ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Tấn Nẫm và Nguyễn Minh Tâm, Khoa CTCH, Bệnh viện An Giang

ABSTRACT

BACKGROUND: *Chronic subdural hematoma (CSH) is a gradual collection of old blood and blood breakdown products between the surface of the dura and arachnoid membrane. CSH is most prevalent in elderly and infants under 2 years old. The most common cause is head trauma and the outcome is almost good. The clinical symtoms at the beginning of disease are vague and difficult to differentiate from other diseases. The aim of this study is to determine the rate of wrong admission diagnosis and evaluate the outcome of patients with CSH in An giang general hospital.* ***MATERIALS AND METHODS****: Cross-sectional retrospective study. All patients were operated in An Giang hospital from 2008 to June, 2011.* ***RESULTS****: The study included 82 patients accunting for 14% of all head trauma patients operated in our hospital. They were 66 males and 16 females. Mean age and standard deviation was 61,23 ± 16.07 (range:20- 98 yrs). Chief complaints at presentation were headache (43,9%) or coma (23,2%). Mortality rate was 6.1% . Mean age of survival group was 61.8 and mortality group was 52.4 (p < 0,05). Admission diagnosis was wrong in 63,4%. Mean hospitalization stay was 9.1 ± 4.4 days. ASA = 4 in 10 patients and ASA < 4 in 72 patients. 8 (9.8%) patients were reoperated. GCS ≤ 8, ASA ≥ 4, female gender, diabetic patients, liver failure were high risk of death. Reoperation, corticoide, severe kidney failure were not related to mortality.* ***CONCLUSIONS:*** *Admission diagnosis was wrong in 63,4% of patients and mortality rate was 6.1%. GCS ≤ 8, ASA ≥ 4, female gender, diabetes mellitus , liver failure were statistiscally significant high risk of death.*

Key word: Chronic subdural hematoma, wrong primary prognosis.

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCM) là sự tích tụ dần dần một bọc máu loảng chứa máu đã bị ly giải hoàn toàn cùng với các sản phẩm giáng hóa của cục máu đông ban đầu, nằm giữa màng cứng và màng nhện. Loại bệnh nầy thường xuất hiện ở những người cao tuổi và ở trẻ em dưới 2 tuổi. Đại đa số nguyên nhân do chấn thương vùng đầu. Loại bệnh nầy được chẩn đoán dễ dàng và kếtcục điều trị rất tốt. Tuy nhiên, do biểu hiện lâm sàng loại bệnh nầy ban đầu rất kín đáo và mơ hồ, rất giống các triệu chứng của các

bệnh nội khoa khác, nên có một số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu sai. Mục đích nghiên cứu nhằm đánh giá mức độ chẩn đoán sai ban đầu và kết quả điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Đa Khoa An Giang. **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**: Sử dụng nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang . Thu nhận các số liệu từ tất cả các hồ sơ của các bệnh nhân bị MTDMCM đã được phẫu thuật tại bệnh viện An Giang từ năm 2008 đến tháng 6/ 2011. **KẾT QUẢ:** Có 82 bệnh nhân, chiếm 14% các chấn thương sọ não đã được mổ. Bao gồm 66 nam và 16 nữ. Tuổi trung bình 61,23 ± 16,07, thấp nhất là 20 và cao nhất là 98. Lý do nhập viện 43.9% là nhức đầu và 23,2 % là hôn mê. Chẩn đoán sai ban đầu là 63,4%. Nhóm ASA = 4 là 10 và ASA < 4 là 72 bệnh nhân. Có 8 (9,8%) bệnh nhân có biến chứng sau mổ phải mổ lại. Ngày điều trị trung bình là 9,1 ± 4,4. Tử vong 5 (6,1%) bệnh nhân . Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân còn sống và nhóm tử vong lần lượt là 61,8 và 52,4 (CI:95%, p < 0,05). Nữ giới, điểm ASA ≥ 4 , tiểu đường, GCS $\leq$ 8, suy gan nặng là những nguy cơ tử vong cao có ý nghĩa thống kê. Sử dụng corticoid, biến chứng phải mổ lại, suy thận mạn không ảnh hưởng đến kết cục điều trị. **KẾT LUẬN:** Tỷ lệ tử vong là 6,1%. Chẩn đoán sai ban đầu 63,4%. Giới nữ, ASA ≥ 4, GCS ≤ 8, tiểu đường, suy gan nặng có nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa thông kê.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng mạn tính, chẩn đoán ban đầu sai.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCM) được định nghĩa là một sự tích tụ máu cũ và các sản phẩm ly giải cục máu nằm giữa màng cứng và màng nhện.

