

# MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG HỔ SAU DO CHẤN THƯƠNG: NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

LÊ ĐOÀN KHẮC DI

Khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

## TÓM TẮT

Năm 2002 bệnh viện Chợ Rẫy nhận điều trị 38.240 bệnh nhân chấn thương sọ não, trong đó có 3.407 trường hợp máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ ngoài màng cứng ở hố sau chiếm 3,8% số trong này.

Máu tụ ngoài màng cứng hố sau rất dễ bị bỏ sót khi người thầy thuốc thiếu cảnh giác và kinh nghiệm. Các tổn thương phần mềm của vùng chẩm có giá trị gợi ý chẩn đoán. Biểu hiện của tăng áp lực trong sọ cấp tính, các dấu hiệu chèn ép thân não, cần được ghi nhận và theo dõi sát. Đường nứt sọ vùng chẩm trên phim chụp sọ qui ước có giá trị cảnh giác, có thể có máu tụ ở hố sau. CT giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

Chỉ định phẫu thuật dựa chủ yếu trên tình trạng của tri giác và hình ảnh khối máu tụ trên CT, phần lớn có thể tích > 10ml với bề dày > 1 cm. Những tụ máu nhỏ hơn có thể điều trị bảo tồn, nếu không thay đổi kích thước trên các phim CT chụp kiểm tra và tất nhiên phải được theo dõi lâm sàng chặt chẽ. Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào tiến triển của tổn thương cấp, thời điểm nhập viện, và các tổn thương phối hợp nội sọ.

**Từ khóa:** Máu tụ ngoài màng cứng, chấn thương sọ não

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) sau chấn thương sọ não (CTSN) là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa. Khối máu tụ được hình thành do máu chảy từ động mạch màng não, xương vỡ hay từ tĩnh mạch sẽ nằm giữa mặt trong xương sọ và mặt ngoài của màng cứng, nhanh chóng gây ra tăng áp lực trong sọ cấp tính (TALTSCCT), chèn ép não, đe dọa tính mạng người bệnh. Một thể giải phẫu bệnh và lâm sàng đặc biệt của MTNMC là máu tụ ngoài màng cứng hố sau (MTNMCHS) do diễn tiến lâm sàng cấp tính và không có các triệu chứng đặc hiệu. Trước thời kỳ CT loại máu tụ này thường bị bỏ sót do khó tìm ra định hướng chẩn đoán hoặc không chứng minh được trên hình ảnh. Hiện nay vấn đề đặt ra với người thầy thuốc là làm sao chỉ định chụp CT kịp thời và việc mổ như thế nào là tối ưu? Đó chính là mục tiêu để chúng tôi tiến hành công trình này.

## TỰ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các trường hợp được chẩn đoán có MTNMCHS điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2002.

Chọn các hồ sơ nghiên cứu: CTSN không kèm thương tổn nặng ở các cơ quan khác, CT có hình ảnh MTNMCHS, các chi tiết lâm sàng được ghi lại đầy đủ.

Lập bảng chi tiết cho từng bệnh án, xử lý số liệu bằng phần mềm Epi-info 6.

## KẾT QUẢ

Năm 2002 bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận điều trị 38.240 trường hợp CTSN, trong đó có 130 trường hợp MTNMC trong tổng số 3407 MTNMC (3,8%).

Tỷ lệ Nam: Nữ = 97/33 # 3/1; Tập trung nhiều nhất ở các lứa tuổi từ 7 đến 55 tuổi – 122 bệnh nhân (94%); Do tai nạn giao thông: 103 trường hợp (79,2%). Thời gian đến viện trước 6 giờ: 44 ca (33,8%), 6-24 giờ: 48 ca (36,9%), 24 giờ - 1 tuần: 30 ca (23,1%), trên 1 tuần: 8 ca (6,2%).

## Lâm sàng

Tri giác: mê ngay sau chấn thương 71 ca (54,6%), có khoảng tỉnh trong 7 ca (5,4%), bình thường ở 52 ca (40%). Điểm Glasgow về hôn mê (GCS) khi nhập viện: 3 - 8 điểm: 17 ca (13,1%), 9-12 điểm 26 ca (20%), 13-15 điểm: 87 ca (66,9%).

