



# TỔNG QUAN ĐIỆN QUANG CAN THIỆP CÁC BỆNH LÝ THẦN KINH

Vũ Đăng Lưu\*, Phạm Minh Thông\*

## Kỳ 2 (Tiếp theo và hết)

### 4. Thông động tĩnh mạch màng cứng

Là luồng thông trực tiếp động mạch màng cứng với các xoang tĩnh mạch màng cứng hoặc tĩnh mạch vỏ não. Vị trí hay gặp vùng xoang dọc trên, xoang hang và xoang xích ma.

**Các yếu tố nguy cơ:** viêm nhiễm, tắc xoang tĩnh mạch, sau phẫu thuật, chấn thương... được cho là có liên quan đến bệnh lý thông động tĩnh mạch màng cứng.

**Biểu hiện lâm sàng:** tùy theo vị trí thông và tùy theo tĩnh mạch dẫn lưu.

+ Vị trí xoang hang: biểu hiện lồi mắt, đỏ mắt, tiếng thổi hay ù tai...

+ Vị trí xoang xích ma: biểu hiện ù tai, đau đầu...

+ Vị trí xoang dọc trên: đau đầu, chảy máu não, màng não...

+ Vị trí vùng chẩm dẫn lưu về tĩnh mạch quanh tủy cổ có biểu hiện bệnh lý tủy cổ từ từ tăng dần, yếu chi dưới hoặc tứ chi...

+ Khi các tĩnh mạch dẫn lưu là tĩnh mạch vỏ não thì nguy cơ vỡ càng cao và cần can thiệp sớm.

#### Chẩn đoán

+ Khám lâm sàng gợi ý chẩn đoán.

+ Siêu âm Doppler có thể phát hiện dấu hiệu gián tiếp khi có thông động tĩnh mạch màng cứng vùng xoang hang: thấy giãn, đảo chiều và động mạch hóa tĩnh mạch mắt. Tăng tốc độ dòng chảy động mạch cảnh ngoài hoặc cảnh trong.

+ Trên chụp cắt lớp vi tính thấy được huyết khối

trong xoang tĩnh mạch, nhồi máu hoặc chảy máu não nếu có. Hoặc thấy được mất lồi, tĩnh mạch mắt giãn.

+ Trên chụp mạch cắt lớp vi tính: thấy tăng sinh, giãn mạch tại vị trí luồng thông, không thấy ngấm thuốc dòng chảy xoang tĩnh mạch hoặc thấy giãn tĩnh mạch dẫn lưu bất thường.

+ Trên chụp cộng hưởng từ não - mạch não: có đặc điểm tương tự trên chụp mạch cắt lớp vi tính, ngoài ra đánh giá chính xác tổn thương nhu mô não xung quanh, tín hiệu tủy cổ nếu có.

+ Chụp mạch số hóa xóa nền vẫn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán và quyết định hướng điều trị. Cho phép chẩn đoán chính xác phân độ thông động tĩnh mạch màng cứng tít I-V theo Cognard hoặc tít A,B,C và D theo Barrow.

#### Điều trị

Thái độ điều trị tùy thuộc phân loại: với tít I chỉ cần theo dõi nếu không ảnh hưởng sinh hoạt. Với tít II b có thể điều trị làm giảm nguy cơ. Với tít III-V cần điều trị để loại bỏ ổ dị dạng, nhất là trường hợp đã vỡ.

