

TBMMN

TS. BS. TRẦN ĐỨC SĨ

Nhồi máu não, 80%: NMN thật sự, thiếu máu não thoáng qua.

Xuất huyết não, 20%: XH trong nhu mô, XH dưới nhện

Huyết khối tĩnh mạch nội sọ (hiếm khi được phát hiện, đa số trường hợp là khi đã biểu hiện lâm sàng rõ, thường phối hợp với nhồi máu và hoặc xuất huyết não)

NMN

Sinh lý bệnh:

2 cơ chế: 1) tắc ĐM kéo dài hay thoáng qua do huyết khối hay thuyên tắc; 2) giảm cung lượng
→ giảm tưới máu, giảm cung cấp Oxy, giảm chuyển hóa tế bào, hủy nơ-ron.

Vai trò của thông nối động mạch

Căn nguyên:

Xơ vữa ĐM

Cơ địa >40 tuổi, có YTNC tim mạch

Vị trí: chia đôi ĐM cảnh, siphon, bulbe ĐM Cảnh trong, ...

Gốc, đoạn nội sọ ĐM ĐS, ...

Cung ĐM chủ

Thuyên tắc từ tim

Cơ địa < 40 tuổi, bệnh lý tim mạch, tiền căn thuyên tắc khác

Căn nguyên: Rung nhĩ, cuồng nhĩ, ...

NMCT: gờ cấp, muộn

Viêm nội tâm mạc: VNTM nhiễm trùng, lupus (Lipmann-Sachs)

Khác: Bệnh cơ tim giãn nở, u nhầy, ...

Khác

Bóc tách ĐM, chấn thương, bệnh máu ác tính, đa hồng cầu, hồng cầu hình liềm, viêm ĐM của hệ TK: do nhiễm, viêm (Horton, Takayasu,...), độc chất.

Lâm sàng:

Tắc các nhánh nông của ĐM não giữa

Triệu chứng chung của cả 2 bán cầu:

Yếu liệt nửa người đối bên không đồng đều (vận động/cảm giác) ưu thế ở mặt, chi trên

Bán mạnh đồng danh

Xoay đầu xoay mắt về phía bên tổn thương não “bệnh nhân nhìn về phía tổn thương”

Triệu chứng của tổn thương bán cầu ưu thế

Rối loạn ngôn ngữ Broca

Tổn thương phần thấp của hồi trán lên (vùng phân bố trước)

Loạn vận ngôn, thiếu từ, bệnh nhân có thể câm hoàn toàn lúc khởi đầu, khả năng hiểu có thể bình thường.

Rối loạn ngôn ngữ Wernick

Ngã tư thái dương-đỉnh-chẩm (vùng phân bố sau)

Rối loạn hiểu, nhầm từ, nhầm nghĩa

Mất dùng ý vận: bệnh nhân không nêu lên được ý định hay không thể thực hiện một động tác (vd: chào cờ)

Mất dùng ý thức: bệnh nhân không thể thực hiện động tác phức tạp hay sắp xếp thực hiện các thì của hành động (vd: đốt nến bằng que gạt)

Mất dùng cấu trúc: bệnh nhân mất khả năng đối chiếu, tái lập các thành phần cấu trúc của một vật thể trong không gian.

HC Gerstmann: mất nhận thức về số, không thể tính toán, không thể đọc, không thể viết, mất phân biệt bên trái hay phải.

Triệu chứng của tổn thương bán cầu không ưu thế

Hc Anton-Babinski: mất nhận thức bệnh + mất nhận thức nửa thân,

Bàng quan với bệnh,

Lãng quên vận động nửa thân,

Lãng quên không gian nửa thân,

Lú lẫn

Tắc các nhánh sâu (thuộc hệ ĐMNG)

Thường liệt đồng đều mặt, chi trên, chi dưới, nhưng cũng có thể không đồng đều

Ít khi tổn thương cảm giác

Không có BM đồng danh

Tổn thương bán cầu ưu thế → có thể có RLNN Broca

Tổn thương bán cầu không ưu thế → có thể có mất nhận thức bệnh

Nếu bị 2 bên: hội chứng giả hành, nuốt khó, nói khó, giảm cử động lưỡi (nhưng không có teo hay rung giật cơ lưỡi), liệt mặt hai bên, sa sút trí tuệ

