MÁU TỤ DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Máu trong sọ chia làm 3 loại:

+ Máu tụ ngoài màng cứng

+ Máu tụ dưới màng cứng

+ Máu tụ trong não

* Việc chẩn đoán và điều chị phải nhanh chóng, kịp thời để hạn chế tỉ lệ tử vong và di chứng.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | MT NMC | | | | MT DMC | | | MT trong não | | | | |
| ĐN | | -Là máu tụ tối cấp (6-12h sau CT). Khối máu tụ nằm giữa xương sọ và màng cứng.  -Tiên lượng tố nếu xử trí sớm, đúng. | | | | -là khối máu tụ dưới màng cứng và trên bề mặt não  - LS chia làm 3 loại:  + cấp tính: xh trong 72h đầu  + bán cấp: 3-21 ngày  + mạn tính: từ tuần thứ 3 trở đi, sau CT nhẹ, có khi BN nhớ không rõ | | | -là khối máu tụ trong tổ chức não | | | | |
| NN | | -Do tổn thương:  + ĐM màng não  + Xương sọ vỡ  + Tổn thương xoang TM | | | | -Tổn thương:  +các TM cầu  +mạch máu vỏ não  +xoang TM | | | -Do tổn thương:  +MM trong tổ chức não  +não dập chảy máu | | | | |
| Lâm sang | | -Hỏi bệnh: xác định hoàn cảnh và cơ chế chấn thương | | | | | | | | | | | |
|  | | + thường do CT trực tiếp, có đường vỡ xương | | | | | + có thể do CT trực tiếp hoặc gián tiếp => tụ máu có thể cùn bên hay đối bên CT | + có thể do CT trực tiếp hoặc gián tiếp | | | | | |
| * Khám tri giác: | | | | |  |  | | | | | |
| + đa số có khoảng tỉnh điển hình | | | | | + sau tai nạn ≈ 40% có khoảng tỉnh, còn lại tri giác xấu dần. | + BN thường hôn mê ngay, tri giác xấu dần đi, ít khí có khoảng tỉnh. | | | | | |
|  | * Khám dấu hiệu thần kinh khu trú   + giãn đồng tử cùng bên vs máu tụ  + liệt ½ người đối bên với máu tụ   * Dấu hiệu này phải xuất hiện từ từ, trong quá trình theo dõi mới có giá trị | | | | | | | | | | | | |
|  | * Dấu hiệu thần kinh thực vật:   + nhịp thở tang, thân nhiệt tang, HA hơi tang, mạch chậm ( TE mạch nhanh, nhỏ)  + Thường xuấn hiện muộn, tiên lượng nặng | | | | | | | | | | | | |
|  | -Tổn thương da đầu: | | | | | | | | | | | | |
| + Cùng bên với tổn thương tụ máu não | | | | + Cùng bên hoặc đối bên với tổn thương máu não | | | | | + Cùng bên hoặc đối bên với tổn thương tụ máu não | | | |
|  | * Khám phát hiện các tổn thương phối hợp:   + khám cột sống: đặc biệt cột sống cổ dễ bị bỏ sót: như vỡ mỏm nhỏ, trật vỡ C1, C2,..  + Khám: bụng, ngực, tứ chi,… | | | | | | | | | | | | |
| Cận Lâm Sàng | * X-Quang sọ: | | | | | | | | | | | | |
| + thấy đường vỡ xương hoặc lún xương. | | | + Có thể có hoặc không thấy đường vỡ xương | | | | | | | + có thể có hoặc không có đường vỡ xương | | |
| * Chụp ĐM não: | | | | | | | | | | | | |
| + khoảng vô mạch, hình thấu kính, kèm theo đè đẩy ĐM não trước và giữa sang 2 bên | | + khoảng vô mạch hình liềm, nằm sát xương sọ.  + kèm theo đè đẩy ĐM não trước và giữa sang bên đối diện. | | | | | | | | + khoảng vô mạch trong não, đẩy các vòng mạch ra xung quanh. | | |
| * Chụp CT scanner sọ não: | | | | | | | | | | | | |
| + vùng tang tỷ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính lòi 2 mặt, đôi khi có góc nước não tủy.  +kèm dấu hiệu đè đẩy đường giữa và não thất sang bên đối diện.  +dấu hiệu tổn thương phối hợp: vỡ xương sọ, lún xương,.. | | +vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, có hình liềm, không có góc nước não tủy.  +kèm dấu hiệu phù não và đè đẩy đường giữa, não thất sang bên đối diện.  +dấu hiệu tổn thương phối hợp: vỡ xương, lún sọ,… | | | | | | | | | +vùng tăng, giảm tỉ trọng hỗn hợp, hình đa giác nằm trong tổ chức não.  +kèm dấu hiệu phù não, đè đẩy đường giữa, não thất sang bên đối diện.  +dấu hiệu tổn thương khác: vỡ xương, lún sọ,.. | |
