

Máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát - nhân 6 trường hợp điều trị phẫu thuật

Spontaneous spinal epidural hematoma - 6 cases were surgical treatment

Đỗ Khắc Hậu, Nguyễn Phạm Sỹ Nhân,
Nguyễn Xuân Tùng, Trịnh Xuân Vinh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Thông qua các bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát đã được phẫu thuật từ đó rút ra kinh nghiệm nhằm điều trị loại bệnh lý này tốt hơn. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi mô tả và phân tích 6 bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát được phẫu thuật tại Khoa Ngoại thần kinh-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong 5 năm từ 01/2017 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tuổi của bệnh nhân dao động từ 47-80 tuổi, 5 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi được nhập viện dao động 12 giờ đến 7 ngày, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được phẫu thuật dao động 15 giờ đến 9 ngày. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt cung sau, lấy máu tụ, giải chèn ép. Tổn thương trước mổ: ASIA grade A 1 bệnh nhân (tổn thương tủy hoàn toàn); Grade B 1 bệnh nhân, Grade C 4 bệnh nhân (Tổn thương tủy không hoàn toàn). Kết quả khi ra viện: Điểm Nurick 2 bệnh nhân 5 điểm, 1 bệnh nhân 3 điểm và 2 bệnh nhân 2 điểm. Kiểm tra sau 6 tháng có 3 bệnh nhân đạt Nurick 1, 1 bệnh nhân đạt 2 điểm, 1 bệnh nhân 4 điểm và 1 bệnh nhân 5 điểm. **Kết luận:** Chụp MRI để chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát sớm là cần thiết ngay khi có triệu chứng nghi ngờ. Cần xem xét phẫu thuật sớm đối với các bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát có tổn thương vận động.

Từ khóa: Máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát, máu tụ ngoài màng cứng tủy, giải chèn ép tủy.

Summary

Objective: Through patients with spontaneous spinal epidural hematoma have undergone surgery. Thereby drawing experience to better treat this type of disease. **Subject and method:** We describe and analyze 6 patients with spontaneous spinal cord hematoma who underwent surgery at the Department of Neurosurgery at 108 Military Central Hospital in 5 years from January 2017 to December 2021. **Result:** Age of patients ranged from 47-80 years, male: 5 patients, female 1 patient. The time from symptom onset to hospital admission ranged from 12 hours to 7 days, and the time from symptom onset to surgery ranged from 15 hours to 9 days. All patients underwent laminectomy, hematoma removal, and decompression. ASIA grade A 1 patient (complete neurological deficits); Grade B 1 patient, Grade C 4 patient (Incomplete neurological deficits). Results when discharged: Nurick score: 5 points (2 patients), 3 points (1 patient) and 2 points (2

Ngày nhận bài: 5/12/2022, ngày chấp nhận đăng: 7/12/2022

Người phản hồi: Đỗ Khắc Hậu, Email: haudk108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

patients). After 6 months: Nurick score: 1 point 3 patients, 2 points 1 patient, 4 points 1 patient, 5 points 1 patient. **Conclusion:** MRI for early diagnosis of spontaneous spinal epidural hematoma is necessary as soon as symptoms are suspected. Early surgery should be considered in patients for spontaneous spinal epidural hematoma with motor impairment.

Keywords: Spontaneous spinal epidural hematoma, spinal epidural hematoma, spinal cord decompression.

