

QUẢN LÝ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA ĐỘT QUY TRONG THỰC HÀNH YHGĐ

TS BS NGUYỄN BÁ THẮNG

PHÓ TRƯỞNG BỘ MÔN THẦN KINH - ĐHYD TPHCM

PHÓ TRƯỞNG KHOA THẦN KINH - BV ĐẠI HỌC Y DƯỢC

Mục tiêu học tập

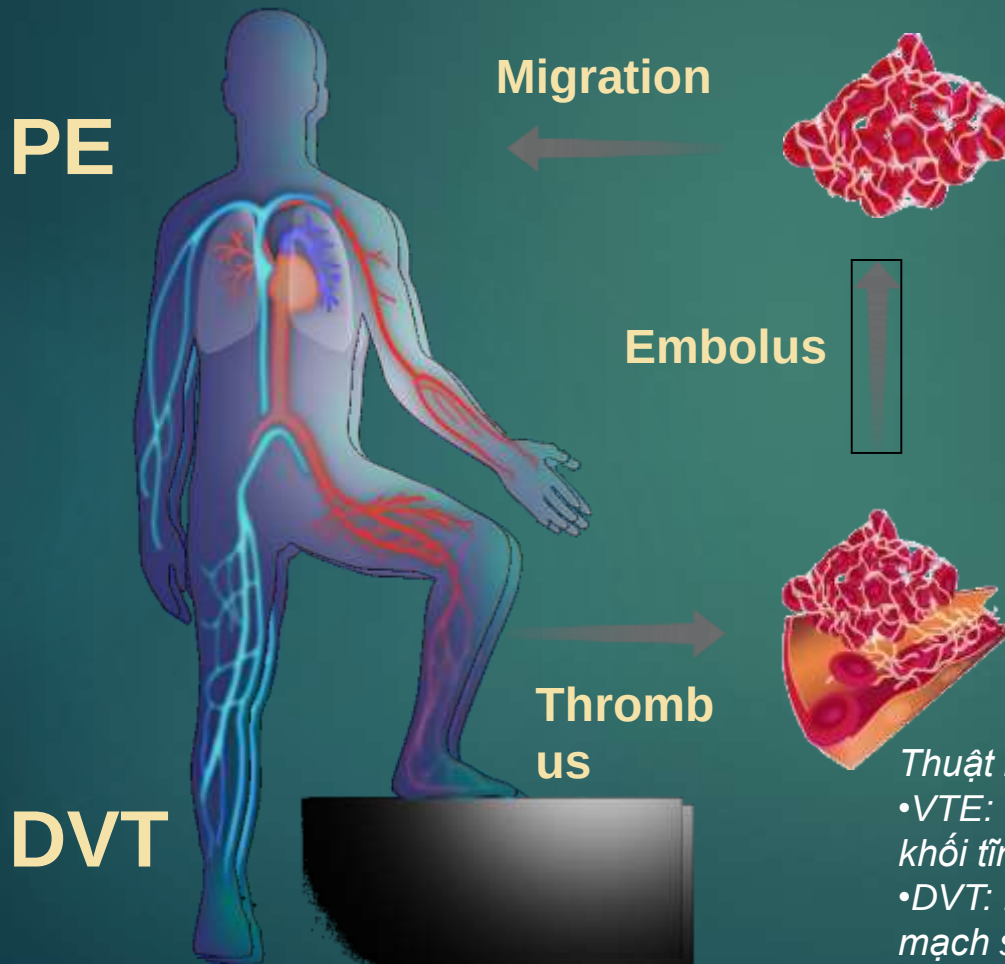
- ▶ Kể được các biến chứng thường gặp sau đột quỵ
- ▶ Nêu được cách chẩn đoán và xử trí huyết khối tĩnh mạch sâu
- ▶ Nêu được cách chẩn đoán và xử trí trầm cảm sau đột quỵ
- ▶ Nêu được cách chẩn đoán và xử trí động kinh sau đột quỵ
- ▶ Nêu được cách chẩn đoán và xử trí giảm trí nhớ và sa sút trí tuệ sau đột quỵ

Giới thiệu

- ▶ 60% các trường hợp đột quy có một biến chứng nào đó:
 - ▶ Nhiễm trùng (niệu, hô hấp), té ngã, loét tì đè, nặng thêm, đau, bệnh tim TMCB
 - ▶ Huyết khối tĩnh mạch sâu
 - ▶ Trầm cảm
 - ▶ Động kinh
 - ▶ Sa sút trí tuệ
- ▶ Dễ bỏ sót do
 - ▶ Bị che lấp bởi các di chứng đột quy
 - ▶ Khó khai thác bệnh sử và triệu chứng do BN khó giao tiếp

Huyết khối tĩnh mạch sâu

- ▶ Tần suất DVT sau đột quỵ: 10-15%
- ▶ Thuyên tắc phổi: 3-4%

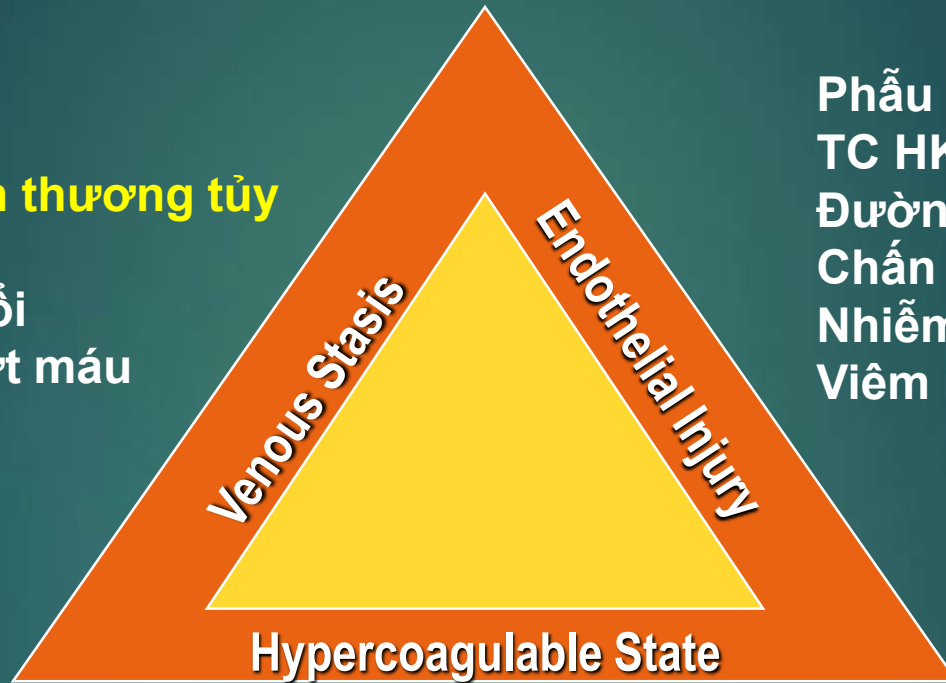


Thuật ngữ:

- VTE: Venous ThromboEmbolicism – Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
- DVT: Deep Venous Thromembolism - huyết khối tĩnh mạch sâu
- PE: Pulmonary Embolism – Thuyên tắc phổi

Virchow's triad

Tuổi cao
Bất động
Đột quỵ - tổn thương tủy
Gây mê
Suy tim / phổi
Tăng độ nhớt máu



