

NHỮNG VẤN ĐỀ THỜI SỰ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUI VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CHĂM SÓC TBMMN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Vũ Anh Nhị¹

NHỮNG CƠ SỞ LÝ LUẬN CHO ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUI GIAI ĐOẠN CẤP

Đột quỵ đang trở thành vấn đề quan trọng của y học bởi vì tuổi thọ trung bình ngày càng tăng và nguy cơ đột quỵ thì phụ thuộc tuổi tác. Vấn đề tử vong của đột quỵ là vấn đề ít quan trọng về mặt kinh tế xã hội so với tổng thể, và bệnh ít gây ra đau đớn thể xác và triệu chứng xuất hiện nhanh hơn bệnh ung thư và các bệnh mạch máu khác. Tàn phế do đột quỵ gây ra đặc biệt khi bệnh nhân mất đi sự độc lập tự chủ về hoạt động hàng ngày là trọng tâm của y học hiện đại. Gánh nặng này gia đình và xã hội chịu đựng. Ngoài khía cạnh phòng chống bệnh thì điều trị đột quỵ cần theo công thức: điều trị đột quỵ để tranh tàn phế mà không tăng tỷ lệ tử vong. Chúng ta sẽ mô tả các phương pháp thực hiện chính xác, nhưng đầu tiên chúng ta phải có một khái niệm mới tiếp cận bệnh đột quỵ một cách hợp lý, không chỉ để chẩn đoán bệnh đột quỵ thiếu máu hay đột quỵ xuất huyết, mà còn đi vào cơ chế bệnh sinh của nó:

- Một đột quỵ thiếu máu cần biết là động mạch nào và cơ chế bệnh dưới của nó
- Một đột quỵ xuất huyết trong sọ thì nó ở đâu và do nguyên nhân nào.

Đột quỵ thiếu máu não chiếm 80% các trường hợp, đột quỵ thiếu máu lại hiếm khi gây đau và bắt đầu đột ngột, không có dấu hiệu báo trước, nhiều bệnh nhân không gọi cấp cứu đến ngay lập tức như bệnh nhồi máu cơ tim. Chính thế mà mất đi quãng thời gian quý giá là thời gian mà chúng ta có thể cứu được não bộ.

Về mặt lý thuyết, 2 phút sau khi tắc động mạch thì vùng não chi phối bởi mạch máu duy nhất đó sẽ bị chết. Mặc dù ít có hy vọng và không cứu chữa được vùng trung tâm thiếu máu vì nó hoại tử sau vài phút, nếu mức độ tưới máu dưới 10ml/100g não/phút, nhưng không có giới hạn chính xác của mức độ tưới máu bình thường. Vùng mô não nằm giữa giới hạn bình thường và hoại tử (tưới máu não từ 15 - 35ml/100gam não/phút) được gọi là vùng tranh tối tranh sáng. Các tế bào thần kinh

¹ PGS, TS, Trưởng Bộ môn Thần Kinh, ĐHYD TP HCM

ở vùng tranh tối tranh sáng vẫn sống, có thể cứu vẫn được nhưng ở thời điểm đó thì không có chức năng. Sự chết của vùng tranh tối tranh sáng phụ thuộc vào thời gian, thời gian cửa sổ điều trị vẫn không xác định được rõ ràng :

Đó là thời gian mô trở thành hoại tử hay hồi phục chức năng. Phần tranh tối tranh sáng và hoại tử trên mỗi bệnh nhân theo mỗi thời gian rất khác nhau trên mỗi bệnh nhân và phụ thuộc vào chức năng hệ động mạch cảnh và tình trạng chuyển hóa. Chính vì thế mà khoảng thời gian để chúng ta can thiệp để thay đổi tình trạng bệnh nhân, chính là thời gian cửa sổ mà nó thì vô cùng khác biệt giữa các bệnh nhân. Các số liệu trên động vật gợi ý rằng thời gian cửa sổ tính bằng vài giờ hoặc ở một số loài lên đến 3 ngày. Hiện vẫn còn ít số liệu từ các nghiên cứu trên MRI, PET, SPECT trọng lượng bơm máu và khuếch tán để xác định vấn đề quan trọng trên của bệnh lý đột quỵ trên con người.

