

## CAN THIỆP ĐA MÔ THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH SINH BA (V)

Trần Hoàng Ngọc Anh<sup>1</sup>, Phan Duy<sup>1</sup>,  
Lê Hưng<sup>1</sup>, Ngô Minh Quân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Chúng tôi đánh giá mức độ hiệu quả của cách tiếp cận can thiệp đa mô thức trong bệnh lý đau thần kinh mặt, với can thiệp phẫu thuật giải ép vi mạch ở bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi và nhiệt đông tại hạch Gasser ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc từ chối/ thất bại với phẫu thuật.

**Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu ở bệnh nhân đau thần kinh mặt được điều trị với phẫu thuật giải ép vi mạch hoặc nhiệt đông tại hạch Gasser từ tháng 5/2017 đến tháng 10/2022. Dữ liệu được ghi nhận bao gồm triệu chứng lâm sàng, đặc điểm cộng hưởng từ, mức độ cải thiện triệu chứng, thay đổi về sử dụng thuốc, biến chứng lúc xuất viện và theo dõi sau đó.

**Kết quả:** Có 68 can thiệp (33 phẫu thuật và 35 nhiệt đông) được thực hiện trên 66 bệnh nhân trong 4,5 năm, 2 trường hợp cần can thiệp 2 lần. Độ tuổi trung bình của nhóm RF là 64 tuổi (38-84 tuổi), tỉ lệ nam nữ 2:3. Thời gian trung bình mắc bệnh là 60 tháng, 68% trường hợp biểu hiện bên phải, đánh giá đau theo thang điểm Barrow:

IV (74%), V (22%). Đau theo phân bố V2 và/hoặc V3 chiếm 82%, trong khi không có trường hợp nào đau đơn thuần V1. 15 trường hợp có can thiệp trước đây (48%), 10 trường hợp là phẫu thuật, 4 trường hợp là RF và 1 trường hợp tiêm cồn. Lỗ bầu dục được xác định chính xác trong 100% trường hợp dưới hướng dẫn Carm và đâm kim thành công vào hạch Gasser, nhiệt độ tối đa 70 độ áp dụng trong 31 trường hợp (88%), trong đó 3 trường hợp cần áp dụng nhiệt độ 80 độ. Độ tuổi trung bình của nhóm phẫu thuật là 57 tuổi (31-72 tuổi), tỉ lệ nam nữ 1:3. Thời gian trung bình mắc bệnh là 47 tháng, đau mặt phải chiếm tỉ lệ chủ yếu (75%), phân loại đau theo thang điểm Barrow: IV (94%), V (6%). Phân bố V2V3 chiếm tỉ lệ 57%, còn V1 chiếm 3%. 3 trường hợp có can thiệp trước đó (11%), trong đó 1 trường hợp phẫu thuật và 2 trường hợp RF. MRI cho thấy hình ảnh xung khắc mạch máu thần kinh trong phần lớn trường hợp (60,6%), 23 trường hợp (69%) là động mạch, và 6 trường hợp (18%) là tĩnh mạch. 94% trường hợp có mức độ đau sau can thiệp giảm đáng kể (I và II theo thang điểm Barrow). Theo dõi trung bình 1,2 năm sau can thiệp, 49% trường hợp hết đau hoàn toàn, 35 trường hợp (51%) kiểm soát tốt triệu chứng với thuốc, 1 trường hợp tái phát can thiệp với RF và 1 trường hợp tái phát can thiệp phẫu thuật. Không có trường hợp nào tử vong liên quan can thiệp và 11 trường hợp có biến chứng tê nửa mặt với 1 trường hợp mất phần xạ giác mạc sau can thiệp nhiệt đông.

**Kết luận:** Kết quả của chúng tôi cho thấy phương pháp tiếp cận đa mô thức với đau thần

<sup>1</sup>Khoa Ngoại thần kinh BV Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park

<sup>2</sup>Khoa Ngoại thần kinh BV Nhân Dân Gia Định, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Ngọc Anh  
Email: drngocanh2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

kinh mặt cho kết quả điều trị tốt với ít biến chứng.

