

CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN

(Subarachnoid hemorrhage)

BS. CKI. Nguyễn Văn Tiên
Khoa Nội Thần kinh

1- ĐỊNH NGHĨA:

Chảy máu dưới nhện (CMDN) hay còn gọi là chảy máu màng não là tình trạng chảy máu vào trong khoang dưới nhện hòa lẫn với dịch não tủy, khi chọc dò dịch não tủy thấy máu đỏ không đông cả ba ống nghiệm.

2- NGUYÊN NHÂN

- Vỡ phình mạch hình túi chiếm 80% các trường hợp CMDN không do chấn thương.
- CMDN không phải hình túi gồm:
 - + Phình mạch do xơ vữa động mạch.
 - + Phình mạch do chấn thương.
- CMDN không do phình mạch:
 - + Dị dạng động - tĩnh mạch.
 - + U mạch hang, u não.
 - + Viêm động mạch.
 - + Bệnh gây chảy máu: giảm tiểu cầu, bệnh ưa chảy máu, thuốc chống vitamin K.
 - + Bệnh nhiễm khuẩn: viêm não - màng não xuất huyết, virus, lao, Leptospirose, thương hàn.
 - + Ngộ độc rượu, CO,...

3- CHẨN ĐOÁN:

3.1. Lâm sàng

Khoảng 50% các bệnh nhân có CMDN có các dấu hiệu báo trước như nhức đầu mãn tính kéo dài, không có dấu thần kinh định vị.

Các dấu hiệu thường gặp nhất là:

- + Khởi phát đột ngột nhức đầu dữ dội.
- + Buồn nôn, nôn
- + Sốt, co giật, rối loạn ý thức.

- + Có thể có dấu thần kinh cư trú.

Bảng phân loại của Hunt và Hess cung cấp các thông tin về tiên lượng CMDN.

ĐỘ 1: Không có triệu chứng hoặc đau đầu, cứng gáy nhẹ.

ĐỘ 2: Đau đầu vừa đến nặng, cứng gáy nhưng không có thần kinh định vị.

ĐỘ 3: Thiếu sót thần kinh nhẹ lơ mơ, lú lẫn.

ĐỘ 4: Hôn mê liệt nửa người từ nhẹ đến nặng, co cứng mắt não, rối loạn TKTV

ĐỘ 5: Hôn mê sâu, duỗi cứng mắt não, đe dọa tử vong.

3.2. Cận lâm sàng:

- Chụp cắt lớp điện toán.
- Chọc dịch não tủy: không nên chọc dò nếu đã thấy rõ CMDN trên CT-Scan, nếu có chọc nên dùng kim nhỏ, sẽ thấy dịch não tủy đồ đều cả ba ống, áp lực tăng, không đông. Nên xét nghiệm vi trùng học, nuôi cấy để phân biệt viêm màng não xuất huyết.
- Chụp động mạch não để biết vị trí, độ lớn, hình dạng để dự trù phẫu thuật.
- Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

4- ĐIỀU TRỊ:

4.1 Điều trị nội khoa:

- Nghi ngơi tuyệt đối, phòng tối, yên tĩnh.
- An thần: Valium 5mg 1 viên x 2 uống
- Giảm đau: Paracetamol + Codein, không dùng nhóm kháng viêm Nonsteroid, kháng đông vì nguy cơ chảy máu
- Giữ huyết áp tâm thu 140-160 mmHg.
- Chống động kinh Phenytoin (Dihydan) 300-400 mg, Phenobarbital 100 mg
- Chống phù não Mannitol 20% 0.1g-0.25g/kgw mỗi 4 giờ TTM nhanh LXXX-C giọt/phút, không truyền quá 48 giờ.
- Ngừa loét dạ dày do stress bằng Sucralfat 1gr 1 viên (gói) x 3 uống/ngày
- Điều trị các biến chứng nội khoa: Hạ Natri máu, nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch sâu, tắc mạch phổi.
- Chống co thắt mạch: Nimodipine 60mg x 6 lần (mỗi 4 giờ) x 21 ngày.

4.2 Điều trị ngoại khoa:

Tùy thuộc vào dấu hiệu lâm sàng, tuổi tác, vị trí, kích thước, sang thương

5- TIÊN LƯỢNG:

Tuổi càng cao tiên lượng càng xấu và theo phân độ từ nhẹ đến nặng của Hunt và Hess.

Khoảng 60% bệnh nhân CMDN do phình mạch chết trong vòng một tháng nếu không điều trị, 10% chết ngay lập tức, 50%- 60% tái phát trong sáu tháng đầu sau đó 3% tái phát hàng năm. Tỷ lệ tử vong sau chảy máu tái phát là 70%.