

SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG TÂM AN GIANG

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập–Tự do–Hạnh phúc

---



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA NỘI THẦN KINH

## MỤC LỤC

STT	Danh mục bệnh	Trang
1	Nhồi máu não	3
2	Xuất huyết não	7
3	Xuất huyết dưới nhện	11
4	Con thiếu máu não thoáng qua	13
5	Động kinh	15
6	Đau thần kinh tọa	18
7	Nhược cơ	20
8	Hội chứng Guillain Barré	22
9	Chóng mặt tư thế	24
10	Đau đầu migraine	29
11	Đau đầu căng cơ	33
12	Thoái hóa cột sống thắt lưng	35
13	Bệnh Parkinson	36
14	Liệt thần kinh VII ngoại biên	39
15	Viêm tủy cắt ngang cấp	41

# NHỒI MÁU NÃO

## I. CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán dựa trên khám lâm sàng và các cận lâm sàng khẩn cấp: CTM, đường huyết, HbA1c, Bilan lipid máu. điện giải, chức năng đông máu, chức năng gan, chức năng thận, tổng PTNT, ECG, XQ lồng ngực. CT scan não không có cản quang chẩn đoán phân biệt

Xuất huyết não

Nhồi máu não (chỉ rõ 24 - 48 giờ sau khởi phát)

U não

Phù não

Não úng thủy .

## II. ĐIỀU TRỊ TRONG GIAI ĐOẠN CẤP

### 1. Các vấn đề chủ yếu chăm sóc tích cực đối với đột quy

**Tim mạch:** Đột quy có thể gây biến đổi trực tiếp đến tim mạch mà không liên quan đến thiếu máu cơ tim trước đó. Cần theo dõi ECG ít nhất 48 - 72 giờ

**Đường thở:** Thở oxy hỗ trợ 2-5 lít/phút, đạt độ bão hoà oxy > 95%, đảm bảo đường thở lưu thông, BN có rối loạn ý thức hút đàm nhớt thường xuyên, nằm nghiêng phòng ngừa tắc nghẽn đường thở và viêm phổi hít.

**Huyết áp(HA):** Tăng HA là hậu quả của đột quy do đau, căng bàng quang, đáp ứng sinh lý cho hiện tượng thiếu máu hoặc tăng áp lực nội sọ, HA sẽ giảm trong 24-48 giờ sau đột quy. Giảm HA nhanh chóng sẽ gây thiếu máu não cấp cho BN. Điều trị tăng HA bao gồm:

Tránh lo lắng, đau, buồn nôn, nôn

Điều trị tăng áp lực nội sọ

Sử dụng thuốc điều trị tăng HA trước đột quy

Hạ áp từ từ, tránh dùng Nifedipin nhỏ dưới lưỡi

Giới hạn HA: Tâm thu: 160-180 mmHg, tâm trương dưới 100mmHg

HA tâm thu < 180mmHg và Tâm trương <100 mmHg; Theo dõi, không dùng thuốc hạ áp trừ khi có các tổn thương cơ quan đích khác như: nhồi máu cơ tim, bóc tách động mạch chủ, phù phổi, bệnh não do cao huyết áp

+ tâm thu 181- 220 mmHg hoặc tâm trương 101-120 mmHg:

Dùng đường uống:

Ức chế men chuyển: Enalapril 10mg, 1viên/ngày, Perindopril 5mg, 1V/ngày

Ức chế thụ thể: Valsartan 80 -160mg, 1viên/ngày

Ức chế calci: Amlodipin 5mg, 1viên/ngày ; Nifedipin 20mg, 1viên x 2 lần/ngày

+ tâm thu > 220mmHg hoặc tâm trương > 120mmHg:

Dùng thuốc đường tĩnh mạch tùy theo điều kiện:

Nicardipine PIV 5mg/giờ, điều chỉnh liều để đạt huyết áp mục tiêu bằng cách tăng liều 2,5mg/giờ mỗi 5 phút, tối đa 15mg/giờ.

Labetalol (chưa có) 10 - 20 mg IV trong 1-2 phút; có thể lặp lại mỗi 10 phút (tối đa 300 mg) hoặc dùng truyền tĩnh mạch 2-8 mg/phút

Mục tiêu điều trị: hạ 10-15% trị số huyết áp.

Hạ HA hiếm khi xảy ra, nếu có thường do giảm thể tích tuần hoàn

**Tăng thân nhiệt:** Tăng thân nhiệt làm tăng chuyển hoá ở não.

Khi nhiệt độ tăng dùng thuốc hạ nhiệt

Paracetamol 500mg (Paralgan effer, pacetamol,.. ) 2 -3 viên/ngày

Dùng kháng sinh nếu có triệu chứng chỉ điểm của nhiễm trùng, sử dụng các kháng sinh các nhóm sau:

Cephasporin thế hệ 2 , 3

+ Cefuroxime 750mg, 2 lọ/ ngày

+ Ceftazidim 1g, ceftizoxime 1g: 2 – 3 lọ/ngày

+ Ceftriaxon 1g: 2 lọ/ngày

+ Cefoperazole 1g: 2-3 lọ/ngày

Quinolone: levofloxacin 0,5g 100ml ( levocil, cravit, protiff....) 1-2

chai/ngày

Macrolide : Azithomycin 0,5g /ngày

**Tăng đường huyết:** Khi đường huyết tăng cần điều chỉnh để đạt mức 120-150mg%. Từ ngày thứ hai trở đi nên điều chỉnh để đường huyết trở lại mức bình thường.

**Nuôi dưỡng và chăm sóc:**

Năng lượng cung cấp khoảng 1200-1400 Calo/ngày, nuôi ăn qua sond dạ dày, nuôi ăn qua đường tĩnh mạch bằng các dung dịch Acid amin, dung dịch Lipid. Bổ sung thêm các Vitamine B, C

Bệnh nhân hôn mê được xoay trở tại giường 1-2 giờ/lần; cần chú ý đến chức năng ruột, bàng quang, bệnh nhân nằm lâu táo bón cho thêm thuốc nhuận trường Forlax uống 1-2 gói/ngày, chăm sóc răng miệng,

## 2. Điều trị các biến chứng thần kinh:

### a) Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ:

Nâng cao đầu giường. Tăng thông khí để đạt tới  $PCO_2$  25-35mmHg

Giảm tối thiểu các kích thích.

Lượng nước vào khoảng 2 lít/ngày ( không dùng glucose 5% trong giai đoạn cấp)

Manitol 20%, 0,25-0,5g/kg mỗi 4-6 giờ. Không quá 1,5g/kg/24giờ

### b) Kiểm soát co giật:

Seduxen 10mg TMC 5mg/phút, tác dụng sau 30-45phút, liều tối đa 40mg

Phenobarbital 10-20mg/kg, TTM 50mg/phút

## 3. Phòng ngừa các biến chứng bán cấp

a) **Tắc tĩnh mạch sâu và nhồi máu phổi:** Vận động sớm tại giường, tập thể dục cho bên liệt. Dùng heparin (5000UI/ 2lần/ 24giờ), aspirin khi bệnh nhân có chống chỉ định với heparin.

b) **Phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp:** Vận động sớm, vỗ lưng, bệnh nhân hôn mê cần dẫn lưu tư thế, ngăn ngừa trào ngược. Dùng kháng sinh sớm ngừa bội nhiễm

c) **Nhiễm trùng tiết niệu:** Cần cung cấp đủ nước, acid hoá nước tiểu và đặt sond tiểu ngắt quãng. Dùng kháng sinh sớm ngừa bội nhiễm .

d) **Loét:** Làm tăng kể tỷ lệ tử vong và tàn phế. Cần xoay trở thường xuyên.

e) **Loét dạ dày do stress:** Thường sử dụng các nhóm ức chế bơm proton (Omeprazol, pantoprazol 20-40mg uống hoặc TM 1L/ ngày ), nhóm thuốc ức chế tiết  $H_2$  ( Famotidin; Ranitidin TM 2lần/ngày ). Tránh dùng aspirin cho bệnh nhân có tiền căn loét dạ dày

## III- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU THIỂU MÁU NÃO CẤP

a) **Thuốc tiêu huyết khối:** ( chưa có ) rtPA TTM 0,9mg/kg, liều tối đa 90mg trong đó truyền nhanh 10%, số còn lại trong 60 phút, cửa sổ điều trị là 3 giờ đầu sau đột quy.

b) **Thuốc kháng đông:** Hiện tại không có chỉ định sử dụng rộng rãi heparin. Trừ trường hợp TIA sau khi xác định rõ nguyên nhân.

c) **Chống kết tập tiểu cầu:** Aspirin liều 160-325mg, trong 48 giờ sau đột quy Ticlopidin liều 75mg/ngày, Cilostazol 100mg 1x2viên/ngày. Không sử dụng khi: GCS < 8 điểm, huyết áp cao dao động, tổn thương não diện rộng

- d) **Thuốc bảo vệ và yếu tố bảo dưỡng thần kinh:** Các thuốc thường dùng: Piracetam 4 -12g /ngày, cerebrolysin 10ml x 2TM/ngày, Cholin-Alfoscerat 500mg 2 ồng/ngày.

#### **IV- ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG :**

Bệnh nhân đột quy cần hoạt động phục hồi chức năng và bắt đầu ngay khi có thể. Bệnh nhân mất ý thức được tập thụ động để ngăn ngừa co cơ và các biến chứng khác.

#### **V- PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT ĐỘT QUY :**

##### **Điều trị các yếu tố nguy cơ:**

Tăng HA

Tăng cholesterol máu

Ngưng hút thuốc lá

Các yếu tố nguy cơ khác: béo phì, uống rượu, tăng hematorit

Điều trị chống huyết khối:

Nếu không có rung nhĩ: Aspirin liều 80-325mg/ngày hoặc Clopidogrel liều 75mg/ngày hoặc Cilostazol 100mg 1 x 2viên/ngày.

Nếu có rung nhĩ: sử dụng kháng đông đường uống (warfarin), nếu có chống chỉ định thì dùng aspirin.

# XUẤT HUYẾT NÃO

## I. LÂM SÀNG

Đau đầu  
Chóng mặt  
Rối loạn thị giác  
Rối loạn cảm giác  
Rối loạn ngôn ngữ  
Yếu và liệt nửa người  
Các kiểu hôn mê

## II. CẬN LÂM SÀNG

CTM, đường huyết, HbA1c, Bilan lipid máu. điện giải, chức năng đông máu, chức năng gan, chức năng thận, tổng PTNT, ECG, XQ lồng ngực.

