

Khuyến cáo về điều trị bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch năm 2023 của AHA/ASA (lược dịch)

Nguồn: Hoh B. L., Ko N. U., Amin-Hanjani S., et al. (2023), "2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 54 (7), pp. e314-e370.

2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association

Brian L. Hoh, Nerissa U. Ko, Sepideh Amin-Hanjani, Sherry Hsiang-Yi Chou, Salvador Cruz-Flores, Neha S. Dangayach, Colin P. Derdeyn, Rose Du, Daniel Hänggi, Steven W. Hetts, Nneka L. Ifejika, Regina Johnson, Kiffon M. Keigher, Thabele M. Leslie-Mazwi, Brandon Lucke-Wold, Alejandro A. Rabinstein, Steven A. Robicsek, Christopher J. Stapleton, Jose I. Suarez, ... See all authors

Originally published 22 May 2023 | <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000436> | *Stroke*. 2023;54:e314–e370

Xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch (aSAH) là một mối đe dọa sức khỏe cộng đồng toàn cầu đáng kể và là một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng và có thể gây tử vong. Khuyến cáo xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch năm 2023 đưa ra các khuyến nghị dựa trên bằng chứng hiện tại để điều trị những bệnh nhân này. Các khuyến nghị đưa ra một cách tiếp cận dựa trên bằng chứng để ngăn ngừa, chẩn đoán và điều trị bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do phình động mạch, với mục đích cải thiện chất lượng chăm sóc và phù hợp với lợi ích của bệnh nhân và gia đình họ cũng như người chăm sóc. Chúng tôi tiến hành lược dịch khuyến cáo này nhằm mục đích đóng góp thêm kho tàng kiến thức cập nhật cho các bác sĩ lâm sàng.

1. DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN VÀ KẾT CỤC CỦA ASAH

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, nên sử dụng thang điểm lâm sàng (ví dụ: thang điểm Hunt-Hess [HH] hoặc thang điểm của Liên đoàn Phẫu thuật Thần kinh Thế giới [WFNS]) để xác định mức độ

nhẹ trọng lâm sàng ban đầu và dự đoán kết cục (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH độ cao, điều trị phình động mạch là hợp lý, sau khi thảo luận cẩn thận về tiên lượng có thể xảy ra với các thành viên trong gia đình, để tối ưu hóa kết cục của bệnh nhân (2a_B-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH lớn tuổi, điều trị phình động mạch là hợp lý, sau khi thảo luận cẩn thận về tiên lượng với các thành viên trong gia đình, để cải thiện sống sót và kết cục (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH không cải thiện sau khi điều chỉnh các tình trạng có thể thay đổi và được xem là không thể cứu vãn được vì có bằng chứng về tổn thương thần kinh không hồi phục, việc điều trị phình động mạch không có lợi (3_B-NR).

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN ASAH

2.1 Chẩn đoán aSAH

- Ở những bệnh nhân khởi phát cấp tính với cơn đau đầu dữ dội, nên tiến hành chẩn đoán và đánh giá

nhANH chóng để chẩn đoán/loại trừ aSAH và giảm thiểu tỷ lệ bỏ sót cũng như tử vong (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân khởi phát cấp tính với cơn đau đầu dữ dội xuất hiện > 6 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng hoặc những người có dấu hiệu thần kinh mới, chụp CT não không cản quang và, nếu không ghi nhận aSAH, nên thực hiện chọc dò tủy sống (LP) để chẩn đoán/loại trừ aSAH (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân khởi phát cấp tính với cơn đau đầu dữ dội xuất hiện < 6 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng và không có dấu hiệu thần kinh mới, chụp CT não không cản quang được thực hiện trên máy chất lượng cao và được phân tích bởi bác sĩ thần kinh học là hợp lý để chẩn đoán/loại trừ aSAH (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân khởi phát đau đầu dữ dội

cấp tính mà không có dấu hiệu thần kinh mới, áp dụng quy tắc Ottawa SAH (bảng 1) có thể hợp lý để xác định những người có nguy cơ mắc aSAH cao (2b_B-NR).

