là 33,9%, còn lại là xâm lấn vào các xoang cạnh mũi. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Trúc [9], u xâm lấn xương là 36,4% và nội sọ 9,1%. Báo cáo 122 trường hợp UHM của tác giả Markowski J [78] cũng ghi nhận 18,8% u xâm lấn vào xoang cạnh mũi gồm xoang trán, xoang sàng và xoang hàm. Nghiên cứu 37 trường hợp UHM được mô tả của tác giả Liu Y [73], có 73% u lan vào nội sọ và 13,5% u lan vào xoang trán, xoang sàng. Từ những nghiên cứu trên cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá mối liên quan của UHM đối với các cấu trúc lân cận hốc mắt. Yếu tố vị trí và mối liên quan của u với các cấu trúc giải phẫu lân cận hốc mắt quyết định cho việc tiếp cận để lấy u.

4.1.3.3. Đường kính u

Chúng tôi đo đường kính lớn nhất của u trên MRI sọ não – hốc mắt có tương phản từ, ghi nhận đường kính lớn nhất của u trung bình $37,6 \pm 12,8$ mm, nhỏ nhất là 18mm và lớn nhất là một trường hợp carcinôm tế bào gai hốc mắt với đường kính 85mm.

Kích thước u có sự khác nhau trong nhiều nghiên cứu. Theo một báo cáo 10 trường hợp UHM của tác giả Golden N [47], ghi nhận đường kính u trung bình từ 20-35mm. Nghiên cứu 34 trường hợp UHM của tác giả Bleier B.S năm 2016 [24] ghi nhận đường kính u nhỏ hơn so với chúng tôi, với đường kính trung bình $15,7 \pm 7$ mm. Trong nghiên cứu đó, ông chỉ chọn những u mạch dạng hang có kích thước nhỏ, nằm ở thành trong và mổ qua đường nội soi qua mũi. Tùy theo nghiên cứu và đặc điểm của loại u, cũng như phương pháp phẫu thuật mà các tác giả chọn lựa kích thước u phù hợp cho từng nghiên cứu. Tuy nhiên, về mặt giải phẫu hốc mắt là một khoang hẹp thể tích trung bình 30-35 cm³, bên trong chứa nhãn cầu và cơ quan mắt phụ với nhiều cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng. Trong khi đó, UHM trong nghiên

cứu của chúng tôi có kích thước lớn, nằm ở hậu nhãn cầu cũng gây khó khăn cho phẫu thuật và lựa chọn đường mổ.

4.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

4.2.1. Điều trị vi phẫu thuật

4.2.1.1. Phương pháp phẫu thuật

Chọn lựa đường mổ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng đường mổ mở sọ trán ngoài màng cứng cho 39 trường hợp, đường trán thái dương ngoài màng cứng 16 trường hợp (28,1%). Có hai trường hợp u của TKTG xâm lấn giao thoa chúng tôi phối hợp lấy u cả trong và ngoài màng cứng. So sánh với các tác giả khác về đường mổ vào hốc mắt được trình bày trong bảng 4.7.

Bảng 4.7. Chọn lựa đường mổ

Tác giả	Số ca	Thành ngoài (%)	Dưới trán ngoài màng cứng (%)	Trán thái dương ngoài màng cứng (%)	Trên hốc mắt với rạch da cung mày (%)
Huỳnh Lê Phương[6]	213	22,4	67,7		
Margalit N[76]	41	31,7	58,5		
Park HJ[90]	19	10,5	31,5	15,8	42,2
Liu Y[73]	37			100	
Abuzayed B[13]	33		54,5	45,5	
Jian T[63]	21	33,3	28,5	38,1	
Montano N[83]	70	1,4	17	10	57,1
Golden N[47]	10	10		90	
Chúng tôi	57	0	68,4	28,1	0

Nhìn chung các tác giả chọn lựa những UHM được mổ qua sọ với đường trán thái dương và dưới trán. Những nghiên cứu gần đây ưu thế áp dụng đường mổ trên hốc mắt với rạch da cung mày. Chọn lựa đường mổ UHM được dựa trên vị trí, loại thương tổn dựa vào chẩn đoán hình ảnh trước mổ, mức độ lan tỏa của u cũng như mục đích của cuộc mổ là gì (lấy trọn u hay sinh thiết) [46], [54], [65], [94], [99].

Về vị trí, như đã trình bày trong bảng 3.7 thì những UHM trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là ở thành trên (28%), xuất phát từ TKTG (24,6%), trên trong (19,3%) và thành trong (10,5%). Trong một nghiên cứu 122 trường hợp UHM tại BV Silensia của Markowski [78] cho thấy UHM gặp nhiều ở vị trí dưới trong (27,8%) kể đến là thành ngoài (25,4%). Sự khác biệt về vị trí này tạo nên sự chọn lựa đường mổ cũng khác nhau, các chuyên khoa mắt – tai mũi họng thường mổ vào các đường ngoài sọ. Các vị trí UHM chiếm tần suất cao trong nghiên cứu của chúng tôi được hầu hết các tác giả nhận định đây là những vị trí rất phù hợp cho đường mổ qua sọ [11], [13], [46], [99].

Chúng tôi có 4 trường hợp UHM ở vị trí thành trên ngoài được mổ với phương pháp qua sọ. Đối với những u thành ngoài hầu hết sẽ được giải quyết bằng đường mổ thành ngoài của Kronlein biến đổi. Với việc cắt xương thành ngoài hốc mắt đã cung cấp phẫu trường rộng cho phép lấy u tốt ở vùng hố lệ cũng như ở thành ngoài cả trên và dưới TKTG cho kết quả rất tốt [4], [7], [34], [59], [106]. Trong một báo cáo gần đây của tác giả Kondo A [70] ông đã áp dụng đường thành ngoài để phẫu thuật hai trường hợp u TKTG (u màng não bao TKTG và u tế bào đệm TKTG) cho kết quả tốt. Qua đó cho thấy đường mổ thành ngoài cũng có những ưu thế trong một số trường hợp. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi những u thành ngoài này xâm lấn phần xương sọ trán nên được phẫu thuật bằng phương pháp qua sọ.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp u nằm ở vị trí thành trong và một trường hợp UHM thành dưới trong được mổ bằng phương pháp qua sọ. Theo y văn phương pháp qua sọ rất phù hợp cho những u nằm ở thành trên trong, nhưng tiếp cận những u nằm ở thành dưới trong thường khó [46], [99], [109]. Khi tiếp cận u dưới trong của TKTG bằng phương pháp qua sọ tránh thì phẫu trường hẹp, dễ tổn thương thần kinh mi và khó khăn vì phải thao tác xuyên qua TKTG. Trong khi đó những u thành dưới trong rất phù hợp với phương pháp phẫu thuật nội soi qua mũi. Phương pháp này được báo cáo đầu tiên vào năm 1999 bởi tác giả Herman P và phát triển nhiều trong những năm gần đây. Ưu điểm của nó là ít xâm lấn, không vén não, tính thẩm mỹ cao nhưng chỉ áp dụng được chủ yếu cho những u thành dưới trong kích thước không quá lớn, một số loại u nhất là u mạch dạng hang, hoặc chỉ sinh thiết, giải áp [18], [24], [101]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp u tế bào Schwann nằm vị trí thành dưới trong hốc mắt được mổ bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trán vẫn cho kết quả tốt. Mặt khác, do những điều kiện khách quan mà phương pháp nội soi qua mũi trong phẫu thuật UHM ở bệnh viện chúng tôi chưa được áp dụng vào thời điểm nghiên cứu.

Tác giả Paluzzi đề xuất hốc mắt có thể được ví như mặt đồng hồ, tùy thuộc vào vị trí của u nằm ở vị trí khung giờ nào mà có những đường vào phẫu thuật khác nhau [46], [65]. Nguyên tắc chọn đường mổ vào hốc mắt là tránh thao tác xuyên qua TKTG vì vậy những UHM thành ngoài có kiểu tiếp cận của phương pháp thành ngoài (Kronlein), u thành trên hay thành trong có kiểu của phẫu thuật qua sọ hoặc nội soi qua mũi. Những u nằm ở trước của hốc mắt đường mổ trực tiếp vào hốc mắt qua đường trước trong, đường qua kết mạc có hoặc không có nội soi cũng đã được thực hiện từ nhiều thập niên qua. Phương pháp vi phẫu qua sọ để mổ UHM được tác giả Dandy thực hiện

đầu tiên vào năm 1922 với mở sọ trán thái dương – trần hóc mắt bảo tồn cung mày [105]. Với những tiến bộ trong phẫu thuật vi phẫu thần kinh đường mở này đã trải qua một số cải tiến và ngày nay nó được ứng dụng rộng rãi cho các UHM nằm ở thành trên, u sâu trong đỉnh hóc mắt, khe hóc mắt trên và các u liên quan với nội sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi các UHM được mở theo hai đường là dưới trán và trán thái dương. Tùy theo vị trí u mà chúng tôi mở sọ trán hoặc trán – thái dương. Đường dưới trán ngoài màng cứng được chúng tôi phẫu thuật cho các u của thành trên và thành trong một cách thuận lợi. Theo phương pháp dưới trán mà Troude L [109] đã mô tả với đường rạch da chân tóc trán thái dương một bên, nắp sọ trán được mở 4 x 4 cm, màng cứng trần hóc mắt được tác để vén thùy trán lên với cung mày được bảo tồn. Mở trần hóc mắt khoảng 2 x 2 cm và thương tổn UHM được lấy với kỹ thuật vi phẫu cơ bản. Khi những u phát triển ra bên, liên quan với nội sọ và xoang hang thì chúng tôi thực hiện phương pháp trán thái dương. So sánh với phương pháp trên hóc mắt với rạch da cung mày chúng tôi nhận thấy như sau: Phương pháp trên hóc mắt với rạch da cung mày mặc dù có sẹo nhỏ với đường rạch da cung mày, phẫu trường rộng do cắt cung mày. Tuy nhiên phương pháp này khó tiếp cận với u sâu trong đỉnh hóc mắt hay u xâm lấn sang bên. Biến chứng sau mổ là tê, dị cảm vùng trán một bên do tổn thương thần kinh trên hóc mắt và sẹo cung mày cũng là yếu tố cân nhắc. Phương pháp gò má hóc mắt, tuy phẫu trường rộng nhưng phương pháp này có tính xâm lấn và nguy cơ lõm mắt do bộc lộ rộng. Trong khi đó phương pháp dưới trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày của Dandy mà chúng tôi áp dụng dưới sự hỗ trợ của kỹ thuật vi phẫu hiện đại thì vẫn tiếp cận lấy UHM cho kết quả tốt. Mặc dù phương pháp qua sọ xâm lấn và mất nhiều thời gian hơn, đòi hỏi kỹ thuật hơn các phương pháp ngoài sọ vào hóc mắt nhưng nó cũng có những thuận lợi nhất định trong việc lấy u và kiểm soát cầm máu với những u nằm sâu hậu nhãn cầu, u liên quan nội sọ.

Mặt khác, phương pháp này có thể đạt được tính thẩm mỹ so với một số đường ngoài sọ vì sẹo mổ được giấu sau chân tóc.

Phương pháp tiếp cận u trong nón

Từ biểu đồ 3.5 cho thấy có 36/57 trường hợp u trong nón và trong ống thị giác. Trong đó chúng tôi tiếp cận vào UHM theo kiểu đường ngoài gấp đôi kiểu tiếp cận đường trong (66,7% so với 33,3%). Không có trường hợp nào được tiếp cận theo kiểu trung tâm. Có 3 kiểu tiếp cận vào khoang trong nón khi phẫu thuật qua đường mở sọ mà chúng tôi đã trình bày trong phần phương pháp phẫu thuật.

Theo Rhoton AL [86] và Martin C [79], phương pháp phẫu thuật qua sọ có thể tiếp cận vào trần hốc mắt lấy u theo 3 kiểu. Kiểu tiếp cận đường ngoài có phẫu trường rộng và bộc lộ được hết đoạn TKTG trong hốc mắt và đặc biệt là vào sâu trong ống thị giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24 trường hợp (66,6%) u nằm sâu trong ống thị giác và những u có kích thước lớn, những u nằm ở vị trí khoang trên ngoài nên kiểu tiếp cận đường ngoài được áp dụng nhiều. Trong khi đó, kiểu tiếp cận đường trong cũng bộc lộ được TKTG trong hốc mắt tới ống thị giác. Tuy nhiên khả năng dễ tổn thương thần kinh rờng rọc khi chạy từ ngoài nón vào khoang trong nón. Mặt khác những u của thành trong ít hơn nên kiểu tiếp cận này ít được chúng tôi áp dụng hơn so với kiểu đường ngoài. Mặc dù, tiếp cận trung tâm là kiểu tiếp cận vào TKTG ngắn nhất, nhưng kiểu tiếp cận này chỉ bộc lộ được 1/3 giữa TKTG, phẫu trường hẹp, dễ tổn thương mạch máu và thần kinh III hơn. Theo y văn [79], [86], [105] kiểu tiếp cận trung tâm chỉ thích hợp cho sinh thiết u hoặc những u nhỏ nằm trên TKTG và trong nghiên cứu của chúng tôi không áp dụng kiểu tiếp cận này.

Tác giả Srinivasan A [105] cũng nhận định cách tiếp cận kiểu ngoài là tốt nhất trong ba cách tiếp cận vào sâu trong đỉnh hốc mắt phía ngoài TKTG, khe hốc mắt trên và u xâm lấn xoang hang. Nghiên cứu 21 trường hợp UHM

được phẫu thuật qua sọ của tác giả Jian T [63] cũng áp dụng 2 cách tiếp cận kiểu trong và kiểu ngoài. Tác giả Abuzayed B [13] phẫu thuật 33 trường hợp u trong não cũng áp dụng 3 cách tiếp cận và ông nhấn mạnh có thể phối hợp 3 cách này với nhau để lấy u. Còn tác giả Park H J [90] trong lô nghiên cứu 19 trường hợp UHM ông chỉ tiếp cận kiểu trong và ông chú ý cần tránh tổn thương động mạch trung tâm võng mạc và thần kinh mi. Từ những phân tích trên chúng tôi nhận thấy tùy theo vị trí u ngoài hay trong TKTG mà có kiểu tiếp cận khác nhau.

Hai trường hợp gồm: u màng não bao TKTG và u tế bào đệm TKTG xâm lấn giao thoa thị giác được chúng tôi phẫu thuật qua đường trán thái dương kết hợp ngoài và trong màng cứng, TKTG và khối u được cắt thành một khối. Theo nghiên cứu của tác giả Borghei R H [26] phần TKTG có u thâm nhiễm được cắt bỏ sau nhãn cầu khoảng 2-3 mm và phần trong sọ được cắt trước giao thoa khoảng 2-3 mm. Đây được xem là vùng an toàn để cắt u của TKTG mà không ảnh hưởng đến chức năng của TKTG đối bên.

Tái tạo trần hốc mắt

Vấn đề tái tạo trần hốc mắt cũng đã được bàn luận trong các nghiên cứu về mở sọ trần hốc mắt. Theo tác giả Troude L [109], trong phương pháp qua sọ dưới trán để phẫu thuật UHM, trần hốc mắt thường được mở dưới 3 cm và nhất là khi cung mày được bảo tồn thì không cần tái tạo trần hốc mắt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UHM được mổ qua sọ với phương pháp bảo tồn cung mày, kích thước trần hốc mắt mở thường nhỏ nên chúng tôi chỉ tái tạo trần hốc mắt bằng lưới titan cho 6/57 trường hợp (10,5%). Những trường hợp này u xâm lấn nên trần hốc mắt bị khuyết rộng. Trong phương pháp phẫu thuật qua sọ, trần hốc mắt không được tái tạo nhất là khi mở rộng trên 3cm có thể dẫn đến hiện tượng lồi mắt theo mạch đập của não sau phẫu thuật [55]. Theo tác giả Srinivasan A [105] với đường mổ trần hốc mắt gò má, trần hốc

mắt được mở rộng và được tái tạo lại bằng lưới titan. Ngược lại đối với phương pháp qua sọ đường trên hốc mắt của Hassler U [53], trần hốc mắt được mở nhỏ cũng không cần tái tạo.

