

**DỰ THẢO KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ
NHỒI MÁU NÃO
(ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO)**

Nhóm biên soạn:

*GS.TS Nguyễn Lâm Việt
PGS.TS Lê Quang Cường*

Các Chuyên gia góp ý kiến

1. Chuyên ngành Thần kinh

- Miền Bắc: PGS.TS Nguyễn Văn Đăng (Hội Thần Kinh VN), GS.TS Lê Đức Hình (Hội Thần Kinh VN), PGS.TS Ngô Đăng Thục (ĐHY Hà Nội), PGS Lê Văn Thính (BV Bạch Mai), PGS.TS Nguyễn Văn Chương (Viện 103-HVQY), TS Nguyễn Minh Hiên (Viện 103), PGS.TS Nguyễn Văn Thông (Viện 108), GS.TS Hoàng Văn Thuận (Viện 108).
- Miền Trung: PGS.TS Hoàng Khánh
- Miền Nam: GS.TS Lê Văn Thành, BS CKII Lê Minh, BS Nguyễn Văn Nam, PGS.TS Vũ Anh Nhị, BS Nguyễn Thị Kim Liên, TS Nguyễn Thị Hùng.

Các Chuyên gia góp ý kiến

2. Chuyên ngành khác

- Tim mạch: GS Phạm Gia Khải, GS Đặng Văn Phước, PGS Phạm Nguyễn Vinh
- Hồi sức cấp cứu: GS Vũ Văn Đính
- Nội tiết-ĐTĐ: Trần Đức Thọ, PGS Nguyễn Hải Thủy, PGS Tạ Văn Bình
- Chẩn đoán hình ảnh: GS Hoàng Đức Kiệt

Tài liệu tham khảo

1. **European Stroke Initiative. Recommendation 2003** của Hội chống đột quỵ Châu Âu (2003)
2. Chương trình giảng dạy Đột quỵ của Hội chống Đột quỵ Quốc tế-**ABC STROKE (2006)** và thực hiện ở Việt Nam (Bộ Y tế).
3. **Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke** của Hội Chống Đột quỵ Hoa Kỳ (2007).
4. **Primary Prevention of Ischemic Stroke** của Hội Chống Đột quỵ Hoa Kỳ (2006).

NỘI DUNG

1. LỜI MỞ ĐẦU

2. SINH LÝ BỆNH VÀ NGUYÊN NHÂN

2.1. Sinh lý bệnh của đột quy do thiếu máu cục bộ

2.2. Nguyên nhân đột quy

3. TRIỆU CHỨNG HỌC

4. ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUY DO THIẾU MÁU

4.1. Sáu nguyên tắc chính trong tiếp cận bệnh nhân đột quy do thiếu máu

4.2. Quy trình chẩn đoán

4.2.1. Chẩn đoán hình ảnh

4.2.2. Điện tâm đồ (Electrocardiogram – ECG)

4.2.3. Siêu âm

4.2.4. Các xét nghiệm

4.3. Theo dõi và điều trị bệnh đột quy nói chung

4.3.1. Lâm sàng

4.3.2. Theo dõi điện tâm đồ

4.3.3. Chăm sóc tim mạch

4.3.4. **Huyết áp**

4.3.5. **Đảm bảo chức năng phổi**

4.3.6. **Kiểm glucose máu**

4.3.7. **Cân bằng nước và điện giải**

4.3.8. **Nhiệt độ cơ thể**

4.4. Phương pháp điều trị đặc hiệu

4.4.1. **Liệu pháp tái tưới máu (sử dụng thuốc tiêu sợi huyết).**

4.4.2. **Liệu pháp chống huyết khối**

4.4.3. **Các thuốc bảo vệ thần kinh**

NỘI DUNG

4.5. Điều trị các biến chứng cấp tính

4.5.1. Phù não và tăng áp lực nội sọ

4.5.2. Sặc và viêm phổi

4.5.3. Nhiễm trùng đường tiêu

4.5.4. Tắc mạch phổi và DVT

4.5.5. Loét do nằm lâu

4.5.6. Con động kinh

4.6. Hồi phục chức năng sớm

5. DỰ PHÒNG CẤP MỘT

5.1. Thay đổi lối sống và các yếu tố nguy cơ

5.1.1. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được

5.1.2. Các yếu tố nguy cơ được nghiên cứu nhiều và có thể biến đổi được

5.1.3. Yếu tố nguy cơ chưa xác định rõ

5.2. Thuốc chống huyết khối và chống đông

5.2.1. ASA

5.2.2. Thuốc chống đông máu

5.3. Điều trị và phẫu thuật nội mạch (Carotid Endarterectomy - CEA)