2.2 Đánh giá nguyên nhân của aSAH

- Ở những bệnh nhân SAH tự phát với mức độ lo ngại cao về phình động mạch và chụp CT mạch máu (CTA) âm tính hoặc không có kết luận được, chụp mạch máu xóa nền kỹ thuật số (DSA) được chỉ định để chẩn đoán/loại trừ chứng phình động mạch não (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân SAH do chứng phình động mạch não đã được xác nhận, DSA có thể hữu ích để xác định chiến lược tối ưu cho can thiệp chứng phình động mạch (2a_B-NR).

Bảng 1. Quy tắc Ottawa SAH

Đối với những bệnh nhân tinh táo >15 tuổi bị đau đầu không do chấn thương nghiêm trọng mới đạt cường độ tối đa trong vòng 1 giờ. Bệnh nhân cần điều tra thêm về SAH nếu họ đáp ứng bất kỳ tiêu chí nào sau đây:	
1	Tuổi ≥40 tuổi
2	Đau hoặc cứng cổ
3	Có tình trạng mất ý thức được chứng kiến
4	Khởi phát khi gắng sức
5	Cơn đau đầu sấm sét (cơn đau lên đến đỉnh điểm ngay lập tức)
6	Có gặp hạn chế khi khám

3. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH VIỆN VÀ HỆ THỐNG CHĂM SÓC

- Đối với bệnh nhân mắc SAH, vận chuyển kịp thời từ các bệnh viện có số lượng ca bệnh thấp đến các trung tâm có số lượng ca bệnh cao hơn với các chăm sóc chuyên sâu thần kinh đa ngành, khả năng chăm sóc đột quỵ toàn diện, và các bác sĩ phẫu thuật mạch máu não/bác sĩ can thiệp nội mạch thần kinh có kinh nghiệm được khuyến nghị để cải thiện kết cục (1_B-NR).

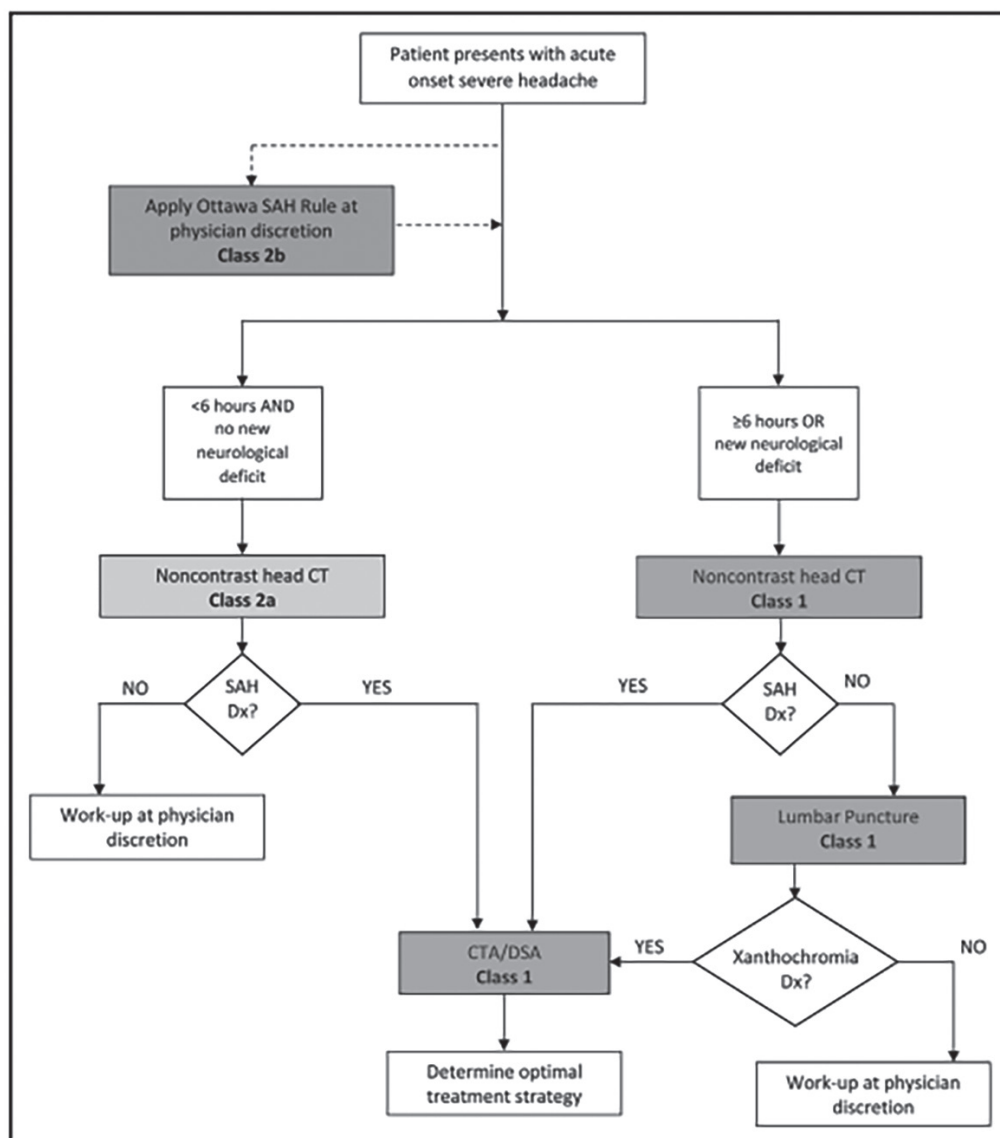
- Đối với bệnh nhân mắc aSAH, việc chăm sóc nên được cung cấp tại một đơn vị chuyên chăm sóc thần kinh bởi một nhóm đa ngành (1_B-NR).

