

# CẤP CỨU THẦN KINH

[YhocData.com](http://YhocData.com)

# Contents

## Abbreviations **xiii**

## PART I CHẨN ĐOÁN KHÓ Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN

### 1 **hôn mê kèm sốt** 3

Important issues include the timing of lumbar puncture and imaging studies.

### 2 **mê sảng kích động** 7

Here, a first step is to organize the logistics and timing for the choice of testing and for sedating or restraining the patient.

### 3 **dấu hiệu tk khu trú sau bóc lớp áo trong đm cảnh** 13

This frightening presentation requires rapid elucidation of causes and prompt treatment.

### 4 **tiền triệu migraine dai dẳng** 17

When migraine aura is not abating and imaging is normal, several possibilities must be excluded.

### 5 **chóng chỉ định chọc DNT** 21

When there is a clotting abnormality (e.g., inherited, pharmacological anticoagulation, or low platelets) how can the investigation be done safely?

### 6 **yếu cơ lan tỏa** 25

With a normal exam, the differential diagnosis is large; psychogenic, general medical causes, and early demyelinating polyradiculopathy must be excluded.

### 7 **liệt nhẹ 2 chi dưới cấp ở bn cao tuổi** 29

This presentation with severe cervical-spine spondylopathy on imaging does not always provide obvious answers to questions of diagnosis(es) or best treatment.

### 8 **chóng mặt đơn thuần** 35

An extremely common presentation that often confuses the evaluating physician as symptoms and signs of central and peripheral causes overlap.

### 9 **ngất** 41

When the answer is not immediately clear and when the patient has a normal electrocardiogram, orthostatic vital signs and exam, arriving at the correct diagnosis requires some investigation.

- 10 **mắt thị lực 1 bên cấp** 47  
After ophthalmological causes have been ruled out, neurologists are called on to sort out the remaining possibilities, in hopes of restoring visual acuity or at least preventing progression.
- 11 **đau đầu sét đánh** 53  
A number of causes are now known for “the worst headache of your life,” and each must be considered.
- 12 **mê sảng + sốt** 57  
When accompanied by rigidity there are a number of causes with overlapping presentations.

## PART II ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN

- 13 **đột quy cấp sau 3h** 65  
The previously enforced 3-hour time limit for thrombolysis is not appropriate for all patients and it is the neurologist's job to select cases that might benefit from intervention.
- 14 **đột quy nghẽn mạch tim có chống chỉ định dùng chống đông** 69  
Options for preventing risk of re-stroke must be considered in these worrisome cases.
- 15 **thiếu máu cục bộ hệ tuần hoàn sau** 73  
This is always an ominous presentation, where good treatment alternatives are sparse.
- 16 **TIA** 77  
Another worrisome presentation where a coherent paradigm is important for determining the best methods for preventing subsequent stroke.
- 17 **trạng thái động kinh kháng thuốc** 81  
It is clear that the longer the seizure activity continues, the higher the chance of irreversible brain injury, so time is of the essence. Several simple paradigms are presented.
- 18 **đau đầu nặng kháng thuốc** 85  
A list of good alternatives is provided for this familiar emergency room scenario.
- 19 **viêm rễ thần kinh thắt lưng cấp** 89  
Several approaches for this common presentation are discussed.

20 **liệt 2 chi dưới sau chấn thương** 93

Here, protecting the spinal cord is of the utmost importance, and current best practices to accomplish this are reviewed.

21 **đau mặt cấp** 97

Pains can be so severe, especially in elderly patients, as to bring them in agony to the emergency department. Fortunately, there are not only good prophylactic options but also some useful interventions for acute pain.

## Abbreviations

AP	Anterior-posterior
BID	Twice a day
BP	Blood pressure
CBC	Complete blood count
CK	Creatine kinase
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CSF	Cerebrospinal fluid
CT	Computerized tomography
CTA	Computerized tomography angiography
ECG	Electrocardiogram
EEG	Electroencephalogram
ED	Emergency department
ER	Emergency room
ESR	Erythrocyte sedimentation rate
HEENT	Head, ears, eyes, nose and throat
IM	Intramuscular
IV	Intravenous
LP	Lumbar puncture
MRI	Magnetic resonance imaging
MRA	Magnetic resonance angiography
MS	Multiple sclerosis
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drug
OTC	Over the counter
PCR	Polymerase chain reaction test
QHS	At bedtime
RBC	Red blood cell
RF	Rheumatoid factor
TIA	Transient ischemic attack
WBC	White blood cell
oC	Degrees Centigrade
oF	Degrees Fahrenheit

## HÔN MÊ VÀ SỐT

Một thanh niên 26 tuổi được hàng xóm tìm thấy trong tình trạng không đáp ứng tại căn hộ của anh ta. Cậu đã được đưa đi cấp cứu bằng xe cứu thương. Tiền sử bình thường, sống 1 mình và làm đầu bếp tại một nhà hàng. nhiệt độ 39 độ , huyết áp 128/60 và mạch 100` Thở đều và sâu tần số 14l/p. cổ hơi cứng ở chỗ gập / ngửa. Đầu, tai, mắt,mũi và họng (HEENT) bình thường. Phổi thô và nghe tim thấy tiếng thổi tâm trương nhẹ. Bụng không phản ứng.

không có phát ban hay bất thường về da khác. Cậu không đáp ứng với bất kỳ kích thích. Đồng tử đường kính 4 mm và phản xạ ánh sáng như nhau. phản xạ giác mạc còn nguyên vẹn.

Phản xạ quay mắt (Oculocephalic ) bình thường. Cậu di chuyển từ chi chật chạp

đáp ứng với kích thích đau đớn, để ý thấy có giảm vận động bên chân trái. Điện tâm đồ (ECG) bình thường. x-ray ngực chưa làm được. bạch cầu 14.000, hồng cầu 3tr9 và điện giải bình thường. Đã truyền glucose và naloxone thấy không có phản ứng. Bạn được tư vấn nên chọc dò tuy sống (LP) nhưng đã chọc thử và thất bại

BẠN SẼ LÀM GI BÂY GIỜ?

Đây là trường hợp nặng, thậm chí có thể gây tử vong, bệnh nhân cần phải được nhanh chóng chẩn đoán và quyết định điều trị. Bạn nên hỏi các vấn đề kể cả trên đường cấp cứu, dù chậm cũng nên chọc lấy dịch não tủy (CSF) để kiểm tra tổn thương có thể có trong nội sọ. nguy cơ thủng màng cứng ở bệnh nhân tăng áp lực nội sọ, đặc biệt trong trường hợp tổn thương không đối xứng có thể dẫn đến thoát vị qua lèu hay thoát vị trung tâm, biểu hiện lâm sàng ngày càng xấu đi, thậm chí tử vong. Vì vậy, cần chụp CT sọ ngay lập tức nếu lâm sàng cho phép (như trường hợp này). nhưng sẽ làm trì hoãn do vậy bước đầu tiên để giảm bớt nguy hiểm ở đây – cần bắt đầu dùng kháng sinh phổ rộng ngay lập tức, để điều trị vì những nguyên nhân có thể có như viêm màng não hoặc viêm não. Cần cấy máu trước khi dùng kháng sinh

Điều thú vị là những gì chúng ta được dạy ở trường y về bản chất của kích thích màng não (meningismus) là chính xác: cứng gáy tại chỗ gấp-duỗi cổ là dấu hiệu của sự kích thích màng não; không cứng khi xoay cổ. Do đó bệnh nhân này rõ ràng

có kích thích màng não. Trong nhóm tuổi này, bệnh viêm màng não có thể do 1 số vi sinh vật.

bắt chấp những tiến bộ trong sự lựa chọn kháng sinh và chẩn đoán sớm, khoảng 10% -20% người lớn bị viêm màng não sẽ chết và một tỷ lệ phần trăm tương tự sẽ có di chứng đáng kể do nó. sự lựa chọn ban đầu trong điều trị kháng sinh vẫn phải bao gồm ceftriaxone (2 gm IV q 12 giờ) và vancomycin (1,5 gm IV q 12 giờ)

có thể bổ sung ampicillin nếu nghi do Listeria (ví dụ, ở người cao tuổi hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch).

nguyên nhân nhiễm khuẩn bệnh viện gây viêm màng não sau chấn thương đầu, cần cân nhắc yếu tố gây bệnh khác nhau, nhưng không phải với trường hợp này

Dịch não tuy nên nhuộm Gram và nuôi cấy. Trong trường hợp này, nếu bệnh nhân không có viêm màng não do vi khuẩn, có thể có vấn đề trong việc xác định các tác nhân gây bệnh, vì thuốc kháng sinh đã được bắt đầu dùng trước khi chọc lấy dịch não tuy. May mắn thay, nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh viêm màng não, cấy vẫn dương tính ngay cả khi đã dùng kháng sinh. Ít đúng với vi khuẩn *Neisseria*, nhưng hầu như với tất cả các nguyên nhân do vi khuẩn glucose thấp và protein cao sẽ gặp sau khi bắt đầu điều trị (xem Bảng 1.1 cho các mẫu dịch não tuy điển hình khác nhau trong viêm màng não).

Nếu xét nghiệm không rõ ràng, làm phản ứng chuỗi polymerase (PCR) nhưng độ nhạy cũng không cao. Herpes cũng thường gây viêm não. Bệnh nhân này cũng cần chụp cộng hưởng từ (MRI), cộng hưởng từ chụp mạch (MRA) (để đánh giá cho thể bệnh viêm động mạch), và cộng hưởng từ tĩnh mạch (MRV) (để loại trừ huyết khối tĩnh mạch não) nếu bệnh nhân không cải thiện.

Việc sử dụng corticosteroid khi nghi ngờ viêm màng não vi khuẩn thường dùng liều cao càng sớm càng tốt, mặc dù một số bằng chứng mâu thuẫn về tính hiệu quả. Một phác đồ hay dùng là sử dụng dexamethasone 10 mg mỗi 6 giờ tiêm tĩnh mạch (IV) khi nhuộm gram dương và ngày khi Nhuộm Gram dương và CSF có tăng lympho bào.

---

TABLE 1.1 các mẫu dịch não tuy

	White blood cells	Protein	Glucose
Bacterial meningitis	++neutrophils	high	low
TB, Fungal meningitis	++lymphocytes	high	low
Carcinomatous, sarcoid meningitis	++lymphocytes	high	low
Viral, parasitic meningitis	++lymphocytes	high	normal
Viral encephalitis	+lymphocytes	high or normal	normal
Partially treated bacterial meningitis	+lymphocytes	high	normal

Bệnh nhân nghi ngờ viêm màng não vi khuẩn nên được cách ly hô hấp trong ngày đầu điều trị cho đến khi xác định được vi khuẩn gây bệnh. Bệnh nhân bị viêm màng não nồng độ cao vẫn nên cách ly ít nhất 24h sau khi dùng kháng sinh. Phết cao khuẩn và virus không cần cách ly.

#### ĐIỂM CẦN NHỚ

- ■ viêm màng não do vi khuẩn phải được xử lý bằng phác đồ kháng sinh phổ rộng càng sớm càng tốt để ngăn chặn và tránh tử vong trước khi lấy dịch não tủy.
- ■ cấy dịch não tủy do vi khuẩn vẫn tốt trong lựa chọn kháng sinh kể cả khi đã bắt đầu dùng kháng sinh
- ■ nhuộm gram CSF và tế bào bạch cầu vẫn bắt thường nhiều giờ sau khi bắt đầu điều trị kháng sinh.
- ■ Corticosteroid hiệu quả trong việc làm giảm mức độ bệnh trong viêm màng não do vi khuẩn và ít nguy cơ về tác dụng phụ.
- ■

#### Further Reading

- Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, et al. Acute bacterial meningitis in adults—a review of 493 episodes. *N Engl J Med.* 1993;328:21–28.
- Hasbun R, Abrahams J, Jekel J, et al. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. *N Engl J Med.* 2001;345(24):1727–1733.
- Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clin Infect Dis.* 2004;39(9):1267–1284.

## mê sảng, kích động

Một người đàn ông 31 tuổi đã cảnh sát đưa vào khoa cấp cứu vì kích động. Anh ta đã bị cưỡng chế để lấy máu xét nghiệm. được dùng an thần lorazepam, nhiệt độ 38. Huyết áp (HA) 180/88 và mạch 110. Không thể chọc dò tuy sống hay chụp CT vì bệnh nhân quá kích động dù đã dùng liều thứ 2 lorazepam tiêm tĩnh mạch. Tiền sử bình thường. thăm khám thấy bệnh nhân lôi thôi nhưng không có dấu hiệu của chấn thương.

Thở đều tần số 20. HEENT bình thường, cổ mềm, phổi khô. bụng hơi phản ứng nhưng sờ không thấy đau

Lúc bệnh nhân tỉnh lại, không đáp ứng với lời nói và chỉ rên. Đồng tử giãn ra (5 mm 2 bên) nhưng có phản ứng. chuyển động của mắt dường như còn nguyên vẹn và liên hợp. cậu di chuyển tất cả các chi dễ dàng. Phản xạ nhanh. phản xạ Plantar (gan bàn chân) không rõ ràng. Điện giải, BUN và creatinine bình thường. xq ngực chưa chụp, xét nghiệm nước tiểu bình thường và dương tính với morphine

**Bạn sẽ làm gì?**

Với bệnh nhân lú lẫn, kích động hoặc mê sảng, có nhiều bệnh lý đe dọa tính mạng bị che lấp cần phát hiện càng sớm càng tốt. bệnh nhân này phải được dùng thuốc an thần để tránh gây thương tích cho mình và những người khác. Haloperidol tiêm bắp liều 2-10 mg. Nó tương đối không độc hại, mặc dù nó chuyển hóa qua gan nên thận trọng với bn suy gan thận. Nó không gây suy hô hấp như các benzodiazepin, và thời gian tác dụng của nó ít nhất là 3-4 giờ.

Khi bệnh nhân đã được dùng thuốc an thần, cô gắng khám thần kinh. Chú ý đánh giá tình trạng hô hấp xem cần đặt NKQ hay hỗ trợ thông khí luôn không. Một trong những đánh giá quan trọng nhất là đánh giá tình trạng tri giác, tuy khó nhưng rất quan trọng. Chú ý nếu khả năng ngôn ngữ, vấn đề mất ngôn ngữ có thể bắt chước lú lẫn. rối loạn chức năng thần kinh sọ não có thể gặp trong tổn thương viêm màng não hoặc khoang dưới nhện. khám vận động sẽ có thể cung cấp manh mối tổn thương bán cầu não nào. đánh giá đáp ứng của bệnh nhân với kích thích cảm giác. Đánh giá phản xạ đối xứng 2 bên. Phối hợp vận động và dáng đi trong trường hợp này hầu như không thể đánh giá. Khám cần chú ý những dấu hiệu của chấn thương sọ, gan, bụng, tim mạch, tổn thương da (phát ban). thay đổi đồng tử trong con mè sảng cũng có thể cung cấp manh mối. Thuốc kháng cholinergic như atropine, scopolamine và các thuốc có đặc tính kháng acetylcholin, chẳng hạn như thuốc chống trầm cảm ba vòng, gây giãn đồng tử bằng cách đối kháng các thụ thể muscarinic trong móng mắt. thuốc phiện như LSD, psilocybin và mescaline gây giãn đồng tử, nhưng tác động lên receptor serotonin trung tâm (5-HT2A). Thuốc làm tăng hoạt động serotonin nói chung, chẳng hạn như các chất ức chế chọn lọc serotonin (SSRI) thuốc chống trầm cảm, có thể có tác dụng tương tự. thuốc được phân tách ra như phencyclicine (PCP) và ketamine đối kháng thụ thể glutamate NMDA, cũng có thể dẫn đến giãn đồng tử. thuốc tăng cường adrenergic như cocaine và chất kích thích bao gồm Ecstasy (MDMA) và "crystal meth" (methamphetamine) cũng gây giãn đồng tử

Opioid không gây gián đồng tử, mà gây co đồng tử (cũng như ethanol), nhưng cai ma túy có thể gây gián đồng tử. Cân sa cũng có thể gây gián đồng tử.

