HƯỚNG DẪN AHA/ASA 2022 VỀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT

Bản dịch tiếng Việt các khuyến cáo cốt lõi và tóm lược bằng chứng

Mã tài liệu: GL-DQ-2022-01

Thông tin	Nội dung
Tài liệu gốc	2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage
Tổ chức	American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA)
Tạp chí	Stroke. 2022;53:e282–e361. DOI: 10.1161/STR.0000000000000407
Đối tượng	Người lớn bị xuất huyết trong não tự phát; không áp dụng cho xuất huyết do chấn thương hoặc tổn thương cấu trúc đã xác định ngay từ đầu.
Ngôn ngữ	Bản Việt hóa thực hành; thuật ngữ chuyên môn và hệ thống COR/LOE được giữ để đối chiếu.

Phạm vi bản dịch: Tài liệu này cô đọng toàn bộ khuyến cáo có ý nghĩa thực hành, các ngưỡng xử trí và các can thiệp được xác định là không có lợi hoặc có hại. Phần diễn giải nghiên cứu, danh sách tác giả, phụ lục và tài liệu tham khảo đầy đủ không được dịch nguyên văn. Khi ra quyết định lâm sàng, cần đối chiếu bản gốc và điều kiện tại cơ sở.

Lưu ý an toàn: Đây là tài liệu học tập, không thay thế đánh giá của bác sĩ chuyên khoa, quy trình bệnh viện hoặc quyết định cá thể hóa tại giường bệnh.

Mười thông điệp thực hành quan trọng

1. Tổ chức hệ thống cấp cứu đột quỵ theo vùng, bảo đảm tiếp cận nhanh đơn vị hồi sức thần kinh và ngoại thần kinh khi cần.
2. CT/MRI khẩn là nền tảng chẩn đoán; CTA/MRA/DSA và MRI giúp tìm nguyên nhân mạch máu hoặc bệnh lý mạch nhỏ khi phù hợp.
3. Ở XHTN nhẹ–vừa với huyết áp tâm thu 150–220 mmHg, hạ êm về khoảng 140 mmHg và duy trì 130–150 mmHg là an toàn và có thể hợp lý; tránh hạ dưới 130 mmHg.
4. Ngừng thuốc chống đông và đảo ngược càng sớm càng tốt: 4F-PCC + vitamin K cho warfarin, idarucizumab cho dabigatran, andexanet alfa cho thuốc ức chế Xa khi thích hợp.
5. Dự phòng huyết khối bằng ép hơi ngắt quãng ngay ngày chẩn đoán; vớ ép đơn thuần không có lợi.
6. Không dùng thường quy corticosteroid, truyền tiểu cầu ở người dùng aspirin không cần mổ cấp cứu, thuốc chống co giật dự phòng hoặc liệu pháp tăng thẩm thấu liên tục.
7. Dẫn lưu não thất khi não úng thủy làm giảm mức tỉnh táo. Bolus ưu trương có thể hạ áp lực nội sọ tạm thời.
8. Phẫu thuật ít xâm lấn có thể giảm tử vong ở một số XHTN trên lều; XHTN tiểu não ≥15 mL hoặc gây xấu thần kinh/chèn ép thân não/ứ nước cần lấy máu tụ khẩn.
9. Không dùng điểm tiên lượng làm căn cứ duy nhất để giới hạn điều trị. Lệnh không hồi sức tim phổi không đồng nghĩa ngừng các điều trị khác.
10. Phục hồi chức năng đa chuyên ngành nên bắt đầu sớm, nhưng vận động cường độ cao trong 24 giờ đầu có hại; giáo dục và hỗ trợ người chăm sóc là một phần điều trị.

Thuật ngữ và cách đọc mức khuyến cáo

Ký hiệu	Ý nghĩa thực hành
COR 1	Nên thực hiện; lợi ích vượt rõ nguy cơ.
COR 2a	Hợp lý; lợi ích có khả năng vượt nguy cơ.
COR 2b	Có thể cân nhắc; lợi ích chưa chắc chắn.

Ký hiệu	Ý nghĩa thực hành
COR 3: Không lợi	Không cho thấy lợi ích; không nên dùng với mục tiêu được nêu.
COR 3: Có hại	Nguy cơ vượt lợi ích; cần tránh.
LOE A/B-R	Bằng chứng từ nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên / ít nghiên cứu ngẫu nhiên.
LOE B-NR/C-LD/C-EO	Bằng chứng không ngẫu nhiên / dữ liệu hạn chế / ý kiến chuyên gia.

