

số động mạch thận sau khi lấy ra để ghép nhiều hơn khi xác định bằng chụp cắt lớp vi tính. [1], [2], [3], [5].

• **Đặc điểm tĩnh mạch thận ghép.** Cũng như động mạch để xác định hình thái giải phẫu tĩnh mạch thận trước khi lấy từ người hiến để ghép chúng tôi cũng dựa vào chụp cắt lớp vi tính 256 dãy. Qua chụp cắt lớp vi tính mạch thận người hiến thận chúng tôi chỉ gặp hình thái biến đổi giải phẫu tĩnh mạch thận về số lượng, ngoài ra không gặp hình thái biến đổi giải phẫu tĩnh mạch thận nào khác như: thận có nhiều tĩnh mạch, tĩnh mạch thận có 02 thân ôm lấy động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận chạy sau động mạch chủ bụng

Trong số 127 trường hợp thận được lấy cho ghép, sau mổ đa số chỉ có một tĩnh mạch thận 116/127 (91,3%). Có 10 trường hợp thận ghép có 2 tĩnh mạch (7,9%), 1 trường hợp thận lấy ghép có 3 tĩnh mạch (0,8%). Phân tích tương quan về số lượng tĩnh mạch của thận ghép chúng tôi thấy có sự khác biệt về số lượng tĩnh mạch thận giữa chụp cắt lớp vi tính mạch thận với thực tế sau phẫu thuật lấy thận. Trước khi lấy thận có 115 /127 (90,6%) trường hợp 1 ĐM thận, sau lấy thận là 116/127 (91,3%), thận có 2 TM trước phẫu thuật 12/127 (9,4%), sau mổ thận có 2 TM 10/127 (7,9%). Trước mổ biến đổi 3 TM thận ghép không có trường hợp nào, sau mổ có 1 trường hợp (0,8%). Theo chúng tôi sự sai lệch trên do 02 nguyên nhân sau: (1) do hạn chế của chụp cắt lớp vi tính 256 dãy trong chẩn đoán, thăm dò tĩnh mạch thận nhất là với các tĩnh mạch có đường kính nhỏ nên dễ bỏ sót hoặc nhầm lẫn TM thành lưng là TM thận ghép và (2) do thận lấy có thân tĩnh mạch ngắn, chia nhánh sớm nên khi lấy thận (nhất là lấy thận nội

soi) kẹp gốc tĩnh mạch không sát thân tĩnh mạch chủ dưới, cắt tại vị trí sau khi tĩnh mạch thận đã chia nhánh [1], [2], [3], [5].

## V. KẾT LUẬN

Sau khi lấy thận, tỷ lệ ĐM thận có biến đổi giải phẫu là thường gặp (19.7% trong đó 22 trường hợp thận ghép có 2 động mạch (17,3%), 3 trường hợp thận lấy ghép có hơn 3 động mạch (2,4%), bất thường tĩnh mạch thận (8.77%) gặp ít hơn. Do đó, nắm vững được những biến đổi mạch máu thận ghép giúp phẫu thuật viên lựa chọn được các phương pháp khâu nối mạch máu thích hợp trong phẫu thuật ghép thận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dư Thị Ngọc Thu, Trần Ngọc Sinh** (2016), "Kết quả phẫu thuật 285 trường hợp ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992 - 2013", Kỷ yếu công trình ghép thận bệnh viện Chợ Rẫy 2011-2016: p110 - 117.
2. **Đỗ Ngọc Sơn, Đoàn Quốc Hưng, Cao Mạnh Thấu** (2016), "Đặc điểm mạch máu thận ghép người cho sống tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2012 - 2015", Tạp chí Y học Việt Nam, Số đặc biệt: tr 420 - 425.
3. **Nguyễn Trường Giang, Hoàng Mạnh An, và cộng sự** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm mạch máu của thận ghép, kỹ thuật và kết quả khâu nối mạch máu trong ghép thận tại bệnh viện Quân Y 103", Tạp chí Y học Quân sự, Số 311.
4. **Trịnh Xuân Đán** (1999), Nghiên cứu giải phẫu hệ thống bể dài thận và mạch máu, thần kinh thận của người Việt Nam trưởng thành, Luận án Tiến Sĩ Y học. 1999, Học Viện Quân Y: Hà Nội.
5. **Mehmet Sarier et al** (2020), Evaluation of the Renal Arteries of 2,144 Living Kidney Donors Using Computer Tomography Angiography and Comparison with Intraoperative Findings; Urologia Internationalis;104(7-8):p637-640.
6. **Fanny Lepeytre et al** (2020), Donor Age, Donor-Recipient Size Mismatch, and Kidney Graft Survival. CJASN; 15 (10): p 1455 -1463.

## PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA MŨI ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U HỐC MŨI XÂM LẤN NÃO

Ngô Văn Công\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sự phát triển nội soi là một cuộc cách mạng trong ứng dụng điều trị bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính. Ngày càng ứng dụng mở rộng trong

các tổn thương của tuyến yên. Thập niên gần đây bắt đầu ứng dụng nội soi qua mũi để điều trị các khối u hốc mũi xâm lấn vào nền sọ. Vì vậy, chúng tôi tập trung vào tổng kết việc ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi để cắt bỏ khối u vùng nền sọ trước tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy. **Mục tiêu nghiên cứu:** áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi để cắt bỏ khối u vùng nền sọ trước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có can thiệp. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng, mô bệnh học và mô tả kỹ thuật lấy bỏ u qua nội soi mũi các bệnh nhân u nền sọ trước tại khoa Tai Mũi Họng, khoa Ngoại

\**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

Thần Kinh của Bệnh Viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** từ 09/2010 – 12/2018, có 90 trường hợp được phẫu thuật lấy bỏ u xâm lấn nền sọ trước qua nội soi mũi tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh Viện Chợ Rẫy. Trong đó, có 60% khối u là ác tính bao gồm ung thư tế bào vảy (17,8%), ung thư tuyến (8,9%) và ung thư nguyên bào thần kinh khứu (11,1%) và u lành tính chủ yếu là u xương và u màng não rãnh khứu. Sau phẫu thuật, các trường hợp được cải thiện trên lâm sàng và hình ảnh học. **Kết luận:** ứng dụng phẫu thuật nội soi qua mũi để điều trị các khối u nền sọ trước ban đầu cho kết quả khả quan, tiếp cận trực tiếp được sang thương và phẫu thuật ít xâm lấn, giúp quan sát rõ phẫu trường, lấy được toàn bộ khối u cũng như giúp bảo tồn các chức năng của mũi xoang.

**Từ khóa:** nền sọ trước, u hốc mũi, phẫu thuật nội soi nền sọ.

## SUMMARY

### ENDOSCOPIC ENDONASAL SURGERY FOR TREATMENT NOSTRIL TUMORS INVADING INTO BRAIN

**Objectives:** Application of endoscopic surgery to dissect tumors of the anterior skull base. **Materials and Methods:** descriptive study with intervention. To investigate clinical symptoms, histology and describe the techniques of endoscopic surgery to remove the anterior skull base tumors at Ear Nose and Throat Department and Neurology Department of Cho Ray Hospital. **Results:** From Sept 2010 to Dec, 2018; 90 patients were examined and performed endoscopic surgery to remove tumors of the anterior skull base at ENT Department of Cho Ray Hospital. The most frequent malignant tumors (60%) consist of squamous cell carcinoma (17,8%), adenocarcinoma (8,9%) and olfactory neuroblastoma (11,1%), while ossifying fibroma and meningioma was the most common benign tumors. Using endoscopic surgery, totally removal of anterior skull base tumors was performed successfully. **Conclusion:** The endoscopic endonasal approach to remove of tumors of anterior skull base is a minimal invasive technique, which has clear and direct visualization. In some circumstances, this technique can preserve the functions of the nose and paranasal sinuses.

**Keyword:** anterior skull base, nose neoplasms, endoscopic skull base surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây các khối u mũi xoang xâm lấn nền sọ trước thường được phẫu thuật bởi chuyên khoa tai mũi họng hoặc ngoại thần kinh. Một trong những đường mổ kinh điển của tai mũi họng để lấy khối u mũi xoang xâm lấn nền sọ là đường cạnh mũi, đường rãnh lợi môi,... Đường mổ này sẽ bộc lộ xương hàm trên, xoang hàm, mũi và nền sọ trước và lấy toàn bộ khối u. Khi khối u xâm lấn nhiều vùng nền sọ trước và vào não, cuộc phẫu thuật sẽ được kết hợp với ngoại thần kinh từ phía trên sọ xuống, và khối u được lấy an toàn qua đường mở sọ mặt. Tuy nhiên,

các đường mổ kinh điển này thường phải đi qua nhiều cấu trúc vùng hàm mặt mới tiếp cận được tổn thương và các thương tổn nằm sâu bên trong như vùng sàng, vùng xương bướm, nền sọ,... cùng các cấu trúc nguy hiểm như mạch máu, thần kinh thị,... bị hạn chế về phẫu trường và góc nhìn, dẫn đến dễ bỏ sót tổn thương hoặc tổn thương các cấu trúc mạch máu, thần kinh và các mô bình thường lân cận.

