

ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY V BẰNG PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG CHÈN ÉP MẠCH MÁU

ĐỒNG VĂN HỆ

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá kết quả vi phẫu thuật mạch máu để giải phóng chèn ép trong điều trị đau dây V.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu dựa trên 89 bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức do tác giả trực tiếp mổ và điều

trị. Bệnh nhân được mổ theo phương pháp Jannetta: vi phẫu thuật giải phóng dây V do mạch máu não trong thời gian từ 6/2000 tới 12/2008. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng, thời gian đau, phương pháp điều trị

trước khi mổ, kỹ thuật mổ, biến chứng trong và sau mổ, kết quả điều trị. Kết quả được đánh giá: rất tốt

t (hết đau hoàn toàn); tốt (còn đau ít, không dùng thuốc); trung bình (còn đau, phải dùng thuốc); kém (đau nhiều, bắt buộc phải dùng thuốc như trước mổ hay ít hơn). Kiểm tra sau mổ trên 3 tháng. Xử lý số liệu bằng chương trình EPI 6.0.

Kết quả: 89 bệnh nhân được mổ theo phương pháp này: 54 nữ (60,7%) và 35 nam. Tuổi ít nhất là 35, nhiều nhất là 82 (trung bình 52 tuổi). Đau dây V phải ở 51 bệnh nhân (55,4%) và đau V trái ở 41 bệnh nhân (vì có 3 bệnh nhân đau hai bên). Thời gian đau nửa mặt và điều trị bằng phương pháp khác trước khi mổ trên 2 năm ở 83 bệnh nhân (93,3%). Trong đó có 51 bệnh nhân đau hơn 10 năm (57,3%). Điều trị thất bại trước mổ: bằng Tegretol (ít nhất 400mg/ngày, nhiều nhất 3200mg/ngày); tiêm huyết thanh 8 bệnh nhân; đốt điện 3 bệnh nhân. Kết quả: Xác định chèn ép dây V ở 87 BN (97,8%), do động mạch 82 (94,3%), chủ yếu là động mạch tiểu não trên 78 BN (83,9%). Hai trường hợp không xác định được chèn ép mạch. Kết quả xa: Tử vong=0, chảy máu=3, dập tiểu não=5, giảm thính lực=2, nhiễm trùng=0, dò nước não tủy=0 và liệt=0. Khỏi bệnh 91%: rất tốt 72 BN (80,9%); tốt 9 (10,1%); trung bình 5 (5,6%) và kém 3 (3,3%).

Kết luận: Phẫu thuật giải phóng chèn ép dây V là phương pháp điều trị đau dây V hiệu quả và an toàn.

Từ khoá: dây V, mạch máu.

SUMMARY

Objective: Evaluated the results of microvascular decompression for trigeminal neuralgia.

Patients and methode: Prospective study on the 89 patients treated (operated by author) in VietDuc Teaching Hospital from 6/2006 to 12/2008. Evaluated and analyzed the clinical symptoms, the treatment before surgery (medical treatment, termocoagulation and physiological injection), the technical surgery, the peroperative and postoperative complications and the results of treatment. Evaluated scale: very good (no pain at all); good (little pain, no medication); acceptable (little pain, need medication); poor (pain, need medication). Examination > 3 months after operation. The EPI 6.0 was used for analysis.

Results: 89 patients underwent microvascular decompression: 54 women (60.7%) and 35 men; age from 35 to 82 year olds. 83 patients (93.3%) were suffered pain 2 years or more. 51 pateints presented pain on right side (55.4%) and 41 on left side. All the patients were treated by tegretol and/or termocoagulation and/or physiological injection before surgery but without any effectiveness. 87 of 89 patients (97.8%) were found to have vascular compression of trigeminal nerve at the time of exploration (82 arteries and 5 veins). Superior cerebellar artery was found in 78 patients (83.9%). In 2 cases, no neuro-vascular conflict was found. 72 patients have very good result (80.9%); 9 patients good (9.1%); 5 acceptable (5.6%) and 3 worse (3.3%).

