**Trình bệnh CO GIẬT- BS Duy**

BN nam 53 tháng tuổi ,Hoocmon nv 5g 27/11/2015 vì co giật N4

* Cần hỏi j để chẩn đoán bệnh ?

Xác định đúng là co giật hay chỉ là giật minh

Co giật khu trú hay toàn thể: co tay chân , trơn mắt, tím môi …

Tính chất cơn co giật

Trong và sau cơn bé có rôi loạn tri giác, dấu TK định vị

TC kèm theo: ho, sổ mũi, chảy mủ, tiêu tiểu ntn …

Tiền căn: sanh non, co giât, chấn thương chậm phát triển TT VĐ, chủng ngừa Hib, phế cầu, não mô cầu, VNNB, bệnh lý ( ĐTĐ, cường giáp liên quan hạ K,...), đi đâu chơi trong vòng 6 tháng ( sốt rét) , ngộ độc?

**Bệnh sử**

N1: chảy mũi nước trong, hắt hơi vài tiếng, không nghẹt mũi, không sốt

N2: sốt cao 39 – 39,5 độ không lạnh run không vã mồ hôi , uống 3 gói Hapacol 150mg/3-4 tiếng mới hạ sốt rồi hết hẳn , không đau đầu , không co giật, không nôn không thở mệt còn chảy mũi ít

N3: bé đi học bình thuong không sốt ⭢ thực sự ko sốt hay ko: có cặp nhiệt độ ?

N4: sốt cao 39-39,5 độ uống thuốc ko rõ loại ko hạ sốt , than đau đàu, đau khắp đầu liên tục, nôn 1 lần ra sữa và cơm , sau nôn vẫn còn đau đầu, than đau mắt, 2 mi mắt sụp ko hoàn toàn tiêu tiểu bt.

Cách nv 7h, sốt cao 40 độ đáp ứng hạ sốt. cách nv 1 h, sốt cao + co giật toàn than, mắt trợn , môi tím gồng tay chân khoảng 5ph , sau cơn nằm im, li bì , tay chân còn cử động .

Không yếu tay chân, không chảy mủ tai,…

Tiền căn: sốt và co giật 1 lần lúc 2 tuổi, giật toàn thân, cơn ngắn 1ph ko yếu liệt sau cơn ;

Cách nv 6 tháng, té từ ban công lầu 1 , lún sọ thùy trái , xuất huyết não trái điều trị tại bv Chợ rẫy , gãy cẳng tay bên phải ko phẫu thuật, ko chụp kiểm tra. Từ đó đến nay ko đau đàu, ko co giật, sinh hoạt bt. Ko viêm tai giữa, không viêm xoang.đã chích ngừa: VMNM do Hib, VNNB , chưa tiêm não mô cầu và phế cầu. 1 tuần trc bệnh có đi Dak Lak có bị muỗi đốt . không ai trg gđ bị co giật hay động kinh

Lúc nv: Co giật lần 2 cơn ngắn 1ph, sau giật hơi đừ, mẹ gọi biêt. Còn đau đầu, nôn 2 lần,

M 120 ,HA 110/70 , 37 độ , 30l/ph, SpO2 97% môi hồng/khí trời. . bé hơi đừ .chi ấm CRT < 2s .

CN 20,5 kg ,100cm Run 2 chi khi đi lại ( co thể do ói nhiều, HĐH ) .Diễn tiến GCS trog 1 tiếng: có lúc 11đ, co lúc 7đ ⭢ nghi ngờ có RLTG thạt sự

* Khám gì để chẩn đoán?

Tri giác, sinh hiệu ( SIRS, tam chứng Cushing)

Dấu màng não . Dấu tử ban. dấu TK định vị yếu tay chan,… . Dấu tăng áp lực nội sọ

Ổ NT nguyên phát: tiêu chảy, tiểu, ran phổi, chẩy mủ tai, viêm xoang

Sốt rét: vàng da, dấu thiếu máu, tiểu huyết sắc tố, gan lách …

Nếu cần thì làm điện cơ , test Deo stickmin (?? Chắc ghi sai , chích vô gây nhược cơ nhiều hơn )

Bé này: cổ gượng , Kernig, Brudzinski (+) trương lực cơ bt, sức cơ 5/5 . GCS= 13đ ⭢RLTG (khám sau 6 tiếng ⭢ có RLTG thật sự)

-Than đau đầu, đau mắt: có thể tr chứng NSV . sụp mi mắt: phù /ngủ nhiều hay khóc nhiều. viêm kết mạc mắt/ nhược cơ ( VMN gây sụp mi 1 bên)

- đánh giá RLTG sau cơn sau 6h . vì có thể bé ngủ hoặc đc uống thuốc an thần làm bé ngủ ...

**ĐVĐ**  1/ Sốt co giật không lành tính

2/ HC màng não

3/ bệnh não cấp : chỉ cần có RLTG ± sốt± DNT thay đổi

4/ tiền căn chấn thương vùng đầu

5/ đi đến dịch tể sốt rét ⭢ kiểu sốt rét . bé này có N3 ko sốt nên ko dám bỏ

-HC đáp ứng viêm toàn thân: ko có dữ kiện . BC,sốt bắt buộc có ( LS dựa sốt + thở nhanh / mạch nhanh)

-Sốt co giật lành tính: sốt trên 38 độ, 6 tháng đến 5 tuổi, co giật toàn thể, cơn ngắn < 15 phút, sau cơn tỉnh ko RLTG ko dấu định vị, đã từng sốt co giật / gđ có người sốt co giật hay động kinh, ko tái phát trong 24h ( ko thỏa 1 ý -> ko lành tính )

