

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRẦN HẠNH UYÊN

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG,  
CẬN LÂM SÀNG, VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT  
CÁC BỆNH LÝ Ở NỀN SỌ GIỮA

Chuyên ngành: TAI MŨI HỌNG

Mã số: 9720155

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh, Năm 2022

Công trình được hoàn thành tại:

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh**

Người hướng dẫn khoa học:

**PGS.TS. TRẦN VIỆT HỒNG, TS. NGUYỄN HỮU DŨNG**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước hội đồng đánh giá luận án cấp Trường  
hợp tại: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
vào hồi ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
- Thư viện Khoa học Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
- Thư viện Quốc gia Việt Nam

## GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Những năm gần đây, Y học thế giới đã phát triển nhanh chóng và đạt được những thành tựu quan trọng, ấn tượng trong nhiều lĩnh vực đặc biệt là chẩn đoán và điều trị những căn bệnh hiểm nghèo như bệnh ung thư, bệnh tim mạch, giúp phục hồi chức năng các bệnh lý thần kinh cơ hay áp dụng thành công trí tuệ nhân tạo trong điều trị. Một đóng góp lớn của Ngành Tai Mũi Họng là hình thành và phát triển Phẫu thuật nền sọ, lĩnh vực có nhiều khó khăn phức tạp và sự phát triển luôn gắn liền với những sản phẩm hiện đại của tiến bộ khoa học như CT scan, MRI, PET/CT hay các dụng cụ dùng trong phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật nội soi.

Nền sọ là một trong những cấu trúc phức tạp nhất của cơ thể người, chỉ trong một khoảng hẹp có dồn chứa nhiều cơ quan, mạch máu, thần kinh quan trọng mang tính sống còn. Bệnh lý nền sọ giữa đã được biết đến từ lâu, đặc biệt là các khối u có nguồn gốc tại chỗ hoặc xâm lấn, di căn từ những vùng lân cận. Ugo Fisch (1978) được coi là người tiên phong của phẫu thuật nền sọ với công bố nghiên cứu các đường mổ vào vùng nền sọ giữa và hố dưới thái dương để lấy u xơ mạch vòm mũi họng. Sekhar và Schramm (1987) ở đại học Pittsburgh với đường mổ “Trước tai dưới thái dương” được cải tiến từ đường mổ của Fisch để vào nền sọ giữa mà không phá huỷ ống tai ngoài và tai giữa. Đường mổ này hiện nay đã trở thành kinh điển, là "chìa khoá vàng" để thực hiện các phẫu thuật lấy u và giải quyết các bệnh lý vùng nền sọ giữa.

Vào những năm cuối của thế kỷ 20, nội soi bắt đầu được áp dụng vào phẫu thuật nền sọ để lấy u tuyến yên. Cho đến nay, phẫu thuật nội soi đã ngày càng phát triển, chứng minh hiệu quả và nhiều ưu

điểm vượt trội khi so sánh với phẫu thuật đường ngoài như ít để lại sẹo, có khả năng phóng đại giúp quan sát rõ hơn các khối u nên việc cắt bỏ tổn thương cũng chính xác hơn. Đó cũng là lý do vì sao Y văn trên thế giới trong khoảng từ năm 2000 đến 2005 đã có sự “bùng nổ” của các báo cáo và công trình nghiên cứu về phẫu thuật nền sọ.

Ở Việt Nam, các bài báo chủ yếu là trình bày ca lâm sàng, chưa có công trình nghiên cứu nào được thực hiện một cách bài bản và hệ thống. Trước nhu cầu được điều trị bằng phẫu thuật của người bệnh, với nguồn nhân lực và trang thiết bị hoàn chỉnh, hiện đại tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu hình thái lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật các bệnh lý ở nền sọ giữa**”.

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý vùng nền sọ giữa.
2. Lựa chọn đường phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật.

### **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

- Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý nền sọ giữa được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 07/2019 đến tháng 02/2022.

- Thiết kế nghiên cứu là tiến cứu, mô tả hàng loạt ca có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

### **Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn**

-Nghiên cứu được thực hiện với 1 qui trình nghiên cứu thiết kế chặt chẽ và có hệ thống về đặc điểm bệnh lý, triệu chứng lâm sàng,

cận lâm sàng trên những bệnh nhân có bệnh lý nền sọ giữa tại Việt Nam.

- Cải tiến phân chia khu vực ở nền sọ giữa và đưa ra các phương pháp phẫu thuật để tiếp cận những bệnh lý ở nền sọ giữa.

- Đưa ra quy trình để chẩn đoán và điều trị cho những bệnh nhân có bệnh lý nền sọ giữa.

### **Bố cục của luận án:**

Luận án gồm 128 trang; gồm: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 32 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 29 trang, kết quả nghiên cứu 30 trang, bàn luận 31 trang, kết luận 3 trang, kiến nghị 1 trang. Có 33 bảng, 2 biểu đồ, 68 hình, 115 tài liệu tham khảo (5 tiếng Việt, 110 tiếng nước ngoài).

## **Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1. Giải phẫu nền sọ giữa**

Xương nền sọ có cấu trúc giải phẫu phức tạp, ngăn cách não ở trên với các cấu trúc vùng mặt cổ ở dưới. Phần trong sọ chứa màng não, não. Phần ngoài sọ đối diện với hốc mũi, xoang, ổ mắt, hầu, họng dưới thái dương, hố chân bướm khẩu cái và khoang cạnh họng.

Nền sọ giữa có giới hạn từ mặt sau xoang hàm đến đường thẳng đi qua bờ sau của khớp xương lá mía và xương bướm, lỗ rách, lỗ cạnh, và xương chũm. Mặt phẳng dọc đi qua chân bướm trong phân chia nền sọ giữa thành phần bên và phần trung tâm. Phần trung tâm nền sọ giữa gồm có xoang bướm nằm ở trung tâm của nền sọ giữa. Thành bên xoang bướm là động mạch cạnh trong, thần kinh thị giác, ở giữa chúng là ngách động mạch thần kinh thị (chiếm khoảng 50%).

