

VI PHẪU THUẬT TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG THÔNG SAU ĐÃ VỠ

Đỗ Hồng Hải *

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng của túi phình ĐMCTTS đã vỡ. Đánh giá đặc điểm hình ảnh học của túi phình ĐMCTTS đã vỡ. Đánh giá kết quả phẫu thuật túi phình ĐMCTTS đã vỡ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiền cứu 40 trường hợp túi phình ĐMCTTS được vi phẫu kẹp túi phình.

Kết quả: Tuổi trung bình 51,9, nữ chiếm 70%, tiền căn cao huyết áp chiếm 42,5%. Triệu chứng màng não chiếm 80%, liệt vận nhãn chiếm 20%. Hunt-Hess I, II, III chiếm 85%, Hunt-Hess IV, V chiếm 15%. Phân độ xuất huyết dưới nhện trên CTscan Fisher I, II chiếm 40%, Fisher III, IV chiếm 60%, ngoài ra máu tụ trong não thái dương 12,5%, máu tụ dưới màng cứng 2,5%. Trên DSA, túi phình kích thước lớn chỉ chiếm 27,5%, hướng sau và sau ngoài chiếm 95% và chỉ có túi phình hướng sau ngoài gây liệt thân kinh vận nhãn chung. Số bệnh nhân được phẫu thuật sớm trước ba ngày chỉ 10%. Kết quả phẫu thuật tốt trong nghiên cứu này là 85,5%, tỉ lệ tử vong 2,5%, tỉ lệ tàn phế 12,5% với tỉ lệ tắc túi phình hoàn toàn sau mổ đạt 97,5%.

Kết luận: Hội chứng màng não là triệu chứng điển hình của xuất huyết dưới nhện do vỡ túi phình ĐMCTTS. CTscan sọ não thực hiện sớm trong hai ngày đầu sau khởi phát triệu chứng giúp chẩn đoán xác định xuất huyết dưới nhện và những thương tổn kèm theo. Nhìn chung vi phẫu thuật kẹp túi phình ĐMCTTS vỡ đạt kết quả tốt với tỉ lệ tắc túi phình cao và tai biến chấp nhận được.

Từ khóa: Túi phình mạch máu não, túi phình cảnh trong thông sau, xuất huyết dưới nhện,

ABSTRACT

MICROSURGERY OF RUPTURED PCOM ANEURYSMS

Do Hong Hai * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 – Supplement of No 1 - 2010: 219 - 223

Objectives: Evaluate clinical features of ruptured PCOM aneurysm. Evaluate radiological features of ruptured PCOM aneurysm. Evaluate surgical results of ruptured PCOM aneurysm.

Method: Descriptive study 40 cases of ruptured PCOM aneurysms.

Results: Median age 51,9, female 70%, hypertension 42,5%, third nerve palsy 20%, Hunt-Hess I, II, III 85%. Fisher I, II 40%, Fisher III, IV 60%, temporal hematoma 12,5%, SDH 2,5%. DSA: big aneurysm 27,5%, posterior and lateral posterior direction 95%, only lateral posterior direction causes third nerve palsy. Surgery before 3 days only 10%, GOS III, IV 85,5%, GOS II 12,5%, GOS I 2,5%. Complete aneurysm obstruction: 97,5%.

Conclusion: Microsurgery of PCOM aneurysm is safe and effective with acceptable morbidity and mortality.

Keywords: Aneurysm, PCOM ICA aneurysm, subarachnoid hemorrhage.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình mạch máu não chiếm khoảng 4% dân số. Hàng năm, tỉ lệ vỡ túi phình từ 1

đến 2%. Túi phình vỡ gây xuất huyết dưới nhện (XHDN) với tỉ lệ tử vong và di chứng lên đến 50%. Thương tổn này tập trung chủ yếu ở lứa tuổi 50 – 60, là độ tuổi lao động nên gây

* Bộ môn Ngoại Thần kinh - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ: BS. Đỗ Hồng Hải

ĐT: 0989003214

Email: dohonghai81@gmail.com

tổn thất nặng nề cho gia đình và xã hội. Thương tổn túi phình động mạch cảnh trong thông sau (ĐMCTTS) chiếm 35% tổng số túi phình tuần hoàn trước đã góp phần đáng kể trong XHDN do vỡ túi phình nội sọ.

