

PGS.TS Bùi Ngọc Tiến*

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Hòa Bình
*Tác giả liên hệ: bntien@daihochoabinh.edu.vn

Ngày nhận: 22/10/2021

Ngày nhận bản sửa: 27/11/2021

Ngày duyệt đăng: 20/12/2021

Tóm tắt

Máu tụ tự phát trong não ở bán cầu đại não do tai biến mạch máu não (TBMMN) biến chứng của bệnh tăng huyết áp (THA) là một biến chứng nặng cần được điều trị tích cực, trong đó điều trị nội khoa là chủ yếu. Tuy nhiên, có không ít trường hợp can thiệp phẫu thuật có thể cải thiện được tiên lượng bệnh.

Bài viết giới thiệu một số nhận xét và kinh nghiệm trên 50 trường hợp MTTPTN do THA đã được phẫu thuật tại Bệnh viện 19-8 bằng phương pháp: khoan sọ, chọc hút máu tụ và dẫn lưu...

Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow (tiếng Anh: Glasgow Coma Score, viết tắt GCS) và chụp CTScanner sọ não.

Việc chỉ định mổ phải căn cứ vào thể trạng, mức độ hôn mê, vị trí, thể tích khối máu tụ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị hiện có, v.v...

Từ khóa: Máu tụ trong não tự phát, phẫu thuật

Spontaneous intracerebral hematomas and role of surgery

Abstract

Spontaneous intracerebral hematomas (supratentorial) caused by chronic hypertension is a very severe complication of this disease which is needed an intensive case.

The medical treatment is very important but sometimes the surgical evacuation of the hematoma may improve the disease prognosis.

The article reports results of the comments and experience of more than 50 cases of spontaneous intracerebral hematomas in hypertensive patients operated on by surgical method: Burr hole, Aspiration, drainage... in the 19-8 Hospital.

On admission, all patients underwent a standard neurological examination (Glasgow Coma Scale - GCS) and a compute tomographic Scan.

The indication of surgical treatment is not easy because it depends on many criteria such as: The patient's age, general clinical condition, hematoma size and its location the pre-operative neurologic status, the neurosurgeon's skill and the instrumentation in operating room, etc.

Keywords: Spontaneous intracerebral hematomas, surgery

1. Đặt vấn đề

Chảy máu não (CMN) vẫn là một vấn đề thời sự được các nhà y học rất quan tâm do số lượng bệnh nhân (BN) lớn và tính chất nặng nề của hình thái bệnh lý này [1].

Máu tụ trong não (MTTN) do tai biến mạch máu não (TBMMN) biến chứng của bệnh tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý nặng cần được điều trị tích cực. Điều trị nội khoa là chủ yếu nhưng trong một số trường hợp MTTN gây chèn ép não nhiều, gây nên những thiếu sót thần kinh nặng... thì việc can thiệp ngoại khoa đúng lúc, lựa chọn kỹ thuật mổ thích hợp có thể cải thiện được tiên lượng

bệnh, cứu sống được bệnh nhân.

Việc lựa chọn phương pháp mổ phải căn cứ vào tình trạng chung của bệnh nhân, vị trí, kích thước ổ máu tụ, cơ sở vật chất và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định (bằng lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính) có máu tụ trong não biến chứng của THA, đã được điều trị tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 4/1998 đến tháng 4/2006.

Tuổi bệnh nhân: từ 20 đến 75.

Khu trú: MTTN ở bán cầu đại não.

Bảng 1. Tuổi của bệnh nhân (n=50)

Tuổi	< 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 75
Số BN	1	2	9	18	16	4
Tỷ lệ (%)	2	4	18	36	32	8

Bảng 2. Tỷ lệ vị trí khối máu tụ theo bán cầu não

Vị trí	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bán cầu não phải	36	72
Bán cầu não trái	14	28

Bảng 3. Tỷ lệ vị trí khối máu tụ theo thùy não

Vị trí	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thùy trán	3	6
Thùy đỉnh	16	32
Thùy thái dương	27	54
Thùy chẩm	4	8

Bảng 4. Thể tích khối máu tụ

Thể tích (cm ³)	> 20 - 30	> 30 - 40	> 40 - 50	> 50
Số BN	19	12	12	7
Tỷ lệ (%)	38	24	24	14

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Nghiên cứu hồi cứu

Dịch tễ học, các triệu chứng lâm sàng chính, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, chỉ định phẫu thuật và đánh giá kết quả.

2.2.2. Chỉ định mổ

- Tri giác: ≥ 7 điểm (theo thang điều GCS) hoặc tri giác xấu dần.

- Tổn thương thần kinh khu trú: Liệt thần kinh, rối loạn ngôn ngữ.

- Vị trí khối máu tụ: Ở tất cả các vị trí (cân nhắc MTTN ở vùng đồi thị hoặc nhân xám nền não).

- Kích thước ổ máu tụ: > 20 cm³.

- Thời gian mổ: Sau 72 giờ tai biến.

