

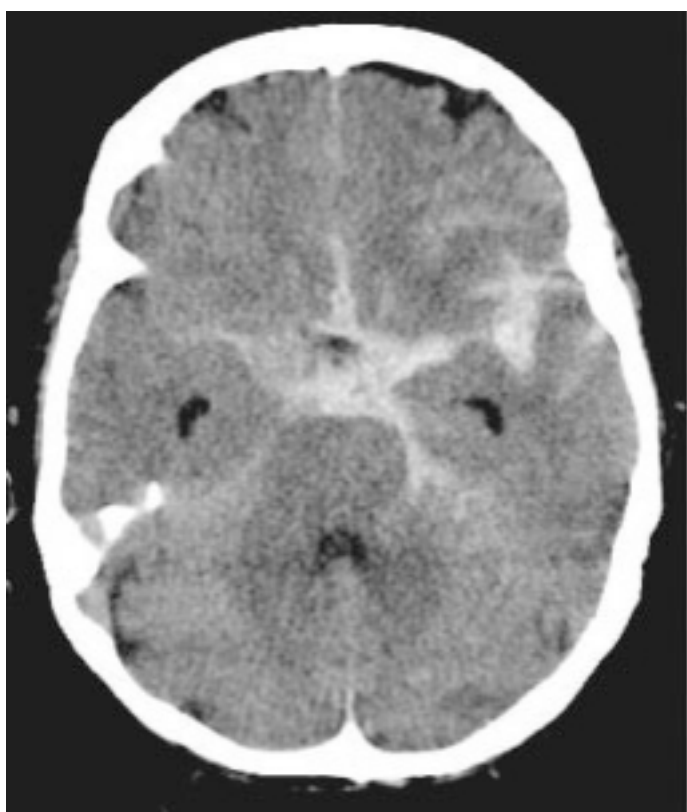
Chảy máu dãn i nhĩn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Bs Nguyễn Lãng Thào - Khoa Nội tim mạch

Định nghĩa: Chảy máu dãn i nhĩn là tình trạng chảy máu vào trong khoang dãn i nhĩn bao quanh não. Chẩn đoán là nguyên nhân thường gặp nhất của chảy máu dãn i nhĩn. Đây sẽ trình bày về chảy máu dãn i nhĩn tự phát, 80% số này là do vỡ phình mạch hình túi trong não (intracranial saccular aneurysms) gây nên.



Dịch thể học:

Chảy máu dãn i nhĩn chiếm 3% các đột quỵ não nhưng gây i thích cho 5% các đột quỵ não.

Tỷ lệ mắc là 6-15 trên 100000 người/năm ở Hoa Kỳ, với nguy cơ cao hơn ở người Mỹ gốc Phi.

Chẩn máu d... i nh...

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Trên thế giới, tỷ lệ mắc cao hơn đáng kể báo cáo ở Nhật Bản, Mỹ và bán đảo Scandinavi.

Những người có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn (60% bệnh nhân là phụ nữ).

Các yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, dùng thuốc viên tránh thai, rượu và các chất kích thích.

Các bệnh khác đáng kể liên quan với phình mạch: bệnh thận đa nang, hội chứng Marfan, hội chứng Ehlers-Danlos, hội chứng mạch máu, loạn sản xương.

Vị trí: 30% ở động mạch thông ngực, 20% ở động mạch não giữa, 10% ở động mạch thân ngực, 5% ở động mạch đốt sống, và 25% có nhiều vị trí phình mạch.

Biểu hiện lâm sàng:

“Đau đầu dữ dội và tê liệt đột ngột trong cuộc đời”

“Đau đầu như sét đánh”

Đau đầu đôi khi đi kèm với các triệu chứng thần kinh khu trú.

Chẩn đoán:

Do tình trạng này có khả năng đe dọa tính mạng, cần tiến hành khám lâm sàng đánh giá chẩn đoán.

Chảy m u d  i nh n

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Chẩn đoán chy máu dể i nhn:

Cholesterol là p vi tính não không tiêu thụ c c n quang: Nó u ch p c t l p vi tính não bình th ng, nh ng b n v n nghi ng lâm sàng cao có ch y máu d i nh n, c n ph i ch c d ch não t y, vì ch p c t l p vi tính có th đót các ch y máu d i nh n nh ho c kín đáo, nh t là n u đã quá 72 gi t khi b đ t qu não.