Nằm ở phía dưới xoang bướm là vòm mũi họng và xương bảng vuông. Phía sau xương bảng vuông là động mạch đốt sống - thân nền và thân não. Ở thành bên là niêm mạc, mạc đầu hầu và cơ siết họng trên. Phần bên của nền sọ giữa gồm 2 cấu trúc giải phẫu quan trọng là hố dưới thái dương và hố chân bướm - khẩu cái.

### **1.2. Bệnh lý nền sọ giữa**

Bệnh lý nền sọ giữa có thể xuất phát từ 3 vị trí: (1) Nguyên phát tại chỗ: thường xuất phát từ những tế bào trung mô như xương hay sụn. (2) Xâm lấn từ các vùng lân cận: thường gặp, xuất phát từ những cấu trúc lân cận như mũi xoang, vòm mũi họng, tuyến mang tai, từ trong sọ, hoặc từ ống tai ngoài. (3) Di căn từ nơi khác tới (ít gặp): là những ung thư nguyên phát đặc biệt là từ phổi, buồng trứng và tuyến vú di căn qua đường máu hay bạch huyết và gây nên các triệu như liệt dây thần kinh sọ, đau vùng đầu mặt.

### **1.3. Triệu chứng lâm sàng**

Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của bệnh lý nền sọ giữa thường không rõ ràng, đặc hiệu. Các triệu chứng thường là triệu chứng mượn như: ù tai, há miệng hạn chế, đau đầu, đau nửa bên mặt. Nếu bệnh lý quá to có thể chèn ép gây biến dạng các cấu trúc giải phẫu xung quanh. Nếu bệnh lý xâm lấn vào hốc mắt qua khe ổ mắt dưới và thành bên hốc mắt sẽ gây lồi mắt, giảm thị lực, giới hạn vận động mắt. Trong một số trường hợp bệnh lý phát triển lớn, có thể chèn ép thành bên họng gây nuốt vướng, chèn ép bịt kín hốc mũi, vòm mũi họng gây nghẹt mũi, chảy máu mũi tái phát. Sự chèn ép vào vòi Eustache có thể gây ra ù tai, giảm thính lực. Một số hội chứng bệnh lý thường gặp là hội chứng khe ổ mắt trên, hội chứng đỉnh ổ mắt, hội chứng xoang hang.

#### 1.4. Cận lâm sàng

- **Nội soi:** ít có giá trị trong việc chẩn đoán, đánh giá độ xâm lấn và sinh thiết do tổn thương nằm sâu trong nền sọ, bị che khuất bởi những cấu trúc xương mũi xoang.

- **CT scan:** đánh giá cấu trúc xương, các lỗ, các đường khớp, các ống xương chứa các cấu trúc quan trọng của nền sọ cũng như đánh giá sự canxi hóa của bệnh tích và mức độ xâm lấn các cơ quan lân cận

- **MRI:** đánh giá hình ảnh mô mềm, não.

- **Chụp mạch máu xoá nền (DSA):** đánh giá mối liên quan giữa u và động mạch cảnh trong và cung cấp các thông tin về hệ thống máu nuôi, lục giác Willis và nếu cần có thể làm tắc mạch máu nuôi u để giảm chảy máu và mất máu trong khi phẫu thuật.

#### 1.5. Sinh thiết bệnh lý nền sọ giữa

Khó có thể thực hiện được do bệnh lý nền sọ giữa thường nằm trong sâu, che chắn xung quanh bởi các xương và cấu trúc quan trọng như xương sọ, xương hàm, các bó mạch thần kinh. Tổn thương nằm sâu có thể thực hiện sinh thiết dưới hướng dẫn của CT scan hay MRI, hay dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

#### 1.6. Điều trị phẫu thuật bệnh lý vùng nền sọ giữa

Phẫu thuật có thể được thực hiện qua:

- Các đường phẫu thuật ngoài: đường trước tai dưới thái dương, đường xuyên khẩu cái

- Các đường phẫu thuật nội soi: đường mũi xuyên chân bướm, đường xuyên xoang hàm qua đường rãnh lợi môi

- Các đường phẫu thuật kết hợp: là phẫu thuật kết hợp đường phẫu thuật ngoài và đường phẫu thuật nội soi.

## **Chương 2:** **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

*Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu là tiền cứu, mô tả hàng loạt ca có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng. *Đối tượng nghiên cứu:* những bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý ở nền sọ giữa. *Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Từ tháng 07/2019 đến tháng 2/2022, tại Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy. *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Có hình ảnh tổn thương ở nền sọ giữa trên phim CT scan hoặc MRI hàm mắt ở mặt phẳng ngang và mặt phẳng dọc. Có chỉ định điều trị phẫu thuật lấy tổn thương. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. *Tiêu chuẩn loại trừ:* tổn thương bao quanh toàn bộ động mạch cảnh trong hoặc xoang hang. Tổn thương ác tính và xác định đã có di căn xa. Bệnh nhân có bệnh lý nội hoặc ngoại khoa chống chỉ định phẫu thuật. *Các biến số nghiên cứu:* (1) *Đặc điểm dân số học:* tuổi, giới, tiền căn phẫu thuật điều trị bệnh lý nền sọ giữa, bệnh lý nội khoa đi kèm, lý do nhập viện, thời gian từ khi khởi bệnh đến lúc nhập viện. (2) *Đặc điểm lâm sàng:* triệu chứng cơ năng gồm đau đầu, đau mắt, tê mắt, mờ mắt, nghẹt mũi, ù tai. Triệu chứng thực thể: sưng mắt, lồi mắt, há miệng hạn chế, đẩy hoặc chèn ép khẩu cái mềm, chảy máu mũi, liệt dây VI. Chẩn đoán: nội soi tai – mũi – họng. Vị trí của tổn thương trên CT scan hoặc MRI được chia làm 3 khu vực: Khu vực 1: hố dưới thái dương. Khu vực 2: hố chân bướm khẩu cái, xoang bướm, xương bảng vuông. Khu vực 3: hố sọ giữa. Đặc điểm tổn thương xương nền sọ trên CT scan: không tổn thương xương nền sọ, hủy mòn xương và chưa khuyết xương nền sọ, hủy mòn xương và khuyết xương nền sọ. Đặc điểm tổn thương nội sọ trên MRI: chưa tiếp xúc màng não, tiếp xúc và đẩy màng não, xâm lấn não, tiếp xúc xoang hang, tiếp xúc

