

ĐÁP ÁN CHO CASE 39

Xuất huyết dưới màng cứng

Tóm tắt: Một trẻ nữ nhi bị bay xuyên qua kính chắn gió. Cậu bé thay đổi tri giác, khám thực thể phù hợp với tăng áp lực nội sọ (ICP).

- **Chẩn đoán khả thi nhất:** Máu tụ dưới màng cứng.
- **Xét nghiệm phù hợp nhất:** Chụp CT đầu cấp.

PHÂN TÍCH

Mục tiêu

1. Miêu tả triệu chứng lâm sàng thường gặp trong trường hợp chấn thương đầu.
2. So sánh các triệu chứng thường gặp của máu tụ dưới màng cứng với máu tụ ngoài màng cứng.
3. Thảo luận về các phương án điều trị có thể cho xuất huyết nội sọ.

Đặt vấn đề

Đứa trẻ này nhỏ hơn 1 tuổi, và khối máu tụ dưới màng cứng thường gặp hơn ở lứa tuổi này; xuất huyết ngoài màng cứng thường gặp hơn ở trẻ lớn. Co giật thường thấy hơn trong xuất huyết dưới màng cứng, xảy ra trong 75% trường hợp; trong khi co giật gặp trong dưới 25% bệnh nhân xuất huyết ngoài màng cứng. Tri giác cậu bé thay đổi có thể do chấn động não, nhưng kết quả chụp CT bình thường hoặc không có thay đổi đặc biệt. Việc trẻ văng ra ngoài trong vụ va chạm cho thấy cơ chế chấn thương, khiến các chẩn đoán khác khó xảy ra (như hội chứng rung lắc ở trẻ, gần đây được nhắc tới nhiều hơn như là chấn thương đầu do lạm dụng). Việc trên xe này không có ghế trẻ em cũng nên được chú trọng.

Tiếp cận

Tụ máu dưới màng cứng

ĐỊNH NGHĨA

Chấn động não: Thay đổi tri giác ngay sau chấn thương đầu; không có bất thường não tương ứng; có thể quên thuận chiều hoặc ngược chiều

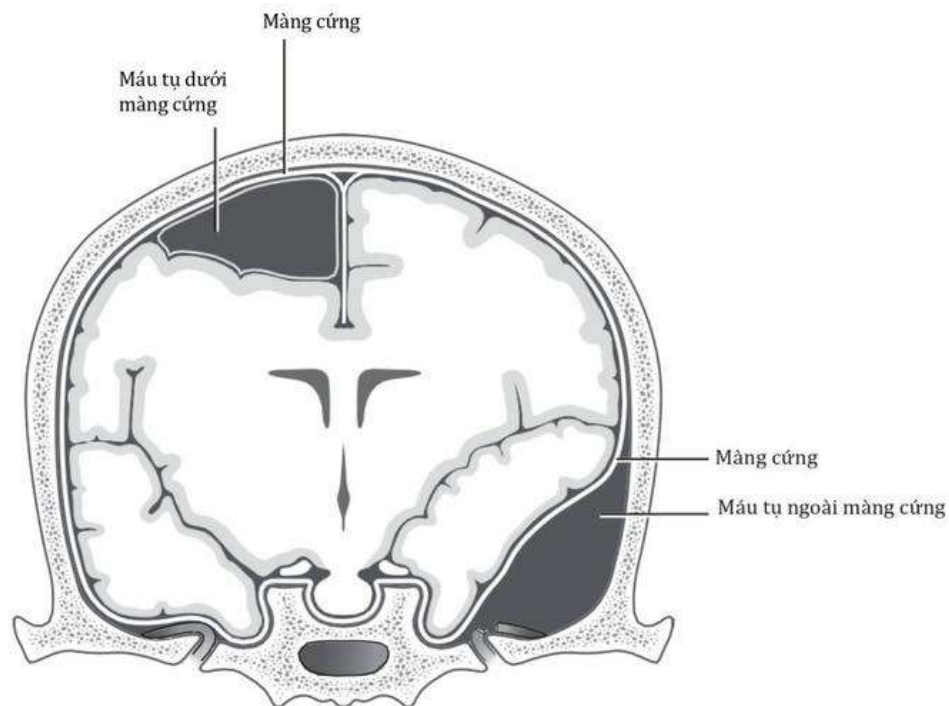
Xuất huyết ngoài màng cứng: Xuất huyết giữa màng cứng và hộp sọ; thường gặp khi vỡ xương sọ và rách động mạch màng não giữa nhưng có thể do tổn thương xoang màng cứng hoặc các tĩnh mạch màng não giữa (Hình 39-1).