6. DỰ PHÒNG CẤP HAI

6.1. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

6.1.1. Điều trị tăng HA

6.1.2. Liệu pháp giảm cholesterol máu

6.1.3. Bỏ hút thuốc lá

6.1.4. Liệu pháp hormon thay thế

6.2. Thuốc chống huyết khối và chống đông

6.2.1. Thuốc chống huyết khối

6.2.2. Thuốc chống đông máu

6.3. Điều trị và phẫu thuật nội mạch

6.3.1. Phẫu thuật nội mạch động mạch cảnh (CEA) :các tiêu chuẩn cụ thể

6.3.2. Đặt stent

LỜI MỞ ĐẦU

- Định nghĩa (WHO)
- Tầm quan trọng, tác hại của Đột quy
- Quan điểm về điều trị đột quy cấp tính vẫn còn nhiều tranh cãi → để xác định giá trị khoa học của các nghiên cứu, người ta có thể chia thành 4 cấp độ Evidence Based Medecine (EBM)

Evidence Based Medecine (EBM)

- EBM I: có bằng chứng khoa học giá trị nhất, dựa trên thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên với cỡ mẫu phù hợp hoặc phân tích meta các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên.
- EBM II: có bằng chứng khoa học giá trị trung bình (nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên đơn lẻ)
- EBM III: có bằng chứng khoa học giá trị thấp (nghiên cứu bệnh-chứng hoặc nghiên cứu tại cộng đồng, nghiên cứu mô tả nhiều trường hợp đối chiếu với tiền sử (nhưng không ngẫu nhiên) hoặc so sánh với các kết quả của các thử nghiệm ngẫu nhiên khác.
- EBM IV: thiếu bằng chứng khoa học, kinh nghiệm của cá nhân chuyên gia.

SINH LÝ BỆNH VÀ NGUYÊN NHÂN

Sinh lý bệnh của đột quy do thiếu máu cục bộ

- Khái niệm *vùng tranh tối tranh sáng*
- Tính cấp thiết phải điều trị càng sớm càng tốt

Nguyên nhân đột quy

- Xơ vữa động mạch
- Tác hệ động mạch-tiểu động mạch do huyết khối xơ vữa
- Nghẽn mạch nguyên nhân do các bệnh tim (thay van tim, rung nhĩ, cục máu đông trong buồng tim).

TRIỆU CHỨNG HỌC

- Triệu chứng học đột quy rất đa dạng, tùy thuộc vị trí não tổn thương.
- Công thức chẩn đoán nhanh **FAST** của Hội Chống đột quy Quốc Tế (2006):
 - ✓ Liệt mặt (**F**acial weakness)
 - ✓ Yếu tay (**A**rme weakness)
 - ✓ Khó nói (**S**peech difficulty)
 - ✓ Thời điểm phải xử lý cấp cứu người bệnh (**T**ime to act fast).

ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUY DO THIẾU MÁU

6 nguyên tắc chính trong tiếp cận bệnh nhân

1. Chẩn đoán xác định để đưa ra những quyết định điều trị
2. Điều trị các yếu tố ảnh hưởng tới chức năng sống (HA, nhiệt độ cơ thể, glucose huyết thanh)
3. Điều trị các nguyên nhân gây đột quy, tái phục hồi các mạch bị tắc hoặc chông lại cơ chế gây chết tế bào (bảo vệ thần kinh)
4. Phòng và điều trị những biến chứng nội khoa (trào ngược, nhiễm trùng, loét do nằm, huyết khối tĩnh mạch sâu, nghẽn mạch phổi), biến chứng thần kinh (xuất huyết thứ phát, phù não, cơn động kinh)
5. Dự phòng cấp hai sớm để giảm bớt tỉ lệ tái phát đột quy sớm
6. Phục hồi chức năng sớm

Quy trình chẩn đoán

Phát hiện sớm các thể đột quy dựa trên các dấu hiệu lâm sàng.

