

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT TRÊN LỀU 40 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

*Lê Tấn Năm, Nguyễn Minh Tâm, Trương Triều Phong,
Trương Thúy Lan, Nguyễn Văn Sách, Bệnh viện An giang*

Abstract: *A report of 40 spontaneous supratentorial intracerebral (SSIH) hemorrhagic patients: clinical characteristics and result of surgical treatment in An Giang General Hospital from the year of 2006 to 2009.*

BACKGROUND: *The morbidity and mortality rates of patients with SSIH were high. The role of surgery for patients with SSIH is currently not clear, and the results from the International Surgical Trial in intracerebral hemorrhage have not clarified this challenging question. The results of studies in Viet Nam suggest that surgical treatment for SSIH were benefiting in some patients. Purpose: Describing the clinical characteristics and determining the mortality rates of operated patients suffering from SSIH. METHOD AND PATIENTS: A cohort study of one group including 40 SSIH patients were surgical treatment from 2006 to 2009 and were follow-up in 6 months. Operative technique: Decompression standard craniectomy and hematoma evacuation. RESULTS: There were 24 men and 16 women; ictus was present in 100% of patients; average GCS was 9.13 ± 1.62 ; mean age and SD was 51.3 ± 10.05 yrs; hypertension was observed in 87.5%; mean and SD of hematoma volume was 44.75 ± 12.08 ml; 6 patients had ASA with grade II and 34 patients had ASA with grade III; lobe hematoma presented in 9 and internal capsule in 31 patients; timing: Operated within 48 hrs in 29 and after 48 hrs in 11; death rate was 27.5 %. CONCLUSION: Mortality rate at 6-months follow-up was 27.5% (11 patients). Hematoma volume and GCS were significantly different between alive and died patients. Others factors were not significantly different. The patient with lobe hematoma, GCS > 9, volume of hematoma < 40 ml and ASA < III had good outcome. Recommendation: Surgical treatment has an important role in management of SSIH, particularly in patients had*

ASA < IV, hematoma volume was more 30 ml, midline shift on CT scan was more 0.5 cm, and/or GCS < 12.

TÓM TẮT: Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật 40 bệnh nhân xuất huyết não trên lều tự phát tại bệnh viện đa khoa An Giang 2006-2009.

ĐẶT VẤN ĐỀ: Xuất huyết não tự phát trên lều có tỷ lệ tàn phế và tử vong cao. Vai trò đích thực của can thiệp phẫu thuật đến ngày nay còn chưa rõ ràng, các số liệu của một nghiên cứu quốc tế về xuất huyết não tự phát cũng chưa làm sáng tỏ câu hỏi khó khăn này. Một vài kết quả nghiên cứu đã được báo cáo ở Việt Nam cũng chỉ đánh giá cao vai trò can thiệp phẫu thuật trong điều trị xuất huyết não. Mục đích nghiên cứu: nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật 40 bệnh nhân đã được mổ từ 2006 đến 2009. **PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:** Mô tả đoàn hệ không đối chứng 40 bệnh nhân xuất huyết não trên lều tự phát được phẫu thuật từ năm 2006 đến 2009 tại bệnh viện đa khoa An Giang. Phương pháp mổ: mở sọ kinh điển giải áp và lấy máu tụ. Các thông tin được thu nhận từ các bệnh nhân đã được mổ, bao gồm các đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị sau ra viện 6 tháng. **KẾT QUẢ:** bệnh nhân gồm có 24 nam và 16 nữ; tuổi trung bình $51,3 \pm 10,05$; 100% bị đột quỵ; điểm hôn mê trung bình GCS = $9,13 \pm 1,62$; có bệnh tăng huyết áp 87,5%; khối lượng máu tụ trung bình $44,75 \pm 12,08$ ml; điểm ASA=II có 6 bệnh nhân và điểm ASA=III có 34 bệnh nhân; vị trí xuất huyết: thùy não có 6 bệnh nhân và vùng bao trong là 34 bệnh nhân; thời điểm mổ: trong 48g sau đột quỵ có 29 bệnh nhân và sau 48g có 11 bệnh nhân; tỷ lệ tử vong sau 6 tháng là 27,5%. **KẾT LUẬN:** Tỷ lệ tử vong sau mổ, theo dõi 6 tháng là 27,5%. Yếu tố khối lượng máu tụ và điểm hôn mê GCS có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tử vong và nhóm bệnh nhân còn sống, lượng máu tụ càng lớn, nguy cơ tử vong càng cao. Những bệnh nhân có xuất huyết ở vị não thùy, lượng xuất huyết < 40 ml, có GCS > 9 và ASA < III thì tiên lượng tốt.

