

NOTE CASE LÂM SÀNG THẦN KINH

Case 1: Chẩn đoán định khu

Minicase 1:

Bn nam 50 tuổi đột ngột nói khó, yếu tay phải và méo miệng sang trái.

Thăm khám ghi nhận:

- Bn tỉnh, hiểu lời nói nhưng không trả lời được một từ nào cả
- Miệng méo sang trái, mờ nếp mũi má bên phải, mắt nhắm kín hai bên
- Yếu $\frac{1}{2}$ người phải, với sức cơ tay là 1/5 và chân là 4/5. Bên trái sức cơ bình thường.
- Babinski (+) bên phải
- Các thăm khám thần kinh khác bình thường.

Vấn đề của bn này là gì?

Gợi ý: (rối loạn thần kinh – vị trí tổn thương)

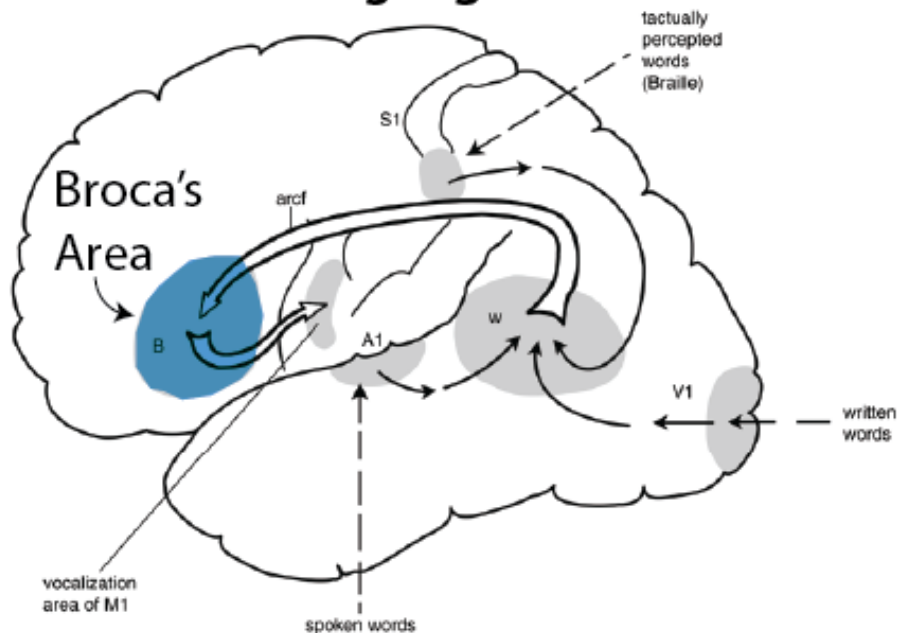
- Rối loạn thức tỉnh (ngủ gà, lơ mơ, hôn mê)?
✍ Hệ thống lưới ở vùng thân não
- Rối loạn chức năng thần kinh cao cấp (ngôn ngữ, trí nhớ, tập trung...)?
✍ Vỏ não
- Rối loạn điều hoà hệ thần kinh thực vật?
✍ Hệ thần kinh thực vật - giao cảm trung khu ở - đối giao cảm
- Rối loạn thần kinh sọ?
✍ Dây thần kinh sọ
- Hội chứng yếu liệt cơ?
✍ Tb vận động số 1 và tb vận động số 2
- Rối loạn điều hoà vận động?
✍ Bó dẫn truyền ngoại tháp, tiểu não
- Rối loạn cảm giác loại gì? Trên con đường TK trung ương hay ngoại biên?
✍ Cảm giác nông (đau, nhiệt, sờ thô) và cảm giác sâu (vị thế, rung âm thoa, sờ tinh vi)

Đặt vấn đề

- Mất ngôn ngữ Broca
- Liệt VII trung ương bên phải
- Hội chứng yếu nửa người phải không đồng đều, kiểu trung ương

Trung tâm ngôn ngữ

The Language Circuit



Mất ngôn ngữ	Sự thông hiểu	Khả năng lặp lại lời nói	Khả năng định danh	Sự lưu loát
Wernicke	↓	↓	↓	↓/↑
Broca	↓	↓	↓	↓
Toàn bộ	↓	↓	↓	↓
Dẫn truyền	↓	↓	↓	↓
Định danh	↓	↓	↓	Bình thường nhưng có đoạn dừng để tìm từ

Liệt mặt trung ương (trên nhân dây thần kinh VII)

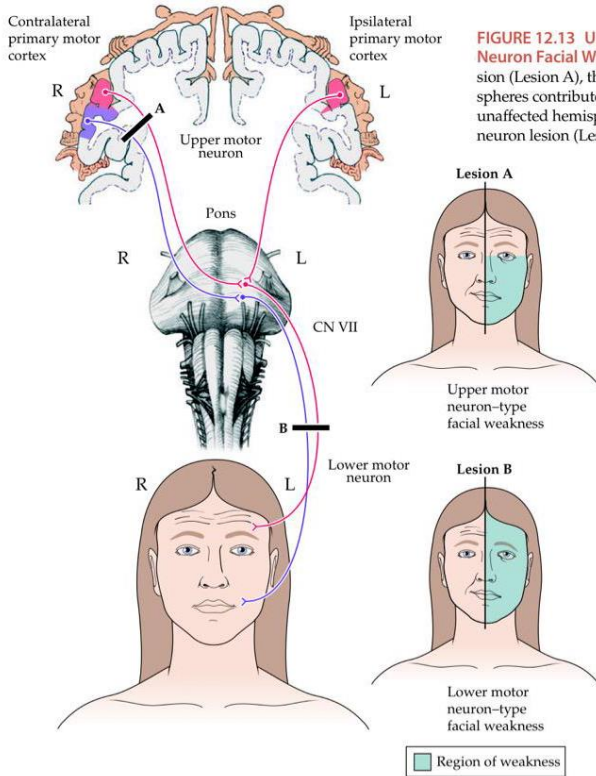
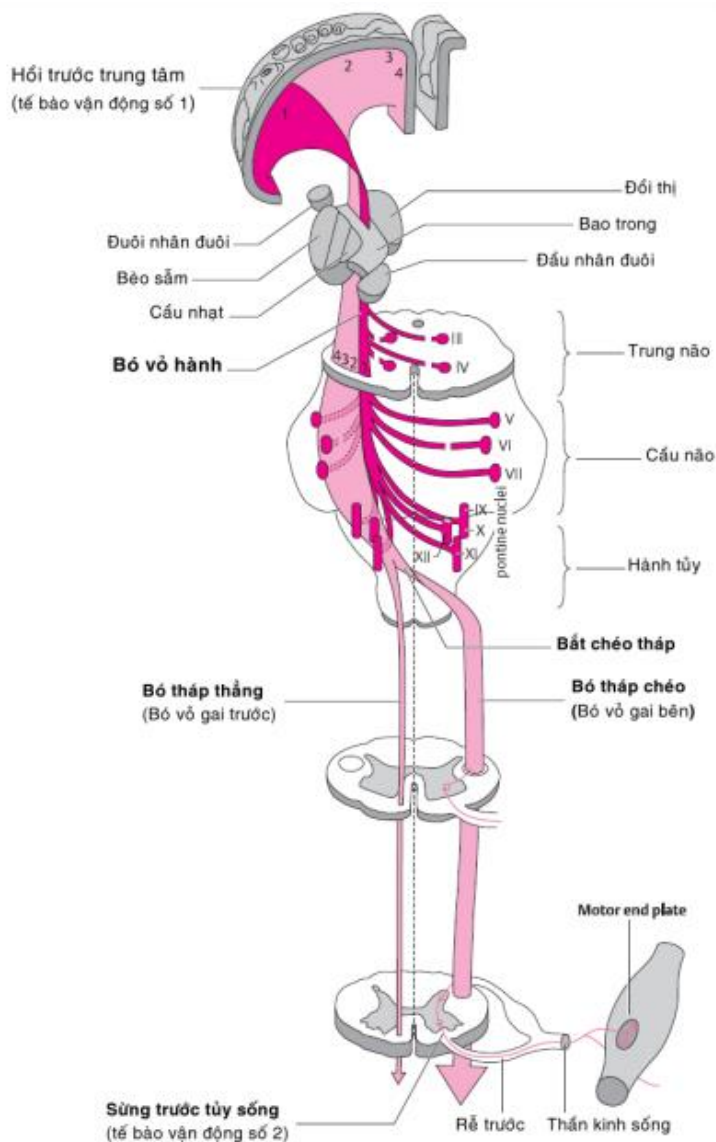


FIGURE 12.13 Upper Motor Neuron versus Lower Motor Neuron Facial Weakness With an upper motor neuron lesion (Lesion A), the upper face is spared because both hemispheres contribute to movement of the upper face, and the unaffected hemisphere can compensate. With a lower motor neuron lesion (Lesion B), the entire face is affected on one side.

Dây thần kinh VII gồm hai nhân: nhân trên và nhân dưới.

- Nhân trên chi phối ¼ trên mặt, được chi phối bởi vỏ não 2 bán cầu đại não.
- Nhân dưới chi phối ¼ dưới mặt, được chi phối bởi vỏ não đối bên.
- Lesion A: tổn thương trung ương chỉ gây liệt ¼ dưới mặt bên đối diện
- Lesion B: tổn thương ngoại biên gây liệt ½ mặt cùng bên tổn thương.

Hội chứng liệt 1/2 người trung ương



- Tổn thương từ sừng trước đi ra thì liệt vận động ngoại biên
- Tổn thương vỏ não liệt không đồng đều
- Tổn thương bao trong liệt đồng đều

Định khu tổn thương thần kinh ở đâu? Tại sao?

- Lấy con đường vận động làm con đường lý luận chính ⇒ Con đường trung ương
 - Liệt VII trung ương ⇒ Vùng cầu não cao trở lên
 - Liệt không đồng đều ⇒ vỏ não, bên trái
 - Mất ngôn ngữ Broca ⇒ vỏ não thùy trán, mặt ngoài
- ⇒ Phù hợp vỏ não mặt ngoài thùy trán bán cầu đại não bên trái (nghĩ do tổn thương đột ngột đm não giữa)

Minicase 2:

Bn nữ 52 tuổi, nhập viện vì yếu liệt 2 chân kèm bí tiểu nhanh trong 4 ngày.

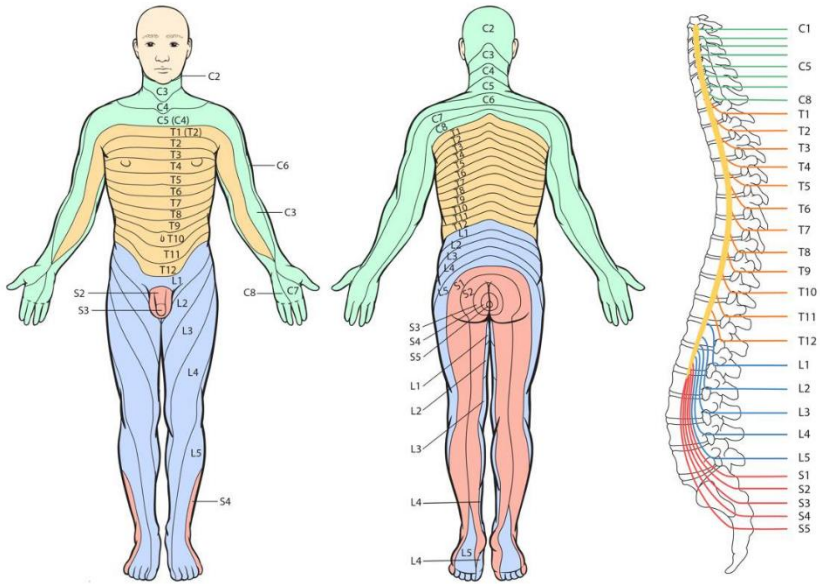
Thăm khám ghi nhận:

- Bn tỉnh, than đau thắt rất vòng quanh ngực, tăng nhiều khi cử động
- Thần kinh sọ và sức cơ 2 tay bình thường
- Liệt hoàn toàn 2 chân 0/5, trương lực cơ giảm, mất phản xạ gân cơ hai chân, không dấu bệnh lý tháp
- Mất toàn bộ cảm giác nông sâu từ ngang vú trở xuống
- Cầu bàng quang căng to do bí tiểu
- Các thăm khám thần kinh khác bình thường

Đặt vấn đề:

- Mất toàn bộ cảm giác kiểu con đường hệ thần kinh trung ương
- Liệt mềm hoàn toàn 2 chi dưới cấp tính kiểu trung ương
- Rối loạn thần kinh thực vật (bí tiểu)
- Đau thần kinh vùng ngực

Mất toàn bộ cảm giác kiểu trung ương



- Mất cảm giác kiểu ngoại biên: mất cảm giác ngọn chi
- Mất cảm giác kiểu trung ương: mất cảm giác theo khoanh tủy, mất cảm giác từ khoanh tủy tổn thương trở xuống

Liệt mềm cấp tính kiểu trung ương

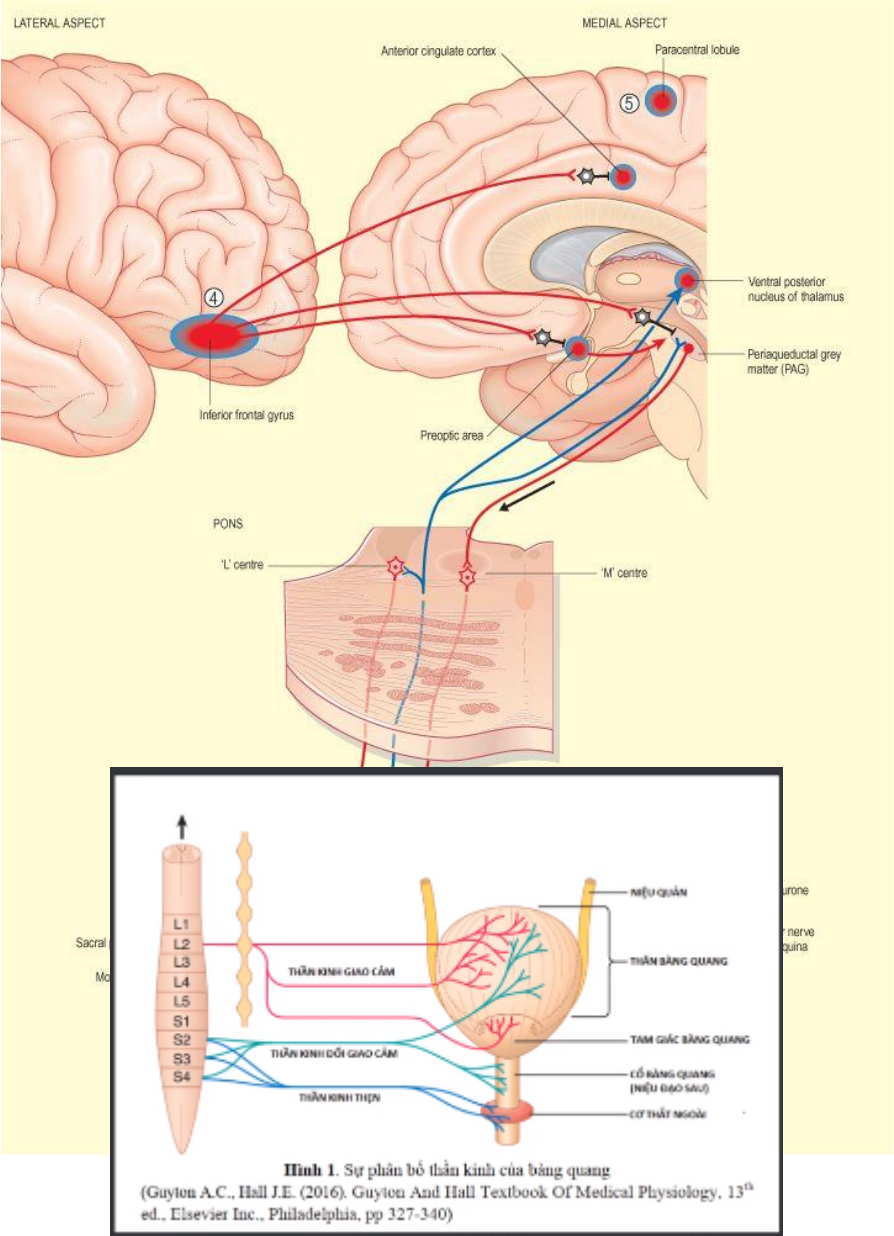
✂️ Tổn thương có thể gây ra liệt 2 chi dưới:

- Tổn thương rãnh liên bán cầu: Rãnh liên bán cầu vỏ não chi phối hai chân. Liệt kèm theo đau đầu nhiều do vùng đó thụ thể đau nhiều, tuy nhiên không gây mất cảm giác thân mình
- Tổn thương tủy ngực: liệt hai chân kiểu trung ương
- Tổn thương tủy thắt lưng cùng - chóp đuôi ngựa: liệt hai chân kiểu ngoại biên

Đau thần kinh vùng ngực: đau không tương ứng với kích thích

Đau và mất cảm giác từ ngang vú ⇒ khoanh tủy T4

Bí tiểu



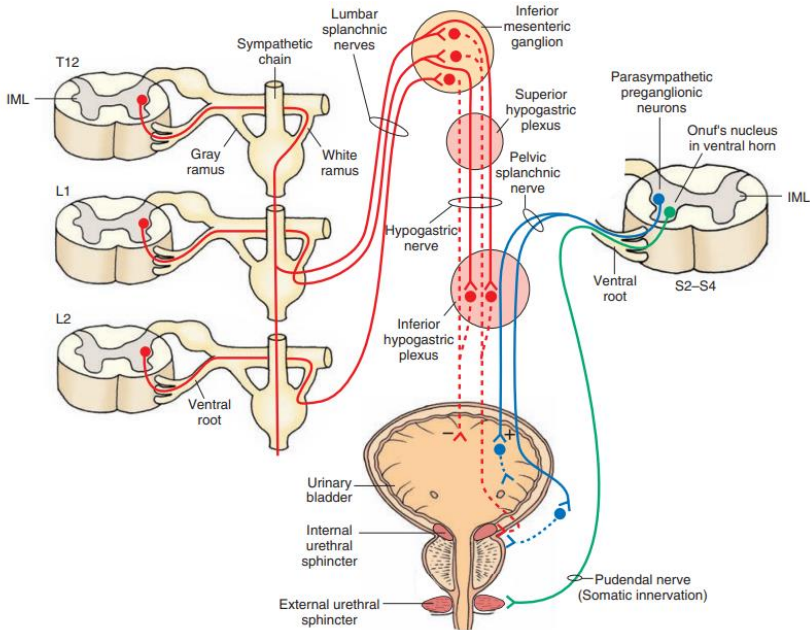


FIGURE 21.8 Autonomic innervation of the urinary bladder (see text for details). Red, sympathetic nervous system; Blue, parasympathetic nervous system. Solid lines, preganglionic fibers; dotted lines, postganglionic fibers. The green line represents somatic innervation. L, lumbar; S, sacral; T, thoracic spinal segment; IML, intermediolateral cell column.

