

NHẬN XÉT PHƯƠNG PHÁP "GẶM SỌ HAI LỖ CHÙA CẦU XƯƠNG" TRONG PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG.

BS. Lê Tấn Năm, BS. Nguyễn Điền Tuấn, BS. Nguyễn Quang Hiền và
BS. Nguyễn Minh Tâm

Các từ khóa: 1

— Hội chứng khuyết sọ⁽¹⁾: bao gồm các triệu chứng:

- Đau đầu: đau âm ỉ, liên tục, đau khắp đầu - đau tăng khi thay đổi tư thế, thời tiết, áp suất
- Đau tại ổ khuyết sọ khi bị va đập trực tiếp hay khi tiếp xúc với nóng, lạnh.
- Chóng mặt – bị thường xuyên - đi đứng loạng choạng, đi không vững.
- Suy nhược thần kinh, luôn mệt mỏi, trầm uất, lo sợ ...



Hình 1. Hội chứng khuyết sọ với PP gặm sọ rộng

— PP gặm sọ rộng = PP GSR = Craniectomy

— PP gặm sọ 2 lỗ chừa cầu xương = PP GS2L ("Two-site craniectomy")

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tình hình chấn thương sọ não (CTSN) do nhiều nguyên nhân, càng ngày càng tăng. Trong đó phần lớn do tai nạn giao thông (TNGT). Theo TS-BS. Trương Văn Việt trong cuộc hội thảo "các biện pháp ngăn ngừa và giảm thiểu tác hại do TNGT", tổ chức ngày 20/9/2002 cho biết: Mỗi ngày bệnh viện Chợ Rẫy phải mổ cấp cứu 10 bệnh nhân bị CTSN và ký tử vong khoảng 05 người khác.

Tại khoa hồi sức cấp cứu BVĐKTT An giang. Trong năm 2002 – nhận cấp cứu chấn thương 4.514 ca, có 497 ca chấn thương sọ não và mổ cấp cứu 165 ca, tử vong 29 ca.

6 tháng đầu năm 2003 – khoa HSCC nhận 2.777 ca chấn thương, CTSN có 943 ca, mổ sọ não 120 ca, tử vong 10 ca.

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) là một biến chứng của CTSN có tỉ lệ cao nhất trong các loại biến chứng của CTSN – là loại biến chứng phải điều trị bằng phẫu thuật.

Cho đến hiện nay trong nước và trên thế giới chỉ có 2 phương pháp mổ kính điển để giải quyết loại tổn thương này (MTNMC) là: hoặc là mở nắp sọ (Craniotomy) lấy máu tụ – và đặt lại nắp sọ^(2, 3, 4). Đây là phương pháp hoàn hảo nhất mà hiện nay hầu hết các trung tâm phẫu thuật thần kinh lớn thực hiện.

Tuy nhiên để thực hiện phương pháp này, cần phải có một số điều kiện như: số lượng phẫu thuật viên đông, cura dây chuyên dùng – trình độ phẫu thuật viên phải khá giỏi.

Hai là gặm sọ rộng^(2, 3, 4) (Craniectomy = GSR) lấy máu tụ. Phương pháp này đơn giản dễ thực hiện, không cần cưa dây, không cần phẫu thuật viên khá giỏi, thực hiện ở tuyến phẫu thuật cơ sở nào cũng được. Tuy nhiên hậu quả của phương pháp này là để lại cho người bệnh về sau một lỗ khuyết sọ rất to, ảnh hưởng đến thẩm mỹ nhất là ở vùng trán và một hội chứng khuyết sọ, Từ năm 1999 Bệnh viện ĐKTT An giang đã áp dụng một phương pháp mở sọ khác: phương pháp "Gặm sọ 2 lỗ chừa cầu xương "PPGS2L". Đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, sẽ không để lại lỗ khuyết sọ quá to, nhờ một cầu xương còn lại – ở giữa. Cho đến nay, chưa thấy tài liệu nào giới thiệu một phương pháp mở sọ tương tự; Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp GS2L trong phẫu thuật máu tụ NMC.

II. TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Hồi cứu mô tả cắt ngang có so sánh. Thu thập các thông tin từ 40 hồ sơ bệnh án liên tiếp, từ tháng 6/1999 đến tháng 5/2000.

2.2 Đối tượng nghiên cứu:

Có tất cả 40 bệnh nhân đã được phẫu thuật MTNMC tại Bệnh Viện An Giang, chia thành 2 nhóm

Nhóm A: gồm 20 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp GSR.

