

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương cột sống và tủy sống cổ (CTCS & TS) là thương tổn nặng và phức tạp. Thường gây tỉ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và té cao. Chấn thương cột sống cổ chia làm hai loại chính: cổ cao bao gồm, C1 và C2 và cổ thấp từ C3 đến C7.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Biểu hiện lâm sàng:

Biểu hiện lâm sàng CTCS & TS cổ rất đa dạng, từ biểu hiện chỉ đau cổ đến tình trạng yếu liệt tứ chi, suy hô hấp và có thể tử vong.

1.1. Các hội chứng của tổn thương tủy sống:

a. Tổn thương tủy không hoàn toàn: Bất kỳ chức năng cảm giác và vận động còn lại hơn ba tầng dưới thương tổn. (chú ý còn cảm giác quanh hậu môn, co cơ trực tràng hay gấp ngón cái)

Hội chứng tủy trung tâm: yếu tay nặng hơn chân và nhiều ở nhóm cơ gốc chi, thường do ưỡn quá mức trên bệnh nhân có hẹp ống sống cổ. Tiên lượng khá.

Hội chứng Brown-Sequard: mất vận động và cảm giác sâu cùng bên, mất cảm giác đau và nhiệt đối bên. Thường do tổn thương tủy một bên. Tiên lượng tốt.

Hội chứng tủy trước: yếu hoặc liệt cả hai bên, mất cảm giác đau và nhiệt dưới thương tổn, còn cảm giác sâu. Thường do thương tổn cột trước tủy hay động mạch tủy trước. Tiên lượng xấu.

Hội chứng tủy sau: hiếm gặp, thường bệnh nhân có đau sau cổ với rối loạn cảm giác sâu. Tiên lượng tốt.

b. Tổn thương tủy hoàn toàn: Mất hoàn toàn chức năng cảm giác và vận động hơn ba tầng dưới thương tổn, còn phản xạ hành hang.

1.2. Các biểu hiện thương tổn khác của chấn thương tủy

- Choáng thần kinh (neurogenic shock): hạ huyết áp sau chấn thương tủy sống, huyết áp tâm thu thường < 80mmHg.

- Nguyên nhân do nhiều yếu tố:

- Gián đoạn giao cảm làm mất trương lực thành mạch dưới tổn thương và cường đối giao cảm tương đối gây chậm nhịp tim;

- Mất trương lực cơ do liệt dưới tổn thương gây hồ máu tĩnh mạch;
- Mất máu từ những chấn thương phối hợp.

- Đặc điểm lâm sàng: hạ huyết áp, mạch chậm, da khô, ẩm và bệnh nhân vẫn tỉnh táo. Tổn thương tủy sống càng cao, càng nặng thì choáng thần kinh càng nặng và càng kéo dài.

- Choáng tủy (spinal shock): mất tạm thời tất cả các chức năng thần kinh của tủy dưới thương tổn: vận động, cảm giác và các phản xạ tủy như phản xạ hành hang. Phản xạ hành hang sẽ trở lại đầu tiên, báo hiệu sự kết thúc của choáng tủy. Choáng tủy có thể kéo dài từ vài tuần tới vài tháng.

- Phân ly hành tủy-tủy cổ: do tổn thương tủy sống ngang hay trên mức C3 (thường do trật khớp đội hay trật c 1C2). Biểu hiện với trụy tim mạch và hô hấp ngay. Tử vong rất sớm.

2. Cận lâm sàng

2.1. X quang: Đầy đủ các tư thế thẳng, nghiêng và C2 há miệng. Một số trường hợp nghi ngờ cần làm thêm tư thế nghiêng cúi và ngửa.

2.2. CT scan: Phát hiện chi tiết tổn thương xương và các cấu trúc liên quan, đặc biệt ở vùng khớp cổ và cổ ngực. Cơ chế tái tạo ở mặt phẳng trán và đứng dọc cũng như tái tạo hình ảnh 3D.

2.3. MRI: Đòi hỏi trong những trường hợp nghi thương tổn tủy. Giúp thấy được những tổn thương phần mềm như dây chằng, đĩa đệm, máu tụ...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp cứu ban đầu

Bất động bằng nẹp cổ cứng.

Duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg. Dùng vận mạch với Dopamin nếu cần thiết.

Thông khí tốt bằng thở 02, đặt nội khí quản thở máy hỗ trợ nếu cần.

Đặt thông tiểu, đặt thông dạ dày ngăn ngừa nôn ói và hít sặc, giảm chướng bụng.

Đánh giá thần kinh chi tiết và phân loại theo bảng phân loại ASIA từng thời điểm.

Thuốc: dùng Methylprednisolon cho bệnh nhân có tổn thương tủy trong 8 giờ đầu. Liều: 30mg/kg tiêm tĩnh mạch nhau trong 15 phút đầu, nghỉ 45 phút, sau đó truyền tĩnh mạch duy trì 5,4mg/kg/giờ trong 23 giờ hoặc 47 giờ nếu thời gian bắt đầu tiêm sau khi có tổn thương tủy từ 3h - 8h đầu. (handbook of neurosurgery, vol 6, p 704 (Theo khuyến cáo mới nhất năm 2013 trên Neurosurgery-online: Neurosurgery Volume 72: 93-105 2013: việc sử dụng Methylprednisolone

liều cao không có cải thiện về lâm sàng mà còn có nhiều tác dụng phụ có hại, FDA khuyến cáo không sử dụng Methylprednisolone trong điều trị tổn thương tủy cấp.)

2. Điều trị nội khoa:

NSAIDs và vật lý trị liệu là cơ sở chính điều trị nội khoa.

Kháng viêm, giảm đau: các thuốc thường dùng

- Acetaminophen đường uống (500-1 000mg mỗi 8 giờ).
- Acetaminophen đường truyền tĩnh mạch (1000mg mỗi 8 giờ).
- Acetaminophen kết hợp (với Codein phosphate hemihydrate, với tramadol hydrochloride).
- Meloxicam uống hay tiêm bắp (7,5-15mg/ ngày).
- Piroxicam uống (20mg/ ngày).
- Celecoxib uống (200mgx21 lần/ngày).
- Diclofenac uống, tiêm bắp (50-75mg X 21 lần/ ngày).
- Diclofenacgel (xoa bóp giảm đau).
- Giảm đau thần kinh, chống trầm cảm:
- Gabapentin(300mg/lần, dùng 1-3 lần/ngày).
- Sulpirite(50mg/lần, dùng 1-3 lần/ngày).
- Sertralin (25-50mg, dùng 1 lần/ngày).
- Dẫn cơ
- Thiocolchicoside (4mg/lần, dùng 2-3 lần/ ngày).
- Eperisonhydrochloride (50mg/lần, dùng 3 lần/ngày).
- Mephenesin (25 Omg/ lần, dùng 3 lần/ ngày).
- Baclofen(5mg/lần,dùng31 lần/ngày).

Bổ trợ, tái tạo thần kinh:

- VitaminB1 +B6+B12(1viênx21 lần/ngày).

