

Hướng dẫn quản lý bệnh nhân chảy máu nội sọ tự phát 2022 của AHA/ASA (lược dịch)

Trần Thị Hương¹, Đặng Phúc Đức²

¹ DY16A1, Học viện Quân Y

² Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103

Nguồn: Greenberg, Steven M., et al. "2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke*: 10-1161.

Stroke

Volume 53, Issue 7, July 2022; Pages e282-e361
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407>



AHA/ASA GUIDELINE

2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association

Đột quỵ não là một lĩnh vực chuyên ngành tương đối non trẻ so với nhiều chuyên ngành y khoa. Trong những năm gần đây có nhiều bước tiến mới về nghiên cứu góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân đột quỵ não nói chung và bệnh nhân đột quỵ chảy máu não nói riêng. Hội Đột quỵ/Hội Tim mạch Mỹ là một trong những tổ chức uy tín thường xuyên cập nhật và cung cấp các khuyến cáo có chất lượng chuyên môn cao. Chúng tôi tiến hành lược dịch khuyến cáo điều trị đột quỵ chảy máu não của ASA/AHA 2022 nhằm mục đích đóng góp thêm kho tàng kiến thức cập nhật cho các bác sỹ lâm sàng.

1.1. Chẩn đoán cấp cứu chảy máu não

1.1.1. Xét nghiệm chẩn đoán chảy máu não

- Cần tập trung khai thác tiền sử, kiểm tra sức khỏe tổng quát và chỉ định các xét nghiệm để xác định loại chảy máu và các nguy cơ đe dọa cấp tính

(bao gồm công thức máu, thời gian prothrombin, INR, thời gian thromboplastine, creatinin, glucose, men tim và ECG (1_C-LD).

1.1.2. Chẩn đoán hình ảnh chảy máu não

- Nhanh chóng chụp CT/ MRI sọ não để xác định chảy máu (1_B-NR)

- Chảy máu não có hoặc không có chảy máu não thất, CT nối tiếp trong 24h đầu được khuyến cáo để theo dõi sự mở rộng của khối máu tụ (2a_B-NR).

- Chảy máu não có hoặc không có chảy máu não thất có GCS thấp hoặc suy giảm ý thức, sử dụng CT nối tiếp để đánh giá sự mở rộng của khối máu tụ, giãn não thất, phù não và thoát vị não (2a_C-LD).

- CTA trong những giờ đầu sau chảy máu giúp xác định nguy cơ mở rộng của khối máu tụ (2b_B-NR).

- CT không cần quang xác định sự mở rộng của khối máu tụ có thể đem lại lợi ích (2b_B-NR).

1.2. Chẩn đoán chảy máu não theo cơ chế bệnh sinh

- Chảy máu não thùy tuổi < 70 hoặc chảy máu não sâu/hố sau <45 hoặc bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp thì CTA kết hợp CTV được khuyến cáo để loại trừ nguyên nhân mạch máu lớn hoặc huyết khối tĩnh mạch não (1_B-NR).

- Chảy máu não thất nguyên phát không kèm theo chảy máu nhu mô, DSA được khuyến cáo để loại trừ nguyên nhân mạch máu lớn (1_B-NR).

- BN chảy máu não có CTA hoặc MRA gợi ý nguyên nhân mạch máu lớn thì DSA được khuyến cáo thực hiện càng sớm càng tốt để xác định và đánh giá dị dạng mạch máu nội sọ (1_C-LD).

- Chảy máu não thùy tuổi < 70 hoặc chảy máu não sâu/hố sau <45 hoặc bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp và âm tính với hình không xâm lấn (CTA +/- CTV và MRA) thì nên chụp DSA để loại trừ nguyên nhân mạch máu lớn (2a_B-NR).

- Chảy máu não âm tính với CTA/CTV thì MRA được khuyến cáo để loại trừ chảy máu không do nguyên nhân mạch máu lớn (bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột, bệnh do các nhánh xuyên sâu, dị dạng thể hang, bệnh ác tính) (2a_B-NR).

- Chảy máu não đã chụp CT và MRI được khuyến cáo nên chụp cấp thêm CTA/CTV hoặc MRA/MRV để loại trừ nguyên nhân mạch máu lớn hoặc huyết khối tĩnh mạch não (2a_C-LD).

- Chảy máu não chụp DSA không rõ tổn thương mạch máu nhỏ hoặc tổn thương cấu trúc khác thì chụp lại DSA sau 3-6 tháng để xác định tổn thương mạch máu bị che lấp trước đó (2b_C-LD).