Phẫu thuật
TC HKTMS trước
Đường truyền TM
Chấn thương
Nhiễm trùng
Viêm mạch

Ung thư
Estrogen
TS gia đình
Nhiễm trùng
HIT

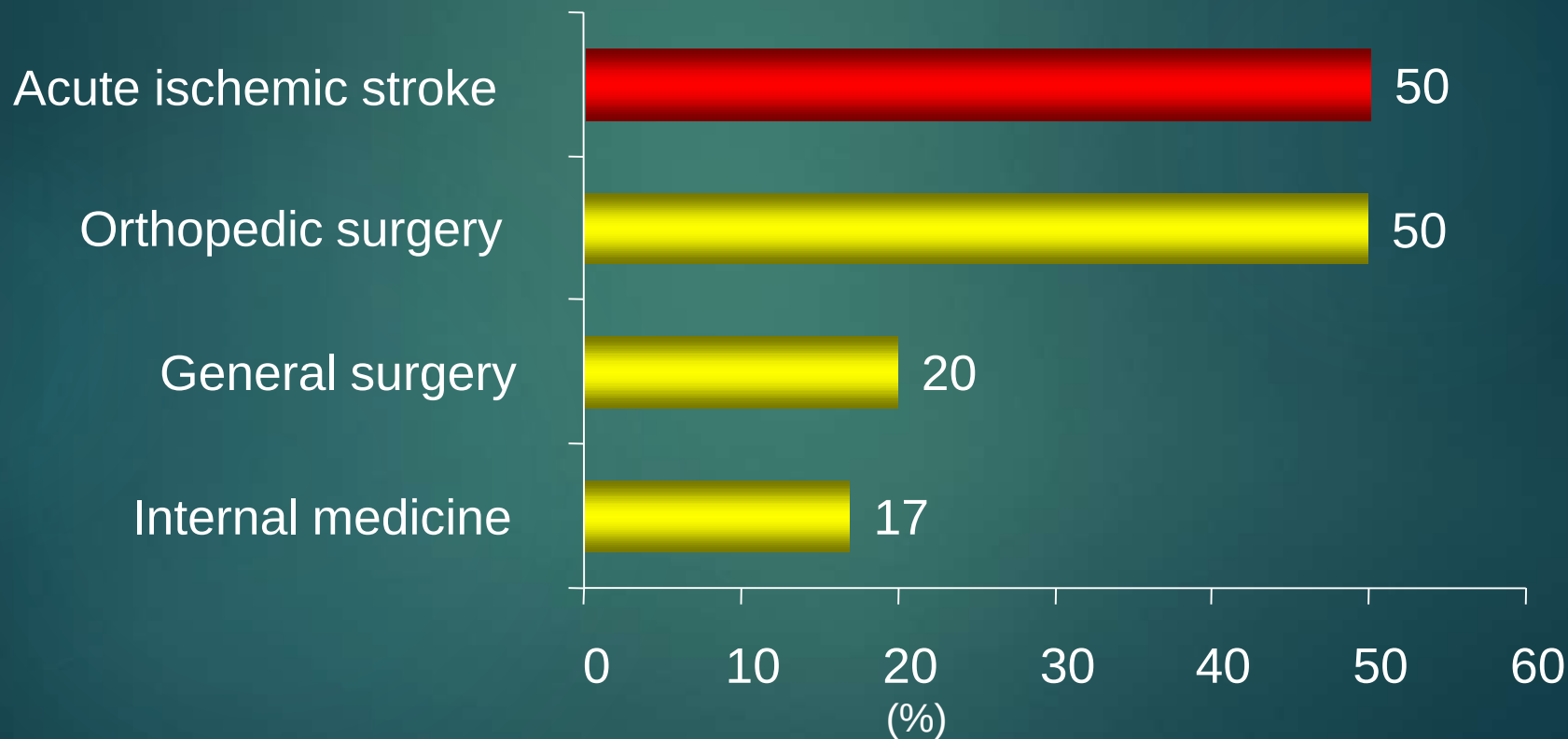
Protein C, S or AT III deficiency
Activated protein C resistance
(Leiden)
Hyperhomocystenemia
Antiphospholipid antibody
Prothrombin 20210 mutation

Yếu tố nguy cơ HKTM của bệnh nhân đột quỵ

- ▶ Yếu tố nguy cơ chính:
 - ▶ Nằm lâu (3-4 ngày trở lên)
 - ▶ Liệt chi do đột quỵ
- ▶ Cộng thêm
 - ▶ Tuổi cao
 - ▶ Rối loạn nước, điện giải
 - ▶ Bệnh lý tăng đông ở một số tình huống
 - ▶ Nhiễm trùng
 - ▶ Dụng cụ can thiệp

Nguy cơ HKTMS ở các bệnh nhân nhập viện không có biện pháp phòng ngừa^{1,2}

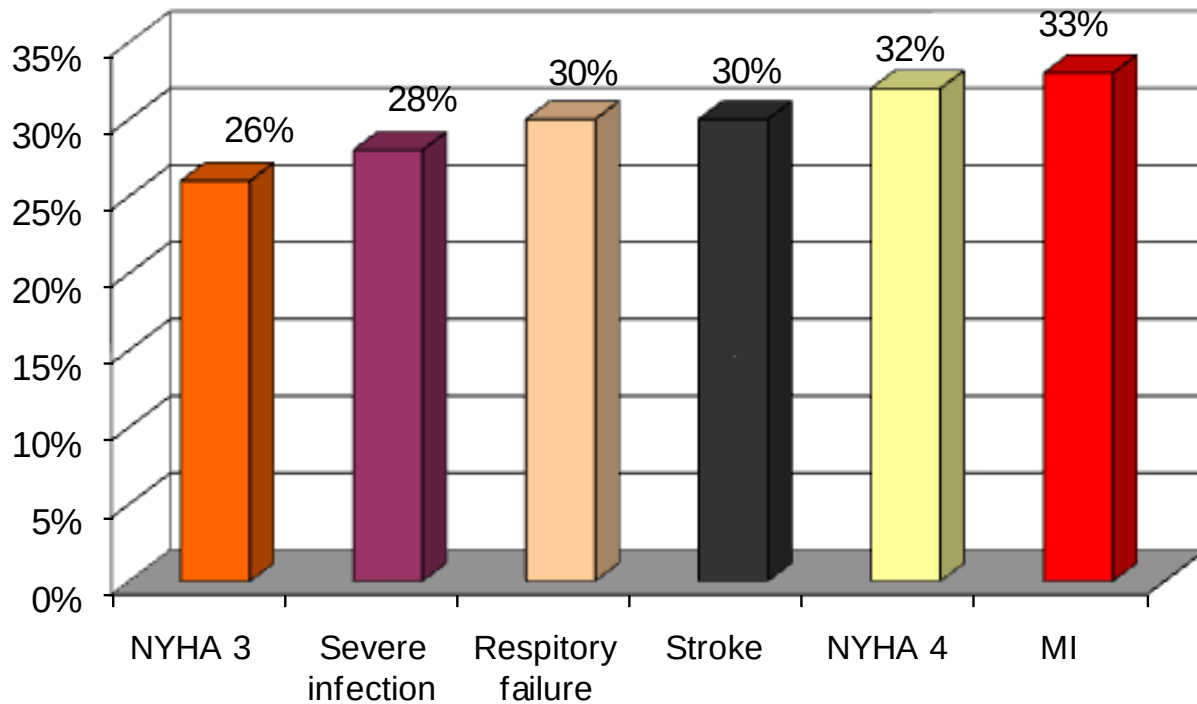
- Tỷ suất hiện mắc HKTMS ở bệnh nhân đột quỵ là một trong những tỷ suất cao nhất trong các bệnh nhân nhập viện



¹Geerts WH, et al. Chest. 2004;126:338S-400S.

²Leizorovicz A, et al. Circulation. 2004;110(24 Suppl 1):IV13-9.

Tỉ lệ HKTMS ở BN nội khoa Việt Nam



Phòng ngừa HKTMS ở BN đột quỵ

Theo guidelines ACCP¹, ASA², EUSI³, ICS⁴

- ▶ **Tất cả 4 nhóm đồng thuận hàng đầu đều khuyến cáo dự phòng HKTMS/TTP cho bệnh nhân đột quỵ TMN cấp có hạn chế đi lại (Grade 1A/A)**
- ▶ **7th ACCP Conference and ASA scientific statement recommend (Grade 1A/A)^{1,2}**
 - ⇒ Low-molecular-weight heparin (LMWH)
 - ⇒ Heparin tiêm dưới da liều thấp
 - ⇒ Heparinoids
 - ⇒ Các phương pháp cơ học cho các bệnh nhân chống chỉ định kháng đông

ACCP = American College of Chest Physicians

ASA = American Stroke Association

EUSI = European Stroke Initiative

ICS = International Consensus Statement

¹Albers GW, et al. Chest. 2004;126:483S-512S.

²Adams HP, et al. Stroke. 2003;34:1056-83.

³Leys D, et al. Cerebrovasc Dis. 2004;17(Suppl 2):15-29.

⁴Nicolaides AN, et al. Int Angiol. 2006;25:101-61.

Heparin không phân đoạn (UFH)

- ▶ Cochrane meta-analysis:
 - ▶ UFH tiêm dưới da, LMWH, Heparinoids, VKA: giảm nguy cơ DVT có ý nghĩa cao ở BN ĐQ TMN
 - ▶ OR 0,21 (0,15-0,29) [16]
- ▶ IST
 - ▶ UFH TDD: biến chứng xuất huyết nội sọ che mờ hiệu quả
- ▶ Không thể khuyến cáo dùng UFH thường quy

LMWH

- ▶ Meta-analysis: LMWH hoặc heparinoid ở BN đột quy TMN [17]
 - ▶ Giảm nguy cơ HKTMS với OR 0,27 (0,08 – 0,96)
 - ▶ Tăng gấp đôi chảy máu ngoài sọ: OR 2,17 (1,10-4,28)
- ▶ Meta-analysis 2: LMWH/Heparinoid so với UFH
 - ▶ Giảm có ý nghĩa HKTMS: OR 0,55 (0,44-0,70)
- ▶ PREVAIL: Enoxaparin so với UFH
 - ▶ Giảm HKTMS/TTP: ABR 7,9%
 - ▶ XH nội sọ có triệu chứng và XH ngoài sọ nhiều: 1% ở cả hai nhóm
- ▶ Khuyến cáo dùng LMWH phòng ngừa HKTMS cho ĐQ TMN, dù có tăng nhẹ nguy cơ chảy máu [18=19]