- Triệu chứng khác: buồn nôn và nôn (77,7%); nhức đầu: (72,3%); sưng bầm hay rách da vùng chẩm: (69,2%); các dấu hiệu tiểu não (giảm trương lực, loạn tầm, mất điều hoà vận động) (7,6%); mạch chậm hoặc nhanh nhỏ: 44 ca (33,8%), rối loạn nhịp thở: 33 ca (25,4%), ngưng thở: 9 ca (6,9%), thay đổi thân nhiệt: 8 ca (6,2%), dấu hiệu bó tháp: 7 ca (5,4%); liệt các dây thần kinh sọ: 6 ca (4,6%), thay đổi huyết áp: 4 ca (3,1 %).

- Các thương tổn đi kèm thường gặp: thương tổn đầu mặt ngoài vùng chẩm ở 44 ca (33,8%), chấn thương tứ chi có 20 ca (15,4%).

## Hình ảnh

- Phim sọ qui ước: có nứt sọ chẩm: 54/83 ca (65,1%).

- Vị trí và kính thước khối máu tụ trên CT:

+ Vị trí khối máu tụ một bên: 112 ca, trong đó một bên hố sau lan lên trên lều: 57 ca (43,8%); cả hai bên-hố sau có 11 ca (8,5%).

+ Khối máu tụ có thể tích từ 10-30 ml và dày trên 1cm: 48 ca (36,9%).

+ Khối máu tụ có thể tích >30ml và dày > 1cm: 35 ca (26,9%).

+ Khối máu tụ có thể tích <10ml và dày <1cm chiếm tỷ lệ 32 ca (24,6%) chủ yếu là ở một bên hố sau.

- Hình ảnh các não thất và mối tương quan với vị trí khối máu tụ trên CT:

+ Gần một nửa số trường hợp có hình ảnh bất thường hệ thống não thất 60ca (chiếm 46,1%) trong đó có não thất IV bị ép xẹp 44 ca (chiếm 33,9%).

+ khối máu tụ một bên hố sau lan lên trên lều làm xẹp não thất IV và dãn các não thất khác: 17 ca (13,1%).

- Các thương tổn nội sọ đi kèm và mối tương quan với vị trí khối máu tụ trên CT:

+ 130 trường hợp MTNMCHS có 66 ca (50,8%) máu tụ đơn thuần. 64 ca (49,2%) có thương tổn nội sọ đi kèm, trong đó dập não và xuất huyết: 24 ca (10,5%).

+ MTNMCHS một bên liên quan đến tổn thương nội sọ khác: 54 ca (41,5%), trong đó máu tụ dưới lều là 18 ca (13,8%), máu tụ lan lên trên lều là 36 ca (27,6%).

- Đậm độ khối máu tụ: tăng đồng nhất 92 ca (70,8%). Không có di lệch đường giữa: 113 ca (86,9%).

#### Điều trị

Phẫu thuật 95 ca (73,1%), bảo tồn: 35 ca (26,9%). Trong 95 ca phẫu thuật, 72 ca được mổ ngay sau chụp CT lần 1, 23 ca sau khi tri giác giảm, chụp CT lần 2 rồi mổ.

- Tương quan giữa kích thước khối máu tụ và chỉ định điều trị:

+ Bệnh nhân có mổ: kích thước thể tích khối máu tụ, từ 10-30ml, dày >1cm, 44 ca (33,9%), và thể tích >30 ml dày > 1cm: 35 ca (26,9%).

+ Nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn có thể tích <10ml và dày <1cm là 26 ca (74,2%), trên 35 ca bảo tồn

- Mối tương quan giữa vị trí khối máu tụ với thái độ điều trị:

+ 95 ca mổ có 49 ca máu tụ một bên lan lên trên lều (37,7%), 36 ca một bên (27,7%).

+ Nhóm điều trị bảo tồn: một bên 28 ca / 35 ca bảo tồn.

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2 ca (1,5%), mổ lại do máu tụ tái phát.

- Biến chứng muộn sau phẫu thuật: nhiễm trùng vết mổ: 4 ca (3,1%), viêm màng não: 2 ca (1,5%), rò nước não tủy: 1 ca (0,8%).