2. ĐIỀU TRỊ CHUYÊN SÂU CHO BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO

2.1. Hạ huyết áp cấp cứu bệnh nhân chảy máu não

- Trên bệnh nhân cần hạ huyết áp cấp, đảm bảo liên tục kiểm soát huyết áp ổn định, tránh tăng vọt và dao động có thể cải thiện kết quả (2a_B-NR).

- Nếu có chỉ định hạ huyết áp cần được thực hiện trong 2h đầu sau khởi phát và đạt mục tiêu trong 1h có thể giảm nguy cơ mở rộng khối máu tụ và cải thiện kết quả (2a_C-LD).

- Đối với bệnh nhân Chảy máu não mức độ nhẹ và trung bình có HA từ 150-220, huyết áp mục tiêu cần đạt được là 140 và dao động trong khoảng 130-150 sẽ an toàn và cải thiện kết quả (2b_BR).

- Nếu có ổ máu tụ lớn, mức độ nghiêm trọng cần phẫu thuật giải phóng chèn ép thì tính an toàn và hiệu quả của hạ huyết áp tích cực là không chắc chắn (2b_C-LD).

- Chảy máu mức độ nhẹ đến trung bình có

huyết áp tâm thu > 150 thì hạ huyết áp tâm thu < 130 là có khả năng gây hại (3_BR).

2.2. Rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân chảy máu não

2.2.1. Chảy máu liên quan đến dùng thuốc kháng đông

- Dùng ngay thuốc chống đông và đảo chiều chống đông càng sớm càng tốt để cải thiện khả năng sống sót (1_C-LD).

2.2.1.1. Chảy máu não liên quan đến dùng kháng vitamin K

- Chảy máu não có dùng kháng vitamin K và có INR>2, phức hợp prothrombin cô đặc (PCC) nên được ưu tiên hơn huyết tương tươi đông lạnh (FFP) để nhanh chóng hiệu chỉnh INR và hạn chế mở rộng ổ máu tụ (1_BR).

- Chảy máu não có dùng kháng vitamin K cần sử dụng vitamin K đường tĩnh mạch ngay lập tức sau khi truyền các yếu tố đông máu thay thế (prothrombin đậm đặc hoặc chế phẩm khác) để hạn chế tăng INR và sự mở rộng của khối máu tụ (1_C-LD).

- Chảy máu não có dùng kháng vitamin K và INR từ 1.3-1.9, sử dụng PCC để hiệu chỉnh nhanh chóng INR và hạn chế sự mở rộng của khối máu tụ (2b_C-LD).

2.2.1.2. Chảy máu não liên quan đến dùng kháng đông thể hệ mới

- Sử dụng yếu tố ức chế trực tiếp Xa có chảy máu não, andexanet alfa giúp đảo ngược tác dụng chống đông (2a_B-NR).

- Sử dụng dabigatran có chảy máu não, idarucizumab giúp đảo ngược tác dụng chống đông (2a_B-NR).

- Sử dụng yếu tố ức chế trực tiếp Xa có chảy máu não, prothrombin đậm đặc hoặc prothrombin hoạt hóa có thể cải thiện cầm máu (2b_B-NR).

- Sử dụng dabigatran hoặc yếu tố ức chế trực tiếp Xa vài giờ trước khi chảy máu não thì than hoạt tính có tác dụng làm giảm hấp thu thuốc (2b_C-LD).

