

VẾT THƯƠNG SỌ NÃO, DỊ VẬT DÀI ĐÂM XUYÊN NHÃN CẦU - NỀN SỌ: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Ngô Mạnh Hùng¹, Trần Sơn Tùng¹, Lê Thanh Dũng²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Vết thương sọ não (VTSN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, tuy nhiên vết thương xuyên thấu nhãn cầu-nền sọ thì hiếm gặp và nguy cơ nhiễm trùng thần kinh cao, tiên lượng xấu. Gần đây có sự thay đổi trong thái độ xử trí đối với một số trường hợp VTSN, nhất là VTSN do dị vật. Chúng tôi báo cáo trường hợp này nhằm minh họa cho việc đổi phương pháp phẫu thuật truyền thống sang can thiệp rút dị vật dài xuyên thấu nhãn cầu-nền sọ.

Trường hợp lâm sàng: Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 17 tuổi, vào viện vì dị vật mắt trái đâm xuyên nhãn cầu do tai nạn giao thông. Hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy dị vật kim loại cán quang dài 17cm ở vị trí thành trong hốc mắt trái, qua dưới thành trên của xoang sàng sau, xoang bướm, hố yên đi vào sâu qua dưới cuống đại não, cạnh phải cầu não và tận cùng ở hồi hải mã phải. Chiều dài dị vật đoạn nội sọ khoảng 12cm. Dị vật nằm sát bờ trong của động mạch cảnh trong phải đoạn xoang hang và sát động mạch não sau phải nhưng chưa thấy dấu hiệu tổn thương mạch não. Bệnh nhân được can

thiệp rút dị vật có kiểm soát dưới chụp mạch số hoá xoả nền (DSA) với sự phối hợp đa chuyên khoa. Sau can thiệp bệnh nhân hồi phục tốt, yếu ½ người trái cải thiện dần.

Kết luận: Lấy dị vật xuyên nhãn cầu-nền sọ có thể thực hiện dưới chụp mạch số hoá xoả nền (DSA) với sự phối hợp đa chuyên khoa.

Từ khoá: dị vật đâm nhãn cầu-nền sọ, chụp mạch số hoá xoả nền (DSA), phối hợp đa chuyên khoa.

I. GIỚI THIỆU

Vết thương sọ não (VTSN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, được định nghĩa là những tổn thương làm thông thương khoang dưới nhện với môi trường bên ngoài và phần lớn được tiến hành phẫu thuật. Tuy nhiên, vết thương xuyên thấu nhãn cầu-nền sọ thì hiếm gặp và nguy cơ nhiễm trùng thần kinh cao, tiên lượng xấu¹. Phần lớn VTSN do dị vật vùng hàm mắt xảy ra sau tai nạn giao thông, ẩu đả, súng. Dị vật thường nằm lại ở vùng hàm mắt, có thể là mảnh thủy tinh, mảnh gỗ, lưỡi dao và đạn². Vị trí dị vật có thể ở nông hoặc sâu. Đối với các nước phát triển, vết thương hàm mắt do hành hung và ẩu đả hay gặp hơn do bất cẩn trong số các trường hợp được báo cáo nhưng loại dị vật thì đa dạng và khác nhau và giữa các quốc gia³. Lâm sàng cũng đa dạng tùy thuộc vào

