

CHƯƠNG X

THẦN KINH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

NHƯỢC CƠ

LÊ THỊ THẢO

1. ĐẠI CƯƠNG

NHƯỢC CƠ (*MYASTHENIA GRAVIS*) LÀ BỆNH LÝ THẦN KINH – CƠ, DO SỰ BẤT THƯỜNG DẪN TRUYỀN THẦN KINH QUA KHỚP NỐI THẦN KINH – CƠ.

2. NGUYÊN NHÂN: CÓ THỂ DO:

- GIẢM SỰ BÀI TIẾT ACETYLCHOLINE.
- BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC ACETYLCHOLINE.
- KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ ACETYLCHOLINE Ở MÀNG SAU SINAP (THỂ TỰ MIỄN)
- NHƯỢC CƠ SƠ SINH THOÁNG QUA (DO KHÁNG THỂ KHÁNG ACH RECEPTOR TRUYỀN TỪ MẸ BỊ NHƯỢC CƠ SANG TRẺ, TỰ HẾT, KHÔNG CẦN ĐIỀU TRỊ)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. BỆNH SỬ

- TRIỆU CHỨNG YẾU CƠ (SỤP MI, NÓI KHÓ, NUỐT KHÓ, VẬN ĐỘNG KHÓ...) NẶNG LÊN SAU HOẠT ĐỘNG VÀ VỀ CHIỀU.
- TRẺ NHỎ: KHÓC NHỎ, BÚ YẾU, ÍT CỬ ĐỘNG,...

3.2. DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- SỤP MI MỘT HOẶC HAI BÊN (KHÔNG CÓ DẪN ĐỘNG TỬ): CÓ THỂ CHO BỆNH NHÂN NHĂM – MỜ MẮT NHIỀU LẦN ($\geq 15 - 20$ LẦN) SAU ĐÓ ĐO ĐỘ RỘNG KHE MI SO SÁNH VỚI TRƯỚC KHI THỰC HIỆN NGHIỆM PHÁP.
- TRƯỜNG LỰC CƠ GIẢM (Ở TRẺ NHỎ NHI CƯỜNG CƠ CỐ YẾU), PXGC BÌNH THƯỜNG, PHẦN XẠ BỆNH LÝ THẤP (-), KHÔNG RỜI LOẠN CƠ VÒNG.
- TRƯỜNG HỢP NẶNG: TĂNG TIẾT ĐÀM NHỚT, DẤU HIỆU SUY HÔ HẤP.
- TEST NEOSTIGMINE (+): (CHỈ THỰC HIỆN Ở CƠ SỞ Y TẾ CÓ PHƯƠNG TIỆN HỒI SỨC CẤP CỨU), NEOSTIGMINE TIÊM BẤP LIỀU 0,04MG/KG. CÁC TRIỆU CHỨNG NHƯỢC CƠ GIẢM DẦN SAU 20 PHÚT, ĐẠT ĐỈNH SAU 40 PHÚT. NẾU SAU LIỀU ĐẦU NEOSTIGMINE, KẾT QUẢ CỦA TEST (-) HOẶC KHÔNG RÕ, CÓ THỂ LẶP LẠI THÊM MỘT LIỀU NEOSTIGMINE 0,04MG/KG (TB) SAU 4 GIỜ, ĐÁNH GIÁ LẠI.

3.3. XÉT NGHIỆM

- CHUYỂN BIỆT: ĐIỆN CƠ (*EMG-ELECTROMYOGRAPHY*).
- CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC: CÔNG THỨC MÁU, ION ĐỎ, ĐƯỜNG MÁU, XQUANG HOẶC CT SCANNER NGỰC (PHÁT HIỆN U TUYẾN ỨC).

3.4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- YẾU CƠ KIỂU NHƯỢC CƠ + TEST NEOSTIGMINE(+) ± EMG (+).
- YẾU CƠ KIỂU NHƯỢC CƠ + EMG(+) ± TEST NEOSTIGMINE(+).

3.5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- BỆNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN (*THƯỜNG GẶP GUILLAIN BARRÉ*).
- BỆNH CƠ CHUNG.
- YẾU LIỆT CHU KÝ.

3.6. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

YẾU CƠ TOÀN THÂN MỨC ĐỘ TỪ TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG (NÓI KHÓ, NUỐT KHÓ, VẬN ĐỘNG KHÓ, SUY HÔ HẤP...)

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. NGUYÊN TẮC

DIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU:

- + THUỐC KHÁNG CHOLINESTERASE.
- + CORTICOIDE.
- + THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH.
- + IMMUNOGLOBULIN TRUYỀN TÍNH MẠCH, THAY HUYẾT TƯƠNG.

DIỀU TRỊ HỖ TRỢ:

- + THỞ OXY, ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, GIÚP THỞ... NẾU CÓ SUY HÔ HẤP.
- + NUÔI ĂN QUA SONDÉ HOẶC TÍNH MẠCH NẾU KHÓ NUỐT, NUỐT SẠC, SUY HÔ HẤP.
- + TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU.

4.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ

CẤP 1:

XỬ TRÍ BAN ĐẦU

- + ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP (NẾU CÓ).
- + TRIỆU CHỨNG YẾU CƠ NGHI NGỜ NHƯỢC CƠ → TEST NHĂM MỠ - MẮT NHIỀU LẦN HOẶC TEST NEOSTIGMINE, (+) TÍNH → HỘI CHẨN CHUYÊN KHOA THẦN KINH.

