



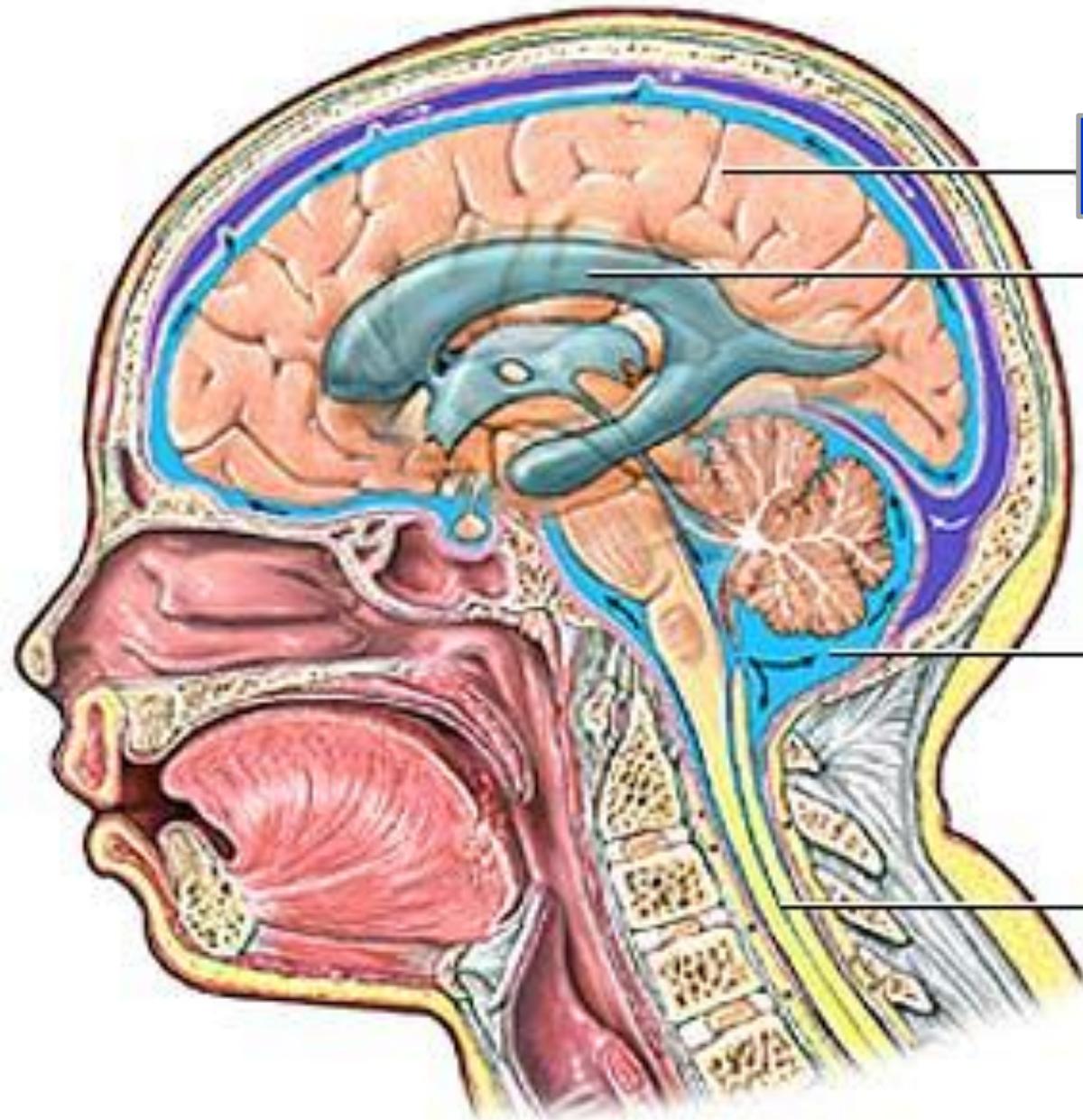
Bệnh xuất huyết não – màng não ở trẻ em

ThS. Đỗ Thanh Hương
Bộ môn Nhi Đại học Y Hà Nội



Mục tiêu học tập

1. Trình bày được nguyên nhân gây bệnh XHNMN theo lứa tuổi ở trẻ em
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh XHNMN theo lứa tuổi
3. Trình bày được cách xử trí bệnh XHNMN theo các nhóm tuổi
4. Nêu được các biện pháp dự phòng bệnh XHNMN ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