Conclusion: Microvascular decompression for trigeminal neuralgia is safe and effective methode of treatment.

Keywords: trigeminal neuralgia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây V là chứng đau nửa mặt khá thường gặp. Đây là chứng đau dây V tự phát, không do nguyên nhân khác như khối u, dị dạng khác. Bệnh đau dây V

được chẩn đoán dễ bằng lâm sàng bởi tính chất cơn đau đặc hiệu và không phát hiện được tổn thương thực thể trên cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ sọ não. Điều trị có thể bằng điều trị nội khoa ở giai đoạn nhẹ và phẫu thuật khi bệnh nặng, hay điều trị nội thất bại. Ngoài ra có thể điều trị bằng phương pháp diệt hạch Gasser, tiêm huyết thanh, đốt điện...nhưng tỷ lệ khỏi bệnh thấp, hay tái phát và nhiều di chứng. Phẫu thuật giải phóng chèn ép dây V do mạch máu (Phẫu thuật Jannetta) là một phương pháp hiệu quả và được áp dụng nhiều nhất hiện nay ở các nước trên thế giới, nhất là ở các nước phát triển nhờ tỷ lệ khỏi bệnh cao. Nhưng đây là phương pháp phẫu thuật khó, đòi hỏi nhiều kinh nghiệm và trình độ kỹ thuật cao. Tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã bắt đầu mổ loại bệnh này từ năm 2000 và hiện nay đã phẫu thuật hơn 100 bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật đau dây V tại Bệnh viện Việt Đức.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu dựa trên 89 bệnh nhân đau dây V được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ 6/2000 tới 12/2008. Tất cả những bệnh nhân đều được chẩn đoán đau dây V, được chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não, không có tổn thương chón chỗ trong góc cầu tiểu não, đã điều trị nội thất bại, hoặc tiêm diệt hạch bằng nước sôi, hay điều trị nhiệt điện (termocoagulation) không kết quả.

Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Jannetta, do một phẫu thuật viên duy nhất mổ (Đồng Văn Hệ). Bệnh nhân được chuẩn bị mổ theo qui trình thường qui. Cạo tóc nếu mổ từ 2000 tới 2004 và không cạo tóc nếu mổ từ 2005-2008. Gây mê nội khí quản. Mổ theo tư thế nằm sấp. Đầu cố định trên Meyfield. Rạch da sau tai bên đau từ 5-7cm. Mở sọ rộng 2,5-3cm. Mở màng não hình chữ T. Đặt kính vi phẫu, tìm nơi chèn ép của mạch máu vào dây V. Bóc tách và đặt mảnh nhân tạo như neuropath, hay cân cơ giữa dây V và mạch máu. Đóng vết mổ. Điều trị sau mổ bằng kháng sinh. Những bệnh nhân mổ trước tháng 4/2005 không dùng thuốc Tegretol sau mổ, bệnh nhân mổ sau tháng 4/2005 tiếp tục dùng thuốc Tegretol như cũ, giảm dần liều và dùng hẳn thuốc sau mổ 3-5 tháng.

Bệnh nhân được mô tả tiền sử đau nửa mặt, điều trị trước mổ, tính chất cơn đau, vị trí đau. Đánh giá kỹ thuật, biến chứng trong và sau mổ. Biến chứng bao gồm chảy máu, phù tiểu não, đưng dập tiểu não, liệt, giảm thính giác, rò nước não tủy, nhiễm trùng, chết. Đánh giá kết quả sau mổ trên 3 tháng (nếu mổ trước tháng 4/2005) hoặc sau khi đã dùng điều trị thuốc sau mổ trên 3 tháng (nếu mổ sau tháng 4/2005). Kết quả rất tốt nếu hết đau hoàn toàn, không cần dùng thuốc; tốt nếu thính thoảng còn đau ít, có hay không dùng thuốc; trung bình nếu đau giảm nhưng phải dùng thuốc; kém nếu đau như cũ hay đau tăng, vẫn phải dùng thuốc thường xuyên. Xử lý kết quả theo chương trình EPI6.0.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 6/2000 tới 12/2008, chúng tôi đã mổ cho 89 bệnh nhân, 54 nữ (60,7%) và 35 nam. Tuổi ít nhất 35 và nhiều nhất 82 tuổi (trung bình 52). Đau

