

Chuyên đề 15: Chấn thương- vết thương sọ não

Phần 1: Tụ máu dưới màng cứng

CTSN ngày càng gia tăng do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh.

CTSN kín là CTSN mà không làm rách màng não cứng, nghĩa là khoang dưới nhện không thông với môi trường bên ngoài.

Tụ máu dưới màng cứng: Là khối máu tụ nằm giữa mặt trong màng cứng và màng nhện

* Nguồn chảy máu:

- + Đứt TM đi từ vỏ não về xoang tĩnh mạch
- + Vỡ các MM của vỏ não do có dập não kèm theo

Khối máu tụ thường lan tỏa dọc theo khoang dưới nhện và thường cao từ từ nên máu tụ được hình thành trong thời gian kéo dài. Do đó, tuy bị đè ép bởi khối máu tụ nhưng não có thời gian thích nghi và ít biểu hiện về thần kinh thường chỉ có RL về tinh thần, đau đầu. Đa số Bn đến khám nguồn chảy máu đã ngừng, khi mổ ít thấy chảy máu. Máu tụ DMC chủ yếu là nước máu, ít máu cục.

1. Lâm sàng:

Thương tổn sau chấn thương sọ não là thương tổn phối hợp, lâm sàng phức tạp, chẩn đoán khó khăn. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào diễn biến của triệu chứng qua việc theo dõi sát bệnh nhân, với mục đích chính là phát hiện máu tụ trong hộp sọ, biểu hiện trên lâm sàng là: các dấu hiệu thần kinh thực vật, tri giác và thần kinh khu trú.

1.1.Hỏi bệnh:

a. Cơ chế ngã:

- Đầu cố định: vật cứng đập vào đầu: tổn thương trực tiếp nơi bị chấn thương.
- Đầu di động: đầu đập vào vật cứng: tổn thương đối diện với bên chấn thương.

b. Diễn biến tri giác ngay sau chấn thương là quan trọng nhất.

- Chấn động não: khám hiện tại tỉnh hoàn toàn, quên hết diễn biến tai nạn.
- Khoảng tỉnh: sau chấn thương bệnh nhân tỉnh, sau đó lại hôn mê: gợi ý máu tụ nội sọ.

- Mê ngay từ đầu.

c. Khai thác tiền sử động kinh, cao huyết áp, xử trí trước vào viện, uống bia rượu

1.2. Khám bệnh

a. Khám các dấu hiệu sinh tồn hay thần kinh thực vật: Các dấu hiệu sinh tồn hay thần kinh thực vật có giá trị tiên lượng: Mạch giảm(≤ 50), huyết áp tăng, hô hấp tăng, nhiệt độ tăng. Nếu có các dấu hiệu này: tiên lượng xấu.

b. Khám tri giác:

**Đánh giá mức độ rối loạn tri giác theo 4 độ kinh điển:*

- Độ 1: Rối loạn tri giác hiểu biết, còn tri giác tự động và bản năng.
- Độ 2: Rối loạn tri giác hiểu biết và tri giác tự động và bản năng.
- Độ 3: Co cứng mất não.
- Độ 4: Chết não, mất hết các phản xạ.

* *Đánh giá tri giác theo thang điểm Glasgow: Dựa vào 3 dấu hiệu sau để cho điểm:*

- **Mắt:** tối đa 4 điểm.

+ Mở tự nhiên: 4 điểm

+ Gọi mở: 3 điểm

+ Cấu mở: 2 điểm.

+ Không mở: 1 điểm.

- **Trả lời:** Tối đa 5 điểm.

+ Trả lời đúng: 5 điểm.

+ Trả lời lẫn lộn: 4 điểm.

+ Không rõ nói gì: 3 điểm.

+ Kêu rên: 2 điểm.

+ Không nói: 1 điểm.

- **Vận động:** Tối đa 6 điểm:

+ Bảo làm đúng: 6 điểm.

+ Cấu gặt đúng: 5 điểm.

+ Cấu gặt không đúng: 4 điểm.

+ Gấp cứng chi trên: 3 điểm.

+ Duỗi cứng chi trên, chi dưới: 2 điểm.

+ Không đáp ứng: 1 điểm.