Khi phẫu thuật nội soi ra đời, nội soi được áp dụng trong nhiều lĩnh vực, trong đó các phẫu thuật viên tai mũi họng đã ứng dụng rất nhiều trong bệnh lý tai mũi họng như phẫu thuật nội soi mũi xoang, đóng rò dịch não tủy,... và ngày nay bắt đầu ứng dụng trong phẫu thuật điều trị các khối u nền sọ. Việc ứng dụng nội soi trong phẫu thuật các khối u nền sọ, một phần nào khắc phục các hạn chế của phẫu thuật kinh điển. Với nội soi, chúng tôi có thể tiếp cận trực tiếp các khối u nền sọ qua đường mũi và có thể cắt hết các khối u lành tính hay ác tính có chọn lọc của mũi xoang và nền sọ. Trong những trường hợp, khối u vào não chúng tôi dùng nội soi cắt toàn bộ khối u qua mũi và kết hợp với phẫu thuật viên ngoại thần kinh mở sọ để lấy phần u trong não sau đó tái tạo nền sọ để điều trị triệt để cho bệnh nhân, vấn đề này sẽ không bàn luận nhiều trong nghiên cứu này. Chính vì vậy, chúng tôi chỉ tập trung tiến hành nghiên cứu áp dụng kỹ thuật nội soi qua mũi để lấy bỏ khối u vùng nền sọ trước.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có can thiệp.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** - Bệnh nhân được chẩn đoán u vùng nền sọ trước.

- Có chỉ định phẫu thuật nội soi qua mũi cắt u nền sọ trước và được tiến hành phẫu thuật tại BV. Chợ Rẫy.

- Được chụp CT Scan/MRI để đánh giá thương tổn.

- Chỉ định phẫu thuật nội soi qua mũi: các khối u lành tính, u ác tính chưa xâm lấn vượt quá giới hạn ngoài của hệ thống xương sàng có tiếp xúc hoặc xâm lấn ít vào nền sọ, màng não.

- Chống chỉ định:

+ U xâm lấn xuống xương khẩu cái và hệ thống ống lệ mũi, xương mũi;

+ U xâm lấn các cấu trúc trong ổ mắt 2 bên;

+ U xâm lấn vào cấu trúc xoang hang;

+ U xâm lấn vào hố sọ sau;

+ U xâm lấn vào động mạch cảnh trong;

+ Di căn xa;

**2.3 Tiến hành nghiên cứu: [5],[8],[9]****Bước 1:** Bệnh nhân trước phẫu thuật**+ Đánh giá lâm sàng;**

- + CT/ MRI các xoang & vùng nền sọ, não;
- + ± Giải phẫu bệnh trước mổ;
- + Hội chẩn → dự kiến phương điều trị, phẫu thuật;
- + Giải thích bệnh nhân và thân nhân.

**Bước 2:** Các thì phẫu thuật lấy u nền sọ trước qua nội soi

- Thì 1: giảm khối.
- Thì 2: mở phức hợp mũi-sàng- bướm.
- Thì 3: mở xoang bướm (giới hạn sau).
- Thì 4: mở ngách trán (giới hạn trước).
- Thì 5: cắt phần sau vách ngăn (phần khối u lan xuống).
- Thì 6: cắt bỏ phần xương nền sọ trước (Citelli/ khoan).
- Thì 7: xác định động mạch sàng trước & sau.
- Thì 8: xác định vị trí u thâm nhiễm màng não, bao ổ mắt (sinh thiết lạnh).
- Thì 9: cắt màng não (ngoại thần kinh) và lấy phần u trong nội sọ.
- Thì 10: tái tạo nền sọ trước qua nội soi.