Can thiệp phẫu thuật có vai trò quan trọng trong điều trị xuất huyết não tự phát trên lều. Chỉ định phẫu thuật cho những bệnh nhân có ASA < IV, có khối lượng máu tụ > 30 ml, trên lều, lệch đường giữa > 0,5 cm, GCS < 12.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não, ngày nay được gọi phổ biến hơn trong y văn là “đột quy não”(cerebral stroke), được định nghĩa là một hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi sự mất chức năng não cấp tính, cục bộ, kéo dài hơn 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong.[7]

Ông tổ y khoa Hippocrates (460 BC to 370 BC) là người đầu tiên mô tả các triệu chứng giống đột quy não.

Đột quy não hiện nay vẫn còn là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong, đứng sau bệnh tim mạch và ung thư. Nhưng nó lại là nguyên nhân gây tàn phế nặng nề nhất trong các loại bệnh gây tàn phế.

WHO ước tính trên toàn thế giới có khoảng 15 triệu người bị đột quy trong một năm, trong đó tử vong 5 triệu người, tàn phế 5 triệu người và chỉ hòa nhập cộng đồng 5 triệu người.

Tại Hoa Kỳ hằng năm có 795.000 bệnh nhân bị đột quy mới và tái phát, dự kiến đến năm 2025 sẽ có 1.000.000 bệnh nhân trong một năm. Số bệnh nhân ở Pháp có 145/100.000 dân, Thái Lan có 187/100.000 dân và Việt nam có 152/100.000. [6][7]

Nguyên nhân gây bệnh, 60% các trường hợp đột quy có nguyên nhân do bệnh tăng huyết áp. Xuất huyết não tự phát là một thể bệnh của đột quy não, chiếm tỷ lệ 20% đến 25% các bệnh đột quy. Trong nghiên cứu này chúng tôi đề cập liên quan đến thể xuất huyết não tự phát này. Thể xuất huyết não có tiên lượng tử vong và tàn phế cao hơn các thể bệnh khác và cũng ít được nghiên cứu hơn các thể khác. Về vấn đề điều trị xuất huyết não, cho đến hiện nay, mặc dù đã có các số liệu của một cuộc nghiên cứu quốc tế về điều trị loại bệnh này (International STICH) trên 107 trung tâm của 83 quốc gia với 1033 bệnh nhân, nhưng vai trò đích thực của can thiệp phẫu thuật cũng chưa rõ ràng.[11]

Ở Việt Nam , một số nhà phẫu thuật thần kinh đã báo cáo một số kết quả phẫu thuật khác nhau, đã đánh giá vai trò quan trọng của phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh xuất huyết não.[1][3][4]

Mục đích của nghiên cứu này nhằm: (1) Nhận xét về các đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân; (2) Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xuất huyết não trên lều; (3) Đưa ra tiêu chí chỉ định phẫu thuật xuất huyết não tự phát.

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ tiền cứu, không nhóm đối chứng.

Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân xuất huyết não trên lều tự phát được mổ tại bệnh viện An giang từ năm 2006 đến năm 2009, theo dõi sau ra viện 6 tháng. Ghi nhận kết cục điều trị là bệnh nhân còn sống hay chết.

Chỉ định phẫu thuật :

- Tuổi dưới 70 tuổi
- Có điểm hôn mê GCS từ 6 điểm đến 12 điểm
- Khối lượng xuất huyết não lớn hơn 30 ml, (tính theo công thức Broderick = $4/3\pi(A/2)(B/2)(C/2) \# (A*B*C)/2$ ml ; A là đường kính lớn nhất trong các lát cắt của khối xuất huyết não, B : đường kính lớn nhất thẳng góc A, C : số lát cắt cách khoảng 1 cm trên khối xuất huyết trên phim CT scanner.)
- Đường giữa lệch hơn 0,5 cm
- Điểm ASA : I, II, III

Loại trừ:

- Xuất huyết não dưới lều
- Xuất huyết do u não
- Xuất huyết do vỡ dị dạng mạch máu não
- Do chấn thương sọ não
- Điểm ASA: IV, V.