Tương tự tác giả Park H J [90] cũng phẫu thuật UHM qua sọ trán cho 19 trường hợp không tái tạo trần hốc mắt mà vẫn không ghi nhận biến chứng do khuyết trần hốc mắt. Ngược lại, tác giả Abuzayed trong nghiên cứu phẫu thuật 33 trường hợp UHM qua sọ, ông đã tái tạo trần hốc mắt bằng xương trán hoặc vật liệu nhân tạo. Nhìn chung tái tạo trần hốc mắt đối với phương pháp qua sọ bảo tồn cung mày với sự khuyết trần hốc mắt nhỏ dưới 3cm là không cần thiết và thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng do khuyết trần hốc mắt.

4.2.1.2. Mức độ lấy u

Dựa trên hình ảnh MRI sọ não hốc mắt có cản từ kiểm tra sau mổ trong vòng 72 giờ đầu, kết quả lấy u được chia thành 3 mức độ. Tỷ lệ lấy toàn bộ u và gần hết u lần lượt là 59,6% và 36,8%. Kết quả này cũng tương tự nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới được trình bày trong bảng 4.8.

Bảng 4.8. So sánh mức độ lấy u

Tác giả	Số ca	Lấy toàn bộ u	Lấy gần hết u	Lấy bán phần u	Sinh thiết
Nguyễn Thế Trúc[9]	33	69,7		24,2	6,1
Margalit N[76]	41	73,2	12,2	4,9	9,8
Park HJ[90]	19	63,1	15,8	21,1	
Abuzayed B[13]	33	69,7	30,3		
Jian T[63]	21	81		19	
He Haiyong[55]	16	68,7		31,3	
Montano N[83]	70	74,3	20	5,7	
Chúng tôi	57	59,6	36,8	35	

Từ bảng 4.8 cho thấy tỷ lệ lấy toàn bộ u trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, tuy nhiên còn thấp hơn các tác giả khác. Ngược lại tỷ lệ lấy gần hết u cao và tỷ lệ lấy bán phần u thấp, không có trường hợp nào sinh thiết u. Thực tế chúng tôi không chủ trương phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu qua sọ để sinh thiết u mà mục tiêu là lấy u hoàn toàn và gần hết u. Các trường hợp lấy gần hết u là những u của TKTG, u liên quan ống thị giác mà khi lấy u chúng tôi chủ động để lại nhằm tránh tổn thương thần kinh, mạch máu, cơ vận nhãn khi phẫu thuật vào ống thị giác. Vấn đề u còn sót lại với kích thước nhỏ được điều trị xạ trị, xạ phẫu hỗ trợ sau mổ cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu [13], [63].

Mặt khác mức độ lấy u còn tùy thuộc vào từng nghiên cứu với những bệnh lý UHM khác nhau, có những UHM có thể lấy toàn bộ một cách dễ dàng như u mạch dạng hang, u tế bào Schwann [63]. Ngược lại có những u không có ranh giới rõ, u xâm lấn, u dính vào cấu trúc thần kinh, mạch máu quan trọng trong hốc mắt mà khó có thể lấy hết được. Chúng tôi cũng đồng quan điểm với các tác giả là: yếu tố quan trọng quyết định cho việc lấy toàn bộ UHM là loại thương tổn bệnh học và mức độ xâm lấn của u vào TKTG và các cấu trúc thần kinh mạch máu trong hốc mắt [13], [63], [78], [83].

4.2.1.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Thương tổn giải phẫu bệnh trong UHM cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn đường mổ cũng như khả năng lấy u [46], [55], [80], [99]. Từ bảng 3.11 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi 5 loại u thường gặp nhất là u màng não bao TKTG, u tế bào Schwann, carcinôm, u mạch máu dạng hang và u nhầy. Kết quả này cũng có những khác biệt theo từng nghiên cứu trong và ngoài nước.

Bảng 4.9. So sánh kết quả giải phẫu bệnh

Tác giả	Số ca	U màng não (%)	U tế bào Schwa nn (%)	U mạch dạng hang (%)	Carcin ôm di căn (%)	U nhầy (%)	U Lymphô (%)
Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3]	127	0,79	11	14,9	0	0,79	28,3
Nguyễn Thế Trúc [9]	33	21,3	9,1	12,2	9,1	6,1	3
Huỳnh Lê Phương [6]	201	12,9	19,4	22,4	10,9	4,5	4,9
Margalit N [76]	41	24,4	0	0	7,3	0	0
Liu Y [73]	37	29,7	10,8	0	0	0	5,4
Abuzayed B [13]	33	30,3	9,2	33,3	6,1	0	0
Markowski J [78]	122	4,9	1,6	7,4	0	0	11,4
Ohtsuka K [88]	244	14	0	25	0	0	20
Montano N [83]	70	40	8,6	20	0	0	4,3
Chúng tôi	57	21,1	14	10,5	10,5	8,8	7

Qua bảng 4.9 cho thấy UHM đa dạng về bệnh học, tùy theo lô nghiên cứu, cách chọn mẫu, đường mổ và bệnh viện chuyên khoa khác nhau. Trong khi đó có một số nghiên cứu chia thành nhóm u lành và u ác cũng như cho thấy có sự khác biệt về giải phẫu bệnh ở độ tuổi trẻ em hay người lớn [3], [9], [78], [83]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận trong biểu đồ 3.8 có

79% u lành tính và 21% u ác tính. Các u ác tính này gồm 6 trường hợp carcinôm, 4 trường hợp lymphôm và 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG. Nghiên cứu 122 trường hợp UHM của Markowski J [78] u ác chiếm 45,9% và u lành chiếm 34,4%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] qua 140 trường hợp UHM cho thấy 54,3% UHM lành tính và 45,7% u ác tính. So với hai tác giả trên nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là u lành tính.

UHM còn được chia theo nguồn gốc u nguyên phát và thứ phát. Từ biểu đồ 3.9 cho thấy u nguyên phát chiếm 80,7%, u thứ phát gồm 11 trường hợp với 6 trường hợp u di căn và 5 trường hợp u nhầy từ xoang cạnh mũi. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] với 90,7% u nguyên phát, 8,6% u thứ phát và chỉ có một trường hợp u di căn. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Thế Trúc [9], u thứ phát chiếm 33,3%, u nguyên phát chiếm 57,6% và 9,1% u di căn. Về giải phẫu, các thành của hốc mắt có liên quan đến các xoang cạnh mũi gồm xoang trán, xoang sàng và xoang hàm. Các u thứ phát thường hay xuất phát từ xoang sàng [102]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (8,8%) u nhầy xoang lan vào hốc mắt. Điều này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu 122 trường hợp UHM của Markowski J [78] với 23 trường hợp u liên quan xoang cạnh mũi. Theo y văn, u nhầy là tổn thương dạng nang thường gặp trong hốc mắt xuất phát từ xoang cạnh mũi, chiếm 8,8% tất cả UHM [102] và 18% UHM thứ phát. UHM thứ phát thường gặp nữa là u di căn hốc mắt. U di căn hốc mắt chiếm khoảng rộng từ 1 đến 13% các UHM và chúng khác nhau ở trẻ em và người lớn. Ở trẻ em chủ yếu là u nguyên bào thần kinh, U Wilms, Sarcom Ewing, u nguyên thủy bào. Trong khi đó, ở người lớn các u di căn hốc mắt thường là Carcinôm tuyến vú và phổi [51], [80], [116]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các u di căn vào hốc mắt là 4 trường hợp carcinôm tuyến và 2 trường hợp carcinôm tế bào gai xảy ra ở người lớn và không có trường hợp nào ở trẻ em. Trong

nghiên cứu 21 trường hợp UHM, tác giả Wahegaonkar C ghi nhận u mạch máu hốc mắt chiếm tỷ lệ cao 33,3%, ngược lại các tổn thương u màng não và u tế bào đệm thần kinh thị chiếm tỷ lệ thấp [111].

Sự khác biệt về các loại giải phẫu bệnh giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể được lý giải do nhiều yếu tố như: cỡ mẫu lớn hay nhỏ, phương pháp phẫu thuật. Tùy theo nghiên cứu về các đường mổ trực tiếp vào hốc mắt, đường mổ nội soi hay đường mổ qua sọ mà có những loại thương tổn giải phẫu bệnh đặc trưng ưu thế. Mặt khác, thương tổn bệnh học của UHM cũng rất phong phú đa dạng, yếu tố quốc gia hay từng bệnh viện cũng có những đặc thù riêng.

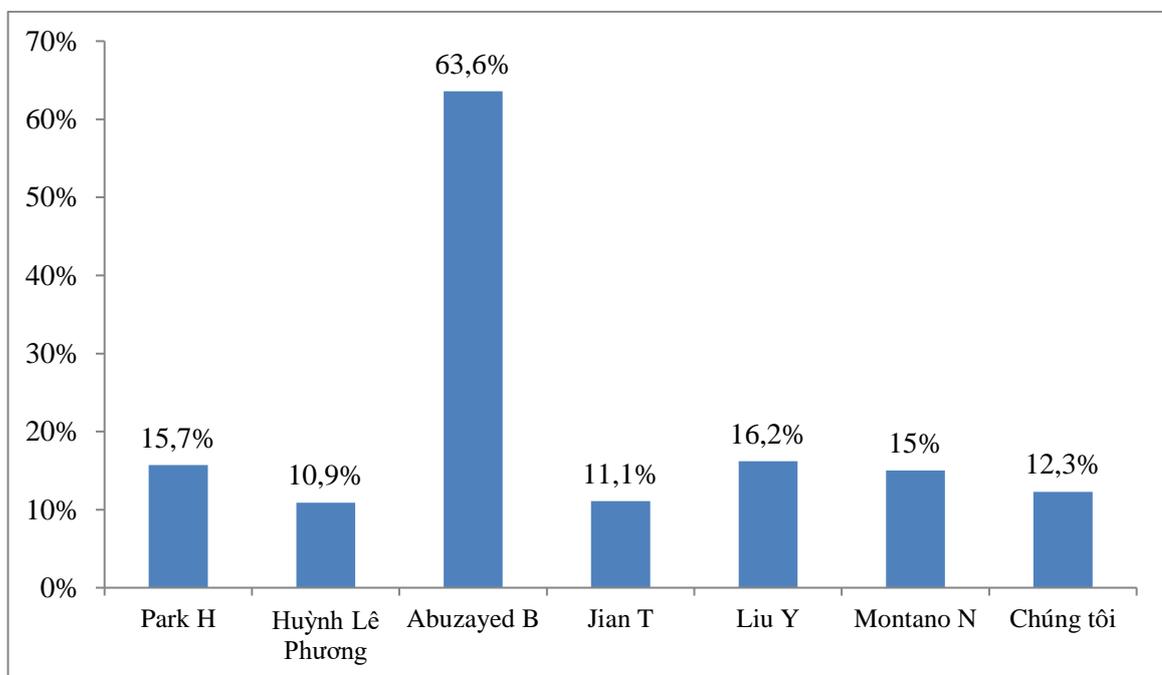
4.2.1.4. Biến chứng phẫu thuật

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tất cả 17 biến chứng xảy ra trên 17 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 29,8%) gồm 3 loại biến chứng được trình bày trong bảng 3.10 là: sụp mi sau mổ, thị lực xấu hơn và nhiễm trùng vết mổ.

Sụp mi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có tất cả 16 trường hợp (28,1%). Các nghiên cứu về phẫu thuật UHM qua sọ đều có ghi nhận biến chứng sụp mi. Nguyên nhân sụp mi thường do cơ nâng mi trên bị phù nề trong quá trình vén cơ hoặc tổn thương thần kinh III trong lúc lấy u. Những trường hợp sụp mi do cơ nâng mi bị vén trong quá trình phẫu thuật thường sẽ hồi phục sau khoảng 3 đến 6 tuần sau mổ [13], [27], [99], [105], [109]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp sụp mi sau mổ đều hồi phục vào thời điểm 3 tháng sau mổ. Nghiên cứu 21 trường hợp UHM của tác giả Jian T [63] ghi nhận tỷ lệ sụp mi sau mổ là 14,3%. Nghiên cứu 16 trường hợp UHM được mổ qua sọ với đường rạch da cung mày của tác giả He H [55] cũng ghi nhận tỷ lệ sụp mi sau mổ là 12,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu 201 trường hợp UHM của tác giả Huỳnh Lê Phương [6] là 15,9%. Biến chứng sụp mi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trên

nhưng lại tương tự với nghiên cứu của tác giả LiuY [73], phẫu thuật 37 trường hợp UHM phương pháp qua sọ ghi nhận tỷ lệ sụp mi 29,7%. Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố khách quan chi phối như: kích thước u, loại u, vị trí u, đồng thời thao tác lấy u, vén cơ nhiều của phẫu thuật viên cũng là yếu tố quan trọng dẫn đến biến chứng sụp mi sau mổ. Từ đó chúng tôi khuyến cáo, trong phẫu thuật UHM bằng phương pháp vi phẫu qua sọ, cơ nâng mi trên cần được vén nhẹ nhàng với sự tinh tế.

Thị lực xấu sau mổ: Biến chứng mất thị lực một bên mắt xảy ra trên 6 trường hợp u xuất phát từ TKTG đã biểu hiện giảm thị lực trước mổ, được phẫu thuật cắt bỏ TKTG cùng với lấy u. Một trường hợp giảm thị lực là biến chứng sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Như vậy tỷ lệ thị lực xấu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,3%. Biến chứng này cũng được ghi nhận trong một số các nghiên cứu được trình bày trong biểu đồ 4.1 bên dưới.



Biểu đồ 4.1. Tỷ lệ thị lực xấu sau mổ

Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ thị lực xấu sau mổ. Ngược lại trong một nghiên cứu 41 trường hợp UHM được mổ qua sọ, tác giả Margalit N [76] không ghi nhận trường hợp nào thị lực xấu sau mổ mà hầu hết là thị lực không thay đổi và chỉ hai trường hợp song thị. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt về thương tổn bệnh học của UHM, sự xâm lấn của u với TKTG trong từng nghiên cứu. Theo y văn [66], nguyên nhân gây ra mất hoặc giảm thị lực sau mổ có thể do tổn thương TKTG trực tiếp như đốt điện, đụng giập hoặc do nguyên nhân mạch máu như tắc động mạch trung tâm võng mạc, tổn thương động mạch mi sau, động mạch màng mềm hay động mạch mắt. Các yếu tố ảnh hưởng đến thị lực xấu sau mổ UHM gồm: vị trí u, loại u, kích thước sự xâm lấn của u vào TKTG, ống thị giác cũng như tình trạng thị lực trước mổ [13], [66].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp mất thị lực sau mổ xảy ra trên các bệnh nhân u màng não bao TKTG. Những trường hợp này do u lớn gây lồi mắt, thị lực giảm trước mổ nên chỉ định cắt trọn khối u và TKTG được thực hiện. Theo y văn, điều trị u màng não TKTG là sự chọn lọc cho từng ca riêng biệt. Đối với những u nhỏ, việc theo dõi định kỳ bằng MRI là phù hợp. Hầu hết các tác giả chọn lựa phương pháp xạ phẫu với nhiều phân liều thấp cho những trường hợp muốn bảo tồn thị lực. Phẫu thuật lấy toàn bộ u màng não TKTG thường gây mất thị lực nên chỉ định cho những trường hợp giảm thị lực nặng, lồi mắt gây mất thẩm mỹ hoặc ngăn ngừa u lan sang mắt đối diện [91]. Nguyên nhân dẫn đến mất thị lực khi mổ u màng não TKTG được cho là tổn thương mạch máu nuôi từ lớp màng mềm hoặc động mạch trung tâm võng mạc trong quá trình phẫu tích u. Tác giả Dutton ghi nhận tỷ lệ mất thị lực sau mổ u màng não TKTG là 78% và giảm thị lực nặng là 16% khi mổ bóc tách u bảo tồn TKTG. Wright trong nghiên cứu 27 trường hợp u màng não TKTG được phẫu thuật bóc tách u đều mất thị lực trong vòng 18 tháng

sau mổ và ông khuyến cáo khi có chỉ định mổ thì phương pháp lấy hết u cùng với hy sinh cắt bỏ TKTG [91].