4. NGĂN NGỪA TÁI XUẤT HUYẾT SAU ASAH

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và phình động mạch chưa được can thiệp, nên theo dõi huyết áp (HA) thường xuyên và kiểm soát HA bằng (các) thuốc tác dụng ngắn để tránh hạ huyết áp nặng, tăng huyết áp và biến thiên huyết áp (1_CEO).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH đang dùng thuốc chống đông máu, nên thực hiện đảo ngược thuốc chống đông khẩn cấp bằng các thuốc đảo ngược thích hợp để ngăn ngừa tái xuất huyết (1_CEO).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, việc sử dụng liệu pháp chống tiêu sợi huyết thường quy không hữu ích để cải thiện kết cục chức năng (3_A).



Sơ đồ 1. Quy trình chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ mắc aSAH

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT VÀ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ PHÌNH MẠCH NÃO VỠ

5.1. Thời gian

- Đối với những bệnh nhân bị aSAH, điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch đối với chứng phình động mạch bị vỡ nên được thực hiện càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát, để cải thiện kết cục (1_B-NR).

5.2. Mục tiêu điều trị

- Đối với bệnh nhân bị aSAH, việc loại bỏ hoàn toàn phình mạch bị vỡ được chỉ định bất cứ khi nào khả thi để giảm nguy cơ tái xuất huyết và tái điều trị (1_B-NR).

- Đối với những bệnh nhân bị aSAH mà trong giai đoạn cấp tính, việc loại bỏ hoàn toàn phình mạch bị vỡ bằng cách kẹp clip hoặc thả coil là không khả thi, việc loại bỏ một phần để bảo vệ vị

trí vỡ và sau đó tiếp tục điều trị lại ở bệnh nhân có phục hồi chức năng là hợp lý để ngăn ngừa tái xuất huyết (2a_C-EO).

5.3. Phương pháp điều trị: khái quát chung

- Đối với những bệnh nhân bị SAH do vỡ phình mạch ở tuần hoàn sau có thể điều trị bằng kỹ thuật thả coil, thả coil được chỉ định thay vì kẹp clip để cải thiện kết cục (1_B-R).

- Đối với những bệnh nhân bị SAH có thể cứu vãn được và có mức độ ý thức giảm do khối máu trong nhu mô lớn, nên thực hiện hút cục máu đông khẩn để giảm tỷ lệ tử vong (1_B-R).

- Đối với bệnh nhân bị SAH, phình mạch vỡ nên được đánh giá bởi (các) chuyên gia có chuyên môn về can thiệp nội mạch và ngoại khoa để xác định các nguy cơ tương đối và lợi ích của điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch tùy theo đặc điểm của bệnh nhân và phình mạch (1_C-EO)...

- Đối với bệnh nhân >70 tuổi bị aSAH, ưu điểm của phương pháp thả coil hoặc kẹp clip để cải thiện kết cục vẫn chưa được chứng minh rõ ràng (2b_B-R).

- Đối với những bệnh nhân <40 tuổi bị aSAH, kẹp clip túi phình vỡ có thể được coi là phương thức điều trị ưu tiên để cải thiện thời gian hiệu quả của điều trị và kết cục (2b_C-LD).