Tắc ĐM não trước

Liệt chân, liệt đùi đối bên +/- rối loạn cơ vòng

Rối loạn cảm giác chi dưới đối bên

Hội chứng thủy trán, rối loạn cơ vòng, phản xạ cầm nắm

Nếu bị 2 bên: chứng câm nín bất động: bệnh nhân lặng thinh, bất động hoàn toàn dù là cử động tự ý hay theo yêu cầu (trừ cử động mắt)

Tắc ĐM màng mạch trước:

Liệt nặng nề không đều

Có thể có RLCG nửa thân

Có thể có Bán manh đồng danh

Không có mất ngôn ngữ (phân biệt với các nhánh sâu của ĐMNG)

Tắc các nhánh vỏ ĐM não sau

Bán manh đồng danh đối bên + hội chứng lú lẫn

Bán cầu ưu thế: mất định danh màu sắc, mất khả năng đọc, không có mất khả năng viết

Bán cầu không ưu thế: mất nhận thức hình ảnh, mất nhận thức về nhận diện

Nếu bị 2 bên: chứng mù vỏ não, mất nhận thức bệnh

Hc Korssakoff: RL trí nhớ, mất định hướng, khuynh hướng bịa chuyện

Tắc các nhánh sâu ĐM não sau

Rối loạn cảm giác nửa thân có hồi phục, giảm cảm giác nửa thân

Bán manh đồng danh đối bên

Đau nửa thân tự phát hay tăng cảm đau

Tắc ĐM thân nền

Nhồi máu nhiều ổ chủ yếu ở cầu não, rối loạn tri giác

Trường hợp đặc biệt: “hội chứng khóa trong” (nhồi máu phần thấp cầu não 2 bên) bệnh không mất ý thức nhưng liệt tứ chi, liệt mặt, hầu họng và cả vận nhãn trừ cử động nhìn dọc.

Tắc các ĐM tiểu não

Hội chứng chéo: liệt các đôi dây thần kinh sọ (tổn thương thân não) và tổn thương vận động/cảm giác nửa thân đối bên (HC dưới nơi tổn thương)

Vị trí tổn thương	Tên hội chứng	Dấu thần kinh cùng bên tổn thương	Dấu thần kinh đối bên tổn thương
Cuống não	Weber	Liệt dây III	Liệt nửa người Liệt VII trung ương
Cầu não	Foville cầu não cao	Liệt chức năng nhìn ngang	Liệt nửa người Liệt VII trung ương
	Foville cầu não thấp	Liệt chức năng nhìn ngang Liệt VII ngoại biên	Liệt nửa người Không liệt mặt
	Millard-Gubler	Liệt VII ngoại biên	Liệt nửa người Không liệt mặt
Hành não	Wallenberg	Tổn thương dây V cảm giác	Rối loạn cảm giác nông

sau bên		Liệt các dây sọ IX, X, XI Claude-Bernard Horner Rối loạn tiền đình Thất điều tiểu não	
---------	--	--	--

Nhồi máu tiểu não:

Hội chứng tiền đình: chóng mặt, buồn nôn, nôn, rung giật nhãn cầu, rối loạn thăng bằng

Hội chứng tiểu não tĩnh trạng và động trạng cùng bên

Đau đầu vùng chẩm

Lưu ý:

Bệnh nhân có thể có tắc cả ĐM tiểu não trước dưới (AICA) và ĐM tiểu não sau dưới (PICA)

Là một tình huống khẩn cấp: trong 24h nguy cơ cao phù não với nguy cơ chèn ép thân não và não úng thủy nếu có chèn ép tắc não thất 4

Xử trí TB NMN

Xử trí trước nhập viện

Kiểm tra, đảm bảo bệnh nhân không đang trong tình trạng nguy kịch tính mạng cần hồi sức ngay lập tức

Kiểm tra tri giác bệnh nhân, mức độ nặng của tổn thương

Xác định chính xác thời điểm xuất hiện triệu chứng thần kinh đầu tiên (hỏi bệnh nhân và những người chứng kiến), những thuốc đang dùng hoặc đã dùng trước đó.

