

TỔNG QUAN ĐIỆN QUANG CAN THIỆP CÁC BỆNH LÝ THẦN KINH

ThS. Vũ Đăng Lưu*, PGS.TS. Phạm Minh Thông*

Lĩnh vực điện quang can thiệp nói chung và can thiệp các bệnh lý dị dạng mạch não nói riêng đang khẳng định ưu thế vượt trội trong điều trị các bệnh lý dị dạng mạch phức tạp, cùng với sự phát triển các máy móc hiện đại, vật liệu dùng trong can thiệp nội mạch liên tục phát triển và đổi mới.

Trên thế giới, lĩnh vực can thiệp bệnh lý dị dạng mạch não đã được tiến hành từ cách đây 30 năm. Ở Việt Nam, can thiệp bệnh lý dị dạng mạch não được tiến hành từ năm 2000, đi đầu là Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai. Đến nay, các bệnh lý can thiệp mạch não được điều trị có kết quả rất tốt bao gồm:

1. Thông trực tiếp động mạch cảnh xoang hang (FCC)

- Bản chất do xuất hiện luồng thông trực tiếp từ động mạch cảnh trong vào trong xoang hang. Bệnh lý này chiếm tỉ lệ cao ở Việt Nam, do liên quan cơ chế sinh bệnh sau chấn thương do tai nạn giao thông hoặc tai nạn sinh hoạt.

- Lâm sàng:

Bệnh nhân sau khi bị tai nạn khoảng vài tháng, xuất hiện lồi mắt, đỏ mắt tăng dần, có thể lác, giảm thị lực, nghe thấy có tiếng thổi hay tiếng ù vùng tai hoặc vùng mắt tùy theo mức độ của luồng thông. Khám thấy

lồi và đỏ mắt, nghe có tiếng thổi vùng mắt hoặc thái dương. Trên siêu âm Doppler thấy tăng tốc độ dòng chảy động mạch cảnh trong bên tổn thương và giảm sức cản, thấy tĩnh mạch mắt giãn, đảo chiều dòng chảy và động mạch hoá.

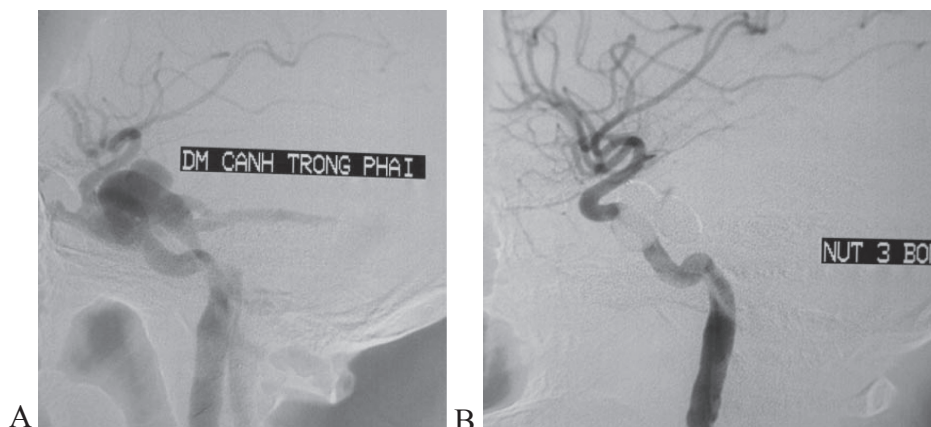
- Điều trị:

Trước đây, điều trị bệnh lý này bằng phẫu thuật nhưng hiệu quả rất thấp và nguy cơ tai biến cao. Điều trị can thiệp nội mạch là phương pháp được lựa chọn tốt nhất để điều trị bệnh lý này.

Phương pháp can thiệp nội mạch sử dụng bóng hoặc vòng xoắn kim loại dưới trợ giúp vi ống thông đưa đến chỗ luồng thông rồi bơm bóng hoặc thả vòng xoắn kim loại làm tắc luồng thông mà vẫn bảo tồn được động mạch cảnh trong. Có thể thả một hoặc nhiều bóng nếu luồng thông lớn. Với các trường hợp lỗ rách phức tạp, nếu không điều trị bảo tồn được động mạch cảnh trong, có thể tiến hành nút tắc mạch mang ở phía trên và dưới luồng thông, hoặc gây tắc qua đường tĩnh mạch (Hình 1).

