

TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TIÊM CỒN TUYỆT ĐỐI DIỆT HẠCH DÂY V QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA MÀN TẮNG SÁNG

Effect of absolute alcohol infection in Gasserian ganglion neurolyse under Fluoroscopic guidance

Bùi Văn Giang*, Nguyễn Trần Cảnh*, Nguyễn Đình Hưng*, Nguyễn Công Tô*

SUMMARY

Objective: By 3 cases of Gasserian ganglion neurolysis with absolute alcohol injected percutaneously through the foramen ovale under fluoroscopic guidance this article is aimed to present this technique and to evaluate the short-term efficacy of this procedure.

Results: The efficacy on pain is immediately. The advantage is low cost. The disadvantage is the numbness and paralysis of the muscles of mastication however the patient accepted those effects than the pain they've had.

Conclusion: The technique was found to be safe, cheap and effective in treating trigeminal neuralgia.

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Xanh Pôn

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau giật dây V có nhiều tên gọi: đau dây tam thoa (Trigeminal Neuralgia), đau giật mặt (Tic Douloureux ; Painful twitch), đau mặt (Trifacial Neuralgia), bệnh “tự sát” (Suicide Disease), bệnh Fothergill (Fothergill’s disease). Đặc điểm của đau giật dây V là có những cơn đau đột ngột như điện giật trong vùng chi phối của dây V (nhánh mắt, nhánh hàm trên hoặc nhánh hàm dưới) khi có những kích thích như lạnh, gió, đánh răng... hoặc có thể tự phát. Đau giật dây V có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau như dùng thuốc chống động kinh, phẫu thuật giải phóng mạch máu quanh hạch, diệt hạch dây V bằng hóa chất tiêm trực tiếp, đốt nhiệt [1] [2]. Qua 3 trường hợp được tiêm diệt hạch dây V qua da bằng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của màn chiếu Xquang tăng sáng được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) Bệnh viện Xanh Pôn vào tháng 4-5 năm 2012, bài báo này trình bày 2 vấn đề:

1. *Xác định qui trình kĩ thuật tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới màn tăng sáng.*

2. *Đánh giá kết quả sớm của kĩ thuật tiêm diệt hạch qua da bằng cồn tuyệt đối.*

II. TỔNG QUAN

Đau giật dây V là tình trạng bệnh lí có các cơn đau đột ngột như điện giật (electric shock-like pains) ở mặt theo vùng chi phối của dây thần kinh sọ số V. Các cơn đau thường có cường độ dữ dội với thời gian ngắn (vài giây) nhưng cũng có thể kéo dài tới 15 phút. Các kích thích có thể gây các cơn giật có thể là rửa mặt, đánh răng, nhai, cơn gió qua mặt. Số lượng các cơn giật có thể tới hàng trăm cơn giật mỗi ngày gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đau giật dây V có nhiều biến thể theo triệu chứng lâm sàng và được phân thành 8 nhóm: Type 1-loại điển hình với các cơn đau giật dữ dội vùng mặt; Type 2- không điển hình với các đợt cảm giác bỏng rát kéo dài hơn hoặc theo nhịp đập; Type 3-đau dây V do có nguyên nhân thần kinh như tiền sử chấn thương (dây V hoặc trên đường dẫn truyền); Type 4- (trigeminal deafferentation pain -TDP) (with numbness - anesthesia dolorosa) là biến chứng gây đau dây V do thủ thuật điều trị; Type 5- đau dây V triệu chứng trong bệnh cảnh xơ chất trắng rải rác (symptomatic trigeminal

neuralgia - STN); Type 6- đau sau khi viêm do Herpes (postherpetic neuralgia - PHN), thường gặp ở người nhiều tuổi; Type 7- đau tai do nguyên nhân thần kinh (geniculate neuralgia - GeN) thường bắt đầu bằng cơn đau sâu trong tai, lan ra ống tai ngoài; Type 8- đau vùng lưỡi hầu (glossopharyngeal neuralgia -GPN) với cảm giác đau phía thành họng sau khi nói, nuốt.

