

**CASE PHÂN TÍCH KẾT QUẢ DỊCH NÃO TỦY**  
**GIẢNG VIÊN BS NGÔ THỊ MAI PHƯƠNG**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**



- Chạy đi qua bốn cơ bản nhất. Còn thực tế thì sẽ rất nhiều



# TRƯỜNG HỢP 1

- BN nam, 10 tuổi, nhập viện vì sốt N2, ói, đau đầu, không ho, không co giật, tiêu tiểu bình thường.
- Khám:
  - Tĩnh, tiếp xúc tốt
  - Mạch đều rõ 90 l/ph, HA: 110/70 mmHg, NĐ 39 độ C, NT: 25 l/ph
  - Cổ gượng
  - Chưa phát hiện bất thường cơ quan khác

## Case đầu tiên

- *Đặt vấn đề*

+ *Sốt*

+ *Hội chứng màng não*

+ Chưa đặt hội chứng NT vì không đủ: dấu cơ quan nhiễm trùng, vẻ mặt nhiễm trùng ....

+ Bệnh nhân này tỉnh tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn trừ nhiệt độ cao thôi. Định hướng là viêm màng não cao.

- *Chẩn đoán sơ bộ*

+ *Cấp tính thường nhiều nhất là virus và vi khuẩn*

+ *Lâm sàng khó pb*

+ *Thái độ của mình là loại trừ vmn mủ hay kh cho tới khi có bằng chứng ngược lại vì vnmn diễn tiến nhanh và nặng*

+ *Thái độ là quan trọng*

- *Chẩn đoán phân biệt*

+

- *Làm gì*

+ Viêm màng não đơn thuần do siêu vi thường không điều trị chùng não đánh vô viêm não biểu hiện qua rối loạn tri giác mới điều trị đặc hiệu cho tác nhân. Khi đó mới cần PCR định rõ tác nhân siêu vi là gì. DNT: sinh hóa tb, cấy, soi nhuộm



## TRƯỜNG HỢP 1

- CTM: WBC 9 K/uL, neu 25%, Hb 13 g/dL, PLT 340 K/uL
- CRP: 5 mg/L
- DNT: trong, 200 tb/mm<sup>3</sup> (Neu 10%, Lym 90%), protein 0,3 g/L, Glucose 4 mmol/L, lactate 1,2 mmol/L, ĐHMM 110 mg/dL
- Sau chọc dò em giảm đau đầu, tươi tỉnh, hết ói.

- 26/08
- BC bình thường
  - CRP trong giới hạn bình thường
  - DNT trong, lympho ưu thế, protein không tăng, đường kh giảm
- Nghĩ nhiều do siêu vi.

Không nghĩ tới nấm vì đường không giảm

- Số lượng tế bào bao nhiêu thì nghĩ tới vi trùng: 1000bc / mm<sup>3</sup> (nhớ là mm<sup>3</sup> nha). Hầu như chắc chắn

+ Dưới 100 hầu như siêu vi

+ Từ 100-1000 thì càng tăng hướng vi trùng càng nhiều, và khoảng này có những tác nhân khác như lao nấm

- Bệnh cảnh bệnh nhân là bệnh cảnh thống nhất

+ BC tăng 1000

+ Mà protein kh tăng

+ Đường kh giảm

→ Quay lại hỏi có đúng không vì trên 1000 thì phản ứng viêm mạnh, số lượng vi trùng nhiều thì đường phải giảm đạm phải tăng ...

- Nhưng có th bc tăng cao, glucose giảm thấp nhưng protein kh cao. Khi đó bn tắc nghẽn cống não dịch kh xuống lưu thông được nên protein mình chọc khúc dưới lưng sẽ bình thường.

- Nghĩ siêu vi rồi thì mình theo dõi sát chứ không dùng kháng sinh. Nhưng phải theo dõi sát vì có thể vk giai đoạn đầu (vmn cụt đầu) sẽ diễn tiến sốt nặng hơn trong những ngày sau.

- Do siêu vi theo dõi lâm sàng không cần làm lại dnt, là siêu vi sẽ cải thiện nếu kh cải thiện thì phải làm lại là đương nhiên rồi.

- Câu hỏi là chích kháng sinh trước hay sau chọc dò

+ Dựa vào bệnh cảnh lâm sàng chung

+ Vô lẩn cần chích kháng sinh hay không kháng sinh

+ Hướng vi trùng thì chọc dò r chích

+ Thái cực thứ 2 thì nghĩ thấy em tỉnh tươi thì chưa chích



## TRƯỜNG HỢP 2

- BN nữ 2 tháng tuổi, nhập viện vì sốt cao N2, không ọc, bú giảm, ít chơi hơn bình thường, tiêu tiểu bình thường, không ho, không co giật.
- Khám:
  - Tỉnh, về đừ
  - Mạch đều rõ 160 l/ph, NT 42 l/ph, NĐ 40 độ C
  - Thóp phồng
  - Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

- Đặt vấn đề

+ Sốt ngày 2 → HC nhiễm trùng

+ HC màng não: thóp phồng

+ HC nhiễm trùng huyết: M cao, nhiệt độ cao – SIRS + ổ nhiễm trùng là màng não  
→ Theo dõi NT huyết.