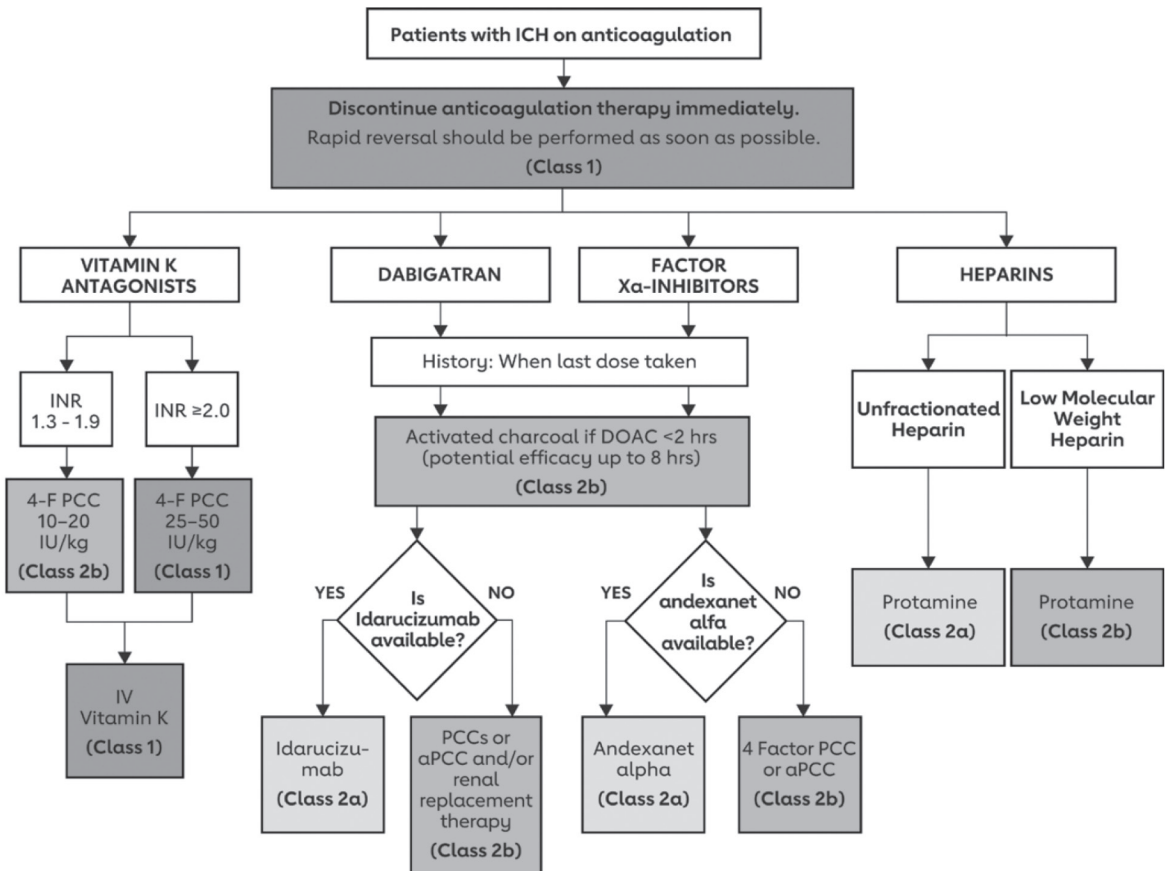
- Sử dụng dabigatran có chảy máu não không có sẵn idarucizumab thì prothrombin đậm đặc hoặc prothrombin hoạt hóa giúp cải thiện cầm máu (2b_C-LD).

- Sử dụng dabigatran có chảy máu não không có sẵn idarucizumab điều trị thay thế thận có thể xem xét làm giảm nồng độ dabigatran (2b_C-LD).

2.2.1.3. Chảy máu não liên quan đến dùng heparin

- Sử dụng heparin không phân đoạn có chảy máu não, protamine đường tĩnh mạch giúp đảo ngược hiệu quả kháng đông (2a_C-LD).

- Sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp có chảy máu não, protamine đường tĩnh mạch giúp đảo ngược hiệu quả kháng đông (2b_C-LD).



Hình 1. Xử trí chảy máu não liên quan đến sử dụng kháng đông

2.2.2. Chảy máu não liên quan đến dùng kháng kết tập tiểu cầu

- Đang sử dụng aspirin có chảy máu não cần phẫu thuật thần kinh cấp cứu, truyền tiểu cầu có thể được xem xét làm giảm nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật và giảm nguy cơ tử vong (2b_C-LD).

- Đang sử dụng kháng kết tập tiểu cầu có chảy máu não, hiệu quả của desmopressin (giống

vasopressin) có hoặc không kết hợp truyền tiểu cầu giúp làm giảm sự mở rộng ổ máu tụ là không chắc chắn (2b_C-LD).

- Đang sử dụng aspirin có chảy máu não không cần phẫu thuật thần kinh cấp cứu, truyền tiểu cầu có khả năng có hại và khuyến cáo không nên dùng (3_B-R).

2.2.3 Điều trị cầm máu chung ở bệnh nhân chảy máu não

- Chảy máu não có hay không có dấu hiệu spot, hiệu quả của yếu tố tái tổ hợp VIIa giúp cải thiện kết quả là không chắc chắn (2b_B-R).