- Khi bàng quang to lên kích thích các thụ thể trên thành bàng quang
⇒ kích thích thần kinh làm mở cơ vòng bàng quang để tống nước tiểu.
- Muốn tống nc tiểu cần co cơ thành bàng quang và mở cơ thắt ngoài
- Cần gửi xung thần kinh lên trung tâm tổng xuất nc tiểu ở cầu não, sau đó chuyển thông tin xuống sừng trước rồi đến cơ thành bàng quang
- Trung tâm điều hoà đi tiểu mở cơ thắt ngoài bàng quang
⇒ Nếu tổn thương tủy sống không nhận được mệnh lệnh tổng xuất nước tiểu

Định khu tổn thương thần kinh ở đâu? Tại sao?

- Lấy con đường vận động làm con đường lý luận chính ⇒ Con đường trung ương: bán cầu đại não / thân não / tủy sống
- Liệt 2 chân, không thần kinh sọ, không chức năng bán cầu, bí tiểu, mất cảm giác quanh tủy từ ngang vú trở xuống ⇒ Tủy sống
- Liệt đồng đều 2 chân, 2 tay bình thường, mất toàn bộ cảm giác, bí tiểu
⇒ Cắt ngang tủy ngực hoàn toàn
- Mất cảm giác quanh T4 trở xuống ⇒ Tổn thương ngang mức tủy T4
⇒ Phù hợp cắt ngang tủy sống T4 hoàn toàn, khả năng viêm tủy ngực

Minicase 3:

Bn nam 18 tuổi, nhập viện vì tê yếu tứ chi trong vòng 1 tuần nay, xảy ra sau 1 đợt cảm 1 tuần. Bn than tê 2 bàn chân lên tới gối 2 bên và tê 2 bàn tay lên đến khuỷu tay. Kèm theo cảm giác nói khó nghe, yếu không nâng được 2 cánh tay và đứng lên ngồi xuống khó khăn. Bn đi tiêu tiểu tự ý bình thường.

Thăm khám ghi nhận:

- Bn tỉnh, hiểu trả lời đúng, thực hiện y lệnh được, giọng nói hơi khó nghe.
- Mắt 2 bên nhắm không kín, dấu Charles-Bell (+) 2 bên, mờ nếp mũi má 2 bên và không phồng má lên được.
- Sức cơ tứ chi 3/5 đồng đều 2 bên, nhưng gốc chi yếu hơn ngọn chi.
- Mất phản xạ gân cơ tứ chi.
- Giảm cảm giác rung âm thoa ở đầu ngón tay và chân 2 bên.
- Các thăm khám thần kinh khác bình thường.

Đặt vấn đề:

- Liệt VII ngoại biên 2 bên
- Yếu cơ tứ chi lan tỏa đối xứng 2 bên kiểu ngoại biên
- Giảm cảm giác kiểu ngoại biên lan tỏa đối xứng 2 bên
(ngọn chi, theo phân bố của dây thần kinh)

Định khu tổn thương thần kinh ở đâu? Tại sao?

🔍 Yếu cơ ⇒ tổn thương có thể ở:

- Sừng trước: teo cơ, rung giật thớ cơ, mất phản xạ gân cơ, yếu cơ ngọn chi nhiều hơn gốc chi
- Rễ vận động: teo cơ, mất phản xạ gân cơ, yếu cơ gốc chi nhiều hơn ngọn chi
- Dây thần kinh: thường kèm rối loạn cảm giác, ít rung giật thớ cơ, mất phản xạ gân cơ, yếu cơ ngọn chi nhiều hơn gốc chi
- Sinap thần kinh – cơ: không rối loạn cảm giác, phản xạ gân cơ bình thường, yếu cơ thay đổi

- Cơ: k rối loạn, phản xạ gân cơ bình thường, yếu cơ liên tục kéo dài

⇒ Bệnh ở rễ và dây thần kinh

- Lan tỏa đối xứng ⇒ đa rễ – dây thần kinh
- Liệt VII ngoại biên 2 bên: nằm trong bệnh cảnh của đa rễ dây thần kinh (HC Gullain-Barré)

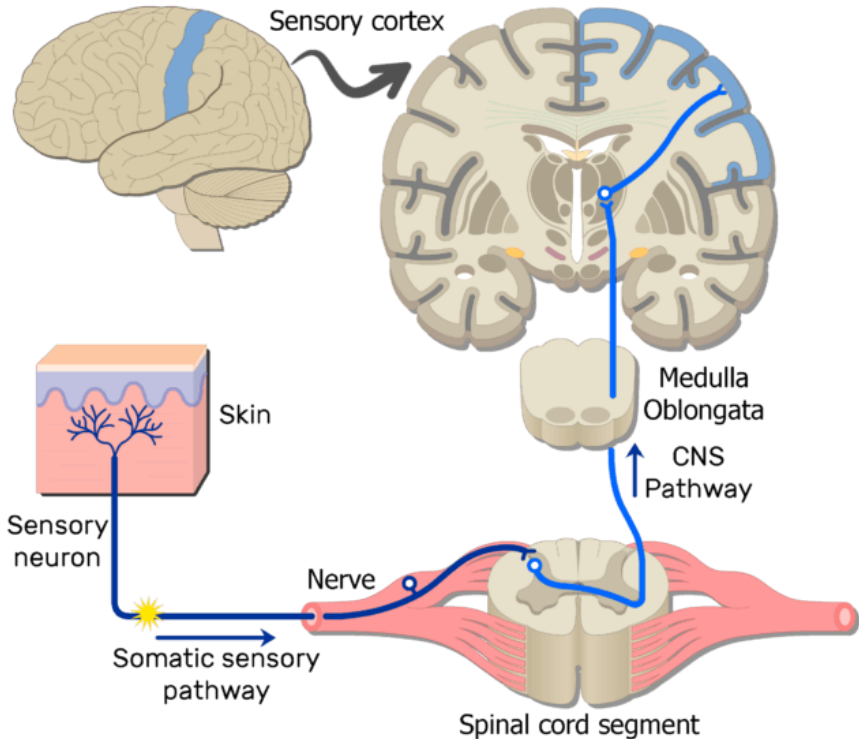
⇒ Sang thương đa rễ dây thần kinh ngoại biên cấp

Case 2: Bệnh tử

Bn nữ, 35 tuổi, nhập viện vì tê yếu hai chân tiến triển trong vòng 2 tuần.

Hãy nêu các vị trí tổn thương gây bất thường cảm giác?

- ✎ Hệ thống thần kinh trung ương: não (vỏ não cảm giác và đồi thị), thân não và tủy sống
- ✎ Hệ thống thần kinh ngoại biên: rễ sau, hạch cảm giác, đám rối thần kinh, dây thần kinh cảm giác.



Cần khai thác những triệu chứng gì về cảm giác khi bn than phiền “tê”?

✎ 8 tính chất về triệu chứng tê

- Khởi phát
- Vị trí
- Tần suất
- Mức độ
- Thời gian
- Kiểu
- Tiến triển
- Yếu tố tăng giảm
- Yếu tố đi kèm

✎ Các kiểu rối loạn cảm giác

- Giảm, tê bì, châm chích hay mất cảm giác
- Cảm giác khác thường (đau thần kinh)
- Lạnh hay nóng
- Tăng cảm đau
- Loạn cảm đau

✎ Triệu chứng cảm giác tương ứng với vùng tổn thương

Vùng tổn thương	Triệu chứng cảm giác
Vỏ não cảm giác	Bất thường cảm giác mặt, tay chân không đồng đều, đối bên tổn thương
Đồi thị	Bất thường cảm giác mặt, tay chân đồng đều, đối bên tổn thương
Thân não	Bất thường cảm giác mặt cùng bên tổn thương, tay chân đối bên tổn thương
Tủy sống	Bất thường cảm giác tứ chi hay nửa người (tủy cổ), một chân hay hai chân (tủy ngực hay chóp tủy), băng cảm giác theo khoanh tủy
Rễ sau	Bất thường cảm giác theo dermatoma của rễ thần kinh chi phối, ví dụ tổn thương rễ C5, bn than phiền cảm giác vai, mặt ngoài cánh tay
Dây thần kinh cảm giác	Bất thường cảm giác theo phân bố của dây thần kinh. Ví dụ tổn thương dây thần kinh trụ, bn than phiền bất thường cảm giác mặt trong cánh tay, nửa ngón 4 và ngón 5.

Bệnh sử

- Cách nhập viện 2 tuần, bn sốt nhẹ, không ho, không tiêu chảy, bn tỉnh táo, ăn uống, tiêu tiểu, đi đứng bình thường, không đi khám hay điều trị gì.
- Cách nhập viện 1 tuần, bn thấy giảm cảm giác 2 chân, đi lại hơi khó khăn, không đi khám hay điều trị gì. Bn tỉnh táo, không còn sốt, không co giật, không đau đầu, không nhìn đôi, không nhìn mờ, không thay đổi giọng nói, ăn uống và tiêu tiểu bình thường.
- Cách nhập viện 2 ngày, bn tê yếu 2 chân ngày càng nhiều, không tự đi lại được, tiểu khó ⇒ nhập viện BV Chợ Rẫy.

Những dấu hiệu quan trọng về thần kinh?

- Yếu 2 chân
- Giảm cảm giác 2 chân
- Tiểu khó

Khám lâm sàng – thần kinh

- Chức năng thần kinh cao cấp:
 - Bn tỉnh, tiếp xúc tốt
 - Định hướng bản thân, không gian, thời gian tốt
 - Sự tập trung và chú ý tốt
 - Khí sắc và cảm xúc bình thường
 - Không rối loạn trí nhớ
 - Ngôn ngữ và cách nói phù hợp
- Dây thần kinh sọ: 12 dây thần kinh sọ bình thường
- Vận động:
 - Không teo cơ, không rung giật bó cơ
 - Trương lực cơ 2 tay bình thường, 2 chân giảm
 - Sức cơ 2 tay 5/5, 2 chân 3/5
 - Phối hợp vận động 2 tay bình thường, 2 chân không thực hiện được
- Cảm giác:
 - Cảm giác sờ, đau: 2 tay bình thường, giảm 2 chân. Giảm cảm giác sờ, đau từ vú trở xuống
 - Cảm giác định vị ngón, vị thể khớp: 2 tay bình thường, giảm 2 chân
 - Cảm giác rung âm thoa: 2 tay bình thường, giảm ở cả 2 chân
- Các phản xạ:
 - Phản xạ thác: Hoffman (-) hai tay, phản xạ da lòng bàn chân đáp ứng duỗi hai chân
 - Phản xạ da bụng (-)
 - Phản xạ gân cơ: cơ nhị đầu 2 tay (++), cơ tam đầu 2 tay (++), cơ tứ đầu đùi 2 chân (-), cơ tam đầu cẳng chân 2 chân (-)
- Cơ vòng: bn bí tiểu nên được đặt sonde tiểu lưu
- Dấu màng não:
 - Cổ mềm
 - Nghiệm pháp Kernig (-), nghiệm pháp Brudzinski (-)
- Cột sống: không điểm đau, không gù vẹo, không biến dạng

Đặt vấn đề?

✎ 7 vấn đề trong hệ thần kinh?

- Thức tỉnh
- Nhận thức
- Thần kinh sọ
- Thần kinh thực vật
- Yếu cơ
- Rối loạn vận động
- Cảm giác

⇒ Bn này:

- Bí tiểu
- Sức cơ 2 chân 3/5, không thể phối hợp vận động
- Giảm toàn bộ cảm giác nông sâu 2 chân
- Phản xạ da lòng bàn chân đáp ứng duỗi hai chân, phản xạ da bụng (-), phản xạ gân cơ (-) 2 chân

Định khu tổn thương ở bn này?

✎ Phân biệt triệu chứng trung ương và ngoại biên

Triệu chứng	Trung ương (thùy trán, cầu não, tủy ngực)	Ngoại biên (chóp tủy, HC chùm đuôi ngựa, dây thần kinh, cơ)
Phản xạ bệnh lý tháp	+	—
Phản xạ da bụng, da bìu	—	+
Rối loạn cơ vòng	+	—
Rối loạn cảm giác	+	+
Teo cơ, rung giật bó cơ	—	+
Liệt cứng: tăng phản xạ gân cơ, tăng trương lực cơ	+	—

⇒ Bn này tổn thương trung ương – tủy sống

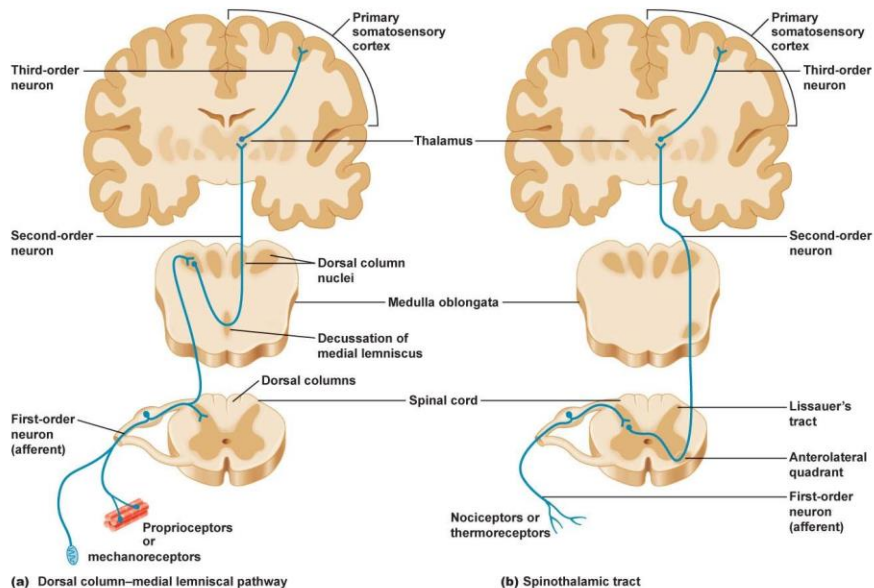
Định vị tổn thương theo chiều dọc?

✎ Định vị tổn thương nằm ở mức nào của tủy, dựa vào:

- Liệt tứ chi hay liệt 2 chi dưới
- Triệu chứng mất cảm giác theo khoanh
- Triệu chứng tại cột sống: đau, gù vẹo...
- Triệu chứng rễ (đau, giảm hay mất cảm giác, teo cơ)

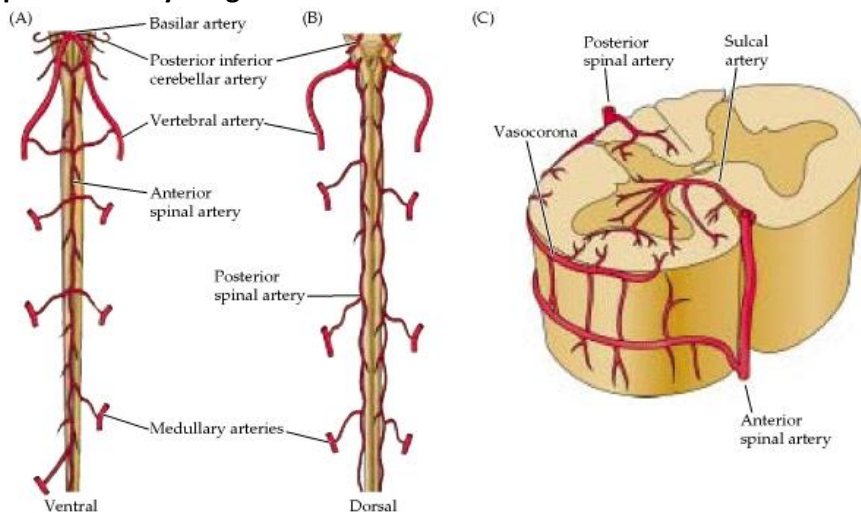
⇒ Tổn thương tủy ngực T4. Bn giảm cảm giác sờ đau từ ngang vú trở xuống.

Đường dẫn truyền cảm giác sâu – nông



© 2011 Pearson Education, Inc.

