

ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

Đột quy do thiếu máu não cấp tính là tình trạng tắc – nghẽn động mạch não (động mạch cảnh và động mạch cột sống- thân nền) dẫn đến thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột và các thiếu sót thần kinh này diễn tiến nhanh chóng đến các triệu chứng tối đa trong vài giây, vài phút, vài giờ, lâu nhất là vài ngày.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

- * Bệnh sử
 - Khởi phát đột ngột
 - Đau thần kinh định vị
 - Diễn tiến nhanh, không thoái lui
- * Khám thực thể tổng quát
 - Huyết áp thường tăng.
 - Khám vùng cổ: có thể phát hiện hẹp động mạch cảnh.
 - Thăm khám tim: có thể có triệu chứng rối loạn nhịp.
- * Khám xét thần kinh: có thể có
 - Hội chứng liệt nửa người
 - Triệu chứng bất thường về cảm giác một bên
 - Rối loạn ngôn ngữ: nói đớ, khó nói, không nói được
 - Rối loạn thị giác (mất thị lực, nhìn đôi)
 - Rối loạn tri giác

Cận lâm sàng

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não 1- 32 dãy hoặc 64-128 dãy (có thuốc cản quang hoặc không) là cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định. Khi cần theo dõi diễn tiến của bệnh có thể chụp cắt lớp vi tính sọ não lại để đánh giá mức độ tổn thương.
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não dựng hình mạch máu (CTA) khi: Con TIA; theo dõi hẹp động mạch nội sọ; trước khi xem xét tiêu sợi huyết, can thiệp nội mạch; nghi ngờ dị dạng mạch não; cần phân biệt với u não, viêm não, áp xe não, ký sinh trùng.
- Chụp cộng hưởng từ sọ não (có tiêm thuốc hoặc không) trong các trường hợp nghi ngờ: nhồi máu vùng hố sau, nhồi máu lỗ khuyết, nhồi máu não giai đoạn sớm hoặc những trường hợp hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chưa phù hợp lâm sàng.
- Cộng hưởng từ sọ não dựng hình mạch máu (MRA, MRV) khi: Con TIA; theo dõi hẹp động mạch nội sọ; trước khi xem xét tiêu sợi huyết, can thiệp nội mạch; nghi ngờ dị dạng mạch não; cần phân biệt với u não, viêm não, áp xe não, ký sinh trùng.
- Chụp DSA: Có chỉ định can thiệp nội mạch; nghi ngờ dị dạng mạch máu não.
- Các cận lâm sàng đánh giá chức năng các cơ quan khác: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, ure, creatinin, glucose, Na, K, Cl, Ca, SGOT, SGPT, tổng phân tích nước tiểu, quang ngực thẳng.
- Các xét nghiệm tìm các yếu tố nguy cơ liên quan: HbA1c, Cholesterol, triglycerid, HDLc, LDLc, CKMB, Troponin, FT3, FT4, TSH, INR, TP, APTT, fibrinogen, nhóm máu ABO, Rh, D-dimer, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, siêu âm Doppler tim màu, siêu âm Doppler mạch cảnh, siêu âm Doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp, siêu âm bụng tổng quát.

- Định lượng protein S, protein C, kháng thể kháng phospholipid.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Các rối loạn mạch máu: xơ vữa động mạch, loạn sản xơ cơ, các rối loạn do viêm.
- Các rối loạn về tim như: loạn nhịp tim, bệnh van tim, van tim nhân tạo..
- Các rối loạn về huyết học như: chứng tăng tiểu cầu, bệnh tăng hồng cầu, tình trạng tăng đông...

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết não
- Liệt Todd
- U não
- Chấn thương sọ não

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị tái thông

- Thuốc tiêu sợi huyết (rTPA): Xem xét 4,5 giờ đầu, ưu tiên khi bệnh nhân không phải tắt động mạch lớn, có điểm NIHSS từ 5-25 điểm. Thuốc Aclilyse liều 0,6-0,9 mg/kg.
- Can thiệp nội mạch: Xem xét 8 giờ đầu, ưu tiên chọn lựa khi tiêu sợi huyết thất bại hoặc tắt động mạch lớn (Động mạch cảnh trong, thân nền, não giữa).

3.2. Điều trị chung

Xem xét xử trí theo thứ tự A, B, C

- A: Chăm sóc đường thở: đảm bảo đường thở thông suốt là ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc đột quỵ. Đảm bảo lưu thông đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế nghiêng, hút thường xuyên các dịch tiết.
- B: đánh giá khả năng thở bệnh nhân, nếu có biểu hiện thông khí kém thì đo nồng độ oxy qua mao mạch hay khí máu động mạch, nếu thấy giảm cho thở oxy hỗ trợ 2-5lít/phút. Cần đặt nội khí quản, thở máy khi có tình trạng suy hô hấp.
- C: đánh giá tuần hoàn và tim mạch: Theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng tim mạch; Điều chỉnh rối loạn nhịp tim khi cần thiết; Nếu huyết áp thấp cần trợ tim, nâng huyết áp.

Điều trị tăng thân nhiệt

Khi tăng nhiệt độ thì dùng thuốc hạ nhiệt độ bằng *Acetaminofen* và nếu có nhiễm trùng thì dùng kháng sinh.

Kiểm soát đường huyết

Trong giai đoạn cấp, hiện tượng tăng hoặc giảm đường huyết đều làm ảnh hưởng đến não, duy trì đường huyết từ 120-150mg%.