**Từ khóa:** Đau thần kinh mặt, Phẫu thuật giải ép vi mạch, Nhiệt đông tại hạch Gasser, Thần kinh sinh ba, Xung khắc mạch máu thần kinh.

## SUMMARY

### MULTIMODALITY INTERVENTION IN TRIGEMINAL NEURALGIA TREATMENT

**Objective:** We evaluated the effectiveness of multimodality surgical approach to Trigeminal neuralgia (TN), with microvascular decompression (MVD) on patients younger than 70 years and Radio-frequency (RF) at Gasser ganglion on older patients or refused the MVD or those where MVD has failed.

**Methods:** We performed a retrospective descriptive study of Trigeminal neuralgia patients were treated by microvascular decompression or Radio-frequency at Gasser ganglion from May 2017 to October 2022. The patients were recorded clinical symptoms, MRI images features, the improvement of symptoms, medication changes, complications at discharge and follow-up.

**Results:** There were 68 procedures (33 MVDs and 35 RFs) were performed on 66 TN patients in 4 years and a half, 2 cases need two procedures. The mean age of RF group was 64 (38-84) yrs, male/ female: 2/3. Mean times of history: 60 months, right side was predominant (68%), pain classification follows Barrow scale: IV (74%), V (22%). Division V2 or/and V3 accounted for 82%, while there is no case for only V1 division. Previous treatment in 15 cases (48%), 10 cases MVD, 4 cases RF and 1 case alcohol injection. The foramen oval was accurately identified in 100% cases under C-arm and successful insertion of the needle to Ganglion Gasser, the temperature of 70 degree

Celsius was applied for 31 cases (88%), while there were 3 cases required 80 degree Celsius. The mean age of MVD group was 57 (31-72) yrs, male/female: 1/3. Mean times of history: 47 months, right side was predominant (75%), pain classification follows Barrow scale: IV (94%), V (6%). Division V2V3 were affected in 57%, 3% for V1. Previous treatment in 3 cases ( 11%), 1 case MVD and 2 cases RF. MRI showed the vessel compress the nerve in most of the cases (60,6%), 23 cases (69%) artery, 6 (18%) veins. There were 94% of patients had significant initial pain relief ( Barrow scale I and II). Over 1.2 year mean follow-up, 49% of patients had complete pain relief, 35 cases (51%) need medications for control the painful and 1 cases recur after need RF and 1 cases RF recur need MVD. There were no deaths and 11 complications with numbness on their face with one case loss the corneal reflex after procedures.

**Conclusion:** Our results suggest that a surgical multimodality approach to TN yields excellent results with minimal complications.

**Keywords:** Trigeminal Neuralgia, Microvascular decompression, Radio- frequency at Gasser ganglion, Trigeminal nerve, neurovascular conflict.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh sinh ba (TN) được đặc trưng bởi cơn đau nhói tái diễn, một bên mặt theo phân bố của một hoặc nhiều nhánh của dây thần kinh sinh ba, thường nhất phân bố theo nhánh hàm dưới hoặc hàm trên<sup>(2)</sup>. Chẩn đoán được dựa chủ yếu vào biểu lâm sàng và đến nay vẫn luôn tranh cãi về phương pháp chẩn đoán tốt nhất<sup>(3)(4)</sup>. Về nguyên nhân hầu hết đồng ý rằng TN có thể gây ra bởi thoái hóa myelin dây thần kinh sinh ba, do chèn ép mạch máu, bệnh đa xơ cứng, thâm nhiễm amyloid hoặc do các chấn thương khác<sup>(5)</sup>.

