

# NHẬN XÉT 3 TRƯỜNG HỢP MÁU TỤ TRONG NÃO DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BVĐK ANGIANG 2004

BS LÊ TẤN NĂM, Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình BV AN-GIANG

## TÓM TẮT

Có 3 trường hợp máu tụ trong não do tai biến mạch máu não, gồm 2 nữ và 1 nam. Tuổi của 3 bệnh nhân lần lượt: 40, 80 và 49t, điểm GCS: 6đ; 8đ; 10đ, khối lượng máu tụ lần lượt: 40ml ; 125ml ; 100ml, đường giữa lệch: 0,7cm; 1,2cm; 1,2cm. Được chỉ định phẫu thuật cấp cứu sau khởi bệnh: 30giờ; 17giờ; 10giờ, được phẫu thuật mổ hở tại khoa Ngoại bệnh viện An giang. Cả 3 bệnh nhân đều đạt kết quả tốt sau phẫu thuật. Hai bệnh nhân được theo dõi sau mổ 6 tháng, đánh giá theo thang điểm ra viện Glasgow Outcome Scale (GOS) của 2 bệnh nhân này là 5đ và 3đ.

**Kết luận:** Việc áp dụng điều trị bằng phẫu thuật cho MTTN do tai biến mạch não kịp thời, đúng chỉ định, với sự hợp tác tích cực của các chuyên khoa liên quan, sẽ mang đến kết quả tốt đẹp cho bệnh nhân. Chỉ định mổ tuỷ từng trường hợp cụ thể, tuỷ theo tình trạng tổn thương thần kinh của BN, khối lượng, vị trí khối máu tụ và cả nguyện vọng của gia đình người bệnh.

## SUMMARY

Three patients (2 women and 1 man) with stroke were operated at Surgery department of An giang general hospital to remove the haematoma. The sizes of the clot were 40ml, 125ml and 100ml, respectively. The midlines shifts were 0.7cm, 1.2cm and 1.2cm, respectively. The GCS of the patients at admission were of 6, 8 and 10, respectively. Two of them have hypertension and no one had severely underlying diseases. All patients had a good outcome after surgery. The Glasgow outcome scale (GOS) in two patients at 6 months after surgery were 5 and 3, respectively. **Conclusion:** The open surgery may be helpful to remove the blood clot in intracerebral hemorrhage due to stroke. The decision to operate must be individualized, taking into consideration variables as age, size and location of haematoma, the presence of accompanying systemic complications and the willingness of patient's relatives..

## I - ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) hay tai biến mạch não là một hội chứng lâm sàng, đặc trưng bởi sự mất chức năng não cấp tính cục bộ, kéo dài hơn 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong.

ĐQN là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 trên thế giới, sau bệnh tim mạch và ung thư; là loại bệnh gây tàn phế hàng đầu; là bệnh có chi phí điều trị khổng lồ và là gánh nặng cho bản thân, gia đình, xã hội. [1]

Nguyên nhân do tăng huyết áp (THA) đã được rất nhiều bài báo cáo, cũng như các công trình nghiên cứu khác đề cập và nhấn mạnh từ trước tới nay.

Theo các thống kê, hàng năm:

--Pháp có 145/100.000 dân

--Thái Lan có 18,7 /100.000 dân

--Việt Nam có 152/100.000 dân ( Lê văn Thành, Tp HCM 1994) [2]

ĐQN bao gồm 2 thể lâm sàng chính: ĐQ nhồi máu não (cerebral infarction stroke) và ĐQ xuất huyết não (cerebral hemorrhagic stroke).

Máu tụ trong não (MTTN) (intracerebral hematoma) là một thể nặng của ĐQ xuất huyết não, 80% nguyên nhân do THA.

Về điều trị, từ trước năm 1970 việc điều trị chủ yếu bằng nội khoa. Sau 1975 sự ra đời của máy chụp cắt lớp vi tính thì chỉ định điều trị ngoại khoa tiên bộ nhanh chóng. Tuy nhiên trong nước, cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu so sánh giữa điều trị nội khoa và phẫu thuật, nhưng các phẫu thuật viên Việt Nam đã phẫu thuật cho một số bệnh nhân đột quỵ có dấu hiệu bị đe dọa tính mạng kết quả rất khả quan.

