

## MỔ GIẢI ÁP VI MẠCH ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY V TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TUỔI

BÙI HUY MẠNH, HÀ KIM TRUNG

*Bệnh viện Việt Đức*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây V hay đau dây thần kinh tam thoa là bệnh gặp không ít với tỷ lệ mắc mới là 4/100000 dân [10]. Các can thiệp ngoại khoa thường tập chung vào nhóm đau có nguyên nhân (u tiểu não), đặc biệt là đau nguyên phát, không có nguyên nhân. Kinh điển là cơn đau đột ngột, ngắn, dữ dội, đau nhói, dao đâm.. tái phát từng đợt và thường một bên. Đau dây V đã được mô tả lần đầu tiên năm 1671 bởi một thầy thuốc đồng thời là bệnh nhân người Đức Johannes Laurentis Bausch [4]. Năm 1756, Nicolaus André đặt tên *Tic douloureux* [2]. Qua nhiều thập kỷ, các nguyên nhân đau dây V nguyên phát còn chưa được rõ ràng, vì thế cho đến ngày nay còn tồn tại nhiều phương pháp chữa trị: nội khoa, ngoại khoa, tia xạ. Điều trị phẫu thuật dựa trên giả thiết cho rằng: mạch máu, thường là động mạch chèn ép vào dây V nên gây triệu chứng đau. Ngày nay, vẫn còn nhiều ý kiến về nguyên nhân gây đau dây V nhưng giả thiết về sự chèn ép của mạch máu vẫn được nhiều người chấp nhận. Phương pháp phẫu thuật giải phóng chèn ép của mạch máu vào dây V là phương pháp áp dụng thành công ở nhiều trung tâm, và hiện tại được đánh giá là phương pháp mổ thành công nhất trong điều trị đau dây V. Tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã áp dụng thành công phẫu thuật này từ năm 2000.

Có nhiều yếu tố được đề cập đến tiên lượng cũng như chỉ định trong mổ điều trị đau dây V, trong đó yếu tố tuổi được tranh cãi nhiều

Theo tài liệu của nhiều tác giả, tựu chung lại khuyến cáo mổ bệnh nhân dưới 70 tuổi, thể trạng cho phép

Vấn đề đặt ra là bệnh nhân đau dây V thường tập chung ở nhóm người cao tuổi, trên 50. Với tuổi thọ ngày càng cao, các bác sĩ sẽ đối mặt với nhiều bệnh nhân có tuổi, cụ thể là trên 70

Chúng tôi đưa một cas lâm sàng cụ thể và bàn luận những chỉ định liên quan đến tuổi của bệnh nhân.

### BỆNH ÁN BỆNH NHÂN ĐAU DÂY V

Bệnh nhân Nguyễn N, nam 78 tuổi. Địa chỉ Can Lộc, Hà Tĩnh. Tiền sử đau nửa mặt phải trên 6 năm. Thời gian đầu cơn đau nhẹ, sau đó nặng dần. Điều trị nội khoa tăng liều Tegretol 200mg # 3viên/ngày không đỡ. Cơn đau tương đối điển hình, yếu tố khởi phát là các tác động vào mặt như gió thổi, va chạm vào mặt, ăn uống, cơn đau dữ dội, như điện giật, ngoài thời gian đau bệnh nhân bình thường. Nhưng càng ngày thời gian của cơn đau càng dài, thời gian đầu đau vài giây đến vài phút, sau đó cơn đau có thể kéo dài 10-15

phút. Theo thang điểm V.A.S [5], thang điểm 10, bệnh nhân đau mức độ ghê gớm

Khám lâm sàng bệnh nhân thể trạng trung bình, khỏe mạnh, mạch 75/phút, HA 150/80 mmHg. Vị trí đau nhánh V3 hàm dưới, bên phải. Các kiểm tra thần kinh không có thiếu sót

Cận lâm sàng: CHT không thấy chèn ép dây V, các xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường, không có rối loạn đông máu.

