

Mục lục:

- Câu 1: Trình bày nguyên nhân đau đầu. **2**
- Câu 2: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân đau đầu, ý nghĩa? **4**
- Câu 3: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt, ý nghĩa? **5**
- Câu 4: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán đột quỵ não. **6**
- Câu 5: Trình bày nguyên nhân động kinh, triệu chứng lâm sàng động kinh cơn lớn. **7**
- Câu 6: Trình bày điều trị trạng thái động kinh. **9**
- Câu 7: Trình bày biểu hiện lâm sàng động kinh thùy Thái dương, nguyên tắc điều trị động kinh. **10**
- Câu 8: Trình bày nguyên nhân đột quỵ não. **12**
- Câu 9: Trình bày chẩn đoán nhồi máu não. **12**
- Câu 10: Trình bày chẩn đoán xuất huyết não **13**
- Câu 11: Trình bày điều trị nhồi máu não. **14**
- Câu 12: Trình bày điều trị xuất huyết não. **15**
- Câu 13: Trình bày nguyên nhân, điều trị đau thần kinh tọa. **16**
- Câu 14: Trình bày triệu chứng lâm sàng, điều trị đau thần kinh tọa. **17**
- Câu 15: Trình bày chẩn đoán đau thần kinh tọa. **19**
- Câu 16: Trình bày biện pháp phòng bệnh đột quỵ não. **21**
- Câu 17: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân liệt 2 chân, ý nghĩa **22**
- Câu 18: Trình bày nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ. **23**
- Câu 19: Trình bày các cận lâm sàng và hướng điều trị của tăng áp lực nội sọ. **23**
- Câu 20: Trình bày triệu chứng, biến chứng của tăng áp lực nội sọ **25**

Câu 1: Nguyên nhân đau đầu theo IHS 2004 chia làm 14 nhóm :**1. Đau đầu Migraine (hay chứng đau nửa đầu):**

- Migraine không có triệu chứng thoáng báo/ có triệu chứng thoáng báo
- Các hội chứng chu kỳ tuổi thơ ấu, sau này sẽ thành Migraine (như chứng nôn chu kỳ, đau bụng Migraine, các cơn chóng mặt kịch phát lành tính)
- Migraine võng mạc (với các triệu chứng thị giác) và biến chứng.

2. Đau đầu typ căng thẳng

- chu kỳ không thường xuyên/ chu kỳ thường xuyên (có hoặc không kèm theo tăng nhạy cảm quanh sọ)
- mạn tính (có hoặc không kèm theo tăng nhạy cảm quanh sọ)

3. Đau đầu chuỗi và đau dây thần kinh số 5**4. Các đau đầu nguyên phát khác:**

- Kiểu dao dâm nguyên phát
- Nguyên phát do ho, gắng sức, liên quan tình dục, do ngủ, kiểu “sét đánh” (thunderclap)
- Đau nửa đầu liên tục, dai dẳng hàng ngày

5. Đau đầu do chấn thương đầu và/hoặc cổ:

- Đau đầu cấp/mạn sau chấn thương: do chấn thương đầu vừa và nặng, do chấn thương đầu nhẹ
- Đau đầu cấp/mạn do chấn thương quán tính (whiplash injury)
- Đau đầu do ổ máu tụ nội sọ sau chấn thương, (cấp và mạn tính) sau mổ sọ
- Đau đầu do chấn thương đầu và/hoặc cổ khác

6. Đau đầu do bệnh mạch máu cổ hoặc sọ:

- Đột quỵ thiếu máu não hoặc TIA
- Chảy máu nội sọ không do chấn thương, dị dạng mạch (không vỡ), viêm động mạch, huyết khối tĩnh mạch não
- Đau động mạch đốt sống hoặc động mạch cảnh

- Do các bệnh mạch máu nội sọ khác: CADASIL, bệnh não ty lạp thể, toan lactic và các giai đoạn bệnh giống đột quỵ, do bệnh mạch lạnh tính của trung ương thần kinh, do đột quỵ tuyến yên

7. Đau đầu do các bệnh nội sọ không phải nguyên nhân mạch máu:

- Tăng/giảm áp lực dịch não tủy

- Đau đầu do viêm vô khuẩn, tân sản nội sọ, dị dạng bản lề chẩm - cổ (Chiari typ) I, do tiêm vào khoang dịch não tủy

- Đau đầu do động kinh: đau đầu dạng động kinh, đau đầu sau cơn động kinh

- Các hội chứng đau đầu thoáng qua và thiếu hụt thần kinh kèm theo tăng lympho dịch não tủy

8. Đau đầu do hóa chất, cai hóa chất: sử dụng hoặc phơi nhiễm hóa chất cấp tính, lạm dụng thuốc, tác dụng phụ của dùng thuốc mạn tính.

9. Đau đầu do nhiễm khuẩn: do nhiễm khuẩn nội sọ, nhiễm khuẩn hệ thống, nhiễm HIV/AIDS, mạn tính sau nhiễm khuẩn

10. Đau đầu do bệnh nội mô: thiếu oxy và hoặc tăng CO₂, thẩm phân máu, tăng huyết áp động mạch, thiếu năng tuyến giáp, nhện đói, tim, các bệnh nội mô khác

11. Đau đầu hoặc đau mặt do các bệnh sọ, cổ, mắt, tai, mũi, xoang, răng, miệng, hoặc các cấu trúc sọ, mặt khác.

12. Đau đầu do các bệnh tâm thần, tâm thể

13. Đau các dây thần kinh sọ và đau mặt do các nguyên nhân trung ương: đau dây thần kinh tam thoa, thiệt hầu, mũi- mi, dây thần kinh trên hố, chẩm. Đau các nhánh tận khác của dây thần kinh

Các nguyên nhân trung ương của đau mặt: vô cảm đau, sau đột quỵ, do xơ não tủy rải rác, vô căn dai dẳng, đau bỏng buốt miệng,...

