

Chẩn đoán và xử trí đột quỵ não

PGS. TS. Tạ Mạnh Cường
Phó Viện Trưởng
Trưởng Đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch
Viện Tim Mạch Trung ương – Bệnh viện Bạch Mai

Hà nội 12 - 2016

Đột quỵ

- Đột quỵ (hay cơn tai biến mạch máu não) xảy ra khi mất hoặc giảm đột ngột lưu lượng máu tới não hoặc chảy máu bên trong sọ dẫn đến giảm, mất chức năng hoặc chết các tế bào não.
- Đột quỵ là nguyên nhân gây liệt, rối loạn ngôn ngữ, mất cả giác, trí nhớ, hôn mê, tử vong.
- Có hai dạng đột quỵ: đột quỵ thiếu máu não và đột quỵ chảy máu não.

Một số đặc điểm giải phẫu và sinh lý não – mạch não cần lưu ý ở bệnh nhân đột quỵ

- Não được nuôi dưỡng bởi hai hệ thống mạch xuất phát từ qua động mạch chủ là hệ thống mạch cảnh và hệ động mạch đốt sống.
- 2 phút sau khi tắc động mạch, vùng não bị chi phối bởi mạch máu đó sẽ chết (nếu cung lượng tưới máu $< 10\text{ml}/100\text{g}$ não/phút (bình thường là $55\text{ml}/100\text{g/ph}$) và hình thành ổ nhồi máu não.
- Vùng bao quanh (giữa mô não bình thường và mô não bị hoại tử) tưới máu $15\text{-}40\text{ml}/100\text{g/ph}$, tế bào thần kinh vẫn sống nhưng không hoạt động (vùng tranh tối – tranh sáng).
- Như vậy thời gian để mô não bị hoại tử hay phục hồi chức năng rất quan trọng.
- Thời gian này cho đến nay còn chưa có giới hạn chính xác và ở mỗi người sẽ khác nhau tùy thuộc vào chức năng hệ thống mạch cảnh và chuyển hóa.
- Đây là vấn đề mấu chốt để can thiệp cứu vãn các tế bào thần kinh trên cơ sở phân tích các yếu tố gây hại và các yếu tố có lợi khi đột quỵ xảy ra. Mặt khác, khi mạch não bị vỡ, máu chảy ra, gây phá hủy nhu mô não (chèn ép và hoại tử thiếu máu khi mất máu).

Các dạng đột quỵ não

- Đột quỵ thiếu máu não (chiếm 75 – 85%).
 - Trong đột quỵ thiếu máu não một dạng tương đối lành tính hơn được gọi là đột quỵ dạng ổ khuyết do tắc các nhánh động mạch nhỏ ở sâu giữa chất trắng và chất xám.
 - Dạng này thường xảy ra ở những người tăng HA, vữa xơ động mạch, đái tháo đường mà không được theo dõi, điều trị.
 - Biểu hiện liệt vận động và/ hoặc giảm cảm giác đơn thuần.
 - Dạng này có thể hồi phục tốt, đôi khi chỉ phát hiện tình cờ.

Các dạng đột quỵ não (tiếp)

- Đột quỵ chảy máu não: (15 – 25%): mạch máu vỡ, máu chảy vào trong nhu mô não hoặc xung quanh não.
- Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (transient ischemic attack – TIA).
 - Ít được chú ý do rất dễ nhầm là các cơn chóng mặt, cơn ngất, mất thị lực thoáng qua...
 - Nguy cơ đột quỵ xảy ra đột quỵ sau TIA trong tháng đầu là 4 – 8%, trong năm đầu là 13% và sau 5 năm là 25%.
- Đột quỵ rất dễ bị tái phát, tỉ lệ tái phát cao trong năm đầu tiên nếu không loại bỏ được các yếu tố nguy cơ.

Tiền triệu

- Đột ngột tê dại, yếu hoặc liệt ở mặt, tay hoặc chân, thường ở một bên cơ thể.
- Nói hoặc lĩnh hội khó khăn.
- Đột nhiên nhìn mờ, giảm hoặc mất thị lực một hoặc hai mắt.
- Chóng mặt, mất thăng bằng hoặc mất phối hợp động tác.
- Đột nhiên đau đầu nặng nề không giải thích được nguyên nhân.