#### KẾT QUẢ

##### Tỷ lệ hồi phục theo phương pháp điều trị

Điểm GOS lúc xuất viện	Phẫu thuật		Bảo tồn		Tổng (tỷ lệ %)
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	
1	6	4,6	0	0	6 (4,6)
2	3	2,3	0	0	3 (2,3)
3	2	1,5	1	0,8	3 (2,3)
4	23	17,7	7	5,4	30 (23,1)
5	61	46,9	27	20,8	88 (67,7)
Tổng cộng	95	73,1	35	26,9	100

6 trường hợp tử vong (4,6%), trong số này: 5 ca diễn biến cấp tính, 1 ca diễn biến bán cấp, 4 ca đến viện trễ > 12 giờ, 3 ca đến viện trong tình trạng mê sảng và ngưng thở đã được đặt nội khí quản bóp bóng ở tuyến dưới và cả 6 ca đều có tổn thương nội sọ đi kèm dập não, xuất huyết và MTNMCHS.

#### BÀN LUẬN

MTNMC chiếm 8,9% trong CTSN nói chung. MTNMCHS trong nghiên cứu này là 130 trường hợp (3,8%), tương đương số liệu của một số tác giả khác trong nước: Trần Quang Vinh: 4,9% [3], Nguyễn Trọng Thiện: 4,1% [2]. Phái nam luôn chiếm đa số (94%) và tai nạn giao thông là nguyên nhân chính

(79,2%). Tuy không nhiều nhưng là một loại thương tổn rất cần được nghĩ đến trước một trường hợp CTSN có thương tổn phần mềm vùng chẩm hay nứt sọ chẩm (65,1% có nứt sọ chẩm trên phim và 71,6% nứt sọ thấy được trong lúc mổ). Trước tình huống này, bắt luận là lâm sàng như thế nào, phải chụp CT để ít nhất loại trừ MTNMCHS.

MTNMCHS có diễn biến cấp tính (< 24 giờ) chiếm đa số 71,7%, nhưng cũng có diễn tiến bán cấp (từ 24 giờ đến 1 tuần): 23,1% và mạn tính (vài tuần sau chấn thương): 6,2%. Do đó một mặt phải khẩn trương trong chẩn đoán và xử trí trước một trường hợp CTSN có những yếu tố gợi ý đến MTNMCHS, mặt khác không quên rằng loại máu tụ này có thể diễn biến bán cấp hoặc mạn tính. Điều này khác với kiến thức kinh điển cho rằng máu tụ ngoài màng cứng chủ yếu hoặc chỉ có thể cấp tính. Nhờ CT chúng ta đã phát hiện được nhiều trường hợp mạn tính.

Các triệu chứng biểu hiện của TALTSCT không đặc hiệu, chung cho mọi trường hợp CTSN có máu tụ trong sọ: nôn, buồn nôn (77%), nhức đầu (72,3%). Các dấu hiệu máu tụ, sưng bầm, rách da đầu vùng chẩm (69,2%), có giá trị gợi ý cho biết có chấn thương trực tiếp ở đó và như vậy, cần chụp CT. Các dấu hiệu tiểu não ít gặp (7,6%) và khó phát hiện nếu người bệnh trong tình trạng hôn mê. Các dấu hiệu chèn ép thân não và tụt não có tỷ lệ cao (85,3%), trong đó nhiều nhất là mạch chậm hay mạch nhanh nhỏ (33,8%) và ngưng thở hay rối loạn nhịp thở (32,3%)... thực ra chỉ có giá trị tiên lượng.

Ngày nay CT não giữ vai trò quyết định để chẩn đoán MTNMCHS và 100% các trường hợp được chụp. Ở những nơi không có CT nhưng có phẫu thuật viên đã được đào tạo để mổ chấn thương thần kinh thì khoan sọ thăm dò cũng là biện pháp chẩn đoán tích cực một khi trên lâm sàng và X quang có các dấu hiệu gợi ý. Phần lớn MTNMCHS ở một bên: 86,1%, và lan lên trên lều (43,8%); chỉ có 13,9% nằm ở hai bên. Đa số trường hợp tăng đậm độ đồng nhất: 70,8%, tương ứng với diễn biến lâm sàng cấp tính: 71,7%.