**Bước 3:** Chăm sóc sau phẫu thuật**Bước 4:** Theo dõi & đánh giá kết quả:

- Triệu chứng lâm sàng:
- Nội soi: tái khám nội soi sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, mỗi 3 tháng/năm đầu, năm thứ 2 mỗi 3 – 6 tháng, sau năm thứ 3 mỗi 6 tháng, sau 5 năm mỗi 1 năm.
- MRI/ CT: 3 – 6 tháng năm đầu, năm thứ 2 mỗi 6 tháng, sau năm thứ 3 mỗi 12 tháng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thực hiện phẫu thuật cho 90 bệnh nhân với khối u vùng nền sọ trước 40 nam và 50 nữ.

**Tuổi bệnh nhân:** trung bình là 45,3 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi, hầu hết là bệnh nhân lớn tuổi.

**Bảng 1:** Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<b>Nghẹt mũi</b>	<b>66</b>	<b>73,3</b>
Chảy mũi	38	42,2
Chảy máu mũi	40	44,4
<b>Giảm khứu/mất khứu</b>	<b>56</b>	<b>62,2</b>
Lồi mắt	30	33,3
<b>Đau đầu</b>	<b>70</b>	<b>77,8</b>
Đau mắt	4	4,4
Chảy nước mắt sống	2	2,2
<b>Giảm thị lực/Mù</b>	<b>42</b>	<b>46,7</b>

Triệu chứng thường gặp là đau đầu, nghẹt mũi, chảy máu mũi ảnh hưởng đến khứu giác và

giảm thị lực.

**Bảng 2:** Mô bệnh học.

	Mô học	Số lượng	Tỷ lệ
U ác 54/90 (60%)	Carcinoma tế bào vảy	16	17,8%
	U nguyên bào thần kinh khứu	10	11,1%
	Ung thư tuyến	8	8,9%
	Ung thư tế bào thần kinh nội tiết	6	6,7%
	Sarcama (cơ, sụn, xương)	14	15,6%
U lành 36/90 (40%)	U màng não rãnh khứu	10	11,1%
	U sợi sinh xương + u xương	12	13,3%
	U nhú tế bào gai	6	6,7%
	Khác (u dây sống, u sợi thần kinh)	8	8,9%

Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả khối u lành tính và ác tính. Hầu hết khối u vùng nền sọ thường là ác tính chiếm 60% chủ yếu là ung thư tế bào vảy (17,8%), ung thư tuyến (8,9%) và ung thư nguyên bào thần kinh khứu (11,1%). Bên cạnh đó, u lành tính ở vùng nền sọ chủ yếu là u sợi sinh xương, u xương (13,3%) và u màng não rãnh khứu (11,1%).

Phương pháp phẫu thuật: trong 90 trường hợp được phẫu thuật thì có 46/90 (51,1%) sử dụng nội soi qua mũi hoàn toàn để phẫu thuật, còn 44/90 trường hợp kết hợp giữa nội soi qua mũi cắt trọn u ở mũi và cắt màng não ở vị trí u xâm lấn và lấy phần u xâm lấn vào nội sọ, sau đó tái tạo nền sọ trước qua nội soi mũi. Sau phẫu thuật có 2 trường hợp chảy dịch não tủy qua mũi kéo dài, tuy nhiên sau 2 tuần thì tình trạng chảy dịch não tủy mũi không còn nữa, tình trạng bệnh ổn định.

**Bảng 3:** biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Lành tính (n=36)	Ác tính (n=54)	Tần số (n=90)
Chảy dịch não tủy	1(2,7%)	1(1,85%)	2(2,2%)

Bệnh nhân có thời gian theo dõi trung bình 72,73 tháng (dài nhất là 108 tháng, ngắn nhất 12 tháng). Một số trường hợp giải phẫu bệnh với kết quả ác tính, bệnh nhân sẽ được kết hợp với xạ trị hoặc hóa trị, cho kết quả tốt.

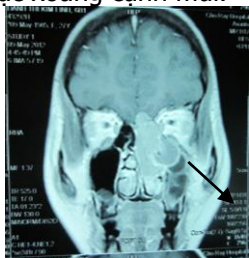
**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật 90 trường hợp bao gồm cả u lành tính và u ác tính vùng nền sọ trước được thực hiện tại khoa Tai Mũi Họng & Ngoại Thần Kinh của Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2010 – 2018.