14. Các đau đầu, đau dây thần kinh sọ và đau mặt trung ương hoặc nguyên phát khác : chưa xếp loại ở nơi khác, không đặc hiệu.

Câu 2: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân đau đầu, ý nghĩa?

1. X- quang thường quy:

- Xquang sọ thẳng cao, nghiêng, tư thế Worm- Breton, Hirt – Blondeu : giúp nghiên cứu khối xương mặt và vùng nền sọ.

- Chụp đốt sống cổ (Chụp nghiêng và chếch 3/4) :đánh giá tổn thương thoái hoá, chèn ép, trượt đốt sống, hẹp lỗ liên hợp.

2. Chụp cắt lớp vi tính sọ não: đánh giá cấu trúc nội sọ một cách không can thiệp, xác định vị trí, kích thước của các quá trình bệnh lý.

- Không tiêm thuốc cản quang: phân biệt trên ảnh 7 cấu trúc: xương sọ, mô não xám, mô não trắng, dịch, ổ vôi hoá, mỡ, không khí.

- Tiêm thuốc cản quang: xem xét mạch máu và những thay đổi của hàng rào máu não.

3. Chụp cộng hưởng từ :

- Đánh giá cấu trúc sọ não: các dị tật bẩm sinh, bệnh lý chất trắng: xơ cứng rải rác, loạn dưỡng chất trắng do mạch máu, tổn thương do chiếu xạ, các nguyên nhân khác. Bệnh lý mạch máu não : nhồi máu, thiếu máu, nghẽn mạch, dị dạng động – tĩnh mạch, u mạch, phồng động mạch, xuất huyết não. U não, khối choáng chỗ trong/ ngoài màng cứng.

- Đánh giá cột sống và tuỷ sống : dị tật bẩm sinh, chấn thương cột sống, tuỷ sống, khối choáng chỗ, khối u trong ống sống, u tuỷ, u rễ thần kinh tuỷ sống, rong tuỷ, viêm tuỷ, viêm màng nhện, xơ cứng rải rác, nhồi máu tuỷ, hẹp ống sống, thoái hoá cột sống.

4. Xét nghiệm dịch não tủy, chọc dò tuỷ sống: thường được dùng khi có hội chứng màng não, xuất huyết não

5. Xét nghiệm phóng xạ :dùng để chẩn đoán rò dịch não

6. Siêu âm doppler mạch máu: cung cấp thông tin đánh giá giải phẫu và huyết động các động – tĩnh mạch ở vùng sọ, não, tai biến mạch não, rối loạn thị giác, huyết khối, nghi ngờ hội chứng ăn cắp máu dưới đòn.

7. Nội soi tai mũi họng: phát hiện một số bệnh như viêm tai giữa cũng là một nguyên nhân có thể gây đau đầu

8. Điện não đồ : không đặc hiệu và độ nhạy không cao nhưng có ý nghĩa quan trọng giúp chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán định khu, phân biệt các bệnh lý liên quan gây nên đau đầu như thiếu máu não, khối u, rối loạn chuyển hoá,...

9. Chụp mạch não: đánh giá các tổn thương dị dạng, chèn ép, hẹp tắc mạch máu não, khối choáng chỗ, chèn ép các dây thần kinh gây đau đầu.

Câu 3: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân chóng mặt, ý nghĩa?

- Đánh giá thường qui các yếu tố nguy cơ mạch máu: chụp x- quang, siêu âm doppler mạch máu não, công thức máu, sinh hoá máu, CRP có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán tìm nguyên nhân gây ra chóng mặt như viêm nhiễm khu trú, thiếu máu não cục bộ, nhiễm khuẩn, nhiễm độc hoá chất.
- Bilan Lipide và đường huyết : các rối loạn lipid máu, hạ glucose máu cũng là một tổng các yếu tố quan trọng gây nên chóng mặt
- MRI não và sọ sau: đánh giá các bất thường di truyền của mê đạo, u dây VIII, xơ hoá tai, rò mê đạo, thoái hoá tế bào lông, u, dị dạng động tĩnh mạch, u não, u góc cầu, tiểu não, các tổn thương trong và ngoài sọ.
- Nội soi tai mũi họng: có thể phát hiện các bệnh tiền đình ngoại biên, viêm tế bào thần kinh tiền đình, viêm dây tiền đình ngoại biên đây là bệnh lý có thể gây chóng mặt.
- Test tâm lý: rối loạn cảm xúc, rối loạn tâm căn.
- Siêu âm tim, điện tâm đồ : giúp đánh giá các bất thường về tim mạch, huyết động, huyết áp, rối loạn nhịp tim gây chóng mặt.

Câu 4: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán đột quy não.

1. Cắt lớp vi tính:

*** Nhồi máu não:**

- Giai đoạn <24h: bắt đầu có hình ảnh giảm tỷ trọng nhưng ranh giới chưa rõ
- Giai đoạn 24- 48h: Có hình ảnh giảm tỷ trọng chưa rõ ranh giới
- Giai đoạn 3- 5 ngày: Hình ảnh giảm tỷ trọng, ranh giới rõ. Có thể có hiệu ứng choán chỗ.
- Giai đoạn 6- 13 ngày: Hình ảnh giảm tỷ trọng trở nên thuần nhất, ranh giới rõ ràng hơn.
- Giai đoạn 14- 21 ngày: Xuất hiện hiệu ứng sương mù do sự xâm lấn của đại thực bào và sự tăng sinh của mao mạch.
- Giai đoạn >21 ngày: Xuất hiện kén nhũn não, não thất cùng bên có thể bị giãn rộng.

Những hình ảnh CLVT trong thời gian <6h kể từ khi bị nhồi máu não được gọi là những dấu hiệu sớm bao gồm: Hình ảnh giảm tỷ trọng kích thước vào khoảng 1/3 khu vực tưới máu của động mạch não giữa. Xóa mờ nhân đậu. Mờ rãnh cuộn não. Mất giải đảo mờ rãnh Sylvius. Tăng quang động mạch. Mất ranh giới các hạch nền não.