- Thiếu máu cục bộ
- Xuất huyết nội sọ
- Xuất huyết dưới nhện là rất cần thiết.

Quy trình chẩn đoán

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography -CT).
- Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging - MRI)
- **Điện tâm đồ (Electrocardiogram – ECG)**

Siêu âm

- Siêu âm Doppler
- Siêu âm màu Duplex
- Các phương pháp siêu âm khác:
 - ✓ Qua thành ngực
 - ✓ Qua thực quản

Quy trình chẩn đoán

Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu (số lượng hồng cầu, tiểu cầu)
- INR, thời gian Prothrombin
- Điện giải đồ
- Glucose huyết thanh
- CRP, tốc độ máu lắng
- Xét nghiệm chức năng gan và thận.

Quy trình chẩn đoán

Xét nghiệm đặc biệt (tùy từng bệnh nhân)

- Protein C, S, aPC-resistance
- Cardiolipin-AB
- Homocystein
- Sàng lọc viêm mạch máu (ANA, Lupus AC)
- Chọc dò dịch não tủy

Theo dõi và điều trị chung về đột quy.

1. Bệnh nhân phải được kiểm tra những biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng, quan trọng là khai thông đường thở, duy trì chức năng hô hấp và tuần hoàn
2. Bệnh nhân phải được theo dõi và/hoặc điều trị trong Phòng cấp cứu, ***Đơn vị Đột quy*** hoặc các Khoa khác.

Theo dõi và điều trị chung về đột quy

Lâm sàng

- Theo dõi thường xuyên để phát hiện suy giảm chức năng tuần hoàn và hô hấp và các biến chứng do chèn ép não (độ tỉnh táo, đồng tử).
- Theo dõi tình trạng hệ thần kinh thông qua các thang điểm đánh giá (NIH, Scandinavian, Glassgow...)

Theo dõi và điều trị chung về đột quy

Theo dõi điện tâm đồ

- Phát hiện các cơn loạn nhịp ác tính thứ phát, loạn nhịp có từ trước và rung nhĩ (nguồn gốc tắc mạch).
- Nên theo dõi tim mạch liên tục trong 48 giờ đầu kể từ khi xảy ra đột quy, đặc biệt với bệnh nhân có:
 - ✓ Các bệnh lí về tim mạch trước đó
 - ✓ Tiền sử bị bệnh tim
 - ✓ HA dao động
 - ✓ Những dấu hiệu/triệu chứng lâm sàng của suy tim
 - ✓ ECG không bình thường
 - ✓ Ổ nhồi máu liên quan tới vỏ não thùy đảo

Theo dõi và điều trị chung về đột quy.

Chăm sóc tim mạch

- Đảm bảo cung lượng tim tối ưu = duy trì HA ở mức bình thường cao, nhịp tim bình thường.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm nên được duy trì ở mức xấp xỉ 8-10 cm H₂O. Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (mặc dù không áp dụng thường xuyên ở những bệnh khoa thông thường) sẽ đưa ra những cảnh báo sớm về tăng hay giảm thể tích - các yếu tố bất lợi cho tưới máu não.
- Khi cần, phải sử dụng thuốc, khử rung tim hay sử dụng máy tạo nhịp để đưa nhịp tim về bình thường.

Theo dõi và điều trị chung về đột quy.

Huyết áp

- Nên giữ HA ở mức cao để tạo tình trạng tưới máu tối ưu các mạch máu bàng hệ và mạch bị hẹp, giúp cung cấp đủ máu cho mô não *vùng tranh tối- tranh sáng*, nơi khả năng tự điều hòa lưu lượng máu não giảm.
- Khi bệnh nhân bị hạ HA: truyền dịch và/hoặc norepinephrin.

Theo dõi và điều trị chung về đột quy

Đảm bảo chức năng phổi

- Nên theo dõi độ bão hòa oxy máu động mạch và chức năng thông khí phổi.
- Cung cấp đủ oxy máu để duy trì trao đổi chất cho vùng tranh tối-tranh sáng. (2-4 lít O₂/phút).
- Nên đặt nội khí quản cho những trường hợp suy hô hấp có khả năng hồi phục.