Chẩn đoán:

Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT scanner sọ não để chẩn đoán trước mổ.

Phương pháp phẫu thuật:

Mở rộng sọ kinh điển giải áp, lấy máu tụ.

Thu thập số liệu

Thu thập số liệu, các thông tin về những đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân.

Đánh giá kết quả:

Liên lạc bệnh nhân sau ra viện 6 tháng.

Sử dụng thang điểm outcome scale. Chọn outcome là biến phân loại nhị phân: sống - chết. GOS= 1: tử vong; GOS= (2,3,4,5): còn sống

Bảng điểm ASA (American Society Anesthesiologists); ASA là bảng điểm đánh giá toàn trạng của bệnh nhân trước một cuộc gây mê toàn thân (8):

ASA	Bệnh nhân
I	Bệnh nhân có sức khỏe bình thường
II	Có bệnh nhẹ, không giới hạn các chức năng
III	Có bệnh nặng, có hạn chế chức năng rõ
IV	Có bệnh nặng, thường xuyên đe dọa mạng sống
V	Toàn trạng rất xấu, tiên lượng tử vong trong 24 giờ cho dù có mổ hay không mổ

Phân tích thống kê:

Các biến lâm sàng và cận lâm sàng được thu nhận gồm 2 loại biến: biến số và biến phân loại. Sau khi thu nhận đầy đủ thông tin. Các biến số liên tục và có phân phối chuẩn, được sử dụng với phép kiểm T- Student, dùng phép kiểm Wilcoxon cho các biến không có phân phối chuẩn. So sánh các tỷ lệ dùng phép kiểm Chi-bình phương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 13.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật.

Đặc điểm	N=40
Giới:	
Nam	24 (60%)
Nữ	16 (40%)
Tuổi	51,35 ± 10.05
Đột quy	10 (100%)
THA:	
Có	35 (87,5%)
Không rõ	05 (12,5%)
Có điều trị bệnh THA	
Có	01 (2,5%)
Không	
Không rõ	34 (85,5%)
	5 (12,5%)
GCS	9,13 ± 1,62

Khối lượng máu tụ(ml)	44,75 ± 12,08
Lệch đường giữa	8,30 ± 1,91
Vị trí xuất huyết	
Não thùy	09 (22,5%)
Vùng bao trong	31 (77,5%)
ASA:	
= I	00
= II	06 (15%)
= III	34 (85%)
Thời điểm mổ:	
Trong 48g sau đột quy	29 (72,5%)
Sau 48g	11 (27,5%)
GOS theo dõi sau 6 tháng:	
Sống (= 2,3,4,5)	29 (72,5%)
Chết (= 1)	11 (27,5%)

THA: tăng huyết áp;; **GCS (Glasgow Coma Scale):** thang điểm hôn mê Glasgow; **ASA:** điểm nguy cơ trong vô cảm (I,II,III,IV,V); **Thời điểm mổ:** từ lúc đột quy đến mổ; **GOS6th:** điểm kết quả điều trị sau ra viện 6 tháng (GOS = 1: tử vong; > 1: còn sống)

Các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị:

	Sống (n=29)	Chết (n=11)	OR	P
Giới nam	18/29 (62,1%)	6/11 (54,5%)	0,8;CI:95%; 0,29-2,18	P > 0,05
Tuổi	50,6 ± 10,6	53,3 ± 8,6		P > 0,05
Khối lượng máu tụ (ml)	39,14 ± 8,77	59,55 ± 4,71		P < 0,05
GCS < 10	25/29 (89,65%)	9/11 (81,81%)	9,34;CI:95%;2,34-	P < 0,05
GCS ≥ 10	4/29 (10,35 %)	2/11 (19,19%)	22,37	
Vị trí:				
Bao trong	20/29 (68,96%)	11/11 (100%)		P> 0,05
Não thùy	9/29 (32,04%)	0/11 (0%)		
Thời điểm mổ:				
Trong 48g	21/29 (72,41%)	8/11 (72,72%)		
Sau 48g	8/29 (27,59%)	3/11 (27,28%)		P > 0,05
ASA				
= II	6/6 (100%)	0/6 (0%)		P > 0,05
= III	23/34 (79,31%)	11/34 (21,69)		