Virchow (1857) là người đầu tiên mô tả máu tụ dưới màng cứng mạn tính, là một khối máu tụ có võ bao dầy như là màng não viêm.

Máu dưới màng cứng mạn tính là một loại bệnh lý thường hay gặp trong chuyên khoa thần kinh học. Đây là một túi máu loảng có màng bao bọc, được hình thành dần dần sau chấn thương vùng đầu nhiều hơn 3 tuần lễ.

Loại bệnh nầy thường xảy ra ở những người cao tuổi, tuổi trung bình trên 63 tuổi và cũng hay xảy ra ở trẻ con dưới 2 tuổi .

Đa số nguyên nhân có liên quan đến chấn thương vùng đầu, có hay không có các yếu tố nguy cơ khác kèm theo. Một số yếu tố nguy cơ như: đang điều trị thuốc kháng đông, suy dinh dưỡng, nghiện rượu, nghiện ma túy, suy giảm chức năng gan bệnh về máu, bệnh về rối loạn đông máu…

Cơ chế bệnh sinh của một MTDMCM do chấn thương, khởi đầu từ một tổn thương đứt, rách tĩnh mạch cầu nối hay máu tụ dưới màng cứng cấp tính ít hay võ nãobị dập, máu ở

khoang dưới màng cứng tại đây thúc đẩy một quá trình phản ứng viêm tại chổ. Trong vài ngày, các nguyên bào sợi xâm nhập vào cục máu đông, và tạo ra một màng tân sinh bao quanh cục máu, đồng thời cục máu nầy cũng bị ly giải dần. Tiếp theo là sự tăng sinh các mao mạch máu mới, các en-zym tiêu sợi huyết và sự ly giải cục máu đông. Quá trình hình thành bọc máu loảng nầy chính là sự mất quân bình giưã hai quá trình " chảy máu tái phát và sự hấp thu dịch" , trong đó sự hấp thu chậm hơn sự chảy máu tái phát. Cuối cùng là một bọc máu loảng được hình thành lớn dần cho đến đủ lượng làm xuất hiện các triệu chứng lâm sàng.

Các triệu chứng của bệnh , tùy giai đoạn mà nó có biểu hiện nặng nhẹ khác nhau. Nhưng một điều may mắn là nó sẽ xảy ra chậm chậm từ nhẹ đến nặng, nếu bệnh được lưu ý ngay từ đầu thì việc phát hiện không khó. Triệu chứng nhức đầu là triệu chứng đầu tiên và bao giờ cũng có, tiếp theo là yếu liệt chi, lú lẫn tâm thần, và hôn mê. Nếu đã hôn mê sâu thì rất có thể tử vong cho dù có can thiệp phẫu thuật.[1]

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Phương pháp nghiêng cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Hồi cứu hồ sơ, bệnh án của các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa An Giang từ 2008 đến tháng 6/2011.

Thông tin , số liệu thu nhận bao gồm:

Các triệu chứng lâm sàng chung

Các chi tiết cần quan tâm cho mục đích nghiên cứu, bao gồm: Tỷ lệ chẩn đoán sai ban đầu, tỷ lệ tử vong, các biến có liên quan đến kết cục điều trị

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đã được phẫu thuật ở bệnh viện khác chuyển về.

Xử lý số liệu: Các biến số có phân phối chuẩn, dùng phép kiểm T- Student. Các biến loại , so sánh các tỷ lệ sẽ dùng phép kiểm Khi-bình phương. Các biến số có thể chuyển sang biến loại và ngược lại; khoảng tinh cậy CI : 95% với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 12.0.

Định nghĩa chẩn đoán sai ban đầu: Chẩn đoán của bác sĩ, chẩn đoán ban đầu nhầm với một bệnh khác trong thời gian dài hơn 48 giờ, trước khi được chẩn đoán đúng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số hồ sơ bệnh án hồi cứu được 82 bệnh nhân . Chiếm tỷ lệ 14% trên tất cả bệnh nhân bị phẫu thuật vì chấn thương sọ não.

