

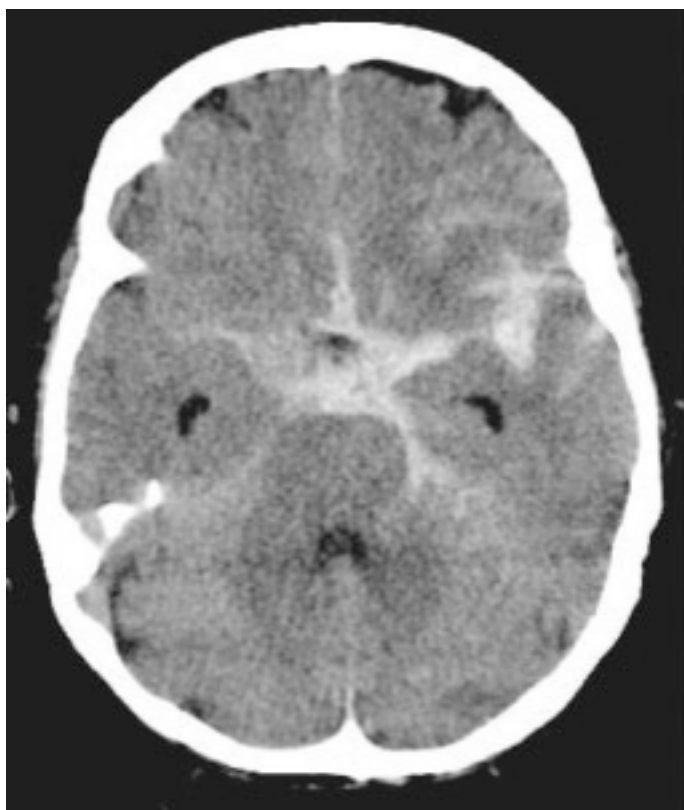
Chảy máu dãn i nhĩn

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 Lũng Thọ - 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 tĩ hĩc:

Chảy máu dãn i nhĩn chiếm 3% các đột quĩ não nhĩng giĩi thích cho 5% các đột quĩ não.

Tĩ lệ mĩc là 6-15 trên 100000 ngĩĩi/ năm ở Hoa Kĩ, vĩi nguy cĩ cao hĩn ở ngĩĩi Mĩ gĩc 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 tái phát 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 máu dãn i nhĩn

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

Chẩn đoán chảy máu dãn i nhĩn:

Chụp cắt lớp vi tính não không tiêm thuốc cản quang: Nếu chụp cắt lớp vi tính não bình thường, nhĩn giãn vãn nghi ngờ lâm sàng cao có chảy máu dãn i nhĩn, cần phải chụp cắt lớp vi tính não tăng, vì chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện các chảy máu dãn i nhĩn nhỏ hoặc kín đáo, nhất là nếu đã quá 72 giờ thì bắt đầu tiêu biến.

Chụp cắt lớp vi tính não tăng: Không được quên dịch thân bên kiểm tra cắt lớp vi tính não tăng tìm dấu hiệu u dãn ánh vàng (xanthochromia). So sánh màu sắc cắt lớp vi tính não tăng với bình thường. Để nhận biết nhĩn giãn trong nhĩn nghi ngờ máu và cuối cùng. Cho người bệnh chuyển các nhĩn nghi ngờ máu dãn i nhĩn đến phòng xét nghiệm để được báo phòng xét nghiệm nhanh chóng tiến hành xét nghiệm bằng phương pháp này.

Chẩn đoán các hình thức trong não

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

Chụp cắt lớp vi tính mạch não: rất tốt để nhận biết phát hiện thuốc cản vào máy chụp cắt lớp vi tính. Khó nhìn thấy các hình thức giãn xẹp.

Chụp cắt lớp vi tính mạch não tăng: là xét nghiệm khá tốt để sàng lọc các hình thức chảy máu và có kích thước >5mm.