Chỉ số đo chức năng não: Không được quên đích thân bệnh nhân kiểm tra đo chức năng não tìm dấu hiệu u đo chức năng ánh sáng (xanthochromia). So sánh màu sắc đo chức năng não với i nòng. Đo nh lượng hồng cầu trong ống nghiệm máu và cu i. Cho người i chuyển các ống nghiệm đo chức năng não tìm phòng xét nghiệm để đem bỏ phòng xét nghiệm nhanh chóng tiến hành xét nghiệm bệnh phẩm này.

Chẩn đoán các phình mạch trong não

Chụp mạch số hóa xóa nền (Digital subtraction angiography – DSA): là tiêu chuẩn vàng.

Chụp cắt lớp vi tính mô ch não: rớt tụt nhũng phò thuộ c vào máy chụp cắt lớp vi tính. Khó nhìn thấy các phình mô ch gồ n xồ ng.

Chẩn đoán hình ảnh tủy não: là xét nghiệm khá tốn kém sàng lọc các phình mạch chồi a và có kích thước >5mm.

Các nguyên nhân khác của chảy máu đờm nhầy ngoài phình mạch trong s:

Chảy máu dưới nhện quanh não giã (perimesencephalic SAH): Máu chỉ khu trú ở phía trước của não giã (hốc cầu não). Hình ảnh chụp mạch não bình thường. Không rõ nguyên nhân của chảy máu (tăng tĩnh mạch?). Tình trạng này có tiên lượng tốt và tiến triển lành tính.

Chảy máu dãn i nhĩn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Dãn dãn tĩnh mạch (AVM): Kinh điển sẽ gây chảy máu trong nhu mô, nhĩn có thể dãn dãn chảy máu dãn i nhĩn. Chụp mạch sẽ hóa xóa nhĩn sẽ giúp chẩn đoán.

Bóc tách tĩnh mạch (thường là tĩnh mạch đầu sừng): Bóc tách thành tĩnh mạch lan rộng từ ngoài sẽ dãn phần trong sẽ có 1 tĩnh mạch hoặc dãn c giãn hĩn dãn tĩnh mạch trong sẽ có thể dãn dãn chảy máu dãn i nhĩn. Điều này có thể xảy ra từ phát hoặc sau chấn thương. Chụp DSA hoặc chụp hĩn sẽ có thể giúp phát hĩn dãn c các bất thường.

Rò tĩnh mạch (arteriovenous fistula): Có thể chụp thĩy dãn c bằng chụp DSA một cách cẩn thận.

Đột quỵ tuyến yên (pituitary apoplexy): Chụp cộng hưởng từ có lợi trong chẩn đoán.

Cocain: Có thể dãn dãn chảy máu dãn i nhĩn, chảy máu trong não hoặc thiĩu máu não cấp cĩ.

Chẩn thương: Hĩi bệnh sẽ chi tiết, khám bên ngoài hĩp sẽ cẩn thận có thể gợi ý chẩn thương là nguyên nhân ban đầu.

Viêm mạch máu (vasculitis): Khó chẩn đoán vì DSA vẫn không nhĩy, vẫn không dãn c hĩu. Sinh thiĩt não rút dãn c hĩu nhĩn sẽ không nhĩy.

Xĩ trí các phĩn mạch bĩ vĩ:

Các mĩc tiêu:

Ngăn ngừa chảy máu thĩ phát.

Chẩn y máu dãn i nhĩn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Đi u trĩ dĩ i vĩ i chính phĩnh mĩch: kĩp bĩng clip hoĩc nút bĩng coil.

Dĩ phòng và dĩ u trĩ các biĩn chĩng: tràn dĩ ch nĩu tĩy gĩy dĩn nĩu thĩt, co giĩt, thiĩ u mĩu cĩc bĩ tim hoĩc loĩn nhĩp, co thĩt mĩch, hĩ natri mĩu, các nhiĩm khuĩn, huyĩt khĩ i tĩnh mĩch sũ.

Phĩc hĩi chĩc nĩng.

Dĩ phòng chĩ y mĩu tĩi phĩt:

Chĩ y mĩu tĩi phĩt xĩy ra vĩ i tĩ lĩ cao nhĩt trong vĩng 24 giĩ dĩ u sau chĩ y mĩu dĩĩ i nhĩn (4%) và gĩy tĩ vong cao.