Thang điểm hôn mê glasgow (GCS): Một công cụ lâm sàng được phát triển để hỗ trợ dự đoán mức độ nặng trong tổn thương đầu. Với trẻ nhũ nhi và trẻ mới biết đi, có nhiều thang điểm “biến đổi” để phù hợp với mức độ ngôn từ phản ánh sự phát triển ngôn ngữ và thay đổi thành phần “vận động” để phản ánh sự thiếu chuyển động có mục đích ở thời kì trẻ nhũ nhi (Bảng 39-1).

Xuất huyết dưới màng cứng: Xuất huyết giữa màng cứng và khoang màng nhện; xảy ra khi tổn thương các tĩnh mạch cầu nối vỏ não với xoang màng cứng (Hình 39-1).

TIẾP CẬN LÂM SÀNG

Đứa trẻ trong case này cực kì nặng, với tăng ICP và xuất huyết võng mạc. Một số hình thái của xuất huyết não có thể xảy ra. Xử trí ban đầu theo hồi sức ABC: đánh giá đường thở (Airway) trước, sau đó là hô hấp (Breathing) và sau đó là trạng thái tuần hoàn (Circulatory). Sau đó là chăm sóc trực tiếp tại các vết thương.



Hình 39-1. Giải phẫu xuất huyết dưới và ngoài màng cứng.

Bảng 39-1 THANG ĐIỂM HÔN MÊ GLASGOW BIẾN ĐỔI CHO TRẺ EM DƯỚI 3 TUỔI

Mở mắt:

- 1 Không
- 2 Đáp ứng với đau
- 3 Đáp ứng với lời nói
- 4 Tự nhiên

Giao tiếp bằng lời nói:

- 1 Không đáp ứng
- 2 Âm thanh không hiểu được
- 3 Từ ngữ không phù hợp
- 4 Trả lời lẫn lộn, khóc
- 5 Trả lời đúng, khóc khi có nhu cầu

Đáp ứng vận động:

- 1 Không
- 2 Duỗi cứng mắt não
- 3 Co cứng mắt vỏ
- 4 Rút lại khi đau
- 5 Phản ứng khu trú với đau
- 6 Vận động tự phát ở trẻ nữ nhi < 6 tháng và vận động có mục đích ở trẻ em 6-36 tháng

Xuất huyết dưới màng cứng thường gặp hơn ở trẻ dưới 1 tuổi và thường gặp hơn rất nhiều xuất huyết ngoài màng cứng vùng trên lều. Xấp xỉ 1/3 xuất huyết dưới màng cứng phát hiện trên CT có vỡ xương sọ đi kèm; hầu hết nguồn gốc từ tĩnh mạch, và xấp xỉ 3/4 trường hợp gặp ở cả 2 bên. Hình ảnh CT thường thấy khối máu tụ hình lưới liềm. Co giật xảy ra ở 60% tới 90% bệnh nhân bị ảnh hưởng và thường đi kèm xuất huyết võng mạc. Thường gặp tăng ICP. Xuất huyết dưới màng cứng thường có tỷ lệ tử vong thấp hơn so với xuất huyết ngoài màng cứng, nhưng tỷ lệ bệnh tật lâu dài cao hơn vì liên quan tới nhu mô não nhiều hơn.

Xuất huyết dưới màng cứng có thể cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính. Trong trường hợp cấp tính, triệu chứng thường xuất hiện trong 48 giờ đầu tiên sau chấn thương. Bệnh nhân tụ máu dưới màng cứng bán cấp biểu hiện triệu chứng từ 3-21 ngày sau chấn thương, trong khi tụ máu mạn tính thường gây triệu chứng sau 21 ngày. **Tụ máu dưới màng cứng mạn tính thường gặp ở trẻ lớn hơn trẻ sơ sinh;** triệu chứng có thể bao gồm nôn mạn tính, co giật, tăng trương lực cơ, kích thích, thay đổi tính cách, mất tập trung, chậm tăng cân, sốt và thiếu máu. Chụp cộng hưởng từ hữu ích hơn CT trong việc đánh giá khối máu tụ bán cấp và mạn tính vì độ tuổi của khối máu có thể ước lượng bằng cường độ tín hiệu.

Xuất huyết ngoài màng cứng thường gặp ở trẻ lớn và người lớn, và được thấy nhiều hơn ở khoang dưới lều. Hai phần ba xuất huyết ngoài

màng cứng có đi kèm vỡ xương sọ. Mặc dù hầu hết máu trong xuất huyết ngoài màng cứng là máu động mạch; ở trẻ em gần một nửa trường hợp máu xuất phát từ tĩnh mạch. **Hầu hết trường hợp máu tụ ngoài màng cứng ở một bên,** tại vùng thái dương đỉnh, và biểu hiện trên CT dưới dạng thấu kính, hai mặt lồi. **Dưới 25% trường hợp bệnh nhân tụ máu ngoài màng cứng xuất hiện co giật,** và ít gặp xuất huyết võng mạc. **Tỷ lệ tử vong của xuất huyết ngoài màng cứng lớn hơn dưới màng cứng,** nhưng tỷ lệ bệnh tật ở những người còn sống thấp.