- Galantamin viên hay ống tiêm dưới da (2,5-5mg/ lần, dùng 21 lần/ ngày).
- Citidine-5'-monophosphate disodium +Uridine viên hay tiêm mạch (viên nang 5mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 3mg Uridine, 1 viênx 31 lần/ ngày hay ống bột: 10mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 3mgUridine, 1 Ốngx21 lần/ngày).

Thuốc giảm tiết acid dạ dày, bảo vệ dạ dày:

- Esomeprazole uống hay tiêm mạch (40mg/ lần/ ngày).
- Omeprazol uống hay tiêm mạch (20-40mg/lần/ ngày).
- Aluminium Phosphate (1 gói/lần, 3 lần/ ngày) Phophalugel.

Thuốc khác: Bàng quang thần kinh, liệt ruột (Prostigmin), Táo bón (Duphalac, debridat)

3. Kéo nắn cột sống cổ:

Mục đích nắn trật sớm và/hoặc bất động cột sống cổ. Chống chỉ định trong trật chấn đội, gãy Hangman's type IIA và III, khuyết sọ vùng đặt đỉnh kéo, trẻ em < 3 tuổi. Ngày nay thường dùng khung Gardner để kéo vì có nhiều ưu điểm.

4. Phẫu thuật:

Thời điểm phẫu thuật còn nhiều bàn cãi. cần áp dụng tùy trường hợp. Không nên phẫu thuật cấp cứu những bệnh nhân tổn thương tủy hoàn toàn, bệnh nhân không ổn định về nội khoa và một số trường hợp tổn thương tủy trung tâm.

Mục đích phẫu thuật nhằm nắn trật, giải ép tủy, cố định vững chắc cột sống gãy và hàn xương nơi gãy. Phẫu thuật giúp bệnh nhân vận động sớm.

IV. THƯƠNG TỔN CỘT SỐNG CỔ CAO

1. Trật chấn đội:

Hiếm gặp, thường từ vong sớm

1.1. Phân loại: Ba loại: (I) trật chấn ra trước C1, (II) trật giãn dọc chấn và C1, (III) trật chấn ra sau c 1.

1.2. Điều trị: Phẫu thuật với cố định trong và hàn khớp phía sau. (nẹp vít chấn cổ)

2. Gãy chùy chấn:

2.1. Phân loại: Hiếm gặp, có thể biểu hiện tổn thương thần kinh sọ thấp, yếu hay liệt tứ chi.

2.2. **Điều trị:** bất động cổ ngoài trong vòng 6-8 tuần.

3. Trật C1C2:

Tỉ lệ tử vong và di chứng thấp hơn trật chấn đội.

3.1. **Phân loại:** Có 2 loại: trật xoay và trật c 1 ra trước.

3.2. Điều trị:

Đối với trật xoay, cần kéo nắn trước sau đó bất động bằng Halo trong 3 tháng. Trường hợp kéo nắn thất bại, cần phẫu thuật hàn khớp C1C2 phía sau, sau kéo nắn 2-3 tuần.

Đối với trật ra trước, thường do đứt dây chằng ngang, cần phẫu thuật hàn khớp C1C2 phía sau.

4. Gãy đốt đội C:

Tổn thương thần kinh ít xảy ra do ống sống vùng này rộng. Cơ chế chấn thương thường do đòn trực.

4.1. **Phân loại:** Ba loại: (I) gãy một cung, (II) gãy vỡ qua hơn hai cung (gãy Jefferson), (III) gãy qua khối bên c 1.

4.2. **Điều trị:** Đối với gãy loại **I** và **III**, chỉ cần cố định ngoài bằng nẹp cổ cứng. Với gãy loại **II**, cần đánh giá thêm dây chằng ngang. Nếu có rách dây chằng ngang, cần phẫu thuật làm cứng c 1C2 và hàn xương phía sau.

5. Gãy máu răng C2:

Là loại gãy C2 thường gặp. Cơ chế chấn thương thường do gấp hoặc uốn quá mức. Bệnh nhân thường có triệu chứng đau cổ cao và không có dấu hiệu thần kinh. Chẩn đoán dựa vào X quang C2 há miệng và CT-scan.

5.1. **Phân loại:** Chia 3 loại theo Anderson và D'Alonso. Loại I: gãy qua chỏm máu răng, thường trên dây chằng ngang, là loại gãy vững. Loại II: gãy qua chân máu răng, thường gặp nhất và là gãy không vững. Loại III: gãy qua thân C2, có thể ảnh hưởng mặt khớp trên của C2, đây là loại gãy vững.

5.2. Điều trị:

Đối với loại gãy vững (loại I và III), điều trị nội với nẹp cổ cứng.

Đối với gãy loại II, phẫu thuật cố định là cần thiết.

Các phẫu thuật: cột chỉ thép C1C2 phía sau và ghép xương, vít xuyên khớp c 1C2 phía sau, nẹp vít khối bên c 1 và chân cung C2 của Harms, xuyên vít máu răng phía trước.

6. Gãy chân cung C2: (gãy Hangman)

Gãy qua chân cung C2 hai bên, thường kèm trật C2 ra trước C3. Cơ chế chấn thương thường do ưỡn quá mức kèm dồn trục.

6.1. Phân loại theo Effendi:

- Loại I: đường gãy dọc ngay sau thân C2, trượt C2 trên C3 < 3mm và không gập góc.
- Loại II: đường gãy dọc qua chân cung, vỡ đĩa đệm C2C3 và dây chằng dọc sau, trượt C2 trên C3 > 3mm và/hoặc có gập góc.
- Loại IIA: đường gãy chéo qua chân cung, trượt nhẹ C2 trên C3 (<3mm) nhưng gập góc nhiều hơn (> 15°).
- Loại III: đường gãy dọc qua chân cung, rách bao khớp C2C3, cung sau C2

bung tự do ra sau, dây chằng dọc trước có thể rách hay bóc ra khỏi C3. Khớp C2C3 có thể trượt hoặc bị khóa.

6.2. Điều trị:

- Loại I: halo trong 12 tuần.
- Loại II: kéo nắn và halo trong 12 tuần hoặc phẫu thuật.
- Loại IIA và III: hầu hết gãy mất vững nặng, đòi hỏi cần phẫu thuật.

Các phẫu thuật:

Lối sau: bắt vít qua chân cung C2 có thể kèm kẹp nẹp vít C3 phối hợp.

Lối trước: lấy bỏ đĩa đệm C2C3 phía trước kèm nẹp vít và hàn xương.

V. CÁC TÔN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP:

Thường gặp trong tai nạn giao thông hay té cao

1. Phân loại Allen-Ferguson dựa vào Ctf chế chấn thương:

Ép cúi: xẹp bờ trên trước thân đốt sống, mất chiều cao thân đốt sống, có thể gây gãy teardrop, đẩy lệch ra sau vào ống sống.

Ép dọc trục: xẹp trung tâm của một đĩa sụn cuối, hay vỡ cả hai đĩa sụn cuối.

