

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị bệnh nhân chảy máu dưới nhện ở Bệnh viện 103

Phạm Đình Đài*; Nguyễn Giang Hòa*; Đặng Phúc Đức*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu trên 121 bệnh nhân (BN) chảy máu dưới nhện (CMDN) điều trị tại Bệnh viện 103 từ tháng 1 - 2006 đến 12 - 2010. Chia BN làm 2 nhóm: nhóm 1: điều trị nội khoa; nhóm 2: điều trị nội khoa kết hợp với can thiệp mạch.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 46,8% chảy máu tái phát ở nhóm 1 và 19% ở nhóm 2. Tỷ lệ tử vong nhóm 1: 55,7%; nhóm 2: 7,1%. Mức độ hồi phục theo thang điểm Glasgow Outcome Scale tính trung bình ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 (1,63 điểm).

* Từ khóa: Chảy máu dưới nhện; Can thiệp mạch; Đặc điểm lâm sàng; Chẩn đoán hình ảnh.

Study on clinical, neuroimaging characteristics and treatment of subarachnoid heamorrhagic patients in 103 Hospital

SUMMARY

A retrospective study was carried out on 121 subarachnoid heamorrhagic patients in 103 Hospital from January, 2006 to December, 2010. The patients were divided into 2 groups: group 1 was treated by drugs, group 2 was treated by drugs and cerebral vascular intervention.

The result showed that 46.8% of patients had recurrent heamorrhage in group 1. This percentage rate in group 2 was 19%. The mortality rate in group 1 was 55.7% and in group 2 was 7.1%. Mean of GOS in group 2 was 1.63 points higher than group 1.

* *Key words: Subarachnoid heamorrhage; Cerebral vascular intervention; Clinical characteristics; Neuroimaging.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu dưới nhện là một bệnh lý nguy hiểm. Nguyên nhân hàng đầu của bệnh là do vỡ phình mạch não. Mặc dù việc điều trị nội khoa và hồi sức đối với bệnh CMDN đạt được nhiều bước tiến đáng kể,

nhưng thậm chí cả những BN được điều trị nội khoa ổn định, nguy cơ vỡ phình mạch tái phát luôn cao, dẫn đến tử vong. Để giải quyết triệt để vấn đề này, cần phải tiến hành can thiệp nút coil phình mạch hoặc phẫu thuật kẹp clip. Trong đó, phương pháp can thiệp mạch được ưu tiên hàng đầu.

* Bệnh viện 103

Phán biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Chông

Từ tháng 9 - 2009, Khoa đột quỵ, Bệnh viện 103 đã triển khai kỹ thuật can thiệp mạch. Đây là một hướng phát triển kỹ thuật tiên tiến, giúp điều trị triệt để căn nguyên

bệnh. Tuy nhiên, kỹ thuật này khá mới mẻ. Chưa có nghiên cứu hệ thống tại Bệnh viện 103 nhằm đánh giá hiệu quả cũng như tai biến của kỹ thuật này.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, đồng thời đánh giá và so sánh hiệu quả điều trị nội khoa và can thiệp mạch ở BN CMDN.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn chọn BN:

Toàn bộ BN đột quỵ não điều trị tại Khoa Đột quỵ não, Bệnh viện 103 từ tháng 1 - 2006 đến 12 - 2010 được chẩn đoán xác định CMDN.

- Chẩn đoán xác định CMDN:

+ CT-scanner não: có hình ảnh tăng tỷ trọng ở các vị trí khoang chứa dịch não tủy.

+ Dịch não tủy: đỏ đều 3 ống, không đông. Xét nghiệm có hồng cầu hoặc bilirubin.

- Các BN được can thiệp mạch có chẩn đoán xác định bằng:

+ Cộng hưởng từ mạch: có phình mạch.

+ Chụp mạch não số hóa xóa nền: có phình mạch.

- Chia BN làm 2 nhóm: nhóm 1 điều trị nội khoa (đa số BN nhóm 1 được điều trị vào giai đoạn Khoa Đột quỵ não chưa có kỹ thuật can thiệp mạch não; số còn lại do không có chỉ định can thiệp hoặc BN từ chối can thiệp do nhiều nguyên nhân khác nhau), nhóm 2 được can thiệp mạch kết hợp với điều trị nội khoa.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Lâm sàng: hỏi bệnh và khám thần kinh, nội chung tử mỷ theo bệnh án nghiên cứu.

