

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO DO CAO HUYẾT ÁP

(Nhận xét qua 63 ca mổ từ tháng 7/1994 đến tháng 7/2003)

LÊ ĐIỀN NHI * và cộng sự
Khoa Ngoại thần kinh
Bệnh viện Nhân Dân 115
TP. Hồ Chí Minh - VIỆT NAM

TÓM TẮT:

BỐI CẢNH:

Xuất huyết trong não (XHN) do bệnh cao huyết áp (CHA) (tăng huyết áp) là một biến chứng nặng cần được điều trị tích cực, trong đó điều trị nội khoa là chính yếu nhưng cũng có nhiều trường hợp can thiệp phẫu thuật có thể giúp cứu được bệnh nhân. Tác giả trình bày một số nhận xét qua 63 ca mổ XHN do cao huyết áp đã thực hiện ở bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 7/1994 đến tháng 7/2003 nhằm góp phần tìm cách cải thiện tiên lượng của loại biến chứng nặng này.

PHƯƠNG PHÁP:

Tác giả trình bày kết quả hồi cứu 63 trường hợp xuất huyết trong não (XHN) do cao huyết áp được mổ ở bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh trong 10 năm gồm có 42 nam và 21 nữ; tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 39 đến 78 tuổi; 30 trường hợp XHN ở bán cầu đại não và 14 trường hợp XHN ở tiểu não; có 19 trường hợp được mổ bằng phương pháp khoan sọ chọc hút máu tụ trong não bằng kim Backlund hoặc kim cải tiến theo mẫu kim này, 44 trường hợp được mổ sọ lấy máu tụ trong não theo phương pháp cổ điển. Lúc nhập viện, tất cả bệnh nhân đều đã được khám lâm sàng, lượng giá với thang điểm Glasgow và chụp cắt lớp não (CT). Tiền sử CHA, vị trí và thể tích khối máu tụ, thể trạng bệnh nhân và tình trạng lâm sàng thần kinh của bệnh nhân là những yếu tố được xét cẩn thận để đặt chỉ định mổ. Chụp mạch máu não xóa nền (DSA) được thực hiện ở một số trường hợp, đặc biệt ở các bệnh nhân trẻ tuổi, để loại trừ nguyên nhân do dị dạng mạch máu não hay túi phình động mạch. Thời gian từ lúc đột quỵ đến lúc mổ thay đổi từ 24 giờ đến 8 ngày. Vì nhiều lý do khác nhau, không có trường hợp nào trong nhóm này được mổ trong 24 giờ đầu sau đột quỵ.

Phương pháp phẫu thuật được chọn tùy theo vị trí và độ lớn của XHN. Kỹ thuật mổ gồm có mổ sọ hở theo phương pháp cổ điển, khoan sọ 1 lỗ và chọc hút, có hoặc không có khung “Stereotaxis”.

KẾT QUẢ:

Nhóm mổ chọc hút có 5 ca phải mổ lại lần thứ hai, dùng phương pháp mở sọ cổ điển, tỉ lệ tử vong của nhóm trong vòng 1 tháng sau mổ là $5/19=26.31\%$;

Nhóm mổ theo lối cổ điển có 6 ca phải mổ lại lần thứ hai, cũng dùng phương pháp mở sọ cổ điển, tỉ lệ tử vong của nhóm trong vòng 1 tháng sau mổ là $14/44=31.82\%$.

Tỉ lệ tử vong chung trong vòng 1 tháng sau mổ là $19/63=30.16\%$. Sau mổ tất cả bệnh nhân đều được tiếp tục điều trị nội khoa tích cực trong đó việc điều chỉnh huyết áp, chống tăng áp lực trong sọ, ngừa và điều trị các biến chứng bội nhiễm, đặc biệt là bội nhiễm phổi ở những người cao tuổi, rất là quan trọng. Tuỳ theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, vật lý trị liệu được bắt đầu càng sớm càng tốt.

KẾT LUẬN:

Một số điểm trong chỉ định điều trị XHN do CHA cũng đã được làm rõ:

- Bệnh nhân với XHN nhỏ ($< 10\text{cm}^3$) hoặc thiếu sót thần kinh ít phải được điều trị nội khoa;
- Bệnh nhân với điểm Glasgow ≤ 4 cũng phải điều trị nội khoa vì hầu như đều chết hoặc có chức năng còn lại rất kém mà phẫu thuật cũng không giúp cải thiện được.
- Chỉ định mổ cần đặt ra với các ca XHN có điểm Glasgow = 7-10, thể tích XHN $> 30\text{cm}^3$, gây tác động khối choán chỗ, chèn ép cấu trúc não, đặc biệt là XHN dưới vỏ não hay XHN ở tiểu não. Hầu như mọi nghiên cứu đều thống nhất cần mổ khẩn lấy máu tụ khi XHN ở tiểu não có đường kính $> 3\text{cm}$, cùng lúc tình trạng thần kinh xấu đi hoặc có chèn ép thân não hay có tràn dịch não thất do tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.

Qua kinh nghiệm trên chúng tôi cũng cố gắng hoàn thiện các qui trình điều trị phối hợp và các phương pháp mổ.

Trong tương lai, hiệu quả của điều trị nội khoa hay của phẫu thuật cần phải được chứng minh bằng nghiên cứu ngẫu nhiên lớn hơn và có phối hợp nhiều trung tâm.

Từ khoá : Xuất huyết não ; Xuất huyết tiểu não ; Khoan sọ và chọc hút máu tụ trong não ; Kim Backlund ; Mở sọ lấy máu tụ trong não theo phương pháp cổ điển.

**Bác sĩ, Trưởng khoa Phẫu thuật thần kinh, bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh
Địa chỉ : Bệnh viện Nhân dân 115, 520, Nguyễn Tri Phương, quận 10, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam; ĐT: (84.8) 8652368, Fax : 84.8.8655193; E.mail: bvnd 115 @hcm.fpt.vn*

**ROLE OF SURGERY IN HYPERTENSIVE
INTRACEREBRAL HEMATOMA**
(Remarks on 63 operative cases from July-1994 to July-2003)

LE DIEN NHI * et Al
Department of Neurosurgery
115 People's hospital
HoChiMinh city - VIETNAM

SUMMARY :

BACKGROUND :

Hypertensive intracerebral hematoma (ICH) is a serious and potentially lethal condition which needs the intensive care and treatment. The essential is the medical treatment but in some special cases the surgical intervention can ameliorate the prognosis of the disease. The authors present their remarks on the result of 63 operative cases in 115 People's hospital from July –1994 to July- 2003.