Kỹ thuật mổ TPĐMCTTS qua đường mở sọ pterion kinh điển được thực hiện từ năm 1938 bởi Dandy. Cùng với những tiến bộ đáng kể trong kỹ thuật gây mê hồi sức và việc ứng dụng vi phẫu thuật trong phẫu thuật thần kinh đã giúp vi phẫu kẹp túi phình trở nên an toàn với tỉ lệ thành công lên đến trên 90% với chất lượng cuộc sống được cải thiện đáng kể.

Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán, XHDN do vỡ túi phình này càng cao vi phẫu thuật kẹp túi phình đã đạt được nhiều thành công đáng kể. Tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu đầy đủ về lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật của loại bệnh lý này. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

MỤC TIÊU

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng của túi phình ĐMCTTS đã vỡ.
- Đánh giá đặc điểm hình ảnh học của túi phình ĐMCTTS đã vỡ.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật túi phình ĐMCTTS đã vỡ.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Đến thời điểm hiện tại, có hai phương pháp điều trị túi phình mạch máu não: vi phẫu thuật kẹp túi phình và can thiệp nội mạch. Phẫu thuật túi phình mạch máu não được thực hiện cách đây khoảng 100 năm, tuy nhiên kết quả rất hạn chế. Đến năm 1938, Dandy thực hiện thành công ca phẫu thuật kẹp TPĐMCTTS bằng clip bạc. Tuy nhiên mãi đến những năm 1965, khi kính vi phẫu thần kinh ra đời, phẫu thuật túi phình mạch máu não mới đạt được những thành công lớn như hiện nay.

Kính vi phẫu ra đời là một cuộc cách mạng trong phẫu thuật sọ não nói chung và phẫu

thuật túi phình mạch máu não nói riêng. Việc ứng dụng vi phẫu thuật đầu tiên phải kể đến Yasargil. Ông là người đề cập đến những lợi điểm khi dùng kính vi phẫu trong điều trị túi phình mạch máu não qua đường mở sọ pterion.

Ở Việt Nam, vi phẫu thuật túi phình mạch máu não được thực hiện ở vài bệnh viện lớn và bước đầu đạt được nhiều thành công. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, vi phẫu thuật kẹp túi phình mạch máu não được tiến hành từ năm 1997.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiền cứu 40 bệnh nhân được phẫu thuật kẹp túi phình vi phẫu tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2008 đến tháng 10/2008, có chẩn đoán TPĐMCTTS sau mổ và chỉ có 1 túi phình mạch máu não. Những bệnh nhân này được thu thập dữ liệu về dịch tễ học (tuổi, giới tính, tiền căn cao huyết áp), triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện, đặc điểm hình ảnh học (CTscan, DSA trước và sau mổ), đặc điểm phẫu thuật. Kết quả được đánh giá dựa trên thang điểm GOS. Tất cả bệnh nhân được theo dõi 1 tháng, 3 tháng sau mổ bằng cách khám bệnh hay phỏng vấn qua điện thoại. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 12.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ học

Tuổi trung bình 51,9 ± 9,57. Trẻ nhất 32 tuổi, lớn nhất 78 tuổi. trong đó 85% bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 đến 65.

Giới nữ chiếm 70%.

Tiền căn cao huyết áp chiếm 42,5%

Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng điển hình của XHDN (nhức đầu, cứng gáy, buồn nôn/ nôn, dấu màng não) chiếm đến 80% số bệnh nhân nhập viện, những triệu chứng khác như sụp mi, yếu nửa người chiếm tỉ lệ là 20%. Hầu hết bệnh nhân có độ Hunt – Hess tốt lúc nhập viện (Hunt – Hess độ I, II, III), chiếm 85%.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhức đầu	37	92.5

Cứng gáy	34	85
Buồn nôn - nôn	29	72.5
Cổ gượng	31	77.5
Sụp mí	8	20
Yếu nửa người	8	20

Ischemia	2	5
Liệt vận nhãn chung	8	20
Yếu nửa người	2	5
Viêm phổi	2	5

Đặc điểm CTscan

Bảng 2: Thương tổn trên CTscan

	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Fisher I	4	10
Fisher II	12	30
Fisher III	16	40
Fisher IV	8	20
Máu tụ dưới màng cứng	1	2,5
Máu tụ trong não	5	12,5
Dãn não thất	28	70

80% các trường hợp có XHDN và xuất huyết não thất trên CTscan. Dãn não thất sau XHDN chiếm 70%. Ngoài ra CTscan cũng cho máu tụ trong não thái dương (12,5%) và máu tụ dưới màng cứng (2,5%).