Kiểm glucose máu

- Cần theo dõi glucose máu thường xuyên do ở giai đoạn cấp của đột quy
- Giảm glucose huyết thanh cũng ảnh hưởng đến tiên lượng và/hoặc gây tình trạng giống như nhồi máu não.

Theo dõi và điều trị chung về đột quy.

Cân bằng nước và điện giải

- Cần được theo dõi sát và điều chỉnh để tránh hiện tượng cô đặc huyết tương, tăng tỉ lệ phần trăm khối hồng cầu (heamatocrit) và làm giảm khả năng lưu thông của máu. Dung dịch nhược trương chống chỉ định (natriclorua 0,45% hoặc glucose 5%) do nguy cơ làm nặng tình trạng phù não.

Nhiệt độ cơ thể

- Trên thực nghiệm, sốt tuy không ảnh hưởng đến tiên lượng sau đột quy nhưng lại làm tăng kích thước ổ nhồi máu.

Khuyến cáo điều trị chung về đột quy

(EBM IV)

- Nên theo dõi chức năng tim mạch liên tục trong 48 giờ đầu sau đột quy, đặc biệt đối với bệnh nhân có các bệnh lý về tim mạch trước đó, tiền sử loạn nhịp tim, HA không ổn định, có dấu hiệu/triệu chứng lâm sàng của suy tim, ECG không bình thường, ổ nhồi máu ở vỏ não thùy đảo.
- Nên theo dõi oxy máu qua đo độ bão hòa oxy máu động mạch.
- Cung cấp O₂ trong trường hợp giảm oxy (phân tích khí máu hoặc đo độ bão hòa oxy máu động mạch có độ bão hòa O₂ < 92%).
- Đặt nội khí quản trong trường hợp suy hô hấp có khả năng hồi phục.

Khuyến cáo điều trị chung về đột quỵ (EBM IV)

- **Không nên hạ HA qua vội ngay sau đột quỵ, trừ trường hợp HA tăng cao: HA tâm thu ≥ 200 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 120 mmHg**
- Các trường hợp cần hạ HA:
 - ✓ Đột quỵ có suy tim
 - ✓ Phình tách động mạch chủ
 - ✓ Nhồi máu cơ tim cấp, suy thận cấp
 - ✓ Dùng thuốc tiêu sợi huyết hay sử dụng heparin đường tĩnh mạch.
- **Nên duy trì HA của những bệnh nhân:**
 - ✓ **Nếu đã có tiền sử tăng HA: giữ ở mức 180/100-105 mmHg**
 - ✓ **Không có tiền sử tăng HA: giữ ở mức 160-180/90-100 mmHg**
 - ✓ **Đang điều trị tiêu sợi huyết: tránh để HA tâm thu > 180 mmHg**

Khuyến cáo điều trị chung về đột quy (EBM IV)

- *Khuyến cáo* các thuốc sử dụng điều trị HA nên là:
 - Labetalol hoặc Urapidil đường TM
 - Nitroprusside hoặc Nitroglycerin đường TM
 - Captopril đường uống.
- ***Không dùng Nifedipine cũng như bất cứ biện pháp nào hạ HA mạnh***
- Phòng và điều trị tụt HA, đặc biệt đối với những bệnh nhân HA không ổn định:
 - Bổ sung lượng dịch đầy đủ, khi cần thiết có thể tăng lượng dịch truyền
 - Và/hoặc Catecholamin (Epinephrin 0,1-2 mg/h + Dobutamin 5-50 mg/h).

Khuyến cáo điều trị chung về đột quy (EBM IV)

- Theo dõi glucose/huyết thanh, đặc biệt ở những bệnh nhân bị đái tháo đường.
- Không nên sử dụng dịch đường vì sẽ dẫn tới hậu quả bất lợi do tăng glucose huyết thanh.
- Nên điều chỉnh glucose huyết thanh bằng insulin khi glucose/huyết thanh >10 mMol/L
- Điều chỉnh ngay lập tức các trường hợp hạ glucose huyết thanh bằng cách truyền tĩnh mạch nhanh (bolus) dextrose hay glucose 10-20%.

