

## NHỒI MÁU NÃO

### I. ĐẠI CƯƠNG:

- Thiếu máu cục bộ não cấp hay còn gọi là nhồi máu não (NMN) chiếm khoảng 70% trường hợp đột quỵ não, là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu.
- Tỷ lệ mới mắc của NMN khoảng 150 bệnh nhân mới trên 100.000 dân trong 1 năm và tuổi càng cao thì tỷ lệ mới mắc càng tăng.

### II. CHẨN ĐOÁN :

#### A. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

##### 1) Triệu chứng :

- Khởi phát đột ngột: hỏi bệnh sử chi tiết có thể giúp chẩn đoán được 80% các trường hợp NMN, đau đầu lúc khởi phát thường nhẹ và ít gặp trừ NMN do lấp mạch từ tim.
- Thiêu sót thần kinh và không thoái lui.
- Ý thức có thể giảm nếu NMN diện rộng, hai bán cầu hoặc thân não. Có thể có tiền căn các cơn thoáng thiếu máu não. Có thể có các triệu chứng do xơ vữa mạch máu (bệnh tim, bệnh động mạch ngoại biên) hoặc các bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường).

##### 2) Cận lâm sàng :

- Hình ảnh giảm đậm độ phù hợp lâm sàng trên CT-scan hoặc thay đổi tín hiệu trên MRI sọ não đặc biệt cộng hưởng từ khuếch tán giúp chẩn đoán tổn thương trong những giờ đầu sau khởi phát.
- Một số cận lâm sàng khác được chỉ định trong NMN: siêu âm Doppler động mạch cảnh, siêu âm xuyên sọ, siêu âm tim qua thành ngực hay qua thực quản nếu nghi ngờ nguyên nhân từ tim, các xét nghiệm cơ bản, X quang tim phổi thẳng, ECG, bilan lipid máu.

#### B. Chẩn đoán nguyên nhân:

- (1) Bệnh mạch máu lớn: Xơ vữa động mạch với khởi đầu do tổn thương nội mạc sau đó mảng xơ vữa hình thành làm thành mạch dày lên hẹp lòng mạch, gây thiếu máu não theo các cơ chế: cơ chế huyết động giảm thiếu máu vùng xa, thiếu máu vùng ranh giới đặc biệt khi có giảm huyết áp hệ thống; và cơ chế tắc mạch, xơ vữa mạch máu gây thiếu máu não do tắc mạch tại chỗ hay lấp mạch với thành phần gây lấp mạch là cục huyết khối bong ra từ mảng xơ vữa.

- (2) Bệnh mạch máu nhỏ:
- Xơ vữa động mạch.
  - Tăng huyết áp (THA): cơ chế THA gây ra thiếu máu não là tổn thương trực tiếp thành mạch thông qua hiện tượng xơ cứng hyaline và thoái hóa mỡ-hyalin (lipohyalinosis).
  - Đái tháo đường (ĐTĐ): có cơ chế cộng hưởng với THA hoặc bệnh lý vi mạch do ĐTĐ gây tắc các động mạch xuyên trong sọ.
  - Viêm động mạch: gồm viêm mạch do nhiễm trùng ( giang mai, lao màng não) và viêm mạch không do nhiễm trùng (lupus, viêm nút quanh động mạch).
- (3) Thuyên tắc từ tim: Đột quy não do tim có thể do cơ chế huyết động suy bơm gây giảm tưới máu gặp trong nhồi máu cơ tim, suy tim ứ huyết, ngưng tim do loạn nhịp tim hay cơ chế thường gặp hơn là lấp mạch do cục huyết khối từ tim gây thiếu máu não gặp trong rung nhĩ, bệnh van tim, van tim nhân tạo, nhồi máu cơ tim, tổn thương nội tâm mạc.
- (4) Bệnh huyết học: Do những bất thường thành phần tế bào máu và protein huyết tương làm tình trạng tăng đông thay đổi độ nhớt máu và kết tập tiểu cầu thúc đẩy đột quy thiếu máu não:
- Tăng hồng cầu nguyên phát hay thứ phát (polycythemia)
  - Bệnh tăng tiểu cầu (thrombocytopenia)
- (5) Cadasil (bệnh mạch máu não di truyền trội nhiễm sắc thể): Thường với nhồi máu dưới vỏ và bệnh não chất trắng, bệnh fabry, hội chứng Sneddon, MELAS (bệnh não ty thể với nhiễm acid lactic máu và đột quy từng đợt).

### C. Chẩn đoán phân biệt:

Các dạng bệnh máu não khác :

- Xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện, huyết khối tĩnh mạch nội sọ
- Liệt sau cơn động kinh ( liệt Todd )
- Liệt trong migraine
- Hạ đường huyết
- Khối choáng chỗ nội sọ
- Rối loạn chuyển dạng

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1) Nguyên tắc điều trị:

- Tái thông mạch máu để phục hồi tưới máu não.
- Đảm bảo tưới máu não để hạn chế lan rộng tổn thương.
- Chống biến chứng, chống tái phát sớm.
- Phục hồi chức năng và phòng ngừa tái phát.