Cấp máu cho tủy sống



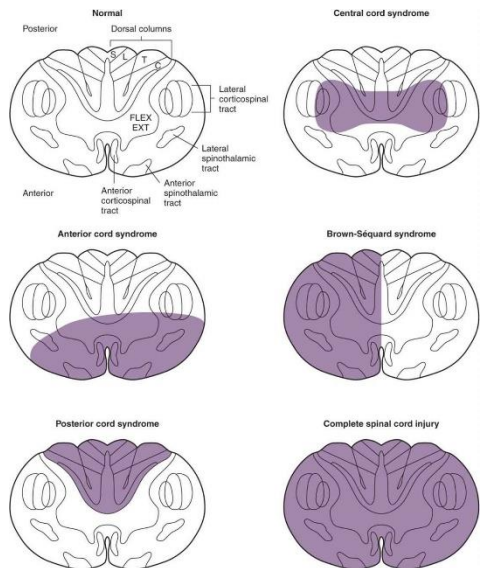
Định vị tổn thương theo chiều ngang?

✎ Một số HC tổn thương tủy

- Tổn thương tủy hoàn toàn (HC cắt ngang tủy)
- Tổn thương 2/3 trước tủy (HC động mạch tủy sống trước)
- Tổn thương cột sau
- Tổn thương nửa tủy (HC Brown-Sequard)
- Tổn thương trung tâm tủy (HC rối ống tủy)
- Kết hợp tổn thương tb sừng trước và bó tháp (ALS: xơ cứng cột bên teo cơ)
- Tổn thương tủy do chèn ép hay không chèn ép. Nếu tổn thương do chèn ép thì tổn thương từ trong tủy hay từ ngoài tủy

⇒ Bn này tổn thương tủy hoàn toàn do:

- Giảm cảm giác sờ từ ngang hai vú trở xuống hai bàn chân – bó gai đồi thị trước hai bên (cột trước)
- Giảm cảm giác đau từ ngang hai vú trở xuống hai bàn chân – bó gai đồi thị bên hai bên (cột bên)
- Giảm cảm giác định vị ngón, vị thế khớp, rung âm thoa hai chân – cột sau hai bên (cột sau)
- Yếu hai chân – bó tháp hai bên (cột bên)



Căn nguyên nghĩ nhiều nhất ở bn này là gì?

✎ Các căn nguyên bệnh tủy:

- Bệnh tủy do chèn ép
 1. U tủy
 - U ngoài màng cứng (K di căn cột sống, u sau phúc mạc)
 - U trong màng cứng (u màng tủy, u dây thần kinh)
 - U nội tủy
 2. Áp xe ngoài màng cứng
 3. Xuất huyết ngoài màng cứng
 4. Xuất huyết tủy

- Bệnh tủy không do chèn ép
 1. Nhồi máu tủy
 2. Viêm tủy
 - MS (*tổn thương tủy không vượt quá 2 thân sống*)
 - NMO
 - Viêm tủy hậu nhiễm
 - Viêm tủy do nhiễm (Siêu vi / Vi trùng / Ký sinh trùng)
- Bệnh tủy mạn tính

⇒ Căn nguyên nghĩ nhiều nhất ở bn này là viêm tủy. Bn có tiền căn nhiễm siêu vi 2 tuần trước khi xuất hiện triệu chứng giảm cảm giác và yếu hai chân, tiền căn không ghi nhận bất thường.

Đề nghị cận lâm sàng?

☞ Cận lâm sàng chẩn đoán xác định và tìm nguyên nhân gây bệnh

- MRI cột sống ngực
- Chọc dò dịch não tủy: sinh hóa, tế bào, PCR lao, soi tìm nấm, kí sinh trùng, tìm oligoclonal band
- Anti NMO antibodyTPHA, HIV, HbsAg, anti HCV
- Định lượng vitamin B12

Kết quả cận lâm sàng

- Dịch não tủy: trong, không màu
 - ▲ Số lượng tế bào: 5 tb/mm³, hầu hết lymphocyte, hồng cầu 0/mm³
 - ▲ Protein/DNT: 60mg%
 - ▲ Glucose DNT/máu: 80/108 mg%
 - ▲ Bilirubin 0mg%
 - ▲ Clo 125.5 mmol/L

⇒ Dịch não tủy bình thường

DNT viêm nhiễm: tb tăng, đạm tăng. Trong viêm tủy do nhiễm trùng – Neu tăng, nhiễm virus – Lym tăng, nhiễm KST – Eos tăng. Glucose giảm trong bệnh cảnh lao.

- Oligoclonal band dịch não tủy: bình thường
- Anti NMO antibody: bình thường
- TPHA, HbsAg, anti HCV: âm tính
- Định lượng vitamin B12: bình thường

Chẩn đoán xác định?

- Lâm sàng: viêm tủy cắt ngang, cấp tính. Tiền căn nhiễm siêu vi
 - Cận lâm sàng: MRI cột sống ngực viêm tủy ngực D2-D5, các xét nghiệm miễn dịch, nhiễm trùng và chọc dò dịch não tủy bình thường.
- ⇒ Chẩn đoán xác định: viêm tủy ngực D2 – D5 hậu nhiễm.

Điều trị:

- Corticoid 1g/ngày x 5 ngày
- Solumedrol 0.5g 2 lọ pha trong NaCl 0.9% 100 ml truyền tĩnh mạch khoảng 20 giọt/phút

Case 3: Guillain-Barré

Bệnh nhân nữ, 50 tuổi.

Nhập viện vì yếu tứ chi trong vòng 1 tuần.

Vị trí tổn thương có thể ở đâu?

✎ Nguyên nhân bệnh thần kinh

- Chấn thương
- Mạch máu
- Viêm/nhiễm
- Khối choán chỗ
- Khác (di truyền, miễn dịch, chuyển hóa, ngộ độc, độc chất)

✎ Nguyên nhân bệnh thần kinh ngoại biên:

- Di truyền
- Mắc phải
 - ▲ Viêm
 - ▲ Bệnh mô liên kết, nội tiết
 - ▲ Thuốc
 - ▲ Độc chất
 - ▲ Kim loại
 - ▲ Dinh dưỡng

Bệnh sử:

- Cách nhập viện 2 tuần, bn sốt nhẹ, không ho, không tiêu chảy. Bn tỉnh, ăn uống, tiêu tiểu và đi đứng bình thường, không đi khám hay điều trị gì.
- Cách nhập viện 1 tuần, sau khi ngủ dậy, bn thấy tê hai lòng bàn chân, sau đó tê lan dần lên cánh tay, cẳng chân lan tới đùi; cảm giác yếu tay chân 2 bên, hạn chế đi lại, kèm thấy giọng nói khàn, không đi khám hay điều trị gì. bn tỉnh không còn sốt, tiêu tiểu bình thường.
- Cách nhập viện 1 ngày, bn ăn uống kém, nuốt khó, khàn giọng, tê yếu tứ chi ngày càng nhiều, không tự đi lại được ⇒ Nhập BV Chợ Rẫy

Những dấu hiệu quan trọng về thần kinh?

- Yếu tứ chi trong 1 tuần
- Dị cảm ngón chi tứ chi
- Khàn giọng, nói khó, nuốt khó

Khám lâm sàng:

- Tổng quát:
 - ▲ Tổng trạng TB
 - ▲ Sinh hiệu: HA: 140/80mmHg. Mạch: 80l/p.
Nhịp thở: 18l/p. Nhiệt độ: 37°C.
 - ▲ Tự thở qua Catheter mũi đều, không khó thở, không đau ngực.
- Dây thần kinh sọ:
 - ▲ Hai mắt nhắm không kín, mắt nếp nhăn trán hai bên, mắt nếp mũi má khi làm động tác nhe răng, không chu môi và phồng má 2 bên được
⇒ Bn bị liệt các cơ bám da mặt, cơ vòng mắt, cơ vòng miệng hai bên
⇒ Liệt VII ngoại biên 2 bên
 - ▲ Vòm hầu nâng kém, mất phản xạ nôn, nuốt sặc nên phải ăn qua sonde dạ dày ⇒ Liệt TK IX, V 2 bên
 - ▲ Các dây TK khác chưa ghi nhận bất thường.
- Vận động:
 - ▲ Không teo cơ, rung giật bó cơ.
 - ▲ Trương lực cơ hai bên bình thường
 - ▲ Sức cơ hai tay 2/5, hai chân 0/5, yếu gốc chi nhiều hơn ngọn chi.
 - ▲ Phối hợp vận động không thực hiện được
- Cảm giác:
 - ▲ Sờ nông, đau nhiệt: bình thường
 - ▲ Giảm cảm giác rung âm thoa tứ chi
- Các phản xạ:
 - ▲ PX thấp (-)
 - ▲ PX da bụng (+)
 - ▲ PX gân cơ (-) tứ chi
- Cơ vòng: Tiêu tiểu bình thường.
- Dấu màng não: Cổ mềm, Kernig (-), Brudzinski (-)

Định khu tổn thương?

- ✎ Bn này yếu tứ chi kiểu ngoại biên vì
 - Phản xạ thấp (-)
 - Phản xạ da bụng (+)
 - Không rối loạn cơ vòng
 - Dị cảm ngọn chi kiểu mang găng mang vớ

✎ Thần kinh ngoại biên, tiếp hợp thần kinh – cơ và cơ đều gây yếu tứ chi kiểu ngoại biên. Tổn thương tiếp hợp thần kinh – cơ và cơ không gây than phiền cảm giác. Thần kinh ngoại biên giải thích được yếu chi, rối loạn cảm giác của bn (dị cảm ngọn chi và giảm cảm giác rung âm thoa tứ chi) và liệt dây VII ngoại biên, IX, X hai bên.

Tiếp cận bn thần kinh ngoại biên

1. Đặc điểm lâm sàng

- Phân bố: một dây thần kinh, nhiều dây thần kinh, đa dây thần kinh. Phụ thuộc chiều dài, không phụ thuộc chiều dài
- Loại dây thần kinh: cảm giác (sợi lớn, sợi nhỏ), vận động.
- Diễn tiến thời gian: cấp tính, bán cấp, mạn tính.

2. Căn nguyên: di truyền hay mắc phải (viêm, độc chất, thuốc...)

3. Sinh lý bệnh: mất sợi trục và/hoặc mất myeline

Chẩn đoán nhiều khả năng nhất và cận lâm sàng cần thực hiện?

✎ Chẩn đoán

- Bệnh đa dây thần kinh vận động cảm giác (khởi phát đối xứng, yếu tứ chi, giảm cảm giác rung âm thoa tứ chi)
- Căn nguyên nghĩ do miễn dịch: bn khởi phát bệnh cấp tính sau 1 đợt nhiễm siêu vi, không tiền căn dùng thuốc (lao, hóa chất...), không bệnh nội khoa (ĐTĐ, suy thận,...), ăn uống tốt, thể trạng tốt, không thiếu chất và không người thân bệnh tương tự ít nghĩ căn nguyên di truyền.

✎ CLS giúp chẩn đoán xác định:

- Chọc dò dịch não tủy
- Điện cơ

Kết quả dịch não tủy

- Trong, không màu (bình thường là trong không màu)
- Số lượng tế bào: 3 tb/mm³, hầu hết Lymphocyte, hồng cầu 0/mm³
- Protein/DNT: 93.5mg%
- Glucose DNT/máu: 80/108mg%
- Bilirubin 0mg%
- Clo 125.5mg%

Hãy phân tích kết quả dịch não tủy của bn?

- Số lượng tế bào: 3TB/mm³ < 5TB ⇒ bình thường

- Pro/DNT: 93.5mg% (bình thường 15-45mg%) \Rightarrow giảm tăng
- \Rightarrow Hiện tượng phân li đậm tế bào: số lượng tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ (<20), đậm tăng. Hiện tượng này xảy ra do phản ứng viêm gây dẫn mạch thoát các protein vào dịch não tủy.

Kết quả điện cơ

- Dẫn truyền thần kinh:
 - Tiềm thời ngoại vi vận động kéo dài và vận tốc dẫn truyền thần kinh giảm ở dây thần kinh giữa, dây thần kinh trụ, dây thần kinh chày sau 2 bên, và dây thần kinh mác sâu bên phải. Vận tốc dẫn truyền giảm ở dây thần kinh mác sâu trái.
 - Tiềm thời đỉnh cảm giác kéo dài và vận tốc dẫn truyền thần kinh cảm giác ở dây thần kinh giữa, dây thần kinh trụ 2 bên
 - Giảm biên độ vận động ở dây thần kinh giữa, dây thần kinh trụ và dây thần kinh chày sau 2 bên
 - Có hiện tượng block dẫn truyền ở tất cả các dây thần kinh được khảo sát
- Điện cơ kim (Needle Electromyography): Có hiện tượng mất phân bố thần kinh và tái phân bố thần kinh ở các cơ chi trên và chi dưới

Kết quả điện cơ cho thấy bn có tổn thương nào sau đây?

(chọn tất cả các câu đúng)

- Đa dây thần kinh vận động
- Đa dây thần kinh vận động và cảm giác
- Rễ vận động
- Mất myelin
- Mất sợi trục
- Cơ tứ chi

\Rightarrow B, D, E

Các cận lâm sàng khác

- MRI từ cột sống thắt lưng thấy các rễ thắt lưng cùng tăng bắt thuốc cản từ Gadolinium
- XN miễn dịch học để tầm soát một số kháng thể thường hiện diện trong hội chứng GBS như antiGM1, antiGD1a, antiGQ1b
- CLS loại trừ căn nguyên khác.

Bệnh có có thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán GBS không? Thể lâm sàng của bn là gì? Đánh giá mức độ nặng và dự đoán biến chứng có thể xảy ra?

🔍 Tiêu chuẩn chẩn đoán GBS theo Asbury và Cornblath 1990

Các đặc điểm cần thiết phải có để chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> A. Yếu tiến triển một hoặc nhiều chi từ nhẹ đến liệt toàn bộ. B. Mất phản xạ gân cơ
Các đặc điểm hỗ trợ mạnh mẽ cho chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> A. Lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> 1. Triệu chứng tiến triển nặng dần trong vòng vài ngày đến không quá 4 tuần 2. Các triệu chứng tương đối đối xứng 3. Triệu chứng cảm giác nhẹ 4. Liệt dây thần kinh sọ, nhất là yếu liệt các cơ mặt hai bên 5. Hồi phục bắt đầu 2-4 tuần sau khi ngưng tiến triển 6. Rối loạn chức năng hệ thần kinh tự chủ 7. Không sốt lúc khởi bệnh B. Cận lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> 1. Protein tăng cao trong dịch não tủy với số lượng tb < 10mm³ 2. Điện cơ phù hợp
Các đặc điểm khiến phải nghi ngờ chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> 1. Yếu đáng kể, nặng, không đối xứng 2. Rối loạn chức năng bàng quang trực tràng hằng định 3. Rối loạn bàng quang trực tràng lúc khởi phát 4. Hơn 50 tế bào bạch cầu/mm³ trong dịch não tủy 5. Có bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy 6. Có bằng chứng cảm giác
Các đặc điểm cho phép loại trừ chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> 1. Có tiền sử ngộ độc hexacarbon 2. Có bằng chứng porphyria. 3. Có bằng chứng bệnh bạch hầu 4. Có bằng chứng ngộ độc chì 5. Chỉ có triệu chứng cảm giác (hiện nay đã đồng thuận thể đơn thuần cảm giác) 6. Có bằng chứng bệnh lí khác gây bệnh tk ngoại biên cấp tính

🔍 Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Hugh J Willison, 2016

Các đặc điểm lâm sàng cần có cho chẩn đoán GBS
<ul style="list-style-type: none"> • Yếu liệt tứ chi tiến triển nặng dần ở hai chân và hai tay (đôi khi khởi đầu chỉ ở hai chân) • Mất phản xạ gân cơ (hoặc giảm phản xạ gân cơ ở các chi yếu)
Các triệu chứng hỗ trợ
<ul style="list-style-type: none"> • Giai đoạn tiến triển kéo dài đến 4 tuần (thường 2 tuần) • Tương đối đối xứng • Các triệu chứng hoặc dấu hiệu cảm giác nhẹ (không có trong thể sợi trục vận động cấp tính) • Ảnh hưởng thần kinh sọ, đặc biệt là liệt mặt hai bên • Rối loạn thần kinh tự chủ • Đau (thường gặp)
Các đặc điểm làm tăng sự nghi ngờ chẩn đoán GBS
<ul style="list-style-type: none"> • Dịch não tủy: số lượng tế bào tăng nhiều (>50 tế bào/μL). • Suy hô hấp nặng nhưng lại không yếu hoặc yếu chi nhẹ lúc khởi phát. • Dấu hiệu cảm giác nặng nhưng lại không yếu hoặc yếu chi nhẹ lúc khởi phát. • Rối loạn chức năng bàng quang trực tràng lúc khởi phát. • Sốt lúc khởi phát. • Có bằng cảm giác theo khoanh tủy. • Yếu không đối xứng đáng kể và hằng định. • Rối loạn chức năng bàng quang trực tràng hằng định. • Yếu tiến triển chậm và không suy hô hấp (cần xem xét SIDP - subacute inflammatory demyelinating polyneuropathy hoặc A-CIDP - acute onset chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy).
Đo dẫn truyền thần kinh
<ul style="list-style-type: none"> • Có thể hữu ích trong thực hành lâm sàng nhưng thường không nhất thiết phải có để chẩn đoán. • Cần thỏa đủ các tiêu chuẩn Brighton. • Cần thiết để phân loại GBS mất myelin hay sợi trục vận động. • AIDP: có đặc điểm mất myelin (tốc độ dẫn truyền vận động giảm, thời gian tiềm vận động ngọn chi kéo dài, thời gian tiềm sóng F tăng, có hiện tượng chẹn dẫn truyền và phát tán theo thời gian). • AMAN: không có đặc điểm mất myelin.