|  | |  | | | | | | | | |  | |
| Điều trị | 1. Xử trí kì đầu: như xử trí ban đầu của 1 CTSN | | | | | | | | | | | | |
| 1. Chỉ định: | | | | | | | | | | | | |
| * Chẩn đoán phẫu thuật khi:   + có khoảng tỉnh  + có dấu hiệu thần kinh khu trú phù hợp, rõ.  +MTNMC có rối loạn tri giác ( giảm dần ).  + XQ quy ước có đường vỡ ở vùng xương thái dương.  +CT scanner: có máu tụ rõ, lớn.  +lưu ý:   * GCS >8đ: có thể chuyển về tuyến TW, nếu vận chuyển không quá 3h. * GCS<8đ: vận chuyển sẽ nguy hiểm, cân nhắc, nếu cần mổ tại địa phương.   -Chẩn đoán theo dõi: khi khối máu tụ nhỏ, bệnh nhân tỉnh (G:14-15đ), điều trị nội khoa, theo dõi sát tri giác, chụp CT kiểm tra khi cần. | | | -Chẩn đoán phẫu thuật khi: khối máu tụ lớn, tri giác xấu dần đi.  - Chẩn đoán theo dõi: máu tụ nhỏ, BN tỉnh ( G 14-15đ) điều trị nội, theo dõi sát tri giác, chụp CT kiểm tra khi cần. | | | | | | | | | - Chẩn đoán phẫu thuật khi:máu tụ lớn, vùng ít quan trọng, tri giác xấu dần.  - Chẩn đoán theo dõi: máu tụ nhỏ, BN tỉnh táo -> theo dõi sát tri giác, chụp CT kiểm tra khi cần.  - Không có chẩn đoán phẫu thuật khi:  + Mê sâu ngay, không có khoảng tỉnh.  + Máu tụ trong não rải rác có não dập.  + Rối loạn tuần hoàn, hô hấp, thân nhiệt tăng. |
| 1. Phẫu thuật   -mổ cấp cứu khi có chỉ định:  +Mở hộp sọ Volet ( có CT) hoặc khoan thăm dò ( dựa LS, XQ, không có CT scanner)  +Lấy máu tụ NMC  +Cầm máu nguồn chảy máu.  +Kiểm tra dưới màng cứng có máu tụ, dập não ở dưới không, khâu theo màng cứng.  +Dẫn lưu ngoài màng cứng.  +Đặt lại xương sọ, đóng vết mổ 2 lớp: cân Galea và lớp da đầu. | | | -Với máu tụ DMC cấp tính và bán cấp:  +Mổ Volet rộng, giải tỏa não.  +Mở màng cứng lấy máu tụ  +Tìm và cầm nguồn chảy máu  +Dẫn lưu dưới màng cứng  +Tùy trường hợp:   * Phù não nhẹ, não đập tốt: đóng màng não, đặt lại mảnh xương sọ. * Não phù nhiều, đập yếu: không nên đóng màng não, chỉ nên khâu đính hoặc tạo hình màng não nếu có điều kiện.Gửi mảnh xương vào ngân hang mô hoặc cấy dưới da bụng ( hố chậu T ), sau 2-3 tháng BN ổn định -> hẹn đến mổ đặt lại.   -MT DMC mạn tính: tiên lượng tốt:  +Gây tê tại chỗ = Xylocain 1%  +Khoan 1 lỗ ở TD đỉnh ( bướu đỉnh ) bán cầu có máu tụ.  +Mổ màng não, hút nước sẫm màu, có khi đặc quánh.  +Đặt dẫn lưu, bơm rửa = huyết thanh sinh lí, rút sau 48h | | | | | | | | | -Với máu tụ cấp tính:  +Mổ Volet rộng  +Lấy máu tụ, cầm máu, giải tỏa não.  -Máu tụ bán cấp, mạn tính: chỉ cần khoan 1 lỗ, bơm rửa, dẫn lưu ổ máu tụ. |
|  | 1. Điều trị sau mổ:  * Theo dõi:   +tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú -> phát hiện máu tụ tái phát.  +DHTKTV, toàn trạng: M, T, HA, nhịp thở.  +Ống dẫn lưu, rút sau mổ 24-48h  +Vết mổ.   * Chống phù não tích cực.   +Đảm bảo thông khí: nằm đầu cao 30 ∘, đầu ngay ngắn, thở oxi  +Hạn chế kích thích.  +Ổn định huyết động: dựa theo PVC, sao cho HA đau tối đa: 110-140 mmHg.  +Đảm bảo thăng bằng kiềm toan.  +Thuốc: Mannitol 20%, lợi tiểu. ( nếu có phù não )   * Kháng sinh toàn thân, liều cao, chống nhiễm khuẩn * Nuôi dưỡng, phòng biến chứng nằm lâu. * PHCN sau mổ: lời nói, vận động, hành vi,.. | | | | | | | | | | | | |