

XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN

I. ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết dưới nhện là do sự tràn máu ở trong khoang dưới nhện do vỡ mạch máu ở trong khoang này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Hoàn cảnh xuất hiện: thường sau một gắng sức.

Khởi bệnh: Thường đột ngột đau đầu dữ dội, kèm theo là rối loạn ý thức.

Dấu hiệu kích thích màng não: có dấu hiệu Kernig, cổ cứng.

Dấu thần kinh định vị: nếu có thì có thể gợi ý đến vị trí ban đầu của chảy máu

Soi đáy mắt: có thể thấy hình ảnh phù gai

1.2. Cận lâm sàng

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não 1- 32 dãy hoặc 64-128 dãy 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 tiến triển bệnh. Làm DSA trong các trường hợp khi nghi ngờ do vỡ dị dạng.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não trong trường hợp hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chưa phù hợp lâm sàng. Cộng hưởng từ sọ não dựng hình mạch máu (MRA) khi không làm được DSA.

- 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, INR, TP, APTT, fibrinogen, nhóm máu ABO, Rh, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, siêu âm Doppler tim màu, siêu âm bụng tổng quát, siêu âm Doppler xuyên sọ.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết não màng não
- Máu tụ dưới màng cứng
- Viêm màng não
- Viêm não màng não

3. Chẩn đoán mức độ (Theo Hunt và Hess)

| Mức độ | Mô tả |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Không có triệu chứng hoặc nhức đầu nhẹ và cứng gáy nhẹ |
| II | Nhức đầu vừa tới nặng, cứng gáy, không có thiếu sót thần kinh hoặc chỉ liệt một dây thần kinh sọ não |
| III | Thiếu sót thần kinh nhẹ, ngủ gà hoặc lú lẫn |
| IV | Hôn mê, liệt nửa người từ vừa tới nặng, có thể gồng cứng mắt não và rối loạn thần kinh thực vật |
| V | Hôn mê sâu, co cứng mắt não, đe dọa tử vong |

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa chung

1.1. Thông khí tốt, thở oxy hỗ trợ, hút đàm, đặt nội khí quản thở máy khi có chỉ định.

1.2. Theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng tim mạch

1.3. Giảm thiểu tiếng ồn tối đa, và hạn chế người thăm nuôi cho tới khi nguyên nhân phình mạch được giải quyết.

1.4. Giảm đau: *Acetaminophen, Morphin, tramadol*.

- Điều trị lo lắng, nôn và buồn nôn: *sulpiride, stresam, metocloramide, domperidone, amitriptylin ...*

- Hạn chế kích thích: *diazepam, aminazin, phenobarbital, midazolam,...*

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

1.5. 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.

1.6. Ổn định huyết áp: giữ huyết áp tâm thu ≤ 140 mmHg cho tới khi điều trị nguyên nhân phình mạch.

1.7. Ổn định glucose máu:

1.8. Kiểm soát nhiệt độ: Dùng *Acetaminophen*, dùng kháng sinh khi cần.

1.9. Thuốc chẹn calcium: *Nimodipine* (đường uống hoặc truyền tĩnh mạch)

1.10. Nước và điện giải: Cần phải duy trì thể tích máu bình thường bằng dung dịch *Natriclorua 0,9%* 1000-2000 ml/ngày.

1.11. Dinh dưỡng: cố gắng cho bệnh nhân ăn đường miệng, nếu không ăn được đường miệng có thể nuôi ăn bằng sonde.

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

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

2. Điều trị ngoại khoa

1.1. Can thiệp nội mạch: Nên can thiệp càng sớm càng tốt cho bệnh nhân.

1.2. Phẫu thuật : Hiện nay thực hiện khi không có điều kiện thực hiện phương pháp can thiệp nội mạch hoặc thủ thuật can thiệp nội mạch thất bại.

3. Xử trí các biến chứng

1.1. Chảy máu tái phát: chăm sóc nội khoa tích cực và nhanh chóng can thiệp ngoại khoa.

1.2. Co thắt mạch: làm tăng thể tích máu bằng tăng cung cấp thêm nước và điện giải.

1.3. Co giật: Cắt cơn bằng *Diazepam* hoặc *Midazolam* bằng đường tĩnh mạch.

1.4. Tràn dịch não thất: phẫu thuật dẫn lưu não thất.

1.5. Hạ natri máu: truyền dung dịch *Natriclorua 3%* hoặc *0.9%*.

4. Chăm sóc lâu dài

1.1. Phục hồi chức năng thần kinh: vật lý trị liệu, tập phục hồi ngôn ngữ

1.2. Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm như: chống trầm cảm 3 vòng, *SSRIs*.

1.3. Đau đầu mạn tính: dùng thuốc kháng viêm *nonsteroidic*, chống trầm cảm 3 vòng, *SSRIs, gabapentin*.

IV. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Trong trường hợp không can thiệp được ngoại khoa nên cho bệnh nhân ra viện khi:

- Thời gian nằm viện khoảng 3 tuần

- Sinh hiệu ổn định

- Tri giác: bệnh 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. Jose I. Suarez, M.D., Robert W. Tarr, M.D., and Warren R. Selman, M.D. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage, N Engl J Med 2006;354:387-96.
5. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.