1. Tiếp cận ban đầu và hệ thống chăm sóc

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-R	Nhân viên tiền viện nên sử dụng công cụ nhận diện đột quỵ; công cụ đánh giá mức độ nặng có thể hỗ trợ nhận biết tắc mạch lớn hoặc XHTN.
1	B-NR	Kích hoạt hệ thống cấp cứu và báo trước cho bệnh viện để rút ngắn thời gian chẩn đoán, ổn định và chuyển tuyến.
1	C-LD	Hệ thống đột quỵ theo vùng nên bảo đảm chăm sóc ban đầu nhanh và chuyển đến cơ sở có hồi sức thần kinh/ngoại thần kinh khi cần.
2a	B-R	Đơn vị đột quỵ lưu động có CT có thể được sử dụng để phân biệt sớm thiếu máu não và XHTN, đồng thời khởi trị phù hợp.
1	C-EO	Người cần chuyển viện mà không bảo vệ được đường thở, trao đổi khí không đầy đủ hoặc huyết động không ổn định: khởi động các điều trị duy trì sự sống trước khi vận chuyển. Huấn luyện nhân viên tiền viện hỗ trợ đường thở và tuần hoàn khi cần là hợp lý (2a / C-LD).

2. Chẩn đoán, theo dõi hình ảnh và tìm căn nguyên

2.1. Đánh giá ban đầu

- Hỏi thời điểm khởi phát/được thấy bình thường cuối cùng; thuốc chống đông, kháng tiểu cầu, chất kích thích; tăng huyết áp; ung thư; bệnh gan, thận; tiền sử xuất huyết.
- Khám thần kinh có cấu trúc; ghi GCS/NIHSS và theo dõi diễn tiến.
- Xét nghiệm: công thức máu và tiểu cầu, glucose, điện giải, ure/creatinin–eGFR, PT/INR, aPTT, troponin và ECG; thêm độc chất/viêm/nhiễm khi có chỉ định.

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-NR	Thực hiện CT không cản quang hoặc MRI não khẩn để xác nhận XHTN.
2a	B-NR	CT lặp lại trong 24 giờ đầu có thể hữu ích để đánh giá lan rộng máu tụ; ở người GCS thấp hoặc xấu thần kinh, chụp lặp lại để tìm lan rộng, não úng thủy, phù hoặc tụt kẹt (2a / C-LD).
2b	B-NR	CTA trong vài giờ đầu có thể giúp nhận diện nguy cơ lan rộng máu tụ (ví dụ dấu spot), nhưng chỉ dấu này không được dùng đơn độc để quyết định điều trị.

2.2. Chiến lược tìm nguyên nhân

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-NR	CTA kèm cân nhắc CT tĩnh mạch được khuyến cáo ở XHTN thùy tuổi <70; XHTN sâu/hố sau tuổi <45; hoặc tuổi 45–70 mà không có tiền sử tăng huyết áp.
1	B-NR	Xuất huyết não thất đơn độc, không có xuất huyết nhu mô: thực hiện chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) để loại trừ nguyên nhân mạch.
1	C-LD	Nếu CTA/MRA gợi ý dị dạng mạch hoặc tổn thương đại mạch, thực hiện DSA càng sớm càng tốt.
2a	B-NR	Nếu khảo sát không xâm lấn âm tính ở nhóm trẻ/nguy cơ nêu trên, DSA là hợp lý.

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
2a	B-NR	Khi CTA/CTV âm tính, MRI/MRA hữu ích để tìm bệnh mạch amyloid não, bệnh động mạch xuyên, dị dạng hang hoặc u.
2b	C-LD	Nếu DSA ban đầu âm tính và chưa rõ căn nguyên, có thể lặp lại sau 3–6 tháng để phát hiện tổn thương bị che bởi máu tụ.

3. Hạ huyết áp cấp

Mục tiêu trọng tâm: Hạ huyết áp sớm, êm và bền vững; tránh dao động lớn. Khởi trị trong khoảng 2 giờ từ khởi phát và đạt mục tiêu trong khoảng 1 giờ có thể cải thiện hiệu quả.