🦋 Các biến thể của GBS:

- Viêm đa rễ dây thần kinh mất myelin cấp tính (AIDP – acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy)
- Bệnh đa dây thần kinh vận động sợi trục cấp (AMAN – Acute Motor Axonal Neuropathy)
- Bệnh đa dây thần kinh vận động cảm giác sợi trục cấp (AMSAN – Acute Motor and Sensory Axonal Neuropathy)
- Bệnh có rối loạn chức năng thần kinh thực vật (acute pandysautomia)
- HC Guillain Barré cảm giác
- HC Miller Fisher

🦋 Các thể lâm sàng của GBS (Hugh J Willison, 2016)

Thể chính	Các biến thể	
Thể tổn thương myelin AIDP (Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy)	Điển hình (vận động, cảm giác, tứ chi, đối xứng)	
	Không điển hình	Không đối xứng
		Đơn thuần vận động (pure motor)
		Mất cảm giác trội hơn vận động
		Còn phản xạ gân cơ
	Khu trú	Hầu hống - Cổ - Cánh tay
		Liệt hai chi dưới
		Liệt mặt hai bên và dị cảm
Liệt dây VI và dị cảm ngón chi		
Thể tổn thương sợi trục (Axonal GBS)	AMAN (Acute Motor Axonal Neuropathy)	
	AMSAN (Acute Motor and Sensory Axonal Neuropathy)	
Hội chứng Miller Fisher	Điển hình (liệt vận nhãn, thất điều, mất phản xạ gân cơ)	
	Không điển hình	Kèm yếu chi tiến triển
		Kèm liệt hành não
		Kèm tổn thương thân não (Viêm não Bickerstaff)
Thể tổn thương cảm giác đơn thuần (acute pure sensory neuropathy)		
Thể tổn thương thần kinh tự chủ đơn thuần: bệnh thần kinh tự chủ cấp (acute autonomic neuropathy)		

🔪 **GBS disability scales:** gồm 7 mức độ, từ trạng thái khỏe mạnh đến tử vong, thường được ứng dụng trong việc đánh giá mức độ nặng của GBS:

1. Khỏe mạnh
2. Triệu chứng mức độ nhẹ và có khả năng chạy được
3. Có thể đi bộ 10 mét hoặc hơn mà không cần trợ giúp nhưng không thể chạy được
4. Có thể đi bộ 10 mét với sự trợ giúp
5. Nằm liệt giường hoặc ngồi xe lăn
6. Cần thông khí hỗ trợ ít nhất 1 thời gian trong ngày
7. Tử vong.

🔪 **Diễn tiến:** GBS diễn tiến qua 3 giai đoạn (bài đọc ghi 4 giai đoạn?)

1. Gđ tiến triển: 1-4 tuần
2. Gđ bình nguyên: 1-2 tuần trong đó triệu chứng không trở nặng thêm
3. Gđ thoái lui triệu chứng

⇒ Bn này: GBS thể AIDP giai đoạn tiến triển, có tổn thương sợi trục thứ phát nặng, GBS disability scale 6 điểm

🔪 **Biến chứng có thể xảy ra:**

- Viêm phổi
- Suy hô hấp
- Rối loạn thần kinh thực vật, tăng huyết áp hay tụt huyết áp tư thế, rối loạn nhịp tim
- Rối loạn điện giải
- Loét
- Huyết khối tĩnh mạch sâu

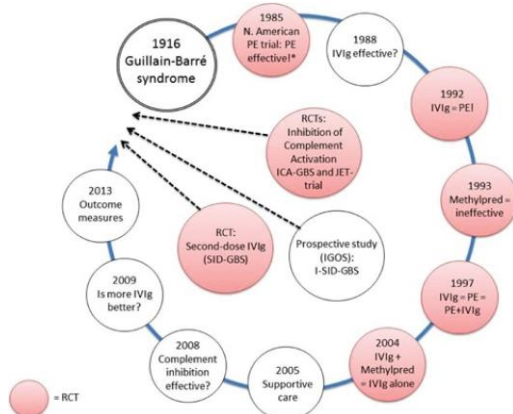
Suy nghĩ về điều trị như thế nào?

Cấp cứu? Nguyên nhân? Cơ bản? Phục hồi và phòng ngừa?

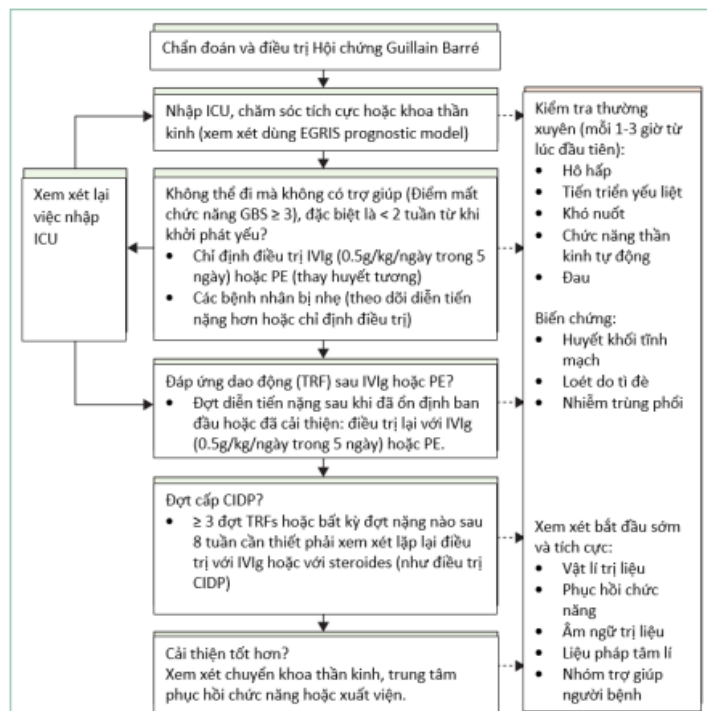
🔪 **Điều trị**

- Cấp cứu: ABC, suy hô hấp
- Nguyên nhân: Loại bỏ kháng thể/trung hòa kháng thể (lọc huyết tương/IVIG)
IVIG 8 lọ x 5 ngày TTM (0,4g/kg x 5 ngày, mỗi lọ 2.5g, cân nặng bn = 50kg) hoặc có thể thay huyết tương (5 lần huyết tương cách ngày, mỗi lần 40-50ml/kg)
- Cơ bản: Nâng đỡ tổng trạng, chăm sóc hô hấp, dinh dưỡng
- PHCN và phòng ngừa: VLTL, giảm đau thần kinh

Lịch sử điều trị GBS



Lưu đồ điều trị GBS theo Hugh J Willison, The Lancet 2016



(EGRIS: Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score, ICU: intensive care unit, TRF: treatment related fluctuation, A-CIDP: Acute onset Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy)

Case 4: Nhồi máu não

- Nguyễn T.C. – Nữ - 1957
- Nơi ở: Long An
- Nhập viện ngày 29/12/20xx, lúc 11h30
- Lý do nhập viện: Yếu nửa người trái

Yếu / liệt nửa người có thể do tổn thương ở những vị trí nào?

- ✎ Liệt trung ương
 - Vỏ não vận động: thường liệt không đều
 - Bao trong: thường liệt đều
 - Thân não: có thể kèm tổn thương dây thần kinh sọ
 - Tủy cổ cao
(nếu có liệt tay – ít nhất từ C5 trở lên; tổn thương nửa tủy – phân li cảm giác)
- ✎ Liệt ngoại biên: Thường không gây liệt nửa người (tay và chân một bên cùng lúc). Ví dụ: bệnh đa dây – liệt 2 bên đối xứng; bệnh thần kinh khu trú – chỉ bị 1 vị trí; bệnh nhiều dây – diễn tiến không cùng lúc, bệnh sử không đột ngột.

Các loại bệnh nào có thể làm bà C bị yếu liệt nửa người?

- ✎ Đột quy là đột ngột nhất
 - Thoát qua: cơn thoáng thiếu máu não
- ✎ Đột ngột với bối cảnh riêng (co giật, té chấn thương)
 - Động kinh với liệt sau cơn
 - Chấn thương sọ não mới
- ✎ Nhanh nhưng có thể nhầm với đột ngột do bệnh sử không đầy đủ
 - Viêm não
 - Bệnh hủy myelin
 - Hạ đường huyết
 - Migraine
- ✎ Chậm tăng dần: khối choán chỗ nội sọ
 - U não
 - Áp xe não
 - Máu tụ mãn tính (chấn thương trước)

Bệnh sử: Người bệnh và người nhà khai bệnh:

- Khoảng 9g30 sáng ngày 29/12 người nhà thấy người bệnh đang sinh hoạt thì đột ngột yếu 1/2 (T), ngã ngang, nói đờ, méo miệng, vẫn tỉnh táo.
- Trong quá trình bệnh, bn không sốt, không co giật, hoàn toàn tỉnh táo.
- Người bệnh được đưa đến nhập viện
- Vào cấp cứu lúc 11h30.

Dự đoán vị trí tổn thương và chẩn đoán?

✎ Vị trí tổn thương:

- Vỏ não (vận động)
- Bao trong
- Thân não (cầu não? – trung não?: cầu não trở lên)
- ~~Tủy cổ~~
- ~~Ngoại biên~~

✎ Chẩn đoán:

- Mạch máu (đột quy)
- Động kinh: hỏi thêm
- Chấn thương: hỏi thêm, nếu có thì là nguyên nhân hay hậu quả
- Hạ đường huyết: ít nghĩ, nhưng phải kiểm tra ĐHMM

LUÔN PHẢI LOẠI TRỪ HA ĐƯỜNG HUYẾT – MUST NOT MISS

Tiền sử

- Rung nhĩ do hở van 2 lá, thay van 2 lá năm 1995
 - Dùng sintrom đến 2 tháng trước không kiểm soát được INR (bn có 1 đợt XHTH)
 - Sau đó bn được chuyển sang dùng Xarelto 15mg 1v/ngày
 - Cách 6 ngày, bn ngưng Xarelto để nhổ răng, mới uống lại ngày nv.
- Không ghi nhận tiền căn khác.

Tiền căn rung nhĩ, thay van, và dùng thuốc kháng đông có khả năng liên quan gì tới bệnh hiện tại của bà C?

✎ Rung nhĩ – nguy cơ hình thành huyết khối – bn ngưng thuốc kháng đông nên tăng nguy cơ hình thành huyết khối – huyết khối là tắc ĐM não – nhồi máu não – đột quy

Khám thực thể

- Khám lúc NV (11g47 ngày 29/12/20xx)
- Nội khoa tổng quát không bất thường
- Bn tỉnh, tiếp xúc tốt
- Nói đớ - dysarthria
- Liệt VII trung ương (T)
- Bán manh đồng danh bên (T)
- Liệt ½ (T) sức cơ 0/5, Babinski (+) bên (T)
- Không rối loạn cảm giác, không rối loạn cơ vòng
- Dấu màng não (-), dấu tiểu não (-)
- NIHSS: 14đ (Liệt tay 4 – Liệt chân 4 – Liệt VII 2 – Bán manh 2 – Nói đớ 2)

Tóm tắt bệnh án

Bn nữ 63 tuổi nhập viện vì yếu nửa người trái đột ngột, bệnh 2 giờ, biểu hiện gồm:

- Nói đớ (dysarthria)
- Bán manh đồng danh trái
- Liệt VII trung ương trái
- Liệt nửa người trái sức cơ 0/5
- Babinski (+) bên trái
- NIHSS 14 điểm
- Tiền căn: rung nhĩ, hở 2 lá thay van, ngưng kháng đông 6 ngày nay, mới dùng lại sáng cùng ngày nhập viện.

THANG ĐIỂM ĐỘT QUỴ NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

Họ tên BN:..... Tuổi: (SN:)

Mục khám	Thang điểm	Kết quả điểm từng lần		
	Ngày đánh giá:			
	Giờ đánh giá:			
1a. Mức ý thức	0 = tỉnh, đáp ứng nhanh 1 = ngủ gà, đánh thức dễ 2 = lơ mơ, cần kích thích mạnh 3 = mê, không đáp ứng hoặc chỉ đáp ứng vận động phản xạ			
1b. Hối thảng và tuổi	0 = trả lời đúng cả hai câu 1 = đúng một câu 2 = không đúng cả hai			
1c. Thực hiện hai lệnh vận động (nhắm mắt + nắm tay)	0 = làm đúng cả hai 1 = chỉ làm đúng một 2 = không làm đúng cả hai mệnh lệnh			
2. Vận nhãn ngang	0 = bình thường 1 = liệt vận nhãn 1 phần, 1 hoặc 2 mắt, lệch mắt vượt qua được 2 = lệch mắt/liệt vận nhãn hoàn toàn, mắt búp bề không khắc phục			
3. Thị trường	0 = không liệt 1 = bán manh 1 phần, góc manh hoặc triệt tiêu 2 = bán manh hoàn toàn 3 = bán manh 2 bên (mù/mù vò)			
4. Liệt mặt	0 = không liệt 1 = yếu nhẹ (mờ nếp mũi má, mắt đối xứng khi cười) 2 = liệt một phần (liệt phần dưới mặt khá nặng đến hoàn toàn) 3 = liệt hoàn toàn nửa mặt 1 hoặc 2 bên hoặc BN hôn mê			
5. Vận động tay a. Tay trái b. Tay phải	0 = giữ tay 90° hoặc 45° đủ 10 giây không trôi rơi 1 = trôi rơi trước khi hết 10 giây, không chạm giường 2 = gắng sức nhưng không thể nâng tay hoặc rơi tay chạm giường 3 = có vận động nhưng không gắng sức, rơi ngay xuống giường 4 = hoàn toàn không có vận động hoặc BN hôn mê UN = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ:_____			
6. Vận động chân a. Chân trái b. Chân phải	0 = giữ chân 30° đủ 5 giây không trôi rơi 1 = trôi rơi trước khi hết 5 giây, không chạm giường 2 = có gắng sức chống trọng lực nhưng rơi chạm giường trước 5 giây 3 = có vận động nhưng không gắng sức, rơi ngay xuống giường 4 = hoàn toàn không có vận động hoặc BN hôn mê UN = cụt chi, cứng khớp, ghi rõ:_____			
7. Thất điều chỉ	0 = không có thất điều hoặc BN liệt/không hiểu/hôn mê 1 = có ở một chi 2 = có ở hai chi			
8. Cảm giác	0 = bình thường 1 = mất cảm giác nhẹ - trung bình, giảm/mất cg đau, còn cg sờ chạm 2 = mất cảm giác nặng, toàn bộ hoặc BN hôn mê			
9. Ngôn ngữ	0 = bình thường 1 = mất ngôn ngữ nhẹ - trung bình, giao tiếp được dù hơi khó 2 = mất ngôn ngữ nặng, giao tiếp rất hạn chế 3 = câm lẳng, mất ngôn ngữ toàn bộ, không nói/không hiểu lời, mê			
10. Rối loạn khớp âm (Dysarthria)	0 = bình thường 1 = nhẹ - trung bình, giao tiếp được dù hơi khó 2 = nặng, giao tiếp rất hạn chế UN = có NKQ hoặc các vật cản trở vật lý khác, ghi rõ:_____			
11. Sự triệt tiêu mà mắt chú ý (thở o)	0 = không bất thường 1 = mất chú ý thị giác, xúc giác, thính giác, không gian hoặc bản thân hoặc triệt tiêu ở một thể thức cảm giác 2 = mất chú ý nửa thân nặng hoặc ở >1 thể thức. Không nhận biết bàn tay mình hoặc chỉ hướng về không gian 1 bên hoặc mê			
TỔNG ĐIỂM (tối đa 42 điểm)				

Đặt vấn đề?

✎ Cách 1 – đơn giản

- Liệt nửa người trái đột ngột, giờ thứ 3
- Liệt VII TW trái
- Bán manh đồng danh trái
- Vấn đề khác:
 - Rung nhĩ, hở 2 lá đã thay van
 - Dùng kháng đông không đều (sintrom \Rightarrow Xarelto); ngưng kháng đông mới dùng lại

✎ Cách 2 – nâng cao

- Liệt nửa người trái đột ngột giờ thứ 3 kèm liệt VII TW trái và bán manh đồng danh trái
- Vấn đề khác:
 - Rung nhĩ, hở 2 lá đã thay van
 - Dùng kháng đông không đều (sintrom \Rightarrow Xarelto); ngưng kháng đông mới dùng lại

Xác định chẩn đoán định khu?

✎ Trung ương hay ngoại biên

- Liệt nửa người
- BBK (+)
- Liệt VII TW
- Bán manh đồng danh

\Rightarrow Trung ương

✎ Trung ương - vị trí cụ thể:

- Liệt VII TW: loại tuỷ cổ, hành não, cầu não thấp
- Không có dây sọ khác + có bán manh: loại thân não
- Liệt đồng đều \Rightarrow vị trí tổn thương là ở vùng sâu - bao trong (phải)
- Bán manh đồng danh trái \Rightarrow tổn thương vùng sâu kích thước lớn, hoặc kèm tổn thương vỏ não thái dương
(Tổn thương khu trú/nhỏ ở bao trong thì không có bán manh)

Chẩn đoán bệnh (nguyên nhân)?

