

KHUYẾT HỖ SÀN SỌ VÀ THOÁT VỊ MÀNG NÃO

1. ĐỊNH NGHĨA

Khuyết sàn sọ là tình trạng sàn sọ bị khuyết có thể do bẩm sinh, sau chấn thương hay do thầy thuốc gây ra (qua phẫu thuật mũi xoang).

2. NGUYÊN NHÂN

Dạng bẩm sinh: thường kèm thoát vị màng não.

Dạng chấn thương: thường kèm chảy dịch não tủy ra mũi.

- Dò dịch não tủy có thể xảy ra ngay lập tức sau chấn thương.
- Dò dịch não tủy muộn – 5 ngày, thậm chí nhiều tuần hay nhiều-tháng.
- Dò dịch não tủy tái phát.

Do thầy thuốc gây ra: biến chứng của phẫu thuật nội soi mũi xoang hay phẫu thuật lấy các khối u sàn sọ.

Dò dịch não tủy tự nhiên – vô căn.

3. DỊCH TỄ

Dò dịch não tủy sau chấn thương (2% các chấn thương đầu) (Milfort 1997).

50% - 85% dò dịch não tủy xảy ra trong vòng 48 giờ sau chấn thương sẽ hết tự nhiên.

Tuy nhiên, việc tự nhiên hết dò dịch não tủy không đảm bảo rằng chỗ rách màng cứng đã lành chắc chắn.

Dò dịch não tủy tái phát có thể xảy ra sau 3 đến 19 tháng.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Chảy dịch trong một bên mũi.

Chảy dịch trong tăng khi cúi đầu hay làm một số tư thế làm tăng áp lực nội sọ.

1918

1918
1918

1918

1918
1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

1918

4.2. Cận lâm sàng

Chẩn đoán xác định dò dịch não tủy:

- Beta-2 transferrin trong dịch mũi.
- Glucose:/dịch mũi = 2/3 glucose máu.
- Dấu hiệu khăn tay.
- MRI: kỹ thuật rất nhạy để định vị chỗ dò dịch não tủy.
- CT lát cắt mỏng, CT độ phân giải cao, CT cisternography ưu việt hơn MRI trong việc chỉ ra chỗ khuyết xương.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị nội khoa

50-85% dò dịch não tủy trong vòng 48 giờ sau chấn thương tự lành.

Tránh các hoạt động làm tăng áp lực nội sọ (ho, nhảy mũi và táo bón).

Kháng sinh dự phòng.

Nghỉ ngơi tại giường – nằm đầu cao.

5.2. Điều trị ngoại khoa

5.2.1. Chỉ định phẫu thuật

- Dò dịch não tủy tự nhiên.
- Dò dịch não tủy do phẫu thuật mũi xoang.
- Dò dịch não tủy không đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Dò dịch não tủy muộn sau chấn thương.
- Dò dịch não tủy tái phát.
- Dò dịch não tủy có viêm màng não.

5.2.2. Phương pháp đóng lỗ dò

- Underlay: (khuyết xương > 1cm): vật liệu đóng chỗ dò được đặt giữa sọ và màng cứng. Không được dùng mảnh ghép có niêm mạc lót vào trong vì sẽ gây mucocele.
- Overlay: (khuyết xương < 1cm): vật liệu đóng lỗ dò được đặt bên ngoài sọ, áp vào chỗ khuyết xương.
- Bath plug: dùng mỡ bụng tạo thành nút chặn hai bên lỗ dò.

- Phẫu thuật đa số qua nội soi: cột, cắt thoát vị màng não (nếu có), vá chỗ khuyết hở sàn sọ bằng niêm cột mạc vách ngăn mũi, cuốn mũi, mỡ bụng, mỡ dái tai và đặt bắc tấm kháng sinh vào mũi.

5.2.3. Thuốc sau phẫu thuật

- **Kháng sinh** (dùng một trong các loại sau trong 10 ngày):
 - + Cefotaxim: 2g x 3 lần TM/ngày (hay TB).
 - + Ceftazidime: 1g x 4 lần/ngày.
 - + Ceftriaxone: 2g x 2 lần/ngày.
 - + Meropenem: 2g x 2 lần/ngày.
 - + Phối hợp với: Aminoglycoside 500mg 2 lọ/250ml Glucose 5% TTM 60 giọt/phút – liều duy nhất trong ngày.
 - **Kháng viêm**
 - + Corticoide chích hoặc uống (3 - 5 ngày)
 - Solumedrol 40mg (TMC): 1-2mg/kg/ngày chia 1-2 lần.
 - Dexamethason 4mg (TMC, TB):
 - ✓ NL: 4-16mg/ngày.
 - ✓ TE: 6-40microgam/kg * 1-2 lần/ngày.
 - Prednisolone 5mg (uống): 0,5 - 1mg/kg/ngày.
 - + Kháng viêm dạng men: Alpha chymotrypsin: 2v * 2 - 3 lần/ngày.
 - **Giảm đau:**
 - Người lớn:
 - + N1-2: paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai * 2 - 3 lần/ngày.
 - + Sau đó dùng paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v * 2 - 4 lần/ngày.
 - Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.
- Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, dùng một trong các loại kháng viêm sau:
- + Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày.

+ Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày (TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).

Một số kháng dị ứng như Cetirizin 10 mg, Desloratadin 5mg, Chlopheniramin 4 mg ngày uống 1v vào buổi tối.

5.2.4. Chăm sóc hậu phẫu

Hướng dẫn bệnh nhân tránh táo bón, tránh ho.

Ngày thứ 4: rút dần bác mũi. Trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche + rút mèche thận trọng, tỉ mỉ.

Sau khi rút bác mũi: dặn bệnh nhân không hỉ mũi, không nhỏ nước muối tiếp.

Ngày thứ 5: nội soi mũi xoang kiểm tra, có thể hút nhầy + máu đông cũ ở sàn mũi.

BN cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên:

- 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên.
- 2 tháng/lần trong 6 tháng kế.
- 3 tháng/lần trong 6 tháng tiếp theo.
- 6 tháng/lần trong năm sau.

6. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng có thể xảy ra sau mổ:

- Viêm màng não – Viêm não.
- Lỗ dò không kín.
- Sẹo dính hố mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim E, Russell PT. Prevention and management of skull base injury. *Otolaryngol Clin North Am.* 2010;43(4):809–16. doi: 10.1016/j.otc.2010.04.018.
2. Wigand ME. Transnasal ethmoidectomy under endoscopic control. *Rhinology.* 1981;19(1):715.
3. Bernal-Sprekelsen M, Alobid I, Mullol J, Trobat F, Tomás-Barberán M. Closure of cerebrospinal fluid leaks prevents

- ascending bacterial meningitis. *Rhinology*. 2005;43(4):277–81.
4. Hegazy HM, Carrau RL, Snyderman CH, Kassam A, Zweig J. Transnasal endoscopic repair of cerebrospinal fluid rhinorrhea: a meta-analysis. *Laryngoscope*. 2000;110:1166–1172. doi: 10.1097/00005537-200007000-00019.
 5. Schlosser RJ, Wilensky EM, Grady MS, Bolger WE. Elevated intracranial pressures in spontaneous cerebrospinal fluid leaks. *Am J Rhinol*. 2003;17:191–195.