dây V phải 51 (55,4%) bệnh nhân và 41 bệnh nhân đau bên trái, có 3 bệnh nhân đau cả 2 bên. Tất cả 89 bệnh nhân đã điều trị nội (uống tegretol) nhiều năm trước khi mổ, 12 bệnh nhân đã tiêm huyết thanh (trong đó có 8 bệnh nhân đã điều trị nhiều lần), 3 bệnh nhân đã điều trị diệt dây V bằng nhiệt (termocoagulation) tại Thành phố Hồ Chí Minh nhưng thất bại. Có 3 bệnh nhân đã điều trị cả tiêm huyết thanh và diệt hạch. Thời gian đau được mô tả kỹ trong bảng 1.

Bảng 1. Thời gian tính từ khi đau tới trước mổ:

Thời gian đau	< 2 năm	2-10 năm	10-15 năm	>20 năm
Số bệnh nhân	6	32 (35,9%)	46 (51,7%)	5

Như vậy có 83 bệnh nhân đau từ 2 năm trở lên, chiếm 93,3%.

Cả 89 bệnh nhân đều điều trị nội bằng Tegretol với liều cao, trung bình 4 viên 200mg/ngày liên tục từ khi đau. Bệnh nhân dùng nhiều nhất tới 16 viên Tegretol 200mg/ngày ít nhất 2 viên Tegretol 200mg/ngày.

Bệnh nhân bị đau nửa mặt phải 58 và nửa mặt trái 33 vì có 3 bệnh nhân đau cả hai bên. Đau dây V3 ở 55 (48,2%), dây V2 ở 48 (42,1%) và dây V1 ở 11 bệnh nhân. Như vậy có 25 bệnh nhân đau cả V1, V2 và V3. Chủ yếu đau thành cơn 82 bệnh nhân, đau liên tục (không bao giờ hết đau dù đã dùng thuốc Tegretol) 7 bệnh nhân. Cả 89 bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não, 12 bệnh nhân được chụp mạch não trước mổ (giai đoạn 2000-2004). Không có trường hợp nào có u ở vùng dây V hay góc cầu tiểu não. Hai bệnh nhân nghi ngờ có dị dạng mạch trên cộng hưởng từ, nhưng không có trường hợp nào có dị dạng mạch trên chụp mạch não.

32 bệnh nhân được cạo tóc trước mổ, 57 bệnh nhân không cạo tóc trước mổ. Tất cả 89 bệnh nhân được gây mê nội khí quản, mổ vi phẫu-kính vi phẫu NC4-Zeiss, nằm sấp với đầu xoay sang bên đau và cố định trên Mayfield. Tổn thương chèn ép dây V do mạch máu xác định rõ ở 87 bệnh nhân (97,8%). Hai trường hợp còn lại có 1 trường hợp không thấy chèn ép mạch máu (trường hợp này chỉ giảm đau mà không khỏi hoàn toàn), 1 trường hợp có dị dạng tĩnh mạch đá trên (Bảng 2). Trường hợp có dị dạng tĩnh mạch bị chảy máu nhiều trong mổ, ép surgicel 10 phút, ngừng chảy máu. Không tiếp tục thăm dò dây V và mạch máu vì lo chảy máu. Bệnh nhân hết đau sau mổ.

Bảng 2. Tổn thương trong khi mổ ở dây V.

Tổn thương	Động mạch	Tĩnh mạch	ĐM tiểu não trên	ĐM tiểu não trước dưới	Mạch máu KXD
Số bệnh nhân	82 94,3%	5	73 83,9%	6	12

Như vậy, mạch máu chèn ép vào dây V chủ yếu là động mạch (94,3%) và chủ yếu do động mạch tiểu não trên hay nhánh của nó (83,9%). Hai trường hợp có dị dạng tĩnh mạch.

