

BMJ Best Practice

Tổng quan về đột quỵ

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Mục Lục

Giới thiệu	3
Các tình trạng	4
Tài liệu tham khảo	5
Tuyên bố miễn trách nhiệm	7

Giới thiệu

Đột quỵ được định nghĩa là tình trạng suy giảm thần kinh cấp tính kéo dài hơn 24 tiếng và nguyên nhân từ mạch máu não gây ra. Bệnh lý này được chia thành đột quỵ do thiếu máu cục bộ (do tắc nghẽn hoặc hẹp mạch máu gây ra) và đột quỵ xuất huyết (do vỡ mạch gây ra, dẫn đến xuất huyết trong nhu mô và/hoặc dưới màng nhện gây ra). Đột quỵ do thiếu máu cục bộ chiếm 87% số ca đột quỵ, đột quỵ do xuất huyết chiếm 10%, và do xuất huyết dưới nhện là 3%.[1]

Các tình trạng

♦ Đột quỵ do thiếu máu cục bộ

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đột quỵ do thiếu máu cục bộ

Bất kể căn nguyên đặc hiệu là gì, đột quỵ do thiếu máu cục bộ xảy ra khi nguồn cung cấp máu trong vùng mạch máu não bị giảm nghiêm trọng do tắc nghẽn hoặc hẹp động mạch não nghiêm trọng. Một số ít ca đột quỵ do thiếu máu cục bộ là do huyết khối xoang não hoặc huyết khối tĩnh mạch vỏ não gây ra. Các yếu tố nguy cơ liên kết chặt chẽ với đột quỵ do thiếu máu cục bộ bao gồm tuổi cao, tiền sử gia đình, tăng huyết áp,[1] hút thuốc,[2] đái tháo đường,[3] rung tâm nhĩ,[4] mắc bệnh tim phổi hợp,[5] hẹp động mạch cảnh,[6] [7] [8] bệnh hồng cầu hình liềm,[9] và rối loạn mỡ máu.[10]

♦ Hẹp động mạch cảnh

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Hẹp động mạch cảnh

Nguyên nhân gây một số ít ca đột quỵ do thiếu máu cục bộ. Các yếu tố nguy cơ mạnh bao gồm tuổi cao, hút thuốc và tiền sử gia đình bị bệnh tim mạch.[11] Tái tưới máu động mạch cảnh đối với hẹp động mạch cảnh không có triệu chứng cao, và có triệu chứng trung bình hoặc cao giúp phòng ngừa đột quỵ sau này.

♦ Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA)

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA)

Cần nghi ngờ chứng thiếu máu não cục bộ khi bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng điển hình là yếu hoặc tê một bên một cách đột ngột, cũng như biểu hiện các triệu chứng ít gặp hơn như mất thị lực một bên mắt, thất ngôn thoáng qua hoặc chóng mặt. TIA có nguy cơ đáng kể gây ra các biến cố thiếu máu não cục bộ tái phát sớm. Các yếu tố nguy cơ mạnh bao gồm rung nhĩ, bệnh van tim, suy tim xung huyết, tăng huyết áp, tiểu đường,[12] hẹp động mạch cảnh,[13] hút thuốc,[14] lạm dụng rượu,[15] và tuổi cao. Cần nhanh chóng đánh giá và bắt đầu dự phòng thứ phát.

♦ Đột quỵ xuất huyết

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đột quỵ xuất huyết

Xuất huyết trong não là do vỡ mạch máu cùng với chảy máu vào trong nhu mô não gây ra. Ba phần tư ca đột quỵ xuất huyết là do xuất huyết trong não, và còn lại là do xuất huyết dưới nhện. Các yếu tố nguy cơ mạnh bao gồm tiền sử gia đình, tuổi cao,[16] bệnh máu khó đông, bệnh mạch máu não amyloid, tăng huyết áp,[17] chống đông,[18] [19] dùng thuốc kích thích thần kinh giao cảm,[20] dị dạng mạch máu,[21] và hội chứng Moyamoya.[22]

♦ Phình mạch não

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Phình mạch não

Thường không có triệu chứng cho đến khi vỡ, dẫn đến xuất huyết dưới nhện. Khuyến nghị tầm soát với chụp mạch máu thần kinh không xâm lấn đối với các nhóm đối tượng có nguy cơ. Các yếu tố nguy cơ cao bao gồm hút thuốc, uống rượu bia ở mức trung bình-cao,[23] tiền sử gia đình, xuất huyết dưới nhện trước đó và bệnh mô liên kết di truyền.[24]