-2 BC thường gặp nhất của VMNVT là NTH và nội sọ( tụ mủ tụ dịch dưới màng cứng, ap xe não, nhồi máu não – XHN , não úng thủy cấp)

BC tăng áp lực nội sọ: có dấu mặt trời lặn, tam chứng Cushing, phù gai thị, rối loạn tri giác ; ở trẻ còn thóp trchung ko rõ ràng( dựa vòng đầu, mm dãn...). bé này theo dõi thôi vì chỉ có RLTG hoặc do thuốc Pheno chưa hết tác dụng

-Nếu ra viện bé còn co giật có thể nghĩ động kinh triệu chứng do tt não

-Triệu chứng XHN ko phù hợp: đau đầu, ói rồi mới sốt trừ XH thân não ( sốt đau đầu cùng lúc)

- VN : gây phù nhu mô não làm tawng áp lực nội sọ ( tăng thành phần nhu mô não ) ⭢ chống phù não ⭢ chọc dò . nếu co skefm dấu tk định vị… nên chụp CT trước rồi mới chọc dò

**△ sơ bộ**: Viêm màng não vi trùng theo dõi BC nội sọ / CT đầu

△≠ Viêm não – màng não ( bắt buộc có RLTG)

Sốt rét thể não

**CLS**

1/CTM , CRP : nhiễm trùng ⭢ BC 17K , Neu 12,88K . CRP 43,7 mg/l ( > 10 là tăng )

Phết máu ngoại biên tìm KSTSR

2/Đường huyết, ion đồ . (Na giảm dưới 120 co thể nghĩ gây co giật RLTG)

3/Ure, Crea, AST, ALT : chưa loại trừ NTH , dùng kháng sinh

4/CT scan : pb XHN , chấn thương đầu .Có cản quang: BC nội sọ, khảo sát nhu mô não rõ hơn

⭢ KQ: giảm đậm độ vùng trán trái ⭢ nghĩ tổn thương cũ . ko biến chứng nội sọ

5/Chọc dò DNT . PCR HSV 1 trg DNT , Elisa VNNB trg máu và DNT

⭢ KQ: đạm 3,239g/l . Đường 3,15/7,71 mmol/l . Lactate 9,61 . 2200 BC , 80% đa nhân . đại thể dịch mờ

⭢ điển hình cho VMN do vi trùng

Latex ngưng kết Streptococcus pneumo. Cấy DNT : Strep (+) nhạy Ceftriaxon, Vancomycin

-Phân loại thiếu máu theo WHO : Hb < 13.5 – sơ sinh; < 9.5 – 2 th đến 6 th ; < 11.5 – 6 th đến 6 tuổi

< 11 – 6 tuổi đến 15 tuổi ; trưởng thành nam < 13 , nữ < 12

-CRP tăng > 100 nghĩ nhiều do vi trùng ( trên ls ). Có 1 số bệnh CRP tăng rất cao, có sốt nhưng ko nhiễm vi trùng ⭢ ko cho KS. Vd bệnh Kawasaki

Vì CRP đặc trưng cho kháng viêm chứ ko fai nhiễm trùng⭢ Procalcitonin mới đặc hiệu

* **△ xác định** : VMN do vi trùng / chấn thương đầu

-phù não : 3 cơ chế

do gây độc tế bào: thiếu oxy cho não

do tăng áp lực thủy tĩnh ⭢ não úng thủy

do tăng tính thấm thành mạch: giãn mm ⭢ viêm não, u não , viêm màng não

**Điều trị :**

1/Nằm đầu cao 30 độ**:** vì

2/ thở oxy ẩm qua Canula

3/ chống phù não ( ban đầu ở cấp cứu chưa có CT để loại trừ XHN biến chứng nội sọ)

Manitol 0,5g/kg 3 liều /ngày làm tăng áp lực thẩm thấu máu và nước tiểu⭢ kéo dịch mô kẽ ngoại bào vào long mạch ⭢ ra nước tiểu . ALTT máu bt 280- 300 . bn có dấu mất nước, sốc … là CCĐ của Manitol.

4/Kháng sinh dựa lứa tuổi: phế , Hib,não mô cầu ⭢ Cefa 3 . Có Latex : thêm Vancomycin

VMN do phế cầu: Ceftri liều 100, Cefotaxim 300, Vanco 60

Rifampicin 20mg/kg/ng 2 lần ko dùng uống

5/ ăn qua sonde vì GCS 8đ , hạn chế dịch khi nghi hội chứng tăng tiết ADH ko thích hợp

Làm lại Natri máu( đg 130) và thêm Na niệu.

Na máu giảm , niệu tăng + dấu thiếu nước: mất muối do não

Na máu giảm , niệu tăng + ko thiếu nước / dư nước trên ls: có tăng tiết

Na máu và niệu giảm: do giảm nhập , giảm Na tri máu thực sự

**Tiên lượng**

Tri giác, sinh hiệu, chẩn đoán được, điều trị được, có biến chứng gì chưa ?

⭢ Có RLTG , sốt cao , chẩn đoán và điệu trị đc, chưa biến chứng : TL nặng

( có 1 ý bất thường thi TL trung bình trở lên )

**Phòng ngừa**

Chích ngừa phế cầu từ 6 tháng đến 5 tuổi

Thalasemia, cắt lách , SGMD… rất cần chích ngừa .

Biến chứng điếc trong VMN do phế cầu gấp 2- 3 lần do vi trùng.

Phế cầu và Hib gây viêm mê đạo, tổn thương ốc tai và dây TK VIII do vi trùng xâm nhập trực tiếp , hóa chất trung gian

⭢ đo thính lực trươc khi xuất viện . hẹn tk 3 thg, 6th.

VMN do não mô cầu và Hib : dự phòng bằng Rifampicin