CT scan não không có cản quang chẩn đoán phân biệt

**III. CHẨN ĐOÁN:** Dựa vào triệu chứng lâm sàng: Nhức đầu , nôn ói , biến đổi tri giác sớm, HA tăng , dấu thần kinh khu trú.

*CT sọ não là tiêu chuẩn vàng* chẩn đoán xuất huyết não , loại trừ nhồi máu não và những tổn thương thần kinh do các nguyên nhân khác

\* Chẩn đoán phân biệt:

Hạ đường huyết  
Rối loạn điện giải  
Ngộ độc  
Liệt Todd sau cơn động kinh

## IV. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Điều trị chung

**Tim mạch:** Đột quỵ có thể gây biến đổi trực tiếp đến tim mạch mà không liên quan đến thiếu máu cơ tim trước đó. Cần theo dõi ECG ít nhất 48-72 giờ

**Đường thở:** Thở oxy hỗ trợ 2-5 lít/phút, đạt độ bão hòa oxy > 95%, đảm bảo đường thở lưu thông, BN có rối loạn ý thức hút đàm nhớt thường xuyên, nằm nghiêng phòng ngừa tắc nghẽn đường thở và viêm phổi hít.

**Huyết áp (HA):**

- Tăng HA là hậu quả của đột quy do đau, căng bảng quang, đảp ứng sinh lý cho hiện tượng thiếu máu hoặc tăng áp lực nội sọ, HA sẽ giảm trong 24-48 giờ sau đột quy.

Giảm HA nhanh chóng sẽ gây thiếu máu não cấp cho BN. Điều trị tăng HA bao gồm:

Tránh lo lắng, đau, buồn nôn, nôn

Điều trị tăng áp lực nội sọ

Sử dụng thuốc điều trị tăng HA trước đột quy

Hạ áp từ từ, tránh dùng Nifedipin nhỏ dưới lưỡi

- Giới hạn HA: Tâm thu: 160-180 mmHg, tâm trương dưới 100mmHg

HA tâm thu < 180mmHg và Tâm trương <100 mmHg; Theo dõi, không dùng thuốc hạ áp trừ khi có các tổn thương cơ quan đích khác như: nhồi máu cơ tim, bóc tách động mạch chủ, phù phổi, bệnh não do cao huyết áp

HA tâm thu 181- 220 mmHg hoặc tâm trương 101-120 mmHg; Dùng đường uống:

Ức chế men chuyển: Enalapril 10mg, 1viên/ngày, Perindopril 5mg, 1V/ngày

Ức chế thụ thể: Valsartan 80 -160mg, 1viên/ngày

Ức chế calci: Amlodipin 5mg, 1 x 2 viên/ngày ; Nifedipin 20mg, 1viên x 2 lần/ngày

HA tâm thu > 220 hoặc tâm trương > 120 Dùng thuốc đường tĩnh mạch tùy theo điều kiện:

Nicardipine TTM 5mg/giờ, điều chỉnh liều để đạt huyết áp mục tiêu bằng cách tăng liều 2,5mg/giờ mỗi 5 phút, tối đa 15mg/giờ.

Labetalol (chưa có) 10 - 20 mg tĩnh mạch trong 1-2 phút; có thể lặp lại mỗi 10 phút (tối đa 300 mg) hoặc dùng truyền tĩnh mạch 2-8 mg/phút

Mục tiêu điều trị: hạ 10-15% trị số huyết áp.

- Hạ HA hiếm khi xảy ra, nếu có thường do giảm thể tích tuần hoàn

**Tăng thân nhiệt:** Tăng thân nhiệt làm tăng chuyển hoá ở não. Khi nhiệt độ tăng dùng thuốc hạ nhiệt, Dùng kháng sinh nếu có triệu chứng chỉ điểm của nhiễm trùng, sử dụng các kháng sinh các nhóm sau:

Cephasporin thế hệ 2 , 3

+ Cefuroxime (kefstar ) 750mg, 2 lọ/ ngày

+ Ceftazidim 1g, ceftizoxime 1g (cefoho, varucefa,... ): 2 – 3 lọ/ngày

+ Ceftriaxon 1g( vietcef, ceftriaxone,... 2 lọ/ngày

+ Cefoperazole 1g (denkazol,...), 2-3 lọ/ngày

Quinolone: levofloxacin 0,5g 100ml (levocil, cravit, pro....) 1-2 chai/ngày



Macrolid : azithomycin 0,5g 100ml (azithral,.... ) 0,5g/ngày

**Tăng đường huyết:** Khi đường huyết tăng cần điều chỉnh để đạt mức 120-150mg%. Từ ngày thứ hai trở đi nên điều chỉnh để đường huyết trở lại mức bình thường.

**Nuôi dưỡng và chăm sóc:**

Năng lượng cung cấp 1200-1400 calo/ngày, nuôi ăn qua sond dạ dày, nuôi ăn qua đường TM bằng các dung dịch Acid amin, dung dịch Lipid. Bổ sung thêm các vitamine B, C

BN hôn mê được xoay trở tại giường 1-2 giờ/lần cần chú ý đến chức năng ruột, bàng quang, bệnh nhân nằm lâu táo bón cho thêm thuốc nhuận trường Forlax uống 1-2 gói/ngày, Duphalac 1-2 gói/ngày, chăm sóc răng miệng

**2. Điều trị các biến chứng thần kinh:**

**a) Điều trị phù não và tăng áp lực nội sọ:**

Dấu hiệu lâm sàng gợi ý chống phù não:

Tình trạng ý thức xấu dần và/hoặc hôn mê  
Có dấu hiệu chèn ép não đối bên tổn thương  
Huyết áp cao và dao động  
Tổn thương diện rộng trên CT scan  
Đau đầu tăng lên và xuất hiện đau đầu mới

Điều trị:

Nâng cao đầu giường 30 độ  
Duy trì PCO<sub>2</sub> # 25-30mmHg  
Mannitol 20% với liều 0.25-0.5g/kg trong 20-30 phút, mỗi 4-6 giờ, <= 1.5g/kg/24giờ, trong 3-5 ngày

Phòng ngừa các biến chứng bán cấp

Kiểm soát co giật:

Seduxen 10mg tĩnh mạch chậm 5mg/phút, tác dụng sau 30-45phút, liều tối đa 40mg

Phenobarbital 10-20mg/kg, tĩnh mạch chậm 50mg/phút

**3. Phòng ngừa các biến chứng bán cấp**

**Tắc tĩnh mạch sâu và nhồi máu phổi:** Vận động sớm tại giường, tập thể dục cho bên liệt.

**Phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp:** Vận động sớm, vỗ lưng, BN hôn mê cần dẫn lưu tư thế, ngăn ngừa trào ngược. Dùng kháng sinh sớm ngừa bội nhiễm

**Nhiễm trùng tiết niệu:** Cần cung cấp đủ nước, acid hoá nước tiểu và đặt sond tiểu ngắt quãng. Dùng kháng sinh sớm ngừa bội nhiễm .

**Loét:** Làm tăng kê tỷ lệ tử vong và tàn phế. Cần xoay trở thường xuyên.

**Loét dạ dày do stress:** Thường sử dụng các nhóm ức chế bơm Proton(Omeprazol, pantoprazol 20-40mg uống hoặc TM 1lần/ ngày ), nhóm thuốc ức chế tiết H<sub>2</sub> ( Famotidin; Ranitidin 2lần/ngày ).

**Thuốc bảo vệ và yếu tố bảo dưỡng thần kinh:** Các thuốc thường dùng:  
Cerebrolysin 10ml x 2TM/ngày, Cholin-Alfoscerat 500mg 2 ồng/ngày.

#### **IV- ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG :**

**BN đột quỵ cần hoạt động phục hồi chức năng và bắt đầu ngay khi có thể. BN mất ý thức được tập thụ động để ngăn ngừa co cơ và các biến chứng khác.**

**V- PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT ĐỘT QUỴ :** Điều trị các yếu tố nguy cơ:

Tăng huyết áp

Tăng cholesterol máu

Ngưng hút thuốc lá nếu đang hút thuốc

Các yếu tố nguy cơ khác: béo phì, uống rượu, tăng hematorit

#### **VI. THAM VẤN PHẪU THUẬT THẦN KINH:**

Xuất huyết tiêu não > 3cm

Dãn não thất do tắc nghẽn

Có bằng chứng của chèn ép thân não

Xuất huyết do vỡ phình mạch, AVM, u mạch hang

Bệnh nhân trẻ với xuất huyết não thùy lớn hoặc vừa

#### **VII. YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG**

Tuổi > 60

Glasgow < 9 điểm

Ồ xuất huyết > 80ml

Xuất huyết não thất lượng nhiều

Huyết áp cao khó kiểm soát

Rối loạn hô hấp

Rối loạn thân nhiệt.