Hiện nay trong và ngoài nước có 3 phương pháp phẫu thuật chính: 1/ Mở hở, mở sọ kinh điển. 2/ Chọc hút máu tụ. 3/ Nội soi hút máu tụ.

Tuy nhiên, hiện nay còn nhiều bàn cãi về các cách điều trị cũng như giữa các nhà ngoại khoa với nhau: mổ hay nội khoa; mổ khi nào; phương pháp mổ nào; mổ cho đối tượng nào... [3] [4] [5] [12]

## II-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ SỐ LIỆU:

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu :

Hồi cứu mô tả 3 trường hợp (TH) máu tụ trong não (MTTN) đã được mổ tại B.V. An giang, năm 2004

### 2.2..Phương pháp mổ:

Chúng tôi học tập phương pháp mổ với tác giả Võ Văn Nho và Lê Điền Nhi là mổ hở, mở sọ kinh điển.

### 2.2. Đánh giá tri giác trước mổ: theo thang điểm GLASGOW COMA SCALE= GCS

GCS	6	5	4	3	2	1
Mở mắt	-	Tự nhiên	Gọi to	đau		-
Lời nói	Chính xác	Nhầm	Mất hướng	Không hiểu		-
Vận động	Tốt	Chính xác	Không đúng	Mất vỏ	Mất não	-

GSC 13 - 15: nhẹ ; 9 -12: trung bình; ≤ 8 : nặng

GCS ≤ 4: tử vong + thực vật 85% [6]

### 2.3. Đánh giá hậu phẫu : theo thang điểm Glasgow khi ra viện, GOS = Glasgow Outcome Scale [6]

GOS	BN
1	Tử vong
2	Tàn phế nặng, thực vật
3	Di chứng vừa
4	Di chứng ít
5	Không di chứng

### 2.4. Chỉ định mổ:

- 1/ Điểm GSC giảm dần, không đáp ứng điều trị nội khoa
- 2/ GCS từ 6→ 12
- 3/ Khối lượng máu tụ > 30 ml
- 4/ Đường giữa lệch > 0,5 cm
- 5/ Không mắc bệnh nội khoa khác nặng kèm theo

Khối lượng máu tụ ước lượng theo công thức  $V (ml) = \frac{Ax BxC}{2} = \frac{II}{2} a.b.c$  [4], [5]

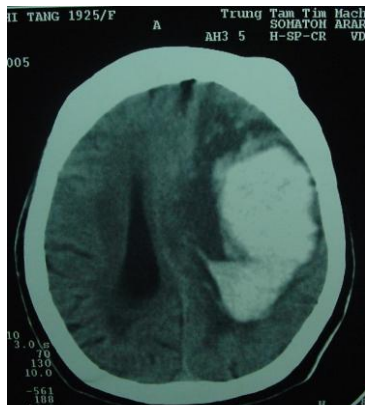
## KẾT QUẢ: Bảng tóm tắt các bệnh án

Tuổi giới	BN 1	BN 2	BN 3
	Nữ 40	Nữ 80	Nam 49
THA	0	+	+
LÂM SÀNG ĐT.(T) > (P)	M= 100 HA= 120/70 Yếu ½ (T) ĐT.(P) > (T) GCS= 6	M= 92 HA= 200/110 Yếu ½ (P) ĐT. (T) > (P) GCS= 8	M= 120 HA= 180/110 Yếu ½ (P) ĐT. (T) > (P) GCS= 10
Vị trí máu tụ	Đỉnh (T)	Bao trong (P)	Bao trong (P)
Thời gian từ ĐQN—mổ	30 giờ	17 giờ	10 giờ
Khối lượng MT	40 ml	125 ml	100 ml
Kết quả sau mổ 6 tháng	GOS= 5	GOS= 3	GOS= 5

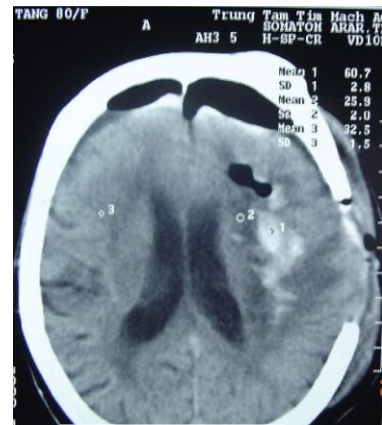
### III-NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN:

Mục tiêu điều trị hiện nay cần đạt được “**giảm tàn phế mà không gây tử vong**” xem là một mục đích hứa hẹn, tuy nhiên sẽ còn phải phấn đấu nhiều hơn nữa của các thầy thuốc.