động mạch cảnh trong. Kết quả giải phẫu bệnh: có trước phẫu thuật, trong phẫu thuật, sau phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị: phẫu thuật đường ngoài, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật kết hợp mổ hở và nội soi, tái tạo nền sọ. Trong phẫu thuật, đánh giá tình tổn thương về đại thể: hết u, còn u. Đánh giá kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kết quả lấy tổn thương trên đại thể trong phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, biến chứng, di chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, tình trạng của tổn thương trên CT scan hoặc MRI sau mổ tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng. *Phương pháp và công cụ đo lường*: bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang và nền sọ; máy nội soi hiệu Karl Storz; ống nội soi tai 3mm, 0°, 30°; máy thu hình; các dụng cụ hỗ trợ trong phẫu thuật tai-mũi-họng và ngoại thần kinh, dụng cụ banh Plester có cải tiến. *Thu thập số liệu*: thu thập bằng phiếu thu thập số liệu. *Qui trình nghiên cứu*: Khám và ghi nhận các triệu chứng lâm sàng. *Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu thường quy*: chụp phim CT scan, MRI sọ não và hàm mặt có cản quang cắt lát mỏng trung bình 3mm các tư thế Axial, Coronal, Sagittal. *Hội chẩn xác định chẩn đoán và chọn đường phẫu thuật*: Ở khu vực 1 có thể chọn phẫu thuật ngoài là đường trước tai dưới thái dương khi tổn thương tiếp xúc xoang hang, động mạch cảnh hoặc vào trong não. Phẫu thuật nội soi: đường nội soi xuyên xoang hàm qua rãnh lợi môi khi tổn thương nằm ở phía ngoài đường SEND. Đường nội soi mũi xuyên chân bướm khi tổn thương nằm ở phía trong đường SEND. Kết hợp phẫu thuật ngoài và nội soi: tùy theo trường hợp, khi một đường phẫu thuật không đủ để lấy tổn thương. *Khu vực 2*: phẫu thuật ngoài: đường xuyên khẩu cái. Phẫu thuật nội soi: nội soi mũi xuyên chân bướm khi tổn thương nằm phía trong đường thẳng SEND (xoang bướm, xương bảng vuông, vòm mũi họng và hố chân bướm khẩu cái). Kết hợp

phẫu thuật ngoài và nội soi: đường trước tai dưới thái dương thực hiện kết hợp với đường nội soi khi tổn thương lan rộng đến phần bên hố dưới thái dương, hố thái dương hoặc vào hố sọ giữa mà không thể lấy được bằng nội soi đơn thuần. *Khu vực 3*: phẫu thuật ngoài: đường trước tai dưới thái dương khi tổn thương qua xương nền sọ vào hố sọ giữa. Đường kết hợp phẫu thuật ngoài và nội soi: tùy theo trường hợp, khi một đường phẫu thuật không đủ để lấy tổn thương. Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân. Tiến hành phẫu thuật. Theo dõi sau phẫu thuật và tái khám sau 1 tháng, 3 tháng và 12 tháng. *Phương pháp phân tích dữ liệu*: số liệu nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0; có sử dụng kiểm định thống kê. *Đạo đức nghiên cứu*: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học chăm sóc y tế của Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Chợ Rẫy Bộ y tế.

## **Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi trung bình là  $45,16 \pm 16,67$  tuổi (nhỏ nhất là 5, lớn nhất là 69). Giới nam là 22, nữ là 16. Lý do nhập viện thường gặp nhất là đau mắt (100%), đau đầu (76,3%), lồi mắt (7,9%), ù tai (10,5%), sưng mắt (18,4%). Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi đi khám là 4 tháng.

### **3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**3.2.1.** Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau mắt (100%), đau đầu (76,3%) tê mặt (57,9%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là sưng mắt (36,8%) sau đó là lồi mắt (15,8%), há miệng hạn chế (13,2%), đẩy ép khẩu cái (10,5%).

### 3.2.2. Cận lâm sàng

**Bảng 3.10. Hình ảnh nội soi tai mũi họng**

Hình ảnh	Tổng
Không thấy u trong hốc mũi	20 (52,7%)
Có khối đầy phòng trong hốc mũi	6 (15,8%)
Bịt kín vòm mũi họng	4/38 (10,5%)
Sẹo dính trong mũi sau phẫu thuật	4/38 (10,5%)
Viêm tai giữa (màng nhĩ dày, mất sáng hoặc có dịch)	4/38 (10,5%)
Tổng	38 (100,0%)

**Bảng 3.11: Vị trí của tổn thương theo hình ảnh học**

Vị trí tổn thương chủ yếu		Số ca
Khu vực 1	Hố dưới thái dương	20 (52,6%)
Khu vực 2	Hố chân bướm khẩu cái	13 (34,3%)
	Xoang bướm	1/12 (2,6%)
	Xương bản vuông	1/12 (2,6%)
Khu vực 3	Vào hố sọ giữa	3/12 (7,9%)
	Tổng	38 (100,0%)

