

Guidelines điều trị xuất huyết dưới nhện do phình mạch

(Tài liệu lược dịch từ: Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage from the American Heart Association/American Stroke Association, 2012)

BS Lê Quốc Nam, PGS.TS Cao Phi Phong

Giới thiệu:

Xuất huyết dưới nhện do phình mạch rất phổ biến và gây tàn phế nặng nề, ảnh hưởng trên 30.000 người mỗi năm tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong 45%, để lại bệnh tật trầm trọng đối với những người còn sống sót.

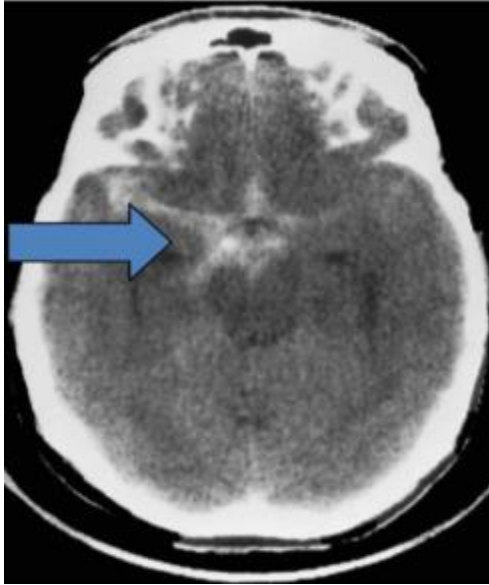
Những khuyến cáo sau đây tóm tắt những bằng chứng tốt nhất cho điều trị bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình mạch.

Dịch tễ học

Tỷ lệ xuất huyết dưới nhện do phình mạch thay đổi rất lớn giữa các quốc gia, từ 2 ca/ 100.000 ở Trung Quốc đến 22,5 ca/ 100.000 ở Phần Lan. Nhiều ca xuất huyết dưới nhện do phình mạch được chẩn đoán nhầm, do đó, tỷ lệ hàng năm ở Mỹ có thể vượt quá 30.000.

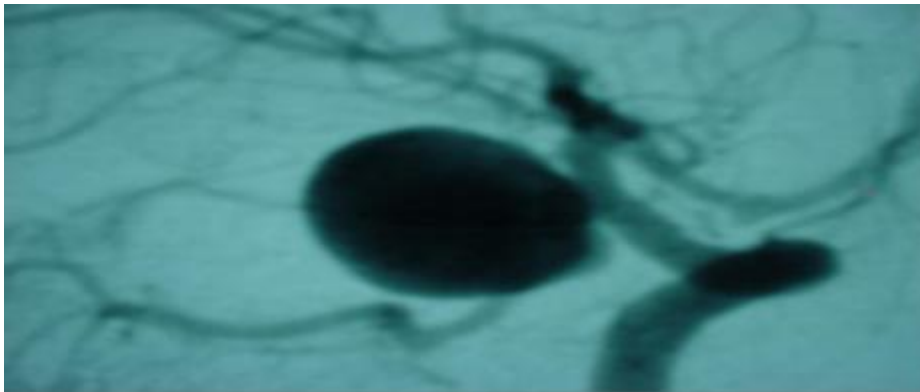
Tỷ lệ tăng theo độ tuổi, xảy ra phổ biến nhất từ 40 đến 60 tuổi (tuổi trung bình trên 50 tuổi). SAH(xuất huyết dưới nhện) ở nữ cao gấp 1,2 lần so với nam giới. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tăng huyết áp, hút thuốc, giới tính nữ và sử dụng rượu nặng. SAH liên quan đến cocaine xảy ra ở bệnh nhân trẻ.