1. Đặt vấn đề

Máu tụ ngoài màng cứng tủy sống tự phát (SSEH: Spontaneous spinal epidural hematoma) là một bệnh lý hiếm gặp có thể dẫn đến tổn thương thần kinh nhanh chóng và không thể hồi phục. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm là cần thiết. Máu tụ được coi là tự phát khi không có nguyên nhân nào có liên quan trực tiếp đến sự khởi phát của nó, như chấn thương, sau phẫu thuật cột sống, dị dạng mạch tủy... Tuy nhiên, có một số yếu tố có liên quan mật thiết bao gồm rối loạn chức năng đông máu, sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu, khối u (u tuyến, u thần kinh hoặc u thần kinh đệm tủy sống), phụ nữ mang thai, v.v... Tỷ lệ mắc ước tính khoảng 1/1 triệu dân mỗi năm, chiếm 0,3%-0,9% của tất cả các tổn thương trong ống sống. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau ở cột sống có thể kèm theo đau rễ hoặc biểu hiện của bệnh lý tủy, điều này thường xảy ra đột ngột với dấu hiệu lâm sàng cấp tính. Việc điều trị máu tụ ngoài màng cứng (NMC) tủy tiên phát có thể là phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành mô tả và phân tích 6 trường hợp máu tụ NMC tủy tiên phát được điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại thần kinh - Bệnh viện TWQĐ 108 nhằm mục tiêu: *Rút ra kinh nghiệm góp phần điều trị loại bệnh này tốt hơn.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 6 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát đã được phẫu thuật tại Khoa Ngoại thần kinh –

Bệnh viện TWQĐ 108 trong 5 năm từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2021.

2.2. Phương pháp

Hồi cứu, mô tả các bệnh nhân máu tụ NMC tủy tiên phát đã được phẫu thuật.

Các chỉ tiêu lâm sàng mô tả gồm: Tuổi, giới, các bệnh lý kết hợp, thời gian nhập viện, thời gian phẫu thuật, vị trí tổn thương, phương pháp phẫu thuật, tình trạng lâm sàng trước mổ [đánh giá bằng thang điểm ASIA (American spinal cord injury association)], Tổn thương tủy hoàn toàn là ASIA-A, tổn thương tủy không hoàn toàn là ASIA - B, C, D. Kết quả sau phẫu thuật: Khi ra viện và sau 6 tháng (đánh giá bằng thang điểm Nurick), được xem là tốt với Nurick 1, 2 điểm, xấu là 3, 4, 5 điểm.

3. Kết quả

Tuổi bệnh nhân gặp thấp nhất là 47 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Gặp 5 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ.

Về bệnh lý kết hợp có 5/6 bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo, trong đó có 1 bệnh nhân vừa tăng huyết áp vừa đái tháo đường, 1 bệnh nhân vừa tăng huyết áp, vừa ung thư đại tràng.

Vị trí tổn thương gặp 2 bệnh nhân vùng cổ, 3 bệnh nhân vùng ngực và 1 bệnh nhân vùng thắt lưng.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi được nhập viện sớm nhất là 12 giờ muộn nhất là 168 giờ (7 ngày), và thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được phẫu thuật sớm nhất là 15 giờ, muộn nhất là 316 giờ (9 ngày)

Điểm lâm sàng trước mổ: 4 BN điểm C, 1 BN điểm B và 1 BN điểm A

Trên MRI tất cả các bệnh nhân đều thấy ổ tổn thương hình thoi hoặc thấu kính đe ép tủy có ranh giới tương đối rõ, tăng tín hiệu trên T2W, Trên T1W có 2 BN là đồng tín hiệu và 4 BN là

tăng tín hiệu, không ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm.

Kiểm tra khi ra viện có 2 BN ở mức 5 điểm, 1 BN 3 điểm và 3 BN 2 điểm. Kiểm tra lại sau 6 tháng còn 1 BN 5 điểm, 1 BN 4 điểm, 1 BN 2 điểm và 3 BN 1 điểm.