Đo huyết áp bệnh nhân. Không dùng thuốc hạ áp trừ trường hợp có mất bù tim.

Không được dùng Heparine.

Không chậm trễ việc chuyển bệnh đến các cơ sở chuyên khoa phù hợp.

Nếu việc chuyển bệnh nhân đến một trong các cơ sở có thực hiện ly giải huyết khối bằng rt-PA có thể thực hiện được trong vòng 3 giờ → chuyển ngay. Nếu không, chuyển bệnh nhân đến cơ sở gần nhất có CT.

Trong trường hợp Cơn thoáng thiếu máu não (hồi phục trong vòng 1 giờ sau khởi phát) thì tiến hành tìm kiếm căn nguyên (lâm sàng & CLS như một trường hợp nhồi máu) sớm nhất có thể.

Xử trí trong bệnh viện

Hỏi bệnh:

Tiền căn bản thân và gia đình (Tc TBMMN, tc thoáng thiếu máu não, cao huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol, nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bệnh lý tim mạch ...)

Đau thắt ngực, đau cổ, đau đầu một bên

Tiền căn sử dụng thuốc, ma túy, thuốc nội tiết tố nữ oestroprogestative, ...

Khám thần kinh đầy đủ

Khám tim mạch đầy đủ:

Rối loạn nhịp

Âm thổi

Mạch 2 tay bất đối xứng

Âm thổi ĐM cảnh

Hạ HA tư thế thoáng qua

Xét nghiệm

XNTQ, X quang phổi thẳng, +/- chức năng đông máu, nhóm máu, men tim

CĐHA

MRI não khẩn: **lý tưởng nhất** hiện nay tùy theo điều kiện của mỗi cơ sở: đời máy, tổ chức trực MRI, và tùy thời điểm nhập viện.

Ưu điểm: nhạy hơn CT, chẩn đoán xác định TBMMN ngay trong giờ đầu, loại trừ các nguyên nhân không phải do mạch máu, ước đoán thời gian từ lúc nhồi máu đến khi nhập viện, ARM có thể thấy hẹp tắc mạch (lưu ý giả ảnh), nhìn rõ vùng hố sau; IRM tưới máu có thể xác định vùng tranh tối tranh sáng. Giúp phân biệt các tổn thương trong trường hợp bệnh nhân đã bị NMN nhiều lần.

Mặc dù kỹ thuật chụp MRI có lâu hơn tương đối so với CT, nhưng khác biệt đó không có ý nghĩa về mặt lâm sàng, đặc biệt là nếu được tổ chức tốt.

CT não: chẩn đoán xuất huyết, đôi khi thấy được cục huyết khối nội mạch. Đã được nghiên cứu kiểm chứng trong điều trị ly giải huyết khối, chủ yếu nhằm mục đích loại trừ xuất huyết, loại trừ nhồi máu diện rộng, trẻ chứ không nhằm mục đích chẩn đoán NMN trong giai đoạn này. Rẻ tương đối so với MRI, phổ biến hơn, dễ tổ chức chụp, trực cấp cứu v.v...

Cho phép tiên lượng chuyển dạng xuất huyết trong ổ nhồi máu. Dùng để kiểm tra, theo dõi sau nhồi máu.

Các dấu hiệu bất thường của TBMMN: xóa mờ rãnh vỏ não, mất phân biệt chất xám chất trắng vỏ não, mất hình ảnh ruy-băng thùy đảo, mất hình dạng của các nhân xám trung tâm, hình ảnh phù nề (giảm đậm độ, hiệu ứng choáng chỗ)

Yếu điểm: Khó thấy tổn thương ở vùng hố sau. Hình ảnh bình thường trong giai đoạn đầu. Thời điểm phát hiện hình ảnh bất thường tùy thuộc vào diện tích ổ nhồi máu. Trung bình hình ảnh bất thường có thể thấy được sau khi khởi phát nhồi máu 4-6 giờ (thời hạn dùng rt-Pa chính thức hiện nay là sau 3 giờ, một số ý kiến đề nghị mở rộng lên 4,5 giờ). Một số ít trường hợp cần phải chụp MRI sau đó để chẩn đoán phân biệt.