*** Chảy máu não:**

Ngay sau khi đột quy chảy máu, trên phim CT có thể xác định tất cả các trường hợp chảy máu trong não. Còn đối với chảy máu dưới nhện, 80-90% các trường hợp có chẩn đoán xác định, nếu số lượng máu nhỏ phim CT không xác định được.

- Giai đoạn 7- 10 ngày: Hình ảnh tăng tỷ trọng ranh giới rõ thuần nhất, có hình tròn, ovan hoặc hình không xác định. Thường có hình ảnh giảm tỷ trọng xung quanh ổ chảy máu do hậu quả của hiện tượng phù não
- Giai đoạn 11 ngày – 2 tháng: Tỷ trọng giảm dần, ranh giới rõ ràng hơn, não thất giãn rộng
- Giai đoạn > 2 tháng: Ổ chảy máu trở thành khoang chứa dịch, dịch này đồng tỷ trọng với dịch não tủy.

2. Cộng hưởng từ

Kiểu tổn thương		Tín hiệu MRI	
		T1	T2
Nhồi máu não		Đen	Trắng
Chảy máu não	1- 3 ngày	Không đổi	Đen
	3- 7 ngày	Trắng	Không đổi
	7- 14 ngày	Trắng	Trắng
	>21 ngày	Không đổi hoặc rất đen	Rất đen

3. Các thăm dò khác

- Siêu âm tim: Để xác định cục máu đông trong nhĩ trái, nốt sùi trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn làm tắc mạch não gây nhồi máu não
- Siêu âm động mạch cảnh: Để xác định hẹp ĐMC, mảng xơ vữa ĐM
- Xét nghiệm dịch não tủy: Chỉ định trong trường hợp chảy máu não khi kết quả chụp CLVT hoặc MRI sọ não bình thường.

Câu 5: Trình bày nguyên nhân động kinh, triệu chứng lâm sàng động kinh cơn lớn.

1. Nguyên nhân Động kinh

- Động kinh vô căn: Có thể có yếu tố di truyền thấy trong 10 - 25%. Do sự đột biến gen đơn độc di truyền liên quan đến kênh ion trên các gen mã hoá (4 hay 2 của các thụ thể nicotinic, acetylcholin, kênh kali phụ thuộc).
- Động kinh triệu chứng có tổn thương não mắc phải.

+ Chấn thương sọ não: cơn động kinh đầu tiên thường xảy ra trong vòng 5 năm sau chấn thương, rất hiếm sau 10 năm. Sang chấn sọ cổ điển phổ biến hơn, gây nhiều dạng động kinh trừ cơn vắng ý thức và cơn giật cơ hai bên. Sau phẫu thuật sọ não.

+ U não: phần lớn u trên lành. U hay gây động kinh u lành tính, u tế bào ít nhánh, u màng não, u tế bào hình sao. Rất ít khi là do u ác tính hoặc do di căn (từ ung thư phổi, vú...).

+ Nguyên nhân mạch máu: tai biến mạch máu não, phong động tĩnh- mạch.

+ Nhiễm khuẩn nội sọ: Apxe não, viêm não, viêm màng não trong giai đoạn cấp nhất là ở trẻ em. Ký sinh trùng: Ấu trùng sán lợn, giun chỉ.

- Các nguyên nhân khác: rượu, rối loạn điện giải: Hạ K^+ , Ca^{++} , giảm hoặc tăng Na^+ máu. Thiếu O_2 cấp, ngộ độc CO_2 , heroin, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc chống sốt rét, INH, cai thuốc ngủ, bệnh Alzheimer, Creutzfeld - Jakob, u điểm mù (bệnh xơ cũ Bourneville) xơ cứng rải rác, do phương thức di truyền phức tạp liên quan đến môi trường...

Triệu chứng lâm sàng Động kinh cơn lớn:

Con thường xuất hiện đột ngột, không có triệu chứng báo trước. Đôi khi có thể có giai đoạn tiền triệu với triệu chứng khó chịu mơ hồ, máy cơ. Bệnh nhân thường kêu to một thể trước cơn, mất ý thức. Bệnh nhân có thể ngã vật xuống nếu đang đứng.

* Giai đoạn co cứng: toàn thân bệnh nhân co cứng. Lúc đầu ở trong tư thế co cứng gấp hai tay và duỗi hai chân (tư thế mất vỏ). Tiếp đến toàn thân duỗi cứng (tư thế mất não), nhãn cầu đảo ngược, hàm nghiến chặt, tứ chi khép, bàn tay nắm chặt. Bệnh nhân ngừng thở, mặt tím. Thường kéo dài 30 giây.

* Giai đoạn co giật: giai đoạn này kế tiếp giai đoạn co cứng. Động tác giật xuất hiện các cơ vùng mặt, hàm và tứ chi. Động tác giật là kết quả sự xuất hiện xen kẽ giai đoạn co và duỗi của các cơ. Bệnh nhân bắt đầu thở lại nên đỡ tím hơn. Tiếng thở thường ồn ào. Nước bọt và có thể cả máu (do cắn phải lưỡi trong giai đoạn co cứng) trào ra hai bên khoe miệng. Các động tác giật sẽ tăng dần biên độ và giảm dần về tần số khi cơn động kinh tiến triển. Các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật rất

thường gặp như: huyết áp thay đổi, mạch nhanh, tăng tiết đờm rãi. Thường kéo dài 30 - 60 giây.

* Giai đoạn doãi cơ: giai đoạn này kế tiếp giai đoạn co giật. Tất cả các cơ doãi làm toàn thân bệnh nhân mềm nhũn. Do các cơ doãi nên bệnh nhân có thể tiểu tiện hoặc đại tiện không tự chủ. .