Các nguyên nhân khác của chảy máu dãn i nhĩn ngoài hình thức trong sọ:

Chảy máu dãn i nhĩn quanh não gối (perimesencephalic SAH): Máu chảy khu trú phía trước của gối não gối (hoặc củ não). Hình ảnh chụp mạch não bình thường. Không rõ nguyên nhân của chảy máu (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 sọ): Bóc tách thành tĩnh mạch lan rộng từ ngoài sẽ dãn phần trong sẽ có 1 tĩnh mạch hoặc dãn c gĩĩ 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 bĩn chụp DSA một cách cĩn thĩn.

Đột quĩ tuyến yên (pituitary apoplexy): Chụp cĩn hĩn sẽ có lĩi trong chẩn đoán.

Cocain: Có thể dãn dãn chảy máu dãn i nhĩn, chảy máu trong não hoặc thĩu máu não cĩ c bĩ.

Chẩn thương: Hĩi bĩn sẽ chỉ tiĩt, khám bên ngoài hĩp sẽ cĩn thĩn có thể gĩĩ ý chẩn thương là nguyên nhân ban đầu.

Viêm mạch máu (vasculitis): Khó chẩn đoán vì DSA vĩa không nhĩy, vĩa không dãn c hĩu. Sinh thĩt não rĩt dãn c hĩu nhĩn lĩi không nhĩy.

Xĩ trí các phĩn mạch bĩ vĩ:

Các mĩc tiêu:

Ngĩn ngĩa 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 khĩi tĩnh mĩch sũu.

Phĩc hĩi chĩc nĩng.

Dĩ phòng chĩ y mĩu tĩi phĩt:

Chĩ y mĩu tĩi phĩt xĩy ra vĩi 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 chĩa cĩ bĩng chĩng:

Kĩĩm soĩt huyĩt ĩp cĩ thĩ dĩĩng vai trĩ quan trĩng trĩĩc khi dĩĩ 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 yĩ nghĩa so vĩi các hĩi chĩng dĩt quĩ nĩu khĩc.

Nĩm nghĩ tĩi giĩĩng và cho bĩnh nhĩn dĩĩc nhĩp dĩĩ u trĩ tĩi khoa Hĩi sĩc – Cĩp cĩu cĩ phĩĩng tiĩn dĩ theo dĩĩi liĩn tĩc bĩnh nhĩn.

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

Dĩ u trĩ dĩ i vĩi tĩi phĩnh mĩch:

Chảy máu dòi ở nhũ n

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 nội 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 như 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 bít 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.

Kp c túi phình bng clip hay làm bít t c túi phình bng coil? Đó là 1 câu h i n.

Tùy tng trng h p, song nên d a vào đ c đi m lâm sàng, gi i ph u c a tng bnh nhân và kinh nghi m c a đ i ngũ ti n hành can thi p n i m ch và th y thu c ph u thu t th n kinh.

ISAT là 1 th nghi m đa trung tâm ng u nhiên so sánh 2 ph ng pháp:

23,7% đ c nút m ch bng coil so v i 30,6% bnh nhân đ c kp clip c túi phình. Các tiêu chí đánh giá là tình trng sng ph thu c ho c t vong sau 1 năm (gi m 6,9% nguy c tuy t đ i v kt c c x u).

Đ i v i th nghi m này, các bnh nhân đ c coi là ng viên t t cho c 2 th thu t (g n 60% đ c đi u tr ngoài th nghi m). 88% s bnh nhân có ch y máu dđi nhn nh (đ WFNS 1 ho c 2). Do đó, các kt qu không th khái quát hóa cho toàn b qu n th bnh nhân ch y máu dđi nhn.

Các v trí phình m ch có th g p: 51% các phình m ch c a đ ng m ch thông tr c ho c não tr c và 33% các phình m ch c a đ ng m ch thông sau ho c đ ng m ch c nh trong. Ch 14% các phình m ch là thu c đ ng m ch não gi a và 2,7% là các phình m ch c u đ ng m ch não sau.

