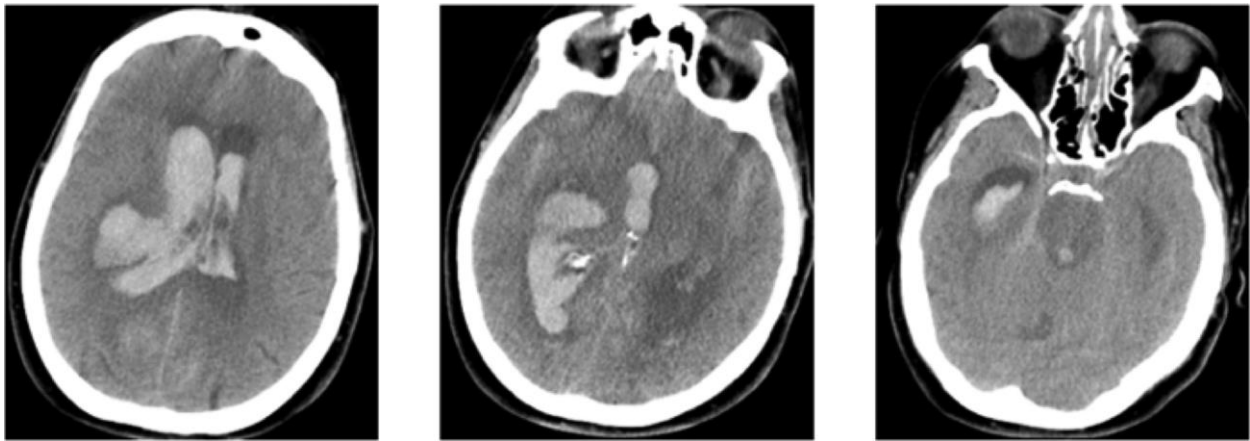


## XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TRONG NÃO

### Ca lâm sàng

Bệnh nhân (BN) nữ, 70 tuổi được đưa vào cấp cứu sau khi người nhà phát hiện bất tỉnh. Khi vào viện, Glasgow 5 điểm, bệnh nhân được đặt nội khí quản ngay lập tức. Khám cho thấy nhịp tim 75/phút, huyết áp 139/87 mmHg, thân nhiệt là 37.9 độ. Điểm Glasgow bây giờ là 4. BN còn rất ít các phản xạ thân não.  $\text{Na}^+$  máu: 142, các chỉ số PTT/PT/INR trong giới hạn bình thường. BN được chụp CT và cho kết quả như ở hình 1.



Hình 1. Hình ảnh xuất huyết trong nhu mô và trong não thất trên phim CT scan

### Câu hỏi

1. BN 70 tuổi, xuất huyết trên lều, có lan vào trong não thất. Hai yếu tố còn lại cần biết để tính chỉ số xuất huyết trong não (intracerebral hemorrhage (ICH) score) là gì?
  - a. Điểm Glasgow và thể tích khối máu tụ
  - b. Điểm Glasgow và phản xạ đồng tử
  - c. Phản xạ thân não và thời điểm cuối cùng BN ở trạng thái bình thường
  - d. Hiện diện xuất huyết dưới nhện và phản xạ thân não
2. Chỉ số ICH và tỷ lệ tiên đoán tử vong (predicted mortality rate) của BN là bao nhiêu?
  - a. 1 13%
  - b. 2 26%
  - c. 3 72%
  - d. 4 97%
  - e. 5 100%

3. Nếu gia đình mong muốn cứu sống BN bằng tất cả các phương pháp điều trị hiện có, biện pháp nào là nên ưu tiên nhất cho BN?
  - a. Đặt đường truyền trung tâm và bắt đầu liệu pháp ưu trương (hyperosmolar therapy).
  - b. Đặt catheter động mạch và bắt đầu cho thuốc hạ huyết áp nhằm kiểm soát huyết áp nghiêm ngặt.
  - c. Đặt dẫn lưu não thất ra ngoài để giảm não úng thủy (hydrocephalus) và theo dõi áp lực nội sọ.
  - d. Cho BN chụp mạch máu cổ và sọ não (cervicocerebral angiogram) để xem nguyên nhân xuất huyết có phải là do dị dạng mạch máu.
4. Những kết quả nghiên cứu hiện nay ủng hộ việc phẫu thuật điều trị xuất huyết não là gì?
  - a. Mở sọ và lấy khối máu tụ giúp cải thiện đáng kể thang điểm Rankin cải biên (modified Rankin Scale) vào thời điểm 180 ngày.
  - b. Phẫu thuật bằng bất kỳ phương pháp nào đều cho tỷ lệ tử vong và biến chứng (mortality and morbidity) giống điều trị nội khoa đơn thuần.
  - c. Đặt catheter dẫn lưu vào khối máu tụ và tiêm tPA cho thấy cải thiện kết quả điều trị
  - d. Mở sọ giải ép rộng rãi (decompressive hemicraniectomy) sẽ đem đến cơ hội tốt nhất để cải thiện tuổi thọ và chức năng trong tương lai của BN.