METHODS :

This is a retrospective study of 63 cases of ICH operated on in 10 years (from July-1994 to July-2003). This series was composed of 42 males , 21 females; the age varied from 39 to 78 y.o. with 30 supratentorial ICH and 14 infratentorial ICH. There were 19 cases which were operated on using the burr hole and suction technique with Backlund's needle or modified backlund's needle without stereotactic frame, 44 cases which were operated on with conventional open craniotomy techniques. .

On admission, all patients underwent a standard neurological examination (GOS : Glasgow Coma Scale) and a computed tomographic scan. The surgical candidates were chosen with many criteria : antecedent of hypertension, age, site and size of the ICH, patient's neurological status. The DSA (Digital subtraction angiography) were performed in some cases, especially in the young patients, to rule out the vascular etiologies such as the AVM or aneurysm. The time from the onset of stroke to the removal of blood clot : from 24 hours to 8 days. By many reasons we had not any operative case within the first 24 hours.

The surgical approach was individualized on the basis of the site and size of the ICH. Allowed techniques included conventional open craniotomy and burr hole and placement of a catheter for evacuation of the ICH, with or without stereotactic frame.

RESULTS :

In the series of burr hole and suction technique cases :

- Reoperate : 5 cases performed with the conventional open craniotomy ,
- Mortality rate (within the first month after the operation) : 5/19= 26.31%.

In the series of conventional open craniotomy :

- Reoperate : 6 cases performed with the conventional open craniotomy ,
- Mortality rate (within the first month after the operation) : 14/44= 31.82%.

The total mortality rate : **19/63 = 30.16%** .

In the post-operative period, one must continue the intensive care and the medical treatment in which the blood pressure management, the management of increased intracranial pressure, the prevention and treatment of infections, especially the broncho-pulmonary infections in the aged, are very important.

CONCLUSIONS :

The decision about whether and when to operate remains controversial but we find also some points of consensus :

❖ **Non surgical candidates :**

- Patients with small hemorrhage (< 10 cm³) or minimal neurological deficits should be treated medically;
- Patients with GCS score ≤ 4 should also be treated medically because they uniformly die or have extremely poor functional outcome that cannot be improved by surgery.

❖ **Surgical candidates :**

- Patients with cerebellar hemorrhage > 3 cm who are neurologically deteriorating or who have brain stem compression and hydrocephalus from ventricular obstruction should have surgical removal of the hemorrhage as soon as possible ;
- Patient with a moderate or large lobar hemorrhage (> 30cm³) with compression mass effect who are clinically deteriorating (GCS = 7-10).

With the experience from this series , we try to ameliorate our treatment protocol and our surgical techniques.

In the future, the efficacy of any medical or surgical treatment has yet to be proved in a large multi-center randomized trials.

Key words : Intracerebral hemorrhage (ICH) ; Intracerebellar hemorrhage ; Burr hole and suction of ICH ; Backlund needle ; Conventional open craniotomy for removal of ICH.

** MD, Head of Department of Neurosurgery, 115 People's hospital, HoChiMinh city, VIETNAM
Address: 115 People's hospital: 520, Nguyen Tri Phuong street, District 10, HoChiMinh city,
VIETNAM; Phone : (84-8) 8652368 , Fax : 84.8.8655193 ; E.mail : bvnd 115@hcm.fpt.vn*

**VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ
XUẤT HUYẾT NÃO DO CAO HUYẾT ÁP
(Nhận xét qua 63 ca mổ từ tháng 7/1994 đến tháng 7/2003)**

**LÊ ĐIỀN NHI * và cộng sự
Khoa Ngoại thần kinh
Bệnh viện Nhân dân 115
TP. Hồ Chí Minh - VIỆT NAM**

ĐẶT VẤN ĐỀ :

Xuất huyết não (XHN) do bệnh cao huyết áp (CHA) là một biến chứng nặng có tỉ lệ tử vong rất cao. Điều trị tích cực về nội khoa là chủ yếu. Mặc dù có những nguyên tắc chỉ đạo về điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật đối với XHN nhưng cách xử trí của các bác sĩ Nội thần kinh và các phẫu thuật viên thần kinh cũng thay đổi rất nhiều trên toàn thế giới. Dù thiếu bằng chứng về lợi ích của phẫu thuật XHN, người ta ước lượng hàng năm ở Hoa Kỳ có độ 7000 ca loại bệnh này được mổ ^[11].

Nhằm tìm cách góp phần cải thiện tiên lượng của bệnh này, chúng tôi mạnh dạn trình bày một số nhận xét qua 63 ca mổ XHN đã được thực hiện ở bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh trong 10 năm từ tháng 7/1994 đến tháng 7/2003.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ SỐ LIỆU :

Đây là một nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang với 63 trường hợp XHN do CHA đã được can thiệp phẫu thuật gồm có 42 nam và 21 nữ, tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 42 đến 78; có 30 trường hợp XHN ở bán cầu đại não và 14 trường hợp XHN ở tiểu não.

Lúc nhập viện tất cả bệnh nhân đều đã được khám lâm sàng, lượng giá với thang điểm Glasgow (GCS : Glasgow coma scale) và chụp cắt lớp não (CT-Scan). Tiền sử CHA, tuổi, vị trí và thể tích khối máu tụ, tổng trạng bệnh nhân, tình trạng lâm sàng thần kinh là những yếu tố được xem xét cẩn thận để đặt chỉ định mổ. Trước hết trong bệnh cảnh đột quỵ thường khó phân biệt nhồi máu não và xuất huyết não. CT hoặc Cộng hưởng từ (MRI) có thể giúp ta phân biệt hai loại biến chứng chính này. Phần lớn các nghiên cứu cho thấy XHN do CHA chiếm độ 20% các trường hợp đột quỵ do CHA ^[19] trong đó độ 60% nằm ở các nhân xám đáy não, 10% ở các thùy não, 10% ở thân não, 10% ở tiểu não

Vì vậy thường lâm sàng và hình ảnh học giúp hướng đến chẩn đoán XHN do CHA. Dựa vào các yếu tố trên chúng tôi cân nhắc có chỉ định can thiệp phẫu thuật hay không? Sau đó nếu có chỉ định mổ mới chọn đường vào và phương

thức phẫu thuật. Nếu còn những điều nghi ngờ về nguyên nhân gây XHN, thí dụ chưa loại trừ được các dị dạng mạch máu não (AVM) hay túi phình động mạch não, nếu tình trạng bệnh nhân cho phép chúng tôi thực hiện thêm chụp mạch máu não xóa nền (DSA : Digital subtraction angiography).