- Thang điểm Glasgow tối đa là 15 điểm, tối thiểu là 3 điểm. Điểm Glasgow càng cao thì tiên lượng càng tốt, càng thấp thì tiên lượng càng xấu. Điểm Glasgow < 13 có thể coi là có tổn thương não, > 8 điểm tiên lượng tốt hơn, < 8 điểm là tiên lượng nặng.

- Thang điểm Glasgow không áp dụng cho người say rượu, rối loạn tâm thần, dùng thuốc an thần và trẻ em < 5 tuổi.

- Điểm Glasgow hạ từ 2 điểm trở lên thì coi là có tri giác xấu đi.

* *Phát hiện khoảng tỉnh:* Là dấu hiệu lâm sàng điển hình nhất của máu tụ nội sọ, nhất là máu tụ ngoài màng cứng. Sau tai nạn bệnh nhân vẫn tỉnh hoặc mất tri giác tạm thời (15 – 20 phút) rồi tỉnh lại, nhưng sau một thời gian theo dõi bệnh

nhân mê đi, khoảng thời gian tri giác xấu đi đó gọi là khoảng tỉnh. Khoảng tỉnh càng dài thì tiên lượng càng tốt, khoảng tỉnh càng ngắn thì tiên lượng càng xấu. Khi phát hiện có khoảng tỉnh thì có chỉ định mổ.

* Như vậy quan trọng nhất khi khám tri giác là đánh giá máu tụ nội sọ thông qua mức độ suy đồi tri giác, khoảng tỉnh kết hợp với các dấu hiệu đau đầu, nôn ngày càng tăng (nếu bệnh nhân tỉnh).

c. Khám da đầu và nền sọ:

**Da đầu:*

- Sây sát, bầm tím, máu tụ dưới da đầu, dập nát, rách.

- Qua vết rách có thể thấy:

+ Nước não tuỷ, chất não chảy ra: vết thương sọ não hở.

+ Đường vỡ, mảnh xương lún (thăm khám bằng găng vô khuẩn).

** Vỡ nền sọ:* Phát hiện những đường vỡ, lún qua các dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp sau:

- Sờ thấy khối máu tụ dưới da đầu.

- Chảy máu mũi, bầm tím hố mắt, nôn nhiều máu: vỡ tầng trước nền sọ (đường vỡ thông xuống mũi họng).

- Nước não tuỷ chảy qua mũi, tai: vỡ tầng giữa nền sọ (vùng xoang sàng, xương đá, có rách màng não cứng).

- Trường hợp vỡ xương sọ vùng thái dương cần theo dõi máu tụ ngoài màng cứng do có khả năng làm đứt động mạch màng não giữa.

d. Khám dấu hiệu thần kinh khu trú: Khi có tri giác giảm dần, có khoảng tỉnh (có máu tụ trong hộp sọ) thì dấu hiệu thần kinh khu trú là dấu hiệu chỉ điểm vị trí khối choán chỗ trong hộp sọ.

- Đồng tử giãn cùng bên có thương tổn:

+ Do khối máu tụ đè ép não, dây 3.

+ Giãn từ từ tăng dần.

+ Mức độ giãn tăng dần tỉ lệ thuận với khối máu tụ.

- Liệt nửa người đối bên với khối máu tụ: yếu nửa người đến liệt nửa người đối bên, 1 số trường hợp cùng bên.

- Dấu hiệu bó tháp: Babinski (+).

- Đối với máu tụ dưới màng cứng:

+ Dấu hiệu màng não và vỏ não: Đau đầu dữ dội, vật vã, dãn dụa, cứng gáy, co cứng, duỗi cứng nửa người.

+ Trường hợp có dập não, máu tụ đơn thuần: động kinh cục bộ.

- Các dấu hiệu thần kinh khu trú trên xuất hiện từ từ mới có giá trị, nếu xuất hiện ngay thì ít giá trị.

Máu tụ DMC chia 3 loại: cấp tính, bán cấp và mạn tính.

* *Máu tụ dưới màng cứng cấp tính* xuất hiện trong 72 giờ đầu.

- Thường kèm theo 1 vùng não bị giập. Nạn nhân mê sâu và nhanh sau 1 sang chấn nặng. Có liệt nửa người và có giãn đồng tử 1 bên. Con co cứng mất não thường xuất hiện kèm theo rối loạn nhịp thở.