Lý do vào viện: Nhức đầu: 36 (44%); Hôn mê ; 1 9 (23%); Lú lẫn: 13 (16%); Yếu liệt: 12 (15%) và co giật: 2 (2%). Các đặc điểm lâm sàng, các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, yếu tố tiên lượng, kết quả điều trị:

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG		**N = 82**	**TỬ VONG**	**TRỊ SỐ p**
Giới	**Nam: (89,5%)**	**66**	**2 (3%)**	**P < 0,05**
			3 (18,7%)	
	Nữ: (10,5%)	**16**		
Tuổi trung bình		**61,2 ± 16,0 (20-89)**	**52,4 ± 22,7**	**P < 0,05**
Nhận bệnh từ khoa	Cấp cứu:	30 (36,6%)	2 (6,6%)	P > 0,05
	Khoa khác:	52 (63,4%)	3 (5,7%)	
Chấn thương đầu	Có:	65 (79,3%)	4	P > 0,05
	Không:	17 920,7%)	1	
GCS	**3 – 8 : (17.1%)**	**14**	**3**	**P < 0,05**
			0	
	9 – 12 : (24,4%)	**20**	**2**	
	13 – 15: (58,5%)	**48**		
Chẩn đoán ban đầu sai		**52 (63%)**	**3**	**P > 0,05**
Vị trí	Một bên:	81 (98,8%)	5	P > 0,05
	Hai bên:	1 (1.2%)	0	
Biến chứng sau mổ		8 (9,8%)	1 (12.5%)	P = 0,426
Rút ODL	**Trước 72 giờ:**	**40 (48,8%)**	**5 (12,5%)**	**P < 0,05**
	Sau 72 giờ :	**42 (51,2)**	**0**	

Sử dụng corticoide	Có:	10 (12,2%)	0	P = 0,390
	Không:	72 (87,8%)	5 (7%)	
Ngày đt trung bình (ngày)	TB:	9,1 ± 4,4 (3-31)		
ASA	**< 4 :**	**72 (87.8%)**	**2 (2,7%)**	**P < 0,05**
	= 4:	**10 (12.2%)**	**3 (33,3%)**	
Tiểu đường		**2 (2,4%)**	**1 (50%)**	**P < 0,05**
Suy gan nặng		**1 (1,2%)**	**1 (100%)**	**P < 0,05**
Suy thận nặng		1 (1,2%)	0 (0%)	P > 0,05
Kết cục điều trị	**Tử vong:**	**5 (6,1%)**	**5 (6,1%)**	

Về phương pháp mổ: một trường hợp gây tê tại chổ khoan sọ dẫn lưu ở bệnh nhân đang chạy thân nhân tạo, còn lại đều gây mê nội khí quản. Kỹ thuật mổ, tất cả được áp dụng kỹ thuật khoan sọ 1 lỗ và dẫn lưu.

BÀN LUẬN

Về giới tính, số lượng bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ gấp 4 lần, tuy nhiên tỷ lệ tử vong của nữ cao hơn nam giới có ý nghĩa. Tuổi trung bình 61,23 + 16,07, tuổi nhỏ nhất là 20 và cao tuổi nhất 98, cũng không khác biệt với các tác giả khác; Handbook of Neurosurgery (HBNS) năm 2001 ghi nhận độ tuổi trung bình 63 tuổi, theo tác giả Murray L là 73tuổi. [4]. Tuy nhiên độ tuổi trung bình ngày nay có xu hướng ngày càng trẻ hơn. Tác giả Bùi Ngọc Tiến báo cáo năm 2011, độ tuổi từ 40 đến 59 bị bệnh nầy nhiều nhất, sự khác biệt nhiều về độ tuổi do sự khác nhau về xã hội phát triển.[1][10].

Tuổi trung bình của nhóm tử vong là 52,4 ± 22,7 so với tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân sống là 61,8 ± 16,5, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong nhỏ hơn nhóm bệnh nhân còn sống là một vấn đề cần quan tâm.

Lý do vào viện của các bệnh nhân phần lớn là nhức đầu chiếm 43,9% , hôn mê 23%, động kinh có 2 (2,4%) trường hợp, triệu chứng động kinh rất dễ làm cho các thầy thuốc không chuyên khoa nhầm lẫn với các bệnh nội khoa khác.