Đặc điểm túi phình trên DSA

Túi phình kích thước nhỏ chiếm 72,5%, kích thước lớn 27,5% và không có túi phình khổng lồ. Hướng sau và sau ngoài chiếm đa số 95%, hướng trên ngoài chỉ chiếm 5%. Chỉ có túi phình hướng sau ngoài gây liệt thần kinh III (p<0,001).

Bảng 3: Hướng túi phình trên DSA và liệt thần kinh vận nhãn chung

		Liệt dây số III		Tổng
		Có	Không	
Hướng túi phình	Sau ngoài	8	12	20
	Sau	0	18	18
	Trên ngoài	0	2	2
Tổng		8	32	40

Đặc điểm phẫu thuật

Chỉ có 4 trường hợp (10%) được phẫu thuật trước 3 ngày, đa số các trường hợp sau 7 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng (62,5%), trung bình là 10,6 ± 7,1 ngày. Như vậy tỉ lệ phẫu thuật sớm của chúng tôi còn thấp chỉ 10%.

Bảng 4: Biến chứng sau mổ

	Số lượng	Tỉ lệ(%)
Đầu nước	3	7,5
Viêm màng não	0	0

Không có biến chứng trực tiếp liên quan đến phẫu thuật như máu tụ hố mổ, viêm màng não, dập não, liệt nửa người và không có trường hợp liệt vận nhãn mới xuất hiện. Bên cạnh đó triệu chứng yếu nửa người cũng được cải thiện so với trước mổ. Đa số bệnh nhân có GOS tốt lúc xuất viện (GOS IV, V) chiếm 85%. Tuy nhiên cũng có 12,5% bệnh nhân GOS 3, nghĩa là cần phải có sự hỗ trợ của người thân trong sinh hoạt hàng ngày. Có 1 bệnh nhân tử vong chiếm 2,5%.

Tỉ lệ chụp DSA mạch máu não sau mổ là 38 ca (95%), trong đó có 2 ca không chụp kiểm tra. Tỉ lệ tắc túi phình là 92,5%, còn thừa cổ túi phình là 2,5%.

BÀN LUẬN

Tuổi

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 51.8 tuổi. Thương tổn túi phình thường gặp vào thập niên thứ năm của cuộc sống, bởi vì nguy cơ vỡ túi phình tăng khi lớn tuổi.

Giới tính

Nữ chiếm tỉ lệ gấp 2 lần nam giới. Giới tính nữ là yếu tố nguy cơ của túi phình nội sọ. Hơn nữa giới tính nữ là yếu tố nguy cơ độc lập của vỡ túi phình.

Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng điển hình của XHDN (nhức đầu, buồn nôn/ nôn, Kernig) chiếm 92%. Điểm khác biệt nổi bật của TPĐMCTTS là liệt thần kinh vận nhãn chung, chiếm tỉ lệ 25%. Ngoài ra, tổn thương thần kinh vận nhãn chung xuất hiện khi túi phình vỡ hay khi tăng kích thước nhanh hoặc có nguy cơ vỡ. Trong nghiên cứu này có ba trường hợp có triệu chứng sụp mí, tuy nhiên do chẩn đoán muộn nên túi phình vỡ trước nhập viện. Đặc điểm của liệt vận nhãn chung trong túi phình ĐMCTTS là liệt hoàn toàn, bao gồm sụp mí và giãn đồng tử, mất phản xạ ánh sáng, mắt nhìn xuống và hướng ra ngoài⁰⁰. Nguyên nhân thường gặp nhất của liệt

vận nhãn hoàn toàn là túi phình ĐMCTTS chiếm từ 18% - 29%, do túi phình chèn ép trực tiếp vào những sợi thần kinh điều khiển cơ co động tử⁰. Khi triệu chứng liệt thần kinh vận nhãn xuất hiện đồng nghĩa túi phình tăng kích thước nhanh và có nguy cơ vỡ, do đó đòi hỏi các bác sĩ lâm sàng phải có kiến thức nhằm chẩn đoán xác định trước khi vỡ túi phình.

CTscan

Xuất huyết dưới nhện chiếm tỉ lệ 90% với đặc điểm: thường gặp ở vị trí sàn sọ, lan vào khe Sylvius hai bên, tuy nhiên XHDN cùng bên vỡ túi phình vẫn chiếm ưu thế hơn. CTscan sọ não thực hiện sớm trong vòng 48 giờ đầu phát hiện được 90-95% các trường hợp xuất huyết dưới nhện.