- Loại này thường phối hợp với nhiều loại tổn thương khác ở não (đập não, phù não) nên tiên lượng nặng.

* *Máu tụ dưới màng cứng bán cấp* xuất hiện từ 3 – 21 ngày:

- Bệnh nhân kêu nhức đầu, buồn nôn, người chậm chạp, lú lẫn.

- Đến khám thấy phù nề gai mắt, liệt nhẹ nửa người, chụp động mạch não có di lệch.

* *Máu tụ dưới màng cứng mạn tính*: xuất hiện từ tuần lễ thứ 3 trở đi sau 1 sang chấn nhẹ (có khi người bệnh không nhớ rõ):

- Chảy máu không nhiều lắm bắt đầu từ vùng thái dương đỉnh, hình thành 1 bọc gồm lá thành dày, có nhiều mạch máu tân tạo, nhiều sợi huyết và bạch cầu, lá tạng mỏng hơn có thể bóc dễ dàng khỏi vỏ não ở dưới. Bao này màu vàng úa trong chứa nước máu pha lẫn nước não tuỷ đã ngả màu vì tiến triển lâu ngày.

- Trên lâm sàng thường có hội chứng tăng áp lực nội sọ sau 1 chấn thương: đau đầu, phù nề gai mắt, liệt nhẹ nửa người, rối loạn tính tình.

* *Máu tụ dưới màng cứng ở trẻ sơ sinh*:

- ít khi phát hiện được 1 chấn thương trong tiền sử, có thể bị sang chấn sọ não trong khi đẻ hay sau viêm màng não, hay thiếu vitamin K.

- Trên lâm sàng thường gặp trẻ có đầu to (thóp chưa kín, vòng đầu tăng lên) kèm 1 tình trạng thiếu máu.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Xquang sọ não thẳng, nghiêng: Hình ảnh đường vỡ, hướng đi của đường vỡ, mảnh xương lún

2.2. Chụp ĐM não qua ĐM cảnh gốc

Khi đã chắc chắn có máu tụ trong sọ dựa trên LS và các XN khác thì không cần chụp ĐM não mà phải mổ ngay.

* *Chỉ định chụp*: Khi nghi ngờ có máu tụ

- Có khoảng tỉnh nhưng không có dấu hiệu TK khu trú

- Tri giác xấu dần: Glasgow giảm trên 2 điểm, dh TK khu trú còn chưa rõ

- Mê ngay sau tai nạn, có dấu hiệu TK khu trú.

* *Chụp bên nào*:

- Chụp bên nghi có đồng tử giãn, hoặc bên đối diện với bên liệt.
- Chụp bên có đường vỡ xương
- Nếu không có dấu hiệu thần kinh khu trú thì chụp bên vị vật cứng đập vào đầu hoặc bên đối diện với bên đầu đập vào vật cứng.
- * *Hình ảnh:* Vùng vô mạch sát xương, đẩy ĐM não giữa vào trong, đẩy ĐM não trước lệch sang bên đối diện với đường giữa.

2.3. Chụp CLVT

Đây là phương pháp chẩn đoán được sớm, chính xác, cho biết được vị trí, kích thước, hình ảnh từng loại máu tụ ngay cả khi chưa có triệu chứng lâm sàng điển hình, cho phép chỉ định phẫu thuật sớm cho bệnh nhân.

Chuẩn bị bệnh nhân trước chụp: Nếu bệnh nhân có vật vã, rối loạn hô hấp: đặt nội khí quản, an thần để chụp đạt kết quả tốt.

* *Chỉ định:*

- Glasgow dưới 9 điểm khi cấp cứu
- Tri giác xấu đi: giảm trên 2 điểm
- Buồn ngủ, hay lú lẫn (G:9-13 đ)
- Đau đầu, buồn nôn, vật vã nhiều
- Dấu hiệu TK khu trú
- Có vỡ xương sọ
- Nạn nhân hôn mê hay đa chấn thương kèm CTSN
- Tuổi trên 50
- Chụp kiểm tra sau mổ nếu nghi ngờ
- Lý tưởng: Tất cả các BN đều nên chụp

* *Hình ảnh:* Khối tăng tỷ trọng hình lưới liềm, nằm sát xương sọ, ngoài nhu mô, đường giữa và não thất bị đẩy sang bên đối diện.