- Hồi phục sau can thiệp:

Thông thường, khi luồng thông đã được bít tắc hoàn toàn thì sẽ hết các triệu chứng lồi mắt, đỏ mắt, thị lực sẽ dần được hồi phục lại.



Hình 1. Nút thông động mạch cảnh xoang hang. A: Hình thông trực tiếp động mạch cảnh xoang hang, luồng thông lưu lượng trung bình. B: Sau nút bằng 3 bóng, tắc hoàn toàn luồng thông.

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai

2. Điều trị can thiệp nội mạch phình động mạch não

- Phình động mạch não là sự giãn khu trú dạng hình túi hoặc hình thoi động mạch trong não. Khi giãn hình túi sẽ xác định được kích thước túi và cổ túi phình.

- **Nguyên nhân:** Hiện chưa xác định được nguyên nhân chính xác gây phình mạch não. Các yếu tố nguy cơ được công bố bao gồm: yếu tố gia đình (di truyền), tăng huyết áp, xơ vữa mạch, bệnh lý tổ chức liên kết (Gan thận đa nang...).

- **Lâm sàng:** Khi có phình mạch não có thể một trong hai tình huống sau

+ *Phình mạch chưa vỡ:* Có thể không có biểu hiện triệu chứng, có thể gây chèn ép biểu hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú (sụp mí, liệt nửa người...), có thể biểu hiện nhồi máu (do di chuyển cục huyết khối trong túi phình)... Các phình mạch chưa vỡ thì nguy cơ vỡ hàng năm tăng cao theo kích thước túi phình (túi phình càng lớn, nguy cơ vỡ càng cao).

+ *Phình mạch đã vỡ:* Gây chảy máu dưới nhện. Biểu hiện cấp tính, đau đầu đột ngột, dữ dội, có thể nôn, buồn nôn, thậm chí hôn mê. Khám lâm sàng thấy có hội chứng màng não.

- **Chẩn đoán phình mạch não:**

Khi nghi ngờ chảy máu dưới nhện, chụp cắt lớp vi tính được lựa chọn vì cho phép chẩn đoán chính xác có máu khoang dưới nhện, trong não hay não thất, qua đó sơ bộ đánh giá nguyên nhân và vị trí. Đôi khi chảy máu

ít hoặc chụp muộn sau hàng tuần có thể không quan sát thấy máu.

Chụp mạch não cắt lớp vi tính là phương pháp thực hiện nhanh, đơn giản, chẩn đoán rất chính xác có phình mạch não, qua đó định hướng điều trị.

Chụp cộng hưởng từ não và mạch não được ưu tiên lựa chọn đối với các trường hợp với phình mạch não chưa vỡ, hoặc để sàng lọc ở người có nguy cơ cao hoặc để theo dõi bệnh nhân sau can thiệp nội mạch nút phình mạch não. Cho kết quả chẩn đoán rất chính xác, có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao.