Ngoài ra, trong nghiên cứu chúng tôi có một trường hợp giảm thị lực nặng sau mổ u tế bào Schwann vị trí sâu trong đỉnh hốc mắt. Biến chứng này cũng được ghi nhận trong y văn, vị trí u là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng thị lực xấu sau mổ. Những thương tổn liên quan đến TKTG, đỉnh hốc mắt và thành trên trong là những vị trí nguy cơ cao nhất [66]. Mặc dù u tế bào Schwann thường là u đơn độc có bao rõ, xuất phát từ nhánh của thần kinh III, IV, VI hoặc V1 và thường không xâm lấn TKTG [49], [68]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi u nằm sâu trong đỉnh hốc mắt và kích thước lớn nên phẫu thuật có thể gây tổn thương TKTG dẫn đến thị lực xấu sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong liên quan phẫu thuật. Trên thực tế phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM hiếm khi xảy ra biến chứng tử vong, điều này được ghi nhận trong hầu hết các nghiên cứu [13], [73], [83], [90]. Các biến chứng như máu tụ trong sọ và trong hốc mắt, giập phù não sau mổ mức độ nặng phải mổ lại cũng được đánh giá, tuy nhiên chúng tôi không ghi nhận các biến chứng này. Không có trường hợp nào rò dịch não tủy qua mũi hoặc qua vết mổ. Biến chứng này xảy ra do quá trình đóng màng cứng và xử lý xoang trán không cẩn thận. Trong một số nghiên cứu về phẫu thuật qua sọ trong điều trị UHM cũng ghi nhận biến chứng này, nhưng tỷ lệ không cao.

Trong nghiên cứu 70 trường hợp UHM của tác giả Montano N [83] tỷ lệ rò dịch não tủy qua mũi sau mổ là 4,3%, nghiên cứu của Liu Y [73] là 5,4%. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rò dịch não tủy qua mũi là biến chứng không thường gặp đối với phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM. Vì hầu hết các thao tác thường ở khoang ngoài màng cứng, cùng với

kỹ thuật mở sọ trần hóc mắt không làm rách màng cứng hoặc màng cứng được vá kín khi mở.

Biến chứng viêm màng não mủ sau mổ cũng không xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Chỉ có một trường hợp nhiễm trùng vết mổ nông được điều trị kháng sinh 6 tuần và ổn định. Cũng như mọi phương pháp phẫu thuật mở sọ khác, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cũng có thể xảy ra tùy theo nghiên cứu. Hầu hết các nghiên cứu về phẫu thuật UHM bằng phương pháp qua sọ đều rất ít biến chứng nhiễm trùng vết mổ [6], [13], [73], [76], [83]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1/57 (1,8%) trường hợp, điều này có thể chấp nhận được.

4.2.2. Theo dõi sau mổ

4.2.2.1. Kết quả thị lực sau mổ

Đánh giá thị lực sau mổ tại thời điểm 3 tháng chúng tôi ghi nhận nhóm có thị lực bình thường và nhóm thị lực cải thiện so với trước mổ chiếm 62,3%. Nhóm không cải thiện thị lực chiếm 24,5%, gồm những bệnh nhân biểu hiện giảm thị lực rất nặng hoặc mù mắt trước mổ vẫn không cải thiện sau mổ và 13,2% trường hợp thị lực sau mổ xấu hơn. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu của các tác giả khác. Theo một nghiên cứu của tác giả Lê Minh Thông [7], trong 22 trường hợp giảm thị lực trước mổ có 68% cải thiện thị lực từ 1 đến 3 hàng sau mổ một tháng, 22% không đổi và 10% giảm thị lực hơn so với trước mổ. Tỷ lệ cải thiện thị lực từ 1 đến 3 hàng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Trúc [9] là 57,1%, không đổi là 23,8% và thị lực xấu hơn là 19,1%. Các nghiên cứu UHM được mổ bằng phương pháp qua sọ của các tác giả ngoài nước cũng ghi nhận sự cải thiện thị lực theo những tỷ lệ khác nhau.

Theo nghiên cứu của 33 trường hợp UHM tác giả Abuzayed B [13] tỷ lệ cải thiện thị lực sau mổ là 54,5%, kết quả này tương tự với chúng tôi. Trong nghiên cứu 70 trường hợp UHM được mổ với nhiều phương pháp khác nhau, tác giả Montano N [83] cũng ghi nhận tỷ lệ cải thiện thị lực sau mổ là 45% (9/20 trường hợp), thị lực không thay đổi là 40% (8/20) và thị lực xấu sau mổ là 15%. Trong khi đó, nghiên cứu 21 trường hợp UHM được mổ qua sọ của tác giả Jian T [63] chỉ có 11,1% các trường hợp cải thiện thị lực. Theo y văn, sự cải thiện thị lực sau mổ phụ thuộc vào khả năng lấy u mà không gây tổn thương TKTG [66]. Về giải phẫu, mạch máu nuôi TKTG và võng mạc chủ yếu từ động mạch mi sau và động mạch trung tâm võng mạc [65]. Trong quá trình lấy u phải tránh làm tổn thương những mạch máu này. Điều này phụ thuộc vào loại u, vị trí, kích thước, sự lan rộng của u và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy những trường hợp thị lực xấu sau mổ hầu hết đều xảy ra trên những trường hợp u có nguồn gốc từ TKTG. Điều này là do chúng tôi phẫu thuật cắt bỏ TKTG cùng với khối u trong những trường hợp u xuất phát từ TKTG đã biểu hiện giảm thị lực nặng trước mổ hoặc TKTG bị tổn thương sau phẫu thuật bóc tách u có nguồn gốc từ TKTG. Trong khi đó, những u chèn ép TKTG, sau khi lấy u thị lực thường cải thiện tốt hơn do TKTG được giải áp.

4.2.2.2. Kết quả lồi mắt sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân vào viện đều biểu hiện triệu chứng lồi mắt. Sự lồi mắt cải thiện rõ ngay trong thời gian sớm sau mổ và dần hoàn toàn sau mổ 3 tháng, có đến 75,4% hết lồi mắt và 24,5% lồi mắt cải thiện một phần so với trước mổ.

Từ bảng 3.13 cho thấy sự cải thiện lồi mắt rất rõ rệt với độ lồi trước mổ từ 8,55 mm xuống còn 0,79 mm (với $p < 0.001$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Minh Thông [7] là hầu hết lồi mắt

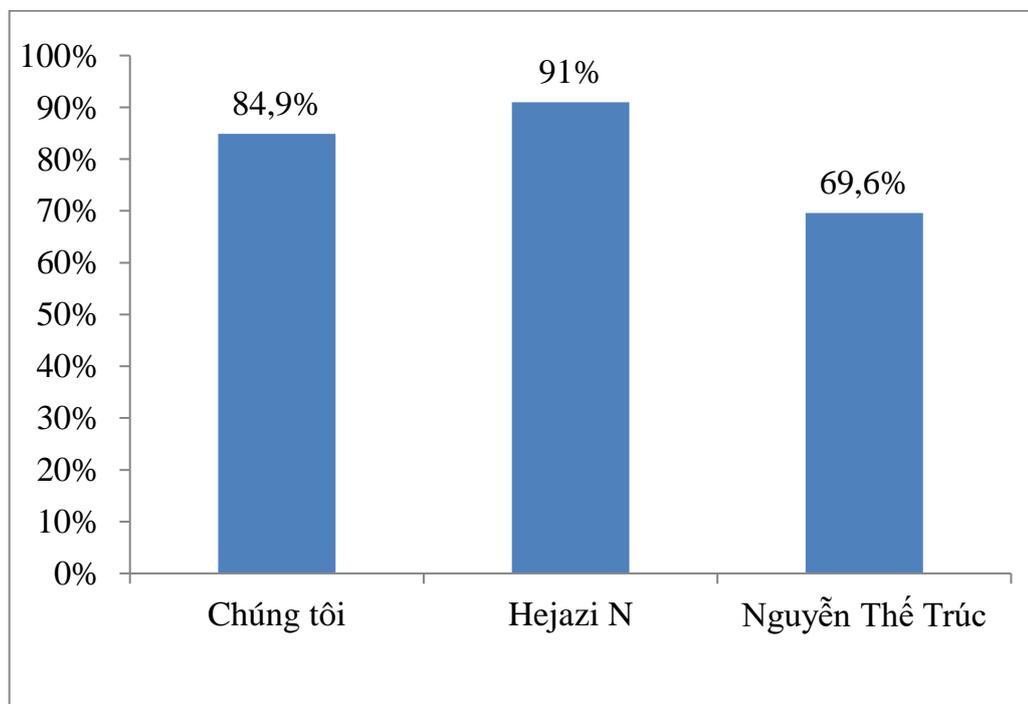
thường cải thiện sau một tháng. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Trúc [9] có 69,7% hết lồi mắt và 24,2% giảm lồi. Nghiên cứu của Liu Y [73] trên 37 trường hợp UHM ghi nhận lồi mắt cải thiện trong tất cả các trường hợp với độ lồi trước mổ từ 16 đến 25 mm xuống còn 5-9 mm sau mổ. Nghiên cứu của Jian T [63] cho thấy độ lồi mắt cũng cải thiện rõ rệt từ 5,4 mm trước mổ xuống còn 1,4 mm sau mổ.

Tương tự trong một nghiên cứu của tác giả Montano N [83] tỷ lệ cải thiện lồi mắt đạt 96,9%. Nhìn chung, triệu chứng lồi mắt thể hiện rõ sự hiệu quả của phẫu thuật UHM, vì khối choán chỗ vùng hậu nhãn cầu đã được loại bỏ. Qua đó cho thấy vai trò lấy hết u và cải thiện triệu chứng lồi mắt của phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị UHM trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.2.3. Kết quả sau mổ

Thật khó có bảng đánh giá kết quả sau mổ UHM một cách toàn diện, do mẫu nghiên cứu của chúng tôi có rất nhiều loại u, một số loại u lại có những cách điều trị chuyên biệt bên cạnh phẫu thuật nên việc đánh giá kết quả cũng khác nhau. Tuy nhiên, phần lớn các UHM có chung những triệu chứng và kết quả điều trị phẫu thuật, nên chúng tôi đã dựa theo bảng đánh giá kết quả sau mổ của tác giả Hejazi N [57] thực hiện tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Theo biểu đồ 3.11 cho thấy bệnh nhân được đánh giá kết quả rất tốt và tốt chiếm hầu hết (84,9%), chỉ có 7 trường hợp (13,2%) đạt kết quả trung bình và một trường hợp cho kết quả xấu. Trong 7 trường hợp đạt kết quả trung bình này gồm: 6 trường hợp u xuất phát từ TKTG có biểu hiện giảm thị lực trước mổ được lấy u không hoàn toàn cùng với cắt TKTG và một trường hợp carcinôm tế bào gai di căn hốc mắt được lấy gần hết u, cải thiện độ lồi mắt nhưng hội chứng đỉnh hốc mắt trước mổ cải thiện ít.

Kết quả rất tốt và tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 84,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hejazi N [57] và cao hơn của tác giả Nguyễn Thế Trúc [9] được trình bày trong biểu đồ 4.2 bên dưới. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Trúc với cỡ mẫu nhỏ hơn chúng tôi với 33 trường hợp UHM được mổ với bốn đường mổ khác nhau gồm: đường mổ qua sọ, đường thành ngoài, đường mổ qua kết mạc và đường trong với nhiều loại u với kết quả tốt và rất tốt là 69,6%. Trong khi đó 22 trường hợp UHM trong nghiên cứu của tác giả Hejazi N là u mạch máu dạng hang được mổ bằng đường qua kết mạc, còn nghiên cứu của chúng tôi với nhiều loại UHM được mổ bằng phương pháp qua sọ. Điều này có thể tạo nên sự khác biệt về kết quả sau mổ của chúng tôi với các tác giả khác. Ngoài ra các yếu tố như: kích thước u, vị trí u, mức độ lấy u hay tình trạng lâm sàng trước mổ nặng cũng ảnh hưởng đến kết quả sau mổ.



Biểu đồ 4.2. So sánh tỷ lệ kết quả tốt và rất tốt sau mổ

Một cách đánh giá kết quả khác của tác giả Lê Xuân Trung năm 1997 [110] báo cáo tổng kết 247 trường hợp UHM ở Việt Nam từ năm 1958 đến

năm 1993. Trong nghiên cứu này, tác giả đã đánh giá kết quả sau mổ UHM được mổ bằng phương pháp qua sọ trán và đường thành ngoài dựa trên hai tiêu chí là chức năng và thẩm mỹ. Kết quả tốt đạt được 52% cả về chức năng và thẩm mỹ (hầu hết là u lành tính), 22% có kết quả tốt về mặt chức năng nhưng bệnh nhân chưa hài lòng về mặt thẩm mỹ và gần 22% bệnh nhân có kết quả xấu. Bàn về tiêu chí thẩm mỹ, đối với phương pháp mổ vi phẫu qua sọ, đường rạch da trán thái dương được giấu sau chân tóc, nắp sọ mở ra được tái tạo lại với nẹp vít titan, vết mổ được đóng cẩn thận như trình bày trong phần phương pháp nghiên cứu, nên tiêu chí thẩm mỹ hầu như là đạt được trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong khi đó, hầu hết các tác giả khác [6], [13], [73], [76], [83] không đưa ra bảng đánh giá chung cho kết quả sau mổ UHM mà chỉ dựa trên tỷ lệ lấy hết u, sự cải thiện của các triệu chứng về lồi mắt, thị lực... Nhìn chung kết quả sau mổ UHM bằng phương pháp vi phẫu qua sọ trong nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả cao.

4.2.2.4. Điều trị sau phẫu thuật

Hiện nay điều trị UHM vẫn chủ yếu là phẫu thuật. Tuy nhiên các thương tổn bệnh học của UHM cũng rất đa dạng, cho nên điều trị sau phẫu thuật đối với một số loại u là bắt buộc. Mặt khác, một số u hóc mắt còn lại sau phẫu thuật do trong quá trình phẫu thuật chưa được lấy hết u hoàn toàn cũng cần điều trị xạ trị hay hóa trị sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân được xạ phẫu phần u còn lại sau mổ gồm 8 trường hợp u màng não, 2 trường hợp u tế bào đệm TKTG và một trường hợp u sợi thần kinh. Xạ trị được áp dụng cho 6 trường hợp carcinôm và hóa trị cho 4 bệnh nhân lymphôm.

Kết quả của nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả của điều trị xạ phẫu đối với u màng não và một số u lành trong hóc mắt khác. Xạ phẫu được

chỉ định cho u màng não hóc mắt còn sót lại sau phẫu thuật hoặc những u màng não bao TKTG kích thước nhỏ chưa chỉ định phẫu thuật [91]. Xạ phẫu có thể hiệu quả đối với những u còn lại có đường kính nhỏ hơn 2,5cm và có thể tránh tổn thương TKTG hoặc giao thoa thị giác. Trong lô nghiên cứu 33 trường hợp UHM của tác giả Abuzayed B [13], ông đã điều trị xạ phẫu cho 4 trường hợp u màng não bao TKTG còn lại sau phẫu thuật lấy gần hết u đạt kết quả tốt.

Đối với các trường hợp lymphôm hóc mắt giới hạn tại chỗ, độ ác thấp xạ trị tại chỗ là chọn lựa. Đối với u lan rộng, độ ác cao thì kết hợp hóa xạ trị bao gồm hóa miễn dịch trị liệu với Rituximab hoặc hóa trị kết hợp với ghép tế bào gốc được ghi nhận có hiệu quả [41]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp lymphôm độ ác cao được phối hợp điều trị hóa trị sau phẫu thuật tại chuyên khoa huyết học. Tương tự, 6 trường hợp carcinôm hóc mắt cũng được chúng tôi phối hợp điều trị sau phẫu thuật tại trung tâm ung bướu bệnh viện Chợ Rẫy.