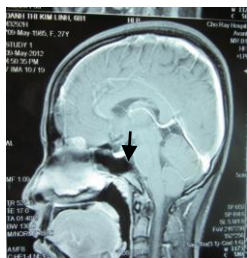
Nhóm bệnh nhân trong lô nghiên cứu có độ tuổi trung bình 45 tuổi, đa phần là bệnh nhân lớn tuổi, phù hợp với các nghiên cứu đã báo cáo của các tác giả khác.

Bệnh nhân vào viện có rất nhiều triệu chứng, trong đó nghẹt mũi (73,3%), đau đầu (77,8%) chiếm tỉ lệ cao, giảm khứu (62,2%), các triệu chứng này xảy ra chủ yếu do tắc nghẽn bởi khối u chiếm hết toàn bộ hốc mũi và đặc biệt là triệu chứng chảy máu mũi (44,4%) và giảm thị lực là những triệu chứng gợi ý bệnh lý ác tính. Theo nghiên cứu của Betra PS[1] thì các triệu chứng thường gặp cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, đó là nghẹt mũi (68%), chảy máu mũi (40%) và đau đầu (32%). Qua các triệu chứng và diễn tiến bệnh gợi ý phần nào cho Bác sĩ tiếp cận ban đầu bệnh lý lành tính hay ác tính.

Mô bệnh học, trong nghiên cứu chúng tôi gặp cả những khối u lành tính cũng như ác tính, trong đó ác khối u vùng nền sọ trước chủ yếu là u ác tính 60% bao gồm ung thư tế bào gai vẩy (17,8%), ung thư nguyên bào thần kinh khứu (11,1%) và ung thư tuyến (8,9%) và trong đó một số trường hợp là u lành tính chủ yếu u sợi sinh xương, u xương và u màng não. Có kết quả mô bệnh học giúp chúng tôi có kế hoạch điều trị tốt cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi với số lượng còn ít nên các trường hợp gặp chưa phản ánh hết tỉ lệ bệnh lý thường gặp trong các khối u lành tính hay ác tính. Tùy theo từng tác giả nghiên cứu có sự hoán vị giữa các thứ tự của các loại u. Theo tác giả Buchmann [2] và cộng sự thì trong khối u ác tính vùng nền sọ trước thì ung thư tế bào gai vẩy chiếm tỉ lệ đa số (33%), kế đến u nguyên bào thần kinh khứu (23%), ung thư tuyến (15%), còn các loại khác chiếm tỉ lệ ít hơn. Đối với các khối u lành tính xâm lấn nền sọ theo tác giả Suzuki [7] và cộng sự thì u nhú tế bào gai thường gặp nhất. Hầu hết các khối u vùng nền sọ trước đều xuất nguồn từ hốc mũi hoặc xoang cạnh mũi.



Phần u xâm lấn vào não



Vị trí xâm lấn: trần sàng

### Hình 1: Khối u hốc mũi xâm lấn não

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các triệu chứng biểu hiện của u nền sọ trước

hầu hết là biểu hiện các triệu chứng mũi xoang. Mô bệnh học hầu hết là ác tính và xuất phát từ biểu mô. Bên cạnh đó, hình ảnh CT-Scan và MRI hầu hết các tổn thương nền sọ trước chủ yếu tổn thương ở hàm sàng là chủ yếu trên 44,4%. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các khối u nền sọ trước là khối u ác tính xâm lấn từ mũi lên nền sọ và vào nội sọ.

Với sự phát triển của của nội soi, các phẫu thuật bệnh lý mũi xoang và lân cận nền sọ đều được ứng dụng nội soi, vì đây là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Qua nội soi mũi, phẫu thuật viên tiếp cận trực tiếp với khối u, nhìn thấy rõ tổn thương, quan sát rõ những cấu trúc ở trong sâu, "nhìn thấy rõ cấu trúc xung quanh các góc" và cho phép phẫu thuật viên lấy đúng và chính xác mô u bằng các ống soi 0°, 30°. Bên cạnh đó, phẫu thuật viên có thể tránh cắt vào những cấu trúc mô lân cận lành tính mà trong phương pháp mổ hở phải cắt như cắt xương chỉ để bộc lộ khối u, không cần thiết trong việc lấy khối u (cắt xương qua hệ thống ống lệ tỵ thì không cần thiết và sẽ tránh được việc chảy nước mắt sống sau mổ). Qua nội soi, chỉ có thể cắt từng mảnh khối u chứ không cắt nguyên khối u (en block) như trong mổ hở. Với sinh thiết tức thì các biên phẫu thuật rất hữu ích cho việc cắt từng mảnh qua nội soi đã lấy được hết u. Một số nghiên cứu hiện nay, việc cắt từng mảnh khối u qua nội soi vẫn cho kết quả tốt. Chính điều này làm cho việc ứng dụng nội soi trong điều trị các sang thường vùng nền sọ trở nên hiệu quả hơn và tiện lợi hơn. Chúng tôi ghi nhận qua nội soi mũi phẫu thuật khối u nền sọ trước:

+ Có thể giảm thể tích khối u trong hốc mũi, để có phẫu trường rộng rãi.