- Bệnh nhân này khác bn đầu

+ 2 tháng tuổi: không khám được cổ gượng, 2 tháng tuổi sao khám được

+ Bệnh nhân này có rối loạn tri giác không ? Không vì tỉnh rồi. GCS 15 đó. Chỉ là nó đừ hơn. Hai thái cực kích thích và ức chế. Thường gặp nhất là dạng ức chế. Tỉnh táo hoàn toàn là 15 nhưng trẻ em và người lớn có bảng GCS khác vì nó đâu biết nghe lời mà làm theo. Thấp nhất là 3 điểm EIVIM1

+ Bn này tỉnh nhưng đừ cho thấy tổng trạng nó không như đứa hồi nãy. Có vẻ giống vẻ mặt nhiễm trùng, hạ đường huyết.

+ Khác rối loạn tri giác: hôn mê, lơ mơ gọi không biết, ngủ gà lúc tỉnh lúc ngủ ...

→ Phân biệt RL tri giác và Đừ là quan trọng. Đánh GCS là rõ ràng nhất. GCS kh phải 15 là không phải tỉnh táo rồi.

- Chì giảng quá trời để hỏi em có đặt lại HC khác không ?

+ Thóp phồng thì trong viêm màng não có viêm

+ Nên để thóp phồng vì có thể trong hội chứng màng não / hội chứng talns

+ Giờ chưa phân biệt

- Chú ý mạch phải tra bằng đúng theo lứa tuổi → Mạch nhanh thở nhanh nghĩ SIRS + ổ nhiễm trùng → Theo dõi nhiễm trùng huyết

- Chẩn đoán sơ bộ

+ Viêm màng não mủ ngày 2 theo dõi nhiễm trùng huyết, hạ đường huyết

+ Hạ đường huyết bầm đường huyết ngay vì tổn thương não do hạ đường huyết là tổn thương không hồi phục

+ Ca này nghĩ NT cao rồi đánh kháng sinh ngay. Thái độ điều trị quan trọng

- Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm màng não do siêu vi

+ Viêm

- Cận lâm sàng

- CTM, CRP, cấy máu

- Siêu âm xuyên thóp

- Nếu Sa thóp bình thường → Chọc dò dịch não tủy: Sinh hóa, tế bào, vi khuẩn, PCR siêu vi (Viêm não nhật bản, EB, HSV ...)

- Glucose ion đồ cùng lúc với chọc dò

- AST ALT Bun Cre

- Xquang phổi

- Tổng phân tích nước tiểu



## TRƯỜNG HỢP 2

- WBC 25 K/uL, NEU 50%, Hb 11 g/dL, PLT 85 K/uL
- CRP 250 K/uL
- DNT: mờ, 2000 tế bào/uL (Neu 65%, Lym 35%), protein 1,5 g/L, Glucose 2 mmol/L, Lactate 4,5 mmol/L, ĐHMM 85 mg/dL

- 01:02:04
- Unmute
- Tuổi này ưu thế lym nên 50% là tăng rồi
  - + 5 ngày neu = lymph
  - + 5 tháng lymph dưới neu đỉnh
  - + 5 năm hai giá trị bằng nhau
  - + qua 5 tuổi về xu hướng như bình thường ở người lớn
  - NTH: SIRS + ổ nhiễm trùng. Đứa này có BC >12k sốt 40 độ
  - Dịch não tủy mờ nghi nhiều do vi trùng
  - Viêm màng não mủ là viêm màng não do vi trùng rồi.
  - + Nói **viêm màng não mủ ngày 2 biến chứng nhiễm trùng huyết**
  - + Hoặc viêm màng não do vi trùng
  - Với diễn tiến như thế này phải ghi rõ ngày.
  - Làm thêm đông máu chức năng gan thận ....



## TRƯỜNG HỢP 3

- BN nữ 7 tuổi, nhập viện và sốt N8, đau đầu, nhìn mờ, ho ít, không ói, không co giật, tiêu tiểu bình thường.
- Khám:
  - Tỉnh
  - Mạch 96 l/ph, NT 32 l/ph, NĐ 38 độ C, HA 105/70 mmHg
  - Cổ gượng nhẹ
  - Phổi rale nổ 1/3 trên phải
  - Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường



- Đặt vấn đề

+ Hc màng não

+ HC nhiễm trùng hô hấp dưới

+ Phân tích: Tổng trạng không quá tốt cũng không quá xấu. Hơi lạ → Tìm coi cái lạ đó là gì.

- Chẩn đoán sơ bộ

+ Lao toàn thể

- Chẩn đoán phân biệt

+ Viêm màng não do phế cầu

+ Viêm màng não do Hib

+ Nếu nó được đi bs mà dùng kháng sinh kh đúng thì nó cũng lay lắt như vậy được



- Bệnh nhân này khác gì ?

