**MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH**

**I. ĐỊNH NGHĨA:**

Máu tụ ngoài màng cứng là sự tích tụ máu trong khoang ngoài màng cứng giữa bản trong xương sọ và màng cứng.

**II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH**

**1. Nguyên nhân:**

- Thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay tai nạn sinh hoạt

- Hầu hết các trường hợp do đường nứt sọ đi ngang qua động mạch màng não giữa hoặc các nhánh của nó trong vùng trán-thái dương. Các trường hợp còn lại là từ tĩnh mạch màng não hoặc từ xoang màng cứng

**2. Lâm sàng**

- Biểu hiện lâm sàng “lý thuyết” (<30% có biểu hiện kinh điển này):

• bất tỉnh thoáng qua sau chấn thương

• theo sau bởi một khoảng tỉnh trong vòng vài giờ

• sau đó: giảm tri giác, liệt nửa người đối bên, giãn đồng tử cùng bên

- Nếu không được điều trị có thể diễn tiến tiếp tục đến gồng cứng mất não, tăng huyết áp, suy hố hấp, và tử vong.

- Sự suy sụp thường xảy ra qua vài giờ, nhưng có thể mất nhiều ngày, và hiếm hơn, vài tuần

- Các dấu hiệu khác: nhức đầu, nôn ói, động kinh (có thể một bên), nhịp tim nhanh là dấu hiệu muộn.

- Ở trẻ em, MTNMC nên được nghi ngờ nếu có giảm 10% hematocrit sau nhập viện.

- Liệt nửa người đối bên không phổ biến, đặc biệt là với các MTNMC ở các vị trí không trải rộng trên bề mặt bán cầu.

- Thân não bị đẩy lệch về đối bên với khối choáng chỗ có thể gây ra chèn ép cuống não bên đối diện vào khuyết lều tiểu não và gây ra liệt nửa người cùng bên (cũng gọi là hiện tượng Kernohan hoặc hiện tượng khuyết lều Kernohan), một dấu định vị sai lầm.

- 60% bệnh nhân MTNMC có giãn đồng tử, 85% là cùng bên.

- Không bất tỉnh lúc đầu xảy ra trong 60%. Không có khoảng tỉnh trong 20%.

Chú ý: khoảng tỉnh cũng có thể gặp trong các hoàn cảnh khác (bao gồm máu tụ dưới màng cứng)

**3. Cận lâm sàng**

**3.1. Phim sọ thường**

Không ghi nhận nứt vỡ sọ trong 40% MTNMC. Trong những trường hợp này tuổi của bệnh nhân hầu như đều dưới 30.

**3.2. CT scans trong MTNMC**

Biểu hiện CT “kinh điển” trong 84% các trường hợp: một hình ảnh khối choáng chổ tăng đậm độ, 2 mặt lồi (thấu kính) sát xương sọ.

Trong 11% thì mặt sát xương sọ thì lồi và mặt sát não thì thẳng, và trong 5% trường hợp có hình lưỡi liềm (giống MTDMC).

MTNMC luôn có tỉ trọng đồng nhất, bờ sắc và rõ trên nhiều lát cắt, tín hiệu cao (máu không bị pha loãng), liên tục với bản trong, thường giới hạn trong một phần nhỏ của vòm sọ. Hiệu ứng choáng chỗ thường gặp.

**III. ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH**

**1. Điều trị nâng đỡ và điều trị triệu chứng**

Xử trí không phẫu thuật có thể áp dụng với các trường hợp sau:

Bệnh nhân tỉnh táo, thể tích máu tụ <30 cm3 hoặc bề dầy máu tụ <1,5 cm và di lệch đường giữa <5 mm

Xử trí bao gồm: nhập viện, theo dõi sát tình trạng tri giác bằng thang điểm GCS và các dấu hiệu thần kinh khu trú. Lựa chọn: steroids trong vài ngày, sau đó giảm liều dần. CT theo dõi: trong 1 tuần nếu lâm sàng ổn định. Lặp lại trong 1-3 tháng nếu bệnh nhân hết triệu chứng (để nghiên cứu). Gợi ý phẫu thuật nếu có các dấu hiệu của hiệu ứng choáng chỗ khu trú (lừ đừ nặng thêm, thay đổi đồng tử, liệt nửa người...) hoặc các bất thường về tuần hoàn, hô hấp.

**2. Điều trị phẫu thuật:**

Chỉ định phẫu thuật: phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng và lượng máu tụ trên CT-Scan

1. Thể tích MTNMC >30 cm3

2. MTNMC cấp tính có chỗ dày nhất đo được > 1,5 cm và đẩy lệch đường giữa >5 mm

3. MTNMC ở bệnh nhi có nguy cơ cao hơn người lớn bởi có ít không gian hơn cho khối máu tụ. Do đó lượng máu tụ đòi hỏi phẫu thuật ở em bé là rất thấp

**Mục đích phẫu thuật**

1. lấy máu tụ: làm giảm ALNS và hạn chế hiệu ứng choáng chỗ khu trú

2. cầm máu: đốt mô mềm chảy máu và các ĐM, TM màng cứng. Trét sáp vào các chảy máu từ bản xương

3. ngăn ngừa máu tụ lại; treo màng cứng