Bảng 3. Biến chứng trong và sau mổ:

Biến chứng	Chảy máu trong mổ	Giảm thính giác	Tổn thương tiểu não	Rò nước não tủy	Nhiễm trùng
Số bệnh nhân	3	2	5	0	0

nhân				
------	--	--	--	--

Cả 3 trường hợp chảy máu trong mổ đều được cầm máu ngay, không có trường hợp nào phải mổ lại. Không có tử vong, không có liệt, không có rò nước não tủy và nhiễm trùng sau mổ.

Thời gian mổ trung bình 69 phút (dao động 45-90 phút). Không có bệnh nhân nào phải truyền máu.

Kết quả hầu hết bệnh nhân hết đau hay giảm đau (Bảng 4).

Bảng 4. Kết quả sau điều trị 3 tháng:

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Số bệnh nhân	72 80,9%	9 10,1%	5 5,6%	3 3,3%

Tỷ lệ thành công của phương pháp là 91% (rất tốt và tốt).

Theo dõi sau mổ ít nhất 3 tháng, dài nhất 8 năm. Mất thông tin 12 bệnh nhân. Tái phát có một bệnh nhân sau mổ 2 năm. Đó là bệnh nhân đã mổ tháng 4 năm 2004. Vật liệu sử dụng là cân cơ để đặt giữa dây V và động mạch. Bệnh nhân từ chối mổ lại và đã được điều trị bằng phương pháp tiêm huyết thanh nóng, kết quả đỡ đau.

BÀN LUẬN

Với những kết quả đã đạt được sau khi phẫu thuật cho 89 bệnh nhân trong thời gian gần 8 năm, chúng tôi cho rằng, đây là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Không có trường hợp tử vong, liệt, rò nước não tủy hay nhiễm trùng. Và tỷ lệ khỏi bệnh hơn 90%.

Trong số 89 bệnh nhân, 12 bệnh nhân trên 60 tuổi (13,5%) và 74 bệnh nhân dưới 60 tuổi (86,5%). Bệnh nhân già nhất 82 tuổi, đã đau dây V hơn 20 năm, điều trị nhiều phương pháp ở nhiều nơi nhưng không khỏi. Phẫu thuật ít khi áp dụng cho bệnh nhân già vì nhiều nguy cơ trong và sau mổ, gây mê. Nhiều tác giả cho rằng nên cân nhắc mổ nếu bệnh nhân trên 60 tuổi và khuyên nên sử dụng phương pháp khác nếu trên 70 tuổi. Chúng tôi cũng chỉ định mổ dựa trên quan điểm đó, những bệnh nhân trên 60 tuổi đã mổ trong nghiên cứu này không đáp ứng với tất cả các phương pháp khác, mổ là sự lựa chọn duy nhất. Ví dụ bệnh nhân nữ 75 tuổi đã dùng tới 16 viên tegretol 200mg/ngày nhưng đỡ đau rất ít hay bệnh nhân 82 tuổi được cả gia đình đưa tới khám và nhất định đề nghị mổ vì đau quá nhiều. Phần lớn bệnh nhân đã mắc bệnh nhiều năm: dài hơn 2 năm (87,6%) và 51,7% đau hơn 10 năm (Bảng 1). Như vậy đây là bệnh mãn tính, đã thử điều trị nhiều cách không khỏi.

Phương pháp điều trị trước khi mổ là: điều trị nội (dùng thuốc tegretol uống), tiêm diệt hạch, đốt điện. Cá biệt có 3 bệnh nhân đã dùng cả ba phương pháp trên nhưng không hết đau. Tất cả 89 bệnh nhân được chỉ định mổ vì điều trị phương pháp trên thất bại.

