

ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ CẤP

BS. CKI. Trần Quang Thắng
Khoa Nội Thần kinh

1- ĐẠI CƯƠNG:

1.1 Định nghĩa:

Thiếu máu não cục bộ cấp hoặc nhồi máu não mà trước kia thường gọi là nhũn não (danh từ này hiện nay không dùng nữa) là tình trạng tổn thương một vùng của não xảy ra khi một mạch máu bị huyết khối hay bị huyết tắc. Khu vực não tưới máu bởi động mạch đó bị thiếu máu và hoại tử.

1.2 Thuật ngữ: Trong thực hành lâm sàng có 3 loại nhồi máu não thường gặp là:

- Nhồi máu não lớn (large infarction).
- Nhồi máu lỗ khuyết (lacunar infarction)
- Nhồi máu vùng phân thùy hay vùng giáp ranh (Watershed or borderline infarction).

2- CHẨN ĐOÁN:

2.1 Lâm sàng: Xuất hiện những khiếm khuyết thần kinh được dẫn trước bằng những cơn thoáng thiếu máu não khởi phát đột ngột triệu chứng thần kinh tùy thuộc vào mạch máu có liên quan và vùng thiếu máu não như: liệt nửa người, mất cảm giác nửa người, mất ngôn ngữ.

Chẩn đoán ban đầu dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng

2.2 Cận lâm sàng cần chú ý các xét nghiệm sau: Công thức máu, chức năng đông máu, chức năng thận, đường huyết, điện giải, điện tim, XQ lồng ngực. Chụp CT đầu là kỹ thuật chẩn đoán quan trọng để phân biệt đột quỵ thiếu máu và xuất huyết hay nguyên nhân khác. Chụp mạch máu khi có chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp cần can thiệp như hẹp động mạch cảnh, tắc mạch khu trú, dị dạng mạch máu.

3- ĐIỀU TRỊ: Cụ thể trong trường hợp nhồi máu não lớn.

Chăm sóc thích hợp cho bệnh nhân nội trú bao gồm: chế độ điều dưỡng, chăm sóc hỗ trợ, phục hồi chức năng, đề phòng biến chứng và điều trị đặc hiệu (ly giải cục máu)

Vấn đề chủ yếu chăm sóc tích cực đối với đột quỵ (nhồi máu não lớn)

a. Theo dõi và can thiệp về tim mạch: Theo dõi điện tim cho Bệnh nhân mới đột quỵ ít nhất là 48 –72 giờ hoặc cho đến khi không xuất hiện triệu chứng mới. Đột quỵ có thể gây ra biến đổi trực tiếp điện tim và chức năng cơ tim mà không liên quan đến thiếu máu cơ tim. Rối loạn nhịp có thể xảy ra từ 25 –40 % bệnh nhân đột quỵ cấp, khứ cực bất thường xảy ra 20 % bệnh nhân thiếu máu não cấp và 60% bệnh nhân xuất huyết trong sọ.

b. Chăm sóc đường thở: Đảm bảo đường thở thông suốt là ưu tiên hàng đầu ở Bệnh nhân có suy giảm ý thức hoặc bất kỳ Bệnh nhân nào có các biểu hiện về vấn đề hô hấp như: thở nông, thở ngắt quãng, thở gắng sức. Hút đàm nhớt thường xuyên khi cần thiết, tư thế Bệnh nhân nằm nghiêng có nhiều ưu điểm để phòng tắc nghẽn đường thở không chỉ đường hầu họng mà cả đường mũi cũng dễ lưu thông và ngừa viêm phổi hít – xẹp phổi.

Thở oxy hỗ trợ (2 – 5 lít/phút bởi ống sonde mũi) đặc biệt là trường hợp oxy máu động mạch dưới 90mmHg, độ bão hòa oxy < 95 %. Duy trì PaCO₂ từ 25– 30mmHg. Đặt ống nội khí quản và hô hấp hỗ trợ cũng thường có trên bệnh nhân nhồi máu nặng, xuất huyết nặng, đặc biệt cần can thiệp sớm trong các trường hợp có ngưng thở trước đây, thở gắng sức, hút đờm dãi thường xuyên, bệnh nhân có biến chứng tăng áp lực nội sọ đang điều trị có hoặc không kết hợp với phù não.

c. Kiểm soát huyết áp: Tăng huyết áp là kết quả của đột quỵ, đau, đầy bàng quang, đáp ứng sinh lý cho hiện tượng thiếu máu hoặc tăng áp lực nội sọ, huyết áp sẽ giảm trong vòng 24 – 48 giờ sau đột quỵ. Giảm huyết áp nhanh chóng sẽ gây hại cho Bệnh nhân (giảm lưu lượng tuần hoàn bàng hệ, giảm khả năng đáp ứng điều hoà máu của những mạch máu suy yếu). Vì vậy, không nên hạ áp cho các Bệnh nhân đột quỵ, thuốc hạ áp thường dùng đường uống (ức chế men chuyển, hoặc chẹn kênh calci). Thuốc chích thường có chỉ định chặt chẽ trong một số trường hợp nêu dưới đây (Labetalol, Nitropruside...)