* Sau cơn (giai đoạn hoàng hôn): ý thức bệnh nhân phục hồi dần dần. Thường kéo dài 2 đến 30 phút. Trong giai đoạn này, phản xạ gân xương thường giảm, dấu hiệu Babinski có thể dương tính cả hai bên. Bệnh nhân thường mệt mỏi và ngủ thiếp đi sau cơn. Khi thức dậy bệnh nhân hoàn toàn không nhớ những gì đã xảy ra, nhưng đau đầu và mình mẩy.

Câu 6: Trình bày điều trị trạng thái động kinh.

- Xử trí chung như trong hôn mê: Hồi sức hô hấp, tim mạch, nuôi dưỡng, chống loét , chống bội nhiễm...

+ Đảm bảo chức năng sống: - Khai thông đường thở bằng nằm nghiêng, đầu thấp và ngửa ra sau, không đặt một vật gì vào trong miệng bệnh nhân. Thở O₂. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, đồng thời lấy máu xét nghiệm (Glucose, điện giải, khí máu, nồng độ thuốc kháng động kinh, CTM, chức năng gan thận...). Nếu hạ glucose máu truyền dextrose 50% + vitamin B1 2mg/kg.

+ Theo dõi điện tim bằng monitoring, đo HA, nhiệt độ, khám, nếu được là đo ĐNĐ.

- Thuốc lựa chọn là rivotril 1- 2mg hoặc valium 10mg tiêm tĩnh mạch chậm, sau 1 giờ có thể lặp lại một lần nữa rồi cho 50mg valium hoặc 4- 5mg rivotril trong dung dịch glucose 5% chuyển tĩnh mạch X- XV giọt /phút. Kết hợp với phenobarbital 200mg tiêm bắp, phác đồ này là

của P. Augustin đơn giản nhưng mang lại kết quả cao.

Nếu không cắt cơn có thể dùng thiopental bằng cách tiêm tĩnh mạch 25-100mg liều ban đầu rồi hoà 1g vào 500ml glucose 5% x 2 lần ngày.

Ngoài tác dụng kháng động kinh còn có tác dụng chống phù não.

- Điều trị phụ trợ những yếu tố gây động kinh: Chống phù não, hạ sốt, không chế nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, điện giải,...

- Ngoài ra cần tích cực tìm nguyên nhân để can thiệp kịp thời

Câu 7: Trình bày biểu hiện lâm sàng động kinh thùy Thái dương, nguyên tắc điều trị động kinh.

1. Biểu hiện lâm sàng:

- Cơn vắng ý thức thùy thái dương: biểu hiện bệnh nhân đang nói chuyện, làm việc bỗng nhiên sắc mặt nhợt nhạt, vẻ mặt đờ đẫn, miệng nhai tóp tép hoặc chép miệng . có những động tác nhỏ ở tay thực hiện không theo ý mình như gãi đầu, sờ tay lên mặt, xoa tay....trong cơn bệnh nhân không nhớ gì. Kéo dài 50- 60 giây

- Cơn tâm thần giác quan : Bệnh nhân có mừng vui ,sợ hãi vô cớ , bỗng chốc bệnh nhân cảm thấy mọi người ,mọi vật xung quanh mình biến mất và ngược lại. Có thể thấy ảo thính, ảo thị

- Hiện tượng tâm thần vận động : biểu hiện bằng các hành động không có ý thức,trong khi bệnh nhân tỉnh hoặc ngủ

Những vận động có thể đơn giản như (chép miệng, nhai tóp tép ,gãi đầu) hoặc có thể phức tạp (gấp chăn màn,mặc quần áo,đi dép, bỏ chạy) trong khi làm mọi hành động đều vô thức,hết cơn bệnh nhân không nhớ

Có những hành động không có ý thức của bệnh nhân có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân hoặc người nhà xung quanh

Cơn thường kéo dài vài phút có khi lâu hơn,sau cơn bệnh nhân hoàn toàn không biết gì

*** Nguyên tắc điều trị động kinh.**

- Chỉ điều trị động kinh khi bệnh nhân được chẩn đoán chắc chắn bị động kinh
- Cần khai thác kỹ bệnh sử ,tiền sử,và ghi điện não đồ để chẩn đoán xác định và cho thuốc phù hợp
- Không dùng thuốc kháng động kinh để phòng các cơn động kinh vì thực tế không thấy mối quan hệ giữa chấn thương sọ não và các cơn động kinh muộn
- Một số cơn động kinh chưa cần điều trị thuốc ngay:
 - Các thể động kinh lành tính ở trẻ : các cơn động kinh thời kỳ chu sinh, cơn sốt cao co giật ,động kinh cơn rất thưa
 - Các cơn động kinh phản xạ
 - Các cơn động kinh chỉ xảy ra vào một thời điểm nhất định thì chỉ nên điều trị từng đợt vào các thời điểm đó để phòng cơn
- Cần phân biệt các biểu hiện giống động kinh
- Không dùng thuốc động kinh để điều trị thử với mục đích chẩn đoán phân biệt
- Chọn đúng thuốc thăm dò liều lượng tùy cơ thể bệnh nhân
 - Dùng liều thấp đến liều cao tăng dần đều đến khi cắt cơn, duy trì liều tác dụng
 - Thuốc phải được dùng hàng ngày ,đúng đủ liều quy định
 - Không được tự nhiên ngắt liều, giảm liều đột ngột
- Theo dõi thêm tác dụng phụ của thuốc

Câu 8: Trình bày nguyên nhân đột quỵ não.**Do nhồi máu não**

- Do cục máu đông
- Rung nhĩ trong hẹp van hai lá hoặc rung nhĩ do các nguyên nhân khác
- Van nhân tạo
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn
- Bong mảng xơ vữa
- Do nghẽn mạch: xơ vữa động mạch làm cho hẹp lòng động mạch, nứt hay bong mảng xơ vữa
- Do một số nguyên nhân khác: tăng đông trong bệnh đa hồng cầu, viêm tắc động mạch, bệnh takayacu

Do xuất huyết não

- Tăng huyết áp động mạch
- Dị dạng mạch máu, phình mạch máu não
- Rối loạn đông máu

Các nguyên nhân khác

- Sử dụng chất kích thích, thuốc lá, rượu, thuốc tránh thai
- Tăng huyết áp
- Rối loạn lipid, đái tháo đường, béo phì, đa hồng cầu.