✎ Đột quy là phù hợp nhất

- Bệnh sử và khám không ủng hộ chấn thương sọ não và động kinh
- Hạ đường huyết: ít gợi ý nhưng cần loại trừ bằng xét nghiệm

Chẩn đoán

Đột quỵ cấp giờ 2 (sang giờ 3) bán cầu trái thuộc vùng cấp máu động mạch não giữa (vùng sâu kích thước lớn, có thể bao gồm vỏ não thái dương)
Có thể là nhồi máu hoặc xuất huyết não

Ra quyết định cấp cứu

Bn còn trong cửa sổ cấp cứu không?

✗ Đột quỵ giờ thứ 2: Đột quỵ tối cấp

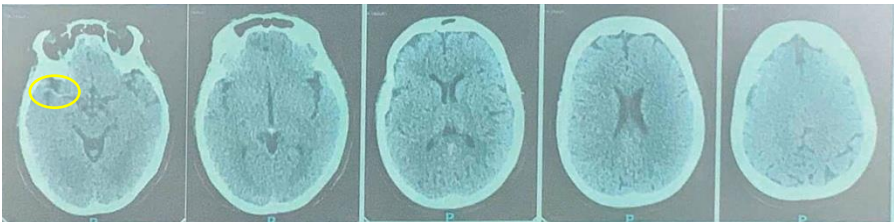
Dự định có điều trị cấp cứu gì?

✗ Tiêu sợi huyết đường TM. Can thiệp nội mạch để lấy huyết khối.

Cần làm gì ngay để quyết định cấp cứu?

✗ CT scan não + đường huyết tại giường

Hình ảnh CT scan não của bn cho được thông tin gì?



- Loại trừ xuất huyết não
- Thấy tổn thương nghi ngờ là nhồi máu (chỗ khoanh tròn)

Xét nghiệm khác:

Đường huyết mao mạch 118mg/dl \Rightarrow Loại trừ hạ đường huyết.

Quy trình cấp cứu tái thông

Chẩn đoán đột quỵ: Lâm sàng

Loại trừ xuất huyết: CT scan

Quyết định dùng rtPA tĩnh mạch: bảng kiểm

Đánh giá quyết định can thiệp nội mạch: CTA

Quyết định dùng rtPA tĩnh mạch dựa vào chỉ định và chống chỉ định?

✂ Alteplase tĩnh mạch liều 0,9 mg/kg (max 90mg): bolus 10%, còn lại PIV trong 60 phút trong cửa sổ 0 – 4.5h

✂ Các chống chỉ định quan trọng

- Xuất huyết
- Đường huyết
- Huyết áp
- Đang dùng kháng đông
- Tiền căn xuất huyết não

✂ Chống chỉ định ở cửa sổ 0 – 3h

- Triệu chứng gợi ý xuất huyết dưới nhện
- BN từng có: xuất huyết nội sọ, dị dạng mạch máu não, phình mạch, u não, xuất huyết võng mạc.
- Trong vòng 3 tháng: đột quỵ thiếu máu cục bộ, chấn thương sọ não
- Gần đây có phẫu thuật nội sọ hoặc nội tủy
- Trong vòng 7 ngày: chích ĐM nơi không ép được
- HATT >185 hoặc HATTr >110 mmHg
- Xuất huyết nội đang hoạt động
- Rối loạn đông máu cấp, bao gồm TC < 100000, đang dùng kháng vitamin K với INR > 1.7
- Đường huyết < 50 mg/dL
- CT thấy nhồi máu nhiều thùy (giảm đậm độ >1/3 bán cầu não)

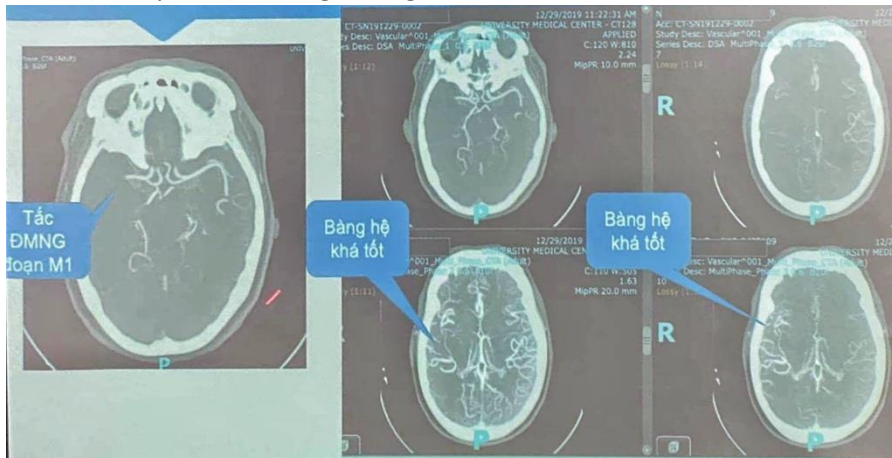
✂ Chống chỉ định ở cửa sổ 3 – 4.5h

- Lớn hơn 80 tuổi,
- Đã dùng kháng đông, dù INR < 1.7
- NIHSS >25
- Vừa có tiền căn đột quỵ và tiền căn ĐTD

⇒ Bn này có chống chỉ định tiêu sợi huyết vì đã dùng kháng đông (Xarelto)

CTA: tìm động mạch tắc lớn

mCTA (multiphase): đánh giá bàng hệ

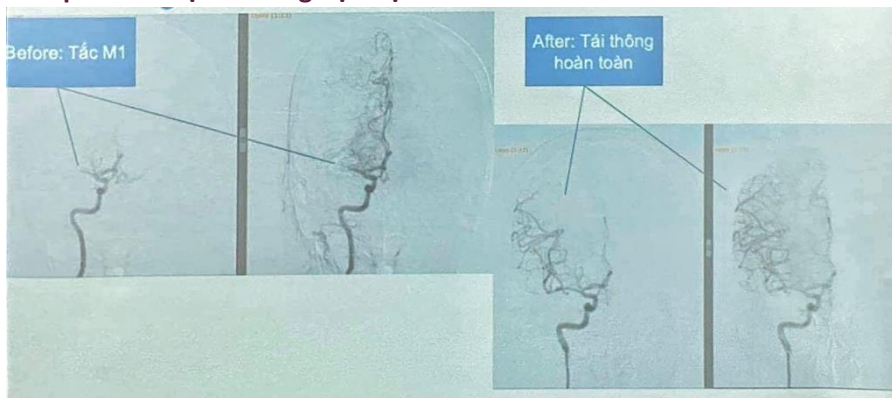


⇒ Tái thông nội mạch: can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ

Chỉ định can thiệp nội mạch – Stent retriever – IA

- Cửa sổ 6 giờ
- ĐQ do tắc ĐM lớn (ICA, M1 MCA) (Với M2, ACA, PCA, BA, VA: Rec IIb)
- Tuổi ≥ 18 ; ASPECTS ≥ 6 ; NIHSS ≥ 6

Kết quả điều trị tái thông nội mạch



Điều trị sau tái thông?

- ✎ Nhập đơn vị đột quỵ
- ✎ Đề phòng các biến chứng sớm
 - Biến chứng do dùng rtPA: phản vệ, phù mạch (phù Quinck), xuất huyết (nội sọ, ngoài sọ)
 - Phù não do nhồi máu não diện rộng
 - Chuyển dạng xuất huyết
 - Xuất huyết những nơi khác
 - Nhồi máu não tái phát
- ✎ Theo dõi bệnh nhân
 - 24h đầu: theo dõi sinh hiệu, nhức đầu, ý thức (GCS), khiếm khuyết thần kinh (NIHSS)
 - Phản vệ, phù Quinck: khó thở, tim nhanh, huyết áp tụt
 - Xuất huyết não, phù não: nhức đầu, huyết áp tăng, giảm ý thức, tăng điểm NIHSS

Chăm sóc điều trị trong giai đoạn cấp?

- ✎ 24h đầu sau điều trị tiêu sợi huyết
 - Nhịn ăn
 - Không dùng thuốc chống tiểu cầu, kháng đông
 - Không đặt sonde tiểu, sonde dạ dày nếu k trong tình huống bắt buộc
- ✎ Nuốt sặc và viêm phổi hít
 - Nhịn ăn trong những giờ đầu tiên (đến 24h)
 - Test nuốt: k cho ăn, uống kể cả uống thuốc, nếu chưa làm test nuốt
 - Test nuốt thất bại: đặt sonde
- ✎ Huyết khối TM sâu và thuyên tắc phổi
 - Dịch chuyển sớm nếu tình trạng cho phép
 - Đánh giá nguy cơ huyết khối TM sâu (thang điểm PADUA), nếu nguy cơ cao, dùng biện pháp dự phòng
 - Heparin trọng lượng phân tử thấp (enoxaparin TDD)
 - Dụng cụ ép khí ngắt quãng
- ✎ Thở oxy: khi SpO2 giảm < 94%
- ✎ Kiểm soát huyết áp trong giai đoạn cấp
 - 24h sau rtPA: HA ≤ 180/105
 - Nhồi máu não không rtPA: HA ≤ 220/120

- Xuất huyết não: HA \leq 140-180/90
- ✎ Phục hồi chức năng
 - Đánh giá sớm ngay ngày đầu
 - Tập sớm tùy tình trạng bn

Tìm nguyên nhân nhồi máu não như thế nào?

	Đặc điểm	XVDM lớn	Lắp mạch từ tim	Bệnh ĐM nhỏ	Nguyên nhân khác
Khám lâm sàng	Lâm sàng				
Hình ảnh nhũ mô: CT/MRI	<ul style="list-style-type: none"> - RL chức năng vỏ não hoặc tiểu não. - Hội chứng lỗ khuyết 	+	+	-	+/-
	Hình ảnh học				
Khảo sát mạch máu: CTA/MRA, SA	<ul style="list-style-type: none"> - NMN vỏ não, tiểu não, thân não, dưới vỏ >1,5cm. - NMN dưới vỏ, thân não <1,5cm. 	+	+	-	+/-
	Cận lâm sàng khác				
Khảo sát tim: ECG (+holter), SA tim thường, SAT thực quản	<ul style="list-style-type: none"> - Hẹp ĐM cảnh trong đoạn ngoài sọ - Nguồn thuyên tắc từ tim - Bất thường khác 	+	-	-	-
		-	+	-	-
		-	-	-	+

Điều trị dự phòng theo nguyên nhân

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ
- Thuốc chống huyết khối
 - ▲ Thuốc chống tiểu cầu: Dùng cho đột quỵ thiếu tưới máu não không do lắp mạch từ tim
 - Aspirin (75 – 325mg)
 - Clopidogrel (75mg)
 - Aspirin + Dipyridamol (hiện không có thuốc)
 - Cilostazol (100 mg x 2)
 - ▲ Thuốc chống tiểu cầu kép: Aspirin + Clopidogrel, dùng cho
 - Cơ chế thiếu máu não nguy cơ cao, hoặc đột quỵ nhẹ (thiếu máu cục bộ): khởi đầu trong 24h, kéo dài 21 ngày
 - Hẹp động mạch nội sọ nặng (>70%) có triệu chứng: khởi đầu trong 1 tháng, kéo dài 90 ngày.
 - ▲ Thuốc kháng đông: dùng cho lắp mạch từ tim (vd rung nhĩ)
 - Thuốc kháng vitamin K: mục tiêu INR 2.0 – 3.0
 - NOACs: dabigatran, rivaroxaban, apixaban
- Statin: 2 loại hiệu lực mạnh được khuyến cáo là Atorvastatin, Rosuvastatin

Case 5: Xuất huyết não

- Vũ Văn L., nam, 37 tuổi
- Nghề nghiệp: kinh doanh
- Nhập viện: 19/10/20xx lúc 13h30
- Lý do nhập viện: yếu nửa người trái đột ngột

Bệnh sử:

Cách nhập viện 3 giờ (10h30), bn đang ngồi đột ngột thấy tay chân trái mất sức, không cầm nắm được, không đưa lên cao được. Nhận thấy giọng nói có thay đổi. Không để ý có méo miệng không.

Tiền sử:

- Không ghi nhận THA, ĐTĐ
- Hút thuốc lá và uống rượu bia nhiều
- Chưa ghi nhận tiền căn bản thân và gia đình có đột quỵ, nhồi máu cơ tim

Khám thực thể

- Khám tổng quát
 - ▲ Bn tỉnh, tiếp xúc tốt
 - ▲ Sinh hiệu: mạch 80l/ph, huyết áp 140/85mmHg
- Khám thần kinh
 - ▲ Đồng tử 2.5mm đều 2 bên, PXAS (+)
 - ▲ Không bán manh
 - ▲ Vận nhãn bình thường, không sụp mi
 - ▲ Dysarthria
 - ▲ Mờ nếp mũi má bên (T), nhân trung lệch nhẹ sang (P), còn nếp nhăn trán
 - ▲ Sức cơ tay-chân (T) 4/5, tay-chân (P) 5/5
 - ▲ Phản xạ gân cơ tứ chi 2+
 - ▲ Babinski (+) T, phản xạ da bụng âm (T)
 - ▲ Cổ mềm, Kernig (-)

Đặt vấn đề

- Liệt nửa người trái đột ngột ở người trẻ, giờ thứ 3
- Không tiền căn THA, ĐTĐ

Chẩn đoán định khu?

✎ Xác nhận trung ương: yếu nửa người, yếu VII TW, dấu Babinski, mất phản xạ da bụng

✎ Vị trí cụ thể

- Có liệt VII TW: tổn thương cầu não cao, trung não, bao trong, vỏ não vận động (P)
- Không có liệt dây sọ khác, bn yếu tay chân và mặt nhẹ, đồng đều ⇒ tổn thương lân cận bao trong (ủng hộ: không rối loạn chức năng cao cấp liên quan vỏ não)

Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?

✎ Chẩn đoán hàng đầu: đột quy cấp

- Loại trừ xuất huyết dưới nhện (bn biểu hiện chính là dấu định vị, không phải là đau đầu và dấu màng não)
- Xuất huyết hay thiếu máu cục bộ: cần hình ảnh học

✎ Chẩn đoán phân biệt: hạ đường huyết – ít nghĩ – ĐHMM

Chỉ định cận lâm sàng?

✎ Đường huyết mao mạch

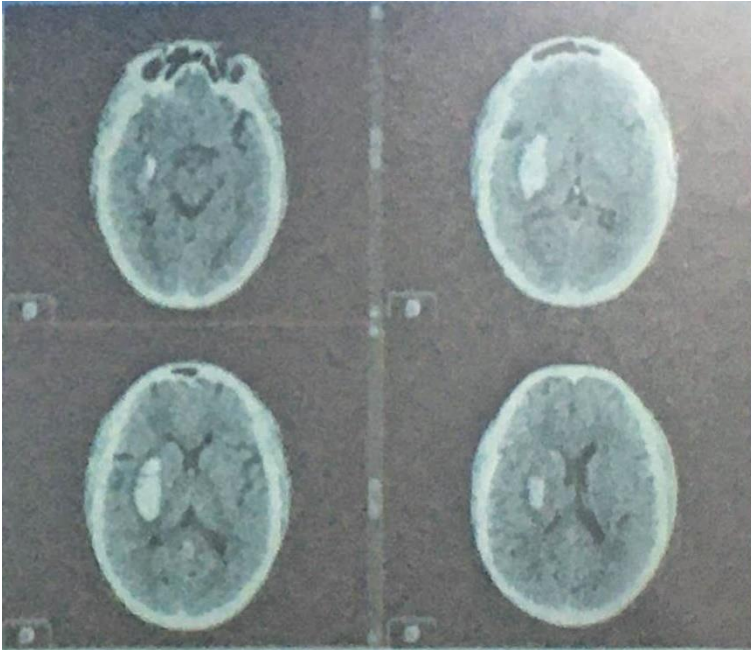
✎ CT scan sọ não không thuốc cản quang

✎ XN khác: lấy máu gửi khẩn, k bắt buộc chờ kết quả trước khi điều trị rtPA

- CTM, PT, aPTT
- ĐH, creatinine, ion đồ
- Men gan (AST, ALT), men tim (troponin)

Kết quả cận lâm sàng chính

- Đường huyết: 110 mg/dL
- CT scan não:



🔪 Đọc CT scan:

- Vô hiệu tuyến tùng

Vô hiệu: đối xứng, ở các vị trí thường gặp, không phù xung quanh

- Xuất huyết nhân bào

Xuất huyết: dải đen quanh khối, phù xung quanh, nếu phù lớn sẽ đẩy các cấu trúc xung quanh

- Đường giữa lệch ít
- Kích thước não thất khác nhau

Chẩn đoán là gì sau khi có CT scan? Có thể giải thích hết các triệu chứng thần kinh bằng tổn thương trên CT này hay không?

🔪 Chẩn đoán: Xuất huyết não nhân bào phải

🔪 Tổn thương phù hợp lâm sàng do

- Lâm sàng định vị vùng sâu lân cận bao trong
 - CT tổn thương nhân bào – có lan hoặc phù não ảnh hưởng đến bao trong, vành tia ⇒ yếu liệt nhẹ và đồng đều.
- ⇒ Lâm sàng và hình ảnh học phù hợp.

Kế hoạch xử trí tiếp theo cho bn này là gì?

