

T_h khí n_hi s_h (pneumocephalus)

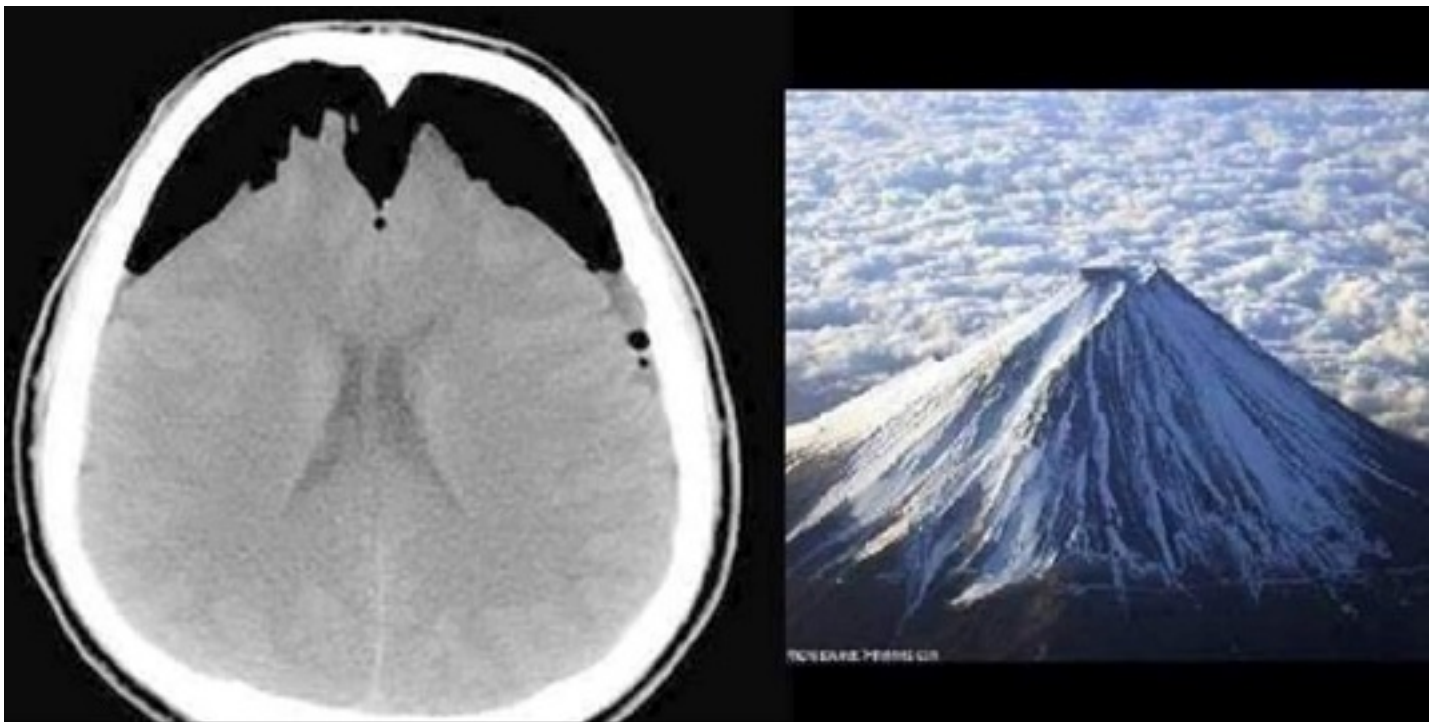
Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 10 Tháng 3 2021 18:15 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 10 Tháng 3 2021 18:25

Bs Lê Thanh Hùng -

T_h khí n_hi s_h, còn gọi là nang khí trong s_h (intracranial aerocele), hay pneumatacele, được xác định khi có hiện diện của khí trong s_h. Rối loạn thể tích phân biệt với **tension pneumocephalus** là khí gây áp lực (xem dưới). Khí có thể nằm ở bất kỳ vị trí nào sau đây: ngoài màng cứng, dưới màng cứng, dưới màng nhện, trong nhu mô, trong não thất.

Biểu hiện: Nhức đầu 38%, buồn nôn và nôn ói, đờng kinh, chóng mặt, và giảm tri giác. Tiếng vỗ đách (succussion splash) trong s_h hiếm gặp (xảy ra trong 7%) nhưng là dấu hiệu đặc trưng. T_h khí gây áp lực có thể tạo ra thêm các dấu hiệu và triệu chứng như bất kỳ khi nào choáng chấn nào khác (có thể gây ra đau thần kinh khu trú hay tăng áp lực nội s_h).