**Bảng 3.12. Tổn thương xương nền sọ giữa trên CT scan trước phẫu thuật**

Tổn thương trên CT scan	Vị trí tổn thương chủ yếu			
	Khu vực 1 (n=20)	Khu vực 2 (n= 15)	Khu vực 3 (n=3)	Tổng (N=38)
Không tổn thương xương nền sọ				
Có	5/20 (25,0%)	3/15 (20,0%)	0/3 (0%)	8 (21,1%)
Không	15 (75,0%)	12 (80,0%)	3 (100,0%)	30 (78,9%)
Hủy mòn nhưng chưa khuyết xương				
Có	4/20 (20,0%)	3/15 (20,0%)	0/3 (0%)	7 (18,4%)
Không	16 (80,0%)	12 (80,0%)	3/3 (100,0%)	31 (81,6%)
Hủy có khuyết xương				
Có	11 (55,0%)	9 (60%)	3/3 (100%)	23 (60,5%)
Không	9 (45,0%)	6 (40%)	0 (0%)	15 (39,5%)
Dày, tăng sinh xương				
Có	7 (35,0%)	7 (46,7%)	0/3 (0%)	14 (36,8%)
Không	13 (65,0%)	8 (53,3%)	3 (100,0%)	24 (63,2%)

**Bảng 3.13. Giới hạn của tổn thương trên MRI hoặc CT scan**

Giới hạn	PT nội soi	PT ngoài	PT Kết hợp	Tổng
Rõ	13 (65%)	1/9 (11,1%)	1/9 (11,1%)	15 (39,5%)
Không rõ	7 (35%)	8 (88,9%)	8 (88,9%)	23 (60,5%)
Tổng	20 (100%)	9 (100%)	9 (100%)	38 (100%)

**Bảng 3.14. Hình ảnh tổn thương nội sọ trên MRI trước phẫu thuật**

<b>Đặc điểm tổn thương</b>	<b>Khu vực 1 (n= 20)</b>	<b>Khu vực 2 (n=15)</b>	<b>Khu vực 3 (n=3)</b>	<b>Tổng (n=38)</b>
Chưa tiếp xúc màng não				
Có	6 (30,0%)	8 (53,3%)	0/3 (0%)	14 (36,8%)
Không	14 (70,0%)	7 (46,7%)	3 (100%)	24 (63,2%)
Tiếp xúc và đẩy màng não				
Có	10 (50%)	8 (53,3%)	1/3 (33,3%)	19 (50,0%)
Không	10 (50%)	7 (46,7%)	2/3 (66,7%)	19 (50,0%)
Xâm lấn vào não				
Có	1/20 (5,0%)	1 (6,7%)	2/3 (66,7%)	4/38 (10,5%)
Không	19 (95,0%)	14 (93,3%)	1/3 (33,3%)	34 (89,5%)
Tiếp xúc vùng xoang hang				
Có	3/20 (15%)	2 (13,3%)	3/3 (100%)	8 (21,1%)
Không	17 (85%)	13 (86,7%)	0 (0%)	30 (78,9%)
Tiếp xúc ĐMC trong				
Có	5/20 (25,0%)	1 (6,7%)	1/3 (33,3%)	7 (18,4%)
Không	15 (75,0%)	14 (93,3%)	2/3 (66,7%)	31 (81,6%)
Màng não dày lên				
Có	2/20 (10,0%)	0 (0%)	0/3 (0%)	2/38 (5,3%)
Không	18 (90,0%)	15 (100%)	3/3 (100%)	36 (94,7%)

**Bảng 3.15. Chụp DSA và làm tắc mạch trước phẫu thuật**

<b>Chụp DSA</b>	<b>Tổng (n=38)</b>
Có	5 (13,2%)
Không	33 (86,8%)

### 3.2.3. Giải phẫu bệnh

Hầu hết bệnh nhân không thể sinh thiết được trước phẫu thuật là 81,6% chỉ có kết quả sinh thiết trước phẫu thuật là 18,4%. 100% bệnh phẩm lấy trong phẫu thuật được làm sinh thiết tức thì và làm giải phẫu bệnh thường quy. Sau đó, có thêm 12 trường hợp cần làm thêm xét nghiệm hoá mô miễn dịch sau khi sinh thiết thường qui.

### 3.2.4. Kết quả mô bệnh học

Có 19 loại mô bệnh học khác nhau. Bệnh lý lành tính (52,6%) nhiều hơn u ác tính (31,6%)

### 3.3. Các đường phẫu thuật tiếp cận và kết quả phẫu thuật

**Bảng 3.19. Các đường phẫu thuật đã sử dụng**

<b>Đường phẫu thuật</b>	<b>N (%) (n = 38)</b>
<b>Đường phẫu thuật ngoài</b>	<b>9 (23,7%)</b>
Đường trước tai dưới thái dương	8 (88,9%)
Đường xuyên khẩu cái	1 (11,1%)
<b>Đường phẫu thuật nội soi</b>	<b>20 (52,6%)</b>
Đường xuyên chân bướm	6 (30%)
Đường xuyên xoang hàm	14 (70%)
<b>Kết hợp đường phẫu thuật ngoài và nội soi</b>	<b>9 (23,7%)</b>
Đường trước tai dưới thái dương + PTNS xuyên chân bướm	5 (55,6%)
Đường trước tai dưới thái dương + PTNS đường xuyên xoang hàm	4 (44,4%)

**Bảng 3.22: Tái tạo màng não và nền sọ sau phẫu thuật**

	<b>Tái tạo màng não (n=38)</b>	<b>Tái tạo xương nền sọ bị khuyết (n=38)</b>	<b>Tổng (n = 38)</b>
Có	7 (18,4%)	8 (21,1%)	15 (39,5%)
Không	31 (81,2%)	30 (78,9%)	23 (60,5%)

- **Điều trị bổ sung:** 11 trường hợp bệnh ác tính được điều trị sau phẫu thuật hóa trị và xạ trị, 1 trường hợp lành tính được điều trị bổ xung xạ phẫu dao Gamma.

- **Đánh giá kết quả phẫu thuật:** Thời gian trung bình mổ nội soi (3,2 giờ) ngắn hơn mổ ngoài (4,94 giờ) hoặc mổ kết hợp (6,72 giờ). Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật nội soi là 400 ml ít hơn so với mất máu trong phẫu thuật ngoài hoặc phẫu thuật kết hợp. Lấy hết tổn thương về mặt đại thể là 26 trường hợp (68,4%). Đặt dẫn lưu dịch não tủy thất lưng 2 trường hợp (5,3%) do rách màng não và chảy dịch não tủy trong phẫu thuật. Thời gian rút dẫn lưu là 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 10 ngày.

