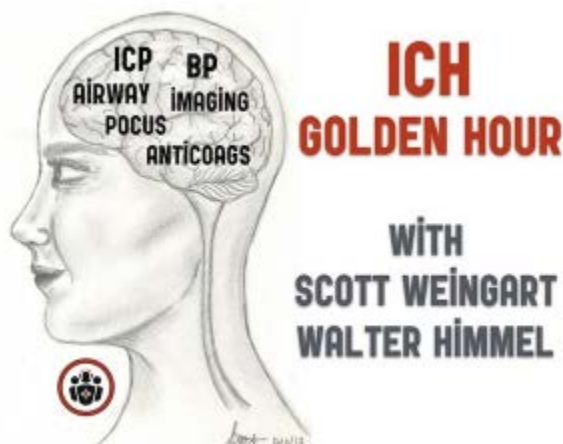


CẤP CỨU XUẤT HUYẾT NỘI SỌ - THỜI GIAN VÀNG

Bs. Phạm Ngọc Minh



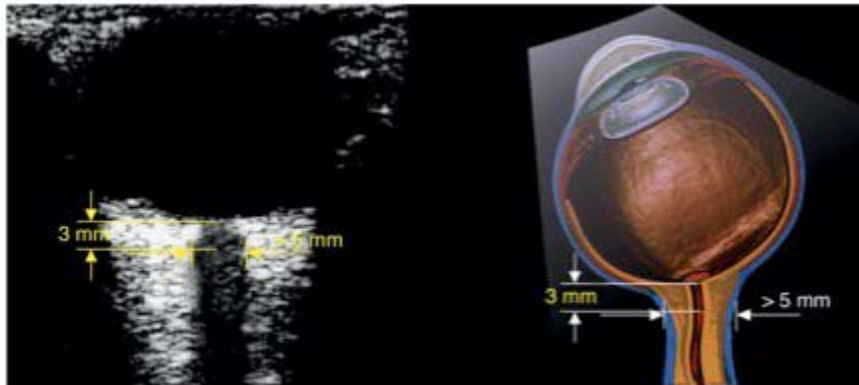
Chúng ta thường bị quan khi tiên lượng về ICH. Chính thái độ bị quan dẫn tới không chăm sóc tối ưu ở những bệnh nhân này. Mặc dù tiên lượng xấu nhưng có 1 số bằng chứng cho thấy, điều trị tích cực có thể cải thiện kết cục. Như vậy, kỹ năng xử trí bệnh nhân ICH trong những giờ đầu có thể là yếu tố quyết định quan trọng nhất tới kết cục của họ. Trong giờ Vàng này, bạn có cơ hội ngăn sự lan rộng khối máu tụ, ổn định tưới máu nội sọ và cho bệnh nhân của bạn cơ hội sống sót cao nhất kèm theo phục hồi thần kinh. Ở đây, chúng ta trả lời các câu hỏi như: Chúng ta có nên cố gắng xử trí huyết áp trước khi xác nhận ICH trên CT? Thuốc tốt nhất để xử trí huyết áp ở bệnh nhân ICH là gì? Vai trò của POCUS (siêu âm tại giường) trong xử trí cấp ICH là gì? Làm thế nào để đảo ngược tác dụng của thuốc chống đông và tiêu sợi huyết ở bệnh nhân ICH? Có nên dùng dự phòng thuốc chống co giật ở bệnh nhân ICH? Làm sao để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân ICH tốt nhất? dấu hiệu cần can thiệp phẫu thuật thần kinh? Làm sao bạn xác định liệu bệnh nhân ICH có tăng ICP hay không và cách xử trí tốt nhất? các yếu tố chỉ định đặt NKQ? Chất ưu trương ưa thích dùng trong tăng ICP là gì? Và nhiều cái khác ...

Có thể đoán được xuất huyết nội sọ hay nhồi máu não trước khi CT?