Để thiết lập một kế hoạch cứu vãn các tế bào thần kinh của vùng tranh tối tranh sáng chúng ta phải xem xét yếu tố nào gây hại và yếu tố nào có lợi cho vùng tranh tối tranh sáng. Đầu tiên, vấn đề tuần hoàn máu là quan trọng. Vùng tranh tối tranh sáng, mạch máu giãn tối đa bởi vì cơ chế bảo vệ tự động vì thành mạch mất chức năng do thiếu ôxy, nhiễm toan. Bởi vậy chỉ số bơm máu lên não phụ thuộc vào huyết áp động mạch, nếu huyết áp bị hạ đột ngột hoặc hạ nhiệt sẽ dẫn đến giảm áp lực bơm máu ở tranh tối tranh sáng và đương nhiên gây chết tế bào vĩnh viễn. Do vậy, huyết áp hệ thống nên giữ ở mức đủ độ cao. Mặt khác nếu huyết áp quá cao gây ra tăng gánh cho tim trái và thường 1/3 số ca đột quỵ có các triệu chứng bệnh cơ tim, tim mất bù xảy ra. Cũng vì cơ chế tự động của mạch máu não nên nếu huyết áp quá cao gây ra sự tăng thấm ở vùng trung tâm hoại tử và vùng tranh tối tranh sáng, kết quả là tăng phù não và biến chứng của nó là tụt kẹt hạch nhân hoặc tăng áp lực nội sọ. *Kết luận lại, huyết áp nên giữ ở mức độ bình thường cao, phụ thuộc vào chức năng tim và khối não bị ảnh hưởng bởi nhồi máu.*

Các nhà khoa học tham gia thử nghiệm lâm sàng NINDS đã phát triển một công thức để kiểm soát huyết áp trong đột quỵ.

Nếu huyết áp tâm trương cao hơn 140mmHg trong 2 lần đo cách nhau 5 phút, thì chỉ định nitroprussid truyền với tốc độ 0,5 - 10mg/kg/phút. Nếu huyết áp tâm thu lớn hơn 230mmHg hoặc nếu huyết áp tâm trương là từ 121 - 140mmHg qua 2 lần đo cách nhau 20 phút thì chỉ định 20mg labetalol, truyền tĩnh mạch, nhắc lại hoặc 2 lần trong 10 - 20 phút cho đến khi đạt tổng liều 300mg, sau đó dùng 2 hoặc 3 lần ngày. Nếu huyết áp tâm thu là 180 - 230mmHg hoặc nếu huyết áp tâm trương từ 105 - 120mmHg trong cả lần đo cách nhau 60 phút thì chỉ định 200 - 300mg labetalol uống

2 hoặc 3 lần/24h, hoặc nifedipine 10mg uống 4 lần/ngày hoặc captopril 6,25 - 25mg uống 2 lần ngày.

Trên các thực nghiệm trên động vật về đột quỵ, đường huyết mà lớn hơn 160 - 180mg% dẫn đến tăng lượng lactat và piruvate ở vùng tranh tối tranh sáng do kết quả của chuyển hóa yếm khí khi lượng máu đến không đủ. Lactate và pyruvate tăng toan hóa mô và độc cho tế bào thần kinh. Bởi vậy chúng ta nên giữ glucose huyết dưới 160 - 180mg% .

Ở các bệnh nhân có rối loạn chức năng hô hấp thì thiếu oxy ở vùng tranh tối tranh sáng càng rõ rệt và các bệnh nhân này cần cho thở oxy cũng như cần được làm thông thoáng đường thở , không có đờm và nhiễm trùng phế quản ngay lập tức và triệt để. Nên tránh cho ăn đường miệng sau đó 2 hoặc 3 ngày để đề phòng bệnh nhân viêm phổi do trào ngược. Phục hồi chức năng kém sau khi ra viện thường liên quan đến sốt ở ngày đầu tiên. Bởi vì tăng thân nhiệt dẫn đến tăng nhu cầu oxy của cơ thể và làm cho khoảng cách giữa cung cấp và tiêu thụ oxy ở vùng tranh tối tranh sáng càng cách xa. Vậy nên giảm thân nhiệt cho bệnh nhân ở mức độ vừa phải. Một khu hồi sức cấp cứu tiêu chuẩn phải hạn chế được mọi kích thích cho bệnh nhân. (gần đây đã có những nghiên cứu hạ thân nhiệt mức <32-35 độ C trong điều trị thiếu máu não giai đoạn cấp, các công trình còn đang giai đoạn thử nghiệm- 2006) Mọi sự kích thích hoặc stress của bệnh nhân do hôn mê, đau, bồn chồn, co giật hoặc bàng quang căng đều tăng mức độ tiêu thụ oxy của cơ thể.