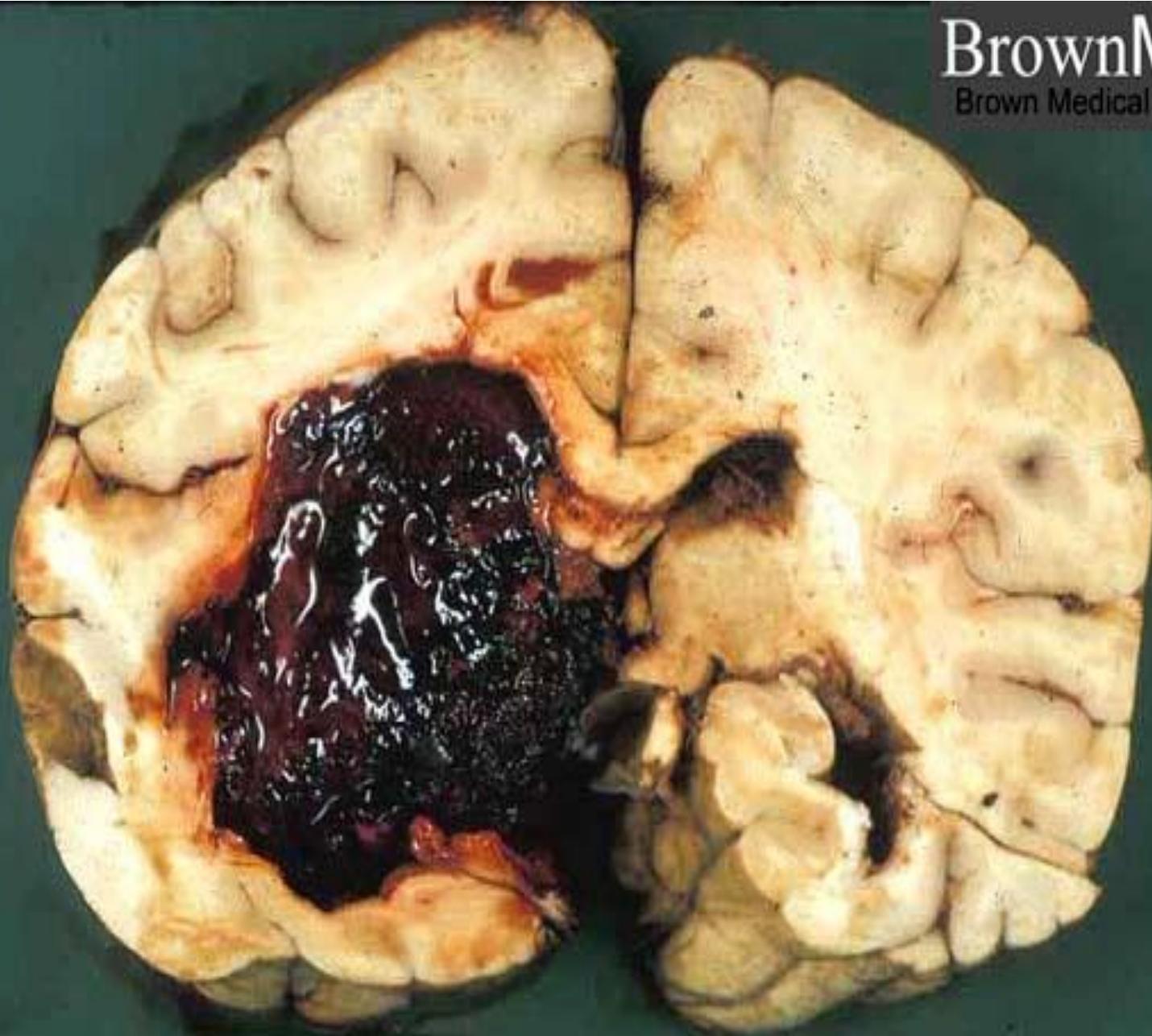


Bán cầu đại
não

Não thất

Dịch não tủy

Tủy sống





Đại cương

- Xuất huyết não - màng não hay chảy máu trong sọ là bệnh xảy ra do vỡ bất kỳ mạch máu nào trong sọ.
- Bệnh cấp cứu với tỷ lệ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề
- Tỷ lệ mắc ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ $130/100.000$ trẻ sinh. Trẻ lớn tỷ lệ mắc thấp hơn $2,52/100.000$
- Tỷ lệ tử vong cao
- Tỷ lệ di chứng $30 - 50\%$



Đại cương

- Có rất nhiều nguyên nhân gây XHN-MN, khác nhau giữa các nhóm tuổi:
 - Rối loạn đông máu
 - Vỡ dị dạng mạch
 - Chấn thương
 - Vỡ các mạch máu não
- Tùy vào vị trí chảy máu mà gây ra các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng



Đại cương

- Vị trí XHNMN:
 - Chảy máu ngoài màng cứng
 - Chảy máu dưới màng cứng
 - Chảy máu dưới màng nhện
 - Chảy máu não thất
 - Chảy máu nhu mô não



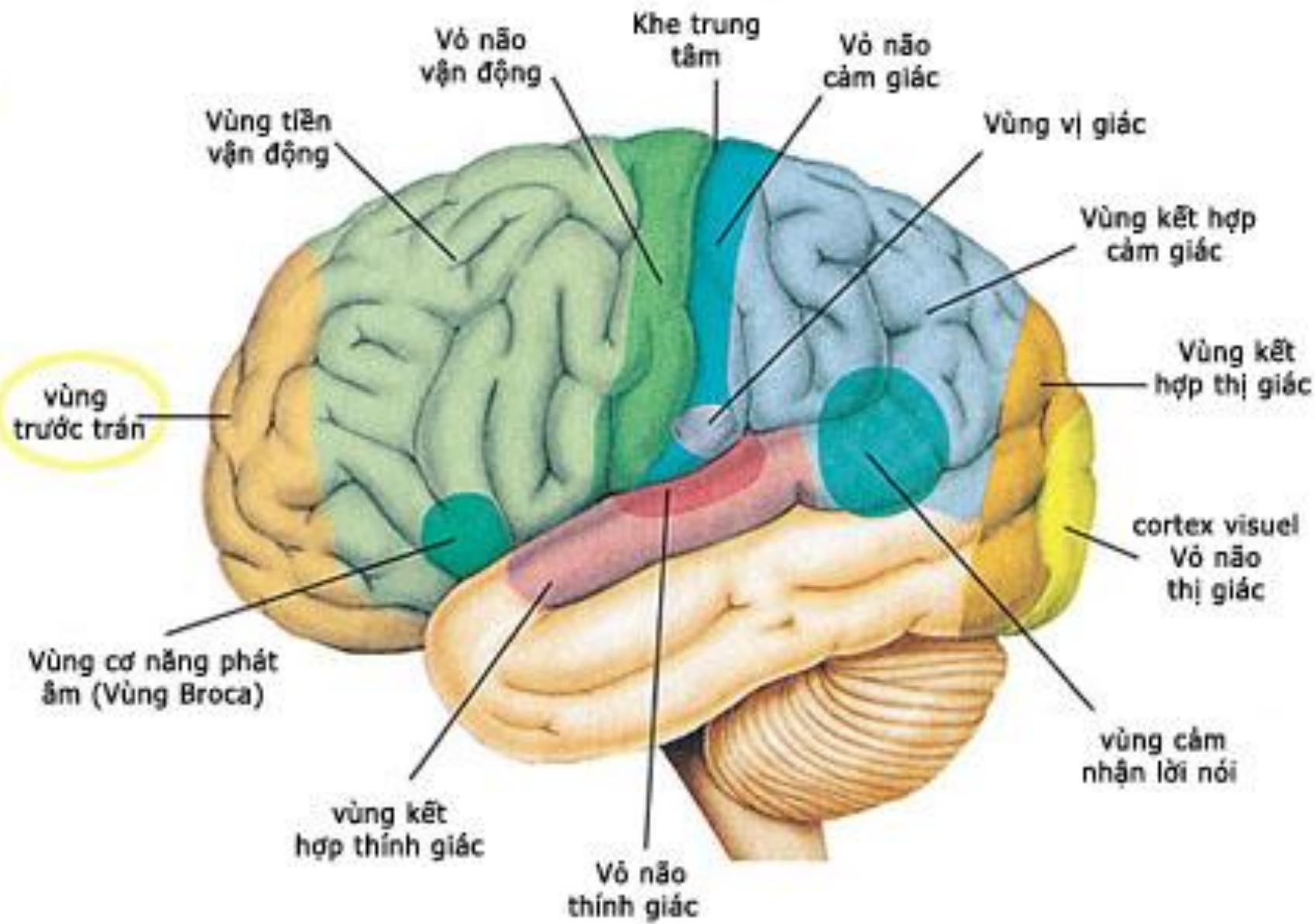
Sinh bệnh học

- Tình trạng chảy máu gây thiếu máu nặng, đặc biệt ở trẻ nhỏ: rối loạn huyết động, giảm khói lượng tuần hoàn, có thể sốc do mất máu
- Xuất huyết não – màng não gây tăng áp lực nội sọ, chèn ép tổ chức não, giảm tưới máu não, phù não ...