70% trong số bệnh nhân kiểm soát cơn đau tốt với carbamazepine <sup>(6)</sup>. Trong số 30% còn lại, hầu như tất cả đều kiểm soát cơn đau tốt với sự phối hợp của các loại thuốc khác, bao gồm lamotrigine, phenytoin, gabapentin, oxcarbazepine, topiramate, baclofen và clonazepam <sup>(1)(7)</sup>.

Trong điều trị nội khoa, thời gian tái phát trung bình trong khi đang điều trị thuốc là khoảng một năm <sup>(1)</sup>. Người bệnh kiểm soát cơn đau kém bằng thuốc sẽ xem xét đến các chỉ định can thiệp ngoại khoa. Các phương pháp bao gồm vi mạch giải ép (MVD) <sup>(8)</sup> của dây thần kinh sinh ba hoặc phong bế hạch Gasser thần kinh V qua da (PR), với glycerol, cồn, đốt sóng cao tần, hoặc chèn ép bằng bóng. Cả MVD và PR có tỉ lệ hiệu quả ngắn hạn tương đương nhau khoảng 80%, tuy nhiên hiệu quả kiểm soát đau lâu dài của MVD là vượt trội. 80% bệnh nhân MVD tiếp tục được kiểm soát cơn đau tốt sau 10 năm theo dõi trong khi chỉ 30% bệnh nhân PR sẽ kiểm soát tốt các triệu chứng trong 10 năm. Do đó, MVD hiện là phương pháp phẫu thuật chính cho các trường hợp TN kháng trị <sup>(2)</sup>. Tuy nhiên, MVD là một phẫu thuật xâm lấn với nhiều biến chứng có thể xảy ra, ngay cả đối với những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm. Bao gồm khiếm khuyết thính giác, nhìn đôi, yếu mặt, tê mặt, nhồi máu tiểu não hoặc thân não, rò dịch não tủy, viêm màng não, và não úng thủy.

Các lợi ích lâu dài của MVD có thể vượt trội rủi ro ở bệnh nhân trẻ tuổi, nhưng bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao xảy ra biến chứng hơn, các nguy cơ bao gồm: rò rỉ dịch não tủy, nhiễm trùng vết thương và không liền vết thương, và nhàm lẫn (lẫn lộn) thoáng qua. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân lớn tuổi không thể chịu nổi stress sinh lý khi gây mê

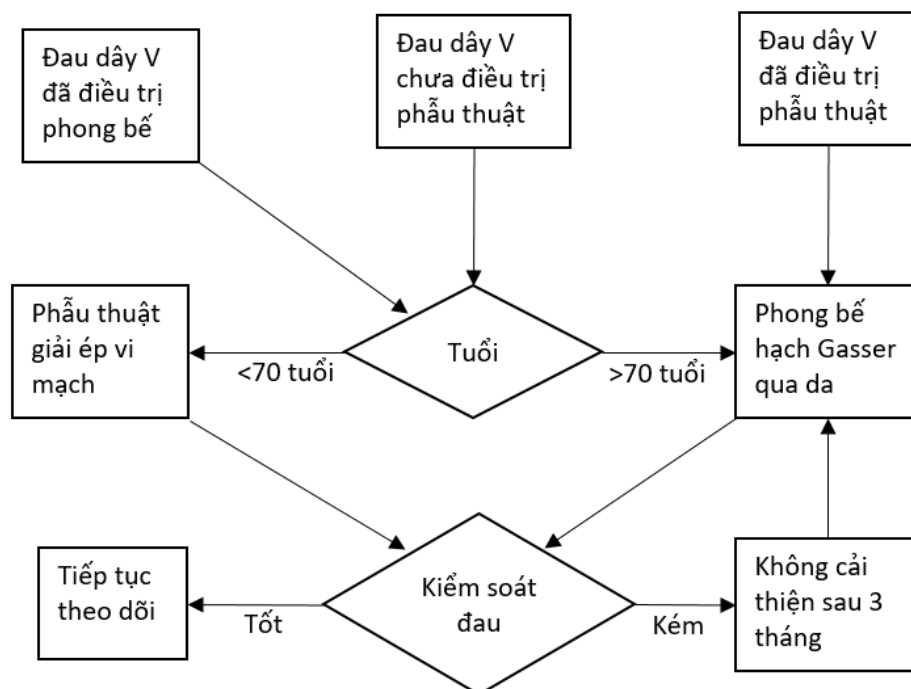
toàn thân. Theo các thống kê tỷ lệ mắc TN ở nam giới tăng từ 3,4 lên 45,2 ở 100.000 người sau tuổi 80 <sup>(3)</sup>. Hơn nữa, các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng cơn đau trở nên khó điều trị hơn theo thời gian <sup>(1)(3)</sup>. Do đó, khả năng điều trị TN ở người cao tuổi là một yếu tố quan trọng cần xem xét.