# XUẤT HUYẾT DƯỚI NHỆN

## I. Lâm sàng

Đau đầu dữ dội, tăng lên từng giây, cảm giác như vỡ đầu, đau lan tỏa khắp đầu

Buồn nôn và nôn

Co giật

Sợ ánh sáng

Rối loạn ý thức

Dấu màng não ( + )

Liệt dây III, liệt nửa người

## II. Cận lâm sàng:

Ct đầu, công thức máu, ure, creatin, ion đồ, SGOT, SGPT, lipid máu

TPTNT, ECG, CT đầu

### Phân độ lâm sàng theo Hunt và Hess

Độ 1: không có triệu chứng hay đau đầu nhẹ

Độ 2: đau đầu từ vừa đến nặng, cứng gáy, liệt vận nhãn

Độ 3: lơ mơ, lú lẫn, dấu thần kinh định vị nhẹ

Độ 4: trạng thái sững sờ, hôn mê, liệt nửa người, rối loạn thần kinh thực vật

Độ 5: hôn mê sâu và duỗi cứng mắt não

### Phân độ Fisher trên CT đầu

Độ 1: CT bình thường

Độ 2: máu lan tỏa trong khoang dưới nhện có độ dày < 1mm

Độ 3: máu cục hoặc máu lan tỏa có độ dày >1mm

Độ 4: máu tụ trong nhu mô não hoặc não thất mà không có xuất huyết dưới nhện lan tỏa

## III. Chẩn đoán ( + ):

lâm sàng đau đầu + CT xuất huyết dưới nhện

Phân biệt: Viêm màng não

Xuyết huyết tiểu não

Đau cột sống cổ cấp

Migraine

Huyết khối tĩnh mạch nội sọ

Não úng thủy cấp

#### IV. Điều trị:

Nằm nghỉ tại giường

Truyền dịch: natriclorua 9%, 500ml 2 – 3 lít/ 24 giờ

Chống táo bón: forlax 2 gói/ngày hoặc duphalac 2 gói/ngày

Giảm đau: paracetamol 500mg 1 viên x 3/ ngày

An thần bằng seduxen bằng đường uống hoặc tĩnh mạch tùy tình trạng lâm sàng

Seduxen 5mg, 01 viên uống tối

Seduxen 10mg, 01 ống tĩnh mạch trong vòng 2 phút khi bệnh nhân kích thích liều tối đa 40mg/ngày

Duy trì huyết áp tâm thu từ 120 – 150mmHg bằng ức chế canxi, ức chế men chuyển: amlodipin 5mg 1 x 2 viên/ngày, perindopril 5mg 01 viên/ngày, nifedipin 20mg 1 viên x 2/ngày

Chống co thắt mạch:

Nimodipin 30mg, 12 viên/ngày trong 21 ngày hoặc nimodipin truyền tĩnh mạch liều khởi đầu 1mg( 5ml ) truyền tĩnh mạch trong vòng 01 giờ trong vòng 2 giờ nếu huyết áp ổn định tăng lên 2mg( 10ml ) truyền tĩnh mạch/giờ trong vòng 01 tuần sau đó chuyển sang đường uống kéo dài trong 21 ngày

Magie sulfate 15%, 10ml 4 – 6 ống/ ngày

Khi tình trạng lâm sàng cho phép chuyển tuyến trên can thiệp nội mạch

## CƠN THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ THOÁNG QUA

Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua là một rối loạn chức năng thần kinh. Bệnh có đặc điểm xuất hiện đột ngột, có triệu chứng thần kinh cục bộ, tồn tại trong thời gian dưới 24 giờ, phục hồi triệu chứng hoàn toàn và có xu hướng lặp lại nhiều lần

**I. Nguyên nhân:** cơ chế thiếu máu cục bộ thoáng qua vẫn chưa rõ người ta nghĩ do cá nguyên nhân sau

1. xơ vữa động mạch:
2. các bệnh tim gây thuyên tắc: rung nhĩ, hẹp van 2 lá, van tim nhân tạo,...
3. các nguyên nhân gây thuyên tắc mạch khác: mảng xơ vữa từ động mạch đến động mạch có đường kính nhỏ hơn, huyết khối tĩnh mạch phổi

### II. Lâm sàng:

cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua có triệu chứng tùy theo sự phân bố máu nuôi của động mạch. Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua có thể kéo dài vài giây đến 12 – 24 giờ thường 10 – 15 phút. Dựa trên các đặc điểm của cơn thiếu máu não thoáng qua có thể định khu được động mạch liên quan

1. Các biểu hiện thuộc hệ động mạch cảnh: mù tạm thời một mắt, liệt nhẹ nửa người, rối loạn cảm giác nửa người, rối loạn ngôn ngữ

2. các biểu hiện thuộc hệ động mạch cột sống thân nền: biểu hiện lâm sàng rất đa dạng các triệu chứng vận động cảm giác hai bên luân chuyển, thất điều vận động bên này hoặc bên kia, cảm giác chóng mặt làm bệnh nhân phải nhắm mắt, đi loạn choạng, rung giật nhãn cầu, các rối loạn vận nhãn hay vận ngôn

### III. Cận lâm sàng:

CT đầu ít có giá trị chẩn đoán

MRI đầu phát hiện sớm tổn thương có kích thước nhỏ

Siêu âm xuyên sọ: đo tốc độ dòng máu nội sọ

Công thức máu, ion đồ, ure, creatinin, SGOT, SGPT, lipid máu, tổng phân tích nước tiểu, ECG,....

IV. chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng, hỏi bệnh sử và tầm soát nguyên nhân, chưa có tiêu chuẩn chắc chắn để xác định các cơn thiếu máu não thoáng qua

Phân biệt: động kinh, migraine, ngất, hạ đường huyết, hạ huyết áp tư thế

**V. Điều trị:** nhằm ngừa đột quỵ trong tương lai

1. Nội khoa:

Giảm thiểu các nguy cơ đột quỵ: hạ huyết áp nếu bệnh nhân tăng huyết áp, kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường, điều chỉnh lipid máu nếu có rối loạn lipid máu

Chống kết tập tiểu cầu: Aspirin 160 – 300mg/ngày

Clopidrogel( plavix, pidocar,...) 75mg/ngày

Các thuốc chống kết tập tiểu cầu sử dụng lâu dài

2. Ngoại khoa: khi có hẹp hơn 70% đường kính động mạch cảnh

# ĐỘNG KINH

## I. Phân loại cơn động kinh theo hội động kinh quốc tế

### 1. Động kinh cục bộ:

Động kinh cục bộ đơn giản: với triệu chứng vận động, cảm giác, giác quan hay tâm thần

Động kinh cục bộ phức tạp: có ảnh hưởng tới tri giác, có thể khởi đầu là động kinh cục bộ đơn giản sau đó mất ý thức hay mất ý thức ngay

Động kinh cục bộ đơn giản hay phức tạp toàn thể hóa

### 2. Động kinh toàn thể

Cơn vắng ý thức

Cơn vắng không điển hình

Cơn giật cơ

Cơn co giật

Cơn co cứng

Cơn mất trương lực

Cơn co cứng co giật

3. Động kinh không phân loại: gồm các cơn mà các dữ liệu lâm sàng không cho phép phân loại vào hai loại trên

## II. LÂM SÀNG:

Khởi phát bất chợt

Có xu hướng lặp lại

Cơn kéo dài khoảng vài phút

## III. CẬN LÂM SÀNG

EEG: là xét nghiệm cơ bản trong động kinh, tuy nhiên phải kết hợp các dữ liệu lâm sàng

CT đầu: là xét nghiệm cần thiết với các trường hợp sau ( cơn cục bộ, cơn khởi phát ở tuổi nữ nhi, cơn khởi phát sau 20 tuổi, cơn toàn thể không đáp ứng điều trị, có dấu hiệu thần kinh cục bộ )

Các xét nghiệm khác: công thức máu, đường huyết, HbA1c, Bilan lipid máu. điện giải, chức năng đông máu, chức năng gan, chức năng thận, tổng PTNT, ECG,

XQ lồng ngực.

IV. ĐIỀU TRỊ: Thuốc chống động kinh được chọn lựa tùy theo loại cơn, vì thuốc chỉ có tác dụng với một số thể lâm sàng

Loại cơn	Thuốc hàng đầu	Thuốc hàng thứ nhì	Lựa chọn khác
<b>Cơn cục bộ đơn giản hay phức tạp</b>	Carbamazepine Phenytoin	Gapapentin Valproic acid Lamotrigine	Phenobarbital Primidone Topiramate
<b>Cơn co cứng co giật nguyên phát hay thứ phát</b>	Carbamazepine Valproic acid Phenytoin	Gapapentin Lamotrigine Phenobarbital	Topiramate Clonazeopam
<b>Cơn vắng ý thức</b>	Ethosuximide Valproic acid	Lamotrigine Clonazeopam	
<b>Cơn vắng ý thức không điển hình, cơn mất trương lực, cơn giật cơ</b>	Valproic acid	Lamotrigine	Ethosuximide

**Valproic acid** (Depakin viên 500mg)

Khởi đầu liều 200 – 400mg/ngày, tăng 5 – 10mg/kg mỗi 3 – 7 ngày.

Liều duy trì 10 – 40mg/kg/ngày.

**Topiramate** ( Topamax viên 25, 50mg)

Liều khởi đầu 50mg/ngày sau đó tăng 50 mg mỗi 1- 2 tuần cho tới liều 200 – 600mg/ngày.

Liều duy trì 200 – 600mg/ngày.

**Gabapentin:** viên 300mg

Khởi đầu 300mg mỗi ngày và mỗi ngày tăng 300mg chia làm 3 lần. Liều tối đa 4800mg/ngày.

Liều duy trì 900 – 4800mg/kg/ngày.

**Phenobarbital** viên 100mg

Khởi đầu 0,5 – 1mg/kg/ngày( người lớn 30 -60mg/ngày), tăng liều 0,5 -1mg mỗi 3-4 tuần.

Duy trì 1- 3 mg/kg/ngày( 60 – 240mg/ngày)

**Ethosuximide** ( không có )



Liều khởi đầu 250 – 500mg/ngày tăng 250mg mỗi tuần cho đến khi kiểm soát được cơn.

Liều duy trì 15 – 40mg/kg/ngày

**Carbamazepine** viên 200mg (tegretol,...)

Liều khởi đầu 400mg/ngày và tăng 200mg mỗi tuần

Liều duy trì 8 – 20 mg/kg/ngày (400 – 1800mg/ngày)

# ĐAU THẦN KINH TỌA

## I. LÂM SÀNG

### 1. Triệu chứng chủ quan:

#### a) Đau thắt lưng :

Khoảng 95% BN đau thần kinh tọa có biểu hiện đau thắt lưng từng đợt kéo dài nhiều ngày hoặc nhiều tháng, đau lan xuống chân đúng theo vị trí các rễ.

Một số trường hợp đau ở chân nhiều hơn ở lưng trong đau TK tọa do tổn thương rễ S1, ngược lại trong tổn thương rễ L5 thì đau ở lưng nhiều hơn đau ở chân.

Đau theo rễ L5 : đau mặt sau ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân, mu bàn chân, đôi khi lan đến ngón cái và ngón thứ 2

Đau theo rễ S1: đau mặt sau mông, mặt sau đùi, mặt sau ngoài cẳng chân đến gót chân, lòng bàn chân và hai ngón 4,5.

**b) Dị cảm, loạn cảm :** dị cảm và loạn cảm có phân bố giống như cảm giác đau (nhưng khó xác định vị trí phân bố chính xác) và tăng lên khi ho, rặn, hắt hơi.

