

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỊ HỘI CHỨNG CHOÁN CHỖ NỘI SỌ MẠN TÍNH

**TÔN THẮT TRÍ DŨNG,
NGUYỄN DUY THĂNG, PHẠM NHƯ THẾ**
Bệnh viện Trung ương Huế

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hội chứng choán chỗ nội sọ mạn tính (HCCNSMT) (gồm các nguyên nhân như: u não, di căn não, áp xe não, máu tụ mạn tính,...) là một hội chứng thường gặp trên lâm sàng, ở mọi tuyến y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở. Tuy nhiên, việc chẩn đoán hội chứng choán chỗ nội sọ mạn tính thường khó khăn hơn nhiều so với chẩn đoán một trường hợp choán chỗ nội sọ cấp tính vì các triệu chứng ít rầm rộ, ít thu hút sự quan tâm của bệnh nhân và thầy thuốc. Việc bỏ sót chẩn đoán hay chẩn đoán muộn là điều có khả năng xảy ra, hậu quả là tỷ lệ tàn phế và tử vong cao, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Chúng tôi nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng của hội chứng choán chỗ nội sọ mạn tính nhằm giúp chẩn đoán hội chứng này trên lâm sàng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

+ Bệnh nhân điều trị tại khoa nội Thần kinh Bệnh viện Trung ương Huế, từ 2005-2009, được chụp Ctscan sọ não (không thuốc và có thuốc cản quang) xác định có khối choán chỗ nội sọ mạn tính (tiêu chuẩn vàng).

+ Thời gian mắc bệnh ≥ 3 tuần. Loại trừ các trường hợp bị hội chứng choán chỗ nội sọ cấp và bán cấp (< 3 tuần).

2. Phương pháp nghiên cứu:

+ Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

+ Sau khi xác định bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn bệnh, chúng tôi tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khai thác các triệu chứng thần kinh cơ năng và khám lâm sàng thần kinh phát hiện các dấu thần kinh khu trú.

+ Xử lý các kết quả thu thập được theo phương pháp thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 2005- 2009, có 83 trường hợp thỏa mãn các điều kiện chọn bệnh. Các kết quả cụ thể như sau:

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu theo tuổi, giới tính và địa dư

- *Về tuổi:* tuổi trung bình là 53 tuổi. Theo Tổ chức Y tế thế giới (2000) thì tuổi trung bình mắc u não là 54. Theo các nghiên cứu Lewis, nghiên cứu Malcolm M thì tụ máu DMC mạn tính chủ yếu ở tuổi >50 [1], [6]. Như vậy, độ tuổi trung bình mắc choán chỗ nội sọ mạn tính là 53 tuổi, cũng tương đồng với một số nghiên cứu.

- *Về giới:* tỷ lệ nam/nữ >1 , tuy nhiên không có ý nghĩa về phương diện thống kê ($p>0.05$). Nghiên cứu của Melissa L và cs, các khối choán chỗ nội sọ tân sinh và di căn có tỷ lệ nam/nữ = 1,4 [7].

- *Về địa dư:* ở thành thị có tần xuất mắc choán chỗ nội sọ 62,65% cao hơn nông thôn là 42,31% nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

	HCCNSMT (n=83)	p
--	----------------	---

Tuổi (năm)	53,46 ± 16,42		
Giới tính	Nam	45 (54,22)	$\chi^2 = 1,18$ p > 0,05
	Nữ	38 (45,78)	
Địa dư	Nông thôn	31 (37,35)	$\chi^2 = 10,63$ p > 0,05
	Thành thị	52 (62,65)	

2. Các triệu chứng thần kinh cơ năng

2.1. Nhức đầu

Từ bảng kết quả dưới cho thấy nhức đầu trong HCCNSMT có đặc điểm: ở vùng trán (67,47 %), khởi phát cơn vào sáng sớm (49,40 %) và/ hoặc nửa đêm về sáng (86,75 %), diễn tiến liên tục, dai dẳng và có cảm giác nặng trong đầu (97,59 %), mức độ đau là nhiều (48,19%), khi nằm đau tăng (59,04 %), không hoặc ít đáp ứng giảm đau với các thuốc kháng viêm không steroid (AINS) và an thần (AT) (90,36 %) nhưng đáp ứng rất tốt và lệ thuộc với Dexamethasone (100 %) ($p<0.01$).