Điều trị tăng huyết áp bao gồm:

- Điều trị lo lắng, đau, nôn, buồn nôn.
- Điều trị tăng áp lực nội sọ.
- Hạn chế phản ứng kích thích quá mãnh liệt đưa đến tăng áp lực máu.
- Sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trước đột quỵ.
- Hạ huyết áp từ từ (từng nấc).
- Tránh dùng nifedipine ngâm dưới lưỡi.
- Giới hạn HA: tâm thu từ 160 – 180 mmHg và tâm trương dưới 100 mmHg.
- HA tâm thu: 180 – 230, HA tâm trương từ 105 – 120 mmHg thì dùng Labetalol TM 10mg /1 – 2 phút, và có thể nhắc lại 10 – 20 mg, liều tối đa 150mg.
- HA tâm thu > 230mmHg, HA tâm trương 121 – 140 mHg thì dùng labetalol liều như trên nếu không đáp ứng có thể cho nitropruside 0,5– 20 µg/kg/phút.
- Nếu HA tâm trương > 140mmHg liều lượng labetalol như trên.
- Hạ HA hiếm gặp trên Bệnh nhân đột quỵ, nếu xảy ra là do giảm thể tích tuần hoàn. Điều trị giảm thể tích tuần hoàn và nâng HA bằng thuốc co mạch. Trong lâm sàng nếu chỉ tăng thể tích tuần hoàn có thể gây loãng máu, tăng HA do thuốc

có thể gây co mạch đặc biệt trên bệnh nhân xuất huyết dưới nhện. Vì thế việc điều chỉnh HA là hết sức thận trọng.

d. Tăng thân nhiệt: Tăng thân nhiệt làm tăng chuyển hóa ở não và làm tiêu lượng xấu đi. Khi tăng nhiệt độ thì dùng thuốc hạ nhiệt và nếu có nhiễm trùng thì dùng kháng sinh.

e. Kiểm soát đường huyết: Tăng đường huyết làm tổn thương não càng trầm trọng hơn. Trong trường hợp bình thường của đột quỵ cũng không truyền dung dịch có đường. Khi đường huyết tăng (cả bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường và không có) cần điều chỉnh mức đường huyết trong giới hạn 120 –150 mg %).

f. Nuôi dưỡng và chăm sóc: Các bệnh nhân suy giảm ý thức đòi hỏi phải chú ý đặc biệt vấn đề dinh dưỡng, chức năng ruột, bàng quang, chăm sóc da, răng miệng.

- Ở các bệnh nhân hôn mê hoặc có vấn đề về nuốt, nuôi dưỡng ban đầu bằng dịch truyền tĩnh mạch, nuôi dưỡng bằng ống sonde da dày được xem xét khi tình trạng thần kinh ổn định. Đảm bảo dinh dưỡng 1200 -1400Calo/ ngày cộng thêm vitamine, có thể bằng dịch nuôi dưỡng bơm thường xuyên theo tỷ lệ 75 – 100ml/giờ (1 – 15 Calo/ml) hoặc thức ăn trực tiếp. Dịch ăn thay thế khoảng 2 lít/ngày với nước tiểu từ 500 – 1000ml/ngày.
- Làm mềm phân và đề phòng chướng ruột do táo bón hay giảm nhu động ruột: Docusate 100mg uống ngày 2 lần hoặc các thuốc nhuận trường (Forlax).
- Ở bệnh nhân hôn mê, ban đầu đặt sonde tiểu 4- 6 giờ một lần với mục đích hạn chế stress bàng quang do nước tiểu ứ nhiều hoặc tiểu tự động sẽ gây nhiễm trùng da. Sau 48 – 72 giờ bệnh nhân vẫn mất ý thức, một sonde Foley có thể được đặt để theo dõi nước tiểu nhưng phương pháp này có nguy cơ dẫn đến nhiễm trùng tiểu.
- Các bệnh nhân hôn mê sẽ được xoay trở trên giường 1-2 giờ một lần và nằm với nệm chống loét.
- Duy trì cân bằng nước và điện giải tránh kiệt nước (ảnh hưởng đến độ quánh của máu) hoặc thừa nước (bệnh nhân suy tim).

Điều trị các biến chứng về thần kinh

- Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ

Tử vong tuần đầu tiên chủ yếu là do phù não và tăng áp lực nội sọ, gây tụt não trên lều hoặc chèn ép hạnh nhân tiểu não vào lỗ chằm. Các rối loạn thần kinh do phù não thường vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3, nhưng cũng có thể sớm hơn do nhồi máu diện rộng. Hình ảnh CT đầu là cần thiết cho chẩn đoán

- Điều trị tăng áp lực nội sọ
 - Nâng cao đầu giường.
 - Kích thích tối thiểu.