Các biểu hiện lâm sàng gợi ý cao ICH như thay đổi mức độ ý thức, cứng gáy, co giật, huyết áp tâm trương >110, dấu hiệu thần kinh 2 bên, nôn và đau đầu. Tuy nhiên, không thể chẩn đoán hoàn toàn bằng lâm sàng

POCUS (Siêu âm tại chỗ) doppler xuyên sọ và đường kính bao sợi thần kinh thị giác có thể nghi ICH với các triệu chứng thần kinh khởi phát đột ngột. Tăng ICP phù hợp với ICH hơn đột quỵ thiếu máu cục bộ (IS). Đường kính bao thần kinh thị giác > 6mm phù hợp với tăng ICP trong khi đường kính bao thần kinh thị giác <5mm rất nhạy trong loại trừ tăng ICP. Doppler xuyên sọ có thể phát hiện thuyên tắc và hẹp MCA trong IS. Nó cũng giúp tiên lượng dịch chuyển đường giữa trong ICH cũng như xác định 1 tổn

thương ICH. Cần thêm bằng chứng và kinh nghiệm về Doppler xuyên sọ để xác định vai trò của nó trong ICH.



ĐIỀU TRỊ ICH TRƯỚC KHI CHỤP CT

Bệnh nhân ICH có nguy cơ hít sặc (buồn nôn, nôn, GSC thấp, ngưng thở...) cần kiểm soát đường thở trước khi chụp CT

XỬ TRÍ CÁC CƠN CO GIẬT

Đối với bệnh nhân có triệu chứng đột quỵ trong vài giờ đầu, họ có khả năng bị ICH hơn IS, nếu SBP lớn hơn 180, chúng tôi đề nghị nên hạ HA xuống dưới 180 trước khi xác định chẩn đoán bởi CT nếu thời gian cho phép

Chẩn đoán phân biệt ICH

Mặc dù có một danh sách dài các nguyên nhân gây ra ICH, các nguyên nhân hay gặp nhất của ICH gồm THA, bệnh mạch amyloid

Cần xác định 2 nguyên nhân khác của ICH liên quan đông máu và huyết khối tĩnh mạch não

hình ảnh trong ICH

Trong khi nhiều nơi chụp CT thường với mọi bệnh nhân lâm sàng nghi đột quỵ, chúng tôi khuyến cáo nên chụp CT mạch phục vụ mục đích cả chẩn đoán và điều trị

XỬ TRÍ CẤP CỨU ICH – “THỜI GIAN VÀNG”

Những vấn đề lớn cần xử trí cấp cứu ở bệnh nhân ICH

- BP
- Rối loạn đông máu
- Glucose
- Nhiệt độ
- Co giật
- ICP

Mục tiêu huyết áp (BP) trong ICH?

Dựa trên các nghiên cứu INTERACT2 và ATTACH2, các chuyên gia của chúng tôi cho rằng với những bệnh nhân ICH với điểm GCS > 7, hạ HA xuống 140/80 không có hại và có thể có lợi

Nghiên cứu INTERACT2 năm 2013 là 1 nghiên cứu RCT với 2839 bệnh nhân có ICH tự phát trong vòng 6 giờ và tăng HA tâm thu, được phân nhóm ngẫu nhiên vào điều trị (<140) so với liệu pháp điều trị được khuyến cáo (<180). Kết cục đánh giá theo thang điểm Rankin sửa đổi từ 3-6 (tử vong và tàn tật nặng) trong vòng 90 ngày. Họ không thấy khác biệt đáng kể về kết cục của bệnh nhân

Nghiên cứu ATTACH-2 RCT so sánh HA tâm thu 110 - 139 mmHg với mục tiêu chuẩn là 140-189 ở 1000 bệnh nhân sử dụng IV labetalol, diltiazem hoặc urapidil. Bệnh nhân đủ điều kiện nếu họ có ít nhất một đợt SBP > 180 mm Hg từ lúc khởi phát triệu chứng – 4,5h sau. Nghiên cứu đã sớm dừng lại vì vô ích, không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong hay tàn tật (38,7% với 37,7%), không có khác biệt về sự lan rộng khối máu tụ hay tác dụng phụ nghiêm trọng liên quan đến điều trị

Hypotension (MAP <75-80) should be avoided at all costs in patients with ICH.