2.2.3. Phương pháp mổ

- Vô cảm: Tê tại chỗ bằng Lidocain 1% 5ml.

- Khoan sọ.

- Chọc hút máu tụ.

- Dẫn lưu kín (03 ngày).

2.2.4. Điều trị trước và sau mổ

Theo phác đồ thống nhất.

2.2.5. Đánh giá kết quả điều trị

Dựa theo bảng đánh giá kết quả điều trị sau mổ của Nhật Bản (1991)

- Trở lại hoạt động bình thường

(Normal activity).

- Di chứng nhẹ, tự lực được (Minor Disability).

- Di chứng vừa, cần được sự giúp đỡ (Moderate disability).

- Tàn phế nặng (Severe disability).

- Đòi sống thực vật (Vegetative).

- Tử vong (Death).

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Vị trí khối máu tụ

Bảng 2. Tỷ lệ vị trí khối máu tụ theo bán cầu não

Bảng 3. Tỷ lệ vị trí khối máu tụ theo thùy não

3.2. Thể tích khối máu tụ

Bảng 4. Thể tích khối máu tụ

3.3. Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Bảng 5. Các triệu chứng lâm sàng trước mổ

Bảng 6. Thời gian được phẫu thuật

Kết quả:

50/50 bệnh nhân (100%) được gây tê tại chỗ bằng Lidocain + Hồi sức.

Tử vong sau mổ: 0

Có 02 bệnh nhân sau mổ tri giác tiến triển chậm, gia đình xin chuyển viện điều trị tiếp.

Bảng 5. Các triệu chứng lâm sàng trước mổ

	Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tri giác (GCS)	7 - 9	37	74
	10 - 13	13	26
Rối loạn vận động	Liệt hoàn toàn 1/2 người	13	26
	Liệt không hoàn toàn 1/2 người	27	54
	Không liệt	10	20
	Rối loạn vận động ngôn ngữ	13	26

Bảng 6. Thời gian được phẫu thuật

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ (%)
Trước 3 ngày	3	6
Từ 3 - 6 ngày	35	70
Trên 7 ngày	12	24

4. Bàn luận

4.1. Lợi ích của điều trị ngoại khoa MTTN do TBMMN

Cũng như các tác giả trong nước và nước ngoài, chúng tôi thấy loại bệnh lý này điều trị nội khoa là chủ yếu... Nhưng ở một số trường hợp, nếu chỉ dừng lại ở điều trị nội khoa sẽ gặp một số khó khăn [2, 4].

- Nếu máu tiếp tục chảy, sẽ dẫn đến tử vong.
- Nếu “lọt não thất”, chảy máu dưới lều tiểu não..., dẫn đến nguy cơ tử vong rất cao.
- Khối máu tụ quá lớn (mặc dù máu đã ngừng chảy) nhưng tổ chức não quanh máu tụ bị chèn ép kéo dài vì phải “chờ” khối máu tụ tiêu (ví dụ: khối máu tụ có đường kính > 3cm, thời gian đó là khoảng 42 ngày).

- Nếu thực hiện được các phương pháp ít xâm phạm nhất như là chọc hút “Stereotaxis”, vi phẫu thuật, nội soi thần kinh có siêu âm dẫn đường... có thể làm giảm tối đa chấn thương do phẫu thuật gây nên.

4.2. Chỉ định phẫu thuật

Vấn đề chỉ định phẫu thuật chưa hoàn toàn thống nhất giữa các tác giả. Tuy nhiên, khi quyết định can thiệp ngoại khoa, cần phải tính đến các điều kiện: Kinh nghiệm của phẫu thuật viên, cơ sở vật chất, hồi sức và tình trạng của bệnh nhân.

Qua thăm dò của Medelow A.D (2001) về chỉ định phẫu thuật cho thấy ý kiến của các tác giả từ nhiều nước [4]:

- Các yếu tố được cân nhắc: Tri giác (theo thang điểm GCS); Liệt thần kinh, rối loạn ngôn ngữ; Kích thước khối máu tụ; Mức độ nông sâu của khối máu tụ; Máu tụ bán cầu não phải hay trái?; Tuổi bệnh nhân; Thời gian mổ.

- Mức độ tri giác: Tri giác xấu dần thì có chỉ định mổ, nếu không mổ sẽ tử vong. Đa số tác giả không mổ nếu GCS < 5.

- Liệt thần kinh, rối loạn ngôn ngữ: Đa số cho rằng không mổ nếu có ít rối loạn thần kinh nhưng nếu rối loạn thần kinh (bại, liệt) nặng lên thì chỉ định mổ.

- Vị trí khối máu tụ: Nhiều phẫu thuật viên không muốn mổ máu tụ ở vùng đồi thị hay ở vùng nhân xám nền não.

- Kích thước khối máu tụ:
Máu tụ < 20 cm3: 50% phẫu thuật viên không mổ; máu tụ > 20 cm3 - 85 cm3: 70% phẫu thuật viên đồng ý mổ.