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
2b	B-R	Ở XHTN nhẹ–vừa với SBP 150–220 mmHg, hạ cấp SBP về mục tiêu 140 mmHg và duy trì trong khoảng 130–150 mmHg là an toàn và có thể hợp lý để cải thiện kết cục chức năng.
2b	C-LD	Ở XHTN lớn/nặng hoặc cần giải áp ngoại khoa, độ an toàn và hiệu quả của hạ huyết áp tích cực chưa chắc chắn; cá thể hóa theo tưới máu não và áp lực nội sọ.
3: Có hại	B-R	Ở XHTN nhẹ–vừa có SBP >150 mmHg, hạ cấp SBP xuống <130 mmHg có khả năng gây hại.

4. Đảo ngược rối loạn đông máu và cầm máu

Nguyên tắc: Ngừng ngay thuốc chống đông và đảo ngược càng sớm càng tốt khi XHTN liên quan thuốc chống đông.

Tác nhân	Khuyến nghị đảo ngược
Warfarin/VKA, INR ≥2,0	Ưu tiên phức hợp prothrombin 4 yếu tố (4F-PCC) hơn huyết tương tươi đông lạnh; sau đó vitamin K đường tĩnh mạch để duy trì hiệu quả.
Warfarin/VKA, INR 1,3–1,9	4F-PCC có thể hợp lý để đạt hiệu chỉnh INR nhanh.
Dabigatran	Idarucizumab là thuốc đảo ngược đặc hiệu. Nếu không có, có thể cân nhắc PCC/aPCC; lọc máu có thể cân nhắc khi phù hợp.
Ức chế yếu tố Xa	Andexanet alfa là lựa chọn đặc hiệu hợp lý; 4F-PCC hoặc aPCC có thể cân nhắc khi không có/không phù hợp.
DOAC mới uống vài giờ	Than hoạt có thể hợp lý nếu đường thở an toàn và thời gian uống còn phù hợp.
Heparin không phân đoạn	Protamine tĩnh mạch là hợp lý.
Heparin trọng lượng phân tử thấp	Protamine có thể đảo ngược một phần tác dụng.

4.1. Thuốc kháng tiểu cầu và thuốc cầm máu

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
2b	C-LD	Người đang dùng aspirin và cần ngoại thần kinh cấp cứu: truyền tiểu cầu có thể cân nhắc để giảm chảy máu và tử vong.
2b	C-LD	Hiệu quả của desmopressin, có hoặc không kèm truyền tiểu cầu, để hạn chế lan rộng máu tụ vẫn chưa chắc chắn.
3: Có hại	B-R	Người dùng aspirin nhưng không cần phẫu thuật cấp cứu: truyền tiểu cầu có khả năng gây hại và không nên dùng.
2b	B-R	Lợi ích chức năng của yếu tố VIIa tái tổ hợp hoặc tranexamic acid chưa được xác lập; không sử dụng thường quy chỉ để cải thiện kết cục.

5. Chăm sóc nội viện và dự phòng biến chứng

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	A	Chăm sóc tại đơn vị đột quỵ bởi đội đa chuyên ngành. Người XHTN vừa–nặng, xuất huyết não thất, não úng thủy hoặc ở hố sau nên được chăm sóc tại hồi sức thần kinh (2a / B-NR).
1	B-NR	Nếu có não úng thủy lâm sàng mà cơ sở không đủ khả năng, chuyển đến trung tâm có ngoại thần kinh.
1	B-NR	Sàng lọc nuốt trước khi ăn, uống hoặc dùng thuốc đường miệng để giảm viêm phổi hít.
2a	C-LD	Theo dõi tim liên tục 24–72 giờ là hợp lý để phát hiện loạn nhịp và thiếu máu cơ tim.
2a	C-LD	Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tìm nhiễm trùng khi nhập viện và trong suốt thời gian nằm viện là hợp lý để cải thiện kết cục.

5.1. Dự phòng và điều trị huyết khối tĩnh mạch

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-R	Dùng ép hơi ngắt quãng (IPC) từ ngày chẩn đoán ở người không đi lại được.
2a	C-LD	Heparin không phân đoạn liều thấp hoặc LMWH hữu ích để giảm thuyên tắc phổi; bắt đầu sau 24–48 giờ có thể hợp lý khi máu tụ ổn định.
3: Không lợi	B-R	Vớ ép đàn hồi đơn thuần không có lợi để dự phòng VTE.
2a	C-LD	Huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần mà chưa thể chống đông: lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới loại thu hồi được có thể dùng tạm thời.
2b	C-LD	Khi cần điều trị DVT/PE, có thể trì hoãn UFH/LMWH điều trị 1–2 tuần sau khởi phát XHTN, tùy cân bằng nguy cơ.