3. Điều trị

* *Chỉ định mổ:*

- Có máu tụ trong hộp sọ
- Lún xương sọ

* *Nguyên tắc:*

- Nhanh chóng lấy ra khối máu tụ
- Cầm máu nguồn chảy máu
- Tránh máu tụ tái phát bằng khâu treo màng cứng vào cân Galea

* *Kỹ thuật mổ*

- Cạo nhẵn đầu.
- Gây mê nội khí quản.

- mở nắp sọ nếu đã có phim chụp CT.

Nếu chưa có CT mà phải mổ: Rạch da vùng thái dương ngay trước tai (bên đồng tử giãn). Cắt dọc cơ thái dương bằng dao điện. Khoan 1 lỗ xương sọ cách lỗ tai ngoài 2 cm trên vành tai 2cm (73% máu tụ ngoài màng cứng ở đây). Nếu không thấy máu tụ thì có thể khoan thêm 1 lỗ số 2 (đỉnh), lỗ số 3 (chẩm-đỉnh), lỗ số 4 (chẩm) và các lỗ ở vị trí đối diện.

- Thấy màng cứng thâm tím: máu tụ dưới màng cứng.

- qua lỗ khoan dùng kẹp bấm đầu xương để mở rộng lỗ khoan đủ để lấy máu tụ và kiểm soát cầm máu chỗ chảy máu.

- Mở màng cứng lấy máu tụ.

- Cầm máu : Mạch máu nhỏ: đốt điện; mạch máu lớn: kẹp chỗ chảy máu bằng clip bạc; rách xoang tĩnh mạch: lấy cơ thái dương, nghiền nát để đắp vào; chảy máu từ xương: dùng sáp xương, sáp ong miết chặt.

- Tránh chảy máu tái phát:

Máu tụ dưới màng cứng và máu tụ trong não: Không đóng kín màng cứng, có thể bỏ volet xương sọ (cấy xuống dưới da bụng hoặc gửi ngân hàng mô rồi đặt lại nắp sọ vài tháng sau khi bệnh nhân ổn định).

- Dẫn lưu : Vị trí dẫn lưu tùy vào vị trí máu tụ. Lỗ đặt dẫn lưu ra ngoài tránh xa vết mổ, để 24 – 48h.

- Khâu da đầu 2 lớp: Lớp Galéa, lớp da.

***Xử trí xương lún:**

+ Mảnh xương lún tỳ vào màng cứng, chèn ép não, lâu ngày tạo dính, hình thành sẹo vỏ não và động kinh.

+ Chỉ định mổ: khi độ lún của mảnh xương vỡ $\geq 2/3$ chiều dày của xương sọ.

+ Rạch da ngay trên xương lún, dùng kẹp banh rộng vết rạch da để lộ xuất toàn bộ diện xương lún.

+ Khoan 1 lỗ xương sọ ở phần sọ lành sát bờ xương lún, mảnh xương lún có đầu nào ở nông hơn thì khoan.

+ Dùng kẹp bấm rộng lỗ khoan vừa đủ để nhấc mảnh xương lún ra nhẹ nhàng,

- + Kiểm tra màng cứng: nếu có máu tụ thì xử trí như trường hợp có máu tụ.

- + khâu treo màng cứng với cân Galéa. Khâu kín da đầu.

Đối với trẻ em: Lún xương theo hình lõm do xương sọ mềm: rạch da 1 vết nhỏ trên bờ xương lún, đủ để khoan 1 lỗ nhỏ thủng xương. Qua lỗ khoan dùng 1

dụng cụ nhỏ có chiều cong ở đầu luôn nhẹ vào khe giữa màng cứng và đáy chỗ xương lún bấy từ từ.

*** Chống phù não (cả sau chấn thương và sau mổ)**

+ Đảm bảo lưu thông đường thở: hút đờm dãi, đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng tránh tụt lưỡi ra sau và tránh sặc đờm dãi. Đặt nội khí quản, mở khí quản, thở O₂, thở máy hỗ trợ khi cần.