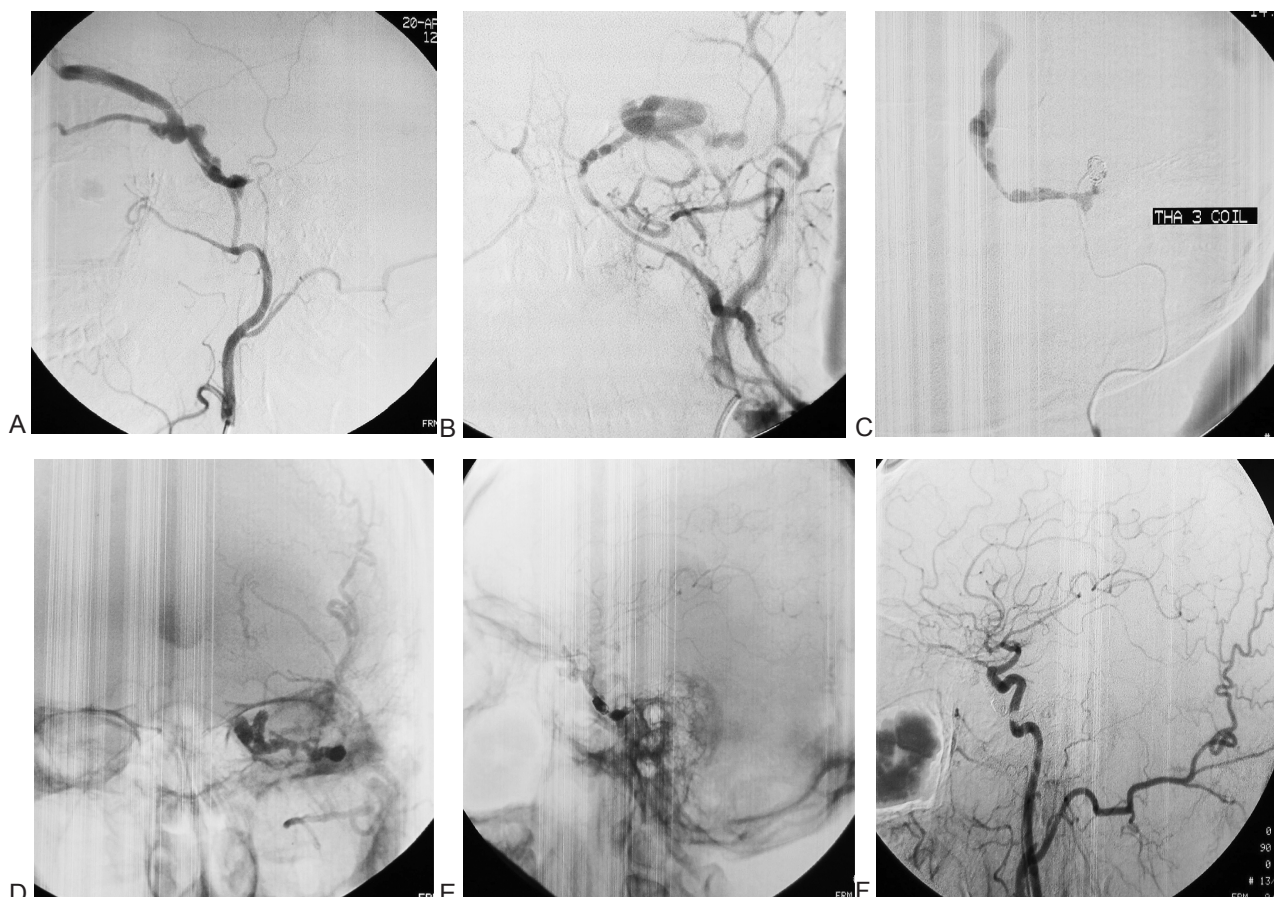
Hiện nay có 3 phương pháp điều trị: can thiệp nội mạch, phẫu thuật và xạ phẫu. Trong đó can thiệp nội mạch được lựa chọn đầu tiên.

Các vật liệu được dùng trong điều trị can thiệp nội mạch thông động tĩnh mạch màng cứng tùy thuộc cấu trúc ổ dị dạng, bao gồm: nút tắc bằng hạt PVA, nút tắc bằng vòng xoắn kim loại, keo Histoacryl và gần đây nút tắc bằng Onyx cho kết quả rất tốt (Hình 7).

#### Theo dõi sau điều trị

Khi thông động tĩnh mạch màng cứng được nút tắc sẽ giảm các triệu chứng. Trên chụp cộng hưởng từ hoặc chụp mạch số hóa xóa nền sẽ hết luồng thông.