Tóm lại, các neuron ở vùng tranh tối tranh sáng có thể giúp đỡ để sống sót được trong điều trị huyết áp cao vừa phải, an toàn, glucose huyết không cao, nhiệt độ thân thể thấp vừa phải và cung cấp oxy đủ.

Đó là các chỉ số không đặc hiệu nhưng chúng nằm chung trong khái niệm điều trị phải coi các yêu cầu của tổn thương thiếu máu não là trung tâm của việc xem xét điều trị. Thậm chí nó có thể gây ra nguy cơ cho các chức năng sống của cơ thể. Bởi vậy, nếu bệnh nhân được điều trị trong khoa hồi sức cấp cứu, là nơi toàn bộ sự cân bằng chức năng sống của cơ thể được coi như là chỉ dẫn cơ bản cho điều trị và kiểm soát bệnh nhân thì có thể giảm tỷ lệ tử vong đáng kể.

Điều trị nào được coi là đặc hiệu cho bệnh nhân? Về mặt lý thuyết thì chúng ta cần duy trì tưới máu não, điều chỉnh rối loạn chuyển hóa ở mô tổn thương và kích thích cơ chế sửa chữa, điều chỉnh của não.

Tưới máu trở lại xuất hiện trên phần lớn bệnh nhân, ngoại trừ các bệnh nhân tắc mạch do cục máu đông, các yếu tố ly giải cục máu đông tự nhiên xuất hiện quá muộn để cứu vãn vùng tranh tối tranh sáng.

Tiêm trực tiếp vào động mạch các yếu tố ly giải cục máu đông gần đây tỏ ra là có lợi ích nhất định nếu thực hiện trong 6 giờ đầu tiên, nhưng hơn 500 bệnh nhân đã trải qua điều trị tiêm động mạch và chọn ra được 200 bệnh nhân để đánh giá ngẫu nhiên. Còn tiêm tĩnh mạch chất ly giải cục máu đông đã được nghiên cứu ở Châu Âu 2 lần với thời gian cửa sổ điều trị 6 giờ (ECASS I và ECASS II) và ở Mỹ là 3 giờ (NINDS). Trong số bệnh nhân tham gia thì hơn nửa bệnh nhân được điều trị trong vòng 90 phút đầu. Thử nghiệm NINDS chỉ cho thấy lợi ích nhỏ của điều trị ly giải cục máu mà điều này cũng chỉ quan sát được sau 3 tháng bị đột quỵ mà không tăng tỷ lệ tử vong mặc dù nguy cơ chảy máu cao hơn bình thường 4,5 lần sau điều trị ly giải cục máu đông so với nhóm dùng giả dược. Các tác giả của NINDS cũng nhấn mạnh đến điều trị huyết áp theo công thức đã trình bày ở trên. Ở Châu Âu thì các nhà khoa học ít thành công hơn. Ở nghiên cứu ECASS I, người ta cố gắng loại các bệnh nhân có ở nhồi máu lớn hơn 1/3 khu vực chi phối bởi động mạch não giữa ở lần chụp CT đầu tiên nhưng thử nghiệm gặp phải khó khăn ở việc đọc kết quả CT và không đưa vào protocol được, kết quả là có quá nhiều biến chứng chảy máu ở các bệnh nhân điều trị thuốc. Ở ECASS II, có sự rèn luyện phương pháp đọc Cr ở các trung tâm nghiên cứu, kết quả giảm được nguy cơ biến chứng. Nhưng ở thời điểm cuối của nghiên cứu thì kết quả lại không như mong đợi. Nếu chọn cách đánh giá là tàn phế nhẹ hoặc tốt hơn vào làm một chỉ tiêu thì kết quả nghiên cứu là thành công. Một phân nhóm của ECASS II điều trị ly giải cục máu đông trong 3 giờ đầu tỏ ra có lợi ích do điều trị đem lại nhưng số liệu nhỏ dưới mức có giá trị về mặt thống kê, nhưng điều ngạc nhiên là nhóm giả dược của ECASS II cho tỷ lệ cải thiện bằng nhóm điều trị ly giải cục máu đông của NINDS, một khía cạnh phản ánh điều trị không đặc biệt. Dựa trên sự hiểu biết tốt hơn về sinh bệnh học của vùng tranh tối tranh sáng trong nhồi máu cho kết quả tốt hơn.

