

XUẤT HUYẾT TRONG NÃO

I. ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết não là tình trạng máu thoát khỏi thành mạch vào nhu mô não, có thể là xuất huyết não đơn thuần hay kết hợp với xuất huyết màng não, xuất huyết não thất.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

Lâm sàng của xuất huyết não đa dạng, biểu hiện tùy theo vị trí, tốc độ, mức độ của xuất huyết.

* Bệnh sử

- Các dấu thần kinh định vị xuất hiện đột ngột, diễn tiến nhanh thường kèm theo đau đầu, nôn ói, rối loạn ý thức nhanh.

- Các triệu chứng trên thường xuất hiện lúc bệnh nhân đang làm việc hay gắng sức.

* Khám thực thể tổng quát

Huyết áp thường tăng

* Khám xét thần kinh: có thể có

- Dấu hiệu kích thích màng não

- 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. Làm DSA trong các trường hợp chảy máu não nghi ngờ do dị dạng mạch máu não.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não (có tiêm thuốc hoặc không) 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 nghi ngờ xuất huyết não do vỡ dị dạng hoặc xuất huyết não do viêm tắc tĩnh mạch nội sọ.

- 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, xquang 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, D-dimer, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, siêu âm Doppler tim màu, siêu âm bụng tổng quát.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nhồi máu não

- U não

- Chấn thương sọ não

III. ĐIỀU TRỊ

3.1. 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. Điều trị chuyên biệt

2.1. Điều trị nội

Ổn định huyết áp

Trong giai đoạn cấp mục tiêu là giữ huyết áp tâm thu 140-160 mmHg bằng các nhóm ức chế men chuyển, ức chế calci, ức chế thụ thể hay ức chế beta. Trong trường hợp huyết áp cao khó kiểm, nên chọn lựa thuốc truyền TM, *Nicardipine* liều 2-15mg/giờ. Có thể kết hợp thuốc lợi tiểu với các nhóm thuốc hạ áp trên, như furosemide.

Tăng áp lực nội sọ

Nâng cao đầu giường lên 30 độ.

Tăng thông khí tốt cho bệnh nhân.

Mannitol chỉ cho kết quả tạm thời. Khởi đầu 0,75-1g/kg sau đó 0,25-0,5 g/kg nếu cần có thể lặp lại mỗi 4-6giờ. Khi truyền *Mannitol* phải chú ý cân bằng nước và điện giải.

Nếu xuất huyết tràn não thất gây tăng áp lực nội sọ, mời ngoại thần kinh xem xét phẫu thuật dẫn lưu não thất.

Co giật

Cắt cơn co giật bằng đường tĩnh mạch (midazolam hoặc seduxen), nếu ổn định sau đó duy trì bằng đường uống tối thiểu 4 tuần.

Giảm đau và an thần

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

- Giảm đau, giảm tê: paracetamol, tramadol, para codein, NSAID, gabapentin, pregabalin...

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

Nhóm thuốc bảo vệ tế bào não: Cerebrolysin (giai đoạn cấp: 10ml x 2 /ngày), Citicolin (1g/ngày), ...

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

Điều chỉnh rối loạn đông cầm máu (nếu có): Nếu PTT và APTT kéo dài, nên truyền plasma tươi (2-6 đơn vị), vitamin K tiêm dưới da khi INR kéo dài.

2.2. Điều trị ngoại khoa

Có chỉ định mổ:

1. Máu tụ tiêu não đường kính > 3 cm, các triệu chứng thần kinh xấu dần hơn, hoặc có dấu hiệu chèn ép thân não, hoặc trên CT Scan thấy giãn não thất do chèn ép.

2. Chảy máu não do dị dạng mạch máu não.

3. Bệnh nhân còn trẻ, khối máu tụ lớn trong thùy não và các triệu chứng thần kinh xấu dần.

IV. DỰ PHÒNG

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Kiểm soát huyết áp

- Điều trị tăng mỡ máu

- Cai thuốc lá triệt để

- Cai rượu

- Kiểm soát bệnh hay các yếu tố nguy cơ phối hợp

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- 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. 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. Joseph Broderick, Sander Connolly, Edward Feldmann, et al, Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults 2007 Update, *Stroke* 2007;38;2001-2023; originally published online May 3, 2007.

6. Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton, HARRISON'S PRINCIPLES OF Internal Medicine, 16th Edition, McGraw - Hill companies, 2005.