**c) Rối loạn tiểu tiện :** Rối loạn tiểu tiện thường hiếm gặp. Nếu có hỏi kỹ thì một số BN có thể cho biết có dòng tiểu bị yếu hoặc có khó khăn trong lúc bắt đầu đi tiểu.

### 2. Khám lâm sàng:

#### a) Khám về triệu chứng đau :

Ấn đau cơ cạnh sống hai bên và ấn đau trên các mỏm gai đốt sống thắt lưng sẽ gây đau dọc theo lộ trình rễ tương ứng hoặc ấn ngang đĩa đệm L4-L5, L5-S1 cũng gây đau tương tự.

Ấn đau các điểm Valleix

#### b) Các nghiệm pháp căng dây thần kinh:

Nghiệm pháp Lasègue : (+) < 70°. Khi Lasègue càng nhỏ gợi ý có đĩa đệm thoát vị chèn ép vào rễ TK.

Dấu Naffriger -Jonnes: Ép tĩnh mạch cổ hai bên nếu đau thốn ở thắt lưng lan xuống mặt sau chân là dương tính. Thường gặp trong thoát vị còn vào ra được.

#### c) Phản xạ gân gót: Giảm hay mất trong tổn thương rễ S1.

d) Dấu vận động: Không đi bằng ngón được khi tổn thương S1, còn L5 thì không đi bằng gót được. Khi đi cẳng chân bên đau hơi co lại.

e) Rối loạn dinh dưỡng cơ: Teo cơ mác trong tổn thương L5 , còn S1 thì teo cơ bắp chân.

f) Rối loạn thần kinh thực vật: Có thể gặp những bất thường về phản xạ vận mạch, nhiệt độ da, phản xạ bài tiết mồ hôi, phản xạ dựng lông ở chân đau.

## II. CẬN LÂM SÀNG

X-Quang cột sống thắt lưng: thẳng, nghiêng, X Quang ngực thẳng

Chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: Xác định rõ tổn thương nhiều loại và định được vị trí thoát vị.

Các xét nghiệm sinh hoá - tế bào: Xét nghiệm công thức máu, máu lắng, sinh hoá ure , creatinin, ion đồ, SGOT, SGPT, ECG, cortison, siêu âm bụng tổng quát và nước tiểu...

## III. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP:

TVĐĐ, thoái hóa cột sống là 2 nguyên nhân chủ yếu gây ra hội chứng đau thần kinh tọa Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như : viêm nhiễm do lao, ung thư di căn cột sống, hẹp ống sống, u vùng chậu, áp-xe vùng chậu, xuất huyết sau phúc mạc,... ..

## IV. ĐIỀU TRỊ

1. **Nội khoa :** Nghỉ ngơi: 1-3 ngày đối với những bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh khi thăm khám

Kháng viêm: sử dụng kháng viêm không steroid: Meloxicam 15mg; 1-2 ống/ngày, Celecoxib 200mg, 1-2 viên/ngày; Diclofenac 50mg, 1 x 2viên/ngày

Giảm đau: Nefopam 20mg 1viên x 2 lần/ ngày

Giãn cơ: Tolperison 100mg 1 ống x2 lần/ngày; Tizanidine 2mg, 1-2viên x 3lần/ngày

2. **Điều trị ngoại khoa:** được thực hiện khi BN chuẩn bị tốt tinh thần và thể lực để chịu đựng cuộc mổ và nằm trong các chỉ định sau:

Tăng các rối loạn về vận động, cảm giác mặc dù BN đã được nghỉ ngơi hoàn toàn và điều trị đúng mức

Đau dữ dội kèm tồn tại hoặc tăng thêm các rối loạn vận động, cảm giác dù BN đã nghỉ ngơi đúng mức

Có những đợt đau thần kinh tọa tái phát không làm việc được mà lâm sàng hoặc điện cơ chứng minh có tổn thương rễ.

Yếu cơ quá nhiều hoặc liệt chân hoàn toàn

Rối loạn tiêu tiểu.

## NHUỘC CƠ

Định nghĩa:

Nhuộc cơ (MG) là một bệnh ảnh hưởng đến khớp thần kinh–cơ. Trong bệnh MG các kháng thể làm giảm các thụ thể tiếp nhận acetylcholine(Ach), do đó làm giảm dẫn truyền thần kinh-cơ. Đặc điểm chính của MG là yếu và mỏi cơ vân, yếu cơ tăng khi vận động gắng sức và cải thiện khi nghỉ ngơi.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Yếu cơ thay đổi trong ngày, thường sau lao động hoặc về buổi chiều.

Nghiệm pháp Tensilon, Prostigmin (+).

Nghiệm pháp Jolly (+) và có phản ứng nhược cơ trên điện cơ.

Xét nghiệm có kháng thể kháng thụ thể Acetylcholin.

Xếp loại lâm sàng của Jaretzki:

Loại I Sụp mí hay yếu các cơ vận nhãn khác, không yếu cơ toàn thân

Loại II Yếu cơ nhẹ ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ mắt

IIa Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân.

Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu

IIb Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp.

Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.

Loại III Yếu cơ vừa ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ mắt

IIIa Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân.

Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu

IIIb Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp.

Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.

Loại IV Yếu cơ nặng ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào, có hay không có các cơ mắt

IVa Ảnh hưởng rõ đến các cơ chân và cánh tay và/hoặc thân.

Cũng thường tổn thương đến cơ miệng hầu

IVb Ảnh hưởng rõ đến các cơ miệng hầu, hô hấp.

Cũng thường tổn thương đến cơ chân, cánh tay và thân.

Loại V Thể bệnh nặng nhất, con nhược cơ: phải đặt nội khí quản hỗ trợ hô hấp. nuôi ăn bằng sond dạ dày cho bệnh nhân loại IVb

Điều trị:

Điều trị nhược cơ:

**Thuốc kháng men Cholinesterase:**

**Neostigmin** 15mg 3viên/ngày, uống trước bữa ăn. Tiêm bắp 0.5-1mg, ngày 2-4 ống trước bữa ăn.

**Mestinon** 60mg 1- 4viên/ngày, uống trước bữa ăn

Chú ý dùng liều cao dẫn đến nguy cơ tăng dự trữ acetylcholine đưa đến các rối loạn muscarinic, nicotinic, thần kinh trung ương. Khi xuất hiện các hội chứng trên nên ngừng thuốc hay giảm liều và dùng Atropin để điều trị.

**Corticoid:** Thường có chỉ định từ loại IIb trở đi. Khởi đầu liều 15-20mg, sau đó tăng 5mg cho mỗi 3-5 ngày, liều tối đa 1mg/kg/ngày, khi đạt liều tác dụng giảm dần, duy trì 5-10mg, có thể dùng cách nhật kéo dài 2-3 tháng,

**Cắt tuyến ức:** được chỉ định cho những bệnh nhân nhược cơ toàn thân có kèm theo u hoặc tăng sản tuyến ức

**Điều trị cơn nhược cơ:** Neostigmin 0.5-1mg tĩnh mạch. Nếu tiếp tục suy hô hấp, hồi sức tích cực (mở khí quản, thở máy). Cần duy trì ức chế men Cholinesterase bằng cách truyền liên tục Neostigmine liều 0.15-0.5mg/giờ, tổng liều 16-20mg/ngày, dùng trong 48-72 giờ

**Chú ý:** các thuốc làm nặng bệnh nhược cơ:

Các thuốc làm giảm quá trình dẫn truyền thần kinh-cơ: Morphine

Thuốc gây tê ( nếu cần thuốc nhóm amid tốt hơn nhóm ester )

Các thuốc chống loạn nhịp: Quinin, Quinidine, Procainamide, verapamin

Các kháng sinh nhóm aminoglycoside, quinolone, macrolide.

Thuốc ức chế beta.

Thuốc ức chế kênh canxi

Các dẫn chất: Benzodiazepin, Tranxene.

# HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ

## I. Đặc điểm lâm sàng:

Hội chứng Guillain-Barré (GBS) thường xảy ra sau giai đoạn nhiễm siêu vi, hoặc liên quan đến bệnh lý tự miễn, phẫu thuật, tiêm vaccin. Phần lớn bệnh nhân có tiền triển thuận lợi nhưng cũng có thể để lại một số di chứng về vận động.

## II. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Các đặc điểm cần cho chẩn đoán

Sự yếu cơ tiến triển dần cho cả chân tay

Mất phản xạ gân cơ

Các đặc điểm lâm sàng hỗ trợ cho chẩn đoán

Sự tiến triển nhiều ngày đến 4 tuần

Sự đối xứng của các triệu chứng

Các triệu chứng cảm giác nhẹ

Tổn thương dây thần kinh sọ 2 bên

Bắt đầu phục hồi 2-4 tuần sau khi ngừng tiến triển

Không sốt lúc khởi bệnh

Các đặc điểm xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán

Dịch não tủy có hiện tượng phân ly đạm tế bào protein tăng, Tế bào  $<10 /\mu\text{l}$

Điện cơ thấy giảm tốc độ dẫn truyền

## III. Điều trị

Do diễn tiến bệnh không thể tiên lượng được một cách chính xác, tử vong có thể xảy ra đến do liệt hô hấp, rối loạn thần kinh tự trị và thuyên tắc phổi do huyết khối tĩnh mạch, mọi trường hợp hội chứng Guillain – Barre đều phải được nhập viện để theo dõi

Theo dõi chức năng hô hấp: khi hơi thở ngắn, ứ đọng carbondioxide (dựa vào khí máu động mạch) để có chỉ định kịp thời đặt nội khí quản và giúp thở khi dung tích sống tụt xuống còn 15ml/kg

Theo dõi nhịp tim và huyết áp để có chỉ định điều trị kịp thời

Xoay trở vỏ lung phòng ngừa loét và nhiễm trùng

Immunoglobulin TTM 0.4g/kg trong 5 ngày được chỉ định cho những bệnh nhân có mức độ liệt trung bình đến nặng

Thay huyết tương được chỉ định cho những bệnh nhân có mức độ liệt trung bình đến nặng: thay 5 lần huyết tương cách ngày, mỗi lần thay 40 – 50ml/kg dung dịch thay thế là natriclorua 0,9% hay albumin

**IV. Tiên lượng:** các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm

Tuổi già

Bệnh cảnh diễn tiến nhanh

Thở máy

Có tiêu chảy trước đó do campylobacter jejuni

# CHÓNG MẶT TƯ THỂ

## I. ĐẠI CƯƠNG

Chóng mặt tư thể kích phát lành tính là nguyên nhân thường gặp nhất của rối loạn tiền đình ngoại biên, chiếm từ 17 đến 20% bệnh nhân chóng mặt, thường gặp ở lứa tuổi từ 50-70, mặc dù có thể gặp trong bất cứ nhóm tuổi nào, và gấp 2 lần ở nữ, 50% chóng mặt ở người già, 85% chóng mặt tư thể, tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi.