+ Đảm bảo tuần hoàn, duy trì lượng máu lên não tốt:

Truyền dịch nước và điện giải qua đường tĩnh mạch ngay từ đầu.

Giữ huyết áp ở mức đầy đủ và tránh tụt huyết áp xuống.

Khâu cầm máu vết thương da đầu.

Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao 20°, cổ thẳng (dù nằm nghiêng hay ngửa) để giảm cản trở máu về tĩnh mạch cảnh 2 bên (hạn chế phù não do ứ trệ tĩnh mạch não).

- Truyền Mannitol 20% vào tĩnh mạch với liều 1g/kg trong 20 – 30 phút.
- Dùng Lasix khi huyết áp tốt.
- Đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu, sonde dạ dày qua mũi.
- Dùng thuốc giảm đau, không dùng thuốc an thần khi còn theo dõi.
- Có thể dùng:

+ Thiopental nhỏ giọt tĩnh mạch để bệnh nhân nằm yên và giảm nhu cầu tiêu thụ O₂ của não.

+ Không dùng đường ưu trương, chỉ dùng mặn ưu trương liều nhỏ nhằm: Nâng khối lượng tuần hoàn, không gây phù não, giảm áp lực nội sọ, tăng áp lực thẩm thấu.

Phần 2: Tụ máu trong nhu mô

- Là máu tụ nằm trong tổ chức não, thường kèm theo dập não, phù não. Có thể chảy vào não thất nếu ở gần não thất.

- Nguyên nhân: não dập làm tổn thương các mạch máu trong tổ chức não.

- ít gặp hơn, chẩn đoán khó, tuy nhiên có khoảng tỉnh rõ.

- Tiên lượng nặng, nhiều di chứng.

1. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh: hoàn cảnh chấn thương, tiền sử

b. Khám bệnh:

- Khám da đầu, xương sọ

- Khám tri giác

- Khám dấu hiệu TK khu trú

- Khám dấu hiệu TK thực vật

2. Cận lâm sàng

a. X quang: đường gãy, xương lún

b. Chụp ĐM não: Đè đẩy căng vòng các mạch ra xung quanh (đm não giữa bị đẩy sát xương sọ, đm não trước đẩy lệch sang bên đối diện qua đường giữa), ở trong lòng thường không có mạch, đôi khi có ổ đông thuốc cản quang ở trong do có mạch máu vỡ, nên thuốc cản quang chèn vào khối máu tụ.

c. CT scanner

Khối tăng tỷ trọng trong tổ chức não, bờ không đều, kích thước hình dáng khác nhau tùy khối máu tụ to hay nhỏ, đường giữa và não thất lệch sang bên đối diện.

3. Điều trị:

- Khi mở sọ thấy màng cứng trắng hồng

- Mở màng cứng thấy tổ chức não từ từ lồi ra khỏi màng cứng (do máu tụ chiếm chỗ bên trong não)

- Dùng troca chọc thăm dò tìm máu tụ trong não

- cắt vền tổ chức não vào lấy máu tụ, cầm máu chỗ chảy

- Dẫn lưu.

- Nhấc xương lún (nếu có)

- Chống phù não.

Phần 3: Vết thương sọ não

Đại cương:

Vết thương sọ não là vết thương làm mất tính liên tục của màng não cứng, dẫn đến thông thương giữa môi trường bên ngoài với khoang nội nhũn qua các thương tích của màng não, xương sọ và da đầu.

Nguyên nhân chính là do:

- Các vật sắc nhọn va chạm mạnh hoặc do các tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

- Ngoài ra còn do các vết thương do b ch binh, h a khí, m nh bom mìn.

- ở Việt nam còn do súc vật húc.

Vỡ nền sọ làm cho dịch não tủy chảy ra tai hay ra mũi cũng có thể coi là một vết thương sọ não, tuy da đầu không có tổn thương, đọc trên phim Xquang chỉ thấy 1 đường vỡ xương đơn giản.

Vết thương sọ não có nguy cơ nhiễm khuẩn do vi khuẩn xâm nhập vào dịch não tủy và nhu mô não gây viêm màng não và áp xe não khác với chấn thương sọ não kín, nguy cơ chính là chèn ép não do máu tụ. Vì vậy nó là nguyên nhân chính gây tử vong và các di chứng nặng nề.

