# QUẢN LÝ BAN ĐẦU CHẤN THƯƠNG ĐẦU KÍN Ở NGƯỜI LỚN

## ĐỊNH NGHĨA

1 BN nhập viện sau 1 chấn thương đầu cấp bằng vật tù, có kèm theo hoặc không bệnh sử rõ ràng về mất ý thức hoặc mất trí nhớ.

## TÍNH CHẤT ĐIỂN HÌNH

* Cú đụng mạnh trực tiếp vào đầu hoặc chấn thương do tăng tốc / giảm tốc
* Mất ý thức hoặc mất trí nhớ ban đầu trong một khoảng thời gian (viriable duration)
* Thay đổi về thời gian và độ trầm trọng của dấu thần kinh khu trú và/hoặc lan tỏa

## Ngoại lệ cụ thể:

* Chấn thương đầu xuyên thấu thấy rõ trên lâm sàng
* Tổn thương não không do chấn thương

## PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG ĐẦU KÍN

Phân loại ATLS của chấn thương đầu dựa vào GCS ban đầu lúc nhập viện sau hồi sức và ổn định. Hệ thống này phân loại bệnh nhân với GCS ban đầu = 13 điểm thuộc nhóm chấn thương đầu mức độ vừa vì BN có nét tương tự như chấn thương nội sọ và di chứng về hành vi, nhận thức. Bảng sau hướng dẫn về phân độ và hậu quả:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NHẸ (A) | TB (B) | Nặng (C) |
| GCS ban đầu | 14-15 | 9-13 | 3-8 |
| % | 80 | 10 | 10 |
| Bất thường trên CT | 10 | 40 | 90 |
| Can thiệp PT thần kinh | 1-3 | 10-15 | 40-50 |
| Tử vong | <1 | 10-15 | 20-80 |
| Dự hậu chức năng tốt | >90 | 50 | 10-50 |

# QUẢN LÝ BN CHẤN THƯƠNG ĐẦU MỨC ĐỘ NHẸ (GCS 14-15)

## ĐỊNH NGHĨA

BN GCS ban đầu 14-15đ nhập viện sau chấn thương đầu bằng vật tù cấp tính (kèm theo hoặc không bệnh sử rõ ràng về mất ý thức hay mất trí nhớ)

## TÍNH CHẤT ĐIỂN HÌNH

* Va đập trực tiếp vào đầu hoặc chấn thương tăng/giảm tốc
* Mất ý thức hay mất trí nhớ tạm thời
* Bất thường tạm thời về sự thức tỉnh, hành vi và nhận thức
* Hiếm can thiệp phẫu thuật thần kinh
* Triệu chứng sau sang chấn thường gặp
* Tiên lượng xa về chức năng tốt

## PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Chấn thương đầu mức độ nhẹ được chia nhỏ thành nhóm nguy cơ cao và thấp dựa vào nguy cơ có chấn thương nội sọ cần yêu cần can thiệp phẫu thuật thần kinh. Phân tầng nguy cơ cao hay thấp của chấn thương nội so dựa vào:

* GCS ban đầu lúc nhập viện và 2 giờ sau chấn thương
* Khoảng mất ý thức và mất trí nhớ
* Có hay không các YTNC cụ thể khác

## TRIỆU CHỨNG SAU SANG CHẤN:

Thường gặp trong chấn thương đầu mức độ nhẹ và có thể có ảnh hưởng rõ về sự thức tỉnh-hành vi-xã hội lên bệnh nhân và gia đình. Triệu chứng sau sang chấn điển hình bao gồm: đau đầu, hoa mắt, mệt mỏi, suy giảm trí nhớ, mất tập trung, thay đổi khí sắc và thay đổi hành vi.

## MỨC ĐỘ ƯU TIÊN CỦA CHẤN THƯƠNG ĐẦU MỨC ĐỘ NHẸ:

* 1. Nhận định BN cần can thiệp PT thần kinh cấp tính, sớm
  2. Nhận định BN cần nhập viện do tăng nguy cơ tiến triển xấu
  3. Nhận định BN được xuất viện an toàn và được theo dõi tại nhà
  4. Dặn dò khi xuất viện để giúp nhận định và đưa BN nhập viện lại sớm nếu diễn tiến xấu không mong muốn.