Chóng mặt tư thể gồm có :

1. Chóng mặt tư thể trung ương
2. Chóng mặt tư thể kích phát lành tính :
  - Ống bán khuyên sau
  - Ống bán khuyên ngang
  - Ống bán khuyên trước

## II. ĐỊNH NGHĨA

Chóng mặt tư thể kích phát lành tính có đặc điểm gây cơn chóng mặt ngắn khi thay đổi tư thế đầu, nguyên nhân là do sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào Trong ống bán khuyên. Hầu hết bệnh nhân chóng mặt khi nằm xuống, xoay đầu qua phải hay trái trên gối hay khi cúi xuống, nhìn lên (“top shelf vertigo”). Có thể có rối loạn thăng bằng, quay cuồng trong đầu (lightheadedness) hay bập bênh vài giờ đến cả ngày sau cơn BPPV.

\* Đặc trưng của chóng mặt tư thể kích phát lành tính :

Triệu chứng khởi phát ngấm ngầm (1-40 giây)

Thời gian kéo dài triệu chứng thường ít hơn 1 phút

Nystagmus đánh lên hay xoay

Triệu chứng giảm đi khi lập lại kích thích.

Chóng mặt mà không có phối hợp với điếc tai hay ù tai, bản chất vô hại (lành tính), kết hợp với cảm giác xoay tròn và chóng mặt trở nên nặng hơn khi thay đổi vị trí đầu. Khi triệu chứng chóng mặt tiếp tục tồn tại, bệnh nhân thường sẽ chấp nhận ngăn ngừa bằng cách tránh tư thế gây ra chóng mặt. Hậu quả có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai.

## III. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp nhất ở người dưới 50 tuổi là sau chấn thương, Migrain.

Ở người già hầu hết nguyên nhân thường do sự thoái hóa hệ thống tiền đình tai trong.



Viêm tai do virus như: viêm tiền đình, bệnh Mènière.

Nguyên nhân khác sau phẫu thuật tai

Hơn một nửa trường hợp không tìm thấy nguyên nhân

**IV. CHẨN ĐOÁN** Dựa vào bệnh sử với cơn chóng mặt ngắn xảy ra khi thay đổi tư thế.

Khám lâm sàng tất cả các dấu hiệu lâm sàng

bình thường ngoại trừ nghiệm pháp Dix-

Hallpike dương tính.

**NGHIỆM PHÁP DIX-HALLPIKE :**

A. Xoay đầu bệnh nhân sang bên từ 30 đến 45 độ (hình A)

B. Bệnh nhân mở mắt nhìn thẳng vào mắt hay trán thầy thuốc, sau đó thầy thuốc giữ đầu cho bệnh nhân nằm ngửa nhanh xuống trong 2 giây, cổ duỗi nhẹ ra sau và thấp hơn mặt giường khám từ 20 đến 30 độ (Hình B)

Sau khoảng 2 đến 20 giây xuất hiện giật nhãn cầu xoay đánh lên hay giật ngang, có thể kéo dài từ 20 đến 40 giây. Giật nhãn cầu thay đổi hướng khi bệnh nhân ngồi thẳng lên. Nếu giật nhãn cầu không xảy ra cho bệnh nhân ngồi lên 30 giây sau lập lại xoay đầu sang đối bên.

Dựa vào giật nhãn cầu phân loại tổn thương ống bán khuyên:

1. Ống bán khuyên sau: đánh lên hay xoay theo kim đồng hồ.
2. Ống bán khuyên trước : đánh xuống có hay không xoay theo kim đồng hồ
3. Ống bán khuyên ngang : ngang (Horizont)

**Dạng thường gặp nhất của chóng mặt tư thế kịch phát lành tính:** là do sỏi ống bán khuyên sau (95%) ; ngang (3%) ; trước (2%).

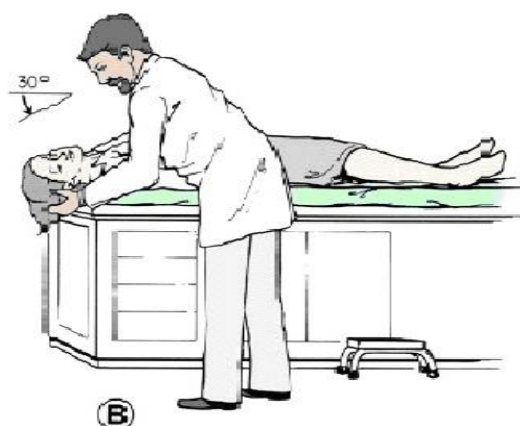
**V. ĐIỀU TRỊ**

1. Điều trị triệu chứng :

a). Thuốc điều trị chóng mặt :



(A)



(B)

Tên thuốc	Liều dùng	Tác dụng
Meclizine (Antivert, onne)	25-50mg/4-6/giờ(3-4 lần)	Kháng histamine, Kháng cholinergic
Flunarizine (Sibelium)	5-10mg/24 giờ	Chẹn kênh canxi
Amitriptyline (Elavil)	10–50mg/24giờ	Kháng histamine ,Kháng cholinergic
Lorazepam (Ativan)	0,5 mg/ tối	Benzodiazepine
Betahistine (Merislon)	12-36mg/24giờ	Hoạt động giống như histamine
Piracetam	6-12g/24 giờ	Cải thiện chuyển hóa TB thần kinh

b). Thuốc chống nôn và chống chóng mặt :

Tên thuốc	Liều dùng	Tác dụng
Cinnarizin (Stugeron)	25-75mg/24 giờ	Kháng histamine
Meclizine (Antivert)	12,5-25mg/4-6giờ	Kháng histamine
Metoclorperamide (Primperan)	10-30mg/24 giờ	Đồng vận - Dopamine
Promethazine (Phenergan)	25 mg/6-8 giờ	Phenothiazine

2. Điều trị nguyên nhân :

Với quan điểm sỏi tai di chuyển trong ống bán khuyên khi thay đổi vị trí đầu và có thể đưa trở lại soan nang, ở đây chúng sẽ được phân hủy.

Điều trị tái định vị ở ống bán khuyên (Canal Repositioning Treatment (CRT)) bằng nghiệm pháp Epley :

- Hiệu quả ống bán khuyên trước và sau do canalithiasis.
- Có thể thực hiện ngay sau khi chẩn đoán.

Thay đổi tư thế đầu liên tiếp để định vị lại các mảnh vỡ sỏi tai.

Biến chứng CRT :

1. thất bại 25%
2. tái phát 13% trong 6 tháng
3. tác dụng phụ
  - buồn nôn
  - nôn
  - ngất
  - toát mồ hôi

Chống chỉ định CRT : Bệnh tim không ổn định, hẹp động mạch cảnh mức độ nặng, bệnh lý cột sống cổ, con thoáng thiếu máu não hay thiếu máu não đang tiến triển và có thai trên 24 tuần

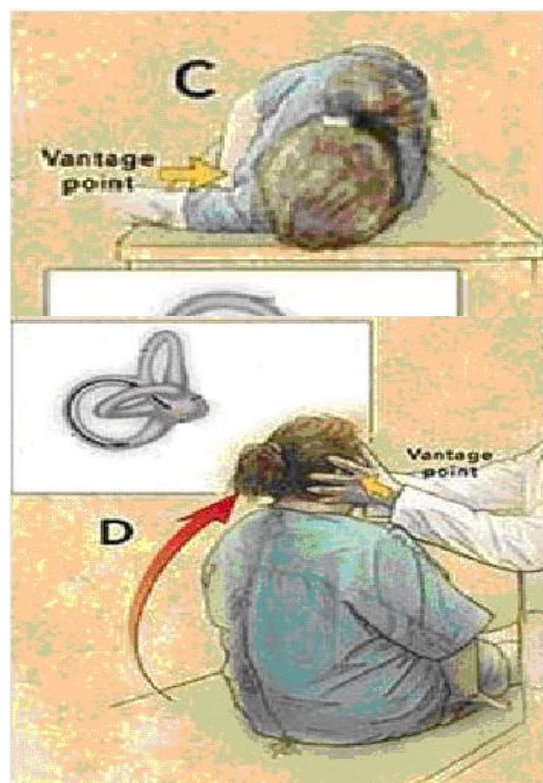
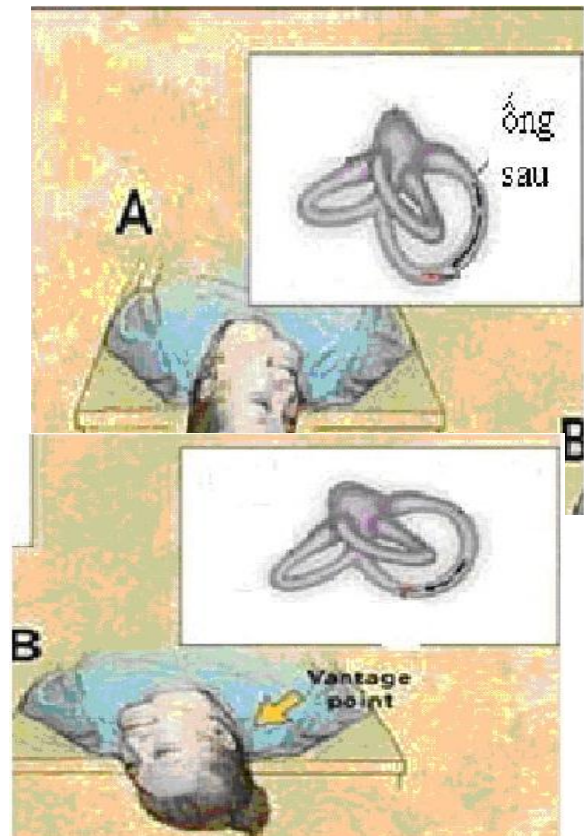
#### NGHIỆM PHÁP EPLEY :

John Epley báo cáo năm 1992, bao gồm di chuyển đầu trong bốn tư thế liên tiếp, mỗi tư thế ngưng lại khoảng 30 giây, tái phát sau điều trị khoảng 30%/năm, lập lại điều trị lần 2 có thể cần thiết, dùng thuốc chống nôn trước nếu cần thiết. Khi thực hiện chú ý các triệu chứng xảy ra như: yếu, tê, rối loạn thị giác có thể do chèn ép.

