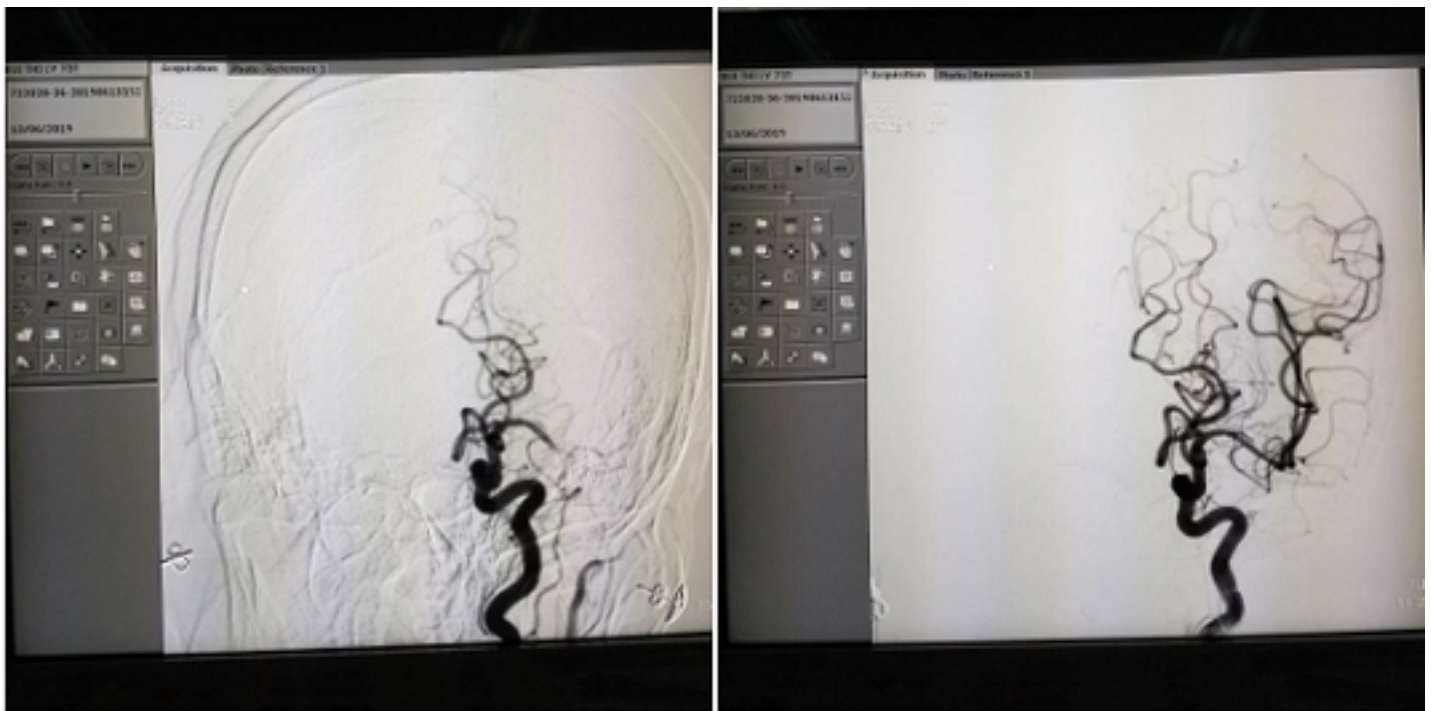


Khoa Nội Tim mạch

Trình bày lâm sàng: Ngày 13 tháng 6, khoa cấp cứu BVĐK Quảng Nam tiếp nhận bệnh nhân Bùi Thị L., 73 tuổi, trong tình trạng lơ mơ, liệt nửa ng ½ ng phải phải, không nói được. Kết quả chụp CT sọ não cấp cứu cho thấy não không chảy máu, bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não sọ m giai đoạn 4 nghi do tắc động mạch não giữa bên trái. Bệnh nhân được sử dụng ngay thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (tPA- Alteplase) nhưng kết quả đánh giá là không thành công. Bệnh nhân được chuyển lên phòng can thiệp tim mạch, và tiến hành chụp mạch máu não trên hình ảnh DSA với kết quả tắc hoàn toàn động mạch não giữa bên trái - đây là nhánh chính nuôi bán cầu não trái (bán cầu u thùy) chi phối vận động 1/2 ng phải, khả năng nói và hiểu ngôn ngữ, nên u tắc động mạch sọ m di chứng tàn phế nghiêm trọng, thối chí vọng. Ekip can thiệp đã thực hiện kỹ thuật tái thông động mạch não giữa bên trái bằng dụng cụ lấy huyết khối (solitaire). Kỹ thuật thành công, chụp mạch não kiểm tra cho thấy động mạch não giữa trái tái thông hoàn toàn. Sau 2 ngày điều trị, bệnh nhân hồi phục gần như hoàn toàn, tiếp tục sinh hoạt bình thường.