Các thuốc hạ huyết áp được lựa chọn trong ICH là nicardipine hoặc labetalol

Nicardipine là thuốc hạ áp được lựa chọn trong ICH vì nó không ảnh hưởng đến cơ tim và giãn động mạch đơn thuần, không ảnh hưởng đến giãn mạch não hay giãn tĩnh mạch

Liều dùng nicardipine trong ICH: Bắt đầu nicardipine ở liều 5mg / h và tăng thêm mỗi 5min đến 2,5mg cho đến khi đạt được huyết áp mục tiêu và ngay lập tức giảm liều xuống còn 3mg / h.

Đối với các trung tâm không có nicardipine, labetolol là thuốc hạ huyết áp được lựa chọn trong ICH.

Định liều labetolol trong ICH: Bắt đầu labetolol 20mg trong 1-2 phút và sau đó 20mg mỗi 3-5 phút cho đến khi đạt được huyết áp mục tiêu và bắt đầu truyền 1-8mg / phút.

TRUYỀN KHỐI TIỂU CẦU NẾU GIẢM TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN ICH

Chỉ định tuyệt đối cho truyền khối tiểu cầu ở bệnh nhân có ICH là tiểu cầu <50.000.

Tuy nhiên, hầu hết các nhà huyết học và bác sĩ phẫu thuật thần kinh khuyên bạn nên truyền tiểu cầu ở bệnh nhân ICH với số lượng tiểu cầu <100.000 mặc dù không có bằng chứng cải thiện kết cục, đặc biệt nếu bệnh nhân cần mổ cấp cứu

Có lợi không khi truyền tiểu cầu ở bệnh nhân đang dùng thuốc kháng tiểu cầu mà bị ICH?

Mặc dù có một số nghiên cứu quan sát thấy lợi ích tiềm tàng từ việc truyền tiểu cầu, nghiên cứu PATCH năm 2016, ở Hà Lan, Anh và Pháp đã chọn ngẫu nhiên 190 bệnh nhân có ICH và GCS > 8 đang điều trị thuốc kháng tiểu cầu trong vòng 7 ngày điều trị chuẩn và 1 nhóm được truyền tiểu cầu. đánh giá theo thang điểm Rankin sửa đổi thấy tỷ lệ tử vong chênh lệch 2,05 với nhóm truyền tiểu cầu. Các tác dụng phụ nghiêm trọng hơn ở nhóm truyền tiểu cầu (42%), so với 29% ở bệnh nhân chỉ được điều trị chuẩn. Họ kết luận rằng truyền tiểu cầu làm kết cục lâm sàng tệ hơn

Điều quan trọng cần lưu ý là những bệnh nhân này chủ yếu không phẫu thuật. Đối với bệnh nhân cần phẫu thuật cấp cứu, các bác sĩ khuyên nên truyền tiểu cầu cho bệnh nhân dùng thuốc kháng tiểu cầu. cũng lưu ý, nếu bệnh nhân xuất huyết dưới da hoặc chấn thương xuất huyết nội sọ cũng cần truyền tiểu cầu

Đảo ngược thuốc gây rối loạn đông máu trong ICH (warfarin)

Bất kỳ bệnh nhân nào dùng Warfarin vào cấp cứu vì ICH cần truyền ngay 4 yếu tố PCCs càng sớm càng tốt (Octaplex, Beriplex hoặc Kcentra) và IV Vitamin K trong 50mL NS 10 phút trước khi làm lại INR, tụ máu thường lan rộng trong vòng 1h đầu sau dùng warfarin

INR nên làm lại sau 15 phút và 5-6 giờ sau khi truyền PCC và lặp lại nếu cần. Mục tiêu INR là 1,5.

Các khuyến cáo hiện tại của Canada đối với việc sử dụng PCCs 4 yếu tố dựa trên INR:

INR 1,6-3: 1000 đơn vị PCC

INR 3-5: 2000 đơn vị PCC

INR > 5: 3000 đơn vị PCC

Đảo ngược tác dụng Heparin Trọng lượng phân tử thấp (LMWH) và UFH bằng protamine Sunfat trong ICH

Đối với dalteparin: IV protamine sulfat 1mg cho mỗi 100 đơn vị dalteparin đến liều tối đa 50mg trên 15 phút

Đối với enoxaparin dùng trong vòng 8 giờ: IV protamine sulfate 1mg mỗi 1 mg enoxaparin đến liều tối đa 50mg trong 15 phút. Đối với enoxaparin dùng cách đây 8-12 giờ, cho protamine sulfat 0.5mg mỗi 1mg enoxaparin (liều đơn tối đa 50mg).