+ Tiền sử bệnh.

+ Khởi phát: thời gian, cách khởi phát, yếu tố thuận lợi, triệu chứng khởi phát.

+ Triệu chứng vào viện: đau đầu, nôn, rối loạn ý thức, rối loạn cơ vòng, hội chứng màng não, vận động, cảm giác, phản xạ, khám nội chung (đặc biệt chú ý tim mạch và hô hấp).

- Xét nghiệm:

+ Sinh hóa máu (glucose, chức năng gan, thận, mỡ máu, điện giải), công thức máu; đông máu toàn bộ; điện tim.

+ CT-scan sọ não.

+ Xét nghiệm dịch não tủy.

+ Cộng hưởng từ mạch não hoặc DSA.

- Chia BN làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: điều trị nội khoa theo phác đồ của Bộ môn Nội Thần kinh, Bệnh viện 103: cấp cứu theo nguyên tắc ABC; chống phù não; chống co thắt mạch não; cầm máu; thuốc bảo vệ tế bào não; điều trị triệu chứng; chăm sóc hộ lý tốt.

+ Nhóm 2: điều trị nội khoa kết hợp với can thiệp nút coil phình mạch.

- Thu thập dữ liệu ở 2 nhóm về: đặc điểm chung; tiền sử; các yếu tố khởi phát; triệu chứng lâm sàng; cận lâm sàng; kết quả điều trị và biến chứng; quá trình hồi phục (thang điểm GOS các thời điểm sau ra viện); tỷ lệ tái thông.

- Số liệu xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 15.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của BN.

* Tuổi trung bình ở 2 nhóm BN: nhóm không can thiệp (79 BN): $57,0 \pm 17,3$ tuổi; nhóm can thiệp (42 BN): $50,6 \pm 13,1$ tuổi. Tuổi trung bình của cả 2 nhóm (121 BN): $54,8 \pm 16,2$.

Sự khác biệt về tuổi ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 86 tuổi.

* Tỷ lệ mắc theo lứa tuổi: < 30 tuổi: 12 BN (9,9%); 30 - 39 tuổi: 12 BN (9,9%); 40 - 49 tuổi: 26 BN (21,4%); 50 - 59 tuổi: 28 BN (23,1%); 60 - 69 tuổi: 17 BN (14,1%); ≥ 70 tuổi: 26 BN (21,5%). Lứa tuổi trẻ < 40 chiếm 19,8%.

Bảng 1: Đặc điểm giới ở 2 nhóm BN.

	NAM	NỮ	TỔNG
Không can thiệp (n = 79)	41 (51,9%)	38 (48,1%)	79 (100 %)
Có can thiệp (n = 42)	26 (61,9%)	16 (38,1%)	42 (100 %)
Tổng	67 (55,4%)	54 (44,6%)	121 (100)

Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm không can thiệp là 1,1; nhóm được can thiệp là 1,6; chung cả 2 nhóm là 1,2.

2. Tiền sử.

Bảng 2: Tiền sử.

	KHÔNG CAN THIỆP (n = 79)	CÓ CAN THIỆP (n = 42)	TỔNG (n = 121)
Tăng huyết áp	28 (35,4%)	18 (42,9%)	46 (38%)
Nghiện rượu	24 (30,4%)	14 (33,3%)	38 (31,4%)
Hút thuốc lá	31 (39,2%)	25 (59,5%)	56 (46,3%)
Ma túy	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Đái tháo đường	19 (24,1%)	6 (14,3%)	25 (20,7%)
Đau đầu kiểu mạch	23 (29,1%)	17 (40,5%)	40 (33,1%)
Tiền sử có triệu chứng giống CMDN	4 (5,1%)	2 (4,8%)	6 (5%)

Sự khác biệt tỷ lệ mắc yếu tố nguy cơ ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tiền sử hay gặp nhất là hút thuốc lá, sau đó tăng huyết áp (THA) (38%). Đáng chú ý, dấu hiệu đau đầu kiểu mạch có tỷ lệ khá cao (33,1%). Đây là một dấu hiệu dễ phát hiện, tăng huyết áp nhưng thường bị bỏ qua vì nhầm với nhiều bệnh lý khác gây đau đầu.

3. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng.