Bệnh nhân vào viện ngày 21/9/2010. Được tư vấn điều trị hoặc là tiêm huyết thanh nóng diệt hạch Gasser hoặc là mổ giải áp vi phẫu. Sau khi giải thích kỹ các tình huống, nguy cơ, gia đình và bệnh nhân lựa chọn mổ. Cas mổ vào ngày 22/9/2010.

Trong mổ bác sĩ phát hiện nguyên nhân chèn ép thần kinh do nhánh ĐM tiểu não trên (SCA), đã được tách và đặt miếng Teflon. Cuộc mổ không có biến chứng, kết thúc sau khoảng 2h

Diễn biến sau mổ, bệnh nhân hết đau mặt ngay, không còn dùng thuốc. Còn đau đầu chóng mặt, được dùng giảm đau Peralgan sau 3 ngày bệnh nhân đỡ đau rõ rệt. Các thuốc khác là dịch truyền sinh lý và kháng sinh. Hậu phẫu an toàn, bệnh nhân ra viện ngày 27/9/2010 sau 6 ngày nằm viện. Khám lại bệnh nhân sau mổ 6 tháng, hết đau, không phải dùng thuốc. Theo thang điểm BNI là độ I (không đau, không dùng thuốc) và theo thang điểm Ronand I. Apfelbaum [4] được đánh giá là tuyệt vời

### KỸ THUẬT THỰC HIỆN

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản

Chúng tôi sử dụng nền tảng kỹ thuật Jannetta theo 6 bước: [6], [8]

\* **Bước 1:** Tư thế bệnh nhân

Tư thế nghiêng sấp

Bệnh nhân được cố định đầu trên khung Mayerfyl với 3 đinh, người còn lại được buộc chặt chẽ. Đầu giữ ở mức trục song song nền nhà để phức hợp dây VII, VIII thấp hơn so với dây V

\* **Bước 2:** Rạch da

Thường 3x3cm sau tai độ dài khoảng 3-5cm

Đường rạch da được bộc lộ bởi Ecarteur, bộc lộ rõ đến xương

\* **Bước 3:** Mở xương

Xác định rõ 2 mốc quan trọng là xoang ngang và xoang sigma, vì mổ xương đi vào góc chữ A có hai cạnh lần lượt là hai xoang đó

Kích thước mở đường kính 2cm hoặc 3cm, có hai cạnh bên ngoài và trên đồng thời là mép xoang sigma và xoang ngang

\* **Bước 4:** Đặt kính, kiểm soát vùng góc cầu, dây V

Sau khi mở màng cứng, thao tác với kính nhẹ nhàng, vì đây là thì chứa nhiều nguy hiểm.

Trước khi vén tiểu não, nên hút bớt dịch não tủy ở bể lớn để não xẹp. Dùng bông che bề mặt tiểu não cũng như hút dịch não tủy phải trên bông

Khi vào vùng GCTN, phức hợp đầu tiên nhìn thấy thường là dây VII, VIII. Cao hơn là dây V

\* **Bước 5:** Giải nén, đặt miếng Teflon

Miếng cotton, teflon sẽ được đặt ngăn cách mạch máu và dây V

\* **Bước 6:** Đóng vết mổ

Kiểm soát tốt chảy máu

Bơm nước đuối khí

Đóng màng cứng, đặt lại xương cố định Craniofix, đóng vết mổ 3 lớp cơ, cân da không dẫn lưu

#### **BÀN LUẬN**

Trong tổng số 22 bệnh nhân được mổ điều trị đau dây V trong năm 2010 Tuổi thấp nhất là 36 tuổi và cao nhất là 78 tuổi, chính là bệnh nhân của bài viết này. Phần lớn bệnh nhân trên 70 tuổi được chỉ định điều trị nội, hoặc tiêm huyết thanh nóng, diệt hạch bằng phương pháp thermocoagulation. Ưu điểm của phương pháp này là thủ thuật nhẹ nhàng, không cần gây mê, tránh biến chứng cuộc mổ, có thể thực hiện nhiều lần. Nhược điểm là tỷ lệ thất bại cao, biến chứng hay gặp là mất, giảm cảm giác mặt, tê mặt và loét giác mạc.