- Chảy máu não có hay không có dấu hiệu spot, black hole, blend hiệu quả của tranexamic acid (TXA) là không chắc chắn (2b_B-R).

2.3. Chăm sóc nội trú tổng quát

2.3.1. Thiết lập chăm sóc nội trú

- Bệnh nhân chảy máu não cần chăm sóc đặc biệt tại bệnh viện bởi 1 nhóm đa ngành giúp cải thiện kết quả và giảm tỷ lệ tử vong (1_A).

- Bệnh nhân chảy máu não cần được điều trị ở các trung tâm cung cấp đầy đủ chế độ chăm sóc với trình độ chuyên môn cao để cải thiện kết quả (1_B-NR).

- Chảy máu não có giãn não thất biểu hiện trên lâm sàng cần chuyển đến trung tâm có khả năng phẫu thuật thần kinh để kiểm soát tình trạng tràn dịch não tủy như đặt EVD và theo dõi giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_B-NR).

- Bệnh nhân chảy máu não cần được chăm sóc bởi nhóm chuyên gia có khả năng đánh giá thần kinh giúp cải thiện kết quả (1_C-LD).

- Bệnh nhân chảy máu não cần chuyển viện nhưng chưa đảm bảo thông khí hỗ trợ đầy đủ, huyết động không ổn định, cần thiết lập các biện pháp duy trì sự sống tránh các tai biến, biến chứng trong quá trình vận chuyển (1_C-EO).

- Bệnh nhân chảy máu não chưa có chỉ định điều trị tại ICU thì việc chăm sóc tại đơn vị đột quỵ sẽ có lợi hơn phòng khám nội trú chung trong việc giảm thiểu tử vong và cải thiện kết cục (2a_B-NR).

- Ở bệnh nhân chảy máu mức độ vừa và nặng, bệnh nhân có chảy máu não thật, có giãn não thất hoặc vị trí khối máu tụ dưới lều, chăm sóc tại ICU thần kinh tốt hơn so với ICU thông thường giúp cải thiện kết quả và giảm tỷ lệ tử vong* (2a_B-NR).

- Bệnh nhân chảy máu não thất hoặc chảy máu dưới lều nên chuyển đến trung tâm có khả năng phẫu thuật thần kinh giúp cải thiện kết quả (2b_B-NR).

- Chảy máu não trên lều ổ lớn chuyển đến trung tâm có khả năng phẫu thuật thần kinh giúp cải thiện kết quả (2b_C-LD).

2.3.2. Dự phòng và quản lý các biến chứng cấp tính ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Sử dụng phác đồ tiêu chuẩn bổ sung thêm bảng theo dõi y lệnh giúp giảm tỷ lệ tàn phế và tử vong (1_B-R).

- Sàng lọc nuốt trước khi ăn uống bằng miệng để tránh nguy cơ tàn phế và viêm phổi (1_B-NR).

- Theo dõi tim mạch trong 24-72h đầu giúp phát hiện rối loạn nhịp và nhồi máu cơ tim mới (2a_C-LD).

- Bổ sung xét nghiệm và XQ cho những trường hợp nhiễm trùng từ khi nhập viện và trong suốt quá trình nằm viện giúp cải thiện kết quả (2a_C-LD).

2.3.3 Dự phòng và điều trị huyết khối ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

2.3.3.1 Dự phòng huyết khối ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại, nén khí giãn đoạn(IPC) được khuyến cáo từ ngày chẩn đoán để dự phòng huyết khối tĩnh mạch (DVT và PE) (1_B-R).

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại, dự phòng heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp liều thấp làm giảm nguy cơ thuyên tắc phổi (2a_C-LD).

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại, dự phòng heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp liều thấp trong 24-48h đầu. Việc sử dụng có thể có lợi trong việc tối ưu hoá hiệu quả dự phòng huyết khối một cách tương đối so với nguy cơ tăng kích thước khối máu tụ (2b_C-LD).

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại, tắt áp lực chia độ đến gối hoặc đùi không đem lại lợi ích cho phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch (3_B-R).

2.3.3.2 Điều trị phòng huyết khối ở bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Bệnh nhân chảy máu não cấp tính có huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần chưa chỉ định chống đông, sử dụng tạm thời bộ lọc để hồi phục là hợp lý cho đến khi có thể khởi đầu chống đông (2a_C-LD).