Khuyến cáo điều trị chung về đột quy (EBM IV)

- Duy trì nhiệt độ cơ thể $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. Trong trường hợp sốt nên cố tìm ổ nhiễm khuẩn (vị trí và nguyên nhân) để bắt đầu điều trị kháng sinh. Đối với bệnh nhân còn khả năng miễn dịch không nên điều trị dự phòng bằng kháng sinh, thuốc chống nấm hay kháng virus.
- Theo dõi và điều chỉnh mất cân bằng nước và điện giải.
- Chống chỉ định dùng dung dịch nhược trương (Natri Clorua 0,45% hoặc Glucose 5%) vì có nguy cơ gây phù não, giảm áp lực thẩm thấu huyết tương.

Phương pháp điều trị đặc hiệu

Liệu pháp tái tưới máu (thuốc tiêu sợi huyết)

- Ý nghĩa sử dụng thuốc tiêu sợi huyết.
- ***Khuyến cáo*** điều trị tiêu sợi huyết (dựa trên các nghiên cứu đa trung tâm:
 - Tiêm tĩnh mạch rtPA (0,9 mg/kg; tối đa 90 mg): 10% của tổng liều bơm nhanh 1 lần → truyền nhỏ giọt tĩnh mạch/60ph. Chỉ định này được áp dụng đối với đột quỵ thiếu máu não trong vòng 3 giờ đầu kể từ khi bị (EBM I).
 - Sử dụng rtPA đường tĩnh mạch cho đột quỵ do thiếu máu não cấp sau 3 giờ kém hiệu quả hơn, nhưng có thể dùng khi đã bị đột quỵ 4,5 giờ (EBM I).
 - rtPA đường tĩnh mạch không nên dùng khi không xác định chắc chắn thời gian bắt đầu đột quỵ (EBM IV).

Phương pháp điều trị đặc hiệu

- Tiêm Streptokinase tĩnh mạch sẽ nguy hiểm và không chỉ định cho bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu cục bộ (EBM I).
- Các số liệu về hiệu quả và độ an toàn của các thuốc gây tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch khác không đủ sức thuyết phục để có thể khuyến cáo sử dụng.
- Điều trị nội mạch (?) các trường hợp tắc động mạch não giữa cấp trong 6 giờ đầu bằng pro-urokinase cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh (EBM II)
- 1 thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm với các trung tâm chuyên khoa cho thấy tắc động mạch nền sọ cấp có thể được điều trị bằng liệu pháp nội mạch(?) (EBM IV).

Phương pháp điều trị đặc hiệu

Liệu pháp chống huyết khối: *Chống ngưng tập tiểu cầu*

- Các nghiên cứu ngẫu nhiên (IST, CAST) thấy sử dụng ASA liều 100 - 300mg ngay trong vòng 48 giờ sau đột quỵ làm giảm tỉ lệ tử vong và tỉ lệ tái phát đột quỵ một cách đáng kể.

****Khuyến cáo***

- Aspirin (100-300mg mỗi ngày) có thể được dùng trong vòng 48 giờ sau khi đột quỵ do thiếu máu cục bộ (EBM I)
- Nếu định dùng liệu pháp tiêu sợi huyết thì không được dùng Aspirin
- Aspirin không được sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi sử dụng liệu pháp tiêu sợi huyết.

Phương pháp điều trị đặc hiệu

Liệu pháp chống huyết khối: Heparin và các dẫn xuất heparin

- Chống đông máu sớm với heparin hoặc dẫn xuất heparin đủ liều không nên dùng rộng rãi.

** Khuyến cáo*

- Không dùng rộng rãi heparin, heparin có trọng lượng phân tử thấp hoặc dẫn xuất của heparin sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ (EBM I)
- Heparin đủ liều có thể được chỉ định chọn lọc như bệnh tim mạch có nguy cơ cao gây tắc mạch, phình tách động mạch hay hẹp khít động mạch cần phẫu thuật phẫu thuật (EBM IV)
- Heparin liều thấp hoặc heparin có trọng lượng phân tử thấp liều tương đương luôn được khuyến dùng cho những bệnh nhân nằm liệt giường để làm giảm biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi (EBM II).

Phương pháp điều trị đặc hiệu

Các thuốc bảo vệ thần kinh

- Hiện nay, tuy đã có một vài nghiên cứu nói lên khuynh hướng có lợi của một số thuốc bảo vệ thần kinh trên thực nghiệm, nhưng chưa có bằng chứng thuyết phục trên thử nghiệm lâm sàng nói lên vai trò các thuốc này trong điều trị đột quy. Cần phải có các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng để có thể khuyến cáo sử dụng rộng rãi (EBM I).