Về kỹ thuật mổ: chúng tôi áp dụng kỹ thuật mổ đã được Jannetta, Rhoton mô tả [1,3] nhưng hầu hết bệnh nhân của chúng tôi mổ ở tư thế nằm sấp. Tôi không gặp khó khăn trong thăm dò vùng góc cầu tiểu não. Không có chảy máu nặng, chỉ có 3 bệnh nhân có chảy máu trong khi mổ nhưng cầm máu bằng surgicel và dao điện lưỡng cực. Một trong những điểm quan trọng nhất của kỹ thuật mổ là hút nước não tủy để có đủ trường mổ, phẫu tích, bóc tách và cắt màng

nhện. Tất nhiên là kỹ năng sử dụng kính vi phẫu với dụng cụ vi phẫu phải thành thạo.

Dây V bị mạch máu chèn ép thấy rõ ở 97,8% bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân thấy rõ ấn mạch máu trên dây V chứng tỏ sự chèn ép đã có từ lâu. Mạch chèn ép và dây V chủ yếu do động mạch: 93,4% và động mạch tiểu não trên, hay nhánh của nó được xác định ở 83,9% (Bảng 2). Tỷ lệ này giống với nhiều tác giả [1,2,5,6]. Tỷ lệ xác định tổn thương rõ trong mổ của chúng tôi cao hơn một số tác giả có thể do chúng tôi chỉ định mổ chặt chẽ hơn. Tất cả những tổn thương chèn ép đã được giải phóng, và tôi sử dụng neuropath chèn giữa dây V và mạch máu ở 79 bệnh nhân, tefflon ở 6 và cân cơ ở 4 bệnh nhân. Không có sự khác nhau khi sử dụng neuropath và tefflon về kết quả sau mổ, nhưng tôi có một trường hợp đau tái phát lại trong số 4 bệnh nhân sử dụng cân cơ. Khi sử dụng tefflon thì đặt khó hơn vì tôi sử dụng mảnh tefflon của mạch máu nhân tạo, hình vòng, cứng hơn và khó đặt hơn. Tôi thường sử dụng mảnh nhân tạo cắt hình vòng nhẫn để tránh rơi ra khỏi vị trí đặt.

Trường hợp 2 bệnh nhân không thấy chèn ép giữa dây V và mạch máu: trường hợp thứ nhất không thấy chèn ép, nhưng tôi vẫn tiếp tục phẫu tích, cắt màng nhện xung quanh để giải phóng dây V, và đặt mảnh neuropath bao bọc dây V. Bệnh nhân đỡ đau (kết quả sau mổ: trung bình). Trường hợp thứ 2: bệnh nhân bị chảy máu nhiều do dị dạng tĩnh mạch trước khi bóc lộ được dây V. Vì chảy máu nên tôi dùng phẫu thuật. Nhưng bệnh nhân lại hết đau hoàn toàn (kết quả: rất tốt). Có thể bệnh nhân này bị dị dạng tĩnh mạch chèn ép, khi cầm máu đã làm xẹp tĩnh mạch này chăng?

Biến chứng trong mổ chủ yếu là chảy máu. Cả 3 bệnh nhân có chảy máu trong mổ đều được cầm máu, không có trường hợp nào phải truyền máu. Chúng tôi cũng thấy 5 trường hợp bị tổn thương tiểu não do bị ép bởi dụng cụ vén tự động. Để tránh biến chứng này, tôi không sử dụng loại vén tự động khi mổ kể từ năm 2006. Chúng tôi không gặp các biến chứng nặng như rò nước não tủy, nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não, viêm xương. Thời gian mổ ngắn có thể là lý do không có bệnh nhân nhiễm trùng. Ngay cả những bệnh nhân mổ không cao tốc (từ 2005-nay) cũng không có nhiễm trùng. Một số tác giả có tỷ lệ dò nước não tủy 1-4% nhưng tôi không gặp trường hợp nào. Tôi luôn đóng kín màng cứng bằng mọi cách như vá màng cứng, khâu treo màng cứng, ép gelfoam, đặt lại nắp sọ hay bột xương sọ, đóng da 2 lớp nên tránh được biến chứng dò nước não tủy. Sau mổ có 8 bệnh nhân bị chóng mặt và ù tai (cùng bên phẫu thuật) những chỉ là những rối loạn tạm thời và hết sau mổ 3-12 tháng. Tuy nhiên có 2 bệnh nhân bị giảm thính lực bên mổ (2,5%). Khi đo thính lực đều có giảm (không đo trước khi mổ). Biến chứng giảm thính lực được ghi nhận ở 1,6-6% tùy theo tác giả. Nhưng biến chứng này có thể cao hơn như nghiên cứu của Fritz và cộng sự cho thấy giảm thính lực ở 23,8% bệnh nhân nếu đo thính lực hệ thống trước và sau mổ ở 21 bệnh nhân[7]. Biến chứng này xảy ra chủ yếu do

