

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 2017 - 2018

Ngô Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 91 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017 - 6/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $59,26 \pm 1,86$; tỷ lệ nam/nữ: 4/1; chấn thương sọ não là nguyên nhân chính (72,53%); 87,91% BN có điểm GCS ≥ 13 ; 72,5% BN có máu tụ một bên. Phẫu thuật bằng kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp chủ yếu được sử dụng. Kết quả lâm sàng khi theo dõi xa tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm ra viện. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là bệnh lý thường gặp trong chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Phẫu thuật với kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp an toàn, hiệu quả.

* Từ khoá: Máu tụ dưới màng cứng; Kết quả phẫu thuật.

Surgical Results of Chronic Subdural Hematoma at Viet Duc Hospital from 2017 to 2018

Summary

Objectives: To assess surgical treatment of chronic subdural hematoma. **Subjects and methods:** A cross-sectional, descriptive and retrospective study was conducted on 91 patients who were diagnosed with chronic subdural hematoma and performed surgery at Viet Duc Hospital from Jan 2017 to June 2018. **Results:** Mean age was 59.26 ± 1.86 ; male/female ratio was 4/1; the most common cause was trauma brain injury (72.53%); 87.91% of patients had GCS ≥ 13 ; 72.5% of patients had unilateral hematoma. The burr hole technique was the most common procedure in the cohort. The long-term follow-up results was better with significant difference compared to discharge time-point. **Conclusion:** The chronic subdural hematoma was one of the most common procedures in neurosurgery. The burr hole technique surgery was safe and effective.

* *Keywords:* Subdural hematoma; Surgical results.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là bệnh lý phổ biến nhất trong phẫu thuật thần kinh [1], gặp nhiều ở người cao tuổi

(> 70 tuổi) với tần suất khoảng 58 BN/100.000 dân [2]. Bệnh được mô tả đầu tiên bởi Virchow (1857). Tuy có rất nhiều phương pháp điều trị được đưa ra, cả nội khoa và ngoại khoa, nhưng kết quả

¹Bệnh viện Việt Đức

Người phản hồi: Ngô Mạnh Hùng (ngomanhhung2000@gmail.com)

Ngày nhận bài: 20/1/2021

Ngày bài báo được đăng: 25/3/2021

điều trị rất khác nhau giữa các nghiên cứu, ngay cả trong thời gian gần đây [3, 4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017 - 6/2018.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

91 BN được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017 - 6/2018.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán lâm sàng máu tụ dưới màng cứng mạn tính; được điều trị phẫu thuật; tham gia đầy đủ vào nghiên cứu, được khám lại đánh giá kết quả sau mổ.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN được chẩn đoán lâm sàng máu tụ dưới màng cứng mạn tính nhưng không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn còn lại.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

* *Các biến số nghiên cứu:*

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, tiền sử bệnh (nghiện rượu, dùng thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu), thời gian từ khi bị chấn thương cho đến khi được chẩn đoán.

- Lâm sàng: Thang điểm Glassgow (GCS) khi vào viện; các triệu chứng lâm sàng; xét nghiệm cận lâm sàng (INR, prothrombin).

- Đặc điểm hình ảnh học (CT hoặc MRI): Đặc điểm của khối máu tụ; độ dày khối máu tụ; mức độ đè đẩy đường giữa của khối máu tụ.

- Điều trị: Phương pháp phẫu thuật, kết quả điều trị, kết quả theo dõi xa.