Hội chứng phình động mạch nội sọ gia đình (familial intracranial aneurysm: FIA) xảy ra khi hai hay nhiều hơn người thân trong gia đình chứng minh xuất huyết dưới nhện do phình mạch, Tỷ lệ mắc FIA ở bn SAH từ 6-20%



Dấu ngôi sao “star sign”

CT scan xuất huyết dưới nhện nền sọ



Angiogram: aneurysm không lồ đm cảnh trong

Các yếu tố nguy cơ và phòng ngừa SAH:

Khuyến cáo

1. Điều trị huyết áp cao với thuốc hạ huyết áp được khuyến cáo để ngăn ngừa đột quỵ thiếu máu cục bộ, xuất huyết nội sọ, tổn thương tim, thận, và cơ quan đích khác (Loại I; Mức độ bằng chứng A).
2. Cần điều trị tăng huyết áp, và việc điều trị như vậy có thể làm giảm nguy cơ bị SAH (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
3. Tránh sử dụng thuốc lá và lạm dụng rượu bia để giảm nguy cơ SAH (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
4. Ngoài kích thước, vị trí của phình động mạch, tuổi tác và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, có thể hợp lý xem xét các đặc điểm hình thái

và huyết động của phình động mạch khi thảo luận về nguy cơ vỡ phình động mạch (Loại IIb; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

5. Một chế độ ăn nhiều rau có thể làm giảm nguy cơ bị SAH (Loại IIb; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
6. Có thể hợp lý sàng lọc không xâm lấn cho bệnh nhân có gia đình bị SAH và / hoặc tiền sử SAH để đánh giá lại phình động mạch hoặc tái phát muộn của phình động mạch đã điều trị, nhưng rủi ro và lợi ích của sàng lọc này đòi hỏi cần nghiên cứu thêm (Loại IIb; Mức độ bằng chứng B).
7. Sau khi sửa chữa phình động mạch, chẩn đoán hình ảnh mạch não ngay lập tức thường được khuyến cáo để xác định còn sót lại hoặc tái phát phình động mạch có thể cần điều trị (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

Bệnh sử và kết cục của SAH

Khuyến cáo

1. Mức độ nghiêm trọng lâm sàng ban đầu của SAH cần xác định nhanh chóng bằng các thang đo đơn giản được công nhận giá trị (Hunt, Hess, Hiệp hội phẫu thuật thần kinh thế giới), vì đây là chỉ số hữu ích nhất về kết cục sau SAH (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
2. Nguy cơ tái xuất huyết sớm của phình mạch rất cao, và tái xuất huyết liên hệ kết cục rất xấu. Do đó, việc đánh giá và điều trị khẩn cấp cho bệnh nhân nghi ngờ SAH được khuyến cáo (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
3. Sau khi xuất viện, việc trao đổi ý kiến với bệnh nhân SAH là hợp lý để đánh giá sự hiểu biết bao gồm đánh giá nhận thức, hành vi và tâm lý xã hội (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán SAH

Khuyến cáo

1. SAH là một cấp cứu nội khoa thường chẩn đoán nhầm. Mức độ nghi ngờ SAH cao ở những bệnh nhân khởi phát đau đầu dữ dội cấp tính (Loại I; Mức độ bằng chứng B).

2. Cận lâm sàng chẩn đoán cấp bao gồm CT đầu không tiêm thuốc tương phản, nếu chẩn đoán âm tính, nên được xác định bằng chọc dò dịch não tủy (Loại I; Mức bằng chứng B).
3. CTA có thể được xem xét trong chẩn đoán SAH. Nếu CTA phát hiện phình động mạch, có thể hướng dẫn quyết định loại sửa chữa phình động mạch, nhưng nếu CTA kết luận, DSA vẫn được khuyến cáo (có thể loại trừ trường hợp SAH quanh trung não (perimesencephalic) kinh điển) (Loại IIb; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo mới)
4. Chụp cộng hưởng từ (*fluid-attenuated inversion recovery, proton density, diffusion-weighted imaging, and gradient echo sequences*) có thể hợp lý cho chẩn đoán SAH ở bệnh nhân CT scan không xác định, mặc dù kết quả âm tính không loại bỏ nhu cầu phân tích dịch não tủy (Loại IIb; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo mới)
5. DSA với 3-dimensional rotational angiography được chỉ định để phát hiện phình động mạch ở bệnh nhân có SAH (ngoại trừ khi phình động mạch được chẩn đoán trước đó bằng chụp mạch máu không xâm lấn) và lập kế hoạch điều trị (xác định đặt coil phình động mạch hay tiến hành vi phẫu) (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới).

