

THÔNG BÁO LÂM SÀNG BA TRƯỜNG HỢP ĐỘT QUY NÃO SAU MỔ ĐẼ TẠI BỆNH VIỆN 103

PHẠM THỊ THANH HÒA, NGUYỄN NGỌC THẠCH, *Bệnh viện 103*
TRỊNH XUÂN TRƯỜNG, *Bệnh viện 354*

TÓM TẮT

Từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2013, tại khoa đột quỵ bệnh viện 103, chúng tôi có gặp 3 trường hợp bệnh nhân bị đột quỵ não sau mổ đẻ và sau đợt điều trị tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Đột quỵ não sau mổ đẻ là một biến chứng hiếm gặp và do nhiều yếu tố gây ra, do đó với bệnh nhân sau mổ đẻ xuất hiện tình trạng đau đầu, co giật phải đề phòng biến chứng đột quỵ não.

Từ khóa: Đột quỵ não, mổ đẻ, bệnh viện 103

SUMMARY

CASE REPORT: 3 POSTCESAREAN SECTION STROKE CASES IN HOSPITAL 103

From April to June in 2013, at the stroke department of hospital 103, we admitted 3 postcesarean section stroke cases and their clinical conditions were improved significantly after treatments. Postcesarean section stroke is uncommon and multifactorial complication, therefore postcesarean section patients have headaches and seizures, physicians consider stroke complication.

Keywords: Postcesarean section, stroke, hospital 103

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong khi mang thai cũng như sau khi sinh tỷ lệ bị mắc đột quỵ gia tăng từ 3-13 lần so với bình thường [3]. Nguy cơ đột quỵ liên quan đến sinh đẻ được ước tính là 13,1 trường hợp/100.000 lần sinh. Các lý do có thể giải thích cho việc gia tăng đột quỵ ở nhóm các bệnh nhân này là thay đổi về hormon, mất nước, tình trạng tăng đông máu nội sinh trong khi mang thai và sự co hồi tử cung sau khi sinh [2]. Tuy nhiên tại Việt Nam, chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2013, tại khoa đột quỵ bệnh viện 103, chúng tôi có gặp 3 trường hợp bệnh nhân bị đột quỵ não sau mổ đẻ xin thông báo để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

THÔNG BÁO CÁC TRƯỜNG HỢP

1. Trường hợp 1.

Bệnh nhân Nguyễn Thị Huyền, nữ 34 tuổi, vào khoa đột quỵ bệnh viện 103 hồi 10 giờ 30 ngày 6/4/2013 với chẩn đoán hội chứng liệt nửa người trái do đột quỵ nhồi máu não thể tắc mạch bán cầu phải trên bệnh nhân hẹp van 2 lá. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và mổ đẻ 8 tháng trước khi vào viện. Bệnh nhân bị bệnh trước khi vào viện 9 giờ, người nhà phát hiện liệt nửa người trái, ý thức lơ mơ, được cấp cứu tại bệnh viện tỉnh Hà Nam và sử dụng lovenox 0,4mg x 1 ống sau đó chuyển vào khoa đột quỵ bệnh viện 103 trong tình trạng: ý thức lơ mơ, glasgow 11 điểm, liệt dây VII trung ương trái, liệt nửa người trái độ IV, phản xạ gân xương bình thường,

không có phản xạ bệnh lý bó tháp, không có hội chứng màng não, có rối loạn cơ vòng. Bệnh nhân có nhịp tim đều 78 chu kỳ/phút, huyết áp 110/70 mmHg, rung tâm trương 3/6 ở mỏm tim, tự thở tốt, rì rào phế nang êm dịu, SpO₂ 98%. Xét nghiệm: điện tim có nhịp xoang 72 chu kỳ/phút, phì đại nhĩ trái, khoảng QT kéo dài. Siêu âm tim hình ảnh hẹp van 2 lá, có máu quần trong nhĩ trái. Chụp cắt lớp vi tính sọ não hình ảnh nhồi máu não động mạch não giữa bán cầu phải kích thước 5 x 4 x 4 cm.