Thử nghiệm ATLANTIS áp dụng điều trị truyền rt PA từ 3 - 5 giờ sau đột quỵ cũng không chứng minh điều trị ly giải cục máu đông có ích cho bệnh nhân. Cả 3 thử nghiệm truyền tĩnh mạch rt-PA đều cho một khuynh hướng chung: sau 3 tháng tàn phế có giảm nhẹ nhưng sau điều trị vài ngày thì nguy cơ chảy máu nội sọ tăng vài lần. Làm thế nào để kiểm soát tụ máu do biến chứng chảy máu là vấn đề quan trọng để đảm bảo kết quả điều trị là dương tính và tránh tăng tỷ lệ tàn phế và tử vong. Ở Mỹ rt- PA được đăng ký để điều trị đột quỵ trong 3 giờ đầu tiên đột quỵ cho bệnh nhân đạt các tiêu chuẩn do thử nghiệm NINDS đề ra và các tiêu chuẩn loại trừ không tồn tại, tại Châu Âu thì thuốc trên cũng được gửi tới để đăng ký cho điều trị với thời gian cửa sổ tương tự. Cho đến những năm gần đây không có thêm thử nghiệm nào với thuốc trên được đề ra nữa.

Heparin các dẫn chất của heparin được chỉ định phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch do cục máu đông di chuyển trong đột quỵ. Có thể điều trị các thuốc trên với liều thấp mà vẫn đảm bảo an toàn cho bệnh nhân thậm chí có khối máu tụ nội sọ. Các thử nghiệm lâm sàng dùng thuốc chống đông liều cao cho phép tái lập lại tuần hoàn mà không xuất hiện thêm cục máu đông và tăng lưu lượng máu não qua hệ mạch cảnh, tuy nhiên có nhiều thử nghiệm khác nhau và cũng chưa chứng minh được lợi ích của điều trị đem lại sau giai đoạn cấp. Tất cả các thử nghiệm lâm sàng có một số phương pháp nghiên cứu, thậm chí cả nghiên cứu gần đây nhất là nghiên cứu TOAST cho phép nhận điều trị bệnh nhân trong 24 giờ, một thời gian cửa sổ có lẽ quá dài. Điều trị liều cao heparin làm tăng nguy cơ chảy máu nội sọ, nhưng 1/3 số bệnh nhân tham gia nghiên cứu TOAST từ chối cung cấp thông tin cho bác sĩ. Một nhóm nhỏ bệnh nhân của thử nghiệm này xuất hiện tình trạng tồi tệ hơn về triệu chứng thần kinh mà không có xuất huyết nội sọ và nhóm điều trị heparin cũng bị tình trạng trên. *Chúng tôi muốn nhấn mạnh là không dùng heparin liều cao cho đột quỵ nhện mạch.*

Mục đích của liệu pháp bảo vệ thần kinh là giúp đỡ chuyển hoá ở mô có rối loạn có nguy cơ. Ý tưởng để nghiên cứu cơ chế phá huỷ tế bào nguyên phát và thứ phát ở vùng tranh tối tranh sáng và ảnh hưởng tới con đường chuyển hoá phụ trên khía cạnh dược lý. Tất cả khái niệm đã được kiểm chứng trên phòng thí nghiệm và các số liệu trên động vật nghiên cứu.