Xử trí nội khoa ngăn ngừa tái xuất huyết sau SAH

Khuyến cáo

1. Thời gian giữa khởi phát triệu chứng SAH và làm tắc phình động mạch, huyết áp nên được kiểm soát với mức độ để cân bằng giữa nguy cơ đột quy, tái xuất huyết liên quan tăng huyết áp và đảm bảo áp suất tưới máu não (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
2. Mức độ kiểm soát huyết áp để giảm nguy cơ tái xuất huyết chưa được xác định, nhưng giảm huyết áp tâm thu xuống <160 mm Hg là hợp lý (Loại IIa; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo mới)
3. Đối với những bệnh nhân không tránh được trì hoãn làm tắc phình mạch, nguy cơ tái xuất huyết đáng kể và không có chống chỉ định nội khoa thuyết phục, điều trị ngắn (<72 giờ) với axit tranexamic hoặc axit aminocaproic là hợp lý để giảm nguy cơ tái xuất huyết sớm (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước)

Phẫu thuật và can thiệp nội mạch điều trị vỡ phình động mạch não

Khuyến cáo

1. Phẫu thuật clipping hay endovascular coiling điều trị phình động mạch vỡ nên được thực hiện càng sớm càng tốt trong phần lớn các bệnh nhân để giảm tỷ lệ tái phát sau khi SAH (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
2. Làm tắc hoàn toàn phình động mạch được khuyến cáo bất cứ khi nào có thể (Loại I; Mức độ bằng chứng B).
4. Quyết định điều trị phình động mạch, được đánh giá bởi cả bác sĩ phẫu thuật mạch máu não có kinh nghiệm và chuyên gia về can thiệp nội mạch, phải là quyết định đa ngành dựa trên đặc điểm của bệnh nhân và phình động mạch (Loại I; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước)
3. Đối với bệnh nhân vỡ phình động mạch được đánh giá là có thể tuân thủ về mặt kỹ thuật đối với cả endovascular coiling và neurosurgical clipping, endovascular coiling sẽ được xem xét (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước)
4. Trong trường hợp không chống chỉ định thuyết phục, bệnh nhân phình động mạch vỡ trải qua coiling hay clipping sẽ trì hoãn theo dõi hình ảnh mạch máu (thời gian và phương thức tùy thuộc cá nhân), và cần cân nhắc kỹ lưỡng để tái điều trị, cả lập lại coiling hay microsurgical clipping nếu lâm sàng còn sót lại (phát triển) đáng kể.(Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
5. Microsurgical clipping có thể được gia tăng xem xét ở những bệnh nhân có tụ máu nội mô lớn (> 50 mL) và phình động mạch não giữa. Endovascular coiling có thể được cân nhắc ở người cao tuổi (70 tuổi), ở những người SAH có poor- grade (*Liên đoàn các bác sĩ phẫu thuật thần kinh thế giới độ IV / V*), và ở những người bị phình động mạch đỉnh thân nền (Loại IIb; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo mới)
6. Stenting phình động mạch vỡ có liên quan với gia tăng bệnh tật, tử vong, và chỉ nên được xem xét khi các lựa chọn ít rủi ro đã được loại trừ (Loại III; Mức độ bằng chứng C). (khuyến cáo mới)

Đặc điểm bệnh viện và hệ thống chăm sóc:

Khuyến cáo

1. Bệnh viện có chất lượng thấp (ví dụ, <10 trường hợp SAH mỗi năm) nên xem xét việc chuyển sớm bệnh nhân SAH đến các trung tâm có chất lượng cao (ví dụ, > 35 trường hợp SAH mỗi năm) với bác sĩ phẫu thuật mạch máu giàu kinh nghiệm, chuyên gia can thiệp nội mạch và chăm sóc tích cực thần kinh đa chuyên ngành (Loại I; Mức độ Bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước)
2. Theo dõi hàng năm tỷ lệ biến chứng do phẫu thuật và thủ thuật can thiệp là hợp lý (Loại IIa; Mức độ Bằng chứng C). (khuyến cáo mới)
3. Quy trình chứng nhận bệnh viện đảm bảo các tiêu chuẩn huấn luyện thích hợp bác sĩ điều trị phình động mạch não là hợp lý (Loại IIa; Mức độ Bằng chứng C). (khuyến cáo mới)