Tại khoa đột quỵ bệnh viện 103 đã điều trị theo phác đồ chống huyết khối, chống kết tập tiểu cầu, dưỡng não, tăng tuần hoàn não, chống đông, cụ thể như sau: Natri clorid 0,9% 500ml x 1 chai/ngày x 11 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Luotai 200mg x 2 lọ/ngày x 10 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Cerebrolysin 10ml x 2 ống/ngày x 11 ngày tiêm tĩnh mạch; Fraxiparin 0,3ml x 2 ống/ngày x 7 ngày tiêm dưới da; Sintrom 4mg x 1/2 viên/ngày x 11 ngày uống; Aldacton 25mg x 2 viên/ngày x 11 ngày uống; Avelox 400mg x 2 viên/ngày x 11 ngày uống; Kemodyn 1g x 2 ống/ngày x 11 ngày tiêm bắp; Nootropyl 3g x 2 ống/ngày x 11 ngày tiêm tĩnh mạch; Vietmax 600mg x 2 lọ/ngày x 4 ngày tiêm tĩnh mạch; Vũ hoàng tĩnh tâm x 5 viên/ngày x 3 ngày uống

Sau đợt điều trị bệnh nhân tỉnh táo, liệt nửa người trái độ III, mạch dao động 55 – 70 chu kỳ/phút, huyết áp dao động 95/55 - 122/77 mmHg và bệnh nhân ra viện 16/4/2013.

2. Trường hợp 2.

Bệnh nhân Bùi Thị Lương, nữ, 39 tuổi, vào khoa đột quỵ bệnh viện 103 hồi 9h ngày 20/5/2013 với chẩn đoán: hội chứng liệt nửa người trái do đột quỵ chảy máu não đồi thị bao trong bán cầu phải. Tiền sử: mổ đẻ bốn tháng và mổ bướu cổ hai năm trước khi vào viện. Bệnh nhân đau đầu trước khi vào viện 3 ngày, 6h ngày 20/5/2013 đột ngột đái dầm, ngất vào khoa đột quỵ bệnh viện 103 trong tình trạng: không sốt, ý thức ngủ gà, glasgow 10 điểm, liệt dây VII trung ương bên phải, liệt nửa người phải độ IV, phản xạ gân xương bình thường, không có phản xạ bệnh lý bó tháp, xuất hiện hội chứng màng não, rối loạn cơ vòng kiểu trung ương. Bệnh nhân có nhịp tim đều 80 chu kỳ/phút, không có tiếng thổi, huyết áp 140/90 mmHg; tự thở tốt, rì rào phế nang êm dịu, SpO₂ 99%. Xét nghiệm khi vào viện: Chụp cắt lớp vi tính sọ não: hình ảnh xuất huyết não vùng nhân bèo, thùy đảo phải, có thông với hệ thống não thất. XQ tim phổi: hình tim bè ngang; K máu: 2,9 mmol/L; Glucose máu 8,3 mmol/L; TSH 23,106 μ IU/ml.

Bệnh nhân đã được đặt ống nội khí quản, thở

máy chủ động, chống phù não, cầm máu, cụ thể như sau: Natriclorid 0,9% 500ml x 1 chai/ngày x 5 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Ringerlactat 500ml x 1chai/ngày x 11 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Cytoflavin 10 ml x 2 ống/ngày x 16 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Gliatilin x 2 lọ/ngày x 16 ngày tiêm bắp; Cerebrolysin 10ml x 2 ống/ngày x 16 ngày tiêm tĩnh mạch; Ciprofloxacin 400mg/200ml x 2chai/ngày x 16 ngày truyền tĩnh mạch; FDP Fisiopharma 5g x 1 chai/ngày x 16 ngày truyền tĩnh mạch; Daehan Modifin 10mg/50ml x 1 lọ/ngày x 5 ngày bơm tiêm điện; Osmofundin 20% 250ml x 2 chai/ngày x 9 ngày sau đó 1 chai/ngày x 7 ngày; Nimotop 10mg/50ml x 1 lọ/ngày x 1 ngày; Cyclonamin 2ml x 4 ống/ngày x 5 ngày tiêm tĩnh mạch; Dexaject 300mg x 2 ống/ngày x 3 ngày tiêm tĩnh mạch; Pumicort 500 mcg/2 ml x 2 ống/ngày x 4 ngày khí dung; Ventolin 2,5 mg x 2 ống/ngày x 4 ngày khí dung; Solumedrol 40mg x 1 lọ/ngày x 4 ngày tiêm tĩnh mạch

Sau đợt điều trị bệnh nhân tỉnh táo, tự thở tốt 14 lần/phút, mạch dao động 56 – 77 chu kỳ/phút, huyết áp dao động 121/87 - 151/100 mmHg, liệt nửa người trái độ III; không đau đầu, ra viện 4/6/2013.

3.Trường hợp 3.