		KHÔNG CAN THIỆP (n = 79)	CÓ CAN THIỆP (n = 42)	TỔNG (n = 121)
Cách khởi phát	Từ từ tăng dần	8 (10,1%)	6 (14,3%)	14 (11,6%)
	Đột ngột	55 (69,6%)	27 (64,3%)	82 (67,85%)
	Cấp tính	16 (20,3%)	9 (21,4%)	25 (20,7%)
Thời gian khởi phát	0 - 6 giờ	27 (34,2%)	15 (35,7%)	42 (34,7%)
	6 - 12 giờ	15 (19,0%)	8 (19,0%)	23 (19,0%)
	12 - 18 giờ	16 (20,3%)	6 (14,3%)	22 (18,3%)
	18 - 24 giờ	21 (26,6%)	13 (31,0%)	34 (28,1%)
Hoàn cảnh khởi phát	Nghỉ	43 (54,4%)	15 (34,7%)	58 (47,9%)
	Thay đổi thời tiết	10 (12,7%)	6 (14,3%)	16 (13,2%)
	Căng thẳng tâm lý	4 (5,1%)	8 (19,0%)	12 (9,9%)
	Gắng sức	15 (19%)	10 (23,8%)	25 (20,7%)
	Bia rượu	7 (8,9%)	3 (7,1%)	10 (8,3%)
Đau đầu báo trước > 24 giờ		29 (36,7%)	19 (45,2%)	48 (39,7%)
Đau đầu		62 (78,5%)	41 (97,6%)	103 (85,1%)
Đau gáy		25 (31,6%)	27 (64,3%)	52 (43,0%)
Nôn và/hoặc buồn nôn		40 (50,6%)	27 (64,3%)	67 (55,4%)
Rối loạn ý thức		40 (50,6%)	17 (40,5%)	57 (47,1%)
Sốt		12 (15,2%)	6 (14,3%)	18 (14,9%)
Liệt chi		26 (32,9%)	4 (9,5%)	30 (24,8%)
Dấu hiệu màng não		79 (100%)	42 (100%)	121 (100%)
Tổn thương thần kinh sọ não		17 (21,5%)	4 (9,5%)	21 (17,4%)

82% BN khởi phát đột ngột. Các triệu chứng hay gặp: dấu hiệu màng não 100%; đau đầu 85,1%, đau gáy 43%; nôn và/hoặc buồn nôn 55,4%; rối loạn ý thức 47,1%.

Những BN này trước khởi phát xuất hiện cơn đau đầu dữ dội, có thể có nôn, sau đó tự hết. BN thường không đi khám hoặc có

đi nhưng khám lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính không phát hiện dấu hiệu bất thường. Nguyên nhân đau đầu là do phình mạch não bị “nứt” gây cơn đau dữ dội, tuy nhiên chưa vỡ hẳn để gây chảy máu.

Bảng 4: Thang điểm Hunt Hess.

	KHÔNG CAN THIỆP (n = 79)	CÓ CAN THIỆP (n = 42)	p
HUNT HESS	3,14 ± 1,3	2,6 ± 0,97	> 0,05

Sự khác biệt theo thang điểm Hunt Hess không có ý nghĩa thống kê.

4. Đặc điểm cận lâm sàng.

* *Thang điểm Fisher*: nhóm không can thiệp (79 BN): 2,7 ± 1,4 điểm; nhóm có can thiệp (42 BN): 2,76 ± 1,4 điểm, p > 0,05. Giá trị trung bình phân độ theo thang điểm Fisher ở 2 nhóm tương đương (2,7 và 2,76).

5. Kết quả điều trị.

Bảng 5: Các biến chứng hay gặp.

	KHÔNG CAN THIỆP (n = 79)	CÓ CAN THIỆP (n = 42)	p
Rối loạn điện giải	33 (41,8%)	13 (31,0%)	> 0,05
Chảy máu tái phát	37 (46,8%)	8 (19,0%)	< 0,01
Cơ thất mạch	32 (40,5%)	19 (45,2%)	> 0,05
Tắc lưu thông dịch não tủy	22 (27,8%)	8 (19,0%)	> 0,05

Nhóm được can thiệp có tỷ lệ chảy máu tái phát thấp hơn so với nhóm không được can thiệp có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

BN được can thiệp có chảy máu tái phát xuất hiện chủ yếu trước hoặc trong can thiệp. Tỷ lệ tử vong và nặng xin về ở nhóm được can thiệp (7,1%) thấp hơn rất nhiều so với nhóm không được can thiệp (55,7%), có ý nghĩa thống kê.