Sinh bệnh học

- Chảy máu trong sọ: gây dính màng não, tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy, co mạch gây thiếu máu não cục bộ và gây ra các biến chứng:
 - Hẹp sọ
 - Tràn dịch não (não úng thủy)
 - Liệt vận động
 - Liệt các dây thần kinh sọ
 - Chậm phát triển thể chất, tinh thần





Đại cương

Chia thành 3 nhóm tuổi:

- Sơ sinh (≤ 28 ngày)
- Trẻ nhỏ (29 ngày – 12 tháng)
- Trẻ lớn (> 12 tháng)



SƠ SINH





Trẻ sơ sinh

1. Nguyên nhân

- Chấn thương sản khoa
- Đè non
- Ngạt
- Đặc điểm cầm máu ở trẻ sơ sinh chưa hoàn chỉnh



Trẻ sơ sinh

1. Nguyên nhân

- Giảm tỷ lệ Prothrombin do thiếu Vitamin K (ngày thứ 1, 2, 5 sau đẻ)
- Sử dụng thuốc trong hồi sức sơ sinh: truyền dung dịch ưu trương, Bicarbonat quá liều
- Mẹ dùng thuốc trong quá trình mang thai
- Mẹ nghiện chất
- Mẹ tăng huyết áp thai kỳ



Trẻ sơ sinh

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Chảy máu dưới nhện

- Thê sớm (xảy ra ngay sau đẻ):
 - Ngạt trắng
 - Ngạt tím
- Thê muộn (ngày thứ 2, 5):
 - Có cơn xanh tím, thường nặng dễ tử vong
 - Cơn co giật toàn thân và các dấu hiệu thần kinh khu trú, hôn mê, dấu hiệu màng não ...
 - Rối loạn trương lực cơ
 - Thiếu máu cấp
 - Rối loạn thân nhiệt, tổn thương các cơ quan



Trẻ sơ sinh

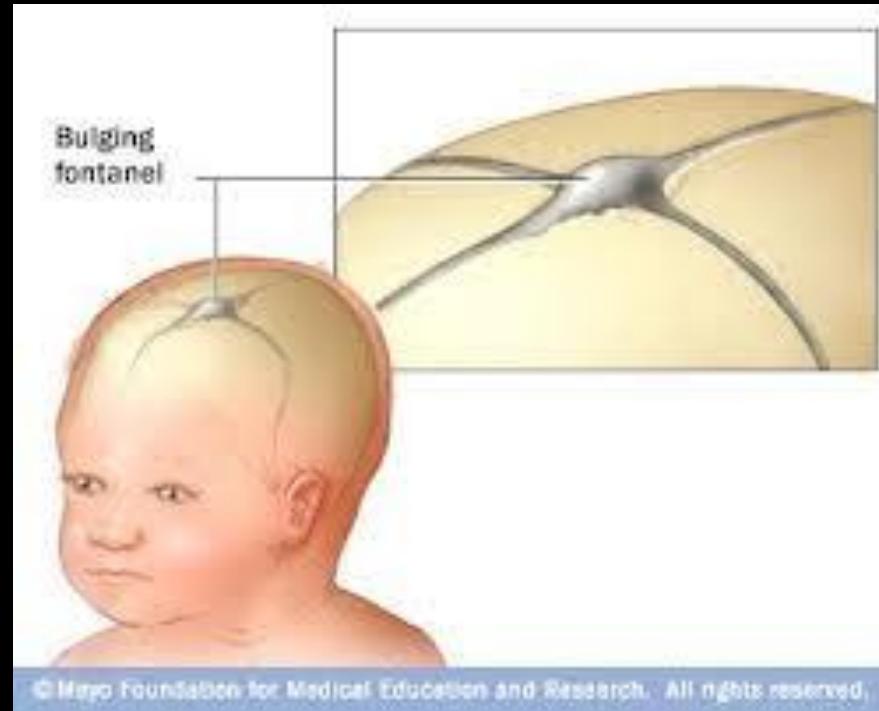
2. Triệu chứng lâm sàng

2.2. Chảy máu ngoài màng cứng

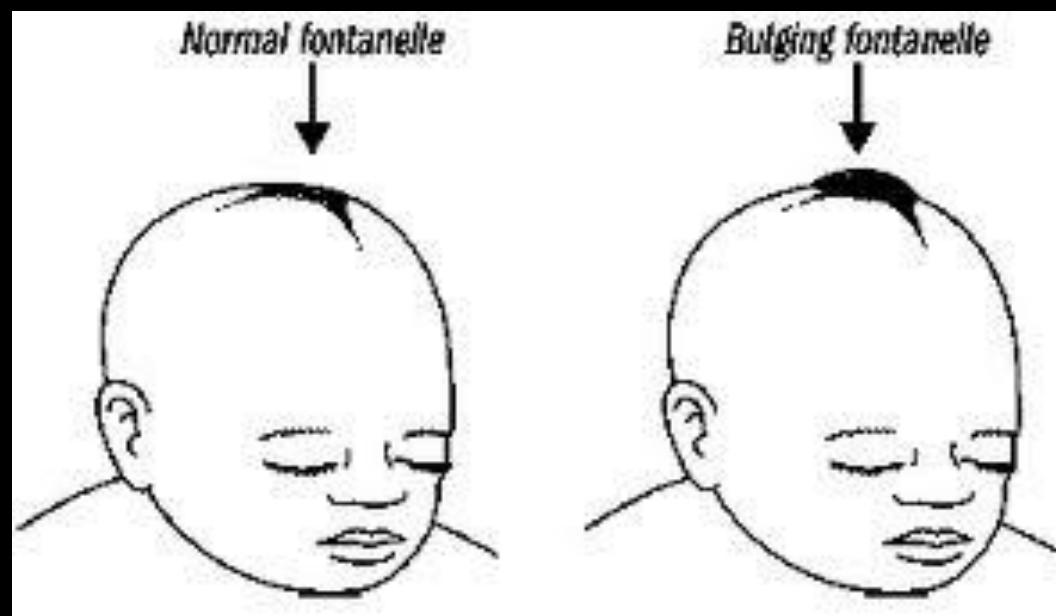
- Thường gặp sau chấn thương sản khoa
- Tụ máu giữa màng cứng và xương sọ gây đè ép não
- Có các dấu hiệu thần kinh khu trú
- Có thể phối hợp chảy máu nhu mô não, thần não... diễn biến nặng, tử vong rất nhanh

2.3. Chảy máu dưới màng cứng

- Hay gặp ở trẻ đẻ đủ tháng, thai to
- Có thể tiến triển慢 tính sau 1 – 2 tháng
- Biểu hiện: thiếu máu, thóp căng, vòng đầu lớn, liệt khu trú



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.