+ Xác định các cấu trúc lành hoặc biên phẫu thuật và xác định vị trí xuất phát u rõ ràng hơn so với phương tiện khác, phẫu thuật viên có thể dùng ống nội soi len lỏi vào các hốc, ngách với các góc nhìn khác nhau, để lấy hết sang thương, cắt chủ động màng não bị u xâm lấn vào và lấy u trong nội sọ.

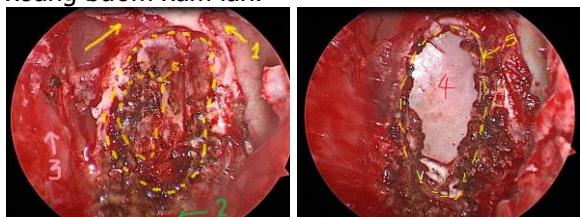
+ Từ đó đánh giá được tổn thương, sự xâm lấn trực tiếp và lâu u chính xác, không phải cắt mô lành lân cận.

+ Bộc lộ được ranh giới (ứng dụng những kỹ thuật nội soi hiện đại để bộc lộ các ranh giới của nền sọ trước qua nội soi như mở Draf III xoang trán để bộc lộ ranh giới phía trước, mở xoang trán qua nội soi bộc lộ ranh giới phía sau, mở sàng trước sau bộc lộ bao ổ mắt để xác định ranh giới 2 bên và cắt phần trên vách ngăn để tiếp cận toàn bộ nền sọ trước qua nội soi). Phẫu

thuật viên chủ động cầm máu trước khi lấy u: dùng bipolar đốt động mạch cung cấp cho u, lấy u dễ dàng hơn và ít chảy máu, lấy trọn sang thương.

+ Tiếp cận trực tiếp nền sọ, cắt màng não để lấy phần u xâm lấn vào não và tái tạo lại nền sọ khuyết qua nội soi mũi. Phẫu thuật qua nội soi mũi làm ít sang chấn các cấu trúc quan trọng và làm hậu phẫu nhẹ nhàng hơn, phục hồi bệnh nhân sau mổ nhanh hơn.

Trong quá trình phẫu thuật, khối u tiếp xúc hoặc xâm lấn với vùng nguy cơ cao như xương mảnh giấy hoặc mảnh ngang xương sàng hoặc trần sàng và màng não của hố sọ trước thì vẫn có thể phẫu thuật cắt các cấu trúc này qua nội soi đường mũi, Paolo và cộng sự (2013) [2] cũng tán thành quan điểm này. Và theo tác giả Lopez [4], Llorente [3] và các cộng sự cho rằng, phương pháp nội soi qua mũi được xem như phương pháp chọn lựa đầu tiên cho hầu hết các u mũi xoang, bao gồm các tổn thương tiếp xúc với màng não hoặc có xâm lấn nhỏ qua màng não. Tác giả Schroeder (2014) [6] khuyến cáo, phương pháp nội soi qua mũi có chỉ định tốt trong các khối u nhỏ < 2 cm nằm dưới và trước phần cổ định giao thoa thị, hoặc những khối u xoang bướm xâm lấn.