Nhóm B: gồm 20 bệnh nhân được phẫu thuật PP GS2L chừa cầu xương.

Cả 2 nhóm đều có cùng một nhóm phẫu thuật viên thực hiện.

2.3 Phương pháp nghiên cứu:

Phân tích và so sánh các đặc điểm:

- Dịch tễ học: tuổi, giới tính.
- Nguyên nhân tai nạn.
- Thời gian phẫu thuật.
- Thời gian nằm viện.
- Khối lượng máu tụ NMC.
- Diện tích khuyết sọ.
- Biến chứng sau mổ phải phẫu thuật lại.
- Kết quả phẫu thuật:

a/ *Tình trạng khi xuất viện*: chia thành 2 nhóm:⁽⁵⁾

Nhóm I: không di chứng; di chứng ít, tự chăm sóc tốt.

Nhóm II: tử vong; đời sống thực vật.

b/ *Tái khám*:

- Sự biến dạng hộp sọ – thẩm mỹ.
- Có hay không hội chứng khuyết sọ.

2.4 Kỹ thuật phẫu thuật theo PP GS2L

Giới thiệu kỹ thuật phương pháp GS2L

Các bước kỹ thuật cơ bản:

Bước 1: xác định vị trí khối máu tụ NMC trên film CT Scan sọ não (H.a)

Hình 2. Khối máu tụ ngoài màng cứng trên phim CT

Bước 2: xác định đường rạch da, sao cho bộc lộ được hoàn toàn xương sọ nơi có máu tụ (H.a)

Bước 3: Rạch da một đoạn ngắn # 5 cm trước và tiến hành khoan ngay một lỗ sọ, nhanh chóng lấy bớt khối máu tụ – thường lấy được hơn 50 % lượng máu tụ, nhằm giải áp trước một bước (Hình A)

Bước 4: Tiếp tục hoàn thành đường rạch da hoàn chỉnh bộc lộ hoàn toàn vùng xương sọ của bước 1 (Hình A)

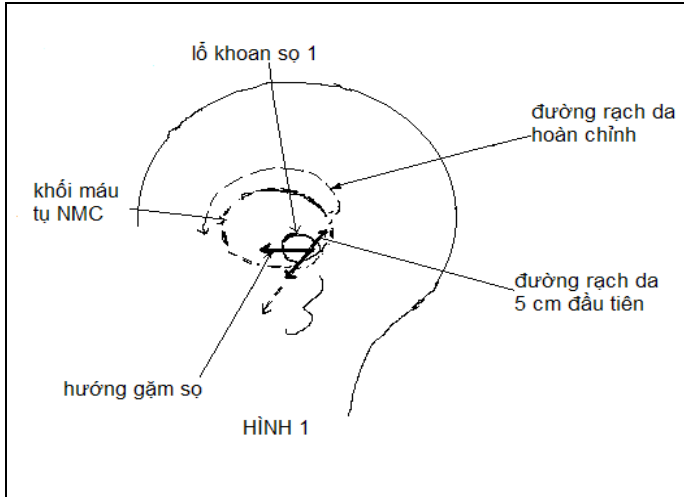
Bước 5: Từ lỗ khoan sọ đầu tiên ở bước (3) – tiếp tục găm sọ thành một lỗ chạy dọc theo một bờ của khối máu tụ - thấy màng cứng (Hình B)

Bước 6: Sau khi hoàn thành lỗ găm sọ thứ I – Dễ dàng quan sát khoan và găm sọ lỗ thứ II – sao cho lỗ găm sọ II nằm đối diện lỗ găm I (Hình C)

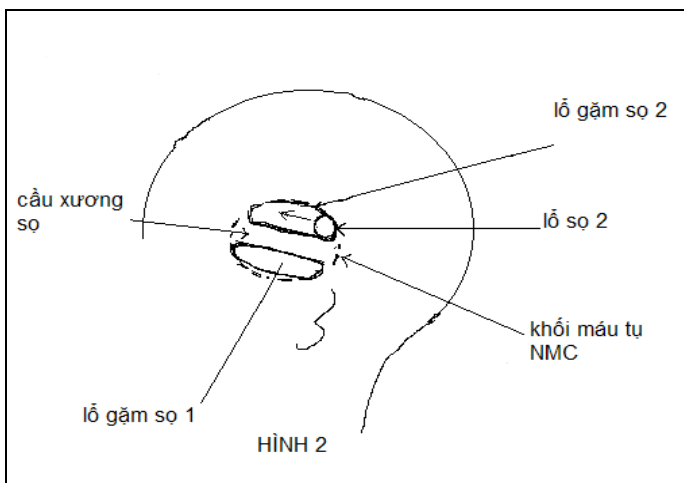
Bước 7: Sau khi lấy hết máu tụ, tiến hành treo màng cứng xung quanh và treo màng cứng qua cầu xương. Treo MC qua cầu xương là điểm khác biệt giữa GS2L và GSR, các kỹ thuật còn lại tương tự các phương pháp mở sọ kinh điển (Hình C)