Đối với UFH: IV protamine sulfate 1mg cho mỗi 100 đơn vị UFH được cho trong 2-3 giờ trước đó với liều đơn tối đa 50mg. Liều lặp lại 0,5 mg protamine với 100 đơn vị UFH nếu PTT vẫn tăng.

Yếu tố VIIa

Đảo ngược dabigatran trong ICH

Idarucizumab 5g trong 15-20 phút là thuốc đảo ngược tác dụng của dabigatran

Nếu không có idarucizumab, cân nhắc dùng FEIBA (Yếu tố VIII)

Nếu không có FEIBA cân nhắc dùng 4 yếu tố PCC (Octaplex, Beriplex hoặc Kcentra)

Đảo ngược yếu tố ức chế Xa trong ICH

Với thuốc ức chế Xa (ví dụ như apixaban, rivaroxaban) truyền 4-yếu tố PCC (Octaplex, Beriplex, Kcentra) ở liều 50 IU / kg đến 3.000 đơn vị là thuốc đảo ngược tác dụng được lựa chọn nhưng bằng chứng còn hạn chế

Lưu ý nếu bạn nghi ngờ có dùng thuốc ức chế Xa, chảy máu nội sọ trước khi chụp CT nên truyền 1,500 đơn vị PCC 4 thành phần

Andexanet Alfa là một kháng nguyên decoy; nó cạnh tranh vị trí gắn kết của rivaroxaban và apixaban nhưng hiệu quả không có bằng chứng thuyết phục

Đảo ngược tác dụng thuốc tiêu huyết khối trong ICH

Thời gian là điều cốt lõi. Theo dõi cẩn thận bệnh nhân ICH của bạn cho phép bạn phát hiện nhanh ICH sau khi dùng tiêu huyết khối. bất kỳ rối loạn ý thức hay dấu hiệu tăng ICP nên chụp CT ngay để phát hiện ICH, và điều trị càng sớm càng tốt

Các hướng dẫn gần đây nhất để điều trị ICH sau dùng tiêu sợi huyết theo hội thần kinh 2016. Dựa trên các bằng chứng hạn chế, họ khuyên nên dùng tủa lạnh (liều khởi đầu 10 đơn vị). Nếu chống chỉ định tủa lạnh hoặc không có ngay, nên dùng tranexamic acid 10-15 mg / kg IV trong 20 phút. Tuy nhiên, các chuyên gia của chúng tôi khuyên bạn nên cẩn thận với việc sử dụng acid tranexamic cho ICH vì lo lắng gây ra hiện tượng huyết khối. vì vậy, chỉ dùng nó như phương án cuối cùng

Điều quan trọng là phải kiểm tra nồng độ fibrinogen sau khi dùng các thuốc đảo ngược. Nếu nồng độ fibrinogen <150 mg / dL, họ đề nghị sử dụng thêm tủa lạnh

Kiểm soát glucose trong ICH

Tăng đường huyết thường gặp ở những bệnh nhân ICH. Tăng đường huyết có liên quan đến tiên lượng nặng (khối máu tụ lan rộng, tăng phù não, tử vong hoặc tàn tật nặng). nồng độ glucose tối ưu và chiến lược xử trí glucose vẫn còn nghiên cứu thêm. Tuy nhiên cần tránh cả hạ đường huyết (<70 mg / dl hoặc <3,9 mmol / L) và tăng đường huyết (> 180 mg / dl hoặc 10 mmol / L). Một nghiên cứu đề xuất lượng đường trong máu khoảng 80-110 mg, nhưng điều này có thể dễ gây hạ đường huyết, đôi khi làm tăng tỷ lệ tử vong

Vì vậy: không điều trị khi glucose từ 4 đến 10 mmol / L.