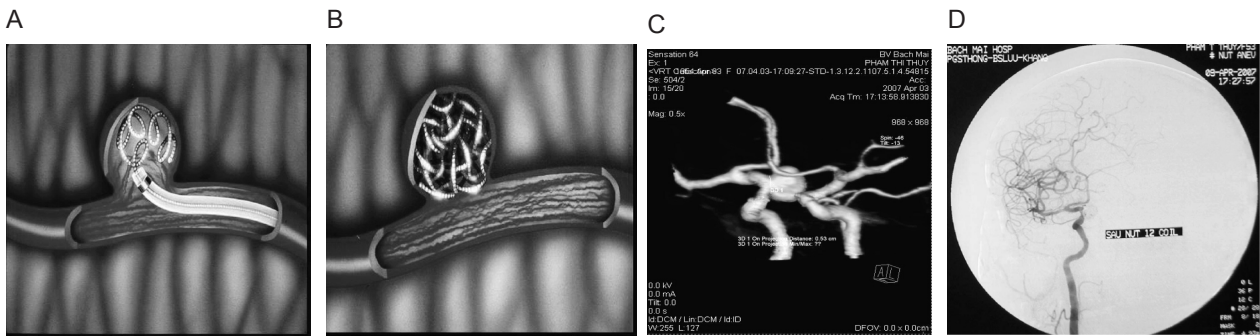
- **Điều trị:**

+ *Với các phình mạch não vỡ:* Điều trị loại bỏ túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn càng sớm càng tốt. 2 phương pháp điều trị hiện tại được áp dụng ở Việt Nam gồm can thiệp nội mạch nút túi phình và phẫu thuật kẹp cổ túi phình. Trên thế giới, can thiệp nội mạch nút túi phình được ưu tiên vì theo kết quả nghiên cứu ISAT 2005, tỉ lệ hồi phục lâm sàng tốt hơn và biến chứng thấp hơn ở nhóm được can thiệp nội mạch.

+ *Với các phình mạch chưa vỡ:* Theo khuyến cáo nên điều trị can thiệp nội mạch nếu túi phình có nguy cơ vỡ cao.

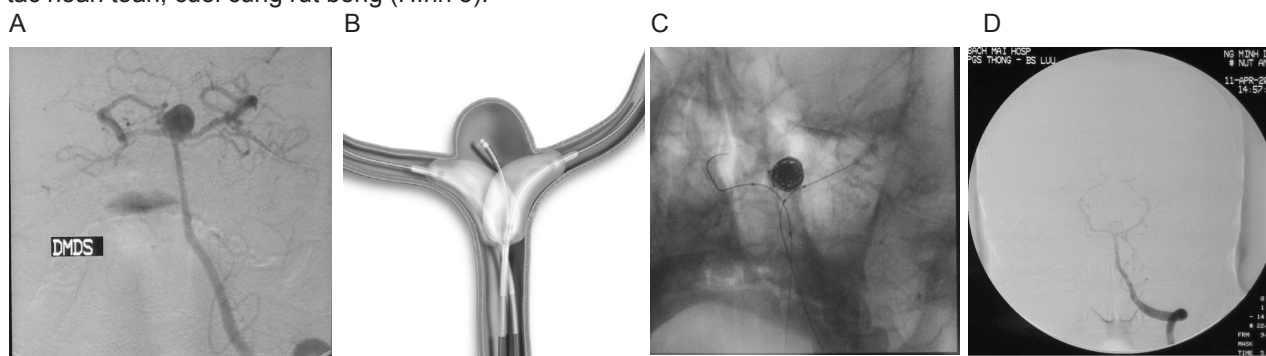
- **Cách thức can thiệp nội mạch nút túi phình mạch não:**

+ *Nút trực tiếp túi phình bằng vòng xoắn kim loại:* Qua ống thông tiếp cận trong túi phình, thả các vòng xoắn kim loại đến khi lấp đầy túi phình và làm tắc huyết khối hoàn toàn túi phình (Hình 2).



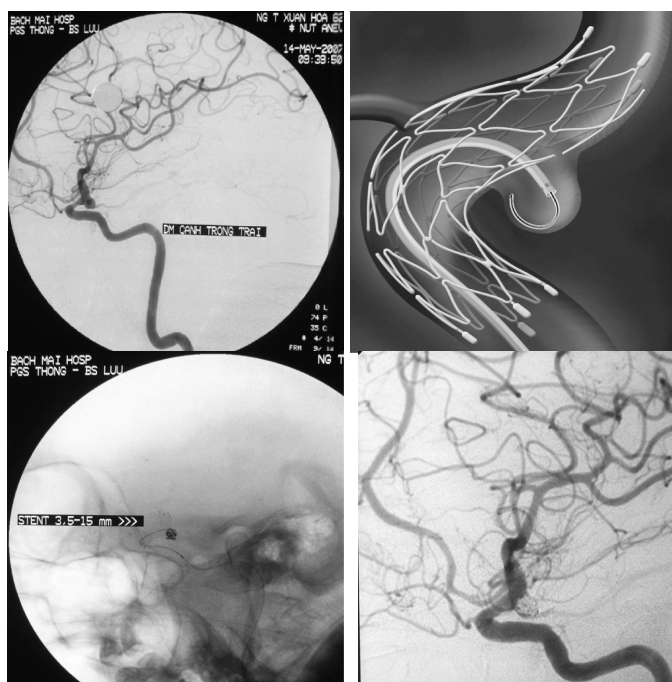
Hình 2. A: Luồn vi ống thông vào túi phình. B: Thả VXKL. C-D: Bệnh nhân nữ 53 tuổi, có phình mạch thông sau phải vỡ chảy máu dưới nhện, được nút bằng VXKL tắc hoàn toàn, hồi phục hoàn toàn sau ra viện 2 ngày.