Tần xuất nhức đầu do u não trong nghiên cứu của Hoàng Khánh và cs (2006) có tỷ lệ 96,89 % tương đồng với nghiên cứu chúng tôi là 98,3% [2]. Theo nghiên cứu của Pfund (1999) nhức đầu do u nội sọ kéo dài nhiều giờ, tăng dần theo thời gian. Tác giả cũng ghi nhận không có trường hợp nhức đầu theo nhịp hàng ngày [10]. Trong nghiên cứu của Schankin ở 85 bệnh nhân bị u não và di căn não, có > 50 % bệnh nhân sử dụng các thuốc AINS nhưng không có hiệu quả, có 45,9 % bệnh nhân sử dụng steroid và có hiệu quả [9]. Nghiên cứu chúng tôi thì nhức đầu không đáp ứng với AINS (90,36 %) nhưng đáp ứng tốt với Dexamethasone (100 %). Điều này được giải thích: tác dụng chống phù não của Dexamethasone rất hiệu quả trong phù não có nguồn gốc mạch máu, một dạng phù não chính trong choán chỗ nội sọ mạn tính [5].

Đặc điểm nhức đầu	HCCNS MT (n=83)	p
Tần xuất	98,3 %	
Vị trí - Trán	56 (67,47)	$\chi^2 = 124,03$ p < 0,01
Thời điểm khởi cơn - Sáng sớm - Nửa đêm về sáng	41 (49,40) 72 (86,75)	$\chi^2 = 109,00$ p < 0,01
Tính chất nhức đầu - Liên tục, dai dẳng, cảm giác nặng	81 (97,59)	$\chi^2 = 293,25$ p < 0,01
Cường độ nhức đầu - Nhiều	40 (48,19)	$\chi^2 = 76,20$ p < 0,01
Liên quan tư thế - Khi nằm đau tăng - Khi đứng giảm đau	49 (59,04) 18 (22,89)	$\chi^2 = 59,06$ p < 0,01
Đáp ứng với điều trị - Thuốc AINS, AT, không đỡ - Dexamethasone đỡ đau	75 (90,36) 83(100,0)	$\chi^2 = 183,94$ p < 0,01

2.2. Nôn mửa

Nôn và buồn nôn có tỷ lệ là 10,84 + 34,94+ 27,71= 73,49 Đáng lưu ý là nôn vọt (27,7%) và nôn xong nhức đầu giảm (20,48%) dù có tỷ lệ thấp nhưng đây là các biểu hiện liên qua đến tăng áp nội sọ. Nghiên cứu của Hoàng Khánh thì nôn có tỷ lệ 63,98%, thấp hơn so với chúng tôi [80]. Theo Monica Loghin, nhức đầu kèm nôn về đêm hoặc lúc sáng sớm gợi ý tổn thương choán chỗ nội sọ [8]. Nghiên cứu chúng tôi cũng có nhận xét tương tự.

	HCCNSMT (n=83) (%)	p
Chỉ buồn nôn	9 (10,84)	$\chi^2 = 14,68$ $p < 0,05$
Buồn nôn rồi nôn	29 (34,94)	
Nôn vọt	23 (27,71)	
Nôn xong nhức đầu giảm	17 (20,48)	
Nôn xong nhức đầu tăng	0 (0,0)	

2.3 Rối loạn ý thức

	HCCNSMT (n=83) (%)	p
Ý tưởng chậm chạp	80 (96,39)	$\chi^2 = 233,63$ $p < 0,01$
Lãnh đạm, thờ ơ	39 (46,99)	
Rối loạn trí nhớ	20 (24,10)	
Lú lẫn	17 (20,48)	
Ngủ gà	4 (4,82)	
Hôn mê	2 (2,41)	

Biểu hiện rối loạn ý thức là một trong biểu hiện thường gặp trong khối choán chỗ nội sọ theo một số nghiên cứu. Theo nghiên cứu Schankin có 37,6% có rối loạn trí nhớ, cao hơn so với chúng tôi là 24,1% [9]. Nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy, dạng rối loạn ý thức nhẹ nhất thường gặp là ý tưởng chậm chạp chiếm 96,39% ($p < 0,01$). Ở bệnh nhân có biểu hiện ý tưởng chậm chạp hay lãnh đạm thờ ơ mà không rõ lý do, một trong những nguyên nhân cần nghĩ đến là choán chỗ nội sọ mạn tính.