Bảng 1. Bảng tổng hợp mô tả các ca bệnh

Ca LS	Tuổi	Giới	T từ khi khởi phát đến khi nhập viện	T từ khi khởi phát đến khi được mổ	Vị trí máu tụ	Bệnh lý kết hợp	Điểm ASIA trước mổ	Điểm Nurick khi RV	Điểm Nurick sau 6 tháng
Ca 1	59	Nam	12 giờ	15 giờ	T12L1	Tăng HA	C	2	1
Ca 2	51	Nam	16 giờ	20 giờ	T3T4	Tăng HA	C	2	1
Ca 3	80	Nam	24 giờ	48 giờ	T10T11	Tăng HA, K đại tràng	C	3	2
Ca 4	66	Nam	168 giờ (7 ngày)	316 giờ (9 ngày)	T1-T7	Tăng HA, đái đường	A	5	5
Ca 5	47	Nam	46 giờ	50 giờ	C2-C6	không	C	2	1
Ca 6	74	Nữ	96 giờ	102 giờ	C2-C5	Tăng HA	B	5	4

4. Bàn luận

Phân bố tuổi và giới

Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu dao động từ 47 đến 80, cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới thấy rằng tuổi ở bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng tự phát dao động từ 40 đến 80 tuổi. Tác giả Liao CC và cộng sự trong nghiên cứu của mình gặp tuổi trung bình là $50,4 \pm 18,9$ tuổi [4].

Chúng tôi gặp 5 bệnh nhân nam và 1 bệnh nhân nữ. Các tác giả khác đều thấy rằng tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, theo Gonzalez MA và cộng sự tỷ lệ này là 1,5/1 [3].

Các nghiên cứu đều cho thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa tuổi cũng như giới tính.

Bệnh lý kết hợp chúng tôi gặp 5/6 bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp, có 1 bệnh nhân có cả

tăng huyết áp và đái đường, 1 bệnh nhân vừa tăng huyết áp vừa ung thư đại tràng. Không gặp trường hợp nào đang điều trị thuốc chống đông hay có rối loạn chức năng đông máu trước mổ.

Biểu hiện lâm sàng cả 6 bệnh nhân đều có biểu hiện đau đột ngột tại vùng cột sống tương ứng với vị trí máu tụ, sau đó xuất hiện tổn thương thần kinh dưới mức tổn thương tăng dần như tê bì, bại yếu chi, rối loạn cơ vòng. Vị trí gặp vùng cổ (2 BN), ngực (3 BN), ngực thắt lưng (1 BN) điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Gonzalez MA, tất cả các bệnh nhân đều là vùng cổ và ngực [3]. Không gặp trường hợp nào vùng thắt lưng đơn thuần. Có thể do đặc điểm giải phẫu vùng cổ và ngực, khoang ngoài màng cứng chật hẹp do vậy khi có chảy máu sẽ có biểu hiện triệu chứng sớm và nặng, biểu hiện của chèn ép tủy cần phải phẫu thuật để giải ép. Triệu chứng lâm sàng gặp là tổn thương thần

kinh dưới mức tổn thương được đánh giá theo thang điểm ASIA là grade A 1 bệnh nhân (tổn thương tủy hoàn toàn gặp 1/6 bệnh nhân, Grade B 1 bệnh nhân và 4 bệnh nhân grade C (tổn thương tủy không hoàn toàn gặp 5/6 bệnh nhân), tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cơ vòng, không có trường hợp nào ASIA D và E. Chứng tỏ bệnh nhân chỉ được mổ khi có tổn thương thần kinh nặng nhất là có biểu hiện chèn ép tủy gây liệt.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi được nhập viện dao động từ 12 giờ đến 7 ngày, và thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được phẫu thuật dao động từ 15 giờ đến 9 ngày. Qua đây cho ta thấy thời gian từ khi bệnh nhân khởi phát bệnh đến khi nhập viện chúng tôi