Chỉ định mổ càng sớm càng tốt (nhất là trong 6 giờ đầu) để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn và xử trí đúng nguyên tắc để tránh các biến chứng.

1. Lâm sàng

Một vết thương sọ não chẩn đoán không khó, nếu ta nghĩ đến ngay khi gặp 1 vết thương đang chảy máu kèm theo dịch não tủy và chất não trắng lộ ra ngoài. Nếu chỉ có vết thương da đầu, dù rộng hay hẹp, dù chảy máu hay không chảy máu vẫn phải nghĩ đến vết thương sọ não để tránh bỏ sót thương tổn ở bên trong trước khi cầm máu da đầu.

Cần xác định vết thương sọ não giờ thứ mấy, vết thương gọn sạch hay dập nát, ở vùng nào, ở bán cầu (trán, đỉnh chẩm) hay hố sau.

1.1. Đối với những vết thương sọ não lớn:

Bệnh nhân đến sớm (< 6h):

* Toàn thân:

+ Thường tỉnh táo, tri giác đánh giá theo thang điểm Glasgow,

+ Có thể hốt hoảng, lo sợ hoặc trong tình trạng choáng khi vết thương rộng, chảy nhiều máu hoặc đa chấn thương.

+ Có thể lơ mơ, hôn mê do dập não và máu tụ nội sọ.

+ Không sốt, cổ mềm.

+ có thể có triệu chứng thần kinh khu trú: liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ.

* Tại chỗ vết thương:

+ Vết thương gọn sạch, không dập nát , còn đang chảy máu hay đã ngừng.

Cần xác định vết thương ở vùng nào (bán cầu não hay hố sau).

+ Nước não tuỷ hoặc tổ chức não lòi ra: Loãng, không đông, chảy liên tục, màu hồng, thấm gạc thấy loang như vết dầu.

Các dấu hiệu sinh tồn khác: thường ít có thay đổi, trong đa chấn thương có thay đổi rõ.

Cận lâm sàng: Chụp sọ thường thẳng, nghiêng để đánh giá tổn thương xương sọ và dị vật. Không cần chụp CT.

Đến muộn (24 – 48 h): Thường có biểu hiện nhiễm khuẩn tùy mức độ:

* Toàn thân:

+ Hội chứng nhiễm khuẩn (viêm màng não): sốt cao > 38,5°C, môi khô, lưỡi bẩn.

+ Có thể có hội chứng nhiễm độc: mê sảng, gày sút.

+ Tình trạng tri giác kém, hôn mê.

+ Biểu hiện hội chứng màng não: nôn vọt, cổ cứng, dấu hiệu Kernig (+).

* Tại chỗ: vết thương bẩn, không còn chảy máu, mùi hôi, có dịch đục hoặc tổ chức não đùn ra ngoài, nếu đến muộn 3 – 5 ngày có thể não lòi ra vết thương có thể giả mạc phủ bên ngoài (nấm não).

* Triệu chứng thần kinh: Tùy vị trí tổn thương (vùng trán đỉnh, chẩm, thái dương ...) dẫn đến liệt 1/2 người (nếu chèn vào bó tháp) tìm phản xạ gân xương, dấu hiệu Babinski, rối loạn ngôn ngữ (vùng Broca, Wernik). Rối loạn tâm thần. Động kinh (cục bộ, toàn thể).

* Cận lâm sàng:

+ Các xét nghiệm máu, sinh hoá, số lượng bạch cầu, tốc độ máu lắng ...

+ Chọc dò tuỷ sống: Đánh giá tình trạng viêm màng não, nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

+ Xquang sọ thường thẳng nghiêng: Đánh giá tổn thương xương và dị vật (nhất là do mảnh kim loại).

+ CT: Rất cần thiết để đánh giá các thương tổn trong sọ như kèm theo máu tụ, dập não ở các vùng chức năng, mức độ chèn ép não để tiến hành phẫu thuật, tránh bỏ sót thương tổn ...

1.2. Đối với những vết thương sọ não nhỏ:

Đến sớm (trước 6h):

- Tỉnh táo.