Câu 9: Trình bày chẩn đoán nhồi máu não.**1. Lâm sàng:**

- Đau đầu, tê người, thất ngôn, rối loạn vận động, đặc biệt liệt nửa người đột ngột là dấu hiệu có giá trị gặp trong 90% trường hợp, rối loạn tri giác, hôn mê.
- Thời gian xuất hiện triệu chứng: cấp tính
- Triệu chứng TK khu trú:
 - + Liệt nửa người với các mức độ khác nhau
 - + Liệt dây VII trung ương
 - + Rối loạn ngôn ngữ, cơ tròn, TK thực vật, cảm giác nửa người

+ Rối loạn màng não, tiểu não, giao bên

- Để đánh giá độ nặng của bệnh nhân tai biến mạch máu não. Dựa vào thang điểm đánh giá đột quỵ của viện Y tế quốc gia Mỹ NISHH.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp não cắt lớp vi tính: trong giai đoạn sớm trước 6 giờ sau khởi phát thường chưa có biểu hiện tổn thương trên phim chụp ct sọ. thường sau 24h khởi phát có hình ảnh tổn thương điển hình rõ ràng với các ổ nhồi máu giảm tỷ trọng hình tròn hay oval trong chất trắng và các hạch não Tuy nhiên với biểu hiện thần kinh lâm sàng với hình ảnh CT loại trừ xuất huyết não - > có thể chẩn đoán theo hướng nhồi máu não và tiến hành cấp cứu ban đầu

- MRI : có độ nhạy và độ đặc hiệu cao phát hiện các tổn thương nhồi máu sớm ngay khi khởi phát. Tuy nhiên việc tiến hành chuẩn bị lâu và phức tạp không phù hợp với tính chất cấp cứu bệnh đột quỵ não

- ECG: có bằng chứng về bệnh tim(rung nhĩ,loạn nhịp tim, tăng huyết áp)

- Xét nghiệm máu: biểu hiện tình trạng tăng đông , tăng độ nhớt của máu, rối loạn lipid.

- Xét nghiệm dịch não tủy trong bình thường

Câu 10: Trình bày chẩn đoán xuất huyết não:

Lâm sàng:

- Dấu toàn thân: sốt trong giai đoạn toàn phát.

- Tam chứng khởi đầu : nhức đầu, rối loạn ý thức, nôn: đầy đủ, phổ biến ngay từ đầu

- Tính chất khởi phát đột ngột ,nặng lên liên tục trong 12 giờ đầu.

- Dấu hiệu màng não

- Có dấu hiệu quay đầu,mất vệ bên tổn thương

- Rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn cơ vòng

- Hội chứng liệt nửa người, tăng áp lực nội sọ khi phù não nặng hoặc tắc sự lưu thông não thất do khối máu tụ

- Rối loạn hô hấp: khó thở, thở nhanh nông,ứ tắc đờm giải

- Rối loạn tim mạch: tăng huyết áp

Cận lâm sàng:

- Chụp CTscanner sọ: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phân biệt xuất huyết não và nhồi máu não. Hình ảnh tổn thương là khối máu tăng tỷ trọng trong nhu mô não hay não thất có ngay từ giờ đầu chảy máu. Từ ngày thứ 7 khối máu tự thoái hóa dần từ ngoại vi vào trung tâm, sau 3- 4 tuần thì dịch hóa trên phim CT thấy hình ảnh giảm tỉ trọng đồng nhất. có thể chảy máu thứ phát sau nhồi máu não
- MRI: cho hình ảnh bệnh lý não rõ hơn, chụp mạch cộng hưởng từ phát hiện dị dạng mạch, tắc động mạch não hỗ trợ chỉ định phẫu thuật
- Xét nghiệm dịch não tủy: Nếu chảy máu tràn vào não thất có hội chứng màng não. Chọc dịch não tủy có máu không đông hoặc màu vàng trong, hồng cầu tăng.
- Xét nghiệm máu: đánh giá tình trạng rối loạn đông máu có thể có nguyên nhân gây bệnh hoặc yếu tố nguy cơ làm bệnh xấu đi, bạch cầu ngoại vi tăng.

Câu 11: Trình bày điều trị nhồi máu não:

- Điều trị triệu chứng chung:
 - + Nhập viện đánh giá chức năng thần kinh, chức năng sống và làm các xét nghiệm cần thiết
 - + Đảm bảo lưu thông đường hô hấp trên và đủ oxy
 - + Đảm bảo chức năng tim mạch: Ổn định huyết áp, chống loạn nhịp, suy tim
 - + Kiểm soát đường máu
 - + Kiểm soát thân nhiệt
 - + Cân bằng nước điện giải, thăng bằng kiềm toan
 - + Các biện pháp chống phù não và tăng áp lực nội sọ
 - + Đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân
 - + Đề phòng loét
 - + Điều trị bội nhiễm phổi, tiết niệu
 - + Phục hồi chức năng sớm
- Thuốc ức chế tiểu cầu:
 - + Aspirin liều 50- 325mg, sớm trong 48 giờ đầu

- Thuốc tiêu sợi huyết: rt- PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) Điều trị trong 3- 4,5 giờ đầu sau đột quy. Liều dùng 0.9mg/kg, tĩnh mạch
- Thuốc chống đông: Heparin không phân đoạn hoặc thuốc kháng vitamin K
Heparin trọng lượng thấp để dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân bị liệt.
- Can thiệp mạch não: Người ta dùng Catheter luồn qua đường động mạch cảnh trong để lấy cục nghẽn não, chỉ định cho bệnh nhân trong vòng 8h đầu sau đột quy nhồi máu.
- Điều trị các bệnh lý kèm theo
- Các thuốc bảo vệ tế bào thần kinh