2.4 Các rối loạn chức năng não:

	HCCNSMT (n=83) (%)	p
Rối loạn hành vi nhân cách	58 (69,88)	$\chi^2 = 144,99$ $p < 0,01$
Rối loạn tâm thần	45 (54,22)	
Mất nhận thức	51 (61,45)	
Mất dùng động tác	25 (30,12)	
Thất vận ngôn (Broca)	6 (7,23)	
Động kinh	13 (15,66)	

Từ bảng kết quả cho thấy: rối loạn hành vi nhân cách (69,88%), mất nhận thức (61,45%) và rối loạn tâm thần (54,22%) là những rối loạn chức năng não trong choán chỗ nội sọ mạn tính ($p < 0,01$). Nghiên cứu Schankin có 37,6% biểu hiện rối loạn hành vi nhân cách và thất vận ngôn, 27,1% động kinh [9]. Nghiên cứu của Monica cũng đưa ra nhận xét: nhức đầu kèm chậm chạp, rối loạn nhân cách, động kinh,..gợi ý đến tổn thương thần kinh trung ương [8].

3. Các dấu thần kinh khu trú:

3.1 Sự xuất hiện liệt nửa người

Có 81,93% liệt nửa người xuất hiện từ từ (không có đột quy) ($p < 0,01$). Đặc tính này là do khối choán chỗ bành trướng dần theo thời gian, tương ứng trên lâm sàng liệt nửa người xuất hiện từ từ [11]. Đây là một đặc tính rất quan trọng trong choán chỗ nội sọ mạn tính, khác với choán chỗ nội sọ cấp tính là xuất hiện liệt nửa

người với tính chất "đột quy". Có 6,02% choán chỗ nội sọ mạn tính nhưng liệt nửa người xuất hiện với tính chất đột quy. Đây là 5 trường hợp u não và có xuất huyết trong u tạo ra biểu hiện liệt nửa người cấp.

Cách thức xuất hiện	HCCNSMT (n=83)(%)	p
Đột quy	5 (6,02)	$\chi^2 = 87,24$ $p < 0,01$
Không đột quy (từ từ)	68 (81,93)	

3.2 Liệt nửa người: vị trí, mức độ liệt, trương lực cơ và phản xạ gân xương

	HCCNSMT (n=83) (%)	p
Tần xuất liệt 1/2 người	58 (69,88)	$\chi^2 = 1,70$ $p > 0,05$
Liệt 1/2 người phải	25 (30,12)	
Liệt 1/2 người trái	33 (39,76)	$\chi^2 = 144,99$ $p < 0,01$
TLC tăng	48 (57,83)	
TLC bình thường	31 (37,35)	$\chi^2 = 144,99$ $p < 0,01$
TLC giảm	4 (4,82)	
PXGX tăng	48 (57,83)	$\chi^2 = 144,99$ $p < 0,01$
PXGX bình thường	31 (37,35)	
PXGX giảm	4 (4,82)	$\chi^2 = 144,46$ $p < 0,01$
Mức độ liệt		
+ Độ 0	2 (2,41)	
+ Độ 1	1 (1,20)	
+ Độ 2	9 (10,84)	
+ Độ 3	47 (56,63)	
+ Độ 4	1 (1,20)	
+ Độ 5	23 (27,71)	

Từ bảng kết quả, tần xuất liệt nửa người là 69,88% với liệt ở mức độ 3 (56,63%), trương lực cơ và phản xạ gân xương tăng và bình thường (57,83% và 37,35%) ($p < 0,01$). Tần xuất liệt nửa người không cao khiến việc chẩn đoán hội chứng choán chỗ nội sọ mạn tính khó khăn. Tổn thương trong choán chỗ nội sọ mạn tính chủ yếu là tổn thương kích thích nên liệt nửa người có trương lực cơ và phản xạ gân xương là tăng hay bình thường, khác với tổn thương hủy hoại (gây ra liệt mềm) trong choán chỗ nội sọ cấp. Đây là đặc tính quan trọng, liệt nửa người xuất hiện từ từ với phản xạ gân xương/trương lực cơ tăng hay bình thường gợi ý đến choán chỗ nội sọ mạn tính [4].