5.4. Phương pháp điều trị: với phình mạch phù hợp cho cả thả coil và kẹp clip

- Đối với những bệnh nhân có aSAH độ thấp do vỡ phình mạch của tuần hoàn trước đều phù hợp cho cả thả coil và kẹp clip, nên sử dụng thả coil hơn là kẹp clip để cải thiện kết cục chức năng sau 1 năm (1_A).

- Đối với những bệnh nhân có aSAH độ thấp do vỡ phình mạch của tuần hoàn trước đều phù hợp cho cả thả coil và kẹp clip, cả hai lựa chọn điều trị đều hợp lý để đạt được kết cục lâu dài thuận lợi (2a_B-R).

5.5. Can thiệp nội mạch hỗ trợ

- Đối với những bệnh nhân bị SAH do phình mạch cổ rộng bị vỡ không thể thả coil và kẹp clip, điều trị nội mạch với đặt stent hỗ trợ coil hoặc stent chuyển dòng là hợp lý để giảm nguy cơ tái xuất huyết (2a_C-LD).

- Đối với những bệnh nhân bị SAH do vỡ phình mạch hình thoi/bọng nước, việc sử dụng dụng cụ chuyển dòng là hợp lý để giảm tỷ lệ tử vong (2a_C-LD).

- Đối với những bệnh nhân bị SAH do phình mạch dạng túi bị vỡ do thả coil và kẹp clip lần đầu, không nên sử dụng stent chuyển dòng để tránh nguy cơ biến chứng cao hơn (3_B-NR).

6. GÂY MÊ TRONG PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ NỘI MẠCH ASAH

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, việc sử dụng mannitol hoặc nước muối ưu trương trong phẫu thuật có thể có hiệu quả trong việc giảm áp lực nội sọ và phù não (2a_B-R).

- Ở bệnh nhân aSAH, mục tiêu gây mê nên bao gồm giảm thiểu biến chứng sau thủ thuật, đau, buồn nôn và nôn (2a_B-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH, phòng ngừa tăng đường huyết và hạ đường huyết trong phẫu thuật phình động mạch là hợp lý để cải thiện kết cục (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và phình mạch bị vỡ chưa can thiệp, việc theo dõi và kiểm soát huyết áp thường xuyên trong phẫu thuật là hợp lý để ngăn ngừa thiếu máu cục bộ và tái vỡ (2a_C-LD).

- Ở bệnh nhân aSAH, theo dõi thần kinh trong phẫu thuật có thể hợp lý để hướng dẫn điều trị gây mê và phẫu thuật (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và vỡ phình động mạch trong lúc phẫu thuật không kiểm soát được, adenosine có thể được xem xét để tạo điều kiện thuận lợi cho việc kẹp clip phình mạch bằng cách gây ra tình trạng ngừng tim và ngừng thở sâu tạm thời (2b_C-LD).

- Ở những bệnh nhân có aSAH độ thấp, việc sử dụng phương pháp hạ thân nhiệt nhẹ thường quy trong phẫu thuật phình mạch là không có lợi (3_BR).

7. ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG NỘI KHOA LIÊN QUAN ĐẾN ASAH

7.1. Theo dõi tình trạng phổi

- Ở những bệnh nhân aSAH cần thở máy > 24 giờ, nên thực hiện gói chăm sóc ICU tiêu chuẩn để giảm thời gian thở máy và viêm phổi bệnh viện (1_BR-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH xuất hiện hội chứng suy hô hấp cấp tính nặng (ARDS) và tình trạng thiếu oxy máu đe dọa tính mạng, các thủ thuật cấp cứu như tư thế nằm sấp và thủ thuật huy động phế nang có theo dõi ICP có thể hợp lý để cải thiện quá trình oxy hóa (2b_BR-NR).

7.2. Điều hòa thể tích nội mạch và điện giải

- Ở bệnh nhân aSAH, theo dõi chặt chẽ và điều trị theo mục tiêu tình trạng thể tích là hợp lý để duy trì tình trạng bình thể tích (2a_BR).

- Ở bệnh nhân aSAH, sử dụng mineralocorticoids là hợp lý để điều trị tăng natri niệu và hạ natri máu (2a_BR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, gây tăng thể tích tuần hoàn có khả năng gây hại do có liên quan đến tỷ lệ tử vong (3_BR).