¹Trung tâm PTTK, Bệnh viện Việt Đức

²Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Sơn Tùng

Email: trantunghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

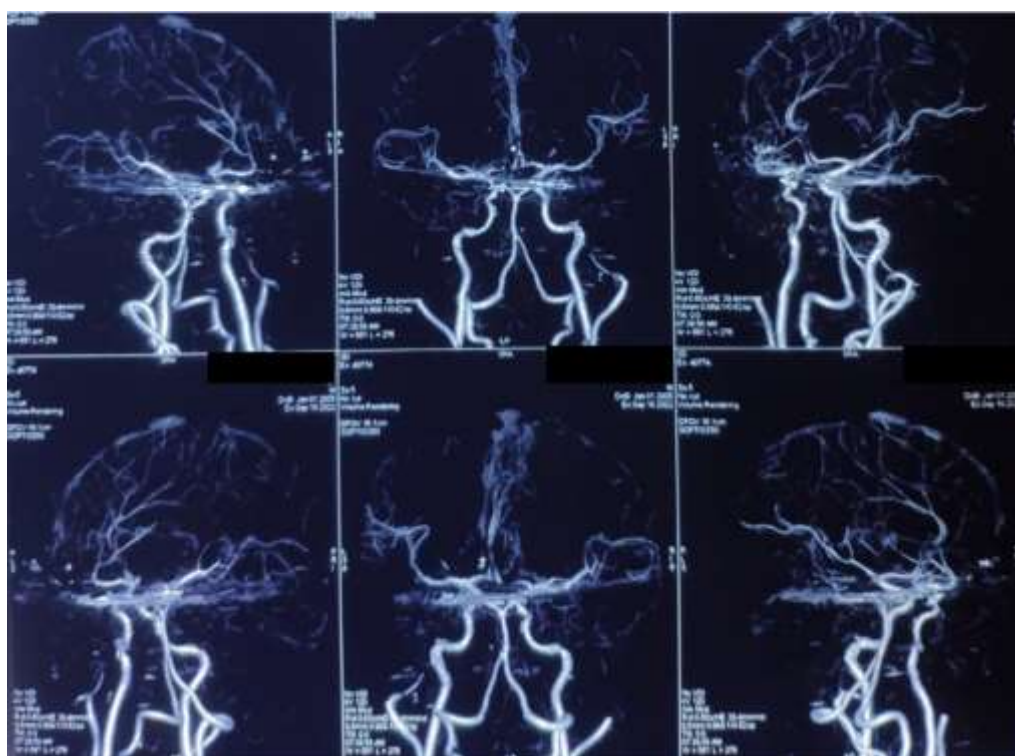
dị vật (kích thước, hình dạng, vị trí, đường và hướng đi dị vật trong cơ thể,.. nhưng thường phụ thuộc vào các tổn thương đi kèm (tổn thương nội sọ, mắt, xoang và mặt⁴

Đối với các trường hợp VTSN do dị vật, phương pháp điều trị tối ưu được lựa chọn trước kia là phẫu thuật hở lấy dị vật. Gần đây có sự thay đổi trong thái độ xử trí đối với một số trường hợp VTSN, nhất là VTSN do dị vật. Chúng tôi báo cáo trường hợp can thiệp rút dị vật dài ở mắt-nền sọ với tổng quan y văn.