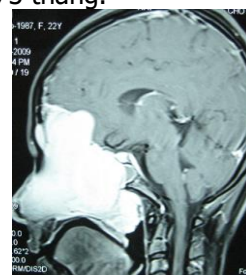
**Hình 2:** (1) Mở Lothrop bộc lộ giới hạn trước, (2) mở xoang bướm bộc lộ giới hạn sau, (3) bao ổ mắt bộc lộ giới hạn bên, (6) vị trí u xâm lấn qua màng não vào não, (5) giới hạn màng não khuyết, (4) tái tạo nền sọ khuyết sau phẫu thuật cắt u (nhiều lớp bao gồm 2 lớp cân cơ, sụn vách ngăn và vạt mũi vách ngăn)

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, 90 trường hợp u vùng nền sọ trước được ứng dụng nội soi để điều trị cho kết quả khả quan, cải thiện về triệu chứng trên lâm sàng và cận lâm sàng ở Bảng 3. Trong đó có 44/90 trường hợp khối ở hố mũi đã xâm lấn vào màng cứng và vào não, cần phải cắt màng cứng và lấy khối u trong não, chúng tôi bao gồm một ê-kíp gồm chuyên khoa tai mũi họng với chuyên khoa ngoại thần kinh dùng nội soi qua mũi cắt phần u trong hố mũi đến màng não và cắt màng não ở vị trí gốc u xâm lấn vào não, lấy trọn khối u vùng nền sọ trước cả hố mũi và não, sau đó được tái tạo nền

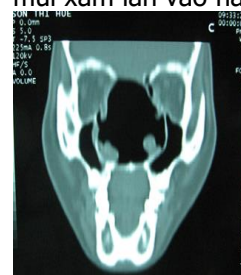
sọ nhiều lớp. Các trường hợp này đều cho kết quả tốt, các bệnh nhân được theo dõi với thời trung bình hiện nay là 72,73 tháng.



CTScan trước mổ:  
Schwanoma toàn bộ hố  
mũi xâm lấn vào não



MRI trước mổ: màng  
não còn



**Hình 3:** Khối u được lấy trọn qua nội soi

Một số trường hợp khối u xâm lấn ra da, xâm lấn mặt trước xoang hàm hoặc xâm lấn rộng vào hố mắt và ác tính,... thì quá khả năng của việc ứng dụng nội soi hay đúng hơn là chống chỉ định nội soi [5][8]. Chúng tôi kết hợp mổ hở, nên không đề cập trong nghiên cứu này.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và kinh nghiệm của chúng tôi, việc ứng dụng nội soi qua mũi trong điều trị các khối u nền sọ trước hoặc các sang thương ở nền sọ trước có kết quả khả quan và an toàn. Chúng tôi tin rằng sẽ phát triển mạnh việc ứng dụng nội soi trong điều trị các khối u nền sọ trước nói riêng và các sang thương nền sọ nói chung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Batra P. S. (2010)**, Minimally invasive endoscopic resection of sinonasal and anterior skull base malignant neoplasms. *Expert Rev Med Devices*, 7 (6), 781-91.
2. **Castelnuovo Paolo, Turri-Zanoni Mario, Battaglia Paolo, Bignami Maurizio, Bolzoni Villaret Andrea, Nicolai Piero (2013)**, Endoscopic Endonasal Approaches for Malignant Tumours Involving the Skull Base. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 1 (4), 197-205.
3. **Couldwell W. T., Kan P., Weiss M. H. (2006)**, Simple closure following transsphenoidal surgery. *Technical note. Neurosurg Focus*, 20 (3), E11.
4. **Lopez F., Suarez V., Costales M., Rodrigo J.**



- P., Suarez C., Llorente J. L. (2012), Endoscopic endonasal approach for the treatment of anterior skull base tumours. Acta Otorrinolaringol Esp, 63 (5), 339-47.
5. Nicolai P., Battaglia P., Bignami M., Bolzoni Villaret A., Delu G., Khrais T., Lombardi D., Castelnovo P. (2008), Endoscopic surgery for malignant tumors of the sinonasal tract and adjacent skull base: a 10-year experience. Am J Rhinol, 22 (3), 308-16.
6. Schroeder H. W. (2014), Indications and limitations of the endoscopic endonasal approach for anterior cranial base meningiomas. World Neurosurg, 82 (6 Suppl), S81-5.
7. Suzuki M., Sakurai H., Seno S., Hoshi J., Ogawa T., Arikata M., Tojima I., Kitanishi T., Tanaka H., Shimizu T. (2005), [Endoscopic resection of benign and malignant tumors in the nasal cavity and paranasal sinus]. Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho, 108 (7), 724-33.
8. Thaler E. R., Kotapka M., Lanza D. C., Kennedy D. W. (1999), Endoscopically assisted anterior cranial skull base resection of sinonasal tumors. Am J Rhinol, 13 (4), 303-10.
9. Zimmer L. A., Theodosopoulos P. V. (2009), Anterior skull base surgery: open versus endoscopic. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 17 (2), 75-8.