### **Đột quỵ xuất huyết não (Hemorrhagic Stroke/Intracerebral Hemorrhage)**

Xuất huyết trong não (XHTN) chiếm 10-15% tất cả các loại đột quỵ (stroke) và liên quan đáng kể đến tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Bệnh sinh và xử trí XHTN/ đột quỵ xuất huyết não khác biệt rõ ràng với các dạng xuất huyết nội sọ khác như xuất huyết dưới nhện, xuất huyết dưới màng cứng, và tụ máu ngoài màng cứng, mặc dù thường có các yếu tố chồng lấn giữa các thể này. Cho dù đã có nhiều nghiên cứu, nhưng cho đến nay, có rất ít thuốc hoặc chiến lược phẫu thuật được chứng minh cho thấy góp phần cải thiện đáng kể kết quả điều trị bệnh lý này.

*Vị trí của XHTN theo tỷ lệ (hình 2)*

1. Hạch đáy (basal ganglia): 50%
2. Đồi thị: 15%
3. Cầu não: 15%
4. Tiểu não: 10%

5. Chất trắng não bộ (thùy não): 10%

6. Thân não: 5%



Basal Ganglia



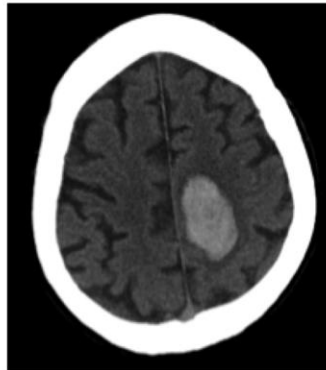
Thalamic



Pons



Cerebellum



Lobar/White Matter



Brainstem

Hình 2. Các vị trí XHTN thường gặp (Basal Ganglia: hạch đáy, thalamic: đồi thị, pons: cầu não, cerebellum: tiểu não, lobar/white matter: thùy não/chất trắng, brainstem: thân não)

### *Yếu tố nguy cơ*

-Tuổi (tỷ lệ tăng sau 55 tuổi)

-Giới (nam cao hơn nữ)

-Chủng tộc (phổ biến hơn ở người Mỹ gốc Phi (African American))

-Tiền sử có nhồi máu thiếu máu não sẽ làm tăng nguy cơ lên 23 lần

### *Bệnh sinh*

Nguyên nhân gây XHTN bao gồm tăng huyết áp, bệnh lý thoái hóa mạch máu amyloid, dị dạng mạch máu não (dị dạng động tĩnh mạch não/phình động mạch não/u

máu thể hang/dò động tĩnh mạch), u não xuất huyết, bệnh lý đông máu, u trong ung thư máu (hematological neoplasm), nhồi máu não xuất huyết, do sử dụng thuốc gây nghiện trái phép (ví dụ amphetamine, cocaine...), sau mổ, và chấn thương.

### *Diễn biến bệnh lý*

Đầu tiên, khối máu tụ xâm nhập nhu mô não sẽ gây tổn thương nơ-ron và tế bào thần kinh đệm, đồng thời tạo hiệu ứng choán chỗ và chèn ép. Sau đó, hiện tượng phù nề quanh khối máu tụ (phù tế bào và phù mạch máu) sẽ dẫn đến tăng áp lực và hiệu ứng choán chỗ cũng như làm tổn thương các nơ-ron xung quanh qua cơ chế các chất thoái hóa của máu gây nhiễm độc tế bào. Ngoài ra, có thể xảy ra tổn thương khác khi khối máu tụ lan vào trong não thất gây não úng thủy cấp tính và nguy cơ tụt kẹt. Não úng thủy không tắc nghẽn mạn tính cũng có thể xảy ra do các thành phần của máu phá vỡ sự hấp thu dịch não tủy.