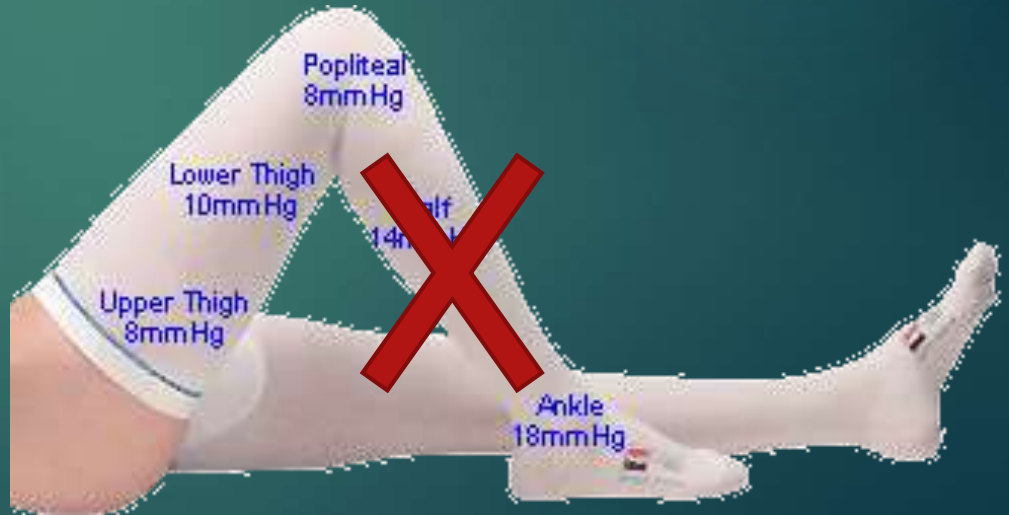
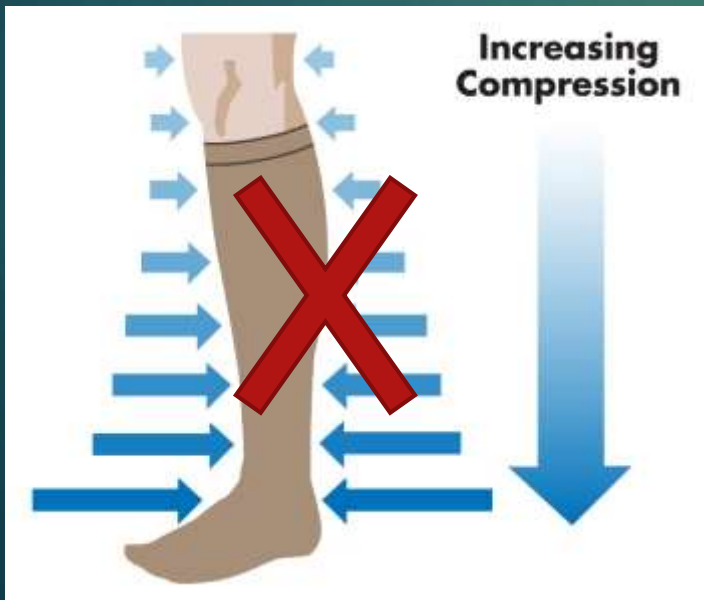
17. Stroke. 2000;7:1770–1778. doi: 10.1161/01.STR.31.7.1770.

18. Cochrane Database Syst Rev. 2008:CD000119. (2008-2)

19. Lancet. 2007;369:1347–55.

Vớ / dụng cụ ép khí ngắt quãng

- ▶ Vớ đàn hồi bậc thang:
 - ▶ Không giúp giảm HKTMS ở BN đột quy
- ▶ Dụng cụ ép khí ngắt quãng
 - ▶ Meta-analysis [13]: n-177, dùng trong tuần đầu sau ĐQ
 - ▶ OR 0,45 (0,19-1,10)
 - ▶ Meta-analysis 2 [15]
 - ▶ IPC + thuốc chống huyết khối ở BN ĐQ nguy cơ cao
 - ▶ OR 0,43 (0,24-0,76)
 - ▶ CLOT 3: IPC trên nền điều trị chuẩn, so với điều trị chuẩn: giảm HKTMS



Chiến lược dự phòng HKTMS ở bệnh nhân đột quy

- ▶ Lựa chọn bệnh nhân nguy cơ
 - ▶ Wells score từ 1 trở lên
- ▶ Các biện pháp dự phòng
 - ▶ Vận động, dịch chuyển sớm, dịch truyền
 - ▶ Vớ/dụng cụ ép ngắt quãng
 - ▶ Liều thấp của UFH hoặc LMWH
- ▶ Nguy cơ biến chứng điều trị
 - ▶ Xuất huyết:
 - ▶ Sử dụng các biện pháp cơ học
 - ▶ Trì hoãn sau 2-3 ngày với bệnh nhân nhồi máu diện rộng



Sa sút trí tuệ sau đột quy

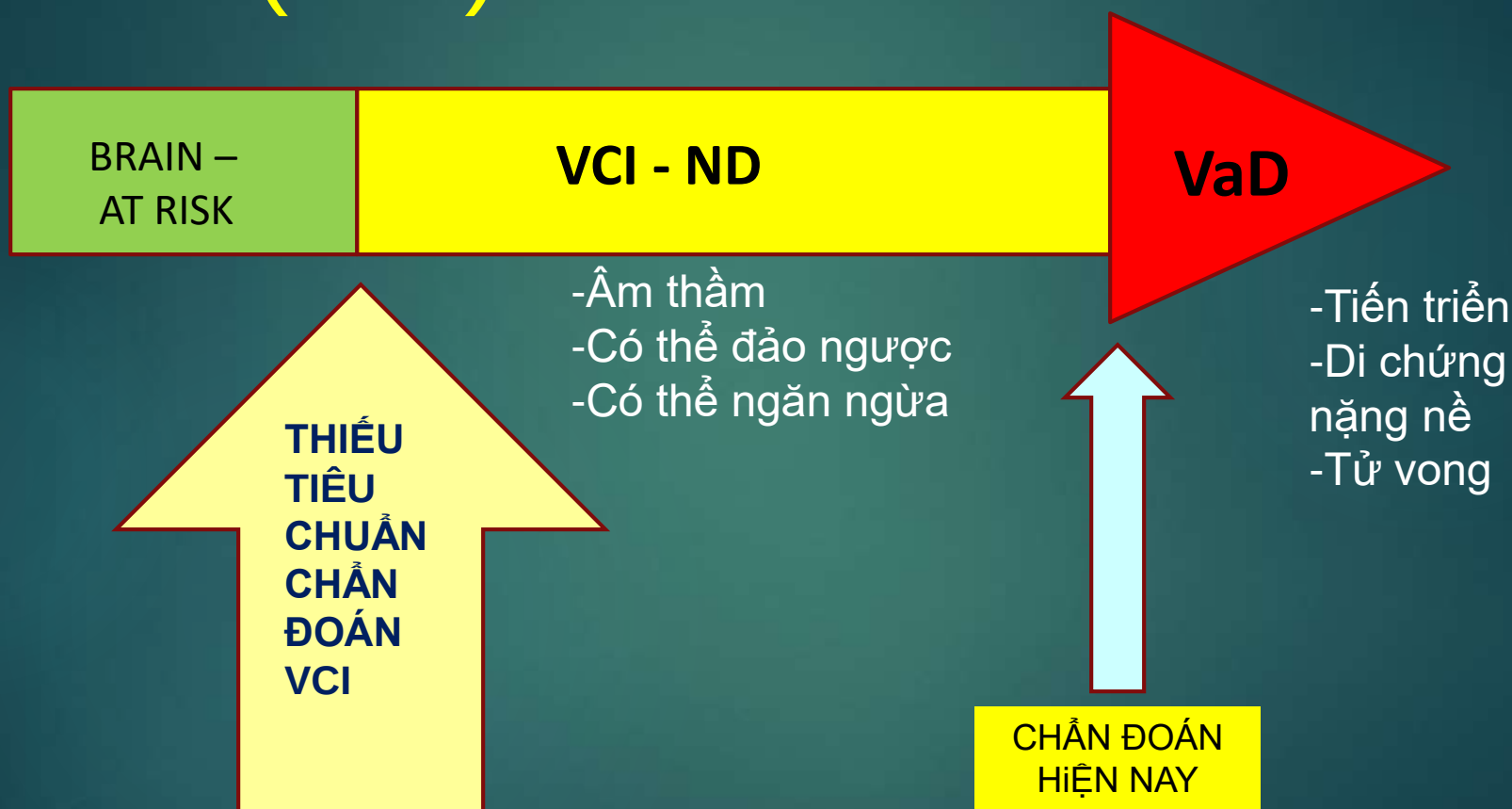
Thuật ngữ

- ▶ SSTT do NMN đa ổ (MID: Multi-Infarct Dementia): Hachinski và cs sử dụng từ 1974.
- ▶ SSTT mạch máu (VaD- Vascular Dementia): được dùng do bệnh liên quan đến nhiều nguyên nhân mạch máu như NMN, XHN,...
- ▶ Suy giảm nhận thức căn nguyên mạch máu (VCI- Vascular Cognitive Impairment) được đề nghị năm 2006.