thường muộn, sau khi nhập viện bệnh nhân thường được chẩn đoán và phẫu thuật ngay. Qua tìm hiểu chúng tôi được biết phần lớn bệnh nhân xuất hiện ban đầu là đau tại chỗ sau đó tê bì và yếu dần chi, có đi khám nhưng không được chụp MRI ngay mà chỉ được chụp X-quang cột sống thường quy hoặc cắt lớp vi tính và được điều trị nội khoa qua các tuyến hoặc điều trị xoa bóp, bấm huyệt chỉ đến khi bệnh tiến triển nặng lên mới được đưa đến tuyến trên và chụp MRI để chẩn đoán. Trên hình ảnh MRI tất cả các bệnh nhân đều thấy ổ tổn thương hình thoi hoặc thấu kính dẹt ép tủy có ranh giới tương đối rõ, tăng tín hiệu trên T2W, Trên T1W có 2/6 bệnh nhân là đồng tín hiệu và 4/6 BN là tăng tín hiệu, không ngấm thuốc đối quang từ sau tiêm.



Hình 1. Hình máu tụ NMC tủy trên T1W và T2 W của bệnh nhân Nguyễn Thế T (mũi tên chỉ).

Do là chảy máu tự phát nên ít được chú ý, các bệnh nhân đều không có yếu tố chấn thương hay tác động gì, do vậy thường được chỉ định chụp MRI muộn khi đã có triệu chứng rõ.

Nguyên nhân chảy máu NMC tự phát vẫn chưa được hiểu biết rõ ràng, giả thuyết về chảy máu NMC tủy tự phát vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân chảy máu là từ tĩnh mạch, do tăng áp lực trong ổ bụng hoặc lồng ngực gây ra tăng áp ở đám rối tĩnh mạch ngoài màng cứng gây đứt rách tĩnh mạch và gây chảy máu. Một số khác thì cho rằng nguyên nhân do tổn thương động mạch do chấn

thương hoặc vận động đột ngột ở bệnh nhân có bệnh lý cơ xương khớp mạn tính, tuy nhiên khi mổ ra chưa thấy có trường hợp nào thấy tổn thương động mạch và có chảy máu từ tĩnh mạch vì vậy giả thuyết chảy máu từ đám rối tĩnh mạch được chấp nhận nhiều nhất.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được phẫu thuật cắt cung sau, lấy bỏ máu tụ giải chèn ép, với 2 bệnh nhân tổn thương vùng cổ sau khi cắt cung sau được cố định cột sống bằng nẹp vít khối bên.

Kết quả sau phẫu thuật được đánh giá bằng thang điểm Nurick.

Khi ra viện có 2 bệnh nhân ở mức 5 điểm, tương ứng với tình trạng trước mổ là điểm ASIA - A và B, 1 bệnh nhân 3 điểm và 3 bệnh nhân 2 điểm (đạt kết quả tốt là 2/6 bệnh nhân). Kiểm tra lại sau 6 tháng còn 1 bệnh nhân 5 điểm tương ứng với tổn thương ban đầu là grade A (tổn thương vận động không hồi phục nhưng bệnh nhân có hồi phục 1 phần cảm giác), 1 bệnh nhân 4 điểm (tương ứng với bệnh nhân có điểm ASIA trước mổ là B), 1 bệnh nhân 2 điểm và 3 bệnh nhân 1 điểm, cả 3 bệnh nhân này đều có grade trước mổ là C (tổn thương vận động không hoàn toàn). Như vậy, với bệnh nhân có tổn thương liệt hoàn toàn trước mổ thì khả năng hồi phục vận động sau mổ là khó khăn, những bệnh nhân có tổn thương liệt không hoàn toàn thì khả năng hồi phục sau mổ tốt hơn, Sau mổ tất cả các bệnh nhân đều có cải thiện về triệu chứng so với trước mổ.

Tác giả Zanliu và cộng sự trong phân tích 23 bệnh nhân thấy rằng tình trạng lâm sàng ban đầu và khoảng thời gian tiên triển bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng có liên quan tới kết quả điều trị (với $p < 0,01$) [9]. Trong nghiên cứu của mình tác giả Gonzalez MA và cộng sự thấy rằng những bệnh nhân có biểu hiện tổn thương vận động và cảm giác hoàn toàn trước mổ thường có kết quả nghèo nàn, những tổn thương vận động không hoàn toàn thường có kết quả hồi phục tốt hơn [3].

