

NHỮNG TIẾN BỘ MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO VÀ ĐƠN VỊ ĐỘT QUY

Lê Văn Thành* Nguyễn Thị Kim Liên** Phan Công Tân*** Nguyễn Văn Tuấn****

Trong ba thập kỷ qua đã có nhiều tiến bộ trong các lĩnh vực có liên quan đến đột quy

1. Nhận thức về dịch tễ

Dịch tễ: (2010) theo cơ quan thống kê về bệnh tật của Hoa Kỳ, ĐQ đứng hàng thứ ba về nguyên nhân tử vong (143.579 ca), dẫn đầu về nguyên nhân gây nên tàn tật. Mỗi năm có 795.000 ca, ba phần tư các trường hợp gặp ở người trên 65 tuổi, cứ thêm 10 tuổi nguy cơ tăng gấp đôi, cứ 40 giây có một bệnh nhân ĐQ.

Tại Việt Nam với 80 triệu dân: số mới mắc khoảng 200.000 người/năm, số người bị ĐQ đang sống là 486.000 người và tử vong 104.800 người/năm.

2. Nhận thức về sinh bệnh lý

Dù là xuất huyết hoặc nhồi máu, thương tổn mỗi lúc một phát triển theo thời gian, với nhồi máu não gây nên hư biến cho 19 triệu neuron trong một phút, hậu quả là dẫn đến phù não, chèn ép tổ chức lành và nguy hiểm hơn gây tụt não. Từ những hiểu biết đó người ta đưa ra khái niệm **THỜI GIAN LÀ NÃO, HAY THỜI GIAN VÀNG CỦA NÃO.**

3. Thay đổi thái độ xử trí:

“Tai biến mạch máu não (TBMMN) phải được coi là một cấp cứu, không tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng”. Nhiều hội nghị, hội thảo quốc tế đều nhấn mạnh “Đột quy phải được coi là một trường hợp cấp cứu”

Khác với lâm sàng của một ca nhồi máu cơ tim, trường hợp bị nhồi máu não có triệu chứng biểu hiện đột ngột nhưng “ôn hòa”, nhiều người thân giữ bệnh nhân ở nhà cạo gió, nhưng chỉ vài giờ sau nếu không được xử lý đúng các triệu chứng lâm sàng và thương tổn của não sẽ diễn biến phức tạp.

4. Thành lập Đơn vị hoặc các trung tâm Đột quy

Lịch sử tại trung tâm y khoa của Đại học Y khoa Mississippi, năm 1967, ra đời đơn vị đột quy

đầu tiên của Hoa Kỳ, sáng lập viên là Robert Currier, Dr Armine, trưởng khu thần kinh cùng GS. Robert Smith chuyên khoa phẫu thuật thần kinh cùng lãnh đạo đơn vị đầu tiên này. Mở đầu một hình thức tổ chức tiên tiến về điều trị và chăm sóc bệnh nhân TBMMN. Hình thức tổ chức này đến nay đã phát triển rộng khắp Hoa Kỳ, Bắc Mỹ, Châu Âu, và một số lớn các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam.

Quá trình hình thành và phát triển của tổ chức chăm sóc đột quy

Đội Đột Quy (ĐĐQ)

ĐĐQ là một nhóm gồm 1 bác sĩ làm việc tại Khoa Cấp cứu cùng với 2 điều dưỡng, những người này đã thông thạo trong việc tiếp nhận bệnh nhân ĐQ cấp, đánh giá theo biểu mẫu, biết điều trị về TBMMN, làm việc 24/7.

Nhiệm vụ nhờ có bộ đàm, di động họ nhận tin từ TT cấp cứu quận, huyện hoặc thành phố và liên hệ với các BS Thần kinh, BS trong khoa Cấp cứu

Tại Khoa cấp cứu, bệnh nhân được điều trị theo chế độ săn sóc đặc biệt và phải đưa ra chẩn đoán sau 3 ngày, tiếp theo bệnh nhân được chuyển tiếp tới Đơn vị đột quy.

Đơn Vị Đột Quy (ĐVĐQ).

Tại đây vai trò của các thầy thuốc và điều dưỡng am hiểu về điều trị đột quy và kể cả cấp cứu là rất lớn.

Đơn vị Đột Quy mở rộng

Điều trị thêm phục hồi chức năng.