V. BÀN LUẬN

Kết quả phẫu thuật như bảng 2, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tạm chấp nhận được, so với tỷ lệ tử vong của tác giả Võ Văn Nho thì tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này còn cao. Trong nước cũng như ngoài nước, mỗi một tác giả có tỷ lệ tử vong cao thấp khác nhau, nhưng vẫn chưa có bằng chứng thuyết phục phương pháp nào tốt hơn phương pháp nào. [12]. So sánh kết quả điều trị với các tác giả khác như sau:

Bảng 3: các kết quả điều trị của các tác giả khác

NC	sống	chết	n
Bệnh viện AG	21(72,5%)	11(27,5%)	40
Lê Điền Nhi	30 (68,18%	14(31,82%)	44
Võ Văn Nho	21(81,25%)	02(18,75%)	23
Lê Xuân Long	21(77,74%)	10(32,26%)	31
Juvela	13(63%)	12 (46%)	26
Maira G	39 (78%)	11 (22%)	50

Đa số các tác giả, các phẫu thuật viên thần kinh ở Việt Nam đều đánh giá cao vai trò quan trọng của phương pháp can thiệp phẫu thuật.[1][2][4]

Một phân tích tổng hợp công bố năm 2000, tác giả Fernandes và cộng sự cho thấy kết quả điều trị là tử vong hoặc tàn tật giữa 2 phương pháp phẫu thuật và nội khoa có tỷ số chênh (OR) là 1,19, sự khác biệt này không ý nghĩa.

Một nghiên cứu về điều trị máu tụ trong não tự phát trên lều quốc tế (International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage = ISTICH) kéo dài trong 8 năm, từ năm 1995 đến 2003, bao gồm 1033 bệnh nhân xuất huyết não, của 107 trung tâm của 83 quốc gia. Kết quả nghiên cứu cũng chưa kết luận được điều trị phẫu thuật tốt hơn điều trị nội khoa.

Tuy nhiên khi phân tích tiểu nhóm (subgroup analysis), nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân xuất huyết não vị trí não thùy, nằm cách bề mặt võ não < 1cm, có điểm GCS từ 9 đến 12 điểm thì can thiệp phẫu thuật sớm có kết quả điều trị tốt, nhưng không đủ số liệu để tính toán thống kê. Mặt khác, những bệnh nhân có điểm GCS từ 5 đến 8 điểm, có khuynh hướng nghiêng về điều trị nội khoa. [11]

Các phẫu thuật viên ngoại khoa thần kinh Việt Nam đánh giá cao vai trò của phẫu thuật trong xuất huyết não dựa và cơ chế sinh bệnh. Ba cơ chế gây hại: (1) Các sản phẩm giáng hóa trong quá trình ly giải cục máu đông gây phản ứng co mạch máu não; (2) Tổn thương hoại tử tế bào do thiếu máu nuôi; (3) Hiệu ứng khối choáng chỗ chèn ép các cấu trúc lân cận. Phẫu thuật sẽ giải quyết trước mặt vấn đề ngoại khoa là giải áp, thêm một phần quan trọng là làm giảm khối lượng khối máu tụ.[1][2]

Các yếu tố có mối liên hệ với kết cục điều trị, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy khối lượng máu tụ và điểm hôn mê Glasgow của 2 nhóm bệnh tử vong và nhóm bệnh còn sống sau 6 tháng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 2)

Khối lượng xuất huyết não trung bình của nhóm sống còn có khác biệt với nhóm tử vong sau mổ có ý nghĩa thống kê (39,14 ml sv 59,55 ml. P <0,05). Khối lượng xuất huyết não là 1 trong các yếu tố được tất cả các tác giả nghiên cứu quan tâm và thống nhất ý kiến khối lượng máu tụ càng nhiều thì tiên lượng càng xấu. Kết quả trong nghiên cứu này cũng phù hợp .

