Hội chứng đột quỵ cấp tính

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

STROKE ISCHEMIC

• BỆNH TÀU THẦN / NỘI TIẾT - xơ vữa động mạch, viêm mạch, co thắt mạch, bóc tách, chèn ép, cơ bắp,

trạng thái đông máu

• NGUỒN GỐC EMBOLIC / REMOTE — gây tim, động mạch,

tự hoại, không khí, chất béo, nghịch lý (từ VTE)

• ISCHEMIA TOÀN CẦU — MI, VT

CÂU CHUYỆN HEMORRHAGIC

• TÁI CHẾ TÀU HẠNH PHỤ KHOA - tăng huyết áp, bệnh mạch máu não amyloid, mạch máu

dị dạng, ung thư, chấn thương, chảy máu

đái tháo đường, huyết khối xoang tĩnh mạch, viêm mạch, sử dụng ma túy bất hợp pháp

• CHẾ ĐỘ TÀU BIỂN SUBARACHNOID — chứng phình động mạch

vỡ, dị dạng mạch máu, tụ máu, chấn thương, bệnh mạch amyloid,

sử dụng bất hợp pháp ma túy (cocaine)

STROKE MIMICS (thường là toàn cầu hơn là

các triệu chứng thần kinh khu trú) ★ DIMS ★

• NHẬP THUỐC / RÚT TIỀN

• NHIỄM TRÙNG — viêm não do herpes simplex

• INSANITY — rối loạn chuyển đổi hoặc chức năng

rối loạn thần kinh

• METABOLIC - hạ đường huyết, suy thận,

suy gan, thiếu oxy / chứng sợ nước, rối loạn nội tiết (nhiễm độc giáp, phù cơ,

tuyến thượng thận)

• DI TRÚ

• ĐỒNG BỘ

• SEIZURES — Liệt Todd

• CẤU TRÚC — chấn thương, khối u, dưới màng cứng

xuất huyết

SINH LÝ HỌC

NĂM CÂU HỎI

1. Bệnh nhân có ổn định không? Lưu thông, đường thở,

thở

2. Đây có phải là một đột quỵ so với một mô phỏng đột quỵ?

3. Tai biến mạch máu não ở đâu? Các triệu chứng / dấu hiệu, đầu CT

4. Loại đột quỵ? Thiếu máu cục bộ, xuất huyết

5. Có chỉ định điều trị đột quỵ cấp không?

Thuốc tan huyết khối, nội mạch

PHÂN LOẠI STROKE PATHOPHYSIOLOGIC STROKE

• THROMBOTIC STROKE

1. TÀU LỚN CÒN LỚN — thường là do

đến chứng xơ vữa động mạch. Tìm thấy ở phân đôi

của động mạch cảnh chung, phần siphon

của động mạch cảnh chung, não giữa

thân động mạch, động mạch đốt sống nội sọ

động mạch cơ bản gần đến giữa, nguồn gốc của

động mạch đốt sống

2. ĐƯỜNG TÀU NHỎ (lacunar / xuyên thấu

mạch) - thường gặp nhất là do tắc lipohyalinotic liên quan đến tăng huyết áp

và đôi khi có mảng xơ vữa tại nguồn gốc của mạch. Tìm thấy tại các chi nhánh thâm nhập của

