

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TRẦN MINH TRÍ

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ
MOYAMOYA BẰNG PHƯƠNG PHÁP
BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH NÃO
TRONG VÀ NGOÀI SỌ**

Chuyên ngành: Ngoại Thần kinh - Sọ não

Mã số: 62720127

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2015

Công trình được hoàn thành tại:

Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. TRẦN QUYẾT TIẾN

2. PGS.TS. NGUYỄN THI HÙNG

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án đã được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường họp tại: Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Kỹ thuật mổ vi phẫu bắc cầu động mạch trong và ngoài sọ là phẫu thuật tạo đường thông nối giữa động mạch thái dương nông, hoặc động mạch cảnh ngoài với động mạch não giữa. Phẫu thuật này được chỉ định trong các bệnh lý tắc nghẽn động mạch cảnh trong đưa đến giảm áp lực tưới máu não: bệnh lý moyamoya, tắc động mạch cảnh trong, hẹp động mạch não do xơ vữa, hoặc những bệnh lý cần phải thắt động mạch cảnh trong: túi phình khổng lồ, u sần sọ.

Ngày nay mặc dù có nhiều những tiến bộ trong can thiệp nội mạch thần kinh, cũng như kỹ thuật mổ vi phẫu trong điều trị bệnh lý mạch máu não và bệnh lý u sần sọ, nhưng vẫn chưa điều trị hiệu quả được một số bệnh cảnh đã mô tả trên, nên việc áp dụng kỹ thuật mổ bắc cầu động mạch là phương pháp điều trị được cho là thích hợp và có hiệu quả. Để thực hiện được kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kiến thức về các loại bệnh lý trên, và phải thuần thục kỹ thuật mổ vi phẫu nối mạch máu não. Với những phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng hiện đại như chụp mạch máu xóa nền bằng kỹ thuật số, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính, cắt lớp vi tính đa lát cắt có tái tạo mạch máu não, cộng hưởng từ có tái tạo mạch máu não, xạ hình đánh giá tưới máu não có diamox test giúp việc chẩn đoán chính xác tình trạng hẹp hoặc tắc nghẽn mạch máu não, cũng như đánh giá được tình trạng thiếu máu não trầm trọng và mất khả năng bù trừ, nhằm chọn lựa bệnh nhân và chỉ định một cách đầy đủ và chính xác trước khi phẫu thuật. Tuy nhiên theo các tài liệu đã tham khảo trong và ngoài nước, mặc dù phương pháp này được nghiên cứu và áp dụng rộng rãi trên thế giới, nhưng hiện nay ở nước ta chưa có một nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bắc cầu động mạch não đối với bệnh lý moyamoya.

Xuất phát từ những vấn đề trên nên việc thiếp lập một nghiên cứu chi tiết về áp dụng phương pháp phẫu thuật này là cần thiết. Đây cũng là vấn đề đặt ra của chuyên ngành phẫu thuật Thần Kinh

Đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh lý moyamoya. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lý moyamoya bằng phương pháp phẫu thuật bắc cầu động mạch não trong và ngoài sọ”*** với các mục tiêu:

(1). Nghiên cứu các yếu tố lâm sàng lâm sàng và hình ảnh học liên quan đến chẩn đoán bệnh moyamoya và chỉ định phẫu thuật bắc cầu động mạch não.

(2). Đánh giá hiệu quả điều trị của phẫu thuật bắc cầu động mạch não.

2. Tính cấp thiết của đề tài

- Bệnh moyamoya là một bệnh tắc nghẽn mạch máu não mãn tính tiến triển liên quan đến hẹp hoặc tắc đoạn cuối của động mạch cảnh trong hai bên, chỗ chia đôi phần gần của động mạch não trước và động mạch não giữa. Bệnh moyamoya cũng được đặc trưng bởi sự hình thành thứ phát các bất thường các mạng động mạch xuyên, được gọi là mạch máu moyamoya, gần các khu vực tương ứng với tắc nghẽn hoặc hẹp của động mạch đầu vắn và động mạch xuyên đôi thị. Sự tăng sinh quá mức của những mạch máu nhỏ tạo ra hình ảnh của một "làn khói" mờ được đặt tên "moyamoya" theo tiếng Nhật. Bệnh moyamoya cũng được gọi là "sự giảm sản hai bên của động mạch cảnh trong, hoặc phổ biến hơn là sự tắc nghẽn tự phát của đa giác Willis.

- Nghiên cứu này sẽ đóng góp trong việc cho việc chẩn đoán sớm, đánh giá hiệu quả của vi phẫu thuật cũng như khảo sát được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cũng như biến chứng của phẫu thuật.

- Ngoài ra một trong những mong đợi khác của nghiên cứu là so sánh kết quả nghiên cứu cũng như tỉ lệ các biến chứng với các tác giả khác trên thế giới, từ đó tìm ra được nguyên nhân của sự khác biệt đó.

3. Những đóng góp mới của luận án

- Nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị vi phẫu thuật bắc cầu động mạch não để chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả bệnh lý moyamoya.

- Phẫu thuật bắc cầu động mạch não trong và ngoài sọ là sự lựa chọn tối ưu ở bệnh nhân bệnh moyamoya ở giai đoạn suy giảm tưới máu não mất bù.

- Tình trạng bệnh nhân trước mổ và tiền sử đột quỵ và biểu hiện lâm sàng có liên quan đến kết quả phẫu thuật. Vì vậy, cùng với sự hỗ trợ của kính vi phẫu, lựa chọn phẫu thuật phù hợp với chỉ định sẽ cải thiện chức năng thần kinh của bệnh nhân, cũng như giảm tỉ lệ đột quỵ tái phát.

4. Bố cục luận án

Luận án có 117 trang, được bố cục thành 4 chương, gồm: Đặt vấn đề và Mục tiêu nghiên cứu (2 trang), Tổng quan tài liệu (44 trang), Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu (16 trang), Kết quả (20 trang), Bàn luận (29 trang), Kết luận và Kiến nghị (3 trang). Luận án có 23 bảng, 16 biểu đồ, 25 hình, 137 tài liệu tham khảo: 2 Tiếng Việt, 135 tài liệu nước ngoài và 03 phụ lục. Phụ lục danh sách bệnh nhân gồm 30 bệnh nhân (có xác nhận của phòng kế hoạch tổng hợp).

