MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU LÂU DÀI CỦA ĐAU THẦN KINH SINH BA BẰNG TIÊM CỒN VÀO HỐ HẠCH GASSER

Phạm Hồng Đức[1,2,✉], Đỗ Hoàng Trọng[3], Nguyễn Trần Cảnh[1]
Bùi Văn Giang[4], Hồ Xuân Tuấn[5]

[1]Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà nội
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên
[4]Trường Đại học VinUni
[5]Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm đau lâu dài của điều trị đau dây V bằng tiêm 0,3mL cồn tuyệt đối qua da vào hố hạch Gasser dưới hướng dẫn của DSA. Đối tượng gồm 148 bệnh nhân, trước can thiệp có điểm VAS 7-10 (9,1 ± 0,8). Thời gian đánh giá sau can thiệp tối thiểu là 6,4 tháng và tối đa là 82,4 tháng (48,1 ± 17,9). Kết quả có tới 98% (145 trường hợp) đạt hiệu quả giảm đau với VAS ≤ 6. Các biến chứng ngay sau can thiệp được đánh giá lại tại thời điểm kết thúc nghiên cứu cho thấy chỉ còn gặp tê mặt (6,1%) và ù tai (2%). Các yếu tố lâm sàng, kỹ thuật và biến chứng được đưa vào mô hình phân tích đa biến cho thấy một yếu tố duy nhất liên quan đến giảm đau thành công của phương pháp điều trị này, đó là số đợt vào viện. Đường cong Kaplan-Meier cho thấy sự khác biệt về hiệu quả giảm đau của nhóm điều trị 1 đợt với nhóm điều trị 2 đợt. Thời gian để có hiệu quả giảm đau của nhóm điều trị 1 đợt là sau 40 tháng và của nhóm điều trị 2 đợt là hơn 60 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,021). Như vậy, theo dõi lâu dài cho thấy số đợt ra viện can thiệp càng ít thì hiệu quả giảm đau càng kéo dài và cũng là yếu tố tiên lượng tốt dự báo cho hiệu quả can thiệp.

Từ khóa: Đau dây thần kinh sinh ba, phong bế thần kinh sinh ba, huỷ thần kinh, tiêm cồn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đau dây thần kinh sinh ba Trigeminal Neuralgia (TGN) có tên gọi cổ điển là đau giật mặt (tic douloureux) là bệnh lý không hiếm gặp, gây ra các cơn đau có tính chất đột ngột, dữ dội cảm giác như bị điện giật và được mô tả là loại đau nhất mà con người từng biết đến, nó thậm chí còn được đặt tên là bệnh tự sát (suicide disease).[1] Điều trị đau dây thần kinh sinh ba bằng thuốc luôn được lựa chọn đầu tiên, nhưng khi điều trị nội khoa không kiểm soát được cơn đau hoặc có tác dụng phụ thì phải điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật hoặc can thiệp khác. Chúng bao gồm[2-8]:

(1) Ngoại khoa hố sau - giải ép vi mạch, bóc tách thần kinh bên trong;

(2) phá huỷ thần hạch Gasser - chèn bóng cơ học, đốt nhiệt bằng sóng cao tần, chất hóa học glycerol và cồn;

(3) xạ phẫu ở đoạn gốc dây V.

Mỗi phương pháp điều trị đều có những ưu điểm, nhược điểm khác nhau.[2,9,10]

Phương pháp điều trị đau dây thần kinh sinh ba bằng tiêm cồn được sử dụng từ những năm 1900, tuy nhiên cho đến nay chỉ có một vài nghiên cứu được công bố. Phương pháp

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Đức
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: phamhongduc@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 25/07/2023
Ngày được chấp nhận: 21/08/2023