4.2.2.5. Theo dõi xa sau mổ

Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật luôn là một vấn đề khó khăn trong tất cả nghiên cứu nhất là bệnh nhân ở xa. Với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng (từ 9 - 40 tháng), có 53 bệnh nhân tái khám, đạt tỷ lệ 93%. Có 2 trường hợp (3,8%) u tái phát; 60,4% hết u và 35,8% trường hợp u còn lại không tiến triển hoặc được kiểm soát. Trong đó, 2 trường hợp u tái phát có chỉ định mổ lại là u nhầy và u sợi thần kinh xâm lấn xoang hang. Các trường hợp u di căn hóc mắt và các u ác tính khác được kiểm soát u tại Trung tâm ung bướu chưa ghi nhận tái phát, có thể do thời gian theo dõi của nghiên cứu chưa đủ dài. Qua đó cho thấy có sự hạn chế về mặt thời gian trong việc đánh giá tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi. Mặt khác, trên thực tế u hóc mắt rất đa dạng về mặt giải phẫu bệnh chỉ có một số u mới có tỷ lệ tái phát cao, trong

khi có những u được lấy toàn bộ thường hiếm khi tái phát như u mạch hang, u tế bào Schwann. Trong nghiên cứu 16 trường hợp UHM của tác giả He H [55] ghi nhận một trường hợp u hắc bào ác tính tái phát sau 49 tháng theo dõi và điều trị.

Nghiên cứu 122 trường hợp UHM của Markowski J [78] ghi nhận tái phát chủ yếu xảy ra trong nhóm u ác tính, chiếm 64,3% sau 5 năm theo dõi. Trong khi đó, trong lô nghiên cứu 21 trường hợp UHM tác giả Jian T [63] ghi nhận 2 trường hợp u tái phát gồm u màng não và u tế bào Schwann. Ngược lại, nghiên cứu 70 trường hợp UHM của tác giả Montano N [83] theo dõi trong 111,9 tháng, không ghi nhận trường hợp u tái phát chỉ ghi nhận u ác tính tiến triển dẫn đến tử vong. Qua so sánh với các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tái phát của UHM tùy thuộc vào loại giải phẫu bệnh của u và thời gian theo dõi.

4.3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

4.3.1. Mối liên quan giữa đường kính u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ

Theo y văn yếu tố kích thước u là một trong những yếu tố quan trọng khi xem xét phẫu thuật cũng như chọn lựa đường mổ trong phẫu thuật UHM [13], [80], [99]. Trong một nghiên cứu 76 trường hợp u mạch máu dạng hang hốc mắt, tác giả Claros P [33] đã đưa ra kết luận kích thước u là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau mổ. Tuy nhiên, theo báo cáo của tác giả Montano N [83] và cộng sự năm 2018, với 70 trường hợp UHM được phẫu thuật với nhiều phương pháp khác nhau, ông ghi nhận không có sự khác biệt về kích thước u ở nhóm 2 cm và 3 cm với mức độ lấy u [83]. Tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự liên quan giữa kích thước u và mức độ lấy u cũng như kết quả sau mổ. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc có thể được giải thích rằng với sự tiến bộ của các phương tiện hình ảnh

học trước mổ gợi ý loại u có khả năng lấy hết hay không, kết hợp với kỹ thuật vi phẫu hiện đại thì kích thước u lớn không phải là vấn đề quá thách thức trong phẫu thuật u hốc mắt. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều loại giải phẫu bệnh UHM, mỗi loại u có tiên lượng khả năng lấy hết u và đạt kết quả khác nhau. Hơn nữa, trong phương pháp mổ vi phẫu qua sọ, các cấu trúc giải phẫu và đường vào hốc mắt được bộc lộ rộng, kích thước u đôi khi không phải là yếu tố quyết định cho mức độ lấy u.

4.3.2. Mối liên quan giữa vị trí u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ

Khi khảo sát mối tương quan giữa vị trí u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ chúng tôi trình bày trong bảng 3.22 và 3.23, cho thấy có mối liên quan giữa vị trí u theo nón cơ mắt với mức độ lấy u và kết quả sau mổ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Những u nằm trong đỉnh hốc mắt khó lấy hết hơn và thường cho kết quả xấu hơn so với những u ngoài nón và trong nón. Đặc biệt, khi khảo sát tương quan giữa những u có nguồn gốc từ TKTG với mức độ lấy u và kết quả sau mổ trong bảng 3.24 và 3.25 chúng tôi nhận thấy có mối tương quan rõ rệt. Những u không có nguồn gốc từ TKTG khả năng lấy toàn bộ u cao hơn và kết quả tốt hơn những u có nguồn gốc từ TKTG (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Điều này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về UHM. Trong báo cáo 122 trường hợp UHM tác giả Markowski J [78] đưa ra kết luận vị trí u là một trong những thông tin quan trọng trong quyết định cho chiến lược phẫu thuật và ảnh hưởng đến kết quả lấy u. Tương tự, một nghiên cứu 21 bệnh nhân UHM được mổ qua sọ, tác giả Jian T [63] nhận thấy những u trong đỉnh hốc mắt dính vào các cấu trúc quan trọng trong hốc mắt khó lấy u hơn và nguy cơ chảy máu và tổn thương thị lực hơn. Nghiên cứu 70 trường hợp UHM của tác giả Montano N [83] cũng đưa ra kết luận những u trong nón có biến chứng phẫu thuật nhiều hơn so với những u ngoài nón.

Trong một báo cáo 33 trường hợp UHM được mổ với phương pháp vi phẫu qua sọ tác giả Abuzayed B [13] nhận định yếu tố quan trọng nhất quyết định việc lấy hết u và mức độ xâm lấn u vào TKTG. Điều này được thấy rõ nhất trong trường hợp u màng não bao TKTG và u tế bào đệm của TKTG. Đồng thời ông cũng nhấn mạnh yếu tố khác là sự xâm lấn của u vào các thần kinh khác và mạch máu trong hốc mắt. Trong một nghiên cứu tổng quan về mất thị lực liên quan với phẫu thuật UHM, tác giả Kansakar P [66] cũng đưa ra kết luận vị trí u là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. U có nguồn gốc từ TKTG, u xâm lấn TKTG, u trong đỉnh hốc mắt và u nằm ở vị trí trên trong thường khó lấy u và nguy cơ biến chứng cao nhất.

Chúng tôi cũng khảo sát mối liên quan giữa u xâm lấn các cấu trúc lân cận quanh hốc mắt như nội sọ và các xoang cạnh mũi được trình bày trong bảng 3.26. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa u xâm lấn với mức độ lấy u ($p=0,348$). Theo y văn, u xâm lấn xoang cạnh mũi nhất là xoang trán và xâm lấn nội sọ là những chỉ định cho việc chọn lựa phương pháp mổ vi phẫu qua sọ [13], [80], [99]. Từ những phân tích trên, chúng tôi nhận thấy vị trí u sâu trong đỉnh hốc mắt, u có nguồn gốc từ TKTG là yếu tố quan trọng ảnh hưởng kết quả phẫu thuật UHM.

4.3.3. Mối liên quan giữa loại u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ

Thương tổn bệnh lý của UHM rất đa dạng và khó về mặt chẩn đoán cũng như điều trị. UHM có thể được phân loại dựa trên nhiều khía cạnh tuy nhiên phân loại theo nguồn gốc mô bệnh học giúp ích cho việc điều trị hơn, nhất là việc lập kế hoạch phẫu thuật. Theo y văn, chẩn đoán gợi ý giải phẫu bệnh UHM dựa trên hình ảnh học trước mổ nhất là MRI là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng như khả năng lấy u hốc mắt [13], [46], [99], [105]. Trong một nghiên cứu tổng quan về các yếu tố ảnh hưởng đến phẫu thuật UHM của tác giả Kansakar P [66] ông

đã đưa ra kết luận rằng những thương tổn giàu mạch máu, u không có bao rõ hoặc những u xâm lấn thường có kết quả sau mổ xấu, nguy cơ cao tổn thương thị lực. Nghiên cứu 122 trường hợp UHM của tác giả Markowski J [78] đã cho thấy loại bệnh học của UHM là một trong những yếu tố quan trọng cho việc chọn lựa chiến lược phẫu thuật lấy toàn bộ u hay sinh thiết. Nghiên cứu của Park H J [90] trên 19 trường hợp UHM được mổ qua sọ, ông ghi nhận các trường hợp kết quả xấu sau mổ xảy ra trên 3 bệnh nhân là u màng não, lymphôm và u sợi mạch. Tương tự, một nghiên cứu 140 trường hợp UHM của tác giả Nguyễn Phạm Trung Hiếu [3] cũng đưa ra kết luận tính chất lành ác dựa trên giải phẫu bệnh là một trong những tính chất quan trọng trong điều trị UHM. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt giữa giải phẫu bệnh của từng loại u với mức độ lấy u và kết quả sau mổ chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,063$ và $0,107$). Điều này có thể được lý giải do số lượng của từng loại u trong cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn. Nhưng khi khảo sát riêng một số loại u, chúng tôi nhận thấy u tế bào Schwann có tỷ lệ lấy hết u và kết quả sau mổ rất tốt chiếm tỷ lệ cao. Ngược lại u màng não bao TKTG khó lấy hết toàn bộ u hơn và kết quả sau mổ kém hơn các u khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, được trình bày trong các bảng 3.29 đến 3.30.

Đối với những u màng não bao TKTG, khi có chỉ định phẫu thuật thì tốt nhất là lấy toàn bộ u. Lấy bán phần u trong những trường hợp u dính vào các cấu trúc thần kinh mạch máu quan trọng, lan vào ống thị giác và giao thoa thị giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những u của TKTG lan vào đỉnh hốc mắt thường được để lại một phần nhằm tránh thương tổn thần kinh mạch máu quan trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp u tế bào schwann (14%), trong đó có 6 trường hợp được phẫu thuật lấy toàn bộ u, 2 trường hợp lấy gần hết u và cho kết quả tốt, rất tốt chiếm tỷ lệ cao, sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê với $p=0,017$. Theo y văn, u tế bào schwann là u lành tính, phát triển chậm, xuất phát từ tế bào Schwann của thần kinh trong hốc mắt như thần kinh III, thần kinh IV, thần kinh VI cũng như nhánh trán của thần kinh V. U thường nằm trong nón nhiều hơn ngoài nón nhất là ở thành trên hốc mắt và có bao giới hạn rõ, điều này phù hợp cho chỉ định mổ bằng phương pháp vi phẫu qua sọ cũng như thuận lợi cho việc lấy toàn bộ u [31], [32], [49]. Phẫu thuật lấy toàn bộ u là tiêu chuẩn vàng trong điều trị u tế bào Schwann hốc mắt, tuy nhiên không phải lúc nào cũng thực hiện được điều này nhất là những u sâu liên quan với đỉnh hốc mắt, khe hốc mắt trên và xoang hang [49]. Trong nghiên cứu của chúng có 2/8 (25%) trường hợp lấy gần hết u do các u này nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Tương tự nghiên cứu cứu 21 trường hợp u tế bào Schwann của tác giả Chen H M [31] cho kết quả lấy toàn bộ u là 17/21 trường hợp chiếm tỷ lệ 81%. Tác giả nhận định do u tế bào Schwann hốc mắt có thành mỏng, có thể vỡ trong lúc bóc tách gây ra sót u và một số trường hợp u lớn hoặc thoái hóa nang phải giải áp trong lòng u trước khi bóc toàn bộ u. Tác giả Chen H đã ghi nhận 2 trường hợp mất thị lực sau mổ do tổn thương TKTG trong lúc bóc tách u và ông đã đưa ra khuyến cáo phẫu thuật bóc tách u cẩn thận nhất là mặt u tiếp xúc với TKTG để tránh biến chứng thị lực xấu sau mổ. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một trường hợp thị lực xấu sau mổ u tế bào Schwann nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Từ những phân tích trên cho thấy u tế bào Schwann hốc mắt cũng là một trong những u có khả năng lấy toàn bộ u cao.

U mạch dạng hang hốc mắt là một trong những u có thể dễ dàng phẫu thuật lấy toàn bộ u hơn các loại UHM khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp u mạch dạng hang nằm sâu trong hốc mắt được mổ lấy toàn bộ u bằng phương pháp vi phẫu qua sọ và cho kết quả rất tốt. Theo y văn đây là một loại u lành tính, phát triển chậm và phẫu thuật lấy toàn bộ u là phương

pháp điều trị triệt để cho các trường hợp u có triệu chứng. Về đại thể, u có hình tròn hoặc bầu dục, có bao rõ như bọt biển, màu tím thâm dễ dàng được phẫu thuật viên nhận biết và bóc tách lấy toàn bộ u [50]. Nghiên cứu của tác giả Claros P [33] với 76 trường hợp u mạch dạng hang được phẫu thuật chủ yếu qua đường mổ thành ngoài với tỷ lệ lấy toàn bộ u là 100% và biến chứng sau mổ là 23,7%. Các yếu tố có ảnh hưởng đến thị lực sau mổ là kích thước u lớn, tình trạng thị lực trước mổ và bất thường đáy mắt trước mổ. Tương tự, một nghiên cứu 10 trường hợp u mạch dạng hang với kích thước u từ 2-3,5cm được mổ bằng phương pháp qua sọ của tác giả Golden N năm 2018 [47] cũng ghi nhận tỷ lệ lấy toàn bộ u 100%. Trong đó kết quả tốt là 80%, trung bình 10% và xấu là 10% xảy ra trên một bệnh nhân bị biến chứng mất thị lực sau mổ u nằm sâu trong đỉnh hốc mắt. Ông cho rằng phẫu thuật u mạch dạng hang hốc mắt chủ yếu là bóc tách lấy trọn u bằng dụng cụ bóc tách đầu tù thường cho kết quả sau mổ tốt. Tuy nhiên cần tránh tổn thương TKTG cũng như chảy máu trong mổ khi bóc tách. Một nghiên cứu của Bagheri A năm 2018 [18] với 60 trường hợp u mạch dạng hang được điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu này tác giả đã sử dụng kỹ thuật lấy u bằng ngón tay thay cho dụng cụ và ghi nhận kết quả sau mổ tốt với tỷ lệ biến chứng thấp. Qua đó, cho thấy u mạch dạng hang hốc mắt là loại u có khả năng phẫu thuật lấy toàn bộ u cao. Tuy nhiên chỉ với 6 trường hợp u mạch dạng hang trong nghiên cứu của chúng tôi nên chưa thể hiện được sự khác biệt về kết quả phẫu thuật so với các UHM khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 6 trường hợp carcinôm hốc mắt gồm 4 trường hợp carcinôm tuyến di căn và 2 trường hợp carcinôm tế bào gai. Trong đó có 4 trường hợp lấy toàn bộ u và 2 trường hợp lấy gần hết u. Theo y văn, u di căn hốc mắt chiếm 1-13% các UHM và hầu hết bệnh nhân đã biết có ung thư trước đó. Các u di căn ở hốc mắt rất khác nhau ở trẻ em và

người lớn. Ở trẻ em, chủ yếu là các u phổi hoặc biệt hóa kém như u nguyên bào thần kinh, u Wilms, sarcôm Ewing (thường ở xương) và u nguyên bào tủy. Ở người lớn, các u di căn hốc mắt thường là carcinôm tuyến vú và phổi. Các di căn từ đường tiêu hóa, thận và tiền liệt tuyến ít gặp hơn. Điều trị bao gồm phẫu thuật lấy u kết hợp với xạ trị, hóa trị tùy theo ung thư nguyên phát. Thời gian sống trung bình của bệnh nhân ung thư di căn hốc mắt theo một báo cáo 40 năm trước là khoảng 15,6 tháng. Trong những nghiên cứu gần đây, thời gian sống trung bình cũng không tăng thêm, giới hạn trong 1,5 năm sau chẩn đoán [35]. Các trường hợp carcinôm tế bào gai hốc mắt thứ phát xâm lấn từ mi mắt, xoang cạnh mũi hoặc kết mạc cũng điều trị bằng đa mô thức kết hợp giữa phẫu thuật lấy toàn bộ u kết hợp với hóa xạ trị. Theo một nghiên cứu 671 trường hợp UHM từ năm 1999 đến năm 2014 của tác giả Pfortner R ghi nhận 46 trường hợp u di căn hốc mắt (chiếm tỷ lệ 6,8%) [93]. Trong đó các trường hợp u di căn hốc mắt được phẫu thuật chủ yếu bằng phương pháp qua sọ nhằm mục đích lấy u giải áp hốc mắt, cải thiện các triệu chứng đe dọa thị lực, cải thiện độ lồi gây mất thẩm mỹ, giảm đau trong hốc mắt, cũng như cắt bỏ phần xương do u xâm lấn và tái tạo thành xương hốc mắt. Tuy nhiên u di căn hốc mắt thường xâm lấn nên vấn đề lấy toàn bộ u vẫn còn là một thách thức cho các phẫu thuật viên.