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Vài nét về tình hình nghiên cứu bệnh moyamoya

1.1.1. Ngoài nước

Bệnh moyamoya lần đầu tiên được mô tả trong các tài liệu y học Nhật Bản vào năm 1957 bởi Takeuchi và Shimizu. Tác giả báo cáo một người đàn ông 29 tuổi đã bị rối loạn thị giác kể từ 10 năm tuổi và động kinh kể từ năm 13 tuổi và sau này bị mù ở tuổi 24. Mù lòa của ông chỉ cải thiện một phần. Tắc động mạch cảnh trong 2 bên đã được xác định trên chụp động mạch não. Sinh thiết động mạch thanh quản

trên cho thấy một thay đổi nhỏ tăng sinh trong nội mô và lớp áo giữa. Các tác giả nghĩ rằng tắc là do thiếu sản phẩm sinh gây ra suy giảm tuần hoàn não. Thuật ngữ moyamoya (tiếng Nhật Bản là "làn khói") được đặt ra bởi Suzuki và Takaku vào năm 1969 để mô tả sự xuất hiện đặc biệt của các mạch máu bất thường tại đáy não trên chụp động mạch não. Kudo gọi là bệnh "tắc tự phát của đa giác Willis" vào năm 1968 từ một quan điểm giải phẫu bệnh lý, và tên này đã được chính thức chấp nhận sau này của Ủy ban Nghiên cứu của Bộ Phúc lợi và Y tế, Nhật Bản (RCMWHJ), được thành lập vào năm 1977. Kể từ phát hiện ban đầu của bệnh khoảng 50 năm trước, các đặc điểm lâm sàng của bệnh đã trở nên rõ ràng hơn. Bệnh đã được đưa ra giả các thuyết về hẹp, tắc động mạch, các vùng thiếu oxy não tạo ra tuần hoàn bàng hệ sâu bởi sự giãn nở của động mạch xuyên, cụ thể là các mạch máu moyamoya. Hiện tượng tái tuần này hoàn được cho là tạo ra bởi sự tăng sinh mạch máu.

Trên lâm sàng biểu hiện bệnh lý moyamoya ở trẻ em thường thấy với các cơn thiếu máu não, và người lớn biểu hiện thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết não. Tuy nhiên, quan điểm này gần đây cũng có nhiều tranh luận, tùy thuộc vào vị trí tắc nghẽn của của bệnh nhân. Bệnh moyamoya đã được báo cáo cao hơn trong dân số Nhật Bản trước đây, tuy nhiên quan điểm này cũng đã trải qua cuộc tranh luận gần đây, tùy thuộc vào dân tộc của bệnh nhân và nhân khẩu học hiện hành.

Trường hợp bệnh moyamoya điển hình thường biểu hiện với các tình trạng bệnh mạch máu não khác nhau bao gồm xuất huyết trong não, cơn thiếu máu não thoáng qua, nhồi máu não, và đôi khi động kinh. Bộ Y tế và Phúc lợi Nhật Bản đã xác định 4 loại bệnh moyamoya với những:

Thiếu máu cục bộ	63,4%
Xuất huyết não	21,6%
Động kinh	7,6%
Các biểu hiện khác	7,5%

Ngoài ra còn có trường hợp không có triệu chứng, trong đó bệnh moyamoya được tìm thấy tình cờ trên chụp mạch máu não. Như đã nêu trước đây, loại thiếu máu cục bộ chủ yếu là ở trẻ em, chiếm 69% trường hợp ở những bệnh nhân dưới 10 tuổi. Một số trường hợp liên quan đến ≥ 1 triệu chứng, trong đó có 40% bệnh nhân thiếu máu não thoáng qua và 29% với nhồi máu dẫn đến yếu vận động và rối loạn của ý thức, lời nói và cảm giác. Triệu chứng thiếu máu não này thường bị thúc đẩy bằng hoạt động gây tăng thông khí. Các triệu chứng có thể xuất hiện nhiều lần và có thể dẫn đến mất vận ngôn, mù vỏ não, hoặc, trong nhiều năm khởi phát, thậm chí là một tình trạng đòi sống thực vật. Tình trạng của bệnh thường dẫn đến chậm phát triển tâm thần và chỉ số IQ thấp, đặc biệt là ở trẻ em.

1.1.2. Trong nước

Hiện nay chưa có nghiên cứu trong nước công bố nghiên cứu về phẫu thuật bắc cầu động mạch não điều trị bệnh lý moyamoya. Điều trị phẫu thuật bắc cầu động mạch não lần đầu tiên phẫu thuật thành công điều trị bệnh lý moyamoya do Giáo sư Suzuki thực hiện vào tháng 11 năm 2005 tại bệnh viện Chợ Rẫy, và phẫu thuật bắc cầu điều trị bệnh lý tắc động mạch cảnh trong do bác sĩ Kensuke Suzuki (thuộc đại học Tsukuba) thực hiện năm 2008 cũng tại bệnh viện Chợ Rẫy, cả hai trường hợp này tình trạng bệnh nhân cải thiện vận động sau khi mổ.

1.2. Sơ lược về giải phẫu

1.2.1. Giải phẫu động mạch não giữa:

1.2.1.1. Đoạn M1:

Đoạn M1 xuất phát từ chỗ chia đôi động cảnh trong thành động mạch não trước và não giữa, chạy ra bên và lên trên trong hốc sâu của khe sylvian vòng qua đỉnh thùy đảo hình thành nên góị động mạch. Góc trung bình của góị động mạch là 97 độ (thay đổi từ 90-130 độ). Khoảng cách trung bình của góị động mạch đến thùy đảo

khoảng 4,8 mm (thay đổi từ 2-9 mm). Đường kính trung bình của đoạn M1 là 3,21 mm (thay đổi từ 2,6-4 mm), và chiều dài trung bình là 23,4 mm (thay đổi từ 15-38 mm).

1.2.1.2. Đoạn M2:

Đoạn M2 gồm những thân động mạch nằm trên thùy đảo và cung cấp máu nuôi cho thùy đảo. Đoạn này bắt đầu tại mỏm gôi, thân động mạch não giữa chạy qua phần dưới của thùy đảo và kết thúc tại rãnh vòng đảo của thùy đảo. Động mạch não giữa đoạn này chia thành thân trên và thân dưới. Thân trên lớn hơn thân dưới trong 35% bán cầu não, 2 thân bằng nhau trong 15% bán cầu não, thân dưới lớn hơn thân trước trong 50% bán cầu não. Đường kính trung bình của thân trên là 2.51mm (thay đổi từ 1.6 đến 3mm), đường kính trung bình của thân dưới là 2.35 (thay đổi từ 1.3 đến 3mm).