## ĐÁNH GIÁ BN CT ĐẦU NHẸ

BN CT đầu nhẹ nên có thời gian quan sát tối thiểu là 4h sau chấn thương. Theo dõi bao gồm:

* GCS
* Thức tỉnh/hành vi/nhận thức
* Phản xạ đồng tử
* Sinh hiệu

## QUY ĐỊNH CƠ BẢN CHO CHỈ ĐỊNH CT SCANNER TRONG CT ĐẦU NHẸ

* Xq sọ không đủ nhạy để làm test tầm soát thường quy phát hiện thương tổn nội sọ đáng kể
* CT Scanner là công cụ thích hợp nhất để loại trừ thương tổn thần kinh đáng kể cần phẫu thuật ở BN CT đầu nhẹ
* CT Scanner được chỉ định cho BN CT đầu nhẹ được khám lâm sàng toàn diện nhận định là có tăng nguy cơ CT nội sọ
* Nếu khám lâm sàng toàn diện cho thấy nguy cơ chấn thương nội sọ thấp, làm CT Scanner thường quy sẽ không có lợi về lâm sàng lẫn hiệu quả kinh tế.
* Thời gian làm CT Scanner: làm sớm có thể không phát hiện được chấn thương nội sọ như dưới màng cứng hay bầm tím, thường thấy muộn hơn. May mắn là nhiều nghiên cứu có thấy CT Scanner bình thường ban đầu cho phép xuất viện an toàn và chỉ có 1 số ít BN tiến triển xấu thì thường có dự hậu tốt. Do đó, đề nghị làm CT Scanner sớm sau khi chỉ định làm CT Scanner là cần thiết.

## CHỈ ĐỊNH CT SCANNER CHO BN CT ĐẦU NHẸ

1. NGUY CƠ CAO

CT ĐẦU NHẸ CÓ NGUY CƠ CAO CẦN CT SCANNER

Những YTNC sau xác định BN CT đầu nhẹ (GCS ban đầu 14-15) có nguy cơ cao bị tổn thương lâm sàng nặng. Các BN này cần phải được làm CT Scanner ngay khi có thể, nếu có bất kì các triệu chứng sau:

* 1. Đánh giá ban đầu
* GCS vẫn giữ <15 điểm sau 2 giờ chấn thương (bao gồm GCS bất thường do rượu hay thuốc)
* Có dấu thần kinh khu trú
* Lâm sàng nghi ngờ vỡ sọ
* Mất ý thức >5 phút
* Mất trí nhớ thuận chiều, hoặc nghịch chiều >30 phút
* Co giật sau chấn thương
* Nôn tái đi tái lại (>2 cơn)
* Đau đâu nặng kéo dài
* Bệnh lí đông máu biết trước đo
* Tuổi >65 (Đánh giá lâm sàng phù hợp nếu không có các YTNC khác hiện diện)
  1. Sau 1 thời gian theo dõi (4h sau chấn thương)
* GCS giảm bất kì
* Trạng thái tâm thần bất thường kéo dài (thức tỉnh, hành vi và nhận thức bất thường)
* Bất kì BN không cải thiện lâm sàng
  1. Cần đánh giá lâm sàng nếu:
* Tuổi >65
* Dùng thuốc hay rượu
* Cơ chế nguy hiểm
* Đa chấn thương
* Suy chức năng/giải phẫu thần kinh đã biết
* Nhập viện trễ hay tái nhập viện

1. NGUY CƠ THẤP

CT ĐẦU NHẸ NGUY CƠ THẤP KHÔNG CẦN CT SCANNER

Những triệu chứng sau xác định BN CT đầu nhẹ (GCS ban đầu 14-15) có nguy cơ thấp tổn thương lâm sàng nặng. Những BN này không nên làm CT Scanner thường quy nếu có tất cả các yếu tố sau:

* 1. Đánh giá ban đầu:
* GCS 15 sau 2 giờ chấn thương
* Không dấu thần kinh khu trú
* Lâm sàng không nghi ngờ vỡ sọ
* Mất ý thức xảy ra ngắn <5 phút
* Mất trí nhớ cùng/ngược chiều xảy ra ngắn < 30 phút
* Không co giật sau chấn thương
* Buồn nôn nhẹ hoặc 1 cơn nôn
* Không đau đầu nặng dai dẳng
* Không bệnh đông máu
* Tuổi <65 tuổi
  1. Sau 1 thời gian theo dõi (4h sau chấn thương)
* Trạng thái tâm thành ổn định gồm sự thức tỉnh, hành vi và nhận thức
* Không tiến triển xấu hơn khi theo dõi
* Lâm sàng cải thiện
  1. Cần đánh giá lâm sàng nếu:
* Tuổi >65
* Dùng thuốc hay rượu
* Cơ chế nguy hiểm
* Đa chấn thương
* Suy chức năng/giải phẫu thần kinh đã biết
* Nhập viện trễ hay tái nhập viện

## KHI NÀO BN CT ĐẦU NHẸ AN TOÀN XUẤT VIỆN?

BN CT đầu nhẹ có thể được xuất viện sau 1 khoảng thời gian ban đầu được theo dõi trong bệnh viện nếu họ thỏa các tiêu chuẩn lâm sàng, xã hội và dặn dò khi xuất viện:

* + 1. Lâm sàng
* Trạng thái tâm thần và hành vi ổn định với triệu chứng sau sang chấn ít có cải thiện lâm sàng sau chấn thương ít nhất 4 tiếng
* Không có YTNC lâm sàng cần làm CT Scanner hay CT Scanner bình thường nếu được làm do có YTNC hiện diện
* Không có chỉ điểm lâm sàng về theo dõi tại viện kéo dài (dù kết quả CT Scanner có thế nào) như là:

+ lâm sàng tiến triển xấu

+ GCS bất thường hoặc dấu thần kinh khu trú kéo dài

+ trạng thái tâm thần và hành vi bất thường kéo dài

+ triệu chứng sau sang chấn nặng kéo dài

+ ngộ độc rượu hay thuốc kéo dài

+ bệnh đông máu (liên quan)

+ chấn thương đa hệ (liên quan)

+ vấn đề y khoa tái đi tái lại (liên quan)

+ >65 tuổi (liên quan)

* + 1. Xã hội
* Có người chịu trách nhiệm đưa BN về nhà
* Có người chịu trách nhiệm theo dõi BN ở nhà
* BN có thể quay lại BV dễ dàng trong tình huống diễn tiến xấu
* Dặn dò xuất viện bằng lời nói và chữ viết được hiểu rõ
  + 1. Dặn dò xuất viện
* Viết tóm tắt xuất viện cho BS địa phương
* Dặn dò bệnh nhân và người nhà bằng lời nói và chữ viết về các vấn đề chấn thương đầu:

+ TCCN và TCTT của tình trạng diễn tiến xấu cấp tính

+ lí do gọi cấp cứu

+ triệu chứng sau sang chấn điển hình

+ lí do cần phải theo dõi thường xuyên

# QUẢN LÝ BN CHẤN THƯƠNG ĐẦU MỨC ĐỘ TB (GCS 9-13)

## CHĂM SÓC TIÊU CHUẨN

* Đánh giá ban đầu và sơ cứu theo ABCDE
* CT Scanner sớm để phát hiện chính xác máu tụ nội sọ khu trú cần phẫu thuật thần kinh.
* Thời gian theo dõi tại khoa Cấp cứu
* Ngăn chặn tổn thương não thứ phát bằng cách chống giảm O2 máu (SaO2 <90%) và tụt huyết áp (HATThu<90)
* Chăm sóc hồi sức theo ABCDE
* Chấp nhận theo dõi dài hạn tại viện (24-48h) trừ phi có cải thiện lâm sàng nhanh chóng, CT Scanner bình thường và không có các YTNC khác
* Hội chẩn ngoại TK sớm nếu lâm sàng không cải thiện và/hoặc CT Scanner bất thường (phương án cuối cùng là gọi điện cho chuyên gia)
* BN có CT Scanner bình thường hay gần bình thường mà không đạt được GCS 15 điểm trong vòng 12 giờ nên làm lại 1 cái CT Scanner mới tại lúc đó.
* Test thường quy về mất trí nhớ sau chấn thương