Cúi giãn: tổn thương phức hợp dây chằng sau với trật khớp khi cúi, gây trật khớp một bên hoặc hai bên.

Ép ngửa: gây vỡ cung sau một bên.

Ngửa giãn: tổn thương phức hợp dây chằng trước, có thể ảnh hưởng phức hợp dây chằng sau.

Gập bên: gãy cung sau một bên, vỡ thân cùng bên và rách dây chằng đối bên.

2. Điều trị: dựa vào độ vững và thương tổn thần kinh.

Nếu gãy vững, điều trị nội khoa với mang nẹp cổ cứng 12-16 tuần.

Neu gãy không vững, cần phẫu thuật hàn xương nơi gãy. Phẫu thuật có thể phía trước hay sau tùy từng trường hợp cụ thể.

Quan điểm mất vững của White:

Tiêu chuẩn	Điểm
Thương tổn ở cột trước	2
Thương tổn ở cột sau	2
Di lệch trên mặt phang ngang > 3,5mm	2
Di lệch gập góc >110	2
Nghiệm pháp kéo dẫn (+)	2
Có thương tổn tủy	2
Có thương tổn rễ	1
Khoang đĩa đệm hẹp bất thường	1

Mất vững khi tổng số điểm > 5.

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Phác đồ điều trị chấn thương sọ não

I. ĐẠI CƯƠNG

CTSN là những thương tích hộp sọ và cấu trúc bên trong sọ Lâm sàng thường gặp các trường hợp sau:

- vết thương rách lóc da đầu
- Tụ máu dưới da đầu
- Chấn động não
- Xuất huyết dưới nhện
- Nứt sọ, lún sọ, tụ khí nội sọ
- Vết thương sọ não
- Máu tụ ngoài màng cứng
- Máu tụ dưới màng cứng
- Máu tụ trong não
- Dập não
- Xuất huyết quanh thân não
- Tổn thương sợi trục lan tỏa

II. CHẨN ĐOÁN DỰA VÀO

1. Hỏi bệnh sử:

- Loại tai nạn
- Cơ chế và thời gian chấn thương
- Khoảng tỉnh và quên sau chấn thương
- Ói mửa, động kinh sau chấn thương

2. Khám Lâm Sàng:

a. Khám toàn diện:

- Tam chứng Cushing: mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở
- Phát hiện đa chấn thương phối hợp: ngực, bụng, chậu...

b. Khám chấn thương sọ não:

- Thương tích vùng đầu mặt
- vết bầm, rách da đầu
- Sờ thấy nứt sọ, lổm sọ
- Dấu vỡ sán sọ
- Dấu vỡ xương mặt

c. Thang điểm glassgow: E4 (mở mắt) V5 (ngôn ngữ) M6 (vận động)

d. Đồng tử:

- Kích thước, phản xạ ánh sáng
- Phát hiện liệt dây III
- Rung giật nhãn cầu..

e. Vận động:

- Tim yếu liệt chi
- Yếu 1/2 người đối bên tổn thương

f. Phản xạ mắt búp bê, phản xạ nôn sệt

g. CT scan sọ: Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán CTSN

3. Chỉ định:

- + Bệnh nhân chấn thương sọ não trung bình, nặng $G \leq 14$ đ
- + Đau đầu kéo dài và ói, chóng mặt
- + Động kinh
- + Nứt sọ, lún sọ
- + vết thương sọ não
- + Dấu thần kinh khu trú
- + Vỡ sán sọ: Chảy dịch não tủy ra mũi, qua tai
- + Rối loạn tâm thần sau chấn thương
- + Bệnh nhân gây mê để làm thủ thuật nhưng cần theo dõi CTSN
- + Chụp kiểm tra sau mổ
- + Chụp theo dõi điều trị bảo tồn
- + Chụp lại 12 - 24 giờ khi có dấu hiệu dập não máu tụ ở phim đầu
- + Chụp lại CT scan ngay khi có tăng áp lực nội sọ, dấu hiệu lâm sàng xấu
- Chụp CT cột sống, ngực, bụng, chậu khi chưa loại trừ đa chấn thương

4. Xét nghiệm:

- Phân tích tế bào máu, nhóm máu
- Máu chảy, máu đông, Hbrinogen
- Sinh hóa máu, điện giải đồ
- Nồng độ rượu/máu

5. Đánh giá mức độ và yếu tố nguy cơ:

a. Mức độ:

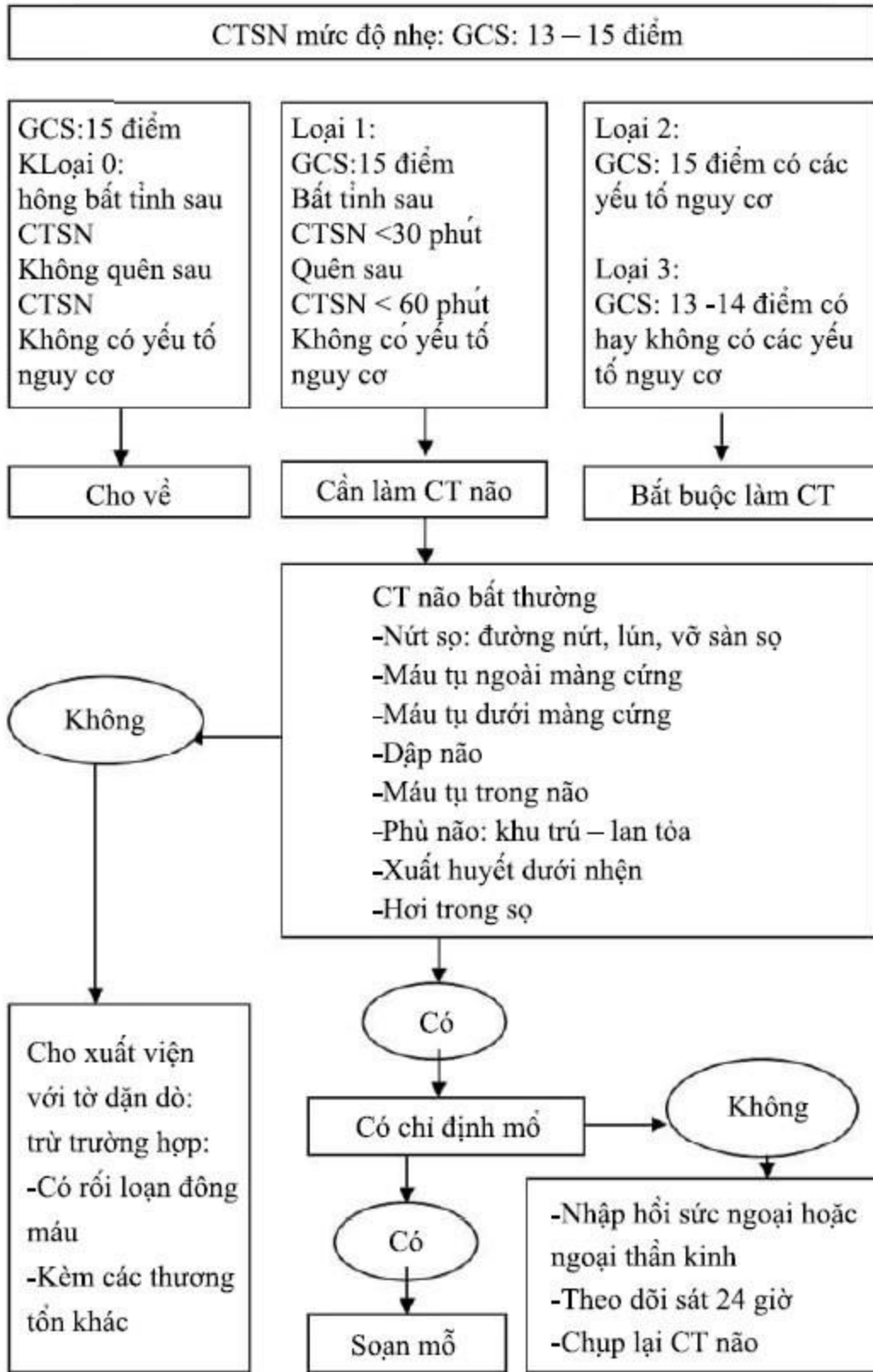
- Nhẹ: Glassgow 14-15 điểm
- Trung bình: Glassgow 9-13 điểm
- Nặng: Glassgow 3-8 điểm