Chẩn đoán phân biệt trong trường hợp mê sảng, kích động gồm rối loạn về mạch máu như đột quy cấp, xuất huyết dưới nhện và nội sọ. Cần chụp CT nên bn phải được gây ngủ nguyên nhân viêm nhiễm như viêm não cần chọc dịch não tuy CSF cũng đánh giá được xuất huyết dưới nhện. Herpes gây viêm não thường gây sốt, cứng gáy và lú lẫn. Glucose, protein, kiểm tra xét nghiệm bệnh da liễu, cấy máu và dịch, PCR herpes nên làm với các bệnh nhân. Huyết thanh miễn dịch bệnh da liễu, HIV, lyme và toxoplasma cũng nên cân nhắc. CSF cũng giúp đánh giá tình trạng viêm mạch máu não (tăng protein). Trong trường hợp chấn thương, có thể mê sảng do tụ máu dưới màng cứng hoặc đụng dập não. Rất nhiều yếu tố chuyển hóa có thể dẫn đến mê sảng như bệnh não gan, tăng urê huyết, hạ natri máu, thiếu oxy, carbonic tăng, hạ hoặc tăng đường huyết, loạn chuyển hóa porphyrin, nhiễm độc giáp, bệnh Cushing, Addison và bệnh não Wernicke. Vì vậy, ngoài các xét nghiệm chuyển hóa, CBC, men gan cần làm thêm hormon tuyến giáp

Ngộ độc Thuốc / rượu hoặc hội chứng cai cũng có khả năng dẫn đến mê sảng. có thể do uống quá liều thuốc như an thần, chống trầm cảm, chống loạn thần, thuốc phiện, lithium, kháng histamin, dopaminergics, thuốc kháng cholinergic và các chất kích thích. Lú lẫn do thuốc hay gặp với thuốc cần sa, cocaine, thuốc phiện, thuốc kích thích

barbiturates và ma túy. Thông thường xét nghiệm nước tiểu trong bệnh viện làm kiểm tra các chất sau

- ◀ Alcohol (ethanol)
- ◀ Amphetamines
- ◀ Giảm đau (acetaminophen and anti-inflammatory drugs)
- ◀ Chống traffenk am
- ◀ Barbiturates
- ◀ Benzodiazepines
- ◀ Cocaine
- ◀ Flunitrazepam (Rohypnol)
- ◀ Marijuana
- ◀ Opioids
- ◀ Phencyclidine (PCP)
- ◀ Phenothiazines và các thuốc an thần khác

hội chứng cận u hiếm gặp bao gồm viêm rìa não (gặp trong ung thư phổi tế bào nhô) và viêm não anti- NMDA (thường trong ung thư tuyến sinh dục). Bệnh động kinh có thể là nguyên nhân gây lú lẫn, mê sảng thậm chí kích động bằng nhiều cách. Động kinh không co giật cũng có thể là nguyên nhân loại trừ bằng điện não đồ (EEG). Một số bác sĩ dùng lorazepam IV để ngăn co giật với bệnh nhân nặng. EEG cũng giúp xác định 1 số nguyên nhân gây mê sảng như bệnh não gan bằng sự xuất hiện của sóng 3 pha.

Điều trị ban đầu, thậm chí trước khi chụp CT và chọc tủy sống LP nên dùng naloxone (Narcan) 1-2 amps IV hoặc tiêm bắp (IM) Mỗi 5 phút để tránh suy hô hấp khi quá liều opioid

. Ngược lại, flumazenil 0,2 mg (2 ml) trong 30 giây dùng khi quá liều benzodiazepine, nhưng không nên dùng khi nguyên nhân chưa rõ ràng vì nó có thể dẫn đến co giật, thậm chí động kinh ở những bệnh nhân bị động kinh. Glucose nên test ngay khi bệnh nhân vào viện.

Nếu nghi ngờ bệnh não Wernicke, thiamin 100 mg IM cần dùng ngay

Vì vậy, bệnh nhân này cần được dùng thuốc an thần ngay lập tức, CT sọ càng sớm càng tốt, chọc dịch não tuy và EEG nếu chưa chẩn đoán ra. Nên khám thần kinh thường xuyên để đánh giá tình trạng suy giảm thần kinh. Đặt nkq nếu không đảm bảo được chức năng hô hấp. test nước tiểu check thuốc và hỏi tiền sử kỹ hơn

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Lú lẫn mê sảng là yếu tố nguy cơ cho cả bệnh nhân và nhân viên y tế
- Nên dùng an thần ngay nếu cần, có thể lựa chọn giữa benzodiazepine và thuốc an thần.
- Ban đầu nên check glucose, dùng naloxone và thiamine.
- Ở bn chưa rõ chẩn đoán cần chụp CT sọ.
- Khi nghi viêm màng não hay viêm nai, cần làm ngay chọc dịch não tuy.
- Trường hợp ngộ độc hay quá liều thuốc, thuốc ma túy cần luôn nghĩ đến với bệnh nhân mê sảng.

#### Further Reading

- Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 2004;164(13):1405–1412.  
Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. *Emerg Med Clin North Am.* 2010;28:235–256.

### 3

## Dấu hiệu thần kinh khu trú sau cắt lớp áo trong động mạch cảnh

Một người đàn ông 68 tuổi, 6 ngày trước xuất hiện khó nói, tiền sử hẹp động mạch cảnh trái đã cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh 3 ngày trước. Hôm nay ông thức dậy thấy tê tay phải kéo dài cả buổi sáng. Vợ ông gọi 911 và đưa đến phòng cấp cứu bằng xe cứu thương. dấu hiệu sinh tồn bình thường, đầu tai mũi họng mắt bình thường, phổi khô, tim bình thường. cổ mềm và vết mổ liền tốt. Tuy nhiên, có tiếng thổi ở động mạch cảnh này. khám thần kinh, trạng thái tinh thần, dây thần kinh sọ não, trương lực cơ, phổi gợp vận động bình thường nhưng có tê bì toàn bộ cánh tay phải. CT sọ bình thường mạnh, và điều phổi tất cả đều còn nguyên vẹn, nhưng có vẻ như không có cảm giác tê trên toàn bộ cánh tay phải. CT scan là bình thường.

**Bạn sẽ làm gì?**

Cắt bỏ áo trong động mạch cảnh hiếm khi nhiễm trùng vết mổ. Các biến chứng hay gặp là viêm cơ tim, suy tim, suy tim, thiếu máu cục bộ thoáng qua (TIA), đột quy, hội chứng tăng tưới máu, tổn thương thần kinh vùng cổ và viêm tuyến mang tai. Đột quy trong giai đoạn chu phẫu có thể do một số nguyên nhân góp phần bao gồm cả ngưng kết tiểu cầu và hình thành huyết khối, mảng bám nghẽn mạch, bóc tách động mạch cảnh và giảm áp lực tưới máu động mạch não. Cần đánh giá nguyên nhân của TIA hoặc đột quy để lựa chọn điều trị thích hợp.

Sau khi phát hiện triệu chứng có liên quan động mạch cảnh, cần chụp CT động mạch phát hiện bóc tách hoặc huyết khối động mạch cảnh. Nếu bóc tách hoặc huyết khối, sẽ dùng heparin điều trị. Trước đó, cần chụp CT sọ để loại trừ xuất huyết nội sọ. Một số bác sĩ phẫu thuật có xu hướng mở ra thăm dò nếu các biến chứng xuất hiện sớm, nhưng gần đây nong mạch cảnh qua da và đặt stent tắc mạch cảnh sau phẫu thuật. Nhiều trường hợp báo cáo nhanh chóng hết các dấu hiệu thần kinh khu trú sau đặt stent.

Điều trị tiêu huyết khối nội động mạch có thể áp dụng ở bệnh nhân đột quy do huyết khối sau phẫu thuật.

Một hội chứng quan trọng cần loại trừ là hội chứng tăng tưới máu (HPS) có 3 đặc điểm: (1) đau đầu dai dẳng, (2) xuất huyết nội sọ, hoặc (3) co giật cục bộ. Có thể có liệt Todd sau co giật. Hội chứng tăng tưới máu (HPS) hay gặp 3-10 ngày sau cắt lớp áo trong động mạch cảnh. Nguyên nhân của HPS được cho là

Do rối loạn điều tiết dòng chảy trong mạch não. CT và MRI thường xuất hiện phù não có hoặc không có xuất huyết nội sọ. Doppler xuyên sọ có thể thấy tăng tưới máu não và SPECT nếu cần. kiểm soát chặt chẽ huyết áp hệ thống là cách tốt nhất để điều trị HPS, dùng labetalol hoặc nitroprusside. các dây thần kinh sọ não có thể tổn thương trong quá trình phẫu thuật, Các dây thần kinh có nguy cơ bao gồm: (1) thần kinh phế vị, tổn thương có thể gây liệt dây thanh;

(2) các nhánh của dây thần kinh mặt, làm bệnh nhân cười mặt không cân xứng; (3) nhánh dây thần kinh sinh ba, dẫn đến mất cảm giác mặt; (4) dây thần kinh hạ thiệt, có thể dẫn đến lưỡi lệch về phía bên của chấn thương. Dây thần kinh tổn thương thường do lực kéo hoặc cắt ngang. Yếu tố nguy cơ tổn thương dây thần kinh sọ não là thời gian phẫu thuật, nguy cơ thấp ở bệnh nhân thời gian phẫu thuật dưới 2h

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Cắt bỏ áo trong động mạch cảnh thường an toàn nhưng có thể có biến chứng đột quy hoặc hội chứng tăng tưới máu.
- Trong trường hợp có dấu hiệu thần kinh khu trú cần chụp ct sọ loại trừ xuất huyết.
- Chụp mạch loại trừ huyết khối hoặc bóc tách động mạch cảnh.
- Dùng chống đông điều trị trong lót tách hoặc huyết khối động mạch cảnh, liệu pháp tiêu huyết khối và stent có thể áp dụng.
- Đánh giá dòng chảy động mạch não để chẩn đoán hội chứng tăng tưới máu não.
- Điều trị huyết áp rất quan trọng trong hội chứng tăng tưới máu não

## 4 cơn migraine dai dẳng

Một phụ nữ 48 tuổi tiền sử đau nửa đầu nhiều năm vào cấp cứu vì đau nửa đầu điễn hình từ hôm qua. cô miêu tả tiền triệu: mờ mắt, nháy nháy mắt và giảm thị lực. những cơn đau đầu thường dịu đi khi uống sumatriptan nhưng triệu chứng thị giác vẫn còn. Cơn lâu nhất trước đây khoảng 60 phút. Khám thần kinh bình thường trừ giảm thị lực 2 bên. soi đáy mắt bình thường, loại trừ bệnh về mắt. Có vẻ giảm thị lực mắt trái góc phần tư trên và dưới. khám vận động bình thường, phản xạ còn nguyên. Cảm giác bình thường nhưng phản xạ ánh sáng hơi kém, tay phải run. Phổi hợp vận động bình thường nhưng dáng đi dường như bị ảnh hưởng bởi giảm thị lực. CT sọ bình thường, xét nghiệm máu bình thường.

**Bạn sẽ làm gì?**

bệnh nhân có triệu chứng đau nửa đầu tiền triệu tương đối điển hình (thị giác và cảm giác). Hiệp hội rối loạn đau đầu quốc tế năm 2004 định nghĩa đau nửa đầu dai dẳng kéo dài hơn 1 tuần mà không có bằng chứng nhồi máu trên CT. dạng thứ hai, đột quy Migrainđược định nghĩa là "tiền triệu nhiều triệu chứng kéo dài > 60 phút" và "CT sọ có thiếu máu cục bộ nhu mô." (Xem bảng 4.1 và 4.2.) chẩn đoán xác định bằng MRI cộng hưởng từ khuếch tán (DWI). Nếu có tổn thương, rất có thể đây là đột quy migrain. Đau nửa đầu chính nó là 1 yếu tố nguy cơ nhỏ với đột quy, đặc biệt ở phụ nữ trẻ. Những bệnh nhân dù đau nửa đầu không có tiền triệu vẫn có nguy cơ nhỏ bị đột quy. Một câu hỏi chưa được trả lời là liệu thời gian tiền triệu kéo dài có phải yếu tố nguy cơ cao? Điều này chưa rõ ràng nhưng có lẽ sẽ có sự rối loạn huyết động hoặc tăng chuyển hóa dẫn đến thiếu máu liên quan 1 hay nhiều vùng ở não.

Nếu MRI không sao vẫn cần chú ý 2 vấn đề: (1) tiếp tục tìm nguyên nhân thiếu máu cục bộ não gây triệu chứng tiền triệu kéo dài và (2) cố gắng xử trí tiền triệu. Một số nguyên nhân có thể gây tiền triệu kéo dài như động kinh thùy chẩm, con thiếu máu não thoáng qua, huyết khối tĩnh mạch não, hội chứng co mạch máu não có hồi phục (RCVS),

**TABLE 4.1 phân loại quốc tế về rối loạn đau đầu: tiền triệu dai dẳng không có nhồi máu**

Mô tả:

Tiền triệu dai dẳng hơn 1 tuần không có bằng chứng nhồi máu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- A. Xuất hiện tiền triệu ở bn đau nửa đầu có 1 hoặc nhiều lần kéo dài > 1 tuần
- B. Không do rối loạn khác

#### TABLE 4.2 phân loại quốc tế rối loạn đau đầu: đột quy migraine

##### Mô tả:

1 hoặc nhiều triệu chứng tiền triệu của migraine kèm theo tổn thương thiếu máu cục bộ não được chẩn đoán xác định bằng hình ảnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- A. Cơn tiền triệu kéo dài > 60 phút
- B. CDHA xác định thiếu máu cục bộ não
- C. Không do rối loạn khác

bóc tác động mạch cảnh hoặc động mạch đốt sống, viêm mạch máu não toan chuyển hóa, hội chứng não liên quan NST gây nhồi máu dưới vỏ và bệnh lý chất trắng CADASIL là 2 bệnh lý nền loại trừ bằng MRI. CT mạch máu (CTA) có thể chụp khi tiền triệu kéo dài để loại trừ viêm mạch và RCVS. EEG có thể giúp thấy được sự thay đổi sinh lý thần kinh ở vỏ não tương ứng với các triệu chứng của bệnh nhân. Ở bệnh nhân trên, chúng ta mong đợi sẽ có sự dẫn truyền chậm hoặc thay đổi hoạt động điện trên EEG

không có hướng dẫn điều trị cụ thể với đau nửa đầu có tiền triệu kéo oxy, amilic nitrat hoặc isoproterenol, và nifedipine ngâm dưới luối đã được dùng điều trị dựa vào giả thuyết tiền triệu migraine là do sự co mạch kéo dài. Ngoài ra, các nghiên cứu gần đây của bệnh nhân có tiền triệu của đau nửa đầu kéo dài đã tìm ra khu vực giảm tưới máu ở vỏ não liên quan. Tuy nhiên, có vẻ như đây là hậu quả của giám trao đổi chất hơn là thiếu máu cục bộ nên tình trạng này đáp ứng với nhiều loại thuốc. Do đó, một số thuốc dùng có hiệu quả như magnesium sulfate, prochlorperazine, divalproex, acetazolamide, verapamil, flunarizine, lamotrigine, gabapentin, và memantine.

Tiêm tĩnh mạch magnesium sulfate dùng để bắt đầu điều trị, tương đối an toàn sau đó dùng divalproex tĩnh mạch.

Vì vậy, trong migraine tiền triệu kéo dài cần tìm bằng chứng thiếu máu não và nguyên nhân gây dấu hiệu thần kinh khu trú để chẩn đoán và xử trí. Nếu không có hình ảnh đột quy trên MRI DWI, chẩn đoán migraine có tiền triệu kéo dài. Có 1 vài hướng điều trị hi vọng giảm bớt được các dấu hiệu này

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Tiền triệu Migraine thường tiến triển trong 5-20 phút và hết trong 1h hoặc ít hơn.
- Khi tiền triệu kéo dài hơn 1h cần tim nguyên nhân có thể và dấu hiệu thần kinh khu trú.
- MRI DWI nên làm khi nghi migraine đột quy, và MRI or CT + EEG để loại trừ nguyên nhân bệnh lý
- Điều trị có hiệu quả khi dùng magnesium sulfate, divalproex, oxygen và verapamil.