Điểm hôn mê GCS, trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi phân nhóm hôn mê thành 2 nhóm, nhóm hôn mê sâu có điểm GCS < 10 điểm, nhóm hôn mê vừa có điểm GCS >= 10 điểm và kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ tử vong của nhóm có điểm hôn mê sâu GCS < 10 cao hơn nhóm có điểm hôn mê vừa GCS >= 10 (81,8% sv 18,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Khối lượng xuất huyết não và mức độ hôn mê và tuổi là 3 yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, được đa số các tác giả chú ý. Mức độ hôn mê sâu cho thấy một tình trạng tổn thương thần kinh trầm trọng, nên mức độ hôn mê càng sâu thì tiên lượng càng xấu. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với các tác giả khác. Trong chỉ định phẫu thuật, có tác giả can thiệp phẫu thuật cho dù có điểm GSC < 5 điểm, nhưng có các tác giả thận trọng hơn, chỉ can thiệp khi người bệnh hôn mê vừa, với điểm GCS > 10.

Về tuổi, trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình giữa nhóm bệnh nhân tử vong và nhóm bệnh nhân còn sống tuy có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa (52,62 sv 53,27; p > 0,05). Tác giả Bajer-Czajkowska A đã báo cáo, tuổi và tình trạng khiếm khuyết thần kinh lúc nhập viện là những yếu tố tiên lượng tử vong sớm ở người cao tuổi.[13]

Về vị trí xuất huyết, trong nghiên cứu này, có 9 (22,5%) bệnh nhân bị xuất huyết ở thùy não, không có tử vong sau mổ. Tử vong ở bệnh nhân xuất huyết vị trí vùng bao trong là 35,4% so với tử vong 0% ở vị trí thùy não, tuy nhiên số liệu trong nghiên cứu còn quá nhỏ, không đủ để thực hiện toán thống kê. Nhiều tác giả khác đồng ý là xuất huyết não ở não thùy có tiên lượng tốt hơn nhiều so với hạch nền, vùng bao trong dù là phẫu thuật hay điều trị nội khoa.

Thời điểm phẫu thuật, nghiên cứu chúng tôi, đa số bệnh nhân được phẫu trước 48 giờ (72,5%), phẫu thuật sau 48 giờ (27,5%), tỷ lệ tử vong của 2 nhóm này không có sự khác biệt có ý nghĩa. Nhiều tác giả đã báo cáo các kết quả khác nhau về thời điểm mổ, Morgenstern đã báo cáo kết quả tốt đối với những bệnh nhân được can thiệp trong vòng 24 giờ sau đột quy, tuy nhiên tác giả này lại báo cáo kết quả mổ trước 6 giờ sau đột quy cho tỷ lệ tái phát chảy máu và tử vong cao. Tuy nhiên tác giả Kaneko báo cáo tỷ lệ tử vong là 7% cho 100 bệnh nhân xuất huyết não được mổ trong 7 giờ sau đột quy. Nhưng cũng có các tác giả cho rằng nên hồi sức nội khoa tích cực ban đầu sau đó can thiệp phẫu thuật trong 72 giờ sau đột quy. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này trong vòng 48 giờ, tình trạng bệnh nhân tương đối tạm ổn nên chúng tôi mới can thiệp.[11]

Phương pháp mổ, hiện nay có 3 phương pháp can thiệp phẫu thuật chính: (1) Mở sọ kinh điển; (2) Chọc hút nội soi; (3) chọc hút và dẫn lưu với định vị 3 chiều (stereotaxis). Mở sọ kinh điển hiện đang được sử dụng nhiều nhất, tuy nhiên đang có khuynh hướng mạnh nghiên cứu về các phương pháp ít xâm lấn. Chúng tôi chọn phương pháp mổ hở kinh điển vì nó phù hợp với điều kiện bệnh viện của chúng tôi, tương lai chúng tôi sẽ tiếp cận các phương pháp ít xâm lấn đang phát triển tại Việt Nam.[1][3]

Theo hướng dẫn mới nhất của Hội tim mạch Hoa Kỳ và Hội phẫu thuật viên thần kinh Hoa Kỳ trên tạp chí Stroke số ngày 22 tháng 7 năm 2010, khuyến cáo chỉ định phẫu thuật cho những bệnh nhân xuất huyết não trên lều, não thùy, dưới võ não 1cm, khối lượng máu tụ > 30 ml thì chỉ định mổ mở sọ kinh điển.