- **Tai biến, biến chứng, di chứng trong và sau phẫu thuật:** Các tai biến trong khi phẫu thuật ít và kiểm soát được. Gồm có 2 trường hợp rách màng não (5,3%), 8 trường hợp tụt huyết áp do mất máu cấp (21,1%). Đa số các triệu chứng của biến chứng cải thiện theo thời gian.

- **Theo dõi sau phẫu thuật:** Mức độ các triệu chứng cải thiện rõ rệt theo từng giai đoạn tái khám 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng. Riêng thị lực cải thiện không đáng kể.

Sau 1 tháng và 3 tháng, tình trạng u chưa dấu hiệu tái phát là 26 trường hợp (68,4%), còn sót tổn thương là 12 trường hợp (31,6%) ở vị trí tiếp xúc xoang hang và động mạch trong.

## **Chương 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh lý nền sọ giữa**

Trong nghiên cứu, triệu chứng sưng và mất cân xứng vùng mặt có 14 trường hợp (36,8 %), đây là triệu chứng bệnh nhân cũng nhận thấy được và lo lắng. Theo Kong sưng mặt là 52%, đau mặt là 33%, Yafit ghi nhận biến dạng mặt cao nhất (35%) tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Há miệng hạn chế ghi nhận 5 trường hợp (13,2%), trong đó 2 trường hợp (16,7%) là u ác tính. Há miệng hạn chế gợi ý tổn thương đã xâm lấn vào chân bướm hay khoang cơ nhai có thể quan sát thấy trên phim chụp CT scan hay MRI và thường có liên quan đến bệnh lý ác tính. Kết quả và nhận định này của chúng tôi cũng tương tự như của Kong và Hentschel. Triệu chứng tê mặt có ở 22 trường hợp (57,9%) trong vùng chi phối của thần kinh dưới ổ mắt và thần kinh V2, V3, không có trường hợp nào liệt dây thần kinh VII. Tác giả Johnson và Lisan nhận thấy có tương quan giữa bệnh lý ác tính với triệu chứng lâm sàng như há miệng hạn chế, đau mặt, tê mặt. Tiwari cho rằng tần suất của những triệu chứng này khác nhau tùy

theo kích thước, vị trí và độ xâm lấn của bệnh lý. Triệu chứng ù tai, viêm tai giữa có 9 trường hợp (23,7%) trong đó có 2 trường hợp (16,7%) ở nhóm có bệnh lý ác tính, 7 trường hợp (26,9%) ở nhóm có bệnh lý lành tính. Ở người trưởng thành, khi đột nhiên xuất hiện các triệu chứng của viêm tai giữa rất cần chú ý đến các bệnh lý ở vùng vòm mũi họng hay nền sọ vì các khối u chèn vào gây tắc vòi nhĩ. Nhiều khuyến cáo được đưa ra là nếu một người bệnh xuất hiện cùng lúc 3 triệu chứng là ù tai - khít hàm - đau dây thần kinh thì nên chú ý đến khả năng có bệnh lý ác tính.

#### **4.2. Cận lâm sàng**

Những tổn thương trên CT scan có giới hạn rõ, có vỏ bao, hình dạng đều, lớp mỡ xung quanh không bị phá hủy thì sẽ có xu hướng là tổn thương lành tính. Bảng 3.14 cho thấy có 15 trường hợp tổn thương có giới hạn rõ, nhưng so sánh với kết quả giải phẫu bệnh thu được thì tổng số ca bệnh lành tính là 26 trường hợp (68,4%), như vậy nếu chỉ căn cứ vào giới hạn xung quanh mà nhận định tính chất của tổn thương là không hoàn toàn chính xác. Tương tự, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có phản ứng tăng sinh dày lên của xương vùng nền sọ là 14 trường hợp (36,8%), hủy mòn nhưng chưa khuyết xương là 7 trường hợp (18,4%) và hủy có khuyết xương là 23 trường hợp (60,5%). Nếu chỉ dựa vào dấu hiệu mòn hoặc khuyết xương của nền sọ trên phim CT scan để nhận định tổn thương lành hay ác tính cũng không chính xác vì cả tổn thương lành hay ác tính đều có thể gây mòn hay khuyết xương thậm chí có trường hợp tổn thương ác tính còn gây phản ứng dày lên của xương và màng não.

Về bảng kết quả nội sọ trên MRI (bảng 3.13), so sánh số liệu với nghiên cứu của He (26,5%) [48] và Lisan (26%) [69] thì số liệu tổn

thương tiếp xúc màng não của chúng tôi cao hơn, nhưng so tỷ lệ xâm lấn não với He (9%) thì số liệu nghiên cứu của chúng tôi tương đương. Lisan, Johson ghi nhận mối tương quan giữa bệnh lý ác tính và xâm lấn dọc theo dây thần kinh đặc biệt là ung thư tuyến. Nhưng nghiên cứu chưa ghi nhận mối tương quan này. Theo Oakley, McIntyre đã khẳng định có mối tương quan giữa độ dày của màng cứng trên MRI và mức độ xâm lấn của tổn thương, nếu màng cứng dày lên 1mm đến  $\geq 2$  mm thì khả năng bệnh lý đã xâm lấn vào màng cứng tương đương là 46,7% và 100%.

Papacci và Chen khuyến cáo nên chụp mạch máu (DSA) và làm tắc mạch trước khi phẫu thuật khoảng 2 ngày là tốt nhất. Một số tác giả không đồng ý làm tắc mạch trước mổ vì cho rằng sẽ làm tăng nguy cơ lấy không hết tổn thương đặc biệt khi u xâm lấn sâu. Andrews và cộng sự không hề làm tắc mạch trước phẫu thuật u xơ mạch vòm mũi họng dù là giai đoạn III hay IV.