#### Further Reading

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia*. 2004;24:S9–S160.
- Kurth T, Diener H. Current views of the risk of stroke for migraine with and migraine without aura. *Curr Pain Headache Rep*. 2006;10:214–220.
- Rothrock JF, Walicke P, Swenson MR, Lyden PD, Logan WR. Migrainous stroke. *Arch Neurol*. 1988;45:63–67.
- Rozen TD. Aborting a prolonged migrainous aura with intravenous prochlorperazine and magnesium sulfate. *Headache* 2003;43:901–903.
- Stefano Viola S, Viola P, Litterio P, Buongarzone MP, Fiorelli L. “Prolonged” migraine aura: New information on underlying mechanisms. *Translational Neuroscience*. 2011;2:101–105.

5

## Chóng chỉ định chọc tủy sống

Một người đàn ông 32 tuổi có ban xuất huyết tiểu cầu tự phát (ITP) vào cấp cứu do lú lẩn. Ông than phiền đau đầu vừa phải, khó chịu. bn tinh táo, chức năng ngôn ngữ bình thường nhưng mất định hướng, không đếm ngược được và nhớ những sự việc gần đây.

Nhiệt độ 37. Cổ mềm, phổi khô, tim bình thường, bụng mềm không đau, không có thay đổi trên da. số lượng tiểu cầu 40.000, RBC 4,8 triệu và số lượng bạch cầu là 10.000. CT scan sọ bình thường. Trong khi các bác sĩ đang cân nhắc các bước tiếp theo, bệnh nhân xuất hiện cơn co giật toàn thể ngắn sau đó lịm đi, không có dấu hiệu thần kinh khu trú. 15 phút sau co giật, đến khám lại thấy bệnh nhân tỉnh nhưng cổ không thể di chuyển déo dai hướng trước sau như lúc đau, phản xạ Babinski bên phải

**Bạn sẽ làm gì?**

Nhin chung, chỉ định chọc dịch não tủy (LP) là (1) để loại trừ viêm màng não và viêm não; (2) để chẩn đoán xuất huyết dưới màng nhện; và (3) để đánh giá việc mờ giảm áp. chống chỉ định là (1) tăng đáng kể áp lực nội sọ (vì sọ gây thoát vị tiểu não hoặc dưới lều); (2) viêm nhiễm vùng định chọc; và (3) xuất huyết tạng (vì sọ xuất huyết dưới vỏ hoặc ngoài màng cứng). Ở đây, nên nghi ngờ viêm não hoặc viêm não-màng não, chọc DNT giúp chẩn đoán nhanh nhưng ở đây lại chống chỉ định. Để cải thiện tiên lượng điều trị cần dùng ngay kháng sinh phổ rộng (ceftriaxone và vancomycin) cùng với acyclovir phải được bắt đầu dùng ngay lập tức. có thể cần dùng thêm corticosteroid

Nhưng trước khi chọc DBT cần làm xét nghiệm tiểu cầu? không cần thiết. 1 số nghiên cứu về nguy cơ tụ máu cột sống ở bn giảm tiểu cầu do nhiều nguyên nhân khác nhau, đặc biệt là ITP. Ở những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trên 40.000 / cc nguy cơ rất thấp. Để giám nguy cơ ở bệnh nhân có số lượng cầu thấp, cần truyền khối tiểu cầu để đạt ngưỡng trên 50.000 / cc. cần truyền ngay lập tức trước khi chọc. trong thời gian trì hoãn có thể dùng ngay kháng sinh

Với những bệnh nhân dùng chống đông cần thực hiện những hướng dẫn sau trước khi cho chọc DNT: Warfarin nên ngưng; vitamin K nên tiêm hoặc truyền huyết tương tươi đông lạnh (FFP), hoặc cả hai, với mục tiêu INR dưới 1,2; heparin nên ngưng và cho APTT về ngưỡng bình thường bằng protamine. Liều đảo ngược tác dụng của heparin là 1 mg protamine sulfate IV với 100 UI heparin. Bệnh tiểu đường và tiêm truyền nhanh protamine cũng làm tăng nguy cơ phản ứng bất lợi

Không nên dùng heparin tĩnh mạch ít nhất 1h sau thủ thuật. heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) thời gian bán thải dài hơn heparin và không thể đảo ngược với protamine, do đó, phải ngừng 12-24 giờ trước khi chọc trừ khi đã truyền FFP. Theo dõi sát tình trạng thần kinh (trạng thái tinh thần, chức năng thần kinh sọ não, chức năng vận động, và cảm giác) ít nhất 24 giờ sau LP để chẩn đoán và điều trị tụ máu ống sống.

Điều thú vị là, ở những bệnh nhân chức năng đông máu bình thường, vẫn có nguy cơ biến chứng chảy máu, dưới 1%. Các biến chứng khác sau chọc LP như đau đầu sau chọc màng cứng, bệnh lý thần kinh sọ não, kích thích rễ thần kinh, đau lưng và nhiễm trùng – viêm màng não bệnh viện.

Vì vậy, số lượng tiểu cầu 40.000 là giới hạn thấp nhất để chọc DNT nhưng nên truyền tiểu cầu trước chọc. thuốc an thần có thể dùng để ngăn con co giật là biến chứng nguy hiểm sau chọc DNT

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Rối loạn chức năng đông máu là chống chỉ định LP.
- Số lượng tiểu cầu cần trên 40.000 để chống biến chứng chảy máu sau chọc.
- Thuốc chống đông cần ngừng trước khi chọc DNT

## 6 Yếu cơ lan tỏa

Bn nam 28 tuổi vào viện vì yếu 2 chi dưới từ hôm qua. Bn nghĩ do trận bóng bầu dục 2 hôm trước nhưng triệu chứng ngày càng tệ. bn không đau đâu, nuốt khó hay khó thở nhưng có đau ở mặt sau đùi và lưng. Bn không có rối loạn đại tiện. bn sống ở khu vực nhiều cây cối nhưng không có vết cắn hay phát ban gần đây. 2 tuần trước bn có cơn “ớn lạnh”. Bn đã được chẩn đoán rối loạn lưỡng cực được cho dùng kết hợp natri divalproex và sertraline trong 6 tháng qua theo lời khuyên của bác sĩ tâm thần. bn cũng sử dụng cần sa (điều trị lo âu) và uống rượu.

Bác sĩ nội trú năm 1 khám bn này thấy thần kinh bình thường về cảm giác, vận động, phản xạ, thần kinh sọ... Bạn đến khám lại thấy vẫn vậy trừ bệnh nhân khó khăn trong việc ngồi dậy thậm chí khó leo xuống đất kèm theo dáng đi có vấn đề. Lực co chi trên tốt nhưng trong quá trình đánh giá bn cảm thấy cánh tay có vẻ yếu đi. Phản xạ bình thường, đối xứng. Đã hỏi chẩn bs tâm thần cho thấy không vấn đề gì

Bạn nghĩ sao về bệnh nhân này?

trường hợp này có vẻ giống như 1 trường hợp hội chứng Guillain- Barré (GBS), có một vài chi tiết hơi lạ. sinh lý bệnh của GBS được cho là bệnh tự miễn trên myelin thần kinh ngoại vi do nguyên nhân nhiễm trùng (ví dụ, Campylobacter, Mycoplasma) nguyên nhân nhiễm trùng mới đây có thể là một đầu mối quan trọng. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân GBS không thể nhớ nổi gần đây viêm nhiễm gì và “tỷ lệ cảm lạnh” khá thường gặp. phản xạ bình thường có thể gặp trong vài ngày đầu tiên ở bệnh nhân GBS. Các khả năng có thể khác gây tiến triển bán cấm như bệnh nhược cơ, hội chứng nhược cơ (ví dụ do aminoglycoside), tick paralysis (liệt do ve cắn), bệnh lyme, HIV, tăng calci máu, hạ kali máu, suy giáp, nhiễm độc kim loại nặng (arsenic, chì, thallium), thuốc (isoniazid [INH], dapson, nitrofurantoin), ngộ độc, bệnh sarcoid, viêm đa cơ, bại liệt và tổn thương tủy sống trên.

Nhược cơ hiếm khi bắt đầu ở đầu gần chi dưới và không có tiền sử của hội chứng nhược cơ ở bệnh nhân này. Ngộ độc do độc tố Botulism thường mờ mắt. viêm đa cơ kiểm tra xét nghiệm CK, máu lắng và yếu tố dạng thấp [RF]. Rối loạn điện giải có thể dễ dàng loại trừ. Ngộ độc chì thường bắt đầu o tay, nhiễm độc arsen, thallium thường biểu hiện đầu tiên ở triệu chứng tiêu hóa. Sarcoidosis chụp XQ kiểm tra. Tăng lympho bào dịch não tủy CSF cũng gặp trong sarcoid thần kinh. bệnh Lyme có thể gây viêm đa rễ thần kinh, có hồng ban nhưng thường gây liệt dây thần kinh sọ não hơn. Ngoài ra, như với bệnh sarcoid, CSF có tăng lympho bào nhưng tiền sử tiếp xúc bọ ve. Triệu chứng tương tự như GBS nhưng CSF có nồng độ protein bình thường

liệt do độc tố ve do cản trở giải phóng acetylcholin ở vị trí nối thần kinh cơ sẽ hết khi lấy bỏ con ve ra. Nên tim bọ ve ở cả tóc.

Một câu hỏi hay gặp là liều có nghĩ tổn thương tủy sống ở bệnh nhân này. Đặc biệt vài ngày trước có chơi thể thao. Vấn đề đại- tiểu tiện bình thường loại trừ nguyên nhân này, nhưng để chắc chắn nên chụp MRI cột sống ngực – lưng trường hợp này. Trường hợp này chọc dịch não tủy kiểm tra nồng độ protein cao. Nhưng trong tuần đầu tiên ở bn GBS, nồng độ protein DNT thường bình thường. tuần đầu nên làm EEG đánh giá dẫn truyền chậm kèm không có sóng H và F

Vì vậy, bất chấp việc nghi ngờ chẩn đoán GBS, cần theo dõi tình trạng thần kinh có khả năng sẽ xấu đi. Theo dõi dung tích thở mạnh FVC và lực hít vào âm (NIF) để xác định nguy cơ phải đặt NKQ. Nếu xét nghiệm xác định GBS, tiêm tĩnh mạch immunoglobulin miễn dịch (IVIG) ngay từ khi triệu chứng còn cực kỳ nhẹ. trao đổi Plasma có thể thay thế nhưng tốn kém, phần lớn dùng IVIG để điều trị GBS. Tiên lượng nói chung tốt nếu điều trị ngay từ khi còn sớm.

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Hội chứng Guillain-Barré cấp có thể xuất hiện không điển hình và tiền sử không rõ ràng.
- Chẩn đoán phân biệt có **nhiều nguyên nhân** có triệu chứng tương tự
- Tiếp cận bệnh nhân này cần chọc dịch não tủy.
- Chụp cột sống nên làm sớm nếu nghi ngờ bệnh lý tủy sống

7

## liệt nhẹ chi dưới ở bn cao tuổi

1 bn 82 tuổi ở viện dưỡng lão được đưa đến viện sau khi thấy yếu chân và không thể đi lại được từ 2 tuần trước. bệnh nhân nghĩ là do bị mất ngủ. gần đây xuất hiện tiểu không tự chủ. Ông không đau lưng hay đau chân, không có chấn thương gần đây.

Khám: vận động tứ chi bình thường, tim phổi bình thường. giảm phạm vi vận động ở cổ nhưng không đau cột sống.

Khám thấy giảm trí nhớ nhưng định hướng tốt, chức năng ngôn ngữ chậm, tính toán kém. Trương lực cơ chi trên tốt nhưng chi dưới giảm 4/5 đặc biệt cơ . Có sức mạnh tốt ở chi trên nhưng giảm sức mạnh ở chi dưới đầu gân và cơ gân vùng khoeo, khó khăn khi ngồi, khó đi lại. phản xạ giảm chi trên, tăng ở chi dưới Bụng mềm. phản xạ babinski 2 bên chi dưới, co giật gân chân 2-3 lần 2 bên

Cảm giác giảm khi chạm, đau, kích thích nhiệt ở 2 chi dưới. chụp phim thấy hẹp nặng đĩa đệm, bệnh khớp và loãng xương.

CT sọ có teo vỏ não và giãn não thất. MRI vài năm trước thấy teo vỏ não, giãn não thất 3/4, 1 số vùng thay đổi tín hiệu chất trắng dưới vỏ. phim hiện tại hẹp đĩa đệm nặng, bệnh khớp và loãng xương.

Bạn sẽ làm gì?

Có nhiều vấn đề xảy ra đồng thời ở bệnh nhân này. Đầu tiên, và có lẽ quan trọng nhất, ông có sa sút trí tuệ hoặc bệnh não do nguyên nhân khác. Sa sút trí tuệ có vẻ là nguyên nhân nhiều khả năng dẫn đến tình trạng tinh thần của bệnh nhân mà bệnh Alzheimer là một nguyên nhân có thể xảy ra. Nhưng vấn đề cần quan tâm là yếu chi dưới và đại tiểu tiện không kiểm soát. Sự xuất hiện tăng phản xạ chi dưới nên nghĩ đến rối loạn chức năng ống sống nghi tổn thương tuy sống. sự khác nhau về phản xạ và trương lực cơ chi trên và dưới gợi ý nghi ngờ tổn thương tuy ngực

Một số vấn đề gây nhiễu, tuy nhiên khó giải thích. Giãn não thất là giãn ra hay chỉ đơn giản là mở rộng đường kính do mất vỏ não? Giãn não thất áp lực dịch não tuy bình thường (NPH) có thể gây các triệu chứng như: dáng đi không bình thường, tiểu không tự chủ và suy giảm nhận thức. có thể tăng phản xạ do tổn thương tuy sống hay tuy cổ? các triệu chứng chỉ dưới trội hơn do tổn thương vùng tuy thắt lưng hay tuy cùng? Khám cảm giác không giúp ích gì nhiều vì không có mức độ cảm giác rõ ràng. Trong thực tế, mất cảm giác ở đâu xa chỉ dưới thường do viêm đa dây thần kinh hon là rối loạn chức năng thần kinh trung ương (CNS).

Mặc dù MRI cột sống trước đây không thấy tổn thương tuy ngực, bệnh nhân vẫn có thể xuất hiện tổn thương mới. có thể do ngã, do chấn thương dẫn đến tụ máu ngoài màng cứng. Một khi điều này được loại trừ, có thể thăm dò kỹ hơn. Khám chức năng cảm giác cổ gắng khoanh vùng nơi bị gián đoạn bởi thần kinh chi phổi. nếu vùng cảm giác chỉ dưới giảm mạnh, chỉ trên giảm ít ít khi có khả năng bệnh lý tuy cổ. Nếu cả hai đều bị ảnh hưởng nặng Có thể hẹp ống sống.

Một chẩn đoán khác là NPH không nghĩ tới ở đây. Ngay cả trong trường hợp nghi ngờ cao thì việc dẫn lưu não thất cũng ít cải thiện triệu chứng. 1 quan niệm sai lầm hay gặp là chọc túi sống hút dịch để dự đoán kết quả dẫn lưu não thất. Điều này hay có kết quả âm tính giả và dương tính giả. Vì vậy, không nên chọc DNT ở bn này. Điện não đồ nên làm vì con động kinh tái phát có thể dẫn đến tình trạng không kiểm soát và suy giảm nhận thức. kiểm tra CTM, sinh hóa và chức năng tuyến giáp.

rối loạn chức năng nhận thức của bệnh nhân rất có thể là hậu quả của bệnh Alzheimer kết hợp với bệnh thiếu máu cục bộ dưới vỏ. có thể dùng thuốc ức chế cholin esterase.

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Rối loạn về dáng đi người già do nhiều yếu tố
- Tổn thương túi sống cấp cần phân biệt với viêm đốt sống mạn và các nguyên nhân khác
- Chụp phim đánh giá NPH.