b. Yếu tố nguy cơ:

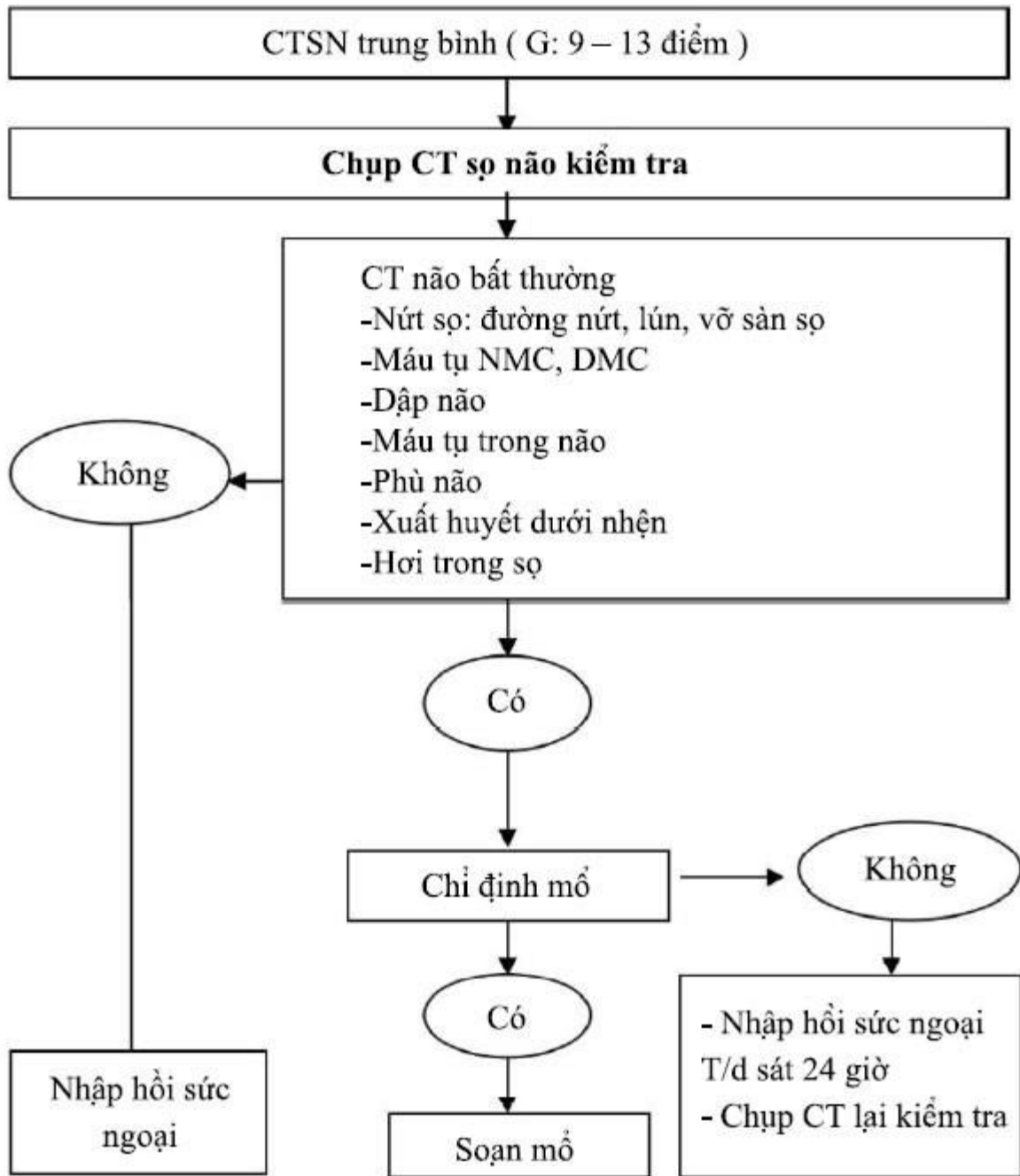
- + Glassgow < 15 đ kéo dài > 2 giờ sau CTSN
- + Quên kéo dài các sự việc xảy ra sau CTSN
- + Quên hơn 30 phút các sự việc xảy ra trước khi CTSN
- + Có dấu hiệu: Nứt lún sọ, vỡ sán sọ
- + Nhức đầu dữ dội + Tuổi $< 2, > 60$
- + Rối loạn đông máu
- + Cơ chế bị CTSN mạnh
- + Có dấu hiệu ngộ độc rượu, độc chất