### **4.3. Sinh thiết mô bệnh lý**

Biết được bản chất của tổn thương rất quan trọng khi lên kế hoạch điều trị các bệnh lý vùng nền sọ giữa. Thực tế ít trường hợp có kết quả mô bệnh học trước phẫu thuật. Cunningham, Jemal và Debnam cho rằng những tổn thương ở nền sọ giữa bị che lấp bởi xương sọ mặt, gần các cấu trúc giải phẫu, mạch máu quan trọng nên việc sinh thiết gặp nhiều khó khăn. Oakley và Nicolai nhận xét những bệnh lý ở khu vực nền sọ giữa ít khi có thể sinh thiết mà không cần phẫu thuật để tiếp cận. Kết quả sinh thiết tức thì giúp phẫu thuật viên đưa ra phương hướng trong phẫu thuật. Tuy nhiên, kết quả sinh thiết tức thì phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố chủ quan cũng như khách quan.

Theo Hatami độ chính xác của sinh thiết tức thì có thể đạt tới 93 – 98%.

#### **4.4. Quan điểm của phẫu thuật trong điều trị những bệnh lý ở nền sọ giữa**

***Vai trò của phẫu thuật trong điều trị bệnh lý nền sọ giữa:*** Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng và chủ yếu trong điều trị các bệnh lý vùng nền sọ giữa. Mục đích cao nhất là lấy bỏ hoàn toàn tổn thương nhưng cũng có thể chỉ lấy được một phần để sinh thiết phục vụ cho các bước điều trị tiếp theo. Việc chọn lựa đường phẫu thuật được chúng tôi đề xuất một số tiêu chí như sau: đường tiếp cận tới bệnh lý trực tiếp nhất, ngắn nhất, bộc lộ được nhiều tổn thương nhất. Có khả năng lấy được nhiều bệnh tích nhiều nhất, hạn chế tối đa tổn thương các cấu trúc lân cận. Có khả năng kiểm soát phẫu trường, cầm máu và tái tạo nền sọ khi có chỉ định. Đạt hiệu quả thẩm mỹ cho người bệnh.

***Phân chia khu vực phẫu thuật:*** xác định vị trí, kích thước, tính chất của tổn thương sẽ cho phép chọn đường phẫu thuật thích hợp. Chúng tôi chia nền sọ thành 3 khu vực (Bảng 3.11) dựa vào CT scan và MRI: (1) khu vực 1 là vùng hố dưới thái dương; (2) khu vực 2 gồm có xoang bướm, xoang hang và vòm mũi họng, hố chân bướm khẩu cái (3) khu vực 3 là vùng hố sọ giữa (trong sọ). Như vậy, với một tổn thương cụ thể, ở một khu vực cụ thể sẽ cho phép chúng tôi chọn được ngay những đường có khả năng tiếp cận.

***Quan điểm về cắt lấy tổn thương:*** Theo quan điểm của ung thư việc lấy các khối u tốt nhất là nguyên khối, tránh rơi vãi tế bào ung thư trong phẫu trường sẽ là nguyên nhân của tái phát. Theo phẫu thuật

thần kinh thì nên cắt lấy từng phần. Nhưng thực tế thì phải cắt nhỏ tổn thương rồi lấy ra.

***Quan điểm về phối hợp điều trị:*** xây dựng kíp phẫu thuật nền sọ với thành phần chính là bác sĩ tai mũi họng và bác sĩ phẫu thuật thần kinh, ngoài ra còn có sự tham gia hỗ trợ của các bác sĩ khác như chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức, ung bướu và bác sĩ dinh dưỡng.

#### **4.5. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý nền sọ giữa**

Các tai biến và di chứng trong nghiên cứu được ghi nhận theo từng giai đoạn. Trong lúc phẫu thuật, tai biến tụt huyết áp do mất máu cấp là 8 trường hợp (21,1%) trong khi cắt lấy những khối u lớn hoặc có nhiều mạch máu nuôi, ví dụ như trong trường hợp u xơ mạch vòm mũi họng mặc dù đa số trường hợp đã có làm tắc mạch trước khi phẫu thuật, dẫn đến tai biến vàng da tán huyết vài ngày sau mổ. Có 2 trường hợp (5,3%) rách màng não nhỏ (< 0,6 cm) xảy ra trong lúc phẫu tích tách tổn thương dính vào màng não.

Sau mổ, một số tai biến như tụ dịch sau mổ, buồn nôn và nôn ói hoặc chóng mặt xảy ra nhưng tất cả các triệu chứng này giảm dần và hết trong 1-2 tuần. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có triệu chứng đau đầu kéo dài một thời gian sau mổ thậm chí có trường hợp tồn tại sau nhiều tháng. Một trường hợp biến chứng nặng (2,6%) là nhiễm trùng 1 phần đầu của vật cân cơ thái dương phải xử lý bằng cắt lọc. Há miệng hạn chế là 12 trường hợp (31,6%) do cắt khớp thái dương hàm hoặc tổn thương cơ cắn, cơ nhai trong lúc lấy bệnh tích. Hầu hết các trường hợp này triệu chứng cải thiện và hết hoàn toàn sau 3 tháng tập vật lý trị liệu trong đó có 1 trường hợp (2,6 %) xương hàm dưới lệch miệng nhẹ sang cùng bên tổn thương khi há miệng tối đa. Nghiên cứu của Hentschel ghi nhận 31% trường hợp có những biến chứng như