Triệu chứng hướng tới thể đột quy

- Đột quy thiếu máu não:
 - trung niên – cao tuổi, hay xảy ra ban đêm về sáng,
 - các triệu chứng thần kinh khu trú có thể đột ngột hoặc tăng từ từ
 - ít kích thích vật vã và rối loạn ý thức, ít khi nôn hoặc đái dầm, HA có thể tăng hoặc không.
 - Nếu bệnh nhân có tiền sử tim mạch: rất có giá trị chẩn đoán
- Đột quy chảy máu não:
 - đột ngột khi gắng sức, căng thẳng trên bệnh nhân có tiền sử tăng HA.
 - Các triệu chứng thường rầm rộ, bệnh nhân thường vật vã, kích thích, nôn, đái dầm, đau đầu, trong cơn thấy HA tăng đột ngột, có thể có dấu hiệu màng não.

Yếu tố nguy cơ cao

- Tăng HA
- Tiểu đường
- Nhồi máu cơ tim
- Rung nhĩ
- Suy tim nặng
- Rối loạn lipid máu

Một số lưu ý trong quá trình thăm khám và xử trí bệnh nhân

- BN nằm lên giường thoáng mát với đầu cao 30°.
- Kiểm tra lưu thông đường thở (hút sạch đờm dãi nếu có, chống tụt lưỡi)
- Nếu có nôn, trào ngược dịch dạ dày phải đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên, hút sạch tránh hít vào phổi.
- Cho thở oxy 3 – 4 lít/phút nếu có oxy.
- Đặt ngay đường ống truyền tĩnh mạch ngoại vi với natriclorid 0.9%.

Một số lưu ý (tiếp)

- Nếu $HATB \leq 140\text{mmHg}$: không dùng thuốc hạ HA. Khi phải dùng thuốc hạ HA thì không nên dùng thuốc hạ HA nhanh.
- Thăm khám thần kinh nhanh, xác định đột quỵ và phân loại sơ bộ đột quỵ chảy máu não hay đột quỵ thiếu máu não để tiên lượng bệnh và chọn phương thức vận chuyển thích hợp.
- Sau khi xử trí kì đầu, cần tổ chức vận chuyển đến cơ sở y tế có điều kiện chẩn đoán và cấp cứu tích cực đột quỵ (đơn vị đột quỵ, trung tâm đột quỵ, đơn vị cấp cứu tích cực thần kinh, tim mạch) càng sớm càng tốt.

Khám các dấu hiệu thần kinh và thang điểm đột quỵ

Thang điểm đột quỵ NIHSS

	Mô tả	Điểm
1a. Mức độ ý thức (Bệnh nhân tỉnh táo, ngủ gà, ..)	Tỉnh táo, đáp ứng tốt	0
	Ngủ gà nhưng đáp ứng đúng khi hỏi, ra lệnh	1
	Đờ đẫn, chỉ đáp ứng đúng khi kích thích mạnh hoặc nhiều lần	2
	Hôn mê, chỉ đáp ứng do phản xạ hoặc bất động hoàn toàn	3
1b. Đánh giá mức độ ý thức bằng câu hỏi (Hỏi bệnh nhân về tháng và tuổi của họ)	Trả lời chính xác cả hai câu	0
	Chỉ trả lời chính xác một câu	1
	Trả lời không chính xác cả hai câu	2

1c. Đánh giá độ ý thức bằng mệnh lệnh (Yêu cầu bệnh nhân mở mắt/nhắm mắt rồi nắm/xeò bàn tay bên không liệt)	Thực hiện chính xác cả hai động tác	0
	Thực hiện chính xác một động tác	1
	Không thực hiện chính xác cả hai động tác	2
2. Hướng nhìn tốt nhất (Best gaze) (Chỉ đánh giá động tác theo chiều ngang. Phản xạ đầu mắt tốt. Mở mắt-bệnh nhân nhìn theo ngón tay hoặc mặt)	Bình thường	0
	Liệt một phần	1
	Liệt hoàn toàn	2
3.Thị trường (Đánh giá bởi người đối diện với bệnh nhân, hướng dẫn các kích thích đối với một phần tư thị trường trên và dưới)	Không mất thị trường	0
	Bán manh một phần	1
	Bán manh hoàn toàn	2
	Bán manh hai bên	3
4.Liệt mặt (Yêu cầu bệnh nhân nhe răng/cười, cau mày và nhắm chặt mắt)	Bình thường	0
	Nhe	1
	Một phần	2
	Hoàn toàn	3