1. Đánh giá tri giác ban đầu lúc nhập viện :

Chúng tôi dùng thang điểm Glasgow (GCS) hoặc dùng bảng đánh giá sau đây [19] :

- 1- Tri giác bình thường hoặc hơi lú lẫn (Normal consciousness or confusion),
- 2- Ngủ gà (Somnolence),
- 3- Lơ mơ (Stupor),
- 4a- Hôn mê không dấu hiệu tụt não (Coma without brain herniation's signs),
- 4b- Hôn mê với dấu hiệu tụt não (Coma with brain herniation's signs),
- 5- Hôn mê sâu (Deep coma).

Nếu bệnh nhân có mắc thêm một bệnh nào nữa thì ta tính hạ thêm 1 bậc độ tri giác. Thí dụ nếu bệnh nhân ở độ 4a nhưng có bị thêm bệnh tiểu đường thì ta phải đánh giá là ở độ 4b.

2- Các tiêu chuẩn chọn chỉ định mổ trong nhóm:

- Bệnh nhân dưới 70 tuổi,
- Điểm Glasgow ban đầu : 7-10 , nếu tính theo bảng đánh giá trên thì chỉ chọn bệnh nhân từ độ 1- 4a ,
- Không chọn các bệnh nhân bị XHN ở thân não,
- Không chọn bệnh nhân bị XHN do chấn thương, bệnh nhân có rối loạn đông máu , bệnh nhân có thai, bệnh nhân bị XHN nghi ngờ do bất thường về mạch máu (túi phình động mạch, dị dạng động-tĩnh mạch não),
- Không chọn bệnh nhân không có thiếu sót về thần kinh,
- Trên CT-Scan não, XHN ở trên lều tiểu não (bán cầu đại não) có thể tích $> 30 \text{ cm}^3$. Chúng tôi chọn công thức tính đơn giản : $V= ABC/2$ trong đó : A: đường kính lớn nhất của XHN đo trên CT; B : đường kính thẳng góc với A ; C: bề dày của XHN hay số nhát cắt CT cắt lớp 10mm.
- Với XHN ở tiểu não có đường kính $> 3 \text{ cm}$ hoặc XHN ở tiểu não có dấu hiệu chèn ép thân não hoặc có tràn dịch não thất (hydrocephalus).

3- Chọn phương thức mổ và đường vào : tùy thuộc vào phương tiện và dụng cụ mổ về Ngoại thần kinh được trang bị :

- XHN sâu ở bán cầu não, ở các nhân xám đáy não (nhân bèo, đồi thị ...) : dùng phương thức khoan sọ 1 lỗ và chọc hút máu tụ trong não với dụng cụ đặc biệt , có hoặc không có “Stereotaxy “hướng dẫn .
- XHN ở thùy não, XHN ra đến nông dưới vỏ não, XHN ở tiểu não : dùng phương thức mổ sọ theo lối cổ điển.

❖ **3.1. Khoan sọ 1 lỗ và chọc hút :**

- **3.1.1. Dụng cụ chọc hút máu tụ :**

- **Kim Backlund :** (Elekta instruments) ^[19]

Kim chọc (trocart) Backlund được chế tạo dựa vào nguyên tắc Archimède. Kim dài 20 cm, đường kính ngoài 4mm. Đầu xa của kim có 2 cửa sổ ở hai bên để hút máu cục. Nòng trong có dạng hình xoắn tròn ốc , khi xoay nòng sẽ giúp cắt nhỏ máu cục và đưa máu lên trên từ từ theo động tác xoay nòng. Một hệ thống hút được nối vào ở một cửa sổ bên của đầu gần của kim chọc , dùng áp lực hút < 1 Bar .

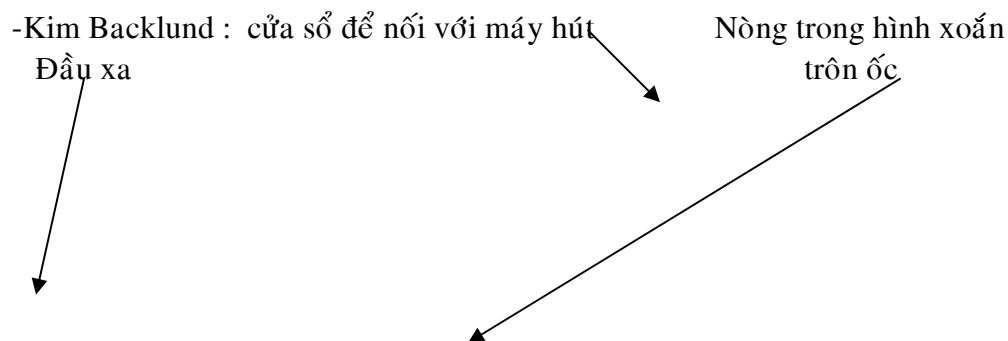
- **Kim cải tiến đơn giản** ^[19]