+ 7 tuổi

+ Sốt ngày 8: Trên 7 ngày là **sốt kéo dài** → Ngày bệnh là cực kỳ quan trọng. Nghĩ tới lao rồi hỏi nhà đó có ai lao không? Lò ra ba nó lao phổi và bé chưa được dự phòng lao

+ Ca này ít nghĩ phế cầu vì diễn tiến cấp tính

- Xquang ngực:

+ Diễn hình cho lao

+ Đái tháo đường thì đáy phổi

+ Đám mờ cạnh rốn phổi là hạch trung thất

+ Vì đám mờ này có thể còn nhiều cái

+ Trên cái bệnh cảnh tổng quanh thì nghĩ lao

+ Còn bn kh diễn hình lao thì

- Màu

+ Vàng: Sơ sinh kh nghĩ lao

+ Lớn nghĩ lao

+ Đôi khi xuất huyết

- Protein tăng rất cao

- Đường giảm rất thấp

- Tb tăng tương ứng vs đạm tăng

- Trong lao có phản ứng phân ly đạm tb: đạm tăng tb tăng kh tương ứng

→ Nghĩ tới lao.

- Bn này DNT đi làm phải PCR lao nữa. BK đàm là thường quy rồi vì trên 5 tuổi nó khác được rồi.



## TRƯỜNG HỢP 4

- BN nam, 8 tháng, nhập viện vì sốt + co giật N1, ói 2 lần, tiêu tiểu bình thường, bỏ bú, không ho.
- Khám:
  - Mê, Glasgow M4V1E1
  - Thóp phẳng
  - Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường



**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHỊ KHOA**  
**DRAFT VERSION**

Một sản phẩm của team  
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

Tài liệu được thực hiện bởi những bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Xin chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.

- Bệnh nhân này không giống
- Mê rồi GCS6 điểm, sốt cấp tính 1 ngày
- Rất cấp tính
- Không có dấu gợi ý màng não
- Đặt vấn đề
- + Sốt
- + Co giật
- + Hôn mê (rối loạn tri giác)
- Đưa này nhu mô não → Phân biệt được viêm màng não hay viêm não
- Đưa này co giật rối loạn tri giác → Có nhu mô hay không là hàng đầu. Ảnh hưởng tới sinh mạng bệnh nhân → Quan trọng phải đặt ra, bắt buộc

**- Dễ nhất là đi từ co giật : Co giật có sốt / kh sốt**

- Co giật gặp rất nhiều nên các bạn phải biết
- Với co giật có những nguyên nhân kh sốt như xuất huyết não nhưng khi tổn thương lượng lớn đè ép tổn thương trung tâm điều nhiệt thì có sốt ác tính, do xh não kh phải
- Nên bệnh nhân cấp tính như thế này 2 cái nặng nề là
- + Tổn thương tk trung ương
- + XH não
- Cho hình ảnh học liên: Ct kh cản quang. Vì siêu âm xuyên thóp kh coi nguyên nhân xuất huyết não tốt.



## TRƯỜNG HỢP 4

- WBC 12 K/uL, Neu 35%, Lym 50%, Hb 12 g/dL, PLT 190 K/uL
- CRP 20 mg/L
- CT scan sọ không cản quang: phù não + tổn thương thùy thái dương 2 bên.
- DNT: trong, 30 tb/mm<sup>3</sup> (Neu 5%, Lym 95%), protein 1,2 g/L, Glucose 3,4 mmol/L, Lactate 1,8 mmol/L, ĐHMM 75 mg/dL



- Vị trí tổn thương thùy thái dương khá đặc hiệu cho HSV
- Phù não ngay từ đầu không chọc não
- Protein này không hợp siêu vi, thực tế protein này là protein viêm gợi ý cho viêm quá nặng nề → 8 tháng 1.2g thì cũng hơi cao thôi. Nếu giờ ra protein 31g thì phải coi chừng do cái khác kèm vô nữa.
- Ngay từ đầu vô phải xử trí ABCDE
- + Vô NKQ liền vì hôn mê là chỉ định đặt NKQ do bn có thể ngưng thở liền
- + Chống phù não
- Ổn định hết rồi mới đi chụp CT
- Đánh giá lâm sàng trong những ngày sau cải thiện tốt không, mạch kh chậm ha kh tăng. Phù não lan tỏa chứ không phải khối choãn chỗ khu trú vì đè ép kh theo lực cân bằng dễ tụt não.
- Chọc dò sau đó và Elisa VNNB và PCR HSV vì hai tác nhân này phổ biến và mình làm được chứ viêm não ở trẻ con
- Viêm não cấp phải cho acyclovir cho tới khi có bằng chứng ngược lại vì viêm não trẻ em chỉ có HSV điều trị được và cho thuốc sớm giúp cải thiện tiên lượng tử vong

*mạnh chứ đợi mọi kq thì tiên lượng của bệnh nhân rất là xấu → **Nhớ cho acyclovir cho tới khi loại trừ được HSV bằng (1) Ct (2) PCR HSV***

*- Quên cho thì cũng có thể cứu được nhưng di chứng rất nặng nề. Sau 21 ngày não như nước vậy, nhu mô não tổn thương hết nước nhuyển luôn.*

*- **Viêm não phần lớn là do siêu vi***