



21. Hệ Thần Kinh_Sốt và hội chứng màng não - BM Nhiễm-Trần Minh Hoàng (CÓ SPOIL)

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| Progress | |
| Created | @June 12, 2024 11:40 PM |
| Thời gian | |
| Checkbox | <input checked="" type="checkbox"/> |

21 - Hệ Thần Kinh_Sốt và hội chứng màng não - Bm Nhiễm-Trần Minh Hoàng.pdf

Ghi âm

VMNM thầy Hoàng.m4a


https://prod-files-secure.s3.us-west-2.amazonaws.com/aff592dd-835b-4c5a-be11-ee6a730c158c/cf09b93a-02e4-4205-a543-029d3fa624f7/VMNM_thy_Hong.m4a

Sốt kèm hội chứng màng não

Đoạn đầu thầy hù qtqd ai muốn nghe cho có động lực thì nghe ik hok sub đầu, chốt lại là thi cử giờ rất khó

Đọc câu hỏi và đáp án trước, ko có thời gian để đọc lại đâu. 100% ứng dụng, ko có gợi nhớ

Tiếp cận chẩn đoán sốt kèm HCMN

- TCCN: 
 - Sốt
 - Tam chứng màng não: đau đầu, nôn vọt, táo bón
- TCCT:
 - Dấu màng não: cổ gượng (cứng gáy), Kerning, Brudzinski
 - Dấu hiệu tổn thương não (không bắt buộc phải có): Tri giác (GCS), rối loạn cơ tròn, rối loạn vận động
 - Các đặc điểm gợi ý tác nhân: xuất huyết dưới da (não mô cầu, *S.suis*), nhọt da, âm thổi ở tim (tụ cầu), bóng nước (HSV, Tay chân miệng), chấm xuất huyết (Dengue); viêm tai giữa, viêm xoang, rale ở phổi (phế cầu), cushing do thuốc (VK Gram âm),....
- Dịch tễ:
 - Chú ý các yếu tố gợi ý tác nhân: tuổi (tác nhân khác nhau theo độ tuổi); nghề nghiệp, thói quen ăn uống (*S.suis*), chấn thương sọ não cũ, dò DNT, cắt lách (*S.pneumoniae*), phẫu thuật thần kinh (*S.aureus*), dịch bệnh gần đây (não mô cầu, VNNB,...)

Để chẩn đoán thì đơn giản, BN sẽ có

1. HC nhiễm trùng biểu hiện bằng **sốt (tiêu biểu nhất)** → BN ko có sốt, đừng nghĩ tới ~
2. HC màng não:
 - gồm TCCN (đau đầu, nôn ói, táo bón, sợ ánh sáng) và
 - **quan trọng nhất** phải có dấu màng não
 - thường BN VMN biểu hiện có dấu khoảng 50-80% thôi
 - nhưng để muốn hướng tới VMB thì tui sẽ cho dấu màng não (gồm cổ gượng, Kernig, Brudzinski)
 - Ngoài ra HC màng não còn 1 số dấu hiệu **ko đặc trưng** là: rối loạn tri giác (giống trên slide tui ghi ko bắt buộc phải có rltg), rl các cơ trơn (ví dụ bí tiểu,..) những dấu hiệu này ko thường có, hiếm xảy ra
3. HC não: y chang triệu chứng cơ năng của HC màng não tuy nhiên ko có dấu màng não, thay vào đó **rl tri giác sớm**, yếu liệt, co giật, dấu TK định vị (yếu liệt)

→ Là những gì quan trọng nhất trong chẩn đoán Nhiễm trùng hệ TKTW

Thứ 2 là quan tâm vấn đề dịch tễ, vì **hỏi chẩn đoán và điều trị, và điều trị thì theo tác nhân**

- Ví dụ sơ sinh, người lớn và người **trên 60** sẽ gặp tác nhân gì

Tác nhân phân theo lứa tuổi

- Tuổi: Sơ sinh và > 60T: chú ý để sử dụng Ampicillin nhắm tới *Listeria monocytogenes*
- Nghề nghiệp: bây giờ để gài rồi nuôi heo ko auto liên cầu lợi, Bình Phước ko auto sốt rét, Chó cắn ko phải dại đâu ~ phải đọc hết thông tin (những dấu hiệu gây nhiễu có chủ đích)
 - Ví dụ ĂN TIẾT CANH HEO đôi khi lại chính xác còn nuôi heo, bán thịt heo gì đó thì chưa chắc nha