♦ Xuất huyết dưới màng nhện

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Xuất huyết dưới màng nhện

Một ca cấp cứu y khoa nếu có chảy máu vào trong khoang dưới nhện. Nguyên nhân thường gặp nhất gây xuất huyết dưới màng nhện không do chấn thương là phình mạch nội sọ. Các yếu tố nguy cơ chắc chắn bao gồm tăng huyết áp, hút thuốc, tiền sử gia đình, và bệnh thận đa nang di truyền theo gen trội.[25]

Các bài báo chủ yếu

Tài liệu tham khảo

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e67-492. [Erratum in: *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e493.] [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
2. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham study. *JAMA*. 1988 Feb 19;259(7):1025-9. [Tóm lược](#)
3. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. *JAMA*. 1979 May 11;241(19):2035-8. [Tóm lược](#)
4. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke*. 1991 Aug;22(8):983-8. [Tóm lược](#)
5. Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke*. 2001 Jan;32(1):280-99. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
6. Chambers BR, Norris JW. Outcome in patients with asymptomatic neck bruits. *N Engl J Med*. 1986 Oct 2;315(14):860-5. [Tóm lược](#)
7. Barnett HJ, Taylor DW, Haynes RB, et al; North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med*. 1991 Aug 15;325(7):445-53. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
8. Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. *N Engl J Med*. 1998 Nov 12;339(20):1415-25. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
9. Adams RJ, McKie VC, Hsu L, et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. *N Engl J Med*. 1998 Jul 2;339(1):5-11. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
10. Iso H, Jacobs DR Jr, Wentworth D, et al. Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the multiple risk factor intervention trial. *N Engl J Med*. 1989 Apr 6;320(14):904-10. [Tóm lược](#)
11. Ricotta JJ, Aburahma A, Ascher E, et al; Society for Vascular Surgery. Updated Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg*. 2011 Sep;54(3):e1-31. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
12. Whisnant JP, Brown RD, Petty GW, et al. Comparisons of population-based models of risk factors for TIA and ischemic stroke. *Neurology*. 1999 Aug 11;53(3):532-6. [Tóm lược](#)

13. Brott TG, Brown RD, Meyer FB, et al. Carotid revascularization for prevention of stroke: carotid endarterectomy and carotid artery stenting. *Mayo Clin Proc.* 2004 Sep;79(9):1197-208. [Tóm lược](#)
14. Sacco RL. Risk factors for TIA and TIA as a risk factor for stroke. *Neurology.* 2004 Apr 27;62(8 Suppl 6):S7-11. [Tóm lược](#)
15. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA.* 2003 Feb 5;289(5):579-88. [Tóm lược](#)
16. Woo D, Sauerbeck LR, Kissela BM, et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: preliminary results of a population-based study. *Stroke.* 2002 May;33(5):1190-5. [Tóm lược](#)
17. Kannel WB, Wolf PA, Verter J, et al. Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham study. *JAMA.* 1970;214:301-10. [Tóm lược](#)
18. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ.* 2002 Jan 12;324(7329):71-86. [Erratum in: *BMJ* 2002 Jan 19;324(7330):141.] [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
19. Hart RG, Boop BS, Anderson DC. Oral anticoagulants and intracranial hemorrhage. Facts and hypotheses. *Stroke.* 1995 Aug;26(8):1471-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
20. Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. *Stroke.* 1987 Jul-Aug;18(4):712-5. [Tóm lược](#)
21. Barnes B, Cawley CM, Barrow DL. Intracerebral hemorrhage secondary to vascular lesions. *Neurosurg Clin N Am.* 2002 Jul;13(3):289-97. [Tóm lược](#)
22. Takahashi JC, Funaki T, Houkin K, et al; JAM Trial Investigators. Significance of the hemorrhagic site for recurrent bleeding: prespecified analysis in the Japan Adult Moyamoya trial. *Stroke.* 2016 Jan;47(1):37-43. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Juvela S, Hillbom M, Numminen H, et al. Cigarette smoking and alcohol consumption as risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 1993 May;24(5):639-46. [Tóm lược](#)
24. Schievink WI. Intracranial aneurysms. *N Engl J Med.* 1997 Jan 2;336(1):28-40. [Erratum in: *N Engl J Med* 1997 Apr 24;336(17):1267.] [Tóm lược](#)
25. Rinkel GJ. Intracranial aneurysm screening: indications and advice for practice. *Lancet Neurol.* 2005 Feb;4(2):122-8. [Tóm lược](#)

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

CÔNG KHAI THÔNG TIN: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.