- Bệnh nhân chảy máu não cấp tính có huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc phổi đoạn gần, trì hoãn điều trị với heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp sau 1-2 tuần kể từ khi khởi phát có thể xem xét (2b_C-LD).

2.3.4. Chăm sóc hệ lý bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Đánh giá chức năng thần kinh thường xuyên (bao gồm thang điểm GCS) nên được thực hiện thường xuyên bởi các y tá khoa cấp cứu để phát hiện sớm suy giảm ý thức (1_C-LD).

- Đánh giá ý thức thường xuyên trong ICU hay các đơn vị đột quỵ trong vòng 72h kể từ lúc bắt đầu nhập viện để phát hiện suy giảm ý thức sớm (2a_C-LD).

- Bệnh nhân nên được chăm sóc bởi điều dưỡng đột quỵ làm tăng khả năng cải thiện kết quả và giảm tỷ lệ tử vong (2a_C-LD).

2.3.5. Quản lý đường máu bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Theo dõi đường huyết tránh nguy cơ tăng và hạ đường huyết (1_C-LD).

- Điều trị hạ đường máu ($< 2.2-3.3$ mmol/L) được khuyến cáo giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_C-LD).

- Điều trị tăng đường máu mức độ trung bình đến nặng ($>10-11.1$ mmol/L) giúp cải thiện kết quả (2a_C-LD).

2.3.6. Quản lý nhiệt độ bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Điều trị bằng thuốc khi nhiệt độ tăng cao giúp cải thiện kết quả (2b_C-LD).

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả giảm phù não quanh khối máu tụ của phương pháp hạ thân nhiệt (<35 độ) (2b_C-LD).

2.4. Động kinh và thuốc chống động kinh bệnh nhân đột quỵ chảy máu não

- Bệnh nhân có suy giảm ý thức, điện não đồ xác

nhận có cơn động kinh, thuốc chống động kinh nên được sử dụng giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_C-LD).

- Bệnh nhân có động kinh lâm sàng, thuốc chống động kinh giúp cải thiện kết quả và dự phòng tổn thương não do co giật kéo dài (1_C-EO).

- Bệnh nhân có bất thường không giải thích được hay trạng thái tâm thần dao động hay nghi ngờ động kinh, ghi điện não liên tục 24h là có lợi giúp phát hiện các sóng liên quan đến động kinh (2a_C-LD).

- Khi không có bằng chứng của động kinh, dự phòng bằng thuốc chống động kinh là không có lợi trong cải thiện chức năng, kiểm soát động kinh kéo dài hay tỷ lệ tử vong (3_B-NR).

2.5. Theo dõi can thiệp thần kinh, thay đổi áp lực nội sọ và điều trị phù não

- Chảy máu não hoặc chảy máu não thất gây giãn não thất có suy giảm ý thức, dẫn lưu não thất giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_B-NR).

- Chảy máu não mức độ trung bình đến nặng hoặc chảy máu não thất có suy giảm ý thức, theo dõi và điều trị tăng áp lực nội sọ làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện kết cục (2b_B-NR).

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của liệu pháp dự phòng tăng áp lực thẩm thấu sớm (2b_B-NR).

- Có thể giảm áp lực nội sọ thoáng qua bằng liệu pháp bolus làm tăng áp lực thẩm thấu (2b_C-LD).

- Corticoid không nên sử dụng để điều trị tăng áp lực nội sọ (3_B-R).

3. PHẪU THUẬT CHO BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ CHẢY MÁU NÃO

3.1 Giải phóng khối máu tụ

3.1.1 Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu giải phóng ổ máu tụ trong não

- Thể tích khối máu tụ từ 20-30ml có rối loạn ý thức mức độ trung bình với GCS từ 5-12 điểm, xâm lấn tối thiểu giải phóng ổ máu tụ bằng nội soi hoặc hút định hướng có hoặc không sử dụng thuốc

tiêu sợi huyết làm tăng hiệu quả điều trị so với điều trị thuốc thông thường (2a_B-R).

- Chảy máu não trên lều thể tích khối máu tụ từ 20-30ml có rối loạn ý thức mức độ trung bình với GCS từ 5-12 điểm đang cân nhắc giải phóng ổ máu tụ, xâm lấn tối thiểu giải phóng ổ máu tụ thay vì mở sọ thông thường giúp cải thiện kết quả (2b_B-R).