CẤP 2:

DIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU: THEO PHÂN LOẠI OSSERMAN (CÓ 4 NHÓM)

- + **NHÓM I (NHƯỢC CƠ Ở MẮT):** DÙNG ANTICHOLINESTERASE:
 - PYRIDOSTIGMINE (MESTINON 60MG), LIỀU 1,5 MG/KG UỐNG MỖI 4-6 HR.
 - NEOSTIGMINE (PROSTIGMINE 15MG), LIỀU: 0,4 MG/KG UỐNG MỖI 4-6 HR.
 - CÁC THUỐC ANTICHOLINESTERASE PHẢI DÙNG LÚC ĐÓI TRƯỚC BỮA ĂN 30-60 PHÚT.
- + **NHÓM II (NHƯỢC CƠ TOÀN THÂN MỨC ĐỘ TỪ NHE ĐẾN TRUNG BÌNH, KHÔNG CÓ CƠ NHƯỢC CƠ):** DÙNG ANTICHOLINESTERASE KẾT HỢP VỚI CORTICOIDES HOẶC CORTICOIDES KẾT HỢP VỚI THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH.
 - CORTICOIDES: PREDNISONE 5MG: 1 – 1,5 MG/KG/NGÀY.
 - THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH:
 - AZATHIOPRINE: (*IMURAN 50MG*), LIỀU: 1– 2,5 MG/KG/NGÀY.
 - CYCLOPHOSPHAMIDE: 2,5 MG/KG/NGÀY.
 - CYCLOSPORINE: 3 – 5 MG/KG/NGÀY

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + **NHÓM III (NHƯỢC CƠ BÙNG NỔ CẤP TÍNH KÈM SUY HỒ HẤP -CƠ NHƯỢC CƠ):**
 - HỖ TRỢ HỒ HẤP (THỜ MÁY).
 - IMMUNOGLOBULIN TRUYỀN TÍNH MẠCH (IVIG) TẠM NGỪNG ANTICHLINESTERASE, TỔNG LIỀU 2G/KG. CÓ THỂ DÙNG 2 CÁCH TÙY MỨC ĐỘ: 1G/KG/NGÀY × 2NGÀY. HOẶC 0,4 G/KG/NGÀY × 5NGÀY
 - SAU ĐÓ DÙNG CORTICOIDES KẾT HỢP ANTICHLINESTERASE LẠI TRƯỚC KHI CAI MÁY THỞ
- + **NHÓM IV (NHƯỢC CƠ NẶNG DIỄN TIẾN KÉO DÀI, GIAI ĐOẠN CUỐI VỚI NHỮNG CƠ NHƯỢC CƠ):** ĐIỀU TRỊ NHƯ NHÓM III NHƯNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ THƯỜNG KÉM.
 - CƠ NHƯỢC CƠ THƯỜNG XẢY RA DO NHIỀU YẾU TỐ THỨC ĐÂY: NHIỄM TRÙNG, CHẤN THƯƠNG, PHẪU THUẬT, STRESS, THAY ĐỔI HOẶC NGỪNG THUỐC ĐỘT NGỘT.
 - PHÂN BIỆT CƠ NHƯỢC CƠ VỚI CƠ CHOLINERGIC: NẾU DÙNG QUÁ LIỀU THUỐC ANTICHLINESTERASE BỆNH NHÂN CŨNG BỊ YẾU LIỆT NHƯ CƠ NHƯỢC CƠ. KHI ĐÓ LÀM TEST NEOSTIGMINE NẾU:
 - YẾU CƠ CẢI THIỆN → NGHĨ CƠ NHƯỢC CƠ.
 - YẾU CƠ TĂNG LÊN HOẶC KHÔNG ĐỔI → NGHĨ NHIỀU CƠ CHOLINERGIC.

4.3. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

TÌNH TRẠNG YẾU CƠ ĐƯỢC CẢI THIỆN VÀ KHÔNG GÂY ẢNH HƯỞNG ĐẾN SINH HOẠT CÁ NHÂN CỦA BỆNH NHÂN.

4.4. THEO DÕI TÁI KHÁM

- CÁC THUỐC KHÔNG ĐƯỢC DÙNG TRONG BỆNH NHƯỢC CƠ
 - + AMINOGLYCOSIDES, COLISTIN, POLYMICINE, CYCLINES TIÊM.
 - + TRIMETHADION, DIPHENYLHYDANTOINE. QUINIDINE, PROCAINAMIDE, β- BLOQUANT.
 - + BOTULINUM TOXIN.
- TÁI KHÁM: MỖI TUẦN TRONG 3 THÁNG ĐẦU SAU XUẤT VIỆN, SAU ĐÓ MỖI THÁNG.
- THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ TÙY THEO NGUYÊN NHÂN.

5. DỰ PHÒNG

- TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ.
- TÁI KHÁM ĐẦY ĐỦ.
- ĐIỀU TRỊ NGAY CÁC YẾU TỐ THỨC ĐÂY CƠ NHƯỢC CƠ CẤP.
- HOẠT ĐỘNG THÍCH ỨNG VỚI KHẢ NĂNG, TRÁNH GẮNG SỨC.
- NÂNG ĐỒ TÂM LÝ RẤT CẦN THIẾT.

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

HỘI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ

LÊ THỊ KHÁNH VÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

HỘI CHỨNG GUILLAIN-BARRÉ LÀ MỘT BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN MẮC PHẢI GỌI LÀ BỆNH VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH MẮT MYELINE CẤP TÍNH (*ACUTE DEMYELINATING POLYRADICULONEUROPATHY*). TRIỆU CHỨNG CHÍNH LÀ LIỆT MỀM NGOẠI BIÊN CẤP, TIẾN TRIỂN TỪ VÀI NGÀY ĐẾN DƯỚI 4 TUẦN VÀ CÓ NHIỀU THỂ LÂM SÀNG KHÁC NHAU. GẶP Ở MỌI LỨA TUỔI THƯỜNG LÀ TRÉ TRÊN 2 TUỔI CÁ BIỆT CÓ Ở TRÉ SƠ SINH.

