

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÁP THÀNH CÔNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG

Nguyễn Minh Tâm
Khoa CTCH, Bệnh viện An Giang

TÓM TẮT

Phù não sau nhồi máu não điện rộng có tỷ lệ tử vong cao. Phù não do hiệu ứng khối choán chỗ gây nên tình trạng tăng áp lực nội sọ và thoát vị não. Điều trị nội khoa trong nhồi máu não điện rộng làm giảm áp lực nội sọ, nhưng kết quả thấp. Kỹ thuật mở sọ giải áp được áp dụng để góp phần làm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ, cải thiện tỷ lệ tử vong.

ABSTRACT

SUCCESSFUL DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY FOR ONE PATIENT WITH LARGE CEREBRAL INFARCTION

Brain oedema after a large cerebral infarction has high mortality. Oedema caused by mass-effect resulting in raised intracranial pressure and herniation. Medical therapies for large cerebral infarction are used to reduce intracranial pressure but outcome is poor. Decompressive craniectomy technique has been used to reduce intracranial pressure and reduce the mortality rate.

Từ khoá:

- Nhồi máu não điện rộng: large cerebral infarction
- Mở sọ giải áp: decompressive craniectomy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch não gồm xuất huyết não và nhồi máu não, có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng thứ hai trên thế giới sau các bệnh tim mạch. Nhồi máu não (NMN) chiếm 60% đến 85% các trường hợp tai biến mạch não là bệnh lý gây ra do tắc nghẽn mạch máu não tại một khu vực, dẫn đến thiếu máu cục bộ, từ đó hình thành nên ổ NMN. Ở bệnh nhân NMN điện rộng, phù não thường tiến triển ngày càng nặng, gây nên tình trạng tăng áp lực nội sọ khó kiểm soát; từ đó dẫn đến tụt não và gây tử vong^[3].

Nguyên nhân phổ biến nhất là tắc động mạch não giữa, gây nhồi máu trên 50% diện cấp máu^[5]. Vì vậy, việc điều trị chống phù não, làm giảm áp lực nội sọ trên bệnh nhân NMN diện rộng là 1 vấn đề cấp bách để cứu sống bệnh nhân. Các biện pháp điều trị bao gồm nội khoa và phẫu thuật mở sọ giải áp. Các nghiên cứu tiến cứu cho thấy điều trị phẫu thuật mở sọ giải áp (MSGA) trong những trường hợp NMN diện rộng có hiện tượng choán chỗ bán cầu não có thể làm giảm rõ ràng tỷ lệ tử vong mà không làm tăng tỷ lệ di chứng tàn tật nặng cho những bệnh nhân còn sống. Phẫu thuật sớm trong 24 giờ đầu có thể làm giảm tử vong rõ rệt hơn^[3]. Phẫu thuật MSGA là phẫu thuật mở rộng nắp xương sọ, nhằm làm tăng thêm thể tích hộp sọ, từ đó làm giảm được áp lực nội sọ khi có hiện tượng tăng áp lực nội sọ mà khó kiểm soát bằng cách phương pháp nội khoa^[5]. Tuy nhiên, phẫu thuật MSGA trên bệnh nhân NMN diện rộng chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Lần đầu tiên, tại An Giang, phẫu thuật MSGA đã thành công trên 1 bệnh nhân có NMN diện rộng. Chúng tôi báo cáo trường hợp này.