Ngoài các tiêu chí chính để đặt chỉ định mổ bao gồm: độ tuổi; khối lượng máu tụ; điểm GCS, độ lệch đường giữa, còn có nhiều các triệu chứng khác cần phải quan tâm và mỗi tác giả có mối quan tâm khác nhau, như thời điểm mổ... Trong nghiên cứu này

chúng tôi có một tiêu chí khác là điểm ASA để đặt chỉ định phẫu thuật, chúng tôi chỉ định phẫu thuật với $ASA < IV$ (I, II, III). Nghiên cứu này có đa số bệnh nhân có $ASA=III$ (85%), chỉ có 6 bệnh nhân được đánh giá $ASA=II$, cả 6 bệnh nhân này đều có kết cục điều trị rất khả quan, do số bệnh nhân này còn ít, không đủ làm toán thống kê nên chưa đánh giá được, mặt khác 6 bệnh nhân này lại có điểm hôn mê $GCS \geq 10$ và vị trí máu tụ ở thùy não...

Trong vấn đề chỉ định mổ, tiêu chuẩn để chỉ định can thiệp phẫu thuật là gì?

Có tác giả cho rằng tuổi cao hơn 70 hoặc hơn 75 hoặc hơn 80 tuổi thì không nên mổ, tác giả khác nói rằng bệnh nhân có suy gan, suy thận thì không mổ, tác giả khác cho rằng có bệnh tiểu đường thì không mổ, chúng tôi thấy rằng dựa vào điểm ASA là thuận tiện nhất.

Chúng tôi không thấy các tác giả khác quan tâm đến ASA trong chỉ định phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, có 6 bệnh nhân có $ASA = II$, cả 6 bệnh nhân này đều sống sau mổ, tuy nhiên 6 bệnh nhân này lại có vị trí xuất huyết là não thùy, là yếu tố thuận lợi tốt cho bệnh nhân, nhưng số mẫu quá ít không đủ tính toán thống kê...

Một đặc điểm đáng quan tâm của các bệnh nhân trong nghiên cứu này là 100% bệnh nhân vào viện trong tình trạng đột quỵ và tình trạng người bệnh có bệnh tăng huyết áp nhưng không được điều trị đúng nghĩa điều trị bệnh. Trong nghiên cứu này, có đến 87,5% bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp, trong số này có đến 85,5% không điều trị bệnh đúng nghĩa, chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân có tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp, bệnh nhân này là nhân viên y tế. Như vậy kiến thức về bệnh tăng huyết áp phải được quan tâm thật tốt từ các nhà điều trị cho đến rộng khắp trong các cộng đồng người dân.

Ngày 4 tháng 8 năm 2010, Hội đột quỵ Hoa Kỳ và Hội Tim Mạch Hoa Kỳ đã đưa ra một hướng dẫn mới về cách xử trí xuất huyết não tự phát. “Đã từ lâu, người ta đã biết xuất huyết não là một trong các thể bệnh nặng nhất của đột quỵ, trong các loại tổn thương thần kinh tồi tệ nhất, và theo quan điểm của nhiều người, đã cho rằng không có được gì nhiều để làm cho những bệnh nhân này”, tác giả Lewis B. Morgenstern, người cầm đầu cuộc nghiên cứu đã nói như vậy tại trường đại học Michigan, Ann Arbor. Ông nói thêm “ Một thông điệp rõ ràng mà chúng tôi muốn gửi đi trong hướng dẫn này là xuất huyết não là một rối loạn rất có khả năng điều trị được, với sự điều trị

hết sức tích cực và thật sát với hướng dẫn” và “ Có nhiều bằng chứng trong hướng dẫn những công việc này, cho thấy có hiệu quả và cải thiện kết cục điều trị”.[14]