2. NGUYÊN NHÂN

THƯỜNG XẢY RA SAU NHIỄM SIÊU VI (*COXSACKIE VIRUS, INFLUENZAE, SỞI, RUBELLA, CYTOMEGALOVIRUS, EPSTEIN-BARR VIRUS, HERPES SIMPLEX, ECHOVIRUS*), NHIỄM TRÙNG (*CAMPYLOBACTER JUJUNI, MYCOPLASMA PNEUMONIA, SALMONELLA, HO GÁ...*) CHỨNG NGỪA (*BẠI LIỆT, UỐN VÁN, QUAI BỊ, SỞI, VIÊM GAN...*), BỆNH HỆ THỐNG (*SARCOIDOSIS, LUPUS, LYMPHOMA*) RỐI LOẠN NỘI TIẾT HAY TỰ MIỄN. CÓ VAI TRÒ ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH VỚI SỰ HIỆN DIỆN PHỨC HỢP KHÁNG NGUYÊN KHÁNG THỂ GÂY PHẢN ỨNG VIÊM VÀ HỦY MYELINE Ở MÔ THẦN KINH MÀ CHỦ YẾU LÀ SỢI VẬN ĐỘNG.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. LÂM SÀNG

- NHIỄM TRÙNG, NHIỄM SIÊU VI HOẶC CHỨNG NGỪA TRƯỚC ĐÓ 1 ĐẾN 4 TUẦN.
- TÊ RẦN, DỊ CẢM NGỌN CHI, ĐAU NHỨC CƠ 1 ĐẾN 2 NGÀY TRƯỚC YẾU LIỆT.
- VẬN ĐỘNG LÀ TRIỆU CHỨNG CHÍNH. YẾU LIỆT DẦN TRONG VÀI NGÀY ĐẾN 1 - 2 TUẦN, YẾU CHÂN GÂY TẾ KHUYU, NHẮC CHÂN KHÓ KHẨN SAU ĐÓ KHÔNG ĐỨNG VÀ ĐI ĐƯỢC. YẾU LIỆT THƯỜNG Ở NGỌN CHI VÀ ĐỐI XỨNG, ĐÔI KHI LIỆT GÓC CHI KHÔNG ĐỐI XỨNG. MỨC ĐỘ LIỆT THAY ĐỔI, SỨC CƠ THƯỜNG KHOẢNG 2/5 ĐẾN 3/5. LIỆT MỀM NGOẠI BIÊN, PHẢN XẠ GÂN CƠ GIẢM HOẶC MẤT, PHẢN XẠ BỆNH LÝ THÁP (*BABINSKI, ROSSOLIMO...*) ÂM TÍNH. YẾU LIỆT LAN DẦN LÊN HAI TAY, VAI VÀ CÓ THỂ LAN ĐẾN CƠ TRỤC THÂN, CƠ LIỀN SƯỜN, CƠ CỔ. TRƯỜNG HỢP NẶNG LIỆT HOÀN TOÀN TỬ CHI VÀ TỬ VONG DO SUY HỒ HẤP.
- LIỆT CÁC DÂY THẦN KINH SỢ: 50-69% LIỆT DÂY VII MỘT HOẶC HAI BÊN, LIỆT CÁC DÂY VI, IX, X, XI VÀ XII GÂY NUỐT KHÓ, GIỌNG NÓI THAY ĐỔI, SẠC NGHẸN...
- CẢM GIÁC:

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + RỐI LOẠN CẢM GIÁC CHỦ QUAN: TÊ, KIM CHÍCH ĐẦU CHI, ĐAU VÙNG CỔ GÁY, VAI, HÔNG, ĐÙI, LƯNG, DẤU CỔ CỨNG, LASEGUE(+) NHƯ ĐAU THẦN KINH TỌA.
- + CẢM GIÁC KHÁCH QUAN ÍT RỐI LOẠN; CẢM GIÁC SÂU: VỊ TRÍ NGÓN, RUNG ÂM THOA GIẢM HOẶC MẤT.
- TRIỆU CHỨNG THẦN KINH THỰC VẬT: RỐI LOẠN HUYẾT ÁP, NHỊP TIM, TIẾT MỒ HÔI, ĐỒ BỪNG MẶT, PHÙ CHI LIỆT...
- RỐI LOẠN CƠ VÒNG ÍT GẶP, NHẸ VÀ MẤT NHANH (27% BÍ TIỂU, TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ)

3.2. CÁC THỂ LÂM SÀNG

- VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH MẮT MYELINE CẤP (ACUTE INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYRADICULONEUROPATHY-AIDP)
- THỂ SỢI TRỤC VẬN ĐỘNG (ACUTE MOTOR AXONAL NEUROPATHY-AMAN): SỢI CẢM GIÁC BÌNH THƯỜNG, SỢI VẬN ĐỘNG GIẢM HOẶC MẤT ĐIỆN THỂ HOẠT ĐỘNG, THƯỜNG Ở TRẺ NHỎ, PHỤC HỒI CHẬM, THƯỜNG SAU NHIỄM CAMPYLOBACTER.
- THỂ SỢI TRỤC VẬN ĐỘNG CẢM GIÁC (ACUTE MOTOR SENSORY AXONAL NEUROPATHY- AMSAN): ẢNH HƯỞNG RẼ, DÂY THẦN KINH CẢM GIÁC VÀ VẬN ĐỘNG, GẶP Ở NGƯỜI LỚN HOẶC TRẺ LỚN.
- MILLER FISHER SYNDROME: HIẾM GẶP, THẤT ĐIỀU, LIỆT VẬN NHẬN, LIỆT CHI MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH, MẤT PHẦN XẠ GÂN CƠ, MẤT CẢM GIÁC, PHỤC HỒI 1 TỚI 3 THÁNG.
- THỂ THẦN KINH THỰC VẬT: HIẾM GẶP, GỒM HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ, CHẬM NHỊP TIM, TĂNG HUYẾT ÁP, LOẠN NHỊP... PHỐI HỢP VỚI TRIỆU CHỨNG CẢM GIÁC VÀ VẬN ĐỘNG, PHỤC HỒI CHẬM VÀ KHÔNG HOÀN TOÀN.