Bệnh nhân Lê Thị Dung, nữ 25 tuổi, tiền sử mạnh khỏe, được chẩn đoán tiền sản giật và mổ đẻ tại bệnh viện buu điện trước khi vào bệnh viện 103 một tuần, sau mổ đẻ tình trạng ổn định còn đau đầu, huyết áp không tăng, phù nhẹ, tiểu bình thường. Sáng 14/6/2013 đau đầu tăng, xuất hiện cơn co giật toàn thân, sùi bọt mép, kéo dài 2-3 phút, sau cơn ngủ sâu, vào khoa cấp cứu lưu bệnh viện 103 hồi 9h50 ngày 14/6/2013 với chẩn đoán co giật chưa rõ nguyên nhân trên bệnh nhân sau mổ đẻ ngày thứ 7, ngay lập tức đã được đặt ống nội khí quản, an thần, thở máy và chuyển vào khoa hồi sức tích cực bệnh viện 103 hồi 10h10 ngày 14/6/2013 trong tình trạng ý thức lơ mơ, gợn mắt, đáp ứng chậm, tự thở qua ống nội khí quản, rì rào phế nang rõ, mạch nhanh 150 chu kỳ/phút, huyết áp 130/85 mmHg, bụng mềm, phù nhẹ hai chi dưới, không có hội chứng màng não, chưa rõ liệt khu trú. Bệnh nhân được chuyển đến khoa đột quy bệnh viện 103 hồi 10h20 ngày 14/6/2013 với chẩn đoán đột quy nhồi máu não đỉnh chẩm phải, theo dõi tắc mạch não sau mổ đẻ ngày thứ 7. Bệnh nhân ở trong tình trạng ngủ sâu dưới tác dụng an thần, mạch 100 chu kỳ/phút, huyết áp 150/80 mmHg. Xét nghiệm: điện tim block nhĩ thất độ I, siêu âm tim có hở nhẹ van 2 lá, chụp cắt lớp vi tính sọ não có hình ảnh ổ giảm tỷ trọng vùng đỉnh chẩm phải.

Tại khoa đột quy bệnh viện 103, bệnh nhân đã được rút ống nội khí quản, khí dung, truyền dịch, kháng sinh, thuốc chống kết tập tiểu cầu, dinh dưỡng tế bào não, cụ thể như sau: Natri clorid 0,9% 500ml x 1 chai/ngày x 15 ngày truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút; Cytoflavin 10ml x 2 ống/ngày x 15 ngày truyền tĩnh mạch; Gliatilin 1g x 2 ống/ngày x 15 ngày tiêm bắp; Cerebrolysin 10ml x 2 ống/ngày x 15 ngày tiêm tĩnh mạch; Memotropil 12g x 1 túi/ngày x 4 ngày truyền

tĩnh mạch; Dexaject 300mg/12ml x 2 ống/ngày x 7 ngày tiêm tĩnh mạch; Luotai 100mg x 2 viên/ngày x 14 ngày uống; Plavix 75 mg x 1 viên/ngày x 14 ngày; Ciprobay 500mg x 2 viên /ngày x 3 ngày uống; Ventolin 2,5mg x 2 ống/ngày x 5 ngày khí dung; Pulmicort 500mcg/2ml x 2 ống/ngày x 5 ngày khí dung; Muxystine 200mg x 4 gói/ngày x 5 ngày uống.

Sau đợt điều trị tại khoa đột quy bệnh viện 103, bệnh nhân tỉnh táo glasgow 15 điểm, không đau đầu, không buồn nôn, không nôn, không tổn thương dây thần kinh sọ não, không liệt vận động, phản xạ gân xương bình thường, không có phản xạ bệnh lý bó tháp, không có hội chứng màng não, không rối loạn cơ vòng, mạch dao động 65-77 chu kỳ/phút, huyết áp dao động 127/87 – 150/107 mmHg, bệnh nhân ra viện ngày 28/6/2013.