- Chảy máu não trên lều thể tích khối máu tụ từ 20-30ml có rối loạn ý thức mức độ trung bình với GCS từ 5-12 điểm, hiệu quả của giải phóng ổ máu tụ bằng xâm lấn tối thiểu với nội soi hoặc hút định hướng có hoặc không có thuốc tiêu sợi huyết giúp cải thiện chức năng là không chắc chắn (2b_B-R).

3.1.2. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu giải phóng máu tụ não thất

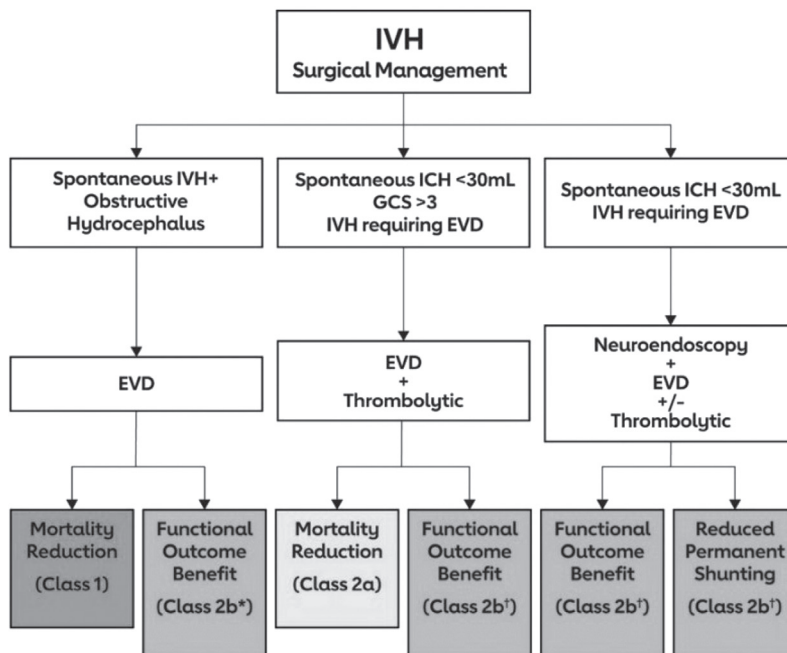
- Chảy máu nhu mô có tràn máu não thất lớn và suy giảm ý thức, EVD được khuyến cáo hơn so với điều trị bằng thuốc thông thường giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_B-NR).

- Chảy máu não thất tiên phát hay chảy máu nhu mô trên lều thể tích < 30ml có tràn máu não thất với GCS >3 điểm, EVD kết hợp tiêu sợi huyết giải ổ máu an toàn và giảm tỷ lệ tử vong so với EVD thông thường (2a_B-R).

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả điều trị của EVD kết hợp thuốc tiêu sợi huyết ở bệnh nhân chảy máu não thất tiên phát hay chảy máu nhu mô trên lều thể tích < 30ml có tràn máu não thất với GCS >3 điểm (2b_B-R).

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của EVD với chảy máu não mức độ nặng kèm theo chảy máu não thất lớn và có suy giảm ý thức (2b_B-NR).

- Chảy máu não trên lều thể tích < 30ml có chảy máu não thất yêu cầu EVD, hiệu quả của can thiệp tối thiểu giải phóng máu tụ não thất bằng nội soi thần kinh kết hợp EVD có hoặc không có tiêu sợi huyết giúp cải thiện kết quả chức năng và giảm phụ thuộc shunt vĩnh viễn là không chắc chắn (2b_C-LD).



Sơ đồ 1. Phẫu thuật ở bệnh nhân chảy máu não. EVD, external ventricular drain (Dẫn lưu não thất); GCS, Glasgow Coma Scale score (Điểm hôn mê Glasgow); ICH, intracerebral hemorrhage (chảy máu não); IVH, intraventricular hemorrhage (chảy máu não thất). *Not well established. +Uncertain

3.1.3. Mở sọ với chảy máu trên lều

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của phương pháp mở sọ giải phóng ổ máu tụ trên lều mức độ trung bình đến rất nặng (2b_A).

- Có thể xem xét mở sọ giải phóng ổ máu tụ duy trì sự sống với bệnh nhân chảy máu trên lều có nguy cơ diễn biến nặng (2b_C-LD).

3.1.4. Mở sọ với chảy máu hố sau

- Chảy máu tiểu não có suy giảm ý thức do đè ép thân não và/ hoặc tắc lưu thông dịch não tủy hoặc có chảy máu tiểu não > 15ml, phẫu thuật ngay lập tức để giải phóng ổ máu tụ có hoặc không có kết hợp EVD được ưu tiên hơn điều trị bằng thuốc thông thường giúp giảm tỷ lệ tử vong (1_B-NR).