này gồm hai kỹ thuật là tiêm phong bế thần kinh nông và sâu. Phong bế nông làm giảm đau khu trú theo vùng đau chi phối của dây V qua các lỗ và đường ra vào qua các lỗ của các nhánh ngoại vi: nhánh lỗ cằm, miệng lưỡi, lỗ răng dưới (V3), nhánh lỗ dưới ổ mắt (V2) nhánh trên ổ mắt (V1).[11] Phong bế sâu là ở vùng hạch Gasser, thường làm giảm đau cho cả 3 vùng đau mà dây V chi phối và có hiệu quả giảm đau ban đầu đạt tới 80 - 90%.[7,12] Đây là phương pháp xâm phạm tối thiểu nên có thể thực hiện lại nếu có tái phát. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện kỹ thuật tiêm cồn tuyệt đối với liều duy nhất 0,3mL vào hố hạch Gasser dưới hướng dẫn của DSA. Theo các nghiên cứu, hiệu quả giảm đau lâu dài của phương pháp này phụ thuộc vào các yếu tố lâm sàng (đặc điểm đau, vị trí đau, thời gian đau…), các yếu tố kỹ thuật can thiệp (lượng cồn tiêm, vị trí tiêm, số lần tiêm…) và các nguy cơ biến chứng (ù tai, sụp mi, tê buốt mặt...).[7,12-14] Các nghiên cứu đều có thể phân tích chung về các yếu tố lâm sàng và biến chứng, nhưng các kỹ thuật thường không đồng nhất, có thể phong bế ngoại vi, sâu hay phối hợp. Do đó, nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố lâm sàng, kỹ thuật và biến chứng nào liên quan đến hiệu quả giảm đau lâu dài của kỹ thuật mà chúng tôi thực hiện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là đau dây thần kinh sinh ba theo những tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Đau đầu Quốc tế (HIS - International Headache Society), và được điều trị tiêm cồn tuyệt đối diệt hạch sinh ba qua da tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn Hà Nội, từ tháng 12/2015 đến tháng 12/2022. Các bệnh nhân đều đã được điều trị nội khoa nhưng không kiểm soát được cơn đau hoặc có tác dụng phụ của thuốc. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não trước can thiệp, khẳng định không có tổn thương thực thể vùng góc cầu tiểu não. Những bệnh nhân có xung đột thần kinh mạch máu được phẫu thuật giải ép vi mạch mà không đỡ, sẽ được điều trị tiêm cồn. Nghiên cứu loại trừ những bệnh không đủ thời gian theo dõi sau 6 tháng và không liên lạc được tại thời điểm nghiên cứu.

2. Phương pháp

Qui trình kỹ thuật can thiệp

Tất cả các bệnh nhân được can thiệp tiêm cồn vào hố hạch Gasser theo một quy trình kỹ thuật thống nhất, được thực hiện bởi 2 bác sỹ điện quang can thiệp có kinh nghiệm. Sử dụng máy chụp mạch số hoá xoá nền một bình diện (Shimadzu, Nhật bản). Bệnh nhân tỉnh, không gây mê nội khí quản. An thần, theo dõi duy trì huyết áp tâm thu dưới mức 140mmHg. Người bệnh được kê cao vai để đầu ngửa ra sau, tư thế cân đối.

Định vị lỗ bầu dục trên hướng dẫn của màn tăng sáng: đầu tiên đặt bóng ở tư thế chếch đầu chân khoảng 30 độ và hướng từ phía ngoài vào trong khoảng 20 độ, sau đó chỉnh dần bóng sao cho quan sát thấy rõ lỗ bầu dục. Gây tê da vùng ngang và cách ngoài khóe miệng khoảng 1,5 - 2cm. Sau đó chọc kim (23 - 25G, dài 12cm) qua da ra sau và lên trên để hướng tới lỗ bầu dục. Xoay bóng theo tư thế nghiêng để kiểm tra chính xác vị trí đầu kim. Chụp hình động cho thấy cản quang nằm trong hố bầu dục và bao quanh hạch Gasser khuyết thuốc.

Tiêm test Lidocain 2%, liều khoảng 0,3 - 0,5m và đợi khoảng vài phút, sau đó kích thích gây đau kiểm tra tình trạng đau và tê mặt. Nếu cơn đau hết hoặc giảm nhiều, sẽ tiến hành tiêm chậm cồn tuyệt đối (ethanol) với liều 0,3mL. Trong quá trình tiêm nếu bệnh nhân đau nhiều thì dừng ngay, tiêm thêm giảm đau sau đó tiêm nốt lượng thuốc còn lại. Đánh giá lại tình trạng đau và các biến chứng sau tiêm.