Kiểm soát nhiệt độ trong ICH

“brain blood fever” là thuật ngữ chỉ sốt ở bệnh nhân ICH (30-50% bệnh nhân bị sốt). xuất huyết não là yếu tố nguy cơ chính gây sốt. Sốt liên quan tới kết cục xấu ở bệnh nhân ICH, vì vậy nên giảm nhiệt độ ở bệnh nhân ICH xuống dưới 37,5-38 ° C.

Vì vậy: tránh sốt trong ICH.

Vai trò thuốc chống co giật trong ICH?

Câu trả lời ngắn gọn là không.

Khoảng 10-15% bệnh nhân sẽ xuất hiện co giật trong 24h đầu. Thuốc dự phòng chống co giật có liên quan đến các kết cục lâm sàng tệ hơn theo thang điểm Rankin sửa đổi sau 1-4 tháng. Tuy nhiên bệnh nhân hôn mê không cân xứng với hình ảnh trên CT, cần theo dõi EEG để phát hiện những cơn co giật không biểu hiện lâm sàng

Xử trí tăng áp lực nội sọ (ICP) trong xuất huyết nội sọ

Các chiến lược xử trí tăng ICP bao gồm:

- Đầu cao 30 và 45 °
- giảm đau và an thần Thích hợp
- Thông khí bình thường hoặc tăng thông khí nếu thoát vị
- Các thuốc ưu trương (mannitol hoặc muối ưu trương)

Cần nhắc đặt NKQ bảo vệ thần kinh – đường thở

Trước tiên phân chia bệnh nhân thành hai loại:

1. Những người cần bảo vệ đường thở ngay: thoát vị não, ngừng thở, GSC rất thấp, đường hô hấp bẩn

2. Những người đang từ từ suy giảm mà bạn cho là cần bảo vệ đường thở

Đối với những bệnh nhân thuộc nhóm 1, hãy thực hiện RSI.

Đối với những bệnh nhân thuộc nhóm 2, thực hiện đặt nội khí quản thông thường

Đảm bảo khám thần kinh kỹ trước khi giãn cơ nếu thời gian cho phép

1. để dụng cụ đầu giường

2. Giữ đầu giường cao ít nhất 20 độ để tránh tăng ICP

3. Có nicardipine hoặc labetalol cũng như epinephrine liều push sẵn cạnh giường để kiểm soát bất kỳ bất thường nào của huyết áp

4. SBP từ 140-160

5. cân nhắc dùng fentanyl 3-5micrograms / kg 3 phút trước khi đặt nội khí quản (cẩn thận ngưng thở)

6. Etomidate hoặc Ketofol (hỗn hợp 25% ketamine, 75% propofol) để khởi mê

7. Rocuromium hoặc succinylcholine

8. giảm đau sau đặt ống bắt đầu với fentanyl nếu bạn không dùng propofol hoặc dexmetatomidine để an thần

9. Thông khí: thông khí bảo vệ phổi 7mL / kg, + PEEP thấp nhất để đạt bão hòa 95%, PaCO₂ khoảng 40 trừ khi thoát vị não (mục tiêu PaCO₂ 30-35 hoặc ETCO₂ 27-30 nếu thoát vị não).

Avoid hypoxemia in ICH at all costs

Tránh thiếu oxy máu trong ICH bằng mọi giá

Liệu pháp ưu trương khi nghi ngờ tăng ICP hoặc thoát vị não

Dựa trên theo dõi ICP, đường kính bao thần kinh thị giác POCUS > 6mm hoặc các dấu hiệu rõ ràng trên CT của tăng ICP (không phải chỉ có GCS thấp đơn thuần) cần cho muối ưu trương, mannitol hoặc sodium bicarbonate.

NaCl 3% 250mL trong 10 phút được các chuyên gia của chúng tôi ưa chuộng hơn vì ít nguy cơ co giật và rối loạn huyết động

Nếu bạn sử dụng mannitol, nên đặt sonde tiểu và bù NaCl để tránh tụt huyết áp

Một cách đơn giản để cho mannitol đạt hiệu quả tối đa bằng cách dùng chai lớn (500ml chứa 100mg - 20%) với bệnh nhân lớn hoặc chai nhỏ (250mL chứa 50g như một giải pháp 20%) với người nhỏ. Liều khuyến cáo 0,5-1g/kg

Lưu ý rằng nghiên cứu phân tích của Burgess và cộng sự (2016) thấy không có sự khác biệt về kết cục giữa muối ưu trương và mannitol trong chấn thương sọ não

Các yếu tố tiên lượng kết cục xấu của bệnh nhân ICH là gì?

