

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT 58 TRƯỜNG HỢP MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG

VŨ VĂN HÒE - Khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện 103

TÓM TẮT :

Tác giả trình bày kết quả phẫu thuật 58 trường hợp máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật mở sọ giải áp tại khoa PTTK bệnh viện 103 từ 7/2007-7/2009. Kết quả nghiên cứu cho thấy 72,41% sống và hồi phục. Tỷ lệ tử vong là 27,59%. Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào điểm Glasgow, thời gian được mổ, khối lượng máu tụ và di lệch đường giữa trên phim CT Scan sọ não.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng, chấn thương

SUMMARY :

We present the surgical results of 58 cases with acute subdural hematoma causing by trauma, who underwent decompressive craniectomy at department of neurosurgery, 103 University Hospital from July 2007 to July 2009. The outcome of this series is

encouragement : 72,41% surviours with good recovery and moderate disability. The mortality rate is 27,59%. The outcome of treatment is related to factors such as the Glasgow coma scale score, golden time, volume of hematoma and midline shift on computed tomography scan evaluation.

Keywords: hematoma

ĐẶT VẤN ĐỀ :

Máu tụ dưới màng cứng(DMC) cấp tính do chấn thương là một tổn thương nặng, lâm sàng thường diễn biến rất nhanh và nặng nề ngay sau khi bị tai nạn.

Mặc dù ngày nay việc chẩn đoán sớm máu tụ cấp tính dưới màng cứng sau chấn thương không khó nhờ có máy CT scanner được trang bị ở hầu hết các bệnh viện lớn(kể cả tuyến tỉnh), nhưng việc điều trị còn nhiều khó khăn. Tỷ lệ tử vong rất cao(khoảng 20-90%

tùy theo tác giả [1, 2, 4]). Những bệnh nhân còn sống đôi khi cũng để lại di chứng nặng nề gây tổn thất lớn về tinh thần và kinh tế cho xã hội [6, 7, 8].

Việc phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương còn nhiều vấn đề chưa thống nhất về thời điểm phẫu thuật, chỉ định và phương pháp mổ. Trên cơ sở 58 trường hợp đã được mổ chúng tôi xin đánh giá kết quả phẫu thuật và rút ra vài nhận xét về một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật loại bệnh lý này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

1. Đối tượng nghiên cứu :

Gồm 58 trường hợp máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương đã được phẫu thuật tại bệnh viện 103 từ 7/2007-7/2009.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân :

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương và được điều trị bằng phẫu thuật.

Tuổi : Từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ :

Bệnh nhân có máu tụ DMC trên phim CT Scan sọ não nhưng lâm sàng quá nặng (G3-4đ), hay bệnh nhân tỉnh đường giữa không bị đẩy lệch, hoặc có đa chấn thương kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu : Mô tả tiến cứu cắt ngang, không đối chứng.

- Kỹ thuật mổ: Mở sọ giải áp rộng, lấy máu tụ, cầm máu triệt để, vá chùng màng cứng bằng cân cơ thái dương hoặc cốt mạc xương sọ. Bỏ nắp sọ gửi bảo

quản lạnh sâu tại ngân hàng mô Học viện Quân y.

- Đánh giá kết quả sớm sau mổ dựa theo thang điểm GOS(Glasgow Outcome Scale) của Jennet B và Bond M (1975) chia 5 mức độ :

+ Độ V: Phục hồi tốt: Trở lại cuộc sống bình thường.

+ Độ IV: Phục hồi khá - di chứng vừa : Bệnh nhân trở về cuộc sống gia đình nhưng để lại một số di chứng nhẹ : Đau đầu, mất ngủ...

+ Độ III: Di chứng nặng nề:Tính táo nhưng không còn khả năng trở lại cuộc sống tự sinh hoạt, có thể động kinh, liệt, loạn thần, thiếu hụt thần kinh và tàn phế.

+ Độ II: Sống thực vật (sống theo bản năng).

+ Độ I: Tử vong.