7.3. Các vấn đề khác

- Ở những bệnh nhân bị aSAH mà chứng phình động mạch bị vỡ đã được bảo vệ, điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) bằng thuốc hoặc cơ học được khuyến cáo để giảm nguy cơ mắc VTE (1_C-LD).

- Ở bệnh nhân aSAH, kiểm soát đường huyết hiệu quả, kiểm soát chặt chẽ tình trạng tăng đường huyết và tránh hạ đường huyết là hợp lý để cải thiện kết cục (2a_BR-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH có sốt kháng thuốc hạ sốt,

hiệu quả của liệu pháp kiểm soát nhiệt độ điều trị trong giai đoạn cấp tính của bệnh aSAH là không chắc chắn (2b_C-LD).

7.4. Can thiệp và hoạt động điều dưỡng

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, nên sử dụng các phác đồ và chỉ định dựa trên bằng chứng để cải thiện tiêu chuẩn hóa chăm sóc (1_BR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, đánh giá thần kinh thường xuyên bằng công cụ đánh giá thần kinh như GCS hoặc NIHSS được khuyến nghị để theo dõi DCI và các biến chứng thứ phát khác (1_BR-NR).

- Ở những bệnh nhân bị SAH, nên theo dõi dấu hiệu sinh tồn và thần kinh thường xuyên để phát hiện sự thay đổi thần kinh và ngăn ngừa các tổn thương não thứ phát và kết cục xấu (1_BR-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, nên thực hiện một quy trình sàng lọc chứng khó nuốt đã được kiểm chứng trước khi bắt đầu ăn uống để giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi (1_BR-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, năng lực và chứng chỉ chuyên môn về đột quỵ của điều dưỡng có thể có tác động tích cực đến kết cục, tính kịp thời của việc chăm sóc và tuân thủ các quy trình đột quỵ (2a_C-LD).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và phình động mạch được can thiệp, phác đồ vận động sớm, dựa trên bằng chứng là hợp lý để cải thiện mức độ chức năng khi xuất viện và kết cục chức năng tổng thể sau 12 tháng (2a_C-LD).

7.5. Theo dõi và phát hiện co thắt mạch máu não và DCI

- Ở những bệnh nhân SAH có nghi ngờ co thắt mạch hoặc khám thần kinh hạn chế, CTA hoặc CT tưới máu (CTP) có thể hữu ích để phát hiện co thắt mạch và dự đoán DCI (2a_BR-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH, theo dõi siêu âm Doppler xuyên sọ (TCD) là hợp lý để phát hiện co thắt mạch và dự đoán DCI (2a_BR-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH độ cao, theo dõi điện não đồ liên tục (cEEG) có thể hữu ích để dự đoán DCI (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH độ cao, việc theo dõi xâm lấn oxy hóa mô não, tỷ lệ lactate/pyruvate và glutamate có thể được xem xét để dự đoán DCI (2b_B-NR).

7.6. Điều trị co thắt mạch máu não và DCI sau aSAH

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, bắt đầu dùng nimodipine đường uống sớm có lợi trong việc ngăn ngừa DCI và cải thiện kết cục chức năng (1_A).

- Ở bệnh nhân aSAH, duy trì tình trạng bình thính có thể có lợi trong việc ngăn ngừa DCI và cải thiện kết cục chức năng (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và co thắt mạch có triệu chứng, việc tăng giá trị HA tâm thu có thể hợp lý để giảm sự tiến triển và mức độ nghiêm trọng của DCI (2b_B-NR).