T_h khí n_hi s_h - Mt Fuji sign

Tổ khí não (pneumocephalus)

Viết bởi Biên tập viên

Thật, 10 Tháng 3 2021 18:15 - Lần cập nhật cuối: Thật, 10 Tháng 3 2021 18:25

Nguyên nhân của tổ khí não:

1. Kỹ thuật xâm lấn

A. Sau phẫu thuật ngoại khoa thần kinh

- Mổ: nguy cơ cao hơn nếu bệnh nhân được mổ mà không có ống dẫn lưu
- nhiễm trùng shunt
- ống khoan dẫn lưu máu từ DMC mất tính: nếu suất có $< 2,5\%$ mặc dù đã có nguy cơ cao hơn được báo cáo

B. Sau chấn thương

- Vết qua xương khí: bao gồm vết sần sùi
- Vết hở trên vòm s (thường rách màng cứng)

C. Kỹ thuật sinh: bao gồm kỹ thuật trích tại gia

D. U (u xâm lấn, nang dẫn lưu bị u bì, u tuyến yên): thường do u làm hủy hoại xương

2. Nhiễm khuẩn và vi khuẩn sinh học

3. Sau phẫu thuật xâm lấn:

- Chấn động thần kinh
- Dẫn lưu não thất
- Gây tê y sinh

Tổ khí não i s (pneumocephalus)

Viết bởi Biên tập viên

Thật, 10 Tháng 3 2021 18:15 - Lần cập nhật cuối Thật, 10 Tháng 3 2021 18:25

4. *Chấn thương áp lực (barotrauma): ví dụ như ngạt thở lặn (có thể qua mặt khi m khuỷu tay n tai giả)*

5. *Đột ngột cắt đứt lưu DNT khi đang có dòng DNT*

Tổ khí não i s gây áp lực

1. Khí trong s có thể dẫn tới tăng áp lực trong các b i c nh sau:
2. Khi N₂O gây mê không được ngưng trệ c khi đóng màng c ng.
3. Hi u ng “val qu bóng” xảy ra do có s m thông vào khoang trong s v i mô m m (vđ não) cho phép khí đi vào nh ng không cho khí hay DNT đi ra
4. Khi nhiệt độ phòng tăng làm tăng nhiệt độ c th : m t s gia tăng gi i h n ch 4% t hi u ng này
5. Khi có s s n xu t khí liên t c c a vi khu n sinh h i

Chẩn đoán

Tổ khí trong s d ch n đoán nh t trên CT, có thể thấy l ng khí th p đ n 0,5 ml. Khí bi u hi n màu đen s m (đen h n DNT) v i ch s Hounsfield -1000. M t đ u hi u đ c tr ng là đ u Mt. Fuji (Núi Phú Sĩ) trong đó 2 c c trán b bao quanh và phân tách b i khí. H i trong s cũng có thể thấy trên phim s th ng.

B i vì khí t trong s th ng không đòi h i x trí, nên r t c n phân bi t chúng v i t khí gây áp lực, lo i c n ph i l y đ n u gây tri u ch ng. Có thể r t khó phân bi t hai lo i này; não v n đã b chèn ép ví d nh do máu t DMC mãn có thể không giãn n khi n cho “kh i khí” nhìn gi ng h t nh khí t gây áp lực.

Đi u tr

N u do vi khu n sinh h i, tr c tiên c n đi u tr nhi m trùng nguyên phát, sau đó m i x trí t khí.

Tăng khí nội sọ (pneumocephalus)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 10 Tháng 3 2021 18:15 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 10 Tháng 3 2021 18:25

Điều trị tăng khí nội sọ không do nhiễm khuẩn nên dựa trên tùy thuộc vào liệu có nghi ngờ sẽ tiến triển nặng hơn DNT hay không. Nếu không có dò khí sẽ được hấp thu sau một khoảng thời gian, và nếu liệu đang choáng choc không nên nghĩ nó cũng sẽ hết. Nếu nghi ngờ có dò DNT, xử trí như với bất kỳ dò DNT nào khác.

Điều trị tăng khí nội sọ gây triệu chứng sau phẫu thuật bằng cách thở oxy liều cao (100%) qua mask không thở lại (nonrebreather) giúp tăng tỷ lệ tái hấp thu (FiO_2 100% có thể được sử dụng 24 đến 48h và không nên hít thở nghiêm trọng đến phổi)

Khí nội sọ gây tăng áp lực nội sọ nên phải được xử trí cấp cứu giảm như với máu tụ trong sọ. Sẽ cải thiện nhanh và ngoạn mục có thể diễn ra sau khi được giải phóng khối khí gây áp lực. Các lựa chọn xử trí bao gồm đặt một lỗ khoan xoay (twist drill) mới hoặc khoan sâu 1 lỗ, hay đặt vào một kim chọc dò lấy sóng qua lỗ khoan có sẵn.

Nguồn Handbook of Neurosurgery 2019 Mark Greenberg