Đơn vị đột quy

- Định nghĩa
- Ý nghĩa (qua các phân tích meta)
- Tổ chức
- Phân loại
- **Khuyến cáo*
 - Bệnh nhân đột quy cần được điều trị ở các Đơn vị đột quy (EBM I).
 - Đơn vị đột quy cần có sự phối hợp đa chuyên khoa gồm các bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên có kinh nghiệm trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân đột quy (EBM I).

Điều trị các biến chứng cấp tính

Phù não và tăng áp lực nội sọ

Điều trị nội khoa

- Để đầu cao ở vị trí 30° , cung cấp đủ oxy, đảm bảo nhiệt độ cơ thể ổn định.
- Nên duy trì áp lực dịch não tủy $> 70\text{mmHg}$ (nếu có máy theo dõi).
- Truyền TM dung dịch ưu trương là những biện pháp có thể điều trị ban đầu (dù thiếu những bằng chứng)
 - Glycerol 10%: 4 x 250ml/30-60 ph
 - **Manitol**: 25-50g/mỗi 3-6 giờ
 - NaCl 3%: 5 x 100 ml
- Nhóm barbiturat tác dụng ngắn (thiopental) truyền TM nhanh (250-500 mg) cũng có thể giảm áp lực nội sọ đáng kể, dùng điều trị cơn phù não cấp.
- **Nhóm corticosteroid không có tác dụng trong điều trị phù não do đột quỵ.**

Điều trị các biến chứng cấp tính

Liệu pháp làm giảm thân nhiệt

- Hạ thân nhiệt nhẹ ($33-35^{\circ}\text{C}$) có hiệu quả làm giảm áp lực nội sọ và hiệu quả bảo vệ não, áp dụng ở nơi có các chuyên gia có kinh nghiệm.

Phẫu thuật

- Ý nghĩa: giảm rõ ràng tỉ lệ tử vong mà không tăng tỉ lệ khuyết tật nặng/bệnh nhân còn sống trong nhồi máu có hiện tượng choán chỗ. Phẫu thuật sớm trong 24 giờ đầu có thể làm giảm rõ rệt tử vong
- Thủ thuật mở thông não thất làm giảm áp được coi như phương pháp điều trị được lựa chọn của các bệnh nhân bị khối nhồi máu gây hiện tượng choán chỗ/tiểu não, trên lều tiểu não.

Điều trị các biến chứng cấp tính

- * *Khuyến cáo điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ*
 - o Liệu pháp sử dụng dung dịch ưu trương được khuyến cáo nên sử dụng cho những bệnh nhân có tình trạng xấu dẫn đến tăng áp lực nội sọ, bao gồm cả hội chứng lỵ não (EBM IV).
 - o Thủ thuật mở thông não thất hoặc phẫu thuật làm giải ép và dẫn lưu các ổ nhồi máu lớn ở tiểu não gây đè ép thân não đã được chứng minh là có tác dụng (EBM III).
 - o Phẫu thuật làm giải ép và dẫn lưu của ổ nhồi máu lớn ở bán cầu đại não có thể là biện pháp cứu mạng và những người sống sót có thể có di chứng thiếu sót thần kinh cho phép họ sống không bị phụ thuộc (EBM III).

Điều trị các biến chứng cấp tính

Sặc và viêm phổi

Nhiễm trùng đường tiêu

Tắc mạch phổi và DVT

Loét do nằm lâu

Cơn động kinh

Điều trị các biến chứng cấp tính

**Khuyến cáo*

- Liều nhỏ heparin tiêm dưới da hoặc heparin có trọng lượng phân tử thấp chỉ nên cân nhắc dùng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao như bị DVT hoặc tắc mạch phổi (EBM II).
- Có thể giảm tỉ lệ tắc mạch do huyết khối bằng cách bù nước, vận động sớm và đi tất chun (EBM IV).
- Các nhiễm khuẩn sau đột quy nên được điều trị bằng các kháng sinh đặc hiệu.
- Nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày cũng không phòng tránh được viêm phổi do trào ngược.
- Vận động sớm là biện pháp hữu hiệu tránh nhiều biến chứng sau đột quy như viêm phổi do sặc, huyết khối tĩnh mạch sâu và loét do nằm lâu (EBM IV).
- Rất nên sử dụng thuốc chống co giật để phòng những cơn động kinh đã xuất hiện có thể tái phát (EBM III). Tuy nhiên, không nên sử dụng thuốc chống co giật với mục đích để phòng cơn động kinh ở bệnh nhân mới bị đột quy chưa có cơn động kinh (EBM IV).