- Truyền dịch: Dùng nước tự do tối thiểu (không dùng glucose 5%), hạn chế nước trong ngày đầu khoảng 1000 ml/m² diện tích bề mặt cơ thể/ ngày.
- Tăng thông khí để đạt tới PCO₂ 25 – 35 mmHg ngay lập tức /24 giờ.
- Manitol 20%, 0,25 – 0,5g/Kg cân nặng liều khởi đầu và nhắc lại sau 4 -6 giờ/ lần. Không quá 1,5 g/Kg/24 giờ.

Bệnh nhân nhồi máu não có mức độ suy giảm ý thức nặng và có dấu hiệu thoát vị não, tăng áp lực trong sọ sẽ được giảm khẩn cấp với đạt nội khí quản để tăng thông khí cơ học, duy trì PCO₂ từ 25- 30 mmHg, manitol TTM (liều như trên) dùng kéo dài cho đến khi hội chẩn phẫu thuật thần kinh cấp cứu là có lợi ích. Nhồi máu hoặc xuất huyết tiểu não với bất kỳ biểu hiện nào của sự chèn ép thân não đều được coi là cấp cứu khẩn cấp. Hội chẩn phẫu thuật thần kinh ngay lập tức, nếu thống nhất sẽ xem xét phẫu thuật, sự chậm trễ thường gây tử vong.

Kiểm soát co giật:

Co giật phần lớn xảy ra trong 24 giờ đầu của đột quỵ, khoảng 90% trường hợp có thể điều trị với một loại thuốc: Carbamazepin, Phenytoin, Lorazepam, Diazepam. Các thuốc này có thể điều trị cả co giật và trạng thái động kinh.

Đột quỵ thiếu máu não cấp chuyển sang xuất huyết:

Nguy cơ xuất huyết đối với bệnh nhân nhồi máu diện rộng cao hơn và gây ra khối chướng chỗ cấp. Nhồi máu xuất huyết cũng có thể xảy ra trên bệnh nhân đang dùng thuốc kháng đông và ly giải cục máu đông. Bệnh nhân tăng HA dao động cũng làm tăng nguy cơ xuất huyết. Dựa trên các nghiên cứu tỷ lệ xuất huyết não của bệnh nhân thiếu máu não cấp (huyết khối 11%, lấp mạch 42%) kiểm soát những bệnh nhân này bằng điều trị các yếu tố nguy cơ như: cao huyết áp ngưng thuốc kháng đông, tiêm tĩnh mạch protamine sulfate (ở bệnh nhân điều trị Heparin), vitamin K (ở bệnh nhân điều trị Warfarin hay thuốc kháng đông uống) và theo dõi aTTP.

Phòng ngừa những biến chứng bán cấp

- Tắc tĩnh mạch sâu và nhồi máu phổi. Nhồi máu phổi có thể là nguyên nhân gây tử vong (10%). Tắc tĩnh mạch sâu không có triệu chứng hoặc có kèm theo tắc mạch phổi. Ngăn ngừa bằng vận động sớm, tập thể dục cho bên liệt. Dùng Heparin (5000 UI /2 lần/24 giờ), aspirin có thể có hiệu quả trên bệnh nhân chống chỉ định thuốc kháng cung cấp đủ nước, lợi tiểu, acid hóa nước tiểu và đặt sonde tiểu ngắt quãng. Dùng kháng sinh sớm khi có nhiễm trùng phòng ngừa nhiễm trùng huyết.
- Loét mục: loét mục trong bất động trên giường tăng đáng kể tỷ lệ tử vong, tàn phế, cần xoay trở thường xuyên và dùng nệm thay đổi áp lực có thể ngăn ngừa hiện tượng loét mục.

- Loét dạ dày: trên một số bệnh nhân xuất hiện loét dạ dày gây xuất huyết tiêu hóa, thường dùng thuốc ức chế H2 và antacid có tác dụng phòng ngừa. Tránh dùng Aspirin với người có tiền sử viêm loét đường tiêu hóa.

Điều trị phục hồi chức năng:

Phục hồi chức năng sớm, bệnh nhân đột quỵ cần hoạt động phục hồi chức năng và sẽ bắt đầu ngay khi có thể.

Điều trị nhồi máu lỗ khuyết:

Không có điều trị đặc hiệu trên mô hoại tử của ổ nhồi máu sâu và nhỏ nhưng có thể tác động trên nguyên nhân. Xơ vữa động mạch là nguyên nhân quan trọng của nhồi máu lỗ khuyết nên điều trị hiện tại là hướng về các yếu tố nguy cơ như cao huyết áp, tiểu đường, hút thuốc lá. Thuốc chống kết tụ tiểu cầu có thể sử dụng nhưng hiệu quả chưa được chứng minh.

Điều trị nhồi máu do hạ huyết áp hệ thống:

Điều chỉnh các rối loạn đưa đến triệu chứng như: Choáng, giảm thể tích máu, giảm khả năng bơm của tim