

OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE MICROSURGERY FOR RUPTURED CEREBRAL ANEURYSMS

Nguyen Quang Thanh*, Nguyen The Ha, Pham Quynh Trang
Vu Tan Loc, Nguyen Tat Dang

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 18/06/2024

Revised: 28/06/2024; Accepted: 16/07/2024

ABSTRACT

Object: To evaluate surgical outcomes of patients with ruptured middle cerebral artery aneurysm treated by minimally invasive surgery.

Research objects and methods: Prospective study at Bach Mai Hospital from January 2021 to June 2023. Patients with ruptured middle cerebral artery aneurysm, whose sum of WFNS clinical grade and Fisher's subarachnoid hemorrhage grade was less than or equal to 5 were treated by surgical clipping of aneurysm through mini-pterional approach. Pre-operative conditions, features on CT angiography, complications, neurological outcomes and patients' satisfaction were evaluated.

Results: 62 patients (24 males and 38 females), mostly aged 50-70, were enrolled in the study. Most frequent symptoms include headache and meningeal irritation. Aneurysm occlusion rate was 98.39%. 93.55% of patient had good clinical outcome (mRS 0-2). Most patients were satisfied with the cosmetic results and level of craniotomy-related pain.

Conclusion: With thorough patient selection, minimally invasive surgery can be a good option for ruptured middle cerebral artery aneurysms.

Keywords: Middle cerebral artery aneurysms, subarachnoid hemorrhage, minimally invasive surgery.

* Corresponding author

Email address: drthanhbm@gmail.com

Phone number: (+84) 916696891

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1301>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ BẰNG PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN

Nguyễn Quang Thành*, Nguyễn Thế Hà, Phạm Quỳnh Trang,
Vũ Tân Lộc, Nguyễn Tất Đăng

Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/06/2024

Ngày chỉnh sửa: 28/06/2024; Ngày duyệt đăng: 16/07/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ít xâm lấn đối với túi phình động mạch não giữa vỡ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu các trường hợp phình động mạch não giữa vỡ được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trước và sau mổ, các biến chứng và mức độ hài lòng của người bệnh.

Kết quả: 62 bệnh nhân với tỷ lệ 24 nam/38 nữ, đa số trong độ tuổi 50-70. Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng đau đầu và hội chứng màng não, độ lâm sàng 1-2 theo WFNS. 77,42% bệnh nhân có chảy máu dưới nhện Fisher 1 và 2. Túi phình nhỏ hơn 10 mm chiếm 84,48%, tỷ lệ kẹp hoàn toàn túi phình là 98,39%. Kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao với 93,55% và hầu hết bệnh nhân hài lòng về vết mổ của mình.

Kết luận: Với đối tượng bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, điều trị phình động mạch não giữa vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn cho kết quả điều trị tốt với ít biến chứng và mức độ hài lòng cao.

Từ khóa: Phình động mạch não giữa, chảy máu dưới nhện, phẫu thuật ít xâm lấn.

* Tác giả liên hệ

Email: drthanbhm@gmail.com

Điện thoại: (+84) 916696891

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1301>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch não vỡ là một bệnh lý cấp tính, tỷ lệ tử vong cao và để lại nhiều di chứng về thần kinh. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhằm loại bỏ túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn đồng thời giải quyết các biến chứng do vỡ túi phình gây ra [1]. Hiện nay, với sự phát triển không ngừng của các phương tiện chẩn đoán trước mổ, kính hiển vi, các dụng cụ vi phẫu, cũng như kiến thức và kỹ thuật của phẫu thuật viên, phẫu thuật ít xâm lấn dần được áp dụng trong mổ bệnh lý phình động mạch não. Đường mổ này có ưu điểm hơn so với đường mổ truyền thống là: làm giảm sang chấn não, giảm thời gian phẫu thuật và phục hồi sau mổ, thẩm mỹ hơn, là phẫu thuật mới và là xu hướng của phẫu thuật thần kinh thế giới [2], [3].