Trẻ sơ sinh

3. Triệu chứng cận lâm sàng

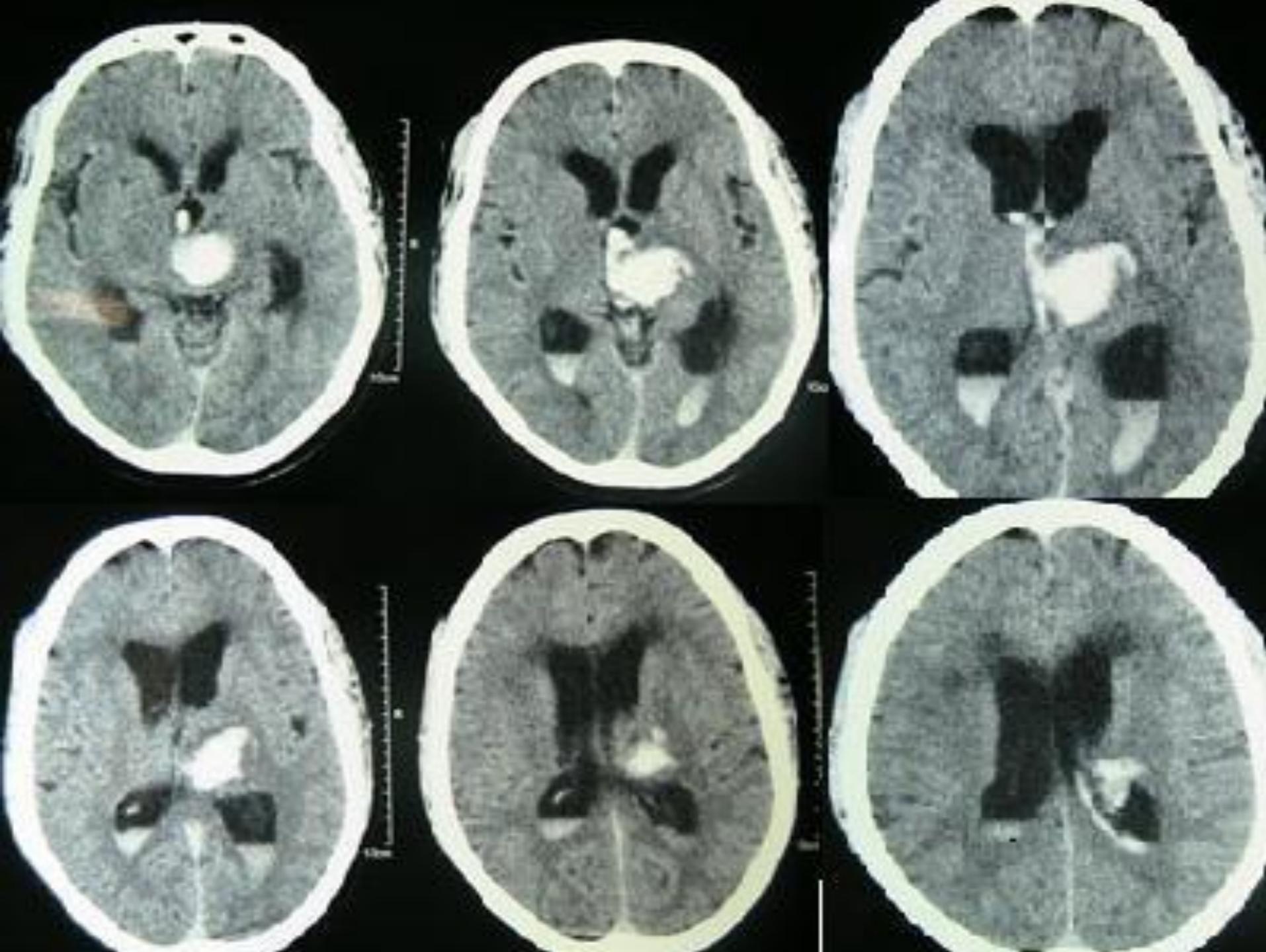
- CTM: thiếu máu đẳng sắc
- Siêu âm qua thóp hoặc chụp CLVT sọ não chia 4 mức độ:
 - Độ 1: Chảy máu mạc quanh não thất
 - Độ 2: Chảy máu trong não thất
 - Độ 3: Chảy máu trong não thất và gây giãn não thất
 - Độ 4: Như độ 3 và chảy máu trong nhu mô não
- Chọc DNT: có thể có máu không đông
- Xét nghiệm đông máu: có thể giảm tỷ lệ Prothrombin



Trẻ sơ sinh

4. Chẩn đoán

- Tiền sử sản khoa
- Triệu chứng lâm sàng: thiếu máu, thóp phồng, khóc thét, bỏ bú, dấu hiệu thần kinh khu trú
- Siêu âm qua thóp hoặc/ và chụp CLVT sọ não có hình ảnh máu tụ màng não, nhu mô não, não thất
- Hoặc / và dịch não tủy có máu không đông





Trẻ sơ sinh

5. Điều trị

- Cảm máu: vitamin K 5mg (tiêm bắp 3-5 ngày).
- Truyền máu tươi: 20ml-30ml/kg hoặc plasma tươi.
- Chóng suy hô hấp.
- Chóng phù não và tăng áp lực nội sọ:
 - Truyền Mannitol 0,5 – 1g/kg (cách 8h)
 - Tiêm TMC Dexamethason 0,2 - 0,4mg/kg (cách 8h)
 - Truyền Ringer Lactat sau truyền Mannitol: 50mg/kg



Trẻ sơ sinh

5. Điều trị

- Chống co giật
 - Phenobarbital 6-10mg/kg tiêm TM, hạn chế dùng seduxen vì ức chế hô hấp.
- Trẻ nằm yên tĩnh, đầu nâng cao 30⁰
- Nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày hoặc đường tĩnh mạch.
- Mô dân lưu lấy máu tụ khi có tụ máu khu trú dưới màng cứng hoặc trong nhu mô não ở lớp nồng.



Trẻ sơ sinh

6. Phòng bệnh

- Dự phòng bằng vitamin K1 cho tất cả trẻ ngay sau sinh:
 - Uống vitamin K1 liều 2 mg ở 3 thời điểm : ngay sau khi sinh, 2 tuần sau và 4-6 tuần sau (nếu trẻ bị tiêu chảy kéo dài phải dùng liều nhắc lại)
 - Tiêm bắp 1mg ngay sau khi sinh



Trẻ sơ sinh

6. Phòng bệnh

- Dự phòng vitamin K 5mg cho người mẹ 15 ngày trước khi sinh.
- Theo dõi chặt chẽ đối với trẻ có rối loạn đông máu.
- Trong thời gian cho con bú mẹ không ăn kiêng dầu mỡ, nên ăn thức ăn có đủ dinh dưỡng
- Khám và theo dõi thai định kỳ để tránh tai biến sản khoa.





Trẻ nhỏ

1. Nguyên nhân

- Giảm tỷ lệ prothrombin do thiếu vitamin K (trẻ 1 – 3 tháng, bú mẹ, mẹ ăn kiêng)
- Các nguyên nhân khác:
 - Viêm gan virus
 - Dị dạng đường mật bẩm sinh, kén ống mật chủ
 - Xơ gan
 - Hội chứng kém hấp thụ, tiêu chảy kéo dài



Trẻ nhỏ

1. Nguyên nhân

- Xơ nang tuy
- Sử dụng các thuốc chống đông máu
- Các bệnh nhiễm khuẩn nặng,
- Sử dụng kháng sinh dài ngày
- Các nguyên nhân hiếm gặp: giảm tiểu cầu, dị dạng mạch não, chấn thương



Trẻ nhỏ

2. Triệu chứng lâm sàng

- Trẻ thường hay có cơn khóc thét, quấy khóc hoặc khóc rên.
- Nôn trớ, bỏ bú
- Thiếu máu cấp
- Trẻ co giật hoặc hôn mê ngay
- Có các dấu hiệu thần kinh khu trú
- Trường hợp nặng có thể kèm theo rối loạn các chức năng sống: rối loạn thân nhiệt, hô hấp và tuần hoàn



Trẻ nhỏ

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- CTM: thiếu máu đắng sắc
- Trong trường hợp chảy máu do thiếu vitamin K, xét nghiệm cho thấy:
 - Thời gian đông máu thường kéo dài
 - Tỷ lệ prothrombin máu giảm.
 - APTT kéo dài.
 - Các yếu tố II, VII, IX, X giảm.