Câu 12: Trình bày điều trị xuất huyết não.

a. Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế di chuyển
- Kiểm soát huyết áp
- Nuôi dưỡng qua thông dạ dày
- Chống đau
- Chống táo bón
- Thăng bằng nước và điện giải
- Chống phù não: manitol 20% dùng đường TM liều 1g/kg trong 30p lúc ban đầu sau đó duy trì liều 0.25- 0.5g/kg mỗi 2- 6 giờ.
- Dự phòng co thắt mạch bằng Nimotop nếu chảy máu dưới nhện
- Không dùng các thuốc chống đông

b. Điều trị phẫu thuật

- Khối máu tụ ở tiểu não, lớn đe dọa tụt kẹt hạnh nhân tiểu não hoặc chèn ép nhân não gây não úng thủy
- Tụ máu gây tăng áp lực nội sọ

Câu 13: Trình bày nguyên nhân, điều trị đau thần kinh tọa.**Nguyên nhân:**

- Nguyên nhân toàn thân: viêm dây thần kinh tọa do nhiều bệnh khác nhau như giang mai giai đoạn III, lậu, cúm, thấp tim, thương hàn, sốt rét. Nhóm này thường ít gặp.
- Nhóm nguyên nhân tại chỗ
 - + Thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống thắt lưng cùng, trượt cột sống, viêm đốt sống, viêm cột sống dính khớp
 - + Chấn thương: trực tiếp vào dây thần kinh tọa, gãy xương cột sống thắt lưng, gãy xương chậu, do tiêm trực tiếp vào dây tọa hay do tiêm thuốc thuốc dạng dầu ở mông lan tới dây thần kinh tọa, phẫu thuật áp xe mông.
 - + Các khối u: nguyên phát: U màng tuỷ, u đốt sống, u thần kinh. Di căn: Di căn từ các ung thư biểu mô (tuyến tiền liệt, vú, phổi, thận, đường tiêu hoá), bệnh đa u tuỷ xương, u lympho (Hodgkin và không Hodgkin).
 - + Nhiễm trùng cột sống
 - + Các nguyên nhân khác: hẹp ống sống thắt lưng, viêm màng nhện dầy dính vùng thắt lưng – cùng, bệnh Paget

Điều trị :

- Chế độ

Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người...

- Vật lý trị liệu

Tác động cơ học bằng cách kéo dẫn cột sống, nắn cột sống, thể dục trị liệu, hồng ngoại, sóng ngắn, đắp sáp nến...

- Điều trị bằng thuốc

+ Giảm đau: Aspirine, kháng viêm không steroide, phong bế rễ thần kinh ngoài màng cứng hay trong màng cứng bằng corticoide hay novocain kết hợp với vitamin B12.

+ Giãn cơ như myolastan, thuốc an thần như seduxen, xanax...

+ Vitamine nhóm B liều cao kết hợp với axit folic.

+ Tuỳ theo nguyên nhân mà điều trị như trong nhiễm trùng dùng kháng sinh...

- Điều trị ngoại khoa

+ Tiêu nhân (nucleolyse) bằng iniprol hoặc hexatrione.

+ Phẫu thuật trong các trường hợp như khi thất bại tiêu nhân, thể liệt, hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống thắt lưng, đau không thể chịu được mặc dù đã dùng thuốc giảm đau hoặc hay tái phát. Có thể phẫu thuật hở hoặc dùng tia Lazer.

Câu 14: Trình bày triệu chứng lâm sàng, điều trị đau thần kinh tọa.

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Hội chứng cột sống

+ Đau: có thể xuất hiện đột ngột cấp tính tự phát hoặc sau chấn thương, nhưng cũng có thể xuất hiện từ từ bán cấp hoặc mạn tính. Đau thường khu trú rõ ở những đốt sống nhất định. Cường độ đau nếu cấp tính có thể dữ dội, nếu bán cấp hoặc mạn tính có thể âm ỉ. Đau lan dọc theo đường đi của thần kinh hông to xuống dưới chân.

+ Có điểm đau cột sống

+ Biến dạng cột sống: giảm ưỡn, mất ưỡn cột sống thắt lưng, lệch vẹo cột sống

+ Giảm biên độ hoạt động của cột sống thắt lưng: chỉ số chober giảm $<14/10$, khoảng cách ngón tay- nền nhà tăng ($>0\text{cm}$)

- Hội chứng rễ thần kinh

+ Đau rễ thần kinh: đau lan dọc theo đường đi của rễ thần kinh tương ứng. đau có tính chất cơ học (khi nghỉ ngơi giảm hoặc không đau; đi lại , ho hắt hơi đau tăng), giảm khả năng hoạt động của BN

+ Các dấu hiệu căng rễ thần kinh: điểm đau cạnh sống, valleix, dấu hiệu lasegue, siccar, bomet dương tính

+ Rối loạn cảm giác

Rễ L5: rối loạn cảm giác phân bố cho dải da dọc mặt ngoài đùi, cẳng chân tới mắt cá ngoài, mu bàn chân và ngón chân 1- 2

Rễ S1: rối loạn cảm giác phân bố cho dải da dọc mặt sau đùi, cẳng chân, gót chân, tới gan bàn chân và cạnh ngoài bàn chân.

+ Rối loạn vận động: bệnh nhân không đi được do đau, đi phải nghỉ từng đoạn

Rễ L5: nhóm cơ chày trước bị giảm sức cơ, bn gấp bàn chân về phía mu khó khăn, làm nghiệm pháp đứng trên gót bàn chân rất khó.

Rễ S1: giảm sức cơ dép, bn gấp khó khăn khi duỗi thẳng bàn chân, bệnh nhân làm nghiệm pháp đứng trên mũi bàn chân đứng rất khó.

+ Rối loạn phản xạ: có tổn thương rễ tk S1 sẽ giảm hoặc mất phản xạ gân gót

- Rối loạn thực vật dinh dưỡng: Teo cơ, nhiệt độ da giảm, rối loạn tiết mồ hôi, mất phản xạ dựng lông,...