3.3. CẬN LÂM SÀNG

- DỊCH NÃO TỦY: PHÂN LY ĐẠM TẾ BÀO, ĐẠM TĂNG THƯỜNG TỪ TUẦN THỨ 2, CAO NHẤT NGÀY THỨ 10, TẾ BÀO BÌNH THƯỜNG. DỊCH NÃO TỦY CỨNG CÓ THỂ BÌNH THƯỜNG.
- ĐIỆN CƠ (ELECTROMYEOGRAPHY-EMG): CHẨN ĐOÁN SỚM, NHẠY VÀ CHÍNH XÁC HƠN TĂNG PROTEIN DỊCH NÃO TỦY. ĐIỆN THỂ HOẠT ĐỘNG GIẢM HOẶC MẤT, ĐIỆN THỂ GIAO THOA GIẢM VỀ TẦN SỐ VÀ BIẾN ĐỘ (LIỆT NẶNG ĐIỆN THỂ GIAO THOA MẤT), TỐC ĐỘ DẪN TRUYỀN XUNG ĐỘNG VẬN ĐỘNG GIẢM.
- XÉT NGHIỆM ĐỂ THEO DÕI, TIỀN LƯỢNG HOẶC PHÂN BIỆT VỚI CÁC BỆNH KHÁC:
 - + KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH KHI CẦN HỖ TRỢ HỒ HẤP.
 - + ION ĐỎ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT LIỆT CƠ DO HẠ KALI LÀ MỘT BỆNH CÓ TÍNH GIA ĐÌNH.

3.4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN: YẾU LIỆT NGOẠI BIÊN CẤP TÍNH + DỊCH NÃO TỦY PHÂN LY ĐẠM TẾ BÀO + BẤT THƯỜNG ĐIỆN CƠ.

3.5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- VIÊM TỦY CẮT NGANG: THƯỜNG Ở HAI CHÂN, LIỆT MỀM GIAI ĐOẠN ĐẦU SAU LIỆT CỨNG, MẮT CẢM GIÁC THEO KHOANH, ĐAU THEO RẼ, RỐI LOẠN CƠ VÒNG NẶNG NỀ, HIẾM SUY HỒ HẤP.
- NHƯỢC CƠ: YẾU LIỆT TĂNG KHI VẬN ĐỘNG GIẢM KHI NGHỈ NGƠI.
- SỐT BẠI LIỆT: LIỆT KHÔNG ĐỐI XỨNG, TEO CƠ SỚM, DỊCH NÃO TỦY KHÔNG PHÂN LY ĐẠM TẾ BÀO, CÂY PHÂN PHÂN LẬP VIRUS BẠI LIỆT.
- VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH: YẾU NGỌN CHI, MẮT CẢM GIÁC KIỂU MANG VỠ, KHÔNG PHÂN LY ĐẠM TẾ BÀO.
- VIÊM ĐA CƠ: YẾU CƠ CỔ VÀ THÂN, PHẦN XẠ GÂN CƠ BÌNH THƯỜNG, HIỆN TƯỢNG RAYNAUDS, CẢM GIÁC BÌNH THƯỜNG, DỊCH NÃO TỦY BÌNH THƯỜNG, EMG CÓ SÓNG NHỌN DƯƠNG VÀ RUNG SỢI CƠ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU.
- ĐIỀU TRỊ NÂNG ĐỠ.

4.2. ĐIỀU TRỊ NÂNG ĐỠ

HỖ TRỢ HỒ HẤP VÀ SẴN SÓC HỒI SỨC NÂNG HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ. THÔNG THƯỜNG THỞ OXY, THỞ ÁP LỰC DƯƠNG QUA MŨI, THỞ MÁY GIẢM ĐÁNG KỂ TỬ VONG.

- CHỈ ĐỊNH HỖ TRỢ HỒ HẤP:
 - + KHÔNG NUỐT ĐƯỢC, Ứ ĐỘNG ĐÀM NHỚT NHIỀU.
 - + THỞ GẮNG SỨC, THỞ YẾU KHÔNG HIỆU QUẢ.
 - + $PAO_2 < 60\text{MMHG}$, $PACO_2 > 50\text{MMHG}$.
 - + TÍM TÁI, NGỪNG THỞ.
 - + ÁP LỰC HÍT VÀO TỐI ĐA $< 30\text{CMH}_2\text{O}$ ÁP LỰC THỞ RA TỐI ĐA $< 40\text{CMH}_2\text{O}$, DUNG TÍCH SÓNG GIẢM $> 20\%$.
- MONITOR TIM MẠCH KHI CÓ RỐI LOẠN NHỊP TIM.
- THUỐC GIẢM ĐAU VÀ CHỐNG SỐC TÂM LÝ DO LIỆT KÉO DÀI.
- KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG PHỔI, TIẾT NIỆU DO NẪM LÂU.
- TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU.

4.2. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU

- TRUYỀN TÍNH MẠCH LIỀU CAO IMMUNOGLOBULIN: 400MG/KG/NGÀY X 5 NGÀY GIẢM TỈ LỆ CẢN HỒ HẤP HỖ TRỢ, GIẢM TỬ VONG VÀ RÚT NGẮN THỜI GIAN PHỤC HỒI. HIỆU QUẢ TƯƠNG ĐƯƠNG LỌC HUYẾT TƯƠNG VÀ ÍT TÁC DỤNG PHỤ HƠN.
- STEROIDES KHÔNG ĐƯỢC KHUYẾN CÁO SỬ DỤNG VÌ HIỆU QUẢ KHÔNG RÕ RÀNG VÀ TÁC DỤNG PHỤ NHIỀU.
- LỌC HUYẾT TƯƠNG LIỀN TIẾP TRONG 5-8 NGÀY CHO KẾT QUẢ CAO NHƯNG TỐN KÉM VÀ ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN KHÓ KHĂN.
- LỌC DỊCH NÃO TỦY CHƯA CÓ BẰNG CHỨNG VÀ KINH NGHIỆM.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

ĐỘNG KINH

PHẠM TUẤN KHÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

LÀ BỆNH LÝ THẦN KINH DO PHÓNG LỰC ĐỘT NGỘT BẤT THƯỜNG QUÁ MỨC CỦA MỘT NHÓM TẾ BÀO THẦN KINH CỦA NÃO BỘ, BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TÙY THUỘC VÀO CHỨC NĂNG CỦA NHÓM NEURON BỆNH LÝ (CƠ GÔNG, CƠ GIẬT, MẤT TRƯƠNG LỰC CƠ, VẮNG Ý THỨC...)