#### Further Reading

- Marmarou A, Young HF, Aygok GA, et al. Diagnosis and management of idiopathic normal-pressure hydrocephalus: a prospective study in 151 patients. *J Neurosurg.* 2005;102(6):987–997.
- Mummaneni PV, Kaiser MG, Matz PG, et al. Cervical surgical techniques for the treatment of cervical spondylotic myelopathy. *J Neurosurg Spine.* 2009;11:130–141.
- Singh A, Crockard HA, Platts A, Stevens J. Clinical and radiological correlates of severity and surgery-related outcome in cervical spondylosis. *J. Neurosurg.* 2001;94:189–198.

Một phụ nữ 69 tuổi vào cấp cứu vì chóng mặt sau khi tỉnh dậy sáng nay. Cô không có triệu chứng khác, nhưng không thể đi lại được. Bà mô tả cảm giác quay quay trong đầu. bn không có thay đổi thị lực, nói khó rõi loạn cảm giác hay suy nhược. Bà buồn nôn nhẹ khi gắng sức hoặc đi bộ. tiền sử tăng huyết áp và tiểu đường. đã phẫu thuật đục thủy tinh thể 2 bên nhiều năm trước. tiền sử không có chóng mặt. dấu hiệu sinh tồn bình thường, cổ mềm, phổi thô, tim bình thường. phản xạ ánh sáng đồng tử kém, rung giật nhãns cầu chiều ngang (tệ hơn ở bên trái), đi không vững. nói có chút ngọng, cô nghĩ do bị rơi răng giả lần trước. trương lực cơ bình thường. phản xạ hơi giảm. cảm giác giảm nhẹ ở chân. CT sọ có teo vỏ não và thay đổi chất trắng tinh tế ở 2 bên.

**Bạn sẽ làm gì?**

Bước đầu tiên trong việc đánh giá những bệnh nhân này là phân biệt các triệu chứng chính của chóng mặt (1) chóng mặt,

(2) đau óc quay cuồng, và (3) mất thăng bằng. có một số bệnh nhân sử dụng từ "chóng mặt" để chỉ những nhận thức khác như rối loạn, thay đổi thị giác, vụng về hoặc thậm chí lo lắng.

Bệnh nhân sử dụng các từ "mất thăng bằng", "lung lay", và "không ổn định" để chỉ sự mất cân bằng, thường gọi ý liên quan tiểu não, vỏ tiểu não hoặc rối loạn cảm giác tuy lỵ. CT scan sọ nên chụp để loại trừ xuất huyết não hoặc tiểu não. Đột quỵ cấp não hoặc tiểu não sẽ không thấy và cần chụp MRI để xác định. Nói chung, nguyên nhân mạch máu não gây chóng mặt hoặc mất thăng bằng sẽ kèm theo các dấu hiệu khác của thiếu máu cục bộ. Một nguyên nhân mạch máu não thường gây chóng mặt là hội chứng Wallenberg, do thiếu máu cục bộ tùy bên có thể gồm khó nuốt, nói lắp, mất cảm giác cùng bên ở mặt, chóng mặt, rung giật nhăn cầu, hội chứng Horner và nhìn đôi. Trong một số trường hợp, thất điệu và chóng mặt không chiếm ưu thế.

Những bệnh nhân thực sự chóng mặt, có thể tổn thương vùng ốc tai, dây thần kinh tiền đình hoặc trung tâm tiền đình ở não. Buồn nôn thường do viêm mề đao tao, liên quan tiền đình là nguyên nhân hay gặp ở mọi lứa tuổi. Trong trường hợp của cái gọi là chóng mặt "ngoại vi" (bệnh lý thần kinh mề đeo hoặc tiền đình) MRI sẽ âm tính, có tăng chóng mặt và buồn nôn khi quay đầu về phía bên tai có rối loạn chức năng ở tư thế nằm ngửa. Ngoài ra, rung giật nhăn cầu (thường ngang hoặc chéo hơn là thẳng đứng) cũng gặp trong trường hợp này nhưng có thể khác nhau. Liên quan dây thần kinh tiền đình có thể do u ở góc cầu tiểu não hoặc nhiễm trùng khoang dưới nhẹn. Do đó MRI và chụp dịch não tủy nếu có dấu hiệu thần kinh khu trú

Cần tìm nguyên nhân bệnh lý khác như giang mai.

Electronystagmography (ghi điện rung giật nhãn cầu) có thể tìm nguyên nhân chóng mặt nhưng nguyên nhân mạch máu không thể loại bỏ như thuyên tắc mạch nhỏ (dm thính giác hoặc tiền đình) hoặc sinh lý bệnh tắc mạch khác có thể dẫn đến chóng mặt đơn thuần. Những nguyên nhân khác do thuốc, bệnh Meniere, rò hạch lympho và đau nửa đầu (xem Bảng 8.1).

**TABLE 8.1 nguyên nhân chóng mặt đơn thuần**

---

Chóng mặt lành tính do tự thế

Do thuốc—aspirin, NSAID, phenytoin, aminoglycosides

Viêm neuron tiền đình/viêm mề đao tai

bệnh Meniere

Sau chấn thương

Liên quan thị giác

Rò hạch lympho

Viêm màng não

Ung thư, lao, nấm, nhiễm khuẩn

Hội chứng Ramsay Hunt

U cuống phổi hoặc u tiêu não- cầu não

Con động kinh cục bộ phức tạp

Migraine

Mô thần kinh hóa xơ

U tân tạo

Dị dạng động mạch não (AVM)

Hội chứng Cogan—bệnh tự miễn tai trong

Hội chứng Arnold Chiari

viêm màng não, viêm động mạch

xuất huyết trong mề đao (leukemia, chấn thương)

Sarcoidosis

Tăng thông khí

Nhược giáp

Hạ glucose

Loạn nhịp

U tuy thượng thận

---

Viêm nơ ron tiền đình, không giống như chóng mặt lành tính do tư thế. bệnh Meniere cuối cũng dẫn đến ù tai. Rò quanh ống bạch huyết cũng thường liên quan mất thính giác, thường có tiền sử tập tạ, chấn thương áp suất, lặn biển hoặc thổi áp lực mạnh vào mũi. Trong chóng mặt migrainous thường có tiền sử đau nửa đầu, hoặc ít nhất là tiền sử gia đình, đỡ khi dùng thuốc (ví dụ, triptans). chóng mặt tâm lý có thể xảy ra nhưng không có rung giật nhãn cầu và các dấu hiệu thần kinh khác, tiền sử lo âu sợ hãi hoặc con hoảng loạn.

Đầu óc quay cuồng thường liên quan đến giảm tươi máu não. ftis có thể là do mất nước hoặc bệnh lý tim mạch. Tiếp cận nên khám tim mạch kỹ và ECG. Siêu âm tim, CT mạch có thể cần. test bàn nghiêng nếu nghi do tư thế

Bệnh nhân này có vẻ như không chỉ chóng mặt nhưng các triệu chứng khác có thể do vấn đề răng miệng của cô, phản xạ ánh sáng kém có thể do phẫu thuật đục thủy tinh thể, dáng đi bất thường do chóng mặt hoặc bệnh thần kinh ngoại biên. Vì vậy, có thể do nguyên nhân tiền đình. Nhưng ở tuổi này có nguy cơ đột quy nên cần chụp ct kiểm tra.

Mặc dù do nhiều nguyên nhân, chóng mặt có thể được điều trị khá tốt với anticholinergic hoặc thuốc kháng histamine. Nếu chóng mặt nghi do migrain có thể cho dùng thử triptan (nếu đã loại trừ bệnh mạch não và tim mạch).

### KEY POINTS TO REMEMBER

- Chóng mặt có thể biểu hiện nhiều dạng khác nhau như chóng mặt, mất thăng bằng hay choáng
- Nếu bn có yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành hay mạch não cần chụp ct, mri và siêu âm tim.
- Chóng mặt nghi có bệnh lý nội sọ cần chọc DNT nếu không có chứng chỉ định.
- Chóng mặt mà không ngất có thể cần đánh giá vấn đề tim mạch.

### Further Reading

Grad A, Baloh RW. Vertigo of vascular origin: clinical and electronystagmographic features in 84 Cases. *Arch Neurol.* 1989;46:281–284.

Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006;37:2484–2487.

Neuhauser H, Lempert T. Vertigo and dizziness related to migraine: a diagnostic challenge. *Cephalalgia.* 2004;24:83–91.

Một phụ nữ 68 tuổi đột nhiên mất ý thức từ chiều qua.

Sáng nay cô nói với con gái về việc này. Lần trước bị đột ngột mất ý thức nên ngã. Hiện tại cô thấy ổn nhưng khá lo lắng. cô không đại tiểu tiện không kiểm soát. Cô có đau đầu nhẹ sau cơn ngất ngày hôm qua nhưng hiện tại thì không. Tiền sử COPD và THA kiểm soát tốt. huyết áp hiện tại 148/78, không thay đổi theo tư thế (142/76 ngồi, 146/70 đứng), mạch 88, đều. thở 14l/p, không sốt. khám thần kinh bình thường, phổi hợp vận động, dáng đi bình thường. Cô lo lắng điều này sẽ xảy ra lần nữa, đặc biệt khi lái xe

**Bạn sẽ làm gì?**

Mất ý thức do ngất là lí do bệnh nhân hay vào viện nhất. Đầu tiên cần xác định xem bệnh nhân ngất thật sự hay mất ý thức thoáng qua. Hỏi điều này qua nhân chứng và bằng chứng chấn thương trong quá trình ngã (hay đi kèm với ngất), khám các manh mối về sự mất ý thức Bảng 9.1 liệt kê nguyên nhân gây mất ý thức, trong đó có giảm cung lượng tim (giảm tưới máu não), hạ đường huyết, thiếu oxy, tai biến mạch não và co giật.

Trong trường hợp trên, không nghĩ đến đột quy vì khám thần kinh bình thường, loại trừ xuất huyết sau chụp CT. tắc tuần hoàn sau não có thể nhưng khó xảy ra do không có

**TABLE 9.1 nguyên nhân mất ý thức**

---

Loạn nhịp tim

nmct

viêm màng ngoài tim trong chèn ép tim

bệnh cơ tim

hở dmc

hở van 2 lá

phình dm chủ

hạ huyết áp tư thế

tràn khí màng phổi

hở dm phổi

tăng áp dm phổi

tắc mạch phổi

đột quy

xuất huyết dưới nhện

ngất do xoang cảnh

Hạ đường huyết

Thiếu máu

thiếu oxy tăng c02 ngất do

phản xạ phế vị

tâm lý

---

các triệu chứng đi kèm như chóng mặt, mất thăng bằng, loạn nhịp, tê mặt hoặc mất thị lực. MRI não hoặc chụp mạch máu (MRI hay CT) có thể loại trừ nguyên nhân này.

loạn nhịp làm giảm cung lượng tim nhung theo dõi nhịp tim, ECG có thể phát hiện nguyên nhân này. Kiểm tra huyết áp đánh giá khả năng cướp máu động mạch dưới đòn. 1 manh mỗi nghi ngờ là ngất khi vận động cánh tay cùng bên (thúc đẩy cướp máu đâm đốt sống để cấp máu cho cánh tay) Chụp X-quang và siêu âm tim để loại trừ viêm màng ngoài tim, chèn ép, van hai lá, van động mạch chủ hoặc bệnh lý nhĩ, bệnh cơ tim. Hạ huyết áp, nỗi tĩnh mạch cổ, mạch yếu và nghe tim để phát hiện bệnh tim. hạ huyết áp tư thế (OH) loại trừ tương đối đơn giản. Sự sụt giảm huyết áp tâm trương hơn 10 mmHg hoặc huyết áp tâm thu hơn 20 mm, khi bệnh nhân ngồi hoặc đứng lên để chẩn đoán. Nếu nhịp nhanh khi thay đổi tư thế cần nghi ngờ giảm thể tích tuần hoàn. Nguy cơ OH do tác dụng phụ của thuốc như (anticholinergics, dopaminergics hoặc thuốc lợi tiểu), bệnh thần kinh tự trị (ví dụ, tiểu đường hoặc amyloid bệnh thần kinh), bệnh Parkinson, giảm thể tích tuần hoàn và thiếu máu. Nếu xác định hạ huyết áp tư thế cần tìm nguyên nhân.

ngất do phản xạ phế vị cũng gọi là ngất do thần kinh tim do tăng hoạt động thần kinh phó giao cảm bởi stress, sợ hãi, ho quá mức, đau hoặc bí tiểu. nhịp chậm và tụt huyết áp làm giảm tưới máu não gây toát mồ hôi, xanh xao và buồn nôn. Ngất do phản xạ phế vị sử dụng nghiệm pháp bàn nghiêng phân biệt ngất do tụt áp tư thế đứng. điều trị bằng tránh nguyên nhân, bù dịch và thuốc

đau ngực và đau bụng, khó thở có thể gặp trong nmct, tràn khí màng phổi, lòc tách dm chủ

và thuyên tắc phổi. nên kiểm tra men tim. Thiếu máu, thiếu oxy, tăng c02 và rối loạn chuyển hóa khác loại trừ bằng xét nghiệm và đo sp02. Ngất do xoang cảnh vì xoang cảnh bị ép khi cổ áo chật, dây đeo ba lô hoặc áp lực bên ngoài dẫn đến mạch chậm và giãn mạch gây tụt huyết áp hệ thống

Động kinh cũng gây mất ý thức. cần chú ý khoảng sau con ở bn động kinh. Bệnh nhân có xu hướng phục hồi khá nhanh chóng sau khi ngất do tim mạch. mạnh mẽ quan trọng khác cắn vào lưỡi hoặc không kiểm soát. ngộ độc thuốc là một khả năng. ngất do tâm lý gấp ở bệnh nhân trầm cảm, lo âu và hoảng loạn. cơ chế ngất phế vị, tăng thông khí hoặc lo âu là nguyên nhân sâu xa ở bệnh nhân này.