tổn thương mạch ở lỗ tai trong hay tổn thương dây VIII khi phẫu tích vùng góc cầu tiểu não. Phần lớn các tác giả đều nhận thấy biến chứng này cao hơn khi mổ bệnh lý cơ thất nửa mặt.

Kết quả: Khỏi bệnh ở 91% bệnh nhân, có 1 bệnh nhân tái phát. Đó là trường hợp sử dụng cân cơ để đặt giữa động mạch và dây V. Sau này tôi không sử dụng vật liệu này mà chỉ dùng neuropath. Trường hợp tái phát từ chồi mổ nên tôi tiêm huyết thanh nóng để điều trị, bệnh nhân còn đau ít, nhưng vẫn dùng thuốc. Khi bệnh nhân có đau tái phát, hay thất bại thì nên mổ lại để điều trị [8,9] vì có thể đã không xác định được vị trí chèn ép giữa mạch với dây V. Teo. C và Lee. S khuyên nên mổ lại, sử dụng nội soi thăm dò khi mổ sẽ giảm tỷ lệ thất bại và tái phát. Ba bệnh nhân đau cả 2 bên đều khỏi đau bên mổ nhưng bên kia còn đau nên bệnh nhân vẫn phải dùng thuốc. Tôi sẽ mổ lại cho bệnh nhân để điều trị đau bên đối diện. Cá biệt có 1 bệnh nhân đau một bên trái trước khi mổ, sau mổ hết đau bên trái nhưng lại xuất hiện đau bên phải. Hiện bệnh nhân này còn đau bên phải.

KẾT LUẬN

Kết quả điều trị phẫu thuật giải phóng chèn ép dây V do mạch máu là phương pháp điều trị đau dây V an toàn, hiệu quả. Chúng ta có thể áp dụng phương pháp điều trị này ở những bệnh nhân thất bại khi sử dụng phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.E Linskey, P.J.Jannetta et al (1994), Microvascular Decompression for trigeminal neuralgia caused by vertebrobasilar compression, J Neurosurg, 81, 1-9.
2. M.Sindou et al(2007), Microvascular decompression for primary trigeminal neuralgia: long-term effectiveness and prognostic factors in a series of 362 consecutive patients with clear-cut neurovascular conflicts who underwent pure decompression, J Neurosurg 107, 1144-1153.
3. A.L Rhoton (2005), Anatomy and techniques of microvascular dissection, Fifth Microvascular Decompressions Symposium, Toyoake Aichi, Japan.
4. M Sindou and Sc.J. Maarrawi (2005), Anatomical findings in idiopathic Trigeminal neuralgias (during microvascular decompression), Fifth Microvascular Decompressions Symposium, Toyoake Aichi, Japan.
5. T. Matsushima et al (2005), Microvascular decompression and veins, Fifth Microvascular Decompressions Symposium, Toyoake Aichi, Japan.
6. T.Kanno et al (2005), How to avoid the common pitfalls in microvascular decompression and achieve 100% cure rate, Fifth Microvascular Decompressions Symposium, Toyoake Aichi, Japan.
7. W. Fritz et al (1988), Hearing loss after microvascular decompression for trigeminal neuralgia, J Neurosrg, 69, 367-370.
8. S. Lee, P. J. Jannetta et al (1999), 850 recurrent trigeminal neuralgia due to veins following microvascular decompression, Neurosurgery, 45, 694-696
9. C. Teo et al (2006), Endoscope-assisted microvascular decompression for trigeminal neuralgia: Technical case report, Neurosurgery, 59, 486-490.