

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa.

Xuất huyết não xảy ra khi các mạch máu não bị vỡ, gây ra chảy máu trong nhu mô não. Xuất huyết não chiếm tỉ lệ 15-20% trong tai biến mạch máu não (ở Việt Nam và các nước Châu Á, tỉ lệ xuất huyết não thường cao hơn so với các nước phương tây). Xuất huyết dưới nhện (xuất huyết màng não) không xếp vào loại xuất huyết não, vì máu chảy trong khoang dưới nhện, ngoài não. Tuy nhiên, máu có thể lan vào mô não và tụ lại trong não gọi là xuất huyết não - màng não.

1.2. Nguyên nhân.

- Tăng huyết áp (nguyên nhân hay gặp)
 - Vị trí xuất huyết kinh điển do tăng huyết áp:
 - Hạch nền
 - Đồi thị
 - Cầu não
 - Tiểu não
- Bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột
 - Thường gặp ở vỏ não hơn trong tăng huyết áp
 - Người lớn tuổi (>65 tuổi) hoặc tiền sử có người trong gia đình mắc phải.
- Do thuốc
 - Sử dụng thuốc như kháng đông như: heparin, kháng vitamin K.
 - Lạm dụng thuốc đặc biệt là cocain
- Dị dạng mạch máu (phình mạch, dị dạng động tĩnh mạch, u mạch hang)
- Khối u
- Chấn thương
- Rối loạn đông máu

- Các nguyên nhân khác: bệnh collagen (lupus ban đỏ lan toả, bệnh viêm nút nhiều động mạch, bệnh Wegener); phình mạch do nhiễm trùng; bệnh Moya-Moya; sản giật; nghiện rượu; chấn thương.

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

2.1. Bệnh sử.

- Khởi phát đột ngột.
- Yếu liệt ½ người.
- Đặc điểm lâm sàng gợi ý xuất huyết não gồm tăng huyết áp nhanh, đau đầu, nôn ói (dấu hiệu nặng, thường là triệu chứng của tăng áp lực nội sọ), suy giảm ý thức

2.2. Khám lâm sàng.

- Đánh giá bằng thang điểm Glasgow hoặc các phản xạ thân não nếu bệnh nhân hôn mê, dùng thang điểm NIHSS nếu bệnh nhân tỉnh.
- Tìm những dấu hiệu của chấn thương.
- Đo huyết áp và theo dõi huyết áp sau đó.
- Theo dõi phân áp oxy, xem xét đặt nội khí quản để bảo vệ đường hô hấp.

2.3. Cận lâm sàng:

2.3.1. Cận lâm sàng thường quy

- Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường huyết, ion đồ, chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin), chức năng thận (BUN, Creatinin), men tim, tổng phân tích nước tiểu.
- Điện tim, X quang ngực thẳng.

2.3.2. Cận lâm sàng để chẩn đoán xác định

- Chụp cắt lớp vi tính não (CT scan não) không cản quang
CT scan não giúp chẩn đoán xác định tình trạng xuất huyết não. Chỉ định lặp lại CT scan não được khuyến cáo thực hiện trong 24-36 giờ sau đó nhằm đánh giá tiến triển của khối máu tụ.
- Chụp cộng hưởng từ não (MRI não) không tiêm thuốc cản từ:

Phát hiện sớm xuất huyết não với xung T2*W, xác định được nguyên nhân trong một số trường hợp (u não xuất huyết, dị dạng mạch máu não...)

2.3.3. Cận lâm sàng để tìm nguyên nhân

- Chấp nhận nguyên nhân tăng huyết áp khi bệnh nhân thỏa cả ba điều kiện: có tiền căn tăng huyết áp hoặc hiện tại có tăng huyết áp, tuổi trung niên, và vị trí xuất huyết điển hình của tăng huyết áp (nhân bèo, đồi thị, cầu não, tiểu não); nếu không thỏa tất cả các điều kiện trên, cần phải khảo sát thêm các cận lâm sàng khác để tìm nguyên nhân.
- MRI và MRA có hoặc không bơm thuốc: là phương pháp không xâm lấn, chỉ định khi cần đánh giá bản chất tổn thương nhu mô, hữu ích trong u não xuất huyết, huyết khối tĩnh mạch nội sọ, u mạch hang (cavernoma), ngoài ra có thể thấy phình mạch, bóc tách động mạch, dị dạng động tĩnh mạch, viêm mạch...
- Chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA): là phương pháp không xâm lấn, cho phép khảo sát toàn bộ hệ thống mạch máu não.
- Chụp mạch máu não (DSA): là tiêu chuẩn vàng cho khảo sát mạch máu não, nhưng là kỹ thuật xâm lấn, mục đích tìm dị dạng động tĩnh mạch, phình mạch, huyết khối tĩnh mạch nội sọ, viêm động mạch...
- Khảo sát nguyên nhân viêm, tự miễn: kháng thể kháng nhân (ANA pha loãng), anti ds DNA, giang mai (RPR, TPHA), CRP
- Sinh thiết mạch máu não, sinh thiết mạch máu ngoại vi: nếu nghi ngờ nguyên nhân là viêm mạch..