3.3 Các dấu hiệu khác:

	HCCNSMT(n=83)(%)	p
Dấu hiệu thóp		$\chi^2 = 39,42$ $p < 0,01$
Không có Hoffman chi trên	46 (55,42)	
Babinski	13 (15,66)	
Dấu tương đương	25 (30,12)	
Liệt thần kinh sọ	15 (18,07)	$\chi^2 = 138,98$ $p < 0,01$
Hội chứng tiền đình	67 (80,72)	
Hội chứng tiểu não	9 (10,84)	
	3 (3,61)	

Các dấu hiệu thóp có tần xuất rất thấp trong choán chỗ nội sọ mạn tính, chỉ 15% đến 30% theo nghiên cứu của chúng tôi. Có > 55% trường hợp không có dấu hiệu thóp. Đây cũng là một trong các đặc điểm không thuận lợi cho chẩn đoán choán chỗ nội sọ mạn tính. Liệt thần kinh sọ, ngoại trừ liệt VII trung ương (69,88%), liệt các dây thần kinh sọ khác như VII ngoại biên, dây III, VI có tỷ lệ thấp là khoảng 10%. Chính vì thế, khám phát hiện dấu thần kinh khu trú trong choán chỗ nội sọ mạn tính tỏ ra khó khăn nên dễ bị bỏ sót.

3.4 Các nguyên nhân choán chỗ nội sọ mạn tính

	HCCNSMT (n=83)	p
--	----------------	---

	(%)	
<i>U não</i>	40 (48,19)	$\chi^2 = 44,82$ $p < 0,01$
<i>Di căn não</i>	20 (24,10)	
<i>Áp xe não</i>	8 (9,64)	
<i>Tụ máu DMC mạn tính</i>	9 (10,84)	
<i>U não hố sau</i>	6 (7,23)	

Từ bảng kết quả cho thấy khối choán chỗ nội sọ mạn tính do tân sinh và di căn chiếm 48,19 + 24,10 + 7,23 = 79,50 %, tiếp theo là tụ máu DMC mạn tính 10,84 % và áp xe não 9,64 % ($p < 0.01$). Nghiên cứu của Alabedeen. Z (1989) có kết quả là khối choán chỗ nội sọ mạn tính do tân sinh và di căn chiếm 87%, không do tân sinh chiếm 13% [3]. Sự phân bố tỷ lệ này khác với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Alabedeen. Z còn có một tỷ lệ nhỏ u lao và dị dạng mạch não nhưng không có trường hợp nào là tụ máu DMC mạn tính, nhưng nghiên cứu chúng tôi có 10,84 % tụ máu DMC mạn tính. Có lẽ, điều này liên quan đến tệ nạn sử dụng bia rượu và tình hình tai nạn giao thông ở Việt Nam cao hơn ở Iran.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 83 trường hợp bị hội chứng choán chỗ nội sọ mạn tính, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

+ *Nhức đầu*: tỷ lệ 98,3%, có đặc điểm: vùng trán (67,47 %), khởi phát cơn vào sáng sớm (49,40 %) và/hoặc nửa đêm về sáng (86,75 %), diễn tiến liên tục, dai dẳng và có cảm giác nặng (97,59 %), khi nằm đau tăng (59,04 %), không hoặc ít đáp ứng giảm đau với thuốc kháng viêm không steroid (90,36 %), đáp ứng rất tốt và lệ thuộc với Dexamethasone (100 %) ($p < 0.01$).

+ *Buồn nôn và nôn*: tỷ lệ 73,49, nôn vọt (27,7%) và nôn xong nhức đầu giảm (20,48%) ($p < 0.05$).

+ *Rối loạn ý thức*: 96,39% ($p < 0.01$).

+ *Rối loạn hành vi nhân cách*: 69,88% ($p < 0.01$)

+ *Mất nhận thức*: 61,45% ($p < 0.01$).