- Nhập phòng chăm sóc tích cực đột quỵ
- Kiểm soát huyết áp
- Dự phòng các biến chứng
- Phục hồi chức năng
- Tìm và điều trị nguyên nhân

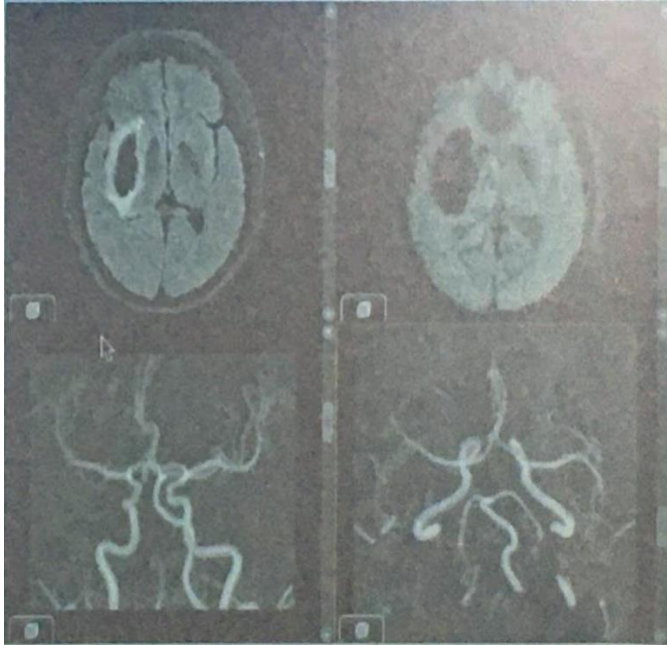
Các nguyên nhân xuất huyết não

- Tăng huyết áp
- CAA: bệnh mạch máu não dạng bột
- Vỡ dị dạng mạch máu
- Rối loạn đông máu (di truyền, mắc phải, hoặc do thuốc kháng đông)
- Xuất huyết trong khối u (di căn não)
- Xuất huyết trong khối nhồi máu não
- Huyết khối tĩnh mạch nội sọ
- Thuốc gây nghiện: Cocaine

Các vị trí xuất huyết não điển hình của tăng huyết áp?

- ✎ THA gây tổn thương mm nhỏ
 - Thoái hoá đm xuyên dày thành mạch gây tắc mạch - nhồi máu
 - Thoái hoá tạo vi phình mạch vỡ gây xuất huyết
- ✎ Các nhánh động mạch xuyên xuất phát gần như vuông góc động mạch lớn (vd động mạch não giữa) mà không qua trung gian nên bị tác động bởi áp lực nhiều nhất ⇒ vị trí bị tác động trực tiếp bởi THA
- ✎ Vị trí xuất huyết điển hình do THA là ở các nhánh xuyên
 - Nhân nền, nhân bèo, nhân đậu
 - Đồi thị
 - Thân não, cầu não
 - Tiểu não

Bn trẻ, HA không cao nhiều \Rightarrow tìm nguyên nhân bằng MRI



MRI não thấy bất thường khác (u, avm, rò, viêm mạch, huyết khối tĩnh mạch...)

\Rightarrow Xuất huyết do tăng huyết áp dù mức huyết áp hiện tại không cao nhiều.

Chỉ định phẫu thuật xuất huyết não

- Xuất huyết đại não (AHA 2010)
 - ▲ Hiệu quả còn chưa rõ ràng \Rightarrow thận trọng, không mổ đại trà
 - ▲ Chỉ định mổ
 - XH não thùy kích thước trung bình hoặc lớn, và
 - Bề mặt khối máu tụ cách vỏ não $< 1\text{cm}$, và
 - Bệnh nhân trẻ, diễn tiến lâm sàng đang xấu đi
 - ▲ Không mổ
 - Xuất huyết não nhỏ ($< 10\text{ cm}^3$) hoặc lâm sàng chỉ có khiếm khuyết thần kinh tối thiểu
 - Bệnh nhân mê có điểm GCS < 4 , trừ xuất huyết tiểu



Minh họa vị trí kích thước xét chỉ định phẫu thuật

Chỉ định điều chỉnh huyết áp trong đột quỵ cấp

- Không hạ HA nhanh, không dùng nifedipine dưới lưỡi.
- Giai đoạn cấp
 - Với xuất huyết não:
 - Kinh điển: chỉ hạ áp khi HA $\geq 180/100$ mmHg
 - Mới: có thể điều chỉnh để đạt HATT # 140 mmHg
 - Với nhồi máu, không hạ áp, trừ khi
 - HA $\geq 220/120$ mmHg, hoặc
 - Bn được điều trị bằng rtPA (mục tiêu $< 185/110$) hoặc
 - Bn có tổn thương cơ quan đích do THA cấp cứu (suy tim, NMCT, bệnh não do THA, phình ĐMC bóc tách...)
 - Thuốc lựa chọn: hạ áp tĩnh mạch – nicardipine, labetalol, nitroprusside
 - Nicardipine TTM 5mg/h, tăng liều 2.5mg/h mỗi 5 phút tới khi đạt được HA mục tiêu, tối đa 15mg/h
 - Mục tiêu hạ 15% trị số HA trong 12-24h đầu

Các điều trị khác:

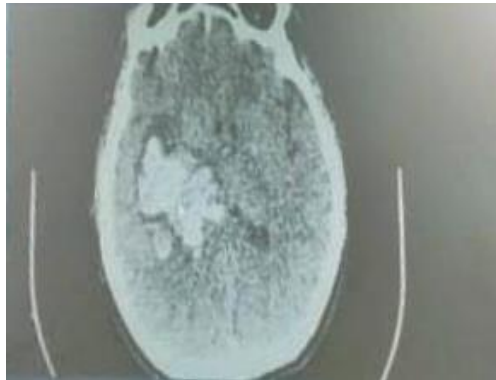
- Phòng ngừa hít sặc
 - Test nuốt trước khi cho ăn uống
 - Nếu không đạt: nuôi ăn qua sonde
- Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu
 - Đánh giá nguy cơ (thang điểm PADUA)
 - Dự phòng khi có chỉ định: dụng cụ ép khí ngắt quãng, LMWH
- Phục hồi chức năng: đánh giá và thực hiện từ ngày đầu, gồm vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu

Bảng 25. Thang điểm PADUA dự báo nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Ứng thư tiến triển	3
Tiền sử thuyên tắc HKT/M (loại trừ HKT/M nông)	3
Bất động (do hạn chế của chính bệnh nhân hoặc do chỉ định của bác sĩ)	3
Tình trạng bệnh lý tăng đông đã biết	3
Mới bị chấn thương và/hoặc phẫu thuật (≤ 1 tháng)	2
Tuổi cao (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hoặc suy hô hấp	1
NMCT cấp hoặc nhồi máu não cấp	1
Nhiễm khuẩn cấp và/hoặc bệnh cơ xương khớp do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30)	1
Đang điều trị Hormone	1
PPS < 4 : Nguy cơ thấp bị thuyên tắc HKT/M: không cần điều trị dự phòng	
PPS ≥ 4 : Nguy cơ cao bị thuyên tắc HKT/M: cần điều trị dự phòng	

Case Chăm sóc giảm nhẹ

- Bn nam 56 tuổi, tiền căn K đại tràng đã mổ, tiền căn tắc ruột nghĩ do dính sau mổ, tăng huyết áp, đái tháo đường type II
- Lần nằm viện này: bn đột ngột đau đầu, lơ mơ, liệt nửa người trái
⇒ nhập viện
- Khám lúc nhập viện:
 - ▲ Lơ mơ, liệt nửa người trái kiểu trung ương, thở nhanh
 - ▲ Sau 2 tiếng: người bệnh hôn mê sâu, đồng tử P giãn, mất PXAS, suy hô hấp phải thở máy nội khí quản, liệt hoàn toàn nửa người trái, nửa người phải còn đáp ứng đau
- Hình ảnh CT scan lúc nhập viện



Chẩn đoán – tiên lượng

- Xuất huyết não lớn bán cầu não phải theo dõi xuất huyết trên nền u di căn
- Bn tiên lượng xấu, có thể ngưng tim trong 1 – 2 ngày tới hoặc nếu sống còn cũng để lại di chứng nặng nề

Báo tin xấu

- Bạn là bác sĩ điều trị đến gặp người nhà bn để thông báo tiên lượng xấu của bn.
- Hãy hình dung môi trường, cách tiếp cận câu chuyện bạn muốn để giảm thiểu cú sốc tinh thần cho người nhà.

Breaking Bad News in the ED



SETTING

- ✓ Social Worker
- ✓ Minimize Distraction
- ✓ Sit Down



KNOWLEDGE

- ✓ Be direct
- ✓ Use plain language



PERCEPTION

- ✓ What do they know so far?



EMPATHY

- ✓ Keep Your Cool
- ✓ Safety First



INVITATION

- ✓ Break it down, a little at a time



SUMMARY

- ✓ Reiterate Patient Wishes

Case 6: Đau đầu

- Lê Hoài D., nữ, 45 tuổi
- Cân nặng: 43kg
- Ninh Hoà - Khánh Hoà
- Lý do đến khám: đau đầu cơn nhiều năm
- Bệnh nhiều năm với các cơn đau đầu thay đổi bên, đau nhói giật, mức độ nặng, thường phải nằm nghỉ, có lúc buồn nôn, không nôn, kéo dài 1-2 ngày, mỗi tuần 1-2 cơn.
- Khám không có bất thường thần kinh.

Đau đầu nguyên phát hay thứ phát?

- Bn không có các dấu hiệu cảnh báo - SNOOP - đau đầu nguyên phát
- Đau đầu + liệt nửa người: xuất huyết não, huyết khối TM nội sọ
- Đau đầu + liệt dây VI: viêm xoang hang/tăng áp lực nội sọ
- Đau đầu + liệt dây III: phình ĐM thông sau

Các dấu hiệu cảnh báo SNOOP

	Viết tắt của	Nghĩa là	Ví dụ	Chẩn đoán nghi ngờ
S	Systemic symptoms Secondary risk factors	TC toàn thân YTNC thứ phát	Sốt, sụt cân, mệt mỏi Bệnh ác tính, suy giảm MD, HIV	Nhiễm trùng (VMN, viêm não), viêm ĐM đại bào, di căn não, viêm màng não carcinomatous
N	Neurologic symptoms/signs	Bất thường thần kinh	Dấu TK khu trú, rối loạn ý thức, lú lẫn	Khối choán chỗ nội sọ, đột quy, não úng thủy
O	Onset	Kiểu khởi phát	Sét đánh, đột ngột	Thường do: XHDN, co thắt mạch não có hồi phục, HKTMNS, viêm mạch
O	Older (esp. >50 years)	Lớn tuổi (đặc biệt là >50)	Đau đầu mới khởi phát, nặng dần	Khối choán chỗ nội sọ, viêm ĐM đại bào
P	Positional Prior Papilledema Precipitated by	Tư thế Khác trước Phù gai thị Nặng lên khi	Thay đổi khi nằm, ngồi Thay đổi tính chất đau Mờ mắt giảm thị lực Valsalva, ho, hắt hơi	Giảm áp lực nội sọ Khối choán chỗ nội sọ Tăng áp lực nội sọ vô căn Sang thương hố sau

Có cần chụp CT hay MRI não không?

Chụp CT, MRI não khi có SNOOP hoặc chưa từng khảo sát + điều trị không hiệu quả.

Đau đầu nguyên phát ở bn này thuộc loại nào?

✎ Đau đầu migraine.

Đặc tính đau đầu migraine: POUND

- P: Pulsatile – Đau kiểu nhói giật, mạch đập
- O: One day – Thường kéo dài 1 ngày, tiêu chuẩn là 4 – 72 giờ
- U: Unilateral – Đau đầu thường một bên
- N: Nausea – Buồn nôn và/hoặc nôn
- D: Disabling – Đau mức độ nặng cản trở hoạt động sống

3/5 tiêu chuẩn: có thể là migraine. 4/5 tiêu chuẩn: khá chắc migraine.

Tiêu chuẩn Migraine không tiền triệu

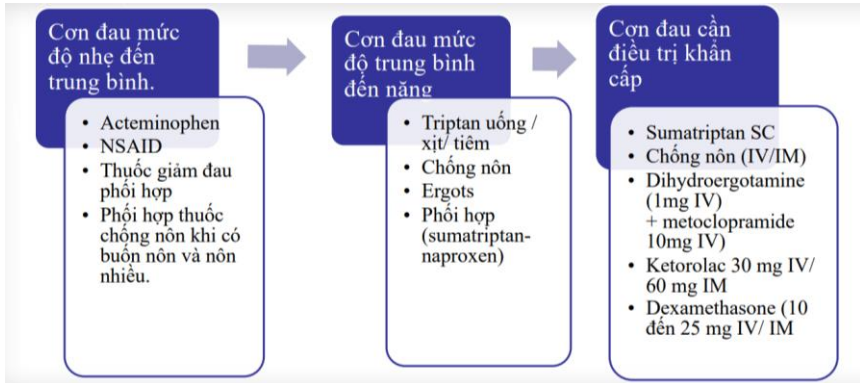
- 5 cơn thỏa các tính chất
- 4 giờ
- 3 ngày (kéo dài từ 4 giờ tới 3 ngày (72giờ))
- 2 trong 4 triệu chứng:
 - Đau nửa đầu
 - Đau nhói giật
 - Mức độ trung bình/nặng
 - Nặng lên khi hoạt động
- 1 trong 2 biểu hiện:
 - Buồn ói/ ói
 - Sợ ánh sáng/ và sợ tiếng ồn
- 0: Không có nguyên nhân nào khác

Điều trị đau đầu migraine

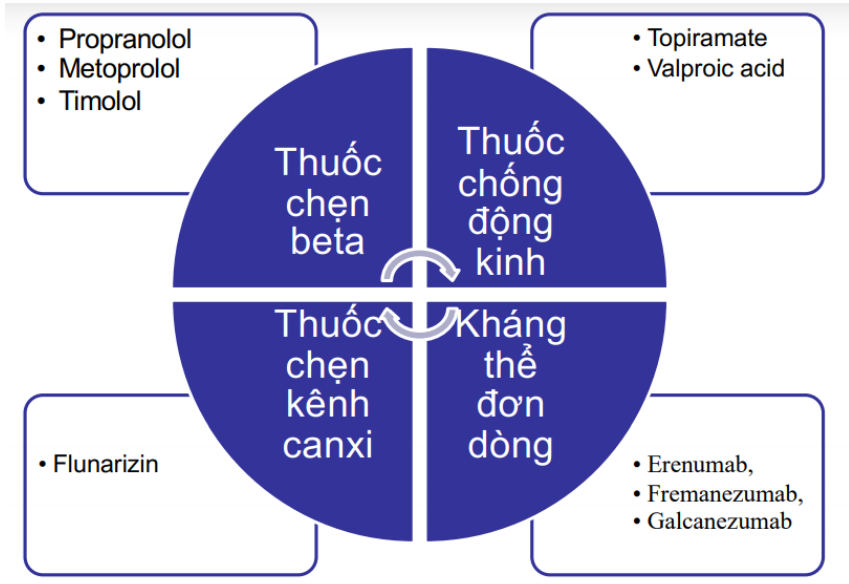
✎ Điều trị không dùng thuốc

- Lối sống: làm việc và nghỉ ngơi điều độ, ngủ đủ, tránh căng thẳng, tránh thức khuya
- Tăng cường vận động, tập thể dục
- Ăn uống: tránh một số thực phẩm có thể khởi phát cơn đau
 - Caffeine dùng nhiều hoặc cai
 - Bia rượu (đặc biệt là vang đỏ)
 - Chocolate, aspartame, bột ngọt
 - Thức ăn có tyramine: phô mai, thịt hộp, xúc xích, thịt xông khói
- Tâm lý trị liệu: nếu bệnh nhân có vấn đề tâm lý kèm theo

🗑️ Điều trị cắt cơn



🗑️ Điều trị phòng ngừa



🗑️ Chú ý phụ nữ trong thời kỳ sinh sản: không dùng valproic acid

Case 7: Động kinh

T.T.H.Y, nữ, 31 tuổi

Đến khám vì có nhiều cơn mất ý thức thoáng qua trong 1 năm nay. Sau những cơn đó, bn hoàn toàn bình thường.

Những chẩn đoán nào có thể nghĩ đến trên bn này?

	Ảnh hưởng ý thức	Thời gian	Yếu tố kích gợi	Tiền triệu	Triệu chứng trong cơn	Lú lẫn sau cơn	Chấn thương/Vết cắn lưỡi
Cơn động kinh	Có / Không	Ngắn (giây – phút)	Có thể	+/-	Tính định hình Co giật/ không co giật	Có	Có thể (bên hông lưỡi)
Ngất	Có	Rất ngắn (giây)	Đứng Xúc động	Hoa mắt/ Tối sầm	Giảm TLC Có thể có những cử động giật cơ nhẹ	Không	Có (đầu lưỡi)
TIA	Không	Vài phút – giờ	Có YTNC	Không	Yếu liệt chi	Không	Hiếm
Migraine	Không	Giờ - vài giờ		Có thể	Đau đầu	Không	Không
Cơn do căn nguyên tâm lý	Không	Phút – giờ	Có thể	Không rõ	Đa dạng	Không	Hiếm

⇒ Ở bn này: Cơn động kinh / Migraine / Cơn do căn nguyên tâm lý

Bạn cần hỏi thêm những dữ kiện gì để làm rõ chẩn đoán?

✎ Tính chất cơn: trước cơn, trong cơn và sau cơn, thời gian cơn, tiền căn

Tính chất cơn ở bn này:

- Trước cơn: cảm giác sợ, khó diễn tả
- Trong cơn: nhìn chằm chằm, mất ý thức, đứng lên, xoay vòng, cử động tự động tay (P) > (T), cử động nhai miệng
- Thời gian: 1 phút
- Sau cơn: bn còn lú lẫn, kéo dài 3 phút, quên những gì xảy ra trong cơn
- Tiền căn: sốt co giật lúc 3 tuổi
- Không có tiền căn bệnh lý gì khác

Chẩn đoán có thể nhất ở thời điểm này?