Các thuật ngữ

- ▶ Sa sút trí tuệ do nhồi máu đa ổ
(Multi-infarct dementia, Hachinski et al 1974).
- ▶ Sa sút trí tuệ sau đột quỵ - PSD
(Post-stroke dementia).
- ▶ Sa sút trí tuệ mạch máu - VaD
(Vascular dementia. Esiri et al.,1997; Markesbery 1998): suy giảm nhận thức nặng nề do bệnh lý mạch máu não (nhồi máu hay xuất huyết, một hay nhiều lần).
- ▶ 2006: Suy giảm nhận thức mạch máu - VCI
(Vascular cognitive impairment)

Suy giảm nhận thức mạch máu (VCI)



Sa sút trí tuệ sau đột quy (Post-stroke dementia)

- ▶ PSD được định nghĩa là sa sút trí tuệ 3 tháng sau đột quy

Không phụ thuộc vào thời gian xuất hiện của SSTT.

- ▶ Tỷ lệ 6 – 32% ở những BN được theo dõi từ 3 tháng đến 20 năm.
- ▶ Trong một phân tích gộp, đột quy làm nguy cơ sa sút trí tuệ tăng gấp 2 lần ở BN < 85 tuổi.

Tỉ suất mới mắc SSTT sau ĐQ:

Xanh: NC trên dân số, ĐQ lần đầu – khoảng 10%

Đỏ: NC tại BV, ĐQ lần đầu hoặc tái phát – khoảng 30%

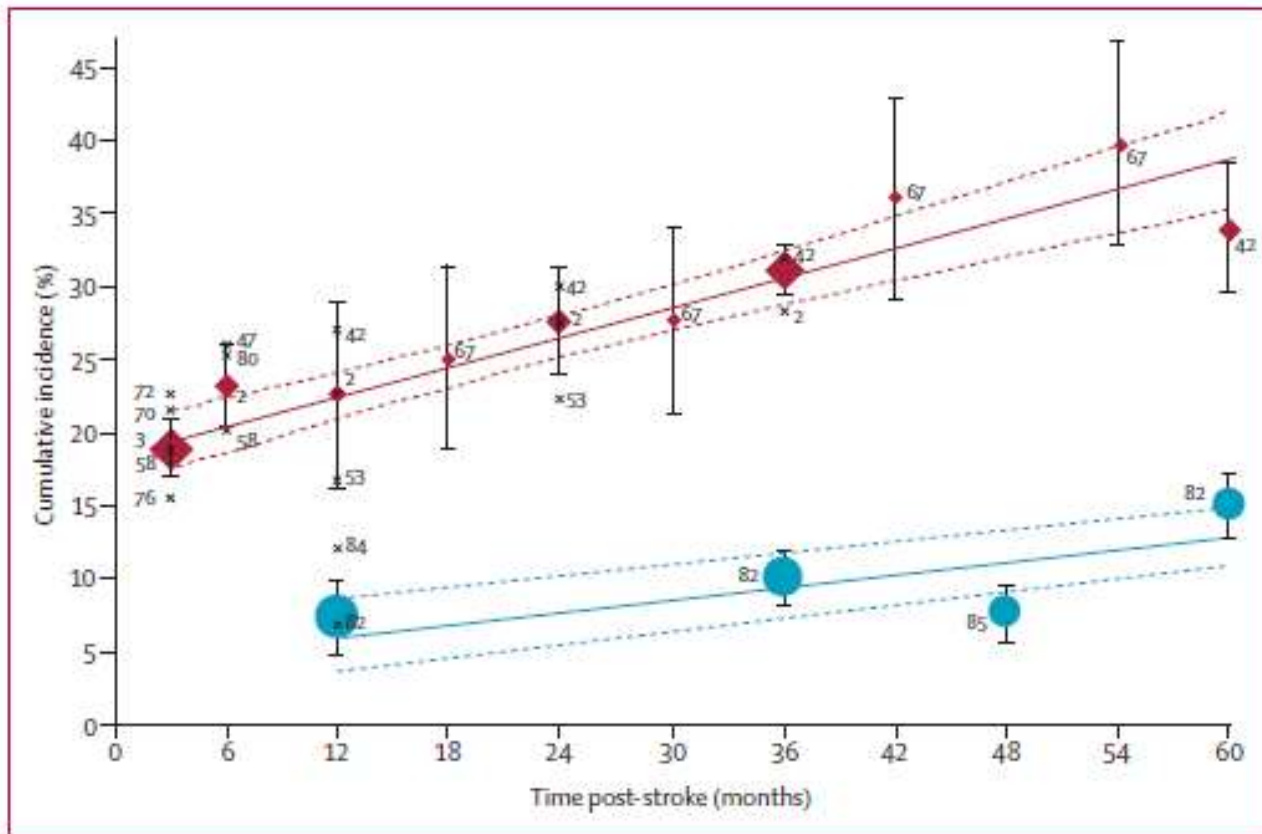


Figure 4: Pooled cumulative incidence of post-stroke dementia excluding pre-stroke dementia in hospital-based cohorts

Tần suất sa sút trí tuệ sau ĐQ của các nghiên cứu theo dữ liệu bệnh viện

Tần suất 17% - 40%

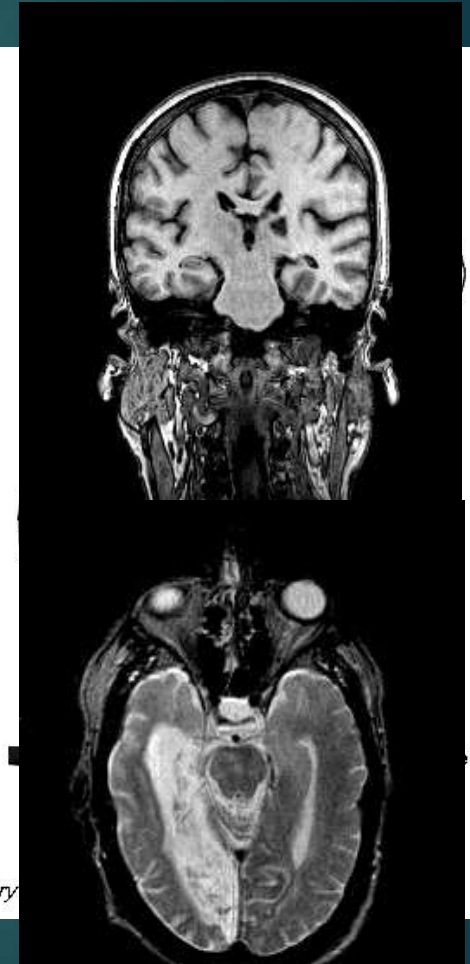
Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Tiêu chuẩn	Thang điểm	Tần suất
Ng. T. P. Nga	102	DSM-IV	MMSE IADL	35,3%
Le Ng. N. Tin	218	DSM-IV	MMSE	40,4%
Ng. M. Hanh	74	DSM-IV	MMSE IADL	27,0%
Pohjasvaara T.	337	DSM-III	WAIS-R	31,8%
Tamam B.	106	DSM-IV	MMSE	30,2%
Inzitari D.	339	ICD-10	MMSE	16,8%
Censori B.	110	NINDS-AIREN	MMSE	24,6%

Yếu tố nguy cơ SSTT sau đột quy.

- ▶ Dịch tễ:
 - ▶ Lớn tuổi, nam giới, học vấn thấp
- ▶ Loại đột quy:
 - ▶ Tái phát, đa ổ, hai bán cầu
 - ▶ Tổn thương **VÙNG CHIẾN LƯỢC**
 - ▶ LS nặng lúc khởi phát bệnh.
- ▶ Tổn thương cộng thêm trên hình ảnh:
 - ▶ NMN im lặng, WML, teo não, vi chảy máu
- ▶ YTNC:
 - ▶ THA, rung nhĩ, ĐTĐ, NMCT, suy tim, tình trạng nhận thức trước đột quy.