5.2. Theo dõi thần kinh, glucose và thân nhiệt

Nội dung	Thực hành
Theo dõi thần kinh	Đánh giá thần kinh/GCS thường xuyên trong giai đoạn sớm, sau đó tiếp tục đến 72 giờ tùy mức nặng; ưu tiên điều dưỡng được đào tạo đột quỵ.
Glucose	Theo dõi đường huyết. Điều trị hạ đường huyết rõ (<40–60 mg/dL; 2,2–3,3 mmol/L). Điều trị tăng đường huyết dai dẳng >180–200 mg/dL là hợp lý; tránh kiểm soát quá chặt gây hạ đường.
Sốt	Điều trị sốt và tìm nguyên nhân là hợp lý. Lợi ích của hạ thân nhiệt điều trị dưới 35°C chưa chắc chắn.

6. Co giật, áp lực nội sọ và phù não

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	C-LD	Co giật lâm sàng hoặc điện não được xác nhận: điều trị bằng thuốc chống co giật.
2a	C-LD	Rối loạn ý thức không giải thích được, dao động hoặc nghi co giật: theo dõi EEG liên tục ít nhất 24 giờ là hợp lý.
3: Không lợi	B-NR	Không có bằng chứng co giật: thuốc chống co giật dự phòng không cải thiện kết cục và không nên dùng thường quy.
1	B-NR	Não úng thủy góp phần làm giảm mức tỉnh táo: dẫn lưu não thất để giảm tử vong.
2b	B-NR	Ở XHTN vừa–nặng hoặc xuất huyết não thất với giảm ý thức, có thể cân nhắc theo dõi và điều trị áp lực nội sọ.

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
2b	C-LD	Bolus thuốc tăng thẩm thấu có thể cân nhắc để hạ áp lực nội sọ tạm thời; lợi ích của tăng thẩm thấu dự phòng liên tục chưa được xác lập.
3: Không lợi	B-R	Corticosteroid không cải thiện kết cục và không nên dùng để điều trị tăng áp lực nội sọ do XHTN.

7. Can thiệp ngoại khoa

7.1. XHTN trên lều và xuất huyết não thất

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
2a	B-R	XHTN trên lều thể tích >20–30 mL và GCS 5–12: lấy máu tụ ít xâm lấn qua nội soi/định vị, có hoặc không tiêu sợi huyết, có thể giảm tử vong.
2b	B-R	Lợi ích chức năng của phẫu thuật ít xâm lấn so với điều trị nội khoa đơn thuần vẫn chưa chắc chắn; nếu cân nhắc lấy máu tụ, có thể chọn phẫu thuật ít xâm lấn hơn mở sọ kinh điển để cải thiện kết cục chức năng.
1	B-NR	Xuất huyết não thất lớn kèm giảm ý thức và não úng thủy: dẫn lưu não thất ưu tiên hơn điều trị nội khoa đơn thuần để giảm tử vong.
2a	B-R	Người GCS >3, xuất huyết não thất nguyên phát hoặc lan từ XHTN trên lều <30 mL và cần EVD: EVD kèm thuốc tiêu sợi huyết là an toàn và hợp lý để giảm tử vong; lợi ích chức năng chưa chắc chắn.
2b	A	Ở đa số XHTN trên lều vừa–nặng, lợi ích của mở sọ thường quy đối với chức năng hoặc tử vong chưa chắc chắn.
2b	C-LD	Người đang xấu thần kinh: mở sọ lấy máu tụ có thể cân nhắc như biện pháp cứu sống.
2b	C-LD	Hôn mê, máu tụ lớn với lệch đường giữa hoặc tăng áp lực nội sọ kháng trị: mở sọ giải áp, có hoặc không lấy máu tụ, có thể cân nhắc để giảm tử vong; lợi ích chức năng chưa rõ.

7.2. XHTN tiểu não

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-NR	Nếu xấu thần kinh, chèn ép thân não, não úng thủy do tắc dòng dịch não tủy, hoặc thể tích XHTN tiểu não ≥15 mL: lấy máu tụ ngay, có hoặc không kèm EVD, được khuyến cáo hơn điều trị nội khoa đơn thuần để giảm tử vong.