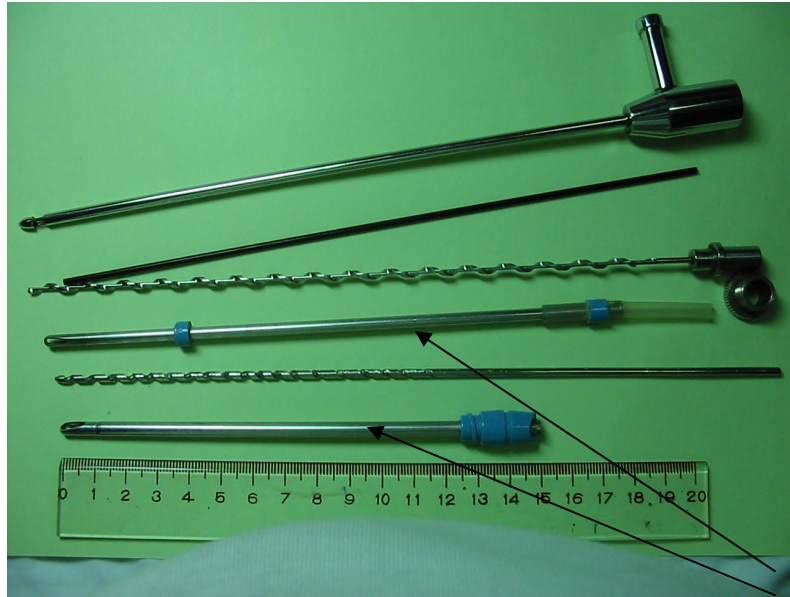
Chúng tôi dùng kim đầu tù (Stryker) có 1 cửa sổ bên ở đầu xa, nòng trong của kim có thể xoay để che cửa sổ lúc đưa kim xuyên qua tổ chức não. Kim dài 20 cm, đường kính ngoài # 4mm. Nòng trong cũng hình tròn ốc . Lắp đầu bơm tiêm 10cc vào đầu gần của kim Stryker và hút bằng tay.

o 3.1.2. Tiến trình cuộc mổ :

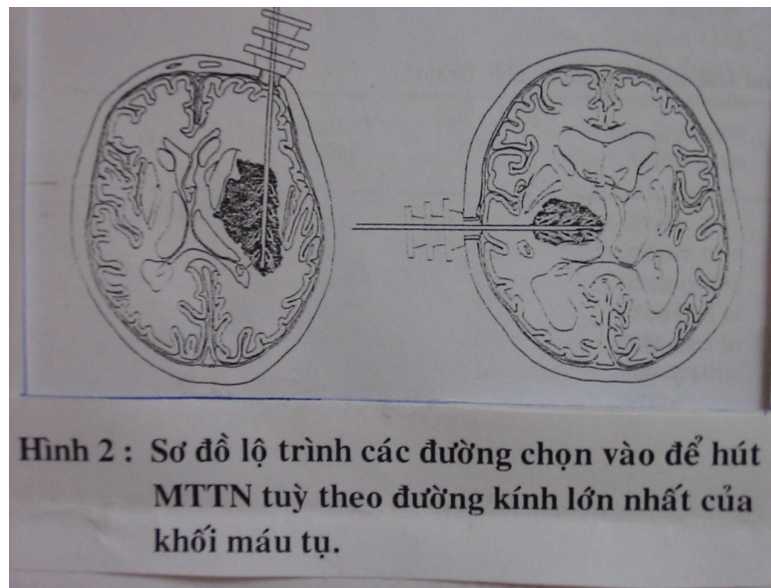
- Chuẩn bị giống như các cuộc mổ thông thường về sọ não, bác sĩ gây mê hồi sức cần chú ý về tim mạch và giúp ổn định huyết áp ở mức có thể thực hiện được cuộc mổ nhưng không được hạ huyết áp xuống quá thấp.
- Gây mê nội khí quản;
- Phẫu thuật viên (PTV) định đường vào theo các thông số định vị XHN cho bởi CT não. Nguyên tắc là tính lộ trình đâm kim qua khoảng cách ngắn nhất của tổ chức não, tránh những cấu trúc quan trọng . Với XHN ở các nhân xám đáy não, vị trí thường chọn là lỗ khoan sọ ở khớp vành, cách đường giữa độ 3cm. Lỗ khoan sọ đường kính # 15mm. Đốt cầm máu và tạo 1 lỗ thủng màng cứng để đưa kim vào, hướng vào và độ sâu theo các thông số đã tính. Sau đó rút nòng trong và lắp bơm tiêm, hút nhẹ nhàng để kiểm tra xem đã vào được ổ máu tụ hay chưa?

Hình 1 : Kim Backlund và các kim cải tiến





Kim Stryker

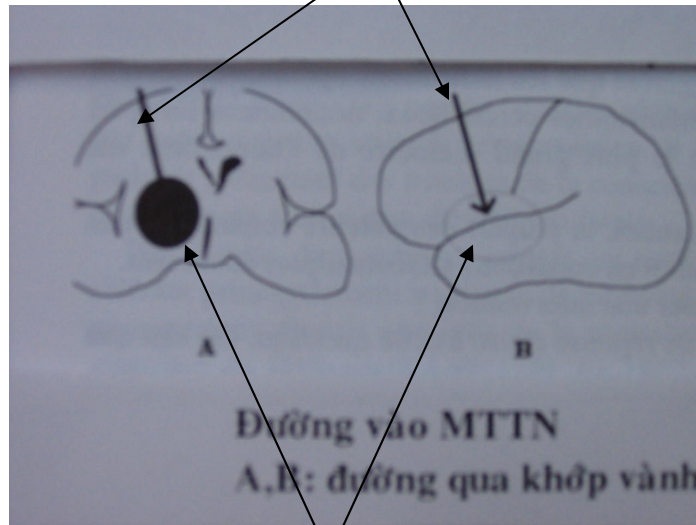


- Khi đã vào được ổ XHN, lần lượt xoay đầu kim để hút ở nhiều hướng khác nhau. Ngừng hút khi rút thấy nặng tay hoặc hút ra nhu mô não. Chúng tôi không bơm urokinase hay chất nào khác trong khi thực hiện thủ thuật, cũng không lưu lại ống dẫn lưu. Sau khi chấm dứt thủ thuật, rút kim ra và khâu lại vết mổ.
- Luôn luôn cần chụp CT não kiểm tra ở giai đoạn sau mổ, đặc biệt phải chụp CT não ngay khi có sự thay đổi về tình trạng sinh tồn và thần kinh của bệnh nhân.