Qui trình và các tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Bệnh nhân nhập viện để can thiệp, các xét nghiệm công thức máu và đông máu trong giới hạn bình thường. Sau thủ thuật bệnh nhân được theo dõi sau 1 ngày, nếu khám đau không giảm nhiều (VAS > 6) thì sẽ tiêm tiếp lần 2, cứ như vậy cho lần tiếp theo cho đến khi bệnh nhân đạt hiệu quả giảm đau với mức độ hài lòng (VAS 0-3) và chấp nhận được (VAS 4-6) . Sau đó bệnh nhân ra viện và được theo dõi qua tái khám và hỏi qua điện thoại. Nếu xuất hiện đau tái phát trở lại (VAS 7-10) thì lại nhập viện để tiêm và cũng có thể được tiêm nhiều lần để đạt hiệu quả giảm đau. Tại thời điểm nghiên cứu, ít nhất là 6 tháng sau can thiệp, sẽ gọi bệnh nhân đến khám hoặc hỏi bệnh nhân qua điện thoại để đánh giá mức độ đau (VAS) và các biến chứng nếu có.

Qua hồ sơ bệnh án và thăm khám bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu, bệnh nhân được thu thập các dữ liệu lâm sàng gồm: tuổi, giới, thời gian đau (tháng), cường độ đau (thang điểm VAS), bên đau (phải, trái), nhánh dây thần kinh số V gây đau (V1, V2, V3), và các điều trị trước đó. Đánh giá kết quả giảm đau được chia thành 3 mức độ: (1) VAS 0-3, đau giảm nhiều - bệnh nhân hài lòng; (2) VAS 4-6, đau giảm vừa - bệnh nhân chấp nhận được; (3) VAS 7-10, đau không giảm - đau tái phát. Các biến chứng (tê mặt, ù tai, sụp mi, tăng tiết nước bọt) được đánh giá ngay sau can thiệp và tại thời điểm nghiên cứu. Quy trình và các tiêu chuẩn đánh giá được thực hiện bởi 3 bác sĩ làm được thủ thuật can thiệp này.

Xử lý số liệu

Số liệu thu thập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó dùng SPSS để phân tích số liệu. Sử dụng các phép thống kê mô tả cho các tỷ lệ của các biến định tính, và các giá trị trung bình, lớn nhất và nhỏ nhất của các biến định lượng. Kiểm định sự khác biệt về thời gian giảm đau giữa hai nhóm có phân bố chuẩn bằng T-Test độc lập. Các yếu tố có thể liên quan đến hiệu quả giảm đau được lựa chọn đưa vào phân tích trong mô hình hồi qui logistic, kiểm định mối tương quan đa biến, từ đó xác định tỷ suất chênh (OR hiệu chỉnh). Sử dụng Kaplan-Meier tìm sự khác biệt cho thời gian giảm đau của hai nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là một phần của đề tài tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II đã được bảo vệ thành công tại Trường Đại học Y Hà Nội. Các quy trình kỹ thuật được thực hiện theo dữ liệu thông tin là nghiên cứu mô tả không can thiệp và được giữ bí mật, nên không ảnh hưởng đến quyền và nghĩa vụ của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm)	Trung bình, (min - max)	65,3 ± 13,0 (22 - 90)
Giới	Nam/nữ, n(%)	38 (47,5) / 42 (52,5)
Cường độ đau (VAS)	Trung bình, (điểm VAS)	9,06 ± 0,83 (7 - 10)
Thời gian đau (tháng)	Trung bình, (min - max)	61,6 ± 52,5 (2 - 240)

Đặc điểm		Giá trị
Điều trị trước đó, n(%)	Nội khoa	143 (89,4)
	Giải ép vi mạch	9 (5,6)
	RF	6 (3,8)
Bên đau, n(%)	Phải/ trái	48 (60)/ 32 (40)
Nhánh thần kinh đau, n(%)	V2	46 (31,1)
	V3	48 (32,4)
	V1+2	10 (6,8)
	V2+3	27 (18,2)
	V1+2+3	11(7,4)

Nghiên cứu trên 148 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình là 65,3 ± 13, gồm 51 nam và 97 nữ. Thời gian trung bình mà các bệnh nhân phải chịu đựng những cơn đau trước can thiệp là 61,6 ± 52,5 tháng. Cường độ đau theo thang điểm VAS của các bệnh nhân đều ở mức cao từ 7 đến 10, trung bình là 9,06 ± 0,83. Thời gian đau trung bình mà bệnh nhân phải chịu đựng từ khi xuất hiện đến khi khám trước can thiệp là 61,6 ± 52,5 tháng (2 – 240). Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội trước đó, trong đó có 15 bệnh nhân phải điều trị xâm lấn nhưng vẫn đau với VAS > 7, gồm có 9 (5,6%) bằng phẫu thuật giải ép vi mạch (MVD-microvascular decompression) và 6 (3,8%) bằng nhiệt sóng cao tần (RFA-radiofrequency ablation). Các cơn đau đều xuất hiện chỉ một bên mặt, phải chiếm 60%. Vị trí đau theo thần kinh chi phối chỉ yếu là nhánh V3, V2 và phối hợp V2+V3 chiếm lần lượt là: 32,4%, 31,1% và 18,2% (Bảng 1).