6. Hướng xử trí

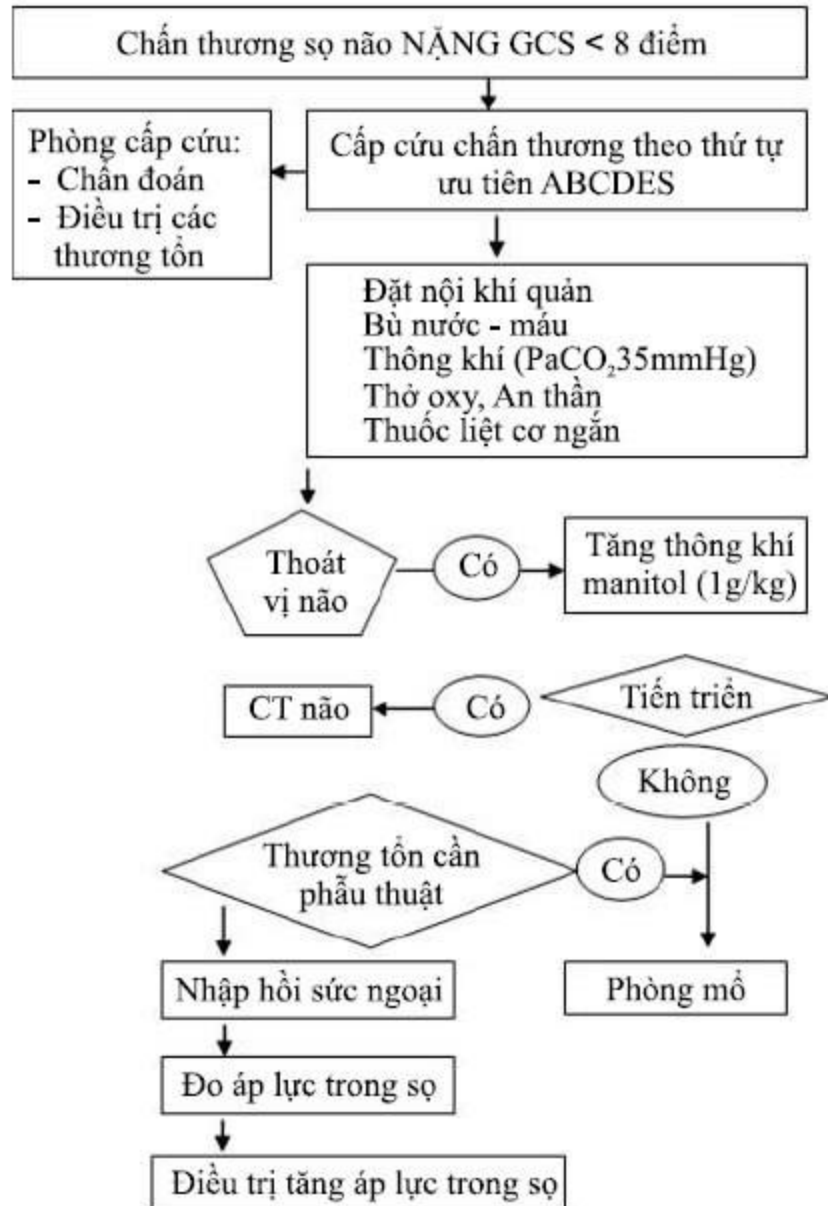
Bảng 1: Các bước xử trí CTSN mức độ nhẹ



Bảng 2: Các bước điều trị CTSN trung bình



Bảng 3: Các bước điều trị CTSN nặng



III. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp Cứu

a. Cố định cột sống cổ nếu chưa loại trừ CTCS cổ Khai thông đường thở:

- + Hút đàm máu: mũi, họng + Lấy dị vật
- + Đặt nội khí quản hoặc khai khí quản nếu cần Đảm bảo thông khí tốt:
- + Bóp bóng + Thở máy Kiểm soát chảy máu:
- + Đảm bảo HA tâm thu > 90mmHg
- + Điều trị sốc tích cực
- + Chặn đứng nguồn chảy máu bên ngoài
- + NaCl 0,9%: 1 -2 lít/ 24 giờ
- + Không dùng glucose 5%

b. Đặt Sond dạ dày, Sond tiểu nếu cần

c. Hội chẩn chuyên khoa phối hợp cấp cứu đa chấn thương.

2. Điều trị bảo tồn

a. Điều trị chống phù não

- Nấm đầu cao: 30-45°C, giữ đầu luôn thẳng
- Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy
- An thần, giảm đau, giãn cơ
- Morphine: 10mg mỗi 4 giờ
- Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ
- Midazolam: 10mg mỗi 4 giờ
- Hạ sốt: Lau mát hoặc dùng thuốc Paracetamol 1 g x3 / 24 giờ
- Manitol:
- Liều ban đầu: 1 g/ kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút
- Duy trì: 0,25-0,5g/kg. mỗi 6 giờ
- Furosemid
- 10-20mg / mỗi 6 giờ
- Có thể dùng phối hợp manitol Kháng sinh và s AT:
- Amoxiciline và acid clavulanic 1 g X 3 / 24 giờ
- Hoặc ceftazidime 1 g X 3 / 24 giờ
- Có hoặc không kết hợp Metronidazole 0,5g X 3 / 24 giờ
- SAT1500UI Test -tiêm dưới da Châm máu: Tranexamide 1000 mg/ 24 giờ
- Carbazochrome 3,6ml x3/24h
- Chống ói: Metoclopramide 10mg X 2 / 24 giờ
- Chống loét: Esomeprazole 40mg/24 giờ
- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg X 3/ 24 giờ X 7 ngày

b. Dinh dưỡng:

- + NaCl 0,9% 1500ml / 24 giờ
- + Đạm Amigold 500ml / 24 giờ
- + Nuôi ăn qua đường miệng..

c. Thuốc dinh dưỡng thần kinh:

- + Cerebrosine 10- 20ml TMC / 24h x4 tuần
- + Citicoline 1 -2 g TMC /24 h X 4 tuần
- + Nootropyl 12g TTM/24h hoặc 800mg x3 uống / 24h
- + Nivalin 2,5 -5 mg TB/24 h....
- + Choline alioscerate 40mg, lv x2 lần/ ngày hay 1 ống X 2 lần/ ngày, tiêm mạch.

d. Theo dõi Moritor ICP cho tất cả bệnh nhân:

- + Chấn thương sọ não nặng.
- + Máu tụ dưới màng cứng và Glassgow < 9 điểm Chụp CT sọ kiểm tra:
- + Sau 12-24 giờ

- + Hay khi tình trạng xấu đi
- + Hoặc trước khi cho xuất viện

3. Điều trị phẫu thuật:

- Chuẩn bị trước mổ:
- Giải thích, ký cam kết
- Soạn mổ, cạo tóc
- Xét nghiệm, dự trữ máu
- X-quang phổi thẳng, đo ECG
- Đường truyền tĩnh mạch
- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Chỉ định mổ và kỹ thuật

3.1. Lún sọ

A. Lún sọ hở

- Lún sọ hơn một bản sọ: mổ
- Có thể điều trị nội khi:
 - * Không có bằng chứng của rách màng cứng.
 - * Không có máu tụ trong sọ lượng lớn
 - * Lún sọ < 1cm
- * Không liên quan đến xoang ứán
- * vết thương sạch, không nhiễm trùng.
- * Không biến dạng nặng gây mất thẩm mỹ

B. Lún sọ kín

- Có thể được điều trị phẫu thuật hay không phẫu thuật.
- Nên mổ khi:
 - Có dấu thần kinh
 - Rách màng cứng
 - Khí ứong sọ
 - Sâu > 1cm
 - Tổn thương xoang trán mất thẩm mỹ Kỳ thuật
- Nâng và lấy các mảnh sọ vỡ
- Nếu không có bằng chứng vết thương nhiễm trùng nên đặt lại xương

3.2. vết thương sọ não

Chỉ định:

Phẫu thuật cấp cứu, càng sớm càng tốt Mổ triệt để hoặc như chưa làm gì cả Kỹ thuật

- Cắt lọc mô dập nát
- Xương lún được lấy bằng cắt xương xung quanh
- Làm sạch và bít kín xoang hơi bằng cơ, mỡ
- Mở rộng màng cứng hình sao