3.2. Mở bỏ hộp sọ với ICH

- Hôn mê do chảy máu não trên lều có ổ máu tụ lớn đè đẩy đường giữa đáng kể và áp lực nội sọ lớn khó kiểm soát bằng thuốc, mở nắp sọ giải áp có hoặc không có giải phóng máu tụ giúp giảm tỷ lệ tử vong (2b_C-LD).

- Chưa có bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của mở sọ giải áp có hoặc không có giải phóng máu tụ với bệnh nhân hôn mê do chảy máu não trên lều có ổ máu tụ lớn đè đẩy đường giữa đáng kể và áp lực nội sọ lớn khó kiểm soát bằng thuốc (2b_C-LD).

4. TIỀN LƯỢNG VÀ MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO

4.1. Tiên lượng chảy máu não

- Đánh giá mức độ chảy máu được khuyến cáo như một phần của đánh giá ban đầu giúp cung cấp cái nhìn tổng thể về mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân chảy máu não (1_B-NR).

- Đánh giá mức độ nghiêm trọng cho bệnh nhân chảy máu não mang lại lợi ích trong việc đưa ra hình thức giao tiếp phù hợp giữa BN và người chăm bệnh (2b_B-NR).

- Điểm đánh giá mức độ nghiêm trọng không là cơ sở duy nhất để dự đoán tiên lượng và hạn chế điều trị duy trì sự sống (3_B-NR).

4.2. Quyết định hạn chế điều trị duy trì sự sống

- BN ICH tự phát không có yêu cầu trước đó về giới

hạn của liệu pháp duy trì sự sống, chăm sóc tích cực bao gồm trì hoãn ngưng cấp cứu hồi sức hoặc rút hỗ trợ y tế cho đến khi ít nhất là ngày thứ 2 nhập viện giúp giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện kết quả chức năng (2a)*.

- Bệnh nhân chảy máu không còn khả năng đưa ra quyết định thì người đại diện sẽ đưa ra quyết định thay thế dưới sự cố vấn của bác sĩ (2a_B-NR)

- Ngưng cấp cứu hồi sức, hạn chế tiếp cận y tế và các phẫu thuật khác khi được yêu cầu rõ ràng bởi bệnh nhân hay người đại (3_B-NR)*.

5. HỒI PHỤC SAU CHẢY MÁU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO

5.1. Phục hồi chức năng và hồi phục sau chảy máu não

- Phục hồi chức năng đa mô thức giúp cải thiện kết quả, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong (1_A).

- Chảy máu não mức độ nhẹ đến trung bình, xuất viện sớm làm tăng khả năng sống độc lập tại nhà của bệnh nhân trong 3 tháng (1_A)*.

- Chảy máu não mức độ trung bình nên phục hồi chức năng sớm trong vòng 24-48h sau khởi phát giúp cải thiện kết quả và giảm tỷ lệ tử vong (bao gồm hướng dẫn hoạt động sống hàng ngày, kéo giãn, hướng dẫn các hoạt động chức năng) (2b_B-R).

- Không có bằng chứng về hiệu quả điều trị của fluoxetine cho bệnh nhân sau chảy máu não không có trầm cảm (3-NB_A).

- Vận động sớm với cường độ cao trong vòng 24h sau khởi phát không mang lại hiệu quả phục hồi chức năng (3-H_B-R).

5.2. Các biến chứng thần kinh

- Bệnh nhân có trầm cảm mức độ trung bình đến nặng sau chảy máu não, điều trị dựa trên cơ sở bằng chứng thích hợp bao gồm điều trị tâm lý và điều trị bằng thuốc giúp giảm triệu chứng của trầm cảm (1_B-R).

- Nên sàng lọc trầm cảm và rối loạn lo âu sau thời kì cấp tính để xác nhận xem BN có trầm cảm hay rối loạn lo âu sau đột quỵ không (1_B-NR).

- Nên sàng lọc nhận thức sau thời kì cấp tính để xác nhận xem BN có suy giảm nhận thức hay sa sút trí tuệ sau đột quỵ không (1_B-NR).

- Chuyển tuyến điều trị cho bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột quỵ giúp cải thiện nhận thức (2a_B-NR).