Có 4 trường hợp lymphôm được chúng tôi phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu qua sọ với có tỉ lệ lấy toàn bộ u thấp. Nguyên nhân do lymphôm thường thâm nhiễm vào các cấu trúc trong hốc mắt, mặt khác chúng tôi cũng chủ động không lấy hết đối với loại u này, vì điều trị chủ yếu của lymphôm là xạ trị tại chỗ hốc mắt hoặc hóa trị [41]. UHM mắt luôn là thách thức cho chẩn đoán cũng như xác định loại mô học. Mặc dù hiện nay hình ảnh cộng hưởng từ có độ phân giải cao, nhưng một số trường hợp UHM cũng khó phân biệt trước mổ như u màng não bao TKTG và lymphôm. Theo y văn Parlin [92], u

màng não bao TKTG và lymphôm đều ưu thế ở nữ và mất thị lực tương tự nhau. Tuy nhiên u màng não thường xuất hiện ở độ tuổi 50 trong khi đó lymphôm thường xuất hiện ở độ tuổi lớn hơn (trung bình 60 tuổi). Một số trường hợp lymphôm cũng bao quanh TKTG và nằm sâu trong hốc mắt tương tự như u màng não. Thực tế, các trường hợp lymphôm trong nghiên cứu của chúng tôi nằm sâu trong hốc mắt và có hình ảnh trước mổ tương tự như u màng não bao TKTG nên được chúng tôi phẫu thuật lấy u bằng phương pháp vi phẫu qua sọ với kết quả 3/4 trường hợp (75%) lấy u không hoàn toàn.

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy loại thương tổn giải phẫu bệnh của UHM rất đa dạng và là một trong những yếu tố quan trọng cần xem xét trong điều trị phẫu thuật UHM, có ý nghĩa tiên lượng cho việc lấy toàn bộ u. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn về vấn đề này.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 57 trường hợp UHM được điều trị bằng phương pháp mổ vi phẫu qua sọ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Kết quả của phương pháp vi phẫu qua sọ trán hoặc trán thái dương bảo tồn cung mày trong điều trị UHM

UHM trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $43,5 \pm 15,2$ tuổi (6-72), tỷ lệ nam: nữ là 1:1,1. Triệu chứng lòi mắt chiếm 100%, giảm thị lực chiếm 68,4%.

68,4% áp dụng phương pháp mở sọ trán ngoài màng cứng bảo tồn cung mày; 28,1% áp dụng đường trán thái dương ngoài màng cứng; 3,5% kết hợp phương pháp trong màng cứng và ngoài màng cứng.

Vị trí UHM được mổ vi phẫu qua sọ nhiều nhất là: u nằm ở thành trên hốc mắt (28%), u có nguồn gốc từ TKTG (24,6%) và thành trên trong hốc mắt (19,3%).

Các UHM thường gặp là: u màng não TKTG (21,1%), u tế bào Schwann (14%), carcinôm và u mạch dạng hang cùng chiếm tỷ lệ 10,5%.

Tỷ lệ lấy toàn bộ u, gần hết u và lấy bán phần u lần lượt là 59,6%, 36,8% và 3,5%.

Biến chứng phẫu thuật: Sụp mí sau mổ 28,1% và tất cả đều hồi phục sau 3 tháng. Thị lực xấu sau mổ 12,3%, nhiễm trùng vết mổ 1,8%.

Kết quả sau mổ: Rất tốt và tốt là 84,9%, trung bình 13,2% và xấu là 1,9%.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Vị trí u là yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật UHM. Những u nằm trong đỉnh hốc mắt có yếu tố tiên lượng xấu hơn so với u ngoài nón hoặc

trong nón ($p = 0,011$). Những u không có nguồn gốc từ TKTG có yếu tố tiên lượng tốt hơn những u có nguồn gốc từ TKTG ($p < 0,001$).

Chưa có mối liên quan rõ rệt giữa loại giải phẫu bệnh của u với kết quả phẫu thuật UHM. Trong đó u màng não bao TKTG có yếu tố tiên lượng xấu hơn các u khác ($p < 0,001$) và u tế bào Schwann có tiên lượng tốt sau mổ ($p = 0,017$).

KIẾN NGHỊ

Việc sử dụng kính vi phẫu trong điều trị phẫu thuật UHM nằm ở những vị trí thích hợp bằng phương pháp qua sọ đem lại hiệu quả cao, giảm thiểu biến chứng, góp một phần quan trọng trong lĩnh vực điều trị phẫu thuật loại bệnh lý này. Vì vậy, cần tiếp tục phát triển phương pháp vi phẫu qua sọ trong điều trị phẫu thuật các loại u hóc mắt nằm ở thành trên trong, u đỉnh hóc mắt, các u liên quan nội sọ và u của thần kinh thị giác ở các khoa, trung tâm phẫu thuật thần kinh.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

1. Trần Thiện Khiêm, Phan Thị Diễm Kiều, Huỳnh Lê Phương (2021), “Điều trị u hốc mắt bằng phương pháp mổ vi phẫu qua sọ”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Tập 16, Số 2, tr. 69-75.
2. Trần Thiện Khiêm, Phan Thị Diễm Kiều, Huỳnh Lê Phương (2021), “U màng não thần kinh thị: Kết quả phẫu thuật 12 trường hợp”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Tập 16, Số 2, tr. 83-88.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

- [1]. Lê Văn Cường (2011), *Giải phẫu học sau đại học*, Nhà xuất bản y học, Thành Phố Hồ Chí Minh, tr. 9-34.
- [2]. Trần Phương Hạnh, Nguyễn Sào Trung (2008), *Giải phẫu bệnh học*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, TP Hồ Chí Minh, tr. 133-145.
- [3]. Nguyễn Phạm Trung Hiếu (2006), "Chẩn đoán phân loại u hóc mắt điều trị tại bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh trong 5 năm (1999 - 2003)". *Tạp chí Y học TP HCM*. 10(1), tr. 237-244.
- [4]. Huỳnh Lê Phương (2010), "Đường mổ cạnh ngoài hóc mắt trong phẫu thuật điều trị u hóc mắt". *Y học Thực hành*. 733-734, tr. 28-37.
- [5]. Huỳnh Lê Phương (2013), "U hóc mắt", *Phẫu thuật thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 213-230.
- [6]. Huỳnh Lê Phương (2012), "U hậu nhãn cầu: Kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị phẫu thuật". *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 16(4), tr. 273-281.
- [7]. Lê Minh Thông Vũ Anh Lê (2003), "Phẫu thuật lấy u hóc mắt bằng đường mở thành ngoài: chỉ định, lượng giá chẩn đoán và kết quả điều trị". *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 7, tr. 6-11.
- [8]. Võ Quỳnh Trang (2011), *Cơ quan thị giác*, Nhà xuất bản y học, TP Hồ Chí Minh, tr. 9-35.
- [9]. Nguyễn Thế Trúc (2012), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u hóc mắt*, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [10]. Nguyễn Hoàng Vũ (2019), *Giải phẫu học*, Nhà xuất bản y học, TP Hồ Chí Minh, tr. 414- 424.

TIẾNG ANH

- [11]. Abou-Al-Shaar H, Krisht K M (2020), "Cranio-Orbital and Orbitocranial Approaches to Orbital and Intracranial Disease: Eye-Opening Approaches for Neurosurgeons". *Frontiers in Surgery*. 7(1), pp 1-10.
- [12]. Abramoff M D, Baker M S (2015), "New Concepts in Orbital Imaging", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 111-120.
- [13]. Abuzayed B, Kucukyuruk B (2012), "Transcranial superior orbitotomy for the treatment of intraorbital intraconal tumors: surgical technique and long-term results in single institute". *Neurosurg Rev*. 35(4), pp 573-582.
- [14]. Ajay A R, John H N (2013), "A Clinical Update and Radiologic Review of Pediatric Orbital and Ocular Tumors". *Journal of Oncology*.
- [15]. Altay T, Couldwell W T (2012), "The frontotemporal (pterional) approach: an historical perspective". *Neurosurgery*. 71(2), pp 481-491.
- [16]. Apanisile I, Karosi T (2017), "Surgical Management of Pilocytic Astrocytoma of the Optic Nerve: A Case Report and Review of the Literature". *Case Reports in Oncological Medicine*. pp 428-435.
- [17]. Bachelet J T, Shipkov H (2016), "[Surgical approaches of tumors of the posterior cone of the orbit]". *Revue de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie orale*. 117(2), pp 89-95.
- [18]. Bagheri A, Jafari R (2018), "A new surgical technique for excision of orbital cavernous hemangioma: a 15-year experience". *Orbit*. 37(6), pp 429-437.
- [19]. Bejjani G K, Cockerham K P (2001), "A reappraisal of surgery for

- orbital tumors. Part I: extraorbital approaches". *Neurosurg Focus*. 10(5), pp E2.
- [20]. Ben Simon G J, Annunziata C C (2005), "Rethinking orbital imaging establishing guidelines for interpreting orbital imaging studies and evaluating their predictive value in patients with orbital tumors". *Ophthalmology*. 112(12), pp 2196-2207.
- [21]. Berhouma M, Jacquesson T (2014), "Endoscopic endonasal optic nerve and orbital apex decompression for nontraumatic optic neuropathy: surgical nuances and review of the literature". *Neurosurg Focus*. 37(4), pp E19.
- [22]. Bewley A F, Farwell D G (2015), "Management of orbital tumours". *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 23(4), pp 309-315.
- [23]. Biousse V N N (2009), "The neuro-ophthalmic Examination", *Neuro Ophthalmology Illustrated*, Thieme, New York, pp 1-26.
- [24]. Bleier B.S, Castelnovo P (2016), "Endoscopic endonasal orbital cavernous hemangioma resection: global experience in techniques and outcomes". *International Forum of Allergy & Rhinology*. 6(2), pp 156-161.
- [25]. Boari N, Gagliardi F (2011), "Surgical treatment of orbital cavernomas: clinical and functional outcome in a series of 20 patients". *Acta Neurochir (Wien)*. 153(3), pp 491-498.
- [26]. Borghei-Razavi H, Shibao S (2017), "Prechiasmatic transection of the optic nerve in optic nerve glioma: technical description and surgical outcome". *Neurosurgical Review*. 40(1), pp 135-141.
- [27]. Boulos P T, Dumont A S (2001), "Meningiomas of the orbit: contemporary considerations". *Neurosurgical focus*. 10(5), pp 1-10.

- [28]. Calandriello L, Grimaldi G (2017), "Cavernous venous malformation (cavernous hemangioma) of the orbit: Current concepts and a review of the literature". *Surv Ophthalmol.* 62(4), pp 393-403.
- [29]. Camara J G, Nguyen L T (2001), "The use of a computer-assisted image-guided system (InstaTrak) in orbital surgery". *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 17(6), pp 447-451.
- [30]. Castelnovo P, Dallan I (2012), "Endoscopic transnasal intraorbital surgery: our experience with 16 cases". *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 269(8), pp 1929-1935.
- [31]. Chen M H, Yan J H (2019), "Imaging characteristics and surgical management of orbital neurilemmomas". *Int J Ophthalmol.* 12(7), pp 1108-1115.
- [32]. Cho Y H, Sung K S (2014), "Oculomotor nerve schwannoma: a case report". *Brain Tumor Res Treat.* 2(1), pp 43-47.
- [33]. Clarós P, Choffor-Nchinda E (2019), "Orbital cavernous haemangioma; profile and outcome of 76 patients managed surgically". 139(8), pp 720-725.
- [34]. Clarós P, Choffor-Nchinda E (2019), "Lacrimal gland pleomorphic adenoma: a review of 52 cases, 15-year experience". *Acta Otolaryngol.* 139(1), pp 100-104.
- [35]. Croxatto J O, Karcioğlu Z A (2015), "Metastatic Tumors", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 321-335.
- [36]. Davis J C (2015), "Chemotherapy for Childhood Orbital Tumors", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 469-484.
- [37]. Donofrio C A, Capitanio J F (2020), "Mini Fronto-Orbital Approach:

- "Window Opening" Towards the Superomedial Orbit - A Virtual Reality-Planned Anatomic Study". *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 19(3), pp 330-340.
- [38].Dutton JJ (2011), "Atlas of clinical and surgical orbital anatomy", Elsevier, China, pp 15-95.
- [39].El Naggar A K, Chan J K C (2017), *WHO Classification of Head and Neck Tumours*, International Agency for Research on Cancer.
- [40].Enchev Y, Tzekov C (2011), "Neuronavigation in craniorbital neurosurgery - do we really need it?". *Turk Neurosurg*. 21(2), pp 119-126.
- [41].Esmaeli B, Sniegowski M (2015), "Orbital and Ocular Adnexal Lymphoma", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer New York, pp 145-153.
- [42].Feichtinger M, Reinbacher K E (2013), "Intraorbital schwannoma of the abducens nerve: case report". *J Oral Maxillofac Surg*. 71(2), pp 443-445.
- [43].Finger P T, Semenova E (2015), "Radiation Therapy for Orbital Tumors", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 447-467.
- [44].Fleming J C, Karcioglu Z A (2015), "Surgical Treatment", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer New York, 403-433.
- [45].Foster J A (2018-2019), "Orbit". *Orbit, Eyelids, and Lacrimal system*, in *Basic and clinical science course*. pp 5-8.
- [46].Gardner P A (2017), "Tumors of the orbit", *Youmans and Winn neurological surgery*, Elsevier, 2, pp 1310-1321.
- [47].Golden N, Mahadewa T G B (2018), "Surgical outcome of orbital cavernous hemangioma: a case series". *Open Access Surgery*. 12,

pp 1-5.

- [48].Grob S R, Yoon M K (2017), "Innovations in Orbital Surgical Navigation, Orbital Implants, and Orbital Surgical Training". *Int Ophthalmol Clin.* 57(4), pp 105-115.
- [49].Gunduz K (2015), "Peripheral nerve tumors", *Orbital tumors: Diagnosis and treatment*, Springer, New York, pp 209- 225.
- [50].Gunduz K, Karcioğlu Z A (2015), "Vascular tumors", *Orbital tumors: Diagnosis and treatment*, Springer, New York, pp 155- 180.
- [51].Hadjistilianou D, Karcioğlu Z A (2015), "Malignant pediatric tumors", *Orbital tumors: Diagnosis and treatment*, Springer, New York, pp 349- 359.
- [52].Haruna S, Tukidate T (2013), "Transnasal endoscopic surgery for benign orbital tumors". *Auris Nasus Larynx.* 40(2), pp 227-230.
- [53].Hassler W, Schick U (2009), "The supraorbital approach--a minimally invasive approach to the superior orbit". *Acta Neurochir (Wien).* 151(6), pp 605-611.
- [54].Hayek G M P, Fournier HD, (2006), "Anatomy of the orbit and its surgical approach", *Advances and Technical Standards in Neurosurgery*, Springer, New York, pp 35-71.
- [55].He H, Li W (2018), "Eyebrow Incision for Combination Supraorbital Minicraniotomy with Orbital Osteotomy: Application to Cranio-Orbital Lesions". *World Neurosurgery.* 114, pp e631-e640.
- [56].He Y, Song G (2002), "Histopathologic classification of 3 476 orbital diseases". *Chinese journal of ophthalmology.* 38(7), pp 396-398.
- [57].Hejazi N, Hassler W (1997), "The transconjunctival microsurgical approach to the orbit: recent experience in 22 cases". *Br J Neurosurg.* 11(4), pp 310-317.