Hiện nay ít có tài liệu liên quan đến kế hoạch điều trị tốt nhất để tiếp cận bệnh nhân TN. Hầu hết các nghiên cứu đều tập trung vào hiệu quả của các phương pháp riêng lẻ của điều trị TN <sup>(8)</sup>. Tại bệnh viện của chúng tôi, chúng tôi đã sử dụng lưu đồ tiếp cận thuật toán để điều trị TN trong hơn 5 năm qua, chúng tôi sử dụng cả 2 phương pháp can thiệp là MVD hoặc PR cho nhóm điều trị nội khoa thất bại, và đôi khi kết hợp cả hai cho kết quả tốt và ít biến chứng. Nghiên cứu này nhằm mục đích trình bày kinh nghiệm của chúng tôi về cách tiếp cận đa mô thức về điều trị TN.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. Địa điểm tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định và Bệnh Viện Vinmec Central Park. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 5/2017 đến tháng 7/2022.

Đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân đau dây thần kinh V, thất bại với điều trị nội khoa bằng carbamazepine, đã được chúng tôi điều trị bằng vi phẫu thuật giải ép vi mạch và nhiệt đông hạch Gasser qua da với hệ thống máy Codman-V4 hoặc hệ thống COOL-RF Avanos, lưu đồ thể hiện trong (hình 1) MVD được thực hiện trên bệnh nhân dưới 70 tuổi và PR cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc những bệnh nhân từ chối hoặc thất bại với điều trị MVD trước đó.



Hình 2: Lưu đồ hướng dẫn điều trị phẫu thuật trong nghiên cứu

Bảng 30: Thang điểm đánh giá bậc đau của Viện thần kinh Barrow

Điểm	Đánh giá chủ quan mức độ đau
1	Không đau, không cần sử dụng thuốc
2	Thỉnh thoảng đau, không cần sử dụng thuốc
3	Đau kiểm soát tốt với thuốc
4	Đau nhiều, kiểm soát không hoàn toàn với thuốc
5	Đau dữ dội, không thể kiểm soát được

Hồi cứu hồ sơ bệnh án được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân TN được điều trị can thiệp trong hơn 5 năm qua. Các thông tin được quan tâm bao gồm số lần can thiệp trước đó, đặc điểm bệnh nhân, biến chứng can thiệp, và mức độ giảm đau sau can thiệp. Bảng câu hỏi đã ghi nhận tổng số các phẫu thuật mà bệnh nhân đã trải qua, lần phẫu thuật gần đây nhất, và kết quả dựa trên thang điểm đánh giá bậc đau của Viện thần kinh Barrow (bảng 1). Kết quả được chúng tôi khảo sát theo cảm giác chủ quan của bệnh nhân, chia làm 3 mức độ hết, giảm, hoặc không thay đổi so với ban đầu. Đối với các

bệnh nhân sau một thời gian hết đau, nếu đau trở lại vị trí cũ cần phải dùng thuốc thì được ghi nhận là tái phát.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Dịch tễ học