Sang thương vùng chiến lược

- ▶ *Đôi thị trước và sau trong*
 - ▶ Đề cập nhiều nhất
 - ▶ Có thể gây ra SSTT khởi phát đột ngột, đặc biệt khi tổn thương hai bên.
- ▶ Các vùng chiến lược khác:
 - ▶ Gối bao trong, nhân đuôi
 - ▶ Hồi góc, thùy đỉnh, thùy trán trong
 - ▶ Đột quy tuần hoàn sau
 - ▶ Ảnh hưởng đến hồi hải mã, nhất là khi tổn thương hai bên



Zekry

as

Bệnh mạch máu lớn

Các sang thương lớn riêng biệt

Nhồi máu ở các vùng chiến lược vỏ não

Thùy trán

Hải mã,
Nền não trước

Hồi góc

Thùy đỉnh

Mất ngôn ngữ, mất
thực dụng, mất kiểm
chế, lãnh đạm

Giảm trí
nhớ

Rối loạn kiến
trúc - không
gian

Mất khả năng
đọc, viết

Sa sút trí tuệ loại vỏ não

Bệnh mạch máu nhỏ:

Gián đoạn vòng vỏ não-dưới vỏ

Bệnh mạch máu nhỏ

Các vùng chiến lược trong nhồi máu dưới vỏ:
đôi thị, nhân đuôi, bao trong

Gián đoạn vòng trán-dưới vỏ chuyên biệt hoặc
các phóng chiếu đôi thị-vỏ não không chuyên biệt

Rối loạn CN
thi hành

Lãnh đạm

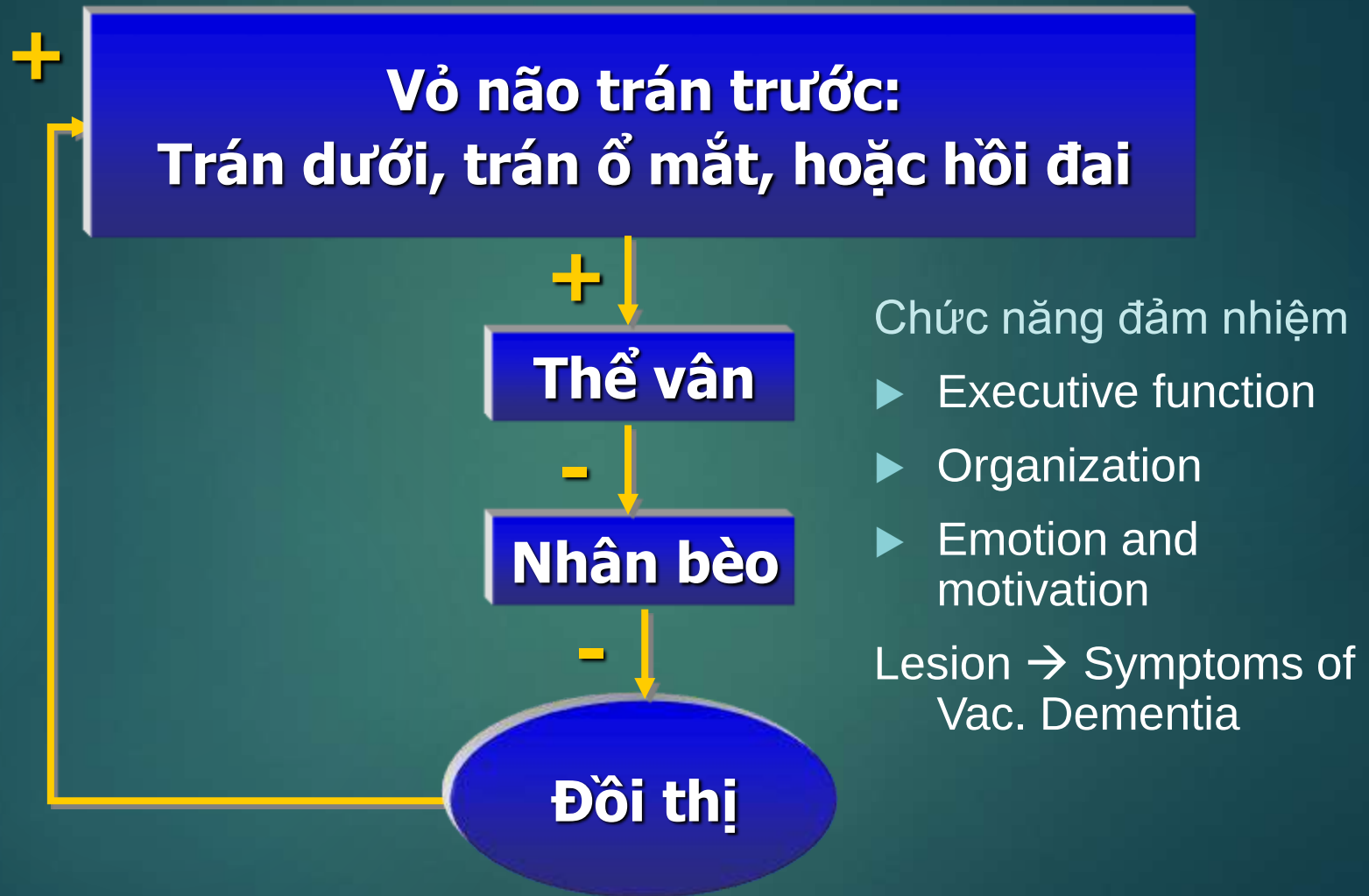
Mất tập trung

Thay đổi
cá tính

SSTT dưới vỏ

VaD do nhồi máu dưới vỏ

Vòng hành vi thù địch



VaD đôi thị

- ▶ Nhồi máu đôi thị hai bên
- ▶ Đôi thị trước (T):
 - ▶ tưới máu của ĐM thông sau
- ▶ Đôi thị giữa và trong:
 - ▶ nhân lưng trong, bó vú-đôi thị >> ĐM đôi thị cạnh giữa xuất phát từ động mạch não sau.

Mất trí nhớ do đôi thị:
Sang thương chính là bó vú-đôi thị
(phóng chiếu từ nhóm nhân trước đôi thị đến
vỏ não hồi đại)

Hình ảnh sang thương đồi thị hai bên gây VaD



CT

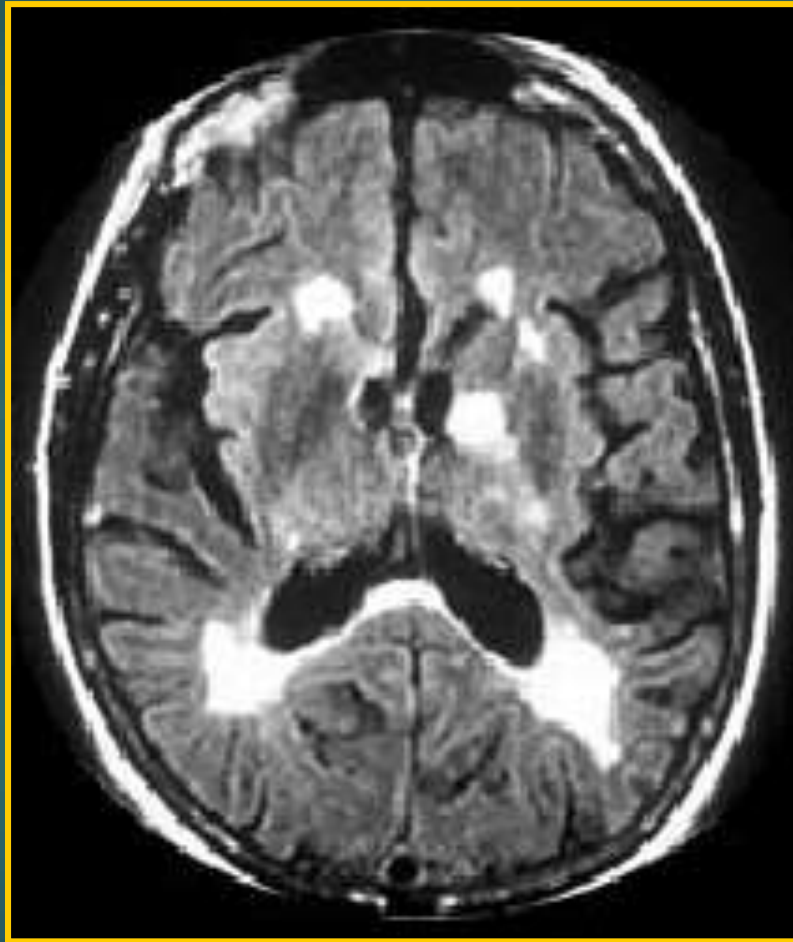


MRI

VaD do nhồi máu vùng gó

- ▶ Gián đoạn đường đòi thị-vỏ não
- ▶ Thay đổi đột ngột chức năng nhận thức, thường đi kèm với tập trung kém, lú lẫn, mất ý chí, trì trệ tâm thần vận động từng lúc, loạn chức năng điều hành, và các rối loạn chức năng thùy trán khác
- ▶ Dầu TK khu trú không có hoặc hoặc nhẹ.
- ▶ Mất trí nhớ
 - ▶ Tổn thương bên trái mất trí nhớ lời nói nặng
 - ▶ Tổn thương bên phải gây mất trí nhớ về thị giác không gian.

Nhồi Máu Đơn Thuần Vùng Gốc Bao Trong



MRI

Chukwudelunzu et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001; 71: 658-662.

Subcortical Ischemic Vascular Dementia (SIVD): VaD do nhồi máu dưới vỏ

- ▶ 94% có mất trí nhớ sớm
 - ▶ 60% khởi phát từ từ
- ▶ 3% có biểu hiện thay đổi hành vi và cá tính sớm
- ▶ Các yếu tố nguy cơ (so sánh với AD)
 - ▶ Tăng huyết áp - 80% vs 41%; OR 6.0 (2.8 – 12.7)
 - ▶ Tiền căn đột quỵ 81% vs 20%; OR 13.8 (6.9 - 27.8)
 - ▶ KHÔNG tăng lipid máu - 35% vs 14%
 - ▶ KHÔNG tiểu đường - 43% vs 32%

Lỗ khuyết Không Phải là sang thương lành tính



- ▶ Các lỗ khuyết im lặng, đặc biệt ở đồi thị, nguy cơ bị SSTT hơn gấp hai lần
[HR=2.26; 95% CI, 1.09-4.70]
- ▶ Tỷ lệ tử vong 5 năm của BN có lỗ khuyết lên đến 27.4%
- ▶ 1/4 trong số 3660 người ≥ 65 tuổi tham gia trong nghiên cứu Cardiovascular Health Study (CHS) có một hoặc hơn một lỗ khuyết im lặng.