Trẻ nhỏ

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm thóp, hoặc /và chụp CLVT sọ não: phân chia mức độ chảy máu giống ở trẻ sơ sinh
- Chọc dò tuỷ sống: dịch máu để không đông, nếu đến muộn dịch não tuỷ màu nâu hoặc màu vàng.
- Xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân



Trẻ nhỏ

4. Chẩn đoán

- Bệnh xảy ra cấp tính: da xanh, khóc thét, thóp phồng
- Dấu hiệu màng não
- Dấu hiệu thần kinh khu trú
- Thiếu máu đắng sắc, cấp tính



Trẻ nhỏ

4. Chẩn đoán

- Siêu âm qua thóp hoặc /và chụp CLVT sọ não có hình ảnh chảy máu
- Hoặc /và dịch não tuỷ có máu
- Chẩn đoán nguyên nhân: thời gian đông máu kéo dài, tỷ lệ prothrombin giảm, men gan tăng, billirubin tăng, siêu âm bụng có hình ảnh gan to hoặc teo đường mật....



Trẻ nhỏ

5. Điều trị

- Tương tự trẻ sơ sinh
- Điều trị nguyên nhân

6. Phòng bệnh

- Phòng bệnh bằng Vitamin K trước sinh và sau sinh
- Chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh tiêu hóa và các bệnh mạn tính (viêm gan, tắc mật, tiêu chảy kéo dài, ...)
- Tránh chấn thương sọ não, ...





Trẻ lớn

1. Nguyên nhân

- Dị dạng mạch máu (80% trường hợp do vỡ túi phồng động mạch)
- Chấn thương sọ não.
- Bệnh rối loạn đông máu
- U thần kinh đệm di căn.

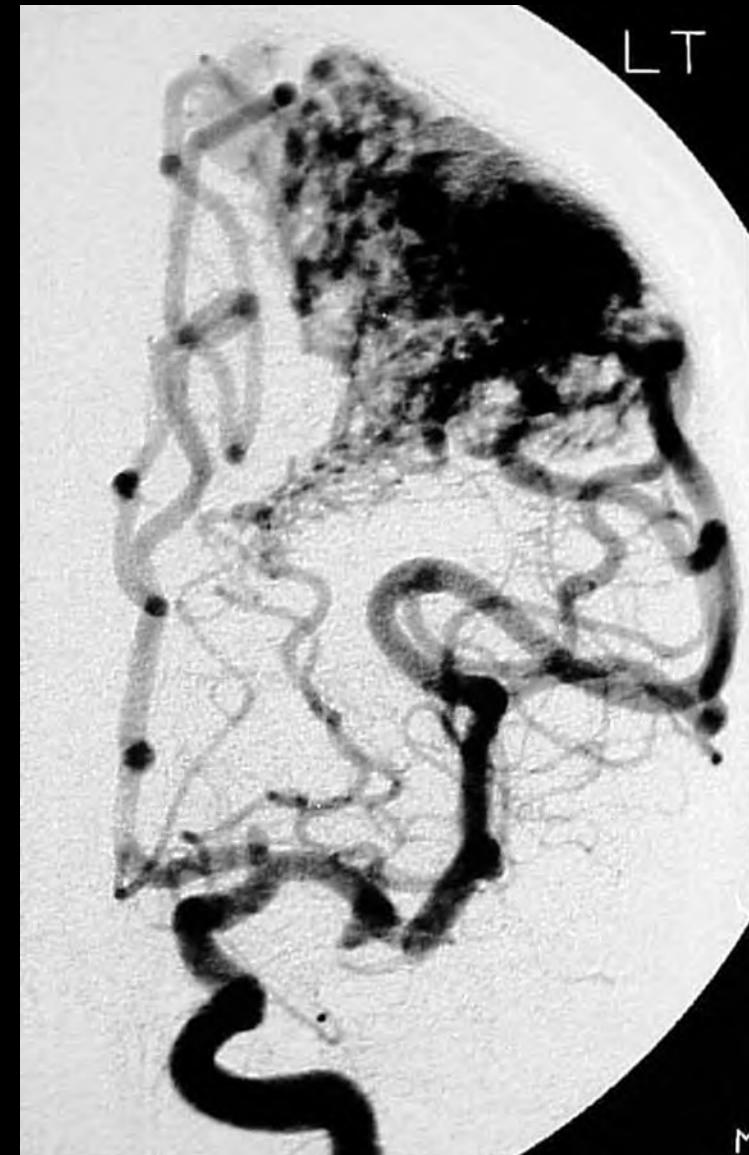
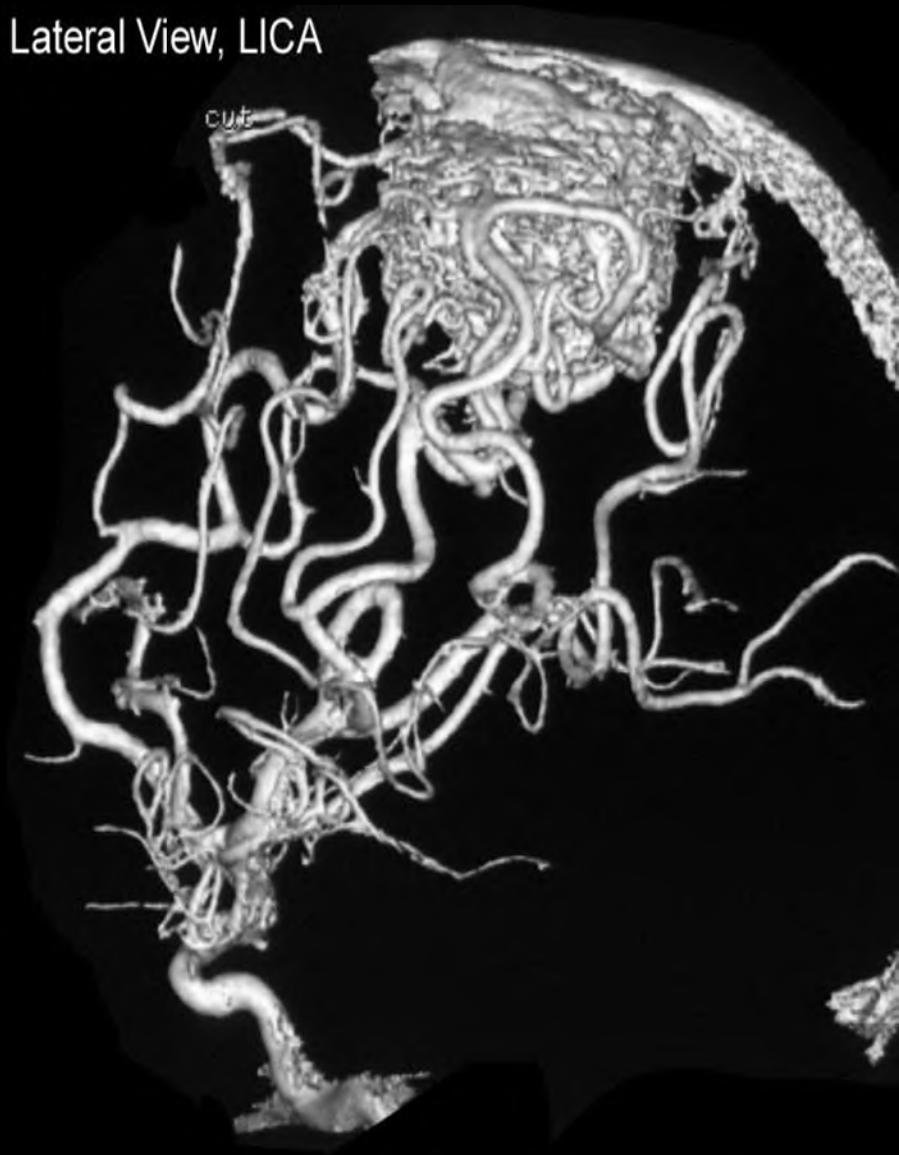