## KHẢO SÁT CUNG VÒM BÀN CHÂN CỦA SINH VIÊN VẬT LÝ TRỊ LIỆU – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC QUỐC TẾ HỒNG BÀNG NĂM 2020

Trần Thị Diệp\*, Huỳnh Văn Phát\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Cung vòm bàn chân là một trong những thành phần tác động đến dáng đi cũng như sự chịu sức của con người khi di chuyển, sinh hoạt, lao động và vui chơi giải trí. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá rằng người có cung vòm bàn chân khác nhau sẽ có những thay đổi trực của chi dưới và trực tiếp đến dáng đi. **Mục tiêu:** Xác định và phân loại cung vòm bàn chân của sinh viên khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng và tỉ lệ cung vòm bàn chân giữa nam và nữ theo các phương pháp đo cung vòm bàn chân. Cung vòm bàn chân có tác động hay không lên sự thay đổi với những yếu tố như: chân thuận, BMI và tuổi? **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 179 đối tượng tham gia (95 nam, 84 nữ) đang theo học tại khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng từ 09/2020 đến 11/2020. Các thông tin về chỉ số nhân trắc học được thu thập bằng cách đo lường trực tiếp. Các phương pháp đo như độ lệch gót (Rearfoot Ankle), góc vòm dọc (The Longitudinal Arch Angle) và chiều cao cung vòm (Arch Height Index). **Kết quả:** Tỷ lệ độ lệch gót (RFA) ở chân trái (75,98%) cao hơn so với chân phải, đối với góc vòm dọc (LAA) cung vòm cao chiếm (32,40%) hiện tại cung vòm bàn chân cao tăng dần ngược lại với cung vòm thấp chiếm (1,68%) ít hơn các nghiên cứu trước đó. Mỗi liên hệ giữa AHI và BMI có sự tương nghịch với nhau nếu như AHI tăng thì BMI sẽ giảm ( $p < 0,05$ ) với khoảng tin cậy 95% (từ -0,475 – (-0,044)). AHI liên quan đến giới tính khi AHI càng cao thì tỉ lệ có cung vòm bàn chân cao ở nữ sẽ

cao hơn so với nam giới ( $p < 0,05$ ) với khoảng tin cậy 95% (từ 0,033 – 0,55). Mô hình ANOVA xác định được chiều cao cung vòm (AHI) với các nhóm khác nhau như giới tính, tuổi, BMI, chân thuận. Kết quả cho thấy rằng có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về chiều cao vòm (AHI) với BMI và giới tính. **Kết luận:** Nghiên cứu về cung vòm bàn chân thực hiện trên sinh viên lứa tuổi từ 18 – 25 tại Đại học Quốc tế Hồng Bàng sẽ cung cấp các giá trị về mặt lâm sàng với những đối tượng có cung vòm bàn chân có nguy cơ ảnh hưởng đến trục cơ học chi dưới và cung vòm cao có nguy cơ ảnh hưởng đến các chấn thương vùng mắt cá chân được nêu ra trong nghiên cứu này.

**Từ khóa:** Cung vòm bàn chân, Trục chi dưới, Độ lệch gót (RFA), Chiều cao vòm (AHI), Góc vòm dọc (chiều cao cung vòm theo Longitudinal Arch Angle (LAA)).

### SUMMARY

#### SURVEY OF FOOT ARCHES OF STUDENTS IN PHYSICAL THERAPY DEPARTMENT AT HONG BANG INTERNATIONAL UNIVERSITY IN 2020

**Backgrounds:** The foot arches are one of the components affecting gait as well as strength when moving, daily activities, working and playing. Many studies around the world that people with different arches will have changes in the axis of the lower extremities to gait. **Objectives:** Determining and classifying foot arches of students of physiotherapy department at Hong Bang International University. The ratio of foot arches between men and women according to measurement methods. The arch of the foot has an impact on factors such as: dominant foot, BMI. **Methods:** A cross sectional study was conducted in 179 object of study of physiotherapy department at Hong Bang International University from September 2020 to November 2020. Anthropometric index information is collected by direct measurement. Measurement methods such as: Rearfoot Ankle (RFA), The Longitudinal Arch Angle (LAA), Arch Height Index (AHI). T-test and ANOVA

\*Đại Học Quốc Tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diệp

Email: dieptt@hiu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022