Nếu khối máu tụ ở sâu hay ở bán cầu trội (trái) thì nhiều phẫu thuật viên ngần ngại mổ.

- Thời gian mổ:
Đa số phẫu thuật viên cho rằng lấy máu tụ ra sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong và rối loạn thần kinh. Đa số phẫu thuật viên cho rằng mổ sau 48 giờ có thể có kết quả khá hơn.

Thời điểm nào nên chọc hút lấy máu tụ? Phải kết hợp hài hòa 2 vấn đề: Một mặt, “phải càng sớm càng tốt” để giảm hiệu ứng choán chỗ của máu cục vì hiệu ứng này có thể làm tổn thương nhu mô não xung quanh; mặt khác, “phải càng chậm càng cần thiết” để nơi chảy máu có thể cầm lại được [8].

4.3. Về kỹ thuật mổ

4.3.1. Phương pháp mổ sọ kinh điển và trực tiếp lấy ổ máu tụ

Vẫn được áp dụng, tuy vậy, đây là phẫu thuật lớn và phải gây mê nội khí quản nên hậu phẫu rất nặng nề, nhất là ở bệnh nhân nặng, tuổi cao, bệnh phức tạp. Quan điểm của chúng tôi cũng như một số tác giả trong nước là rất

hạn chế dùng phương pháp này.

4.3.2. *Phương pháp khoan sọ, chọc hút lấy máu tụ, dẫn lưu dưới gây tê tại chỗ và hồi sức*

Đã được áp dụng khá rộng rãi trong nước và cho kết quả tốt, tỷ lệ tử vong rất thấp do cuộc mổ nhẹ nhàng, đơn giản, nhanh, ít xâm phạm tổ chức não... Hơn nữa, không cần lấy hết khối máu tụ, mà chỉ cần lấy phần lớn máu tụ, vừa làm giảm được hiệu ứng choán chỗ và ngừa được chảy máu tái phát.

4.3.3. *Phương pháp chọc hút máu tụ dưới hướng dẫn định vị (Navigation) có khung hoặc không khung, kết hợp tăng cường bơm chất tiêu sợi huyết (RtPA)*

Được áp dụng ở các trung tâm phẫu thuật thần kinh có kết quả khả quan [2, 7] (MISTIE II - Minimally Invasive Surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhagic evacuation).

4.3.4. *Nghiên cứu MISTIE III*

Áp dụng quy trình đặt dẫn lưu kín và tiêm thuốc tiêu sợi huyết tương tự MISTIE II nhưng liều alteplase được giới hạn với liều 1.0 mg/ liều/ 8 giờ; tối đa là 9 liều.

5. Kết luận

Máu tụ trong não do TBMMN được điều trị nội khoa là chủ yếu, nhưng có một số trường hợp điều trị phẫu thuật đem lại kết quả tích cực, hạn chế tử vong và di chứng cho bệnh nhân.

Chỉ định phẫu thuật cần được cân nhắc kỹ các yếu tố để đảm bảo được tác dụng tích cực của phẫu thuật.

Lựa chọn kỹ thuật mổ phù hợp với hoàn cảnh của từng bệnh viện và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong đó, phương pháp khoan hộp sọ hút máu tụ - dẫn lưu dưới gây tê tại chỗ là phương pháp dễ áp dụng có hiệu quả cao.

Tài liệu tham khảo

- [1]. Nguyễn Văn Đăng (1997), *Tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, tr.156-220.
- [2]. Nguyễn Quang Bài (2001), *Nhận xét kết quả bước đầu điều trị máu tụ trong não do TBMMN (Tăng huyết áp và dị dạng mạch) bằng chọc hút máu tụ*, Tạp chí Y học thực hành, số 1, tr.19-22.
- [3]. Castel J.P, Kissel P, 1990, Spontaneous intracerebral hemorrhage in Neurological Surgery. Julian R.Youmans, 3nded, W.B.Saunders Company, Ch.62, 1890-1917.
- [4]. Mendelow A.D, 2001, Indications for surgery with intracranial hamatoma, 12th World Congress of Neurosurgery, Sydney.
- [5]. Salvati M, Servoni L, Raco A, 2001, Spontaneous Cerebella hemorrhage, *Surgical Neurology*, 55, 156-161
- [6]. Võ Văn Nho, Trương Đà (2004), *Vai trò của ngoại khoa trong điều trị đột quỵ não ở người lớn tuổi*, Tạp chí Y học Việt Nam, 301: 251-256.
- [7]. Hanley DF et al (2016), Safety and efficacy of minimally invasive surgery plus alteplase in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE): a randomized, controlled, open-label, phase 2 trial, 15 (12): 1228-1237.
- [8]. Bernays RL, Kollias SS, Romanowski B, et al (2000), *Near-real-time Guidance Using Intraoperative magnetic Resonance Imaging for radical evacuation of Hypertensive Hematomas in the Basal ganglia*, Neurosurgery; 47, 1081-1090.