Máu tụ ở mặt trong thùy thái dương chiếm 12,5%, so với 15% của Khalid, do mặt trong thùy thái dương liên quan chặt chẽ với động mạch thông sau và não sau. Tuy nhiên kích thước khối máu tụ nhỏ dưới 30 cm³, không đủ lớn để gây ra hiệu ứng chèn ép nên không được phẫu thuật cấp cứu.

Máu tụ dưới màng cứng hiếm gặp trong vỡ túi phình ĐMCTTS, chiếm 2,5%, vị trí thường gặp là ở vòm sọ nơi tiếp giáp với sàn sọ⁰. Nguyên nhân do túi phình tương quan gần với màng cứng sàn sọ nên có thể vỡ vào khoang dưới màng cứng. Vì hiếm gặp đòi hỏi phải kết hợp tiền sử và bệnh sử nhằm tránh bỏ sót thương tổn do vỡ túi phình.

Dãn não thất cấp tính do tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy chiếm 70%, tỉ lệ này thay đổi từ 20% đến 67%. Tỉ lệ dãn não thất ở nhóm bệnh nhân Fisher III và IV lên đến 95,7%, so với chỉ 35,3% ở nhóm I và II, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

DSA mạch máu não

Túi phình ĐMCTTS nằm ở mặt sau động mạch cảnh trong trên vị trí của ĐMTS và trước vị trí phân nhánh của động mạch mạc mạc trước. ĐMTS xuất phát từ mặt sau trong ĐMCT đi theo hướng dưới trong, nằm ở trên trong thần kinh vận nhãn chung. Túi phình gây ra do sự

chuyển hướng của dòng máu bởi vì động mạch cảnh trong đoạn này gồm 2 đoạn cong. Đoạn thứ nhất cong vòng lên trên và đoạn thứ hai cong theo hướng từ trong ra ngoài. Vì vậy túi phình thường hướng ra sau hay ngoài⁰. Chúng tôi phân hướng túi phình theo tác giả Jorge: tỉ lệ lần lượt là 50%, 45% và 5% cho từng nhóm sau ngoài, sau và trên ngoài. Nhóm hướng ra sau ngoài có khả năng gây liệt thần kinh III. Thật vậy, có đến 40% trường hợp túi phình hướng sau ngoài có liệt thần kinh III, so với 0% ở hai nhóm còn lại ($p < 0,007$). Nhóm hướng trên ngoài không gây liệt thần kinh vận nhãn nhưng lại dính vào mặt trong thùy thái dương, do đó có thể gây máu tụ trong thùy thái dương và dễ vỡ khi vén thùy thái dương.

Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật được đánh giá bằng thang điểm GOS: kết quả tốt 85,5%, tỉ lệ tử vong 2,5%, tỉ lệ tàn phế 12,5%, tương tự như Flamm, Ogilvy, Heros⁰. Nhìn chung tỉ lệ tàn phế trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao có thể do thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng XHDN đến lúc phẫu thuật kéo dài và do phương tiện hồi sức nội khoa chưa tốt.

Chúng tôi tìm thấy mối tương quan giữa tuổi, tình trạng lâm sàng trước mổ (Hunt – Hess) và kết quả phẫu thuật. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ của phẫu thuật do bệnh nội khoa kèm theo, tình trạng dễ nhiễm trùng bệnh viện cũng như bệnh lý xơ vữa mạch máu kèm theo, dễ dẫn đến bong tróc cũng như hẹp khẩu kính khi thao tác trên mạch máu.

Dấu thần kinh khu trú trước mổ như yếu nửa người và liệt thần kinh vận nhãn chung cải thiện sau mổ. Trong lúc phẫu thuật, sau khi kẹp cổ túi phình, chúng tôi đều kiểm tra thần kinh vận nhãn để đảm bảo không làm tổn thương do kẹp clip và gỡ dính túi phình. Tỉ lệ hồi phục chức năng thần kinh III trong nghiên cứu này là 87,5%, tương tự như y văn thế giới là 90%. Trước mổ có 10 bệnh nhân yếu kín đáo nửa người, sức cơ 4/5, chủ yếu trong nhóm bệnh nhân XHDN nhiều hay máu tụ trong não (Fisher III, IV).

