

# NHÂN 5 TRƯỜNG HỢP ÁP XE NÃO ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG.

Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Minh Tâm, Lê Tấn Năm  
Khoa CTCH, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang

## **TÓM TẮT**

Báo cáo 5 trường hợp bệnh nhân bị áp xe não, đã được phẫu thuật tại bệnh viện An giang, nhận xét các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị.

**Mục tiêu nghiên cứu :** Nhận xét đặc điểm lâm sàng , phương pháp chẩn đoán và kết quả điều trị áp xe não tại bệnh viện An giang.

**Thiết kế nghiên cứu:** Trường trình ca bệnh

**Kết quả :** có 4 nam và 1 nữ . Tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 87. Có 2 trường hợp áp xe do biến chứng sau mổ chấn thương sọ não và 3 trường hợp do biến chứng từ viêm tai xương chũm. Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau đầu âm ỉ kéo dài . Tất cả được chụp CT chẩn đoán xác định trước mổ. Phương pháp điều trị: mổ chọc hút mũ và dẫn lưu ổ áp xe. Vi khuẩn gây bệnh bao gồm : Staphylococcus, Streptococcus, E.Coli . Kháng sinh sau mổ, kết hợp 3 loại : Cephalosporine III, Metronidazol và Aminoglycoside. Tất cả 5 bệnh nhân đều trong tình trạng ổn định sau khi mổ. Ra viện :4 bệnh nhân có điểm GOS = 5 và 1 bệnh nhân có GOS=4.

**Kết luận :** Áp xe não là một bệnh nặng của hệ thần kinh vì các triệu chứng ban đầu mơ hồ nên thường đến bệnh viện trễ. Bệnh cần được nhanh chóng chẩn đoán xác định và áp dụng phương pháp điều trị thích hợp mới có kết quả tốt.

## **ABSTRACT**

A report of 5 patients with brain abscess were operated in An giang general Hospital.

**Objectives :** To study the characteristics and the outcome of 5 cases suffering from brain abscess in An giang general Hospital.

**Study design:** Case report.

**Results :** There were 1 women and 4 men. Age from 18 to 87. Two cases suffering from brain abscess due to complication after skull surgery and 3 cases due to mastoiditis . The main clinical symptom was blunt headache. All of them had CT scanner before surgery. Surgical technique: pus drainage. Microbiology: Staphylococcus, Streptococcus, E.coli. A combined antibiotics: Cephalosporin III, Metronidazole and Aminoglycoside. All patients were good after surgery (GOS = 5 in 4 patients and GOS = 4 in 1 patient).

**Conclusion:** The brain abscess is a severe disease but the clinical signs was vague. It must be cautious to make early diagnosis and properly treatment.

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Áp xe não (AXN) là sự tụ mũ khu trú trong nhu mô não sau một quá trình nhiễm khuẩn của nhu mô não. Phải có tác nhân gây nhiễm trùng xâm nhập vào nhu mô não mới gây ra AXN được. Năm 1876, nhà phẫu thuật thần kinh Scotland, Macewen lần đầu tiên chẩn đoán một AXN cho một bệnh nhi chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các khám xét thần kinh. Thân nhân bệnh nhi không đồng ý can thiệp phẫu thuật. Sau khi tử vong, mổ tử thi, thấy ổ AXN ở thùy trán.[13].

Áp xe não chiếm tỷ lệ 8% các khối choán chỗ trong hộp sọ ở các nước đang phát triển. Đa số AXN xuất hiện ở độ tuổi trước 30 tuổi, nhiều nhất là ở trẻ em, độ tuổi từ 4 tuổi đến 7 tuổi.[9][13]

Ở Hoa kỳ ,hàng năm có 1.500 đến 2.500 bệnh nhân AXN [8] . Việt Nam chưa có số liệu thống kê đầy đủ về loại bệnh tật này. Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội trong 10 năm (1993-2002) , đã mổ 236 ca [4] , bệnh viện Đà Nẵng trong 2 năm (1997-1998). Bệnh viện Chợ Rẫy trong 4 năm (2000-2003) đã phẫu thuật 120 trường hợp. [2] [3] [4] [5] [6]. Tại Bệnh viện An giang mỗi năm trung bình có 2 bệnh nhân được phẫu thuật..