- Xử lý số liệu : các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm EPI.INFO 6.04D

KẾT QUẢ :

1. Kết quả sau mổ : (Theo GOS)

Bảng 1 : Kết quả sớm sau mổ

Kết quả BN mổ	Kết quả				
	V	IV	III	II	I
Số lượng	15	16	9	2	16
Tỷ lệ	25,86	27,58	15,52	3,45	27,59

Nhận xét : Kết quả hồi phục khá và tốt là 31/58 (53,44%), có 9/58 (15,52%) di chứng nặng, 2/58 (3,45%) sống nhưng hoạt động theo bản năng và 16/58 (27,59%) tử vong sau mổ.

2. Sự liên quan lứa tuổi và kết quả phẫu thuật:

Bảng 2 : Sự liên quan của lứa tuổi với kết quả phẫu thuật

Lứa tuổi	BN đã mổ		Kết quả theo GOS									
	SL	Tỷ lệ %	V		IV		III		II		I	
			SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
18-29	21	36,21	7	33,33	6	28,57	4	19,05			4	19,05
30-39	16	27,59	4	25	5	31,25	2	12,50	1	6,25	4	25
40-49	12	20,69	3	25	3	25	2	16,67			4	33,33
50-59	7	12,07	1	14,29	2	28,57	1	14,29	1	14,29	2	28,57
≥ 60	2	3,44	0								2	100
Tổng	58	100	15	25,86	16	27,59	9	15,52	2	3,44	16	27,59

Chúng tôi nhận thấy:

- Số bệnh nhân bị máu tụ cấp tính dưới màng cứng tập trung ở độ tuổi 18-49 tuổi 49/58 (84,48%) cao hơn hẳn nhóm tuổi ≥ 50 (9/58 chiếm 15,52%) với p<0,01.

- ở những bệnh nhân < 40 tuổi 37/58 (63,79%) sau mổ hồi phục khá và tốt 22/37 (59,49%), chỉ có 8/37 (21,62%) tử vong. Nhưng với bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên 9/58 (15,52%) hồi phục khá và tốt là 3/9 (33,33%) và có tới 4/9 (44,44%) tử vong. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3. Sự liên quan giữa kết quả sau mổ với khoảng thời gian bị tai nạn đến khi được mổ.

Bảng 3 : Kết quả sau mổ liên quan tới thời gian được mổ

Thời gian được phẫu thuật (tính theo giờ)	Sống và hồi phục (GOS : V-II)		Tử vong(GOS : I)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trước 4h	16	84,21	3	17,79	19	32,76
4-6 giờ	20	80	5	20	25	43,10
6-12 giờ	4	50	4	50	8	13,79
Sau 12 giờ	2	33,33	4	66,67	6	10,35

- Phần lớn bệnh nhân được mổ trước 6 giờ 44/58 (75,86%), nhưng vẫn còn 14/58 (24,14%) phải mổ muộn sau 6 giờ.

- Những bệnh nhân được mổ trước 4 giờ 19/58 (32,76%) khả năng sống và hồi phục cao 16/19 (84,21%) và chỉ có 3/19 (17,79%) tử vong. Tuy nhiên, nếu mổ sau 6 giờ 14/58 (24,14%) thì sống và hồi phục thấp 6/14(42,86%) và tử vong lên tới 8/14 (57,14%). Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

4. Tình trạng rối loạn ý thức liên quan đến kết quả phẫu thuật :

Bảng 4 : Kết quả sau mổ liên quan đến ý thức trước khi mổ

Điểm Glasgow trước mổ	Bệnh nhân mổ		Sống và hồi phục		Tử vong	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
5-8	41	70,69	28	68,29	13	31,71
9-12	17	29,31	14	82,35	3	17,65

Nhận xét :

- Phần lớn bệnh nhân được mổ trong tình trạng hôn mê $G \leq 8$ đ 41/58 (70,69%) chênh lệch rõ rệt với các bệnh nhân trong tình trạng ý thức lơ mơ $G 9-12$ đ 17/58 (29,31%) với $p < 0,01$.