Tuy nhiên, hiệu quả của phẫu thuật ít xâm lấn còn phụ thuộc rất nhiều yếu tố như: sự hiểu biết về các kỹ thuật xử lý mạch máu não, sự chính xác trong chẩn đoán, chọn lựa bệnh nhân (BN), chỉ định cũng như đánh giá các biến chứng có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật. Do đó, với mong muốn góp phần điều trị hiệu quả bệnh lý này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả điều trị túi phình động mạch não giữa vỡ bằng phẫu thuật ít xâm lấn với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh túi phình động mạch não giữa vỡ và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ít xâm lấn đối với túi phình động mạch não giữa vỡ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các BN được chẩn đoán túi phình động mạch não giữa vỡ, được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

+ BN có điểm HBM: tổng điểm lâm sàng (theo phân độ của Liên đoàn Phẫu thuật thần kinh thế giới - WFNS) và cận lâm sàng (phân độ chảy máu dưới màng nhện theo Fisher) ≤ 5 [4].

+ Có phim cắt lớp vi tính đa dãy và/hoặc chụp động mạch não chỉ rõ túi phình động mạch não giữa vỡ, kích thước túi phình ≤ 15 mm.

+ Được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn với đường mổ sọ lỗ khóa vùng trán - thái dương (mini pterional approach) theo Pernecky [5].

+ Trong mổ xác định có túi phình động mạch não giữa vỡ.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ BN có bệnh lý nền nặng: suy tim, suy thận, rối loạn đông máu...

+ BN có tiền sử tai biến mạch máu não cũ: nhồi máu não, xuất huyết não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. Cỡ mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện) bao gồm các BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu các chỉ tiêu sau:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, tình trạng lâm sàng được đánh giá theo phân độ của Liên đoàn Phẫu thuật thần kinh thế giới.

- Đặc điểm cận lâm sàng: thống kê đặc điểm chảy máu trên phim chụp cắt lớp vi tính, phân độ chảy máu dưới nhện theo Fisher, kích thước của túi phình động mạch não trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy và/hoặc DSA.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

+ Thời gian hồi tỉnh sau phẫu thuật, các biến chứng sau mổ do quá trình phẫu thuật túi phình động mạch não: phù não, chảy máu lại, giãn não thất, co thắt mạch, viêm phổi.

+ Kết quả chụp MSCT hoặc DSA kiểm tra.

- Đánh giá kết quả xa ở thời điểm từ 3-6 tháng sau phẫu thuật theo thang điểm Rankin sửa đổi (mRS):

+ Kết quả tốt: mRS từ 0-2.

+ Kết quả trung bình: mRS từ 3-4.

+ Kết quả xấu: mRS từ 5-6.

- Đánh giá kết quả thẩm mỹ của BN: độ hài lòng của BN, cảm giác đau sọ mổ.

2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu

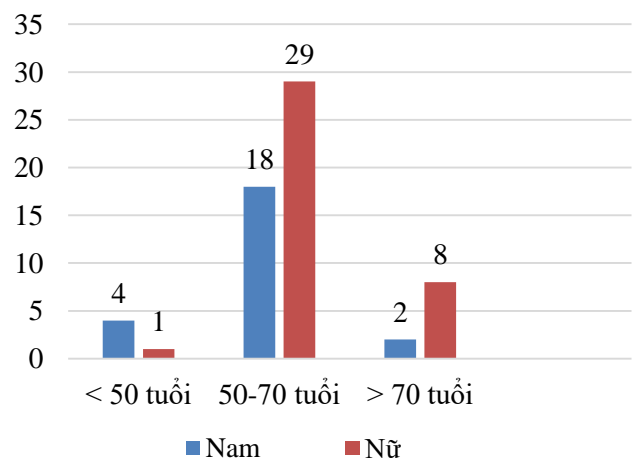
Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu để thu thập số liệu. Số liệu thu thập được xử lý theo chương trình thống kê y học SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng (n = 62)

3.1.1. Tuổi, giới của BN

Biểu đồ 1: Tỷ lệ tuổi, giới của BN



Nhận xét: Nhóm tuổi 50-70 chiếm đa số với 47/62 BN (75,8%). Trong 62 BN nghiên cứu, trẻ nhất 38 tuổi, già nhất 84 tuổi. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam (24 nam/38 nữ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	62	100
Nôn, buồn nôn	54	87,10
Động kinh	20	32,26
Mất tri giác	19	30,65

Nhận xét: Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có biểu hiện đau đầu. Triệu chứng nôn, buồn nôn chiếm tỷ lệ cao (87,1%).