Vì vậy đây là 1 trường hợp khó, cần làm EEG thêm để đánh giá

### KEY POINTS TO REMEMBER

- Ngất có thể do nhiều nguyên nhân như tim mạch, phổi, thuyên hóa, thần kinh và tâm lý.
- Khám kĩ thần kinh, tim phổi, hỏi tiền sử, đo huyết áp 2 bên + đếm mạch
- Xét nghiệm sinh hóa, men tim. ECG, EEG, XQ, siêu âm tim
- chụp mạch máu não cũng nên làm trong trường hợp ngất kèm dấu hiệu thần kinh khu trú

## 10 đột ngột mất thị lực 1 bên

nhân viên nữ phòng thí nghiệm 46 tuổi vào viện vì đột ngột mất thị lực mắt phải. thị lực vẫn bình thường vào hôm trước. khám dấu hiệu sinh tồn bình thường, cổ mềm, khám tim phổi bụng bình thường, không có phát ban trên da. Xét nghiệm thông thường bình thường. khám mắt bình thường, không có phù gai thị, đồng tử phản ứng chậm với ánh sáng dạng hướng tâm (Marcus Gunn). khám thần kinh bình thường không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

***Bạn sẽ làm gì?***

Đột ngột mất thị lực là vấn đề khó. Bắt buộc phải tìm nguyên nhân và xử tri. May mắn cho các bs thần kinh là bệnh khoa mắt, nhưng tai hại hơn khi bs mắt mòi hội chẩn vì "nguyên nhân mắt đã được loại trừ."

chẩn đoán phân biệt mất thị lực một mắt cấp có thể được chia thành các loại sau, bắt đầu từ nguyên nhân ngoại vi tới trung ương

1. đục giác mạc, thủy tinh thể hoặc dịch thủy tinh
2. bệnh võng mạc
3. thiếu máu cục bộ võng mạc hoặc mắt
4. Bệnh thần kinh thị giác, thiếu máu cục bộ hoặc hủy myelin
5. bệnh vị trí giao thoa
6. giả vờ

mờ mắt do phù giác mạc hoặc xuất huyết thủy tinh thể thường không gây chẹn dẫn truyền xung thần kinh làm mờ hoặc mất hình ảnh. nói chung là không đau. Thường sẽ soi đáy mắt bởi bs nhãn khoa. Viêm mống mắt và viêm màng bồ đào có thể che khuất tầm nhìn do phù cục bộ, nhưng đau mắt và thường viêm ở mắt. Viêm bong võng mạc thường không đau và bắt đầu với sự bóc tách thủy tinh thể, bong võng mạc cuối cùng có thể dẫn đến hiện tượng đồng tử Marcus Gunn. Bệnh nhân thường bắt đầu mất thị giác ngoại vi. Soi đáy mắt thường không thấy gì mặc dù thi thoảng có thể thấy hình ảnh màu trắng "cuồn cuộn" bong tách khỏi nhãn cầu. dùng thuốc nhỏ sẽ gây giãn đồng tử

Thiếu máu võng mạc có thể biểu hiện nhiều dạng khác nhau. Mù thoáng qua thường xảy ra do thuyên tắc huyết khối xơ vữa động mạch hoặc 1 nhánh võng mạc từ động mạch cảnh. Thỉnh thoảng, có thể nhìn thấy mảng xơ vữa hoặc vôi hóa trong động mạch võng mạc trên khi soi đáy mắt. Nếu nhồi máu đủ lâu sẽ tổn thương thiếu máu võng mạc và gây giảm thị lực vĩnh viễn

tắc động mạch võng mạc có thể gây chẹn xung thần kinh. Soi đáy mắt thấy 1 khu vực nhợt trên võng mạc có điểm vàng đỏ do biểu mô mỏng. điều trị ít hiệu quả, có thể massage mắt hỗ trợ. Cần tìm nguyên nhân và điều trị để ngăn thiếu máu cục bộ thần kinh trung ương. tắc động mạch thị giác cũng có thể gây mất thị lực 1 mắt giống như đột quỵ ở những nơi khác do huyết khối động mạch, tim hoặc xơ vữa động mạch bị hẹp

Tắc tĩnh mạch võng mạc trung tâm là một nguyên nhân khá thường gặp gây mất thị lực 1 mắt, soi đáy mắt thấy xuất huyết võng mạc và phù gai thị. Mất thị lực liên quan tắc tĩnh mạch thường không nặng như tắc động mạch, chưa có phác đồ điều trị tốt nhất. viêm động mạch thái dương (TA, hoặc bệnh viêm động mạch tế bào khổng lồ, GCA) ảnh hưởng đến động mạch thái dương và phần ngoài màng cứng của động mạch cảnh và động mạch đốt sống. mất thị lực có thể xảy ra do thiếu máu đến võng mạc và / hoặc dây thần kinh thị giác. TA thường có biểu hiện đau đầu dữ dội và bị đau đột ngột do thấp khớp. có thể dùng corticoid tĩnh mạch để giảm mất thêm thị lực. viêm mạch võng mạc cũng có thể gây suy giảm thị lực một mắt, chẩn đoán bằng soi mắt và thuốc giãn đồng tử, chụp võng mạch huỳnh quang (flourescein angiography).

Thiếu máu cục bộ thần kinh thị giác vùng trước thường xảy ra ở bn tiểu đường, cao huyết áp hoặc lupus. Thường thấy phù gai thị đầu tiên. Điều trị nhằm vào các nguyên nhân tiềm ẩn và bệnh nhân thường có cải thiện. viêm dây thần kinh thị giác (ON) do mất myelin cấp tính thường đau và chặn xung thần kinh hướng tâm, mất thị lực. phù gai thị thường gặp trong viêm gần vùng võng mạc, nhưng khi nó ở sau nhãn cầu chẩn đoán dựa vào nghi ngờ lâm sàng kèm MRI mất myelin nhu mô. Ngoài ra, MRI có thể tiết lộ tình trạng viêm thần kinh thị giác. điều trị chuẩn của ON là IV methylprednisolone.

Viêm dây thần kinh thị giác có thể là hội chứng độc lập như trong viêm tủy- thị thần kinh (NMO) hoặc bệnh Devic. Bệnh leber Leber liên quan ty thể dẫn đến bệnh thần kinh thị giác 1 bên, chưa rõ điều trị

tổn thương hoặc nhiễm trùng ảnh hưởng đến thần kinh thị giác khu vực lỗ thị giác thường tiến chậm với sự suy giảm thị giác trong vài tuần hoặc lâu hơn.

kiểm tra nhô thuốc giãn đồng tử thấy bình thường, làm tiếp: CTM, máu láng, CRP, kháng thể kháng nhân, hbA1c, MRI não, MR chụp mạch và / hoặc siêu âm động mạch cảnh và siêu âm tim. Nếu nghi ngờ bệnh hủy myelin, làm kháng thể NMO kiểm tra. Nếu chẩn đoán không rõ ràng, định lượng kháng thể Lyme, HIV, chọc DNT kiểm tra protein, glucose, nấm, lao, cây dịch

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ khám Nhãn khoa rất quan trọng trong việc khám giảm thị lực 1 bên cấp, soi đáy mắt thuốc giãn đồng tử
- ■ Khi nguyên nhân nhô mắt và mù một mắt đã loại trừ, thiếu máu vũng mạc, thiếu máu cục bộ vùng trước dây thần kinh thị giác và viêm thần kinh mắt myelin.
- ■ mất thị lực cấp tính cần chụp MRI, MRI mạch, ESR.

11

đau đầu như sét đánh (thunderclap headache)

Một phụ nữ 37 tuổi xuất hiện đau đầu dữ dội khi đi xe đạp leo đồi. cô gọi 911 đến viện bằng xe cứu thương. Cô chưa bao giờ đau đầu. 2h sau cơn đau đầu, cô xuất hiện nhìn mờ. CT và chọc DNT âm tính., khám thần kinh và toàn thân bình thường.

*Bạn sẽ làm gì?*

Đây gọi là trường hợp "đau đầu như sét đánh." Hầu hết bệnh nhân sẽ được tìm các nguyên nhân nguy hiểm như xuất huyết nội sọ hoặc dưới nhện bằng CT hoặc chọc DNT (Xem bảng 11.1-Nguyên nhân của đau đầu sét đánh). Thấy "sao bay" và phàn nàn về rối loạn thị giác dai dẳng có thể là đau mõi tìm ra nguyên nhân căn bản của đau đầu. Khi các thăm dò đều âm tính? Cần nghĩ những nguyên nhân chỉ xác định với hình ảnh kỹ thuật cao. Ví dụ MRI phát hiện huyết khối tĩnh mạch não, nhưng MRI nhiều khi cũng không phát hiện ra huyết khối trong mạch não. Hội chứng co mạch máu não hồi phục (RCVS), còn được gọi là "hội chứng Call-Fleming," thường xuất hiện đau đầu đột ngột hoặc nghiêm trọng và dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện muộn. Không giống như viêm mạch CNS, dịch não tuy ở RCVS nói chung bình thường và MRI bình thường, dấu hiệu của RCVS là có hẹp động mạch thấy trên chụp mạch. May mắn thay, CT chụp động mạch có vẻ khá nhạy. Điều thú vị là, RCVS thường gây triệu chứng (đau đầu trầm trọng) sau khi tập thể dục mạnh và cũng có thể là lời giải thích cho triệu chứng của bệnh nhân này. RCVS có thể dẫn đến chảy máu dưới nhện do phình mạch tự vỡ. Trong khi hầu hết các trường hợp RCVS là rối loạn tự hết, thuốc chẹn kênh canxi thường dùng để giảm nguy cơ đột quỵ.

**TABLE 11.1 Causes of Sudden (Thunderclap) Headache**

- xuất huyết dưới nhện
- tăng huyết áp hoặc xuất huyết nội sọ
- huyết khối tĩnh mạch não
- bóc tách động mạch cảnh hoặc động mạch đốt sống
- giảm áp lực nội sọ
- viêm mạch não
- hội chứng co mạch máu não có hồi phục (RCVS)
- tăng huyết áp cấp tính
- viêm xoang xương bướm

Bóc tách động mạch cảnh hoặc động mạch đốt sống có thể gây đau đầu cấp tính nặng và không có triệu chứng thần kinh khác. Một lần nữa, cần chụp MRI mạch máu để loại trừ viêm xoang xương bướm cũng có thể đau đầu đột ngột, chẩn đoán dễ dàng trên CT, MRI. Giảm áp lực nội sọ thường làm tăng tình trạng đau đầu khi ngồi hoặc đứng, ngả ra, tăng đau đầu khi gắng sức có thể tương tự như đau nửa đầu, thậm chí đau cả ngày. Tương tự như vậy, đau đầu do cực khoái, là loại nhức đầu lành tính, có thể bắt chước nguyên nhân mạch máu. Điểm phân biệt là xuất hiện định kỳ, đột ngột liên quan tới cực khoái. Nhưng hiếm ai cực khoái khi đang đi xe đạp.

Nhưng chúng ta đã thực sự loại trừ phình mạch berry là nguyên nhân gây đau đầu cấp tính nghiêm trọng ở bệnh nhân này? Chụp CT có thể có khả năng phát hiện SAH, nhưng 1-5% có âm tính giả. Do đó, cần chọc DNT nhưng cũng có dương tính giả, đặc biệt có xuất huyết gần đây. Nhiều bn có phình mạch berry hoặc rò phình mạch cũng có đau đầu sét đánh mà không có máu trong DNT. MRI thường rất nhạy với chảy máu dưới nhện, khi CT hay DNT không phát hiện ra. cơ chế đau đầu cấp do phình mạch chưa rõ nhưng có thể do các thụ thể nhận cảm đau ở vách phình mạch.

Vì vậy, làm gì khi CT và DNT âm tính? Cần chụp MRI để loại trừ

xuất huyết, MRA mạch máu não phát hiện phình mạch (hoặc AVM) và hẹp động mạch, MRA mạch cảnh tim bóc tác, và MR tĩnh mạch loại trừ huyết khối tĩnh mmachj não. MR chụp động mạch không nhạy như CT chụp mạch để phát hiện phình berry

Nếu tất cả các nguyên nhân nghiêm trọng gây đau đầu sét đánh được loại trừ, có thể nghĩ đến nguyên nhân “nhức đầu sét đánh lành tính” dùng thử indomethacin hoặc morphin nếu cần

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ đột ngột đau đầu dữ dội cần chụp CT, nếu âm tính cần chọc DNT để loại trừ xuất huyết.
- ■ Một số nguyên nhân có thể không phát hiện ra dù chụp CT, MRI hay chọc DNT

#### Further Reading

- Day JW, Raskin NH. Thunderclap headache: symptom of unruptured cerebral aneurysm. *Lancet*. 1986;2(8518):1247–1248.
- Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, et al. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. *JAMA*. 2004;291:866–869.
- Singhal AB. Diagnostic challenges in RCVS, PACNS, and other cerebral arteriopathies. *Cephalgia*. 2011;31:1067–1070.

## 12 sốt + mê sảng

Một người đàn ông 42 tuổi tâm thần phân liệt được đưa đến viện vì phát hiện có lú lẫn, lơ mơ và sốt. nhìn sắc thái kém ngày hôm qua, ăn kém. Bn không đáp ứng với lời nói nhưng thở đều. nhiệt độ 40C, huyết áp 160/100, mạch 120, không phát ban, cổ mềm, tim phổi bình thường. bụng mềm không đau. khám thần kinh, tình trạng tâm thần không có dấu hiệu khu trú. Bạch cầu 16.000, CK 10.500.

**Bạn sẽ làm gì?**

thuốc an thần có thể gây ra nhiều triệu chứng thần kinh:

(1) loạn trương lực cơ cấp, (2) nằm không yên, (3) rối loạn vận nhăn, (4) Parkinson, (5) rối loạn vận động muộn, và (6) Hội chứng thần kinh ác tính (NMS). Bệnh nhân rối loạn điển hình liên quan TKTW (NMS): tăng thân nhiệt, cứng cơ, mạch nhanh CK cao. Viêm não có thể làm co cứng cơ và tăng CK. Các thuốc như cocaine và chất kích thích (3,4-methylenedioxymethamphetamine hoặc MDMA) và các độc tố khác dẫn đến bệnh não và sốt, cũng như hội chứng cai nghiện kể cả ethanol. Trạng thái động kinh có thể tăng CK nhưng không đến mức này. Các nguyên nhân khác như tăng thân nhiệt ác tính, hội chứng serotonin, quá liều kháng acetylcholin và bệnh dại.

Tăng thân nhiệt ác tính là một rối loạn di truyền do đột biến thụ thể ryanodine biểu hiện sốt, co cứng, run, mê sảng kích động và tâm thần ảo giác, sau đó tiến triển sưng sờ và hôn mê. Thường liên quan thuốc mê hô hấp và / hoặc giãn cơ. Điều trị làm mát, Dantrolene sodium (giải giãn cơ) 1- 2 mg / kg IV liều lặp đi lặp lại và bicarbonate để bù toan chuyển hóa. Loạn nhịp tim xử trí, bù điện giải. Tăng thân nhiệt ác tính có thể khó phân biệt với hội chứng thần kinh TU NMS, vì thế tiền sử rất quan trọng. hội chứng serotonin (SS), liên quan nhiều loại thuốc có serotonin (ví dụ, SSRI với chất ức chế monoamine oxidase [MAO]), biểu hiện tương tự, nhưng thường đi kèm tăng phản xạ trái ngược với NMS mà thường gây giảm phản xạ. Ngoài ra, bệnh nhân có hội chứng SS thường không tăng bạch cầu. Điều trị

bao gồm các thuốc chặn serotonin như methysergide hoặc Cyproheptadine. viêm não do virus bệnh dại giống NMS hơn một chút so với herpes simplex hoặc viêm não virus khác. Bệnh nhân có thể sốt, kích động, hiếu thắng, ảo giác, lú lẫn và cuối cùng là co giật và hôn mê. creatine phosphokinase (CPK) không tăng cao như trong NMS.

Quá liều thuốc kháng cholinergic như TCA và thuốc kháng histamine, có thể gây sốt, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, bệnh não và cứng cơ. Da thường khô và có giãn đồng tử.

Vì vậy, chẩn đoán trong trường hợp mê sảng có tăng thân nhiệt, chẳng hạn như bệnh nhân ở đây thường khó và lắn các triệu chứng như trong bảng (Bảng 12.1 và 12.2). phương pháp chẩn đoán gồm chụp CT sọ, chọc DNT, phân tích DNT như PCR virus, EEG, CBC, sinh hóa máu, myoglobin nước tiểu, nồng độ lactate, khí máu động mạch và cấy máu.

Một trong những cạm bẫy trong việc chẩn đoán NMS là trong giai đoạn đầu bệnh nhân có thể dễ điều trị bằng thuốc an thần liều cao trong khi thực tế phải ngưng dùng thuốc an thần. NMS có thể do dùng thuốc an thần trong vòng 3 ngày hoặc ngưng dùng thuốc dopaminergic như L-Dopa hoặc bromocriptine. Ngừng baclofen cũng có thể gây ra NMS. Biểu hiện hay gặp là lú lắn và mê sảng sau kích động, run rẩy và ảo giác. Khám thấy co cứng, run, co giật, rối loạn và sốt. Điều trị bao gồm làm mát, Dantrolene sodium 1-2 mg / kg

---

#### **TABLE 12.1 chẩn đoán phân biệt tăng thân nhiệt + mê sảng**

Viêm màng não vi khuẩn

Viêm não virus

Bệnh dại

Tăng thân nhiệt ác tính NMS

hội chứng Serotonin

quá liều Anticholinergic

quá liều —cocaine, amphetamines

cai rượu

---

**TABLE 12.2 SO SÁNH LÂM SÀNG h/c Serotonin, Neuroleptic Malignant Syndrome, tăng thân nhiệt ác tính và quá liều Anticholinergic**

Triệu chứng	Serotonin syndrome	NMS	TTNAT	Anticholinergic quá liều
Mê sảng	+	+	+	+
Sốt	+	+	+	+
RL c/n tự động	+	+	+	+
Đồng tử	giản			giản
nôn/ buồn nôn	+			
co cứng	+	+	+	+
phản xạ	tăng	giảm	giảm	
giật rung	+			
run	+			
CK	cao	cao	cao	
Điều trị	benzodiazepine, bromocriptine, cyproheptadine, dantrolene, antihistamine		dantrolene benzodiazepine	

IV, lặp đi lặp lại và bromocriptine 2,5 đến 10 mg 3 lần/ngày. mất dịch phải bù dịch, làm mát như chườm đá, chăn làm mát, thuốc hạ sốt. khi có tiêu cơ vân, bù dịch + kiềm hóa nước tiểu bằng truyền natri bicarbonate

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Bệnh não do sốt cần tiếp cận và điều trị kháng sinh ngay lập tức
- Co cứng cơ và CK cao gợi ý bệnh não do sốt trong NMS
- Điều trị NMS gồm bù dịch, làm mát, giãn cơ, ngừng ngay thuốc an thần

Để tránh suy thận. Benzodiazepines dùng làm giảm căng cứng cơ.