Trung tâm Đột quy

Có hai loại: TTĐQ sơ khởi và hoàn chỉnh

Một hệ thống chăm sóc ĐQ phải bao gồm:

a- Tiền bệnh viện và mạng lưới y tế quận huyện:

- Tuyên truyền sâu rộng cho cộng đồng kiến thức về TBMMN, người dân nhận biết được triệu chứng khởi phát và tiếp cận ngay với BV quận, sau khi xử lý được thông tin, thường trực gọi ngay số điện thoại cho trung tâm vận chuyển cấp cứu.

- Trung tâm cấp cứu (TTCC) mỗi nước có

*Chủ tịch Hội Phòng Chống Tai Biến Mạch Máu Não Việt Nam

** Trưởng khoa bệnh lý mạch máu não BV ND 115;

*** BV Bình Thạnh (Nguyên trưởng khoa TK BVNDGD)

****BSCII Trưởng khoa TK BV An Bình

code mã điện thoại riêng, gia đình bệnh nhân có thể gọi trực tiếp cho TT cấp cứu. Xe của TTCC có trang thiết bị để nhân viên sơ cứu cho bệnh nhân, đồng thời báo cho bệnh viện có khả năng điều trị TBMMN. gần nhất để chuẩn bị đón bệnh nhân. Theo các khuyến cáo của Hoa Kỳ và Châu Âu, vận chuyển dưới 14 km sử dụng xe hơi. Nếu >70km chuyển bằng trực thăng.

b- Tại bệnh viện: có hai loại:

- Bệnh viện Đa khoa điều trị cấp cứu chung, được gọi là điều trị truyền thống, vai trò BS đa khoa là có thể đánh giá và tiến hành cấp cứu.

- Bệnh viện nhận điều trị TBMMN với các mức độ:

- Có khoa cấp cứu, biên chế có Đội Đột quy (xem mục tiêu chuẩn) và có tổ chức ĐVĐQ,
- Có Trung tâm ĐQ với hai mức độ phụ thuộc vào nhiệm vụ và trình độ của BS, và trang thiết bị:
 - . Trung tâm ĐQ hoàn chỉnh, chúng tôi không đề cập trong bài này.
 - . Trung tâm ĐQ sơ khởi: Gồm 11 tiêu chuẩn thiết yếu để chăm sóc và điều trị ĐQ cấp:

1. Đội hay nhóm ĐQ (ĐĐQ) gồm tối thiểu 2-3 người, một thầy thuốc có kinh nghiệm về chẩn đoán các bệnh nhân nghi ngờ ĐQ trong vòng 15 phút, hai điều dưỡng thông thạo về chăm sóc bệnh nhân ĐQ. Làm việc 24h/7 ngày, tùy cách phân ê kíp của từng bệnh viện, được trang bị máy bộ đàm.

2. Tập hồ sơ in sẵn về chẩn đoán và chăm sóc, trong đó gồm các thang điểm đánh giá, các chỉ định theo dõi, xét nghiệm cận lâm sàng v.v... như vậy sẽ tạo nên sự nhanh chóng và sự nhất quán của quá trình chăm sóc điều trị sau này.

3. Bộ phận y tế khẩn cấp của tỉnh, thành phố, khi có thông báo và yêu cầu của y tế quận huyện, xe cấp cứu có phương tiện và nhân viên có thể tiến hành sơ cứu, đồng thời báo về TTĐQ biết để mọi việc được chuẩn bị sẵn sàng đón nhận.

4. Khoa cấp cứu của BV: Các BS khoa cấp cứu phải có trình độ chẩn đoán, điều trị ĐQ cấp, điều dưỡng tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc bệnh nhân theo phác đồ. Những nhân viên này cần có quan hệ chặt chẽ với Đội ĐQ cấp.

5. Đơn Vị Đột Quy (ĐVĐQ): Không nhất thiết phải thành một khoa, có thể là một khu trong

khoa Cấp cứu hoặc khoa thần kinh đã có khu cấp cứu. nên có biên chế cho một nhóm BS, ĐD có trình độ chuyên khoa nhuần nhuyễn về ĐQ, có trang thiết bị cần thiết để điều trị tích cực. ĐVĐQ là nơi có đủ khả năng áp dụng các phương pháp điều trị đặc hiệu như phương pháp tiêu sợi huyết.

6. Có khoa hoặc nhóm BS phẫu thuật thần kinh có khả năng phẫu thuật cho bệnh nhân ĐQ khi cần thiết.

7. Khoa hình ảnh học gồm 1 BS làm việc 24/7, cùng 1 máy CT scan trong vòng 25 phút cho kết quả chẩn đoán để phân loại xuất huyết với nhồi máu não.

