

# MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH NHẬN XÉT QUA 5 TRƯỜNG HỢP MỔ CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

NGUYỄN THANH HẢI - Sở Y tế Vinh Phúc

## TÓM TẮT

Trong 6 tháng (Từ 9/2006 – 3/2007) tại BVĐK tỉnh Vinh Phúc đã tiếp nhận và phẫu thuật 5 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Cả 5 bệnh nhân đều là nam giới, tuổi thấp nhất là 41 cao nhất là 76. 100% bệnh nhân đều có tiền sử liên quan đến chấn thương nhẹ từ trước. Thời gian đến viện để mổ tính từ sau tai nạn, sớm nhất là 4 tuần, muộn nhất sau 12 tuần. Các triệu chứng lâm sàng thường thấy là có rối loạn tri giác, đau đầu, liệt nửa người và cao huyết áp, hầu hết (4/5 BN) được chẩn đoán là tai biến mạch máu não do cao huyết áp ở tuyến trước và khi vào viện, cả 5 bệnh nhân đều được chụp CT Scanner sọ não vì lý do khác và phát hiện máu tụ DMC mạn tính. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật mổ sọ bằng 1 lỗ khoan sọ có mở rộng xương, hút máu tụ, bơm rửa và dẫn lưu. Kết quả sau mổ 4 bệnh nhân phục hồi tri giác và vận động nhanh, tỉnh, hết liệt chiếm tỷ lệ 80%, một bệnh nhân tử máu trong não sau mổ để lại di chứng liệt nửa người đang được điều trị phục hồi chức năng. Không gặp máu tụ DMC tái phát sau mổ.

**Kết luận:** Máu tụ DMC mạn tính thường gặp sau một chấn thương sọ não nhẹ, bệnh cảnh lâm sàng thường không điển hình, chụp cắt lớp vi tính cho chẩn đoán xác định. Phương pháp mổ mở sọ bằng một lỗ khoan sọ vừa đơn giản vừa có hiệu quả điều trị cao, trả lại sức lao động và sinh hoạt nhanh cho người bệnh. Thực tế khi khám lâm sàng trước một bệnh nhân có các triệu chứng bệnh cảnh như tai biến mạch máu não trong tiền sử có liên quan đến chấn thương dù nhẹ, cũng nên nghĩ đến máu tụ DMC mạn tính và cho chụp cắt lớp vi tính để có chẩn đoán xác định.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng (DMC) mạn tính là máu tụ trong hộp sọ giữa màng cứng và màng nhện, nằm ở khoang DMC được chẩn đoán từ tuần thứ 3 sau chấn thương.

Bệnh cảnh lâm sàng máu tụ DMC mạn tính không điển hình, diễn biến chậm, từ từ nên việc chẩn đoán lâm sàng máu tụ DMC mạn tính không phải là khó khăn nhưng rất dễ bỏ qua, dễ nhầm lẫn với bệnh lý của nội thần kinh như rối loạn tâm thần tai biến mạch máu não... Ngày nay chụp cắt lớp vi tính là phương tiện để chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính rất hiệu quả. Tại BVĐK tỉnh Vinh Phúc từ tháng 6/2006 máy chụp cắt lớp vi tính tương đối hiện đại đã được lắp đặt góp phần chẩn đoán sớm các trường hợp máu tụ nội sọ trong đó có máu tụ DMC mạn tính. Kỹ thuật mổ máu tụ DMC mạn tính bằng phương pháp dẫn lưu máu tụ qua 1 hoặc 2 lỗ khoan sọ đang được áp dụng phổ biến ở trong nước cũng như trên thế giới. Máu tụ DMC mạn tính có kết quả sau mổ thường là rất tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, để muộn khối máu tụ quá lớn gây chèn ép não sẽ tăng thêm những tổn

thương thứ phát, có thể dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề.

Đã có một số nghiên cứu về máu tụ DMC mạn tính, tuy nhiên cũng chưa được đầy đủ và toàn diện. Bệnh viện đa khoa tỉnh trước đây chưa mổ máu tụ DMC mạn tính, đây là những bệnh nhân đầu tiên được mổ máu tụ DMC mạn tính tại Bệnh viện sau khi có chụp cắt lớp vi tính. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu và có một số nhận xét qua 5 trường hợp được chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính và được phẫu thuật tại BVĐK tỉnh Vinh Phúc từ tháng 9/2006 đến tháng 3/2007 nhằm mục đích: "Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng chẩn đoán sớm máu tụ DMC mạn tính và có thái độ xử trí đúng, kịp thời".

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

**1. Đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính đã được phẫu thuật tại BVĐK tỉnh từ tháng 9/2006 đến hết tháng 3/2007.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu và tiến cứu.