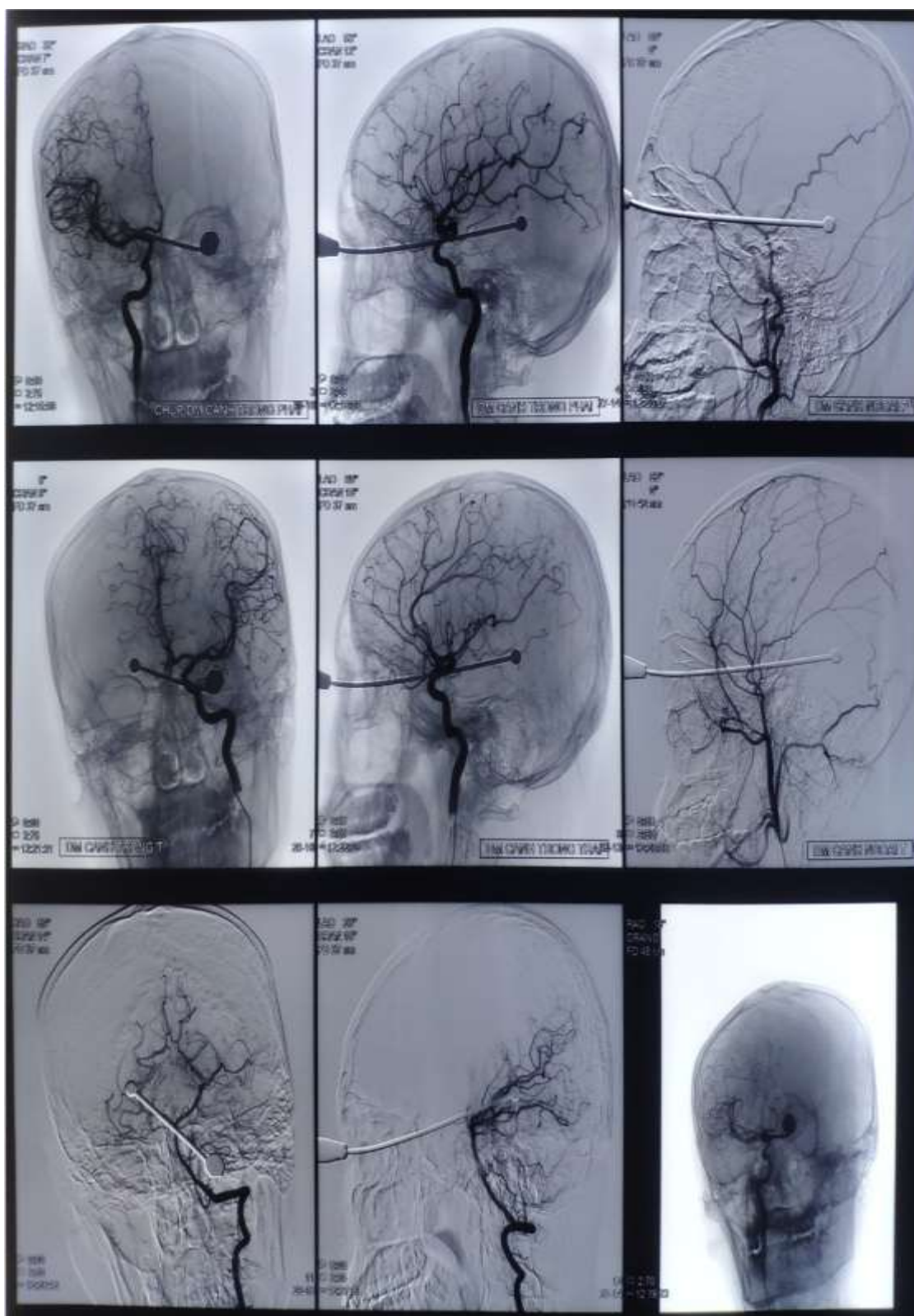
II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 17 tuổi, vào viện vì dị vật mắt trái do tai nạn giao thông giữa xe máy-ô tô với tốc độ

cao. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội khoa hoặc ngoại khoa. Khám lâm sàng lúc vào viện: Glasgow 12 điểm, mắt trái có dị vật đâm xuyên nhãn cầu. Mắt phải chưa thấy bất thường. Tứ chi và các cơ quan còn lại chưa phát hiện tổn thương. Hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy dị vật kim loại cán quang dài 17cm ở vị trí thành trong hốc mắt trái, qua dưới thành trên của xoang sàng sau, xoang bướm, hố yên đi vào sâu qua dưới cuống đại não, cạnh phải cầu não và tận cùng ở hồi hải mã phải. Chiều dài dị vật đoạn nội sọ khoảng 12cm. Chưa thấy dấu hiệu tổn thương mạch não. Dị vật nằm sát bờ trong của động mạch cảnh trong phải đoạn xoang hang và sát động mạch não sau phải.