Nguyên nhân của đau giật dây V chưa rõ mặc dù có nhiều giả thuyết như: đau sinh ra từ các xung tần số cao của các sợi thần kinh bị phá hủy lớp myelin. Xung đột mạch máu (các mạch máu nằm ép vào hạch dây V, nhịp đập của động mạch gây kích thích tạo các xung gây đau). Khối u chèn ép dây V, tổn thương dây thần kinh do chấn thương, phẫu thuật... Đa phần các trường hợp không có nguyên nhân.

Đau giật dây V có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng trên 90% thấy ở sau 40 tuổi, tỉ lệ nữ/nam=2/1. Tăng huyết áp hoặc xơ cứng mảng rải rác có thể là những bệnh cảnh có nguy cơ đau dây V cao hơn.

Chẩn đoán: Triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa chẩn đoán quyết định, được mô tả điển hình với cơn đau giật nửa mặt trong phạm vi cảm giác của dây V do các kích thích như gió, lau mặt, ngáp... BN có thể cảm giác được một số vị trí nhạy cảm dễ gây cơn đau hoặc những tác nhân đặc hiệu: gió lạnh, nói, ngáp, nhai, đánh răng, cạo râu bằng máy... Các cơn đau thường thoáng qua nhanh trong vài giây, ít khi kéo dài vài phút. Các cơn đau và phản xạ chống đau có thể tạo các động tác bất thường vùng hàm mặt, chảy nước mắt bên đau. Cảm giác đau chỉ nằm trong ranh giới chi phối cảm giác của dây V: nhánh I-vùng mắt, nhánh II-vùng hàm trên, nhánh III-vùng hàm dưới. Cảm giác đau dây V khác với đau do nguyên nhân từ răng nhưng trên thực tế không ít BN đi nhổ nhằm một vài răng hàm nhưng không hết đau mới được chẩn đoán đau giật dây V.

Thăm khám lâm sàng: Trong trường hợp đau dây V hoàn toàn bình thường. Tuy nhiên để chẩn đoán phân biệt cần loại trừ các nguyên nhân phối hợp: viêm nhiễm vùng xoang, răng. Có thể hỏi hoặc chủ động tạo cơn đau (chỉ khi cơn đau không rõ) để đánh giá dây V gây đau theo nhánh nào: nhánh V1-đau vùng mi trên, trán; nhánh V2-đau vùng gò má, mi dưới, môi trên, cung hàm trên, một phần gốc mũi, nhánh V3-đau vùng môi dưới hàm, cằm, bờ ngoài của lưỡi. Các thăm khám cận lâm sàng

khác thường không có tác dụng chẩn đoán đau dây V mà chỉ có tác dụng chẩn đoán phân biệt: phình mạch não vùng đỉnh xương đá, u nội sọ, xơ chất trắng rải rác, bệnh Lyme, viêm nhiễm vùng hàm mắt... Thăm khám có thể chỉ định là chụp cộng hưởng từ vùng xương đá với độ phân giải cao và xung mạch máu. Trường hợp có nghi ngờ tổn thương (xơ chất trắng rải rác, u xơ thần kinh... cần tiêm thuốc đối quang khi chụp CHT.