1. Cho bệnh nhân nằm ngửa nhanh xuống trong 2 giây, cổ duỗi nhẹ ra sau và thấp hơn mặt giường khám từ 20 đến 30 độ ( Hình A)

2. Xoay đầu bệnh nhân sang trái 90 độ, giữa tư thế trong một phút (Hình B).

3. Kế đến bảo bệnh nhân xoay người tiếp sang trái vuông góc với mặt giường đầu vẫn xoay theo, giữa tư thế trong một phút (Hình C).



#### 4. Từ từ cho bệnh nhân ngồi dậy (Hình D).

\* Hướng dẫn bệnh nhân sau khi tập :

- Đợi khoảng 10 phút sau nghiệm pháp để phòng cơn chóng mặt ngất do sỏi trở lại.
- Ngủ nằm nghiêng góc 45 độ.
- Trong ngày cố gắng giữ đầu thẳng, không được đi hớt tóc, nhổ răng, tập thể dục đòi hỏi di chuyển đầu. Cần thận khi cạo râu, nhỏ thuốc mắt, gội đầu.
- Ít nhất 1 tuần tránh xoay đầu về bên kích thích kê 2 gối khi ngủ.
- Tránh nằm ngủ bên kích thích không ngửa lên hay cúi xuống quá.
- Một tuần sau điều trị, tự xoay đầu sang bên gây chóng mặt.

## ĐAU ĐẦU MIGRAINE

Đau đầu là biểu hiện rất thường gặp trong cuộc sống. Đây là bệnh không nguy hiểm nhưng ảnh hưởng tới chất lượng sống. Migraine là thuật ngữ dùng để chỉ đau nửa đầu. Đặc tính của đau đầu Migraine là đau nửa đầu từng cơn, tái diễn có chu kì, kèm theo nôn hoặc buồn nôn, có thể mù mắt tạm thời. Ngoài cơn đau bệnh nhân hoàn toàn bình thường.

### ***Các nguyên nhân gây đau đầu thường gặp:***

<b><i>Nguyên nhân</i></b>	<b><i>Tỉ lệ (%)</i></b>
<i>Nhức đầu căng cơ</i>	45
<i>Nhức đầu Migraine</i>	30
<i>Bệnh mắt và xoang</i>	<8
<i>Nhiễm trùng toàn thể</i>	7
<i>Chấn thương đầu</i>	3
<i>Do thuốc</i>	2
<i>Tai biến mạch máu não</i>	<1
<i>Các bệnh lý nội sọ</i>	<1
<i>Đau đầu cụm</i>	<1

### ***Dịch tễ học của đau đầu Migraine***

Giới: đau đầu Migraine thường gặp ở nữ (13 - 17%) nam (4 - 6%)

Yếu tố gia đình: chiếm từ 35 - 61% các trường hợp, 72 % trường hợp di truyền từ mẹ.

Yếu tố khởi phát bệnh bao gồm: yếu tố tâm lý như trạng thái lo âu, buồn phiền, ...; yếu tố nội tiết như: chu kì kinh nguyệt, tuổi dậy thì, mãn kinh, dùng thuốc ngừa thai đều làm tăng cường độ của đau đầu Migraine hoặc làm rõ tính chất chu kì của cơn đau. Trong khi đó, đau đầu Migraine hiếm gặp ở thời kì mãn kinh và thai kì.

Yếu tố môi trường: Ánh sáng, tiếng ồn, mùi vị, chất thải là những yếu tố ảnh hưởng tới đau đầu Migraine.

Các loại thức ăn uống như: rượu, thức ăn có monosodium glutamate (bột ngọt) chắc chắn làm tăng cường độ hoặc tần số cơn đau; Một số thức ăn có thể làm tăng cơn như: thức ăn lên men, thịt nguội, các thức uống có cafein.

### ***Phân loại đau đầu Migraine***

Theo hiệp hội đau đầu thế giới (International Headache Society), đau đầu Migraine được chia làm hai nhóm chính là:

Đau đầu Migraine có tiền triệu

Đau đầu Migraine không có tiền triệu

## ***Triệu chứng của đau đầu Migraine***

Triệu chứng cơ bản đau đầu migraine là đau nửa đầu từng cơn, cơn đau đạt cường độ cao trong thời gian ngắn và có tính chất gia đình. Đặc tính của cơn đau đầu Migraine là:

- ◆ Khởi phát đột ngột với triệu chứng ở một bên đầu.
- ◆ Đau theo nhịp mạch, bệnh nhân có cảm giác mạch đập mạnh.
- ◆ Thời gian của cơn đau thường kéo dài 4 giờ đến 72 giờ.
- ◆ Các triệu chứng đi kèm bao gồm: sợ ánh sáng, sợ tiếng ồn, buồn ói hay ói.

Các triệu chứng trước đó theo tùy thuộc vào nhóm đau đầu là nhóm đau đầu Migraine có tiền triệu hay không?

*Đau đầu Migraine có tiền triệu:* Gặp trong 10% các trường hợp đau đầu Migraine. Các tiền triệu thường gặp thường là các triệu chứng về mắt như: có ám điểm chói sáng hay bán manh đồng danh (mù ở một phần thị trường). Sau khi các tiền triệu biến mất thì cơn đau đầu bắt đầu. Các tiền triệu thường kéo dài tối đa là 30 phút. Các tiền triệu có thể gặp là tê và yếu nửa người, giọng nói khó nghe hay liệt vận nhãn; trong các trường hợp có tiền triệu trên, bệnh nhân phải được thăm khám kỹ và có thể phải cần tới chẩn đoán hình ảnh học để loại trừ các tổn thương thực thể của não bộ mà nguyên nhân thường gặp nhất là do tai biến mạch máu não.

Đau đầu Migraine không có tiền triệu:

Ở nhóm này bệnh nhân không có các tiền triệu như kể trên và cơn đau đầu ở nhóm này thường có cường độ nhẹ hơn ở nhóm có tiền triệu.

## ***Cách điều trị đau đầu Migraine***

### **Nguyên tắc chung:**

- ◆ Đau đầu Migraine là bệnh hay gặp, không nguy hiểm và cần điều trị khi ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống; tránh các yếu tố gây khởi phát cơn đau như tiếng động, ánh sáng, thức ăn.
- ◆ Thay đổi hành vi: sinh hoạt điều độ, ngủ đủ giấc, tập thể dục, ngưng hút thuốc, uống rượu.
- ◆ Khuyến cáo về điều trị đau đầu Migraine: không lạm dụng thuốc giảm đau.
- ◆ Điều trị đau đầu Migraine bao gồm: điều trị cắt cơn và điều trị ngừa cơn.

### **Điều trị đau đầu Migraine bằng thuốc:**

#### *Điều trị cắt cơn:*

- ◆ Đối với cơn đau nhẹ

Acetaminophen ± cafeine 650 – 1300mg/ngày

Ibuprofen 200mg      400- 800mg/ngày

◆ Đối với cơn đau trung bình, các thuốc cắt cơn thường được sử dụng là các thuốc kháng viêm, giảm đau không đặc hiệu, có thể dùng một loại thuốc hay phối hợp thuốc, bao gồm cả giảm đau, kháng viêm non steroid và Corticoid.

Flunarizine (Sibelium,.. ) 5mg 2 viên/ ngày

Egotamin (Tamik,... ) 3mg 1viên x 2 lần/ngày

◆ Đối với các cơn đau nặng, không đáp ứng với các thuốc kháng viêm, giảm đau thông thường, chúng ta dùng các thuốc đặc hiệu cho đau đầu Migraine, bao gồm: nhóm Triptans, Ergotamine tartrate, DHE (Dyhydro Ergotamine); Tuy nhiên, hiện nay Ergotamine tartrate ít được sử dụng vì có nhiều tác dụng phụ.

Sumatriptan TDD (chưa có )

Dihydroergotamin : 0,5 – 1mg tiêm dưới da hoặc tiêm bắp, tối đa 3mmg/ngày

Sumatriptan viên 25mg, 50mg, 100mg 1- 3 viên/ngày

Eletriptan viên 20mg, 40mg, 1- 3 viên/ngày

Rizatriptan viên 5mg, 10mg, 1- 3 viên/ngày

#### Điều trị ngừa cơn:

Được chỉ định trong những trường hợp:

- Đã điều trị cắt cơn nhưng bệnh Migraine vẫn ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống
- Tần số cơn > 2 cơn/ tuần
- Theo ý muốn bệnh nhân muốn điều trị ngừa cơn.
- Bệnh nhân không thể sử dụng thuốc ngừa cơn vì: chống chỉ định với thuốc, có tác dụng phụ với thuốc cắt cơn hoặc không dung nạp với thuốc cắt cơn.

Các phương pháp điều trị ngừa cơn gồm: dùng thuốc và không dùng thuốc.

- Không dùng thuốc bao gồm: thay đổi lối sống, hành vi, luyện tập thư giãn, châm cứu, thôi miên,...
- Các nhóm thuốc dùng để ngừa cơn Migraine bao gồm: thuốc chống động kinh, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc ức chế beta, thuốc ức chế canxi, thuốc kháng viêm không steroid, thuốc đối vận serotonin.