Dự phòng xuất huyết tiêu hóa

Dùng nhóm thuốc ức chế bơm *proton* hay nhóm kháng thụ thể H_2 , băng niêm mạc dạ dày, có thể dùng đường uống hay tiêm mạch.

Giảm độ quánh của máu

Hầu hết bệnh nhân cần khởi đầu truyền nước bằng đường tĩnh mạch như dung dịch *natri chlorid 0,9%*. Chú ý trên những bệnh nhân lớn tuổi có suy tim.

Nuôi dưỡng và chăm sóc

Nuôi dưỡng bằng sond dạ dày khi bệnh nhân không ăn qua đường miệng được. Cần đảm bảo năng lượng 1200-1400 kcal/ngày.

- Đặt sond tiêu và chăm sóc đường tiêu khi có chỉ định

Cần cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường. Tuy nhiên, phải cho bệnh nhân được vận động càng sớm càng tốt, khi bệnh nhân hôn mê xoay trở 1-2 giờ/lần.

Chăm sóc da thường xuyên, tránh để cho da bị ẩm ướt.

Tập vật lý trị liệu vận động, hô hấp sớm

Chăm sóc ống nội khí quản hoặc canyl mở khí quản.

2.2. Điều trị bảo tồn

Chống kết tập tiểu cầu: Sử dụng sớm trong 24 – 48h đầu sau khi khởi phát.

- Aspirin khởi đầu 160-325mg/ngày, sau đó duy trì 80-160 mg/ngày hoặc Clopidogrel tối thiểu 75mg/ngày hoặc Dipyridamol + Aspirin.
- Xem xét chống kết tập tiểu cầu kép khoảng 4 tuần (phối hợp Aspirin và clopidogrel) khi: Nhồi máu do tắt động mạch nhỏ, nhưng có nguy cơ cao diễn tiến tắt động mạch lớn; cơn TIA khi thang điểm A, B, C, D2 \geq 4.

Chống đông

Trong đợt quy nhồi máu não thuốc kháng đông: kháng vitamin K sẽ được sử dụng khi có bằng chứng có huyết khối từ tim, đồng thời phải loại trừ chắc chắn xuất huyết não sau nhồi máu.

Kháng đông: heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp để phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu.

Ôn định huyết áp

Điều trị tăng huyết áp bao gồm:

- Điều trị lo lắng, nôn và buồn nôn: sulpiride, stresam, metocloramide, domperidone, amitriptylin ...
- Giảm đau, giảm tê: paracetamol, tramadol, para codein, NSAID, gabapentin, pregabalin...
- Điều trị tăng áp lực nội sọ.
- Hạn chế kích thích: diazepam, aminazin, phenobarbital, midazolam,...
- Nên hạ huyết áp từ từ, tránh dùng nifedipine ngậm dưới lưỡi.
- Trường hợp huyết áp cao khó kiểm soát: nicardipine truyền tĩnh mạch 1mg-15mg/h, hoặc Furosemide tiêm mạch chậm.
- Giới hạn huyết áp tâm thu 160-180 mmHg và tâm trương < 100 mmHg bằng thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn kênh Calci, ức chế Beta, lợi tiểu trong giai đoạn cấp thường trong tuần lễ đầu.

Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ

- Nâng cao đầu giường 30-35 độ.
- Làm thông thoáng đường thở và tăng thông khí.
- Duy trì PCO₂ từ 25-30 mmHg, thở oxy hỗ trợ.
- Mannitol 20%, liều khởi đầu 0,25-0,5g/kg trong 20-30 phút và nếu cần có thể nhắc lại sau 4-6 giờ/lần. Không quá 1,5 g/kg/24 giờ.

Nhóm thuốc tăng tuần hoàn và bảo vệ tế bào não: Cerebrolysin (giai đoạn cấp: 10ml x 2 /ngày), Piracetam (3g-6g/ngày), Citicolin (1g/ngày),

Nhóm thuốc statin: simvastatin, atorvastatin, rosuvastatin,....ôn định mảng xơ vữa trên bệnh nhân nhồi máu não dù bilan lipid máu bình thường.

Co giật:

Khi xác định co giật là động kinh, điều trị giống phác đồ động kinh

Nhóm thuốc hỗ trợ: long đàm, dẫn phế quản, chống táo bón, phòng và điều trị loét do nằm lâu

Phẫu thuật

Nhồi máu diện rộng, nhồi máu tiểu não.

IV. DỰ PHÒNG

4.1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

Kiểm soát huyết áp: Nên duy trì huyết áp lý tưởng nhất là < 140/90 mmHg.

Điều trị tăng mỡ máu

Cai thuốc lá triệt để

Cai rượu

Kiểm soát bệnh hay các yếu tố nguy cơ phối hợp

Chống kết tập tiểu cầu

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Sinh hiệu ổn định

Tri giác: Tỉnh

Các bệnh phối hợp kèm theo ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Anh Nhị, Sổ tay lâm sàng thần kinh, NXB Y học, 2005.
2. Allan H. Ropper, Robert H. Brown, Principle of Neurology, 8th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
3. Aminoff MJ, Greenberg DA, Clinical Neurology, 6th edition, McGraw - Hill companies, 2005.
4. Harold P. Adams, Jr, Gregory del Zoppo, Mark J. Alberts, et al, Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke, *Stroke* published online Apr 12, 2007.
5. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.
6. Hoàng Khánh, Hoàng Trọng Thăng... Thần kinh học lâm sàng. NXB Y học.