- Cần kiểm tra kỹ: vết thương, những thương tổn trong não kèm theo (máu tụ...). Theo dõi như trong chấn thương sọ não kín.

Đến muộn:

- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng màng não.
- Nếu có khoảng tĩnh phải nghĩ ngay tới máu tụ nội sọ.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Xquang sọ: Tư thế: thẳng, nghiêng (phải, trái), tiếp tuyến.

Mục đích:

- + Đánh giá thương tổn xương sọ.
- + Tìm dị vật.
- + Xác định hướng đi của dị vật, qua đó đánh giá độ sâu của thương tổn.

2.2. CT scanner sọ:

- Mục đích: đánh giá thương tổn toàn diện của hộp sọ và nhu mô não.
- Hình ảnh: tổn thương xương, xương vụn trong não, dập não và máu tụ phổi hợp, dị vật, khí trong sọ, hình ảnh áp xe.

2.3. Các xét nghiệm máu, sinh hoá, số lượng bạch cầu, tốc độ máu lắng ...

2.4. Lấy dịch mũ vết thương cấy làm kháng sinh đồ.

2.5. Chọc dò tuỷ sống:

Chỉ định: đến muộn, có dấu hiệu viêm màng não.

Vị trí: khe liên đốt 4 – 5.

Đánh giá tình trạng viêm màng não: nước não tuỷ đục, protein tăng, nhiều tế bào bạch cầu.

Nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

Giúp cho chẩn đoán là viêm màng não hay áp xe não.

3. Diễn biến:

- Vết thương sọ não lớn: Nếu không được sơ cứu kịp thời và điều trị đúng nguyên tắc từ đầu sẽ gây viêm màng não, áp xe não, tử lệ tử vong cao.

- Đối với vết thương sọ não nhỏ: Nếu dò nước não tuỷ lâu ngày cũng sẽ gây viêm màng não, áp xe não.

Biến chứng có thể xảy ra:

- + Cấp tính: máu tụ nội sọ.
- + Lâu dài: túi phồng động mạch não, túi phồng thông động tĩnh mạch.

4. Nguyên tắc điều trị:

4.1. Sơ cứu:

* *Không nên:*

Rửa trực tiếp vết thương.

Rửa vết thương bằng thuốc sát khuẩn.

Rắc, rửa kháng sinh trên bề mặt vết thương (gây động kinh, nước chảy vào nhu mô não)

Thăm dò vết thương bằng dụng cụ cứng.

Băng ép chặt vết thương.

Lấy dị vật (có thể làm chảy máu thứ phát do dị vật xô thế đang tạm thời bít kín mạch thay xoang tĩnh mạch tổn thương)

Gạt bỏ hoặc ép chất não phòi ra vào trong (nguy cơ nhiễm khuẩn và chảy máu).

Dùng thuốc giảm đau toàn thân vì nguy cơ gây suy hô hấp hoặc đề phòng có máu tụ trong não kèm theo.

Nên:

Chống shock.

Đảm bảo hô hấp thông suốt, chống suy hô hấp nếu có.

Cắt tóc càng rộng càng tốt (giảm nhiễm khuẩn), có thể cạo trọc.

Sát trùng quanh mép vết thương tư trong ra ngoài. Rửa xung quanh vết thương bằng huyết thanh sinh lí.

Băng vô khuẩn vết thương: Băng nhẹ tay, nếu có tổ chức não lòi ra thì dùng dị vật thích hợp (chén, bát) úp chụp lên vết thương rồi băng lại để vận chuyển

Kháng sinh toàn thân.

SAT.

Theo dõi tri giác sát.

Chuyển bệnh nhân đi sớm đến nơi phẫu thuật.

4.2. Điều trị thực thụ: Nên mổ sớm (trong vòng 24 h), coi như cấp cứu trì hoãn, không như máu tụ trong chấn thương sọ não kín.

Đối với vết thương sọ não đến sớm:

Nguyên tắc:

+ Mổ ngay càng sớm càng tốt.

+ Chuẩn bị trước mổ: kháng sinh, SAT.

+ Có thể gây tê tuỷ sống hoặc gây mê.

Rạch rộng vết thương da đầu, chú ý cắt lọc tiết kiệm.

Tách màng xương.

Lấy xương vỡ nhất là các mảnh rời, nếu cần gặm rộng xương đến phần xương lành.