Hồi phục chức năng sớm

**Khuyến cáo*

- Tất cả các bệnh nhân cần được khám xét để chỉ định phục hồi chức năng.
- Sự phục hồi chức năng cần bắt đầu ngay sau cơn đột quỵ (EBM I). Các bệnh nhân tàn phế được gửi đến các tổ chức, cơ sở chăm sóc riêng.
- Phục hồi chức năng do đội ngũ các cán bộ y tế nhiều chuyên khoa ở đơn vị đột quỵ đảm nhận (EBM I).
- Cường độ và thời gian của phục hồi chức năng đối với mỗi bệnh nhân nên tận dụng tối đa; nên áp dụng những phương pháp phục hồi chức năng mới (ví dụ luyện tập nhắc lại nhiều lần, sử dụng lực..) (EBM II).
- Bệnh nhân đột quỵ để lại di chứng lâm sàng cần được hỗ trợ ở trong môi trường xã hội nơi họ sống (EBM II).

DỰ PHÒNG CẤP MỘT

Thay đổi lối sống và các yếu tố nguy cơ

- **Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi**
Tuổi, Giới, Sinh nhẹ cân, Chủng tộc, Các yếu tố di truyền.
- **Các yếu tố nguy cơ được nghiên cứu nhiều và có thể thay đổi**
Tăng HA, Hút thuốc lá, Đái tháo đường, Rung nhĩ, Các bệnh lý tim mạch khác, Rối loạn lipid máu, Hẹp động mạch cảnh không triệu chứng, Bệnh hồng cầu hình liềm, Chế độ ăn và dinh dưỡng, Ít vận động, Béo phì.
- **Yếu tố nguy cơ chưa xác định rõ**
Hội chứng chuyển hoá, Lạm dụng rượu, Lạm dụng thuốc, Thuốc tránh thai, Rối loạn hô hấp khi ngủ, Tăng homocystein máu, Hormon thay thế.

DỰ PHÒNG CẤP MỘT

- * *Khuyến cáo về Thay đổi lối sống và các yếu tố nguy cơ*
- HA nên được hạ xuống tới mức bình thường ($<140/<90$ mmHg, hoặc $<135/<80$ mmHg ở bệnh nhân đái tháo đường) bằng cách thay đổi lối sống.
- Luôn kiểm soát glucose huyết thanh sẽ giúp giảm nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân bị đái tháo đường (EBM III).
- Liệu pháp giảm cholesterol máu (simvastatin) được khuyến cáo cho những bệnh nhân có nguy cơ cao (EBM I).
- Nên từ bỏ thuốc lá (EBM II).
- Không nên dùng rượu nặng, sử dụng một lượng vừa phải rượu nhẹ hoặc trung bình có thể bảo vệ cơ thể chống lại đột quỵ (EBM I).
- Nên thường xuyên vận động, tập thể dục (EBM II).

DỰ PHÒNG CẤP MỘT

Thuốc chống huyết khối và chống đông

- Thuốc chống huyết khối: ASA
 - Dùng aspirin giảm được nguy cơ nhồi máu cơ tim (EBM I) nhất là ở bệnh nhân hẹp động mạch cảnh trong trên 50% (EBM IV).
 - Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu khác không được khuyến cáo trong điều trị dự phòng đột quy bậc một (EBM IV).

DỰ PHÒNG CẤP MỘT

- Thuốc chống đông

- * *Khuyến cáo:*

- Sử dụng thuốc chống đông đường uống dài hạn cho tất cả các bệnh nhân nguy cơ gây nghẽn mạch cao (EBM I).
- Sử dụng aspirin (325 mg/24h) hoặc warfarin dài hạn cho các bệnh nhân rung nhĩ không có tổn thương van (EBM I).
- Warfarin: bệnh nhân rung nhĩ tuổi từ 60-75 có kèm theo đái tháo đường hoặc bệnh mạch vành (EBM I).
- Bệnh nhân rung nhĩ có sử dụng van giả nên sử dụng thuốc chống đông lâu dài với mức INR dựa trên từng loại van giả, nhưng INR không dưới 2-3 (EBM II).