Bệnh nhân trên 70 tuổi không chỉ định phẫu thuật do nguy cơ biến chứng của phẫu thuật như nhiễm trùng, chảy máu. Những bệnh nhân trên 70 tuổi được chỉ định mổ do bệnh nhân đã điều trị tất cả các phương pháp khác như điều trị nội không khỏi, tiêm huyết thanh nóng không hiệu quả. Hay bệnh nhân dị ứng với Tergretol. Tại Việt Nam, bệnh nhân cao tuổi nhất được ghi nhận khi mổ là 82 tuổi (Đông Văn Hệ [1]). Trong nhóm nghiên cứu khác của chúng tôi trên 22 bệnh nhân được mổ trong năm 2010, có 5 bệnh nhân trên 70 chiếm 28%. Trong đó có một bệnh nhân nữ 73 tuổi, bị bệnh 10 năm, đã được điều trị nội khoa Tegretol 200mg với 4 viên/ ngày không đỡ. Đã được tiêm huyết thanh diệt hạch 6 lần, có biến chứng tê mặt, bệnh nhân rất sợ mổ nhưng cuối cùng đã đồng ý. Kết quả bệnh nhân đỡ đau nhiều, hiện sau 6 tháng bệnh nhân chỉ dùng 1 viên/ ngày, đau giảm đáng kể. Các bệnh nhân

còn lại kết quả rất tốt. Một nghiên cứu của Raymond F.Sekula và cộng sự nghiên cứu nhóm 36 bệnh nhân cao tuổi (trung bình 72,0±5,9) và 53 bệnh nhân nhóm trẻ hơn (52,9±8,8) mổ giải ép dây V cho kết quả tốt như nhau[9],[3]. Tuy nhiên, nên thận trọng khi chỉ định mổ những bệnh nhân trên 70 tuổi.

#### **KẾT LUẬN**

Mổ giải áp điều trị đau dây V được ưu tiên cho những bệnh nhân trẻ, dưới 70 tuổi do các biến chứng cuộc mổ. Tuy nhiên, trường hợp cụ thể không có chống chỉ định tuyệt đối cho bệnh nhân trên 70 tuổi. Cần có các nghiên cứu dài hơn về kết quả xa cũng như số lượng đủ lớn của bệnh nhân.

#### **SUMMARY**

Conclusion: Microvascular decompression for treatment of trigeminal neuralgia is preferred for young patients under 70 years of age due to complications from the surgery. However, the cases is not absolutely contraindicated for patients over 70 years. There should be more research on long term results as well as a large enough number of patients.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Đông Văn Hệ (2009), Điều trị đau dây V bằng phẫu thuật giải phóng chèn ép mạch máu. Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Hà Nội, Y học thực hành 2008.

2. André M: *Practical observations on urethral diseases, and factual information on convulsive facial contortions with principles for cure of associated gangrenous and cancerous conditions by use of various solvents and caustics. College of the Royal Academy* [in French]. Paris, De Chir. rue S. Jacq. A. Olivier, 1756

3. Apfelbaum RI. Comparison of the long-term result of microvascular decompression trigeminal neurolysis for the treatment of trigeminal neuralgia. In: Watanabe K. Development in Neuroscience. Elsevier Science B.V, 2002, 629-643

4. Cole CD, Liu JK, Apfelbaum RI: Historical perspectives on the diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia. *Neurosurg Focus* 18:E4, 2005

5. Hassan Salama and C.S, Outcome of medical and surgical management in intractable idiopathic trigeminal neuralgia, *Annals of Indian Academy Neurol.* [PubMed] Jul-Sep; 12(3):173-178, 2009

6. Hitotsumatsu T, Matsushima T, Inoue T. Microvascular decompression for treatment of trigeminal neuralgia, hemifacial spasmand glossopharyngeal neuralgia; Three surgical approach variations: Technical note. *Neurosurg* 53:1436-1443, 2003