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, với các thuật toán thống kê thông thường

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Đặc điểm chung	Giá trị (%)	
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$) (min - max)	59,26 \pm 1,86	Dao động: 4 - 90 tuổi
Giới (n, %)		
Nam	73 (80,22)	Nam/nữ: 4/1 p < 0,01
Nữ	18 (19,78)	
Nguyên nhân n (%)		p < 0,001
Không rõ nguyên nhân	14 (15,38)	
Chấn thương sọ não	66 (72,53)	
Sau phẫu thuật não	2 (2,20)	
Sau mổ máu tụ dưới màng cứng mạn tính	9 (9,89)	
Bệnh kèm theo (n, %)		
Không	87 (95,60)	
Thuốc chống đông/ngưng tập tiểu cầu	4 (4,40)	
Nghiện rượu	0 (0,00)	
Đái tháo đường	3 (3,30)	
Ung thư	1 (1,10)	

TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 3-2021

Điểm GCS khi vào viện		p < 0,001
< 13	11 (12,09)	
13 - 15	80 (87,91)	
Triệu chứng lâm sàng		
Đau đầu	67 (73,63)	
Liệt nửa người	18 (19,78)	
Thất ngôn	4 (4,40)	
Co giật/động kinh	1 (1,10)	

Bảng 2: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm.

Biến số nghiên cứu	Giá trị (%)	
Bên tổn thương (n, %)		p < 0,001
Một bên	66 (72,5)	
Cả hai bên	25 (27,5)	
Đường giữa bị đè đẩy (mm)	5,99 ± ,533	Dao động: 0 - 17 mm
Độ dày khối máu tụ (mm)	18,27 ± 0,688	Dao động 7 - 32 mm
Xét nghiệm ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)		Giới hạn bình thường
Tiểu cầu (1.000)	260,63 ± 9,28 (dao động 72 - 777)	150 - 350
INR (UI/l)	1,036 ± 0,11 (dao động 0,8 - 1,2)	0,8 - 1,2
Prothrombin (%)	96,35 ± 1,70 (dao động 70 - 140)	70 - 140

Bảng 3: Điều trị phẫu thuật.

Biến số nghiên cứu	Số BN	Tỷ lệ (%)	p
Phương pháp phẫu thuật			< 0,001
Khoan 1 lỗ	83	91,21	
Mở nắp sọ	8	8,79	
Thời gian lưu dẫn lưu (ngày)	3,28 ± 1,19 (1 - 10)		
Biến chứng			
Chảy máu	4	4,4	
Rối loạn điện giải	10	23,80	
Nhiễm trùng	1	1,1	

Tất cả BN đều được tiến hành bơm rửa máu tụ trong mổ. Sau mổ, 100% BN đều được nằm đầu ngang mức với ngực, dẫn lưu để thấp hơn đầu.

Trong 4 BN chảy máu sau mổ: 2 BN chảy máu từ màng cứng; 1 BN chảy máu ở vỏ não và 1 BN chảy máu da đầu.

Bảng 4: Kết quả điều trị theo GOS khi ra viện và khám lại.

Điểm GOS	Số BN (n, %)		p
	Khi ra viện	Khám lại	
5	80 (87,91)	85 (93,41)	0,018
4	6 (6,59)	4 (4,40)	
3	5 (5,49)	2 (2,20)	
2	0 (0,00)	0 (0,00)	
1	0 (0,00)	0 (0,00)	

Thời gian theo dõi trung bình là $16,89 \pm 4,87$ tháng (12 - 25 tháng).

BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính hiện là một trong những bệnh lý phổ biến trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh với tỷ lệ mắc ngày càng tăng [5]. Trong khi ở các nước phát triển, tần suất gặp bệnh lý này tăng lên do tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng, ở các nước đang phát triển như Việt Nam, chấn thương sọ não do tai nạn giao thông là nguyên nhân chính. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu từ các nước phát triển (Mỹ, châu Âu) là 70 - 90 [3, 6], trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,26, tương đương với nghiên cứu của Kitya và CS [5]. Điều này có thể được giải thích do cơ chế bệnh sinh của máu tụ dưới màng cứng mạn tính khác nhau ở các nước phát triển và đang phát triển. Tỷ lệ nam/nữ là 4/1 (bảng 1), nam chiếm 80,22%, tương tự kết quả của Kitya (72,8% là nam) [5], Kwon (70,8%) [7], Riwan (65,4%) [3].