Angioscanner (CT mạch máu): tùy thuộc vào từng trung tâm

Siêu âm:

SÂ xuyên sọ: giá trị đã được kiểm chứng, làm trong bộ xét nghiệm ban đầu và dùng để theo dõi. Hiện ít trung tâm tại VN có làm kỹ thuật này.

SÂ doppler hệ ĐM cảnh –sống: hẹp ĐM cảnh đoạn ngoài sọ, bóc tách ĐM, ... +/- SÂ tim Doppler màu xuyên thành ngực, SÂ tim Doppler màu xuyên thực quản.

Điều trị

Điều trị triệu chứng:

Bệnh có thay đổi tri giác → đảm bảo thông khí tốt: Oxy, hút đờm, +/- đặt NKQ; thông dạ dày nuôi ăn, +/- thông tiểu

Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân

Nghỉ ngơi tại giường, +/- tư thế nằm đầu cao 30°

Hạ sốt nếu cần, kiểm soát đường huyết bằng Insuline

Ổn định bệnh lý tim mạch

Phòng biến chứng: chăm sóc điều dưỡng, thuốc bảo vệ dạ dày, vật lý trị liệu thụ động, phòng ngừa huyết khối TM sâu bằng Lovenox liều dự phòng nếu bệnh nhân liệt nặng, bất động tại giường

Hạ áp trong giai đoạn cấp tính: tôn trọng tăng huyết áp phản ứng. Nếu HA > 230/130 dùng Loxen (Nicardipine) BTTĐ (liều 1mg/h), lưu ý theo dõi HA liên tục khi đang dùng thuốc. Hạ HA từ từ. Ngay sau giai đoạn cấp tính: cho thuốc hạ áp đường uống sớm nếu tình trạng bệnh nhân cho phép và bệnh nhân đang dùng hạ áp đều đặn, ổn định trước khi tai biến (ưu tiên cho lại thuốc cũ, liều cũ nếu không có CCĐ). Nếu không, điều chỉnh huyết áp từ từ tùy tình huống.

Chống phù não bằng dung dịch cao phân tử

Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch

Khi chẩn đoán rõ, kiểm tra bằng MRI hay CT

Thời gian từ lúc bắt đầu rõ, < 3 giờ (hoặc ước đoán trên MRI nếu trung tâm có kinh nghiệm)

Một số chống chỉ định chính: rối loạn đông máu; đã dùng thuốc chống đông trong vòng 24 giờ: heparine hay ngay cả Aspirine; phẫu thuật mới; CHA không kiểm soát được (>185/110), NMN diện rộng, ...

Liều dùng là rt-PA 0,9 mg/kg (liều tối đa 90 mg), liều tải 10% tổng liều, 90% còn lại BTTĐ trong vòng 1 giờ.

Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch

Chỉ định khi có huyết khối ĐM thân nền hay ĐM cảnh trong <6 giờ

Aspirine

Nếu không dùng tiêu sợi huyết → dùng aspirine sớm nhất có thể, liều 100 → 300 mg/ngày

Chống đông

Chỉ định: 1) nghi ngờ thuyên tắc từ tim, bóc tách động mạch, +/- NMN đang diễn tiến (MRI kiểm tra)

Chống chỉ định: rối loạn tỉnh thức, tổn thương rộng, phù nhiều, có chuyển dạng xuất huyết, có chống chỉ định chống đông do nguyên nhân khác.

Heparine 500 UI/kg/j BTTĐ → TCA từ 1,5 → 2 chứng, (theo dõi TCA và tiểu cầu)

Theo dõi diễn tiến

Nguy cơ tử vong do phù và biến chứng của phù não, nguy cơ tử vong do biến chứng của nằm lâu tại giường.