❖ 3.2. Mở sọ theo phương pháp cổ điển để trực tiếp lấy máu tụ :

Nơi mở sọ phải đặt ở vị trí lan ra nông, gần vỏ não nhất của khối XHN và phải tránh những vùng vận động và cảm giác. Dùng đường xẻ nhu mô não tối thiểu phối hợp với banh tự động và ánh sáng thích hợp. Có nhiều đường mổ để vào XHN ở các nhân xám nền sọ :

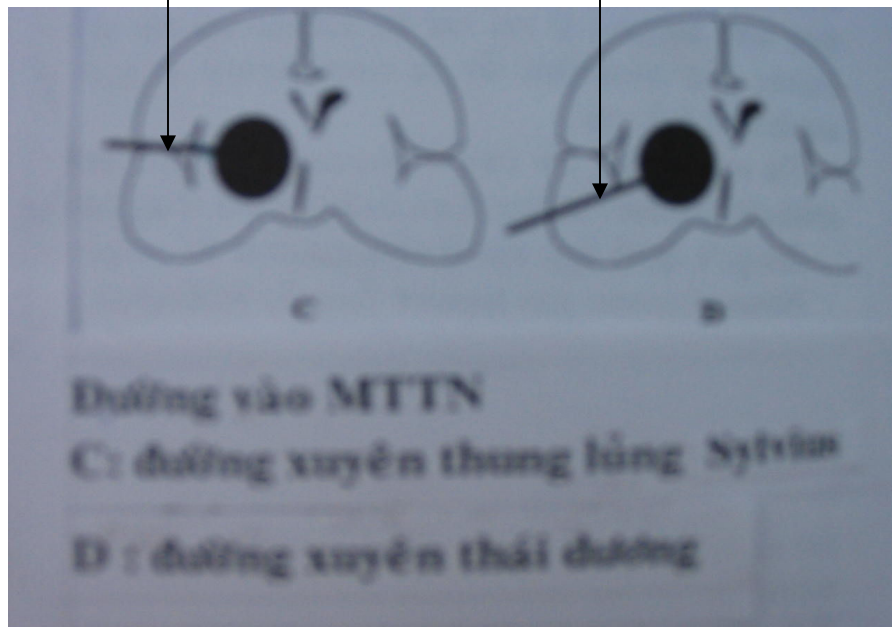
Hình 3 : Đường vào qua khớp vành :



Khối máu tụ trong não (MTTN)

Hình 4 : (C) Đường vào xuyên thung lũng Sylvius

Hình 5 : (D) Đường vào xuyên thái dương



Với XHN ở bán cầu đại não , phương thức mổ cổ điển : mở nắp sọ , mở màng cứng , tìm máu tụ trong não , dùng banh não tự động để có thể lấy hết máu tụ và cầm máu triệt để , sau đó đóng kín màng cứng và khâu vết mổ.

Với XHN ở tiểu não, cần đặt tư thế thích hợp với vị trí cần mổ. Khoan và gặm rộng lỗ khoan sọ dưới chẩm phía bên có XHN. Sau đó mở màng cứng, tiến hành lấy máu tụ và cầm máu. Khi giai đoạn giải áp hoàn tất, màng cứng được vá kín và vết mổ da đầu được khâu lại.

4. Điều trị và đánh giá ở giai đoạn sau mổ :

Trong giai đoạn sau mổ, vẫn phải tiếp tục điều chỉnh cho huyết áp ổn định để tránh chảy máu lại, đồng thời tiếp tục các phương pháp điều trị nội khoa khác như chống tăng áp lực trong sọ, điều chỉnh nước, điện giải, phòng ngừa và trị bội nhiễm. Đây là giai đoạn rất cần sự phối hợp của các chuyên khoa khác, đặc biệt về tim mạch vì ở phần lớn các bệnh nhân trong nhóm này huyết áp dao động nhiều sau mổ, phải một thời gian tích cực điều trị huyết áp mới ổn định

được. Chúng tôi dùng bảng đánh giá hậu phẫu của Nhật về “ Xuất huyết trong sọ do CHA ” (Japanese Ad Hoc Committee on hypertensive intracranial hemorrhage).^[16] :

1. Hoạt động bình thường (Normal activity)
2. Trở ngại ít, tự lực được (Minor disability)
3. Trở ngại vừa, cần sự giúp đỡ (Moderate disability)
4. Tàn phế nặng (Severe disability)
5. Đời sống thực vật (Vegetative)
6. Tử vong (Death)

Ta cũng có thể dùng thang điểm Glasgow lúc ra viện (Glasgow outcome scale : GOS) :

Điểm

- | | |
|---|---|
| 5 | : Hồi phục tốt, trở về đời sống bình thường dù có thiếu sót nhẹ |
| 4 | : Tàn tật vừa (có thể tự lực) |
| 3 | : Tàn tật nặng (tuy vẫn tỉnh táo), cần sự trợ giúp hàng ngày |
| 2 | : Đời sống thực vật |
| 1 | : Tử vong |

Chúng tôi rất tiếc là chưa thể theo dõi lâu dài toàn thể nhóm bệnh này, vì vậy xin chỉ trình bày các kết quả trong vòng một tháng sau mổ .

KẾT QUẢ :

• Nhóm mổ khoan sọ 1 lỗ và chọc hút máu tụ :

- 19 trường hợp gồm 12 nam và 7 nữ; tuổi của bệnh nhân : 39 – 68 ;
- Thời gian từ lúc đột quỵ đến khi mổ : 2 – 8 ngày ;
- Thể tích máu tụ hút được trung bình là 30 – 70 cm³;

- Năm bệnh nhân bị chảy máu lại và được mổ lại lần II bằng phương pháp mổ sọ cổ điển : 2 ca có kết quả tốt, 1 ca bị biến chứng viêm phổi nặng, sau một thời gian điều trị kéo dài mới ổn định, 2 ca nặng xin về hai tuần lễ sau mổ.
- Tỷ lệ tử vong sau mổ (trong vòng 1 tháng sau mổ) : $5 / 19 = 26.31\%$.