+ *Nút túi phình bằng vòng xoắn kim loại có trợ giúp đặt bóng bảo vệ hoặc đặt Stent*: Chỉ định với các túi phình cổ rộng, khi đó bóng hoặc Stent được chèn qua cổ túi phình, rồi thả vào trong túi phình vòng xoắn kim loại đến khi tắc hoàn toàn, cuối cùng rút bóng (Hình 3).



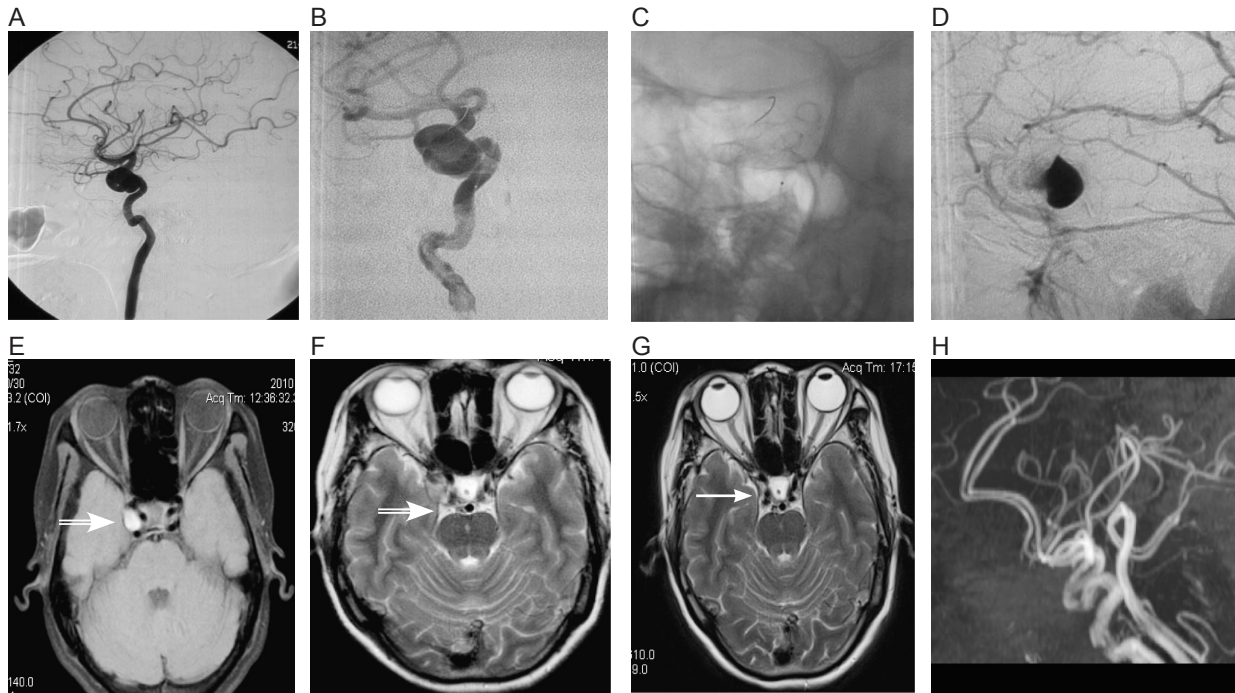
Hình 3. Bệnh nhân nam 49 tuổi, phát hiện phình mạch đỉnh thân nền (A), vỡ ngày thứ 4, túi phình có cổ rộng, chỉ định đặt 2 bóng chèn cổ túi phình loại Hyperforme 4/7 và Hyperglide 4/10 (C), sau đó nút VVKL tắc hoàn toàn túi phình (D). Hồi phục hoàn toàn, ra viện sau 1 tuần.