#### Further Reading

- Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry*. 2007;164:870–876.
- Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, DeRoos F, Francis A. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1222–1228.
- Odagaki Y. Atypical neuroleptic malignant syndrome or serotonin toxicity associated with atypical antipsychotics?. *Curr Drug Saf*. 2009;4:84–93.

## 13 đột quy cấp sau 3h

Một người đàn ông 59 tuổi tiền sử tăng huyết áp xuất hiện khó di chuyển cánh tay phải khoảng 3 giờ trước và ngay sau đó kèm theo nói khó. Cả hai triệu chứng này vẫn tiếp diễn. Trước đó có đau đầu thoáng qua nhưng hiện tại thì không. Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, nói khó nhưng không loạn ngôn, giảm chuyển động vùng mặt dưới mắt phải, có vấn đề khi cử động cánh tay phải. Khám bình thường nhưng lỗi phát âm khi nói liên tục. Liệt cơ delta phải, cơ tam đầu, bắp tay, cơ duỗi cổ tay và cơ duỗi ngón tay khoảng 4/5. Cảm giác còn nguyên vẹn. Phổi hợp vận động và dáng đi bình thường. CT sọ âm tính, điện tâm đồ nhịp xoang, không có bất kỳ dấu hiệu thiếu máu cục bộ tim.

**Bạn sẽ làm gì?**

Yếu tố hoạt hóa mô -Tissue plasminogen activator (tPA, alteplase) không được FDA chấp thuận sử dụng trong đột quỵ trong khoảng thời gian dài hơn 3 giờ.

Khi các nhà nghiên cứu xem xét cẩn thận dữ liệu từ ba nghiên cứu của hội đột quỵ cấp châu Âu (ECASS III) khi dùng tPA trong đột quỵ, với những bệnh nhân không dùng chống đông, không bệnh tiểu đường và đột quỵ trước đó, dưới 80 tuổi với những người đột quỵ dưới  $4\frac{1}{2}$  giờ từ khi khởi phát triệu chứng, tiêm tĩnh mạch tPA thực sự có tác dụng. Các tiêu chí loại trừ khác bao gồm đột quỵ lớn (thang điểm đột quỵ NIH > 25). Vì vậy, nếu bệnh nhân chấp nhận, tPA có thể dùng tĩnh mạch trong trường hợp như thế này. Có thể chụp CT tưới máu hoặc MR để đánh giá mô não nguy cơ thiếu máu cục bộ.

Tuy nhiên, sử dụng liệu pháp tiêu huyết khối có nhiều rủi ro, đặc biệt là xuất huyết nội sọ nhưng lại có hiệu quả trong phục hồi chức năng ở 1 số bệnh nhân. Tiếp cận qua đường động mạch đến vị trí tắc, bơm TPA trực tiếp vào vùng này. Nguy cơ xuất huyết do chọc thủng mạch hoặc tái tưới máu gây tăng áp lực dòng chảy và huyết áp trong khi làm thủ thuật. Điều kiện tuyệt đối phải loại trừ trên CT hình ảnh xuất huyết, khối u, hình ảnh mạch máu thấy vị trí huyết khối, kiểm soát huyết áp và bs can thiệp có kinh nghiệm. Thời gian cửa sổ ở đây được coi là dài: 6 giờ với đột quỵ hệ tuần hoàn trước (anterior circulation stroke) và 12h với đột quỵ hệ tuần hoàn sau. Vì vậy, đây là lựa chọn khi đã quá thời gian dùng tiêu huyết khối tĩnh mạch.

Cuối cùng, có thể cố gắng lấy cục máu đông nhưng điều này vẫn đang thử nghiệm và nhiều rủi ro kể cả do những bàn tay nhiều kinh nghiệm nhất. Điều kiện tiên quyết là có tắc mạch não nhưng không kèm lóc tách động mạch. Người ta sử dụng dụng cụ Merci hoặc penumbra để tạo đầu dò xuyên qua huyết khối sau đó làm vỡ cục máu đông và sử dụng ống hút khi đã hoàn toàn phân rã cục máu đông. Trường hợp này cần chụp Ct mạch máu xác định huyết khối động mạch sau đó điều trị bằng IV hoặc tPA nội động mạch. Nếu đây là ine ff ective, hoặc nếu bệnh nhân quan tâm đến một cách tiếp cận sive aggress- hon, khai thác huyết khối cơ thể được cố gắng, nếu công nghệ này và các interventionist phỏng xạ thích hợp có sẵn. Nếu có thời gian, chụp MR tươi máu xác định vùng mô não có nguy cơ.

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Nghiên cứu lần 3 của hội đột quy châu âu (ECASS III) tăng thêm thời gian cửa sổ dùng IV tPA ở bn đột quy.
- Nội động mạch tPA là lựa chọn tốt khi quá thời gian cửa sổ dùng tPA tĩnh mạch.

## 14 đột quy vì thuyên tắc mạch do tim chống chỉ định dùng chống đông

Một người đàn ông 74 tuổi rung nhĩ mạn tính ngừng điều trị warfarin từ 3 tháng trước khi phát hiện thấy thiếu sắt và máu trong phân nhưng soi đại tràng và chụp đại tràng bình thường. tuần trước, ông có mất thị lực mắt trái thoảng qua và sáng nay, 8h trước, ông xuất hiện nói khó 45 phút sau khi ra khỏi phòng tắm. tiền sử đột quy tiểu não trái dẫn đến mất thăng bằng thoảng qua và chóng mặt, cùng thời điểm phát hiện rung nhĩ. Khám thấy bn khó nói, khó dùng từ, nói chậm. xét nghiệm bình thường. CT nhồi máu tiểu não cũ và có thay đổi tinh tế ở vùng vỏ não trái gần khe Sylvian. nhịp tim không đều khoảng 76 nhịp mỗi phút, huyết áp 134/76, và rung nhĩ/cuồng nhĩ trên ECG. Khám toàn thân và thần kinh bình thường.

**Bạn sẽ làm gì?**

Có thể bạn nghĩ bn này có thiếu máu cục bộ não tái phát do huyết khối gây nghẽn mạch từ tim. suy nghĩ tiếp theo của bạn có thể tập trung vào các biện pháp ngăn chặn tiến triển bằng chống đông nhưng ở đây cần chú ý những điều sau đây. Đầu tiên, thực tế là bệnh nhân này có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nặng. Thứ hai, có khả năng nhồi máu mới, có thể chuyển thành xuất huyết nếu dùng chống đông. Quá muộn để dùng tPA tĩnh mạch, mặc dù nếu đến trong thời gian cửa sổ, dùng tPA tĩnh mạch là 1 lựa chọn tốt. Vì vậy, cần cân nhắc rủi ro khi dùng chống đông- có lẽ chọn heparin tĩnh mạch so với nguy cơ tắc mạch mới. Nhưng cần cân nhắc nguy cơ xuất huyết tiêu hóa và xuất huyết não khi dùng chống đông. Đầu tiên, chúng ta hãy giải quyết những vấn đề về tiêu hóa. Trường hợp này CTM bình thường, không có xuất huyết tiêu hóa tiến triển, cần kiểm tra hồng cầu trong phân để xác nhận. Nếu tất cả đều tốt, điều trị heparin thời gian ngắn có lẽ an toàn. Điều trị dài hạn với warfarin có thể được cân nhắc trong trường hợp ít nguy cấp hơn, có lẽ là sau khi nội soi tiêu hóa kiểm tra cẩn thận. Để cẩn thận hơn thì theo dõi sát nồng độ. Theo nghiên cứu nguy cơ đột quy tái phát cao nhất trong vòng 2 tuần tới. vì vậy chúng ta có thể dùng chống đông thời gian ngắn.

Liệu có nguy cơ chuyển từ nhồi máu sang xuất huyết? hiện vẫn còn đang tranh cãi. nhồi máu lớn có nhiều khả năng bị xuất huyết. cần theo dõi huyết áp và aPTT để phòng xuất huyết nội sọ. Mặt khác, giảm huyết áp trong đột quỵ cấp có thể dẫn đến nhồi máu lan rộng

Có lợi không nếu sử dụng LMWH? Không; trong thực tế, có những nhược điểm như thời gian bán thải của LMWH dài, đảo ngược tác dụng bằng protamine lâu trong khi heparin dễ dàng đảo ngược tác dụng với protamine. Ngoài ra, hoạt động của nó không thể theo dõi bằng aPTT, và dùng LMWH tốn kém.

Vậy phải làm gì về cỗ gắng ngăn chặn thiếu máu não tái phát ở bệnh nhân này? Đây là vấn đề lâm sàng. Bạn nên giải thích cho bệnh nhân và gia đình ông hiểu và cân nhắc ưu nhược điểm. những gì có thể xảy ra. Siêu âm tim có thể loại trừ huyết khối trong tim nhưng huyết khối có thể hình thành bất cứ lúc nào. Cơ hội tái phát đột quy thường dưới 5% trong vài ngày đầu tiên nên gia đình có thời gian cân nhắc lựa chọn. MRI có thể phân định kích thước vùng đột quy, có hình ảnh nửa tối nửa sáng của thiếu máu sắp xảy ra. Bệnh nhân cần tư vấn về tiên lượng cấp và lâu dài, thuốc điều trị rung nhĩ, tim mạch...

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Cân nhắc xuất huyết tạng và não trước khi sử dụng chống đông trong đột quy cấp.
- Khi dùng chống đông tĩnh mạch có nguy cơ chuyển từ vùng nhồi máu thành vùng xuất huyết

- MRI sọ và siêu âm tim giúp đánh giá và dùng heparin.
- Nếu dùng chống đông sau đột quỵ cấp, cần kiểm soát huyết áp, theo dõi đông máu.

## Further Reading

- Hallevi H, Albright KC, Martin-Schild S, et al. Anticoagulation after cardioembolic stroke: to bridge or not to bridge? *Arch Neurol.* 2008;65:1169–1173.
- Gladstone DJ, Bui E, Fang J, et al. Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated. *Stroke.* 2009;40:235–240.
- Jørgensen HS, Nakayama H, Reith J, Raaschou HO, Olsen TS. Acute stroke with atrial fibrillation: The Copenhagen Stroke Study. *Stroke.* 1996;27:1765–1769.
- Singer OC, Humpich MC, Fiehler J, et al. . Risk for symptomatic intracerebral hemorrhage after thrombolysis assessed by DWI MRI. *Ann Neurol.* 2008;63:52–60.

## 15 tiến triển thiếu máu cục bộ hệ tuần hoàn sau

Một giáo sư đại học 68 tuổi vào cấp cứu vì loạn ngôn bắt đầu ở gần cuối của bài giảng của mình khoảng 6 giờ trước. Ông tiếp tục nói khó nhưng có vẻ đỡ hơn, mờ mắt trái trên đường đưa đến viện. khó cử động tay và chân phải khoảng 30 phút. Ông cũng nhìn đôi liên tục trong vài ngày qua. CT sọ bình thường, 1 số vùng teo vỏ não nhẹ. Ông đặt máy tạo nhịp do nhịp chậm nhiều năm qua, không thể chụp MRI. Ông dùng chẹn beta, statin, omeprazole và zolpidem vì mất ngủ. mạch 78, huyết áp 158/98, cổ mềm. Có tiếng thổi nghe ở động mạch cảnh phải. khám thần kinh liệt nhẹ mặt bên phải, mắt trái khó liếc ngang, tay chân phải yếu nhẹ và bán mạnh cùng bên trái. Phổi hợp vận động bình thường. dáng đi khó đánh giá do bn chóng mặt.

**Bạn sẽ làm gì?**

bệnh nhân có vẻ có biểu hiện thiếu máu cục bộ não vài tuần trước. triệu chứng liên quan hệ tuần hoàn sau khá rõ ràng như giảm nhận thức, mất đối xứng khuôn mặt, cành tay, yếu chân, liệt dây vận nhãn ngoài và bán mạnh cùng bên. rồi loạn chúc năng vùng dưới thân não cho thấy bất thường ở động mạch nền, gợi ý sắp tắc khu vực cấp máu bởi động mạch não sau bên phải (giảm thị lực mắt trái).

tắc động mạch thân nền là một trong những nguyên nhân có thể gây tổn thương lớn. nó có thể xuất hiện TIA liên quan tới cấu trúc não và não ở hố sau, như đã thấy ở bệnh nhân này, với triệu chứng như loạn ngôn, nhìn đôi, liệt nửa người, mất thị giác, rối loạn cảm giác và chóng mặt. Hoặc có thể rối loạn vận động và thân não nghiêm trọng kèm suy giảm tri giác. Nó có thể dẫn đến nhanh chóng hội chứng khóa trong “locked-in”. yếu tố nguy cơ huyết khối là tăng huyết áp.

Nguyên nhân khác ở đây là viêm màng não, viêm mạch, thiếu máu đa ổ, nhồi máu hoặc u, áp xe não, xuất huyết cầu não, nhồi máu tiểu não, xuất huyết kèm tăng ICP, khối trên lều... CT bình thường có thể loại trừ hầu hết trong số này.

tại thời điểm này, triệu chứng tương đối nhẹ đến vừa phải vẫn còn cơ hội để can thiệp. cần thêm thông tin để đánh giá mức độ của vấn đề tuần hoàn. Thật không may, chụp MRI não không giúp ích gì trong trường hợp này. Chụp CT động mạch đánh giá động mạch thân nền, đặc biệt liên quan đến các tiếng thổi nghe qua động mạch cảnh phải. Siêu âm tim có thể tìm các nguồn tắc mạch ở tim hoặc động mạch chủ. Doppler xuyên sọ xác định những thay đổi dòng chảy và tắc động mạch thân nền.

Nếu có nguy cơ tắc, vẫn còn cơ hội tPA tĩnh mạch. Có thể dùng thuốc chống đông, tiêm tĩnh mạch tPA, nội động mạch tPA và nội mạch đặt stent hoặc lấy cục máu đông hoặc cả hai. Một nghiên cứu quan sát lớn thấy những bệnh nhân như này bất kỳ biện pháp can thiệp nào đều có thể giải quyết triệu chứng. heparine tĩnh mạch tác dụng nhanh nhưng có thể không hiệu quả. tPA nội động mạch khi không lấy được cục máu đông. MR hoặc CT động mạch không nên làm đầu tiên vì tốn thời gian.

Huyết áp nên được theo dõi cẩn thận. Trừ khi cân nhắc dùng tiêu huyết khối, tăng huyết áp không nên điều trị trừ khi huyết áp tâm thu cao hơn 200 hoặc huyết áp tâm trương vượt quá 120. Trong tình huống sẽ dùng tPA, giữ huyết áp tâm thu dưới 180 có lẽ là khôn ngoan. Tránh dùng an thần và phải đánh giá ý thức thường xuyên

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ huyết khối động mạch thân nền có thể có triệu chứng và dấu hiệu liên quan đến cầu não, não giữa và thùy chẩm
- ■ chụp CT thường khó xác định chẩn đoán, nhưng động mạch thân nền tăng tỷ trọng có thể đôi khi vẫn thấy
- ■ MRI, chụp mạch máu não (MRA hoặc CTA), siêu âm tim, và Doppler xuyên sọ giúp xác định chẩn đoán và quyết định điều trị.
- ■ tPA tĩnh mạch, nội động mạch, đặt stent, lấy bô huyết khối là các biện pháp điều trị.