R t có th h u h t các phình m ch c a đ ng m ch não gi a đ c kp clip và các phình m ch c a tu n hoàn não sau đ c nút coil không đ c đ a vào nghiên c u này.

D a vào kt qu c a nghiên c u ISAT, đi u tr đ c u tiên l a ch n đ i v i túi phình c a đ ng m ch thông sau ho c đ ng m ch thông tr c, đ ng m ch c nh trong, đ ng m ch não tr c đã b v là nút bng coil, nhng, nh đã nói t trên, cách ti p c n h p lí ph i đ a vào các y u t cá nhân hóa.

Chảy máu dãi nhĩ

Viết bởi Biên tập viên

Thủ ba, 22 Tháng 5 2018 02:48 - Liên cấp nhứt cửu Thủ ba, 22 Tháng 5 2018 03:16

Dự phòng và đi  u tr  các bi  n ch  ng:

Cũng như đối với các đột quỵ não khác thường gặp, các biến chứng nội khoa chung như huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm phổi và các nhiễm khuẩn khác. Chảy máu đường tiêu hóa cũng có các biến chứng khác riêng biệt: tràn dịch não tủy gây dẫn não thất, co giật, co thắt thực quản và các khiếm khuyết thần kinh do thiếu máu cục bộ.

Tràn dịch não tủy gây giãn não thất (Hydrocephalus):

Tràn dịch não tủy gây dân não thọt rõ rệt xẹp ra ½ gón 20% số bệnh nhân bị chảy máu dãi nhện. Tràn dịch não thọt có thể đã xẹp ra ½ thoi điếm chảy máu dãi nhện.

Ch□ n đoán:

Các dấu hiệu lâm sàng bao gồm; suy giảm ý thức, kích thích, tăng huyết áp, và nhịp tim chậm. Tuy nhiên các dấu hiệu này không đặc hiệu.

Chức năng tiếp nhận và xử lý thông tin không tiếp nhận được ánh sáng: dẫn các thông tin.

Đi u tr :

Dòng lưu dịch não tủy ra ngoài qua 1 catheter đặt trong não thất (dòng lưu não thất ra ngoài hoặc c m thông não thất).

Sau khi tiến hành thu thập thông tin từ nhân viên được theo dõi và phỏng vấn để đánh giá mức độ liên quan và tình trạng nhiễm khuẩn.

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

Nếu tràn dịch não tủy gây dẫn não thất kéo daifcos thì chuyển nắn dãn lưu dịch não tủy ra ngoài sang dãn lưu bên trong bằng cách đặt dãn lưu 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 dễ làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát.

Dùng phòng:

Không có bằng chứng hỗ trợ việc hiểu quả, chúng tôi không cho thuốc chống động kinh thất dụng quy trình khi đã xảy ra cơn co giật hoặc nếu dùng khi cần cho dùng 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 dãn i nhĩn hoặc dùng thuốc an thần gây ảnh hưởng đến quá trình đánh giá.

Điều trị: Phenytoin thường được sử dụng nhất và sẵn có trên thị trường nhưng cần phải dùng theo hướng dẫn và dùng tính mạch. Đối với các thuốc chống động kinh khác, levetiracetam, acid valproic và phenobarbital sẵn có trên thị trường để dùng tiêm tĩnh mạch.

Có thể tụt mạch não (cerebral vasospasm) và các khiếm khuyết muộn (delayed deficit) do thiếu 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 h 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 mạch não (angiography): Thủ thuật xâm lấn hiếm, nhưng cũng có thể được kết nối với điều trị bằng thuốc hình ảnh 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 sống não. Chẩn 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 (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 clip, 6% bệnh nhân sẽ chảy máu tái phát trong vòng 3 ngày đầu, và 12% trong vòng 2 tuần đầu. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ chảy máu tái phát.