- Bệnh nhân rối loạn cảm xúc xuất hiện từ trước hoặc mới xuất hiện nên được điều trị bằng thuốc, tiếp tục hoặc bắt đầu SSRIs sau chảy máu đem lại lợi ích điều trị rối loạn cảm xúc (2a_B-NR).

- Cân nhắc điều trị bằng ức chế cholinesterase hoặc memantine cho bệnh nhân sau chảy máu có suy giảm nhận thức (2b_C-LD).

6. DỰ PHÒNG CHẢY MÁU NÃO

6.1. Dự phòng thứ phát chảy máu não

6.1.1. Tiên lượng nguy cơ chảy máu trong tương lai

- Trên những bệnh nhân chảy máu não mà các yếu tố nguy cơ chảy máu tái phát có thể ảnh hưởng đến quyết định điều trị và tiên lượng, việc đánh giá đồng thời các yếu tố đó là hợp lý, bao gồm: a) chảy máu não thùy với ICH ban đầu, b) tuổi cao, c) sự có mặt, số lượng, và vị trí các ổ vi chảy máu trên MRI, d) sự hiện diện của lắng đọng hemosiderin bề mặt não lan tỏa trên MRI, e) kiểm soát huyết áp kém, f) chủng tộc châu Á hoặc da đen, g) sự hiện diện của allen apolipoproteins E ε2 or ε4 (2a_B-NR).

6.1.2. Kiểm soát huyết áp

- Kiểm soát huyết áp được khuyến cáo để dự phòng chảy máu tái phát (1_B-R).

- Điều trị nếu huyết áp > 130/80mmHg trong thời gian dài để dự phòng chảy máu tái phát (2a_B-NR).

6.1.3. Quản lý các yếu tố chống huyết khối

- Chảy máu não có nguy cơ cao thuyên tắc mạch như van tim cơ học hay xơ vữa mạch máu lớn nên tái sử dụng kháng đông sớm để dự phòng biến chứng tắc mạch (2a_C-LD).

- Nên khởi động lại kháng kết tập tiểu cầu sớm dự phòng biến chứng tắc mạch nếu bệnh nhân có chỉ định dùng thuốc trên cơ sở đã cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ (2b_B-R).

- Nên khởi động lại chống đông để dự phòng thuyên tắc mạch và giảm mọi nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân chảy máu não có rung nhĩ không do van tim trên cơ sở đã cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ (2b_B-NR).

- Nên khởi động lại chống đông sau 7- 8 tuần chảy máu khi đã cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ ở bệnh nhân chảy máu não có rung nhĩ (2b_C-LD).

- Chảy máu não không có chỉ định dùng kháng đông, cân nhắc đóng tiểu nhĩ trái giúp giảm nguy cơ thuyên tắc mạch (2b_C-LD).

6.1.4. Quản lý sử dụng các thuốc khác

- Không có bằng chứng rõ ràng về lợi ích và nguy cơ của statin với kết quả và hiệu quả dự phòng tái phát chảy máu não và dự phòng bệnh tim mạch (2b_B-NR).

- Sử dụng thường xuyên kéo dài NSAIDs làm tăng nguy cơ chảy máu nội sọ (2-H_B-NR).

6.1.5. Điều chỉnh lối sống, giáo dục bệnh nhân và người chăm bệnh

a) Điều chỉnh lối sống

- Bệnh nhân chảy máu não nên điều chỉnh lối sống giúp giảm huyết áp (2a_C-LD).

- Bệnh nhân chảy máu não nên hạn chế tiêu thụ cồn nặng giúp giảm huyết áp và nguy cơ chảy máu tái phát (2a_C-LD).

- Theo dõi sát và đưa ra lời khuyên hữu ích về thay đổi lối sống giúp cải thiện hồi phục chức năng (2b_C-LD).

b) Giáo dục cho bệnh nhân và người chăm bệnh

- Giáo dục tâm lý cho người chăm bệnh giúp cải thiện hiệu quả luyện tập và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (2a_C-LD).

- Hướng dẫn của người chăm bệnh cùng luyện tập có hỗ trợ mang lại lợi ích cải thiện cân bằng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân (2a_C-LD).

6.2. Dự phòng tiên phát khi có nguy cơ cao trên chẩn đoán hình ảnh

- Nên điều trị dự phòng tiên phát khi có hình ảnh vi chảy máu não hoặc lắng đọng hemosiderin bề mặt não trên phim MRI sẵn có (2b_C-LD).