1.2.1.3. Đoạn M3:

Đường đi của nhóm động mạch đoạn M3 bắt đầu từ rãnh trước, trên và dưới quanh thùy đảo tiếp tục chạy dọc và ẩn sau mặt trong của vùng nắp và kết thúc tại bề mặt của rãnh sylvian. Những nhánh hình thành nên M3 chạy sát nhau và qua bề mặt vùng trán đỉnh, vùng nắp thái dương để đến phần nông nhất của rãnh sylvian. Những nhánh đi thẳng đến não trên rãnh sylvian qua 2 vòng lượn 180 độ. Vòng lượn thứ nhất tại rãnh vòng đảo, ở đó những mạch máu chạy hướng lên băng qua bề mặt thùy đảo uốn lượn 180 độ và đi xuống qua mặt trong của năm trán đỉnh.

1.2.1.4. Đoạn M4:

Đoạn M4 là sự hình thành của các động mạch vỏ não. Những động mạch này bắt đầu từ bề mặt rãnh sylvian trải dài trên mặt vỏ não của bán cầu não. Có nhiều rất nhánh hướng lên và xuống sau khi chạy ra khỏi rãnh sylvian. Những nhánh giữa chạy ra sau dần dần khỏi rãnh sylvian, những nhánh sau chạy hướng ra sau gần giống như hướng trục của rãnh sylvian.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Trường hợp bệnh moyamoya điển hình thường biểu hiện với các tình trạng bệnh mạch máu não khác nhau bao gồm xuất huyết trong não, cơn thiếu máu não thoáng qua, nhồi máu não, và đôi khi động kinh. Bộ Y tế và Phúc lợi Nhật Bản đã xác định 4 loại bệnh moyamoya với những:

Thiếu máu cục bộ	63,4%
Xuất huyết não	21,6%
Động kinh	7,6%
Các biểu hiện khác	7,5%

Ngoài ra còn có trường hợp không có triệu chứng, trong đó bệnh moyamoya được tìm thấy tình cờ trên chụp mạch máu não. Như đã nêu trước đây, loại thiếu máu cục bộ chủ yếu là ở trẻ em, chiếm 69% trường hợp ở những bệnh nhân dưới 10 tuổi. Một số trường hợp liên quan đến ≥ 1 một triệu chứng, trong đó có 40% bệnh nhân thiếu máu não thoáng qua và 29% với nhồi máu dẫn đến yếu vận động và rối loạn của ý thức, lời nói và cảm giác. Triệu chứng thiếu máu não này thường bị thúc đẩy bằng hoạt động gây tăng thông khí. Các triệu chứng có thể xuất hiện nhiều lần và có thể dẫn đến mất vận ngôn, mù vỏ não, hoặc, trong nhiều năm khởi phát, thậm chí là một tình trạng đòi sống thực vật. Tình trạng của bệnh thường dẫn đến chậm phát triển tâm thần và chỉ số IQ thấp, đặc biệt là ở trẻ em.

1.4. Hình ảnh học:

1.4.1. Chụp cắt lớp vi tính:

Chụp cắt lớp vi tính là kỹ thuật nhanh chóng, dễ dàng, có sẵn, và thường là đánh giá đầu tiên của một bệnh nhân bị một cơn đột quy cấp tính. Chụp CLVT tương đối không nhạy với nhồi máu cấp tính trong 24 giờ đầu tiên, nhưng có thể có hiệu quả loại trừ trường hợp cấp cứu ngoại thần kinh như xuất huyết não và các thương tổn choáng chỗ lớn. Nhồi máu, thường phân bố ở vùng cung cấp máu

nuôi giữa các vùng não, đầu tiên xuất hiện như là một sự mất ranh giới giữa chất xám và chất trắng, trở thành dần dần dễ xác định với đậm độ thấp hơn, tỉ lệ phát hiện thương tổn nhồi máu trong 3 giờ đầu < 67% với độ nhạy 31%, tuy nhiên tỉ lệ phát hiện trên CLVT tăng lên 82% vào giờ thứ 6.

1.4.2. Chụp cộng hưởng từ:

Chụp CHT và CHT mạch máu có thể chứng minh tổn thương nhỏ dưới vỏ não thường không phát hiện thấy trên CLVT. Chụp CHT hình ảnh đã chứng tỏ hữu ích bởi vì bệnh moyamoya thường xuyên liên quan đến nhồi máu nhỏ và đa ổ. Các phương thức hình ảnh này cho phép hình dung phần tắc nghẽn của động mạch cảnh trong. Mạch máu moyamoya xuất hiện rõ và bất thường mạch CHT chụp động mạch hoặc là một khoảng trống tín hiệu CHT.. Chụp CHT mạch máu bị giới hạn ở độ phân giải và đánh giá hướng dòng chảy. Nhìn chung, CHT và CHT động mạch là phương pháp tốt để phát hiện bệnh moyamoya, đặc biệt là khi nó là trong giai đoạn 3 hoặc 4, nhưng không hiệu quả trong việc đánh giá giai đoạn bệnh 1 và 2.

1.4.3. Chụp mạch máu não:

Chụp mạch máu xóa nền được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiều bệnh lý mạch máu não khác nhau. Có nhiều nghiên cứu so sánh với nhiều kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác, trong các loại bệnh lý mạch máu não như hẹp động mạch, tắc động mạch, phình bóc tách động mạch, dị dạng động tĩnh mạch nhỏ, viêm mạch máu, cho thấy tuân hoàn bằng hệ độ phân giải, độ nhạy, độ chuyên của CMMNXN bằng hoặc hơn hẳn các kỹ thuật không xâm lấn khác.

Chụp kỹ thuật số xóa nền là một thủ thuật xâm lấn có thể gây ra nhiều biến chứng trầm trọng như đột quy và tử vong. Trong các nghiên cứu lớn cho thấy tỉ lệ di chứng nặng và tử vong < 1%. Không thể thực hiện được ở bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang, suy thận.