Hình 26: Dựng hình mạch máu não



Hình 27: DSA trong lúc can thiệp rút dị vật

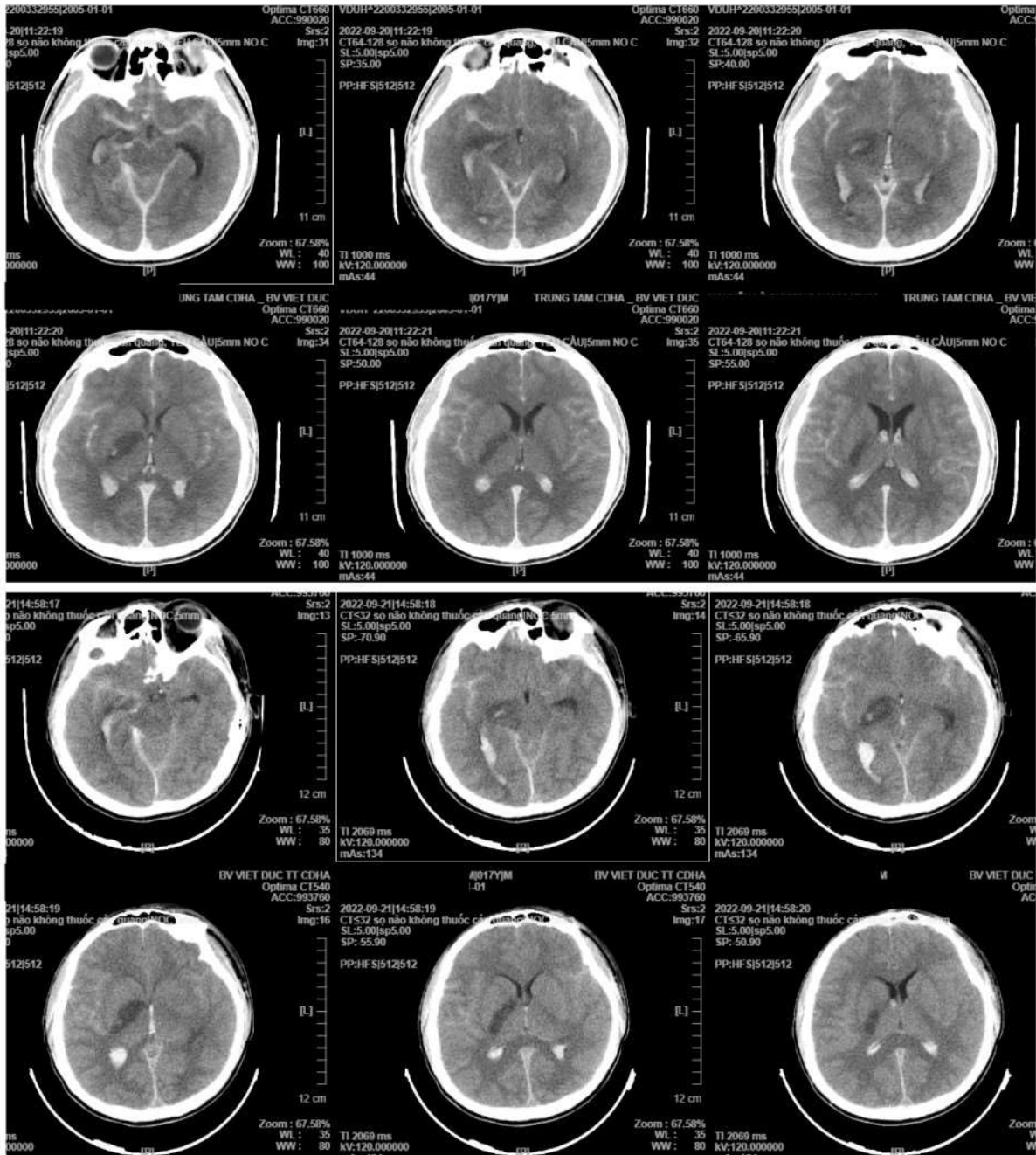


Hình 28: Dị vật trước và sau khi lấy ra

Bệnh nhân sau đó được can thiệp rút dị vật sau 1 ngày dưới DSA với sự phối hợp đa chuyên khoa: phẫu thuật thần kinh, mắt, gây mê hồi sức và chẩn đoán hình ảnh.

Phần đầu xa dị vật mắc ở trần ổ mắt gây khó khăn trong quá trình rút bỏ đoạn qua hốc mắt. Không thấy hình ảnh chảy máu hoạt động, không thấy dò dịch não tủy sau can thiệp. Theo dõi 1h sau can thiệp CLVT có xuất huyết dưới nhện lan toả, xuất huyết

trong não thất, xuất huyết nhu mô cánh tay sau bao trong phải. Bệnh nhân được theo dõi liên tục tại phòng hồi sức sau mổ, chụp cắt lớp vi tính sau mỗi 24 tiếng. Sau can thiệp 7 ngày bệnh nhân được chuyển về đơn vị chăm sóc nội trú trong tình trạng tỉnh táo, tình trạng liệt nửa người được cải thiện. Trên phim chụp kiểm tra sau 7 ngày ghi nhận tình trạng chảy máu dưới nhện đã thoái triển.