- Lấy mô não dập tới mép não lành
- Không lấy di vật ở bán cầu đối diện nếu không thấy lỗ ra
- Khâu kín màng cứng bang gân cơ

Các trường hợp dò dịch não tủy nếu điều trị nội khoa sau hai tuần thất bại thì phải mổ bít lỗ dò

Xử trí vết thương gần đường giữa hay hội lưu Herophil:

- + Cảnh giác vết thương qua xoang tĩnh mạch
- + Băng ép là cần thiết và đầu cao 30
- + Bộc lộ rõ toàn bộ xung quanh trước khi can thiệp vào vết thương xoang
- + Cầm máu xoang chảy bằng spongel và bông gòn ép trên vết thương
- + Phẫu thuật khâu tái tạo xoang khi thương tổn xoang lan rộng, phức tạp

3.3. Máu tụ ngoài màng cứng

Chỉ định:

- Máu tụ có thể tích >30ml: mổ
- Điều trị nội, theo sát và chụp CT kiểm tra nếu có 1 đủ các yếu tố:
- Máu tụ có thể tích < 30ml
- Và bề dày máu tụ < 15mm
- Và được giữa lệch <5mm
- Và glassgow > 8điểm
- Và không có dấu thần kinh khu trú

Máu tụ ngoài màng cứng mổ càng sớm càng tốt khi:

- Glassgow < 9điểm
- Và đồng tử giãn 1 bên

Kỹ thuật:

- Mở da theo đường Question Mask hay theo định vị trên phim CT sọ
- Có thể khoang sọ 1 lỗ trước để hút máu tụ giải ép nhanh
- Mở sọ cầm máu
- Treo màng cứng xung quan, lấy máu tụ
- Đặt lại nắp sọ, ườe trung tâm
- Đôi khi phải mở màng cứng kiểm tra đánh giá ,vá chùn màng cứng, gửi nắp sọ
- Đan lưư áp lưc âm 24 giờ

3.4. Máu tụ dưới màng cứng

Chỉ định

- Máu tụ có bề dày > 10mm, đường giữa lệch > 5mm nên mổ không cần GCS
- Máu tụ có bề dày < 10 mm đường giữa lệch < 5mm chỉ định mổ khi:
- Glassgow giảm 2 điểm từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện
- Và / hoặc đồng tử không đối xứng hoặc cố định và giãn
- Và/hoặc CP > 20mmHg Kỹ thuật
 - Mở da đường QuestionMask

- Chuẩn bị gân cơ thái dương
- Mở sọ giải áp, treo màng cứng
- Mở màng cứng, lấy máu tụ
- Có hoặc không có đặt lại nắp sọ và tái tạo màng cứng
- Dẫn lưu áp lực âm/24 giờ
- Vá sọ sau 3 tháng hồi phục nếu gửi nắp sọ

3.5. Máu tụ trong não

Chỉ định

- Tình trạng bệnh nhân nặng hơn do khối máu tụ
- Thất bại điều trị nội khoa
- Hoặc có hiệu ứng choáng chỗ trên CT sọ
- Hoặc thể tích khối máu tụ > 50ml
- Hoặc khối máu tụ vùng trán thái dương có:
 - Thể tích 20ml
 - Đường giữa lệch > 4 mm
 - Glassgow 6-8 điểm
 - Chèn ép bề dịch não tủy

Điều trị nội khoa khi

- Không có dấu thần kinh
- Không có dấu choáng chỗ trên CT
- Kiểm soát tốt ICP Kỳ thuật
- Đường mổ theo định vị trên phim CT sọ
- Xử trí như máu tụ dưới màng cứng
- Hút máu tụ vá chùn màng cứng
- Nắp sọ gửi ngân hàng mô

Vá sọ sau 3 tháng

3.6. Máu tụ hố sau

Chỉ định mổ

- Máu tụ có khối choáng chỗ trên lâm sàng và CT:
- Não thất IV bị ép, tắt, biến dạng
- Be dịch não tủy đáy não mất
- Có dấu hiệu đầu nước tắt nghẽn
- Phát hiện com tụt não hố sau: mổ khẩn cấp

Máu tụ không có khối choáng chỗ trên CT scan và không dấu thần kinh thì:

* Điều trị nội khoa theo dõi sát

* Chụp CTscan lại kiểm tra

Kỹ thuật

- Đường mổ sọ dưới cằm: giữa hoặc bên
- Khoan gặm sọ, lấy máu tụ, cầm máu

- Không dẫn lưu

3.7. Mở sọ giải áp

Chỉ định

- Dập phù não nặng
- Điều trị nội khoa thất bại

Kỹ thuật

- Mở sọ theo đường Question Mark rộng
- Xử trí thương tổn
- Vá chùn màng cứng
- Gửi nắp sọ ngân hàng mô

IV. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Khám lại bệnh nhân và theo dõi

Bệnh nhân cần nhập viện theo dõi khi:

- Chưa có CT scan sọ não
- CT scan não có dấu hiệu bất thường
- Bệnh nhân quay lại cấp cứu lần hai
- Tất cả bệnh nhân có vết thương sọ não
- Bệnh sử ghi nhận giảm, mất tri giác lâu
- Tri giác thay đổi sau chấn thương sọ não
- Nhức đầu vừa, nặng
- Có dấu hiệu ngộ độc rượu, độc chất
- Có dấu nứt sọ
- Chảy dịch não tủy ra mũi, qua tai
- Có các thương tổn khác kèm theo
- Khi về nhà không có người bên cạnh
- Glassgow dưới 14 điểm
- Có dấu hiệu thần kinh khu trú

2. Tiên lượng:

- Bệnh tùy từng thể bệnh của chấn thương sọ não mà tiên lượng bệnh khác nhau
- Với chấn thương sọ não thì việc tiên lượng bệnh là rất cần thiết cho việc xử lý bệnh nhân kịp thời, nên phẫu thuật hay điều trị bảo tồn

3. Biến chứng:

- Chấn thương sọ não tùy mức độ khác nhau để lại những di chứng đôi khi rất nặng nề
- Vết thương sọ não đơn giản, hoặc máu tụ ngoài màng cứng được phẫu thuật sớm thường ít để lại di chứng nặng nề
- Với chấn thương sọ não nặng dù phẫu thuật hay điều trị bảo tồn thì việc cứu sống bệnh nhân đã là 1 thành công rất lớn, tuy nhiên nhiều bệnh nhân phải sống thực vật, tốt hơn có thể ngồi dậy hoặc đi xe lăn, hoặc loạn thần

- Nhiều trường hợp vết thương hở không xử trí kịp thời dẫn đến bệnh nhân bị áp xe não hoặc động kinh

V. PHÒNG BỆNH

Để phòng tránh chấn thương sọ não thì việc quan trọng nhất là bảo vệ đầu không bị chấn thương do các tai nạn đáng tiếc

- Tham gia giao thông thì phải đội mũ bảo hiểm
- Khi lao động tại các công trường thì phải có mũ bảo hộ lao động

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

1. Đại cương :

Đĩa đệm gồm 3 thành phần: nhân nhầy, vòng sợi và mâm sụn. Đĩa đệm có thể đàn hồi và biến dạng khi bị nén, cho nên có thể làm giảm chấn động tới các thân đốt sống.