Hình ảnh tắc động mạch não giữa bên trái (mũi tên) và tái thông sau can thiệp của bệnh nhân

2 / 7

quang và xét nghiệm glucose máu là các xét nghiệm cần thiết duy nhất.

8. Nên cân nhắc có đốm c kết quả CT scan não không cần quang trong vòng 20 phút sau khi đưa bệnh nhân vào bệnh nhân có thể là ứng viên cho tPA TM hoặc có thể hủy hoại khi cần thiết.

9. Dù có hi vọng rằng mức độ tăng đốm c trên CT không nên đốm c sự tăng mức độ tiêu chuẩn để chờ đợi trước tPA TM cho bệnh nhân nếu không có hi vọng để đợi kết quả.

10. Không khuyến cáo sự tăng độ nhạy quy hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) để loại trừ chảy máu não vi thể (microbleed) trước khi sử dụng tPA TM.

11. Không khuyến cáo sự tăng các tiêu chuẩn hình ảnh để chờ bệnh nhân thí nghiệm máu các bệnh lúc thực hiện với kết quả hoặc có thể gián tiếp phát triển chứng không rõ ràng để bắt đầu cho đợi trước với tPA TM.

12. Chụp CT hoặc MRI đa pha không thực, kết quả hình ảnh tiếp xúc máu, không đốm c gây trì hoãn việc sử dụng tPA TM.

13. Không nên dùng tPA TM cho bệnh nhân đã nhận một liều đợi trước của heparin trong vòng 24 giờ trước.

14. tPA TM đốm c khuyến cáo cho những bệnh nhân đang dùng kháng tiểu cầu (đốm c hoặc kép) trước kết quả trên cơ sở chứng cứ tPA mang lại lợi ích vượt quá tăng nguy cơ xuất huyết não.

15. Huyết áp của bệnh nhân phải đốm c duy trì <180/105mmHg ít nhất là 24 giờ đầu sau đợi trước tPA TM.

16. Đốm c với bệnh nhân có thể là ứng viên cho đợi trước để hủy hoại khi cần thiết, chụp CT mức độ

(CTA) hoặc chụp cộng hưởng từ mạch (MRA) chụp chụp (để tìm tìm mạch máu bị tắc) để khuyến cáo, nhưng công việc này không gây trì hoãn việc đi u trị với tPA TM nếu được chỉ định.

17. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi nên được đi u trị lấy huyết khối bằng máy stent retriever nếu họ có khiếm khuyết tại thời điểm đột quỵ, có thể nghi ngờ mạch máu bị tắc trong hoặc gần gần động mạch não giữa, có điểm số NIHSS (National Institutes of Health stroke scale) ≥ 6 , có bằng chứng CT scan não không cản quang (điểm ASPECT ≥ 6), và nếu họ có thể được đi u trị trong vòng 6 giờ sau khi phát.

18. Mọi đây, 2 thử nghiệm (DAWN và DEFUSE 3) cho thấy lợi ích rõ ràng của liệu pháp lấy huyết khối cơ học với “cửa sổ thời gian mở rộng” cho một số bệnh nhân bị tắc mạch máu trong vòng 16-24 giờ.

19. Khuyến cáo sử dụng aspirin cho bệnh nhân đột quỵ trong vòng 24-48 giờ sau khi khởi phát. Đối với bệnh nhân đã được đi u trị bằng tPA TM, aspirin thường được trì hoãn 24 giờ.

20. Bệnh nhân bệnh nhân đột quỵ não, liệu pháp tiêu thụ kép (aspirin+clopidogrel) bắt đầu trong vòng 24 giờ, kéo dài 21 ngày có thể có tác dụng phòng ngừa đột quỵ thứ hai tại 90 ngày.

THANG ĐIỂM CHẨN ĐOÁN ĐỘ T QUỴ SẴM TRÊN CT (ASPECTS)

- Đánh giá vùng tổn thương do tắc động mạch não giữa
- Dựa vào hai lớp cắt trên CT Scan chuẩn
- Lớp cắt thấp nhất ngang vùng đầu thùy - nhân non
- Lớp cắt thấp hai phía trên lớp thấp nhất và phía trên nhân non (không thấy nhân non)
- Vùng phân bố của động mạch não giữa được chia làm 10 vùng:

- 4 vùng dưới vị:

+ Nhân đuôi - Caudate (C)

Thoát khỏi tàn phế nhờ đờ c đả đ n b nh vi n s m

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 23 Tháng 6 2019 17:39 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 23 Tháng 6 2019 18:06

+ Nhân đờ u - Lentiform (L)

+ Thu đờ o - Insular (I)