Từ khi máy chụp cắt lớp điện toán ra đời, việc chẩn đoán áp xe não không còn khó khăn nữa. Sự phát triển các loại kháng sinh đặc hiệu cũng như các kháng sinh diệt khuẩn phổ rộng cũng giúp ích rất nhiều trong điều trị AXN.

Mục đích nghiên cứu này là nêu những đặc điểm lâm sàng của bệnh,đánh giá chẩn đoán và kết quả điều trị loại bệnh lý này tại bệnh viện An giang.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu: Trường trình ca bệnh

## KẾT QUẢ:

Tóm tắt đặc điểm 5 ca áp xe não được mổ tại bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và vi trùng học 5 ca áp xe não tại bệnh viện An giang:

Bệnh nhân	Tuổi	Giới	LS	TK KT	Phù gai thị	H.CT scan	Ng. nhân	Vi trùng	Vùng cư trú	Ra viện GOS
1. La văn chí L	12	nam	NĐ	-	-	+	VTXC	<i>Streptococcus</i>	N.thôn	5
2.Trần văn T	18	nam	NĐ	+	+	+	VTXC	<i>Không mọc</i>	N.thôn	4
3. Lê thị Nh	32	Nữ	NĐ	-	-	+	VTXC	<i>Staphylococcus</i>	N.thôn	5
4. Nguyễn tấn X	81	nam	NĐ	-	-	+	Mô sọ não	<i>E. Coli</i>	Th thị	5
5. Nguyễn th. V	68	nam	NĐ	-	-	+	Mô sọ não	<i>Staphylococcus</i>	Th.thị	5

VTXC: viêm tai xương chũm; N.thôn : nông thôn; Th.thị : thành thị ; Có : (+) ; Không : (-)

H.CT: head C.T.Scan ; TK.KT : dấu thần kinh khu trú.

LS : lâm sàng; GOS: Glasgow Outcome Scale: thang điểm ra viện

## NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Sự hình thành một ổ mủ trong nhu mô não được diễn ra tương tự các ổ áp xe ở nơi khác; cùng diễn tiến qua 4 giai đoạn : viêm nhiễm, khu trú, hoại tử, tạo bao áp xe.

Phải có tác nhân nhiễm khuẩn xâm nhập vào nhu mô não, mới khởi đầu được quá trình hình thành của áp xe não. Có ba con đường xâm nhập của các tác nhân gây bệnh : (1) Xâm nhập trực tiếp từ các vết thương xương sọ và mô não khi bị chấn thương sọ não hay bị mổ sọ não hay làm các thủ thuật chẩn đoán, điều trị sọ não;(2) Xâm nhập từ ổ viêm nhiễm lân cận với sán sọ , như viêm tai xương chũm, nhiễm trùng các xoang hàm-mặt, áp xe nướu răng .v.v...;(3) Xâm nhập theo đường máu từ các ổ nhiễm trùng các cơ quan nội tạng khác v.v...

Trước những năm 1980, người ta thấy rằng sự lây lan các tác nhân gây bệnh từ những vùng viêm nhiễm lân cận là phổ biến, ngày nay người ta thấy áp xe não có nguyên nhân lây lan theo đường máu là phổ biến. Có 30% không tìm được nguyên nhân. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh, ngoài việc bị can thiệp vào sọ não, còn có những yếu tố nguy cơ khác rất đáng chú ý, như các bệnh tim có tím, bất thường động tĩnh mạch phổi, suy giảm miễn dịch...