Bảng 2. Liên quan giữa số đợt nhập viện và số lần tiêm trong mỗi đợt

Đợt 1 \ Đợt 2	Không can thiệp (%)	Lần 1 n (%)	Lần 2 n (%)	Tổng n (%)
Lần 1	92 (87,6)	7 (6,7)	6 (5,7)	105 (70,9)
Lần 2	29 (87,9)	4 (12,1)	0	33 (22,3)
Lần 3	8 (100)	0	0	8 (5,4)
Lần 4	2 (100)	0	0	2 (1,4)
Tổng	131 (88,5)	11 (7,4)	6 (4,1)	148 (100)
		17 (11,5)		

Trong 148 bệnh nhân, có 131 trường hợp (88,5%) chỉ một đợt nhập viện can thiệp và được tiêm tối đa 4 lần, trong đó chủ yếu chỉ có một lần tiêm (92 trường hợp, 87,6%). Còn lại 17 bệnh nhân phải nhập viện can thiệp đợt hai do đau không cải thiện hoặc cải thiện không đáng kể với VAS > 6 và được tiêm tối đa 2 lần (Bảng 2).

Bảng 3. Kết quả giảm đau và thời gian theo dõi sau can thiệp mỗi đợt

VAS / Đợt nhập viện	0-3, n (%)	4-6, n (%)	TB ± SD (tháng)
Đợt 1 (n = 131)	130 (99,2)	1 (0,8)	48,1 ± 16,9
Đợt 2 (n = 17)	15 (88,2)	2 (11,8)	47,9 ± 24,7
Chung	145 (98,0)	3 (2,0)	48,1 ± 17,9

Thời gian theo dõi trung bình chung từ sau can thiệp đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 48,1 ± 17,9 tháng (6,4 - 82,4). Trong đó, thời gian theo dõi trung bình của đợt 1 là 48,1 ± 16,9 tháng và của đợt 2 là 47,9 ± 24,7 tháng, sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p = 0,584. Kết quả giảm đau chung tại thời điểm đánh giá có tới 145 trường hợp (98,0%) hài lòng (VAS 0-3) và có 3 trường hợp (2,0%) chấp nhận được (VAS 4-6), không có trường hợp nào tái phát (Bảng 3).

Bảng 4. Tác dụng phụ đánh giá tại các thời điểm đánh giá

Triệu chứng		Ngay sau đợt nhập viện (n, %)	Kết thúc nghiên cứu (n, %)
Tê mặt	1 vùng	6 (4,1)	6 (4,1)
	Nhiều vùng	142 (95,9)	3 (2,0)
	Tổng	148 (100,0)	9 (6,1)
Ù tai		9 (6,1)	3 (2,0)
Sụp mi		8 (5,4)	0
Tăng tiết nước bọt		14 (9,5)	0

Tê mặt một hay nhiều vùng chi phối của dây tam thoa (V1, 2, 3) ngay sau mỗi lần tiêm gặp tất cả các bệnh nhân (100%), chủ yếu tê nhiều vùng với 142 trường hợp (95,9%). Tuy nhiên, các triệu chứng này giảm và thưa dần cho đến đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu thì chỉ còn 9 trường hợp (6,1%) là còn tê mặt. Các triệu chứng khác là ù tai, sụp mi và tăng tiết nước bọt cũng xuất hiện ngay sau tiêm và có số lượng và tỷ lệ thấp. Nhưng tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ù tai có chỉ còn 3 trường hợp (2%), không còn gặp trường hợp nào sụp mi và tăng tiết nước bọt (Bảng 4).

