

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN

Nguyễn Huy Thắng¹, Bùi thị Quỳnh Châu², Nguyễn Thị Kim Liên³

Tắc động mạch thân nền là nguyên nhân tương đối hiếm gặp trong bệnh lí nhồi máu não. Tiên lượng của bệnh thường rất xấu, tỷ lệ tử vong lên đến 85-95% nếu mạch máu không được tái thông trong những giờ đầu^{1,2}. Chẩn đoán đôi khi rất khó khăn vì bệnh có thể khởi đầu một cách thoáng qua với các triệu chứng không đặc hiệu. Trong trường hợp tắc hoàn toàn động mạch thân nền, bệnh có thể diễn tiến từ từ hay đột ngột, với các triệu chứng như: liệt tứ chi, triệu chứng của hành não, rối loạn các chức năng vận nhãn, thăng bằng và phối hợp vận động. Để chẩn đoán xác định, cần thiết phải khảo sát mạch máu bằng các phương pháp chụp cắt lớp điện toán (CTA), cộng hưởng từ (MRA), chụp mạch máu tiêu chuẩn (DSA) hoặc siêu âm xuyên sọ (TCD).

Mặc dù tắc động mạch thân nền có thể xuất phát từ bệnh lí xơ vữa động mạch liên quan đến động mạch cột sống hay động mạch thân nền, tuy nhiên nguyên nhân thường gặp nhất là do huyết khối gây thuyên tắc, chiếm khoảng 40-50% các trường hợp⁴. Huyết khối có thể xuất phát từ tim, động mạch chủ hay các động mạch gốc. Nếu mạch máu được tái thông, 38% bệnh nhân có kết quả tốt. Ngược lại, nếu tình trạng thuyên tắc còn tồn tại, 98% các trường hợp có kết quả tử vong hoặc để lại di chứng liệt tứ chi (hội chứng khóa trong)³. Như vậy, có thể nói, tái thông mạch máu sớm trong những giờ đầu chính là chìa khóa quyết định thành công trong điều trị nhồi máu não do tắc động mạch thân nền. Có 3 phương pháp chính làm tái thông mạch máu được áp dụng tại các trung tâm đột quỵ: dùng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, tiêu sợi huyết đường động mạch và can thiệp nội mạch lấy cục huyết khối bằng dụng cụ cơ học^{3,5,6}. Cho đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu nào so sánh trực tiếp kết quả của các phương pháp trên. Dựa trên những kết quả nghiên cứu riêng biệt, tiêu

¹ ThS, Khoa Thần Kinh, BV 115

² Bs, Khoa Thần Kinh, BV 115

³ BS CKII, Trưởng khoa Thần Kinh, BV 115

sợi huyết đường động mạch cho kết quả tái thông động mạch thân nền cao hơn so với đường tĩnh mạch (55% và 45%), tuy vậy, kết quả chung đánh giá sau 3 tháng không cho thấy sự khác biệt giữa 2 phương pháp³. Lý giải điều này, nhiều tác giả cho rằng khi sử dụng tiêu sợi huyết đường động mạch, chúng ta đã phí phạm thời gian vàng sau đột quỵ do phải chờ đợi chuyên gia can thiệp hoặc chụp mạch máu, hậu quả là tổn thương có thể lan rộng và các tế bào não vùng tranh tối tranh sáng chết nhiều hơn. Sẽ rất hợp lý nếu Chúng ta có thể bắt đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch với các bệnh nhân nhập viện trước 3 giờ và theo dõi tình trạng tái thông sau đó bằng siêu âm xuyên sọ 1-2 giờ. Nếu chưa đạt được hiệu quả bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, có thể xem xét chỉ định điều trị phối hợp tiêu sợi huyết đường động mạch hoặc can thiệp nội mạch lấy cục huyết khối bằng dụng cụ ngay sau đó trong cửa sổ 6 giờ. Chỉ định tiêu sợi huyết đường động mạch hoặc can thiệp nội mạch ngay từ đầu chỉ nên được cân nhắc đối với những bệnh nhân không đủ điều kiện sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.