- Nếu bệnh nhân trong tình trạng hôn mê, sau mổ hồi phục thấp 28/41 (68,29%) và tử vong cao 13/41 (31,71%), nhưng nếu chỉ lơ mơ, sau mổ hồi phục tốt 14/17 (82,35%) và chỉ có 3/17 (17,65%) tử vong. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

5. Chiều dày khối máu tụ và kết quả phẫu thuật:

Bảng 5: Sự liên quan giữa chiều dày khối máu tụ và kết quả phẫu thuật

Chiều dày khối máu tụ(mm)	Số bệnh nhân		Sống và hồi phục		Tử vong	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 5mm	11	18,96	9	81,82	2	18,12
5-10mm	19	32,76	14	73,68	5	26,32
> 10mm	28	48,28	16	57,14	12	42,86

Kết quả ở bảng 5 cho thấy:

- Chủ yếu bệnh nhân được mổ có chiều dày khối máu tụ $DMC > 10$ mm 28/58 (48,28%), nhưng cũng có 11/58 (18,96%) lượng máu tụ chỉ dày < 5mm nhưng vẫn được mổ.

- Lượng máu tụ càng lớn (dày > 10mm) sau mổ có 16/28 (57,14%) sống và hồi phục, song còn 12/28 (42,86%) tử vong. Trong khi đó nếu lượng máu tụ dày < 5mm thì sau mổ hồi phục cao 9/11 (81,82%) và chỉ có 2/11 (18,12%) tử vong. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

6. Mức độ di lệch đường giữa và kết quả phẫu thuật :

Bảng 6 : Sự liên quan giữa di lệch đường giữa và kết quả sau mổ .

Di lệch đường giữa (tính theo mm)	Số bệnh nhân		Sống và hồi phục		Tử vong	
	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %
≤ 8 mm	34	58,62	27	79,41	7	20,59
9-12mm	19	32,76	13	68,42	6	31,58
≥ 13 mm	5	8,62	2	40,00	3	60,00

- Đa số bệnh nhân được mổ đường giữa bị đè đẩy < 8mm 34/58 (58,02%). Chỉ có 5 trường hợp (8,62%) đường giữa bị đẩy trên 13mm.

- Đường giữa bị đẩy ≤ 8 mm sau mổ sống và hồi phục 27/34 (79,41%) chỉ có 7/34 (20,59%) tử vong. Nhưng nếu đường giữa bị đè đẩy > 13mm sau mổ chỉ có 2/5 (40%) hồi phục còn 3/5(60%) tử vong.

BÀN LUẬN:

1. Về lứa tuổi :

Kết quả ở bảng 2 cho thấy bệnh nhân bị máu tụ dưới màng cứng cấp tính chủ yếu xảy ra ở người ≤ 49 tuổi (49/58 bệnh nhân chiếm 84,48%). Đây là lứa tuổi lao động, không những thể lứa tuổi này phải đi lại, hoạt động nhiều trong điều kiện chấp hành luật lệ giao thông ở nước ta hiện nay còn chưa tốt vì thế nguyên nhân xảy ra tai nạn gây chấn thương sọ não nói chung và máu tụ cấp tính dưới màng cứng nói riêng là rất cao.

Tuy nhiên, khả năng hồi phục sau mổ ở những bệnh nhân còn trẻ hoặc trung niên (<40 tuổi) khá tốt với 22/37 (59,49%) hồi phục khá và tốt và chỉ có 8/37 (21,62%) tử vong. Nhưng với bệnh nhân trên 50 tuổi chỉ có 3/9 (33,33%) hồi phục tốt và có tới 4/9 (44,44%) tử vong. Rõ ràng là bệnh nhân càng lớn tuổi sau mổ càng khó hồi phục và dễ tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi không chủ trương mổ cho các bệnh nhân > 65 tuổi (cả 2 bệnh nhân đã mổ ở tuổi 61 và 63) vì chúng tôi có chung nhận xét với Servadei F (1997) ở các bệnh nhân này sau mổ tử vong là rất lớn. Một phần do tuổi cao, sức yếu, dễ bội nhiễm đường hô hấp, khó rút ống nội khí quản, một phần đã có teo não người già nên tổn thương não thường rất lớn vì thế khả năng hồi phục khó khăn [7].

2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

Chúng tôi nhận thấy kết quả sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố nhưng trước hết là tình trạng rối loạn ý thức của bệnh nhân và thời gian từ khi tai nạn đến khi được mổ.