Tăng ICP, có thể gây ra bởi cả 2 dạng xuất huyết, cần được phát hiện và điều trị. Khối máu tụ ngoài màng cứng thường tiến triển nhanh và có thể cần phẫu thuật cấp cứu lấy khối máu tụ và tìm điểm chảy máu. Xuất huyết dưới màng cứng thường không cần phẫu thuật khẩn cấp nhưng có thể cần phẫu thuật sau này.

Câu hỏi lượng giá

- 39.1 Bạn là thành viên đội y tế của một đội bóng bầu dục trung học. Trong phần tư đầu tiên của trận đấu gần nhất, bạn thấy ngôi sao tiền vệ chính của đội bóng ngã ra sau một va chạm đầu với đầu (có đội nón bảo hiểm). Cậu bé không đứng dậy sau cú tác động. Bạn phi vào trong sân và đánh giá cầu thủ bị chấn thương. Cậu còn nhịp thở, mạch ổn định nhưng bất tỉnh. Khi bạn bắt đầu kiểm tra, cậu tỉnh lại. Cậu nhớ tên mình nhưng không thể nhớ được ngày, vị trí trong đội bóng hay làm sao mà cậu tới được trận bóng. Cậu không mất cảm giác hay vận động gợi ý tới tổn thương cột sống cổ, bạn giúp cậu đi ra khỏi sân bóng. Sau 10 phút, cầu thủ định hướng được hoàn toàn (mặc dù cậu vẫn không thể nhớ được mình đã ăn gì cho bữa sáng) và muốn ra sân. Huấn luyện viên (HLV) yêu cầu cậu ở ngoài cho đến hết trận. Cầu thủ này nhờ bạn giúp đỡ. Xử trí nào dưới đây là hợp lý nhất?
- A. Khẳng định quyết định của HLV. Nói với cầu thủ rằng cậu ta cần đánh giá tuần tự trước khi có thể quay lại tập luyện.
 - B. Khẳng định quyết định của HLV. Nói với cầu thủ cậu có thể quay lại và tập luyện vào ngày mai.
 - C. Phủ định quyết định của HLV. Nói với cầu thủ rằng cậu ấy có thể quay lại chơi bây giờ.
 - D. Phủ định quyết định của HLV. Nói với cầu thủ rằng cậu có thể trở lại chơi sau khi hết ½ trận.
 - E. Đặt cầu thủ lên ván và chở luôn đến viện.
- 39.2 Một thiếu nữ 17 tuổi được đưa đến bệnh viện sau một tai nạn xe máy. Cô gái và bạn trai đã uống bia và đang trên đường trở về nhà khi cô mất kiểm soát xe ô tô và đâm vào tường bên của trạm cảnh sát địa phương. Cô được miêu tả là mất ý thức một thời gian ngắn nhưng vẫn định hướng được tên, địa điểm và thời gian. Cô trả lời đúng câu hỏi. Trong khi chờ chụp cột sống cổ, cô nôn và trở nên bất tỉnh. Cô có nhịp

- tim chậm và nhịp thở không đều. Tổn thương não nào có khả năng xảy ra trong trường hợp này?
- Xuất huyết dưới màng cứng
 - Xuất huyết ngoài màng cứng
 - Xuất huyết trong não thất
 - Động kinh hậu chấn thương
 - Chấn động não
- 39.3 Nhiều ngày sau khi được điều trị cấp cứu, thiếu nữ trong câu hỏi 39.2 được chuyển từ khoa điều trị tích cực nội tới khoa nhi chung của bạn. Cô gái lo lắng về tiên lượng sau này. Câu nào dưới đây là đúng?
- Cô gái cần được đánh giá tâm thần kinh tổng thể trước khi quay lại trường học.
 - Cô gái có thể sẽ bị đau đầu, mệt mỏi, buồn nôn và rối loạn giấc ngủ.
 - Cô gái có thể sẽ bị co giật và cần điều trị dự phòng co giật trong 2 năm.
 - Cô gái không được lái xe một cách hợp pháp vì đã bị phẫu thuật não.
 - Cô gái sẽ có một vài vấn đề kéo dài
- 39.4 Một đứa trẻ 7 tháng tuổi được đưa tới phòng cấp cứu sau khi ngã từ ghế cao. Trẻ không có mất tri giác, không có chấn thương hoặc các vấn đề y tế khác. Thăm khám cho thấy một vài vết bầm cũ nhưng không có bằng chứng về chấn thương cấp tính hay gãy xương. Trẻ kích thích, nên bạn chỉ định chụp CT không có thuốc cản quang. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đọc thấy khối máu tụ dưới màng cứng ở hai bên và có 2 đường vỡ sọ đang liền mà bà ước tính khoảng 2 tuần tuổi. Bước xử trí tiếp theo tốt nhất ở đứa trẻ này là gì?
- Theo dõi trong vòng 6 giờ tại trung tâm cấp cứu.
 - Đánh giá thời gian máu chảy và thời gian prothrombin.
 - Chỉ định chụp cộng hưởng từ sọ não.
 - Xuất viện từ trung tâm cấp cứu với các biện pháp phòng ngừa chấn thương đầu.
 - Làm điện não đồ và hội chẩn thần kinh.