Vermeer et al. N Engl J Med. 2003;348:1215-1222; Norrving. Lancet Neurol. 2003; 2: 238-245; Longstreth et al. Arch Neurol. 1998; 55: 1217-1225.

Nguy cơ SSTT trong nhồi máu lỗ khuyết

Loại vị trí nhồi máu	Tỉ lệ bị SSTT (Số SSTT/ Số có nguy cơ)	Hiệu chỉnh đa biến về nguy cơ OR của SSTT (95% CI)
1-2 nhồi máu lỗ khuyết trong vùng nhân nền, đồi thị, hoặc chất trắng sâu	0.93 (14/15)	20.7 (1.5-288.0)
≥1 nhồi máu lớn ở BCĐN	0.75 (9/12)	6.7 (0.9-48.3)
Không nhồi máu não	0.57 (21/37)	

Snowdon et al. JAMA. 1997;277:813-817.

Các Tiêu chuẩn chẩn đoán LS

- ▶ National Institute for Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN)
- ▶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, (DSM-5 được công bố năm 2013).
- ▶ State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC) 1992
- ▶ International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10)
- ▶ Hachinski ischemic scale.

Điểm chung của các Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng

Dựa vào 2 yếu tố:

- Chứng minh sự hiện diện của một rối loạn nhận thức (sa sút trí tuệ hoặc VCIND) bởi các test tâm thần kinh
- Tiền sử đột quỵ trên lâm sàng hoặc sự hiện diện của bệnh lý mạch máu não trên hình ảnh học gợi ý sự liên quan giữa rối loạn nhận thức và bệnh lý mạch máu não.

Chẩn đoán VaD: TC NINDS-AIREN

SSTT

- Giảm trí nhớ
- ≥ 2 loại nhận thức khác bị giảm (ĐB CN thi hành)

+ Bệnh mạch máu não

- Khám thần kinh
- Hình ảnh học

Chẩn đoán có thể/có khả năng

- Có liên quan về thời gian giữa SSTT và bệnh MM não
 - Khởi phát đột ngột/ Tiến triển từng nấc
- Không có bệnh lý khác gây ra SSTT (Ví dụ, AD)

Chẩn đoán VaD

Chẩn đoán sa sút trí tuệ theo DSM-IV

A. Suy giảm nhận thức trong 2 nhóm sau:

- Suy giảm trí nhớ (giảm khả năng học các thông tin mới hoặc nhớ lại các thông tin đã học trước đây)
- Rối loạn ≥ 1 chức năng nhận thức sau:
 - Rối loạn ngôn ngữ (aphasia)
 - Mất dùng động tác (apraxia)
 - Không nhận biết hoặc xác định được đồ vật dù chức năng cảm giác còn nguyên vẹn (agnosia).
 - Rối loạn chức năng điều hành các hoạt động kết hợp, lên kế hoạch, tổ chức, phân công theo trình tự, tóm tắt (executive function).

B. Suy giảm các chức năng nghề nghiệp, xã hội (so với trước đây).

C. Không bị sảng.

D. Không phải trầm cảm hoặc tâm thần phân liệt.

Điều trị SSTT mạch máu

Điều trị SSTT mạch máu

Kiểm soát các YTNC MM.
ĐT trchứng suy giảm nhận thức
Rối loạn đi kèm (trầm cảm, RL
hành vi)

Dự phòng thứ phát

Điều trị tích cực các YTNC mạch máu
Điều trị tích cực các biến cố mạch máu.

Dự phòng tiên phát

Điều trị tích cực các YTNC mạch máu

Điều trị triệu chứng suy giảm nhận thức

Treatment	Recommendation (Class/Level of Evidence)	Comments
Donepezil ^{396–400}	Class IIa, Level A, for “pure” VaD	Study 307, 308 (n=1219): modest benefit for cognitive and global, less robust for function; Study 319 (n=974): only cognitive benefit
Galantamine ^{401–403}	Class IIa, Level A, for mixed Alzheimer disease— cerebrovascular disease; Class IIb for “pure” VaD	Pure and mixed VaD Gal-Int-6 (n=592): benefit in all primary outcomes overall; only cognitive benefit in pure disease; “Pure” VaD (Gal-Int-26; n=788): modest benefit in cognitive/executive measures
Rivastigmine ^{404,405}	Class IIb, Level C	VCIND study (n=50): modest benefit in some executive functions
Memantine ^{406,407}	Class IIb, Level A	n=900: Modest cognitive benefits only

Điều trị triệu chứng suy giảm nhận thức AHA/ASA 2011

1. Donepezil có thể có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng nhận thức ở bệnh nhân sa sút trí tuệ mạch máu (*Class IIa; Level of Evidence A*).
2. Galantamine có thể có hiệu quả ở bệnh nhân sa sút trí tuệ hỗn hợp/sa sút trí tuệ mạch máu (*Class IIa; Level of Evidence A*).
3. Lợi ích của rivastigmine và memantine chưa được xác định trong sa sút trí tuệ mạch máu (*Class IIb; Level of Evidence A*).

ĐỘNG KINH SAU ĐỘT QUY

ĐỘNG KINH SAU ĐỘT QUY

- ▶ Neil SN Graham và cs, Incidence and Associations of Poststroke Epilepsy, The Prospective South London Stroke Register
- ▶ Dữ liệu dựa trên cộng đồng của Stroke register ở Nam London, thời gian theo dõi tối đa 12 năm
- ▶ N=3310 BN không có TC động kinh, bị đột quy lần đầu từ năm 1995-2007, theo dõi TB 3,8 năm
- ▶ 213 BN (6,4%) có động kinh sau ĐQ (PSE)
- ▶ Tỷ lệ mắc PSE sau 3 tháng, 1,5,10y là 1,5%;3,5%;9,0%; và 12,4%