5a. Vận động tay trái (Giơ tay trái 90 độ nếu tư thế ngồi hoặc 45 độ nếu tư thế nằm ngửa, bàn tay sấp)	Không rơi tay trong 10 giây	0
	Rơi tay, giữ tay 90 độ nhưng rơi trước 10 giây	1
	Có cố gắng chống lại trọng lực; không thể nâng tay 90 độ	2
	Không có cố gắng chống lại trọng lực	3
	Không có động tác	4
	Cắt cụt chi, dính khớp	UN
5b. Vận động tay phải (Giơ tay phải 90 độ nếu tư thế ngồi hoặc 45 độ nếu tư thế nằm ngửa, bàn tay sấp)	Không rơi tay trong 10 giây	0
	Rơi tay, giữ tay 90 độ nhưng rơi trước 10 giây	1
	Có cố gắng chống lại trọng lực; không thể nâng tay 90 độ	2
	Không có cố gắng chống lại trọng lực	3
	Không vận động	4
	Cắt cụt chi, dính khớp	UN
6a.Vận động chân trái (Nâng chân trái 30 độ, luôn ở tư thế nằm ngửa)	Không rơi chân trong 5 giây	0
	Rơi chân trước 5 giây, nhưng không đập mạnh xuống giường	1
	Có cố gắng chống lại trọng lực chân	2
	Không có cố gắng chống lại trọng lực chân	3
	Không vận động	4
	Cắt cụt chi, dính khớp	UN
6b. Vận động chân phải(Nâng chân phải 30 độ, luôn ở tư thế nằm ngửa)	Không rơi chân	0
	Rơi chân trước 5 giây, nhưng không đập mạnh xuống giường	1
	Có vài nỗ lực với trọng lượng chân	2
	Không có nỗ lực với trọng lượng chân	3
	Không có động tác	4

	Cắt cụt chi, dính khớp	UN
7. Rối loạn điều chi (Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi, dùng gót chân vuốt dọc cẳng chân bên đối diện, thực hiện cả hai bên)	Không bị	0
	Bị một bên chi	1
	Bị cả hai bên chi	2
	Cắt cụt chi, dính khớp	UN
8. Cảm giác (Dùng một kim đầu tù để kiểm tra cảm giác mặt, tay, hông và chân-so sánh hai bên. Đánh giá nhận biết của bệnh nhân khi sờ)	Bình thường	0
	Mất cảm giác một phần, còn cảm thấy bị chạm vào người	1
	Mất cảm giác nặng hoặc mất hoàn toàn, không cảm thấy bị chạm vào người	2
9. Ngôn ngữ tốt nhất(Yêu cầu bệnh nhân nói tên và mô tả 1 bức tranh, đọc 1 câu, bệnh nhân đặt nội khí quản đáp ứng bằng cách viết)	Không thất ngôn, bình thường	0
	Thất ngôn nhẹ đến trung bình	1
	Thất ngôn nặng	2
	Không nói được, thất ngôn hoàn toàn	3
10. Rối loạn vận ngôn (Khó nói) (Đánh giá sự rõ ràng của ngôn ngữ bằng hỏi yêu cầu bệnh nhân nhắc lại một danh sách các từ)	Bình thường	0
	Nói khó từ nhẹ đến trung bình	1
	Nói khó nặng	2
	Bệnh nhân đặt nội khí quản hoặc có cản trở khác	UN
11. Mất chú ý (Dùng các thông tin từ các nghiệm pháp trước đó để xác định bệnh nhân mất chú ý)	Không có bất thường về nhìn, sờ, nghe, khoảng cách	0
	Mất chú ý một nửa bên cơ thể	1
	Mất chú ý hoàn toàn nửa bên cơ thể	2

UN: Không làm được

Tổng điểm là 42, khi trên 25 điểm là nặng và dưới 4 điểm là nhẹ

Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm thường quy
 - đường máu, điện giải đồ, công thức máu, đông máu cơ bản, chức năng gan thận, bi lan lipid máu
- Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh
 - Chụp CT sọ não không cản quang: với tất cả BN nghi ngờ đột quỵ
 - CT sọ não có thể bỏ sót những trường hợp nhồi máu não (NMN) đến sớm, tổn thương nhỏ ở vùng vỏ não hoặc vùng dưới vỏ, tổn thương não ổ khuyết, đặc biệt tổn thương ở vùng hố sau.