ĐÁP ÁN

- 39.1 A. Mặc dù có nhiều tranh cãi, đáp án đúng là với một cầu thủ có chấn động não dẫn tới mất ý thức, cần tránh chơi thể thao trong khoảng thời gian còn lại trong ngày. Báo cáo lâm sàng gần nhất từ Viện Nhi khoa Hoa Kỳ liên quan đến các tình trạng ảnh hưởng đến tham gia thể thao được dẫn chứng Hội nghị Quốc tế về Chấn động não trong thể thao lần thứ 2 năm 2004. Báo cáo này gợi ý rằng việc đánh giá cá thể hóa và thường xuyên đánh giá lại theo thời gian, và từng bước quay

lại để chơi hữu ích hơn việc ấn định một khoảng thời gian được chơi lại.

- 39.2 B. Trẻ vị thành niên này biểu hiện triệu chứng điển hình của xuất huyết ngoài màng cứng ở người lớn (mất ý thức lần đầu [chấn động não ban đầu], một khoảng tỉnh táo, sau đó mất ý thức trở lại và có triệu chứng tăng áp lực nội sọ [do ảnh hưởng của khối máu tụ]). Trẻ nhỏ tuổi hơn thường không biểu hiện theo mô hình này. Cần đánh giá thần kinh ngay lập tức.
- 39.3 E. Tỷ lệ tử vong của xuất huyết ngoài màng cứng cấp tính cao hơn của xuất huyết dưới màng cứng cấp, nhưng tỷ lệ bệnh tật lâu dài thấp hơn. Đáp án B thường thấy sau một xuất huyết dưới màng cứng. Hội chứng co giật có thể loại trừ việc lái xe, nhưng tiền sử phẫu thuật sọ não thì không.
- 39.4 C. Đứa trẻ này có bằng chứng vỡ xương sọ cũ với các khối máu tụ dưới màng cứng. Cộng hưởng từ sọ não sẽ giúp xác định tuổi khối máu tụ. Nếu tuổi của khối máu tương ứng với đường vỡ xương sọ, cần cân nhắc tới việc trẻ bị bạo hành. Thần kinh học có thể hữu ích sau này, nhưng một cuộc hội chẩn ngay lập tức không có nhiều lợi ích trước khi bổ sung thêm thông tin. Cho trẻ xuất viện với những thông tin trong case này là nguy hiểm, đứa trẻ này có thể cần nhập viện với sự can thiệp của công tác xã hội. Các xét nghiệm đông máu không có tác dụng; trẻ này không có tiền sử tương thích với rối loạn đông máu, và cũng không có rối loạn đông máu nào có thể giải thích được đường vỡ sọ cũ.

Đúc Kết Lâm Sàng

- ▶ Xuất huyết dưới màng cứng thường gặp ở trẻ nhỏ hơn 1 tuổi và ở khoang trên lều; co giật và xuất huyết võng mạc là các triệu chứng thường đi kèm, và tăng ICP là điều điển hình.
- ▶ Xuất huyết ngoài màng cứng thường gặp ở trẻ lớn và người lớn ở khoang dưới lều. Dưới 25% bệnh nhân có co giật; hiếm thấy xuất huyết võng mạc.
- ▶ Tỷ lệ tử vong do xuất huyết dưới màng cứng thường thấp hơn so với xuất huyết ngoài màng cứng, nhưng tỷ lệ bệnh tật lâu dài cao hơn trong tổn thương dưới màng cứng do thường nhu mô não bị ảnh hưởng nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Chiriboga CA. Trauma to the nervous system. In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. Rudolph's Pediatrics. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:2241-2252.

- Landry GL. Head and neck injuries. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007:2862-2863.
- McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, et al. Summary and agreement statement of the 2nd International Conference on Concussion in Sport, Prague 2004. *Clin J Sport Med*. 2005;15(2):48-55.
- Prasad MR, Ewing-Cobbs L, Swank PR, Kramer L. Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. *Pediatr Neurosurg*. 2002;36:64-74.
- Rice SG; and the Council on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics*. 2008;121:841-848.
- Rosman NP. Acute head trauma. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:730-746.
- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2:81-84.
- Wojtys EM, Hovda D, Landry G, et al. Concussions in sports. *Am J Sports Med*. 1999;27:676-687.