8. Các xét nghiệm cận lâm sàng.

Sinh hóa, huyết học, nếu ứng dụng thuốc tiêu sợi huyết cần làm xét nghiệm INR.

ECG, nếu có Echo Doppler mạch máu càng hỗ trợ cho theo dõi điều trị.

9. Cần có kho dữ liệu về các bệnh nhân ĐQ đã được điều trị theo quy trình và phác đồ chuẩn, các số liệu này sẽ phục vụ cho nghiên cứu khoa học, đào tạo và giáo dục.

10. Công nhân viên chức của trung tâm thường phải cập nhật kiến thức về ĐQ và các chuyên khoa khác như cấp cứu chung, tim mạch v.v..

11. Có kế hoạch tuyên truyền về phòng chống Đột quy cho cộng đồng qua báo đài. Hàng năm cố gắng tổ chức 2 đến 4 lần sinh hoạt câu lạc bộ với bệnh nhân.

Lợi ích và kết quả điều trị của đơn Vị Đột Quy mang lại

So với điều trị truyền thống (đa khoa), ĐVĐQ làm giảm thêm:

- Tỷ lệ tử vong 17%
- Ngày điều trị nội trú giảm 6 ngày
- Thêm hơn 5% bệnh nhân sống không cần sự giúp đỡ của người thân.
- Giúp thực hiện các Phương pháp điều trị tiên tiến như : Phương pháp tiêu sợi huyết qua đường tĩnh mạch và động mạch.

Bàn luận

Tại Việt Nam, hiện mới có 14 ĐVĐQ tập trung tại các thành phố lớn, điển hình tại TP Hồ Chí Minh và Hà Nội. TP HCM có Khoa Bệnh lý mạch máu não với số giường 80. Hà nội có Trung tâm Đột quy thuộc Viện quân y 108 là hai đơn vị lớn và quy củ, hoàn toàn đủ kíp và có phần vượt trội so với khu vực.

Theo nghiên cứu “Tình hình và thực trạng chăm sóc đột quy trong các BV đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở VN” tại 78 BV của 64 tỉnh thành, kết quả cho thấy:

- Nguồn bệnh: 77/78 BV có nhận điều trị TBMMN, trong đó 83% BV có thu nhận số lượng bệnh >200/năm (tiêu chuẩn để thành lập ĐVĐQ).

- Tổ chức: Nhân lực 39/78 có khoa thần kinh, và 78/78 có khoa cấp cứu và hồi sức.

- Trang thiết bị quan trọng: 82% các BV có CLVT và CHT

Nếu dựa vào 11 tiêu chuẩn trên, việc thành lập trong tầm tay của chúng ta. Như vậy, trước mắt có 39/78 BV đủ khả năng thành lập ĐVĐQ cho BV của mình. Trên cơ sở là các khoa phòng hoạt động một cách tương tác với nhau dưới sự lãnh đạo của ban giám đốc. 39 BV chưa có BS thần kinh nên thành lập Đội Đột Quy, đội này thuộc biên chế khoa cấp cứu. Chúng tôi cũng đề nghị Bộ Y tế xem xét nhu cầu tổ chức ĐVĐQ tại các BV và có nên chăng đưa vào tiêu chí của BV loại I và II. Việc này sẽ mang lại những lợi ích kinh tế to lớn cho người bệnh và xã hội. ĐVĐQ sẽ làm giảm tải cho các tuyến trên, đồng thời nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân ĐQ ở

vùng sâu vùng xa.

Tài liệu tham khảo

1. Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, et al. Stroke unit treatment: 10-year follow-up. *Stroke*. 1999; 30: 1524-1527.
2. Sulter G, Elting JW, Langedijk M, et al. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit: a randomized pilot study. *Stroke*. 2003; 34: 101-104.
3. Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Wiley, Chichester, UK.
4. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Wiley,
5. Stroke centers and quality of stroke care: How are we doing? *Neurology*. 2011;76(23):1956-1957.
6. Lê Văn Thành, Nguyễn Thị Kim Liên, Phan Công Tân, Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự. Điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên 121 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ tại TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Dược Lâm Sàng* 108.
7. Lê Văn Thịnh, Nguyễn Thị Xuyên, Trần Viết Lực, Michael.Brainn, Lê Hoàng Anh. Tình hình và thực trạng chăm sóc đột quy trong các Bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam. *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108. trang 38-43 tập 5 số đặc biệt 10/2010
8. Recommendations From the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems *Stroke* 2005;36;690-703