Hình 29: CLVT kiểm tra 1h sau can thiệp

III. BÀN LUẬN

Chấn thương gây dị vật ở vùng sọ hàm mặt là loại hiếm gặp nhưng có thể gây ảnh hưởng các cấu trúc như mắt, sọ não, chấn thương mạch máu tùy thuộc vào cơ chế tác động, vị trí dị vật. Vết thương sọ não do dị

vật thường gây ra bởi các dị vật kim loại như dao, chìa khoá, các vật nhọn⁵. Lâm sàng thường đi kèm với các chấn thương khác như gãy xương, chấn thương mạch máu hoặc gây ra các dấu hiệu thần kinh khu trú. Tuy nhiên không thể phủ nhận rằng vết thương sọ não

tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng tính mạng cao hơn so với vết thương ở các vị trí khác trên cơ thể⁶. Đối với dị vật ở mắt có thể gặp các biến chứng tại nhãn cầu, liệt các dây thần kinh sọ não, nhiễm trùng thần kinh nặng như viêm màng não, áp-xe não, đưng dập nhu mô não và tụ máu, tổn thương mạch máu đặc biệt là giả phình mạch do chấn thương thường xảy ra sau 2-3 tuần, dò dịch não tủy⁷.

Tuy biến chứng nhiễm trùng hệ thần kinh không phổ biến trong các trường hợp dị vật đâm xuyên sọ nhưng thường đi kèm tỷ lệ tử vong cao. Nguy cơ nhiễm trùng tại chỗ vết thương hoặc nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương (viêm màng não, viêm não thất, áp-xe não) đặc biệt cao trong các trường hợp tồn tại dị vật đâm xuyên nhiễm khuẩn, da, tóc, mảnh xương ở trong nhu mô não theo đường đi của dị vật⁸.

Nhập viện sớm cải thiện tiên lượng, giảm tỷ lệ tử vong. Khám lâm sàng đầy đủ, toàn bộ bao gồm khám thần kinh và mắt là rất quan trọng và cần thiết để đưa ra chiến lược điều trị phù hợp đối với các trường hợp dị vật đâm xuyên nhãn cầu. Việc chẩn đoán vết thương sọ não do dị vật thường không khó nhất là với điều kiện hiện nay có rất nhiều phương tiện hỗ trợ chẩn đoán. Các phương tiện hình ảnh, đặc biệt là CLVT phải được chỉ định ngay lập tức và thường quy bởi vì không phải lúc nào cũng có sự tương quan giữa vết thương có đường vào nhỏ và kích thước dị vật, các tổn thương thần kinh do dị vật gây ra⁹. CLVT cũng giúp đánh giá chính xác kích thước, độ sâu đâm xuyên, đường đi và xác định các gãy xương đi kèm để lên kế hoạch điều trị chính xác¹⁰. Chụp mạch não rất cần thiết để phát hiện các tổn thương mạch máu nhưng thời điểm tối ưu chỉ định chụp mạch vẫn đang còn tranh luận¹¹. Theo tác giả Nathoo và cộng sự chụp mạch não

bình thường ngay trong ngày đầu nhập viện không phát hiện được các giả phình mạch động mạch thông sau khi phân tích tử thi¹². Cộng hưởng từ thường chỉ được chỉ định khi chắc chắn các dị vật đâm xuyên không có từ tính bởi vì dị vật có thể di chuyển và làm nặng thêm tổn thương khi vào từ trường¹³.

Điều trị thường được tối ưu hoá theo từng bệnh nhân phụ thuộc vào lâm sàng, vị trí, loại dị vật và các biến chứng do dị vật gây ra. Trước tiên cần ổn định huyết động của bệnh nhân ngay khi vào viện¹⁴. Nguyên tắc cơ bản là phải lấy dị vật có kiểm soát trực tiếp (direct visual control) được đường đi trong quá trình thao tác để tránh hoặc hạn chế tổn thương nhu mô não, mạch máu.

Hiện nay, chỉ định điều trị đối với đa số trường hợp vết thương sọ não nhất là vết thương sọ não do dị vật là phẫu thuật mở nắp sọ loại bỏ dị vật, xử lý thương tổn và phục hồi màng não, xương sọ và da đầu. Đối với vết thương chột do dị vật nằm sâu trong nhu mô não, không có phần nằm ngoài sọ và khó tiếp cận hoặc nguy cơ chảy máu cao trong phẫu thuật phương án điều trị bảo tồn được cân nhắc, chấp nhận để lại phần dị vật nằm trong sọ.