Bệnh nhân Lê Thị B., 67 tuổi, địa chỉ: Phú Tân, An Giang. SNV: 35719. Cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân đau đầu, yếu ½ người trái, được đưa vào BV Tim Mạch An Giang. Bệnh nhân có tiền sử: tăng huyết áp, rung nhĩ, đái tháo đường...điều trị không ổn định. Tại đây, bệnh nhân được chụp CTs, kết quả: nhồi máu động mạch não giữa phải, đường giữa không di lệch. Bệnh nhân được điều trị nội khoa với thuốc hạ huyết áp, hạ đường huyết và giảm đau. Đến ngày 4, tri giác bệnh nhân giảm, liệt ½ người trái, chụp CTs lần 2: vùng nhồi máu rộng hơn, có chèn ép thân não, di lệch đường giữa. Bệnh nhân được hội chẩn và chuyển viện đến BVĐKTT An Giang để tiến hành phẫu thuật (3/8/2016) với chẩn đoán: Nhồi máu não diện rộng bán cầu não phải ngày 4 có phù não ác tính / Tăng huyết áp, Rung nhĩ, Đái tháo đường. Tình trạng bệnh nhân trước mổ: Mê GCS 10đ (E3M5V2). Liệt ½ người trái. Đồng tử đều 2 bên 2 mm, phản xạ ánh sáng (+). HA: 150/90 mmHg, M: 120 lần/p. XN máu: WBC 18,22 K/uL. RBC 4,99 g/dL. PLT 257 K/uL. TQ 19,4 giây. TCK 34 giây. Glucose 7,54 mmol/l. HbA1C 8,3 %. Creatinin 112 umol/L. eGFR 42,1 ml/phút. ProBNP 8218 pg/ml. ECG: Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Phương pháp phẫu thuật MSGA bán cầu phải, diện tích mở sọ 10 x 14 cm. Lâm sàng ngày 4 sau mổ: tri giác khá hơn, đã rút nội khí quản, vết mổ khô, đập khá, liệt ½ người trái. CTs ngày 2 sau mổ: hình ảnh nhồi máu não bán cầu não phải có cải thiện, đường

giữa không lệch, bề dịch não tủy quanh thân não xuất hiện trở lại, không bị chèn ép. Bệnh nhân xuất viện ngày 10 với tình trạng tỉnh táo, GCS 13 điểm, vết mổ khô, đập khá, yếu ½ người trái.

BÀN LUẬN

Trong NMN diện rộng, tình trạng phù não ngày càng tăng, dẫn tới tăng áp lực nội sọ tiến triển, gây nên thoát vị não. Nếu điều trị nội khoa chống phù não thông thường như tăng thông khí, dùng lợi tiểu thẩm thấu thì tỉ lệ tử vong lên tới 80%. Một phân tích tổng kết trên 93 bệnh nhân trong ba thử nghiệm DECIMAL (decompressive craniectomy in malignant MCA infarcts), DESTINY (decompressive surgery for the treatment of malignant infarction of the MCA) và HAMLET (hemicraniectomy after MCA infarction with lifethreatening edema trial) cho thấy phẫu thuật MSGA ở những bệnh nhân NMN diện rộng làm giảm tỉ lệ tử vong xuống dưới 40%, giảm thiểu đáng kể di chứng, sự tàn phế^[2]. Kỹ thuật MSGA trên bệnh nhân NMN diện rộng tương tự như kỹ thuật MSGA trong chấn thương sọ não đã được thực hiện từ lâu ở nước ta nhằm điều trị phù não nặng do chấn thương. Tuy nhiên, việc MSGA trong NMN diện rộng để điều trị phù não thì chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam, chủ yếu chỉ được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật thần kinh lớn. Tại Trung Tâm Đột Quỵ não - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ năm 2013 đến nay, có 23 bệnh nhân NMN diện rộng được phẫu thuật MSGA đã thu được những kết quả khả quan, đưa kỹ thuật này trở thành một kỹ thuật thường quy, áp dụng cho những trường hợp NMN diện rộng^[2]. Tại các bệnh viện lớn trong nước có khoa Ngoại thần kinh như Việt Đức, Bạch Mai, Đà Nẵng, Chợ Rẫy, 115 thành phố Hồ Chí Minh... cũng đã triển khai kỹ thuật này, tuy nhiên số lượng còn ít, chỉ có các báo cáo riêng lẻ từng trường hợp với số lượng nhỏ^[1]. Đây là trường hợp đầu tiên tại An Giang, loại bệnh lý NMN diện rộng được phẫu thuật thành công, mở ra cơ hội sống sót cao hơn thêm cho bệnh nhân.