Topiramate (Topamax,...) 200mg 100 – 400mg/ ngày

Gabapentin 300mg (Neurontin, tabantin,..) 900 – 2500mg/ngày

Valproic acid 500mg (Depakine,... ) 1250 – 2400mg/ngày

Amitryptiline 25mg, 10 – 100mg/ngày

Verapamil 20mg, 10 – 100mg/ ngày

Flunarizine 5mg, 5 – 10mg/ngày

Châm cứu rất được ưa chuộng trong ngừa migraine tại nước ngoài, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này



## ĐAU ĐẦU CĂNG CƠ

### I. Phân loại:

Đau đầu căng cơ từng cơn:

Không thường xuyên( < 1 ngày/tháng hoặc < 12 ngày/năm )

Thường xuyên( > 1 ngày/tháng hoặc > 12 ngày/năm )

Đau đầu căng cơ từng cơn không thường xuyên có các tính chất sau

- a. Ít nhất 10 cơn đau đầu đáp ứng tiêu chuẩn b-e liệt kê dưới đây. Đau ít hơn 01 ngày/tháng( ít hơn 12 ngày/năm )
- b. Đau đầu kéo dài 30 phút đến 07 ngày
- c. Có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau
  1. Ép chặt không theo mạch đập
  2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải( có thể cản trở nhưng không làm mất khả năng hoạt động bình thường )
  3. Đau hai bên
  4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày
- d. Có cả hai triệu chứng sau
  1. Không buồn nôn hay nôn ói( có thể biếng ăn )
  2. Không sợ ánh sáng và không sợ âm thanh hoặc chỉ có một trong hai triệu chứng trên
- e. Không do một rối loạn khác

Đau đầu căng cơ từng cơn thường xuyên có các tính chất sau

- a. ít nhất 10 cơn đau đầu đáp ứng tiêu chuẩn b-e liệt kê dưới đây. Số ngày đau đầu từ 1 – 15 ngày một tháng trong vòng ít nhất 3 tháng( 12 – 180 ngày/năm )
- b. đau đầu kéo dài 30 phút đến 07 ngày
- c. đau có ít nhất 02 trong các đặc điểm sau
  1. ép chặt không theo mạch đập
  2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải( có thể cản trở nhưng không làm mất khả năng hoạt động bình thường )
  3. đau hai bên
  4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày

d. có cả hai triệu chứng sau

1. không buồn nôn hay nôn ói

2. không sợ ánh sáng và không sợ âm thanh hoặc chỉ có một trong hai triệu

chứng trên

e. không do một rối loạn khác

đau đầu căng cơ mạn tính

a. Ít nhất 10 cơn đau đáp ứng tiêu chuẩn b-f liệt kê dưới đây. Đau xảy ra 15 ngày/tháng trong vòng ít nhất 3 tháng( 180 ngày/2/năm )

b. Đau kéo dài nhiều giờ hoặc có thể liên tục

c. Có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau

1. Ép chặt không theo mạch đập

2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải( có thể cản trở nhưng không mất khả năng hoạt động bình thường )

3. Đau 2 bên

4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày

d. Có cả hai đặc điểm sau

1. Không có nhiều hơn một trong các triệu chứng sau: buồn nôn nhẹ, sợ âm thanh, sợ ánh sáng

2. Không có buồn nôn hay ói mửa trung bình đến nặng

e. Dùng thuốc giảm đau hoặc các thuốc khác 10 ngày/tháng

f. Không do một rối loạn khác

Phân biệt

Viêm xoang

Đau do bệnh lý khớp thái dương hàm

Chứng đau cơ-sợi

II. Điều trị

Không dùng thuốc: bỏ các thói quen có hại như hút thuốc và uống nhiều rượu, tăng cường các thói quen lành mạnh như ngủ đủ giấc, ăn cân bằng, tập thể dục thường xuyên

Paracetamol 500mg 2 viên/ngày

Ibuprofen 200mg 2viên/ngày

Phòng ngừa đau đầu: Amitryptiline 25mg 1viên/ngày

## THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Thoái hóa cột sống là bệnh khá thường gặp. do cột sống phải chịu đựng nhiều tải trọng xảy ra liên tục, dẫn đến các biến đổi hình thái gồm các biến đổi thoái hóa ở các đĩa đệm, thân đốt sống và ở các mỏm gai sau

Lâm sàng:

Đau và cứng khu trú, đau rễ dây thần kinh. Đau xuất phát từ các dây chằng cạnh cột sống, các bao khớp

Co thắt các cơ cạnh cột sống

Đau rễ dây thần kinh có thể do chèn ép rễ của dây thần kinh ống sống, hoặc có thể chỉ là đau lan truyền dọc theo thần kinh đuôi bì có liên quan đến tổn thương nguyên phát tại chỗ

Đau khi sờ nắn vùng thắt lưng. Phản xạ, cảm giác, vận động và các dấu hiệu thần kinh khác đều bình thường

Cận lâm sàng:

Công thức máu, ure, creatinin, ion đồ, X quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, SGOT, SGPT, tổng phân tích nước tiểu, MRI

Điều trị:

Vật lý trị liệu: sửa chữa tư thế xấu, chườm nóng, chườm cứu, xoa bóp

Thuốc giảm đau kháng viêm:

Meloxicam (mobic,coxiam,... ) 7,5 – 15mg/ ngày x 7 ngày

Diclofenac (voltaten,... ) 75mg - 150mg/ngày x 7 ngày

Mydocalm 150mg x 2 viên/ngày x 7 ngày

Amitryptiline 25mg 1 – 2 viên/ngày x 7 ngày

Ngoại khoa:

Hội chứng chùm đuôi ngựa

Có biểu hiện hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động

Trượt đốt sống độ 3, 4

Đau lưng kéo dài ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không hiệu quả

# BỆNH PARKINSON

## I - ĐẠI CƯƠNG

Khoảng 1 triệu người Mỹ có bệnh thần kinh tiến triển chậm chạp này. Bệnh Parkinson điển hình chủ yếu người trên 50 tuổi. Khoảng 5 phần trăm xảy ra ở tuổi 40 nhưng bất cứ tuổi nào, bệnh sẽ bám vào người bệnh cho đến cuối đời.

Triệu chứng chính là run “tremor” còn gọi là tình trạng liệt run “shaking palsy”. Triệu chứng run có thể ngưng khi bệnh nhân cầm đũa hay cầm tờ báo. Hậu quả sau cùng của bệnh là mất thăng bằng hay cứng cơ.

Hiện tại vẫn chưa có thuốc nào trị khỏi bệnh, tuy nhiên có thể kéo dài tuổi thọ, nhiều người sống đến thập niên 80.

## II- LÂM SÀNG.

- Run: một bàn tay khi yên nghỉ, trong tình trạng thư giãn. Gia tăng khi bệnh nhân bị stress và luôn luôn xấu ở một bên thân thể.
- Cứng : ở các cơ.
- Chậm cử động: còn gọi chậm động.
- Mất thăng bằng: Thường xảy ra khi đột ngột thay đổi tư thế thân thể.
- Đi: Những bước đi ngắn và kéo lê chân. Khó khăn trong bước kế, kéo lê chân khi đi.
- Ngôn ngữ không rõ: chậm suy nghĩ, chữ viết tay nhỏ và sát lại.

Khi tình trạng muộn bệnh Parkinson dễ nhận biết, nhưng ở giai đoạn đầu rất khó nhận ra và chưa có một xét nghiệm sinh học nào của phòng thí nghiệm để định bệnh.

Nghi ngờ bệnh Parkinson khi chỉ bị run trong tình trạng nghỉ ngơi nhất là ở một bên và đáp ứng sớm với thuốc levodopa trong 30 phút.

## III - CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- 1) Liệt trên nhân tiến triển.
- 2) Thoái hóa vỏ não nhân nền.
- 3) Lú lẫn lan tỏa với thể Lewy Bodies.
- 4) Teo đa hệ thống gồm teo tiểu não cầu và nhân trám và hội chứng Shy-Drager
- 5) Bệnh Parkinson với xơ cứng teo cơ cột bên.

## IV-CẬN LÂM SÀNG

Không có một xét nghiệm cận lâm sàng nào đặc hiệu cho chẩn đoán. Trong những năm gần đây, chẩn đoán thực hiện bằng máy PET với chất Fluorodopa (một chất đặc biệt của

L-Dopa) để xem chức năng của nhân đuôi và nhân bèo có bị giảm. Các xét nghiệm thường qui hỗ trợ điều trị: Ure, creatinin, ion đồ, công thức máu, SGOT, SGPT, tổng phân tích nước tiểu,...

#### V-TRỊ LIỆU NỘI KHOA BỆNH PARKINSON

Tất cả những thuốc trị liệu chống bệnh Parkinson nên dùng liều thấp và gia tăng từ từ để tránh những phản ứng phụ.

Chẩn đoán bệnh Parkinson không nhất thiết dùng thuốc ngay. Trị liệu thuốc an toàn khi bệnh nhân có:

- Những triệu chứng và mong muốn trị liệu.
- Bệnh đang có dấu gậy tàn phế: Bệnh nhân cũng mong muốn trị liệu.

Trị liệu khởi động những triệu chứng bệnh Parkinson như hướng dẫn sau đây:

#### V-1) THUỐC ƯU TIÊN

##### 1) L-DOPA phối hợp CARBIDOPA (chưa có):

Sinemet(Carbidopa kết hợp levodopa ) viên( 10/100, 25/100,25/250) :Khởi đầu 100 – 150mg levodopa/ngày, chia làm 2 – 3 lần sau bữa ăn. Tăng 100mg mỗi tuần, liều nên giữ ở mức tối thiểu làm cải thiện triệu chứng.

Stalevo ( Carbidopa plus levodopa plus entacapone ): viên (mg): 12.5/50/200, 18.75/75/200, 25/100/200, 31.25/125/200, 37.5/150/200, 50/200/200, khởi đầu liều thấp 1 lần/ngày nên giữ ở mức tối thiểu làm cải thiện triệu chứng.

##### 2) ỨC CHẾ MEN COMT: Catechol-O-Methyltransferase (chưa có):

Tolcapone( Tasmar) khởi đầu 100mg 3 lần/ngày. khởi đầu liều thấp 1 lần/ngày nên giữ ở mức tối thiểu làm cải thiện triệu chứng.

##### 3) CHẤT ĐỒNG VẬN DOPAMINE (chưa có):

Bromocriptine( parlodel ) viên 2,5mg, 5mg khởi đầu 1,25mg tăng dần mỗi 2 – 4 tuần cho đến khi đạt hiệu quả và duy trì 2,5 – 10mg, 3 lần/ngày.

Pergolide khởi đầu 0,5mg, duy trì 1mg 3lần/ngày.