• **Nhóm mổ theo phương pháp cổ điển :**

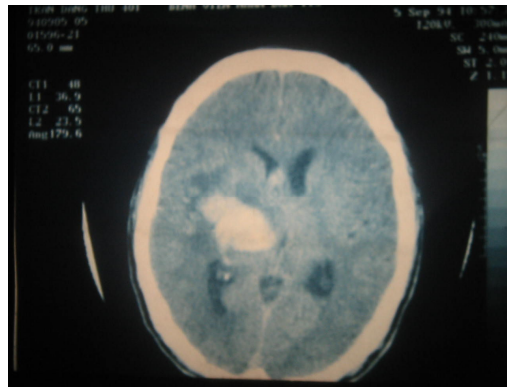
- 44 trường hợp gồm 30 nam và 14 nữ, tuổi của bệnh nhân : 42 – 78 ;
 - Thời gian từ lúc đột quỵ đến khi mổ : 1-4 ngày ;
 - 6 trường hợp bị chảy máu lại, phải mổ lại lần II cũng bằng phương pháp mổ sọ cổ điển : 1 ca có kết quả tốt, 2 ca ổn định sau một thời gian được điều trị tích cực vì viêm phổi, 3 ca nặng sau đó xin về .
 - 30 trường hợp XHN trên lều tiểu não với tử vong 10 ca (trong vòng 1 tháng sau mổ) :
 - 14 trường hợp XHN ở tiểu não với tử vong 4 ca (trong vòng 1 tháng sau mổ)
 - Tỷ lệ tử vong sau mổ của nhóm mổ theo phương pháp cổ điển : $14/44 = 31.82\%$.
- Tỷ lệ tử vong chung sau mổ của toàn nhóm (trong vòng 1 tháng sau mổ) là : $19/63 = 30.16\%$.

Tất cả các bệnh nhân của cả 2 nhóm trên đều có huyết áp tăng cao và dao động sau mổ, được điều trị nội khoa tích cực nhưng trung bình khoảng 2 tuần lễ sau mổ huyết áp mới ở mức ổn định. Chúng tôi gặp khó khăn là không thể tiếp tục theo dõi lâu dài tất cả các bệnh nhân trên vì thân nhân và gia đình ít chịu đưa bệnh nhân trở lại tái khám hay liên lạc cho biết diễn tiến về sau.

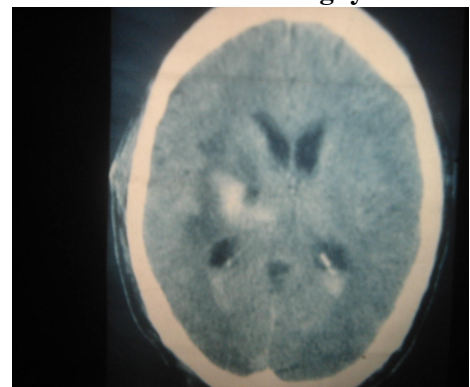
Sau đây là một số hình ảnh minh họa :

Hình 6 và 7 : XHN ở bán cầu do CHA. Mổ khoan sọ & chọc hút 5 ngày sau đột quỵ, hút 70 cc máu cục + loãng. Diễn tiến hậu phẫu tốt, có hồi phục vận động.

Hình 6 : CT-Scan não trước mổ

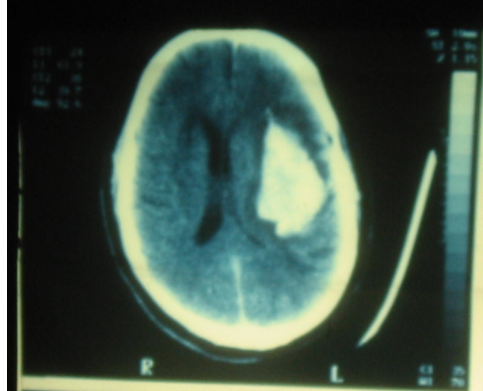


Hình 7 : CT-Scan não 8 ngày sau mổ

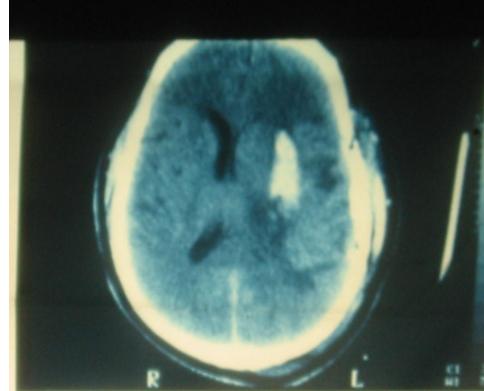


Hình 8, 9 : XHN do CHA (GCS=7, HA= 180/100 mmHg, liệt ½ (P)) ở 1 bệnh nhân nam ,56tuổi . Mổ với phương pháp mở sọ cổ điển, lấy 70 cc máu tụ trong não (mổ 2 ngày sau đột quị khi CT-Scan não kiểm tra thấy XHN tăng). Huyết áp dao động kéo dài sau mổ. Diễn tiến có hồi phục nhưng chậm.

Hình 8 : CT-Scan não trước mổ

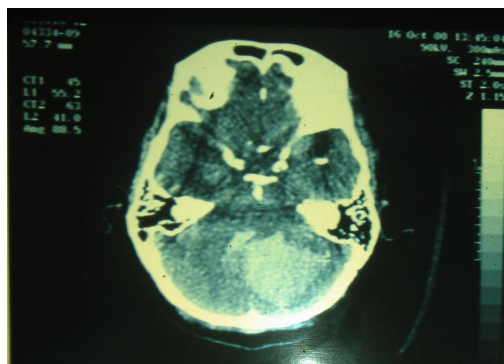


Hình 9 : CT-Scan não 3 ngày sau mổ

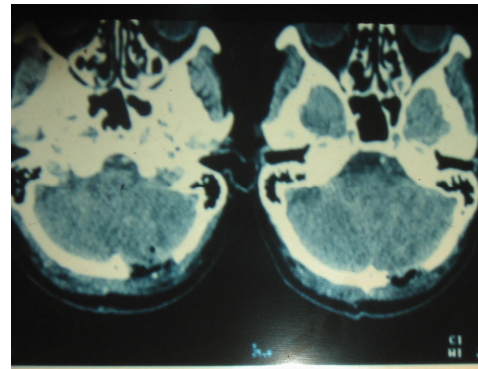


Hình 10,11 : XHN ở tiểu não (T) do CHA ở bệnh nhân nam, 53 tuổi. Mổ với phương pháp mở sọ hố sau cổ điển, lấy máu tụ, cầm máu. Hồi phục tốt về tri giác.