**3. Tiêu chuẩn nghiên cứu:** Lâm sàng, cận lâm sàng (chụp cắt lớp vi tính), phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Phân bố về giới và tuổi:** Cả 5 bệnh nhân đều là nam giới, tuổi thấp nhất là 41 cao nhất là 76 tuổi.

**Nguyên nhân gây chấn thương:** 5 bệnh nhân đều có tiền sử liên quan đến chấn thương nhẹ từ trước, có 3 bệnh nhân TNGT, 2 bệnh nhân tai nạn sinh hoạt.

### Thời gian đến viện sau tai nạn.

Thời gian	3 – 6 tuần	6 – 9 tuần	Trên 9 tuần	Tổng
Số BN	1	2	2	5
Tỷ lệ %	20,00	40,00	40,00	100,00

Bệnh nhân có biểu hiện bệnh sớm nhất và được đưa tới viện sau tai nạn 4 tuần. Hầu hết bệnh nhân đến viện sau tai nạn 6 tuần, có 2 bệnh nhân đến viện sau 12 tuần.

### Tri giác trước mổ.

Điểm Glasgow	13 – 15	9 – 12	6 – 8	3 – 5	Tổng số
Số bệnh nhân	1	2	1	1	5
Tỷ lệ %	20,00	40,00	20,00	20,00	100,00

Hầu hết bệnh nhân có tình trạng tri giác không được tốt lắm, có 2 bệnh nhân hôn mê sâu có rối loạn hô hấp.

### Các triệu chứng lâm sàng khác.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau đầu	5	100,00
Nôn	3	60,00
Cao HA	4	80,00
Liệt nửa người	2	40,00

Đau đầu là dấu hiệu hay gặp nhất (100%), cao huyết áp cũng là triệu chứng thường gặp trong máu tụ DMC mạn tính.

### Kết quả chụp cắt lớp vi tính.

Vị trí	Bán cầu (P)	Bán cầu (T)	Hai bên	Tổng
Số BN	2	2	1	5
Tỷ lệ %	40,00	40,00	20,00	100,00

Hai trường hợp máu tụ bán cầu phải, 2 bệnh nhân có máu tụ bán cầu trái, có 1 bệnh nhân máu tụ cả 2 bên bán cầu đại não. Cả 5 trường hợp não thất bên cùng bên có tổn thương bị đè đẩy, xẹp, não thất bên của bên đối diện bị giãn, các rãnh cuốn não bị xóa, hẹp. Đường giữa bị đè đẩy sang bên đối diện ít nhất là 12,5mm, nhiều nhất là 18mm, cả 5 bệnh nhân đều không thấy hình ảnh vỡ xương hộp sọ trên chụp cắt lớp vi tính.

**Chẩn đoán trước mổ:** 5/5 bệnh nhân (100%) chẩn đoán chưa chính xác ở tuyến trước và khi vào điều trị nội trú tại Bệnh viện. Hầu hết được chẩn đoán là cao huyết áp, tai biến mạch máu não chỉ được chẩn đoán xác định khi chụp cắt lớp vi tính.

**Phương pháp mổ:** 4 bệnh nhân được mổ bằng 1 lỗ khoan sọ, 1 bệnh nhân được mổ bằng 2 lỗ khoan sọ, sau đó mở rộng lỗ khoan 1,5, mở màng cứng, bơm rửa bằng dung dịch mặn đẳng trương cho với nước trong. Dẫn lưu ổ máu tụ, rút dẫn lưu sau 48 giờ.

**Dịch máu tụ:** Toàn bộ sớm đều có dịch màu đen loãng, 2 trường hợp có máu cục đen kèm theo.

**Kết quả sau mổ:** Không có tử vong. 4/5 bệnh nhân sau mổ tri giác phục hồi rất tốt, 2/5 bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn sau mổ 6 giờ. Có 2 bệnh nhân thở máy sau mổ 30 giờ và 36 giờ. Có 1 bệnh nhân diễn biến lâm sàng hồi phục chậm hơn các bệnh nhân khác do biến chứng sau phẫu thuật (chảy máu nhu mô não) thời gian thở máy là 4 ngày còn di chứng liệt nhẹ nửa người. Các bệnh nhân còn lại đều hồi phục hoàn toàn về tri giác và vận động tốt.

### BÀN LUẬN

**Tuổi già:** Tuổi thường gặp nhất ở trung niên và người già, cả 5 bệnh nhân đều là nam giới. Đa số các tác giả cho rằng máu tụ DMC mạn tính tăng lên ở người cao tuổi liên quan đến hiện tượng xơ cứng ở người già do các mạch máu bị xơ hóa, kém bền vững dễ bị thương tổn.