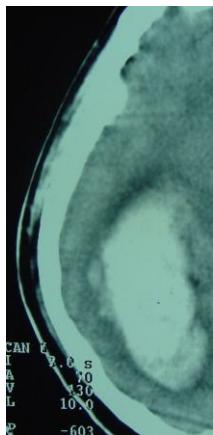
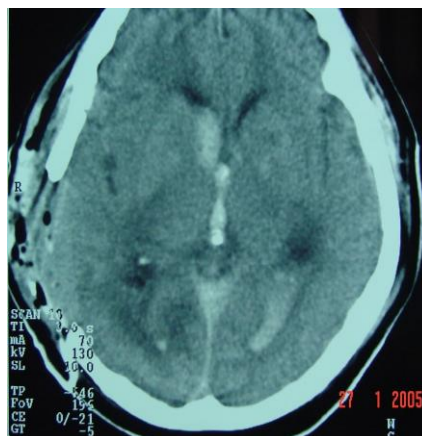
Nếu như trước thập niên 1970, khuynh hướng điều trị thiên về nội khoa, và các kết quả phẫu thuật còn thấp, thì thời gian sau này, nhờ tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh thần kinh nói riêng và tiến bộ khoa học kỹ thuật nói chung đã giúp cho các nhà phẫu thuật thần kinh có điều kiện phát triển nhanh chóng, mặc dù hiện nay còn phải tranh cãi một số vấn đề chưa thật thống nhất, cũng không làm chậm sự phát triển về điều trị phẫu thuật loại bệnh này.



Tụ máu vùng bao trong (T), 125ml  
BN 2 trước mổ



BN 2 sau mổ



**Về chỉ định phẫu thuật:**

Chúng tôi chọn phẫu thuật cho những BN có điểm hôn mê GCS từ 6đ → 12đ hay GCS giảm dần trong quá trình theo dõi bệnh; không giới hạn tuổi; có dấu hiệu đe dọa tính mạng; không kèm thêm bệnh nội khoa nặng khác. Chúng tôi cho rằng sốt và tuổi chỉ là yếu tố tiên lượng.

Lê Điền Nhi chọn mổ với GCS từ 6đ → 10đ và tuổi < 70.

Võ Văn Nho và Nguyễn Quang Bài chọn bệnh mổ có GCS từ ≤9đ; không hạn chế tuổi

Chúng tôi theo dõi BN, khi GCS giảm < 12 đ là đặt vấn đề phẫu thuật và chỉ mổ khi GCS ≥ 6đ, do chưa có kinh nghiệm và cơ sở hồi sức nội khoa còn yếu. Chúng tôi đang học tập thêm để phẫu thuật tốt hơn.

**Về phương pháp mổ:**

Chúng tôi chọn phương pháp mổ hở, mở sọ kinh điển như các tác giả Võ Văn Nho và Lê Điền Nhi. Tuy nhiên chúng tôi chỉ găm sọ một lỗ vừa # 6x6 cm, xẻ nhu mô não, đi trực tiếp vào ổ máu tụ.

Võ Văn Nho thì vền rãnh Sylvian đi vào ổ máu tụ vùng bao trong, cách này ít tổn thương cho nhu mô não hơn là cách xẻ nhu mô não. [4]

Lê Điền Nhi chọn phương pháp chọc hút, dùng kim BACKLUND cải tiến, áp dụng cho những máu tụ trong sọ có kết tốt cho nhiều trường hợp, và mổ hở kinh điển cho những TH khối máu tụ nằm gần võ não [5]

Nguyễn Quang Bài chọc hút, làm giảm bớt khối lượng máu tụ trong não với gây tê tại chỗ và khoan một lỗ sọ nhỏ, chọc hút với ống Nelaton có nòng tương tự dụng cụ Backlund cải tiến [2]. Chúng tôi đang học tập các phương pháp này để áp dụng

**Về kết quả :**

Cả 3 BN của chúng tôi đều tốt sau mổ, không có tử vong, đây là điều may mắn và cũng là một khích lệ cho chúng tôi.