Cửa sổ điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trong nhồi máu não tuần hoàn sau vẫn không có được sự đồng thuận chung. Nguyên nhân chính là do chưa có một nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị chuyên biệt bệnh lý tắc động mạch thân nền với độ tin cậy cao, trong tương lai cũng rất khó để có được một nghiên cứu như vậy vì tần suất hiếm gặp của bệnh. Theo hướng dẫn của Hiệp Hội Tim Mạch và Đột Quỵ Hoa Kỳ, dưới 3 giờ sau đột quỵ là thời gian điều trị tiêu sợi huyết thích hợp cho hầu hết các trường hợp nhồi máu não. Điều trị bắt đầu càng sớm, kết quả điều trị càng tốt hơn. Trên thực tế, nhiều trung tâm đột quỵ mở rộng cửa sổ điều trị lên 6 giờ đối với nhồi máu não tuần hoàn sau và thậm chí là 12 giờ trong trường hợp tắc động mạch thân nền⁸. Có 2 lý do ủng hộ ý kiến này. Tuần hoàn phụ và các tế bào chất trắng vùng thân não có khả năng chịu đựng tình trạng thiếu máu cao hơn so với các tế bào chất xám ở bán cầu đại não⁷. Thêm nữa, kết quả một số nghiên cứu cho thấy tái thông mạch máu sau 24-36 giờ vẫn có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân tắc động mạch thân nền⁹.

Khoa đột quỵ Bệnh viện Nhân Dân 115 đã bắt đầu ứng dụng điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đối với bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu từ hơn 1 năm nay. Hầu hết các trường hợp, vùng nhồi máu thuộc chi phối tuần hoàn trước, chỉ có 1 trường hợp thuộc chi phối tuần hoàn sau và được chẩn đoán do tắc động mạch thân nền. Đây là một bệnh nhân nam, 29 tuổi, có tiền căn bệnh van tim, nhập viện giờ thứ 2 sau đột quỵ, với thang

điểm NIHSS 16. Sau khi loại trừ chẩn đoán xuất huyết não bằng chụp cắt lớp điện toán, Chúng tôi quyết định sử dụng Alteplase liều 0.7mg/kg vào thời điểm 2 giờ 45 phút sau khởi phát. Cộng hưởng từ mạch máu và siêu âm xuyên sọ được thực hiện và lập lại nhiều lần để đánh giá và theo dõi tình trạng huyết động nhằm tiên lượng kết quả điều trị. Bệnh nhân xuất viện sau 4 tuần với điểm Rankin 3.

Qua một trường hợp lâm sàng riêng lẻ, Chúng tôi không nhằm mục đích chứng minh hiệu quả của điều trị tiêu sợi huyết, chỉ mong phác thảo quá trình chẩn đoán và theo dõi sau điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch với sự trợ giúp của các phương tiện cận lâm sàng hiện đại.

Tài liệu tham khảo

1. Hacke W, Zeumer H, Ferbert A, Bruckmann H, del Zoppo GJ. Intra-arterial thrombolytic therapy improves outcome in patients with acute vertebrobasilar occlusive disease. *Stroke*. 1988;19:1216–1222.
2. Brandt T, von Kummer R, Müller-Kupfers M, Hacke W. Thrombolytic therapy of acute basilar artery occlusion: variables affecting recanalization and outcome. *Stroke*. 1996;27:875–881.
3. Lindsberg PJ, Mattle HP. Therapy of basilar artery occlusion: a systematic analysis comparing intra-arterial and intravenous thrombolysis. *Stroke*. 2006; 37:922–928.
4. Glass TA, Hennessey PM, Pazdera L, Chang H-M, Wityk RJ, Dewitt LD, Pessin MS, Caplan LR. Outcome at 30 days in the New England medical center posterior circulation registry. *Arch Neurol*. 2002;59:369–376.
5. Smith WS, Sung G, Starkman S, Saver JL, Kidwell CS, Gobin YP, Lutsep HL, Nesbit GM, Grobelny T, Rymer MM, Silverman IE, Higashida RT, Budzik RF, Marks MP; MERCI Trial Investigators. Safety and efficacy of mechanical embolectomy in acute ischemic stroke: results of the MERCI trial. *Stroke*. 2005;36:1432–1438.
6. Furlan A, Higashida R, Wechsler L, Gent M, Rowley H, Kase C, Pessin M, Ahuja A, Callahan F, Clark WM, Silver F, Rivera F. Intra-arterial

prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: A randomized controlled trial. Prolyse in acute cerebral thromboembolism.

JAMA. 1999;282:2003–2011.

7. Arakawa S, Wright PM, Koga M, Phan TG, Reutens DC, Lim I, Gunawan MR, Ma H, Perera N, Ly J, Zavala J, Fitt G, Donnan GA. Ischemic thresholds for gray and white matter: a diffusion and perfusion magnetic resonance study. *Stroke*. 2006;37:1211–1216.
8. Lindsberg PJ, Soine L, Roine RO, Tatlisumak T. Options for recanalization therapy in basilar artery occlusion. *Stroke*. 2005;36:203–204.
9. Caplan LR. Treatment of acute stroke. Still struggling. *J Am Med Assoc*. 2004;292:1883–1885.