Trong vòng 62 tháng chúng tôi đã tiến hành điều trị bằng các can thiệp ngoại khoa cho 68 bệnh nhân đau dây thần kinh V với 52 ca thực hiện tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện Nhân Dân Gia Định và 16 bệnh nhân được thực hiện tại bệnh viện Vinmec Central park bởi cùng 1 phẫu thuật viên tiến hành can thiệp. Trong nhóm này có 33 (48,5%)

bệnh nhân được phẫu thuật giải ép vi mạch, 35 (51,5%) bệnh nhân được nhiệt đông hạch Gasser qua da.

Độ tuổi trung bình của nhóm RF là 64 tuổi (38-84 tuổi), tỉ lệ nam nữ là 1:1,5. Trong khi đó, độ tuổi trung bình của nhóm MVD là 57 tuổi (31-72 tuổi), tỉ lệ nam nữ là 1:2,7.

**Bảng 2: Đặc điểm dịch tễ học**

	<b>Phẫu thuật</b>	<b>Nhiệt đông</b>	<b>Tổng số</b>
Số BN	33(79%)	35(21%)	68
Tuổi TB	57	64	60
Giới hạn tuổi	31 - 72	38 - 84	31 – 84
Nam	9(27%)	14(40%)	23(34%)
Nữ	24(73%)	21(60%)	45(66%)

### 3.2. Lâm sàng và hình ảnh học

Bệnh sử trung bình các bệnh nhân đau dây thần kinh V diễn tiến khoảng 54 tháng. Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng điển hình với cơn đau nhói như điện giật, phân bố theo các nhánh của dây thần

kinh V, cơn đau thường khởi phát khi sờ chạm vào một điểm nào đó trên mặt hay khi ăn hoặc đánh răng thậm chí chỉ là một cơn gió thổi vào mặt. Nhóm bệnh nhân được điều trị MVD có thời gian khởi phát trung bình là 57 tháng và ở nhóm RF là 60 tháng.

**Bảng 3: Phân bố vị trí đau**

<b>Vị trí đau</b>	<b>Phẫu thuật</b>	<b>Nhiệt đông</b>	<b>Tổng số</b>
Bên phải	25 (76%)	24 (68%)	49 (72%)
Bên trái	8 (24%)	11 (32%)	19 (28%)
V2V3	19 (58%)	16 (46%)	35 (51%)
V2	4 (12%)	6 (17%)	10 (15%)
V1V2	2 (6%)	6 (17%)	12 (17%)
V3	5 (15%)	7 (20%)	12 (17%)
V1	1 (3%)	0	1 (1%)
V1V3	1 (3%)	0	1 (1%)
V1V2V3	1 (3%)	0	1 (1%)

### 3.3. Kết quả điều trị

#### 3.3.1. Vi phẫu giải ép vi mạch

Trong các bệnh nhân phẫu thuật, chúng tôi tiếp cận vào góc cầu tiểu não bằng đường mổ retrosigmoid, mở sọ hố sau sát xoang ngang và xoang xích ma, mở màng cứng hình chữ Y, bóc tách màng nhện để tiếp cận được dây thần kinh V<sup>(8)</sup>. Chúng tôi luôn tìm thấy ít nhất một mạch máu chèn vào dây thần

kinh V. Thông thường chúng tôi luôn hạn chế tối đa đốt tĩnh mạch đá, tuy nhiên có 4 (15%) trường hợp buộc phải đốt cắt tĩnh mạch này mới có thể tiến hành tách mạch máu ra khỏi dây V. Có 17 (65%) bệnh nhân dây V bị chèn bởi 1 mạch máu 9(35%) bệnh nhân dây V bị chèn bởi 2 mạch máu khác nhau. Đặc biệt có 8 (31%) dây V bị chèn bởi tĩnh mạch.