Một quan sát các con đường dẫn đến chết tế bào cho thấy có vài cơ chế cùng tồn tại song song. Ví dụ nếu tái lập bơm máu có thể tăng sự viêm và có thể dẫn đến chết tế bào. Thuốc bảo vệ thần kinh vì vậy có thể coi như là một nhóm lớn gồm các thuốc khác nhau có tác dụng bảo vệ thần kinh. Thời gian cửa sổ thì có giới hạn. Nimodipine, thuốc ức chế kênh calci, là ví dụ của thuốc có khoảng thời gian cửa sổ ngắn và vì thế nghiên cứu VENUS, áp dụng nimodipine với khoảng thời gian cửa sổ rất ngắn, kết quả thu được là dương tính, các thuốc khác có thời gian cửa sổ điều trị ít nhất 6 giờ đã chứng minh trên các thử nghiệm động vật nhưng 13 thử nghiệm lâm sàng với thuốc ức chế NO là lubeluzole đã thất bại khi không thể hiện được kết quả mong đợi trên người. Điều quan trọng là chúng ta phải tiếp tục nghiên cứu các hoạt chất có khả năng áp dụng điều trị bởi vì sự can thiệp sớm mà không nhất thiết tiến hành làm CT Scanner trước đồng thời không sợ nguy cơ chảy máu tăng lên có sức hấp dẫn lớn. Một câu hỏi nữa là liệu bản thân khái niệm đó có đòi hỏi một loạt các thuốc cùng giải quyết vấn đề con đường chuyển hoá của tế bào dẫn đến tế bào chết ở vùng tranh tối tranh sáng. Một thử nghiệm tiêm magne trên tĩnh mạch trong thời gian từ những giờ đầu sau xuất hiện đột quỵ đến 12 giờ sau đột quỵ với mục tiêu là

giảm tỷ lệ tử vong và tàn phế sau 30 ngày đang tiến hành với 2700 bệnh nhân tại các trung tâm tham gia (e-mail:k.r.lees@clinmed.gla.ac.uk). Mặc dầu thử nghiệm lâm sàng ở Châu Âu về clomethazole không cho thấy lợi ích gì thì thử nghiệm lâm sàng khác (CLASS- IHT) trên đột quỵ nghẽn mạch và xuất huyết não đã được tiến hành tại Mỹ với thời gian cửa sổ là 12 giờ và mục tiêu đánh giá là mức độ tàn phế sau 3 tháng (sử dụng thang điểm Barthel). Thử nghiệm lâm sàng với các yếu tố dinh dưỡng thần kinh khác nhau vẫn đang tiếp tục và có 2 chất tỏ ra rất khả quan trong các thử nghiệm lâm sàng, do tác động kích thích mọc sợi trục, sợi gai nơron thần kinh Cerebrolysin có dạng bào chế tiêm bắp hoặc tĩnh mạch còn Naftidodryl dùng đường uống. Cerebrolysin là một sản phẩm của công nghệ sinh học, thuốc có cơ chế dinh dưỡng thần kinh, bảo vệ thần kinh theo cơ chế của yếu tố dinh dưỡng thần kinh ngoài ra có tác dụng điều chỉnh rối loạn chuyển hoá ở tế bào thần kinh do giảm mức acid lactic bên trong tế bào. Một thử nghiệm lâm sàng mù đôi, nghiên cứu ngẫu nhiên tiến cứu trên các bệnh nhân bị bệnh Alzheimer đã chứng minh lợi ích cải thiện hoạt động hàng ngày của bệnh nhân sự cải thiện lâm sàng thực sự sau nhiều tháng sau khi kết thúc điều trị. Ở nghiên cứu này, Cerebrolysin được chỉ định với liều 30ml Cerebrolysin / ngày, 5 ngày 1 tuần, trong 4 tuần. Hiệu quả của thuốc được chứng minh trên trí nhớ với việc sử dụng test Amold-kohlman trên nghiên cứu các bệnh nhân sa sút trí tuệ do bệnh mạch não. Thử nghiệm trên và các thử nghiệm lâm sàng về chấn thương sọ não và bệnh Parkinson gợi ý tác dụng của Cerebrolysin trên chức năng cao cấp của vỏ não. Thử nghiệm lâm sàng có thể kiểm soát của Koppi và cộng sự đã chứng minh tác dụng của Cerebrolysin trên bệnh nhân đột quỵ, tác dụng của thuốc không chỉ trên chức năng cao cấp của vỏ não như triệu chứng mất ngôn ngữ, hoạt động công việc trí tuệ và cả chức năng vận động của chân tay. Cerebrolysin được chỉ định cho bệnh nhân đột quỵ với liều 30ml/ngày trong 20 ngày kết hợp với thuốc loãng máu, điều trị bắt đầu càng sớm càng tốt, theo chúng tôi thuốc tác dụng tốt nhất là dùng trong vòng 2- 3 tuần sau đột quỵ. Điều quan trọng là Cerebrolysin không gây ra phản ứng phụ không mong muốn nên thuốc này được coi là điều trị “bổ xung” lý tưởng cho mọi can thiệp cho bệnh nhân đột quỵ.