Trẻ lớn

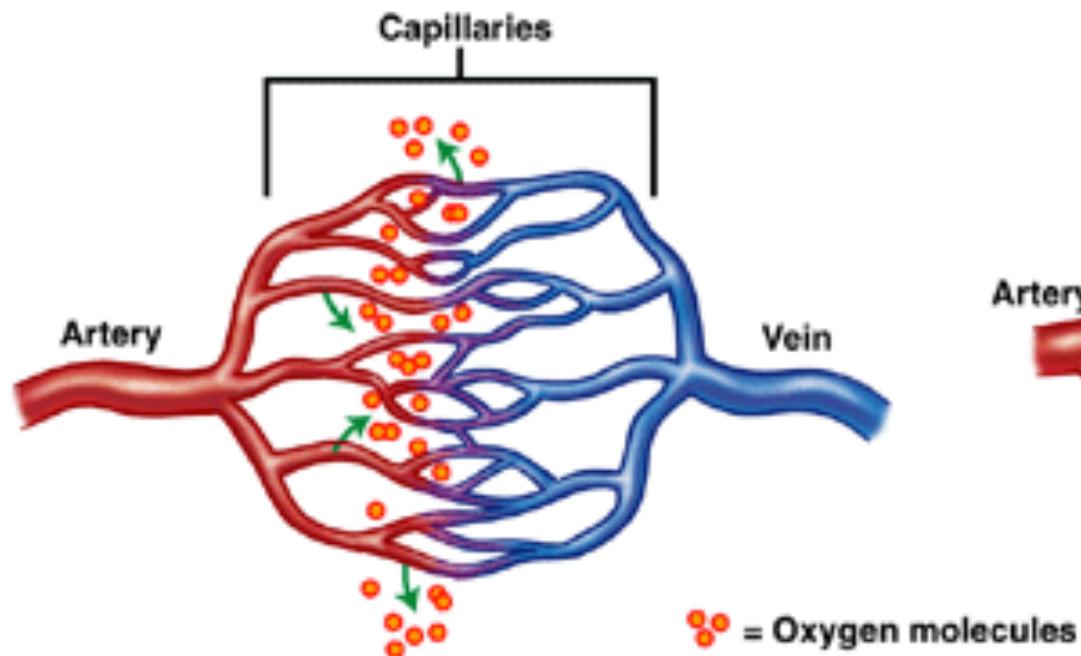
1. Nguyên nhân

- U mạch, đám rối mạch mạc.
- Lupus ban đỏ rải rác, viêm quanh mạch nút.
- Xơ gan
- Ngộ độc rượu, amphetamin...