2. NGUYÊN NHÂN

- ĐỘNG KINH XÁC ĐỊNH ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN THỰC THỂ (DI CHỨNG VIÊM NÃO, VIÊM MÀNG NÃO, U NÃO, DI CHỨNG XUẤT HUYẾT NÃO...).
- ĐỘNG KINH VÔ CĂN (KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN).
- ĐỘNG KINH CĂN NGUYÊN ẨN (CÓ NGUYÊN NHÂN NHƯNG CHƯA XÁC ĐỊNH ĐƯỢC).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. BỆNH SỬ: QUAN TRỌNG TRONG CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH

- XÁC ĐỊNH: THÔNG TIN TỪ NGƯỜI BỆNH, NHÂN CHỨNG, NGƯỜI THÂN.
- HỒI BỆNH SỬ:
 - + CƠN XUẤT HIỆN KHI NÀO (CÓ ĐỘT NGỘT?), CÓ YẾU TỐ THUẬN LỢI ĐI KÈM CƠN KHÔNG (SÓT, LO ÂU, MẮT NGỦ, TĂNG THÔNG KHÍ, NHIỄM TRÙNG, NHIỄM SIÊU VI, RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA, ĐIỆN GIẢI, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT...)
 - + BIỂU HIỆN TRONG CƠN, THỜI GIAN XÂY RA CƠN, Ý THỨC TRONG CƠN, BIỂU HIỆN SAU CƠN
 - + CƠN CÓ TÁI PHÁT KHÔNG, CÓ YẾU TỐ THUẬN LỢI KHI CƠN TÁI PHÁT KHÔNG, BIỂU HIỆN CỦA CƠN TÁI PHÁT CÓ ĐỊNH HÌNH KHÔNG (CƠN SAU CÓ GIỐNG CƠN TRƯỚC KHÔNG).

3.2. KHÁM THỰC THỂ

- ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VẬN ĐỘNG.
- TÌM RA CÁC TRIỆU CHỨNG, DẤU CHỨNG TỔN THƯƠNG MỚI CỦA HỆ THẦN KINH.
- XÁC ĐỊNH CƠN ĐỘNG KINH:
 - + XUẤT HIỆN ĐỘT NGỘT.
 - + NGẮN (NHẤT THỜI).
 - + ĐỊNH HÌNH (BIỂU HIỆN LÂM SÀNG PHÙ HỢP MỘT LOẠI CƠN NHẤT ĐỊNH).
 - + CHU KỲ (TÁI PHÁT NHIỀU LẦN).
 - + CÓ KÈM CÁC DẤU HIỆU GỢI Ý NHƯ: RỐI LOẠN Ý THỨC, THƯƠNG TÍCH DO CƠN, THỜ NGÁY VÀ U ẨM Ý THỨC SAU CƠN, MỆT VÀ ĐAU CƠ...

3.3. ĐỀ NGHỊ XÉT NGHIỆM

- EEG (ĐIỆN NÃO)

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUI: HUYẾT ĐỒ, GLYCERMIE, ION ĐỒ, CHỨC NĂNG GAN, CHỨC NĂNG THẬN, TỔNG PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU.
- XÉT NGHIỆM TÌM NGUYÊN NHÂN ĐỘNG KINH:
 - + DỊCH NÃO TỦY, X QUANG SỌ, ECHO XUYÊN THÓP.
 - + CT SCANNER SỌ NÃO, MRI.

3.4. CHẨN ĐOÁN

- CƠN ĐỘNG KINH ĐIỂN HÌNH + EEG DẠNG ĐỘNG KINH ĐIỂN HÌNH
- CHẨN ĐOÁN NGHI NGỜ ĐỘNG KINH:
 - + CƠN ĐỘNG KINH ĐIỂN HÌNH + EEG BẤT THƯỜNG NHƯNG KHÔNG ĐIỂN HÌNH ĐỘNG KINH
 - + CƠN LÂM SÀNG ĐIỂN HÌNH + EEG BẤT THƯỜNG + TRIỆU CHỨNG BẤT THƯỜNG VỀ THẦN KINH VÀ TÂM THẦN.
- CHẨN ĐOÁN THEO DÕI:
 - + CƠN LÂM SÀNG KHÔNG ĐIỂN HÌNH + EEG ĐIỂN HÌNH
 - + CƠN LÂM SÀNG ĐIỂN HÌNH + EEG BÌNH THƯỜNG
- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: NGẮT (SYNCOPE), CƠN HYSTERIE, RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA, CƠN KHÓC NGẮT TRÉ EM, XUẤT HUYẾT NÃO, NGUYÊN NHÂN KHÁC: NGỘ ĐỘC CẤP – MẠN, RL TÂM THẦN...

3.5. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH.
- CƠN LIÊN TIẾP TÁI PHÁT NHANH
- CÓ XUẤT HIỆN DẤU THẦN KINH SAU CƠN (YẾU NỬA NGƯỜI, MẮT Ý THỨC, THẦN KINH SỢ...)

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- CHỈ ĐIỀU TRỊ KHI ĐÃ CHẨN ĐOÁN CHẮC CHẮN ĐỘNG KINH VÀ THƯỜNG TỪ CƠN THỨ HAI TRỮ KHI LÀ HỘI CHỨNG ĐỘNG KINH RÕ VÀ TỔN THƯƠNG CẤU TRÚC NÃO RẤT HAY GÂY ĐỘNG KINH.
- ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN (NẾU CÓ THỂ ĐƯỢC).
- ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG.