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 2: Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hội chứng màng não	54	87,10
Dấu hiệu thần kinh khu trú	1	1,61
Liệt dây thần kinh sọ	6	9,68
Chọc dịch não tủy có máu không đông	2	3,23

Nhận xét: Hội chứng màng não chiếm tỷ lệ cao nhất (87,1%). Có 2 BN túi phình được phát hiện sau khi chọc dịch não tủy thấy có máu không đông.

3.1.4. Phân độ lâm sàng khi đến viện theo WFNS

Bảng 3: Độ lâm sàng của BN theo phân độ WFNS

Độ lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ 1	39	62,9
Độ 2	22	35,5
Độ 3	1	1,6
Độ 4-5	0	0

Nhận xét: Hầu hết các BN trong nghiên cứu đều có độ lâm sàng từ 1-2, không BN nào có độ lâm sàng nặng (độ 4-5).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 62)

3.2.1. Đặc điểm chảy máu trên phim cắt lớp vi tính

Bảng 4: Đặc điểm chảy máu trên phim cắt lớp vi tính

Đặc điểm chảy máu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Không thấy chảy máu	9	14,52
Chảy máu dưới nhện đơn thuần	48	77,42
Tụ máu trong não	2	3,23
Chảy máu não thất	3	4,84

Nhận xét: Phần lớn BN chỉ có chảy máu dưới nhện đơn

thuần. BN có máu tụ trong não hoặc não thất chiếm tỷ lệ thấp (8,07%).

3.2.2. Phân độ chảy máu dưới nhện theo Fisher

Bảng 5: Phân độ chảy máu dưới nhện theo Fisher

Độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	9	14,5
2	39	62,9
3	9	14,5
4	5	8,1

Nhận xét: Fisher độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 39/62 BN (62,9%). Fisher độ 3 và độ 4 chiếm tỷ lệ thấp.

3.2.3. Kích thước túi phình

Bảng 6: Kích thước túi phình

Kích thước túi phình	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 5 mm	26	41,94
5-10 mm	34	54,84
10-15 mm	2	3,22

Nhận xét: Hầu hết BN có túi phình kích thước nhỏ hơn 10 mm (96,78%).

3.3. Kết quả sau phẫu thuật (n = 62)

3.3.1. Kết quả ngay sau mổ

Bảng 7: Thời gian BN nằm tại phòng điều trị tích cực sau mổ

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 24 giờ	45	72,58
24-48 giờ	13	20,97
> 48 giờ	4	6,45

Nhận xét: Thời gian điều trị tích cực sau mổ < 24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (72,58%). BN phải nằm điều trị tích cực trên 48 giờ chỉ chiếm tỷ lệ thấp (6,45%).

Bảng 8: Kết quả chụp MSCT hoặc DSA kiểm tra

Hình ảnh	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tắc mạch	4	6,45
Tồn dư túi phình	1	1,61

Nhận xét: Hầu hết BN được loại bỏ hoàn toàn túi phình (98,39%). Tắc mạch sau mổ chiếm tỷ lệ nhỏ (6,45%).

3.3.2. Kết quả xa

Bảng 9: Kết quả lâm sàng sau 6 tháng theo Rankin cải tiến

Kết quả lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tốt (mRS 0-2)	58	93,55%
Khá (mRS 3)	2	3,23%
Xấu (mRS 4-5)	2	3,23%

Nhận xét: Số BN có kết quả điều trị tốt chiếm đa số với 58/62 BN (93,55%). BN có kết quả lâm sàng khá và xấu chiếm tỷ lệ nhỏ.

3.3.3. Mức độ hài lòng của BN

Bảng 10: Cảm giác đau sẹo mổ của BN (theo bảng phân độ VAS)

Độ VAS	Số BN	Tỷ lệ (%)
1-2	47	75,8
3-4	9	14,52
5-6	3	9,68
7-8	2	8,06
9-10	0	0

Nhận xét: BN không đau sẹo mổ chiếm đa số (75,8%). Không có trường hợp nào đau không chịu được.

Bảng 11: Mức độ hài lòng của BN về sẹo đường mổ

Độ VAS	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	45	72,58
2	13	20,97
3	2	3,22
4	1	1,61
5	1	1,61

(Mức độ 1 là hoàn toàn hài lòng, mức độ 5 là hoàn toàn không hài lòng).