Điều trị: Thuốc điều trị phổ biến thường là các thuốc chống co giật (carbamazepine, phenytoin, oxcarbazepine) nhằm giảm các cơn đau về mặt độ và độ dài. Những trường hợp BN kháng thuốc thì tăng liều cũng không giảm được triệu chứng. Thuốc giúp giảm triệu chứng đau. Có những báo cáo kết quả khỏi hoàn toàn nhờ thuốc, tuy nhiên tình huống này hiếm. Số đông chấp nhận dùng thuốc lâu dài nếu dấu hiệu đau không tiến triển tuy có những cơn đau bất ngờ lặp lại sau vài tuần-tháng. Các trường hợp tiến triển xấu: cơn đau quay lại với mật độ ngày càng nhiều, cường độ ngày càng tăng và ngưỡng kích thích của các tác động ngày càng giảm. Các cơn đau này không gây tử vong nhưng làm người bệnh sợ hãi, tàn phế, bị nhổ răng do chẩn đoán nhầm và đôi khi người bệnh có thể tìm cách tự sát (nên y văn còn đề cập tới tên “bệnh tự sát”). Khi BN bị kháng thuốc hoặc quá phụ thuộc vào thuốc thì cần các biện pháp điều trị thay thế trong đó có các biện pháp diệt hạch qua da như: tiêm diệt hạch bằng hóa chất, bằng đốt nhiệt với sóng cao tần, bằng bóng ép cơ học hoặc bằng phương pháp giải phóng mạch quanh hạch Gasser qua phẫu thuật. Phương pháp xạ trị cũng có thể được sử dụng.

Tuy không có yếu tố dự báo chắc chắn nhưng kết quả của các phương pháp điều trị can thiệp thường

tốt trong các trường hợp đau nhiều. Kết quả giảm đau hoàn toàn ngay sau can thiệp đạt trên 90% và kéo dài ít nhất 2 năm sau một lần can thiệp đạt 50-75%. Phương pháp xạ trị bằng máy gia tốc hoặc Gamma knife có thể đạt kết quả giảm đau tới 68%. Tuy nhiên phương pháp này ít được sử dụng.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

3 bệnh nhân (BN) có đủ các tiêu chuẩn: được chẩn đoán đau giết dây V, có hình ảnh chụp cộng hưởng từ (CHT) sọ não, đã được điều trị nội khoa nhưng thất bại, được tiến hành thủ thuật tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của màn tăng sáng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả tiến cứu. Các thông tin được thu thập bao gồm: thời gian đã bị đau giết dây V (tính bằng năm), các phương pháp điều trị đã được áp dụng, phạm vi đau (nhánh V1, V2, V3), tác nhân kích thích gây đau giết, dụng cụ tiến hành thủ thuật diệt hạch, hiệu quả sau tiêm diệt hạch, biến chứng.

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

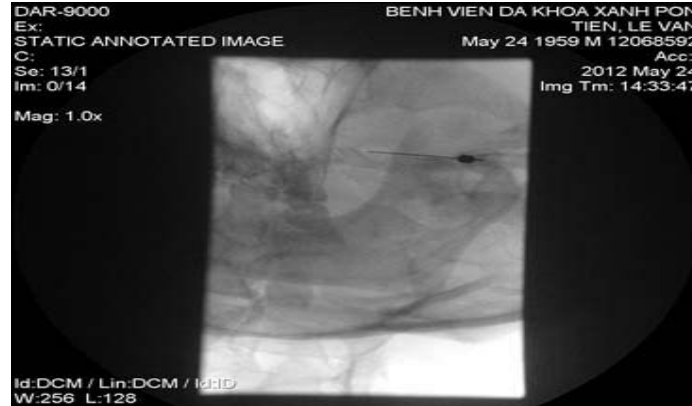
Trong hai tháng 4 và 5 năm 2012, 3 BN (tuổi 53-61) đã được tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của máy chụp mạch DSA tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Xanh Pôn. Các BN đều có tiền sử đau kéo dài (4-9 năm), trong đó hai BN đã qua phẫu thuật giải phóng mạch máu quanh hạch Gasser nhưng thất bại.



