

BÀN LUẬN VỀ DẪN LƯU NÃO THẤT TRONG CHẢY MÁU TIỂU NÃO KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG Ở NGƯỜI CÓ TIỀN SỬ TĂNG HUYẾT ÁP

NGUYỄN QUANG LONG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiểu não không do chấn thương gây ra nhiều biến chứng thứ phát trong hệ thống não thất như: máu chảy vào não thất qua não thất IV, khối máu lấp kín não thất IV hoặc chèn ép não thất IV làm cản trở lưu thông dịch não tủy từ trên não thất chảy xuống gây hiện tượng tràn dịch não cấp...

Khối máu tụ chوán chỗ hố sọ sau đã gây tăng áp lực nội sọ, nếu có kèm theo cả máu hoặc ứ dịch trong não thất lại càng tăng thêm áp lực nội sọ dễ dẫn đến nguy hiểm tới tính mạng người bệnh.

Mục đích nghiên cứu:

1. Bàn về phương hướng dẫn lưu não thất để giảm tăng áp lực nội sọ trong chảy máu tiểu não.
2. Đánh giá kết quả các phương pháp dẫn lưu não thất trong chảy máu tiểu não.

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân Phạm Thị N, 56 tuổi

Không rõ tiền sử tăng huyết áp. Ba ngày trước khi đến viện có nhức đầu nhiều uống thuốc giảm đau không đỡ. Đêm ngày 17 - 7 - 2006 tự nhiên kêu la rồi mê man. Gia đình chuyển ngay đến bệnh viện huyện, rồi được chuyển lên bệnh viện tỉnh ở đây bệnh nhân được chụp sọ cắt lớp vi tính phát hiện chảy máu thùy giun đường kính 1,4cm (H1) và được chuyển đến bệnh viện Bạch Mai ngày 18 - 7 - 2006.

Tình trạng khí vào viên tri giác 13 điểm GCS mạch 100/phút HA 172/100mmHg.

Sáng hôm sau 19 - 7 - 2006 tri giác còn 8 điểm, chụp sọ CLVT kiểm tra thấy đây máu trong 2 não thất bên (H2) (bên trái nhiều máu hơn bên phải).

Bệnh nhân được mổ cấp cứu dẫn lưu não thất bên bên trái ra ngoài - sau mổ tình trạng bệnh nhân khá dần.

- 5 ngày sau mổ chụp sọ CLVT kiểm tra còn ít máu trong 2 não thất bên (H3) (có hình ống dẫn lưu trong não thất bên trái).

- 24 ngày sau mổ xuất viện - GOS = 3

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

1. Bàn luận về dẫn lưu não thất...

- Tổng kết trong 42 bệnh nhân được mổ chảy máu tiểu não do tăng huyết áp của chúng tôi tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai (2005 - 2010) cho thấy tỷ lệ biến chứng thứ phát vào hệ thống não thất như bảng sau:

Não thất	Bình thường	Tràn dịch	Máu vào não thất IV, III	Máu vào NT bên	Tổng số
Số BNhân	20	4	8	10	42
Tỷ lệ %	47,6%	9,5%	19%	23,8%	100%

Theo bảng trên thì 52,3% có máu vào não thất và tràn dịch não. Trong nghiên cứu 50 trường hợp chảy

máu tiểu não của Castel và Cs [2], các tác giả gặp 50% có máu vào não thất vào tràn dịch não. Zvi cohen và Cs [3] gặp 51,3%, Lê Văn Thịnh và Cs [1] gặp 65% máu vào não thất và tràn dịch não ở 60 bệnh nhân chảy máu tiểu não.

- Như vậy quá nửa các trường hợp máu vào não thất và tràn dịch não trong chảy máu tiểu não.

Máu vào não thất hoặc tràn dịch não nếu nhẹ chưa gây nguy hiểm đến tình trạng người bệnh thì vẫn có thể theo dõi điều trị nội khoa. Tuy nhiên nếu máu vào não thất ngày càng nhiều hoặc tràn dịch não thất ngày càng tăng làm tăng áp lực nội sọ trên lều có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh thì cần phải dẫn lưu não thất.

Việc chỉ định và phương pháp dẫn lưu não thất còn phụ thuộc vào kích thước khối máu tụ tiểu não, phụ thuộc vào vị trí của máu tụ và tình trạng tri giác của người bệnh: nếu tri giác lớn hơn 13 điểm Glasgow thì thường theo dõi điều trị nội khoa, nếu tri giác dưới 13 điểm và quá trình theo dõi thấy tri giác giảm dần cần đặt ra vấn đề phẫu thuật dẫn lưu não thất ra ngoài để giảm áp lực nội sọ trên lều.

Nếu máu tụ ở hố sau có đường kính dưới 3cm thì thường chỉ phải dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần và theo dõi tiếp. Nếu máu tụ hố sau có đường kính lớn hơn 3cm, thì ngay sau khi dẫn lưu não thất ra ngoài áp lực trên lều sẽ giảm so với áp lực dưới lều (vì còn khối máu tụ) nên dễ dẫn đến thoát vị não qua lỗ lều tiểu não đi lên (wapward herniation) trong trường hợp này các tác giả đều khuyên nên lấy bỏ khối máu tụ ngay sau khi dẫn lưu não thất.