Nhận xét: BN hài lòng về sẹo mổ chiếm tỷ lệ cao (93,55%), 1 BN hoàn toàn không hài lòng do sẹo mổ do bị lõm da đầu tại vị trí lỗ khoan xương.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi BN từ 38-84, trung bình 62,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi 50-70 chiếm đa số (75,8%). Kết quả này phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Các nghiên cứu đều cho thấy, bệnh phình mạch não nói chung hay gặp ở lứa tuổi từ 50-70. Điều này phù hợp với bệnh sinh phình mạch não hình thành do sự giãn đoạn lớp áo giữa của thành động mạch, tổn thương này tăng lên theo tuổi.

Tỷ lệ giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 24 nam/38 nữ và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Ghods A.J và cộng sự đã chỉ ra tỷ lệ BN bị phình mạch não khác nhau giữa hai giới, gặp nhiều hơn ở nữ sau tuổi mãn kinh do có sự suy giảm hormone buồng trứng là estrogen, loại hormone có vai trò quan trọng giúp bảo vệ tế bào nội mô mạch máu, cấu trúc và chức năng của thành mạch [6].

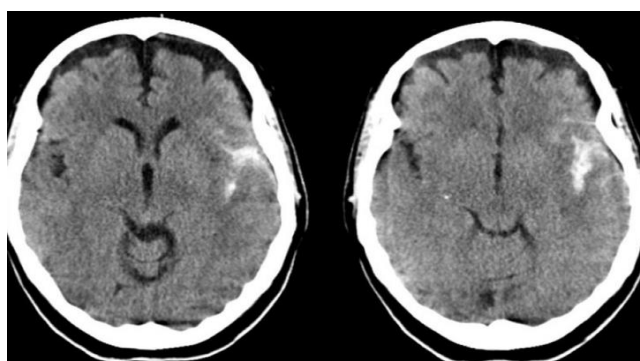
- Triệu chứng lâm sàng: do nghiên cứu gồm các BN bị

vỡ phình mạch não nên hầu hết các trường hợp đều có triệu chứng đau đầu đột ngột, buồn nôn, nôn khi vào viện. Hội chứng màng não cũng xuất hiện ở đa số BN (87,1%). Các BN còn lại phát hiện do xuất hiện dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc chọc dịch não tủy làm xét nghiệm thấy 3 ống máu không đông khi đang được điều trị theo hướng viêm màng não. Những BN này thường xuất hiện triệu chứng đau đầu trước đó nhiều ngày nhưng bị bỏ qua. Phần lớn BN trong nghiên cứu có độ lâm sàng nhẹ (độ 1 hoặc 2), theo phân độ của Liên đoàn Phẫu thuật thần kinh thế giới. Những BN có độ lâm sàng nặng (độ 4 hoặc 5) do không phù hợp với đường mổ ít xâm lấn nên chúng tôi phẫu thuật bằng các đường mổ kinh điển.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Đặc điểm chảy máu trên phim chụp cắt lớp vi tính: chúng tôi đánh giá đặc điểm chảy máu dựa vào phân độ Fisher. Trong nghiên cứu này, đa số BN chảy máu dưới nhện độ 1 và 2, chỉ có 5 BN chảy máu dưới nhện độ 4, chiếm 8,1%. Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt trên là do BN được lựa chọn vào nghiên cứu có độ lâm sàng nhẹ và trung bình chiếm đa số. Các BN có độ Fisher 3 và 4 thường có độ lâm sàng nặng, không phù hợp điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn. 14 BN trong nghiên cứu có độ Fisher 3 và 4 thường là những BN có chảy máu não thất mức độ nhẹ, tụ máu nhu mô nhỏ trên BN có teo não tuổi già, do đó trên lâm sàng những BN này có độ lâm sàng thấp - độ 1 hoặc 2 theo phân độ của Liên đoàn Phẫu thuật thần kinh thế giới.

Hình 1: Hình ảnh chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa



- Kích thước túi phình: phần lớn các túi phình trong nghiên cứu có kích thước nhỏ hơn 10 mm (53/62 BN, chiếm 85,48%). Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Shin D và cộng sự (2012) và nghiên cứu của Choi Y.J và cộng sự (2016) [7], [8]. Theo Phạm Quỳnh Trang (2014), những túi phình có kích thước lớn hơn 15 mm, cần một phẫu trường rộng để quan sát cũng như bộc lộ các mạch máu liên quan, phẫu tích cổ túi phình, đặt clip theo nhiều hướng khác nhau, do đó không được lựa chọn vào nghiên cứu [9].