Bài Đại năm nay thầy Trị dạy, nhưng thầy Hoàng mới là người ra đề phần đó, nên cuối bài thầy có nói qua Đại và học theo thầy mới thi đc

Tiếp cận chẩn đoán sốt kèm HCMN

- Lưu ý các CCD CDTs: GCS < 11đ, co giật, dấu thần kinh khu trú, tăng áp lực nội sọ (phù gai, tam chứng Cushing), sinh hiệu không ổn định, rối loạn đông máu, nhiễm trùng nơi chọc dò
- Cần chụp CT-scan sọ não không cản quang ở những trường hợp có nguy cơ tụt não
- Những trường hợp nghi ngờ Viêm màng não mủ mà không khảo sát được DNT ngày thì cần dùng kháng sinh như VMN mủ
- Xét nghiệm DNT: Tế bào, sinh hóa (đạm, đường, lactate), soi (nhuộm Gram, kháng acid cồn, mực tàu), cấy tìm vi trùng, nấm
 - Lưu ý: Cần thực hiện Đường huyết cùng lúc chọc dò
 - PCR HSV được thực hiện ở các ca viêm não – màng não siêu vi. Các tác nhân siêu vi khác được thực hiện khi có TCLS hoặc hình ảnh học gợi ý

Trong tiếp cận chẩn đoán có những cái quan trọng nhất, 80% sẽ ra thi, 20% còn lại hên xui

- Lưu ý: **CCĐ chọc dò DNT** → khi có CCD ko chọc liền mà phải xử trí khác, chút nói sau
 - GCS ko thống nhất nhưng giờ chốt **< 11**, có RLTM nhưng GCS phải **< 11**, bằng 11 cũng ko CCD
 - Co giật, dấu TK định vị, TALNS
 - 3 cái CCD tương đối:
 - Sinh hiệu ko ổn định, ví dụ đang shock
 - Suy hô hấp
 - RLDM
 - Nhiễm trùng nơi chọc dò

Nghĩa là BN đang phải cấp cứu sốc, SHH, rldm → Tương đối là xử trí xong ổn định rồi thì sẽ chọc được, hay lồng ghép vô để xem các bạn xử trí ntn. Là sau xử trí ổn rồi thì ko xem như CCD nữa

- KO cần đẩy CT mà chọc dò luôn
- vd BN nam VMNM, hiện đang shock nhiễm trùng sau 1 giờ hồi sức ổn rồi → Chọc luôn ko cần đẩy đi CT nữa

Đối với những trường hợp có CCD tuyệt đối với chọc dò thì làm gì? Làm tuần tự theo các bước sau, làm y chang vậy luôn

- Bây giờ đề hỏi chọn câu ĐÚNG NHẤT

Theo thứ tự

- Cấy máu
- Kháng sinh
- CT scan **KO** cản quang
- Chọc dò

Đổi thứ tự 1 cái là sai hết

- Lưu ý nữa là đường huyết lúc chọc dò
 - Ví dụ đề cho 48 giờ Kháng sinh làm gì cho BN?
 - Cấy máu
 - Chọc DNT
 - Chọc DNT + đường huyết
 - CT scan lại
- CHỌC DÒ + ĐƯỜNG HUYẾT (cùng lúc chọc dò rất quan trọng)