Gây mê trong phẫu thuật và điều trị nội mạch:

Khuyến cáo

1. Giảm thiểu mức độ và thời gian hạ huyết áp trong phẫu thuật phình động mạch là chỉ định hầu như chắc chắn (probably) (Loại IIa; Mức độ Bằng chứng B).
2. Không có đủ dữ liệu để cho một khuyến cáo chuyên biệt về chiến lược được lý và gây tăng huyết áp trong quá trình tắc mạch tạm thời, nhưng có những trường hợp khi sử dụng chúng có thể được coi là hợp lý (Loại IIb; Mức độ Bằng chứng C).
3. Hạ thân nhiệt trong phẫu thuật phình động mạch không được khuyến cáo thường xuyên nhưng có thể là một lựa chọn hợp lý trong các trường hợp được chọn lọc (Loại III; Mức độ Bằng chứng B).
4. Phòng ngừa tăng đường huyết trong phẫu thuật trong suốt phẫu thuật phình động mạch được chỉ định hầu như chắc chắn (Loại IIa; Mức độ Bằng chứng B).
5. Việc sử dụng gây mê toàn thân (general anesthesia) trong điều trị endovascular của phình động mạch não vỡ có thể có lợi ở những bệnh nhân được chọn lọc (Loại IIa; Mức độ bằng chứng C)

Điều trị co thắt mạch não và thiếu máu não trễ (DIC) sau SAH:

Khuyến cáo

1. Dùng nimodipin uống cho tất cả bệnh nhân có SAH (Loại I; Mức độ bằng chứng A).
(Cần lưu ý tác nhân này đã được chứng minh là cải thiện kết cục thần kinh nhưng không phải co thắt mạch máu não. Giá trị của các thuốc đối kháng canxi khác, dùng đường uống hay tiêm tĩnh mạch, vẫn không chắc chắn.)
2. Duy trì euvolemia và lượng máu lưu thông bình thường được khuyến cáo để ngăn chặn DCI (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước đó)
3. Không khuyến cáo tăng huyết áp dự phòng hoặc nong mạch (balloon angioplasty) trước khi co thắt mạch phát triển (Loại III; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
4. Doppler xuyên sọ là hợp lý để theo dõi sự phát triển co thắt động mạch (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
5. Hình ảnh tưới máu với CT hoặc cộng hưởng từ có thể hữu ích để xác định các vùng thiếu máu não cục bộ tiềm năng (Loại IIa; Mức độ Bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
6. Gây tăng huyết áp được khuyến cáo cho bệnh nhân DCI trừ khi huyết áp tăng trên vạch ranh giới hoặc tình trạng tim ngừng (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước đó)
7. Cerebral angioplasty và / hoặc điều trị selective intra-arterial vasodilator là hợp lý ở những bệnh nhân co thắt mạch não có triệu chứng, đặc biệt là những người không đáp ứng nhanh với liệu pháp tăng huyết áp (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước đó)

Điều trị tràn dịch não thất liên quan với SAH:

Khuyến cáo

1. SAH liên hệ đến tràn dịch não thất triệu chứng cấp tính sẽ được điều trị lấy bớt dịch não tủy (EVD: External Ventricular Drainage hoặc dẫn lưu thất lưng, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng) (Loại I; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước đó)

2. SAH liên hệ đến tràn dịch não thất triệu chứng mãn tính sẽ được điều trị dẫn lưu dịch não tủy vĩnh viễn. (Loại I; Mức độ Bằng chứng C). (khuyến cáo được sửa đổi từ khuyến cáo trước đó)
3. Rút EVD trên 24 giờ không có hiệu quả trong việc giảm nhu cầu đặt shunting não thất (Loại III; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
4. Thủ thuật trở cửa sổ bản cùng (fenestration of the lamina terminalis) thường quy thì không ích lợi cho việc giảm tỷ lệ shunt-dependent hydrocephalus và vì vậy không thực hiện thường quy. (Loại III; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