4.3. Kết quả sau phẫu thuật

- Kết quả ngay sau mổ: có 45/62 BN (72,58%) chỉ cần điều trị tích cực ít hơn 24 giờ sau mổ, chỉ có 4/62 BN (6,45%) phải nằm điều trị tích cực hơn 48 giờ sau mổ. Do thời gian mổ ngắn và lượng máu mất trong mổ ít nên phần lớn BN chỉ cần điều trị tích cực trong những giờ đầu sau mổ. Trong 4 trường hợp cần điều trị tích cực trên 48 giờ sau mổ, có 2 trường hợp BN trên 80 tuổi, sau mổ BN đã cai máy thở trong ngày đầu tiên, tuy nhiên do chảy máu dưới nhện nhiều, thể trạng kém nên được giữ lại tiếp tục theo dõi tại phòng hồi tỉnh. 2 trường hợp còn lại tiếp tục được điều trị tích cực sau 48 giờ do biến chứng tắc mạch sau mổ.

Chúng tôi tiến hành chụp MSCT hoặc DSA kiểm tra cho tất cả các BN và nhận thấy túi phình được loại bỏ hoàn toàn ra khỏi vòng tuần hoàn chiếm tỷ lệ cao (98,4%). Có 1 trường hợp túi phình còn tồn dư một phần cổ, đó là trường hợp BN có túi phình kích thước lớn, cổ rộng và vôi hóa nhiều ở động mạch não giữa đoạn M1-M2. Trong quá trình kẹp cổ túi phình, nếu cố gắng bộc lộ và kẹp hết cổ túi phình sẽ làm tổn thương các nhánh xiên và hẹp gốc động mạch M2, do đó chúng tôi chỉ kẹp hết chiều ngang của túi phình để loại bỏ nguy cơ chảy máu và để lại một phần cổ túi phình mà không kẹp sát cổ túi phình để tránh làm hẹp gốc động mạch M2, phần cổ túi phình còn tồn dư sau đó được bọc tăng cường bằng bông rùi.

Tỷ lệ kẹp được hoàn toàn túi phình trong nghiên cứu của các tác giả khác cũng rất cao. Nguyễn Thế Hào và cộng sự (2017), Shin D và cộng sự (2012), Choi Y.J và cộng sự (2016) đều có kết quả kẹp được hoàn toàn cổ túi phình là 100% [4], [7], [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hưng và cộng sự (2019) trên 72 BN thì có 2 trường hợp tồn dư túi phình [10]. Fischer G và cộng sự (2011) thông báo có 2% trong số 1297 túi phình còn tồn dư [11]. Các tác giả đã tiến hành phẫu thuật lại hoặc nút mạch. Trong số những BN được phẫu thuật lại, có 1 trường hợp được các tác giả chuyển sang đường mở sọ trán - thái dương. Các tác giả này đi đến kết luận là: với đường mở sọ ít xâm lấn, bằng các dụng cụ phù hợp, thao tác phẫu tích và kẹp cổ túi phình không khó khăn hơn nhiều so với những đường mở sọ kinh điển. Chính vì vậy, khả năng loại bỏ túi phình hoàn toàn ra khỏi vòng tuần hoàn không thấp hơn so với khi sử dụng các đường mở sọ kinh điển. Tuy nhiên, để tiến hành các thao tác khác như khâu, nối mạch máu, cần phải có phẫu trường lớn hơn. Đường mở sọ ít xâm lấn không đáp ứng được yêu cầu này [11].

Có 4 trường hợp BN bị tắc mạch, trong đó 1 trường hợp bị tắc nhánh M2 và 3 trường hợp còn lại tắc nhánh xiên nhỏ cấp máu cho nhân bèo. Trình độ của phẫu thuật viên và sự hỗ trợ của các phương tiện trong mổ như chụp mạch trong mổ hoặc siêu âm Doppler góp phần đáng kể làm giảm thiểu tỷ lệ tắc mạch não sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được chụp mạch trong mổ vẫn còn chiếm tỷ lệ thấp do đặc điểm của túi phình được lựa chọn trong phẫu thuật ít xâm lấn phần lớn có kích thước nhỏ, hình dạng đơn giản nên có thể dễ dàng đặt clip và kiểm tra lưu thông của các nhánh động mạch dưới kính vi phẫu mà không cần các công cụ hỗ trợ.