Các tác nhân gây bệnh thường rất đa dạng từ các loại vi khuẩn thông thường kể cả vi khuẩn lao, ký sinh trùng hoặc amib, nấm...Tác nhân thường thấy nhất là chủng vi khuẩn *Streptococcus spp* và *Staphylococcus spp*. Có 25% trường hợp cấy trùng không mọc. Việc cấy mủ tìm vi trùng trên nhiều môi trường cấy là cần thiết.[11][12][13]

Đặc điểm 5 bệnh nhân của chúng tôi : 1 nữ và 4 nam; tuổi nhỏ nhất 18, lớn nhất 87 tuổi; Triệu chứng đau đầu âm ỉ kéo dài có ở cả 5, yếu nửa người 1, phù gai thị 1; Nguyên nhân do mổ sọ não 2, do VTXC 3; Vị trí ổ áp xe hố sau 1, thái dương 4; Vi trùng gây bệnh : *Streptococcus spp* 1, *Staphylococcus spp* 2, *E.coli* 1, cấy không mọc 1; 3 bệnh nhân bị biến chứng từ VTXC đều cư trú ở vùng nông thôn .Các đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác nhiều so với các tác giả khác. Riêng triệu chứng đau đầu âm ỉ có ở 5/5 bệnh nhân trong nghiên cứu này, tương tự báo cáo của tác giả khác [ ]. Chúng tôi nhận thấy đau đầu âm ỉ, kéo dài, điều trị với các thuốc giảm đau thông thường không hiệu quả , thì không nên quên 1 ổ áp xe não...[3][7][9]

Tất cả 5 bệnh nhân đều được lấy mủ cấy vi trùng và làm giải phẫu bệnh, kết quả đều phù hợp với áp xe. Kết quả kháng sinh đồ nhạy ít nhất 1 trong 3 loại kháng sinh đã sử dụng trước mổ.

Tất cả 5 bệnh nhân của chúng tôi, khi nhập viện cũng như khi được chẩn đoán xác định áp xe não , đều trong tình trạng ổn định, tỉnh táo hoàn toàn, GCS = 15, không phải tình trạng cấp cứu và được mổ cấp cứu có chuẩn bị.

Về chẩn đoán, chúng tôi có 2/5 bệnh nhân sau mổ chấn thương sọ não, được chụp CT scanner kiểm tra trước khi ra viện và phát hiện áp xe não, các trường hợp này không có gì cần bàn luận. Còn 3/5 bệnh nhân AXN do biến chứng VTXC, những bệnh nhân này được chẩn đoán AXN rất sớm ngay sau nhập viện, với chụp CT scanner với thuốc cản quang. Chúng tôi dựa vào các triệu chứng như: đầu âm ỉ kéo dài, khi tăng khi giảm, nhức đầu ngày càng tăng, uống các thuốc giảm đau thông thường không hết, xuất hiện đã lâu trước khi nhập viện và nay phải nhập viện. Tiền sử và hiện tại có chảy mủ ra tai, có hay không có đau thần kinh khu trú; soi đáy mắt có hay không có phù gai thị là chúng tôi cho chụp CT scanner ngay. Chúng tôi không sử dụng xét nghiệm dịch não tủy như một số tác giả khác, không cần thiết đo điện não đồ ( EEG) và một số xét nghiệm cận lâm sàng khác ...vì chúng tôi thấy không cần thiết. Bạch cầu máu tăng cao phù hợp với nhiều tác giả khác, giúp hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi điều trị. Tuy hình ảnh scanner giúp chẩn đoán áp xe não thuận lợi hơn, nhưng nhiều trường hợp rất khó phân biệt với một khối u não, cho dù có chụp cả MRI, có khi chỉ chẩn đoán được là áp xe não trong lúc đang mổ. Do số bệnh nhân của chúng tôi còn quá ít nên chưa gặp tình huống khó khăn trên.[1][112][6]