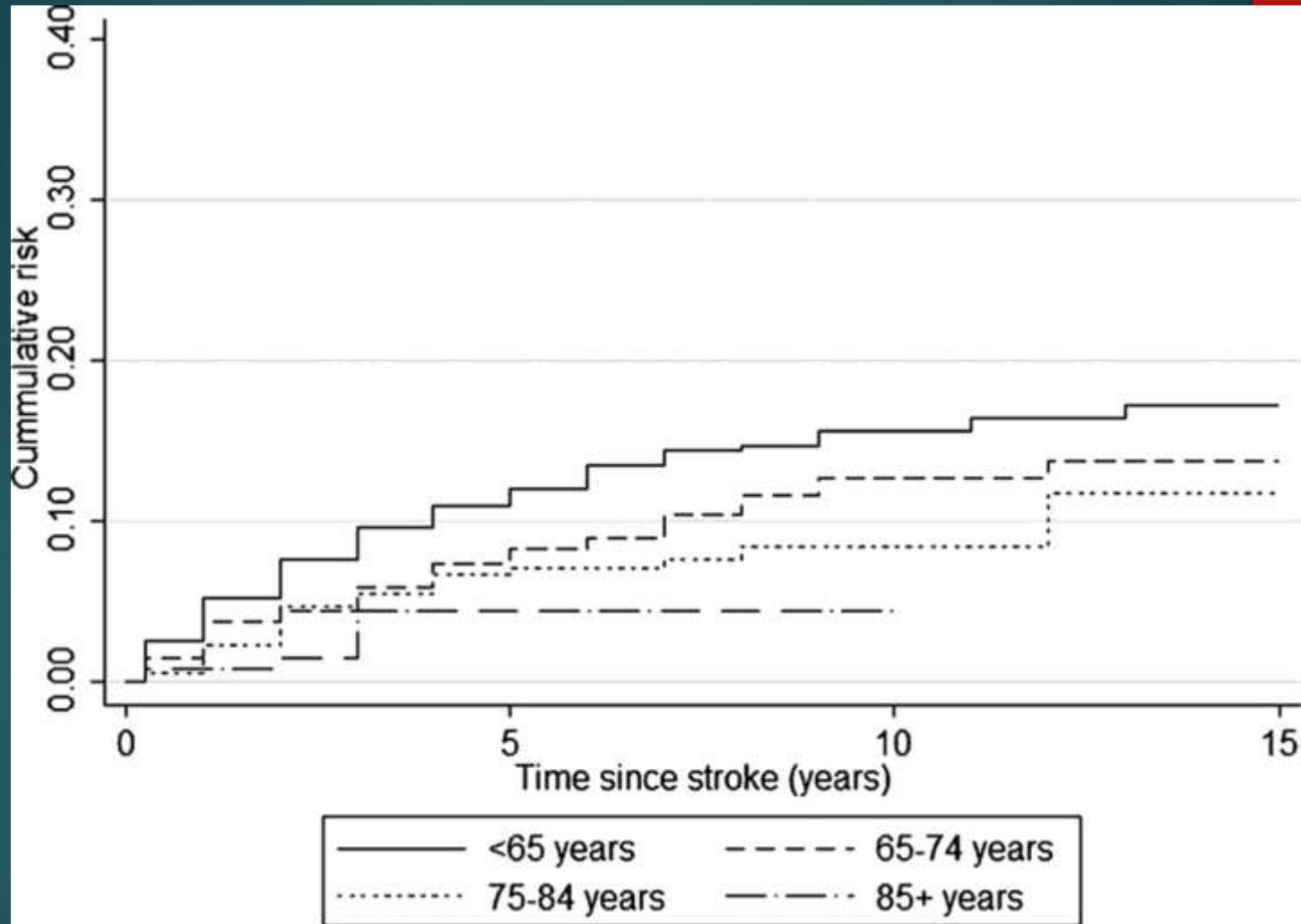
Động kinh sau đột quy

- ▶ Y tố không liên quan: giới, chủng tộc, trạng thái kinh tế XH
- ▶ Y tố kết hợp tăng tỉ lệ mắc:
 - ▶ chỉ dấu tổn thương vỏ não (RL ngôn ngữ, thờ ơ thị giác, tổn thương thị trường),
 - ▶ độ nặng đột quy lúc nhập viện (GCS thấp, tiêu tiểu không kiểm soát, BI thấp)
- ▶ Tuổi trẻ kết hợp độc lập với PSE, 10,7% ở người <65 tuổi và 1,6% >85 tuổi ($p < 0,001$) đánh giá 10 năm;
- ▶ Các yếu tố tiên lượng độc lập PSE khác: thờ ơ thị giác, RL ngôn ngữ, và phân nhóm ĐQ, đặc biệt là TACI;
- ▶ Dysathria kết hợp giảm tỉ lệ mắc

Neil SN Graham và cs, Incidence and Associations of Poststroke Epilepsy, The Prospective South London Stroke Register

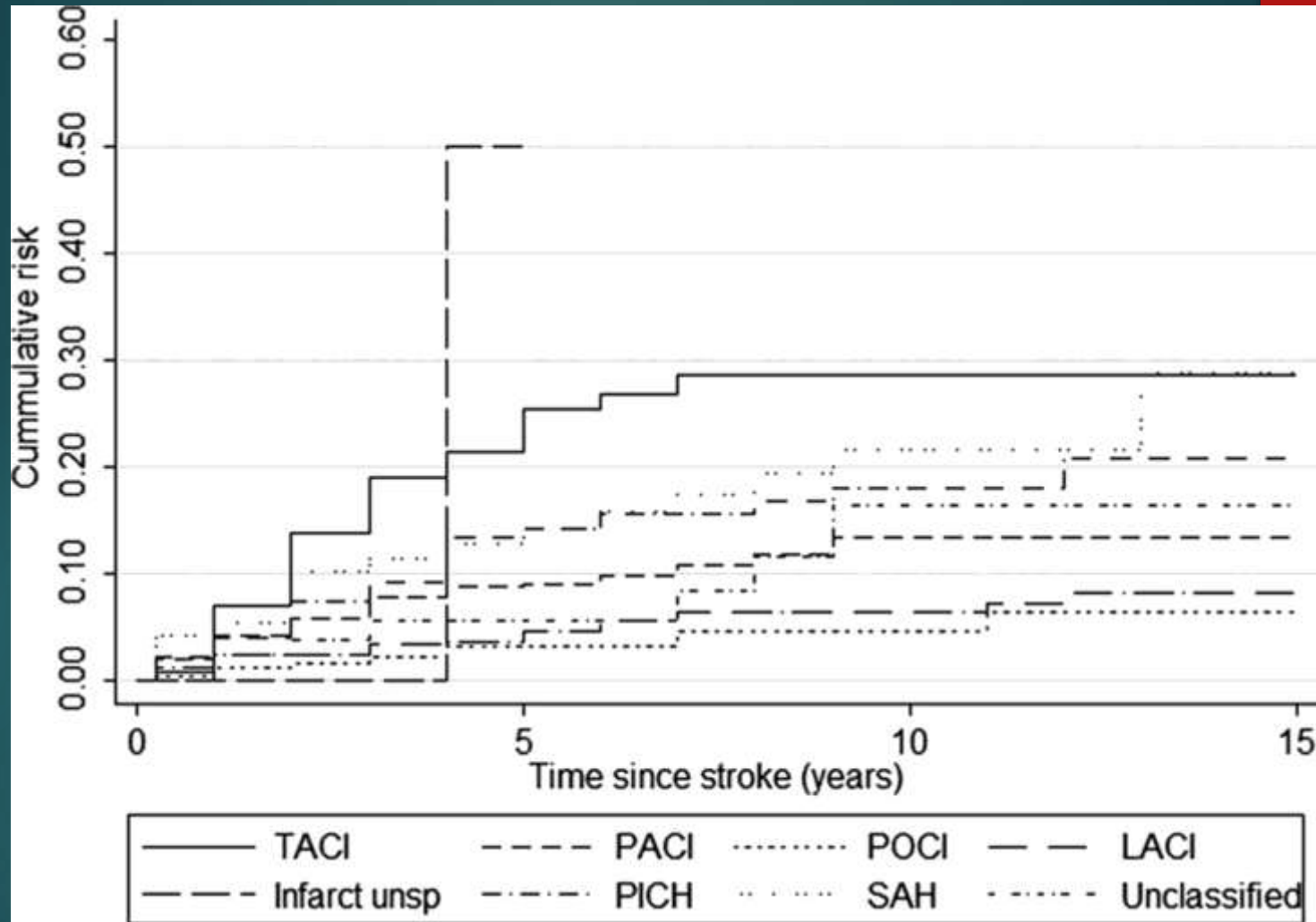
Neil S.N. Graham et al. Stroke. 2013;44:605-611

Cumulative poststroke epilepsy risk stratified by age (Kaplan–Meier estimates).



Neil S.N. Graham et al. Stroke. 2013;44:605-611

Cumulative poststroke epilepsy risk stratified by stroke subtype (Kaplan–Meier estimates).



Neil S.N. Graham et al. Stroke. 2013;44:605-611

Động kinh sau mổ sọ giải ép

- ▶ **Seizures after decompressive hemicraniectomy for ischaemic stroke; [C J Creutzfeldt](#), [D L Tirschwell](#), [L J Kim](#), [G B Schubert](#), [W T Longstreth Jr](#), [K J Becker](#);**
- ▶ *N=55, theo dõi TB 211 ngày (IQR 134-727)*
- ▶ *27 BN (49%) bị cơn ĐK, 25 BN (45%) phát triển thành ĐK và 21 (38%) đạt mRS ≤ 3 trước 1 năm sau khởi phát ĐQ.*
- ▶ *Yếu tố liên quan có ý nghĩa duy nhất với xuất hiện co giật là giới nam.*
- ▶ *Thời gian median từ lúc đột quỵ đến cơn co giật đầu tiên là 222 ngày, với một chùm cơn đầu tiên trong vòng vài tuần sau ghép sọ; chỉ có 2 ca có các cơn đầu tiên quanh thời gian khởi phát ĐQ*

Co giật và động kinh sau đột quy

Vai trò bảo vệ của statin

Statin treatment reduces the risk of poststroke seizures;
Jiang Guo et al.

- ▶ BN đột quy TMN lần đầu và không có ĐK trước, theo dõi 2,5 năm tìm ĐK sau đột quy
- ▶ N=1832, 63 (3,4%) BN có co giật sớm sau ĐQ và 91 (5%) BN có động kinh sau ĐQ
- ▶ Dùng statin kết hợp với nguy cơ thấp co giật sớm sau ĐQ (OR 0,35 (0,20-0,60), $p < 0,001$)
- ▶ Không có kết hợp có ý nghĩa giữa dùng statin và động kinh sau đột quy (OR 0,81, $p = 0,349$)
- ▶ Trong số 63 BN có co giật sớm sau ĐQ, dùng statin kết hợp với giảm nguy cơ động kinh sau đột quy (OR 0,34, $p = 0,026$)



Trầm cảm sau đột quỵ

Dịch tễ học trầm cảm sau ĐQ (PSD).