Nguyên nhân chấn thương đầu, nghiên cứu nầy có 78% bệnh nhân bị chấn thương đầu và 22% không khai thác được tiền sử chấn thương đầu, tuy nhiên trong lâm sàng mổ, các bản tường trình phẫu thuật cũng không ghi nhận hình ảnh bất thường khác nhau giữa hai nhóm bệnh nhân và tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm cũng không khác nhau. HBNS năm 2001 ghi nhận

tỷ lệ chấn thương đầu < 50% và Bùi Ngọc Tiến 2011 báo cáo tỷ lệ 81%, có lẻ do tình trạng tai nạn giao thông mỗi ngày mỗi tăng nhiều.

Về tri giác khi nhập viện, có 17% bệnh nhân hôn mê sâu và tỷ lệ tử vong của nhóm hôn mê nầy là 21,4%, có sự khác biệt có ý nghĩa đối với nhóm bệnh nhân còn tỉnh hơn. Bệnh nhân hôn mê GCS ≤ 8 , sẽ có nguy cơ tử vong cao hơn bệnh nhân còn tỉnh. Kết quả nầy không khác tác giả khác .

Có 63,4% trường hợp đã bị chẩn đoán ban đầu là một bệnh nội khoa thần kinh hay một tai biến mạch não loại nhũn não, nên đã được điều trị ở các khoa khác lâu hơn 48 giờ, sau đó mới được chẩn đoán đúng bệnh. Cũng như các tác giả khác, MTDMCM có các triệu chứng ban đầu mơ hồ, chỉ có các bác sĩ chuyên khoa mới có ý đặt vấn đề sớm về bệnh nầy. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong do chẩn đoán sai ban đầu so với chẩn đoán đúng ban đầu không khác nhau.

Vị trí máu tụ, chỉ có một (1,2%) bệnh nhân bị máu tụ 2 bên và ra viện tốt. Kết cục điều trị chưa rõ khác biệt giữa hai nhóm. Tác giả Bùi Ngọc Tiến báo cáo tỷ lệ 12,5% máu tụ mạn hai bên bán cầu, HBNS (2001) là 20-25%.[1][10]

Biến chứng phải mổ lại lần hai có 8 bệnh nhân và tử vong 1 trường hợp, nhưng tỷ lệ nầy không khác với tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân không có biến chứng hậu phẫu. Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu nầy đều là biến chứng kỹ thuật, không phải máu tụ mạn tái phát, Murray L báo báo biến chứng mổ lại chiếm 13% và tử vong của nhóm nầy là 20%.

Thời gian rút ông dẫn lưu, có 48,2% bệnh nhân được rút ông dẫn lưu trước 72 giờ và 51,2% được rút ông dẫn lưu sau 72 giờ, tuy nhiên tỷ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân được rút ống dẫn lưu sớm cao hơn nhóm được rút sau 72 giờ. Do bệnh nhân tử vong trong những ngày đầu sau mổ nằm trong số nầy. Kết quả nầy không phù hợp với đa số các tác giả khác, không phù hop với cơ chế bệnh sinh, có lẻ là sự trùng hợp với những bệnh nhân trẻ nhưng có nhiều yếu tố nguy cơ… Theo Ibrahim I , rút ống dẫn lưu sớm , tỷ lệ tái phát ít hơn và ngày điều trị ngắn hơn. [6].

Ngày điều trị trung bình 9,1 ngày, ngắn nhất là 3 ngày của bệnh nhân tử vong và 31 ngày của những bệnh nhân có biến chứng sau mổ.

Về thang điểm ASA, có 87,8% có điểm ASA là < 4 và 12,2% có ASA=4; tỷ lệ tử vong lần lượt theo thứ tự là 2,7% và 33.3%, sự khác biệt có ý nghĩa thông kê.

Trong nhóm nghiên cứu nầy, chỉ có 2 bệnh nhân bị tiểu đường và có 1 bệnh nhân tử vong (50%), như vậy theo tính toán thông kê đơn giản thì sự khác biệt về tỷ lệ tử vong của tiểu đường và không tiểu đường có ý thông kê, nhưng vì số lượng nhỏ và bệnh nhân nầy có kèm

suy gan nặng và tình trạng thiếu máu nặng, giảm tiếu cầu nặng, được sếp ASA=4, như vậy có nhiều yếu tố gây nhiễu kết quả.