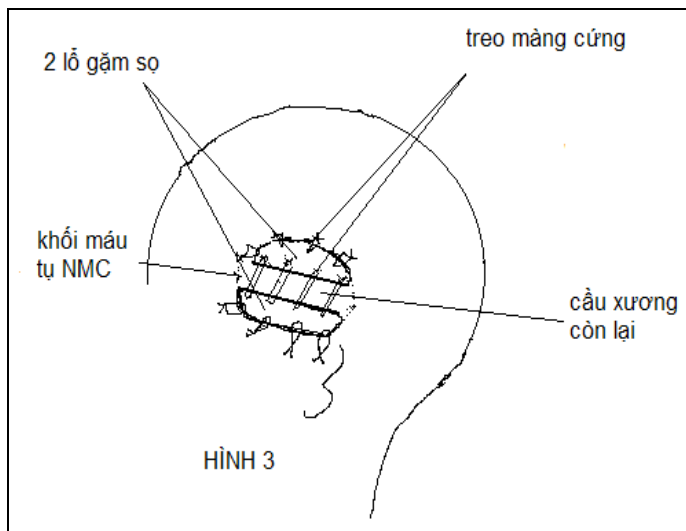
Hai lỗ găm sọ I và II không cần thiết phải tương đương nhau.

Hình A

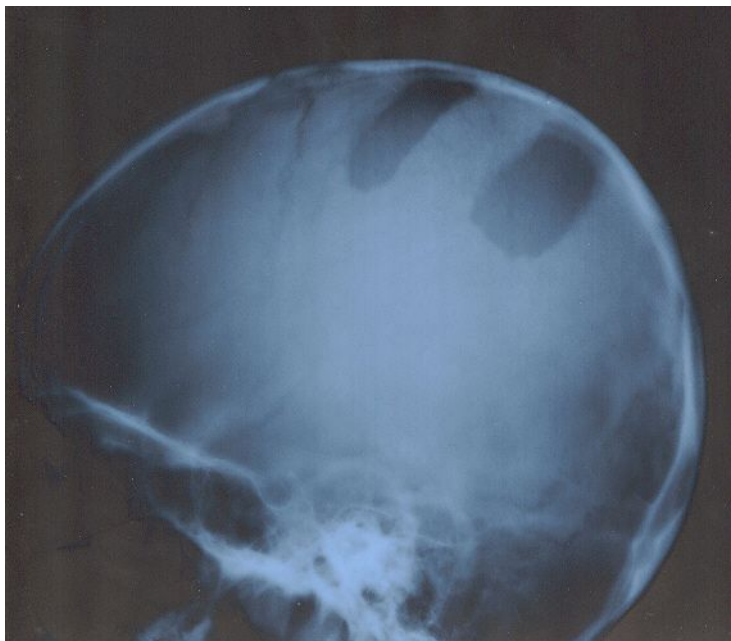


Hình B





Hình C



Hình 3 A và B. Găm sọ hai lỗ trên CT sau mổ

III. KẾT QUẢ:

Bảng 1: Đặc điểm giới và tuổi

	(A) n = 20	(B) n = 20	
Tuổi	26,6 ± 14,1	21,1 ± 12,0	p = 0,2
Giới tính (Nam/Nữ)	18/2	15/5	p=0,69

A: phương pháp găm sọ rộng; **B:** phương pháp găm sọ 2 lỗ
 Nhận xét: Đa số giới nam, không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm

Bảng 2: Nguyên nhân

	(A) n = 20	(B) n = 20
Tai nạn giao thông	15 (75 %)	15 (75%)
Tai nạn lao động	0 (0%)	0 (0%)
Tai nạn sinh hoạt	1 (5 %)	3 (1 5 %)
Đã thương	4 (20 %)	2 (10 %)