Thận trọng: EVD đơn độc có thể không đủ và về lý thuyết có thể gây hại khi các bể nền bị chèn ép; cần đánh giá giải áp hố sau khẩn.

8. Tiên lượng và mục tiêu chăm sóc

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-NR	Sử dụng thang điểm mức độ nặng ban đầu để mô tả bệnh và hỗ trợ giao tiếp là hợp lý.
3: Không lợi	B-NR	Không dùng thang điểm mức độ nặng làm căn cứ duy nhất để tiên lượng cá thể hoặc giới hạn điều trị duy trì sự sống.
2a	C-LD	Thảo luận mục tiêu điều trị với người bệnh khi có năng lực hoặc người đại diện hợp pháp, theo mô hình ra quyết định chung.
3: Có hại	B-NR	Lệnh không hồi sức tim phổi (DNAR) không được tự động dẫn đến hạn chế các can thiệp y khoa hoặc ngoại khoa khác.
2a	B-NR	Nếu không có giới hạn điều trị từ trước, chăm sóc tích cực và trì hoãn quyết định rút/giới hạn điều trị mới ít nhất đến hết ngày nằm viện thứ hai là hợp lý để tránh tiên lượng quá sớm.

9. Phục hồi chức năng và vấn đề tâm thần–nhận thức

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	A	Phục hồi chức năng đa chuyên ngành, họp đội định kỳ và lập kế hoạch xuất viện giúp cải thiện kết cục và giảm tàn tật.
1	A	Ở người bệnh nhẹ–vừa, xuất viện sớm có hỗ trợ tại nhà có lợi, làm tăng khả năng người bệnh sống tại nhà ở tháng thứ 3.
2b	B-R	Ở XHTN mức độ vừa, bắt đầu hoạt động phục hồi trong 24–48 giờ có thể cân nhắc nếu ổn định.
3: Có hại	B-R	Vận động rất sớm với cường độ cao trong 24 giờ đầu làm tăng nguy cơ kết cục xấu và cần tránh.
3: Không lợi	A	Ở người không trầm cảm, fluoxetine không cải thiện chức năng và làm tăng gãy xương; không dùng với mục tiêu phục hồi vận động.

- Sàng lọc trầm cảm, lo âu và suy giảm nhận thức trong giai đoạn bán cấp; đánh giá lại khi biểu hiện thay đổi.
- Trầm cảm mức độ vừa–nặng: điều trị bằng liệu pháp tâm lý, thuốc hoặc phối hợp; SSRI có thể hợp lý cho rối loạn khí sắc sau XHTN.
- Phục hồi nhận thức có cấu trúc là hợp lý. Thuốc ức chế cholinesterase hoặc memantine chỉ có thể cân nhắc ở trường hợp chọn lọc vì bằng chứng còn hạn chế.

10. Phòng ngừa tái phát

10.1. Ước lượng nguy cơ

- Các yếu tố tăng nguy cơ tái phát: vị trí thùy, tuổi cao, số lượng và phân bố vi xuất huyết trên MRI, siderosis vỏ não lan tỏa, huyết áp kiểm soát kém, chủng tộc châu Á/da đen và kiểu gen APOE ε2/ε4.

COR	LOE	Khuyến cáo thực hành
1	B-R	Kiểm soát huyết áp lâu dài để phòng tái phát.
2a	B-NR	Mục tiêu dài hạn khoảng 130/80 mmHg là hợp lý, nếu dung nạp.
2a	C-LD	Người có nguy cơ thuyên tắc rất cao như van cơ học hoặc thiết bị hỗ trợ thất trái: tái dùng chống đông sớm là hợp lý sau khi cân nhắc nguy cơ.
2b	B-R	Khởi lại thuốc kháng tiểu cầu có thể hợp lý dựa trên cân bằng lợi ích và nguy cơ từng người.
2b	C-LD	Rung nhĩ không do van: có thể cân nhắc tái dùng chống đông; nếu quyết định dùng lại, thời điểm khoảng 7–8 tuần sau XHTN có thể hợp lý.
2b	C-LD	Rung nhĩ không phù hợp chống đông: đóng tiểu nhĩ trái có thể cân nhắc.
2b	B-NR	Ảnh hưởng của statin đối với tái phát và biến cố tim mạch vẫn chưa chắc chắn; quyết định cá thể hóa.
3: Có hại	B-NR	Dùng NSAID thường xuyên kéo dài làm tăng nguy cơ XHTN và cần tránh.