não trước, não giữa và não sau

và động mạch cơ bản

• TRUYỀN CẢM HỨNG TIM MẠCH

1. XÁC ĐỊNH NGUỒN TIM MẠCH (thuốc chống đông máu hoặc

liệu pháp chống huyết khối thường được sử dụng) -

Huyết khối LV, huyết khối LA, thấp khớp

bệnh van, van nghệ thuật (cơ học,

cảm sinh học), AF

2. XÁC ĐỊNH NGUỒN TIM MẠCH (chống đông máu

nguy hiểm) - viêm nội tâm mạc do vi khuẩn,

myxoma tâm nhĩ

3. NGUỒN TIM MẠCH CÓ THỂ — hình khuyên hai lá

vôi hóa, rối loạn chức năng thất trái,

tình trạng sau MI, cản quang tự phát LA, PFO, ASD, sợi van hai lá

4. BỎ NGUỒN NGUỒN GỐC THÊU THÊU

5. KHÁC — mổ xẻ, moyamoya, chính

huyết khối, khối lượng não

CÁC YẾU TỐ RỦI RO ĐỂ LỪA ĐẢO

• CHỦ YẾU CÓ THỂ SỬA ĐỔI — tăng huyết áp, tiểu đường,

rung nhĩ, rối loạn lipid máu, hút thuốc, lười vận động

• KHÔNG THỂ SỬA ĐỔI — tuổi, chủng tộc, dân tộc, giới tính nam,

tiền sử gia đình, khuynh hướng di truyền

• KHÁC — tắc nghẽn ngưng thở khi ngủ, bệnh thận, uống nhiều rượu, ăn kiêng, bệnh tim, tình trạng đông máu, xạ trị

KHIẾU NẠI CỦA STROKE — khoảng 25% trong số

bệnh nhân có thể xấu đi trong 24-48 giờ đầu tiên

sau đột quỵ

• NEUROLOGIC — phù não, co giật, nhồi máu biến dạng xuất huyết với hoặc

không có tụ máu, rối loạn thần kinh (khó nuốt, ngã, bệnh thần kinh chèn ép)

• KHÔNG XƯƠNG KHỚP — nhồi máu cơ tim,

rối loạn nhịp tim, hít thở, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, DVT,

thuyên tắc phổi, suy dinh dưỡng, áp lực

vết loét, biến chứng chỉnh hình, co thắt,

giấc ngủ rối loạn nhịp thở, trầm cảm

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

CÔNG CỤ PHÁT HÀNH TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK — được gọi là

một đợt thiếu máu cục bộ gây ra các triệu chứng thần kinh khu trú thoáng qua mà không có bằng chứng về nhồi máu (trên

MRI) cũng như các triệu chứng dai dẳng sau sự kiện.

Nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân TIA là 5% trong vòng 2

ngày và 10% trong vòng 90 ngày

PHÂN TÍCH RỦI RO SAU KHI TIA HOẶC MINOR

KHOẢNG CÁCH NỐI TIẾP

• RỦI RO RẤT CAO

- THỜI GIAN — triệu chứng khởi phát trong

48 giờ

- TRIỆU CHỨNG — yếu hoặc giác quan một bên

các triệu chứng, rối loạn giọng nói, thị lực,

mất điều hòa, khó nuốt, rối loạn tiêu hóa, hai mắt

nhìn đôi

- QUẢN LÝ — đánh giá ngay lập tức

bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe bị đột quỵ

chuyên môn và CT / CTA hoặc MRI / MRA khẩn cấp,

Điện tâm đồ và điều tra trong phòng thí nghiệm

• RỦI RO CAO

- TIMELINE — triệu chứng khởi phát giữa 48

giờ và 2 tuần

- TRIỆU CHỨNG — yếu hoặc nói đơn phương

xáo trộn

- QUẢN LÝ — đánh giá của cơ sở y tế

chuyên nghiệp với chuyên môn đột quỵ càng sớm

càng tốt, lý tưởng là trong vòng 24 giờ

• RỦI RO HIỆN ĐẠI

- TIMELINE — triệu chứng khởi phát giữa 48

giờ và 2 tuần

- TRIỆU CHỨNG — các triệu chứng cảm giác một bên,

rối loạn thị lực hoặc mất điều hòa

- QUẢN LÝ — đánh giá của cơ sở y tế

chuyên nghiệp với chuyên môn đột quỵ càng sớm

càng tốt, lý tưởng nhất là trong vòng 2 tuần

• NGUY CƠ THẤP

- TIMELINE — khởi phát triệu chứng của nhiều hơn

hơn 2 tuần

- QUẢN LÝ — đánh giá của cơ sở y tế

chuyên nghiệp với chuyên môn đột quỵ

trong vòng 1 tháng

PHÂN LOẠI STROKE LÂM SÀNG

• NGHỆ THUẬT XÉT NGHIỆM THUỐC CHỐNG LÃO HÓA (thuyên tắc> huyết khối) —chức năng vận động và cảm giác (chân> cánh tay,

mặt), các dấu hiệu giải phóng phía trước (nắm, mõm, gốc,

và sự hâm nóng khi bú), abulia, độ cứng paratonic, dáng đi không theo ý muốn, tính cách Δ