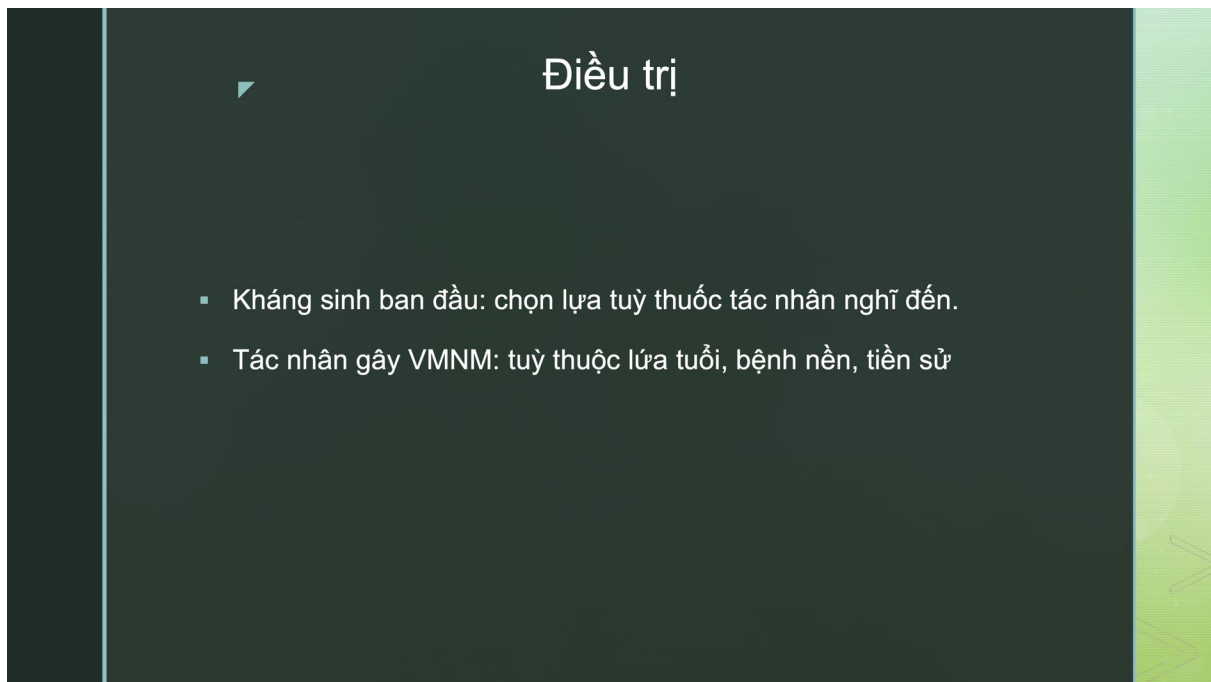
| Chẩn đoán | | | |
|----------------|---|--|---|
| | VMN mũ | VMN nước trong đường không giảm | VMN nước trong đường giảm |
| Thời gian | Cấp tính (< 7 ngày) | Cấp tính (< 7 ngày) | Bán cấp hay mạn (> 10 ngày) |
| Sốt | Cao | Cao | Sốt nhẹ |
| Đau đầu | Nhiều | Nhiều | Ít |
| HCMN | Rõ | Rõ | Không rõ |
| RLTG | Có | Có (TT nhu mô) | Có (Cuối tuần 2) |
| Dấu TK khu trú | Ít (dây III, IV, VI, VII khi biến chứng) | Nhiều (tùy thuộc vào vùng tổn thương) | Nhiều (Liệt VII, nửa người, bí tiểu) |
| Co giật | Ít (khi có biến chứng) | Nhiều | Ít |
| DNT | | | |
| Màu sắc | Đục | Trong | Trong |
| Áp lực | > 18 cmH ₂ O | > 18 cmH ₂ O | > 18 cmH ₂ O |
| Đạm | > 100 mg% | > 100 mg% | > 100 mg% |
| Đường | < 40 mg% | > 40 mg% | < 40 mg% |
| | < 1/2 ĐH | > 1/2 ĐH | < 1/2 ĐH |
| Chlor | 110 mEq/l | 110 mEq/l | 110 mEq/l |
| Lactate | > 4 mmol/l | < 4 mmol/l | > 4 mmol/l |
| Tế bào | 100–10000(N) | 100–1000(L) | 100–1000(L) |
| Soi | (+) | (-) | (+) |
| Cấy | (+) | (-) | (+) |

- Đây ko phải DNT bình thường nhớ xem lại bình thường trước khi xem cái bất thường, chỉ show những cái điển hình nhất của từng loại