**2) Điều trị đặc hiệu:**

- Thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch:
  - Cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não trong vòng 3-4.5 giờ sau khởi phát, có khiếm khuyết thần kinh đáng kể, không quá nhẹ cũng không quá nặng (NIHSS từ 5-25 điểm), không có xuất huyết và không có các chống chỉ định khác.
  - Actilyse liều 0.6-0.9 mg/kg, tối đa 90 mg, liều đầu 10% bolus (TM), còn lại (TM) trong 60 phút.
- Thuốc tiêu huyết khối đường động mạch:
  - Khi đột quỵ thiếu máu não trong vòng 3-6 giờ từ lúc khởi phát.
  - rtPA, bơm trực tiếp vào cục huyết khối gây tắc mạch.

**3) Điều trị hỗ trợ:**

- Đảm bảo đường thở
  - Thông thoáng, thông khí đầy đủ, và tuần hoàn ổn định.
  - Oxy qua sonde mũi: 2-4 l/ph, khi SpO<sub>2</sub> < 92%, đạt SpO<sub>2</sub> từ 95- 100%.
  - Hồi sức bằng dung dịch đẳng trương 1.500-2000 ml/ngày (Ringer lactate, NaCl 0.9%, tránh dùng glucose).
- Điều chỉnh huyết áp :
  - Kiểm soát HA tâm thu < 220 mmHg và HA tâm trương < 120 mmHg bằng Nicardipine truyền tĩnh mạch. Mục đích giảm HA từ 10-15%/ngày nên dùng thuốc hạ áp đang điều trị, tránh dùng nifedipin ngâm dưới lưỡi đồng thời điều trị giảm đau và lo âu.
  - Bệnh nhân có huyết áp thấp, cần tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân, khi cần có thể đặt CVP bù dịch hay dùng vận mạch.
- Các điều trị khác :
  - Điều trị sốt và ổn định đường huyết: giữ đường huyết < 150 mg/dl (Insulin tiêm dưới da hoặc insulin truyền tĩnh mạch).
  - Chống tăng áp lực nội sọ (thông khí đầy đủ, tránh ứ CO<sub>2</sub>, tăng thông khí cơ học nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ dọa phù não, với pCO<sub>2</sub> mục tiêu là 25-35 mmHg trong thời gian ngắn, nằm đầu cao 30<sup>0</sup>, tránh gập chân quá mức.
  - Mannitol 20%: hiệu quả không nhiều và điều trị ngắn ngày trong tăng áp lực nội sọ do NMN.
  - Xem xét phẫu thuật giải áp khi NMN lớn vùng chi phối động mạch não giữa, NMN tiểu não. Đặc biệt bệnh nhân còn trẻ.
  - Chống nhiễm trùng, xoay trở, tránh ứ đờm, tránh hít sặc, tập vật lý trị liệu hô hấp. Cho vận động sớm ngay khi không còn các chống chỉ định. Dinh dưỡng đầy đủ, chống huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi.
  - Chống tái phát: thuốc chống kết tập tiểu cầu, dùng kháng đông khi có chỉ định, statin điều chỉnh lipid máu và bảo vệ thành mạch. Xem xét phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh hoặc can thiệp nội mạch nông và đặt stent ở

bệnh nhân hẹp động mạch nặng có triệu chứng. Điều chỉnh lối sống, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường.

-Thuốc bảo vệ thần kinh: có thể sử dụng trong giai đoạn cấp của đột quỵ từ 7-14 ngày với các biệt dược sau: cerebrolysin, choline alfoscerate (Gliatilin, Glyphalin).

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

- Tái khám mỗi tuần trong tháng đầu, sau đó mỗi 2 tuần, khi tình trạng ổn định tái khám mỗi tháng.
- Khám lâm sàng, đánh giá bằng thang điểm NIHSS, chỉ số Barthel và thang điểm Rankin điều chỉnh.
- Đảm bảo kiểm soát huyết áp, kiểm soát đường huyết, dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu hoặc thuốc kháng đông nếu có chỉ định, giữ INR đạt mục tiêu, dùng statin.
- Tập vật lý trị liệu và tái hòa nhập cộng đồng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nhị (2012). Thần Kinh Học. Bài 15: Mạch máu não và tai biến mạch máu não, tr 235-258.
2. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nhị (2013). Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học. Chương 7: Tai biến mạch máu não, tr 94-130.
3. Đại học Y Dược TPHCM. Bộ môn Thần Kinh. Vũ Anh Nhị (2012). Chẩn đoán và điều trị tai biến mạch máu não. Chương 9: Hướng dẫn điều trị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp tại bệnh viện, tr 124-149.