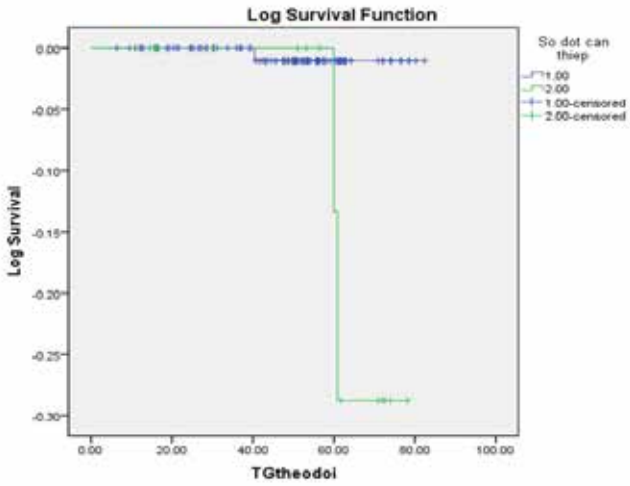
Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả giảm đau sau can thiệp (VAS ≤ 6)

Biến	Đặc điểm	OR	95% CI	p
Tuổi	> 60 và ≤ 60	1,28	0,88 – 1,87	> 0,05
Giới	Nam và nữ	1,31	0,91 – 1,89	> 0,05

Biến	Đặc điểm	OR	95% CI	p
Điều trị nội	Có và không	1,26	0,70 – 2,27	> 0,05
Thời gian đau	≤ 5 năm và > 5 năm	0,70	0,48 – 1,01	> 0,05
Bên đau	Phải và trái	1,04	0,73 – 1,49	> 0,05
Điểm VAS	7-8 và 9-10	0,99	0,66 – 1,49	> 0,05
Nhánh thần kinh đau	1 và nhiều vùng	1,46	0,59 – 3,59	> 0,05
	V2+V3 và khác*	1,02	0,64 – 1,62	> 0,05
Số đợt can thiệp	1 và 2 đợt	2,19	1,44 – 3,33	< 0,05
Số lần can thiệp mỗi đợt	1 và nhiều lần	0,66	0,37 – 1,18	> 0,05
Biến chứng tê mặt	Có và không	0,63	0,31 – 1,29	> 0,05

** Khác: Phân nhóm theo bảng*

Các yếu tố lâm sàng được đưa vào mô hình phân tích đa biến thì chỉ thấy một yếu tố duy nhất liên quan đến giảm giảm đau của phương pháp điều trị này, đó là số đợt vào viện. Khả năng đạt hiệu quả giảm đau ở nhóm bệnh nhân chỉ có một đợt vào viện để can thiệp cao hơn (2,19 lần) so với nhóm phải vào viện để can thiệp đợt 2 (Bảng 5).



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan Meier về thời gian (tháng) giảm đau (VAS ≤ 6) của nhóm bệnh nhân sau nhập viện can thiệp đợt 1 và đợt 2

Đường cong Kaplan-Meier ở biểu đồ trên cho thấy sự khác biệt về hiệu quả giảm đau (VAS ≤ 6) của hai nhóm nhập viện điều trị 1 đợt và 2 đợt. Thời gian đạt hiệu quả giảm đau ở nhóm điều trị 1 đợt là 40 tháng và nhóm 2 đợt là trên 60 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,021 (Biểu đồ 1).

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp can thiệp này có mục đích huỷ hạch thần kinh sinh ba với hai chất được sử dụng phổ biến là glycerol và cồn tuyết đối (absolute ethanol). Mỗi chất có những ưu và nhược điểm khác nhau. Chúng tôi sử dụng cồn

tuyệt đối với 5 lý do sau:[9,11,13,15]

(1) Cồn tuyệt đối là dịch trong thuần nhất, không có độ nhớt cao như Glycerol nên dễ tiêm với kim nhỏ;

(2) Cồn tuyệt đối gây đau tăng nhưng với bơm 0,3 - 0,5mL Lidocain 2% trước tiêm cồn sẽ làm giảm hạn chế này;

(3) Cồn tuyệt đối đạt hiệu quả giảm đau ngay lập tức và tỷ lệ tái phát thấp hơn Glycerol;

(4) Cồn tuyệt đối tuy có nguy cơ biến chứng cao hơn và liên quan tỷ lệ thuận với thể tích. Để hạn chế tỷ lệ này chúng tôi sử dụng liều thấp chỉ 0,3mL, với lượng cồn này có thể dễ tái phát đau nhưng là kỹ thuật đơn giản nên có thể tiêm lại nhiều lần và nhiều đợt;

(5) Cồn tuyệt đối luôn sẵn có giá rẻ còn Glycerol thì ngược lại, phù hợp với hoàn cảnh y tế ở nước ta.