1.4.4. Xạ hình tưới máu não

- Chụp xạ hình tưới máu não, đánh giá tưới máu não bằng đồng vị phóng xạ toàn bộ não cung cấp hình ảnh tưới máu, đánh giá lưu lượng tuần hoàn não và khả năng tồn lưu máu não trong nghiên cứu bệnh lý moyamoya. Hạn chế chính của nó là có độ phân giải thấp. Kỹ thuật này thực hiện bằng cách tiêm một hoạt chất phóng xạ như Tc99m-hexamethyl propyl enamine oxime, Tc99m bicisate ethyl cysteinate dimer, và ¹²³I-iodoamphetamine, và có thể xuyên qua hàng rào máu não và lưu lại ổn định một thời gian đủ để cho phép ghi lại hình ảnh của bức xạ gamma. Có 2 giai đoạn ghi hình khác nhau ở thì nghỉ và thì có thuốc giãn mạch (gọi là diamox test). Các diamox test giúp xác định dự trữ lưu lượng máu não và do đó giúp theo dõi các giai đoạn tiến triển của bệnh.

1.5. Điều trị: Phẫu thuật là phương pháp điều trị lựa chọn.

1.5.1. Đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật

* Đánh giá tình trạng bệnh nhân về: tuổi, tổng trạng, bệnh lý kèm theo, tiền sử, chức năng gan thận, tình trạng đông máu, tình trạng huyết học... qua đó biết được các yếu bất lợi để tiên lượng cho phẫu thuật, xác định thời điểm thuận lợi cho phẫu thuật.

* Đánh giá mức độ xuất huyết não hoặc tổn thương thiếu máu não, nhồi máu não (qua hình ảnh học)

- Xác định mức độ hẹp động mạch não
- Xác định cầu nối động mạch thái dương nông

Với việc đánh giá trên cho phép chúng ta tiên lượng được khả năng thực hiện thành công cầu nối.

Những bệnh nhân được lựa chọn chỉ định phẫu thuật theo một số tiêu chuẩn nhất định: triệu chứng lâm sàng phù hợp với những sang thương trên hình ảnh học, điều trị nội khoa tối đa nhưng vẫn không đáp ứng, triệu chứng lâm sàng không cải thiện, giảm tưới máu não ở vùng tổn thương và đáp ứng với thuốc giãn mạch (diamox test), hay

gọi là có hiện tượng cướp máu (thiếu máu não lan rộng sau khi tiêm thuốc giãn mạch), đánh giá cẩn thận các nguy cơ bệnh toàn thân và bệnh lý tim mạch đi kèm, CMMNXN để xác định chẩn đoán cũng như đánh giá các động mạch có thể thực hiện cầu nối. Các chẩn đoán hình ảnh học cần thực hiện:

a. Chụp mạch máu xóa nền để xác định chẩn đoán cũng như đánh giá động hình dạng, kích thước động mạch thái dương nông nhánh trán và nhánh đỉnh, động mạch não giữa.

b. Cộng hưởng từ: Xác định vị trí nhồi máu và, biểu hiện thiếu máu lan rộng.

c. Chụp cắt lớp vi tính xác định tình trạng xuất huyết não thất, hạch nền.

Xạ hình tưới máu não có diamox test: đánh giá huyết động học, lượng tưới máu não đo bằng đơn vị cc/100g/phút, đầu tiên bệnh nhân được ghi hình tưới máu não ở trạng thái nghỉ (qui ước), sau đó bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch 1g diamox và 20 phút sau, ghi lại hình tưới máu não ở trạng thái có thuốc giãn mạch (stress), so sánh sự khác biệt tưới máu não giữa hai thời điểm để xác định khả năng tồn lưu máu não, hay còn gọi hiện tượng cướp máu.

1.5.2. Các đường mổ (Phương pháp phẫu thuật)

Có 2 đường mổ được sử dụng trong phẫu thuật bắc cầu động mạch não, tùy thuộc vào thói quen của từng phẫu thuật viên.

1.5.3. Biến chứng phẫu thuật:

Máu tụ nội sọ dưới màng cứng, phù não sau phẫu thuật, rò dịch não tủy, viêm màng não, động kinh.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được chọn lựa trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý moyamoya, và được phẫu thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy, từ 06/2008 đến tháng 12/2014.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhưng không được điều trị phẫu thuật hoặc được điều trị bằng phương pháp khác không được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Những bệnh nhân trong lô nghiên cứu này được hồi cứu theo phương pháp mô tả hàng loạt ca.

Số liệu được phân tích và lưu trữ trên phần mềm SPSS 22.0.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.1. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian bắt đầu và kết thúc thu thập số liệu: Từ 01/06/2008 đến 31/12/2014.

- Thời gian theo dõi từ khi bắt đầu thu thập số liệu (tháng 01/2008) đến khi kết thúc thu thập số liệu (tháng 12/2014) mười hai tháng.

2.3.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Phẫu thuật Thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy.

2.3.3. Công cụ nghiên cứu

- Chẩn đoán bệnh moyamoya theo hướng dẫn của Bộ Y Tế và phúc lợi Nhật Bản.

- Xác định chỉ định phẫu thuật dựa trên xạ hình tưới máu não.

- Bảng thu thập số liệu: gồm bộ câu hỏi đã soạn sẵn để thu thập các biến số nghiên cứu.

2.3.4. Phương tiện và trang thiết bị

- Máy chụp cắt lớp vi tính Siemens 64 lát cắt.

- Máy chụp cộng hưởng từ Siemens 1.5 Tesla.

- Máy chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền.

- Kính vi phẫu thuật Leica F50, Zeiss OPMI Vario S88.

2.3. Lưu trữ và phân tích số liệu

Tiến hành mã hóa dữ liệu theo qui ước cho từng biến số và toàn bộ số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS

22.0. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng phân phối và biểu đồ minh họa.

Phân tích thống kê:

Thống kê mô tả:

- Biến số định tính: tần số, tỷ lệ phần trăm.
- Biến số định lượng: tính giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{x} \pm SD$).

Thống kê phân tích:

- Dùng phép kiểm Chi bình phương so sánh các tỷ lệ.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Trong thời gian nghiên cứu từ 09/2008 đến 12/2014, có 30 trường hợp phẫu thuật bắc cầu động mạch não được thực hiện tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình 35,9, tuổi nhỏ nhất 7, tuổi lớn nhất 56.