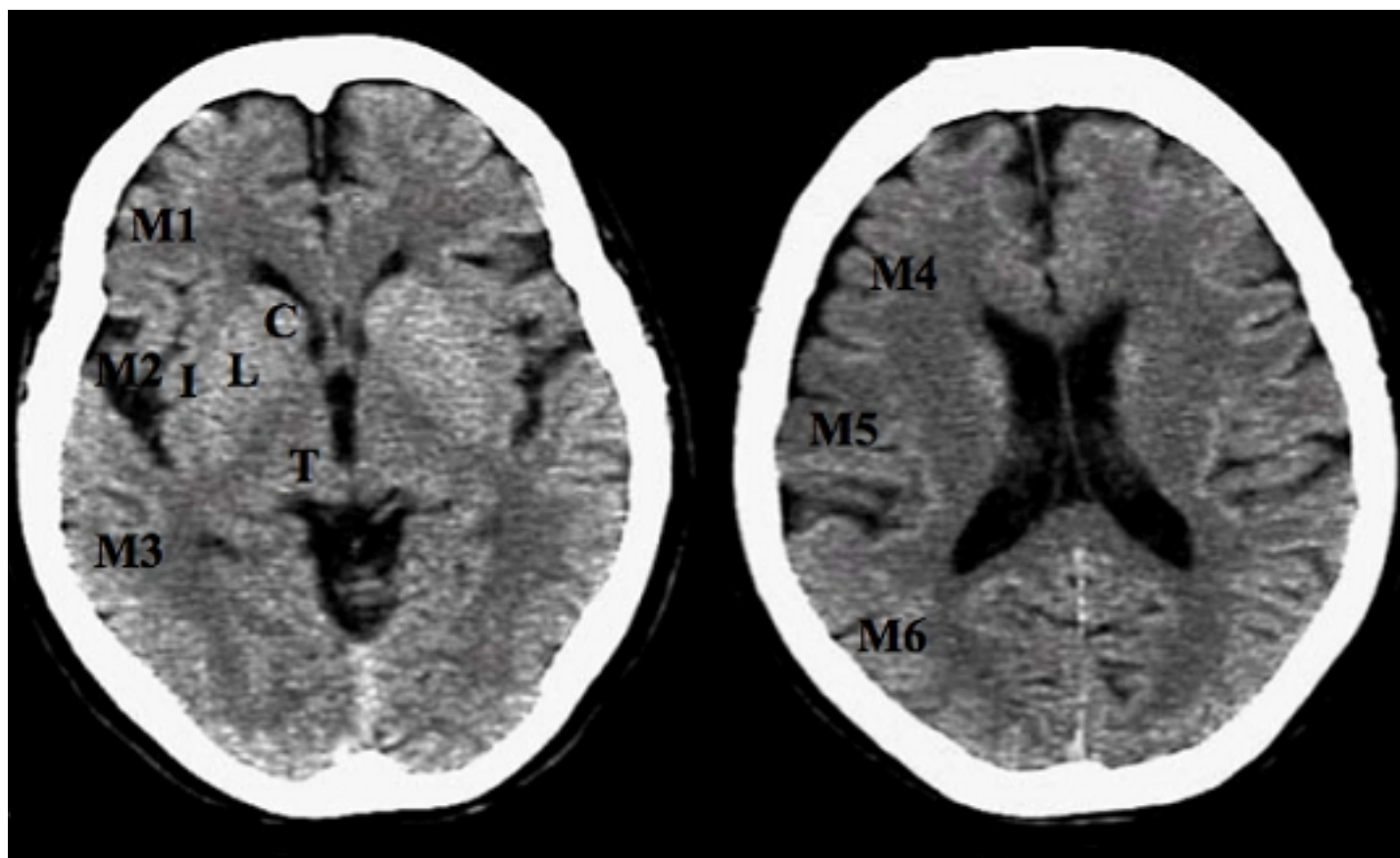
+ Đờ i th - Thalamus / internal capsule (T).

- 6 vùng v :

+ M 1,2,3: Tờ ng tờ ng vùng cờ a nhánh trờ c, giờ a và sau cờ a đờ ng mờ ch não giờ a

+ M 4,5,6: Vùng tờ ng tờ ng vờ i các nhánh trên nhờ ngờ cao hờ n

- Bình thờ ng 10 đờ m
- Tờ n thờ ng mờ i vùng trờ mờ t đờ m
- Nờ u ASPECTS < 6 thì không sờ đờ ng tPA





BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NAM
01 Nguyễn Du – Tam Kỳ - Quảng Nam



DẤU HIỆU NHẬN BIẾT BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ **F.A.S.T.**

MÉO MIỆNG

Biểu hiện rõ khi bệnh nhân cười, nhe răng



YẾU LIỆT TAY CHÂN

Đánh giá bệnh nhân có bị yếu hoặc liệt một bên hay không, bằng cách yêu cầu bệnh nhân đưa hai tay lên cao.



NGÔN NGỮ BẤT THƯỜNG

Đề nghị bệnh nhân lặp lại một cụm từ đơn giản. Xem bệnh nhân có hiểu không? có lặp lại được không? nhận xét giọng nói có bị đó không?



KHI THẤY NGƯỜI BỊ ĐỘT QUỴ

Hãy liên hệ chúng tôi:

Khoa Cấp Cứu

Bệnh Viện Đa Khoa Quảng Nam

01 Nguyễn Du – Thành Phố Tam Kỳ