Cách ra đề mới

- 1 câu cả 4 BN đều nhập cấp cứu tại BV với triệu chứng sốt + cổ gượng. Kết quả XN như sau

Kẻ bảng 4 BN bệnh mấy ngày, kết quả XN như vậy ⇒ BN nào cần xài KS Ceftriaxone 4g/ngày? → Lựa liền BN DNT VMN mũ



Điều trị

- Kháng sinh ban đầu: chọn lựa tùy thuộc tác nhân nghĩ đến.
- Tác nhân gây VMNM: tùy thuộc lứa tuổi, bệnh nền, tiền sử

- KS ban đầu phải cho thường dùng nhất là dựa vào tuổi
- Sau đó là cơ địa, bệnh nền (viêm tai giữa, tiền căn CTSN, ĐTĐ ko kiểm soát), tiền sử nhiều lần VMN trước đây → Nghĩ đến tác nhân kháng thuốc

| Điều trị | | | |
|--------------------------|------------------|--|---|
| | Yếu tố thuận lợi | Tác nhân thường gặp | Kháng sinh |
| Tuổi | < 1 tháng | S. agalactiae, E. coli, L. monocytogenes | Ampicillin + cefotaxime (hoặc aminoglycoside) |
| | 1 – 23 tháng | S. agalactiae, E. coli, H. influenza, S. pneumoniae, N. meningitidis | Ampicillin + cefotaxime/ceftriaxone ± Vancomycin* |
| | 2 – 50 tuổi | S. pneumoniae, N. meningitidis, S. suis | Ceftriaxone/cefotaxime ± Vancomycin* |
| | > 50 tuổi | S. pneumoniae, N. meningitidis, L. monocytogenes, trực khuẩn gram âm | Ampicillin + Ceftriaxone/cefotaxime ± Vancomycin* |
| SGMD | | S. pneumoniae, N. meningitidis, L. monocytogenes, trực khuẩn gram âm (gồm P. aeruginosa) | Ampicillin + Ceftazidime (hoặc meropenem) ± Vancomycin* |
| Gãy, nứt sụn sọ | | S. pneumoniae, H. influenza, Streptococci nhóm A | Vancomycin + Ceftriaxone |
| CT đầu, sau PT thần kinh | | S. aureus, S. coagulase (-): S. epidermidis, trực khuẩn gram âm (gồm P. aeruginosa) | Vancomycin + Ceftazidime (hoặc cefepim hoặc meropenem) |

Dòng < 1 tháng: Ampi + Cefo +- **Aminoglycoside chứ ko phải hoặc nhaa**

Case trẻ 2 tuần tuổi, VMN mũ dẹt KS gì

- A. Ampi + Cefotaxime
- B. Ampi + Ceftriaxone + Gentamycin
- C. Vanco + Cefotaxime + Gentamycin
- D. Ampi + Cefo + Levo

⇒ Đáp án A

Nhớ ko chọn Ceftriaxone ở trẻ sơ sinh, và Aminoglycoside ko nhất thiết luôn phải có

Câu đầy đủ nhất là Cefo + Ampi + Amino, nhưng ko vì nó mà đổi Cefo thành Ceftria

- Dòng > 50T đổi thành > 60T, >60T có tác nhân Lister nên cần xài Ampi

? Bạn hỏi: Trẻ từ 1-23 tháng vẫn chưa loại hẳn Ampi vì chưa loại đc Listeria, chỉ là Lister ít gặp ở lứa này hơn < 1 tháng tuổi

SPOIL: Thầy hứa ko cho lứa 1-23 tháng vì lừng lững :))

Dexamethasone

- **Dexamethasone:** giảm tổng hợp cytokines (TNF-alpha, IL-1), giảm viêm, giảm phù não:
 - Làm giảm biến chứng thần kinh, nhất là **điếc** do VMN do *H. influenzae*.
 - Hiệu quả chỉ trong VMN do *H. influenzae* và *S. pneumoniae*.
- Phác đồ: 0,15 mg/kg/mỗi 6h ở trẻ em >2 tháng tuổi. Người lớn: 0.4 mg/kg mỗi 12 giờ x 4 ngày.
- Sử dụng 15 phút trước mỗi lần trước tiêm KS, 2 lần/ngày.
- Bất lợi: giảm tính thấm kháng sinh vào DNT và giảm hoạt tính diệt khuẩn của 1 số KS.