BÀN LUẬN

Cả 3 bệnh nhân của chúng tôi đều có tiền sử mổ đẻ và sau khi mổ đẻ với các khoảng thời gian tương ứng là 7 ngày, 4 tháng và 8 tháng thì xuất hiện đột quy. Ở trường hợp thứ nhất bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp và hẹp van hai dây là các yếu tố nguy cơ để khởi phát đột quy [3], còn hai trường hợp sau đều có tiền sử mạnh khỏe và ở hai bệnh nhân này đều xuất hiện đau đầu trước khi vào bệnh viện 103. Mặc dù đột quy não là nguyên nhân không thường gặp của đau đầu trong khi mang thai và sau khi sinh, tuy nhiên chúng nên nằm trong chẩn đoán phân biệt [1]. Trường hợp bệnh nhân thứ ba còn có tiền sử tiền sản giật và bệnh nhân này xuất hiện cơn co giật trước khi vào bệnh viện 103. Shiyng-Yu Lin (2008) đã nghiên cứu 326.998 trường hợp mổ đẻ ở Đài Loan và nhận thấy mổ đẻ đặc biệt ở các bệnh nhân tiền sản giật và sản giật, gây gia tăng nguy cơ đột quy sau sinh 3 – 6 – hoặc 12 tháng, cụ thể tác giả đã gặp 113 trường hợp đột quy sau 3 tháng, 173 trường hợp đột quy sau 6 tháng và 266 trường hợp đột quy sau 12 tháng [3]. Witting A.G. (2000) đã thông báo trong 20 năm tại bệnh viện Texas gặp 20 trường hợp đột quy sau đẻ, trong đó có 8 trường hợp là mổ đẻ. Các nguyên nhân của 20 trường hợp đột quy não bao gồm 13 trường hợp nhồi máu não, 5 trường hợp xuất huyết não và các nguyên nhân khác. Thời gian trung bình khởi phát đột quy trong nghiên cứu của tác giả là 8 ngày sau sinh. Các triệu chứng đau đầu, co giật, rối loạn thị giác, liệt nửa người là các triệu chứng thường gặp [4]. Lanska (2000) đã nghiên cứu 1.408.015 số ca đẻ tại các bệnh viện cộng đồng ở 17 bang của nước Mỹ, tác giả đã nhận thấy có 183 trường hợp đột quy não sau sinh, 170 trường hợp huyết khối tĩnh mạch sọ não sau sinh. Tuy nhiên tác giả chỉ nghiên cứu một giai đoạn ngắn sau sinh, cụ thể là từ khi bệnh nhân sinh con đến khi bệnh nhân ra viện [1]

Mổ đẻ không chỉ gia tăng chi phí y tế mà còn mang đến các nguy cơ tàn phế và tử vong cho cả mẹ và con. Mổ đẻ gia tăng nguy cơ tử vong mẹ do ngừng tim, biến chứng vô cảm, nhiễm trùng, huyết khối tắc mạch. Bản thân đột quy được xem như là một trong những nguyên nhân quan trọng của tàn

phế và tử vong ở bà mẹ trong quá trình mang thai và sau khi sinh [1]. Có 3 cơ chế có lẽ góp phần vào gia tăng đột quy ở bệnh nhân sau mổ đẻ. Thứ nhất là bản thân mổ đẻ ảnh hưởng đến thay đổi huyết động dẫn đến tăng hoặc giảm tưới máu não. Thứ hai là phẫu thuật có thể khởi phát các đáp ứng stress, điều này dẫn đến thay đổi tình trạng sinh lý. Phẫu thuật sẽ gây hủy hoại mô, dẫn đến hoạt hóa hệ thống đông máu, gia tăng số lượng thrombin. Cuối cùng là vô cảm cứng ảnh hưởng đến tình trạng huyết động [3]. Ngày nay gây tê vùng là kỹ thuật vô cảm chủ yếu được thực hiện cho mổ đẻ. Gây tê vùng (gây tê ngoài màng cứng, gây tê tủy sống) gây tăng cung lượng tim và giảm sức cản mạch hệ thống ở sản phụ sau gây tê. Kỹ thuật gây tê vùng có thể thay đổi cả chức năng của mạch máu và tuần hoàn dịch não tủy. Thoát dịch não tủy sau gây tê vùng gây giảm áp lực nội sọ [3].

KẾT LUẬN

Từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2013 tại khoa đột quy bệnh viện 103, chúng tôi có gặp 3 trường hợp bệnh nhân bị đột quy não sau mổ đẻ và sau đột điều trị tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Đột quy não

sau mổ đẻ là một biến chứng hiếm gặp và do nhiều yếu tố gây ra, do đó với bệnh nhân sau mổ đẻ xuất hiện tình trạng đau đầu, co giật phải đề phòng biến chứng đột quy não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lanska DJ, Kryscio DJ. Risk factor for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis. *Stroke* 2000;31:1274-82
2. Peiyuan F.Hsieh, Yi-Chung Lee, Ming Hong Chang. Unilateral carotid and vertebral artery dissection and contralateral subarachnoid hemorrhage in a postpartum patient. *Acta Neurol Taiwan* 2008;17:94-98
3. Shiyng-Yu Lin, Chaur-Jong Hu, Heng-Ching Lin. Increased risk of stroke in patients who undergo cesarean section delivery: a nationwide population – based study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:391.e1-391.e7
4. Witlin AG, Mattar F, Sibai BM. Postpartum stroke: a twenty experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:83-8.