Ngoài ra tùy vị trí dị vật, phẫu thuật viên có thể tiếp cận bằng các đường như xuyên nhãn cầu, xuyên sọ, nội soi mũi hoặc kết hợp các phương pháp. Hiện nay vẫn còn bàn luận về việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu¹⁵.

Trong trường hợp lâm sàng mô tả trên, chúng tôi nhận định việc lấy bỏ dị vật bằng phương pháp truyền thống tiềm ẩn nhiều nguy cơ do dị vật dài và đường đi phức tạp, đặc biệt là nguy cơ chảy máu trong mổ cao, quá trình tiếp cận dị vật đi qua nhiều cấu trúc giải phẫu, thời gian phẫu thuật kéo dài. Việc lựa chọn giải pháp rút bỏ trực tiếp dị vật phổi

hợp với chụp mạch số hoá xoá nền mang lại nhiều lợi ích, rút ngắn thời gian can thiệp, chủ động kiểm soát chảy máu và chủ động can thiệp mạch máu ngay trong quá trình rút bỏ. Tuy nhiên vẫn luôn tiềm ẩn nhiều biến chứng có thể xảy ra như chảy máu thứ phát, rò dịch não tủy do không phục hồi màng não.

IV. KẾT LUẬN

Vết thương sọ não là tổn thương thường gặp trong các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa thần kinh. Chẩn đoán và điều trị sớm mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, giảm thiểu các biến chứng và di chứng. Vết thương sọ não do dị vật nhất là các trường hợp dị vật phức tạp, đâm xuyên luôn là thách thức cho phẫu thuật viên trong việc lựa chọn phương án điều trị. Đối với các trường hợp dị vật dài, mảnh, đã xác định được đường đi của dị vật và còn liên tiếp với phần nằm ngoài sọ phương án can thiệp rút bỏ dị vật dưới màn tăng sáng có kiểm soát mạch não là phương pháp nên được cân nhắc lựa chọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khanam S, Agarwal A, Goel R, et al.** Clinical Presentation and Management Strategies in Intraorbital Foreign Bodies. Case reports in ophthalmological medicine; 2021;6645952. doi:10.1155/2021/6645952
2. **Shelsta HN, Bilyk JR, Rubin PAD, Penne RB, Carrasco JR.** Wooden intraorbital foreign body injuries: clinical characteristics and outcomes of 23 patients. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2010;26(4):238-244. doi:10.1097/IOP.0b013e3181bd7509
3. **Olasoji HO, Tahir AA, Ahidjo A, Madziga A.** Penetrating arrow injuries of the maxillofacial region. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43(4):329-332. doi:10.1016/j.bjoms.2004.10.026
4. **Paiva WS, Saad F, Carvalhal ES, De Amorim RLO, Figueiredo EG, Teeixera MJ.** Transorbital stab penetrating brain injury. Report of a case. *Ann Ital Chir.* 2009;80(6):463-465.
5. **Jacob JT, Cohen-Gadol AA, Maher CO, Meyer FB.** Transorbital penetrating brainstem injury in a child: case report. *J Neurosurg.* 2005;102(3 Suppl):350-352. doi:10.3171/ped.2005.102.3.0350
6. **Ferreira PC, Santa-Comba A, Barbosa RF, Rodrigues JM, Reis JC, Amarante JM.** Cervical impalement injury. *J Craniofac Surg.* 2004;15(5):851-854. doi:10.1097/00001665-200409000-00028
7. **Nishio Y, Hayashi N, Hamada H, Hirashima Y, Endo S.** A case of delayed brain abscess due to a retained intracranial wooden foreign body: a case report and review of the last 20 years. *Acta Neurochir (Wien).* 2004;146(8):847-850. doi:10.1007/s00701-004-0283-7
8. **Grant GA.** Management of penetrating head injuries: lessons learned. *World Neurosurg.* 2014;82(1-2):25-26. doi:10.1016/j.wneu.2013.02.084