Các biĩn phĩp sau thĩĩng dĩĩc thĩc hiĩn nhĩng cĩn chĩ a cĩ bĩng chĩng:

Kĩm sĩt huyĩt ĩp cĩ thĩ dĩĩng vai trĩ quan trĩng trĩĩc khi dĩ u trĩ triĩt dĩ nhĩm làm giĩm chĩ y mĩu tĩi phĩt. Huyĩt ĩp dĩĩng mĩch trung bĩnh mĩc tiĩu cĩn dĩt lĩ 70-100 mmhg, và mĩc tiĩu nĩy thĩp hĩn cĩ y nĩĩĩa so vĩ i các hĩi chĩng dĩt quĩ nĩu khĩc.

Nĩm nĩgĩ tĩ i giĩĩng và cho bĩnh nhĩn dĩĩc nhĩp dĩ u trĩ tĩ i khoa Hĩi sĩc – Cĩp cĩ u cĩ phĩĩng tiĩn dĩ theo dĩĩ liĩn tĩc bĩnh nhĩn.

Các thuĩc chĩng tiĩu fibrin (acid epsilon-aminocaproic, acid tranexemic) làm giĩm chĩ y mĩu tĩi phĩt nhĩng lĩ i thĩc dĩ y biĩn chĩng thiĩ u mĩu cĩc bĩ. Vĩ vĩy các thuĩc nĩy hiĩm dĩĩc sĩ dĩĩng.

Dĩ u trĩ dĩ i vĩ i tĩi phĩnh mĩch:

Chảy máu dòi ở nhũn

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Điểm ưu trội này phải được tiến hành càng sớm càng tốt, nhất là các bệnh nhân có khiếm khuyết lâm sàng từ nhẹ đến trung bình, với mục tiêu là giúp ngăn ngừa chảy máu tái phát.

1. Phẫu thuật kẹp clip túi phình mạch bụng clip:

Phẫu thuật mổ sọ và đặt kẹp kim loại (clip) để loại bỏ phình mạch khi vòng tu hoàn chỉnh mạch.

Kỹ thuật này được cho là cách tốt nhất để ngăn ngừa lâu dài chảy máu do phình mạch.

Nhưng kỹ thuật này vẫn để lại tình trạng tàn phế, và không để kẹp clip được đặt với một số túi phình mạch liên quan với vị trí, hình dáng túi phình mạch

2. Đặt coil qua đường ngấm mạch

Đặt coil đã trở thành 1 biện pháp điểm ưu trội thay thế cho phẫu thuật kẹp clip túi phình mạch bụng clip. Khi coil lấp đầy phình mạch bụng clip, chúng sẽ gây tắc và loại bỏ khi tu hoàn chỉnh mạch 1 cách hiệu quả túi phình mạch.

Tỉ lệ chảy máu tái phát thấp theo không tốt nhất phẫu thuật kẹp clip túi phình bụng clip nhưng cũng được coi là tốt gần bằng.

Thuật này có thể không bền bằng kẹp clip túi phình bụng clip. Dù lâu dài còn chưa đầy đủ, song làm bất tắc hoàn toàn phình mạch không phải bao giờ cũng đặt được ngay từ lần can thiệp đầu tiên và có thể cần can thiệp nhiều lần.

Một số phình mạch không để đặt được coil do có vị trí xa hoặc do hình dáng túi phình.

Kép clip túi phình bàng clip hay làm bất cứ túi phình bàng coil? Đó là 1 câu hỏi lớn.

Tùy tình trạng bệnh, song nên đưa vào để đi tìm lâm sàng, giải phẫu của từng bệnh nhân và kinh nghiệm của đội ngũ tiến hành can thiệp nội mạc và thực thu được phẫu thuật thận kinh.

ISAT là 1 thử nghiệm đa trung tâm ngẫu nhiên so sánh 2 phương pháp:

23,7% được nút mạch bàng coil so với 30,6% bệnh nhân được kẹp clip cắt túi phình. Các tiêu chí đánh giá là tình trạng sống phẫu thuật hoặc tử vong sau 1 năm (giảm 6,9% nguy cơ tuyệt đối và kết cục xấu).

Đối với thử nghiệm này, các bệnh nhân được coi là nguyên nhân tử vong cho cả 2 thủ thuật (gần 60% được đưa vào tử vong ngoài thử nghiệm). 88% số bệnh nhân có chảy máu dưới nhện (độ WFNS 1 hoặc 2). Do đó, các kết quả không thể khái quát hóa cho toàn bộ quần thể bệnh nhân chảy máu dưới nhện.