### *Phân loại và tiên lượng: Chỉ số XHTN (ICH score)*

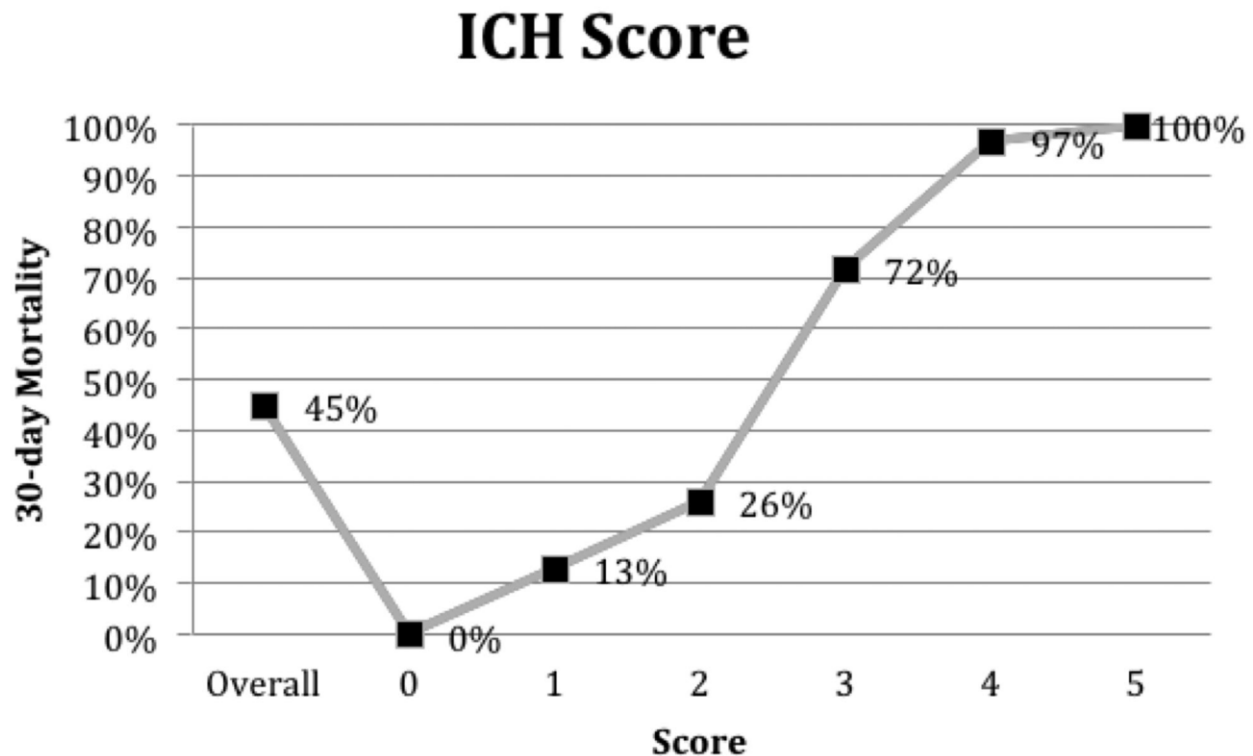
Tỷ lệ tử vong của XHTN là 40-50%, đa số BN sống sót thì bị tàn phế đáng kể ở thời điểm 6 tháng.

Các nhà nghiên cứu đã đánh giá các yếu tố lâm sàng và hình ảnh học, phát triển hệ thống cho điểm dựa trên hồi cứu các trường hợp tử vong để giúp các nhà lâm sàng đưa ra quyết định điều trị.

Hệ thống điểm này bao gồm điểm Glasow (GCS), thể tích khối máu tụ trong não (ICH volume), sự xâm lấn của khối máu tụ vào não thất (IVH), vị trí khối máu tụ trên hay dưới lều tiểu não, và tuổi của bệnh nhân. Điểm càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao (Hình 3 và 4).