Hình 10 : CT-Scan não sau đột quị



Hình 11 : CT-Scan não 5 ngày sau mổ



BÀN LUẬN:

Qua y văn thế giới chúng tôi thấy có nhiều công trình nghiên cứu về phẫu thuật XHN, kể cả XHN do CHA. Ở Mỹ, mỗi năm có độ 37000 trường hợp XHN do CHA^[11]. Tại Việt nam, tai biến mạch máu não do CHA là vấn đề được ngành y tế trong cả nước hết sức quan tâm. XHN có thể đưa đến nhiều hệ lụy:

- 1- XHN gây chèn ép ban đầu và phá huỷ nhu mô não,
- 2- Các thay đổi thứ phát: từ các thương tổn ban đầu, XHN lan ra và do sự chèn ép kéo dài làm thiếu máu nuôi tổ chức não xung quanh, gây ra các rối loạn chức năng thần kinh. Đồng thời máu cục thoái biến tạo ra những chất gây ra sự co thắt khu trú của các mạch máu và phù não làm các rối loạn về chức năng thần kinh nặng thêm.

Cách xử trí XHN do CHA rất thay đổi trên thế giới và hiệu quả của phẫu thuật XHN còn bàn cãi. Tuy vậy, khuynh hướng điều trị XHN bằng phẫu thuật sớm nhằm mục đích^[3]:

- Lấy đi khối XHN gây hiệu ứng chón chỗ càng sớm càng tốt để làm giảm bớt các nguy hiểm gây ra bởi những chất thoái biến của máu cục;
- Để ngừa chảy máu lại nên lấy phần lớn máu tụ nhưng không lấy hết hoàn toàn.
- Dùng các phương pháp ít xâm phạm nhất như là chọc hút với “Stereotaxis”, vi phẫu, siêu âm hướng dẫn trong khi mổ, nội soi thần kinh ..v.v. để làm giảm thiểu chấn thương do phẫu thuật gây nên, lấy máu tụ mà vẫn giữ nguyên được chức năng thần kinh.

Chụp cắt lớp não (CT) là phương pháp hình ảnh học được chọn để chẩn đoán khi nghi ngờ có XHN. Cần phải đánh giá xem hệ thống não thất bị xô dịch hay tắc như thế nào, mức độ giãn của não thất, nhất là trong trường hợp XHN ở hố sọ sau. Phẫu thuật lấy máu tụ trong XHN có lợi ích cho bệnh nhân khi tác động khối chón chỗ do máu tụ gây ra đe dọa mạng sống người bệnh. Vì vậy chỉ định mổ không đặt ra với các bệnh nhân bị XHN ít, tri giác tốt và thiếu sót thần kinh ít.

Năm 1978, BACKLUND và VON HOST là những người tiên phong dùng “Stereotaxis” với khung đặc biệt đo 3 chiều trong không gian và dụng cụ “cannula” trong có nòng để lấy máu cục và dẫn lưu máu tụ qua lỗ khoan sọ và chọc hút^[1]. Từ đó đến nay, kỹ thuật và dụng cụ chuyên dùng này đã được nhiều tác giả sửa đổi và cải tiến rất nhiều, có tác giả còn bơm vào ổ XHN chất urokinase để làm loãng máu cục hay chất TPA (*tissue plasminogen activator*) [*chất này giúp biến plasminogen thành plasmin hoạt hóa, một phân hóa tố chính làm tan chất fibrin*]^[19]. **Vấn đề quan trọng là nếu phải mổ thì cần chọn phương pháp mổ thích hợp cho từng trường hợp và chọn đúng thời điểm can thiệp?** Kanaya và Kuroda^[11] báo cáo là chảy máu lại sau phẫu thuật thấy ở 10% số bệnh nhân được mổ với phương pháp mở sọ, 5% với phương pháp chọc hút với CT, 6% với chọc hút có siêu âm hướng dẫn. Kết quả mổ của nhóm XHN của chúng tôi cho thấy: - mổ vì chảy máu lại khi dùng phương pháp mở sọ cổ điển

Chụp cắt

là $4/44 = 13.64\%$; - mổ vì chảy máu lại khi dùng phương pháp khoan sọ & chọc hút là $5/19 = 26.31\%$. Các số này đều cao hơn báo cáo của Kanaya và Kuroda.

Qua nhóm nghiên cứu trên chúng tôi cũng rút ra được một số kinh nghiệm :

- ❖ Một trong những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến tiên lượng là chọn bệnh nhân thích hợp ;
- ❖ Chỉ định mổ vẫn còn bàn cãi vì nhiều nguyên do :
 - Thiếu các dữ liệu thỏa đáng và so sánh được giữa những ca mổ và không mổ có cùng bệnh cảnh lâm sàng;
 - Thiếu sự theo dõi sát một thời gian dài;
 - Thiếu sự xếp loại XHN, dựa vào căn bản thực hành và lý thuyết, để có thể so sánh kết quả dễ dàng hơn.
- ❖ Cần sự kết hợp chặt chẽ giữa Nội và Ngoại thần kinh và các chuyên khoa có liên quan để có sự đồng thuận trong việc chọn bệnh nhân có chỉ định mổ và việc theo dõi bệnh nhân;
- ❖ Cần có thời gian theo dõi bệnh nhân lâu dài hơn, trước hết chúng tôi cố gắng sắp xếp theo dõi ít nhất đến 3 tháng sau mổ, sau đó dần dần thực hiện việc theo dõi lâu dài hơn.
- ❖ Cố gắng hoàn thiện về mặt qui trình và kỹ thuật của các phương thức mổ nhằm đạt kết quả tốt hơn.

KẾT LUẬN :

Qua phần trình bày trên chúng tôi thấy một số điểm trong chỉ định điều trị XHN do CHA cũng đã được làm rõ :

- Bệnh nhân với XHN nhỏ ($< 10\text{cm}^3$) hoặc thiếu sót thần kinh ít phải được điều trị nội khoa ;
- Bệnh nhân với điểm Glasgow ≤ 4 cũng phải điều trị nội khoa vì các thương tổn não quá nặng , mổ lấy XHN cũng không giúp cho bệnh nhân khá hơn được ;
- Chỉ định mổ cần đặt ra với các ca XHN có điểm Glasgow = 7-10 , thể tích XHN $> 30\text{cm}^3$, gây tác động khối choán chỗ, chèn ép cấu trúc não, đặc biệt là XHN dưới vỏ não hay XHN ở tiểu não.
- Cần mổ khẩn khi XHN ở tiểu não có đường kính $> 3\text{cm}$, kèm theo là tình trạng thần kinh xấu đi hoặc có dấu hiệu chèn ép thân não hay có tràn dịch não thất do tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.