- Nam chiếm đa số ở các nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi 30-39 chiếm 20%, riêng nữ nhiều hơn nam ở nhóm tuổi 40-49 chiếm 16,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh nhân nhập viện với thang điểm GCS thấp nhất là 9, cao nhất là 15 điểm. Đa số bệnh nhân đến bệnh viện với lâm sàng tốt GCS từ 13-15 có 18/30 trường hợp chiếm tỉ lệ 60%, GCS từ 9-12 có 12/30 trường hợp chiếm tỉ lệ 40%.

- Đa số các bệnh nhân nhập viện với tình trạng đột quy chiếm tỉ lệ 86,7% (26/30 trường hợp), cơn thoáng thiếu máu não chiếm tỉ lệ 10% (3/30 trường hợp), đau thần kinh khu trú chiếm tỉ lệ 3,3% (1/30 trường hợp).

- Đa số bệnh nhân nhập viện với tình trạng đột quy, và tỉ lệ đột quy do xuất huyết não chiếm tỉ lệ cao 100%, trong khi tỉ lệ đột quy

không có xuất huyết não chiếm tỉ lệ 0%, và cơn thoáng thiếu máu não chiếm tỉ lệ 10%, trong khi 3.3% bệnh nhân nhập viện vì biểu hiện dấu thần kinh khu trú không có tình trạng xuất huyết não. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 30$ với $p = 0,00$ (Chi-square test).

- Thời gian từ khởi bệnh từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện dưới 1 tháng chiếm tỉ lệ 86,7%, đặc biệt trong tuần đầu chiếm 76,7%, ở nhóm bệnh nhân có xuất huyết não.

- Đa số các trường hợp nhập viện sớm trong vòng 1 tuần đầu sau khởi phát chiếm tỉ lệ 76,7% so với nhóm không có xuất huyết não chiếm 3,3%.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh học

3.3.1. Đặc điểm xuất huyết não trên phim cắt lớp vi tính

- Bệnh lý moyamoya, tỉ lệ xuất huyết não thất và hạch nền chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3% (13/30 trường hợp), kế đến là tỉ lệ xuất huyết hạch nền 23,3% (7/30 trường hợp), và tỉ lệ xuất huyết não thất 20% (6/30 trường hợp), có 4 trường hợp không có xuất huyết não chiếm tỉ lệ 13,3%.

3.3.2. Chụp mạch máu não xóa nền

- Đa số các bệnh nhân bị bệnh moyamoya nhập viện với tình trạng hẹp động mạch giai đoạn III theo phân loại Suzuki chiếm tỉ lệ 93,4% (28/30 trường hợp), 1 trường hợp giai đoạn 2 và 1 trường hợp giai đoạn 4.

3.3.3. Chụp cộng hưởng từ

- Trong 4 trường hợp bệnh nhân nhập viện vì cơn thoáng thiếu máu não và yếu 1/2 người, được chụp CHT chẩn đoán ghi nhận có 1 trường hợp nhồi máu não, 2 trường hợp nhũn não.

3.3.4. Hình ảnh xạ hình tưới máu não

- Đánh giá lưu lượng tưới máu não và khả năng tồn lưu máu não bằng kỹ thuật xạ hình tưới máu não ở thì nghỉ và thì có thuốc giãn mạch (diamox) được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân trong lô nghiên

cứ, 100% các trường hợp đều ghi nhận có tình trạng giảm khả năng tồn lưu máu não, đây là yếu tố quyết định chỉ định phẫu thuật.

3.4. Điều trị phẫu thuật

- Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật có khác nhau giữa 2 nhóm có xuất huyết và không xuất huyết não, đối với nhóm có xuất huyết não, cần điều trị nội khoa chống phù não, sau 3-4 tuần kiểm tra bằng CT scan não, xác định máu tụ được hấp thu hoàn toàn mới quyết định mổ bắc cầu, riêng có 1 trường hợp phải dẫn lưu não thất trong bệnh lý moyamoya có xuất huyết não thất, do tình trạng tri giác bệnh nhân xấu dần, sau khi dẫn lưu, tình trạng tri giác bệnh nhân cải thiện. Dẫn lưu não thất được rút vào ngày thứ 7 sau đặt dẫn lưu.

- Thời gian kẹp tạm động mạch não giữa trong lúc thực hiện cầu nối 22 phút đến 38 phút (trung bình 29 ± 3 phút).

- Trong phẫu thuật bắc cầu động mạch, chúng tôi có 2 nhóm, nhóm thực hiện 1 cầu nối và nhóm thực hiện 2 cầu nối mạch máu. Có 16 trường hợp moyamoya được thực hiện 2 cầu nối. Không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật theo đánh giá theo thang điểm Rankin cải tiến sau mổ giữa 2 nhóm phẫu thuật 2 cầu nối (16 trường hợp) và trường hợp phẫu thuật 1 cầu nối (14 trường hợp) bằng phép kiểm $\chi^2 = 0.93$, $p = 0.818$.

- Số lượng phẫu thuật thực hiện chỉ 1 bên bán cầu não chiếm đa số 83,3% (25/30 trường hợp), số lượng phẫu thuật 2 bên bán cầu não chiếm tỉ lệ 16,7% (5/30 trường hợp)

3.6. Kết quả phẫu thuật

3.6.1. Kết quả phẫu thuật: có sự cải thiện đáng kể tình trạng lâm sàng bệnh nhân theo thang điểm Rankin cải tiến tại thời điểm bệnh nhân xuất viện.

3.6.2. Kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan

Bệnh nhân được chụp CMMXN sau mổ 30% (9/30 trường hợp) chụp CLVT mạch máu 46,7% (14/30 trường hợp) bệnh nhân không đồng ý làm CMMXN, chúng tôi kiểm tra bằng CLVT. Các trường hợp CMMXN và MSCT ghi nhận có sự thông nối giữa động mạch thái dương nông và động mạch não giữa. Có 7/30 trường hợp bệnh nhân không có chụp kiểm tra sau mổ chiếm 22,3%.