<b><u>ICH Score Grade</u></b>	
<b><i>Components</i></b>	<b><i>Points</i></b>
<b><u>GCS</u></b>	
13-15	0
5-12	1
3-4	2
<b><u>ICH Volume (ml)</u></b>	
<30	0
>30	1
<b><u>IVH</u></b>	
No	0
Yes	1
<b><u>Infratentorial Origin</u></b>	
No	0
Yes	1
<b><u>Age (years)</u></b>	
<80	0
>80	1
<b><u>Total Score</u></b>	<b>0-6</b>

Hình 3. Thang điểm XHTN (viết tắt: GCS: thang điểm Glasgow, ICH volume: thể tích khối máu tụ trong não, IVH: máu tụ trong não thất, Infratentorial Origin: nguồn gốc từ dưới lên)



Hình 4. Biểu đồ tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày từ khi bị XHTN. Tỷ lệ tử vong chung là 45%, tỷ lệ là 97% đối với BN có chỉ số XHTN là 4.

### *Chiến lược điều trị*

1. Ở hồi sức cấp cứu: Mặc dù nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhưng vẫn chưa thiết lập được bộ hướng dẫn điều trị thống nhất về XHTN.

a. Tùy thuộc vào điểm Glasgow, BN có thể cần hoặc không cần đặt nội khí quản và bảo vệ đường thở.

b. Kiểm soát HA ở mức thích hợp là quan trọng. HA tâm thu thường được khuyến cáo giữ ở mức <140 đến 160mmHg để giảm nguy cơ chảy máu lại. Tuy nhiên, khối xuất huyết trong não tự phát hiếm khi tăng kích thước sau lần chảy máu đầu tiên, vì vậy chỉ số HA tâm thu có thể cho phép duy trì ở mức cao hơn 160mmHg ở những BN tăng HA mạn tính. Tuy nhiên, kiểm soát nghiêm ngặt HA có thể cần đạt được ở một số bệnh lý cụ thể, chẳng hạn như dị dạng động tĩnh mạch não hoặc phình mạch não chưa được phẫu thuật. HA thấp sẽ không tốt cho tưới máu nhu mô não bình thường cho nên cần tránh vấn đề này, hơn nữa, điều trị tăng HA quá tích cực dẫn đến HA thấp còn gây hậu quả nặng nề hơn. (Xem thêm bài [Optimal Blood Pressure](#))

*After Intracerebral Hemorrhage Still a Moving Target, Rabinstein, Stroke. 2018;49:275–276).*

c. Xử lý phù não trong bối cảnh phù não tế bào và phù não do mạch máu là rất cần thiết để giảm tổn thương thứ phát. Điều này có thể đạt được bằng liệu pháp ưu trương (nước muối ưu trương, mannitol), liệu pháp này được sử dụng ở bệnh nhân chấn thương sọ não phổ biến hơn so với XHTN.

d. Tiến hành các xét nghiệm hình ảnh để xác định nguyên nhân bệnh lý. Chụp CT mạch máu não và chụp mạch máu não số hóa xóa nền để loại trừ dị dạng mạch máu não, và phim MRI có thể cần được chỉ định để chẩn đoán chính xác đối với các trường hợp xuất huyết trong nhồi máu não, u, hoặc nguyên nhân nhiễm trùng. MRI có ích trong phân biệt xuất huyết do u máu thể hang với bệnh lý mạch máu thoái hóa amyloid, cho dù chẩn đoán xác định bệnh lý mạch máu thoái hóa amyloid cần dựa trên sinh thiết và mô bệnh học.

## 2. Phẫu thuật

a. Khối máu tụ >3 cm, có hiệu ứng choáng chỗ và BN có biểu hiện sa sút thần kinh có thể cần phẫu thuật giải ép.

b. Dẫn lưu não thất ra ngoài có thể được chỉ định đối với BN có máu tụ trong não thất và não úng thủy thể tắc nghẽn.

c. Phẫu thuật giải ép và lấy bỏ khối máu tụ

-Lấy khối máu tụ: Các nghiên cứu thử nghiệm STITCH I và II về mở sọ lấy máu tụ nói chung và mở sọ lấy khối máu tụ bề mặt cho thấy kết quả điều trị không khác biệt so với điều trị nội khoa đơn thuần. Tuy nhiên, những nghiên cứu này có những hạn chế nhất định và mẫu nghiên cứu không bao gồm những bệnh nhân có nguy cơ tụt kẹt não bộ.