✎ Cơ cục bộ phức tạp + tiền sử co giật do sốt

⇒ Động kinh do xơ cứng hồi hải mã

Dấu hiệu gợi ý cơn mất ý thức là cơn động kinh

- Dấu cắn lưỡi
- Triệu chứng xoay đầu mắt
- Có những cử động bất thường
- Tư thế bất thường
- Cử động co giật kéo dài
- Lú lẫn sau cơn
- Aura đặc hiệu: cảm giác sợ, déjà vu hay jamais vu...

Phân loại cơn động kinh – ILAE 2017



Act
Go 1

6 nhóm nguyên nhân động kinh

✎ Theo thầy – các nguyên nhân thường gặp trên lâm sàng

- Di chứng của tổn thương não cũ
- Tổn thương đang tiến triển
- Bất thường bẩm sinh

- Xơ cứng hồi hải mã
- Bất thường gen - Vô căn
- Không xác định nguyên nhân (thường gặp nhất trên lâm sàng)

🔪 Theo bài

- Cấu trúc
 - Ở người trẻ: xơ cứng hồi hải mã, loạn sản vỏ não
 - Ở người già: di chứng chấn thương sọ não, di chứng đột quỵ
- Căn nguyên gen
- Nhiễm trùng
- Chuyển hóa
- Miễn dịch
- Không rõ

Điều trị bệnh động kinh

🔪 Chọn lựa thuốc theo loại cơn động kinh

- Cơn cục bộ, cơn co cứng co giật toàn thể (1): carbamazepine, levetiracetam, phenobarbital, oxcarbazepine, gabapentin, clobazam, acetazolamide, phenytoin, pregabalin, valproate (tránh ở phụ nữ độ tuổi mang thai), lamotrigine (khá an toàn ở phụ nữ mang thai), topiramate...
- Cơn vắng ý thức (2): acetazolamide, clobazam, clonazepam, ethosuximide, lamotrigine, levetiracetam, phenobarbital, topiramate, valproate.
- Cơn giật cơ (3): clobazam, clonazepam, lamotrigine, levetiracetam, phenobarbital, piracetam, topiramate, valproate
- Cơn vắng ý thức không điển hình, cơn co cứng và cơn mất trương lực cơ (4): acetazolamide, clobazam, clonazepam, felbamate, lamotrigine, phenobarbital, primidone, rufinamide, topiramate, valproate, zonisamide.
- Carbamazepine, gabapentin, oxcarbazepine, tiagabine, vigabatrin: làm nặng cơn (2), (3), (4).
- Phenytoin: làm nặng cơn (3), (4)

🔪 Điều trị khác

- Chế độ ăn sinh ceton: chế độ ăn nhiều chất béo. Điều trị thường được bắt đầu trong bệnh viện và được duy trì với sự hỗ trợ của chuyên gia dinh dưỡng. Bữa ăn sinh ceton chủ yếu được điều trị ở trẻ em với động kinh kháng thuốc.
- Điều chỉnh lối sống: dùng rượu quá nhiều, mất ngủ nặng, thay đổi liên tục chu kỳ thức - ngủ, stress nhiều ảnh hưởng quan trọng đến điều trị.

🔪 Điều trị ngoại khoa – phẫu thuật ở bn có chỉ định (HC động kinh thái dương trong, HC động kinh có sang thương, HC động kinh nửa bán cầu)

🔪 Kích thích thần kinh (neurostimulation) ở bn động kinh kháng thuốc không có chỉ định phẫu thuật

- Kích thích thần kinh X
- Kích thích não sâu

Case 8: Hôn mê

Một số tình trạng cần phân biệt với hôn mê

- Tắc ĐM thân nền – tổn thương phần trước cầu não – HC khoá trong
- Tổn thương thùy trán 2 bên – chứng lạng thính bất động
- Tổn thương vỏ não 2 bên kéo dài – trạng thái thần kinh thực vật
- Hc tăng trương lực
- Sảng - tăng đáp ứng thần kinh, mắt trợn to

Bn nam 65 tuổi được con gái đưa đến phòng cấp cứu bệnh viện trong tình trạng hôn mê.

Bạn tiếp nhận bn ở phòng cấp cứu. Bạn làm gì đầu tiên?

✎ ABCD

Con gái bn khai bệnh, trước nhập viện 1h, bn đang ăn cơm thì đột ngột chóng mặt, có ói 1 lần, sau đó 20 phút quy xuống hôn mê ⇒ nhập viện

Tiền căn: THA 5 năm, đang có toa amlodipine 5mg 1v uống sáng nhưng bn uống không đều, khi nào thấy chóng mặt mới uống...

Những thăm khám quan trọng nào cần thực hiện?

- Khám tổng quát: HA, quan sát nhịp thở
- Phản xạ đồng tử
- Phản xạ mắt búp bê ngang, dọc
- Đáp ứng vận động với kích thích đau
- Đánh giá thang điểm GCS

Kết quả khám

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| • Huyết áp: 220/110 mmHg | • Phản xạ mắt búp bê ngang (-) |
| • Bn mê GCS E1V1M2 (4 điểm) | • Tư thế duỗi cứng mất não |
| • Đồng tử 1mm 2 bên, PXAS (-) | • Babinski (+) 2 bên |

Biện luận chẩn đoán định khu vị trí tổn thương gây ra hôn mê?

- Mất phản xạ mắt búp bê ngang ⇒ tổn thương cầu não
- Co đồng tử ⇒ tổn thương cầu não

Tổn thương cuống não giãn đồng tử. Tổn thương cầu não co đồng tử.

Case 9: Parkinson

Bn nam 65t, kinh doanh tự do, đến khám vì biểu hiện run tay (T) nhiều từ khoảng 11 tháng nay.

Những tính chất giúp phân biệt triệu chứng run với các bất thường vận động khác?

✎ Triệu chứng rối loạn vận động tăng động

- Run: có nhịp, co luân phiên cơ đồng vận và đối vận, dự đoán được
- Múa giật: không đều, nhanh, không dự đoán được
- Múa vung: vung ném chi, biên độ rộng, nhanh, không dự đoán được
- Múa vờn: chậm, không đều, ngoằn ngoèo, liên tục
- Loạn trương lực cơ: mạnh, duy trì, chậm, vắn vẹo của cơ trục
- Tic: co thắt nhanh, lặp đi lặp lại, định hình, theo thói quen, có thể ức chế
- Giật cơ: giật nhanh, ngắn đột ngột không có nhịp

Liệt kê những nguyên nhân gây run?

Run tư thế (postural tremor)
<p>Run sinh lý (physiologic tremor)</p> <p>Run sinh lý tăng cường (enhanced physiologic tremor)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo lắng hay sợ hãi. Hoạt động thể chất quá mức hoặc thiếu ngủ • Hội chứng cai thuốc an thần hoặc rượu • Độc tính của thuốc (ví dụ: lithium, thuốc giãn phế quản, natri valproate, thuốc chống trầm cảm ba vòng), ngộ độc kim loại nặng (ví dụ: thủy ngân, chì, asen), ngộ độc carbon monoxide. • Cường giáp <p>Gia đình (di truyền trội) hoặc vô căn (lành tính)</p> <p>Run loạn trương lực cơ</p> <p>Rối loạn chức năng tiểu não</p> <p>Bệnh Wilson</p>
Run khi đến đích (intention tremor)
<p>Bệnh lý thân não hoặc tiểu não</p> <p>Độc tính của thuốc</p> <p>Bệnh Wilson</p> <p>Run loạn trương lực cơ</p>

Run khi nghỉ (rest tremor)
Hội chứng Parkinson Bệnh Wilson Ngộ độc kim loại nặng (ví dụ thủy ngân) Run loạn trương lực cơ

Những đặc điểm cần mô tả của triệu chứng run trên bn này?

🔍 Vị trí, tần số, biên độ, tính chất, tình huống xảy ra run

Bệnh nhân này:

- Run bàn tay (T), run kiểu gấp-duỗi các ngón tay và bàn tay, nhịp nhàng.
 - Tần số 5 lần/giây (5Hz)
 - Biên độ lớn
 - Xảy ra khi nghỉ, mất khi vận động và khi ngủ.
- ⇒ Run ở bn này nghĩ do hội chứng Parkinson.

Triệu chứng lâm sàng nào khác cần khám giúp gợi ý hội chứng Parkinson?

🔍 TRAP

- Tremor: run
- Rigidity: tăng trương lực cơ kiểu ngoại tháp (kiểu răng cơ)
- Akinesia / Bradkinesia: chậm vận động/bất động
- Postural Instability: bất thường tư thế đứng và dáng đi

⇒ Vừa tăng động, vừa giảm động nhưng chủ yếu là giảm động

Khám bn

Vẻ mặt ít biểu lộ cảm xúc như đeo mặt nạ, dáng đi khom nhẹ ra phía trước, tăng trương lực cơ ngoại tháp tay (T), dấu bánh răng cơ cổ tay (T).

Những nguyên nhân gây hội chứng Parkinson?

- Bệnh Parkinson.
- Hội chứng Parkinson thứ phát
 - Mạch máu: Nhồi máu nhiều ổ.
 - Thuốc: thuốc hướng thần kinh, reserpine, tetrabenazine, alpha-methyldopa, lithium, flunarizine.
 - Nhiễm trùng: sau viêm não, do virus chậm.
 - Chấn thương đầu ở võ sĩ quyền anh.
 - Độc tố: MPTP, CO, Mn, Hg, cyanide, ethanol.

- ⬆ Nguyên nhân khác: suy giáp, thoái hóa gan-nhân đậu, u não, não úng thủy áp lực bình thường.
- Hội chứng Parkinson-Plus
 - ⬆ Liệt trên nhân tiến triển
 - ⬆ Teo nhiều hệ thống (Multiple System Atrophy- MSA)
 - ⬆ Thoái hóa vỏ não hạch nền
 - ⬆ Bệnh Alzheimer
 - ⬆ Teo nửa người - hội chứng Parkinson
 - ⬆ Phức hợp HC Parkinson - Sa sút trí tuệ - Xơ cứng cột bên teo cơ
- Hội chứng Parkinson do bệnh thoái hóa di truyền
 - ⬆ Bệnh thể vùi Lewy di truyền tính trội
 - ⬆ Bệnh Huntington
 - ⬆ Bệnh Wilson
 - ⬆ Bệnh Hallervorden-Spatz
 - ⬆ Teo trám cầu tiểu não di truyền
 - ⬆ Calci hóa hạch nền gia đình
 - ⬆ Neuroanthocytosis

Trên bn này dấu hiệu lâm sàng nào giúp hướng tới chẩn đoán bệnh Parkinson?

- Tuổi khởi phát
- Khởi phát 1 bên
- Diễn tiến chậm
- Không dấu thấp, tiểu não, ngoài ra không ghi nhận yếu liệt hay rối loạn cảm giác. Không dấu tiểu não, không dấu thấp, sa sút trí tuệ.
- Tiền sử gia đình: chưa ghi nhận bệnh lý gì khác, không có ai có bệnh lý tương tự, không dùng thuốc gì gần đây, công việc kinh doanh không có yếu tố phơi nhiễm.
- Khám các cơ quan khác bình thường.

Bn này có cần làm hình ảnh học để chẩn đoán bệnh Parkinson không?

✎ CT Scan, MRI não chỉ có vai trò trong chẩn đoán phân biệt, không có phương tiện đơn độc nào giúp chẩn đoán xác định bệnh Parkinson.

Vị trí tổn thương và chất dẫn truyền thần kinh quan trọng nhất trong bệnh Parkinson?

🔪 Vị trí tổn thương: chất đen. Chất dẫn truyền thần kinh: acetylcholine.

Bệnh Parkinson

- Chưa có phương pháp chữa khỏi
- Điều trị triệu chứng
- Cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ.
- Dùng thuốc
- Không dùng thuốc
- Phẫu thuật

Trình bày các nhóm thuốc điều trị, cơ chế tác dụng của thuốc?

🔪 Các thuốc điều trị:

- Tăng tổng hợp dopamine
L-dopa (+ chất ức chế men dopadecarbolalase ngoại biên)
Sinemet, Madopar, Stalevo, Parcopa
- Thuốc đồng vận dopamine
 - ⬆ Pramipexole, ropinirole, apomorphine
 - ⬆ Dẫn xuất từ nấm cựa gà: bromocriptine, pergolide, cabergoline
- Các thuốc ức chế men
 - ⬆ Thuốc ức chế men MAO-B: selegiline, rasagiline
 - ⬆ Thuốc ức chế men COMT: entacapone, tolcapone
- Các thuốc khác
 - ⬆ Thuốc kháng cholinergique: trihexyphenidyl, bengtropine, ethopropazine
 - ⬆ Amantadine

🦋 Chuyển hóa L-dopa và các chất ức chế men

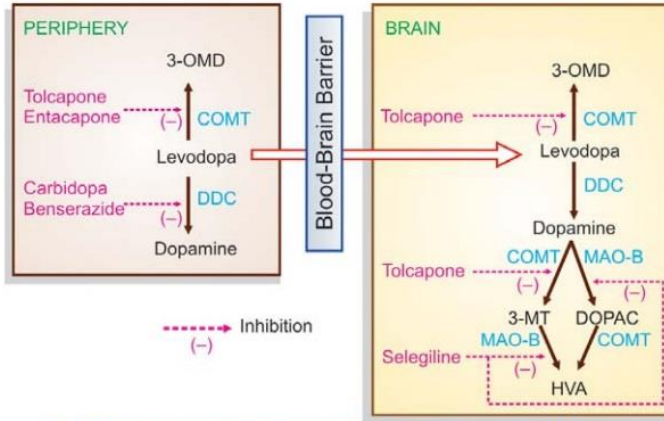


Fig. 31.2: Metabolic pathways of levodopa in the periphery and the brain.

3-OMD—3-O-methyldopa; COMT—Catechol-O-methyl transferase; MAO—monoamine oxidase; 3-MT—3-methoxytyramine; DOPAC—3,4 dihydroxy phenylacetic acid; HVA—Homovanillic acid (3-methoxy-4-hydroxy phenylacetic acid); DDC—Dopa decarboxylase

Diễn tiến: bn được chẩn đoán bệnh Parkinson và được điều trị L-Dopa. Bn đáp ứng tốt và duy trì đáp ứng trong những năm sau đó.

Case 10: Alzheimer

Bn nữ 65 tuổi làm công việc buôn bán được con trai đưa đến khám vì lý do quên tăng dần.

Khoảng trong 3 năm nay bn có biểu hiện quên tăng dần, thường hay quên những việc dự định làm: đi chợ mua thiếu đồ, quên tắt bếp, quên cuộc hẹn quan trọng... trong khi những việc xảy ra lúc còn trẻ thì nhớ rõ.

Trong phân loại trí nhớ, bn này bị mất trí nhớ loại gì?

✎ Trí nhớ ngắn hạn hay còn gọi là trí nhớ công việc

✎ Phân loại trí nhớ:

- Trí nhớ cực ngắn hay trí nhớ giác quan
- Trí nhớ ngắn hạn hay trí nhớ công việc
- Trí nhớ dài hạn

Những vùng não bộ nào có liên quan trong trường hợp này?

✎ Trí nhớ giác quan (cực ngắn) được hình thành trong quá trình tiếp nhận tại các vùng vỏ não cảm giác nguyên phát và các vùng cảm giác phụ lân cận.

✎ Trí nhớ ngắn hạn có liên quan đến nhiều vùng não bộ, bao gồm vùng thùy đỉnh của hệ thống lưới kích hoạt hướng lên, vùng não liên quan sự chú ý tập trung và thực thi công việc (lồi não trên ở trung não, các vùng vỏ não kết hợp ở thùy đỉnh, chẩm, thái dương, hạch nền và vùng thùy trán trước).

- Thùy đỉnh: tiếp nhận kích thích
- Thùy thái dương: nhận diện bản chất kích thích
- Thùy trán: lên kế hoạch đáp ứng hành vi phù hợp

Bệnh sử

- Theo con trai bn gần 1 năm nay tình trạng quên diễn tiến nặng hơn, bn quên tên anh chị em trong nhà, ít nói, khi nói thì diễn đạt dài dòng khó hiểu. Bn không còn tự chạy xe được, chỉ nấu được những món ăn quen thuộc không nấu được món mới.
- Đồng thời với giảm trí nhớ, bn rất khó tập trung khi đọc báo hoặc xem tivi, không còn khả năng quản lý tiền bạc, không thể buôn bán và thu xếp việc nội trợ gia đình. Đỉnh điểm là bn bị lạc đường khi đi chợ gần nhà nên con trai bn phải đưa đi khám bệnh.

Những chức năng nhận thức nào bị ảnh hưởng ở bn này?

🔍 Những chức năng nhận thức

- Giảm tập trung chú ý: *rất khó tập trung khi đọc báo hoặc xem tivi*
- Giảm chức năng điều hành: *không còn khả năng quản lý tiền bạc, không thể buôn bán và thu xếp việc nội trợ gia đình*
- Giảm chức năng học tập và trí nhớ: *chỉ nấu được những món ăn quen thuộc không nấu được món mới*
- Giảm chức năng ngôn ngữ: *ít nói, khi nói thì diễn đạt dài dòng khó hiểu*
- Giảm chức năng thị giác không gian: *bị lạc đường khi đi chợ gần nhà*
- Giảm chức năng nhận thức xã hội: *chưa ghi nhận ở bn*

Tiền sử:

- Bản thân: THA phát hiện cách nay 2 năm điều trị với amlodipine 5mg/ngày. Không ghi nhận tiền căn ĐTĐ, đột quỵ hay chấn thương đầu.
- Gia đình: Mẹ ruột bị sa sút trí tuệ lúc 80 tuổi đã mất do tuổi già.