## 16 cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua

Một người đàn ông 73 tuổi nói nhieu và cánh tay phải khó vận động từ tối qua, hết trong vòng vài phút, xuất hiện sau vài giờ và lại tự hết. Ông không đau đầu, đau ngực, khó thở. Tiền sử THA kiểm soát tốt. không tiền sử thần kinh, khám bình thường trừ đục thủy tinh thể. dấu hiệu sinh tồn bình thường, tim phổi bình thường. khám thần kinh bình thường, CT sọ chỉ có teo vỏ não nhẹ. Bệnh nhân bảo không sao thì xin về nhà.

**Bạn sẽ làm gì?**

Triệu chứng này giống con thiếu máu cục bộ thoáng qua TIA. Khu trú tổn thương có thể phía trước bên trái dưới vỏ, ảnh hưởng tới vận động cơ và khớp cánh tay. Ngoài ra còn nghi có sự tham gia của động mạch não giữa (MCA). Tuy nhiên, không có rối loạn nhận thức / loạn ngôn có thể nghĩ đến tuần hoàn phía sau. đau nửa đầu có thể xảy ra nhưng hiếm khi ở bệnh nhân không có tiền sử đau nửa đầu. động kinh cục bộ có thể thường lực cơ vẫn bình thường, đây có thể là 1 khả năng. Tuy nhiên migrain và động kinh thường có biểu hiện như đau nửa đầu, dị cảm... Tất nhiên, luôn luôn có khả năng co giật cục bộ, liệt Todd bắt chước TIA. Một khả năng khác là cái gọi là "tái hiện" các triệu chứng của một con đột quy cũ khi có rối loạn trao đổi chất hoặc giảm tuổi máu. Trong trường hợp trên, CT đã loại trừ chẩn đoán này. (Thật thú vị, chẩn đoán của TIA không dễ dàng, ngay cả đối với các chuyên gia đột quy)

Nếu các triệu chứng tái phát của bệnh nhân này quá thực xuất phát từ thiếu máu cục bộ, nguyên nhân gây bệnh có thể là gì? Có thể tắc mạch nhỏ ở tim hoặc động mạch não nhưng chắc là mạch nhỏ ở bn này. Cần chụp MRI não kiểm tra đột quy và MRA mạch máu lớn (đm cảnh, đốt sống và nền) . Doppler xuyên sọ xác định thay đổi dòng chảy trong MCA. CT chụp động mạch có thể nhạy hơn MRA để đánh giá kích thước động mạch nội sọ. Siêu âm tim đánh giá huyết khối trong tim, bệnh van tim, lỗ bầu dục, EF, trong trường hợp giảm EF cũng có thể góp phần vào triệu chứng ở bệnh nhân này. Bệnh tăng đông máu cũng cần phải loại trừ bằng công thức máu với xét nghiệm yếu tố đông máu

Bệnh viêm động mạch tb khồng lồ khồng liên quan mạch nội sọ nhưng có thể liên quan mạch đốt sống. viêm động mạch hiếm khi dẫn tới con TIA

hẹp MCA hoặc nhánh MCA hù hợp với triệu chứng của bệnh nhân này, điều trị vào các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, tăng lipid. Trong thời gian ngắn cần duy trì huyết áp đầy đủ tránh tổn thương do thiếu máu cục bộ do hẹp động mạch. Duy trì huyết áp cao miễn là không vượt quá 220mmHg, ít nhất là cho đến khi các triệu chứng đã biến mất. Liệu pháp kháng đông với aspirin đường uống (325 mg mỗi ngày) cộng với clopidogrel và rouvastatin là điều trị chuẩn cho hẹp động mạch nội sọ có triệu chứng. Điều thú vị, điều trị chống huyết khối với warfarin đã không chứng minh được lợi thế so với dùng aspirin vì vậy không nên sử dụng ngay từ đầu. Một khác, nếu bệnh nhân này vẫn tiếp tục xuất hiện triệu chứng bất chấp việc đã điều trị bằng aspirin / clopidogrel, sử dụng warfarin lúc này là thích hợp. Hẹp động mạch lớn nội sọ cần đặt stent nội mạch nhưng chưa có bằng chứng hỗ trợ

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ tái phát TIA cần nghi thiếu máu cục bộ não sắp xảy ra trừ khi tìm ra nguyên nhân khác
- ■ thiếu máu cục bộ não thường các biểu hiện âm tính trong khi migrain và động kinh thường có biểu hiện dương tính nhiều hơn
- ■ TIA nên tìm những nguyên nhân góp phần tốn thương động mạch cũng như các yếu tố nguy cơ đột quy.
- ■ MRA, CTA, Doppler xuyên sọ và chụp động mạch thông thường đều có thể cung cấp thông tin quan trọng về bệnh lý động mạch trong trường hợp của TIA và đột quy.

## 17 tình trạng động kinh kháng thuốc

Một người đàn ông 28 tuổi tiền sử động kinh được bạn gái đưa vào vì co giật toàn thân. Tháng trước vẫn khỏe mạnh, có ngừng thuốc uống. dùng levatiracetam và clonazepam cuối tuần trước. cơn co giật toàn thân xuất hiện 2h trước và xuất hiện liên tục. bn dị ứng phenytoin. dấu hiệu sinh tồn bình thường, điện tâm đồ bình thường, cổ mềm trong cơn động kinh, bệnh nhân chỉ tinh 1 chút giữa các cơn co giật. Lorazepam dùng 2 lần với liều 2mg nhưng không có tác dụng.

**Bạn sẽ làm gì?**

Tình trạng động kinh định nghĩa là "hơn 30 phút co giật liên tục hoặc 2 cơn co giật liên tiếp mà không phục hồi hoàn toàn ý thức giữa các cơn co giật "(Epilepsy Foundation). Đây là 1 cấp cứu thần kinh ví có thể gây tổn thương não không hồi phục (tính nhạy cảm của đồi hải mã) và cắt cơn động kinh sớm giúp tiên lượng tốt hơn. Cần đảm bảo chức năng hô hấp, đảm bảo huyết áp và nhiệt độ. Nhiều bệnh nhân xuất hiện sốt cao. Nhiễm toan thường xảy ra nhưng hết khi ngừng co giật, không cần điều trị, rối loạn nhịp tim cũng có thể gặp

Nguyên nhân hay gặp nhất là do ngừng thuốc, nhưng cần kiểm tra các yếu tố làm nặng thêm. Nguyên nhân viêm nhiễm như viêm màng não, viêm não, rối loạn chuyển hóa (natri, canxi, rối loạn chức năng gan thận), độc tính của thuốc (cocaine, amphetamine), cai ethanol hoặc barbiturat, đột quỵ mới, SAH, và di chứng của chấn thương đầu, chẳng hạn như tụ máu dưới màng cứng. xử trí ban đầu bằng dùng thuốc chống co giật và kiểm tra điện giải, glucose, BUN, creatinin, men gan, morphine niệu, nước tiểu, CT sọ và chọc DNT khi nghi viêm màng não, viêm não hay SAH xuất huyết dưới màng nhện.

Khi điều trị các cơn động kinh, điều quan trọng là đảm bảo bệnh nhân được an toàn, đảm bảo đường thở và dùng thiamin hoặc naloxone. Lorazepam (0,1 mg / kg) tĩnh mạch trong 5 phút có thể cố gắng dùng ngay cả khi đã dùng các benzodiazepin. Nếu không có đáp ứng, fosphenytoin hoặc phenytoin thường được dùng. fosphenytoin là một lựa chọn tốt hơn vì tác dụng nhanh hơn và không có nguy cơ của hội chứng gãy tay tím như phenytoin. (Một cách tiếp cận để giải quyết tình trạng động kinh được tóm tắt trong Bảng 17.1.)

liều fosphenytoin tương đương phenytoin 15-20 mg / kg. Tuy nhiên, bệnh nhân này dị ứng với phenytoin, vì vậy đây không phải là lựa chọn. Một cách khác là valproate tiêm tĩnh mạch với liều 20-30 mg / kg trong vòng 5 phút.

Nếu co giật tiếp tục, bước tiếp theo là phenobarbital 20 mg / kg IV với tốc độ khoảng 50-100 mg mỗi phút. Tuy nhiên,

**TABLE 17.1 tiếp cận động kinh**

- 
- 1 Đảm bảo đường thở, hô hấp, tuần hoàn. Dùng IV normal saline Oxygen + Glucose + Thiamine
  - 2 Lorazepam 0.1 mg / kg IV push, nhưng dưới 2 mg/min EEG tại giường nếu có thể
  - 3 Phenytoin 20 mg/kg tới 50 mg/min  
Hoặc Fosphenytoin 15 to 20 mg “Phenytoin Equivalents” liều tải hoặc max 150 mg “Phenytoin Equivalents” mỗi phút
  - 4 Đặt ống; Phenobarbital 20 mg/kg tới max 100 mg/min hoặc Pentobarbital 5 to 15 mg/kg, chậm, EEG. Tiếp tục 0.5 - 5 mg/kg /h duy trì hoặc Propofol IV nhò giọt
- 

trước khi cân nhắc đặt ống, dùng phenobarbital ở một bệnh nhân đã được điều trị bằng các thuốc benzodiazepin có thể dẫn đến suy hô hấp, đặc biệt là ở những bệnh nhân có bất kỳ bệnh phổi hoặc ở những bệnh nhân lớn tuổi tăng nhẹ với benzodiazepin. Một lựa chọn khác ở đây là levetiracetam cho kết quả tốt, tải liều là 50 mg / kg IV tác dụng nhanh chóng. Lacosamide, một loại thuốc chống động kinh mới dạng IV, có hiệu quả trong động kinh kháng thuốc.

Nếu tiếp tục co giật, dùng các thuốc mê như propofol, midazolam, hoặc pentobarbital nhò giọt IV. (1) lorazepam lên đến 8 mg IV, (2) liều tấn công fosphenytoin, sau đó (3) propofol.

Theo dõi tại giường EEG rất cần ngay từ đầu để đảm bảo động kinh lâm sàng không xảy ra.

## KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ Trạng thái động kinh được chẩn đoán khi co giật tiếp tục trong hơn 30 phút hoặc khi bệnh nhân đang trải qua cơn
- co giật lặp đi lặp lại trong hơn 30 phút mà không khoảng tĩnh giữa các cơn.
- ■ Kiểm soát các cơn co giật phải nhanh chóng rồi tìm nguyên nhân như viêm màng não, đột quy, ngộ độc thuốc, loạn chuyển hóa hoặc ctsn
- ■ Thứ tự chung lựa chọn thuốc bao gồm các thuốc benzodiazepin, phenytoin, phenobarbital và thuốc gây mê toàn thân.
- ■ theo dõi tăng thân nhiệt, tăng huyết áp, thiếu oxy máu, rối loạn chức năng thận, mất cân bằng điện giải, rối loạn nhịp tim

## Further Reading

- Hirsch LJ. The status of intravenous valproate for status. *Epilepsy Curr*. 2007;7:96–98.
- Knake S, Gruener J, Hattermer K, et al. Intravenous levetiracetam in the treatment of benzodiazepine refractory status epilepticus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;795:588–589.
- Ramael S, Daoust A, Otooul C, et al. Levetiracetam intravenous infusion: a randomized, placebo-controlled safety and pharmacokinetic study. *Epilepsia*. 2006;47:1128–1135.
- Treiman DM, Meyers PD, Walton NY, et al. A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus. Veterans Affairs Status Epilepticus Cooperative Study Group. *N Engl J Med*. 1998;339:792–798.

## 18 Đau đầu nặng kháng thuốc

bn nữ 38 tuổi tiền sử migraine vào cấp cứu vì đau đầu nặng không đáp ứng với ketorolac 60 mg IM, prochlorperazine 25 mg IM, và lorazepam 4 mg IM. Cô dùng sumatriptan perorally (PO) ở nhà đêm qua nhưng không hiệu quả. Cô đau không chịu nổi phải dùng morphine

lần vào cấp cứu trước của cô là 2 tuần trước đây và trong 6 tháng cô vào 9 lần. cô buồn nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, chóng mặt nhẹ. Cô đang dùng amitriptyline 100 mg, sumatriptan 100 mg, topiramate 100 mg, propranolol 80 mg và clonazepam 2 mg. Cô cũng dùng hydrocodone và butalbital, cũng như đủ loại thuốc giảm đau, thường xuyên. Cô không có dấu hiệu thần kinh bất thường, cổ mềm. CT sọ bình thường

**Bạn sẽ làm gì?**

đau đầu rất có thể là chứng đau nửa đầu nhưng cần loại trừ xuất huyết nội sọ, nhồi máu, viêm não màng não, não úng thủy hoặc áp xe não. Nhưng bóc tách động mạch cảnh, viêm mạch, hội chứng co mạch máu não hồi phục, ngộ độc hoặc rối loạn chuyển hóa, huyết khối tĩnh mạch não cũng nên cân nhắc. Một cách để nhanh chóng quyết định bắt tay vào tiếp cận điều trị là hỏi những câu hỏi sau:

- đau đầu đột ngột ("sét đánh")?
- đau đầu tương tự đợt trước hay có gì thay đổi?
- Có sốt, tăng huyết áp hoặc cứng cổ?
- Có bất thường khi khám thần kinh, trong đó có rối loạn chức năng nhận thức?
- đau đầu này xảy ra trong bối cảnh bệnh hệ thống (Ví dụ, hội chứng (AIDS) hoặc ung thư)?

Nói chung, các câu trả lời cho tất cả thường là "Không" Nhưng nếu bất kỳ câu nào là có, cần chụp CT sọ, chọc DNT, mạch máu não và sàng lọc chẩn đoán rộng hơn cần làm ngay.

Nếu điều này thực sự chỉ đơn giản là đau nửa đầu, tại sao nó lại không đáp ứng với thuốc, và lý do tại sao cô ấy lại phải đến cấp cứu dù thuốc dự phòng và thuốc đau đầu như vậy là thích hợp? Thật không may, những loại thuốc này có thể là 1 phần gây ra vấn đề ở bệnh nhân này. Khi bệnh nhân đau nửa đầu lạm dụng thuốc giảm đau và / hoặc đau nửa đầu, trước đây gọi là "hội chứng đau đầu khi thuốc tan" Tình trạng này được gọi là sử dụng thuốc sử dụng đau đầu quá mức, rất khó để điều trị. Đầu tiên, bệnh nhân trong tình trạng này có xu hướng không đáp ứng với các điều trị cấp tính, ngay cả những người đã từng đáp ứng với điều trị. Thứ hai, khi bệnh nhân cố gắng dùng các thuốc chảng hạn như butalbital, triptans và thuốc giảm đau hỗn hợp (tất cả trong đó bệnh nhân này sử dụng), đau đầu nặng hơn thúc đẩy họ dùng tăng thêm.

Tình trạng này khác nhau với từng bệnh nhân, từng loại thuốc nhưng nói chung dùng 3 ngày mỗi tuần hoặc nhiều hơn đủ để gây ra hội chứng này.

Cần có chế độ điều trị hợp lý để không leo thang thuốc quá mức. Ketorolac là một lựa chọn tốt, nhưng không có hiệu quả, có thể vì sử dụng thường xuyên loại thuốc chống viêm không steroid (NSAID). Một lựa chọn khác là valproate tĩnh mạch 500-1000mg bolus. Tĩnh mạch magnesium sulfate với liều 1 g lên đến tổng liều 5 g IV chậm. dihydroergotamine tĩnh mạch (DHE) với liều 1 mg là một lựa chọn khác, mặc dù không nên dùng cùng với triptan. Phong bế dây thần kinh chẩm có vẻ có tác dụng mặc dù cơ chế chưa rõ (tiêm corticoid). thuốc an thần tĩnh mạch có thể cực kỳ tốt với chứng đau nửa đầu dai dẳng cấp tính. Ngoài ra có thể dùng prochlorperazine 10 mg. Vì nguy cơ của loạn trương lực cơ nên phải dùng kèm với diphenhydramine 25 mg tiêm tĩnh mạch. Cuối cùng, tiêm corticosteroid 1 lần trong vài ngày. liều khởi đầu 6-8 mg dexamethasone.