-Đặt catheter dẫn lưu và tiêm tPA (nghiên cứu có tên là MISTIE) và phẫu thuật xâm lấn tối thiểu lấy máu tụ cho thấy cải thiện kết quả điều trị về mặt biến chứng và tử vong (morbidity and mortality outcome) ở BN có khối máu tụ 25-40 mL và điểm Glasgow > 9 (Class IIb, Evidence level B; một số nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên về vấn đề này đang được tiến hành).

-Lấy bỏ khối máu tụ: Nghiên cứu CLEAR III cho thấy BN có khối máu tụ trong não thất lớn có cải thiện lâm sàng tốt hơn khi được tiêm tPA qua catheter dẫn lưu não

thất so với BN không được tiêm tPA. Lấy máu tụ qua nội soi cũng là một lựa chọn, nghiên cứu cho thấy phương pháp này giúp giảm thời gian nằm ở khoa hồi sức tích cực và giảm tỷ lệ BN cần phải đặt shunt dẫn lưu não thất sau này, nhưng lại không giảm tỷ lệ tử vong hoặc điểm hồi phục Glasgow (Glasgow Outcomes Scores).

### **Thảo luận ca lâm sàng**

BN này được nhập viện với chỉ số ICH là 4 (GCS 4 = 2 điểm, ICH volume >30 mL = 1 điểm; với IVH = 1 điểm, XH trên lều = 0; 70 tuổi = 0). Mặc dù với chỉ số ICH là 4 thì tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 97%, gia đình quyết định làm tất cả những gì có thể để cứu BN. Dẫn lưu não thất được đặt cấp cứu. Chụp CT mạch máu não và cổ không phát hiện nguyên nhân gây xuất huyết. BN được vào khoa ICU và đặt đường truyền trung ương để bắt đầu liệu pháp ưu trương. Sau đó, BN được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu để lấy khối máu tụ trong não và trong não thất và tiếp tục hồi sức nội khoa tích cực.

### **Các điểm quan trọng**

- Chỉ số ICH chứa đựng các thông tin quan trọng về khả năng sống sót giúp bác sỹ đưa ra quyết định điều trị và thảo luận với gia đình.
- Chỉ số ICH không đại diện cho toàn bộ các BN; nó có ích trong việc tiên lượng và đưa ra quyết định nhưng không nên dùng chỉ số này như là yếu tố cuối cùng quyết định việc điều trị hay không điều trị.
- Có guidelines cho việc phẫu thuật lấy máu tụ, tuy nhiên ít có bằng chứng khoa học để củng cố cho quan điểm phẫu thuật lấy máu tụ trên lều.

### **Trả lời**

1. A. Điểm Glasgow và thể tích khối máu tụ. 5 thành phần của điểm ICH là: điểm Glasgow, thể tích máu tụ, máu tụ trong não thất, vị trí khối máu tụ (trên hay dưới lều), và tuổi
2. D. 4,97% tử vong. Dựa trên điểm ICH.
3. C. Đặt dẫn lưu não thất để giảm và theo dõi áp lực nội sọ. Mặc dù các đáp án được đưa ra trong câu hỏi này là các biện pháp điều trị có thể được áp dụng dần theo thời gian cho BN này, nhưng CT cho thấy máu tụ trong não thất và não thất giãn lớn (có tình trạng não úng thủy cấp). Việc đặt dẫn lưu não thất



để giảm áp lực nội sọ và dẫn lưu máu tụ trong não thất có thể đem lại lợi ích ngay lập tức cho BN.

4. C. Đặt catheter dẫn lưu vào trong khối máu tụ và tiêm tPA cho thấy cải thiện kết quả điều trị. Nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị XHTN đã được nghiên cứu, cho nhiều kết quả không giống nhau giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu MISTIE về tiêm tPA trong khối máu tụ cho thấy đem lại cải thiện có ý nghĩa về thống kê về tỷ lệ biến chứng và tử vong (morbidity and mortality rate) ở BN bị XHTN, cho dù chỉ là khuyến cáo class IIB, level B của AHA.

*BS. Trương Văn Trí dịch*

Nguồn: Sanjay Konakondla et al., Essential Neurosurgery for Medical Students- Neurosurgical Physiology and Neurocritical Management of The Acute Neurosurgical Patient, Operative neurosurgery, volume 17, number 2, pS17-S43, 2019.

[https://academic.oup.com/ons/article/17/Supplement\\_1/S17/5491061](https://academic.oup.com/ons/article/17/Supplement_1/S17/5491061)