## DỰ HẬU (tiên lượng)

* Gần 80% trường hợp chấn thường đầu TB cải thiện trong khi 20% còn lại tiến triển xấu và cần quản lí như chấn thường đầu nặng
* Đa số BN bị chấn thương đầu trung bình có di chứng đáng kể về nhận thức hành vi xã hội và nên được xem xét theo dõi thường xuyên với PHCN về tổn thương não hoặc 1 BS nội hay ngoại TK

# QUẢN LÝ BN CHẤN THƯƠNG ĐẦU MỨC ĐỘ NẶNG (GCS 3-8)

## CHĂM SÓC TIÊU CHUẨN

* Hồi sức hệ thống ban đầu
* CT Scanner sớm để phát hiện chính xác máu tụ nội sọ khu trú cần phẫu thuật thần kinh.
* Ngăn chặn tổn thương não thứ phát bằng cách tránh giảm O2 máu (SaO2 <90%) và tụt huyết áp (HATThu<90)
* Chăm sóc hỗ trợ theo dõi thích hợp, tư thế đầu cao 30 độ, chăm sóc điều dưỡng cơ bản và tránh tăng thông khí
* Hội chẩn ngoại thần kinh sớm
* Dùng monitor đo ALNS để hướng dẫn quản lí áp lực tưới máu não ở BN với tổn thương não nặng.
* Có thể sử dụng chống động kinh nhằm ngăn ngừa co giật sớm sau chấn thương
* Nhập ICU

## TIẾN TRIỂN THÀN KINH XẤU CẤP TÍNH = TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ:

* Đồng tử dãn (một hay 2 bên)
* Phản xạ ánh đồng tử không đồng bộ
* Tư thế gồng mất não hay mất vỏ
* Thăm khám thần kinh thấy diễn tiến một xấu hơn
* Dấu hiệu thoát vị qua lều trên CT (thay đổi đường giữa)

## QUẢN LÍ SỚM

* Hồi sức và ổn định
* Tăng thông khí ngắn hạn đến PaCO2 25-30
* Mannitol 1g/kg Bolus tĩnh mạch <20 phút

(Người lớn trung bình 300ml Mannitol 20%) nhưng kiểm soát bằng Prophylactic không được khuyến cáo (nếu không có dấu hiệu TALNS)

* CT Scanner sớm với can thiệp PT thần kinh nếu có chỉ định

***Thuốc chống động kinh Prophylactic:*** Các thuốc chống động kinh có thể sử dụng để giảm khả năng bị co giật sớm sau chấn thương (trong vòng 7 ngày sau chấn thương) ở BN có nguy cơ cao bị co giật (xem bảng sau)

NGUY CƠ CAO BỊ CO GIẬT SAU CHẤN THƯƠNG

* Tụ máu dưới màng cứng, ngoài màng cứng và trong não
* Vỡ sọ lún hở với chấn thương não
* Co giật trong 24 giờ đầu sau chấn thương
* GCS <10 điểm

 +/- bầm tím ở vỏ trên CT Scanner

* Các thuốc chống động kinh Prophylactic không ngăn ngừa co giật sau chấn thương trễ (>7 ngày)
* Phetytoin (Dilantin), Valproate (Depakine) hoặc Phenobarbital (Gardenal) có thể sử dụng để giảm tần suất của co giật sớm sau chấn thương
* Valproate Sodium (Depakine):

+ Liều tải 20mg/Kg IVL 5 phút.

+ Theo sau đó 1mg/Kg/h IVSE 30 phút