Opioid tránh dùng vì có thể giảm đau tạm thời nhưng gây ngủ thậm chí gây nghiện. nếu các cách tiếp cận đều thất bại, có thể truyền DHE tĩnh mạch hoặc tiêm an thần

Một trong số các cách trên thường sẽ thành công trong việc giảm đau đầu của bệnh nhân hoặc giảm đáng kể cơn đau đầu. Nhưng vẫn đề tái phát đau đầu, rất có khả năng vẫn còn. Bệnh nhân như thế này phải gia nhập cuộc chiến hạn chế dùng thuốc giảm đau cấp, bác sĩ phải có chương trình dự phòng và giúp đỡ 1 kế hoạch điều trị đa phương thức.

## KEY POINTS TO REMEMBER

- ■ những cơn đau đầu dai dẳng khó chữa cần tìm nguyên nhân thứ phát
- ■ Có một số lựa chọn được tiêm để điều trị đau nửa đầu cấp như ketorolac, dihydroergotamine, magiê, valproate, thuốc an thần kinh, và corticosteroid.
- ■ phong bế dây thần kinh chiasm có thể là điều trị có tác dụng
- ■ Thuốc giảm đau sử dụng quá mức có thể làm phức tạp thêm các biểu hiện của chứng đau nửa đầu dai dẳng cấp và phải được ngưng

## Further Reading

- Friedman BW. Review: Phenothiazines relieve acute migraine headaches in the ED and are better than other active agents for some outcomes. *Ann Intern Med.* 2010;152:JC4–JC11.
- Katsarava Z, Holle D, Diener H-C. Medication overuse headache. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2009;9:115–119.
- Mauskop A. Acute treatment of migraine headaches. *Seminars in Pain Medicine.* 2004;2:72–75.
- Silberstein SD, Freitag FG, and Bigal ME. Migraine treatment. In: Silberstein SD, Lipton RB, and Dalessio DJ. *Wolff's Headache and other Head Pain.* 8th ed. New York: Oxford University Press; 2008: 153–176.

## 19 Đau rẽ thần kinh thắt lưng cấp

Một nha sĩ 64 tuổi xuất hiện đau đùi và chân bên phải của mình từ sáng nay. Ông có chơi quần vợt ngày hôm qua. cảm giác đau nhức, đau nhức ở mông từng cơn từ 1 năm nay. Cơn đau tăng lên trong 3-4h qua, đau rót nước mắt. Ông đã dùng 800 mg ibuprofen nhưng không hiệu quả. Ông không đau ngực, đau lưng hay đau chân trái. Khám thấy ông không thể di chuyển thân mình ra trước sau hoặc sang 2 bên. phản xạ mắt cá chân phải giảm, yếu khi đứng trên chân phải. nằm giờ thẳng chân (Straight-leg-raising) dương tính bên phải cảm giác quanh trực tràng bình thường, co thắt hậu môn bình thường. XQ cstl thấy thoái mỏ, gai xương các đốt sống cùng nhưng không gãy xương hay viêm

**Bạn sẽ làm gì?**

Triệu chứng của bn này rất hay gặp, có thể có nhiều nguyên nhân khác nhau. Cần trả lời 1 số câu hỏi để xác định chẩn đoán và điều trị

Câu hỏi thứ nhất: Đây có thực sự là đau rẽ thần kinh? Có vẻ viêm rẽ thần kinh liên quan tới gốc S1 phải. bệnh lý vùng chậu hông và mạch máu chân có thể gây đau bất thường nhưng vị trí cơn đau ở đây điển hình cho viêm rẽ thần kinh S1, liên quan tới phân cơ rẽ s1 chi phổi, cơ sinh đôi cẳng chân (gastrocnemius ). Đau do căng giãn vùng lưng (Lumbar strain ) hoặc dây chằng khó có thể là nguyên nhân có thành phần thần kinh tham gia. Vùng đuôi ngựa, viêm nhiễm hoặc u thường bị 2 bên, tiểu không tự chủ hoặc mất cảm giác yên ngựa (saddle anesthesia)

Nguyên nhân hay gặp nhất do viêm rẽ thần kinh thắt lưng cùng là do thoát vị, hẹp hoặc viêm khớp. Nhiễm trùng hoặc di căn có thể gặp nh dẫn đến bàn chân buông thõng và đau các ngón chân, S1 đau chân, giảm phản xa và giảm hoặc mất phản xạ mắt cá chân

Câu hỏi thứ hai: Có yếu cơ? Luôn khó đánh giá khi chi đó đang đau. Tuy nhiên bệnh nhân này khó đứng bên chân có vấn đề , có thể do đau cấp nhưng giảm phản xạ mắt cá chân là bất thường

Câu hỏi thứ ba: kiểm soát đau tốt không?

Cơn đau thường đáp ứng tốt với thuốc giảm đau đường uống hoặc đường tiêm. Chú ý nếu tiền sử bệnh nhân lạm dụng thuốc giảm đau, có thể cần dùng morphin thời gian ngắn.

Thế bây giờ thì sao? Bạn có thể kiểm soát cơn đau tạm thời, nhưng cần tìm nguyên nhân. Trong nhóm tuổi của bệnh nhân này, hẹp ống sống có nhiều khả năng hơn so với thoát vị đĩa đệm cấp tính. Có thể xảy ra sau gắng sức trước ngày bị chấn thương S1 do kéo dài rẽ qua 1 lỗ rất hẹp. Điều thú vị là, mất hoặc giảm phản xạ đôi khi hồi phục nên cần can thiệp điều trị. Đa số bệnh nhân sẽ cải thiện mà không cần can thiệp phẫu thuật, nên chọn vật lý trị liệu

corticosteroid đường toàn thân có thể dùng nhưng ít bằng chứng hỗ trợ. Tiêm ngoài màng cứng steroid tương tự vậy

Phẫu thuật cho bệnh đau rẽ thần kinh thắt lưng cấp phụ thuộc vào nguyên nhân gây đau. MRI cột sống giúp xác định thoát vị đĩa đệm cấp. phẫu thuật giúp lấy 1 phần hoặc toàn bộ ra. phương pháp không phẫu thuật gồm giám sát cho bệnh nhân thừa cân, tránh vận động nặng và tập thể dục.

## KEY POINTS TO REMEMBER

- đau rẽ thần kinh thắt lưng cùng cấp tính thường do vỡ và thoát vị đĩa đệm hoặc đợt cấp của hép ống sống, nhưng cần loại trừ u, gây xương, viêm và hôi chứng đuôi ngựa.
- Các rẽ thắt lưng cùng hay có triệu chứng là S1 và L5, mặc dù L4 cũng có thể tham gia.
- Đau thường có thể đỡ khi dùng thuốc.
- điều trị nội hay ngoại khoa kết quả như nhau.

## Further Reading

- Cuckler JM, Bernini PA, Wiesel SW, Booth RE Jr, Rothman RH, Pickens GT. The use of epidural steroids in the treatment of lumbar radicular pain. A prospective, randomized, double-blind study. *J Bone Joint Surg Am.* 1985;67:63–66.
- Holve RL, Barkan H. Oral steroids in initial treatment of acute sciatica. *J Am Board Fam Med.* 2008;21:469–474.
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003;327:323–330.

## 20 liệt 2 chi dưới sau chấn thương

Bn nam 27-tuổi trượt tuyết bị mất kiểm soát ngã. Được mọi người cố định và cho đưa lên cáng chuyển tới bệnh viện. Có vết nứt xương đòn phải và gãy xương quai hàm. Bn không thể di chuyển 2 chi dưới. khám không có phản xạ tự phát chi dưới. phản xạ giảm ở chân và cơ nhão 2 chi dưới. cảm giác ở chân có giảm nhưng vẫn còn. Phản xạ co thắt hậu môn vẫn còn, phản xạ bụng (Abdominal reflexes) bình thường. khám các phần khác bình thường

**Bạn sẽ làm gì?**

Chấn thương tủy sống có thể chia thành chấn thương nguyên phát hoặc thứ phát. Nguyên phát là tổn thương do căng hoặc tổn thương biến dạng tủy sống, thâm nhập hoặc ép tủy do mảnh vỡ xương hoặc máu tụ. Chấn thương thứ ohats do hậu quả phù tủy, xuất huyết, nhồi máu tủy, xảy ra sau chấn thương vài giờ - vài ngày. Tổn thương nguyên phát thường không hồi phục và cần điều trị giảm thiểu nguy cơ tổn thương thứ phát cho tủy sống. Bệnh nhân được cố định, tiến hành ABCD, vận chuyển nhanh đến trung tâm chấn thương cột sống. vai trò của bác sĩ thần kinh là định khu thương tổn và xác định các bệnh lý khác nhau như thoát vị đĩa đệm, máu tụ, gãy xương... nên chụp cột sống, khung chậu khi nghi chấn thương. MRI lý tưởng nhất để phát hiện tổn thương đĩa đệm hay máu tụ. CT phát hiện cấu trúc xương như gãy xương.

Bệnh nhân này có vẻ có chấn thương tủy ngực. vẫn còn cảm giác ở chân. vẫn còn phản xạ bụng (chi phổi bởi rễ T9 và T11 trong hầu hết các trường hợp) cho thấy tổn thương này trên T9 hoặc cao hơn. Trong trường hợp này, tổn thương có thể kéo dài vài ngày sau đó liệt vận động và co cứng.

Trong một số trường hợp may mắn, bệnh nhân sẽ chỉ bị cái gọi là chấn động tủy sống, ít tổn thương vĩnh viễn dây thần kinh. Có thể liệt thoáng qua, phục hồi tương đối nhanh. Đụng dập tủy có thể xảy ra gây phù nề và xuất huyết gây dấu hiệu thần kinh khu trú.

Tùy sống cắt ngang, ngũ ý tổn thương tùy vĩnh viễn. có biểu hiện liệt và mất cảm giác dưới mức tổn thương cột sống.

Điều trị ban đầu tổn thương tủy sống do chấn thương thường dùng methylprednisolone trong 8 giờ đầu mặc dù còn nhiều tranh cãi về bằng chứng. liều 30 mg / kg tiêm tĩnh mạch trong 15 phút sau đó dùng liều thấp hơn 5,4 mg / kg tiêm truyền trong vòng 23 giờ sau, và lâu hơn nếu điều trị đã bị trì hoãn nhiều hơn 3-4 giờ. Gangliosides (thường GM-1) và chất chống oxy hóa được dùng bắt chấp bằng chứng hạn chế hỗ trợ sử dụng chúng. Can thiệp phẫu thuật thường không cải thiện triệu chứng.

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- Sau chấn thương cột sống, bệnh nhân cần ABCD, cố định cột sống đưa vào trung tâm chấn thương cột sống càng sớm càng tốt.
- Xác định tổn thương và khu trú vị trí tổn thương nhanh chóng
- chụp MRI xác định tổn thương đĩa đệm máu tụ, CT xác định tổn thương xương.
- Điều trị tổn thương tủy sống với methylprednisolone tĩnh mạch là phương thức chuẩn với mọi trung tâm chấn thương cột sống.

## 21 Đau mắt cấp

Một người phụ nữ 84 tuổi vào cấp cứu vì đau bên mặt phải vài tuần qua và đau hơn vào sáng nay. Đau nhiều nhất ở vùng má đau đớn nhất là trong các lĩnh vực má trước và dưới tai bên phải, đau roi nước mắt. cảm giác giật giật và bỏng rát. Cô không đau đầu hoặc đau bất cứ nơi nào khác, không rối loạn thị giác, suy nhược hay chóng mặt. cô không phát ban hay mắc bệnh khác gần đây. CT scan sọ bình thường, xét nghiệm máu bình thường. chỉ có giảm thính lực 2 bên. Cô không cho phép bạn chạm vào mặt cô vì làm tăng thêm cơn đau, các khu vực khác bình thường. màu sắc da bình thường

**Bạn sẽ làm gì?**

bệnh nhân có dấu hiệu điển hình tổn thương dây thần kinh sinh ba (TN). Đau đến nỗi 1 số bệnh nhân muốn tự tử. May mắn thay, có 1 số cách tiếp cận để giải quyết cơn đau nhưng cần thực hiện các bước loại trừ nguyên nhân khác gây đau.

TN được coi là một "dây thần kinh nguyên thủy", đau thường không rõ nguyên nhân nhưng có thể do sự chèn ép dây thần kinh sinh ba do động mạch tiểu não. Viêm màng não, khối u, phình động mạch và áp-xe não có thể kích thích dây thần kinh sinh ba; và bệnh đa xo cứng (MS) gần gốc đm cảnh trong cầu não cũng có thể gây hội chứng đau đầu do dây thần kinh sinh ba thứ phát. Nhiễm Herpetic hoặc hậu herpes (zona) thần kinh cũng có thể là nguyên nhân. Trường hợp viêm, u, huyết khối ung thư hay tổn thương mạch máu xoang hang cũng có thể gây đau dây tk sinh ba TN. Trong những trường hợp này, chỉ có 2 nhánh đầu của dây tk sinh ba bị tổn thương, vì nhánh hàm dưới không đi qua các xoang hang. đau đầu theo chùm, đau nửa đầu kịch phát (PH), và hội chứng "đau đầu ngắn dạng thần kinh có sung huyết kết mạc và chảy nước mắt (SUNCT) đều có thể dẫn đến đau bắt chước TN. Đau đầu theo chùm thường đau chói lâú hơn TN. PH và SUNCT ngắn hơn, nhưng cả ba rối loạn này có chảy nước mắt và nghẹt mũi cùng bên đau, không thấy có ở bệnh nhân này. Nhiễm trùng hoặc bệnh ung thư trong các xoang, mê đạo, tai, miệng cũng có thể bắt chước TN (bảng 21.1).

Tiếp cận với bệnh nhân này cần MRI não có và không cần quang loại trừ MS, nhiễm trùng, tổn thương xoang hang. Chọc DNT có thể nếu nghi ngờ viêm màng não như sarcoidosis, bệnh Lyme. Tìm kiếm sẹo tổn thương do herpes. Khám đầu cổ tai loại trừ bệnh xoang.

**TABLE 21.1 chẩn đoán phân biệt đau tk sinh ba Trigeminal Neuralgia**

---

Hội chứng xoang hang

đau đầu theo chùm

con đau nửa đầu kịch phát

SUNCT

Co thắt đau nửa đầu

Migraine

đa xơ cứng

sau điệu trị herpes

SAH

Bệnh xoang

---

Hầu hết bệnh nhân TN đỡ đau khi sử dụng thuốc như carbamazepin (400-800 mg hàng ngày), gabapentin, amitriptyline hoặc baclofen. Tuy nhiên, vấn đề bây giờ là sao ngăn con đau cấp tính hiện tại. phenytoin tĩnh mạch có tác dụng với một số bệnh nhân liều 15 mg / kg truyền chậm. Fosphenytoin an toàn hơn và có thể được truyền nhanh hơn. Phong bế dây thần kinh chẩm giúp giảm đau cấp tính. thuốc chống co giật bao gồm levetiracetam. thuốc chống nôn an thần như Chlorpromazine, ví dụ, với liều 25-50 mg IV chậm kèm dimenhydramine có vẻ hiệu quả trong đợt cấp TN.

TN thường gây đau nặng hơn khi sờ vào như ở bệnh nhân này. Thường đau hàm trên và xương hàm dưới (chi phối bối 2 nhánh thần kinh sinh ba). Bệnh nhân có thể có co thắt cơ mặt khi đau dễ nhầm với co thắt nửa mặt do kích thích dây thần kinh mặt.

#### KEY POINTS TO REMEMBER

- cơn đau cấp dây thần kinh sinh ba dữ dội có thể kích thích tâm lý tự tử.
- điều trị thuốc dự phòng nói chung có hiệu quả

#### Further Reading

- Cheshire WP Jr. The shocking tooth about trigeminal neuralgia. *N Engl J Med.* 2000;342:2003.
- Cruciu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol.* 2008;15:1013–1028.
- Gazzeri R. Atypical trigeminal neuralgia associated with tongue piercing. *JAMA.* 2006;296:1836–1842.
- Tate R, Rubin LM, Krajewski KC. Treatment of refractory trigeminal neuralgia with intravenous phenytoin. *Am J Health Syst Pharm.* 2011;68:2059–2061.