Tương tự như trên, nhóm bệnh nhân nầy chỉ có 1 bệnh nhân suy thận mạn đang được chạy thận nhân tạo định kỳ và cũng là ASA = 4, phương pháp vô cảm là gây tê tại chổ để khoan sọ, bệnh nhân ra viện tốt.

Như vậy suy gan nặng phải gây mê toàn thân nên bệnh nhân tử vong, suy thận nặng chạy thận nhân tạo, chỉ gây tên khoan sọ nên không ảnh hương chức năng toàn thân , bệnh nhân sống. Như vậy MTDMCM có ASA ≥ 4, nên gây tê cục bộ để phẫu thuật.

Về sử dụng corticoid, nghiên cứu nầy có 10 (12,2%) bệnh nhân sử dụng corticoid. Tuy nhiên kết cục điều trị không khác biệt với nhóm không sử dụng corticoid, tương tự như kết quả nghiên cứu của Zarkou S, tác giả nầy kết luận: không khuyến cáo sử dụng corticoid, cũng không ngăn cấm sử dụng. [7]

Về phương pháp phẫu thuật, trong điều kiện của bệnh viện An Giang, chúng tôi áp dụng khoan sọ 1 lỗ và dẫn lưu đến 72 giờ. Các tác giả khác báo cáo các phương pháp phẫu thuật khác nhau, nhưng kết cục điệu trị không khác nhau. Chi khác nhau về mức độ bị tái phát. Trong nghiên cứu nầy không có bệnh nhân bị tái phát.[2][3][5].

Kết cục điều trị, trong nghiên cứu nầy, tỷ lệ tử vong là 6,1%. Tác giả Bùi ngọc tiến báo cáo tỷ lệ tử vong là 0% đây là một kết quả hết sức tốt đẹp. Theo HBNS 2001 tỷ lệ tử vong từ 0% đến 8 %.

KẾT LUẬN:

Tỷ lệ tử vong 6.1%. Chẩn đoán ban đầu sai 63,4%. Nữ giới, điểm GCS ≤ 8, điểm ASA ≥ 4 , tiểu đường, suy gan nặng có liên quan đến tỷ lệ tử vong.

Tài liệu tham khảo:

1- Handbook of Neurosurgery, fifth edition; Thieme medical Publishers, New york; 2001; pp: 664-666.

2- Chuyên đề Ngoại Thần Kinh, NXB Y Học (tp HCM), 2001; trang 129-133

3- Nguyễn Hùng Minh, Huỳnh Thanh Bình; Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và kết quả gần điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính; Y học thực hành (717)- số 5/2010; pp:82-84.

4- Zarkou S, Mathieson CS, Campbell E, Lindsay KW, Murray L. Treatment of chronic subdural haematomas - a retrospective comparison of minicraniectomy versus burrhole drainage. Br J Neurosurg. 2010 Jun;24(3):257-60.

5- Kansal R, Nadkarni T, Goel A. Single versus double burr hole drainage of chronic subdural hematomas. A study of 267 cases. J Clin Neurosci. 2010 Apr;17(4):428-9.

6- Ibrahim I, Maarrawi J, Jouanneau E, Guenot M, Mertens P, Sindou M. Evacuation of chronic subdural hematomas with the Twist-Drill technique: Results of a randomized prospective study comparing 48-h and 96-h drainage duration. Neurochirurgie. 2010 Feb;56(1):23-7. Epub 2010 Jan 6.

7- Zarkou S, Aguilar MI, Patel NP, Wellik KE, Wingerchuk DM,Demaerschalk BM.The role of corticosteroids in the management of chronic subdural hematomas: a critically appraised topic. Neurologist. 2009 Sep;15(5):299-302.

8- Starling AJ, Wellik KE, Hoffman Snyder CR, Aguilar M**I**, Demaerschalk BM, Zimmerman RS, Wingerchuk DM. Surgical decompression improves mortality and morbidity after large territory acute cerebral infarction: a critically appraised topic. Neurologist. 2011 Jan;17(1):63-6.

9- Zakaraia AM, Adnan JS, Haspani MS, Naing NN, Abdullah JM. Outcome of 2 different types of operative techniques practiced for chronic subdural hematoma in Malaysia: An analysis. Surg Neurol; 2008 Jun, discussion 616.69(6):608-15;

10- Bùi Ngọc Tiến, Đỗ Văn Dũng. Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện 198. Y Học thực hành, Bộ y tế. 2011;239-244