3.6.2.1. Theo dõi dài hạn:

Có 21/30 bệnh nhân hết các triệu chứng bệnh (70%), có 16,7% (5/30) bệnh nhân còn triệu chứng nhẹ, nhưng trở lại làm được những công việc bình thường như trước đây, có 3,3% bệnh nhân còn triệu chứng bệnh (1/33) tự chăm sóc được bản thân. Có 2 trường hợp tử vong do tái xuất huyết 6,6% (2/30) và bệnh nhân tử vong.

Sau 1 năm theo dõi tình trạng cải thiện lâm sàng giống như tại thời điểm 3 tháng, không ghi nhận có sự khác biệt $p > 0.005$ (phép kiểm T bác cập), và không ghi nhận thêm trường hợp đột quy tái và tử vong.

Điểm mRS	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	3 tháng sau phẫu thuật	12 tháng sau phẫu thuật
0-1	4	11	21	21
2	10	17	5	1
3	5	2	1	
4	11	0	2	
5	0	0	0	
6	0	0	2	

Sau theo dõi triệu chứng đau đầu cải thiện 92,6%, còn 2/27 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 7,4%, triệu chứng yếu 1/2 người đa số cải thiện chiếm 92,3% còn 1 bệnh nhân còn triệu chứng yếu 1/2 người, nhưng sức cơ mạnh hơn, bệnh nhân trở lại với công việc trước đây, đối với

triệu chứng cơn thiếu máu não thoáng qua 2/3 trường hợp 66,7% không còn triệu chứng nữa, 1/3 trường hợp còn cơn thoáng thiếu máu não nhưng tần suất cơn giảm hẳn và triệu chứng xuất hiện nhẹ hơn và ngắn hơn.

Tình trạng lâm sàng theo dõi dài hạn

Triệu chứng	Số lượng	Cải thiện
Đau đầu	2/27 (7,4%)	25/27 (92,6%)
Yếu 1/2 người	1/13 (7,7%)	12/13 (92,3%)
Cơn thoáng thiếu máu não	1/3 (33,3%)	2/3 (66,7%)

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm về dịch tễ học

4.1.1. Tỷ lệ về giới và tuổi

Hầu hết các tác giả đều cho rằng trong bệnh lý moyamoya có sự phân bố nổi trội theo giới tính. Tỷ lệ nam đều cao hơn nữ trong các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này của chúng tôi theo biểu đồ 3.1 tỷ lệ nam chiếm tỷ lệ cao 57% so với nữ là 43%. So với tác giả Ali H nghiên cứu 39 trường hợp bệnh nhân có tỷ lệ nữ/nam là 30 nữ/9 nam. Tác giả Raphael G có 329 bệnh nhân với tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1. Tác giả Soumya có 36 trường hợp bệnh nhân với tỷ lệ 20 nữ /16 nam. Có sự khác biệt giữa số liệu của chúng tôi so với các giả khác là tỷ lệ nam cao hơn nữ.

Trong nhóm bệnh lý moyamoya tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 38,6 và dao động từ 9 tuổi đến 56 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Raphael Guzman là 39,5 tuổi, Ali H là 34 tuổi và cao hơn so với nghiên cứu của Soumya với tuổi trung bình 17,5.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Lý do nhập viện

Đối với bệnh lý moyamoya biểu hiện lâm sàng chính gồm nhũn não, xuất huyết não, động kinh, và các triệu chứng khác như đau đầu. Lý do nhập viện chính trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.4) là đột quy chiếm tỉ lệ 86,7% (26/30 trường hợp), cơn thoáng thiếu máu não 10% (3/30 trường hợp), có 1 trường hợp nhập viện vì đau thần kinh khu trú chiếm tỉ lệ 3,3%. Tỉ lệ xuất huyết não của chúng tôi ở nhóm bệnh người lớn và trẻ em đều cao hơn so với tác giả Raphael Guzman triệu chứng lâm sàng chính ở bệnh nhân người lớn là nhũn não chiếm tỉ lệ 57%, và ở trẻ em là 51%, tỉ lệ xuất huyết não ở trẻ em chỉ 2,1%.

4.2.3. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Do đặc thù vị trí địa lý của nơi chọn mẫu là bệnh viện trung ương, nên số bệnh nhân đến muộn do công tác khám bệnh, chẩn đoán và chọn lọc bệnh chuyển từ tuyến dưới lên. Theo bảng 3.3 thời gian nhập viện của nhóm bệnh nhân đột quy do xuất huyết não sớm hơn so với nhóm không có xuất huyết não. Trong nghiên cứu này các trường hợp đột quy do xuất huyết não có tình trạng lâm sàng tốt với thang điểm GCS cao. Tình trạng lâm sàng trước khi phẫu thuật được chọn lựa bệnh nhân khi GCS cải thiện đến 14-15 điểm và không còn xuất huyết não mới tiến hành phẫu thuật bắc cầu động mạch não, đây được xem là yếu tố thuận lợi cho phẫu thuật. Riêng các trường hợp bệnh nhân vào viện với triệu chứng của cơn thoáng thiếu máu não hoặc yếu 1/2 người, bệnh nhân được phẫu thuật sớm ngay sau khi có chẩn đoán rõ ràng về tình trạng bệnh.

4.2.5. Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện

Tình trạng bệnh nhân u màng não mồm yên trước lúc nhập viện cũng tương tự như các vị trí khác của u màng não.

4.3. Chẩn đoán hình ảnh học

4.3.1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Chúng tôi ghi nhận có 26/30 trường hợp bệnh lý moyamoya có biểu hiện xuất huyết não. Theo biểu đồ 3.7 vị trí xuất huyết não ghi nhận xuất huyết não thất và hạch nền chiếm đa số 43,3% (13/30 trường hợp), xuất huyết hạch nền chiếm 23,3% (7/30 trường hợp), xuất huyết não thất chiếm tỉ lệ 20% (6/30 trường hợp).

4.3.2. Một số đặc điểm trên phim cộng hưởng từ

- Khả năng phát hiện nhồi máu não của CHT tùy thuộc vào các chuỗi xung khi chụp, những chuỗi xung này có liên quan đến yếu tố thời gian. Quan trọng nhất là xung DWI dựa trên biểu hiện hạn chế khuếch tán khi dịch ngoại bào di chuyển vào nội bào trong suốt quá trình nhũn não gây nên phù tế bào não và hẹp khoang ngoại bào. Ngoài ra các chuỗi xung T1W, T2W, Flair (xung phục hồi đảo chiều khử dịch não tủy) không nhạy với sự thay đổi trong nhồi máu não cấp tính. Chuỗi xung DWI được xem là kỹ thuật hình ảnh có độ nhạy và độ chuyên cao nhất trong chẩn đoán nhồi máu não cấp, tốt hơn các chuỗi xung khác của cộng hưởng từ như T2W, Flair và chụp cắt lớp vi tính. DWI có độ nhạy 88-100% và độ chuyên 95-100% trong phát hiện thương tổn nhồi máu, và ngay thời điểm rất sớm trong những phút đầu sau khởi phát triệu chứng nhồi máu.