Các vị trí phình mạch có thể gặp: 51% các phình mạch của động mạch thông trước hoặc não trước và 33% các phình mạch của động mạch thông sau hoặc động mạch cảnh trong. Chỉ 14% các phình mạch là thu được động mạch não giữa và 2,7% là các phình mạch của động mạch não sau.

Rất có thể hiểu hết các phình mạch của động mạch não giữa được kẹp clip và các phình mạch của tuỷ não sau được nút coil không được đưa vào nghiên cứu này.

Đưa vào kết quả của nghiên cứu ISAT, đưa vào để ưu tiên lựa chọn đối với túi phình của động mạch thông sau hoặc động mạch thông trước, động mạch cảnh trong, động mạch não trước đã bị vỡ là nút bàng coil, ngược lại, đã nói ở trên, cách tiếp cận hợp lý phải đưa vào các yếu tố cá nhân hóa.

Chẩn y máu dãn i nhn

Vit b i Biên tp viên

Th ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Ln cp nh t cu i Th ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

D phòng và đi u tr các bi n ch ng:

Cũng nh đ i v i các đ t qu não khác th ng g p, các bi n ch ng n i khoa chung nh huy t kh i tính m ch sâu, viêm ph i và các nhi m khu n khác. Ch y máu dãn i nh n có các bi n ch ng khác riêng bi t: tràn d ch não t y gây dẫn não th t, co gi t, co th t m ch não và các khi m khuy t mu n do thi u máu c c b .

Tràn d ch não t y gây dẫn não th t (Hydrocephalus):

Tràn d ch não t y gây dẫn não th t rõ r t x y ra g n 20% s b nh nhn b ch y máu dãn i nh n. Tràn d ch não th t có th đã x y ra th i đi m ch y máu dãn i nh n.

Ch n đoán:

Các d u hi u lâm sàng bao g m; suy gi m ý th c, kích thích, tăng huy t áp, và nh p tim ch m. Tuy nhiên các d u hi u này không đ c hi u.

Ch p c t lp vi tính não không tiêm thu c c n quang: dẫn các não th t.

Đi u tr :

D n l u d ch não t y ra ngoài qua 1 catheter đ t trong não th t (d n l u não th t ra ngoài ho c m thông não th t).

Sau khi ti n hành th thu t m thông não th t b nh nhn c n đ c theo dõi v s l ng d ch não t y đ c d n l u và tình tr ng nhi m khu n.

Chẩn đoán lâm sàng

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Nếu tràn dịch não tủy gây dẫn não thất kéo dài có thể chuyển từ dịch não tủy ra ngoài sang dịch não tủy bên trong bằng cách đặt dịch não tủy não thất-bụng (ventriculo-peritoneal), não thất-tâm nhĩ (ventriculo-atrial), hoặc thất lưng-phức mạc (lumbo-peritoneal shunt) do bác sĩ phẫu thuật thần kinh thực hiện.

Cơ sở:

Có thể làm tăng huyết áp và do đó làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát.

Đề phòng:

Không có bằng chứng hỗ trợ việc sử dụng thuốc, chúng tôi không cho thuốc chống động kinh thất dụng quy trình khi đã xảy ra cơn co giật hoặc nếu dùng thuốc cho dừng trong thời gian ngắn.

Phenytoin 300mg/ngày và điều chỉnh liều để duy trì nồng độ thuốc trong huyết thanh là 10-20µg/ml.

Chẩn đoán: Có thể không nhận biết được các cơn động kinh không có biểu hiện co giật trên lâm sàng (non-convulsive seizure). Ghi điện não đồ giúp ích chẩn đoán nếu bệnh nhân tình trạng chảy máu não hoặc dùng thuốc an thần gây nhầm lẫn quá trình đánh giá.

Điều trị: Phenytoin thường được sử dụng nhất và sẽ có trên thị trường các chế phẩm dùng theo đường uống và đường tĩnh mạch. Đối với các thuốc chống động kinh khác, levetiracetam, acid valproic và phenobarbital sẽ có trên thị trường dưới dạng tiêm tĩnh mạch.

Có thể tشنه não (cerebral vasospasm) và các khiên muộn (delayed deficit) do thشنه u máu não cấp tính

Chẩn y máu dãn i nhn

Vit b i Biên tp viên

Th ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Ln c p nh t cu i Th ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Thng kh i phát 3-5 ngày sau ch y máu dãn i nhn, t i đa 5-10 ngày.