**Nguyên nhân:** 5 trường hợp đều có liên quan đến tiểu sử 1 chấn thương nhẹ từ trước đó, thường sau chấn thương bệnh nhân đã trở lại sinh hoạt bình thường. Biểu hiện lâm sàng xuất hiện sau 3 tuần hoặc lâu hơn nữa. Đó là thời gian cần thiết cho việc hình thành ổ máu tụ DMC mạn tính.

**Dấu hiệu lâm sàng:** Khác với máu tụ DMC cấp tính, các triệu chứng lâm sàng rầm rộ và nguy kịch, máu tụ DMC mạn tính tiến triển từ từ, xuất hiện khi khối lượng máu tụ đủ lớn gây chèn ép não. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng tăng áp lực nội sọ, diễn biến tăng dần. Khi khối máu tụ lớn chèn ép não nhiều, bệnh nhân sẽ hôn mê giãn đồng tử và liệt nửa người.

- Đau đầu là dấu hiệu chủ quan thường gặp (100%). Đau đầu xuất hiện 3 tuần sau chấn thương, đau ngày một tăng, dùng thuốc giảm đau không đỡ ít tác dụng. Một số bệnh nhân đau đầu dữ dội, kích thích vật vã.

- Cao huyết áp là dấu hiệu thường gặp ở hầu hết các bệnh nhân (80%) kèm theo bệnh nhân có tri giác tri tri, lú lẫn hay hôn mê dễ nhầm với bệnh cảnh của tai biến mạch máu não.

- Nôn thường xuất hiện khi ngủ dậy buổi sáng, là dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ. Dấu hiệu này ít gặp hơn.

- Giãn đồng tử, liệt nửa người thường gặp ở những bệnh nhân nặng khối máu tụ quá lớn; liệt nửa người trong máu tụ DMC mạn tính là liệt không hoàn toàn do khối máu tụ chèn ép vỏ não.

**Dấu hiệu cận lâm sàng:** 5 bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính sọ não, với bệnh cảnh lâm sàng không điển hình, chụp cắt lớp vi tính cho chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính khối máu tụ DMC mạn tính thường là hình liềm, nằm sát xương, giữa mặt trong xương sọ và mặt ngoài vỏ não. Tỷ trọng của khối máu tụ thường là giảm hơn so với tổ chức não, các rãnh cuốn não bị hẹp và xóa, não thất bên cùng bên tổn thương bị xẹp và xóa, đường giữa bị đè đẩy nhiều sang bên đối diện.

**Thái độ xử trí:** Các tác giả đều có sự thống nhất có sự tăng lên từ từ của khối máu tụ. Khi có biểu hiện lâm sàng tức là khối máu tụ đã đủ lớn gây chèn ép dẫn đến thiếu oxy cho tổ chức não. Vì vậy khi đã chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính cần được mổ cấp cứu sớm là cần thiết.

**Phương pháp phẫu thuật:** Tiến hành khoan sọ 1 lỗ sau đó mở rộng xương sọ bằng kim gặm xương (đường kính 1,5cm) mở màng cứng, mở bao máu tụ, bơm rửa dẫn lưu ổ máu tụ.

### KẾT LUẬN

Khác với máu tụ DMC cấp tính, máu tụ DMC mạn tính là một chấn thương lành, tỷ lệ tử vong rất thấp, thường gặp ở những bệnh nhân tuổi trung niên và người già. Bệnh cảnh lâm sàng không điển hình. Thường xuất hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ tăng dần mà triệu chứng đau đầu là dấu hiệu lâm sàng trung thành nhất.

Trước một người bệnh có những triệu chứng nghi đến tai biến mạch máu não, nhất là trước đó có một chấn thương nên được chụp cắt lớp vi tính sọ não để phát hiện máu tụ DMC mạn tính.

Khi đã có chẩn đoán xác định máu tụ DMC mạn tính cần được mổ cấp cứu sớm giải phóng chèn ép não để có kết quả tốt hơn ít để lại di chứng.

Phương pháp khoan 1 lỗ, hút máu tụ, rửa bằng nước muối sinh lý ấm dẫn lưu, là một phương pháp đơn giản cho kết quả tốt có thể thực hiện ở các khoa phẫu thuật có mổ sọ não cấp cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kiều Đình Hùng, Dương Chạm Uyên (1998) "Máu tụ DMC mạn tính ở người lớn tuổi", Tạp chí nghiên cứu Y học 5 – Đại học Y Hà Nội.

2. Phan Hiền (2002) "Điều trị phẫu thuật máu tụ DMC mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 6/1998 – 6/2001" Tạp chí ngoại khoa trang 428 – 430.

3. Nguyễn Trọng Hiếu và cộng sự (2002) "Điều trị máu tụ DMC mạn tính tại Bệnh viện Chợ rẫy. Hồi cứu 340 trường hợp năm 2000 – 2001. Tạp chí Y học" thực hành (số 3467 trang 31 – 34).