Trong tương lai, hiệu quả của điều trị nội khoa hay của phẫu thuật cần phải được chứng minh bằng nghiên cứu ngẫu nhiên lớn hơn và có sự phối hợp nhiều trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Adams R.D., Victor M., Ropper A.H. (1997) .Cerebro-vascular diseases in Principles of Neurology, 6thed., Ch.34, pp. 777-83. McGraw-Hill Inc.
2. Auer L.M. Deinsberger W., Niederkorn K,Gell G., Kleinert R., Schneider G.,Holzer P : (1989), Endoscopic surgery versus medical treatment for spontaneous intracerebral hematoma : a randomized study.,J. Neurosurg. Apr. 70(4) : 530-5.
3. Bernay R.L., Kollias S.S., Romanowski B., Valavanis A., Yonekawa Y.,(2000) : Near-real-time Guidance Using Intraoperative Magnetic Resonance Imaging for radical evacuation of Hypertensive Hematomas in the Basal ganglia : Neurosurgery 47 : 1081-1090.
4. Castel J.P., Kissel P.(1990). Spontaneous intracerebral hemorrhage in Neurological Surgery – Julian R. Youmans, 3rded, W.B. Saunders Company, Ch.62: 1890-1917.
5. Chin- Sang Chung, Louis R.Caplan (1999) : Neurovascular Disorders, Textbook of Clinical Neurology, W.B. Saunders Company : 45 : 907-932.
6. Gardeur D. (1982) : Hémorragies intracérébrales dans Tomodensitométrie intracrânienne – Pathologie vasculaire (livre II) Edition Marketing/ Ellipses, 2^c partie : 110-165.
7. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery 4thed. (1997) , Greenberg Graphics inc. Ch.27: Cerebrovascular accidents, pp. 797-813, Ch.30 : Intracerebral Hemorrhage, pp. 880-898.
8. Hamilton MG and Zabramski J.M. (1995), Intracerebral Hematomas in Neurovascular Surgery, L. Philip Carter, Robert F. Spetzler , McGraw-Hill Inc. Health Profession Divisions, Ch. 25, pp. 477-494.
9. Hinton R.C. (1995). Stroke in Manual of Neurologic Therapeutics, 5thed., Martin A. Samuels, ed. Little, Brown and Company Inc., Boston, Ch. 10, pp. 207-223.
10. Kandel Edward I. (1989) in Functional and Stereotactic Neurosurgery, Ch. 17 : Spontaneous intracerebral hematomas, pp. 553- 566, Plenum Publishing Corporation.
11. Joseph P. Broderick, Harold P. Adams,Jr. William Barsan, William Feinberg (1999) in Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage , Stroke,1999; 30: 905-915.
12. Keizo Matsumoto and Hideki Hondo (1984) , CT-guided stereotaxic evacuation of hypertensive intracerebral hematomas in J Neurisurg 61: 440-448.
13. Mc. Donnell D.E. , Allen M.B. (1995) ; Diagnosis and treatment of Stroke in Essentials of Neurosurgery. A guide to clinical Practice, Marshall B. Allen,Jr., Ross H. Miller, McGraw-Hill Inc., Ch. 14 : 252-273.
14. M. Salvati, L. Servoni, A. Raco, R. Delfini (2001) : Spontaneous cerebellar Hemorrhage : Clinical remarks on 50 cases; Surgical Neurology 2001;55: 156-61.
15. Mario Zuccarello, Thomas Brott, Laurent Derex, Rashmi Kothari, Laura Sauerbeck, John Tew, Harry van Loveren, Hwa-Shain Yeh, Thomas Tomsick, Arthur Pancioli, Jane Khoury , Joseph Broderick (1999). Early Surgical Treatment for Supratentorial Intracerebral Hemorrhage . A Randomized Feasibility Study in Stroke ,1999;30: 1833-1839.
16. Nguyen J.P., Gaston A., Brugieres P., Decq P., Keravel Y. (1991) : Hématomes intracérébraux opérés sous contrôle scanographique à l'aide du trocar de Backlund (une série de 15 cas) dans Neurochirurgie , Vol. 37,1991-1, Masson ,pp. 50-57.

17. Ramez W. Kirolos, Atul K. Tyagi, Stuart A. Ross, Philip T. van Hille, Paul V. Marks. (2001) . Management of Spontaneous Cerebellar Hematomas : A Prospective Treatment Protocol in Neurosurgery, Vol. 49, No. 6, December 2001.
18. LÊ ĐIỀN NHI (2000). Kết quả ban đầu về điều trị phẫu thuật máu tụ trong não do tai biến mạch máu não; Khoa học và Phát triển 9/2000 : số chuyên đề phục vụ Hội nghị KHKT lần thứ ba Hội Thần kinh học Việt Nam : 73-78.
19. LÊ ĐIỀN NHI (2002) . Một số nhận xét về điều trị phẫu thuật máu tụ trong não do tăng huyết áp ; Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học , trang 443-449 ; Hội nghị Ngoại khoa Quốc gia Việt nam lần thứ XII tại Huế 5/2002.
20. LÊ VĂN THÀNH (1994) . Bệnh tai biến mạch máu não tại TP. HCM : Hội thảo Y Dược Việt-Pháp lần thứ ba – Thần kinh – Hình ảnh học Y khoa : 21-22-233/11/1994.
21. NGUYỄN VĂN ĐĂNG (1997) . Tai biến mạch máu não; Nhà xuất bản Y học , 1997,8 : 156-220.
22. PHẠM KHUÊ (1999). Đề phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi; NXB Y học.
23. PHAN CHÚC LÂM (2000). Đột quỵ máu não; Nhà xuất bản Thanh niên ,2000.
24. Hội nghị bàn tròn về Điều trị máu tụ tự phát trong não do cao huyết áp ; TP. HCM (8/11/2001) ; Hội Thần kinh học TP. HCM.
25. Hội thảo chuyên đề liên khoa- Bệnh viện Bạch Mai : Chẩn đoán và xử trí tai biến mạch máu não. Hà Nội 16/5/2001.