Điều trị :

- Chế độ

Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người...

- Vật lý trị liệu

Tác động cơ học bằng cách kéo dẫn cột sống, nắn cột sống, thể dục trị liệu, hồng ngoại, sóng ngắn, đắp sáp nén,...

- Điều trị bằng thuốc

+ Giảm đau: Aspirine, kháng viêm không steroide, phong bế rễ thần kinh ngoài màng cứng hay trong màng cứng bằng corticoide hay novocain kết hợp với vitamin B12.

+ Giãn cơ như myolastan, thuốc an thần như seduxen, xanax...

+ Vitamine nhóm B liều cao kết hợp với axit folic.

+ Tuỳ theo nguyên nhân mà điều trị như trong nhiễm trùng dùng kháng sinh...

- Điều trị ngoại khoa

+ Tiêu nhân (nucleolyse) bằng iniprol hoặc hexatrione.

+ Phẫu thuật trong các trường hợp như khi thất bại tiêu nhân, thể liệt, hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống thất lưng, đau không thể chịu được mặc dù đã dùng thuốc giảm đau hoặc hay tái phát. Có thể phẫu thuật hở hoặc dùng tia Lazer.

Câu 15: Trình bày chẩn đoán đau thần kinh tọa.

Lâm sàng :

1. Đau tự nhiên

Phát xuất từ thất lưng và lan xuống dưới chân là hay gặp nhất, có khi chỉ xuống tới mông, tới đùi hay lan tận xuống tận bàn chân. Cường độ đau thay đổi từ âm ỉ cho tới đau dữ dội không chịu được. Có khi đau tăng lên khi ho, hắt hơi thậm chí khi rặn đại tiểu tiện. Đôi khi có dị cảm thay vì đau.

2. Đau khi khám:

Điểm đau khi ấn

- Đau ở giữa hay bên cạnh cột sống từ đường giữa ra 2 cm ngang vùng L4, L5, S1.
- Ấn dọc theo dây thần kinh tọa qua thống điểm Valleix 3 cm từ giữa cột sống ra ngang đốt sống L5 S1, giữa lằn mông, giữa mắt sau đùi, hõm khoeo chân, điểm cổ xương mác, điểm bắp chân và điểm hõm mắt cá ngoài. Đau do căng dây thần kinh: Dấu Lasègue, dấu Bonnet, dấu Chavany, dấu Néri, dấu Naffrager - Jonnes: dương tính
- Dấu cột sống - hông khi bệnh nhân đứng
- Phản xạ gân gót: Giảm hay mất trong tổn thương rễ S1.
- Dấu vận động: Không đi bằng ngón được khi tổn thương S1, còn L5 thì không đi bằng gót
được. Khi đi căng chân bên đau hơi co lại.
- Rối loạn dinh dưỡng cơ: Teo cơ mác trong tổn thương L5 , còn S1 thì teo cơ bắp chân.
- Rối loạn thần kinh thực vật: Có thể gặp những bất thường về phản xạ vận mạch, nhiệt độ da, phản xạ bài tiết mồ hôi, phản xạ dựng lông ở chân đau.

Cận lâm sàng

- Chụp phim chuẩn và phim động vùng thắt lưng: Chủ yếu loại trừ nguyên nhân xương. Bệnh lý đĩa đệm gợi ý khi hẹp đĩa đệm, ở phim thẳng thì đĩa đệm hẹp về phía bên lành còn phim nghiêng thì đĩa đệm hở về phía sau.
- Chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: Xác định rõ tổn thương nhiều loại và định được vị trí thoát vị.
- Chụp nhuộm rễ thần kinh: Xác định thoát vị đĩa đệm giữa và sau bên. Ngoài ra còn xác định nguyên nhân khác như u dây thần kinh, u đuôi ngựa...

- Điện cơ đồ: phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh trong đau thắt lưng hông. Tuy nhiên phương pháp ghi điện cơ đồ bằng điện cực kim thường hay được áp dụng hơn đo tốc độ dẫn truyền thần kinh trong định khu và tiên lượng tổn thương.

- Các xét nghiệm sinh hoá - tế bào: Xét nghiệm công thức máu, máu lắng, sinh hoá máu và nước tiểu... thường được ít được chỉ định trong đau thắt lưng hông cấp trừ trường hợp nghi ngờ có phối hợp với bệnh viêm nhiễm hay bệnh hệ thống.

Câu 16: Trình bày biện pháp phòng bệnh đột quỵ não.

1. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ :

- Điều trị rối loạn lipid máu: điều trị bằng thuốc và kết hợp với thay đổi lối sống nhằm điều chỉnh rối loạn lipid máu, giảm tỷ lệ cholesterol trong máu
- Kiểm soát đường huyết tốt hàng ngày: sử dụng thuốc và cải thiện chế độ ăn để đảm bảo đường huyết trong mức an toàn
- Kiểm soát chỉ số huyết áp ở mức bình thường ,thực hiện chế độ ăn nhạt để giảm bớt các biến chứng về tim mạch
- Phát hiện và điều trị sớm các bệnh về tim mạch như hở van 2 lá, rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim,các bệnh lý cơ tim, thấp tim....

2. Phòng bệnh cấp 1

Khi có yếu tố nguy cơ phải điều trị để tránh xảy ra tai biến. Cần theo dõi và điều trị tăng huyết áp, chống ngưng tập tiểu cầu bằng aspirine 150-300 mg/ngày hay disgren 300mg /ngày khi có xơ vữa động mạch, điều trị hẹp hai lá bằng chống đông khi có rung nhĩ hay nông van hoặc thay van...

3. Phòng bệnh cấp 2:

Khi đã xảy ra tai biến nhất là tai biến thoáng qua phải tìm các yếu tố nguy cơ để can thiệp tránh xảy ra tai biến hình thành. Nếu đã xảy ra tai

biến hình thành thì tránh tái phát bằng cách điều trị các bệnh nguyên cụ thể cho từng cá thể.