+ *Nút túi phình bằng vòng xoắn kim loại có đặt Stent*: Chỉ định với các túi phình cổ rất rộng, khi đó Stent được đặt vĩnh viễn chèn qua cổ túi phình, sau đó nút túi phình bằng vòng xoắn kim loại (Hình 4).



Hình 4. Bệnh nhân phát hiện phình mạch thông sau vỡ ngày thứ 7, kích thước túi phình khoảng 4mm, cổ rộng 3,5mm. Chỉ định đặt Stent Neuroform và thả VVKL, kết quả tắc hoàn toàn túi phình. Hồi phục hoàn toàn, ra viện sau 7 ngày.

+ *Điều trị đặt Stent làm thay đổi hướng dòng chảy qua túi phình*: Chỉ định đối với các túi phình khổng lồ (kích thước >25mm), túi phình hình thoi... Stent được đặt trong mạch mang chèn qua túi phình, khi đó hướng dòng chảy đi vào và đi ra túi phình sẽ giảm, dần sẽ tạo huyết khối bên trong túi phình (Hình 5).



Hình 5. Bệnh nhân nữ 56 tuổi, phình mạch cảnh trong kích thước 17mm (A). Đặt Silk Stent (B, C). Động thuốc trong túi phình trên thì muộn (D). Hình túi phình đoạn trong xoang hang bên phải trước can thiệp gây hiệu ứng khối trên ảnh cộng hưởng từ (E, F). Hình chụp CHT xung T2 và TOF sau 1 năm đặt Silk stent thấy tắc túi phình kèm mất hiệu ứng khối vùng xoang hang (G, H). Hồi phục hoàn toàn, ra viện sau 1 ngày.

+ **Điều trị nút mạch mang túi phình:** Chỉ định đối với các túi phình khổng lồ hoặc hình thoi. Khi đó dùng bóng hoặc vòng xoắn kim loại làm tắc mạch mang túi phình, qua đó gây huyết khối túi phình.

- **Theo dõi sau điều trị can thiệp nội mạch nút phình mạch não:**

Bệnh nhân được kiểm tra lại trên chụp cộng hưởng từ não-mạch não sau 6 tháng, 1 năm, 3 năm, 5 năm và 15 năm.

3. Điều trị can thiệp nội mạch dị dạng thông động tĩnh mạch não

- Thông động tĩnh mạch não là loại dị dạng mạch bẩm sinh gồm có cuống mạch nuôi là động mạch, ổ dị dạng và tĩnh mạch dẫn lưu. Hay gặp ở người trẻ tuổi.

- **Biểu hiện lâm sàng:** 2 dạng chính

+ Chưa vỡ: Không có biểu hiện gì, hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú, đau đầu, động kinh...

+ Thở vỡ: Gây chảy máu tạo khối máu tụ trong não, não thất hoặc màng não.

Nguy cơ vỡ dị dạng thông động tĩnh mạch phụ thuộc vị trí, kích thước và cấu trúc ổ dị dạng.

- **Chẩn đoán:**

+ Chụp cắt lớp vi tính cho phép chẩn đoán vị trí khối máu tụ, ổ dị dạng.

+ Chụp mạch não cắt lớp vi tính xác định được ổ dị dạng thông động tĩnh mạch, đánh giá hình thái và cấu trúc ổ dị dạng, qua đó sơ bộ định hướng điều trị.

+ Chụp cộng hưởng từ não - mạch não: Xác định chính xác ổ dị dạng, liên quan với các tổ chức lân cận, đánh giá tổn thương nhu mô não kèm theo.