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định.

- Lâm sàng: khởi phát đột ngột, khiếm khuyết thần kinh cục bộ, phản ánh tổn thương ở não bộ, không do chấn thương.
- Cận lâm sàng:
 - CT scan não không cản quang: tổn thương tăng đậm độ nhu mô não, tụ thành khối, vị trí có thể ở vùng sâu nhân nền, đồi thị, hoặc

thùy não (vỏ-dưới vỏ), hoặc ở thân não (thường cầu não), tiểu não; có thể lan ra khoang dưới nhện, và/hoặc trong các não thất.

- MRI não và các kỹ thuật khảo sát khác chủ yếu để chẩn đoán nguyên nhân.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân.

- Xuất huyết dưới nhện đơn thuần
- Xuất huyết não thất đơn thuần
- Huyết khối tĩnh mạch nội sọ
- Khối choán chỗ nội sọ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích:

- Kiểm soát tình trạng chảy máu, hạn chế nguy cơ khối máu tụ lan rộng và chảy máu tái phát

4.2. Điều trị chung:

4.2.1. ABCs :

- Đảm bảo đường thở thông thoáng (A), thông khí đầy đủ (B), và tuần hoàn ổn định (C).
- Thở Oxy khi có thiếu Oxy, cụ thể khi SpO₂ <92%, mục tiêu giữ SpO₂ từ 95-100%.

4.2.2. Chỉ định nội khí quản

- Thiếu Oxy, suy hô hấp, rối loạn nhịp thở.
- Hôn mê, nguy cơ hít sặc cao

4.2.3. Dịch truyền

- 1,5 – 2 lít/ngày; chọn Ringer lactate, muối đẳng trương, tránh dùng glucose

4.2.4. Điều chỉnh huyết áp:

- Huyết áp tăng cao làm tăng tình trạng phù não, tăng nguy cơ lan rộng khối máu tụ và xuất huyết tái phát. Các nghiên cứu gần đây cho thấy lợi ích của việc kiểm soát huyết áp tích cực ngay trong giai đoạn sớm so với các hướng dẫn điều trị kinh điển.
- Hạ áp tích cực, duy trì mục tiêu HATT ≤ 150 mmHg trong 12-24 giờ đầu sau xuất huyết não. Nếu HATT > 180 mmHg, dùng thuốc hạ áp truyền tĩnh mạch: Nicardipine TTM 5mg/giờ, tăng liều 2,5mg/giờ mỗi 5 phút tới khi đạt HA mục tiêu, tối đa 15mg/giờ.

4.2.5. Sốt

- Hạ sốt bằng các biện pháp vật lý (lau mát), dùng thuốc Paracetamol.
- Tìm và điều trị nguyên nhân; dùng kháng sinh nếu có nhiễm trùng

4.2.6. Điều chỉnh đường huyết:

- Mục tiêu giữ đường huyết <150 mg/dL
- Dùng Insulin tiêm dưới da hoặc insulin truyền tĩnh mạch

4.2.7. Phòng và điều trị biến chứng:

- Chống tăng áp lực nội sọ
 - Tư thế nằm: cho nằm đầu cao 30 độ trừ khi có chống chỉ định
 - Thông khí đầy đủ, tránh ứ CO₂
 - Tăng thông khí: đặt nội khí quản và tăng thông khí cơ học nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ, với pCO₂ mục tiêu là 30-35 mmHg, thời gian can thiệp 24-48 giờ
 - Liệu pháp thẩm thấu: Mannitol 20%, TTM 100 giọt/phút, liều 0,5g/kg mỗi 6 giờ; thời gian dùng từ 3-5 ngày; chỉ định cho trường hợp xuất huyết lớn, có hiệu ứng choán chỗ, có rối loạn ý thức, có bất thường phản xạ đồng tử.
- Chống nhiễm trùng
 - Xoay trở, tránh ứ đờm, tránh hít sặc, tập vật lý trị liệu hô hấp.
 - Cho ngồi sớm ngay khi không còn các chống chỉ định.
 - Chỉ đặt sonde tiêu khi thật sự cần thiết.
 - Dùng kháng sinh phù hợp khi có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Chống loét
 - Dinh dưỡng đầy đủ.
 - Xoay trở thường xuyên, thay đổi điểm tì, dùng nệm hơi chống loét.
 - Giữ da khô sạch, chú ý các điểm tì dễ dễ loét.
- Chống huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi
 - Xoay trở, xoa bóp và tập vận động sớm các chi.
 - Cho ngồi, cho vận động sớm ngay khi không còn chống chỉ định.
 - Dùng vớ đàn hồi với các đối tượng nguy cơ.
 - Phát hiện sớm huyết khối tĩnh mạch sâu, nếu cần đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ để ngừa thuyên tắc phổi.
- Phát hiện sớm thuyên tắc phổi và điều trị kịp thời, cân nhắc lợi hại để quyết định dùng kháng đông hay không

4.2.8. Phục hồi chức năng

- Gồm vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, và tái hòa nhập cộng đồng
- Tập sớm ngay khi lâm sàng cho phép
- Mục tiêu: tránh biến chứng (nhiễm trùng, loét, huyết khối tĩnh mạch, cứng cơ teo cơ...), cải thiện các khiếm khuyết thần kinh, thích nghi với các khiếm khuyết còn lại và tái hòa nhập cộng đồng.