• MIDDL

NGHỆ THUẬT XÉT NGHIỆM XÉT NGHIỆM (bán cầu ưu thế trái, tắc mạch> huyết khối) - mất ngôn ngữ,

hemiparesis bên phải và dejcit giác quan (khuôn mặt,

cánh tay> chân), có thể liệt nửa người hoàn toàn nếu

liên quan đến viên nang bên trong, bỏ qua không gian bên phải,

hemianopia đồng âm phải, suy

ánh nhìn liên hợp phải

NGHỆ THUẬT XÉT TUYẾN TRUNG GIAN (quyền không ưu thế

bán cầu, thuyên tắc> huyết khối) —các bệnh về thần kinh, vận động trái và cảm giác (mặt, cánh tay

> chân), bỏ mặc không gian bên trái, bên trái đồng âm

hemianopia, suy giảm ánh nhìn liên hợp bên trái

• SÂU (SUBCORTICAL / LACUNAR) HEMISPHERE HOẶC

HỆ THỐNG NÃO (nhồi máu động mạch nhỏ) —chung khớp

(động cơ thuần túy hành trình); mất cảm giác (cảm quan thuần túy

Cú đánh); rối loạn tiết máu và liệt nửa người (hội chứng vận động nhanh); rối loạn tiêu hóa và vụng về

hội chứng bàn tay; bệnh liệt nửa người. Không có bất thường về nhận thức, ngôn ngữ hoặc thị lực

• NGHỆ THUẬT XÚC XÍCH POSTERIOR (embolic>

huyết khối) - hemianopia đồng âm với

macular sparing, alexia không có agraphia

(bán cầu ưu thế), ảo giác thị giác,

kiên trì thị giác (vỏ não calcarine), chứng múa giật, đau tự phát (đồi thị),

liệt dây thần kinh thứ ba, liệt cử động mắt theo chiều dọc, mất cảm giác, rối loạn vận động (não

cuống, não giữa)

• NGHỆ THUẬT VERTEBROBASILAR (thân não, thuyên tắc =

huyết khối) - mất vận động hoặc cảm giác ở CẢ 4

chân tay; dấu hiệu bắt chéo (dây thần kinh sọ bên

liệt với vận động bên cạnh / dejcit cảm giác),

khó nhìn

• CEREBELLUM — mất điều hòa chi bên, mất điều hòa dáng đi

• NGHỆ THUẬT CAROTID NỘI BỘ (huyết khối>

embolic) - khởi phát MCA liên tục hoặc nói lắp

hội chứng, đôi khi là hội chứng ACA

emia có thể phát triển trong thời gian dài hơn. Có thể

có cổ hoặc TIAs trước đó

• EMBOLIC — khởi phát đột ngột với mức tối đa dejcit ở

sự khởi phát. Các bệnh liên quan đến lâm sàng có thể cải thiện nhanh chóng.

Có thể kết tủa bằng cách thức dậy vào ban đêm để

đi tiểu, ho hoặc hắt hơi đột ngột

• ICH — tiến triển dần dần trong vài phút đến

giờ. Có thể bị kết tủa bởi giới tính hoặc thể chất

các hoạt động

• SAH — khởi phát đột ngột, sấm sét, nghiêm trọng

nhức đầu, mất ý thức, cứng cổ,

nôn mửa, rối loạn chức năng não khu trú ít gặp hơn. Có thể bị kết tủa do quan hệ tình dục hoặc hoạt động thể chất khác

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

• LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, glucose, troponin,

CK, PTT, INR, AST, ALT, ALP, bilirubin, tổng số

cholesterol, TGL, LDL, HDL, homocysteine, ESR

• HÌNH ẢNH — đầu CT không có thuốc cản quang, MRI

đầu (nhạy hơn đầu CT trong

phát hiện đột quỵ do thiếu máu cục bộ cấp tính), chụp mạch (CT, MR, cản quang), Dopplers động mạch cảnh,

siêu âm tim (TEE> TTE)

ĐẶC BIỆT

• ECG - ST trầm cảm, QT kéo dài,

T ngược, sóng U nổi bật

• THEO DÕI HOLTER — đánh giá tâm nhĩ huyền bí

sự rung động

• Điện não đồ — nếu co giật

• MÀN HÌNH ĐỘC

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ TIỂU SỬ

MIỀN TÂY HẠNH PHÚC — bán cầu não trái chiếm ưu thế (chức năng ngôn ngữ) trong 95%

người thuận tay phải và 70% người thuận tay trái

cá nhân

CT HEAD - tiêu chuẩn vàng, nhưng tương đối không nhạy trong việc phát hiện các cơn nhồi máu cấp tính và nhỏ ở vỏ não hoặc dưới vỏ, đặc biệt là ở vùng sau

Fossa. Rất quan trọng để loại trừ bệnh xuất huyết.