Võ Văn Nho phẫu thuật cho 23 BN tử vong 2 BN, chiếm 8,96%. So với tỷ lệ tử vong của Nishikawa [11], Suyama [12], tỉ lệ tử vong này chấp nhận được. Lê Điền Nhi có tử vong 2/14BN. Nguyễn Quang Bài, tử vong 2/65BN.

Chúng tôi thấy rằng trong tất cả các báo cáo, nghiên cứu về loại bệnh này điều có đề cập đến tầm quan trọng của các chuyên khoa có liên quan khác như hồi sức nội khoa, nội tim mạch, gây mê, phục hồi chức năng, tuy nhiên vẫn là những đề cập chung chung. Chúng tôi thấy rằng việc phẫu thuật chỉ là 20% công việc điều trị, còn lại 80% là sự đóng góp của các chuyên gia về hồi sức nội, tim mạch, gây mê... .

Chất lượng cuộc sống về sau phụ thuộc rất nhiều vào các chuyên gia về phục hồi chức năng, y học cộng đồng...

**IV-KẾT LUẬN:**

Việc phẫu thuật lấy bớt khối MTTN với phương pháp mổ hở, mở sọ kinh điển có vai trò ngày càng tích cực trong điều trị ĐQN, giúp ích rất nhiều trong việc cứu sống nhiều bệnh nhân

Cần phải có chỉ định đúng, chính xác, dứt khoát càng sớm càng tốt.

Chỉ định mổ cần dựa vào các tiêu chuẩn: độ hôn mê; tuổi, vị trí khối máu tụ, khối lượng máu tụ, độ di lệch đường giữa và nguyên vọng của gia đình.

Việc cần thiết phối hợp với các chuyên khoa khác có liên quan trước, trong và sau mổ hết sức quan trọng cần được quan tâm đặc biệt, có được như vậy tính mạng bệnh nhân mới đảm bảo và chất lượng cuộc sống sau này mới còn ý nghĩa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thông, Đột quỵ não-cấp cứu- dự phòng, NXB Y Học, 2005, tr. 7-25.
2. Nguyễn Quang Bài, Nhận xét bước đầu điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch máu não (cao huyết áp và di dạng mạch) bằng chọc hút lấy máu tụ, Tạp chí y-học thực hành, 2001, mucluc1.
3. Võ Văn Nho, các hội chứng lâm sàng của thiếu máu não và điều trị ngoại khoa của đột quỵ xuất huyết, Đột quỵ não, NXB Y Học, 2005, tr143—159.
4. Võ Văn Nho, Trương Đà, Vai trò của ngoại khoa trong điều trị đột quỵ ở người lớn tuổi, Hội thảo khoa học xử trí tai biến mạch máu não lần nhất, BV CR, 12/10/2004.
5. Lê Điền Nhi, Kết quả ban đầu về điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch máu não bằng phẫu thuật khoan sọ và chọc hút với dụng cụ cải tiến theo mẫu kim BACKLUND, Thời sự y dược học, 4/2004, tr. 61- 64.
6. Hội nghị khoa học kỹ thuật lần 20, 20-21/03/2003, chuyên đề thần kinh, Y học TP HCM, tập 7, phụ bản số 1 và số 4, 2003.
7. Lê Xuân Trung, Bệnh lý ngoại khoa thần kinh, Trường ĐHYD TP.HCM, 1988.
8. Lê Văn Thành, Bệnh học thần kinh, NXB Y học, 1990.
9. Chuyên đề ngoại thần kinh, Trường ĐHYD tp HCM, BVCR, NXB Y học 2002.
10. Handbook of Neurosurgery, 5<sup>th</sup>, Thieme Medical Publishers, New York, 2001, pp. 18-19, 861-862.
11. T.Nishikawa, N.Takehira, A.Masumoto, M.Kanemoto, Y.Kang, S.Waga, Endoscopic treatment of intracerebral hemorrhage with massive ventricular hemorrhage, in: K. Watanabe, Development in neuroscience, Elsevier the Netherlands, 2004, pp.266-271.
12. D.Suyama, K. Ito, M. Tani, Neuroendoscopic surgery for intracerebral hematomas using a transparent sheath-technique and result of putaminal, thalamic, and lobar hemorrhage, in: K. Watanabe, Development in neuroscience, Elsevier B.V. The Netherlands, 2004, pp.279-286.
13. Siddique MS, Mendelow AD. Surgical treatment of intracerebral hemorrhage. Br Med Bull. 2000; 56: 444–456.