4.2. ĐIỀU TRỊ

4.2.1. XỬ TRÍ BAN ĐẦU

- CẮT CƠN CƠ GIẬT:
 - + DIAZEPAM: 0,2 MG/KG/LIỀU TMC HAY 0,5MG/KG/LIỀU BƠM HẬU MÔN. NẾU KHÔNG HIỆU QUẢ, CÓ THỂ LẬP LẠI LIỀU 2 SAU 10 PHÚT, TỐI ĐA 3 LIỀU. CHUYỂN HỒI SỨC NGAY KHI DỪNG DIAZEPAM TÔNG LIỀU 1MG/KG MÀ CHƯA CẮT CƠN GIẬT.
 - + HOẶC MIDAZOLAM: 0,2MG/KG/LẦN TMC. KHÔNG ĐÁP ỨNG CÓ THỂ LẬP LẠI LIỀU TRÊN. LIỀU MIDAZOLAM TRUYỀN DUY TRÌ: 1µG/KG/PHÚT TĂNG DẦN ĐẾN KHI CÓ ĐÁP ỨNG (KHÔNG QUÁ 18µG /KG/PHÚT).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + TRẺ SƠ SINH ƯU TIÊN CHỌN LỰA PHENOBARBITAL 15-20MG/KG TRUYỀN TÍNH MẠCH TRONG 30 PHÚT. NẾU SAU 30 PHÚT VẪN CÒN CƠ GIẬT CÓ THỂ LẬP LẠI LIỀU THỨ HAI 10MG/KG.
 - + PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH GÂY CƠ GIẬT TÁI PHÁT KHÔNG PHẢI BỆNH ĐỘNG KINH (VIÊM MÀNG NÃO, RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI, NHIỄM TRÙNG, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT...).
 - **TIÊU CHUẨN HỘI CHẨN**
 - + CƠ GIẬT CÓ THẦN KINH ĐỊNH VỊ.
 - + CƠ GIẬT NHƯNG KHÔNG TÌM ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN GÂY CƠ GIẬT.
 - + CƠ GIẬT TÁI PHÁT TRÊN BỆNH NHÂN ĐANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH
 - **TIÊU CHUẨN CHUYÊN KHOA THẦN KINH**
 - + BỆNH NHÂN ĐÃ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH.
 - + BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ THẦN KINH (DẤU HIỆU SINH TỒN CỦA BỆNH NHÂN ỔN ĐỊNH)
- 4.2.2. XỬ TRÍ ĐẶC HIỆU**
- DỪNG THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH.
 - LUÔN BẮT ĐẦU BẰNG ĐƠN TRỊ LIỀU TỪ LIỀU TRUNG BÌNH VÀ TĂNG DẦN ĐẾN KHI CÓ HIỆU QUẢ.
 - SAU 2 TUẦN ĐIỀU TRỊ ĐƠN KHÔNG HIỆU QUẢ, NÊN XEM XÉT ĐỔI THUỐC (GIẢM DẦN THUỐC ĐANG DÙNG VÀ TĂNG DẦN THUỐC THAY THẾ TRONG VÒNG 6 TUẦN).
 - THUỐC PHẢI DÙNG HÀNG NGÀY, KHÔNG DỪNG ĐỘT NGỘT TRỪ KHI CÓ TÁC DỤNG ĐỘC CỦA THUỐC.
 - NẾU ĐỔI THUỐC KHÔNG HIỆU QUẢ THÌ PHẢI PHỐI HỢP THUỐC, ĐIỀU TRỊ HAI THUỐC HOẶC BA THUỐC (KHÔNG CÙNG CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG).
 - ĐỘNG KINH ĐÁP ỨNG TỐT VỚI THUỐC CHIẾM KHOẢNG 75%; ĐỘNG KINH KHÁNG TRỊ CHIẾM KHOẢNG 25% 20% VỚI ĐỘNG KINH TOÀN THỂ VÀ 35% VỚI ĐỘNG KINH CỤC BỘ)
 - CHỈ NGỪNG THUỐC KHI: HẾT CƠN SAU 3 NĂM VÀ EEG BÌNH THƯỜNG NẾU KHÔNG CÓ TỔN THƯƠNG NÃO, CÓ TỔN THƯƠNG NÃO THỜI GIAN HẾT CƠN LÀ 5 NĂM. MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CHẤP NHẬN CƠN THỤA (DƯỚI 2 CƠN/NĂM) VÀ CƠN KHÔNG NGUY HIỂM, MỘT SỐ THỂ ĐIỀU TRỊ SUỐT ĐỜI.
 - GIẢM LIỀU 4-6 THÁNG TRƯỚC KHI NGỪNG, KHI ĐANG GIẢM LIỀU MÀ CÓ CƠN TÁI PHÁT THÌ DỪNG LẠI LIỀU CAO HƠN TRƯỚC KHI GIẢM LIỀU.

PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH	THUỐC ĐẦU TIÊN	THUỐC CHỌN LỰA THỨ 2	THUỐC CÓ THỂ CHỌN
CƠN CỤC BỘ (ĐƠN)	CARBAMAZEPIN	TOPIRAMATE	PHENOBARBITAL

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

GIÃN, PHỨC TẠP HÓA)	NE OXCARBAZEPI NE	VALPROIC ACID GABAPENTIN LEVETIRACETAM	L
CƠN TOÀN THỂ (CƠ GÔNG, CƠ GIẬT, MẮT TLC..)	VALPROIC ACID	CARBAMAZEPINE TOPIRAMATE	PHENOBARBITAL
VĂNG Ý THỨC	VALPROIC ACID		CLONAZEPAM

4.3. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH ĐỘNG KINH VÀ KIỂM SOÁT ĐƯỢC CƠN.
- ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI CÓ THỂ GÂY CƠ GIẬT.

4.4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- BỆNH NHÂN XUẤT VIỆN PHẢI CÓ SỔ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ.
- XÉT NGHIỆM ĐỊNH KỲ CHỨC NĂNG GAN – THẬN.
- NẾU BỆNH ĐỘNG KINH ỔN ĐỊNH, TÁI KHÁM NGOẠI TRÚ MỖI 2 TUẦN TRONG 3 THÁNG ĐẦU, SAU ĐÓ NẾU BỆNH NHÂN ỔN ĐỊNH 1 THÁNG/1 LẦN. NẾU BỆNH ĐỘNG KINH KHÔNG ỔN ĐỊNH CHO NHẬP VIỆN

5. DỰ PHÒNG

1. UỐNG THUỐC ĐÚNG GIỜ VÀ ĐỀU ĐẶN, KHÔNG NGỪNG THUỐC ĐỘT NGỘT
2. NHANH CHÓNG ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC CÁC BỆNH CƠ HỘI, TRÁNH RƯỢU BIA, MẬT NGŨ VÀ KÍCH THÍCH ÁNH SÁNG.
3. SINH HOẠT CẢ NHẬN AN TOÀN TRÁNH CĂNG THẲNG TINH THẦN, TRÁNH KÍCH THÍCH ÁNH SÁNG (TRÒ CHƠI ĐIỆN TỬ)...