Nguyên nhân thường gặp nhất là sau chấn thương sọ não (72,53%; $p < 0,001$). Đáng lưu ý tỷ lệ dùng thuốc chống đông trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp (4,4% BN dùng các thuốc này).

Hầu hết BN khi vào viện có điểm GCS ≥ 13 (87,91%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BN có điểm GCS < 13 ($p < 0,001$, bảng 1). Kết quả này tương tự báo cáo của Kwon và CS (76,6%) [7] hay Amirjamshidi (75,61%) [8] nhưng lại cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Kitya (66,2%) [5]. Tuy nhiên, tất cả nghiên cứu đều ghi nhận $> 50\%$ BN ở tình trạng tri giác tốt (GCS ≥ 13).

Đau đầu là triệu chứng lâm sàng thường gặp (73,63%); tiếp theo là liệt nửa người (19,78%). Kitya ghi nhận tỷ lệ BN có triệu chứng đau đầu, liệt nửa người lần lượt là 89,6% và 70,5% [5]. Điều này được giải thích do số BN có GCS ≥ 13 trong nghiên cứu của tác giả thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Kwon báo cáo số BN có triệu chứng liệt nửa người lên đến 57,8% [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, máu tụ ở một bên (phải hoặc trái) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với máu tụ ở hai bên ($p < 0,001$; bảng 2), tương đồng với báo cáo của Tugcu và CS [9].

Độ dày khối máu tụ là một trong những chỉ số quan trọng để chẩn đoán và điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày trung bình của máu tụ là $18,27 \pm 0,668$ mm (7 - 32 mm). Kwon thông báo 79,9% BN có độ dày máu tụ từ 10 - 30 mm [7]. Phân tích sâu hơn giữa 2 nhóm có hay không liệt nửa người, Moitei-Langroudi chỉ ra nhóm BN liệt nửa người có độ dày khối máu tụ cao hơn so với nhóm không liệt nửa người (22,8 mm so với 18,5 mm; $p = 0,001$). Bartek và CS cho thấy độ dày khối máu tụ nhỏ hơn thì nguy cơ tái phát thấp hơn, có ý nghĩa thống kê (22,0 so với 24,1 mm; $p < 0,01$) [10].

Mức độ chèn ép não còn thể hiện bởi tình trạng đường giữa bị đè đẩy, di lệch do khối máu tụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường giữa bị đè đẩy trung bình là $5,9 \pm 0,533$ mm (0 - 17 mm). Khi theo dõi 2 nhóm BN không tái phát và có tái phát máu tụ dưới màng cứng mạn tính, Bartek và CS không thấy sự khác biệt về mức độ đè đẩy đường giữa [10]. Trong nghiên cứu của Kwon, hầu hết BN có mức độ đè đẩy đường giữa từ 10 - 30 mm (79,9%) [7], cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Thể tích khối máu tụ là chỉ số Ridwan và CS [3] sử dụng trong đánh giá máu tụ dưới màng cứng trước mổ để so sánh và tiên lượng kết cục điều trị và nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, ở nước ta, BN có thể chụp phim ở các cơ sở khác sau đó đến khám, điều trị tại Bệnh viện Việt Đức nên chúng tôi không chụp lại phim (khi đã đủ để chẩn đoán), vì vậy không thể tính được thể tích khối máu tụ.

Phương pháp điều trị phẫu thuật chính trong nghiên cứu của chúng tôi là kỹ thuật 1 lỗ khoan (bảng 2). 8,79% BN được điều trị với kỹ thuật mở nắp sọ nhỏ khi máu tụ nhỏ, mỏng và máu tụ có nhiều vách.

Feghali và CS cho rằng kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất, hiệu quả cao nhất [11].

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được bơm rửa máu tụ trong mổ. Yuan và CS khi tổng kết y văn đã đưa ra kết luận: Có hay không có bơm rửa máu tụ cũng không ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát cũng như các biến chứng [12]; tuy nhiên chính tác giả lại cho rằng cần có thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng (RCTs).