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi tiến hành hút máu tụ trong khoang dưới nhện và máu tụ trong não, bộc lộ rõ động mạch thông sau, mạch mạc trước và không làm hẹp khẩu kính động mạch cảnh trong do đó hậu phẫu sức phục hồi về bình thường và không có trường hợp yếu nửa người nặng lên.

38 bệnh nhân được chụp DSA mạch máu não sau mổ để đảm bảo túi phình đã được kẹp hoàn toàn, 2 trường hợp không thực hiện do không có sự đồng ý của gia đình. Kết quả cho thấy 97,5% kẹp túi phình thành công, theo y văn, tỉ lệ tắc túi phình là trên 90%. Theo chúng tôi, tỉ lệ tắc túi phình cao có thể do những nguyên nhân sau:

- Kính vi phẫu ứng dụng trong kẹp túi phình được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 1997.
- Bệnh nhân được phẫu thuật muộn, não xẹp nên phẫu trường rộng, dễ dàng quan sát và thao tác.
- Hướng túi phình ĐMCTTS dễ tiếp cận và bóc tách hơn túi phình ở những vị trí khác.
- Cổ túi phình được bộc lộ rõ.
- Đa số túi phình có kích thước nhỏ và cổ hẹp nên dễ làm tắc hoàn toàn bằng clip.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 trường hợp túi phình ĐMCTTS vỡ tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 1/2008 đến tháng 10/2008 chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

Hội chứng màng não là triệu chứng điển hình của XHDN do vỡ túi phình ĐMCTS, ngoài ra yếu nửa người và liệt thần kinh vận nhãn chung cũng thường gặp. Tuy nhiên những triệu chứng này sẽ cải thiện dần sau phẫu thuật.

CTscan sọ não thực hiện sớm trong hai ngày đầu sau khởi phát triệu chứng giúp chẩn đoán xác định xuất huyết dưới nhện và những thương tổn kèm theo như máu tụ trong não thái dương, máu tụ dưới màng cứng và dãn não thất. Tình trạng lâm sàng nặng lúc nhập

viện có liên quan đến độ nặng của xuất huyết dưới nhện trên CTscan sọ não.

Túi phình thường hướng sau hay sau ngoài. Chỉ có túi phình hướng sau ngoài gây liệt thần kinh vận nhãn chung. Túi phình hướng trên ngoài thường dính vào mặt trong thùy thái dương.

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật muộn. Kết quả phẫu thuật tốt (GOS 4, 5) lúc xuất viện chiếm đến 85%, và không có trường hợp tái xuất huyết trong thời theo dõi. Nhìn chung vi phẫu thuật kẹp túi phình ĐMCTTS vỡ đạt kết quả tốt với tỉ lệ tắc túi phình cao và tai biến chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jorge A.N, L. Philip. C, Saccular aneurysms of the internal carotid artery, pp 650, Thieme, New York.
2. Khalid M.A, Christopher S.O (2003), Intracerebral hematoma from aneurysm rupture, Neurosurg focus, 15.
3. Koji .I, Gopal .C, Michael .T (2006), Surgical approaches for anterior circulation aneurysms, Elsevier, pp 1887.
4. Mahmoud A, Christopher W. M (2006), Intracranial internal carotid artery aneurysms, Youman, MacGraw-Hill, pp: 1915 - 1921.
5. Mark S.G (2006), Handbook of neurosurgery, pp: 790. Thieme, New York.
6. Michael L.J. Apuzzo, M.D. Volume 1, Aneurysmal lesions, Internal carotid aneurysm, pp 983.
7. Phạm Hòa Bình (1999), Một số nhận xét bước đầu trong điều trị phẫu thuật phòng động mạch não ở bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đại hội ngoại khoa lần thứ X, tr: 32-35
8. Schmidek.H.H, Roberts.D (2006), Management of Intracranial Aneurysms, Operative neurosurgical techniques, Vol1, Elsevier, pp: 1115 - 1123. New York.
9. Võ Văn Nho, Nguyễn Phong (2002), Vi phẫu thuật 41 trường hợp túi phình động mạch não bằng clip Sugita từ tháng 7/1997 đến tháng 9/2001. Kỷ yếu tóm tắt các đề tài khoa học hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần XII, 9-10/5/2002, tr: 164.
10. Vũ Anh Nhị (2004), Điều trị xuất huyết dưới màng nhện, Đột quy, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr: 206-221.