Điều trị nhồi máu não

- Hồi sức chung

- Hồi sức hô hấp

- Duy trì, đảm bảo tình trạng oxy hóa tổ chức
 - Tránh tắc nghẽn đường thở, giảm thông khí, viêm phổi do sặc và xẹp phổi.
 - Có thể phải đặt nội khí quản sớm.
 - Hầu hết bệnh nhân NMN cấp không cần hỗ trợ oxy nhưng phải đảm bảo $SpO_2 \geq 92\%$.

Điều trị nhồi máu não (tiếp)

- Kiểm soát nhiệt độ
 - Tăng thân nhiệt ở bệnh nhân nhồi máu não cấp thường làm tăng tử vong và tàn phế, tăng nhu cầu chuyển hóa, tăng sản sinh các chất dẫn truyền thần kinh, các gốc tự do.
 - Cần kiểm soát thân nhiệt bằng dùng các thuốc hạ nhiệt, chườm mát.
- Kiểm soát các triệu chứng tim mạch
 - THA
 - Hạ HA
 - Các rối loạn nhịp tim
 - Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới
 - Điều trị các bệnh lý tim mạch đi kèm
 - ...

Điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - Các triệu chứng khởi phát đột quỵ rõ ràng < 180 phút kể từ khi có triệu chứng đột quỵ đầu tiên
 - Chẩn đoán nhồi máu não cấp tính, với các dấu hiệu thiếu hụt về thần kinh rõ ràng và điểm NIHSS 4-22 điểm
 - CT sọ không cản quang hoặc MRI não không có hình ảnh tổn thương xuất huyết não
 - Không có các chống chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết (TSH)
 - Bệnh nhân và gia đình đồng ý dùng thuốc

Điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch: tiêu chuẩn loại trừ

- Các triệu chứng khởi phát đột quỵ > 3 giờ
- Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần và cải thiện nhanh chóng (NIHSS<4)
- Khởi phát có dấu hiệu co giật
- Không chụp CT sọ não không cản quang hoặc có bằng chứng chảy máu não trên CT sọ não
- Các triệu chứng đột quỵ gợi ý xuất huyết dưới nhện mặc dù kết quả chụp CT sọ não bình thường
- Hình ảnh CT có nhồi máu não lớn (> 1/3 bán cầu)
- Điểm NIHSS > 22

Điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch: tiêu chuẩn loại trừ

- Chấn thương hoặc chảy máu tiến triển
- Tiền sử đột quỵ hoặc chấn thương đầu nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây
- Có tiền sử xuất huyết não
- Tiền sử chảy máu đường tiêu hóa, tiết niệu trong vòng 21 ngày
- Tiền sử chấn thương lớn hoặc phẫu thuật lớn trong vòng 14 ngày
- Chọc dò tủy sống hoặc chọc dò động mạch ở nơi không thể ép được trong vòng 7 ngày

Điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch: thuốc, liều lượng, cách thức...

- Thuốc Alteplase truyền tĩnh mạch với liều 0,9mg/kg
- Tiêm bolus 10% tổng liều trong 1 phút, 90% thuốc còn lại truyền trong 1 giờ
- Theo dõi
 - Đánh giá các dấu hiệu thần kinh cách 15 phút/ lần trong khi truyền, 30 phút/lần trong 6 giờ, 1 giờ/lần cho đến 24 giờ.
 - Đo huyết áp cách 15 phút/ lần trong khi truyền, sau đó 30 phút/lần trong 6 giờ, 1 giờ/lần cho đến 24 giờ.
 - Nếu bệnh nhân đau đầu nhiều, tăng huyết áp cấp tính, buồn nôn hoặc nôn phải dừng truyền ngay, hạ HA bằng nicardipin và chụp CT sọ não không cản quang để kiểm tra.

Điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch: tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý nội sọ (u não, phình mạch não)
- Có bất thường về đường máu ($> 400\text{mg/dl} = 22,2\text{mmol/l}$ hoặc $< 50\text{mg/dl} = 2,8\text{mmol/l}$)
- Số lượng tiểu cầu < 100.000
- Điều trị thuốc chống đông kháng vitamin K, $\text{INR} > 1,5$
- HA tâm thu $> 185\text{mmHg}$ và/hoặc HA tâm trương $> 110\text{mmHg}$

Các thuốc chống đông

- Dùng heparin hoặc các heparin trọng lượng phân tử thấp có thể làm tăng nguy cơ các biến chứng chảy máu: tăng nguy cơ xuất huyết chuyển dạng, tăng nguy cơ các biến chứng chảy máu ở các cơ quan khác.
- Thuốc không làm giảm nguy cơ tái phát sớm của đột quỵ, không làm giảm sự tiến triển các triệu chứng thần kinh.

Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu

- Đối với bệnh nhân dùng thuốc tiêu sợi huyết, không dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trong vòng 24 giờ
- Aspirin có thể dùng liều 75 - 325mg trong 24-48 giờ sau nhồi máu não.
- Không dùng Clopidogrel đơn thuần hoặc kết hợp với Aspirin trong điều trị nhồi máu não cấp.

Các chỉ định phẫu thuật và can thiệp nội mạch

- Vai trò của phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh và các phẫu thuật khác không khuyến cáo ở bệnh nhân NMN cấp
- Điều trị can thiệp nội mạch đang mở ra nhiều hứa hẹn ở bệnh nhân NMN cấp: chụp mạch và đặt stent, lấy bỏ cục máu tụ. Tuy nhiên chưa áp dụng thường quy.

Điều trị đột quỵ chảy máu não (do THA)

- Các vị trí kinh điển đối với chảy máu trong sọ do tăng HA:
 - Hạch nền (thường gặp ở nhân bào sẫm [putamen]).
 - Đồi thị.
 - Cầu não.
 - Tiểu não.

Đích HA nào cần đạt trong điều trị xuất huyết não?

- Điều trị hạ HA có gây thiếu máu não hoặc giảm nguy cơ chảy máu tái phát không?
 - Các hướng dẫn của AHA/ASA khuyến cáo đích cần đạt đối với HA tâm thu 180 mmHg hoặc HA trung bình 130 mmHg nhưng bằng chứng có chất lượng thấp (cấp độ bằng chứng V, khuyến cáo độ C)
 - Sử dụng thuốc có thể điều chỉnh được liều như nicardipin và labetalol:
 - Nicardipin 5 mg/giờ và điều chỉnh đến liều 15 mg/giờ nếu cần.
 - Labetalol 10-20 mg tiêm liều nạp tĩnh mạch, nhắc lại nếu cần cho đến liều 60 mg.
 - Tránh dùng nitroprussid.
 - Các thuốc hạ HA khác thường không có hiệu quả điều trị cơn tăng HA kịch phát kèm theo chảy máu trong não.

Can thiệp phẫu thuật trong chảy máu não

- Hút bỏ khối máu tụ bằng phẫu thuật để ngăn ngừa tử vong do hiệu ứng chún chỗ:
 - Chưa có bằng chứng cho thấy tiến hành thường quy phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ sẽ giúp cải thiện tiên lượng (thử nghiệm ISTICH).
 - Lấy bỏ khối máu tụ bằng phẫu thuật thường được dành cho các bệnh nhân sau:
 - Tuổi thường < 75 tuổi.
 - Có các chảy máu tiểu não với:
 - Di lệch não thất IV.
 - Dẫn to các sừng thái dương (tràn dịch não gây tắc nghẽn não thất ở giai đoạn sớm).
 - Chèn ép thân não.
 - Suy giảm ý thức.

Can thiệp phẫu thuật trong chảy máu não (tiếp)

- Các chảy máu trên lều với:
 - Ở vị trí nông hoặc ở thùy não: gần với bề mặt não.
 - Thể tích > 20 mL kèm hiệu ứng choán chỗ.
 - Suy giảm ý thức-ngủ gà nhưng không hôn mê.
 - Nhiều khả năng hơn nếu chảy máu không thuộc khu vực chi phối ngôn ngữ.
 - Tuổi ≤ 75 .
- Mở thông não thất và dẫn lưu dịch não-tủy: có thể là biện pháp cứu cánh nếu có dẫn não thất gây tắc nghẽn.



Xin cảm ƠN!