Phương pháp tiêm cồn tuyệt đối liều 0,3mL vào hố hạch Gasser của chúng tôi có thời gian theo dõi tối thiểu 6,4 tháng và tối đa 82,4 tháng, cho thấy 88,5% bệnh nhân khỏi bệnh hoặc hài lòng sau một đợt điều trị, trong số này có 87,6% trường hợp chỉ cần một lần tiêm duy nhất. Số BN phải can thiệp nhập viện đợt hai do triệu chứng không cải thiện hoặc cải thiện không đáng kể là không nhiều (11,5%). Kết quả chung là 145 trường hợp (98,0%) hài lòng với VAS 0-3, và có 3 trường hợp (2,0%) chấp nhận được với VAS 4-6, không có trường hợp nào tái phát. Nghiên cứu của Han K.P. và cs cho thấy, trong tổng số 465 bệnh nhân có 218 bệnh nhân (46.9%) chỉ cần can thiệp 1 lần trong suốt thời gian theo dõi, số bệnh nhân cần can thiệp lần 2, 3, 4, 5 lần lượt là 34,2%, 11,8%, 4,9%, 1,7%.[7] Tỉ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả giảm đau sau 1, 2, 3 năm lần lượt là 86,2%, 65,5%, 52,5%. Theo nghiên cứu khác của Han K.P. và cs, điều trị đau dây thần kinh sinh ba nhánh V3 bằng tiêm cồn tuyệt đối với liều 0,7mL trên 98 bệnh nhân với 160 lần tiêm.[13] Kết quả đạt hiệu quả giảm đau giảm dần sau 1, 2, 3, và 7 năm lần lượt là 90,4%, 69%, 53,5%, và 33%. Không có sự khác biệt về hiệu quả giảm đau cũng như tác dụng phụ giữa nhóm bệnh nhân tiêm 1 lần với nhóm tiêm nhiều lần. Nhóm bệnh nhân có tác dụng phụ có thời gian giảm đau trung bình 60 tháng, trong khi nhóm bệnh nhân không có tác dụng phụ có thời gian giảm đau trung bình thấp hơn là 41 tháng.

Nghiên cứu của Apfelbaum R.I. so sánh mức độ giảm đau giữa 2 phương pháp, đó là phẫu thuật giải ép vi mạch (MVD) trên 406 trường hợp, và tiêm huỷ hạch thần kinh sinh ba qua da (PTN) trên 242 bệnh nhân với 394 lần tiêm, được theo dõi ít nhất là 2 năm, trung bình 13,9 năm.[14] Kết quả giảm đau rất tốt, tốt và thất bại của MVD lần lượt là: 66%, 15% và 19%, của PTN lần lượt là 52%, 12% và 36%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với kết quả là cả MVD và PTN đều có khả năng kiểm soát cơn đau tốt cho những bệnh nhân bị đau dây thần kinh sinh ba điển hình. Tuy nhiên, PTN vẫn là ưu tiên lựa chọn, vì điều trị tái phát bằng cách lặp lại quy trình tiêm này dễ dàng hơn. Mặt khác, chỉ định MVD nên cho những bệnh nhân trẻ và có nguy cơ thấp, còn PTN cho những bệnh nhân ốm yếu hoặc lớn tuổi và những người không muốn phẫu thuật.[14,15]

Trong trường hợp MVD, bệnh nhân cần chấp nhận rủi ro của phẫu thuật mở sọ. Những rủi ro này sẽ luôn cao hơn so với thủ thuật qua da, nhưng với việc lựa chọn bệnh nhân cẩn thận và chú ý tỉ mỉ đến từng chi tiết có thể được giữ ở mức rất thấp và có thể chấp nhận được đối với hầu hết bệnh nhân.[2] Thủ thuật MVD có tỷ lệ thành công lâu dài có thể tốt hơn, nhưng quan trọng là tránh phá hủy thần kinh mà nó có thể gây ra các biến chứng mà về cơ bản là không thể điều trị được, đó là: mất cảm giác dị cảm da mặt, viêm giác mạc gây giảm hoặc