Mở rộng màng não, cắt lọc màng não tiết kiệm

Tại vết thương chủ yếu hút não dập, lấy máu tụ và dị vật (xương, da, tóc).

Đối với mảnh hoá khí ở nông nếu không phải tìm kiếm khó khăn thì lấy bỏ, nếu khó tìm thì để lại.

Bơm rửa với áp lực mạnh (tổ chức não nát bị đẩy ra, tổ chức não lành còn nguyên). Hút tổ chức não dập (hút cho tới khi nào bắt đầu có chảy máu ra là được. Nếu để sót tổ chức não dập: nhiễm khuẩn.

Nếu vào não thất: cho sonde Nélaton vào bơm rửa nước muối sinh lí làm sạch não thất cho tới khi trong, lưu lại sonde (24 – 48h) để theo dõi tình trạng não thất.

Cầm máu: Đốt bằng dao điện, nếu không được thì dùng clip bạc. Nếu rách xoang tĩnh mạch: Có thể dùng ngón tay tạm thời bịt lại cầm máu tạm thời. Sau đó cắt cơ (thường là cơ thái dương) giã nhuyễn đắp vào xoang cầm máu.

Không đóng kín màng não.

Đóng kín da, đặt dẫn lưu ra ngoài (nếu da bị cắt nhiều, khi đóng ai có tình trạng quá căng hoặc không đủ: Rạch da ở vùng bên cạnh, kéo da trượt trên cân Galea để đóng kín vết thương)

* Đến muộn:

Chống nhiễm khuẩn (kháng sinh), hồi sức tốt, mổ sau.

Thay băng vết thương.

Lúc mổ ra đã hình thành ổ áp _ xe : Lấy ra dễ hơn (cả khối).

Mổ : thứ tự như đến sớm : Vô khuẩn, cắt lọc từ ngoài vào trong.

Không khâu kín màng não, khâu da che vết thương.

Thể đặc biệt:

Vết thương xoang hơi trán: Rửa sạch xoang hơi trán (do xoang hơi có niêm mạc phủ nên nguy cơ nhiễm khuẩn cao). Cầm máu thành xoang bằng sáp ong. Vá màng não. Có thể lấp đầy xoang bằng cơ.

Vết thương xoang tĩnh mạch:

+ Thất (xoang dọc trên): 1/3 trước thất không hại, 1/3 giữa thất nặng hơn, 1/3 sau thất phù não. Không được thất hội lưu Hérophilie.

+ Vá: cơ thái dương giã nhuyễn đắp vào xoang cầm máu.

Vết thương hốc mắt: Nếu vỡ: bỏ nhãn cầu. Vá màng cứng.

Vết thương xuyên: Xử lý chủ yếu đường vào quan trọng hơn

+ Lỗ vào nhỏ, tỉnh táo, không nhiễm khuẩn: Chỉ cần theo dõi: Máu tụ, áp _ xe não và cho kháng sinh.

+ Mê, khoảng tỉnh: Xử trí lấy máu tụ cấp cứu.

+ Mảnh kim loại chui qua hố mắt, xoang trán, xoang sàng: nên mổ do nguy cơ nhiễm khuẩn.

Sau mổ :

Tại vết mổ: Hạn chế thay băng nếu vết mổ khô.

Chống nhiễm khuẩn: kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Chống phù não: thông khí tốt, đủ O₂, Mnnitol, lasix.

Rút dẫn lưu sau 24 – 48h.

Nâng cao thể trạng bệnh nhân. Nuôi dưỡng qua sonde và tĩnh mạch nếu mê.

Chống loét nếu mê.

Vệ sinh răng miệng, chống nhiễm khuẩn hô hấp.

Theo dõi: máu tụ, viêm màng não, áp xe não.

Phục hồi chức năng sớm.

Biến chứng, di chứng: Nhiều hơn CTSN kín do tổn thương nhu mô não: thường chỉ gặp với vết thương lớn và hoặc không được xử trí sớm, đúng.

Biến chứng:

Viêm màng não.

Áp xe não.

Viêm xương sọ.

Di chứng:

Liệt, thất ngôn.

Rối loạn tâm thần.

Đời sống thực vật.