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân chảy máu tiểu não không do chấn thương ở người có tiền sử cao huyết áp của chúng tôi cho thấy: có 13/42 (30,9%) bệnh nhân chỉ dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần; 9/42 (21,4%) dẫn lưu não thất ra ngoài đồng thời lấy bỏ khối máu tụ ngay và 20/42 (47,6%) bệnh nhân chỉ lấy bỏ máu tụ đơn thuần (là những bệnh nhân có đường kính máu tụ trên 3cm nhưng hệ thống não thất còn bình thường). Trong trường hợp dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần nếu quá trình theo dõi sau dẫn lưu thấy tri giác giảm dần cần chụp cắt lớp sọ kiểm tra vì để phòng máu chảy tiếp thì khối máu tụ sẽ to hơn trước, hoặc do tắc ống dẫn lưu thì não thất sẽ giãn hơn trước mở ở 15 trường hợp của chúng tôi lúc đầu chỉ dẫn lưu não thất đơn thuần sau phải mổ lại 2 trường hợp lấy bỏ máu tụ vì trên phim chụp cắt lớp kiểm tra sau mổ thấy khối máu tụ lớn hơn trước mổ dẫn lưu. Ở 37 bệnh nhân chảy máu tiểu não của Zvicohen và CS [3] có 19 bệnh nhân (51,35%) phải dẫn lưu não thất trong đó có 3 trường hợp dẫn lưu não thất trước khi mổ lấy bỏ máu tụ và 13 trường hợp

dẫn lưu não thất sau khi đã lấy bỏ máu tụ, còn 3 bệnh nhân khác vì tình trạng nặng nên chỉ dẫn lưu não thất, không can thiệp được gì thêm. Ở 20/42 trường hợp của chúng tôi chỉ phải lấy bỏ máu tụ đơn thuần (vì não thất bình thường) chúng tôi không gặp trường hợp nào phải dẫn lưu não thất sau mổ lấy máu tụ (vì không gặp biến chứng tràn máu hoặc giãn não thất sau mổ lấy máu tụ).

2. Đánh giá kết quả mổ

Qua kinh nghiệm ở 42 bệnh nhân của chúng tôi, kết quả sau mổ phụ thuộc vào: kính thước khối máu tụ; tri giác bệnh nhân khi mổ và phương pháp mổ...

Đánh giá kết quả sau mổ chúng tôi dựa vào thang điểm Glasgow ra viện (Glasgow Outcome Scale - GOS).

Bảng số dưới đây đánh giá tình trạng bệnh nhân khi ra viện tương quan với phương pháp mổ ở 42 bệnh nhân.

GOS Phương pháp mổ	GoS =1 (tử vong)	GoS=2 đời sống thực vật	GoS=3 Khá	GoS=4 Tốt	GoS =5 rất tốt	Tổng số
Dẫn lưu đơn thuần	1 (5,5%)	0	9 (69,2%)	3 (23%)	0	13
Lấy máu đơn thuần	2 (10%)	0	15 (75%)	3 (15%)	0	20
Dẫn lưu+lấy máu tụ	2 (22,2%)	0	6 (66,6%)	1 (11,1%)	0	9
Tổng số	5,9 (11,9%)	0	30 (71,4%)	7 (16,6%)	0	42

So sánh kết quả qua bảng trên cho thấy:

- Mổ lấy máu tụ đơn thuần kết quả khá (GoS = 3) đạt cao nhất (75%)

- Dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần, kết quả khá đúng bằng thứ 2 (69,2%)

- Dẫn lưu não thất đồng thời lấy bỏ máu tụ ngay kết quả khá (GOS= 3) kém hơn so với hai phương pháp mổ trên. (66,6%)

Như vậy chảy máu tiểu não có biến chứng thứ phát vào hệ thống não thất, tình trạng sẽ nặng hơn và kết quả sau mổ sẽ kém hơn.

KẾT LUẬN

Khi có biến chứng thứ phát vào hệ thống não thất trong chảy máu tiểu não về chỉ định mổ và phương pháp mổ khi.

- Tri giác dưới 13 điểm Glasgow và quá trình theo dõi thấy tri giác xấu dần.

+ Dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần, khi máu tụ tiểu não có đường kính dưới 3cm.

+ Dẫn lưu đồng thời mổ lấy bỏ máu tụ ngay khi máu tụ có đường kính \geq 3cm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Thính, Hà Hữu Quy (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, nguyên nhân và hướng xử trí của chảy máu tiểu não.

- Y học lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai số 31: 42 – 48.

2. Castel J.P and Kissel P. (1990). Spontaneous intracerebral and infratentorial hemrrhage.

- Neurosurgery, Youmans third edition - Chapter 62: 1890 - 1917

3. Zvi cohen, Zvi Ram et al (2002). Management and Outcome of non - traumatic cerebellar hemorrhage.

- Ecrebrovase Dis 14: 207 - 213.