4.2.9. Chống tái phát

- Điều trị tăng huyết áp tích cực và liên tục lâu dài.
- Điều chỉnh lối sống, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

4.3. Can thiệp phẫu thuật

- Phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ ngăn chặn tử vong do hiệu ứng choáng chỗ.

Không có bằng chứng cho thấy việc phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ giúp cải thiện kết quả điều trị, do đó không có chỉ định đại trà.

- Phẫu thuật lấy khối máu tụ thường tiến hành ở những bệnh nhân:
 - Tuổi < 75 tuổi.
 - Xuất huyết tiểu não với:
 - Choán chỗ ở não thất tư.
 - Giãn rộng sừng thái dương (tắc nghẽn sự lưu thông dịch não tủy).
 - Chèn ép thân não.
 - Giảm ý thức (các điều kiện trên phải được đáp ứng và không đợi đến khi bệnh nhân hôn mê).

Phẫu thuật càng sớm càng tốt

- Xuất huyết trên lều với:
 - Máu tụ ở thùy não, vị trí ở ngay bề mặt não, cách bề mặt ≤ 1 cm.
 - Thể tích khối choán chỗ >20ml.
 - Ý thức lơ mơ, không hôn mê.
 - Không tổn thương vùng chi phối ngôn ngữ, vận động, tri giác
 - Tuổi: ≤ 75 .

- Mở thông não thất, dẫn lưu dịch não tủy trong trường hợp não úng thủy tắc nghẽn.

4.4. Điều trị căn nguyên

- 4.4.1. Phẫu thuật, can thiệp nội mạch gây thuyên tắc, xạ phẫu, xạ trị, hoặc kết hợp các phương pháp này tùy theo căn nguyên được tìm thấy trên bệnh nhân (u não, dị dạng động tĩnh mạch...).
- 4.4.2. Xuất huyết não liên quan đến thuốc kháng vitamin K
Mục tiêu: để INR bình thường dùng huyết tương tươi đông lạnh (FFP) 20ml/kg và vitamin K.
- Chụp CT sọ cấp cứu
 - Xét nghiệm INR, PTT, thời gian máu đông, fibrinogen, D – dimers, CBC
 - Xác định nhóm máu, làm phản ứng chéo, dự trữ 6 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh (FFP).
 - Tiêm tĩnh mạch vitamin K 10mg trong vòng 10 phút (trong 3 ngày), nửa đơn vị FFP (10ml/kg). 1 đơn vị FFP = 300 – 350ml, cho thuốc lợi tiểu nếu cần thiết.
 - Xét nghiệm INR và truyền FFP 10ml/kg hàng ngày cho đến khi INR bình thường
 - Theo dõi thể tích tuần hoàn, truyền FFP lâu ngày có thể dẫn đến tăng thể tích máu và suy hô hấp.
 - Thay thế FFP bằng: phức hợp prothrombin cô đặc (PCC, giống yếu tố IX cô đặc), hoạt hóa yếu tố VII nhanh chóng đưa INR về giá trị bình thường mà số lượng và thời gian truyền ít hơn FFP.
 - PCC liều 25 – 50 UI/kg phụ thuộc vào cân nặng, lượng INR, chế phẩm PCC được dùng.
 - Hoạt hóa yếu tố VII (xem ở phần trên) nhưng có thể giảm liều xuống 40 microgam/kg.
 - Nhiều ý kiến có rằng PCC và hoạt hóa yếu tố VII có liên quan tới nguy cơ tạo huyết khối bao gồm cả nhồi máu não. Hoạt hóa yếu tố VII nhanh chóng đưa INR trở về bình thường do vậy mà FFP không còn cần thiết. Vitamin K cũng có tác dụng thời gian tương tự hoạt hóa yếu tố VII.
- 4.4.3. Xuất huyết não liên quan đến Heparin
- Ngừng dùng heparin
 - Chụp CT cấp cứu

- Xét nghiệm INR, PTT, số lượng bạch cầu, fibrinogen, thời gian máu xuất huyết đông, D – dimers.
- Xét nghiệm nhóm máu và làm phản ứng chéo
- Tiêm protamin, liều khởi đầu 25mg, kiểm tra PTT sau 10 phút, nếu vẫn tăng thêm 10mg, lặp lại cho đến khi PTT về bình thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guy Rordorf, Colin McDonald; Spontaneous intracerebral hemorrhage: Prognosis and treatment, Uptodate, 6-2012
2. Morgenstern LB, Hemphill III JC, Anderson C, et al; Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association; Stroke. 2010;41:2108-2129.
3. Stephen Hauser, Scott Andrew Josephson; Harrison's Neurology in clinical medicine, 3th edition, section III, Chapter 21, 246-281, 2013.
Uchino K, Pary JK, Grotta JC; in: Acute stroke care – A manual from the University of Texas-Houston Stroke Team; Cambridge University Press, 2007.