Thoát vị đĩa đệm là nhân nhầy đĩa đệm thoát khỏi vị trí bình thường do đứt rách vòng sợi. Hướng của thoát vị đĩa đệm có thể ra sau, lệch bên, vào lỗ ghép gây chèn ép rễ, dây thần kinh vùng cột sống thắt lưng. Thoát vị đĩa đệm có thể ra trước hoặc vào thân đốt, vì vậy bệnh nhân chỉ có hội chứng đau cột sống thắt lưng mạn tính.

2.Chẩn đoán :

2.1. Lâm sàng:

- Có **yếu tố** chấn thương cột sống thắt lưng (vi chấn thương hoặc chấn thương), đau thắt lưng lan theo đường đi của rễ thần kinh, có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng.

- Khi có 4 trong 6 triệu chứng sau:

- + Có yếu tố chấn thương.
- + Đau rễ tăng khi ho, hắt hơi.
- + Tư thế chống đau: Vẹo cột sống về một bên.
- + Dấu hiệu chuông bấm (+).
- + Đau cột sống thắt lưng theo rễ, dây thần kinh hông to.
- + Dấu hiệu Laseque (+).

2.2 . Cận lâm sàng:

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: thấy hình ảnh thoát vị, đánh giá mức độ tổn thương.

- Điện cơ: thấy tổn thương thần kinh ngoại vi ở chi dưới.

3. Điều trị:

3.1. Điều trị nội khoa:

-Bất động : Nằm giường cứng 5-7 ngày.

-Giãn cơ: Mydocalm 50mg x 3-6 viên/ngày. Có thể điều trị dài ngày không cần giảm liều.

CCĐ: Nhược cơ, mất cảm với thuốc. Không dùng cho trẻ em dưới dạng tiêm.

-Giảm đau: Tùy từng mức độ có thể dùng thuốc giảm đau Non - Steroit đường tiêm hoặc uống.

- An thần: Seduxen 5mg x Hai viên/ngày (trước khi ngủ).

- Tăng dẫn truyền thần kinh: Nivalin 2,5mg x 1- 2 ống/ ngày. Tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Vitamin nhóm B liều cao : Tiêm cạnh cột sống thắt lưng hoặc uống.

- Các phương pháp đặc biệt: Tiêm ngoài màng cứng Hydrocortison và Novocain.

-Kéo dẫn cột sống, đồng y kết hợp.

3.2.Điều trị phẫu thuật : Được đặt ra khi điều trị nội khoa đúng phương pháp không kết quả. Chỉ định trong những trường hợp sau:

- Có hội chứng chèn ép tủy cấp.

- Có hội chứng đuôi ngựa.

- Thoát vị đĩa đệm độ IIIb, IV.

- Thoát vị đĩa đệm độ III đã điều trị nội khoa cơ bản từ 3-4 đợt ở các cơ sở chuyên khoa thần kinh không kết quả, bệnh nhân đau nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt, công tác.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC - THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương cột sống có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ. Đoạn cột sống chuyển tiếp ngực thắt lưng là đoạn gãy hay gặp nhất với các thương tổn bệnh lý giải phẫu đa dạng: từ loại gãy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững với thương tổn thần kinh nặng nề.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Khám cột sống: để tìm vị trí tổn thương theo điểm đau,điểm gù.

1.2. Khám thần kinh: đánh giá tầng thương tổn và mức độ tổn thương thần kinh.

a. Tầng thương tổn: xác định tầng thương tổn chủ yếu bằng khám khoang cảm giác (Dermatome), dựa theo những mốc cơ thể như sau: ngực 4 ngang núm vú, ngực 6 ngang mũi ức, ngực 8 ngang hạ sườn, ngực 10 ngang rốn, ngực 12 giữa nếp bẹn.

b. Mức độ tổn thương tủy: đánh giá mức độ tổn thương thần kinh cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA(American spinal Injury Association,1992), (dựa trên bảng phân loại của Frankel, 1969).

Loại	ASIA
A.Tổn thương tủy hoàn toàn	Liệt hoàn toàn: mất hoàn toàn vận động và cảm giác dưới tổn thương
B.Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương (bao gồm đoạn cùng S4-S5)
C.Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn 1/2 các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ < 3/5)
D.Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn 1/2 các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ $\geq 3/5$)
E.Bình thường	Chức năng vận động và cảm giác bình thường

2. Chẩn đoán hình ảnh

2.1. X quang: dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.

2.2. Cắt lớp vi tính (CT scan): đánh giá rất tốt tổn thương xương, đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. Theo phân loại của Denis.

2.3. Cộng hưởng từ (MRI): đánh giá tốt thương tổn dây chằng, đĩa đệm, đặc biệt là tổn thương tủy.

3.Phân loại gãy cột sống (Denis): có 4 loại gãy

- Gãy lún (compression)
- Gãy lún nhiều mảnh (burst fracture)
- Gãy dây đai (seat-belt)
- Gãy trật (fracture-dislocation).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn lại cột sống
- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương
- Tạo điều kiện cho sự hồi phục các mô thần kinh.

- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

2. Điều trị nội khoa

2.1.Sơ cứu

-Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương cột sống tủy sống khi: có chấn thương đầu,cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn; có đau lưng, đau cổ; có các biểu hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.

- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng.

- Giữ huyết áp tâm thu trên 90 mmHg, cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng liệt ruột. Đặt thông tiểu nếu có bí tiểu

2.2. Chống phù tủy: Methylprednisolon: khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, chích tĩnh mạch liều đầu(bolus) 30mg/kg giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg/giờ trong 23 giờ tiếp theo.

2.3. Điều trị bảo tồn: áp dụng đối với gãy vững:mang đai cột sống,nằm nghỉ ngơi tại giường 8-10 tuần.

2.4. Chăm sóc bệnh nhân:

- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm ti đè như xương cùng, lưng, mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.

- Tập vật lý trị liệu sớm để giúp tránh teo cơ, cứng khớp.

- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi sát sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bằng cách mở thông vào một giờ cố định.

- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận trường, nếu cần phải thụt tháo tránh ứ đọng lâu ngày.

3. Điều trị phẫu thuật

- Việc lựa chọn phẫu thuật lõi trước, lõi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn, tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật: giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.

- Phẫu thuật lõi sau: cắt bản sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.

- Phẫu thuật lõi trước: cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lõi trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.

- Phẫu thuật phối hợp: đối với những trường hợp vỡ thân đốt sống nặng có kèm gãy cột.

IV. CHẤN THƯƠNG XƯƠNG CÙNG

Chấn thương xương cùng hiếm gặp. Chấn thương xương cùng gặp ở những bệnh nhân gãy khung chậu có dấu hiệu liệt tổn thương thần kinh

1. Lâm sàng: Dựa trên 3 vùng tổn thương

- Vùng I: vùng của cánh chậu không liên quan đến ống sống và lỗ liên hợp

- Vùng II: vùng của lỗ liên hợp, có thể ảnh hưởng đến rễ L5, S1 cùng bên.