mất thị lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tê mặt ngay sau đợt can thiệp gặp tất cả các bệnh nhân (100%), chủ yếu tê nhiều vùng (142 trường hợp, chiếm 95,9%). Các trường hợp này đều chỉ tê mặt tạm thời và bệnh nhân chịu đựng được, và cải thiện dần theo thời gian. Tại thời điểm đánh giá kết thúc nghiên cứu cho thấy chỉ còn 9 trường hợp (chiếm 6,1%) là còn tê mặt ở mức độ nhẹ mà bệnh nhân thích nghi được. Tương tự, nghiên cứu của Han K.P. và cs, trong 465 bệnh nhân đau dây thần kinh sinh ba được điều trị bằng tiêm cồn tuyệt đối có 34 BN (7,3%) bị tê mặt sau can thiệp và đều giảm hoàn toàn sau 6 tháng theo dõi.[7] Như vậy, mặc dù với liều cồn thấp có thể đau tái phát ngay sau can thiệp và sau một thời gian ra viện, nhưng là phương pháp can thiệp xâm nhập tối thiểu và chi phí rẻ (không có vật tư tiêu hao đắt tiền) nên có thể làm lại nhiều lần để có thể đạt hiệu quả giảm đau lâu dài. Mặt khác, trước can thiệp cần phải giải thích cho bệnh nhân những tác dụng không mong muốn như là sẽ bị tê mặt để bệnh nhân hiểu và chấp nhận thay thế đạt được giảm đau, thường ở mức độ nhẹ chấp nhận được và lâu dài sẽ giảm và hết.

Trong số các đặc điểm lâm sàng mà chúng tôi phân tích, thì chỉ có một yếu tố duy nhất là có liên quan đến hiệu giảm đau của phương pháp tiêm cồn này, đó là nhóm bệnh nhân chỉ có một đợt nhập viện can thiệp (cho dù 1 hay nhiều lần tiêm) có khả năng khỏi cao hơn hơn so với nhóm phải nhập viện điều trị đợt tiếp theo. Điều này cho thấy đau tái phát nếu tiêm cồn lại thì sẽ ít đạt hiệu quả giảm đau hơn. Tuy nhiên, vẫn nên tiêm lại vì thời gian đạt hiệu quả giảm đau lâu dài vẫn cao hơn ở nhóm sau 2 đợt điều trị. Cũng phân tích tương tự, kết quả nghiên cứu của Han K.P. và cs cho thấy số lần can thiệp không liên quan đến hiệu quả giảm đau mà là nhóm tuổi < 65 và nhánh dây thần kinh đau khác nhóm V2+V3.[7] Sự khác biệt về kết quả này có thể là do khác nhau về kỹ thuật can thiệp. Nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất về kỹ thuật cho tất cả các bệnh nhân, đó là dù đau bất kỳ nhánh thần kinh nào cũng chỉ can thiệp bằng chọc kim qua da vào hố hạch Gasser dưới hướng dẫn của DSA với lượng cồn không đổi là 0,3mL. Còn trong nghiên cứu của tác giả Han và cs, nếu đau chỉ 1 nhánh thần kinh thì sẽ tiêm ở ngoại vi, còn đau nhiều nhánh thì sẽ tiêm vào hố hạch dây V với lượng cồn thay đổi tuỳ theo vị trí: 0,3 ~ 0,5mL cho V1; 0,5 ~ 1mL cho V2, 0,3 ~ 0,7mL cho V3 và 0,15 ~ 0,2mL cho V2+3.

IV. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu điều trị đau dây thần kinh sinh ba bằng chọc kim qua da dưới hướng dẫn của DSA vào hố hạch Gasser và tiêm với lượng cồn tuyệt đối 0,3mL, chúng tôi thấy phương pháp này có hiệu quả giảm đau lâu dài và an toàn với biến chứng không đáng kể. Theo dõi lâu dài cho thấy số lần và số đợt can thiệp càng ít thì hiệu quả giảm đau càng kéo dài và cũng là yếu tố tiên lượng tốt dự báo cho hiệu quả can thiệp.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp khoa Chẩn đoán hình ảnh của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lambru G, Zakrzewska J, Matharu M. Trigeminal neuralgia: a practical guide. *Pract Neurol.* 2021; 21(5): 392-402.

2. Andersen ASS, Heinskou TB, Rochat P, et al. Microvascular decompression in trigeminal neuralgia - a prospective study of 115 patients. *J Headache Pain.* 2022; 23(1):145.