+ Chụp mạch não số hoá xoá nền là tiêu chuẩn vàng xác định chẩn đoán và quyết định lựa chọn phương pháp điều trị

- **Điều trị:**

+ Chỉ định điều trị tùy thuộc biểu hiện lâm sàng. Khi đã vỡ cần chỉ định loại bỏ ổ dị dạng.

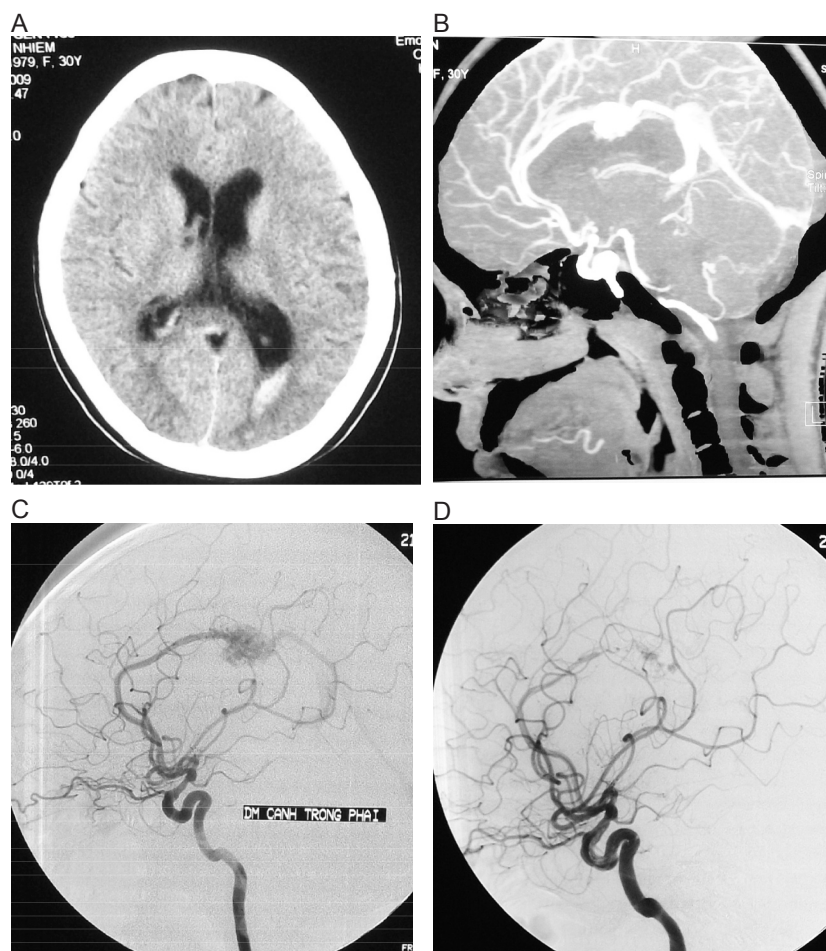
+ Hiện nay có 3 phương pháp điều trị triệt để gồm: Can thiệp nội mạch, phẫu thuật và xạ phẫu. Có thể phối hợp các phương pháp trên cùng điều trị để đạt hiệu quả cao nhất.

+ Điều trị can thiệp nội mạch nút tắc ổ dị dạng bằng Onyx có kết quả tốt hơn và an toàn hơn so với dùng loại keo Histoacryl (Hình 6).

Nếu sau can thiệp nội mạch còn một phần nhỏ ổ dị dạng sẽ được điều trị bổ xung bằng xạ phẫu sẽ cho kết quả tốt.

- **Theo dõi sau điều trị:**

Sau điều trị can thiệp nội mạch, bệnh nhân được kiểm tra theo dõi bằng chụp cộng hưởng từ não-mạch não và chụp mạch số hoá xoả nền 6 tháng - 1 năm.



Hình 6. Nút thông động tĩnh mạch não bằng Onyx.

A: Hình chảy máu não thất do thông động tĩnh mạch từ nhánh động mạch trai viên trên ảnh chụp mạch cắt lớp vi tính (B) và ảnh chụp mạch DSA (C). D: sau nút ổ dị dạng bằng Onyx tắc hoàn toàn.

(Còn nữa)