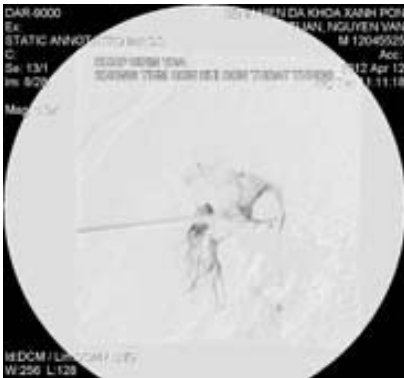
Hình 1. Chọc hạch Gasser qua da bằng kim 16G



Hình 2. Chọc hạch Gasser qua da bằng kim 25G



Hình 3. Móc giải phẫu Xquang của lỗ bầu dục, đích cần chọc



Hình 4. Chụp kiểm tra bằng DSA trước khi bơm thuốc diệt hạch. Còn rò thuốc cản quang, mức độ nhiều vào đám rối tĩnh mạch quanh hạch Gasser, thông với đám rối vùng đỉnh xương đá và đám rối chân bướm hàm



Hình 5. Chụp kiểm tra trước khi tiêm thuốc diệt hạch. Không rò thuốc cản quang vào mạch máu, dịch não tủy. Không thấy thoát thuốc ra ngoài hố hạch Gasser

Phương tiện chọc: có thể dùng kim với kích cỡ khác nhau. Ba cỡ kim được dùng trong ba lần chọc: 16G, 21G và 25G. Kim lớn cỡ 16G cho phép điều chỉnh dễ dàng hướng kim giúp đưa đầu kim qua lỗ bầu dục dễ dàng nhưng khi bơm cản quang thuốc kiểm tra trước khi tiêm thì thấy tình trạng rò thuốc vào mạch máu khá phổ biến, cần thay đổi vị trí đầu kim rất nhiều lần mới tìm được vị trí không còn rò vào mạch máu để bơm cồn (Hình 1). Trái lại kích thước kim bé nhất (25G, Hình 2, Hình 3) cho thấy ít bị rò thuốc vào mạch máu nhưng kim quá mềm, khó điều chỉnh hướng kim nên thủ thuật thường lâu. Kích thước kim 21G tỏ ra có ưu điểm hơn ở cả hai mục tiêu: dễ điều khiển hướng kim và tránh rò thuốc vào mạch máu lân cận. Định hướng bằng màn chiếu Xquang giúp thủ thuật chọc được dễ dàng, tuy nhiên cần nắm vững giải phẫu Xquang để chọn được đích là lỗ bầu dục (Hình 3). Sau khi chọc kim qua lỗ bầu dục, cần tiêm thuốc cản quang và chụp kiểm tra xem có

bị thoát thuốc vào mạch máu, dịch não tủy hoặc vượt ngoài hố hạch Gasser. Ở thí nghiệm này, hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) mới có chất lượng đủ tốt để đánh giá các yếu tố trên (Hình 4, Hình 5). Máy chiếu Xquang không có chế độ DSA có thể không bộc lộ được các rò vào dịch não tủy với lưu lượng thấp hoặc rò vào mạch máu lớn với lưu lượng quá nhanh.

Kết quả giảm đau ngay lập tức trong khi làm thủ thuật đều đạt được ở cả 3 trường hợp. Thời gian nghiên cứu chưa đủ dài để đánh giá kết quả nhưng theo tác giả Siani [3] trong nghiên cứu trên 552 được diệt hạch Gasser bằng phương pháp tiêm anhydrous glycerol vào hạch tam thoa, sau 2 năm có 59% không tái phát, 41% bị đau tái phát, 8% được theo dõi sau 6 năm không có biểu hiện tái phát chỉ sau một lần tiêm diệt hạch. Nhìn chung kĩ thuật được đánh giá là phương pháp hiệu quả, đơn giản về kĩ thuật và rẻ tiền, để áp dụng kể cả ở những nơi có điều kiện kinh tế hạn chế.

Theo Henderson [4], vị trí kim và tính chất lan tràn hoạt chất diệt hạch có ảnh hưởng tới mức độ và vị trí tê mặt của BN sau thủ thuật. Khối lượng thuốc tiêm diệt hạch của tác giả là 0,5ml (anhydrous glycerol [3], [5]) còn khối lượng tiêm trong nghiên cứu này là 4ml. Thể tích lớn hơn nên sự lan tràn thuốc rộng hơn, lí giải được tác dụng diệt hạch triệt để hơn nhưng cũng bộc lộ nhược điểm: vùng tê mặt sau thủ thuật luôn là cả 3 vùng V1, V2, V3. Như vậy cần lựa chọn chất diệt hạch là hoạt chất có tác dụng mạnh (để chỉ phải dùng một thể tích nhỏ). Tác dụng phụ gây yếu cơ nhai cùng bên không gây ảnh hưởng nhiều trên lâm sàng do BN dùng cơ nhai bên đối diện.