Piracetam 6 - 8g hàng ngày trong 6 tuần đã chứng tỏ tác dụng cải thiện chức năng lời nói của bệnh nhân. Cửa sổ điều trị là trước 12 giờ. Tác dụng này được chứng minh trên bệnh đột quỵ cấp và bệnh sa sút trí tuệ trong đó có cả mạch máu.(J.M. Orgogozo và P.P.De Deyn-1999)

Phù não và hiện tượng tụt kẹt hạch nhân tiểu não có thể giảm bớt do dùng manitol 10 đến 20%, 100 đến 200 ml truyền nhanh, tác dụng nhanh hoặc glycerin 10% truyền tĩnh mạch 500 đến 1.000ml hàng ngày, truyền qua catheter tĩnh mạch

trung ương. Nhưng điều trị chắc chắn nhất là áp dụng mổ sọ ở hố sau và cắt bỏ một phần tiểu não trong chảy máu tiểu não hoặc nhồi máu tiểu não gây phù tế bào não. Mở rộng hộp sọ (với đường kính khu vực khoan ít nhất 12 đến 14 cm, mở rộng vùng thái dương và màng cứng) đang được áp dụng ở Đức cho các bệnh nhân có choán chỗ nội sọ lớn do đột quỵ gây phù nề bán cầu não. Các báo cáo về tỷ lệ tử vong và tỉ lệ tàn phế giảm đã được ghi lại.

Các bệnh nhân đột quỵ có thể chịu một loạt các biến chứng do bệnh tật gây ra trong những ngày đầu biến chứng đó phụ thuộc vào tiến triển của các triệu chứng thần kinh hoặc tái bệnh. Để chẩn đoán và điều trị các rối loạn chức năng biến chứng sớm, chúng ta cần theo dõi chặt tình trạng bệnh nhân, tốt nhất là để bệnh nhân được theo dõi tại trung tâm chăm sóc đột quỵ trong thời gian mà vùng tranh tối tranh sáng đang còn là trung tâm điểm của điều trị đột quỵ thời gian đó khoảng 2 - 5 ngày đầu. Chúng ta thường phải đối mặt với viêm phổi, thường do hít phải, bởi vậy để tránh cho ăn đường miệng trong 2 - 3 ngày đầu chúng ta dùng ống thông mũi dạ dày để cho ăn hoặc áp dụng thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi trên các bệnh nhân không nuốt được hoặc khó nuốt tồn tại quá 2 hoặc 3 tuần. Suy tim kèm hoặc không kèm viêm phổi do ứ đọng cần hết sức chú ý, chúng tôi sử dụng dần chất nitrát để tránh ứ đọng máu ở trung tâm, các chất ức chế men chuyển và lợi là các thuốc lựa chọn hàng đầu, Dopamin và Dobutamin là thuốc lựa chọn hàng thứ 2.

Điều trị đột quỵ một cách khoa học đã lần đầu tiên trong lịch sử y học đạt được cải thiện tình trạng bệnh nhân sau điều trị, một điều gây sợ hãi cho cả bệnh nhân và bác sĩ bởi vì tàn phế là nỗi khổ của con người nhưng sự lựa chọn trong tay chúng ta ngày nay vẫn nhiều hứa hẹn hơn là sự thoải mái.

MỘT SỐ TƯ LIỆU VỀ NGHIÊN CỨU TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TRONG THỜI GIAN QUA TẠI KHOA BỘ MÔN THẦN KINH .ĐHYD.

- **Các dữ liệu lâm sàng cận lâm sàng và CT lúc nhập viện để tiên lượng XHN (n =97) Trần công Thắng:** Sử dụng các dữ liệu lâm sàng cận lâm sàng và CT lúc nhập viện để tiên lượng XHN . Y học TPHCM-2003

Khi phân tích đa biến tác giả nhận thấy có 4 yếu tố quan trọng để tiên lượng xuất huyết não trên lều:

1. Thể tích khối máu tụ. < 30 cm³ > tử vong.
2. Loại xuất huyết: XHN-NT > XHN đơn thuần.
3. Mức độ hôn mê sâu có điểm Glasgow <8.
4. Hôn mê theo tầng: tầng gian não – trung não trở xuống.