4.4. Phân loại hẹp mạch máu não theo Suzuki

Suzuki scale	Robert M	Y. Okada	Soumya	T.M.Tri
I	6/43 (14%)	0	0	0
II	3/43 (7%)	4/25 (16%)	0	1/30 (3,3%)
III	33/43 (77%)	18/25 (72%)	14/36 (39%)	28/30 (93,4%)
IV	1/43 (2%)	3/25 (12%)	17/36 (47%)	1/30 (3,3%)
V	0	0	5/36 (14%)	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bệnh nhân moyamoya ở giai đoạn III (theo phân loại Suzuki) chiếm tỉ lệ 93,3%, nhiều hơn so với nghiên cứu của tác giả Robert M và Y. Okada, tuy nhiên trong nghiên cứu của Soumya đa số các trường hợp đều ở giai đoạn IV.

4.5. Điều trị vi phẫu thuật

4.5.1. Chỉ định phẫu thuật

Phẫu thuật bắc cầu động mạch não trong ngoài sọ qui ước là phương pháp được công nhận rộng rãi trong với mục đích điều chỉnh lưu lượng tuần hoàn máu não nhằm cải thiện tuần hoàn não và giảm tỉ lệ đột quy thứ phát ở bệnh nhân bệnh moyamoya. Việc chẩn đoán và chọn lựa bệnh nhân trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng quyết định đến thành công của phẫu thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đánh giá bệnh nhân trước mổ.

CMMNXN xác định chẩn đoán sang thương tắc nghẽn mạch máu não, bệnh moyamoya, chụp hệ thống cảnh ngoài để đánh giá nhánh động mạch thái dương nông.

CHT đánh giá sang thương nhồi máu cũ và sang thương nhồi máu mới.

Xạ hình tưới máu não để chọn lựa những bệnh nhân với tình trạng suy giảm huyết động học nặng giảm khả năng tồn lưu máu não có nguy cơ cao xảy ra đột quy tái phát. Chúng tôi chọn lựa bệnh nhân với tình trạng suy giảm huyết động học với nguy cơ đột quy có thể xác định bằng xạ hình tưới máu não có thuốc giãn mạch não.

4.5.2. Số lượng cầu nối

Thông thường trong phẫu thuật bắc cầu động mạch não nhánh đỉnh động mạch thái dương nông được chọn làm cầu nối vào động mạch nhận (động mạch não giữa nhánh M4), với kích thước phù hợp. Một số nghiên cứu trước đây ghi nhận chọn nhánh động mạch nhận dựa vào những đặc trưng như có kích thước lớn và vị trí dễ tiếp cận,

dễ thực hiện cầu nối. Gần đây các tác giả quan tâm đến yếu tố chức năng, với tình trạng thiếu máu não ở vùng khác nhau có thể xác định được bằng kỹ thuật đánh giá tưới máu não của từng vùng của não tương ứng với động mạch cung cấp máu, các nhánh M4 của động mạch não giữa, một số tác giả chọn lựa động mạch nhận, nhánh M4 dựa vào chức năng cung cấp máu của động mạch đó. Việc thực hiện 2 cầu nối cho phép có lưu lượng máu nuôi nhiều hơn, quan trọng hơn là cung cấp máu nuôi cho 2 vùng thiếu máu nuôi. Tuy nhiên phẫu thuật 2 cầu nối cũng ít được mô tả trong các nghiên cứu trong y văn. Có một vài nghiên cứu dùng 2 cầu nối trong điều trị túi phình động mạch não, u não.

4.5.3. Thời gian kẹp tạm mạch máu não

Thời gian kẹp tạm động mạch não giữa trong quá trình thực hiện cầu nối thay đổi từ 22 phút đến 38 phút (trung bình 29 ± 4 phút) (theo Biểu đồ 3.9).

Trong nghiên cứu này chúng tôi tuân thủ nghiêm ngặt qui trình phẫu thuật bắc cầu động mạch não trong lúc mổ. Kết quả chúng tôi ghi nhận không có biến chứng nhồi máu não liên quan đến kẹp tạm động mạch não giữa trong lúc mổ. Thời gian kẹp tạm của chúng tôi trung bình 29 ± 4 phút ngắn hơn so với tác giả Peter Horn 33 ± 7 phút, và tác giả cũng không có biến chứng nhồi máu não liên quan đến kẹp tạm động mạch não giữa.

4.5.4. Biến chứng phẫu thuật và tử vong

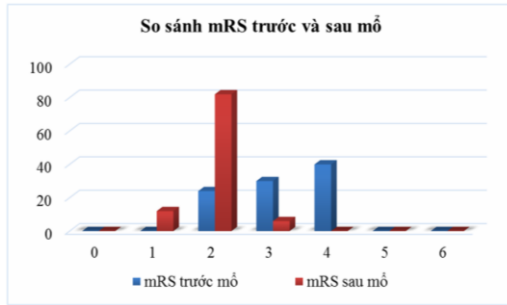
- Không ghi nhận có biến chứng và tử vong trong nghiên cứu.

4.6. Kết quả phẫu thuật

4.6.1. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Các triệu chứng yếu 1/2 người trước mổ đều cải thiện rõ rệt, với kỹ thuật nối mạch máu tạo nên tuần hoàn mới trong và ngoài sọ nhằm cung cấp máu nuôi cho động mạch não giữa. Việc đánh giá kết

quả sau mổ chúng tôi sử dụng bảng thang điểm Rankin cải tiến (mRS), để đánh giá mức độ hồi phục của bệnh nhân sau phẫu thuật tại thời điểm xuất viện mRS 1: có 4 bệnh nhân (12%), mRS 2 có 27 bệnh nhân (82%), mRS 3: có 2 bệnh nhân (6%). So sánh với tình trạng bệnh nhân trước mổ ghi nhận có cải thiện đáng kể về thang điểm Rankin cải tiến.