Biến chứng gặp nhiều nhất là chảy máu (4,4%). Nguyên nhân chảy máu từ màng cứng (2 BN) là do cầm máu không tốt ở màng cứng trước khi mở vỏ não. Đây đều là những BN được điều trị bằng kỹ thuật khoan 1 lỗ với kích thước nhỏ (khoảng 1,5 cm). Vì vậy, khi mở màng cứng nếu không được cầm máu tốt, có thể dẫn đến chảy máu từ mép màng cứng ở mép của lỗ khoan. 1 BN chảy máu từ vỏ não do kỹ thuật đặt dẫn lưu không tốt, thành xương dày khiến độ sâu của lỗ khoan dài, dẫn lưu không nằm song song với bề mặt của vỏ não mà đi thẳng vào vỏ não gây chảy máu. Rút kinh nghiệm từ trường hợp này, với các trường hợp tương tự nên mở nắp sọ nhỏ để mở rộng vùng mở xương sọ để việc đặt dẫn lưu an toàn hơn. 1 BN chảy máu từ da đầu đi theo dẫn lưu vào trong não do sử dụng dẫn lưu kín, khi đặt dẫn lưu vào mạch máu dưới da đầu, chảy máu chỉ xuất hiện khi rút dẫn lưu. Với các trường hợp rối loạn điện giải sau mổ, chúng tôi cho rằng có thể là biến chứng sau mổ (do bơm rửa máu tụ) hoặc là do diễn biến tự nhiên của máu tụ dưới màng cứng mạn tính.

Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm GOS (bảng 4): Thời gian theo dõi sau điều trị trung bình là $16,89 \pm 4,87$ tháng; tình trạng lâm sàng chung của BN tốt dần lên, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$). Vì vậy, có thể kết luận phương pháp phẫu thuật khoan 1 lỗ, bơm rửa và dẫn lưu máu tụ có kết quả tốt ngay sau mổ cũng như theo dõi xa.

KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Tuổi thường gặp nhất là 50 - 60; nam chiếm đa số; máu tụ chủ yếu ở một bên. Điều trị phẫu thuật với kỹ thuật khoan 1 lỗ là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu W, NA Bakker, RJ Groen. Chronic subdural hematoma: A systematic review and meta-analysis of surgical procedures. *J Neurosurg* 2014; 121(3):665-673.
2. Mehta V, et al. Evidence based diagnosis and management of chronic subdural hematoma: A review of the literature. *J Clin Neurosci* 2018; 50:7-15.
3. Ridwan S, et al. Surgical treatment of chronic subdural hematoma: Predicting recurrence and cure. *World Neurosurg* 2019; 128:e1010-e1023.
4. Uda H, et al. Burr hole drainage without irrigation for chronic subdural hematoma. *Surg Neurol Int* 2020; 11:89.
5. Kitya D, et al. Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital. *Neurosurg Focus* 2018; 45(4):E7.
6. Motiei-Langroudi R, et al. Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma. *J Neurosurg* 2019; 131(6):1926-1930.
7. Kwon CS, et al. Predicting prognosis of patients with chronic subdural hematoma: A new scoring system. *World Neurosurg* 2018; 109:e707-e714.
8. Amirjamshidi A, et al. Outcomes and recurrence rates in chronic subdural haematoma. *Br J Neurosurg* 2007; 21(3):272-275.
9. Tugcu B, et al. Can recurrence of chronic subdural hematoma be predicted? A retrospective analysis of 292 cases. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg* 2014; 75(1):37-41.
10. Bartek J, Jr, et al. Predictors of recurrence and complications after chronic subdural hematoma surgery: A population-based study. *World Neurosurg* 2017; 106:609-614.
11. Feghali J, W Yang, J Huang. Updates in chronic subdural hematoma: Epidemiology, etiology, pathogenesis, treatment, and outcome. *World Neurosurg* 2020; 141:339-345.
12. Yuan Y, et al. Burr hole drainage and burr hole drainage with irrigation to treat chronic subdural hematoma: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(33):e11827.