+ *Rối loạn tâm thần*: 54,22% ($p < 0.01$)

+ *Mất dùng động tác*: 30,12 % ($p < 0.01$)

+ *Động kinh*: 15,66% ($p < 0.01$).

+ *Thất vận ngôn kiểu Broca*: 7,23%

+ *Liệt nửa người*: 69,88% có đặc điểm: liệt độ 3 (56,63%), trương lực cơ và phản xạ gân xương tăng và bình thường là 57,83% và 37,35 % ($p < 0.01$).

+ *Dấu hiệu tháp*: <30 %, > 55 % trường hợp không có dấu hiệu tháp ($p < 0.01$)

+ *Liệt thần kinh sọ não*: 10 %

+ *Nguyên nhân*: u não và di căn 79,50 %, tụ máu dưới màng cứng mạn tính 10,84 %, áp xe não 9,64 % ($p < 0.01$).

SUMMARY

Eighty- three patients with chronic intracranial space occupying lesions were analyzed for clinical features. The result of the study are below:

+ *Headache*: 98.3% of cases with characteristics: headache worsening in the early morning and after midnight are 49.40 % and 86.75 %, respectively ($p < 0.01$). Frontal headache 67.47 % ($p < 0.01$). Dull headache 97.59 % ($p < 0.01$). Headache gradually increase in time (96.39 %) and worsening at bedside position (59.04 %) ($p < 0.01$), well responsive to Dexamethasone and unresponsive to AINS ($p < 0.01$).

+ *Nausea and vomiting*: 73.49 of cases, in which especially projectile vomiting (27.7%) and decreased headache after vomiting (20.48%) ($p < 0.05$).

+ *Change in consciousness, personality, cognition and psychiatry* are 96.39%, 69.88%, 61.45% and 54.22%, respectively ($p < 0.01$)

+ *Apraxia*: 30.12 % , *seizure*: 15.66% and *Broca' dysphasia*: 7.23% ($p < 0.01$).

+ *Hemiparesis*: 69.88% of cases with hypertonia, hyperreflexia are 57.83% ($p < 0.01$). Pyramidal sign are less than 30 % of cases, > 55 % of cases without pyramidal sign ($p < 0.01$). Cranial nerve palsy: 10 %

+ *Causes*: brain tumors and metastasis, chronic subdural hematoma and brain abscess are 79.50 %, 10.84 % and 9.64 %, respectively ($p < 0.01$).

Keywords: Headache, Apraxia, brain tumors

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thị Liễu (2003), " Máu tụ dưới màng cứng mạn tính đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh- chuyên đề thần kinh*, 7, 1, tr: 106-110.

2. Hoàng Khánh (2006), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u não và dị dạng mạch não", *Đề tài cấp bộ*, Trường Đại học Y-Dược Huế

3. Alabedeen Z, Jamjoom B (1989), " Pattern of intracranial space-occupying lesions: The experience of the King Khalid University hospital", *Annals of Saudi Medicine*, 1, pp: 3-10.

4. Anthony Marmarou (2004), " The pathophysiology of brain edema and elevated intracranial pressure", *Cleveland clinic Journal of Medicine*, 71, suppl 1, pp. s6-s8.

5. Kaak, Evert C.A, Vecht (2004), " The mangement of brain edema in brain tumors: Brain and nervous system", *Current Opinion in Oncology* , 16 (6), pp. 593-600.

6. Malcolm M. C (1987), "Chronic subdural haematoma: a review of 114 cases", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 41, pp: 834-39.

7. Melissa L. Bondy, Michael E. (2008), "Brain tumor epidemiology: Consensus from the Brain Tumor Epidemiology Consortium", *Cancer*, 113 (7), pp: 1953-1968.

8. Monica Loghin, Victor A. Levin (2006), " Headache related to brain tumors", *Current treatment opinion in Neurology*, 10, pp: 21-31.

9. Schankin CJ, Ferrari U (2007), " Characteristics of brain tumour-associated headache", *Cephalalgia*, 27, pp: 904-911.

10. Pfund Z, Szapary L, Nagy F (1999), " Headache in intracranial tumors", *Cephalalgia*, 19, pp: 788-790.