Nếu bệnh nhân trong tình trạng hôn mê Glasgow ≤ 8 đ khả năng sống và hồi phục là 28/41 (68,29%) và 31/41 (31,71%) tử vong. Trong khi đó nếu ý thức lơ mơ sau mổ hồi phục tới 14/17% (82,35%) và chỉ có 3/17 (17,65%) tử vong. Do vậy, việc theo dõi ý thức của bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính có ý nghĩa hết sức quan trọng. Kinh nghiệm của chúng tôi thấy rằng cứ sau mỗi lần khám mà điểm Glasgow giảm 2-3 điểm thì nên chỉ định mổ mở sọ giải áp sớm nếu các biện pháp hồi sức nội khoa không có kết quả. Không nên để bệnh nhân rơi vào tình trạng hôn mê sâu mới mổ, khi đó khả năng tử vong rất cao. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chủ trương không mổ cho các bệnh nhân có Glasgow 3-4 điểm vì chúng tôi cũng có chung ý kiến với Servadei F (1997) những bệnh nhân này dù có mổ khả năng tử vong là rất lớn [7].

Khoảng thời gian từ khi bệnh nhân bị tai nạn đến khi được mổ cũng là một yếu tố rất quan trọng góp phần cứu sống bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu đã chỉ

ra rằng nên mổ sớm cho bệnh nhân trong vòng 4 giờ đầu và được gọi là “thời gian vàng” (Golden time). Seelig J.M và cộng sự (1981) thông báo kết quả phẫu thuật trong vòng 4 giờ đầu tỷ lệ tử vong là 30% sau 4 giờ là 90% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 19/58(32,76%) được mổ trước 4 giờ. Mặc dù vậy chúng tôi vẫn đạt được kết quả tương đối khả quan với tỷ lệ hồi phục chung khá và tốt là 31/38 (53,14%) và 16/58 (27,59%) tử vong. Sở dĩ có kết quả này một phần chúng tôi theo dõi rất sát bệnh nhân, nếu ý thức kém đi (điểm Glasgow giảm 2-3 điểm) là chỉ định mổ, không để tình trạng bệnh nhân rơi vào hôn mê mới mổ. Qua đây chúng tôi cũng nhận thấy việc cấp cứu, vận chuyển bệnh nhân ở nước ta đến các trung tâm phẫu thuật thần kinh lớn còn chậm do tình trạng giao thông chưa tốt vì thế việc đào tạo các bác sĩ có khả năng mổ cấp cứu chấn thương sọ não nói chung và máu tụ dưới màng cứng nói riêng ở các bệnh viện tuyến quân khu, quân đoàn, hay tuyến tỉnh và bệnh viện khu vực để đảm bảo mổ sớm cho bệnh nhân là điều hết sức cần thiết.

Đối với bệnh nhân bị máu tụ cấp tính dưới màng cứng, việc chụp CT Scan sọ não là một xét nghiệm có giá trị chẩn đoán xác định. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện khảo sát tất cả các yếu tố trên phim CT Scan sọ não nhưng các hình ảnh: Chiều dày khối máu tụ, mức độ di lệch đường giữa là 2 yếu tố chính chẳng những có giá trị trong việc chỉ định mổ mà còn có yếu tố tiên lượng.

Seelig J.M và cộng sự (1981), Swanchi S và cộng sự (2004) cũng như một số các tác giả khác cho rằng, đối với máu tụ dưới màng cứng cấp tính đơn thuần, nên mổ khi chiều dày khối máu tụ $\geq 10\text{mm}$ [6, 8]. Tuy nhiên, đối với các bệnh nhân bị máu tụ dưới màng cứng cấp tính hầu hết thường có gập não kèm theo[3, 4, 5, 8]. Máu tụ kết hợp với tổ chức não gập và phù não tiến triển là căn nguyên cơ bản gây tăng áp lực nội sọ tiến triển, đè đẩy đường giữa và có thể dẫn tới tụt kẹt não[3, 4, 5]. Chính vì thế một số tác giả vẫn chủ trương mổ cấp cứu khi lượng máu tụ nhỏ và đường giữa ít di lệch. Theo Becker và cộng sự (2003) khi đường giữa bị đẩy $< 5\text{mm}$ nếu theo dõi tri giác xấu đi nhanh thì cần mổ cấp cứu ngay. Trong khi đó Lee K.S và cộng sự (1992) nghiên cứu 90 bệnh nhân có máu tụ nhỏ $< 3\text{mm}$ trong 24 giờ sau tai nạn, phẫu thuật cấp cứu 86%[trích 1].