Điều trị cơn động kinh liên hệ với SAH:

Khuyến cáo

1. Việc sử dụng thuốc chống co giật(anticonvulsants) dự phòng có thể được xem xét trong giai đoạn tức thời sau xuất huyết (Loại IIb; Mức độ bằng chứng B).
2. Khuyến cáo không nên sử dụng thường quy lâu dài các thuốc chống co giật (Loại III; Mức độ bằng chứng B) nhưng có thể được xem xét cho những bệnh nhân biết có yếu tố nguy cơ về cơn động kinh chậm trễ, chẳng hạn như cơn động kinh trước đó, tụ máu nội sọ, tăng huyết áp kháng trị, nhồi máu hoặc phình động mạch não giữa (Loại IIb; Mức độ bằng chứng B).

Điều trị các biến chứng nội khoa liên hệ đến SAH:

Khuyến cáo

1. Việc sử dụng khối lượng lớn dịch nhược trương(hypotonic), có thể tích nội mạch (intravascular volume contraction) không được khuyến cáo sau SAH (Loại III; Mức độ Bằng chứng B).
2. Theo dõi tình trạng thể tích ở một số bệnh nhân mới bị SAH bằng cách kết hợp central venous pressure, pulmonary wedge pressure và cân bằng dịch là hợp lý, khi điều trị co thể tích(volume contraction) với dịch tinh thể hoặc chất keo(crystalloid or colloid fluids)(Loại IIa; Mức độ bằng chứng B).
3. Kiểm soát mạnh mẽ nhiệt độ, đích là nhiệt độ bình thường bằng cách sử dụng các hệ thống điều chỉnh nhiệt độ cơ bản hoặc tiên tiến là hợp

lý trong giai đoạn cấp tính của SAH (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

4. Kiểm soát đường huyết cẩn thận với việc nghiêm ngặt tránh hạ đường huyết có thể được coi là một phần của điều trị khẩn cấp tổng quát bệnh nhân SAH (Loại IIb; Mức độ Bằng chứng B).
5. Việc truyền hồng cầu để điều trị bệnh thiếu máu có thể là hợp lý ở những bệnh nhân SAH mà có nguy cơ bị thiếu máu não cục bộ. Mục tiêu hemoglobin tối ưu vẫn được xác định (Hạng IIb; Mức độ Bằng chứng B). (khuyến cáo mới)
6. Việc sử dụng fludrocortisone acetate và dung dịch muối ưu trương là hợp lý để ngăn ngừa và điều chỉnh hạ natri máu (Loại IIa; Mức độ bằng chứng B).
7. Giảm tiểu cầu do Heparin gây ra và huyết khối tĩnh mạch sâu là những biến chứng tương đối thường xuyên sau SAH. Cần xác định sớm và điều trị, nhưng cần nghiên cứu thêm để xác định các mô hình sàng lọc lý tưởng (Loại I; Mức độ Bằng chứng B). (khuyến cáo mới)

Tóm tắt và kết luận

Việc điều trị SAH là một nhiệm vụ phức tạp, và những hiểu biết hiện nay đang trong quá trình phát triển nhanh chóng. Cập nhật này, dựa trên cơ sở những ấn bản trong 42 tháng, xác định 22 khuyến cáo mới, 5 trong số đó là các khuyến cáo loại I. Có 9 thay đổi trong các khuyến cáo trước đây. Tổng cộng, hiện nay có 22 khuyến cáo loại I. Mặc dù những dữ liệu này cho thấy việc sửa đổi thường xuyên các guidelines là rất cần thiết, các dữ liệu được trình bày ở đây chỉ bắt đầu đi vào bề mặt của những hiểu biết đang phát triển nhanh trong lĩnh vực này. Những người phải đối mặt với việc điều trị bệnh nhân sẽ sử dụng guidelines này như là điểm khởi đầu để làm mọi thứ có thể cải thiện kết cục bệnh nhân SAH.