4. Phòng bệnh cấp 3

Thay đổi tư thế kèm xoa bóp mỗi 1- 2 giờ hay nằm đệm nước để tránh loét. Vận động tay chân sớm để tránh cứng khớp. Kết hợp với khoa phục hồi chức năng để luyện tập cho bệnh nhân đồng thời hướng dẫn cho thân nhân tập luyện tại nhà. Đòi hỏi sự kiên trì tập luyện vì hồi phục kéo dài đến hai năm sau tai biến.

Câu 17: Các cận lâm sàng dùng trong chẩn đoán nguyên nhân liệt 2 chân, ý nghĩa ?

- + Xét nghiệm dịch não tủy có sự phân li Protein tăng- tế bào bình thường.
- + Chẩn đoán xác định bằng các xét nghiệm: Chụp tủy cản quang hay MRI tủy sống cho phép thấy nguyên nhân và vị trí gây chèn ép.
- Liệt 2 chân không do ép tủy:
 - + Diễn biến nhanh, có thể có hội chứng nhiễm trùng ở giai đoạn khởi phát nếu là nguyên nhân gây viêm nhiễm. Ban đầu có thể liệt mềm rồi dần chuyển sang liệt cứng
 - + Kết quả xét nghiệm dịch não tủy: Tốc độ chảy bình thường, tăng nhẹ Protein, tế bào hoặc có thể bình thường.
 - + Các xét nghiệm chụp xquang cột sống, chụp tủy cản quang không thấy bất thường. Chụp MRI có thể giúp tìm thấy nguyên nhân

Câu 18: Trình bày nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ.

- U não
- Nguyên nhân mạch máu: Các khối máu tụ nội sọ, nhồi máu lan rộng, chảy máu màng não, viêm tắc TM não
- Do chấn thương: Máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, chấn động não phù nề hoặc chảy máu, khối máu tụ trong não do chấn thương
- Bệnh não tăng huyết áp
- Do nhiễm khuẩn: Áp xe não, viêm não, viêm màng não do vi khuẩn, dày dính màng não gây não úng thủy
- Tăng áp lực nội sọ thể giả U
- Do thuốc: Corticoid, vitaminA. Tetracyclin...
- Ngộ độc CO, Pb
- Nội tiết: suy tuyến cận giáp, bệnh Addison
- Suy hô hấp mạn tính: Tăng áp lực nội sọ do giãn mạch máu não là biến chứng của tình trạng toan máu

Câu 19: Trình bày các cận lâm sàng và hướng điều trị của tăng áp lực nội sọ.**1. Cận lâm sàng:**

- Chụp cắt lớp vi tính: có thể thấy được nguyên nhân
 - + Tổn thương (chảy máu trong sọ, khối u) gây đè đẩy não thất vào đường giữa.
 - + Phù não mất các rãnh não và giảm tỉ trọng quanh ổ tổn thương, xóa các bể quanh cầu não, cuống não.
 - + Não úng thủy do tắc nghẽn: giãn não thất phía trên chỗ tắc.
- Chụp cộng hưởng từ và cộng hưởng từ mạch não:
Được chỉ định khi không thấy tổn thương trên phim CLVT. MRI còn dùng để đo thể tích dịch não tủy trong hệ thần kinh
Cho phép phát hiện viêm tắc tĩnh mạch

- Đo áp lực nội sọ(ICP monitoring)
 - + Mục đích đo ICP là để cải thiện khả năng điều trị nhằm duy trì áp lực tưới máu não phù hợp và độ bão hoà oxi, đòi hỏi đo ICP và huyết áp liên tục đối với bệnh nhân bị TALNS.
 - + Các kiểu theo dõi và đo áp lực nội sọ:
 - Đo trong não thất
 - Đo trong nhu mô não
 - Đo ở khoang dưới nhện
 - Đo ở ngoài màng cứng

2.Hướng điều trị:

- Nằm đầu cao 30 độ, an thần.
- Tăng thông khí
- Kiểm soát huyết áp động mạch, điện giải
- Giảm áp lực nội sọ bằng corticoid, Manitol,
- thuốc lợi tiểu giảm phù não và giảm sản xuất dịch não tủy.
- Hạ nhiệt độ cơ thể
- Điều trị nguyên nhân: phẫu thuật cắt bỏ khối u, mổ lấy máu tụ, dẫn lưu não thất khi có tổn thương não úng thủy.

Câu 20: Trình bày triệu chứng, biến chứng của tăng áp lực nội sọ

1. Triệu chứng

* Cơ năng : đau đầu, nôn, rối loạn ý thức, rối loạn thị giác, rối loạn thăng bằng.

* Triệu chứng thực thể

- Đáy mắt: phù gai thị
- Cứng gáy
- Tăng chu vi vòng đầu ở trẻ <5 tuổi
- Rối loạn tuần hoàn và hô hấp: Nhịp tim chậm, tăng huyết áp, hô hấp trở nên chậm và sâu dần khi có tăng áp lực nội sọ biến chứng do chèn ép thân não.
- Rối loạn tiêu hóa: Nấc, chảy máu tiêu hóa do loét dạ dày hoặc thực quản
- Khám thần kinh có thể phát hiện các triệu chứng thần kinh khu trú tùy theo nguyên nhân của tăng áp lực nội sọ:
 - + Liệt dây thần kinh sọ não
 - + Liệt vận động do tổn thương bó tháp

2. Biến chứng

- Thoát vị trung tâm hoặc qua lều: Não giữa và não trung tâm bị đè đẩy. Trong các tăng áp sọ trên lều, gây đau đớn cho các cấu trúc thân não
- Lột hồ hải mã của thùy thái dương vào khe Bichat
- Thoát vị bên dưới liềm đại não
- thoát vị hạnh nhân tiểu não
- Teo gai thị giác
- Thiếu máu não