**Bảng 4: Đặc điểm ghi nhận trong phẫu thuật MVD**

<b>Đặc điểm trong mổ</b>	<b>Số bệnh nhân</b>
Có 1 mạch máu chèn ép	26(79%)
Có $\geq 2$ mạch máu chèn ép	7(21%)
<b>Mạch máu chèn</b>	
TM	6(18%)
SCA	21 (64%)
AICA	2 (6%)
BA	1 (3%)
SCA + AICA	2 (6%)
Khác	7 (21%)

Sau mổ không có bệnh nhân nào tử vong, biến chứng thường gặp sau mổ là chóng mặt ở 6 bệnh nhân (18%) và tê mặt ở 6 bệnh nhân (18%). Không ghi nhận các biến chứng khác như liệt dây sọ, rò dịch não tủy vết mổ. Trong mổ ghi nhận phần lớn mạch máu chèn ép là SCA với 21 trường hợp chiếm 64%. Sau mổ, 30 bệnh nhân (91%) có giảm đau đáng kể xuống độ 1 và 2 theo Barrow. 3 bệnh nhân (9%) còn đau nhưng kiểm soát cơn đau được với thuốc.

### 3.3.2. Nhiệt đông hạch Gasser qua da

Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa, xác định điểm vào của điện cực cách khoe miệng bên đầu khoảng 2,5cm, dưới mặt phẳng nhai khoảng 1cm. Đặt tư thế bệnh nhân dưới C-arm với tư thế dưới cằm (Sub-mental) với cổ ngửa 40 độ và nghiêng sang đối diện 10 độ, thấy được rõ hình ảnh lỗ bầu dục dưới màng huỳnh quang. Tiến hành gây tê tại chỗ bằng lidocaine 2%, đưa kim chuyên dụng qua da vào lỗ bầu dục theo hướng dẫn của C-arm cũng tương ứng theo hướng giao nhau giữa 2 mặt phẳng, mặt phẳng đứng dọc đi qua điểm giữa của đồng tử bên đầu, mặt phẳng trán đi qua điểm bờ dưới cung gò má 3cm phía trước ống tai ngoài<sup>(2)</sup>. Sau khi điện cực đã đi vào lỗ bầu dục, tiến hành kích thích điện xác

định vị trí gây ra rối loạn cảm giác đúng vùng phân bố đau của bệnh nhân.

Sau khi xác định vị trí đầu điện cực kích thích tương ứng với vị trí đau, bệnh nhân được cho ngủ sâu với thuốc gây mê tĩnh mạch (Propofol) và sau đó tiến hành nhiệt đông với nhiệt độ giao động từ 60-80 độ kéo dài khoảng 90 giây cho mỗi lần, có thể tiến hành từ 3-5 lần tùy theo từng bệnh cảnh bệnh nhân. Sau khi kết thúc thời gian nhiệt đông, chúng tôi cho ngưng thuốc gây mê tĩnh mạch và cho bệnh nhân tỉnh lại, kiểm tra mức độ giảm đau của bệnh nhân đạt được mục tiêu đúng vị trí và kiểm soát đau tốt trước khi rút kim và điện cực ra khỏi lỗ bầu dục.

Về mặt thủ thuật, tất cả bệnh nhân đều đâm kim thành công qua lỗ bầu dục dưới hướng dẫn của Carm. Test kích thích cho kết quả đúng với vị trí phân bố đau, tương ứng với hình ảnh trên C-arm.

Sau thủ thuật, 33 bệnh nhân có giảm đau đáng kể xuống độ 1 và 2 theo Barrow chiếm 97% và 1 bệnh nhân còn đau nhưng có thể kiểm soát được khi phối hợp với thuốc. Không có bệnh nhân tử vong sau thủ thuật, 20 bệnh nhân có tê mặt sau RF (14%) và 1 bệnh nhân mất phản xạ giác mạc (3%).