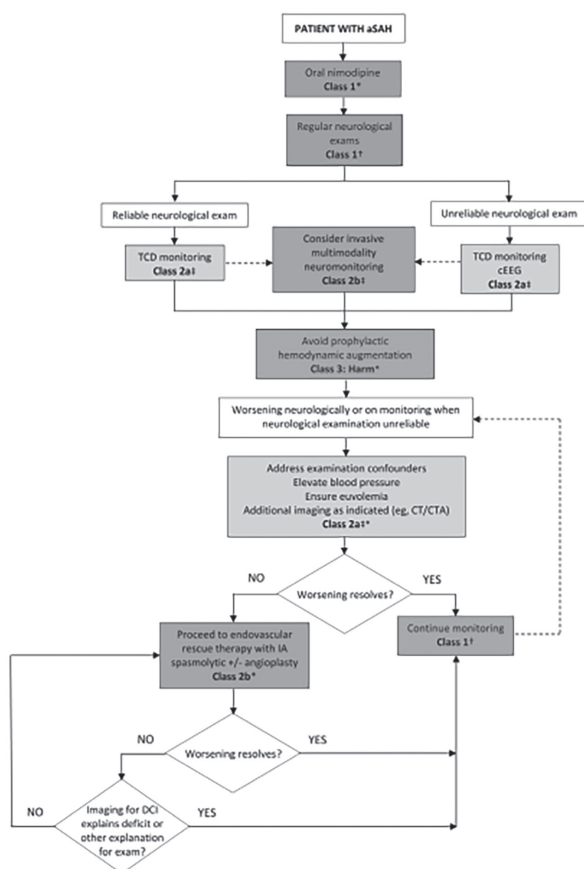
- Ở những bệnh nhân bị SAH và co thắt mạch nặng, sử dụng liệu pháp giãn mạch trong động mạch có thể hợp lý để đảo ngược co thắt mạch não và giảm sự tiến triển cũng như mức độ nghiêm trọng của DCI (2b_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và co thắt mạch nặng, phẫu thuật nong mạch não có thể hợp lý để đảo ngược tình trạng co thắt mạch não và giảm sự tiến triển cũng như mức độ nghiêm trọng của DCI (2b_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, việc sử dụng liệu pháp statin thường quy để cải thiện kết cục không được khuyến cáo (3_A).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, việc sử dụng magiê tiềm tĩnh mạch thường xuyên để cải thiện kết cục thần kinh không được khuyến cáo (3_A).

- Đối với những bệnh nhân bị aSAH có nguy cơ mắc DCI, không nên thực hiện điều trị tăng cường huyết động dự phòng để giảm tác hại cho bệnh nhân do điều trị (3_B-R).



Sơ đồ 2. Một cách tiếp cận thực tế và dựa trên bằng chứng để điều trị bệnh nhân co thắt mạch máu não và DCI sau SAH

7.7. Điều trị não úng thủy liên quan với aSAH

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và não úng thủy có triệu chứng cấp tính, nên thực hiện dẫn lưu dịch não tủy khẩn cấp (EVD và/hoặc dẫn lưu thất lưng) để cải thiện kết cục thần kinh (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH và não úng thủy cần EVD, nên thực hiện và tuân thủ phác đồ đi kèm EVD để cập đến việc đặt, điều trị, giáo dục và theo dõi để giảm tỷ lệ biến chứng và nhiễm trùng (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và não úng thủy có triệu chứng mãn tính liên quan, nên dẫn lưu CSF vĩnh viễn để cải thiện kết cục thần kinh (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH thủ thuật trở cửa

sổ bản cùng thường quy không được chỉ định để giảm tỷ lệ phụ thuộc vào ống dẫn lưu (3_C-LD).

7.8. Điều trị động kinh liên quan đến aSAH

7.8.1. Bệnh nhân không có cơn động kinh

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và tình trạng thần kinh dao động hoặc suy giảm, vỡ phình mạch MCA, SAH độ cao, ICH, não úng thủy hoặc nhồi máu vỏ não, theo dõi cEEG là hợp lý để phát hiện các cơn động kinh (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và có các đặc điểm nguy cơ động kinh cao (tức là phình mạch MCA bị vỡ, aSAH độ cao, ICH, não úng thủy và nhồi máu vỏ não), việc sử dụng (các) thuốc chống động kinh dự phòng có thể hợp lý để ngăn ngừa động kinh (2b_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH không có các đặc điểm nguy cơ động kinh cao (tức là vỡ phình mạch MCA, aSAH độ cao, ICH, não úng thủy và nhồi máu vỏ não), điều trị dự phòng bằng thuốc chống động kinh là không có lợi (3_B-R).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH, phenytoin để phòng ngừa động kinh và/hoặc dự phòng chống động kinh có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao (3_B-NR).

7.8.2. Bệnh nhân có cơn động kinh

- Ở bệnh nhân aSAH có biểu hiện động kinh, điều trị bằng thuốc chống động kinh trong ≤ 7 ngày là hợp lý để giảm các biến chứng liên quan đến động kinh trong giai đoạn chu phẫu (2a_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị SAH không có động kinh trước đó có biểu hiện động kinh, điều trị bằng thuốc chống động kinh ngoài 7 ngày không hiệu quả để giảm nguy cơ động kinh liên quan đến SAH trong tương lai (3_B-NR).

8. GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC ASAH

8.1. Giai đoạn hồi phục aSAH cấp

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, nên sử dụng các thang điểm phân loại đã được kiểm chứng

hoặc các biện pháp đánh giá kết cục do bệnh nhân báo cáo trước khi xuất viện để sàng lọc các khiếm khuyết về thể chất, nhận thức, hành vi và QOL (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, nên sử dụng các công cụ sàng lọc đã được kiểm chứng trong giai đoạn sau cấp tính để xác định trầm cảm và lo âu sau aSAH (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH và trầm cảm, liệu pháp tâm lý và dược lý được khuyến cáo để giảm các triệu chứng trầm cảm (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, sử dụng một công cụ sàng lọc đã được kiểm chứng trong giai đoạn hậu cấp tính hữu ích để xác định rối loạn chức năng nhận thức (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, sử dụng phương pháp điều trị và phục hồi chức năng sớm dựa trên nhóm đa ngành để giảm thời gian nằm viện và xác định nhu cầu xuất viện (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị SAH và không có chống chỉ định nội khoa hoặc thần kinh nào khác, phục hồi chức năng sớm sau khi phình mạch bị vỡ được loại bỏ là hợp lý để cải thiện kết cục chức năng và giảm thời gian nằm viện (2a_B-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH trong tình trạng hôn mê, việc sử dụng thuốc kích thích thần kinh sớm có thể hợp lý để thúc đẩy phục hồi ý thức (2b_C-LD).

- Ở bệnh nhân aSAH không trầm cảm, liệu pháp fluoxetine không hiệu quả để cải thiện tình trạng chức năng sau đột quỵ.

8.2. Hồi phục lâu dài cho aSAH

- Ở những bệnh nhân trưởng thành bị aSAH, nên sàng lọc và can thiệp trầm cảm, lo âu và rối loạn chức năng tình dục để cải thiện kết cục lâu dài (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân mắc aSAH, việc chọn MoCA thay vì MMSE để xác định tình trạng suy giảm nhận thức là hợp lý (2a_B-NR).

- Ở bệnh nhân aSAH, việc tư vấn cho bệnh

nhân và người chăm sóc về nguy cơ rối loạn chức năng nhận thức lâu dài cao có thể hữu ích để xác định nhu cầu lâu dài (2b_B-NR).

9. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ, PHÒNG NGỪA VÀ THEO DÕI TIẾP THEO CHO ASAH TÁI PHÁT

- Ở những bệnh nhân bị aSAH đã loại bỏ phình động mạch, nên chụp hình mạch máu não chu phẫu để xác định phần còn lại hoặc sự tái phát của

chứng phình động mạch có thể cần điều trị thêm (1_B-NR).

- Ở những bệnh nhân bị aSAH đã loại bỏ phình động mạch, nên theo dõi hình ảnh mạch máu não để xác định sự tái phát hoặc tái xuất hiện của phình động mạch đã được điều trị, những thay đổi trong phình động mạch đã biết khác hoặc sự phát triển của (các) phình động mạch mới có thể cần điều trị thêm để giảm nguy cơ mắc aSAH (1_B-NR).

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ đối với tái vỡ và tạo thành phình động mạch mới

Đặc trưng	Các yếu tố rủi ro
Tái vỡ	
Phình động mạch phần còn lại	Tắc phình động mạch không hoàn toàn dẫn đến nguy cơ vỡ cao hơn. Tuy vậy, ngay cả những phình động mạch bị xóa hoàn toàn cũng có nguy cơ vỡ lâu dài.
Phình được thả coil	Phình được thả coil có tỷ lệ tắc không hoàn toàn và tái phát cao hơn và do đó có nguy cơ vỡ cao hơn.
Tạo phình mới	
Sự hình thành	Các yếu tố nguy cơ đối với phình động mạch mới ở bệnh nhân bị vỡ phình động mạch bao gồm tuổi trẻ hơn, tiền sử gia đình và đa phình động mạch.
Tăng kích thước và vỡ	Các yếu tố nguy cơ đối với sự phát triển và vỡ phình mạch mới bao gồm giới tính nữ, khoảng thời gian ngắn hơn để hình thành phình mạch mới, nhiều phình mạch và kích thước lớn hơn.