Trong khi điểm ICH cao (high ICH score) 5 hoặc 6 dự báo tỷ lệ tử vong cao trong 100 ngày thì tiên lượng sớm cho từng bệnh nhân là việc khó khăn

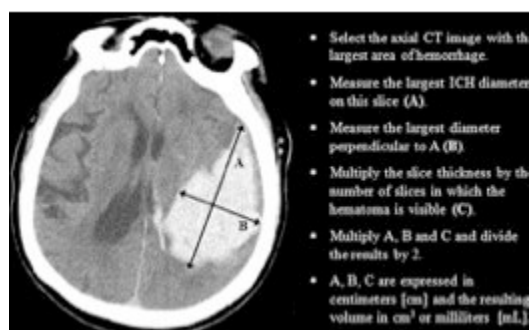
Intracerebral Haemorrhage

ICH Score (Hemphill et al.)

Feature	Finding	Points	ICH Score	30 Day Mortality
GCS	3-4	2	0	0%
	5-12	1		
	13-15	0		
Age	≥ 80	1	1	13%
	< 80	0	2	26%
Location	Infratentorial	1	3	72%
	Supratentorial	0		
ICH volume	$\geq 30\text{cc}$	1	4	97%
	$< 30\text{cc}$	0		
Intraventricular Blood	Yes	1	5	100%
	No	0	6	100%
ICH SCORE		0-6 points		

Thể tích máu tụ ước lượng theo phương trình: Công thức ABC / 2

V (cm³) = A.B.C/2 (A = Đường kính lớn nhất của ổ máu tụ; B = Đường kính lớn nhất vuông góc với A; C = Đường kính theo chiều thẳng đứng). Thể tích khối máu tụ < 30 cm³ (nhỏ), từ 30 – 60 cm³ (trung bình), > 60 cm³ (thể tích lớn).



Hai yếu tố tiên lượng quan trọng nhất liên quan đến tiên lượng là thể tích máu tụ và xuất huyết trong não thất

Dấu hiệu trên CT cản quang là yếu tố tiên lượng độc lập về sự lan rộng khối máu tụ, tiên lượng về di chứng thần kinh và nguy cơ tử vong..

Tính điểm ICH tại MDCalc: <https://www.mdcalc.com/intracerebral-hemorrhage-ich-score>

Các chỉ định cho phẫu thuật trong ICH vẫn đang gây tranh cãi

Phẫu thuật can thiệp trong ICH được chỉ định cho tất cả các trường hợp chảy máu hồ sau trừ những bệnh nhân GCS 14-15, khối máu tụ <3cm. xuất huyết não thất cần phải dẫn lưu não thất

Đối với các trường hợp xuất huyết trên lều, không có xuất huyết trong não thì chỉ định can thiệp phẫu thuật còn là vấn đề tranh cãi

GỢI Ý NÊN CHUYỂN BỆNH NHÂN ĐẾN TRUNG TÂM PHẪU THUẬT THẦN KINH

- Hai đường truyền ngoại vi cầm NaCl 0,9% (tránh RL)
- Nguy cơ đặt NKQ vì tình trạng xấu đi trong vòng 12h, tránh thiếu oxy máu bằng mọi giá
- BP giữ mức 140/80 (cân nhắc dùng nicardipin hoặc labetolol)
- Nhiệt độ trung tâm <37-5-38 ° C (cân nhắc làm mát trong vận chuyển)
- Glucose huyết thanh 4-10 mmol / L, test mao mạch, insulin khi Glucose > 10 mmol / L, D50W trong trường hợp <4 mmol / L
- Giảm đau (fentanyl) và an thần (propofol)
- Lorazepam, phenytoin hoặc levetiracetam trong trường hợp co giật
- NaCl ưu trương hoặc mannitol cũng như tăng thông khí trong trường hợp thoát vị não

<https://ccforum.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13054-016-1432-0?site=ccforum.biomedcentral.com>

-