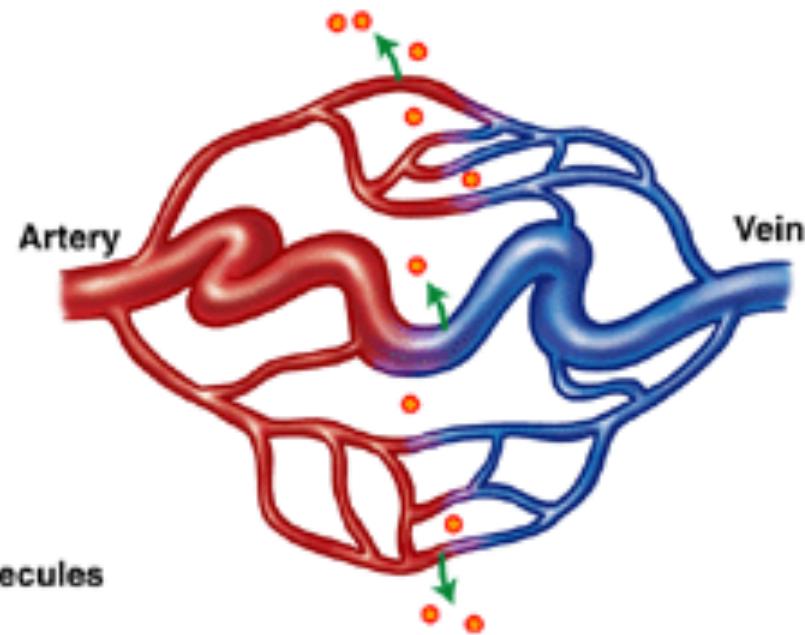
Lateral View, LICA

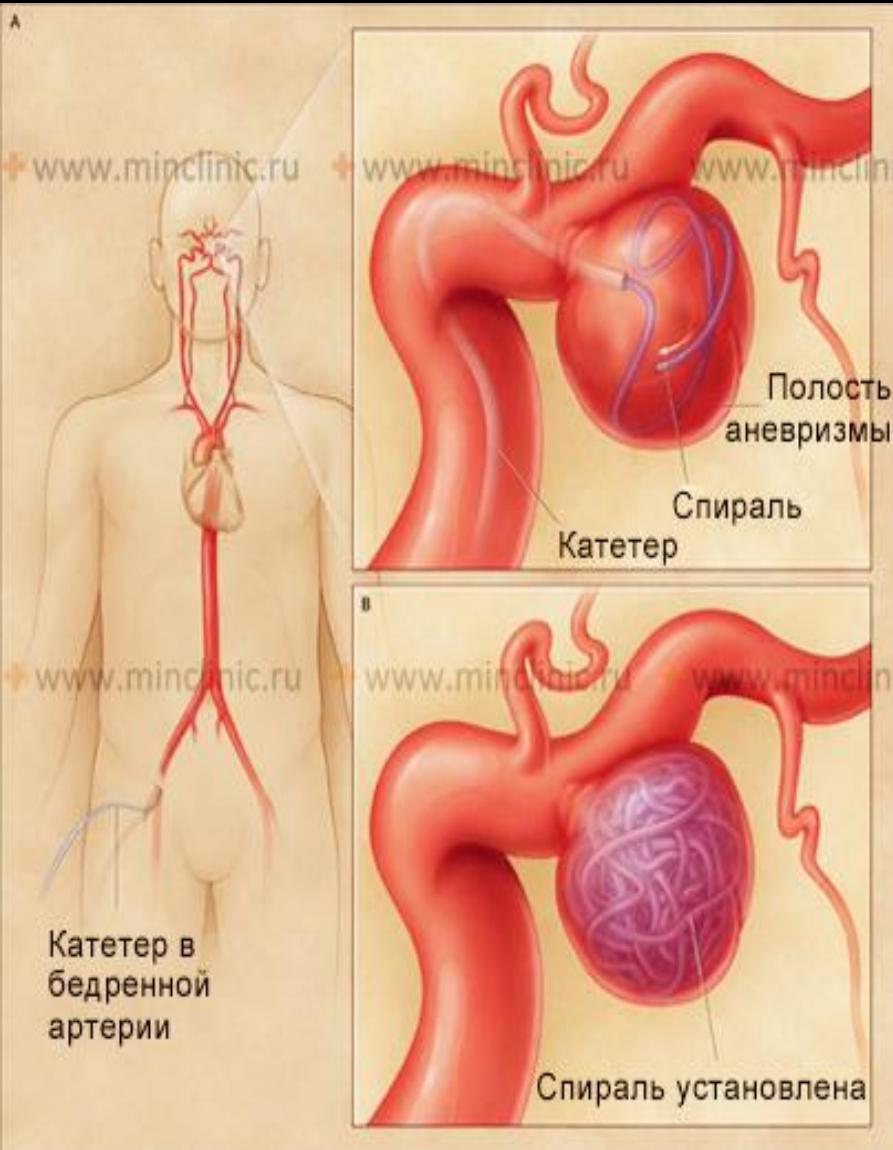
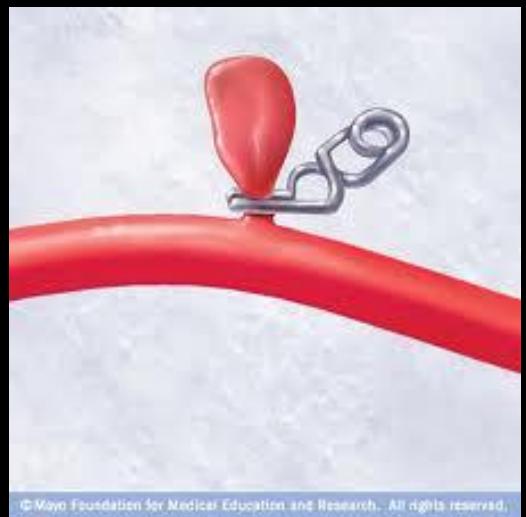
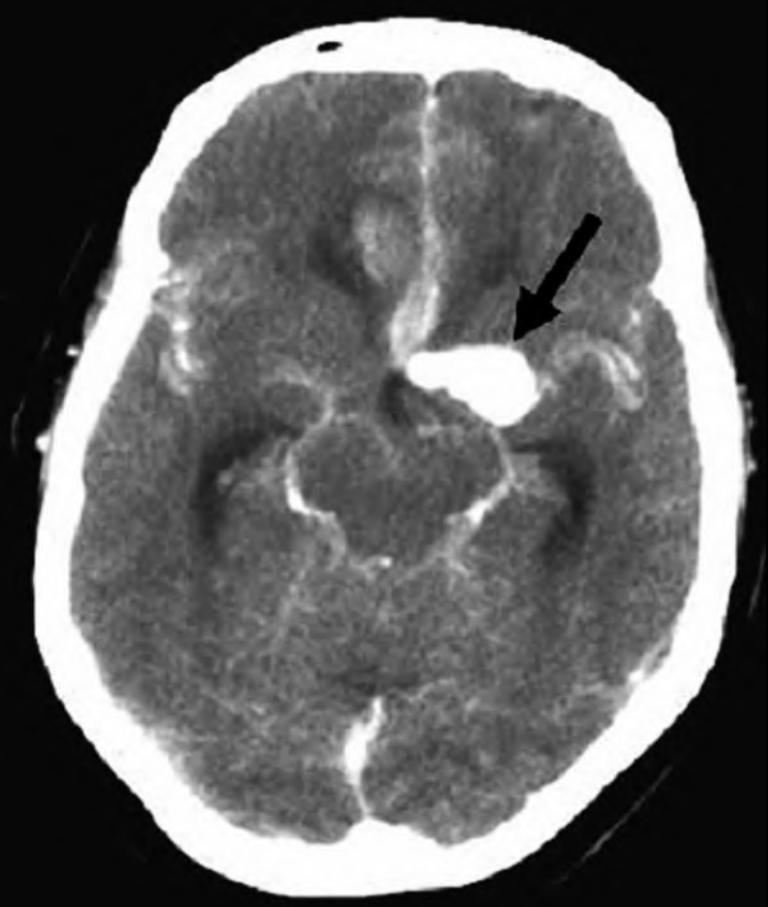


Normal Capillary Bed



Arteriovenous Malformation







Trẻ lớn

2. Triệu chứng lâm sàng

- **Triệu chứng cơ năng:**
 - Khởi đầu đột ngột, đau đầu dữ dội, rối loạn ý thức
 - Trẻ đau đầu, đau khắp đầu, đau dữ dội, nôn, co giật toàn thân
 - Rối loạn thần kinh thực vật: sốt, tăng nhịp thở, ứ đọng đờm dài, lạnh đầu chi



Trẻ lớn

2. Triệu chứng lâm sàng

■ Triệu chứng thực thể:

- Rối loạn ý thức, có thể thấy bót sắc tố trên da
- Hội chứng tăng áp lực nội sọ,
- Dấu hiệu thần kinh khu trú
- Hội chứng màng não, xuất huyết quanh võng mạc (xuất huyết dưới nhện)



Trẻ lớn

2. Triệu chứng lâm sàng

■ Triệu chứng thực thể:

- Liệt đơn thuần dây III và đau đầu là biểu hiện của vỡ túi phồng **đoạn tận** của động mạch cảnh trong.
- Liệt nửa người, phản xạ Babinski (+) do vỡ phình động mạch **não giữa**, xuất huyết bán cầu **vùng đồi thị**.
- Chảy máu ở tiêu não: chóng mặt dữ dội, rối loạn thăng bằng nhức đầu sau gáy, nôn, gáy cứng.



Trẻ lớn

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chọc dịch não tuỷ có máu không đông hoặc màu nâu, vàng (chảy máu màng não hoặc trong não thất)
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT scanner, MSCT):
 - Thấy tổn thương chảy máu
 - Có thể thấy khối dị dạng mạch



Trẻ lớn

3. Triệu chứng cận lâm sàng

- Chụp động mạch não:
 - Cho biết vị trí, độ lớn, hình thái dị dạng mạch
 - Có thể bình thường (dị dạng quá nhỏ, túi phồng tắc do cục máu, không thấy được do co thắt mạch)
- Các xét nghiệm khác
 - Công thức máu, máu chảy, máu đông
 - Tỷ lệ Prothrombin



Trẻ lớn

4. Chẩn đoán

- Dựa vào các biểu hiện lâm sàng xảy ra đột ngột: hội chứng màng não, hội chứng tăng áp lực nội sọ, các dấu hiệu thần kinh khu trú, bót sắc tố trên da, ...
- Màu sắc DNT
- Chụp CLVT sọ não,
- Chẩn đoán nguyên nhân: MSCT, MRI não và mạch não
- Chụp động mạch não (AG) xác định vị trí tôn thương và hình thái dị dạng mạch