Biểu đồ 4.3: So sánh tình trạng bệnh nhân trước và sau mổ

Sau khi phẫu thuật ghi nhận bệnh nhân có cải thiện tình trạng lâm sàng theo đánh giá với thang điểm Rankin cải tiến.

Nhận xét bảng 4.7: ghi nhận có cải thiện đáng kể điểm mRS sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với phép kiểm T đôi với $p=0.00$

4.7. Theo dõi sau mổ

Ghi nhận cải thiện điểm Rankin cải tiến sau quá trình theo dõi sau mổ

	Trung bình	P value
Trước mổ	$2,77 \pm 0,95$	0,00
Sau mổ	$1,67 \pm 0,43$	0,00
3 tháng sau mổ	$0,66 \pm 1,4$	0,02
12 tháng sau mổ	$0,45 \pm 1,4$	0,02

Nghiên cứu ghi nhận sau 12 tháng theo dõi lâm sàng theo thang điểm mRS ghi nhận có sự cải thiện đáng kể tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Adib A. Abla nghiên cứu 140 trường hợp phẫu thuật bắc cầu động mạch não trực tiếp và gián tiếp ở bệnh nhân moyamoya ghi nhận với phẫu thuật bắc cầu động mạch não trực tiếp có sự cải thiện lâm sàng đáng kể đánh giá theo thang điểm Rankin cải tiến, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân moyamoya người lớn được phẫu thuật bắc cầu động mạch não trực tiếp.

KẾT LUẬN

Qua phân tích 30 trường hợp phẫu thuật bắc cầu động mạch não điều trị bệnh moyamoya tại khoa Phẫu thuật thần kinh từ tháng 09/2009 đến tháng 01/2014. Chúng tôi có những nhận xét sau:

1. Lâm sàng và hình ảnh học

Bệnh nhân thấp tuổi nhất là 9 tuổi, cao nhất là 56 tuổi. Tuổi trung bình là $35,9 \pm 12,6$. Nam giới chiếm tỉ lệ cao 57% (17/30 trường hợp). Nữ giới chiếm tỉ lệ 43% (13/30 trường hợp).

Bệnh nhân nhập viện với thang điểm GCS thấp nhất là 9, cao nhất là 15, GCS từ 13-15 chiếm đa số 60% (18/30 trường hợp), GCS 9-12 điểm chiếm tỉ lệ 40% (12/30 trường hợp). Không ghi nhận trường hợp GCS < 9 điểm.

Lý do nhập viện do đột quy chiếm tỉ lệ cao nhất 86,7% (26/30 trường hợp), dấu thần kinh khu trú 3,3% (1/30 trường hợp), cơn thoáng thiếu máu não 10% (3/30 trường hợp).

Tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua chiếm tỉ lệ 33,3% (11/33 trường hợp). Tiền sử đột quy 9,1% (3/33 trường hợp). Tiền sử

đầu đầu 15,2% (5/33 trường hợp). Không ghi nhận tiền sử bệnh trước đây 42,4% (14/33 trường hợp).

Chụp CLVT: Đây là xét nghiệm đầu tay để chẩn đoán xuất huyết não ở bệnh nhân đột quỵ, tỉ lệ xuất huyết não ghi nhận trong nghiên cứu 86,7% (26/30 trường hợp).

Trong nghiên cứu của chúng tôi chụp CLVT xác định tình trạng xuất huyết não của bệnh nhân chiếm 86,7%, CHT ghi nhận 1 trường hợp nhồi máu não vùng đỉnh với tình trạng yếu nửa người, 1 trường hợp nhồi máu não nhỏ đa ổ rải rác, CHT được chỉ định và phát hiện được những thương tổn nhồi máu nhỏ.

Cho đến hiện nay chụp mạch máu xóa nền được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiều bệnh lý mạch máu não khác nhau. Có nhiều nghiên cứu so sánh với nhiều kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác, trong các loại bệnh lý mạch máu não như hẹp động mạch, tắc động mạch, phình bóc tách động mạch, dị dạng động tĩnh mạch nhỏ, viêm mạch máu, cho thấy tuân hoàn bằng hệ độ phân giải, độ nhạy, độ chuyên của CMMNXN bằng hoặc hơn hẳn các kỹ thuật không xâm lấn khác, ghi nhận có 93,4% (28/30) hẹp mạch máu não độ III theo phân loại Suzuki,

2. Kết quả điều trị phẫu thuật bắc cầu động mạch não

Kết quả điều trị theo mRS tại thời điểm xuất viện thay đổi so với trước mổ. Không ghi nhận có trường hợp nào tử vong liên quan đến phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật, có 1 đường mổ được áp dụng (đường mổ trán thái dương) tùy theo thói quen của từng phẫu thuật viên. Kẹp tạm trong lúc mổ với thời gian trung bình 29 ± 3 phút.

Kết quả theo dõi lâu dài đa số bệnh nhân hồi phục tốt trở về với công việc hàng ngày chiếm tỉ lệ 91%. Tỉ lệ tái xuất huyết gây tử vong

2 trường hợp ở nhóm bệnh moyamoya chiếm 6,6%, 2 bệnh nhân này có tiền sử xuất huyết não trước đây.

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật bắc cầu động mạch não được xem là phương pháp hiệu quả trong điều trị bệnh lý moyamoya, nhằm tái tạo lưu lượng tuần hoàn máu não, làm cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân, giảm tỉ lệ đột quỵ tái phát. Tuy nhiên đây là kỹ thuật mới được áp dụng gần đây tại Việt Nam có hiệu quả, với tỉ lệ tai biến thấp, nhưng số lượng bệnh trong lô nghiên cứu còn thấp, vì vậy phương pháp này cần được tiếp tục nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và nhân rộng ra nhiều trung tâm Ngoại Thần Kinh lớn trong cả nước.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Trần Minh Trí (2015): “Kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch não điều trị bệnh lý moyamoya”, *Tạp chí Y học Thực Hành*, Số 1 (949) 2015, tr. 82-84.
2. Trần Minh Trí (2015): “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học bệnh lý moyamoya”, *Tạp chí Y học Thực Hành*, Số 1 (949) 2015, tr. 155-157.