THAM KHẢO LIỀU LƯỢNG CÁC THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH THƯỜNG DÙNG Ở TRẺ EM

THUỐC	CÁCH DÙNG	TÁC DỤNG PHỤ
OXCARBAMAZEPIN	KHỞI ĐẦU: 8-10MG/KG/24 GIỜ CHIA LÀM 3 LẦN. TỐI ĐA 600MG/24GIỜ. TĂNG DẦN 5MG/KG/TUẦN.	GIẢM NA, ĐAU ĐẦU, NGỦ GÃ, SONG THỊ, NGÀY NGẬT, RL CHỨC NĂNG GAN, HỘI CHỨNG TĂNG TIẾT ADH, ĐỘC GAN.....
CARBAMAZEPINE	10MG/KG/24G CHIA 2 LẦN→ 30-40MG/KG/24GIỜ.	HỘI CHỨNG STEVEN-JOHNSON
CLONAZEPAM	<30KG: 0,05MG/KG/24GIỜ. TĂNG 0,05MG/KG/TUẦN. TỐI ĐA 0,2MG/KG/24GIỜ CHIA 2-3 LẦN. >30KG: 1,5MG/24GIỜ CHIA 2. TỐI ĐA 20MG/24 GIỜ	NGỦ GÃ, TĂNG KÍCH THÍCH, RỐI LOẠN HÀNH VI, TRÂM CẢM, TĂNG TIẾT NƯỚC BỌT QUÁ MỨC.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

PHENOBARBITAL	3-5MG/KG/24GIỜ CHIA 3 LẦN → 10MG/KG/24 GIỜ.	TĂNG HOẠT ĐỘNG, KÉM TẬP TRUNG, MẤT NGỦ, HỘI CHỨNG STEVEN-JOHNSON, TRÂM CẢM
TOPAMAX	1-9MG/KG/24H CHIA 3 LẦN.	MỆT MỎI, TRÂM CẢM
VALPROIC ACID	KHỐI ĐẦU 10MG/KG/24G, TĂNG DẦN 5-10MG/KG/TUẦN → 30-60MG/KG/24GIỜ CHIA 2-4 LẦN.	BUỒN NÔN, ỒI, ĐỘC GAN, MỆT MỎI, CHẨN ĂN, GIẢM CÂN...

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

**VIÊM NÃO TỦY HẬU NHIỄM
(POST INFECTIOUS ENCEPHALOMYELITIS - PIEM)
LÊ THỊ KHÁNH VÂN**

1. ĐẠI CƯƠNG

- VIÊM NÃO TỦY HẬU NHIỄM TƯƠNG TỰ VIÊM NÃO TỦY CẤP TÍNH LAN TỎA (*ACUTE DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS- ADEM*) NHƯNG ADEM CÓ THỂ KHÔNG RÕ NHIỄM TRÙNG TRƯỚC ĐÓ.
- PIEM LÀ MỘT THỂ LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN MẮT MYELINE NGUYÊN PHÁT HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG GÂY TỖN THƯƠNG CHẤT TRẮNG NHIỀU Ở TẠİ NẪO VÀ TỦY SỐNG; CÁC THỂ LÂM SÀNG GỒM: XƠ CỨNG RẪI RÁC (*MULTIPLE SCLEROSIS*), VIÊM TỦY CẮT NGANG (*TRANSVERSE MYELITIS*), VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH (*DEVIC'S DISEASE*).
- KHÔNG CÓ TEST CHẨN ĐOÁN ĐẶC HIỆU, MỘT SỐ TỰ CẢI THIỆN, HẦU HẾT ĐÁP ỨNG METHYLPREDNISOLONE, LỘC HUYẾT TƯƠNG HOẶC IMMUNOGLOBULIN TÍNH MẠCH.

2. NGUYÊN NHÂN

THƯỜNG SAU NHIỄM **SIÊU VI**: SỞI, QUẠI BỊ, RUBELLA, THỦY ĐẬU, CÚM, VIÊM GAN, HERPES SIMPLEX, EPSTEIN-BARR, CYTOMEGALOVIRUS, COXSACKIE; **VI TRÙNG**: MYCOPLASMA, LEPTOSPIRA, CHLAMYDIA, CAMBYLOPACTER, STREPTOCOCCUS, ... HOẶC SAU CHỨNG NGỪA: BẠCH HẦU, HO GẢ, BẠI LIỆT, THỦY ĐẬU, SỞI, VIÊM NÃO NHẬT BẢN,.... VAI TRÒ CỦA ĐÁP ỨNG HỆ MIỄN DỊCH ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. LÂM SÀNG

- GẶP MỌI LỨA TUỔI, TRẺ EM NHIỀU HƠN NGƯỜI LỚN, HAY GẶP MÙA ĐÔNG VÀ XUÂN.
- NHIỄM TRÙNG CÓ TRƯỚC GẶP TRONG 2/3 TRƯỜNG HỢP, THỜI GIAN SAU NHIỄM TRÙNG THAY ĐỔI TỪ 1 NGÀY TỚI 3 TUẦN TÙY TÁC NHÂN GÂY BỆNH, DIỄN TIẾN TRONG VÀI GIỜ ĐẾN ĐỈNH CAO TRONG VÀI NGÀY.
- TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN: SỐT, MỆT MỎI, ĐAU CƠ, NHỨC ĐẦU, BUỒN NÔN, NÔN.
- TRIỆU CHỨNG THẦN KINH TỦY THUỘC: VỊ TRÍ Ở TỖN THƯƠNG, CÓ MỘT HAY NHIỀU Ở TỖN THƯƠNG, MỨC ĐỘ MẮT MYELINE CỦA HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG.
 - + RỐI LOẠN TRI GIÁC TỪ NGỦ GÀ ĐẾN HÔN MÊ, TRẺ LỚN HAY RỐI LOẠN TÂM THẦN.
 - + HỘI CHỨNG MÀNG NẪO, THẤT ĐIỀU, RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG, LIỆT NỬA NGƯỜI, LIỆT HAI CHI, LIỆT DÂY THẦN KINH SỢ, TỖN THƯƠNG THẦN KINH MẮT HẠI BỀN, RỐI LOẠN CƠ VÒNG, LIỆT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

THẦN KINH NGOẠI BIÊN... (ĐÔI KHI GẶP PIEM ĐI KÈM HỘI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ)

- + CO GIẬT THƯỜNG GẶP SAU NIỄM TRÙNG HƠN LÀ SAU CHÍCH NGỪA.
- + SUY HÔ HẤP THỨ PHÁT CÓ THỂ XẢY RA SAU VIÊM TỦY CỐ.
- DIỄN TIẾN TỰ PHỤC HỒI TRONG 1 TUẦN ĐẾN 1 THÁNG (50%), TÁI PHÁT TRONG THỂ HAI PHA. DI CHỨNG GỒM: MẤT KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG, GIẢM NHẬN THỨC, MẤT THỊ LỰC, RỐI LOẠN HÀNH VI, ĐỘNG KINH...