V. KẾT LUẬN

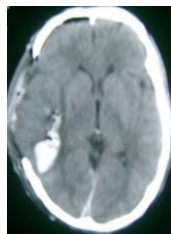
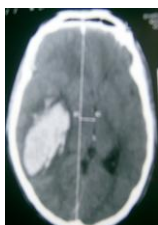
1. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 27,5% . Can thiệp phẫu thuật xuất huyết não tự phát trên lều có vai trò quan trọng trong điều trị loại bệnh này.
2. Chỉ định phẫu thuật cho các bệnh nhân xuất huyết não trên lều tự phát khi, khối lượng xuất huyết > 30 ml, lệch đường giữa > 0,5 cm, có điểm ASA <IV, có GCS < 12.
3. Chỉ định phẫu thuật đối với bệnh nhân xuất huyết não có vị trí ở não thùy, lượng máu tụ ít, điểm hôn mê GCS \geq 10, ASA < III có tiên lượng tốt.
4. Chỉ định phẫu thuật với bệnh nhân có xuất huyết não vị trí vùng bao trong, hạch nền, khối lượng máu tụ càng nhiều, điểm GCS <10 và ASA \geq III thì tiên lượng xấu.
5. Chúng tôi thấy rằng, can thiệp phẫu thuật chỉ là một công đoạn nhỏ trong phác đồ điều trị xuất huyết não. Hồi sức nội khoa trước và sau mổ mới là phác đồ điều trị loại bệnh này.
6. Cần thiết có một phác đồ điều trị “kết hợp nội – ngoại khoa” một cách hợp lý và kịp thời của một “đơn vị đột quy”.
7. Thời điểm mổ cần phải nghiên cứu thêm.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bài, Nhận xét ban đầu vai trò điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch não bằng phương pháp chọc hút máu tụ, Tạp Chí Y Học Thực Hành, 2001.
2. Lê Xuân Long, Xuất huyết não trên lều do cao huyết áp: nên mổ hay không?, Tạp Chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 7, số 1, 2003.
3. Lê Điền Nhi, Kết quả ban đầu về điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch não bằng phẫu thuật khoan sọ và chọc hút với dụng cụ cải tiến BACKLUND, Thời sự Y Dược học, 4/2004.
4. Võ Văn Nho, Trương Đà, Vai trò ngoại khoa trong điều trị đột quy ở người lớn tuổi, Y Học Việt Nam số đặc biệt-tháng 8/2004.

5. Võ Văn Nho, Các hội chứng lâm sàng của thiếu máu não và vai trò ngoại khoa của đột quy xuất huyết não, NXB Y Học, 2005.
6. Lê Văn Thành, Bệnh Học Thần Kinh, NXB Y Học, 1990.
7. Nguyễn Văn Thông, Đột quy não-cấp cứu-dự phòng, NXB Y Học, 2005
8. Handbook of Neurosurgery, 5 th, Thieme medical publisher. Newyork, 2001.
9. Juvela S, Heiskanen O, Poranen A, Voltonen S, Kuure T, Kate M, Troupp H. The treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage. A prospective Randomize trial of surgical and conservative treatment. J Neurosurg. 1990 Jan;72(1):152-5
10. Maira G, Anile C, Colosimo C, Rossi GF, Surgical treatment of primary supratentorial intracerebral hemorrhage in stuporous and comatose patients. Neurol Res. 2002 Jan;24(1):54-60
11. Mendelow AD; Investigators and the Steering Committee. The International Surgical Trial in Intracerebral Hemorrhage (ISTICH). Acta Neurochir Suppl. 2003;86:441-3.
13. Bajer-Czajkowska A; Zywicka A; Zaborowski G; Walecka A; Nowacki P Katedra i Klinika Neurologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, 71-252 Szczecin. Differences in the course of acute phase of spontaneous intracerebral haemorrhage in the elderly. Neurol Neurochir Pol. 2009; 43(3):245-50 (ISSN: 0028-3843)
14. Susan Jeffrey, Hien T. Nghiem, MD; New AHA/ASA Guidelines on Management of Intracerebral Hemorrhage CME; Stroke. Published online July 22, 2010.

ẢNH MINH HỌA



NGUYEN VAN AN 56 t