- Vùng III: vùng của ống sống, thường liên quan với rối loạn chức năng cơ vòng và mất cảm giác vùng yên ngựa.

2. Cận lâm sàng:

-X-quang

- CT-Scan -MRI

3. Điều trị:

- Đa số điều trị không phẫu thuật

- Phẫu thuật có vai trò hữu ích trong những trường hợp sau

+ Phẫu thuật nắn và cố định bên trong của những trường hợp gãy không vững có thể giúp kiểm soát đau và xúc tiến việc đi lại sớm.

+ Giải ép và phẫu thuật nắn cố định có thể có khả năng cải thiện tổn thương rễ hoặc tổn thương cơ vòng

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG:

Sự thoát khỏi vị trí bình thường của nhân nhầy đĩa đệm cột sống cổ gây nên bệnh lý chèn ép các rễ thần kinh hoặc tủy sống cổ. Biểu hiện lâm sàng thành từng đợt, tùy từng vị trí và giai đoạn của bệnh mà có các triệu chứng lâm sàng riêng lẻ hoặc phối hợp thành hội chứng.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Lâm sàng:

- Hội chứng cột sống cổ:

- + Đau cổ cục bộ hoặc lan lên cằm, vai.
- + Đau tăng khi vận động cột sống cổ.
- + Có điểm đau tại cột sống cổ hoặc cạnh cột sống cổ.
- + Tư thế chống đau: nghiêng đầu về một bên, vai bên đau nâng cao hơn bên lành.

- Hội chứng chèn ép rễ:

- + Đau rễ thần kinh tiến triển từ từ.
- + Đau lan ra tay theo phân bố rễ thần kinh bị chèn ép.
- + Giảm cảm giác theo phân bố rễ thần kinh bị chèn ép.
- + Nghiệm pháp căng rễ thần kinh cổ dương tính: Gấp cổ cho cảm bệnh nhân chạm xương ức sẽ xuất hiện đau dọc theo rễ bị tổn thương.

- Hội chứng tủy cổ:

Biểu hiện lâm sàng chèn ép tủy cổ ở các mức độ khác nhau:

- + Tăng phản xạ gân xương tứ chi :Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ từ C3 trở lên.
- + Giảm phản xạ gân xương 2 chi trên: Thoát vị cột đĩa đệm sống cổ từ C3 trở xuống.

2.2. Cận lâm sàng:

- Xquang thường quy cột sống cổ (thẳng, nghiêng, chéch): Đánh giá mức độ thoái hóa cột sống, lỗ tiếp hợp, trượt đốt sống...
- MRI, CT- Scanner cột sống cổ: có giá trị chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ thoát vị.

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Điều trị bảo tồn:

- Bất động 5-7 ngày đầu với trường hợp cấp tính.
- Bất động cột sống cổ bằng đai cổ ở tư thế sinh lý.
 - Giãn cơ: Mydocalm 50mg x 3-6 viên/ngày. Có thể điều trị dài ngày không cần giảm liều.

CCĐ: Nhược cơ, mẫn cảm với thuốc. Không dùng cho trẻ em dưới dạng tiêm.

- Giảm đau: Tùy từng mức độ có thể dùng thuốc giảm đau Non - Steroit đường tiêm hoặc uống.
- An thần: Seduxen 5mg x Hai viên/ngày (trước khi ngủ).

- Tăng dẫn truyền thần kinh: Nivalin 2,5mg x 1- 2 ống/ ngày. Tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Kéo dẫn cột sống, đông y kết hợp.

3.2. Điều trị phẫu thuật :

Được đặt ra khi điều trị nội khoa đúng phương pháp không kết quả

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

1. Đại cương :

Đĩa đệm gồm 3 thành phần: nhân nhầy, vòng sợi và mâm sụn. Đĩa đệm có thể đàn hồi và biến dạng khi bị nén, cho nên có thể làm giảm chấn động tới các thân đốt sống.

Thoát vị đĩa đệm là nhân nhầy đĩa đệm thoát khỏi vị trí bình thường do đứt rách vòng sợi. Hướng của thoát vị đĩa đệm có thể ra sau, lệch bên, vào lỗ ghép gây chèn ép rễ, dây thần kinh vùng cột sống thắt lưng. Thoát vị đĩa đệm có thể ra trước hoặc vào thân đốt, vì vậy bệnh nhân chỉ có hội chứng đau cột sống thắt lưng mạn tính.

2.Chẩn đoán :

2.1. Lâm sàng:

- Có **yếu tố** chấn thương cột sống thắt lưng (vi chấn thương hoặc chấn thương), đau thắt lưng lan theo đường đi của rễ thần kinh, có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng.

- Khi có 4 trong 6 triệu chứng sau:

- + Có yếu tố chấn thương.
- + Đau rễ tăng khi ho, hắt hơi.
- + Tư thế chống đau: Vẹo cột sống về một bên.
- + Dấu hiệu chuông bấm (+).
- + Đau cột sống thắt lưng theo rễ, dây thần kinh hông to.
- + Dấu hiệu Laseque (+).

2.2 . Cận lâm sàng:

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: thấy hình ảnh thoát vị, đánh giá mức độ tổn thương.

- Điện cơ: thấy tổn thương thần kinh ngoại vi ở chi dưới.

3. Điều trị:

3.1. Điều trị nội khoa:

-Bất động : Nằm giường cứng 5-7 ngày.

-Giãn cơ: Mydocalm 50mg x 3-6 viên/ngày. Có thể điều trị dài ngày không cần giảm liều.

CCĐ: Nhược cơ, mẫn cảm với thuốc. Không dùng cho trẻ em dưới dạng tiêm.

-Giảm đau: Tùy từng mức độ có thể dùng thuốc giảm đau Non - Steroit đường tiêm hoặc uống.

- An thần: Seduxen 5mg x Hai viên/ngày (trước khi ngủ).

- Tăng dẫn truyền thần kinh: Nivalin 2,5mg x 1- 2 ống/ ngày. Tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
- Vitamin nhóm B liều cao : Tiêm cạnh cột sống thắt lưng hoặc uống.
- Các phương pháp đặc biệt: Tiêm ngoài màng cứng Hydrocortison và Novocain.

-Kéo dẫn cột sống, đông y kết hợp.

3.2.Điều trị phẫu thuật : Được đặt ra khi điều trị nội khoa đúng phương pháp không kết quả. Chỉ định trong những trường hợp sau:

- Có hội chứng chèn ép tủy cấp.
- Có hội chứng đuôi ngựa.
- Thoát vị đĩa đệm độ IIIb, IV.
- Thoát vị đĩa đệm độ III đã điều trị nội khoa cơ bản từ 3-4 đợt ở các cơ sở chuyên khoa thần kinh không kết quả, bệnh nhân đau nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt, công tác.