**Bảng 5: Kết quả sau can thiệp ở hai nhóm**

Kết quả	Phẫu thuật	Nhiệt đông
Giảm đau khi xuất viện (độ 1, 2)	30 (91%)	33 (97%)
Tê bì mặt	6 (18%)	20 (57%)
Mất phản xạ giác mạc	0	1 (3%)
Nhiễm trùng	0	0
Dò dịch não tủy	0	0

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý đau dây thần kinh V đã được mô tả từ rất lâu. Đến nay, việc điều trị bệnh lý này đã đạt được nhiều tiến bộ nhờ sự hỗ trợ của trang thiết bị y khoa tiên tiến. Hiện nay, tại bệnh viện chúng tôi, điều trị đau dây V có 2 hướng, ban đầu là điều trị nội khoa dùng thuốc với chủ yếu là carbamazepine <sup>(7)</sup>. Sau khi thất bại với thuốc, do thuốc không còn hiệu quả hay gây ra các tác dụng phụ nặng nề, chúng tôi sẽ tư vấn bệnh nhân chuyển sang phương pháp can thiệp ngoại khoa bao gồm nhiệt đông hạch Gasser qua da và vi phẫu thuật giải ép vi mạch.

Do đặc điểm tại bệnh viện chúng tôi phẫu thuật viên thần kinh có thể thực hiện được cả 2 phương pháp nên việc chọn lựa Phương pháp điều trị sẽ cá thể hóa trên từng bệnh nhân, ngoài việc sử dụng theo lưu đồ, chúng tôi luôn giải thích kỹ cho bệnh nhân ưu và nhược điểm của mỗi Phương pháp điều trị và từ đó cũng với bệnh nhân chọn lựa Phương pháp can thiệp phù hợp. Một trong những biến chứng đáng ngại nhất của Phương pháp liệt hạch thần kinh qua da là biến chứng mất phản xạ giác mạc và dễ gây loét giác mạc, nên trên bệnh nhân có đau theo phân bố nhánh V1 chúng tôi luôn ưu tiên cho lựa chọn Phương pháp phẫu thuật giải ép vi mạch. Tuy nhiên trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp đau cả nhánh V1 và V2, trong đó nhánh V2 là ưu thế, chúng tôi thường tiến hành nhiệt đông chủ yếu ở

nhánh V2 với nhiệt độ 60-70 độ trong 3 lần tuy nhiên trong nhánh V1 chúng tôi chỉ nhiệt đông 1 lần với nhiệt độ 60 độ. Kết quả trong 6 ca này thì bệnh nhân đều đỡ đau nhiều, tuy nhiên có 1 ca mất phản xạ giác mạc và có nguy cơ loét giác mạc, chúng tôi phải giới thiệu đến chuyên khoa mắt để được tư vấn điều trị phù hợp.

Trong nhóm nhiệt đông tại hạch Gasser qua da, đối với ca tiến hành lần đầu, chúng tôi khởi động với nhiệt độ là 60 độ, sau đó lần 2 và lần 3 là 70 độ. Tuy nhiên trong nhóm bệnh nhân tái phát sau nhiệt đông, chúng tôi khởi động ban đầu với 70 độ và các lần sau tăng lên 80 độ. Mỗi nhánh thần kinh chúng tôi tiến hành nhiệt đông 2-3 lần tùy theo mức độ đáp ứng.

Trong nhóm bệnh nhân đau dây V được chúng tôi điều trị bằng các can thiệp ngoại khoa, số lượng bệnh nhân còn khá ít với 33 ca phẫu thuật giải ép vi mạch và 35 ca nhiệt đông hạch Gasser qua da. Tuy nhiên về đặc điểm lâm sàng khá điển hình như tính chất cơn đau, phân bố giới tính với chủ yếu là nữ giới và vị trí đau thường gặp nhất là nhánh V2V3 <sup>(2)(5)(7)</sup>. Và vì đây là một rối loạn về chức năng, không gây nguy hiểm đến tính mạng, và đáp ứng ban đầu rất tốt với thuốc nên các bệnh nhân thường có bệnh sử khá lâu trước khi phải can thiệp bằng ngoại khoa (trung bình là 54 tháng).