- ▶ Xảy ra ở khoảng 1/3 số BN sống sau đột quỵ, so với tỉ lệ trong dân số chung là 10%:
 - ▶ Hackett et al, 2005:
 - ▶ Khoảng 1/3 BN sẽ có trầm cảm quan trọng về LS ở một thời điểm nào đó sau ĐQ
 - ▶ Robinson RB, 2003:
 - ▶ Giai đoạn phục hồi có 19.3% BN trầm cảm nặng và 18.5% trầm cảm nhẹ
- ▶ Không có khác biệt có ý nghĩa về tỉ suất mới mắc giữa ĐQ NMN và XHN

Hậu quả của PSD

- ▶ Phục hồi chức năng kém hơn – có thể làm chậm hồi phục thêm 2 năm.
- ▶ Kết cục xã hội kém
- ▶ Giảm chất lượng sống
- ▶ Giảm hiệu quả các trị liệu phục hồi
- ▶ Tăng tỉ lệ suy giảm nhận thức
- ▶ Tăng tỉ lệ tử vong

Morris, et al., 1993

Các yếu tố tiên đoán sớm PSD

Carota, et al. (2005)

- ▶ Giá trị chỉ số Barthel thấp
- ▶ Tuổi <68
- ▶ Kêu than trong những ngày mới khởi bệnh
 - ▶ Khóc bệnh lý (không kết hợp với PSD)
 - ▶ Khóc cảm xúc (41% sẽ có PSD)
 - ▶ Phản ứng thảm họa (63% sẽ có PSD)

<http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel.pdf>

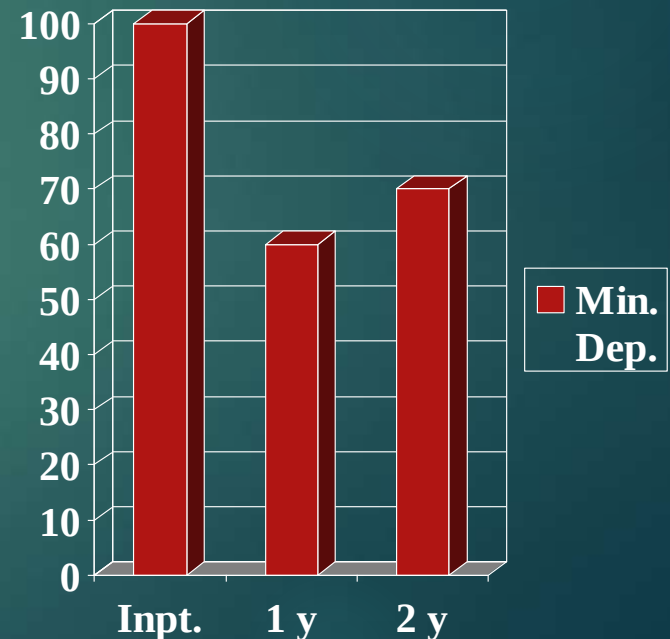
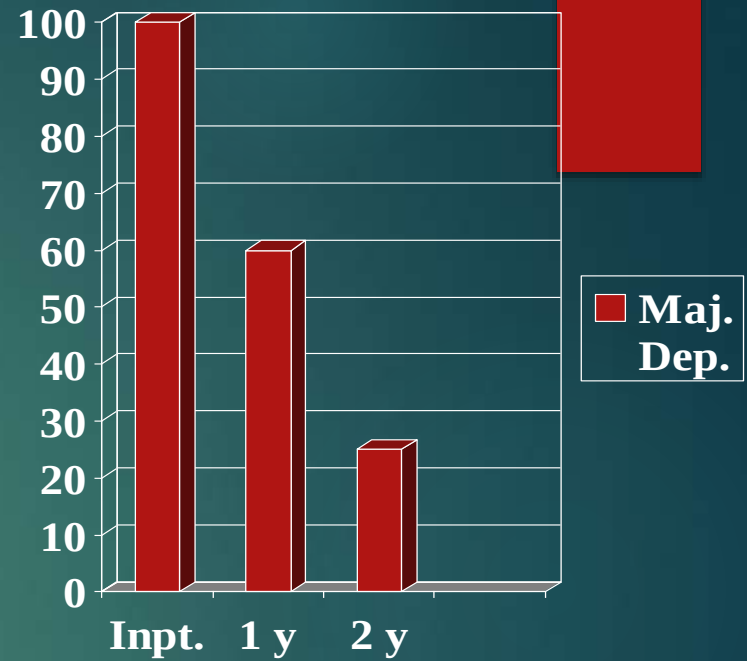
Diễn tiến của PSD

- ▶ Khoảng 40% các bệnh nhân PSD sẽ bắt đầu có triệu chứng trong vòng 3 tháng.
- ▶ 30% các bệnh nhân không trầm cảm sẽ bị trầm cảm sau khi được xuất viện.
- ▶ Ở thời điểm 6 tháng, đại đa số bệnh nhân PSD sẽ tiếp tục có triệu chứng.
- ▶ Diễn tiến PSD khác nhau giữa trầm cảm nặng hoặc nhẹ

Diễn tiến PSD

- ▶ Hồi phục ở bệnh nhân trầm cảm nặng tốt hơn trầm cảm nhẹ, với khoảng 75% hồi phục triệu chứng sau 2 năm.

Chemerinski & Robinson, 2000.



PSD và tử vong

Morris, et al., 1993

- ▶ Các bệnh nhân PSD nặng hoặc nhẹ có nguy cơ tử vong trong vòng 10 năm sau đột quỵ cao hơn 3,4 lần so với người không trầm cảm.
- ▶ Các bệnh nhân bị PSD và có ít các quan hệ xã hội thậm chí còn tang tỉ lệ tử vong hơn, đến 90% tử vong trong nghiên cứu của Morris và cộng sự.

Chẩn đoán PSD

- ▶ Khó có chẩn đoán đáng tin cậy
- ▶ Các BS không chuyên khoa tâm thần
bỏ sót chẩn đoán trầm cảm sau ĐQ ở
50-80% các trường hợp. Shuebert, et al. 1992

Các triệu chứng TK trùng lắp làm khó cho chẩn đoán

Gaete, et al., 2008

- ▶ Khiếm khuyết nhận thức
- ▶ Mệt mỏi
- ▶ Vô cảm – một rối loạn cảm xúc gặp ở 23-57% các bệnh nhân đột quy.
 - ▶ Không liên quan với trầm cảm
 - ▶ Trầm cảm tương quan với khiếm khuyết chức năng trí nhớ và thi hành
- ▶ Anosognosia – không nhận thức, phủ nhận hoặc đánh giá thấp các khiếm khuyết cảm giác và nhận thức (60% trong đột quy BC phải, 24% BC trái)

Tiêu chuẩn DSM-IV chẩn đoán trầm cảm chủ yếu

Ít nhất năm trong số các triệu chứng sau trong giai đoạn 2 tuần và phản ánh thay đổi chức năng, một trong các triệu chứng phải có là khí sắc trầm cảm và mất hứng thú

- ▶ Khí sắc trầm cảm trong phần lớn thời gian trong ngày và trong phần lớn các ngày
- ▶ Giảm đáng kể hứng thú và hài lòng trong hầu hết các hoạt động
- ▶ Sụt cân hoặc tăng cân đáng kể, tăng hoặc giảm đáng kể sự ngon miệng
- ▶ Mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều
- ▶ Kích thích hoặc chậm chạp tâm thần vận động
- ▶ Mệt mỏi hoặc mất năng lượng
- ▶ Cảm giác không có giá trị, cảm giác phạm tội một cách không phù hợp
- ▶ Giảm khả năng suy nghĩ hoặc tập trung
- ▶ Lặp đi lặp lại ý nghĩ về cái chết và tự tử

Điều trị trầm cảm sau ĐQ

- ▶ Thuốc chống trầm cảm ba vòng
- ▶ SSRI và SSNRI
- ▶ Thuốc kích thích thần kinh
- ▶ Tư vấn và tâm lý trị liệu

Hiệu quả của điều trị thuốc chống trầm cảm trong PSD

- ▶ Phân tích gộp các NC trị liệu thuốc chống TC: có lợi cho BN PSD

Chen, Y, et al, 20006

- ▶ Tricyclic antidepressants có hiệu quả tương đương các thuốc thế hệ mới (SSRI) nhưng tác dụng phụ nhiều hơn.

Hiệu quả của điều trị thuốc chống trầm cảm

- ▶ SSRIs là nhóm chống trầm cảm được NC rộng rãi nhất
- ▶ Citalopram (Celexa) là thuốc duy nhất được nghiên cứu rộng trong PSD
- ▶ Không có bằng chứng cho thấy một SSRI được ưa dùng hơn thuốc khác.
- ▶ SNRI như venlafaxine và duloxetine cũng được dùng ngày càng nhiều

Tóm tắt

- ▶ Biến chứng sau đột quy rất phổ biến, ngoài các biến chứng nội khoa, cần chú ý
- ▶ Huyết khối tĩnh mạch sâu:
 - ▶ Tỷ lệ cao sau đột quy, số liệu VN tương tự thế giới
 - ▶ Điều trị bằng kháng đông; phòng ngừa bằng vận động, dụng cụ nén hơi, thuốc kháng đông
- ▶ Sa sút trí tuệ
 - ▶ Tỷ lệ 6-40%, tùy thuộc vị trí tổn thương, điều trị tương đối với thuốc kháng men
- ▶ Động kinh
 - ▶ Tỷ lệ <10%, phân biệt cơn giật triệu chứng và động kinh; chỉ điều trị khi có động kinh
- ▶ Trầm cảm
 - ▶ Chiếm 1/3 các trường hợp ĐQ, ảnh hưởng kết cục và CL sống

Cảm ơn các bạn!