Còn tuyệt đối đã được các tác giả trên thế giới dùng từ rất lâu [6], [7], nhưng những báo cáo gần đây cho thấy các hoạt chất đã được sử dụng thay cho cồn để thể tích tiêm ít hơn. Tuy nhiên, trong điều kiện thiếu hoạt chất diệt hạch mạnh, cồn tuyệt đối vẫn là một hoạt

chất đáp ứng được mục tiêu điều trị.

V. KẾT LUẬN

Thủ thuật chọc hạch Gasser dưới màn tăng sáng và kim ~ 21G được thực hiện khá dễ dàng. Cần tiêm thuốc cản quang chụp kiểm tra trước khi bơm thuốc diệt hạch để phát hiện các trường hợp còn rò thuốc vào mạch máu hoặc thoát thuốc ra ngoài hố hạch Gasser. Tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối có tác dụng ngay trong thủ thuật. Tác dụng không mong muốn thường gặp là cảm giác tê bì lan rộng, thường được dễ dàng chấp nhận vì ít gây phiền hơn các cơn đau giật.

Tuy vậy các phương pháp khác như diệt hạch bán phần bằng nhiệt sóng cao tần (RF), hoạt chất diệt hạch khác ngoài cồn tuyệt đối cũng cần được phát triển để nâng cao kết quả của phương pháp, tránh tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sindou, M. and M. Tatli, [Treatment of trigeminal neuralgia with thermorhizotomy]. *Neurochirurgie*, 2009. 55(2): p. 203-10.

2. Sindou, M. and M. Tatli, [Treatment of trigeminal neuralgia with glycerol injection at the gasserian ganglion]. *Neurochirurgie*, 2009. 55(2): p. 211-2

3. Saini, S.S., Reterogasserian anhydrous glycerol injection therapy in trigeminal neuralgia: observations in 552 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1987. 50(11): p. 1536-8.

4. Henderson, W.R., *The anatomy of the gasserian ganglion and the distribution of pain in relation to*

injections and operations for trigeminal neuralgia. Ann R Coll Surg Engl, 1965. 37(6): p. 346-73.

5. Pickett, G.E., D. Bisnaire, and G.G. Ferguson, *Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy in the treatment of tic douloureux associated with multiple sclerosis. Neurosurgery*, 2005. 56(3): p. 537-45; discussion 537-45.

6. Harris, W., *Three Cases of Alcohol Injection of the Gasserian Ganglion for Trigeminal Neuralgia. Proc R Soc Med*, 1912. 5(Clin Sect): p. 115-9.

7. Irger, I.M., *Alcohol injections of the gasserian ganglion for trigeminal neuralgia. Ann Surg*, 1934. 100(1): p. 61-7.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Qua 3 trường hợp diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới màn tăng sáng, bài báo này muốn chia sẻ kinh nghiệm.

1- qui trình kĩ thuật tiêm diệt hạch dây V.

2- đánh giá kết quả sớm của kĩ thuật tiêm diệt hạch qua da bằng cồn tuyệt đối.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 3 ca lâm sàng được tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới màn tăng sáng trong tháng 4 và 5/2012.

Kết quả: Tác dụng giảm đau luôn có ngay lập tức, thể hiện sự thành công của thủ thuật. Tác dụng phụ như tê mặt, nhai yếu được người bệnh chấp nhận vì ít phiền toái hơn đau.

Kết luận: Tiêm diệt hạch dây V bằng cồn tuyệt đối dưới màn tăng sáng là kĩ thuật đơn giản, hiệu quả.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS Vũ Long**