Hai công thức tiên đoán: Vxh, hôn mê theo tầng và loại XH. hoặc công thức: Vxh, loại XH, điểm Glasgow với độ nhạy tiên lượng tử vong 80-97,5%.

**Các yếu tố dự đoán phù não gây tử vong của nhồi máu não lớn trên lều (n=57)
(Trần Ngọc Tài, Vũ Anh Nhị)**

- Y thức lúc nhập viện
- Điểm Glasgow lúc nhập viện
- Thang điểm ASPECTS
- Chèn ép não thất

Huyết áp cao và đột quỵ thiếu máu não cấp (Phan Lạc Đông Phương)

Kết quả:

- Huyết áp tăng có liên quan đến điểm Glasgow
- Huyết áp tăng có xu hướng làm tăng áp lực nội sọ
- Huyết áp tăng có liên quan đến đường máu
- Huyết áp tăng có liên quan đến hematocrit
- Huyết áp tăng làm rối loạn điện giải
- Huyết áp liên quan đến nhồi máu động mạch não giữa, động mạch nhỏ và nhồi máu đa ổ

Mối liên hệ giữa tăng huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não trên lều (n=75) (Ngô Thị Kim Trinh, Vũ Anh Nhị)

Kết quả: huyết áp tâm thu lúc nhập viện trên 200 mmHg làm thể tích khối máu tụ gia tăng.

Nghiên cứu mối liên hệ giữa tăng thân nhiệt và dự hậu trong 30 ngày đầu của bn XHN trên lều (Nguyễn Đức Tuệ, Vũ Anh Nhị)

Kết quả: nhiệt độ tăng trên 38 độ 5 trong vòng 48 giờ sau đột quỵ làm dự hậu xấu hơn.

Viêm phổi và TBMMN (Vũ Thị Phương Nga, Vũ Anh Nhị)

Kết quả: hồi phục kém và tử vong cao trong TBMMN có viêm phổi (84%)

Các yếu tố tiên lượng sống và tử vong ở bn đột quỵ cấp có đặt nội khí quản (Trần Thanh Hùng, Vũ Anh Nhị)

Kết quả: bn đặt nội khí quản có tỉ lệ tử vong 63% trong đó 76,9% là do nguyên nhân thần kinh.

Đánh giá lâm sàng và nhồi máu não cấp trên bn tiểu đường týp II (Nguyễn Thị Đức Hạnh, Vũ Anh Nhị)

Tăng đường huyết có liên quan đến điểm Glasgow và tỉ lệ tử vong.

Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng sớm trong nhồi máu não tuần hoàn trước (Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị)

Kết quả:

- Tuổi cao.
- Giới: nữ.
- Điểm NIHSS.
- Tổn thương lớn trên CT scan.
- Nhồi máu tuần hoàn trước toàn bộ.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HAI KHOA THẦN KINH.BVND 115 VÀ BVCR.

Đánh giá nguyên nhân tử vong trên đột quỵ não cấp (Trương Văn Luyện)

- Tỉ lệ tử vong 18,6%.
- XH não: tử vong 31,25%
- XH màng não: tử vong 35,8%

- Nhồi máu não: tử vong 7,7%
- Bn chuyển từ tỉnh lên: tử vong 70%

Kết quả điều trị đột quỵ não cấp tại khoa Sản Sốc Đột Quỵ, BV 115 (Nguyễn Thị Kim Liên)

- Thời gian 1/2004-8/2006
- Tỷ lệ tử vong chung 9,5%
- Thời gian nằm viện giảm
- Chi phí nằm viện giảm khoảng 3.637.000 đồng/bn ở giai đoạn cấp.
- Giảm biến chứng chung từ 38,5% còn 14%

Kết quả điều trị phẫu thuật giải ép nhồi máu não lớn trên lều tại BV Chợ Rẫy (Trương Đà)

Tỷ lệ sống 86,5%.

Nghiên cứu yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật máu tụ trong não do tăng huyết áp tại BV Chợ Rẫy (Nguyễn Quốc Lâm)

Kết quả:

- Tuổi trên 60
- Điểm Glasgow dưới 8
- Huyết áp cao trên 180 mmHg
- Thời gian mổ sớm trước 6-12 giờ
- Tổn thương >60 ml trên CT scan
- XH não-não thất
- Độ lệch đường giữa trên 5-10 mm