#### V-2) THUỐC CHỌN THỨ HAI

##### 1) THUỐC KHÁNG CHOLINERGIC: giúp cải thiện triệu chứng run

Artan( trihexylphenidyl) 2-5mg 3 lần/ngày

Cogentin( benztrrophine) 0,5 – 2mg 3 lần/ngày. (chưa có)

##### 2) ỨC CHẾ CHỌN LỘC TRÊN MEN MAO-B (chưa có)

Selegiline 5mg, 1 viên x 2 sáng, chiều

##### 3) CHẤT ĐỐI KHÁNG NMDA (chưa có)

Amantadine ( symmetrel ) viên 100mg có thể tăng liều đến 300mg/ngày

Hiện chưa có thuốc bảo vệ tế bào thần kinh

## VI-KHUYẾN CÁO

Hiện diện của run, cứng cơ và loạn động ở bệnh nhân là những yếu tố của khởi phát sớm của bệnh Parkinson, nếu không có triệu chứng thần kinh nào khác, và nếu bệnh nhân không dùng thuốc gây ra hội chứng parkinson, chẩn đoán chắc chắn bệnh Parkinson. Cần:

- Giải thích cho bệnh nhân rõ bệnh tình.
- Khuyến khích bệnh nhân luyện tập thể lực đều đặn.
- Triệu chứng nhẹ không cần trị liệu.
- Nếu bệnh nhân có những than phiền cản trở chức năng, cần xem xét trị liệu. Nếu bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi, trí tuệ còn minh mẫn nên khởi động trị liệu với đồng vận dopamine non-ergot bởi vì ít có nguy cơ biến chứng về vận động trong năm năm đầu. Kế đó levodopa có thể cho thêm vào nếu không có đáp ứng với đồng vận dopamine.

## LIỆT VII NGOẠI BIÊN

### I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt dây thần kinh sọ VII ngoại biên ( hay còn gọi Bell's Palsy ) là một tổn thương cấp tính, thường tự giới hạn liên quan đến chỉ một dây thần kinh mặt – thần kinh sọ VII.

Cho đến nay vẫn chưa xác định được nguyên nhân của liệt VII ngoại biên. Một số yếu tố được cho là có thể gây ra Liệt VII ngoại biên là :

- Herpes simplex virus type 1 ( HSV – 1 ) được xác định trong đa số các trường hợp
- Herpes Zoster
- Nhiễm HIV cấp tính
- Bệnh Lyme
- Viêm tai giữa cấp hoặc mạn tính
- Bệnh cơ
- Khối u vùng mặt : u tuyến nước bọt,...

### II. LÂM SÀNG VÀ CHUẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào lâm sàng. Bệnh thường xảy ra đột ngột khi đi tàu xe hoặc thường sau ngủ dậy phát hiện :

- Khuôn mặt mất cân xứng : mờ hoặc mất các nếp nhăn tự nhiên như: nếp nhăn trán, rãnh mũi má. Miệng và nhân trung bị kéo về bên lành ( khi nhe răng sự mất cân xứng càng rõ hơn.)
- Mắt bên liệt không nhắm kín – Dấu Charles Bell (+)
- Cảm giác tê một bên mặt
- Mất vị giác ở 2/3 trước lưỡi
- Khô mắt hoặc chảy nước mắt

### III. ĐIỀU TRỊ : Không có điều trị đặc hiệu :

- Corticosteroids ( Prednisolon ) : 20mg - 60mg/ ngày chia làm 2 – 3 lần / ngày ( có thể đến 80mg / ngày ) duy trì 1 – 2 tuần, giảm liều khi lâm sàng cải thiện. Nên cho trong vòng 72 giờ sau khi khởi phát
- Thuốc kháng virus như: Acyclovir 200mg × 5 lần / ngày từ 7 đến 10 ngày
- Kết hợp kháng virus và corticoide 1000mg/ngày x 5 ngày kết hợp prednisolone 60mg/ngày x 5 ngày sau đó 30mg/ngày x 3 ngày sau đó 10mg/ngày x 2 ngày

- Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) : 1 viên x 2 uống/ngày x 7 ngày
- Chăm sóc mắt : nên đeo kính râm chống gió bụi, rửa mắt thường xuyên bằng nước mắt nhân tạo, nước muối sinh lý ( NaCl 9 ‰ ) hay Cloramphenicol 0,4 %.
- Vật lý trị liệu : các bài tập trên khuôn mặt có thể làm giảm thời gian phục hồi hoặc di chứng
- Phương pháp khác : hiệu quả của châm cứu còn đang được xem xét



# VIÊM TỦY CẮT NGANG CẤP

Viêm tủy cắt ngang cấp (*acute transverse myelitis*): sự tổn thương vùng chất trắng hay chất xám của tủy ở một đoạn hay vài đoạn tủy kế cận nhau.

## \* Nguyên nhân :

- + Thường là do siêu vi.
- + Cơ chế bệnh sinh liên quan đến miễn dịch, và một số liên quan đến viêm mạch.
- + Phần lớn là không tìm thấy nguyên nhân.

## TRIỀU CHỨNG LÂM SÀNG

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Xuất hiện đột ngột: đau cục bộ ở lưng, cảm giác và vận động bị rối loạn từ hai chi dưới lan lên.

Tiến triển qua nhiều giờ, nhiều ngày và trở nên nặng nề với Hội chứng cắt ngang tủy cấp hoàn toàn hay không hoàn toàn.

Có thể tiến triển hướng lên : gây suy hô hấp và rối loạn nuốt.

### \* *Triệu chứng cắt ngang tủy cấp*

- + Đột ngột, trong vài giờ hay trong ngày với liệt mềm.
- + Mất tất cả cảm giác và hoạt động phản xạ (gồm cả chức năng tự chủ), rối loạn cơ vòng. Dễ gây hoại tử đa vùng “tì” hay vùng tiếp xúc rất nhanh từ vị trí tổn thương trở xuống.
- + Trong nhiều ngày sau (trung bình 4 tuần): liệt mềm chuyển qua qua liệt cứng: & Trương lực cơ, & Px gân cơ, 2 chân duỗi cứng, Babinski (+), dấu ba co.

### \* *Triệu chứng cắt ngang tủy không hoàn toàn*

- + Liệt không hoàn toàn, sức cơ giảm một phần, rối loạn vận động hữu ý.
- + Tủy thuộc đường dẫn truyền bị ảnh hưởng:
  - Tổn thương cột sau : mất hoặc giảm cảm giác định vị tư thế, cảm giác rung.
  - Tổn thương bó gai đồi thị : Mất hoặc giảm cảm giác đau, nhiệt, cảm giác xúc giác tinh vi và thô sơ.
- + Những tổn thương cắt ngang nửa tủy sống bên gây hội chứng Brown Sequard.
- + Tổn thương phía trước tủy: rối loạn vận động, ít rối loạn cảm giác (do tổn thương động mạch tủy sống trước).

### 2. Các dấu hiệu lâm sàng để xác định vị trí tổn thương tủy sống

C5 trở lên : liệt hô hấp, liệt tứ chi thể trung ương.

C6-C7 : liệt trung ương 2 chi dưới, liệt vận động cổ tay, bàn tay nhưng hoạt động

cơ vai và khuỷu tay bình thường.

C8-T1 : gây hội chứng Horner (co đồng tử, hẹp khe mi, giảm tiết mồ hôi mặt).

T11-T12 : ảnh hưởng vận động các cơ ở chân phía trên và phía dưới đầu gối.

T12- L1 : gây liệt hai chi dưới kèm tổn thương rễ thần kinh.

Chùm đuôi ngựa : liệt ngoại biên 2 chi dưới, rối loạn cảm giác vùng hội âm, rối loạn cơ vòng.

## **CÂN LÂM SÀNG**

1. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa : tầm soát các bệnh giang mai, lao, HIV
2. Dịch não tủy : màu trắng trong, protein tăng nhẹ, tế bào tăng bạch cầu đơn nhân, cấy vi trùng âm tính.
3. MRI : cho thấy thương tổn lan rộng ngoài tủy sống. MRI và chụp tủy sống có cản quang : tủy sống phù nề, lớn hơn bình thường “sung phồng” vùng tổn thương, đôi khi còn tạo ra một khối choáng chỗ chèn ép màng tủy một hay hai bên.

## **CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán xác định** : Tiêu chuẩn lâm sàng:

Xảy ra đột ngột : vài giờ hay vài ngày không có chấn thương.

Lâm sàng : hội chứng cắt ngang tủy.

Dịch não tủy : + tăng tế bào đơn nhân,  
+ protein tăng nhẹ,  
+ cấy vi trùng âm tính.

MRI : phù nề tủy vùng tổn thương, loại trừ các nguyên nhân khác.

### **2. Chẩn đoán phân biệt**

#### **a. Nhồi máu tủy:**

> Chụp động mạch tủy : có giá trị chẩn đoán trong nhồi máu tủy.

#### **b. Hội chứng ép tủy cấp và bán cấp:**

> MRI : phân biệt giữa chèn ép tủy cấp và viêm tủy cắt ngang cấp.

## **ĐIỀU TRỊ**

+ Nïeàu trò triệu chöùng, nâng ñiêu: truyền dịch, bù điện giải, chống táo bón, kháng sinh khi có nhiễm khuẩn niệu( Augentin 625mg,.2 viên/ngày )

+ Trường hợp xác định được nguyên nhân do lao : điều trị thuốc kháng lao

+ Corticoid:

+ Methylprednisolone (Solumedrol) 10 – 15mg/kg tiêm tĩnh mạch, 7 ngày.

+ Prednisolone 1 – 1,5mg/kg trong 3 – 4 tuần, giảm dần liều rồi ngừng.

- + Những bệnh nhân có nguy cơ cao về đường tiêu hóa có thể sử dụng kháng H2( famotidin,...) hoặc ức chế bơm proton( lomac, pantoprova,...)
- + Vitamin nhóm B : B1, B6, B12. 2 viên/ ngày x 14 ngày
- + Gabapentin( neurontin, tebantin,.....) 300mg, 2 viên/ngày x 14 ngày

### **TIÊN LƯỢNG**

- 60% có triệu chứng hồi phục sau 2 – 12 tuần, bệnh sau 3 tháng không hồi phục có tiên lượng xấu.
- 15% không có triệu chứng hồi phục.
- 3% có thể chuyển thành xơ cứng rải rác tuỷ