Khám lâm sàng:

- Bn tỉnh táo, rối loạn định hướng thời gian và nơi chốn (không nhớ ngày, tháng, năm và tên bệnh viện, tên thành phố)
- Không ghi nhận khiếm khuyết thần kinh khu trú
- Test MMSE đạt 16/30
- HA 120/80mmHg; T: 37 độ C; Mạch: 84 lần/phút; Nhịp thở: 20 lần/phút

Với những biểu hiện như vậy, bn khả năng bị bệnh gì?

🔍 Bệnh Alzheimer

Tiếp cận bn giảm trí nhớ, cần xác định:

- Giảm trí nhớ lành tính
 - Giảm trí nhớ bệnh lý
 - Mất trí nhớ ngược chiều
 - Mất trí nhớ xuôi chiều
- hoặc*
- Sa sút trí tuệ - nặng
 - Suy giảm chức năng nhận thức nhẹ

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ĐỊNH HƯỚNG

- Hôm nay là thứ mấy? 1đ
- Ngày bao nhiêu? 1đ
- Tháng mấy? 1đ
- Năm nào? 1đ
- Bây giờ là mấy giờ? 1đ
- Ông/bà đang ở chỗ này là chỗ nào (bệnh viện, tên)? 1đ
- Ở khoa nào? 1đ
- Thành phố nào? 1đ
- Miền nào: Nam, Trung, Bắc? 1đ
- Nước nào? 1đ

TRÍ NHỚ: Tiếp nhận, ghi nhớ

- *Cho nhắc lại ba từ: Con mèo 1đ
- Chìa khóa 1đ
- Khu rừng 1đ

Mỗi từ/1 giây, 1 đ cho mỗi từ đúng; cho lặp lại 1 lần nữa để chắc chắn đã hiểu

SỰ CHÚ Ý: Tính toán

- Làm test 100 trừ 7: $100 - 7 = ?(93)$ 1đ
- $93 - 7 = ?(86)$ 1đ
- $86 - 7 = ?(79)$ 1đ
- $79 - 7 = ?(72)$ 1đ
- $72 - 7 = ?(65)$ 1đ

TRÍ NHỚ: nhớ lại

- Nhắc lại 3 từ đã ghi nhớ ở trên: Con mèo 1đ
- (không cần đúng thứ tự) Chìa khóa 1đ
- Khu rừng 1đ

NGÔN NGỮ

- Đưa BN xem và bảo BN nói tên của: Đồng hồ 1đ
- Cây viết 1đ

Cho lặp lại cụm từ: "Không có nếu, và, hoặc nhưng gì cả"

HIỂU NGÔN NGỮ NÓI bảo bệnh nhân làm theo lệnh

- Dùng tay phải 1đ
- Chạm vào đầu mũi 1đ
- Sau đó chạm vào tai bên trái 1đ

HIỂU NGÔN NGỮ VIẾT

Cho đọc thầm (không thành tiếng) và thực hiện: "NHẢM MẮT LẠI" 1đ

CHỮ VIẾT: Cho viết một câu đúng ngữ pháp và có nghĩa. 1đ

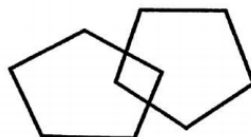
VẼ: Vẽ chép lại hai ngũ giác giao nhau. (trang sau) 1đ

Tổng cộng

...../30đ

MMSE (Mini Mental Status Examination) – chia thành 3 mức độ:

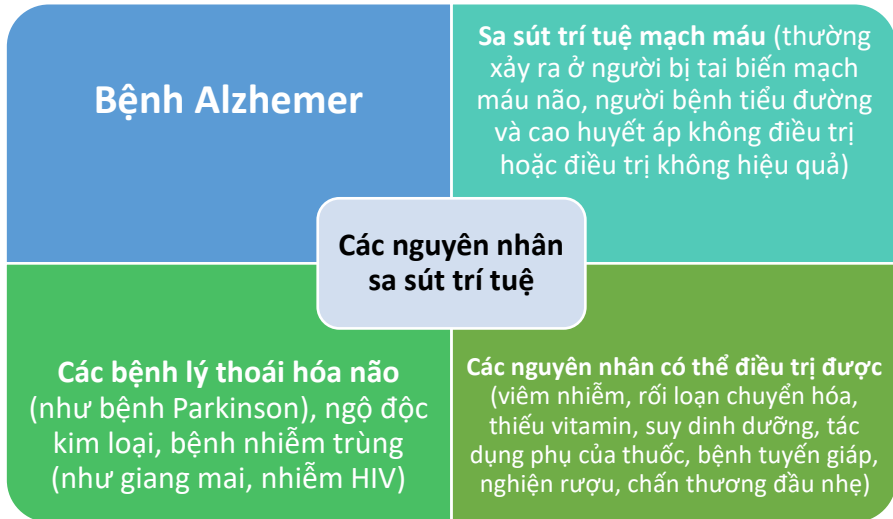
- Từ 20 – 24: sa sút trí tuệ nhẹ
 - Từ 10 – 19: sa sút trí tuệ trung bình.
 - Dưới 10: sa sút trí tuệ nặng
- ⇒ Bn này: sa sút trí tuệ trung bình



Tiêu chuẩn DSM-5 chẩn đoán sa sút trí tuệ
<p>A. Có bằng chứng suy giảm nhận thức đáng kể ở ít nhất một trong các lĩnh vực nhận thức (sự tập trung chú ý, chức năng điều hành, học tập và trí nhớ, chức năng ngôn ngữ, thị giác không gian và nhận thức xã hội) dựa trên:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Than phiền của người bệnh, hoặc của người thân, hoặc ghi nhận bởi bác sĩ về sự suy giảm rõ rệt chức năng nhận thức của bệnh nhân, và 2. Suy giảm đáng kể trong biểu hiện nhận thức, tốt nhất là được xác định các test thần kinh tâm lý đã được chuẩn hóa hoặc nếu không thì dựa trên đánh giá lâm sàng có chất lượng khác.
<p>B. Suy giảm nhận thức làm ảnh hưởng đến tính độc lập trong các hoạt động hằng ngày (tức là cần sự hỗ trợ tối thiểu ở các hoạt động sống phức tạp như trả hóa đơn, dùng thuốc điều trị,...)</p>
<p>C. Bệnh nhân không đang bị mê sảng, lú lẫn cấp</p>
<p>D. Suy giảm nhận thức không phải do nguyên nhân tâm thần khác (ví dụ trầm cảm hay tâm thần phân liệt).</p>

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Alzheimer trên lâm sàng (probable alzheimer's disease)
<p>A. Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ</p>
<p>B. Thỏa 1 trong 2 đặc điểm sau:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Có bằng chứng di truyền từ tiền sử gia đình hoặc xét nghiệm gen 2. Có tất cả ba đặc điểm sau: <ul style="list-style-type: none"> • Có bằng chứng giảm trí nhớ và một chức năng nhận thức khác • Suy giảm nhận thức này từ từ tăng dần, không có giai đoạn bình nguyên • Không có bằng chứng của nguyên nhân khác (tức là không có bằng chứng bệnh lý thoái hóa khác hoặc bệnh lý mạch máu não, không có bệnh lý tâm thần, chuyển hóa, thần kinh khác góp phần suy giảm nhận thức)

Nêu các nguyên nhân gây sa sút trí tuệ?



Chẩn đoán sơ bộ: Bệnh Alzheimer

Các cận lâm sàng cần làm thêm ở bn này?

✎ Nhóm thường qui: dùng để tầm soát các nguyên nhân có thể điều chỉnh được của sa sút trí tuệ

- Công thức máu, VS.
- Vitamin B12 và folate.
- Sinh hoá (chức năng gan, thận, điện giải, đường huyết)
- Chức năng tuyến giáp.
- Miễn dịch chẩn đoán giang mai
- Phân tích nước tiểu

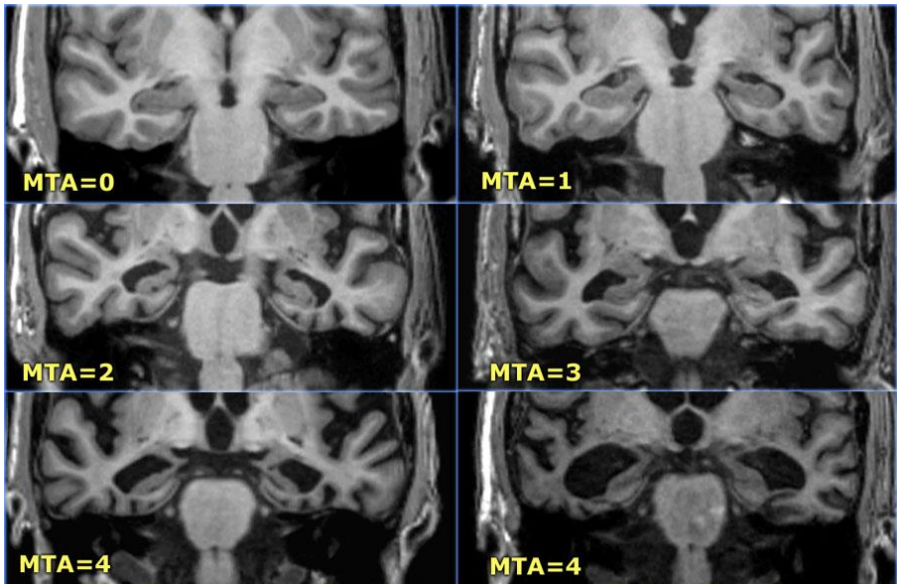
✎ Khi nghi ngờ các nguyên nhân chuyên biệt như như nhiễm HIV, hoặc các bệnh liên quan chuyển hóa kim loại như bệnh Wilson, ...

- HIV
- Kim loại (ví dụ, Cu/nước tiểu), ...
- EEG, chọc dò dịch não tủy

Vai trò của hình ảnh học

- Hiện nay, gần như người ta chỉ dùng CT Scan não để chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác bệnh Alzheimer như tụ máu dưới màng cứng...

- MRI với ưu thế về nhu mô não và dịch đã trở thành chỉ định thường quy khi nghi ngờ bệnh Alzheimer. Mục đích MRI là để đánh giá teo não lan tỏa của bệnh Alzheimer, đặc biệt phát hiện teo thùy thái dương trong chẩn đoán bệnh giai đoạn sớm. Các lát cắt T1 ở tư thế coronal đi qua hải mã thường được sử dụng để đánh giá. Điểm khó khăn ở đây là làm sao đánh giá được đâu là teo do bệnh, đâu là teo do lão hóa tuổi già.
- Kỹ thuật đo thể tích bằng phương pháp vẽ bán tự động kết hợp với máy tính thường được các tác giả sử dụng. Bằng phương pháp này, Jack và CS đã đánh giá thể tích thùy thái dương trong của 220 người và ghi nhận phân biệt Alzheimer với nhóm chứng đạt độ nhạy 82% và độ đặc hiệu 80%.
- Thang MTA (Medial Temporal lobe Atrophy) được sử dụng đánh giá teo hải mã thùy thái dương trên MRI trong chẩn đoán bệnh Alzheimer.



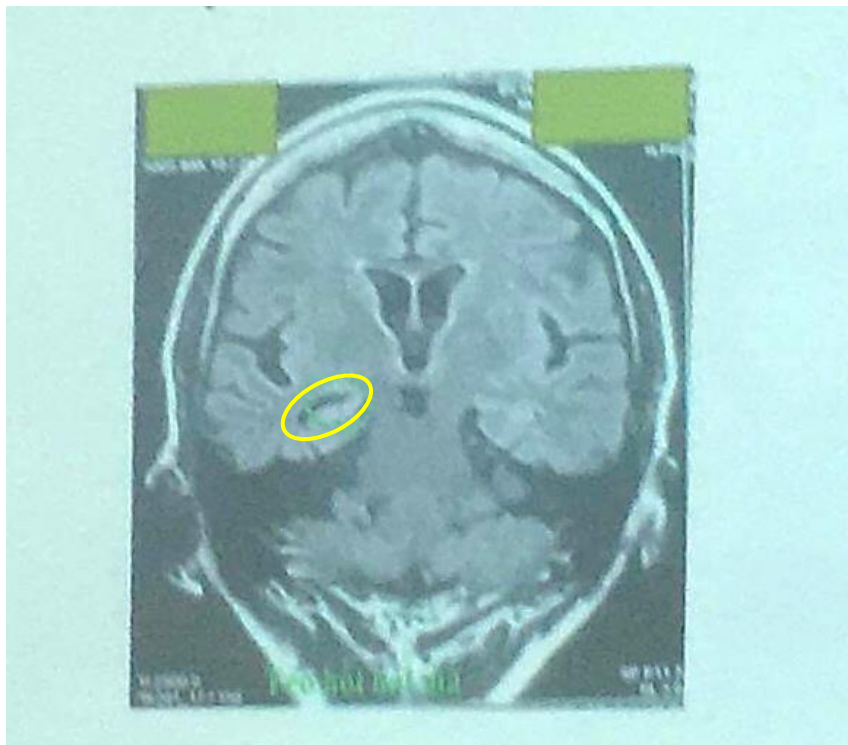
- ▲ 0 điểm: không teo
- ▲ 1 điểm: chỉ rộng khe màng mạch
- ▲ 2 điểm: kèm theo rộng sừng thái dương của não thất bên
- ▲ 3 điểm: mất thể tích hồi hải mã mức độ trung bình (giảm chiều cao)
- ▲ 4 điểm: mất thể tích hồi hải mã mức độ nặng

Trong đó:

- ▲ < 75 tuổi: từ 2 điểm trở lên là bất thường
- ▲ > 75 tuổi: từ 3 điểm trở lên là bất thường

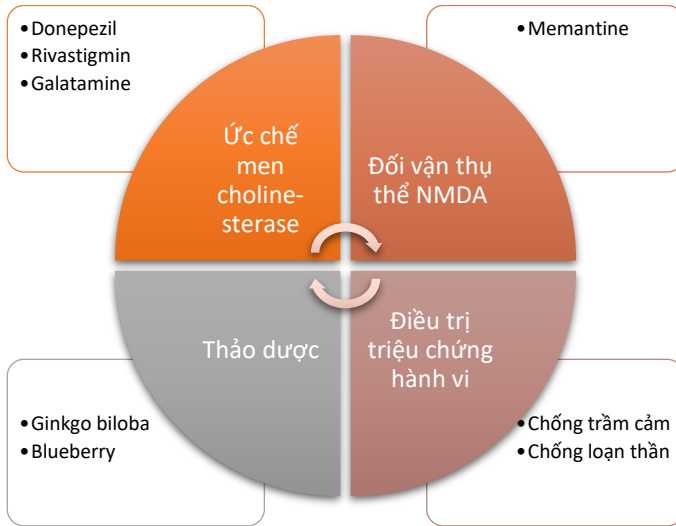
Kết quả cận lâm sàng

- Sinh hóa: bình thường
- Hình ảnh học: teo hồi hải mã



Các phương pháp điều trị cho bn này?

🗑️ Điều trị dùng thuốc



🗑️ Tập luyện trí nhớ cho người bệnh

- Sổ ghi chép những điều cần nhớ: lịch hẹn khám bệnh, tên con cháu và bạn bè, việc cần hoàn tất trong ngày
- Sắp xếp công việc như nhau hàng ngày, hàng tuần
- Để danh sách các số điện thoại cần gọi gần điện thoại, kể cả các số cấp cứu
- Có bảng đen trong nhà để ghi những điều cần nhớ
- Dán nhãn lên tủ để liệt kê tên các đồ vật bên trong
- Treo nhiều ảnh gia đình, bạn bè và có thể dán tên để giúp bn nhớ
- Giữ thuốc, chìa khóa, tiền bạc ở nơi an toàn
- Treo lịch và yêu cầu người bệnh gạch bỏ ngày đã qua

Điều trị ở bn này:

- DONEPEZIL 5mg 1 viên (u) tối
- AMLOR 5mg 1 viên (u) sáng
- GINKGO BILOBA 120mg 1 viên X 2 (u) sáng, tối

Hãy trình bày lý do tại sao các thuốc ức chế men acetylcholinesterase được chỉ định điều trị cho bệnh alzheimer?

✎ Acetylcholine là chất dẫn truyền thần kinh có liên quan đến hệ viền và hệ muscarinic. Men cholinesterase thủy phân acetylcholine. ⇨ Thuốc ức chế men cholinesterase giúp ngăn ngừa sự giảm nồng độ acetylcholine ở bn Alzheimer, giữ cho hàm lượng acetylcholine ở mức cao, hỗ trợ cho quá trình truyền tín hiệu giữa các tế bào thần kinh. Các thuốc ức chế men cholinesterase (ChEIs) như galantamine, donepezil và rivastigmine được chỉ định trong điều trị Alzheimer chủ yếu ở giai đoạn nhẹ đến trung bình.

Làm thế nào để phòng ngừa bệnh ở giai đoạn sớm?

✎ Giữ gìn sức khỏe tốt là điều cần thiết để giúp bộ não chúng ta hoạt động lâu dài. Chẳng hạn, kiểm soát huyết áp kỹ lưỡng, kiểm soát đường và cholesterol trong máu, ăn uống lành mạnh, không hút thuốc lá, tập thể dục thường xuyên và giữ tinh thần ổn định thoải mái là những phương cách hay nhất để phòng ngừa bệnh lý sa sút trí tuệ.