\*Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai



**Hình 7.** TĐTMMC vùng xoang hang. A-B: Luồng thông từ động mạch màng não giữa vào xoang hang dẫn lưu về tĩnh mạch mắt trên. C-D-E: Luồn vi ống thông qua động mạch màng não giữa vào xoang hang, thả Coils, sau đó nút bằng keo phối hợp. F: Chụp kiểm tra tắc hoàn toàn luồng thông.

### 5. Điều trị hẹp động mạch cảnh ngoài và trong sọ

Hẹp do mảng xơ vữa (hay gặp người già) hoặc bệnh cảnh xơ cơ mạch gặp ở người trẻ.

**Lâm sàng:** biểu hiện thiếu máu hay nhồi máu tùy mức độ hẹp.

#### Chẩn đoán

+ Trên chụp cắt lớp vi tính có thể thấy các ổ nhồi máu não.

+ Chụp mạch cắt lớp vi tính: thấy rõ vị trí hẹp, mức độ hẹp và đánh giá xơ vữa xung quanh.

+ Trên chụp cộng hưởng từ não - mạch não: thấy tổn thương nhu mô não dạng nhồi máu nếu có, xác định vị trí và mức độ hẹp.

+ Siêu âm Doppler đánh giá hẹp và xơ vữa mạch

cảnh đoạn ngoài sọ.

+ Chụp mạch não số hóa xóa nền là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán và định hướng điều trị.

#### Chỉ định điều trị

+ Khi có hẹp >70%.

+ Khi hẹp có triệu chứng nhồi máu.

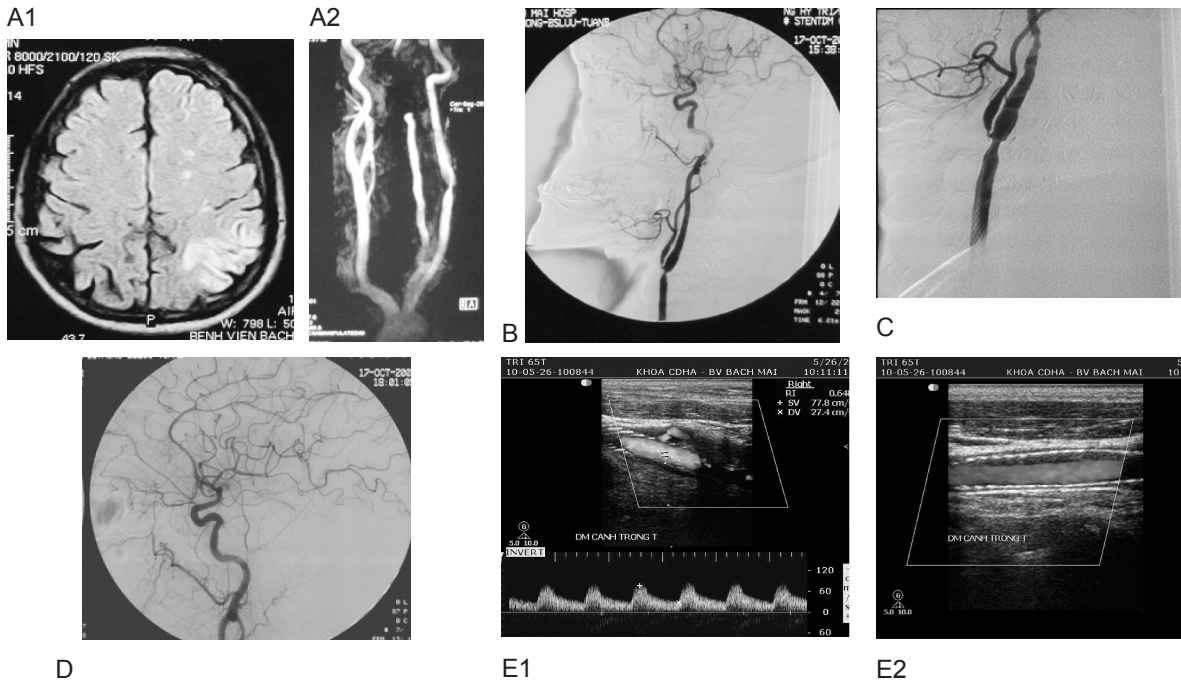
#### Phương pháp điều trị

+ Đặt Stent qua đường can thiệp nội mạch.