trên và 4% trường hợp tử vong. Theo Yafit tỷ lệ biến chứng là 54%. DeFreitas báo cáo tỷ lệ 9% biến chứng tê vùng má kéo dài sau phẫu thuật xuyên xoang hàm qua rãnh lợi môi trên 474 trường hợp. Liệt dây VII có 4 trường hợp (10,5%) trong đó có 2 trường hợp là u ác tính đã thâm nhiễm vào dây thần kinh và phải cắt bỏ hoàn toàn tổn thương cùng với dây thần kinh VII. 2 trường hợp do u lớn quá trình bóc tách dây thần kinh phải kéo làm căng giãn dây thần kinh gây nên liệt tạm thời sau mổ, sau đó có tiến triển hồi phục. Các triệu chứng tê mặt, tê môi cải thiện và giảm dần sau phẫu thuật 3 tháng. Không có trường hợp nào tử vong trong và ngay sau phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trường hợp kéo dài nhất là 7,5 giờ, thời gian ngắn nhất là 2,5 giờ, thời gian trung bình là 4,5 giờ. Thống kê của Dave cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình 4 giờ (2,55 – 6,75) tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 38 trường hợp phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận hình ảnh tổn thương chưa có dấu hiệu tái phát trên CT scan và MRI sau mổ 1 tháng và 3 tháng là 26 trường hợp (68,4%) và còn sót u là 12 trường hợp (31,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bao với tỷ lệ lấy hết u là 69,7%, còn u là 30,3%. Nghiên cứu của Battaglia ghi nhận lấy hết u là 75%, còn u là 25%.

Các nguyên nhân dẫn đến việc không thể lấy hết tổn thương là do đã xâm lấn vào xoang hang, dây thần kinh quan trọng và dính chặt vào động mạch cảnh trong. Nhận xét của chúng tôi tương tự với tác giả Zhong.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngoài hoặc phẫu thuật phối hợp của bệnh nhân dài hơn khi so sánh với phẫu thuật bằng nội soi là 7 ngày. Đây cũng là ưu điểm của phẫu thuật nội soi vì ít gây tổn

thương xung quanh khi tiếp cận tổn thương. Yafit ghi nhận thời gian này trung bình là 11 ngày (3- 47 ngày). Givi ghi nhận thời gian này là 13 ngày (2 – 32 ngày) và tương đương với số liệu của chúng tôi. Nghiên cứu của Dave là 3,7 ngày (2- 9 ngày), của Plzák là 5.8 ngày (4-12 ngày) và toàn bộ sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi.

Cần đặt dẫn lưu tủy sống thất lưng sau mổ là 2 trường hợp (5,3%) để phòng ngừa dò dịch não tủy sau khâu tái tạo màng não bị rách. Lượng dịch não tủy chúng tôi cho chảy ra liên tục và trung bình 140ml trong 24 giờ vì nếu tăng lượng dịch dẫn lưu hơn thì người bệnh có thể bị đau đầu. Ống dẫn lưu được rút sau 7 ngày nếu theo dõi không thấy chảy dịch não tủy ở vết thương. Theo Zwagerman nên đặt dẫn lưu thất lưng thường qui sau những trường hợp mổ nội soi u trong sọ, tỷ lệ dò dịch não tủy sau mổ sọ não có đặt dẫn lưu thất lưng là 6% thấp hơn so với không đặt dẫn lưu thất lưng là 18%. Theo Zhong nếu có khuyết màng não rộng nên đặt dẫn lưu thất lưng dịch chảy 10ml/h (240ml/ ngày) trong 3 ngày.

Mức độ các triệu chứng đã được người bệnh đánh giá cải thiện rõ rệt có ý nghĩa về mặt thống kê sau những khoảng thời gian 1 tháng, 3 tháng và 12 tháng. Theo Lyons việc phân chia các mốc thời gian theo dõi sau phẫu thuật nhằm mục đích phù hợp với diễn tiến lâm sàng và sự hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật bệnh lý nền sọ giữa.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 trường hợp điều trị bệnh lý ở nền sọ giữa bằng phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 07/2019 đến 02/2022 chúng tôi nhận thấy:

### **1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý vùng nền sọ giữa**

- Các triệu chứng thường gặp: đau mắt 38 trường hợp (100%), đau đầu 29 trường hợp (76,3%), tê mặt 22 trường hợp (57,9%), sưng mắt 14 trường hợp (36,8%). Các triệu chứng thường không điển hình hoặc khác biệt giữa nhóm bệnh lý lành tính hay ác tính.

- **Hình ảnh tổn thương trong khu vực 1** hố dưới thái dương là 20 trường hợp (52,6%), có hủy mòn xương và khuyết xương nền sọ là 11 trường hợp (55%), có tiếp xúc và đẩy màng não là 10 trường hợp (50%), xâm lấn não 1 trường hợp (5%), có tiếp xúc xoang hang là 3 trường hợp (15%), tiếp xúc động mạch cảnh trong là 5 trường hợp (25%).

- **Hình ảnh tổn thương trong khu vực 2** gồm hố chân bướm khẩu cái là 13 trường hợp (34,2%), xoang bướm là 1 trường hợp (2,6%), xương bảng vuông là 1 trường hợp (2,6%), có hủy mòn xương và khuyết xương nền sọ là 9 trường hợp (60%), có tiếp xúc và đẩy màng não là 8 trường hợp (53,3%), xâm lấn não là 1 trường hợp (6,7%), tiếp xúc xoang hang là 2 trường hợp (13,3%), có tiếp xúc động mạch cảnh trong là 1 trường hợp (6,7%).

- **Hình ảnh tổn thương trong khu vực 3** hố sọ giữa là 3 trường hợp (7,9%), có hủy mòn xương và khuyết xương nền sọ là 3 trường hợp (100%), có tiếp xúc và đẩy màng não là 1 trường hợp (33,3%), xâm

lần não là 2 trường hợp (66,7%), có tiếp xúc xoang hang là 3 trường hợp (100%), có tiếp xúc động mạch cảnh trong là 1 trường hợp (33,3%).

- **Chụp mạch máu DSA và làm tắc mạch** là 5 trường hợp (13,2%).  
**Về bệnh lý:** đa dạng về mặt tế bào, trong đó bệnh lý lành tính 26 trường hợp (68,4%) nhiều hơn bệnh lý ác tính là 12 trường hợp (31,6%).