- [58].Hejazi N (2006), "Frameless image-guided neuronavigation in orbital surgery: practical applications". *Neurosurg Rev.* 29(2), pp 118-122.
- [59].Henderson JW (1980), "The lateral surgical approaches", *Orbital Tumors*, Thieme, New York, 2, pp 580-595
- [60].Hentati A, Matar N (2018), "Bilateral Orbital Cavernous Hemangioma". *Asian J Neurosurg.* 13(4), pp 1222-1224.
- [61].Hodaj I, Kutlay M (2014), "The use of neuronavigation and intraoperative imaging systems in the surgical treatment of orbital tumors". *Turk Neurosurg.* 24(4), pp 549-557.
- [62].Huang X, Tang D (2018), "Ectopic orbital meningioma: a retrospective case series". *BMC ophthalmology.* 18(1), pp 296.
- [63].Jian T, Sun F (2015), "Clinical analysis of transcranial orbitotomy approach on cranio-orbital tumors". *Journal of Craniofacial Surgery.* 26(2), pp 441-446.
- [64].Kang J K, Lee I W (1997), "Tumors of the orbit. Pitfalls of the surgical approach in 37 children with orbital tumor". *Childs Nerv Syst.* 13(10), pp 536-541.
- [65].Kannan S, Hasegawa M (2019), "Tumors of the Orbit: Case Report and Review of Surgical Corridors and Current Options". *Asian J Neurosurg.* 14(3), pp 678-685.
- [66].Kansakar P, Sundar G (2020), "Vision loss associated with orbital surgery—a major review". *Orbit.* 39(3), pp 197-208.
- [67].Karcioglu Z A, Jenkins T L (2015), "Clinical Evaluation of the Orbit", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 43-53.
- [68].Kim K S, Jung J W (2015), "Schwannoma of the Orbit". *Archives of Craniofacial Surgery.* 16(2), pp 67.

- [69].Kloos R, Mourits D (2013), "Orbital apex cavernous hemangioma--beware of the pear!". *Acta Ophthalmol.* 91(4), pp e328-329.
- [70].Kondo A, Akiyama O (2019), "A novel surgical approach for intraorbital optic nerve tumors". *J Clin Neurosci.* 59, pp 362-366.
- [71].Lee A G, Gersztenkorn D A (2015), "Neuro-Ophthalmologic Evaluation of the Orbit", *Orbital tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 59-69.
- [72].Lee J Y, Ramakrishnan V R (2012), "Endoscopic endonasal surgical resection of tumors of the medial orbital apex and wall". *Clin Neurol Neurosurg.* 114(1), pp 93-98.
- [73].Liu Y, Ma J R (2012), "Transcranial surgery through pterional approach for removal of cranio-orbital tumors by an interdisciplinary team of neurosurgeons and ophthalmologists". *Int J Ophthalmol.* 5(2), pp 212-216.
- [74].Lyson T, Sieskiewicz A (2014), "Endoscopic transconjunctival surgical approach to intraconal space of the orbit: first clinical experience". *Neurol Neurochir Pol.* 48(4), pp 248-253.
- [75].Marchal J C, Civit T (2006), "Neurosurgical concepts and approaches for orbital tumours". *Adv Tech Stand Neurosurg.* 31, pp 73-117.
- [76].Margalit N, Ezer H (2007), "Orbital tumors treated using transcranial approaches: surgical technique and neuroophthalmological results in 41 patients". *Neurosurg Focus.* 23(5), pp E11.
- [77].Mariniello G, de Divitiis O (2013), "Surgical unroofing of the optic canal and visual outcome in basal meningiomas". *Acta Neurochir (Wien).* 155(1), pp 77-84.
- [78].Markowski J, Jagosz-Kandziora E (2014), "Primary orbital tumors: a review of 122 cases during a 23-year period: a histo-clinical study

in material from the ENT Department of the Medical University of Silesia". *Med Sci Monit.* 20, pp 988-994.

- [79].Martins C, Costa E Silva I E (2011), "Microsurgical anatomy of the orbit: the rule of seven". *Anatomy research international.* pp 468-727.
- [80].Mendoza-Santiesteban E, Mendoza-Santiesteban C E (2010), "*Diagnosis and surgical treatment of orbital tumors*". *Seminars in ophthalmology.* Taylor & Francis.
- [81].Moe K S, Bergeron C M (2010), "Transorbital neuroendoscopic surgery". *Neurosurgery.* 67(3), pp 16-28.
- [82].Mombaerts I, Ramberg I (2019), "Diagnosis of orbital mass lesions: clinical, radiological, and pathological recommendations". *Survey of Ophthalmology.* 64(6), pp 741-756.
- [83].Montano N, Lauretti L (2018), "Orbital Tumors: Report of 70 Surgically Treated Cases". *World Neurosurg.* 119, pp e449-e458.
- [84].Muscatello L, Seccia V (2013), "Transnasal endoscopic surgery for selected orbital cavernous hemangiomas: our preliminary experience". *Head Neck.* 35(7), pp E218-E220.
- [85].Nair A, Pathak R (2014), "Optic nerve glioma: an update". *Int Ophthalmol.* 34(4), pp 999-1005.
- [86].Natori Y Rhoton A L, Jr. (1994), "Transcranial approach to the orbit: microsurgical anatomy". *J Neurosurg.* 81(1), pp 78-86.
- [87].Netter FH. (2010), "Atlas of Human Anatomy: with student consult access", *Netter Basic Science*, Saunders.
- [88].Ohtsuka K, Hashimoto M (2005), "A review of 244 orbital tumors in Japanese patients during a 21-year period: origins and locations". *Jpn J Ophthalmol.* 49(1), pp 49-55.

- [89].Pai S B Nagarjun M N (2017), "A neurosurgical perspective to approaches to the orbit: A cadaveric study". *Neurol India*. 65(5), pp 1094-1101.
- [90].Park H J, Yang S-H (2008), "Surgical treatment of orbital tumors at a single institution". *Journal of Korean Neurosurgical Society*. 44(3), pp 146-150.
- [91].Parker R T, Ovens C A (2018), "Optic nerve sheath meningiomas: prevalence, impact, and management strategies". *Eye and brain*. 10, pp 85.
- [92].Parlin A, Dumitrescu A (2017), "Retrospective chart review of the use of imaging and biopsy in the diagnosis of optic nerve sheath meningiomas and intra-conal orbital lymphomas at a single institution". *Orbit*. 36(6), pp 392-396.
- [93].Pfortner R, Mohr C (2014), "Orbital tumors: operative and therapeutic strategies". *Facial Plast Surg*. 30(5), pp 570-577.
- [94].Raza S M (2012), "Multimodal treatment of orbital tumors", *Schmidek & Sweet operative neurosurgical techniques: indications, methods, and results*, Elsevier, Philadelphia, 1, pp 597-602.
- [95].Rhoton A L, (2002), "The orbit". *Neurosurgery*. 51(4), pp S303-S334.
- [96].Rimmer R A, Graf A E (2020), "Management of Orbital Masses: Outcomes of Endoscopic and Combined Approaches With No Orbital Reconstruction". *Allergy Rhinol (Providence)*. 11, pp 1-7.
- [97].Rivkin M A, Turtz A R (2013), "Transorbital endoscopic removal of posterior lateral orbital mass". *Laryngoscope*. 123(12), pp 3001-3004.
- [98].Rootman D B, Heran M K (2014), "Cavernous venous malformations of the orbit (so-called cavernous haemangioma): a comprehensive

- evaluation of their clinical, imaging and histologic nature". *Br J Ophthalmol.* 98(7), pp 880-888.
- [99]. Schick U, Unterberg A (2012), "Surgical approaches to the Orbit", *Schmidke and Sweet Operative Neurosurgical techniques*, Elsevier, Philadelphia, pp 603- 612.
- [100]. Schick U, Dott U (2003), "Surgical treatment of orbital cavernomas". *Surg Neurol.* 60(3), pp 234-244.
- [101]. Signorelli F, Anile C (2015), "Endoscopic treatment of orbital tumors". *World Journal of Clinical Cases: WJCC.* 3(3), pp 270.
- [102]. Silver A L, Karcioğlu Z A (2015), "Tumors of the Paranasal Sinuses, Nasal and Cranial Cavities", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 305-320.
- [103]. Singh D, Pushker N (2012), "Visual function alterations in orbital tumors and factors predicting visual outcome after surgery". *Eye.* 26(3), pp 448-453.
- [104]. Smith S J Smith B D (2015), "Chemotherapy for Adult Tumors", *Orbital Tumors: Diagnosis and Treatment*, Springer, New York, pp 485-500.
- [105]. Srinivasan A, Bilyk J R (2018), "Transcranial approaches to the orbit". *International ophthalmology clinics.* 58(2), pp 101-110.
- [106]. Surej Kumar L K, Vinod M K (2014), "Lateral orbital approach: Gateway to intraorbital lesions". *Natl J Maxillofac Surg.* 5(2), pp 217-220.
- [107]. Tanaka A, Mihara F (2004), "Differentiation of Cavernous Hemangioma from Schwannoma of the Orbit: A Dynamic MRI Study". *American Roentgen Ray Society.* 183.
- [108]. Torstein R (2019), "Approaches to the Orbita", *The Craniotomy Atlas*,

Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

- [109]. Troude L, Bernard F (2017), "The medial orbito-frontal approach for orbital tumors: a How I Do It". *Acta Neurochir (Wien)*. 159(11), pp 2223-2227.
- [110]. Trung L X (1999), "Orbital tumours in Vietnam". *J Clin Neurosci*. 6(3), pp 204-206.
- [111]. Wahegaonkar C, Wahegaonkar M (2017), "Retrospective analysis of surgical outcome in orbital tumour cases". *2017*. 4(6), pp 4.
- [112]. Weller C L, Tabor M H (2018), "Orbital Surgery: Approaches and Techniques". *Int Ophthalmol Clin*. 58(2), pp 61-84.
- [113]. Yan J Wu Z (2004), "Cavernous hemangioma of the orbit: analysis of 214 cases". *Orbit*. 23(1), pp 33-40.
- [114]. Young S M, Kim Y D (2018), "Radiological Analysis of Orbital Cavernous Hemangiomas: A Review and Comparison Between Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging". *J Craniofac Surg*. 29(3), pp 712-716.
- [115]. Yu H J, Wu Y T (2011), "Primary orbital meningioma: a study of six cases at a single institution". *Apmis*. 119(1), pp 36-43.
- [116]. Zeynel A K (2015), "Metastatic Tumors ", *Orbital tumors: Diagnosis and treatment*, Springer, New York, pp 321-336.

PHỤ LỤC
BẢNG THU THẬP SỐ LIỆU U HỌC MẮT

Tên BN: _____

Giới: 1. Nam 2. Nữ **Năm sinh:** _____

SNV _____ **SĐT liên lạc** _____

NGÀY NV _____ **NGÀY XV** _____

Địa chỉ: Số nhà _____ Đường/ Ấp _____

Xã/ Phường _____ Quận/Huyện _____

Thành phố/Tỉnh _____

Lý do nhập viện:

- | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Lồi mắt | <input type="checkbox"/> 2. Mờ mắt | <input type="checkbox"/> 3. Đau mắt |
| <input type="checkbox"/> 4. Đỏ mắt | <input type="checkbox"/> 5. Nhìn đôi | <input type="checkbox"/> 6. Đau đầu |
| <input type="checkbox"/> 7. Sụp mi | <input type="checkbox"/> 8. Khác | |

Bệnh lí ở mắt nào

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Mắt trái | <input type="checkbox"/> 2. Mắt phải | <input type="checkbox"/> 3. Hai mắt |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

Thời gian biểu hiện bệnh đến lúc nhập viện:tháng

Triệu chứng lâm sàng (có thể chọn nhiều mục):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Lồi mắt | <input type="checkbox"/> 2. Giảm thị lực | <input type="checkbox"/> 3. Mù 1 mắt | <input type="checkbox"/> 4. Hẹp thị trường |
| <input type="checkbox"/> 5. Đau mắt | <input type="checkbox"/> 6. Sụp mi | <input type="checkbox"/> 7. Song thị | <input type="checkbox"/> 8. Liệt III |
| <input type="checkbox"/> 9. Liệt VI | <input type="checkbox"/> 10. Phù gai thị | <input type="checkbox"/> 11. Teo gai thị | <input type="checkbox"/> 12. Đau đầu |
| <input type="checkbox"/> 13. Liệt vận nhãn toàn bộ | <input type="checkbox"/> 14. Khác..... | | |

Tổ hợp triệu chứng lâm sàng:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Lồi mắt , giảm thị lực | <input type="checkbox"/> 2. Lồi mắt, đau mắt |
| <input type="checkbox"/> 3. Lồi mắt, xung huyết | <input type="checkbox"/> 4. Lồi mắt , liệt vận nhãn |
| <input type="checkbox"/> 5. Lồi mắt , sụp mi | <input type="checkbox"/> 6. Giảm thị lực, xung huyết |
| <input type="checkbox"/> 7. Giảm thị lực, liệt vận nhãn | <input type="checkbox"/> 8. Giảm thị lực, đau mắt |

9. Trên 3 triệu chứng 10. Khác.....

Thị lực của mắt có khối u:

Độ lồi:mm

Đặc điểm hình ảnh học (MRI)

Vị trí u liên quan với nón cơ:

1. U trong nón 2. U ngoài nón 3. U đỉnh hốc mắt

Vị trí u liên quan với dây TKTG:

1. Xuất phát từ TKTG 2. Không xuất phát từ TKTG

Vị trí u so với dây TKTG theo mặt phẳng Coronal:

1. Trên 2. Dưới 3. Trong 4. Ngoài
5. Trên ngoài 6. Trên trong 7. Dưới trong 8. Dưới ngoài
 9. Đỉnh hốc mắt 10. Toàn bộ hốc mắt 11. Xuất phát từ TKTG

U xâm lấn:

1.Xương sọ 2.Xoang trán 3.Xoang sàng
4.Xoang hàm 5.Xoang hang 6.Không xâm lấn
 7.Khác

Đường kính lớn nhất của u:mm

Kết quả giải phẫu bệnh:

1. U mạch dạng hang 2. U tế bào Schwann 3. U màng não
4. Lymphôm 5. U tế bào đệm 6.U nhầy
 7. U sợi thần kinh 8. Sarcôm cơ vân 9. Carcinôm
 10. Loạn sản sợi 11. U xương 12. Khác

Phân loại u: 1. U lành 2. U ác

Phân loại u: 1. U nguyên phát 2. U thứ phát

Phương pháp phẫu thuật:

1. Trán ngoài màng cứng 2. Trán thái dương – ngoài màng cứng

3. Trán thái dương, ngoài- trong màng cứng

Phương pháp tiếp cận u hốc mắt trong nón cơ:

1. Kiểu ngoài 2. Trung tâm 3. Kiểu trong

Tái tạo trần hốc mắt: 1. Có 2. Không

Mức độ lấy u:

1. Lấy toàn bộ u 2. Lấy gần hết u 3. Lấy u bán phần

Biến chứng sau mổ

1. Thị lực giảm hơn 2. Mù mắt 3. Sụp mi

4. Liệt III hoàn toàn 5. Liệt IV 6. Liệt VI

7. Liệt toàn bộ vận nhãn 8. Máu tụ nội sọ

9. Nhiễm trùng vết mổ 10. Tử vong

11. Khác 12. Không biến chứng

Tái khám sau mổ 3 tháng

Thị lực của mắt có khối u _____

1. Bình thường 2. Cải thiện 2. Không cải thiện 3. Xấu hơn

Lòi mắt: Độ lòi _____ **mm**

1. Hết lòi mắt 2. Cải thiện một phần 3. Không cải thiện

Tình trạng sụp mi sau mổ

1. Hồi phục 2. Hồi phục một phần 3. Không hồi phục

Kết sau mổ 3 tháng

1. Rất tốt 2. Tốt 3. Trung bình 4. Xấu

Điều trị sau mổ

1. Xạ trị 2. Xạ phẫu dao gamma 3. Hóa trị 4. Hóa- xạ trị

Theo dõi sau mổ đến 06/2020. Số tháng theo dõi:tháng

MRI não kiểm tra

1. Không tái phát 2. U còn lại không tiến triển 3. Tái phát

BỆNH ÁN MINH HỌA

BỆNH ÁN 1

Hành chính:

Bệnh nhân: TRẦN THỊ P., Nữ, 49 tuổi, bệnh án nghiên cứu số 49

Địa chỉ: Đồng Tháp

Vào viện ngày: 04/06/2019 Số nhập viện: 2190054853

Chuyên môn:

Lý do vào viện: Lồi mắt phải

Bệnh sử: BN mờ mắt kèm theo lồi mắt phải từ từ khoảng 6 tháng, gần đây mắt phải lồi ngày càng nhiều nên vào viện.