* *Thang điểm Glasgow (GOS)*: nhóm không can thiệp (79 BN): 2,77 ± 2,0 điểm; nhóm có can thiệp (42 BN): 4,4 ± 1,06 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 6: Hình thức ra viện.

	RA VIỆN	XIN VỀ	TỬ VONG	CHUYỂN VIỆN
Không can thIỆP (n = 79)	35 (44,3%)	43 (54,4%)	1 (1,3%)	0 (0%)
Có can thiệp (n = 42)	30 (71,4%)	3 (7,1%)	0 (0%)	9 (21,4%)

Đánh giá mức độ hồi phục theo thang điểm GOS cho thấy điểm trung bình GOS ở nhóm được can thiệp cao hơn nhóm không được can thiệp 1,63 điểm, có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 121 BN (67 nam, 54 nữ), tuổi trung bình 54,8; chia làm 2 nhóm: nhóm 1: điều trị nội khoa, nhóm 2: can thiệp mạch kết hợp với điều trị nội khoa. Kết quả cho thấy:

- Tuổi < 40 chiếm 19,8%.
- Tiền sử hay gặp là hút thuốc lá (46,3%), THA (38%), đau đầu kiểu mạch (33,1%). Trong đó, đáng chú ý là dấu hiệu đau đầu kiểu mạch, nhiều trường hợp là triệu chứng cảnh báo duy nhất, cần được quan tâm đúng mức.
- Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: đau đầu (85,1%), nôn (55,4%), dấu hiệu màng não (88,4%). Tỷ lệ đau đầu báo trước 39,7%. Nếu phát hiện sớm ở giai đoạn này, có thể ngăn chặn tình trạng vỡ phình mạch nghiêm trọng xảy ra. Tỷ lệ lặp lại các triệu chứng đau đầu, nôn, rối loạn ý thức... cũng khá cao (78,5%).
- Tỷ lệ chảy máu tái phát ở nhóm được can thiệp thấp hơn nhóm không được can thiệp (27,8%) có ý nghĩa thống kê.
- Mức độ hồi phục tính theo thang điểm GOS cho thấy: nhóm được can thiệp hồi phục tốt hơn, có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại.
- Tỷ lệ tử vong và nặng xin về ở nhóm được can thiệp (7,1%) thấp hơn rất nhiều so với nhóm không được can thiệp (55,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương. Thực hành lâm sàng thần kinh học, tập 1, 2, 3. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2003 - 2004.
2. Bộ môn Thần kinh. Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh. Học viện Quân y. 2001, tr.85-110.
3. Nguyễn Minh Hiện. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, một số yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở BN chảy máu não. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y. 1999.
4. Phạm Minh Thông, Vũ Đăng Lưu. Những kết quả ban đầu của điều trị phình động mạch não bằng nút mạch. Tạp chí Y học Việt Nam. 8/2004. tr.217-221.
5. Lê Văn Trường. Chụp mạch não số hóa nền và X quang can thiệp mạch. Bài giảng chuyên ngành đột quỵ. Viện nghiên cứu Y - Dược lâm sàng. 2004.
6. Latchaw, Kucharczyk, Moseley. Imaging of the nervous system. Diagnostic and therapeutic application. Elsevier mosby USA. 2005, Vol I.
7. Latchaw, Kucharczyk, Moseley. Imaging of the nervous system diagnostic and therapeutic application. ELSEVIER MOSBY USA. 2005, Vol II.
8. Pearse Morris, M.D. Interventional and endovascular therapy of the nervous system. A practical guide. Springer-Verlag New York USA. New York, Berlin, Heidelberg, Barcelona, Hong Kong, London, Milan, Paris, Singapore, Tokyo. 2008.
9. M.Forsting, I.Wanke. Intracranial vascular malformations and aneurysms. Springer. 2008.
10. Richard B. Scott, Fiona Eccles, Andrew J. Improved cognitive outcomes with endovascular coiling of ruptured intracranial aneurysms: neuropsychological outcomes from the international

subarachnoid aneurysm trial (ISAT), Stroke. 2010, 41, pp.1743-1747, originally published online Jul 8, 2010.