10.2. Lối sống và hỗ trợ người chăm sóc

- Duy trì huyết áp mục tiêu qua tuân thủ thuốc, giảm muối, hoạt động thể lực phù hợp, kiểm soát cân nặng, ngừng thuốc lá và điều trị ngưng thở khi ngủ nếu có.
- Tránh uống rượu nhiều; tư vấn có cấu trúc và chương trình thay đổi hành vi có giám sát có thể hữu ích.
- Cung cấp cho người chăm sóc giáo dục tâm lý–xã hội, kỹ năng chăm sóc thực hành, nguồn lực cộng đồng và kế hoạch liên hệ khi có dấu hiệu báo động.
- Khi cân nhắc thuốc chống huyết khối để phòng ngừa tiên phát ở người có nhiều vi xuất huyết hoặc siderosis vỏ não, dùng MRI để hỗ trợ thảo luận nguy cơ–lợi ích chung.

11. Bảng kiểm thực hành

Giai đoạn	Việc cần xác nhận
0–1 giờ	ABC; thời điểm khởi phát; CT/MRI; SBP; glucose; thuốc chống đông/kháng tiểu cầu; xét nghiệm đông máu; báo đội đột quỵ/ngoại thần kinh.

Giai đoạn	Việc cần xác nhận
1–6 giờ	Hạ huyết áp êm; đảo ngược chống đông; CTA/CTV khi có chỉ định; CT lặp khi xấu; đánh giá não úng thủy/EVD; chuyển hồi sức thần kinh.
Trong 24 giờ	Theo dõi thần kinh thường xuyên; IPC; sàng lọc nuốt; theo dõi tim; kiểm soát sốt/glucose; EEG nếu nghi co giật; tránh điều trị không lợi.
24–48 giờ	CT xác nhận ổn định khi cần; cân nhắc UFH/LMWH dự phòng; bắt đầu phục hồi mức phù hợp; đánh giá nguyên nhân và kế hoạch phòng tái phát.
Trước xuất viện	Mục tiêu huyết áp; thuốc chống huyết khối cá thể hóa; phục hồi chức năng; giáo dục dấu hiệu tái phát; hỗ trợ người chăm sóc; lịch theo dõi.

12. Các can thiệp cần tránh hoặc không dùng thường quy

- Hạ SBP xuống <130 mmHg ở XHTN nhẹ–vừa có SBP >150 mmHg.
- Truyền tiểu cầu ở người dùng aspirin không cần ngoại thần kinh cấp cứu.
- Vớ ép đàn hồi đơn thuần để dự phòng huyết khối tĩnh mạch.
- Thuốc chống co giật dự phòng khi không có co giật lâm sàng/điện não.
- Corticosteroid để điều trị tăng áp lực nội sọ do XHTN.
- Liệu pháp tăng thẩm thấu liên tục mang tính dự phòng.
- Vận động cường độ cao trong 24 giờ đầu.
- Fluoxetine ở người không trầm cảm với mục tiêu cải thiện phục hồi chức năng.
- Dùng điểm tiên lượng làm căn cứ duy nhất để giới hạn điều trị.
- Tự động giới hạn điều trị khác chỉ vì có lệnh DNAR.
- NSAID dùng thường xuyên kéo dài sau XHTN.

13. Chữ viết tắt

Viết tắt	Nghĩa
XHTN / ICH	Xuất huyết trong não / intracerebral hemorrhage
IVH	Xuất huyết não thất
CTA/CTV	CT mạch động mạch / CT tĩnh mạch
MRA/MRI	Cộng hưởng từ mạch / cộng hưởng từ não
DSA	Chụp mạch số hóa xóa nền
EVD	Dẫn lưu não thất ngoài
SBP	Huyết áp tâm thu
4F-PCC	Phức hợp prothrombin bốn yếu tố
DOAC	Thuốc chống đông đường uống tác động trực tiếp
IPC	Ép hơi ngắt quãng
VTE/DVT/PE	Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch / huyết khối tĩnh mạch sâu / thuyên tắc phổi
COR/LOE	Mức khuyến cáo / mức chứng cứ

Nguồn

Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022;53:e282–e361. DOI: 10.1161/STR.0000000000000407.

Bản dịch được biên soạn để hỗ trợ học tập và tra cứu nhanh; không phải bản dịch chính thức của AHA/ASA.