Di chứng; nguy cơ tái phát trong 1 năm = 6%

Vật lý trị liệu

Điều trị chống kết tập tiểu cầu lâu dài

Điều trị xơ vữa ĐM

Điều trị bệnh lý tim mạch (trong khi chờ đợi → dự phòng bằng anti-vitamine K)

Lưu ý trước một tình trạng bệnh nhân trở nặng trong khi đang theo dõi: phù não sau nhồi máu? Xuất huyết não thứ phát? Nhồi máu não tái phát? Viêm phổi hoặc các nhiễm trùng khác? Rối loạn điện giải? ...

XUẤT HUYẾT TRONG NHU MÔ NÃO

Rối loạn tri giác (từ ngủ gà --. Hôn mê)

Đau đầu nhiều + nôn ói

Yếu liệt: thường không đều, xuất hiện đột ngột, không hồi phục, nhưng dự hậu lâu dài hồi phục vận động tốt hơn

Yếu tố nguy cơ: THA, thuốc lá, tuổi, uống rượu, dùng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu.

Căn nguyên:

CHA : tuổi >50, tiền căn CHA mãn tính, vị trí máu tụ: nhân xám trung tâm, bao trong, tiểu não, cầu não

Vỡ dị dạng mạch máu: tuổi <50, tc bản thân, gia đình có dị dạng mạch máu, vị trí xuất huyết ở thùy não hay trong não thất, +/- có XH màng não đi kèm

Khác: U não xuất huyết; Viêm mạch; Bệnh mạch máu biến dưỡng dạng bột; Rối loạn đông cầm máu; ...

CĐHA:

CT não không tiêm thuốc (tăng đậm độ/CT) +/- có tiêm thuốc (Angioscanner)

MRI

Điều trị nội

Đảm bảo thông khí, dinh dưỡng đường TM, chăm sóc điều dưỡng

Chống phù: tư thế đầu cao

Giới hạn lượng nước nhập

Manitol 20%

Vật lý trị liệu thụ động

Chống ĐK nếu có cơn ĐK

Ngưng tất cả các thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu

Điều trị ngoại hay can thiệp

Tiến hành khẩn nếu XH đang tiến triển nặng dần, đặc biệt là ở người trẻ

Phình mạch

Dò ĐTM (không khăn)

Theo dõi, diễn tiến

Biến chứng sớm: não úng thủy, thoát vị não

Biến chứng muộn: biến chứng do nằm lâu, tái phát, động kinh di chứng

Xuất huyết dưới nhện

Sinh lý bệnh

Phình mạch trong sọ (yếu tố bẩm sinh + mắc phải)

Xuất huyết trong khoang dưới nhện → phù não + TALNS → hình thành cục máu đông tại vị trí XH → nguy cơ tái xuất huyết, biến chứng co thắt mạch

Lâm sàng

Tuổi từ 30-60, nữ > nam

Khởi phát đột ngột sau vận động gắng sức hay dưới nắng

Đau đầu cấp tính, dữ dội

Sợ ánh sáng, sợ tiếng động

Buồn nôn, Nôn ói

Rối loạn tri giác +/- kích động, lú lẫn

Cơn co giật

Đột tử, hôn mê

Thẻ không điển hình: đau đầu mức độ trung bình như cơn migraine

Khám: dấu màng não,

dấu hiệu tổn thương TK thực vật,

hiệu thương thần kinh lan tỏa

hay đôi khi khu trú: khối máu tụ nhu mô não, co thắt động mạch, tổn thương dây III do phình mạch

xuất huyết giác mạc, phù điểm vàng/ soi đáy mắt

phân độ theo Hunt & Hess

Chẩn đoán xác định: CT scan não // chọc dò DNT

Điều trị nội

Đảm bảo thông khí, dinh dưỡng đường TM, chăm sóc điều dưỡng, nghỉ ngơi tại giường

Bù nước, kiểm soát tốt HA (khoảng 150 mmHg)

Giảm đau

+/-Chống động kinh

Phòng ngừa co thắt ĐM bằng Nimodipine

Điều trị căn nguyên (phình mạch):

Cần làm sớm nếu đã có triệu chứng. Nếu phình mạch không triệu chứng → can thiệp tùy vào kích thước và loại túi phình