DỰ PHÒNG CẤP MỘT

Điều trị và phẫu thuật nội mạch (Carotid Endarterectomy - CEA)

** Khuyến cáo*

- Phẫu thuật động mạch cảnh có ý nghĩa đối với một số trường hợp hẹp ĐM cảnh không triệu chứng (EBM II).
- Tạo hình động mạch cảnh, có hoặc không đặt stent, không nên dùng rộng rãi cho các bệnh nhân hẹp động mạch cảnh không triệu chứng.

DỰ PHÒNG CẤP HAI

Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

- Điều trị tăng HA: cần duy trì HA ở mức thấp hơn so với mức hiện có bằng một thuốc lợi tiểu và/hoặc ức chế men chuyển ACE tùy theo mức độ đáp ứng điều trị (EBM I)(!!).
- Liệu pháp giảm cholesterol máu: đối với bệnh nhân có tiền sử đột quỵ hoặc thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) cần cân nhắc điều trị bằng nhóm statin (simvastatin) (EBM I).
- Bỏ hút thuốc lá: người bệnh đặc biệt là người đã từng bị đột quỵ cần cai thuốc lá (EBM IV).
- Liệu pháp hormon thay thế: Không có chỉ định áp dụng liệu pháp hormon thay thế để dự phòng đột quỵ ở phụ nữ thời kỳ sau mãn kinh (EBM II).

DỰ PHÒNG CẤP HAI

Thuốc chống huyết khối và chống đông

- ASA

- Aspirin liều từ 50 đến 325 mg nên được sử dụng để làm giảm tái phát đột quy (EBM I).
- Ở những nơi sẵn có, kết hợp Aspirin và (50mg) Dipyridamole loại giải phóng chậm (200mg dùng 2 lần/ngày) (EBM I).
- Hiệu quả của Clopidogrel không đáng kể hơn ASA trong phòng các bệnh tim mạch (EBM I). Có thể kê thuốc chống huyết khối? như một liệu pháp đầu tay khi Aspirin và Dipyridamole mất dung nạp (EBM IV) hoặc khi người bệnh có nguy cơ cao (EBM III).

DỰ PHÒNG CẤP HAI

- **ASA (tiếp...)**
 - Bệnh nhân thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) hoặc đột quỵ do thiếu máu cục bộ và cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không có sóng Q cần phải được điều trị kết hợp giữa Clopidogrel 75mg và ASA 75mg (EBM III).
 - Bệnh nhân bắt đầu điều trị bằng thuốc có nhân thieno-pyridin nên điều trị Clopidogrel thay cho ticlopidin bởi vì thuốc này có ít tác dụng phụ hơn (EBM III).
 - Những bệnh nhân không thể điều trị bằng Aspirin hoặc các thuốc có nhân thienopyridin, có thể dùng Dipyridamole giải phóng chậm (200mg, 2lần/ngày) (EBM II).
- **Thuốc chống đông máu**

DỰ PHÒNG CẤP HẠI

Điều trị và phẫu thuật nội mạch

- **Phẫu thuật nội mạch động mạch cảnh (CEA):** các tiêu chuẩn cụ thể
- **Đặt stent**
- * **Khuyến cáo**
 - PTA động mạch cảnh có thể thực hiện trên những bệnh nhân có chống chỉ định với CEA hoặc có động mạch hẹp không thể tiếp cận bằng về mặt phẫu thuật (EBM IV).
 - PTA động mạch cảnh và đặt stent có thể được chỉ định dành cho những người bệnh tái hẹp động mạch sau khi đã làm CEA lần đầu hoặc hẹp sau khi đã chiếu tia (EBM IV).
 - Bệnh nhân cần được điều trị kết hợp giữa Clopidogrel và Aspirin ngay trước, trong và ít nhất một tháng sau khi đặt stent (EBM IV).

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ
GÓP Ý CỦA QUÍ THẦY, QUÍ CÔ
VÀ CÁC BẠN ĐỒNG NGHIỆP