Khám lâm sàng: BN tỉnh, không yếu liệt chi.

Mắt phải: thị lực 1/10, lồi mắt 5mm

Mắt trái: bình thường

Soi đáy mắt: bình thường

Vận nhãn bình thường, không đỏ mắt

Cận lâm sàng: Xét nghiệm tiền phẫu trong giới hạn bình thường

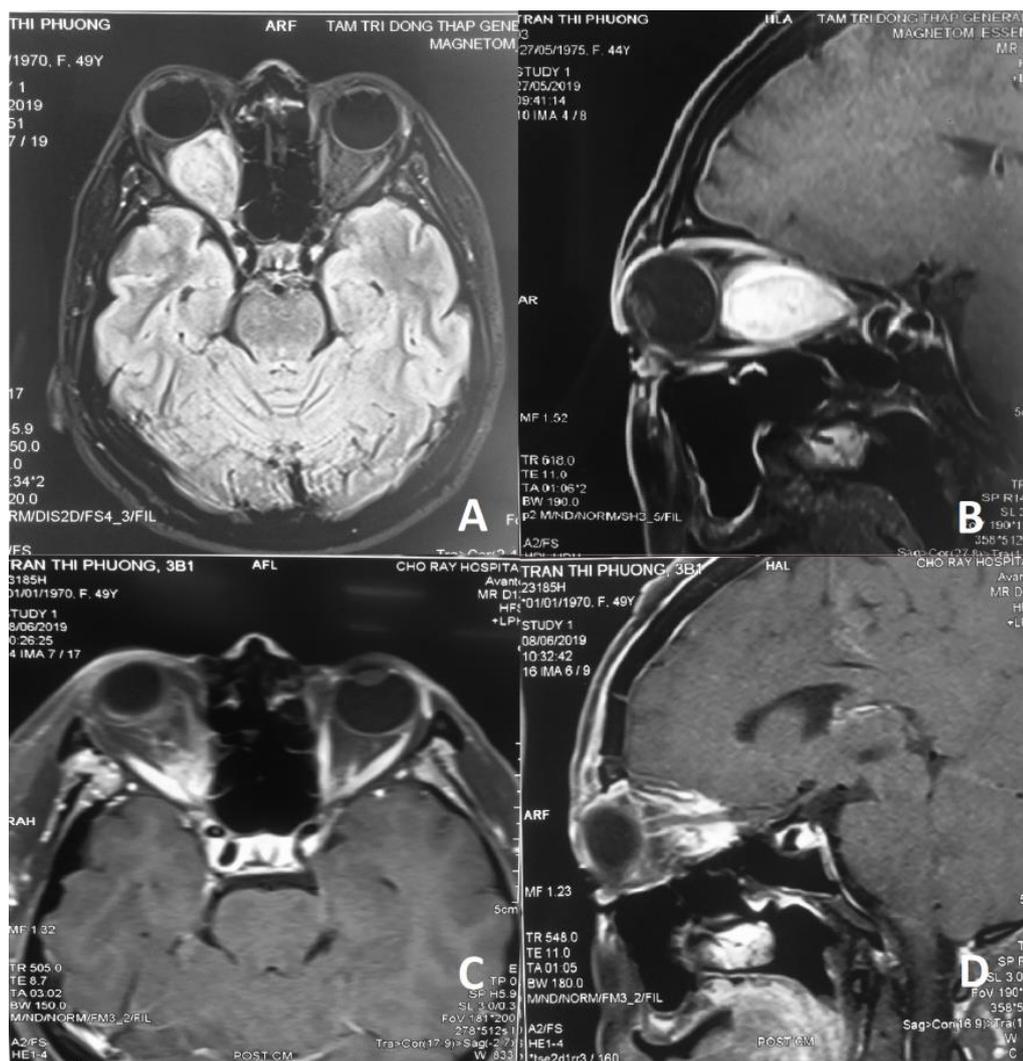
MRI sọ não: cho thấy u trong nón, nằm ở thành trong lan vào đỉnh hốc mắt, có bao giới hạn rõ, tín hiệu u đặc chèn ép TKTG, bắt thuốc tương phản từ đồng nhất, với đường kính lớn nhất của u 35 mm.

Chẩn đoán: U tế bào Schwann hốc mắt bên phải.

Phẫu thuật: Mở sọ trán ngoài màng cứng, vi phẫu lấy toàn bộ u.

Giải phẫu bệnh lý: U tế bào Schwann

Hậu phẫu: BN tỉnh, thị lực mắt phải có cải thiện, sưng nề sụp mi mắt phải, vết mổ khô. Xuất viện sau mổ 05 ngày.



Hình 1: Hình u tế bào Schwann hốc mắt trái trước và sau mổ

Nguồn: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu số 49

(A, B) MRI cho thấy U tế bào Schwann hốc mắt trong nón lan vào đỉnh hốc mắt. (C, D) là MRI sau mổ 2 ngày cho thấy UHM đã được lấy toàn bộ và bảo tồn TKTG.

Tái khám sau mổ 3 tháng: Bệnh tỉnh, sụp mi P hồi phục hoàn toàn, thị lực mắt P cải thiện 6/10, hết lồi mắt.

Tái khám 6/2020: Bệnh tỉnh, thị lực mắt phải 8/10, hết lồi mắt, không tái phát u.

BỆNH ÁN 2

Hành chính:

Bệnh nhân: PHAN THI T., Nữ, 58 tuổi, bệnh án nghiên cứu số 53

Địa chỉ: Bình Dương

Vào viện ngày: 08/07/2019 Số nhập viện: 2190067595

Chuyên môn:

Lý do vào viện: Lồi mắt phải

Bệnh sử: BN mờ mắt bên phải khoảng 8 tháng, khoảng 1 tháng nay thấy mắt phải lồi dần nên vào viện.

Khám lâm sàng: BN tỉnh, không yếu liệt chi.

Mắt phải: đếm ngón tay 10cm, teo gai thị, lồi mắt 7mm

Mắt trái: bình thường

Cận lâm sàng: Xét nghiệm tiền phẫu trong giới hạn bình thường

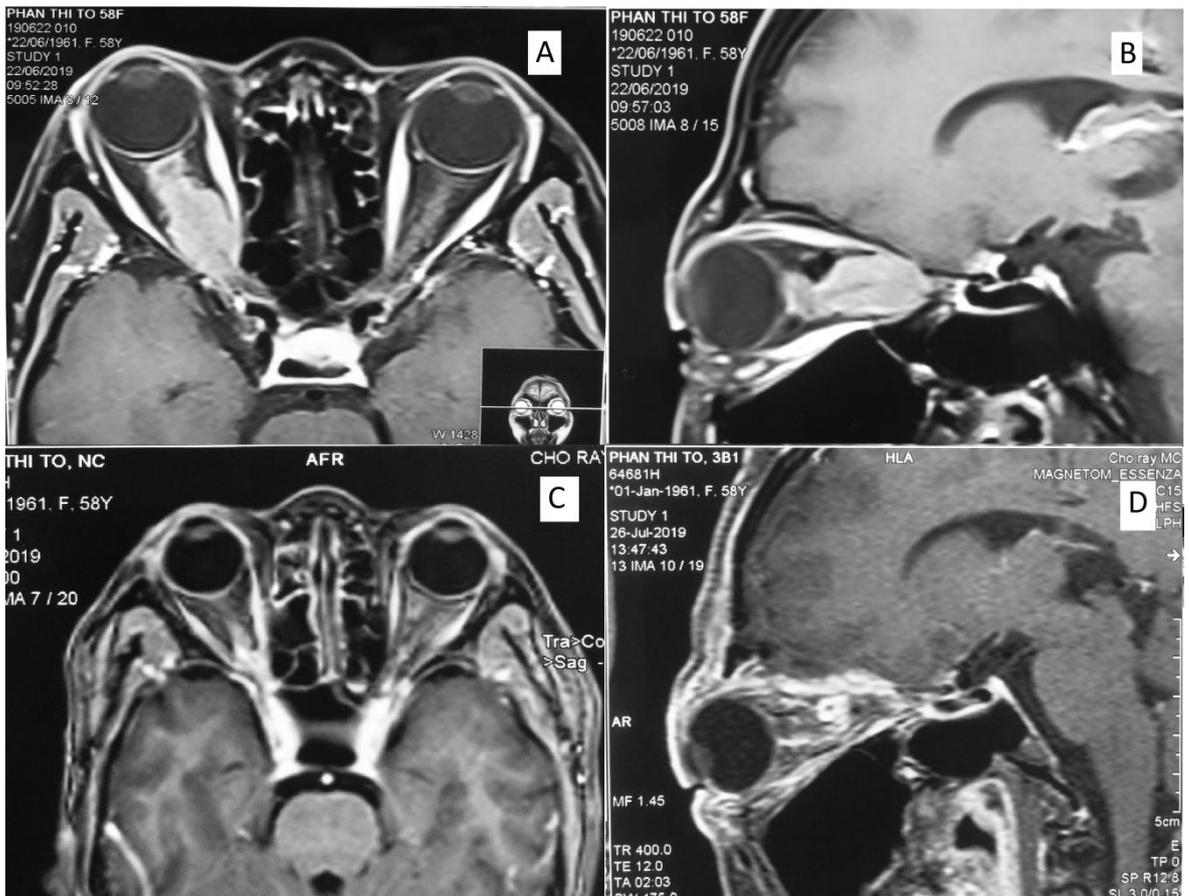
MRI sọ não: cho thấy u trong nón, xuất phát từ bao TKTG đoạn trong hốc mắt lan vào ống thị giác, bắt thuốc tương phản từ, tín hiệu đồng nhất, dấu hiệu đường ray không rõ với đường kính lớn nhất của u là 31 mm

Chẩn đoán: U màng não TKTG bên phải.

Phẫu thuật: Mở sọ trán thái dương ngoài màng cứng, vi phẫu lấy gần hết u và cắt TKTG đoạn trong hốc mắt.

Giải phẫu bệnh lý: U màng não dạng thượng mô, xếp độ I theo WHO

Hậu phẫu: BN tỉnh, mất thị lực mắt phải, sưng nề và sụp mi phải, vết mổ khô. Xuất viện sau mổ 03 ngày.



- A. MRI cho thấy u xuất phát từ TKTG mắt phải lan vào ống thị giác (mũi tên)
 B. Hình ảnh đường ray không rõ
 C và D. Hình MRI kiểm tra sau mổ 2 ngày: lấy gần hết u và TKTG mắt phải

Hình 2: Hình minh họa bệnh nhân Phan Thị T

Nguồn: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu số 49

Tái khám sau mổ 3 tháng: BN tỉnh, sụp mí phải hồi phục hoàn toàn, mất thị lực mắt P, hết lồi mắt.

Tái khám 6/2020: BN tỉnh, mất thị lực mắt phải, hết lồi mắt, u còn lại không tiến triển.

BỆNH ÁN 3

Hành chính:

Bệnh nhân: TRẦN CÔNG HẢI Đ, NAM, 21 tuổi, bệnh án nghiên cứu số 43

Địa chỉ: TP Hồ Chí Minh

Vào viện ngày: 21/03/2019 Số nhập viện: 2190027724

Chuyên môn:

Lý do vào viện: Lồi mắt phải

Bệnh sử: Khoảng 5 tháng nay thấy mắt phải lồi dần nên vào viện.

Khám lâm sàng:

Mắt phải: thị lực 10/10, lồi mắt 12mm

Mắt trái: bình thường

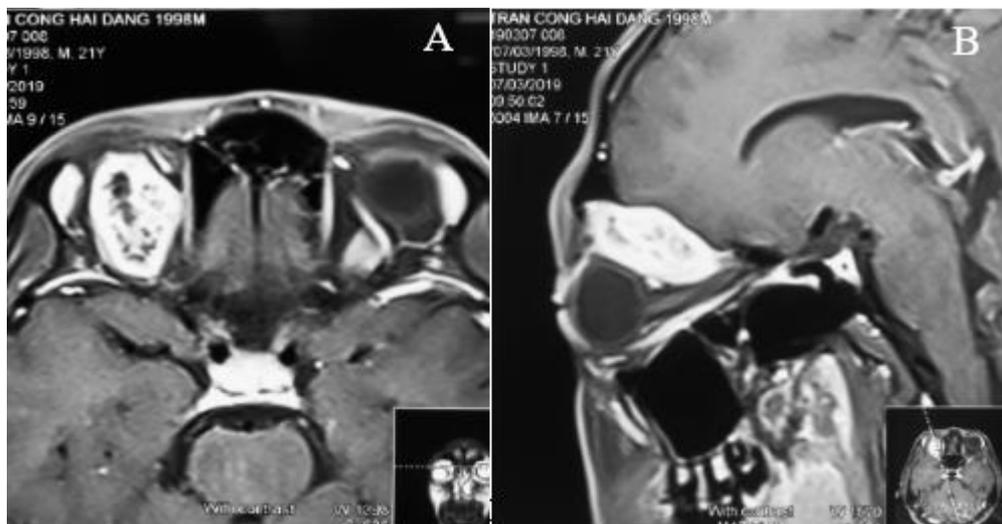
MRI sọ não: cho thấy u ngoài nón, thành trên hốc mắt, bắt thuốc tương phản từ, tín hiệu đồng nhất với đường kính lớn nhất của u là 35 mm.

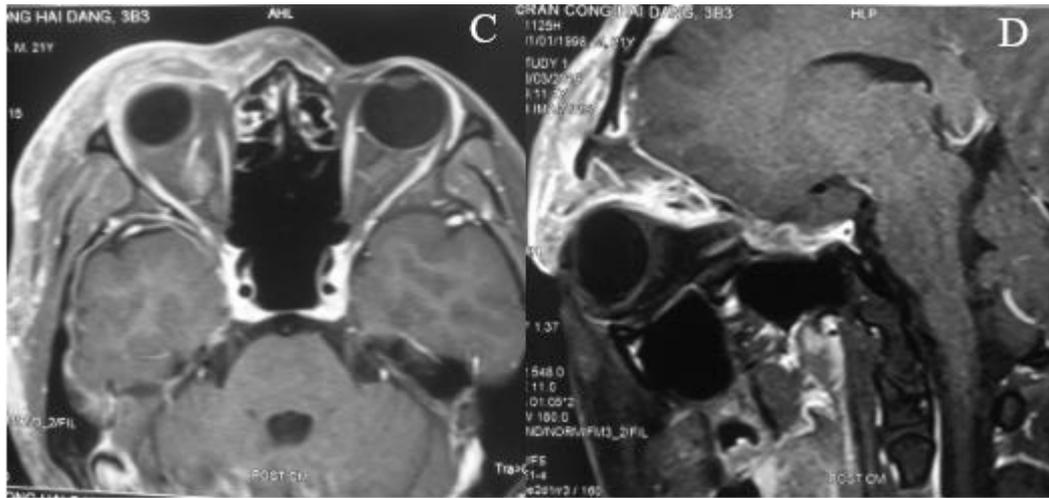
Chẩn đoán: U tế bào Schwann hốc mắt bên phải.