Nhận xét: Đa số CTSN là do tai nạn giao thông

Bảng 3 : Đặc điểm phẫu thuật

	(A) n = 20	(B) n = 20	
Điểm Glasgow trước mổ	9,7 ± 3,3	9,3 ± 2,2	p = 0,6
Thời gian cuộc mổ (phút)	124 ± 32	117 ± 2	p = 0,4
Khối lượng máu tụ (gr)	61,2 ± 37,8	80 ± 32	p = 0,4
Diện tích mất sọ (cm ²)	28 ± 10	18 ± 9	p = 0,002

Nhận xét: Không có sự khác biệt về điểm Glasgow, thời gian cuộc mổ và khối lượng máu tụ; có sự khác biệt rõ về diện tích mất sọ giữa 2 nhóm (p=0,002)

Bảng 4: Kết quả điều trị

	(A) n = 20	(B) n = 20	
Thời gian nằm viện (ngày)	8,2 ± 2,4	9,3 ± 5,5	p = 0,4
Biến chứng sau mổ, phải mổ lại	1 (5 %)	2 (10 %)	p = 0,4
Kết quả khi ra viện:			p = 0,24
Nhóm I:	18 (90 %)	20 (100 %)	
Nhóm II:	2 (10 %)	0 (0 %)	

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ giữa 2 nhóm (p>0,05)

Bảng 5: Kết quả tái khám sau khi ra viện

	(A) n=5	(B) n=3	
Hội chứng khuyết sọ	5 (100%)	0 (0%)	p=0,01
Biến dạng hộp sọ lớn	5 (100%)	0 (0%)	

Nhận xét: Không có hội chứng khuyết sọ hoặc biến dạng hộp sọ trong phương pháp GS2L

IV. NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN:

4.1 Về dịch tễ học:

Về độ tuổi: trong tổng số 40 bệnh nhân (BN) thì tuổi nhỏ nhất là 10 tuổi và cao nhất là 54 tuổi. Dưới 40 tuổi có đến 34 BN – tuổi trung bình của nhóm (A) và (B) lần lượt (26,6 ± 14,1 và 21,2 ± 12,0 với P = 0,2) – không có sự khác nhau có ý nghĩa.

Về giới tính: cả 2 nhóm nghiên cứu đều có nam giới cao hơn nữ giới – tỉ lệ 4:1 – giữa 2 nhóm không có khác biệt có ý nghĩa. Về nguyên nhân: cả 2 nhóm nghiên cứu đều có nguyên nhân do TNGT chiếm ưu thế và cũng có tỉ lệ tương tự nhau ở 2 nhóm [(A) = 75 % ; (B) = 75 %]

4.2 Về đặc điểm phẫu thuật: như bảng 3 đã trình bày - Điểm GCS trước mổ và thời gian của cuộc mổ không có sai biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm nghiên cứu và giữa 2 phương pháp mổ.

Về khối lượng máu tụ và diện tích mất sọ lại có sự khác biệt có ý nghĩa.

Khối lượng máu tụ của PP GS2L lấy được trung bình nhiều hơn PP GSR ($80 \text{ gr} \pm 32 \text{ gr} > 61,5 \text{ gr} \pm 37,8 \text{ gr}$) và diện tích mất sọ trung bình lại ít hơn có ý nghĩa thống kê ($18 \pm 9 \text{ cm} < 28 \pm 10 \text{ cm}$) $p = 0,002$

Như vậy nghiên cứu cho thấy giữa 2 phương pháp, có cùng một thời gian phẫu thuật, PP GS2L mất ít sọ hơn, lại lấy được khối lượng máu tụ nhiều hơn - đây là một đặc điểm đáng lưu ý của PP GS2L

4.3 Về kết quả điều trị:

Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình tương đương nhau giữa (A) và (B).

Biến chứng sau mổ ở (A) có 1 BN và được mổ lại vì máu tụ NMC tái phát sau đó BN này tử vong.

Cả 2 ca tử vong trong nhóm (A) chúng tôi thấy do tình trạng người bệnh quá nặng - vào viện với điểm GCS từ 4 đ -> 5 đ - khối lượng máu tụ quá to ($> 120 \text{ gr}$) Theo chúng tôi 2 ca tử vong này do bệnh nặng, đã mất đi "thời gian vàng" để cứu sống BN, chứ không liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật của PP GSR.