Về phân bố độ tuổi, nhóm bệnh nhân thực hiện thủ thuật nhiệt đông hạch Gasser

có độ tuổi trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật (57 so với 64), vì một trong những khuyết điểm của phương pháp giải ép vi mạch là phải chịu nguy cơ của cuộc mổ, nguy cơ này tăng theo tuổi cũng như các bệnh lý nội khoa đi kèm<sup>(3)</sup>.

Mặc dù số lượng bệnh nhân của chúng tôi không nhiều, tuy nhiên ban đầu cũng cho thấy được đây là phương pháp điều trị hiệu quả, với 91-97% bệnh nhân hết đau lúc xuất viện cả ở nhóm phẫu thuật cũng như thủ thuật. Các biến chứng bệnh nhân gặp phải thường gặp nhất là chóng mặt sau phẫu thuật giải ép vi mạch và tê bì mặt sau khi thực hiện thủ thuật nhiệt đông hạch Gasser. Không ghi nhận biến chứng tử vong và liệt dây sọ ở cả 2 nhóm can thiệp. Điều này cũng cho thấy độ an toàn của cả 2 phương pháp trên cũng như ưu khuyết điểm của từng phương pháp, nếu như bệnh nhân thực hiện giải ép vi mạch có thể giải quyết được nguyên nhân của bệnh đau dây V đồng thời phải chịu các nguy cơ của phẫu thuật thì thủ thuật nhiệt đông hạch Gasser qua da lại rất nhẹ nhàng dễ thực hiện, tuy nhiên sau đó thường hay kèm rối loạn cảm giác mặt sau đó<sup>(6)(7)</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Thông qua những kết quả ban đầu chúng tôi đạt được khi điều trị đau dây V bằng phẫu thuật giải ép vi mạch và nhiệt đông hạch Gasser qua da, mặc dù với số lượng bệnh nhân không nhiều, nhưng vẫn cho thấy đây là những phương pháp điều trị hiệu quả an toàn, là lựa chọn điều trị tiếp theo sau khi thất bại với điều trị nội. Mỗi phương pháp đều có ưu,

nhược điểm riêng và bệnh nhân có thể lựa chọn cho mình phương pháp phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Trọng Nghĩa** (2011). Đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép vi mạch điều trị co giật nửa mặt và đau dây V tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định. Y học thực hành, số 779:280-288.
2. **Dibyendu K. Ray** (2011). Percutaneous Procedures for Trigeminal Neuralgia. In: Youmans Neurological Surgery, Vol 2, 5<sup>th</sup> edition, pp 1781-1787.
3. **Ferguson GG, Brett DC, Peerless SJ, et al** (1981). Trigeminal neuralgia: a comparison of the results of percutaneous rhizotomy and microvascular decompression. Can J Neurol Sci 8:207-214.
4. **Fromm GH** (1991): Pathophysiology of trigeminal neuralgia, in Fromm GH, Sessle BJ (eds): Trigeminal Neuralgia. Boston, Butterworth Heneman, pp 179–192.
5. **Jannetta PJ** (1980): Neurovascular compression in cranial nerve and systemic disease. Ann Surg 192:518-525.
6. **J. M. Taha** (1995). A prospective 15-year follow up of 154 consecutive patients with trigeminal neuralgia treated by percutaneous stereotactic radiofrequency thermal rhizotomy. J Neurosurg 83:989–993
7. **Mark S. Greenberg** (2010). trigeminal neuralgia, handbook of neurosurgery – Seven edition, pp 551-562.
8. **Mark R. McLaughlin** (1998). Microvascular decompression of cranial nerves: lessons learned after 4400 operations. Neurosurgery focus.