Dexa chỉ xài 3 tác nhân thôi: **Hib, S.pneumoniae và S.suis** nha (thầy cố tình ko thêm Suis vô, side ko phải TLTK chỉ để đi dạy)

Khi cấy ra ko phải 3 tác nhân này thì ngưng

Dexa chỉ 4 ngày dù KS 10-14 ngày → Lưu ý ví dụ đề cho đáp án KS + Dexa đủ 14 ngày là sai

Sử dụng **TRƯỚC** KS

Theo dõi đáp ứng điều trị

- Lâm sàng: giảm hoặc hết đau đầu, ói, dấu màng não...
- DNT: thời điểm: T0, T24/48, trước khi ngưng KS 24h và các xét nghiệm khác
- TD biến chứng

Sau điều trị 48 giờ điều trị hoặc trước ngưng thuốc 24 giờ, hoặc cụ thể BN xài KS đc 13 ngày rồi, LS ổn (hết sốt, cổ mềm,...) dự kiến mai xuất viện nay làm gì cho BN → Chọc lại DNT

Biến chứng

- Nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc, viêm mủ khớp, DIC
- Co giật (do phù, viêm tắc TM vỏ não)
- Liệt dây TK sọ: dây III, IV (20%); RL thị giác; liệt ½ người (15%); dây VIII gây điếc (S. suis).
- Tăng áp lực nội sọ → tụt não thứ phát
- Viêm tắc TM xoang hang, tụ mủ dưới màng cứng, áp xe não.
- Nội tiết: SIADH, mất muối do não → hạ natri máu cấp tính gây ngộ độc nước
- VMN tái phát nhiều lần

Bây giờ sẽ ko hỏi nhớ nữa ví dụ hỏi trực tiếp biến chứng nào sau đây của VMN mủ nữa mà sẽ lồng ghép, ví dụ: Chẩn đoán nào sau đây đúng nhất: VMN mủ + biến chứng

BONUS ĐẠI

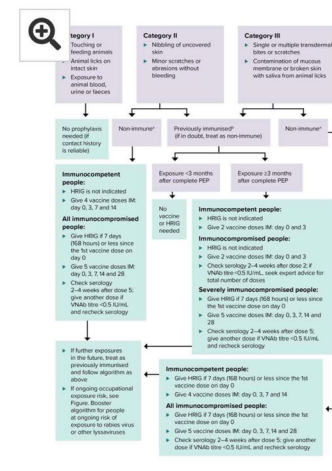
Vẫn là SGK và phác đồ BYT nhưng tình huống sẽ thay đổi

1. BN bị mèo/chó cắn đã chích ngừa dại đủ 5 mũi cách đây 3 tháng hoặc 1 năm → Xử trí tiếp theo?
→ ko phải chích 5 mũi lại, thầy ko nói thêm
2. 1 người chó cắn ở tay đã chích đc 3 mũi rồi thì bị chó hoang cắn → Xử lý sao
3. 1 người mới chích đc 1 mũi thì bị mèo hoang cắn ở mông → Làm gì

immunisationhandbook.health.gov.au

Vaccines, dosage and administration

Figure. Rabies post-exposure prophylaxis: terrestrial animal exposures



tiếp

Key point là ko phải chích lại từ đầu
(chích đủ 5 mũi), còn làm gì thấy ko
nói

- **Dại tgian ủ bệnh chuẩn là 20 ngày**, ko muốn hưởng về dại thì ghi hẳn <5 ngày chứ ko để 8-9-10 ngày đâu

Ví dụ: BN đi Bình Phước đc 3 ngày thì bị chó cắn → Về sốt lên, lơ mơ, co giật, sợ nước

A. Sốt rét

B. Dại

C. Viêm não

⇒ Đáp án Viêm não

- Viêm não khởi phát rất đột ngột ủ bệnh 1 ngày cũng được