Với trường hợp túi phình có nhiều thùy, theo kinh nghiệm của chúng tôi, nên chia túi phình thành các thùy nhỏ và loại bỏ túi phình bằng các clip theo các hướng khác nhau tương ứng với từng thùy sẽ thuận lợi hơn trong việc loại bỏ hoàn toàn cổ túi phình và hạn chế làm tắc các nhánh xiên do kẹp clip.

- Kết quả xa: chúng tôi đánh giá kết quả lâm sàng của BN sau 3-6 tháng dựa vào bảng đánh giá Rankin cải tiến. Kết quả tốt chiếm đa số với 93,55%, kết quả trung bình chiếm 3,23%, kết quả xấu chiếm tỷ lệ thấp (3,23%). So với nghiên cứu của Võ Tấn Sơn sử dụng đường mổ kinh điển trong điều trị túi phình động mạch não giữa vỡ, số BN có kết quả tốt trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn [12]. Điều này do có sự khác biệt trong việc chọn đối tượng nghiên cứu. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có độ lâm sàng và mức độ chảy máu nhẹ. Những BN có tình trạng lâm sàng xấu và chảy máu mức độ nặng được phẫu thuật bằng các đường mở sọ kinh điển.

Chỉ có 2 BN có kết quả lâm sàng xấu. Đó là 2 trường hợp BN có túi phình động mạch não giữa kích thước lớn, nhiều thùy, vôi hóa thành túi phình và có vỡ túi phình trong mổ, quá trình phẫu tích kẹp cổ túi phình làm hẹp nhánh động mạch M2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có BN nào tử vong.

Nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào và Nguyễn Hữu Hưng cũng cho tỷ lệ kết quả tốt cao (trên 90%). Các giả này cho rằng đường mở sọ ít xâm lấn cho kết quả lâm sàng tốt hơn so với những đường mở sọ kinh điển. Nguyên nhân là do trong quá trình phẫu thuật, tổ chức não bị tổn thương ít hơn, lượng máu mất ít hơn, thời gian mổ ngắn nên tình trạng toàn thân của BN hầu như ít bị ảnh hưởng [4], [10].

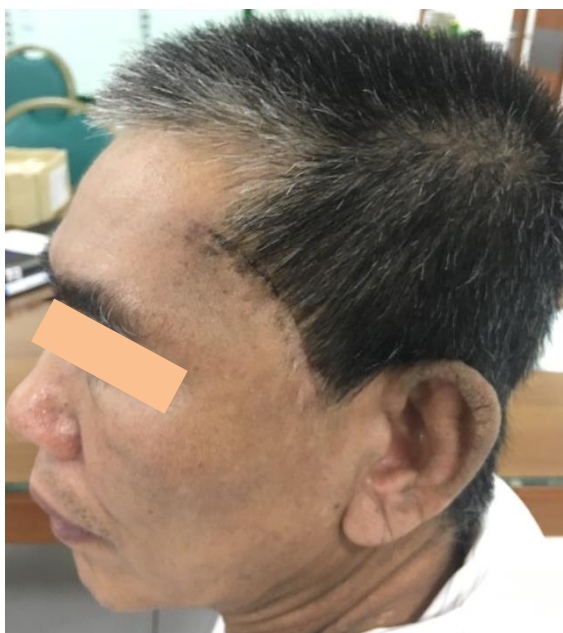
- Cảm giác đau sau mổ: chúng tôi sử dụng thang điểm VAS từ 1-10 để thăm dò BN (1 là hoàn toàn không đau, 10 là đau không chịu được). Trong nghiên cứu này, có 47/62 BN (75,8%) trả lời không có cảm giác đau; không có BN nào đau không chịu được, phải dùng thuốc giảm đau. Các đường mổ thông thường do sẹo mổ dài và đường mổ xương rộng hơn nên sau mổ BN cũng cảm thấy khó chịu và đau nhiều hơn. Park J và cộng sự (2018) so sánh cảm giác đau sẹo mổ của BN trong 2 nhóm đường mở sọ ít xâm lấn và đường mở sọ kinh điển, nhận thấy BN ít đau hơn ở đường mổ ít xâm lấn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$ [13].