Trẻ lớn

5. Điều trị

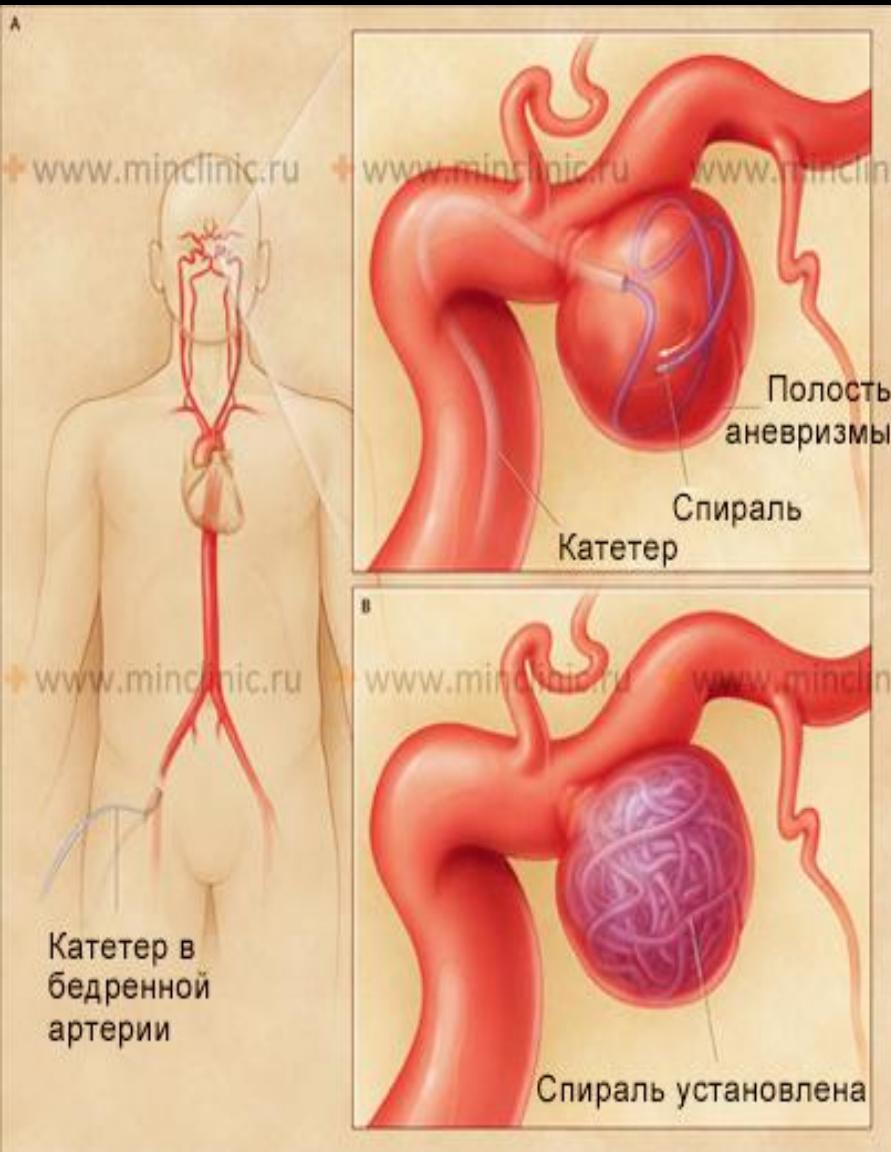
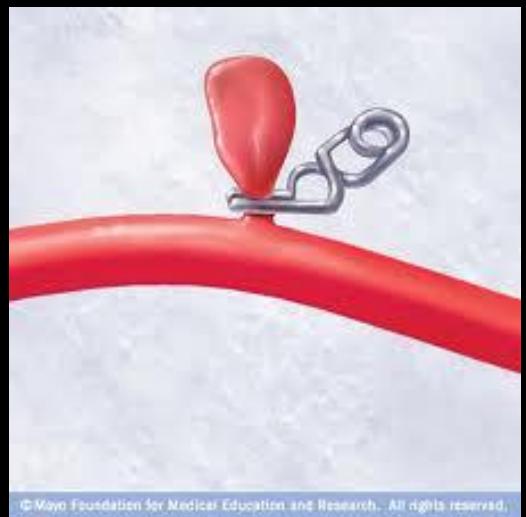
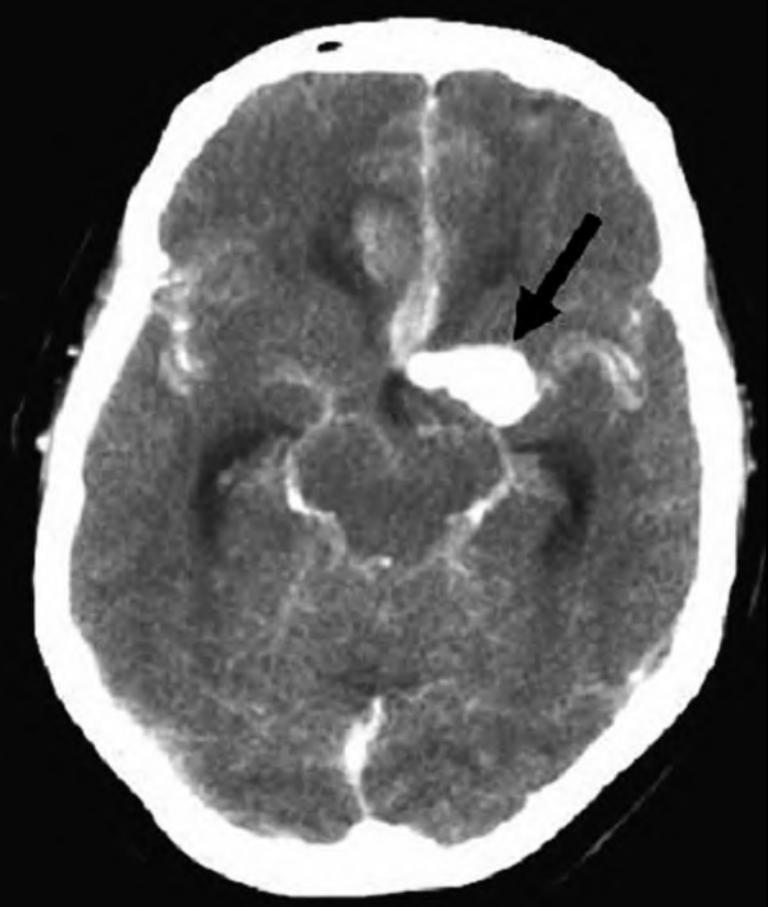
- Điều trị đặc hiệu - điều trị nguyên nhân
 - Can thiệp trực tiếp dị dạng và loại bỏ bằng đặt kẹp thắt cổ túi phồng dưới kính hiển vi.
 - Đối với thông động - tĩnh mạch, các dị dạng ở bề mặt vỏ não có thể cắt bỏ hoàn toàn. Các dị dạng ở trong sâu dùng phương pháp gây tắc mạch



Trẻ lớn

5. Điều trị

- Điều trị không đặc hiệu:
 - Nghỉ tuyệt đối trên giường.
 - Giảm áp lực sọ não, chống phù não: dung dịch Mannitol, Dexamethason
 - Thăng bằng nước và điện giải...
 - Điều trị triệu chứng và chăm sóc
 - Cân nhắc hút khói máu tụ





Tiến triển và tiên l^oợng

- Bệnh di^{ễn} biến thường rất nặng ở trẻ sơ sinh (50 – 60% tử vong trong số mắc bệnh trong ngày đầu tiên, 75% trẻ đ^e non và cân nặng thấp <1500g tử vong)
- Trẻ từ 2 tuần đến 3 tháng: tử vong 10-50%
- Số bệnh nhi sống sót với tỷ lệ di ch^úng thần kinh nặng: 30-50%.



anthsodaiduong.vn