

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH DO CHẤN THƯƠNG ĐẦU Ở TRẺ EM

Lê Tấn Năm, Nguyễn Minh Tâm.

(Khoa Chấn thương Chỉnh hình, BV Đ K TT An Giang)

ABSTRACT: *Chronic Subdural Hematoma (CSDH) is a collection of dark blood which forms over the surface of the brain after 3 weeks to months due to head injury. A chronic subdural hematoma is more common in the elderly, but rarely seen in children. We report a case of 11- year- old child with CSDH due to head injury. The patient developed headache, nausea, and vomiting for the last 3 days prior to admission. On presentation day, he was alert with GCS of 13, headache, vomiting and papilledema on fundoscopy. Head CT scan showed typical CSDH in left frontal-temporal area. He had a history of head injury one month ago because of falling down when playing with his friends . Single burr hole drainage was performed for the patient and he was discharged after 7 days of hospitalisation.*

Key words: *Chronic subdural hematoma, children, head injury*

TÓM TẮT: *Máu tụ dưới màng cứng tính (MTDMC) mạn là sự hình thành một bọc máu lỏng, không đông, nằm dưới màng cứng, sau một chấn thương đầu, từ 3 tuần đến vài tháng. Loại bệnh này đa số gặp ở người già, một số bệnh nhân là trẻ con dưới 2 tuổi do chấn thương sọ não. MTDMC mạn rất hiếm gặp ở trẻ em. Chúng tôi báo cáo một trường hợp MTDMC mạn ở một bé trai 11 tuổi, nguyên nhân do chấn thương đầu do té trong lúc nô đùa với bạn học. Khi nhập viện, bệnh nhi vẫn tỉnh nhưng hơi lơ đãng, GCS 13 điểm, đau đầu âm ỉ, nôn vọt từng cơn, phù gai thị giác. Cách nhập viện 1 tháng, có bị té khi nô đùa với bạn học. Bệnh nhi được can thiệp phẫu thuật, phương pháp phẫu*

thuật là khoan một lỗ sọ và dẫn lưu máu tụ. Sau phẫu thuật 7 ngày, bệnh nhi ra viện với GOS là 5 điểm.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng , trẻ con, trẻ em, tổn thương vùng đầu.

TƯỜNG TRÌNH TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhi, nam, 11 tuổi, học sinh. Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhi bị đau đầu, nôn vọt từng cơn, sốt nhẹ ; có điều trị bác sĩ tư, nhưng không giảm nhức đầu và không giảm nôn. Bệnh nhi được đến khám tại khoa nhi, bệnh viện đa khoa tỉnh An Giang và được cho nhập viện, với chẩn đoán ban đầu là một hội chứng não cấp, chẩn đoán phân biệt với xuất huyết não. Khi nhập viện bệnh nhi vẫn tỉnh táo, nhưng hơi lừ đừ, không dấu thần kinh khu trú, cổ mềm, các dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường, nhưng vẫn nhức đầu và nôn; khám đáy mắt



Nguyễn Phú A. 11 tuổi

thấy phù gai thị 2 bên, giai đoạn II, chụp CT scanner não, kết quả hình ảnh điển hình của MTDMC mạn vùng trán –thái dương bên trái. Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng về huyết học trong giới hạn bình thường. Bệnh nhi được chỉ định can thiệp phẫu thuật sau nhập viện 4 giờ. Cho đến lúc này, tiền sử các nguyên nhân gây chấn thương đầu vẫn chưa rõ...Bệnh nhi được gây mê nội khí quản, khoan sọ một lỗ, bơm rửa ổ máu tụ đến nước trong và đặt dẫn lưu bên ngoài bản sọ. Sau phẫu thuật, chụp CT scanner kiểm tra, hết máu tụ dưới màng cứng; 3 ngày sau phẫu thuật, rút ống dẫn lưu; 7 ngày sau phẫu thuật, bệnh nhi ra viện với GOS là 5. Trong thời gian hậu phẫu, ngay ngày đầu sau phẫu thuật bệnh nhi tỉnh hoàn toàn, hết lừ đừ, hết đau đầu, hết nôn và bệnh nhi cho biết, cách nhập viện khoảng 1 tháng, có bị té khi nô đùa với bạn học, nhưng không nhớ rõ là có bị chấn thương đầu hay không?

BÀN LUẬN

MTDMC mạn là sự tích tụ dịch máu loãng, màu đỏ sậm như là dầu máy xe mô tô, nằm giữa màng cứng và màng nhện. Loại bệnh này thường thấy ở người già, tuổi trung bình là 63 tuổi; nguyên nhân hầu hết là do bị chấn thương vùng đầu, điểm đặc biệt thứ nhất của căn bệnh MTDMC mạn là nguyên nhân chấn thương vùng đầu, liên quan đến lực gây chấn thương, lực gây chấn thương đầu rất nhẹ, cho dù ngay sau khi chấn thương không có biểu hiện gì là có tổn thương não, nhưng thời gian sau chấn thương từ 3 tuần đến vài tháng sau, bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, nên người bệnh dễ dàng quên mình đã có bị chấn thương đầu trước đó. [1][7]

MTDMC mạn cũng hay gặp ở trẻ sơ sinh dưới 2 tuổi, tuổi trung bình là 4 tháng và nguyên nhân là do sang chấn sản khoa ở những trẻ sơ sinh và chấn thương đầu những trẻ có tháng tuổi lớn hơn.[7]