Thời gian phẫu thuật cũng là một yếu tố tiên lượng, tác giả Michael LT và cộng sự thấy rằng thời gian phẫu thuật sớm cũng liên quan tới kết quả điều trị, những bệnh nhân được phẫu thuật trước 12 giờ có kết quả hồi phục thần kinh tốt hơn những bệnh nhân mổ muộn hơn 12 giờ từ khi xuất hiện tổn thương thần kinh [6].

Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng điều trị sớm là một trong những yếu tố tiên lượng chính [2, 5, 8]. Kết quả là khả quan khi bệnh nhân được điều trị trong vòng 12-36 giờ từ khi triệu chứng xảy ra. Vì vậy, chẩn đoán sớm chảy

máu NMC tùy tự phát là cần thiết và chẩn đoán dựa trên hình ảnh chụp MRI sớm cho bệnh nhân khi có các triệu chứng nghi ngờ. Hầu hết các nghiên cứu đều khuyến cáo nên điều trị phẫu thuật sớm tốt nhất là phẫu thuật trong khoảng 12-24 giờ sau khi có tổn thương vận động, và không quá 36 giờ với những tổn thương vận động nhẹ.

Y văn cũng chỉ ra rằng có số lượng lớn bệnh nhân được điều trị bảo tồn (sử dụng corticoid và điều trị triệu chứng). Tuy nhiên điều trị bảo tồn được chỉ định với các bệnh nhân không có triệu chứng chèn ép tủy hoặc có triệu chứng chèn ép tủy nhẹ, nhưng triệu chứng lâm sàng cải thiện đáng kể trong vòng vài giờ đầu tiên.

5. Kết luận

Chụp MRI để chẩn đoán máu tụ NMC tủy tiên phát sớm là cần thiết ngay khi có triệu chứng nghi ngờ. Cần xem xét phẫu thuật sớm đối với các bệnh nhân máu tụ NMC tủy tiên phát có tổn thương vận động.

Tài liệu tham khảo

1. Akira M, Takashi N et al (2008) *Clinical management for spontaneous spinal epidural hematoma: Diagnosis and treatment*. Spine J 8(3): 534-537.
2. Giugno A, Basile L et al (2014) *Emergency surgery in a patient with large spontaneous spinal epidural hematoma determining excellent neurological recovery: review of the literature*. Spine Cord 52(3): 522-524.
3. Gozalez AM, Cuello JP et al (2015) *Spontaneous spinal epidural haematoma: A retrospective study of a series of 13 cases*. Neurologia, Sep 30(7): 393-400.
4. Liao CC, Hsieh PC et al (2009) *Surgical treatment of spontaneous spinal epidural hematoma: A 5-year experience*. Neurosurg Spine 11(4): 450-456.
5. Liu WH, Hsieh CT et al (2008) *Spontaneous spinal epidural hematoma of thoracic spine: A*

- rare case report and review of literature. Mar 26(3): 384.*
6. Michael TL, Randall WP et al (1995) *Surgical management of spinal epidural hematoma: relationship between surgical timing and neurological outcome.* Neurosurg 83(1): 1-7.
7. Babayev R, Murat SE et al (2016) *Spontaneous thoracic epidural hematoma: A case report and literature review.* Childs Nerv Syst 32(1): 181-187.
8. Liu Z, Jiao Q et al (2007) *Spontaneous thoracic epidural hematoma: A case report and literature review.* Zhongguo Xiu Fu Chang Wai Ke Za Zhi, 21(5): 468-472.
9. Liu Z, Jiao Q, Xu J, Wang X, Li S, You C (2008) *Spontaneous spinal epidural hematoma: Analysis of 23 cases.* Surg neurol 69(3): 253-260.