Các dấu hiệu sớm (trong vòng 6 giờ) của nhồi máu MCA bao gồm

dấu hiệu động mạch não giữa dày đặc

(huyết khối hoặc tắc mạch ở phần đầu tiên của MCA),

mất màu trắng xám

the insula), hoặc hạt nhân lentiform và sulcal

eQacement. Các tổn thương giảm cân có thể không xuất hiện

cho đến sau 24 giờ. Họ trở nên buồn tẻ hơn

tăng ca

TỶ LỆ THẤT BẠI — Tỷ lệ tử vong sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ trong 30 ngày là 10–17%

NHỮNG NGƯỜI ĐÁNH GIÁ CHUYÊN NGHIỆP — tuổi, mức độ suy giảm thần kinh (thang điểm đột quỵ NIH), mức độ đột quỵ

trên CT, sốt

SỰ QUẢN LÝ

TRUYỀN THUYẾT TRỰC TIẾP — ABC, O2,

IV. Tránh hạ HA nhanh chóng hoặc quá mức

vì nguy cơ thiếu máu cục bộ trong giai đoạn cấp tính (nếu

tiếp nhận liệu pháp làm tan huyết khối, huyết áp nên được giữ

<185/110 mmHg trước alteplase và <180/105

mmHg sau đó × 24 giờ để giảm nguy cơ biến đổi xuất huyết; nếu không được điều trị tiêu huyết khối, không nên điều trị thường quy HA

trừ khi HATT> 220 mmHg hoặc HATTr> 120 mmHg,

trong đó HA nên giảm 15% [và không

hơn 25%] trên 24 giờ). Thuốc làm tan huyết khối (nếu

trong vòng 4,5 giờ sau khi bắt đầu đột quỵ do thiếu máu cục bộ, xem bên dưới;

alteplase 0,9 mg / kg IV, tối đa 90 mg).

Cắt huyết khối nội mạch (động mạch lớn

tắc trong vòng 6 giờ kể từ khi khởi phát hoặc các trường hợp được chọn trở lên

đến 24 giờ). Chống đông máu không được chỉ định

trừ khi đột quỵ do tắc mạch với nguồn tim rõ ràng

(ví dụ: rung tâm nhĩ). ASA 81–325 mg PO mỗi ngày (nếu

Thuốc làm tan huyết khối được đưa ra, có thể bắt đầu ASA sau 24 giờ đầu tiên.

Đối với điều trị dự phòng thứ phát dài hạn, hãy xem xét

clopidogrel hoặc dipyridamole nếu không thể dung nạp

NHƯ MỘT). Cắt bỏ máu hoặc hố sau

giải nén có thể được xem xét trong MCA lớn

hoặc đột quỵ tiểu não với bằng chứng phù và

hàng loạt

TRẠNG THÁI HEMORRHAGIC ACUTE — ABC, O2,

IV, giảm huyết áp (HATT mục tiêu 140 [có thể dao động từ 140–180 mmHg]), chống đông ngược, cân nhắc hội chẩn phẫu thuật thần kinh

để sơ tán

ACUTE SUBARACHNOID HEMORRHAGE—

ABC, O2, IV, giảm huyết áp (có thể

HATT mục tiêu <160 mmHg), chống đông ngược,

lừa bịp

sider nimodipine. Tư vấn thần kinh hoặc phẫu thuật thần kinh

CHĂM SÓC TIỂU SỬ CHUNG - huy động sớm /

phục hồi chức năng với sự quản lý của nhóm đa ngành (ví dụ: đánh giá khả năng nuốt trước khi bắt đầu chế độ ăn kiêng, vật lý trị liệu, liệu pháp vận động).