Về phương pháp mổ, chúng tôi áp dụng phương pháp bơm rửa và dẫn lưu ổ áp xe. Hiện nay có 3 phương pháp mổ áp xe não: (1) bóc bao áp xe; (2) chọc hút mủ đơn thuần; (3) dẫn lưu ổ áp xe. Theo Võ Văn Nho, cả 3 phương pháp mổ trên đều cho kết quả không khác nhau. Tuy nhiên theo Đồng Văn Hệ báo cáo kết quả 26 bệnh nhân được mổ bóc bao áp xe, tử vong 12%, biến chứng 19%, tái phát 23%, mổ lại 35%; tỷ lệ tử vong cao hơn phương pháp chọc hút. Chúng tôi áp dụng phương pháp dẫn lưu ổ áp xe ra ngoài [1][2][5][9]. Bệnh nhân được gây mê toàn thân, khoan găm sọ một lỗ vừa phải, chọc thăm dò vào ổ áp xe, sau đó đặt 1 ống Nelaton số 14 vào ổ áp xe, bơm rửa nhẹ nhàng với nước muối sinh lý, đến nước trong tương đối. Lưu ống dẫn lưu 7 ngày, chụp scanner không thấy còn hình ảnh ổ áp xe, chúng tôi rút ống dẫn lưu. Dịch dẫn lưu ra được là dịch rỉ viêm.

Điều trị nội khoa trước và sau mổ, tất cả các tác giả đều sử dụng corticoid chống phù não. Đồng Văn Hệ có sử dụng dung dịch mannitol 20% chống phù não, chúng tôi không sử dụng mannitol vì thấy không cần thiết. Việc sử dụng kháng sinh, ngay khi có chẩn đoán áp xe não, chúng tôi sử dụng kháng sinh 3 nhóm phối hợp trước mổ: Cephalosporine III + metronidazol + aminoglycoside, sử dụng kháng sinh sau mổ kéo dài thêm 5 tuần lễ, không khác các tác giả khác. 3 bệnh nhân bị biến chứng của VTXC, sau khi được rút ống dẫn lưu ổ áp xe, được chuyển về chuyên khoa Tai-Mũi-Họng để khoét rộng đá chũm. Điều trị và phòng ngừa đông kinh bằng Tegretol hoặc dùng Dihydralin tùy theo mỗi tác giả[1][9]

Điều trị nội khoa áp xe não, có một số chỉ định điều trị nội khoa, bao gồm các ổ áp xe nhỏ (< 2cm) nằm sâu gần sàn sọ, cạnh não thất, gần đường giữa, bán cầu ưu thế nên việc can thiệp

phẫu thuật khó khăn. Với những ổ áp xe lớn hơn hay nhiều ổ áp xe hay một ổ áp xe nhiều túi nằm sâu trong não, những cơ sở chuyên khoa phẫu thuật thần kinh có đủ phương tiện stereotaxis sẽ định vị, chọc hút kết hợp điều trị nội khoa...chúng tôi chưa điều trị nội khoa nên chưa có kinh nghiệm bàn luận. Một trong 5 bệnh nhân của chúng tôi bị áp xe não hồ sau, trên CT scanner khối áp xe < 1,5cm, chúng tôi điều trị nội khoa, sau 1 tuần, chụp CT kiểm tra thấy ổ áp xe to hơn và chúng tôi phải mổ.

Về kết quả điều trị, tất cả 5 bệnh nhân của chúng tôi đều ra viện tốt, sau 1 năm, có 1 bệnh nhân còn chảy mủ tai, các bệnh nhân khác vẫn tốt. Số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chưa kết luận gì về tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ tử vong phẫu thuật áp xe não trung bình theo các báo cáo là 10%. [9][12][13]

Một khía cạnh khác chúng tôi quan tâm, đó là về mặt xã hội. Trong 5 bệnh nhân trong nghiên cứu này, có 3 bệnh nhân bị biến chứng của VTXC và đều có nơi cư trú vùng nông thôn, đã bị VTXC kéo dài, không được điều trị phù hợp. Có lẽ do điều kiện tài chính nên những bệnh nhân này không được chữa trị. Dường như chúng ta chưa có một cơ sở điều trị miễn phí cụ thể ( ví dụ như ở đất nước CUBA ) cho những bệnh nhân có bệnh mà không có tài chính... Cần phải có một lộ trình phù hợp để đem lợi ích y tế cho tất cả mọi người, không phân biệt

#### **KẾT LUẬN:**

Áp xe não là một là một bệnh lý nguy hiểm của não bộ nhưng triệu chứng ban đầu rất mờ hồ. Cần phát hiện sớm, chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp mới có kết quả tốt.