- Độ hài lòng của BN sau mổ: tính thẩm mỹ cao là một

trong những ưu thế của phẫu thuật ít xâm lấn. Phần lớn BN trong nghiên cứu hải lòng với vết mổ của mình (93,55%) do sẹo mổ ngắn, ẩn dưới chân tóc, hầu như không có sự khác biệt so với bên đối diện, có 1 trường hợp BN hoàn toàn không hải lòng do sẹo mổ vị trí khoan sọ bị lõm sâu. Để hạn chế nhược điểm này, sau đó chúng tôi đã khắc phục bằng cách đặt một ghim sọ vào đúng lỗ khoan xương khiến da của BN không bị lõm sau mổ.

Park J và cộng sự (2018) cũng sử dụng bảng thăm dò như trên và đi đến kết luận độ hải lòng của BN với đường mổ trán - thái dương là $2,3 \pm 0,7$ [13]. Độ hải lòng của BN trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,48 \pm 0,5$ điểm. Như vậy phẫu thuật ít xâm lấn làm cải thiện nhiều chức năng thẩm mỹ, sự hải lòng của BN sau mổ.

Hình 2: BN sau phẫu thuật phình động mạch não giữa vỡ bằng đường mổ mini pterional đến khám lại sau 1 tháng



5. KẾT LUẬN

Với đối tượng BN phình động mạch não giữa vỡ được lựa chọn phù hợp, độ lâm sàng nhẹ và mức độ chảy máu dưới nhện ít, phẫu thuật ít xâm lấn cho kết quả điều trị tốt với ít biến chứng, tỷ lệ loại bỏ túi phình cao và đạt được mức độ hải lòng cao của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S et al, Guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, 54 (7), 2023, e314-e370.
- [2] Gandhi S, Cavallo C, Zhao X et al, Minimally invasive approaches to aneurysms of the anterior

circulation: selection criteria and clinical outcomes, Journal of Neurosurg Sci., 2018, 62 (6), pp. 636-649.

- [3] Wong JHY, Tymianski R, Radovanovic I et al, Minimally invasive microsurgery for Cerebral Aneurysms, Stroke, 2015, 46 (9), 2699-2706.
- [4] Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang, Trần Trung Kiên, Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị túi phình động mạch não vỡ, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2017, 21(6), tr. 137-141.
- [5] Perneczky A, Reisch R, Tschabitscher M, Keyhole approaches in neurosurgery, Volume I, 2008, Concept and surgical technique, Springer Wien New York, Wien.
- [6] Ghods AJ, Lopes D, Chen M, Gender differences in cerebral aneurysm location, Front Neurol, 2012, 3, 78.
- [7] Shin D, Park J, Unruptured Supraclinoid Internal Carotid Artery Aneurysm Surgery: Superciliary Keyhole Approach versus Pterional Approach, J. Korean Neurosurg Soc, 2012, 52 (4), pp. 306-311.
- [8] Choi YJ, Son W, Park KS et al, Intradural Procedural Time to Assess Technical Difficulty of Superciliary Keyhole and Pterional Approaches for Unruptured Middle Cerebral Artery Aneurysms, J. Korean Neurosurg Soc, 2016, 59 (6), pp. 564-569.
- [9] Phạm Quỳnh Trang, Kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch thông trước bằng đường mở sọ lỗ khóa trên ổ mắt, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [10] Nguyễn Hữu Hưng, Nguyễn Thế Hào, Nguyễn Thọ Lộ và cộng sự, Kết quả bước đầu vi phẫu thuật điều trị túi phình hệ động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ bằng đường mở sọ lỗ khóa, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 14 (3/2019), tr. 42-48.
- [11] Fischer G, Stadie A, Reisch R et al, The keyhole concept in aneurysm surgery: results of the past 20 years, Neurosurgery, 2011, 68 (1 Suppl Operative), 45-51, discussion 51.
- [12] Võ Tấn Sơn, Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật túi phình động mạch não giữa đã vỡ, Tạp chí Y học thực hành, 2012, 816 (4), tr. 77-80.
- [13] Park J, Son W, Kwak Y et al, Pterional versus superciliary keyhole approach: direct comparison of approach-related complaints and satisfaction in the same patient, J. Neurosurg, 2018, 130 (1), pp. 220-226.