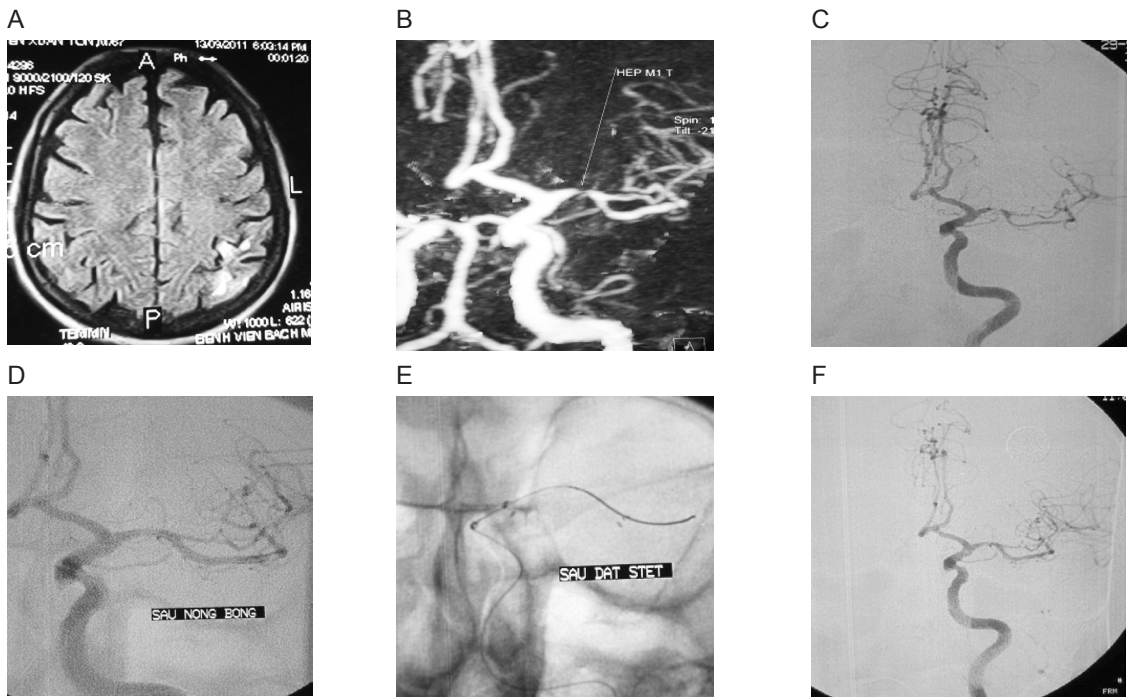
+ Phẫu thuật.

Phương pháp đặt Stent qua đường nội mạch thực hiện nhanh, an toàn, bệnh nhân được gây tê tại chỗ và có thể ra viện sau 1 ngày can thiệp (Hình 8).

**Theo dõi sau can thiệp:** bệnh nhân được kiểm tra siêu âm Doppler hoặc cộng hưởng từ 6 tháng- 1 năm.



**Hình 8. A1,2.** CHT trước đặt stent thấy nhồi máu não mới thùy thái dương đỉnh trái, CHT mạch trước đặt Stent thấy hẹp động mạch cảnh chung trái khoảng 90%. **B.** Chụp DSA trước đặt Stent chẩn đoán xác định động mạch cảnh chung trái hẹp > 90%. **C.** Hình ảnh Stent trong lòng động mạch cảnh chung và đoạn đầu động mạch cảnh trong trái. **D.** Chụp động mạch não sau đặt Stent thấy hình động mạch não bình thường. **E1,2.** Kiểm tra sau đặt Stent 2 năm thấy Stent thông tốt, có hẹp đoạn đầu stent không ảnh hưởng đến tốc độ dòng chảy. Theo dõi sau 2 năm, BN hiện tại ổn định, không liệt, sinh hoạt bình thường, trí nhớ tốt.