## **2. Đường phẫu thuật tiếp cận các bệnh lý nền sọ giữa**

- **Đường phẫu thuật ngoài** gồm đường trước tai dưới thái dương là 8 trường hợp (88,9%) lấy hết tổn thương 5 trường hợp, còn tổn thương là 3 trường hợp. Tai biến trong phẫu thuật là rách màng não 2 trường hợp (25%), tụt huyết áp do mất máu cấp là 3 trường hợp (37,5%). Biến chứng và di chứng sau mổ là liệt dây VII là 1 trường hợp (12,5%), lệch hàm sang bên là 1 trường hợp (12,5%). Đường xuyên khẩu cái 1 trường hợp (11,1%), lấy hết tổn thương, không tai biến và di chứng.

- **Đường phẫu thuật nội soi** là 20 trường hợp (52,6%). Trong đó, nội soi qua mũi xuyên chân bướm là 6 trường hợp (30%), lấy hết tổn thương là 3 trường hợp (50%), còn tổn thương là 3 trường hợp (50%). Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Di chứng có 1 trường hợp (16,7%) đau đầu sau mổ kéo dài. Phẫu thuật nội soi xuyên xoang hàm qua rãnh lợi môi là 14 trường hợp (70%). Lấy hết tổn thương là 11 trường hợp (78,6%), còn tổn thương là 3 trường hợp (21,4%). Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Di chứng có 1 trường hợp (7,1%) tê mặt sau mổ kéo dài.

- **Phẫu thuật kết hợp mổ ngoài và nội soi** là 9 trường hợp (23,7%). Lấy hết tổn thương là 6 trường hợp (66,7%), còn tổn thương là 3

trường hợp (33,3%). Tai biến có 5 trường hợp (55,6%) tụt huyết áp do mất máu cấp. Di chứng sau mổ là 1 trường hợp (11,1%) tê mặt, 1 trường hợp (11,1%) liệt dây VII.

### **3. Kết quả điều trị phẫu thuật các bệnh lý nền sọ giữa**

-Chụp CT scan và MRI trong thời gian 1 tháng và 3 tháng xác định chưa dấu hiệu tái phát của tổn thương là 26 trường hợp (68,4%), còn sót u là 12 trường hợp (31,6%).

-Các triệu chứng lâm sàng được đánh giá trước và sau mổ gồm đau mắt, đau đầu, tê mặt, há miệng hạn chế, nghẹt mũi cải thiện rõ rệt theo từng giai đoạn tái khám 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng.

- Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật bằng hóa trị có 4 trường hợp (33,3%), xạ trị có 7 trường hợp (58,3%), xạ phẫu dao gamma 1 trường hợp (8,4%).

## **KIẾN NGHỊ**

1. Chúng tôi đề xuất triển khai phẫu thuật nền sọ giữa ở các bệnh viện tuyến Tỉnh, nơi có điều kiện về nhân sự và trang thiết bị y tế giúp khám và điều trị sớm cho người bệnh.

2. Kế hoạch điều trị bằng phẫu thuật cho bệnh nhân có bệnh lý ở nền sọ giữa cần xây dựng chi tiết, cẩn thận, khoa học, hợp lý từ khâu khám lâm sàng chọn bệnh, lên kế hoạch phẫu thuật cho tới chăm sóc và theo dõi hậu phẫu. Đặc biệt chú ý đến việc giải thích và tư vấn cho bệnh nhân nhằm đạt được sự đồng thuận giữa chuyên môn, bệnh nhân và người nhà tránh tối đa những sai sót chuyên môn hoặc rắc rối về pháp lý.

3. Để đạt kết quả tốt phẫu thuật bệnh lý vùng nền sọ, cần có sự chuẩn đầy đủ về nhân sự, trang thiết bị và đào tạo thực hành. Cụ thể là thành lập các đội phẫu thuật nền sọ gồm các chuyên khoa có liên quan, được trang bị đầy đủ các dụng cụ phẫu thuật thích hợp như phẫu thuật mũi xoang, phẫu thuật nền sọ, phẫu thuật thần kinh và các thiết bị hỗ trợ khác.

4. Khi khám bệnh nhân có các triệu chứng đau tê vùng đầu mặt kèm theo ù tai, giảm thị lực hay liệt dây thần kinh sọ thì cần nghĩ đến bệnh lý ở nền sọ, đặc biệt là vùng nền sọ giữa. Chụp phim CT scan hoặc MRI là cần thiết để giúp chẩn đoán và xác định bệnh.

## **DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Trần Hạnh Uyên, Trần Minh Trường (2021), “Nhân 16 trường hợp phẫu thuật u vùng hố dưới thái dương và nền sọ giữa tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Y học Việt Nam* (Vietnam Medical Journal No.2), Tập 508, Số 2, tr. 348-353.
2. Trần Hạnh Uyên, Nguyễn Thị Phương Lam, Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Ngọc Khang, Trần Minh Trường (2021), “Phẫu thuật u xơ mạch vòm mũi họng xâm lấn vùng xoang hang và nội sọ”, *Tạp chí Y học Việt Nam* (Vietnam Medical Journal No.1), Tập 509, Số 1, tr. 337-382.
3. Uyen H. Tran, Dung H. Nguyen, Hong V. Tran, et al (2021), “Endoscopic Sublabial Transmaxillary approach to Lateral Middle”, *P.JM.H.S.*, Original Article Vol. 15, No. 7, pp. 2358-2361.
4. Lê Đỗ Tấn Khôi, Ngô Văn Công, Trần Hạnh Uyên, Trần Minh Trường (2022), “Khảo sát đường đi dây thần kinh hàm dưới (V3) trên xác người trưởng thành tại Bộ môn giải phẫu Đại học y dược.TP HCM từ tháng 9/2020 đến tháng 7/2021”, *Tạp chí Y học Việt Nam* (Vietnam Medical Journal No.1), Tập 512, số 1, tr. 38-41.
5. Lê Thùy Dung, Ngô Văn Công, Trần Hạnh Uyên, Trần Minh Trường (2022), “Khảo sát đặc điểm giải phẫu của động mạch hàm trong hố dưới thái dương” *Tạp chí Y học Việt Nam* (Vietnam Medical Journal No.1), Tập 512, số 1, tr. 201- 204.