MTDMC mạn rất hiếm khi ở độ tuổi trẻ em, như trong trường hợp báo cáo này. Tác giả A. J Raimondi, Hoa Kỳ, năm 1979 đã báo cáo điều trị 16 bệnh nhi bị máu tụ dưới màng cứng do chấn thương và biến chứng của bệnh viêm màng não. Như vậy, ngoài nguyên nhân chấn thương đầu, MTDM mạn ở trẻ em cũng có nguyên nhân bệnh lý khác...Tác giả S.E. Pitner, năm 1973, báo cáo mổ tử thi của 126 trẻ em chết do bệnh bạch cầu dòng lymphocyte, thấy có 26 bệnh nhi có máu tụ dưới màng cứng .[2][3]

Tác giả Kuo-Wei Wang, Đài Loan, năm 2010 đã báo cáo 1 trường hợp nam bệnh nhi 9 tuổi, bị MTDMC mạn do bị nhiều lần chấn thương đầu nhẹ nhưng lặp đi, lặp lại nhiều lần, trong môn chơi ném banh (dodgeball). Tương tự như ở những võ sĩ quyền anh...[4]

Về cơ chế bệnh sinh, nguyên nhân gây chấn thương đầu từ nhẹ, đến chấn thương đầu trung bình, có thể gây tổn thương các tĩnh mạch cầu nối, các tĩnh mạch nhỏ của võ não, gây chảy máu rỉ rả dưới màng cứng, tạo nên một phản ứng viêm và hình thành 1 túi dịch máu loãng không đông có bao, và tại đây, lượng huyết tương được tạo ra kết hợp với lượng máu chảy rỉ rả tái phát của các mao mạch tân sinh ở võ bao nhiêu hơn lượng máu được các mao mạch tân sinh này hấp thu, nên túi dịch máu loãng này ngày càng lớn dần, tạo thành MTDMC mạn. [1]

Do đó triệu chứng lâm sàng của MTDMC mạn, ban đầu rất nghèo nàn, mơ hồ nên rất dễ nhầm với các bệnh thông thường khác, đây là điểm đặc biệt thứ hai của loại bệnh MTDMC mạn; như trong trường hợp báo cáo này, ban đầu không ai nghĩ những triệu chứng của bệnh nhi này có liên quan đến MTDMC mạn, nên đã bỏ qua tiền sử chấn thương đầu, không hỏi bệnh sử thật cẩn thận về chấn thương trước đó. Các triệu chứng như đau đầu âm ỉ, đau không giảm với những thuốc giảm đau thông thường; nên có đặc điểm nôn vọt của hội chứng tăng áp

lực nội sọ giảm tri giác và có khi có rối loạn tâm thần; giai đoạn muộn hơn sẽ có thêm dấu thần kinh khu trú và đa số có phù gai thị. Việc chẩn đoán được thực hiện sớm hơn nếu chúng ta nghĩ đến bệnh lý này. Ở giai đoạn càng trễ thì triệu chứng lâm sàng rõ ràng hơn. May mắn là bệnh thong có diễn biến rất chậm nên việc điều trị ít khi thất bại.

Ngày nay, với sự tiến bộ vượt bậc của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán với CT scanner não. Chụp cộng hưởng từ nhân (MRI) chỉ thực hiện để truy tìm nguyên nhân bệnh lý khó và phức tạp khác...

Về phương pháp phẫu thuật, có nhiều tác giả có quan điểm và kỹ thuật phẫu thuật khác nhau nhưng kết quả không khác nhau. Nội dung các kỹ thuật phẫu thuật đều là dẫn lưu bọc máu tụ ra khỏi hộp sọ[1].

Thời kỳ trước khi có máy chụp điện toán cắt lớp, các nhà ngoại khoa thần kinh đã xếp chung 3 loại tụ dịch, bao gồm tụ dịch não tủy dưới màng cứng, tụ mũ dưới màng cứng và MTDMC mạn thành một loại bệnh lý là tụ dịch dưới màng cứng ngoài trục lành tính ở trẻ em. Sau khi có X-quang cắt lớp điện toán, thì 3 loại bệnh lý trên được tách bạch rõ ràng hơn và các tài liệu đã công bố trước kia về loại bệnh này đều được đánh giá lại. [1][6]

KẾT LUẬN

MTDMC mạn do chấn thương đầu ở độ tuổi trẻ em là rất hiếm gặp. Tuy nhiên các thầy thuốc cũng nên có nghi ngờ về bệnh này nếu có những yếu tố gợi ý đến có chấn thương vùng đầu và nhanh chóng xác định với chụp cắt lớp điện toán não hoặc là chẩn đoán xác định hoặc là chẩn đoán loại trừ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Handbook of Neurosurgery, fifth edition, Thieme, 2001.
2. Francisco A. Gutierrez, David G. McLone, Anthony J. Raimondi. Physiopathology and a New Treatment of Chronic Subdural Hematoma in Children. Pediatric Neurosurgery;vol5.no.3.1979.
3. Samuel E. Pitner MD . Warren W. Johnson MD. Chronic subdural hematoma in childhood acute leukemia. Cancer,vol.32, Issue1,1973:185-1
4. Wang HK, Chen HJ, Lu K, Liliang PC, Liang CL, Tsai YD, Wang KW. A Pediatric chronic subdural hematoma after dodgeball head injury.Pediatric Emergency Care;26(9):667-8,2010.
5. PediatricEducation.org, Archive for December 3rd, 2007.
6. Chuyên đề Ngoại khoa thần kinh, NXB Y Học, 2002.
7. Swift DM, McBride L, Chronic subdural hematoma in children, Neurosurg Clin N Am ;11(3):439-46. 2000