3. Sabourin V, Lavergne P, Mazza J, et al. Internal Neurolysis for the Treatment of Trigeminal Neuralgia: A Systematic Review. *World Neurosurg.* 2022; 158:e829-e842.

4. Xia Y, Yu G, Min F, Xiang H, Huang J, Leng J. The Focus and New Progress of Percutaneous Balloon Compression for the Treatment of Trigeminal Neuralgia. *J Pain Res.* 2022; 15: 3059-3068.

5. Liu G, Du Y, Wang X, Ren Y. Efficacy and Safety of Repeated Percutaneous Radiofrequency Thermocoagulation for Recurrent Trigeminal Neuralgia. *Front Neurol.* 2018; 9: 1189.

6. Xu R, Materi J, Raj D, et al. Internal neurolysis versus intraoperative glycerin rhizotomy for trigeminal neuralgia. *J Neurosurg.* 2023; 138(1): 270-275.

7. Han KR, Chae YJ, Lee JD, Kim C. Trigeminal nerve block with alcohol for medically intractable classic trigeminal neuralgia: long-term clinical effectiveness on pain. *Int J Med Sci.* 2017; 14(1): 29-36.

8. Conti A, Acker G, Pontoriero A, et al. Factors affecting outcome in frameless non-isocentric stereotactic radiosurgery for trigeminal neuralgia: a multicentric cohort study. *Radiat Oncol.* 2020; 15(1): 115.

9. Asplund P, Blomstedt P, Bergenheim AT. Percutaneous Balloon Compression vs Percutaneous Retrogasserian Glycerol Rhizotomy for the Primary Treatment of Trigeminal Neuralgia. *Neurosurgery.* 2016; 78(3): 421-428; discussion 428.

10. Wang B, Zhang L, Yu Y. Treatment of redo-microvascular decompression or internal neurolysis plus microvascular decompression for recurrent trigeminal neuralgia: a review of long-term effectiveness and safety. *J Int Med Res.* 2022; 50(3): 3000605221080721.

11. McLeod NM, Patton DW. Peripheral alcohol injections in the management of trigeminal neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104(1): 12-17.

12. Xu R, Xie ME, Jackson CM. Trigeminal Neuralgia: Current Approaches and Emerging Interventions. *J Pain Res.* 2021; 14: 3437-3463.

13. Han KR, Kim C. Brief report: the long-term outcome of mandibular nerve block with alcohol for the treatment of trigeminal neuralgia. *Anesth Analg.* 2010;111(2):550-553.

14. R.I. A. Comparison of the long-term results of microvascular decompression and percutaneous trigeminal neurolysis for the treatment of trigeminal neuralgia. *International Congress Series* 2002; 1247: 629–643.

15. Fardy MJ, Zakrzewska JM, Patton DW. Peripheral surgical techniques for the management of trigeminal neuralgia--alcohol and glycerol injections. *Acta Neurochir (Wien).* 1994; 129(3-4): 181-184; discussion 185.

Summary

SOME FACTORS RELATING TO THE LONG-TERM PAIN RELIEF OF TRIGERMINAL NEURALGIA BY ALCOHOLIC GASSERIAN INJECTION

The study aimed to evaluate factors associated with the long-term results of treating trigeminal neuralgia by percutaneous 0.3ml absolute alcohol injection into the Gasser ganglion fossa under the guidance of DSA. Subjects included 148 patients; The pre-intervention VAS score was 7-10 (9.1 ± 0.8). The minimum post-intervention evaluation time was 6.4 months, and the maximum was 82.4 months (48.1 ± 17.9 months). As a result, 98% (145 cases) reached pain relief with VAS ≤ 6. Facial numbness (6.1%) and tinnitus (2%) were the only complications at post-intervention. of the Of the clinical, technical and complicated factors included in the multivariate analysis the only one factor associated with the pain relief success was the number of hospitalizations. The Kaplan-Meier curve shows the difference in the analgesic effect between the 1-course and 2-course treatment groups. The period to achieve adequate pain relief of the 1 - course treatment group was after 40 months and of the 2- course treatment group was more than 60 months; this difference was statistically significant (p = 0.021). Based on the result, long-term follow-up shows that the fewer the intervention sessions, the longer the pain relief effect occurs. Therefore, it shows a positive predictor of the intervention's effectiveness.

Keywords: Trigeminal neuralgia, trigeminal nerve block, neurolysis, alcohol injection.