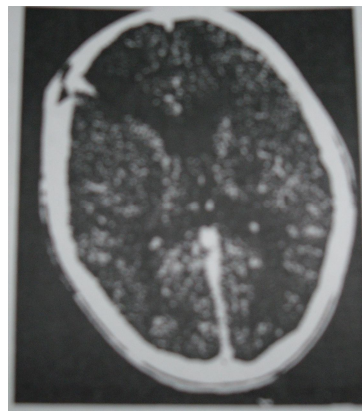
Cần phải có chính sách rõ ràng, đem lợi ích về y tế miễn phí đến các vùng nông thôn và người dân nghèo.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

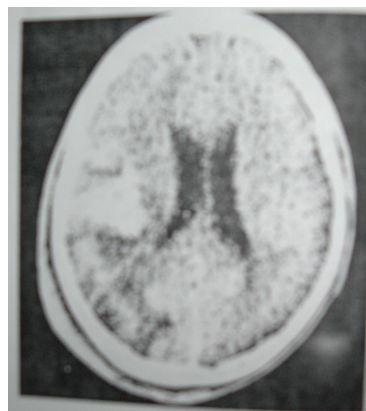
1. Đồng văn Hệ, Dương chạm Uyên, Phân tích kết quả điều trị áp xe não bằng 2 phương pháp chọc hút và lấy bỏ cả bao áp xe (nhân 75 ca), Yhocj Việt nam, số 6,7,8, tập 225 : 83-89.
2. Đồng văn Hệ , Áp xe não, cấp cứu ngoại khoa thần kinh, NXB y học Hà nội, 2005:81-88.
3. Trương văn Việt, Võ văn Nho ,Chuyên đề ngoại thần kinh, NXB y học, 2002:166-180.
4. Nguyễn Phong, Võ văn Nho, Áp xe não, 56 trường hợp được điều trị tại khoa ngoại thần kinh BVCR từ 1986-1991, Nội san BVCR, 1992 :296-299.
5. Nguyễn ngọc Bá, Chẩn đoán điều trị áp xe não qua 11 trường hợp ở bệnh viện Đà Nẵng trong 2 năm 1997-1998, Hội nghị ngoại thần kinh Việt – Úc 1999.
6. Trương Quang Ánh, Phạm văn Linh, Tôn nữ phương Anh, Trương văn Trí, Nguyễn thị Hóa, Báo cáo 1 trường hợp áp xe não do nấm Candida albicans và Cladosporin batiana, Đại học Y Dược Huế, 20/8/2008.

7. Võ văn Nho, Áp xe não, Hướng dẫn thực hành cấp cứu ngoại thần kinh, BVCR, 1998: 121-134.
8. Lê xuân Trung, áp xe nội sọ, Bệnh học ngoại thần kinh, tập 1, NXB Y học, 1991: 335-364.
9. Võ tấn Sơn, Nguyễn xuân Bình, Điều trị phẫu thuật áp xe não, Tạp chí y học TP Hồ chí Minh, tập 9, số 1, 2005; 43-48.
10. Handbook of Neurosurgery, 5 th editor, Thieme, 2002 : 217-227.
11. Abayomi G. Oshinowo, MD, B. Wayne Bloynt, MD, MPH, Lawrence L. Golusinski, MD, Tuberculous cerebellar abscess, Jam Board Fam Pract 11(6), 1998 :459-464.
12. Jame L. Frazier, MD, Edward S. Ahn, MD, George I. Jallo, MD, Management of brain abscess in childe Neorosurg Focus, 2008, 24(6) : 1-10.
13. Ranjith K. Moorthy, Management of brain abscess, An Overview, Neurosurg, 2008 ; 24 (6):1-6.

### **HÌNH ẢNH MINH HỌA**



Áp xe trán – pp chọc hút , dẫn lưu. ảnh trước và sau mổ



Áp xe chẩm – pp mổ bóc bao áp xe- ảnh trước và sau mổ