

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

*BS Phạm Ngọc Anh
Khoa Ngoại Lồng Ngực- Mạch Máu- Thần Kinh*

1. GIỚI THIỆU

Chấn thương sọ não (CTSN) chiếm tỉ lệ cao trong cấp cứu chấn thương, đặc biệt ở chấn thương do tai nạn giao thông, CTSN thường kèm với các thương tổn khác, khám toàn diện bệnh nhân CTSN là cần thiết.

Các thương tổn nặng của CTSN thường diễn tiến sau vài giờ, vài ngày: việc phân loại mức độ thương tổn, theo dõi sát, phát hiện kịp thời các thương tổn sọ não, điều trị đúng lúc, sẽ giúp làm giảm biến chứng, tử vong, tổn kém cho bệnh nhân và xã hội.

2. PHÂN LOẠI CTSN

Với mục tiêu ứng dụng lâm sàng, CTSN được phân loại theo: (1) Cơ chế chấn thương (Bảng 1), (2) Mức độ nặng nhẹ dựa trên thang điểm Glasgow (GCS), (3) Thương tổn thực thể.

Bảng 1. Phân loại chấn thương sọ não theo cơ chế chấn thương và mức độ nặng nhẹ

Cơ chế chấn thương	Kín	Tốc độ cao (tai nạn giao thông) tốc độ thấp (tê, đá thương)
	Hở	Vết thương bom đạn. Vật sắc nhọn
Mức độ nặng – nhẹ	Nhẹ	GCS: 14 – 15 điểm
	Trung bình	GCS: 9 – 13 điểm
	Nặng	GCS: 3 – 8 điểm.

3. XỬ TRÍ CTSN THEO MỨC ĐỘ NHẸ - TRUNG BÌNH – NẶNG

3.1. Mức độ nhẹ (GCS: 13 – 15 điểm)

Chiếm 80% bệnh nhân CTSN, bệnh nhân tỉnh táo có thể quên các việc đã xảy ra. CTSN mức độ nhẹ được chia làm 3 loại theo mức độ tri giác (Bảng 5) họ cần được xử trí theo các bước sau:

- Xác định: bệnh nhân tỉnh, GCS: 13 – 15 điểm.
- Xử trí (Bảng 2)

Bệnh nhân cần nhập viện, theo dõi khi có các vấn đề sau:

- Chưa có CT não.

- CT não có dấu hiệu bất thường.
- Tất cả bệnh nhân có vết thương sọ não.
- Bệnh sử ghi nhận giảm, mất tri giác lâu.
- Tri giác thay đổi sau CTSN.
- Nhức đầu vừa – nặng.
- Có dấu hiệu rượu – độc chất trong máu, nước, tiểu.
- Dấu hiệu nứt sọ.
- Chảy dịch não tủy ở mũi – tai.
- Có các thương tổn khác kèm theo.
- Khi về nhà không có người bên cạnh.
- GCS dưới 14 điểm.
- Có dấu hiệu thần kinh khu trú.

Bệnh nhân có thể cho về nhà khi:

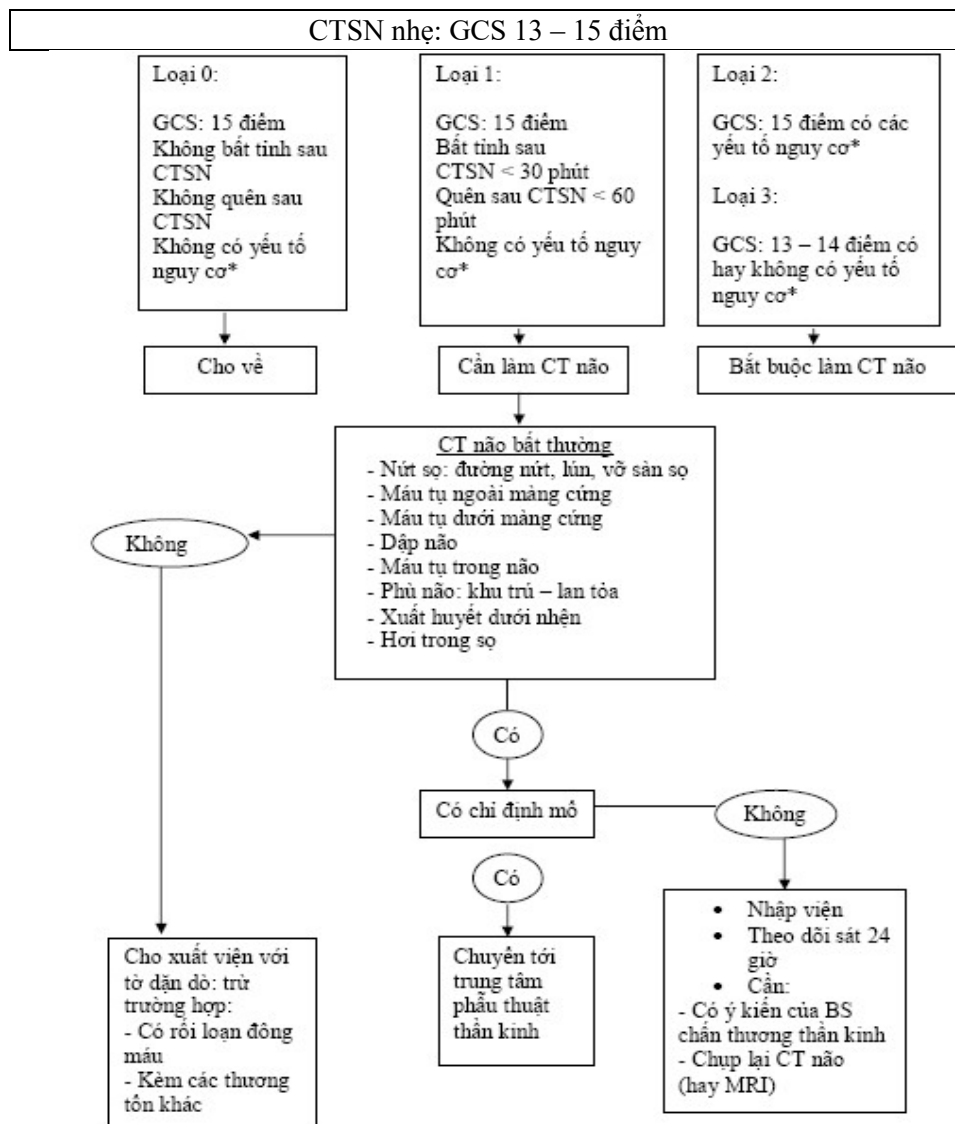
- Không có các vấn đề cần nhập viện kể trên.
- Có thể trở lại bệnh viện dễ dàng khi có các vấn đề báo nguy ở tờ dặn dò (Phụ lục 1)

Không có yếu tố nguy cơ bị CTSN: trẻ bị ngược đãi, không có người chăm sóc

Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân CTSN:

- GCS <15 điểm kéo dài hơn 2 giờ sau CTSN.
- Quên kéo dài các việc xảy ra sau CTSN.
- Quên hơn 30 phút các việc xảy ra trước khi CTSN.
- Có dấu hiệu: nứt – lún sọ, nứt sán sọ.
- Nhức đầu dữ dội.
- Tuổi:
 - < 2 tuổi
 - > 60 tuổi
- Rối loạn đông máu.
- Có cơ chế bị CTSN mạnh
- Có dấu hiệu ngộ độc rượu – độc chất.

Bảng 2 .Các bước điều trị CTSN nhẹ



3.2 Chấn thương sọ não mức độ trung bình (GCS: 9 – 13 điểm):

10% bệnh nhân CTSN đến khoa cấp cứu ở mức độ trung bình, họ vẫn đáp ứng được y lệnh nhưng thường lẫn lộn, lơ mơ, ngủ gà; có thể có dấu thần kinh khu trú như yếu nửa người; 10 – 20% các bệnh nhân này dễ rơi vào hôn mê.