ở nhóm (B) có 2 ca phẫu thuật lại, một ca do máu tụ NMC tái phát - mổ lại gặm thêm sọ lấy máu tụ nhưng vẫn giữ lại cầu xương và người bệnh ra viện tốt - còn một ca mổ lại vì máu tụ dưới màng cứng tái phát - dập phù não - chúng tôi mổ lại đến 2 lần và cuối cùng phải gặm bỏ cầu xương (ra viện tốt).

Kết quả ra viện của nhóm (B) là nhóm nghiên cứu không có ca nào tử vong - có lẽ do chọn mẫu còn ít nên không có ca tử vong....

4.4 Về các phương pháp mổ:

Đối với phương pháp mở nắp sọ như đã trình bày trên - là phương pháp lý tưởng - tuy nhiên những yêu cầu về kỹ thuật không phải vì số phẫu thuật nào cũng có được - nhất là một số cơ sở phẫu thuật sọ não ở tuyến quận, huyện, các tỉnh xa.

Hiện nay 2003, tại bệnh viện Đa khoa An giang cũng có lúc có cửa dây Gigly - và nhiều lúc không có trong một thời gian lâu dài - phẫu thuật viên thần kinh trực đều chỉ có 1. Do đó nếu áp dụng phương pháp gặm rộng sọ là đơn giản nhất.

Hai phương pháp mở sọ GSR và GS2L; về mặt kỹ thuật và điều kiện giống nhau - nhưng phương pháp GS2L có ưu điểm hơn, là có chừa lại một 1 cầu xương nằm giữa lỗ khuyết sọ - cầu xương này thường có bề rộng > tổng số chiều rộng của 2 lỗ gặm sọ rộng lại - một chiếc cầu xương sẽ không làm biến dạng hộp sọ rất đáng kể mà còn bảo vệ được bộ não an toàn hơn. Khi ra viện, đa số ca trong một tháng đầu có đến tái khám - và số tái khám giảm dần.

Hình 4. Bệnh nhân hậu phẫu (mổ GS2L) sau 2 tuần



Sau 12 tháng, trong 2 nhóm nghiên cứu trên chúng tôi khám lại được nhóm (A) = 5 ca, cả 5 ca trường hợp đều có khuyết sọ đáng kể. Triệu chứng nổi bật của họ là đau đầu⁽¹⁾ và luôn luôn lo sợ bị chấn thương vùng khuyết sọ, họ luôn đội mũ và luôn xin được vá sọ (đến 2003) Bệnh viện An Giang mới thực hiện vá sọ.

Nhóm GS2L tái khám được 3 ca. Các ca này đến tái khám theo lời dặn dò, chúng tôi thấy không có ca nào có hội chứng khuyết sọ và không có biến dạng hộp sọ đáng kể.

Như vậy, với PP GS2L kết quả điều trị không khác gì với PP GSR mà còn có lợi điểm: không có khuyết sọ; không bị khuyết sọ; không phải mổ vá sọ; có một cầu xương bảo vệ não bộ an toàn hơn là một lỗ khuyết sọ to.

Hình 5. Bệnh nhân mô GSHL tái khám sau 1 năm



Tình hình tại nạn giao thông – tai nạn các loại không ngừng gia tăng. Trong tương lai – một điều chắc chắn rằng việc phẫu thuật sọ não sẽ được triển khai sâu hơn, xa hơn nữa, đến các tuyến quận, huyện và như vậy, việc chọn lựa một phương pháp phẫu thuật đơn giản, để thực hiện lại có hiệu quả là một chọn lựa phù hợp.

V. KẾT LUẬN:

Phương pháp phẫu thuật găm sọ 2 lỗ chừa cầu xương là phương pháp mở sọ đơn giản, dễ thực hiện, đạt kết quả tốt và nhất là không gây ra hội chứng khuyết sọ sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Kim Chung: "Phẫu thuật tạo hình khuyết vòm sọ bằng xương tự thân"
Luận văn Thạc sĩ Y học – Trường Đại học Y – Dược TP.HCM – 2000. Trang 28.
2. L.G Kempe: Operative Neurosurgery 8 – 1968.
3. Lindsay Symon: Operative Neurosurgery 4th ed – 1983 Neurosurgery 1 – 100
4. Võ Văn Nho – Trần Quang Vinh: Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính. Tài liệu hướng dẫn thực hành cấp cứu ngoại thần kinh – BVCR 1998: 81 – 90.
5. Trương Văn Việt – Trần Ngọc Phúc: Chuyên đề ngoại thần kinh - NXB Y học 2002: 109 – 126.