**Hình 9.** Tạo hình nong đặt Stent hẹp mạch nội sọ. **A.** nhồi máu não vùng đỉnh trái trên cộng hưởng từ. Hẹp khít động mạch não giữa trái đoạn M1 trên chụp mạch CLVT (B) và trên DSA (C). Hình sau nong và đặt Stent qua đoạn hẹp (D, E, F).



## 6. Điều trị tiêu sợi huyết đường động mạch

Chỉ định các trường hợp tai biến nhồi máu não cấp do huyết khối động mạch đến sớm trước 6 tiếng.

**Mục đích:** làm giảm nguy cơ tử vong và tàn tật trên bệnh nhân bị nhồi máu.

Sau khi thực hiện chụp tưới máu não (Perfusion) trên cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ xác định vùng tranh sáng tranh tối. Đây là vùng có thể hồi phục nếu được điều trị tiêu sợi huyết kịp thời.

Bệnh nhân được điều trị bằng cách hoặc dùng bộ dụng cụ lấy huyết khối hoặc bơm thuốc gây tiêu sợi huyết đường động mạch. Có thể kết hợp điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

Bệnh nhân được theo dõi kiểm tra trên lâm sàng và chụp cộng hưởng từ.

## 7. Các can thiệp nội mạch bệnh lý thần kinh khác

### **Nút dị dạng mạch vùng tủy**

+ Dị dạng thông động tĩnh mạch vùng tủy và ống sống có thể ở trong tủy, trên màng tủy hoặc vùng màng cứng.

+ Biểu hiện lâm sàng:

Với thể vỡ gây chảy máu trong tủy, khoang dưới nhện hoặc ngoài màng cứng dẫn đến bệnh cảnh xuất hiện đột ngột. Với thể chưa vỡ có thể gây rối loạn dinh dưỡng và phù tủy và bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng từ từ tăng dần. Các dấu hiệu gồm rối loạn cảm giác, vận động chi, rối loạn cơ tròn tủy vị trí tổn thương.

+ Điều trị: có thể thực hiện nút mạch hoặc phẫu thuật (Hình 10).



**Hình 10.** Bệnh nhân nam 29T, liệt 2 chi dưới kèm rối loạn cơ tròn

A. Dị dạng thông động tĩnh mạch tủy được cấp máu từ nhánh liên sườn mức T11 phải.

B. Hình động mạch Adamkiewicz từ đốt ngực 10 trái.

C. Hình động Histoacryl sau nút.

D. Chụp kiểm tra tắc cuống mạch nuôi.

### **Nút tắc mạch u màng não tiền phẫu**

Chỉ định các u màng não có cuống mạch nuôi từ cảnh ngoài hoặc cảnh trong có cuống rõ. Mục đích làm giảm chảy máu trong quá trình phẫu thuật, qua đó lấy được hết các phần của khối u. Vật liệu nút mạch u màng não hạt PVA hoặc keo.

### **Nút tắc u cuộn cảnh**

Chỉ định điều trị triệt để hoặc nút mạch tiền phẫu

nhằm giảm chảy máu. Vật liệu nút bằng hạt, keo Histoacryl hoặc Onyx.

### **Nút u xơ vòm mũi họng**

Chỉ định nút mạch tiền phẫu. Mục đích làm giảm chảy máu trong quá trình phẫu thuật qua đó lấy được hết tổ chức u. Vật liệu nút hạt PVA, keo Histoacryl.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Connors JJ and Wojak JC, (1999), "Interventional Neuroradiology".

2. Forsting M, Knaut M and Isabel Wanke, (2008), "Intracranial Vascular Malformation and aneurysms: From Diagnostic work-up to Endovascular Therapy".