Bệnh nhân CTSN mức độ trung bình cần được nhập viện, hồi ký: bệnh sử, cơ chế chấn thương, khoảng tỉnh, diễn tiến tri giác. Ổn định tim mạch trước khi đánh giá thần kinh; theo dõi sát: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú; tri giác giảm thường đồng hành với tăng biến chứng nội sọ. CT não cần được làm lại trong vòng 12 giờ - 24 giờ sau khi nhập viện, hay làm ngay khi thấy họ có diễn tiến xấu.

Các bước xử trí bệnh nhân chấn thương sọ não mức độ trung bình:

- Xác định: bệnh nhân lơ mơ, còn làm theo y lệnh
- GCS: 9 – 13 điểm.
- Khám bệnh:
 - Như ở CTSN loại nhẹ.
 - CT não cho tất cả bệnh nhân.
 - Nhập viện vào khoa có khả năng theo dõi CTSN.
- Sau nhập viện:
 - Thường xuyên theo dõi: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú mỗi hai – ba giờ
 - Chụp lại CT não khi có diễn tiến xấu.
- Nếu diễn tiến tốt (90%): theo dõi tại bệnh viện, cho xuất viện khi họ ổn định.
- Nếu diễn tiến xấu (10%): chụp lại CT não, xếp loại như CTSN nặng

3.3. Chấn thương sọ não mức độ nặng (GCS: 3 – 8 điểm)

Bệnh nhân CTSN nặng không thể thực hiện được các yêu cầu đơn giản, nguy cơ tử vong – tàn phế rất cao.

Các bước xử trí CTSN nặng.

- Xác định: GCS: 3 – 8 điểm.
- Đánh giá và xử trí (Bảng 3)

Bảng 3: Xử trí bước đầu bệnh nhân CTSN nặng.

1. Tất cả CTSN phải được hồi sức ở phòng cấp cứu theo ưu tiên ABCDEs.
2. Khi huyết áp bình thường cần khám thần kinh ngay: tri giác (GCS), phản xạ đồng tử, dấu thần kinh khu trú. Nếu huyết áp không bình thường cần khám thần kinh với ghi chú huyết áp giảm.
3. Nếu huyết áp tâm trương không lên tới 100mmHg dù đã bù nhiều dịch, máu. Khi có dấu hiệu xuất huyết ổ bụng cần siêu âm, bệnh nhân cần được mở bụng; sau mở bụng cần làm CT não.

4. Nếu huyết áp tâm trương $> 100\text{mmHg}$ sau khi hồi sức, lâm sàng có dấu hiệu máu tụ nội sọ: cần làm CT não khẩn và điều trị tích cực: chỉ định mổ, chống phù não.....
5. Ở trường hợp huyết áp tâm trương chỉ tạm ổn định bệnh nhân có dấu hiệu máu tụ, cần phối hợp phẫu thuật viên chấn thương (bụng) và sọ não trong việc chẩn đoán (bụng – não), nếu cần nên mổ phối hợp cùng lúc.

3.3.1. Theo dõi tại trung tâm chấn thương thần kinh

- Khai thác kỹ bệnh sử: cơ chế chấn thương, các bệnh lý, thuốc liên quan đến mê.
- Khám nhiều lần: tri giác (GCS) yếu liệt, phản xạ đồng tử để phát hiện các diễn tiến của tổn thương não.

3.3.2. CT não

CT não cần làm sớm khi tim mạch ổn định, làm lại từ 12 – 24 giờ khi có dấu hiệu dập não, máu tụ ở phim đầu tiên.

CT não nên chụp cho tất cả bệnh nhân CTSN, chụp lại khi có áp lực nội sọ tăng, dấu hiệu lâm sàng xấu.

- Chụp mạch máu cộng hưởng từ khi nghi ngờ có bóc tách động mạch (dissection arterielle) hay dò động mạch cảnh – xoang hang
- Chụp cột sống cho tất cả bệnh nhân CTSN khi việc khám lâm sàng chưa xác định rõ có chấn thương cột sống hay không.

4. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Mục tiêu hồi sức – điều trị CTSN là ngăn chặn điều trị kịp thời các thương tổn thứ phát, cụ thể là giúp các tế bào thần kinh hồi phục, nếu không các tế bào này sẽ chết, làm tăng thương tổn não, đặc biệt là điều trị hiệu quả tăng áp lực trong sọ.

4.1. Dịch truyền

Dịch truyền cần được cung cấp đủ để giữ thể tích dịch cơ thể bình thường, hạ thể tích máu làm CTSN nặng thêm; không nên truyền dịch quá nhiều khi không cần thiết.

4.2. Tăng thông khí

Bệnh nhân CTSN nặng (GCS < 8 điểm) có các dấu hiệu ở (Bảng 8), ở giai đoạn đầu, cần được đặt nội khí quản với thông khí có kiểm soát; cần duy trì PaO₂ thấp nhất là 60 mm Hg, PaCO₂ từ 35 – 40 mmHg.

4.3. Manitol

Cần sử dụng manitol khi có dấu hiệu tụt não, thường dùng ở dạng 20%, liều 1g/kg truyền tĩnh mạch nhanh < 20 phút

4.4. Furosemide: có thể kết hợp với manitol trong điều trị tăng áp lực trong sọ, liều 0,3 – 0,5 mg/kg, đường tĩnh mạch.

4.5. Steroids:

Không cải thiện cho CTSN nặng.

4.6. Barbiturates: được dùng khi các thuốc điều trị tăng áp lực nội sọ thất bại, chúng không được dùng khi có sự giảm huyết áp, giảm thể tích; giảm huyết áp thường là hậu quả việc dùng barbiturates

4.7 Chống động kinh: Động kinh sớm xảy ra ở 5% CTSN kín được nhập viện, 15% ở CTSN nặng, động kinh muộn xảy ra ở ba trường hợp: (1) Có động kinh ở tuần lễ đầu sau CTSN (2) Có máu tụ trong sọ (3) Có lún sọ. Phenytoin có tác dụng làm giảm nguy cơ động kinh ở tuần lễ đầu sau chấn thương sọ não, nhưng không tác dụng sau đó, liều tải dùng cho người lớn: 1g không nhanh hơn 50mg/phút, liều dùng tiếp theo 100mg/ 8 giờ. Động kinh kéo dài liên tục có thể kết hợp phenytoin với diazepam hay lorazepam, cơn động kinh kéo dài 30-60 phút sẽ gây tổn thương não thứ phát, động kinh liên tục cần gây mê toàn thể để cắt cơn.

5. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

5.1 Lún sọ: cần mổ: lún sọ hở, lún sọ kín khi xương sọ lún hơn một bản sọ

5.2 Máu tụ trong sọ

- Các loại máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não có chỉ định mổ khi có dấu hiệu ảnh hưởng khối choáng chỗ trên lâm sàng và CT não:
 - o Lâm sàng: tri giác giảm dần, dấu hiệu thần kinh khu trú tăng dần (yếu liệt, dẫn đường từ)...
 - o CT não: đường giữa lệch, não thất bên bị ép, các bể dịch não tủy trên hố yên- quanh thân não bị biến dạng hay bị xóa, khối máu tụ tăng lên,....,
- Mổ sọ giải ép được áp dụng khi các phương pháp chống phù não không hiệu quả

6. NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Bệnh nhân CTSN nặng: hai tuần đầu có nhu cầu năng lượng tăng, ngay cả bệnh nhân bị liệt nhu cầu năng lượng tăng từ 20-30%, thiếu nuôi dưỡng ở tuần lễ đầu sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong, nuôi dưỡng bệnh nhân CTSN nặng không được để trễ quá 72 giờ, nếu có thể nuôi ăn bằng đường tiêu hóa vì:

- Giảm nguy cơ tăng đường huyết, đường huyết cao làm tổn thương não do thiếu oxy, thiếu máu nuôi não.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng so với nuôi bằng đường tĩnh mạch.
- Giá thành thấp.