Gn 30% ch y máu dãn i nhn xu t hi n tình trng co th t m ch, và 15-20% t n tri n thành đ t qu thi u máu não c c b .

D phòng:

Thu c ch n kênh canxi: Nimodipin (Nimotop) 60mg u ng cách m i 4 gi x 3 tu n, nh ng c n đi u ch nh gi m li u n u huy t áp b h xu ng quá th p gây nguy c làm gi m áp l c t i máu thích h p cho b nh nhn. Nên b t đ u đi u tr s m sau ch n đoán ch y máu dãn i nhn đ ngăn ng a co th t m ch.

Magne: d li u giai đo n 2 dùng Magne sulfat b t đ u trong vòng 4 ngày sau ch y máu dãn i nhn và dùng liên t c đ n 14 ngày sau đi u tr phn m ch có th làm gi m các khi m khuyn t thi u máu não c c b mu n. Li u Magne sulfat đ c s đ ng là 64mmol/l m i ngày nh m đ t đ c m c tiêu đ a n ng đ Magne máu 1-2mmol/l.

M t nghi n c u g n đây v statin đã không cho th y có l i ích, và các đi u tr khác v n đang đ c đánh giá.

Ch n đoán:

Siêu âm Doppler xuyên s (TCD): Đo xu hng t c đ dòng (velocity trend) hàng ngày ho c đ nh k cho th y t n ích h n nh ch p t c đ dòng ch y 1 th i đi m. Vì v y c n ghi l i giá tr ban đ u và theo dõi hàng ngày thông s này. Ch s Lindegaard là t l t c đ dòng ch y c a đ ng m ch não gi a so v i đ ng m ch c nh trong đo n ngoài s . Tăng t c đ dòng ch y có th ch đ n có co th t m ch ho c do tăng dòng máu não toàn b . Tăng ch s Lindegaard có th là d u hi u đáng tin c y đ đánh giá tình trng co th t đ ng m ch não gi a.

Ch p c t l p vi tính m ch (CTA): CTA c n tiêm thu c c n quang có iod nh ng có th đ c k t

Chẩn y máu dđ i nh n

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

hợp với chẩn đoán lâm sàng và tính toán máu để chẩn đoán có thể tốt nhất và thi u máu các bệnh.

Chẩn đoán não (angiography): Thủ thuật xâm lấn hiếm, nhưng cũng có thể được kết nối với điều trị bằng thuốc hình mạch máu hoặc tiêm papaverin trong động mạch.

Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng: Các khiếm khuyết cục bộ trong thi u máu não cục bộ, mặc dù có thể có thêm rối loạn chức năng thùy trán 2 bên như trong trường hợp có thể động mạch thông trung, hoặc suy giảm ý thức nếu do có thể động mạch song song. Chẩn đoán đoán và điều trị có thể tốt nhất khi các triệu chứng và các dấu hiệu này xuất hiện.

Điều trị

Tăng huyết áp (Hypertension)— tăng thể tích máu (Hypervolemia)— tăng pha loãng (Hemodilution) (hay còn gọi là liệu pháp 3H). Một phần hoặc toàn bộ các pha của bệnh này thường được sử dụng. Kết hợp thuốc vận mạch và các chất làm tăng thể tích tuần hoàn như albumin, dịch keo, chế phẩm máu.

Có thể thực hiện điều trị can thiệp nội mạch trực tiếp với bóng động mạch bóng bóng (balloon angioplasty) hoặc truyền thuốc papaverin hay nicardipin.

Tiền lâm sàng:

Tỷ vong: trong 1 nghiên cứu đưa vào quần thể, 3% bệnh nhân chẩn y máu dđ i nh n tỷ vong trước khi tiếp cận được dịch chăm sóc y tế và 1/3 tỷ vong trong tháng đầu. 1/4 tỷ vong có thể được quy kết trực tiếp cho tình trạng chẩn y máu ban đầu, 1/4 khác được quy cho có thể tốt nhất, và 1/4 nữa do chẩn y máu tái phát.

Tần suất: 1/3 số bệnh nhân có liên quan các khiếm khuyết thần kinh.

Chẩn y máu d... i nh... n

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Nguy cơ chảy máu tái phát: với phình mạch không được kẹp clip, 6% bệnh nhân sẽ bị chảy máu tái phát trong vòng 3 ngày đầu, và 12% trong vòng 2 tuần đầu. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bị chảy máu tái phát.