Theo “Khuyến cáo 2008 của hội Tim Mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị nhồi máu não cấp”, liệu pháp làm giảm áp lực nội sọ bằng phẫu thuật trong vòng 48 giờ sau khi triệu chứng khởi phát được khuyến cáo ở những bệnh nhân đến 60 tuổi bị NMN diện rộng tiến triển thuộc khu vực cấp máu của động mạch não giữa (Nhóm I, mức độ A)^[3] và phẫu thuật MSGA cho ổ nhồi máu lớn ở bán cầu đại não có

thể là biện pháp cứu mạng. Bệnh nhân sống sót có thể có di chứng thiếu sót thần kinh nhưng sinh hoạt hàng ngày có thể không phụ thuộc người khác (Nhóm III) ^[3]. Chỉ định phẫu thuật mở sọ giải áp trên bệnh nhân nhồi máu não diện rộng^{[1][2]}

- Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 60 tuổi.
- Nhồi máu diện rộng khu vực cấp máu động mạch não giữa
- Khởi phát trong vòng 48h.
- Chưa có giãn đồng tử hoặc có giãn đồng tử nhưng đáp ứng với Manitol.
- Điểm Glasgow < 9.
- Có di lệch đường giữa trên CTscan.
- Được sự đồng ý của gia đình khi cân nhắc giữa lợi ích sống còn và chấp nhận di chứng tàn phế.

Một số báo cáo hồi cứu và tiền cứu trên thế giới trong thập niên đầu của thế kỷ XXI cho thấy sự phối hợp tốt giữa các bác sĩ Thần kinh - Phẫu thuật Thần kinh - Hồi sức tích cực đã giúp chỉ định mổ MSGA sớm trong một số trường hợp NMN lớn có phù não nhiều gây hiệu ứng choán chỗ đem lại kết quả khích lệ ^[1]

KẾT LUẬN

Nhồi máu não diện rộng gây phù não nặng thường có tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật mở sọ giải áp cần được thực hiện sớm cùng với điều trị nội khoa, nhằm làm giảm tỉ lệ tử vong, giảm di chứng và tàn phế. Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các bác sĩ phẫu thuật thần kinh, bác sĩ thần kinh và bác sĩ hồi sức cùng đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm về thần kinh trước, trong và sau mổ để giúp đạt kết quả tốt hơn.

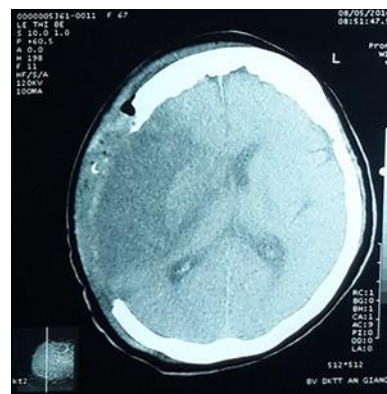
Hình minh họa



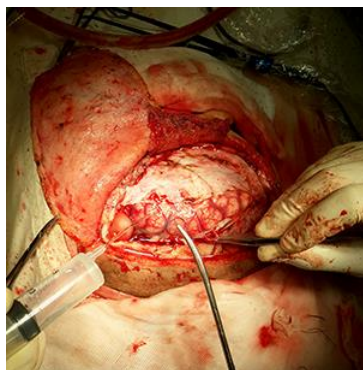
CTs N1



CTs N3: trước mổ



CTs N5: sau mổ



Mổ mở sọ giải áp



Khám lâm sàng N10



BN tái khám N20

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Điền Nhi (2012). “*Mở sọ giải áp trong đột quỵ nhồi máu não cấp tính thích hợp với hoàn cảnh y tế Việt Nam*”, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. Tập 16, số 4.
2. “*Phẫu thuật mở sọ giải chèn ép ở các bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có phù não ác tính*” (2013). Kỹ thuật chuyên sâu, Trung tâm đột quỵ, Bệnh viện 108. <http://benhvien108.vn/tinbai/907/phau-thuat-mo-so-giai-chen-ep-o-cac-benh-nhan-nhoi-mau-nao-dien-rong-co-phu-nao-ac-tinh>.
3. Nguyễn Lâm Việt, Lê Quang Cường (2008) “*Chẩn đoán và điều trị nhồi máu não cấp*”, Hội Tim Mạch học Việt Nam, Khuyết cáo 2008 của hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị nhồi máu não cấp.
<http://vnha.org.vn/tapchi/Khuyencao2008.rar>.
4. Lê văn Thành, Nguyễn Thị Kim Liên, Phan Công Tân, Nguyễn Văn Tuấn (2011), “*Những tiến bộ mới trong điều trị tai biến mạch não và đơn vị đột quỵ*”, trang 9 -11, Y học thực hành, tháng 10/2011, số 65. Hội y học thành phố Hồ Chí Minh.
5. Kiều Đình Hùng (2015). *Kỹ thuật mở sọ giải áp*, NXB Y Học, Hà Nội.