Trong nghiên cứu này chúng tôi mổ cả cho các bệnh nhân có máu tụ $< 5\text{mm}$ và 5-10mm. Kết quả ở bảng 5 cho thấy với 11/58 (18,96%) máu tụ $< 5\text{mm}$ mổ sớm tỷ lệ sống và hồi phục rất cao 81,82% và chỉ có 2/11 (18,12%) tử vong. Trong khi đó nếu máu tụ lớn $> 10\text{mm}$ 28/58 (57,14%) sau mổ sống và hồi phục chỉ có 16/28 (57,14%) và có tới 12/28(42,86%) tử vong. Rõ ràng là khối lượng máu tụ càng lớn sau mổ càng dễ tử vong và đây cũng là một yếu tố tiên lượng có giá trị.

Bảng 6 cũng cho thấy giá trị rất lớn đối với bệnh nhân chấn thương sọ não có máu tụ cấp tính dưới

màng cứng sau chấn thương. Nếu đường giữa bị di lệch $\leq 8\text{mm}$ (34/58 chiếm 58,62%) thì sau mổ sống và hồi phục 27/34 (79,41%) chỉ có 7/34 (20,59%) tử vong. Nhưng nếu đường giữa di lệch $> 13\text{mm}$ thì đây là một yếu tố tiên lượng bệnh nhân rất nặng với 5/58 (8,62%) bệnh nhân được mổ chỉ có 2/5 (40%) sống và hồi phục, tỷ lệ tử vong rất cao 3/5 (60%). Điều này minh chứng đường giữa bị đẩy lệch càng lớn nhất là trên 13mm thì tiên lượng bệnh nhân rất nặng, kết quả phẫu thuật không mấy khả quan[1, 2, 7].

KẾT LUẬN :

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương gặp chủ yếu ở tuổi lao động 18-49 tuổi: 84,48%. Phẫu thuật mở sọ giải áp lấy máu tụ kết hợp vá chùng màng cứng cứu sống nhiều bệnh nhân 72,41% sống và hồi phục trong đó khá và tốt là 53,44%. Tuy nhiên cũng có tới 27,59% tử vong. ở bệnh nhân trẻ dưới 40 tuổi sau mổ hồi phục tốt hơn với 59,49% khá và tốt. Mổ sớm trước 4 giờ làm giảm tỷ lệ tử vong xuống còn 17,79%. Ngoài ra tình trạng ý thức của bệnh nhân (điểm Glasgow), chiều dày khối máu tụ và mức độ di lệch đường giữa là những yếu tố tiên lượng rất quan trọng, có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1/ Đỗ Văn Dũng (2006): Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não kín. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Hà Nội, 2006.
- 2/ Nguyễn Thế Hào (1995): Góp phần chẩn đoán và xử trí sớm máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương sọ não kín. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Hà Nội, 1995.
- 3/ Jennett B; Bond M (1975): Assesement of outcome after severe brain damage, A Practical Scale. The lancet 1975: 480-489.
- 4/ Massaro F; Lanotte M; Faceani G; Triolo C (1996): One hundred and twenty seven case of acute subdural hematoma: Operated on, correlation between CT-scan findings and outcome. Acta Neurosurg, 1996; 138(2): 185-191
- 5/ Nolan S (2005): Traumatic brain injury, A review, criticare. Nuns, 2005 Apr – Jun; 28(2): 188-194.
- 6/ Leelig T.M; Becker D.P; Miller T.D et al (1981): Traumatic acute subdural hematoma : Major mortality reduction in comatose patients treated within four hour. Engl J Med, 1981 Jun 18; 304(25): 1511-1518.
- 7/ Servadei F (1997): Prognosis factors in severely head injury adult patients with acute subdural hematoma. Br J Neurosurg, 1997:3
- 8/ Swanchi S; Marmarou A; beumont A (2004): Acute subdural hematoma associated with diffuse brain inrujy and hypoxemia in the rat - Effect of surgical evacuation of the hematoma, J Neurotrauma 2004 May, 4(5): 63-73.