Thể tích khối máu tụ gặp nhiều nhất là 10 - 30ml và bề dày > 1cm: 36,9%, sau đến thể tích > 30ml với bề dày > 1cm: 26,9% và thể tích < 10ml với bề dày < 1cm: 24,6%. Điều này chứng tỏ rằng một thể tích nhỏ <10ml của máu tụ cũng đã có thể có biểu hiện trên lâm sàng.

Các hình ảnh bất thường của các não thất trên CT gặp trong 46,1% trường hợp do máu tụ chèn ép trực tiếp làm biến dạng não thất IV và/hoặc dẫn các não thất III, bên. Các dấu hiệu này nếu có cho biết máu tụ đã gây biến chứng (chèn ép thân não, tắc lưu thông của nước não tủy) có thể có hay không biểu hiện trên lâm sàng.

Chỉ định phẫu thuật dựa trên tri giác và diễn tiến xấu đi của yếu tố này kết hợp với hình ảnh máu tụ trên CT chụp lần đầu hoặc lần sau trong quá trình

theo dõi bệnh. Với hình ảnh tiến triển nặng trên CT chụp lần II (23 trường hợp). Những trường hợp can thiệp phẫu thuật đa số thuộc vào nhóm có thể

tích 10 - 30ml hoặc > 30 ml với bề dày > 1cm (79/95 ca = 83,2%) và những trường hợp bảo tồn đa số có thể tích < 10ml với bề dày < 1cm (26/35 = 74,3%). Khác với Cooper, phẫu thuật được chỉ định khi kích thước máu tụ dày > 3cm và < 3cm thì không cần phẫu thuật. Và phần nào phù hợp với Wong, điều trị bảo tồn khối thể tích máu tụ < 10ml và bề dày < 1cm, đường giữa bị đẩy lệch < 5mm và không có tổn thương nội sọ đi kèm [4].

Kết quả điều trị cho thấy tử vong 4,6%, phải mổ lại vì máu tụ tái phát: 1,5%, biến chứng muện 5,4%, hồi phục chức năng sớm kết quả tốt là 67,7%. So sánh với tử vong trước 1993 khi chưa có triển khai CT là 36,8% cho thấy tác dụng quan trọng của CT trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị CTSN nói chung và MTNMCHS nói riêng [1], [3].

#### **KẾT LUẬN**

MTNMCHS là một biến chứng sau CTSN cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Qua nghiên cứu 130 trường hợp điều trị tại BVCR trong năm 2002 chúng tôi thấy: Do không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu nên trước một trường hợp CTSN nếu có thương tổn phần mềm vùng chẩm, trên phim Quang có nứt sọ chẩm thì cần chụp CT để tìm xem

có MTNMCHS không.

Khi có MTNMCHS trên CT là có chỉ định mổ. Chỉ theo dõi chưa mổ khi người bệnh tỉnh táo, không có dấu hiệu TALTSCT và máu tụ trên CT có thể tích nhỏ hơn 10ml, chiều dày dưới 1cm. Phương pháp mổ hiệu quả là đường rạch da thẳng ở vùng chẩm cạnh đường giữa (hoặc tại đường giữa) tùy vào vị trí của máu tụ trên CT, khoan gặm sọ lấy máu tụ và treo màng cứng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bozbuga M, Izgi N: Posterior Fossa Epidural Hematomas. Observations on a series of 73 cases. Neurosurgery Rev.1999, 22 (1): 34-40.
2. Nguyễn Ngọc Thiện: Điều trị máu tụ ngoài màng cứng hố sau. Luận văn Thạc sĩ y học, 2000.
3. Trần Quang Vinh: Máu tụ hố sau do chấn thương. Tạp chí Y học Việt Nam số 6, 7, 8/1998.
4. Wong C.W: The CT Criteria for conservation treatment but under close clinical observation of posterior fossa epidural hematomas. Acta neurochir (wien) 1999, 126 (2-4), (124- 127).
5. Trần Quang Vinh: Tình hình chấn thương sọ não tại Bệnh viện Chợ Rẫy (1997-1998). Hội nghị Việt- Uc về Ngoại thần kinh TP.HCM, tháng 3/1999.