3.2. CẬN LÂM SÀNG

- **ĐỊCH NÃO TỦY:** TĂNG PROTEIN, TĂNG LYMPHO, ĐÔI KHI TĂNG ĐA NHÂN TRUNG TÍNH, CÓ THỂ TĂNG IGG, GLUCOSE BÌNH THƯỜNG.
- **HÌNH ẢNH HỌC:**
 - + MRI: THẤY BẤT THƯỜNG TỪ 5 -> 14 NGÀY VỚI NHIỀU Ổ TỒN THƯƠNG LỚN VÀ ĐỐI XỨNG Ở CHẤT TRẮNG TIỂU NÃO VÀ BÁN CẦU ĐẠI NÃO, THỈNH THOẢNG CÓ Ở HẠCH NỀN. TĂNG TÍN HIỆU TRÊN T2, TỒN THƯƠNG RÕ HƠN SAU TIÊM CẬN TỬ.
 - + CT SCANNER: SANG THƯƠNG GIẢM ĐẬM ĐỘ CHẤT TRẮNG DƯỚI VỎ. TRONG THỂ VIÊM NÃO TỦY XUẤT HUYẾT CẤP CÓ THỂ THẤY HÌNH ẢNH XUẤT HUYẾT VÀ PHỤ TRONG CẦU TRÚC NÃO VÀ TỦY SỐNG.
- **ĐIỆN NÃO ĐỒ:** BẤT THƯỜNG KHÔNG ĐẶC HIỆU, CÓ THỂ THẤY TĂNG HOẠT ĐỘNG GIÁC NGỦ, TĂNG SỐNG CHẠM, SỐNG CHẠM THÀNH Ổ VÀ ĐÔI KHI SỐNG DẠNG ĐỘNG KINH.

3.3. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

BẤT THƯỜNG THẦN KINH CẤP TÍNH + BẤT THƯỜNG HÌNH ẢNH HỌC NÃO HOẶC TỦY SỐNG ± NIỄM TRÙNG CÓ TRƯỚC.

3.4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ĐỢT ĐẦU CỦA XƠ CỨNG RỈ RÁC: THƯỜNG GẶP Ở TRẺ LỚN VÀ NGƯỜI LỚN, KHÔNG CÓ NIỄM TRÙNG TRƯỚC ĐÓ, DIỄN TIẾN CHẠM, THƯỜNG TỒN THƯƠNG LAN TỎA, TÁI PHÁT, CÓ SANG THƯƠNG MỚI TRÊN MRI.
- SỐT RÉT ÁC TÍNH THỂ NÃO.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU
- ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

4.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ

- **CẤP 1:**
 - + HỎI BỆNH SỬ VỀ NIỄM TRÙNG TRƯỚC ĐÓ.
 - + GHI NHẬN CÁC BẤT THƯỜNG THẦN KINH CƠ NĂNG VÀ THỰC THỂ.
 - + CHUYỂN KHOA THẦN KINH NẾU CHƯA CẦN CẦN HỒI SỨC CẤP CỨU.
- **CẤP 2:**

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

+ ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU:

1. **CORTICOSTEROIDS:** METHYLPREDENISOLONE: 30MG/KG/ NGÀY (TRẺ LỚN 1G/NGÀY) X 3- 5 NGÀY, SAU ĐÓ CHUYỂN PREDNISONE UỐNG 1MG/KG/NGÀY X 4 TUẦN. CÓ TÁC DỤNG GIẢM VIÊM, GIẢM PHÙ NẸ VÀ BẢO VỆ HÀNG RÀO MÁU NÃO.
2. **CHÍCH TÍNH MẠCH IMMUNOGLOBULIN:** CHỈ ĐỊNH KHI KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI CORTICOIDES VÀ KHÔNG CÓ ĐIỀU KIỆN LỌC HUYẾT TƯƠNG. LIỀU 0,4G/KG/NGÀY TÍNH MẠCH X 5 NGÀY

+ CÁC ĐIỀU TRỊ KHÁC:

- CHỐNG CO GIẬT NẾU CÓ, ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG BẤT THƯỜNG THẦN KINH.
- TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU, HỖ TRỢ HÔ HẤP, KHÁNG SINH CHỐNG NIỄM TRÙNG...
- TRƯỜNG HỢP VIÊM NÃO TỦY CẤP THỂ XUẤT HUYẾT CÓ PHỤ NÃO PHỐI HỢP VỚI MANNITOL, TĂNG THÔNG KHÍ, NẾU KHÔNG CẢI THIỆN XEM XÉT MỞ SỌ.
- VIÊM NÃO TỦY SAU PHẢN ỨNG VACCIN KHÔNG CHÍCH NGỪA ÍT NHẤT 6 THÁNG.

TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- CÁC DẤU HIỆU THẦN KINH MẤT, GIẢM HOẶC PHỤC HỒI.
- KHẢ NĂNG SINH HOẠT BÌNH THƯỜNG, KHÔNG CÒN DIỄN TIẾN NGUY HIỂM.

THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM HÀNG THÁNG KẾT HỢP TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU, ĐẶC BIỆT CHÚ Ý KHI TRẺ BỊ BỆNH NIỄM KHUẨN CẤP HOẶC CẦN CHÍCH NGỪA.