Phẫu thuật: Mở sọ dưới trán ngoài màng cứng, vi phẫu lấy toàn bộ u.

Giải phẫu bệnh lý: U tế bào Schwann

Hậu phẫu: BN tỉnh, thị lực mắt phải bình thường, hết lồi mắt. Xuất viện sau mổ 03 ngày.





A và B: MRI cho thấy hình ảnh điển hình u tế bào Schwann ở khoang ngoài nón, thành trên hốc mắt phải

C và D: Hình MRI kiểm tra sau mổ 2 ngày: lấy toàn bộ u

Hình 3: Hình minh họa bệnh nhân Trần Công Hải Đ

Nguồn: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu số 43

Tái khám sau mổ 3 tháng: rất tốt, thị lực mắt phải 10/10, hết lồi mắt.

Tái khám 6/2020: rất tốt, không tái phát u.

BỆNH ÁN 4

Hành chính:

Bệnh nhân: NGUYỄN THỊ THÚY L. Nữ, 32 tuổi, bệnh án nghiên cứu số 55

Địa chỉ: Phú yên

Vào viện ngày: 19/07/2019 Số nhập viện: 2190072080

Chuyên môn:

Lý do vào viện: Lồi mắt trái

Bệnh sử: Khoảng 3 tháng nay thấy mắt trái lồi dần nên vào viện.

Khám lâm sàng:

Mắt trái: thị lực 2/10, hẹp thị trường, lồi mắt 8mm

Mắt phải: bình thường

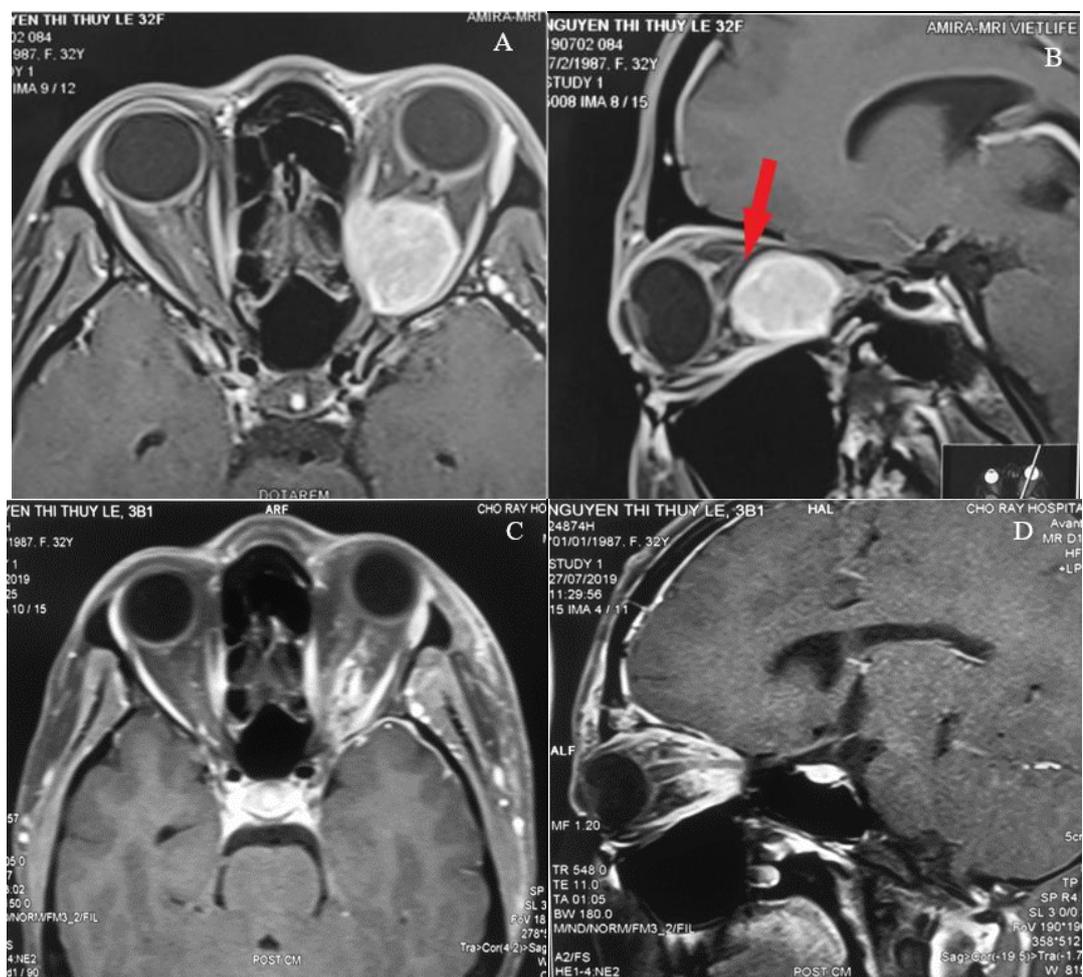
MRI sọ não: cho thấy u trong nón, đỉnh hốc mắt trái, bất thuốc tương phản từ, tín hiệu đồng nhất, có bao rõ, đường kính lớn nhất của u là 38 mm.

Chẩn đoán: U tế bào Schwann hốc mắt bên trái.

Phẫu thuật: Mở sọ dưới trán ngoài màng cứng, vi phẫu lấy toàn bộ u.

Giải phẫu bệnh lý: U tế bào Schwann

Hậu phẫu: BN tỉnh, thị lực cải thiện, sưng nề và sụp mi trái, vết mổ khô. Xuất viện sau mổ 02 ngày.



A. MRI cho thấy u tế bào Schwann hốc mắt trái lan vào đỉnh hốc mắt

B. U chèn ép TKTG (Mũi tên)

C và D. Hình MRI kiểm tra sau mổ 2 ngày: lấy toàn bộ u bảo tồn TKTG

Hình 4: Hình minh họa Bn NGUYỄN THỊ THÚY L

Nguồn: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu số 55

Tái khám sau mổ 3 tháng: Rất tốt, sụp mi phải hồi phục hoàn toàn, thị lực mắt trái 5/10, hết lồi mắt.

Tái khám 6/2020: Rất tốt, không tái phát u.

BỆNH ÁN 5

Hành chính:

Bệnh nhân: NGUYỄN THỊ NGỌC Đ, Nữ, 61 tuổi, bệnh án nghiên cứu số 57

Địa chỉ: Vĩnh Long

Vào viện ngày: 16/09/2019 Số nhập viện: 2190094040

Chuyên môn:

Lý do vào viện: Lồi mắt phải

Bệnh sử: BN mờ mắt bên phải khoảng 24 tháng, khoảng 1 tháng nay mắt phải mù và lồi dần nên vào viện.

Khám lâm sàng:

Mắt phải: mất thị lực, teo gai thị, lồi mắt 3mm

Mắt trái: bình thường

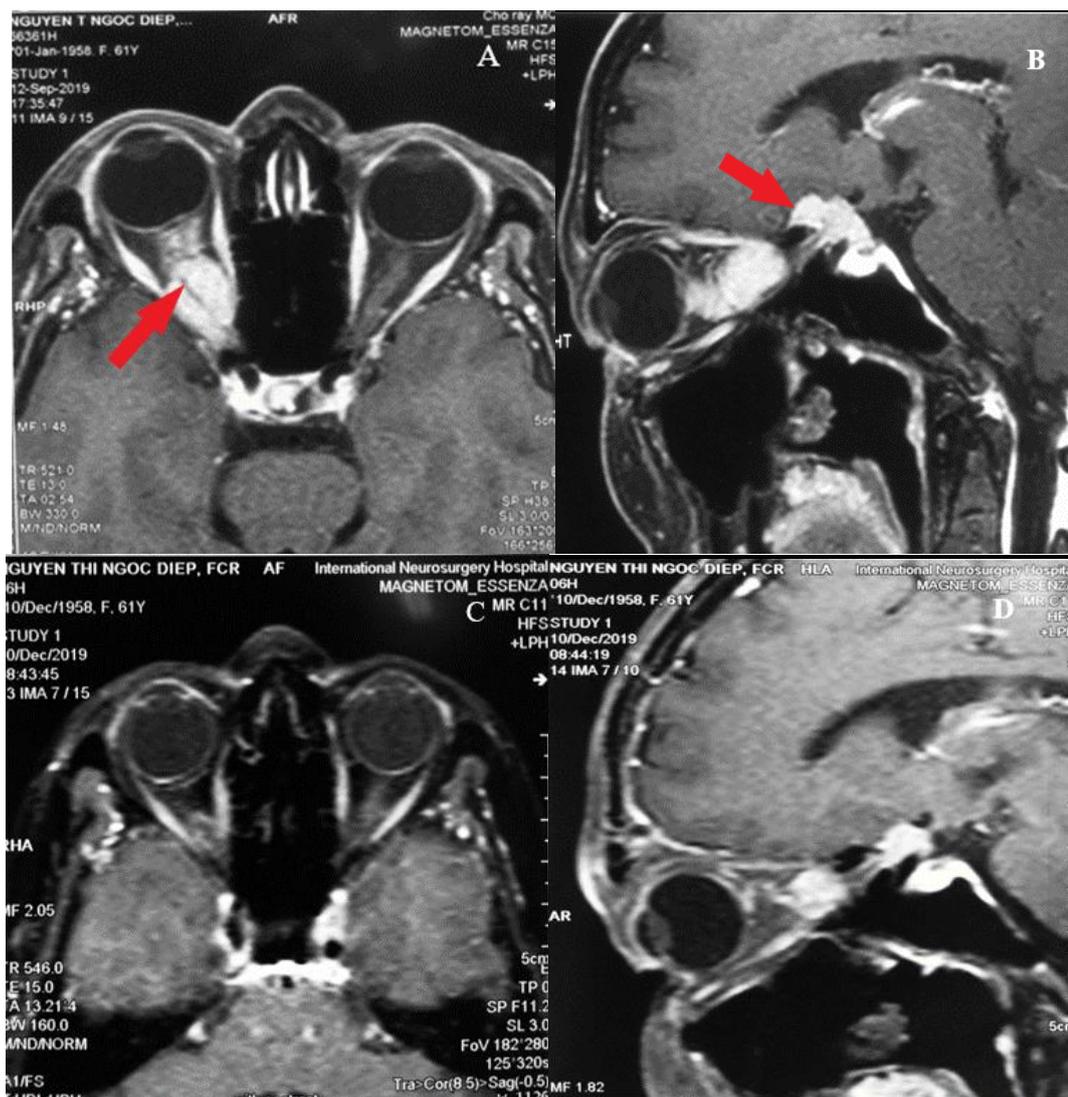
MRI sọ não: cho thấy u xuất phát từ bao TKTG đoạn trong hốc mắt lan vào ống thị giác tới củ yên và giao thoa thị, bắt thuốc tương phản từ, tín hiệu đồng nhất, dấu hiệu đường ray tương đối rõ.

Chẩn đoán: U màng não bao TKTG bên phải lan vào nội sọ.

Phẫu thuật: Mở sọ trán thái dương kết hợp trong và ngoài màng cứng, vi phẫu lấy gần hết u và cắt TKTG đoạn trong hốc mắt.

Giải phẫu bệnh lý: U màng não dạng thượng mô, xếp độ I theo WHO

Hậu phẫu: BN tỉnh, sưng nề và sụp mi phải. Xuất viện sau mổ 03 ngày.



- A. MRI cho thấy u màng não TKTG hóc mắt phải (mũi tên)
- B. U lan vào giao thoa và củ yên (mũi tên)
- C và D. Hình MRI kiểm tra sau mổ: lấy gần hết u, BN được điều trị xạ phẫu bằng dao gamma bổ sung.

Hình 5: Hình minh họa bệnh nhân Nguyễn Thị Ngọc Đ

Nguồn: Hồ sơ bệnh án nghiên cứu số 57

Tái khám sau mổ 3 tháng: Tốt, sụp mí phải hồi phục hoàn toàn, mất thị lực mắt phải, hết lồi mắt.

Tái khám 6/2020: U còn lại không tiến triển.

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

XÁC NHẬN DANH SÁCH BỆNH NHÂN NẪM VIỆN

Người yêu cầu xác nhận: BS Trần Thiện Khiêm

STT	Số nhập viện	Họ và tên	Năm sinh	Giới
1	2170017026	Lê Văn L	1992	Nam
2	2170022254	Trần Thị M	1968	Nữ
3	2170024436	Trương Tính L	1969	Nữ
4	2170027069	Nguyễn Tấn H	1979	Nam
5	2170033583	Dương Văn C	1965	Nam
6	2170041996	Phan Thị Trúc L	1973	Nữ
7	2170048426	Nguyễn Thị T	1959	Nữ
8	2170057008	Nguyễn Thị T	1982	Nữ
9	2170069995	Đông Thị H	1945	Nữ
10	2170070075	Trương Việt K	1982	Nam
11	2170075860	Hồ Thị C	1967	Nữ
12	2170078887	Nguyễn Văn H	1948	Nam
13	2170081278	Nguyễn Ngọc Thanh T	2005	Nữ
14	2170082522	Nguyễn Thị Cẩm L	1995	Nữ
15	2170083387	Nguyễn Minh Nhật T	2004	Nam
16	2170102985	Huỳnh Thị Đ	1962	Nữ
17	2170118265	Phạm Ngọc H	2002	Nam
18	2170118266	Lê Thăng L	1964	Nam
19	2170118834	Nguyễn Duy C	1971	Nam
20	2170122944	Báo Hoàng Tuấn K	2011	Nam

STT	Số nhập viện	Họ và tên	Năm sinh	Giới
21	2170124211	Trần Hoàng Thị Khánh L	1988	Nữ
22	2170128858	Trần Văn M	1951	Nam
23	2180035756	Nguyễn Thị L	1969	Nữ
24	2180050496	Lê Hữu C	1973	Nam
25	2180053785	Nguyễn Văn D	1989	Nam
26	2180055925	Trần Ngọc Hoàng Q	1984	Nam
27	2180063409	Hoàng Kim B	1960	Nam
28	2180063622	Nguyễn Văn C	1968	Nam
29	2180071730	Võ Ngọc Y	1979	Nữ
30	2180074493	Nay H D	1975	Nữ
31	2180078053	Kiều Thi T	1968	Nữ
32	2180081840	Nguyễn Thi P	1980	Nữ
33	2180084523	Nguyễn Việt T	1982	Nam
34	2180084969	Lê Thị H	1983	Nữ
35	2180084973	Trịnh Công M	1974	Nam
36	2180110380	Bùi Văn Q	1969	Nam
37	2180103093	Phạm Quốc B	2005	Nam
38	2180113108	Ngô Thị L	1965	Nữ
39	2190005170	Nguyễn Thị Bích N	1991	Nữ
40	2190015699	Nguyễn Thi T	1970	Nữ
41	2190019688	Trần Thi L	1979	Nữ
42	2190024103	Đỗ Thi Kim T	1973	Nữ
43	2190027724	Trần Công Hải Đ	1998	Nam
44	2190029163	Kun Y	1965	Nam
45	2190031848	Từ Văn T	1999	Nam

STT	Số nhập viện	Họ và tên	Năm sinh	Giới
46	2190040832	Nguyễn Văn C	1956	Nam
47	2190052576	Van V	1972	Nữ
48	2190053065	Phan Văn C	1968	Nam
49	2190054853	Trần Thị P	1970	Nữ
50	2190057185	Nguyễn Thị T	1966	Nữ
51	2190058237	Trần Văn L	1947	Nam
52	2190062250	Nguyễn Thị Kim H	1968	Nữ
53	2190067595	Phan Thị T	1961	Nữ
54	2190068569	Nguyễn Kiều D	1993	Nữ
55	2190072080	Nguyễn Thị Thúy L	1987	Nữ
56	2190079095	Nguyễn Thanh H	1982	Nam
57	2190094040	Nguyễn Thị Ngọc Đ	1958	Nữ

TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021

XÁC NHẬN CỦA PHÒNG KHTH