Theo dõi các biến chứng và điều trị có thể sửa đổi

Các yếu tố rủi ro

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

THROMBOLYSIS

• BAO GỒM - chẩn đoán lâm sàng thiếu máu cục bộ

đột quỵ, từ 18 tuổi trở lên, khởi phát các triệu chứng trong vòng 4,5 giờ, suy nhược thần kinh có thể đo được

• LOẠI TRỪ

- TUYỆT ĐỐI — bất kỳ nguồn xuất huyết đang hoạt động nào hoặc bất kỳ tình trạng nào có thể gia tăng

nguy cơ xuất huyết lớn sau

alteplase hoặc bất kỳ xuất huyết nào trên

hình ảnh não

LIÊN QUAN — lịch sử (lịch sử trước đây của ICH,

đột quỵ / chấn thương đầu <3 tháng, phẫu thuật lớn / chấn thương <14 ngày, chảy máu GI / GU <21

ngày, thủng động mạch không nén được

trang web <7 ngày), lâm sàng (cải thiện nhanh chóng

các triệu chứng đột quỵ, các triệu chứng nhỏ / riêng lẻ, co giật khi bắt đầu đột quỵ với tình trạng suy giảm còn lại thứ phát sau hậu môn

hiện tượng, nghi ngờ về SAH, dai dẳng

tăng huyết áp ≥185/110, dùng trực tiếp

thuốc chống đông máu đường uống không vitamin K), phòng thí nghiệm

(tiểu cầu <100 × 109 / L, glucose <2,7 mM

[50 mg / dL], ↑ PTT, INR> 1,7), đầu CT

(xuất huyết, dấu hiệu nhồi máu sớm),

X quang (đột quỵ liên quan đến> 1/3 của

bán cầu não)

VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ (TIẾP THEO) VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ (TIẾP THEO)

• OUTCOME — trong số những bệnh nhân được làm tan huyết khối trong vòng 3 giờ sau khi khởi phát, kết quả thuận lợi

ở 31–50% bệnh nhân được điều trị so với

20–38% bệnh nhân không được điều trị sau 3 tháng

và 1 năm. Bệnh nhân được hưởng lợi nhiều hơn nếu được điều trị

sớm (<90 phút) nhưng Benejt kéo dài đến 6 giờ.

Nguy cơ chính là xuất huyết não có triệu chứng

(3–5%). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong tương tự

giữa hai nhóm lúc 3 tháng và 1

năm. Làm tan huyết khối được quản lý giữa 3

và 4,5 giờ sau khi khởi phát triệu chứng liên quan đến

kết quả thuận lợi trong 52,4% so với

45,2% ở bệnh nhân không được điều trị, với

tăng nguy cơ xuất huyết nội sọ, nhưng

không có dấu hiệu về tỷ lệ tử vong

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

APHASIA (TRIỂN KHAI NGÔN NGỮ)

• KIỂM TRA PHRASES

- TOÀN DIỆN KHÔNG TRẢ LỜI - “Chạm vào

cằm, sau đó đến mũi, rồi đến tai của bạn ”

- TOÀN DIỆN VỚI CÂU TRẢ LỜI - “Bạn có đặt

giày của bạn trước khi tất của bạn? "

- FLUENCY— “Mô tả các hoạt động hàng ngày của bạn”

- ĐẶT TÊN— “Đặt tên cho đối tượng này” (ví dụ: bút)

- REPETITION— “Không ifs, ands, or buts”

DYSARTHRIA (THỰC HIỆN PHÁT ÂM)

• DYSARTHRIA — rối loạn ngôn ngữ do

rối loạn kiểm soát cơ phát ra

hô hấp, phát âm, phát âm, cộng hưởng,

hoặc chuyên nghiệp

• DYSPHONIA — nhiễu loạn giọng nói trong các tham số

về chất lượng giọng hát, cao độ hoặc cường độ

PHẢN HỒI GIỚI HẠN

• GRASP REFLEX — áp lực sâu trên bề mặt lòng bàn tay dẫn đến phản ứng nắm bắt

• SUCK REFLEX — đưa một vật vào miệng

dẫn đến chuyển động bú

• ROOT REFLEX — vuốt nhẹ lên má

trong miệng quay về phía đó

• SNOUT REFLEX — áp lực nhẹ nhàng qua mũi

philtrum dẫn đến nhăn môi

• GLABELLAR TAP REFLEX — chạm trán nhiều lần tạo ra nhấp nháy liên tục