MỤC LỤC

[CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HÔN MÊ 1](#_Toc481490039)

[TIẾP CẬN BỆNH NHÂN YẾU LIỆT 8](#_Toc481490040)

[ĐAU ĐẦU 17](#_Toc481490041)

[CHÓNG MẶT 34](#_Toc481490042)

[THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ THOÁNG QUA 47](#_Toc481490043)

[PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO 50](#_Toc481490044)

[PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO 66](#_Toc481490045)

[XUẤT HUYẾT KHOANG DƯỚI NHỆN 74](#_Toc481490046)

[HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH 80](#_Toc481490047)

[BỆNH NHƯỢC CƠ 93](#_Toc481490048)

[BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP 103](#_Toc481490049)

[BỆNH GÚT 109](#_Toc481490050)

[HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG 116](#_Toc481490051)

[ĐAU THẦN KINH TỌA 121](#_Toc481490052)

[BỆNH THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ 127](#_Toc481490053)

[BỆNH THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG 131](#_Toc481490054)

[CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP GỐI 136](#_Toc481490055)

[THIẾU MÁU: CHẨN ĐOÁN, XẾP LOẠI VÀ XỬ TRÍ 141](#_Toc481490056)

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HÔN MÊ

**1. Đại Cương:**

Hôn mê được định nghĩa là tình trạng suy giảm hoặc mất ý thức (unresponsiveness), suy giảm hoặc mất sự thức tỉnh (unarousable), trong đó bệnh nhân (BN) bị mất nhận thức về bản thân và môi trường xung quanh, và không thể đáp ứng với môi trường bên ngoài, hay đáp ứng nhu cầu của bản thân cơ thể.

Cơ chế của hôn mê là do tổn thương thể lưới ở trung não và đồi thị, và các kết nối ở thể lưới này với các cấu trúc của vỏ não, thể lưới này kích hoạt vỏ não gây ra trạng thái thức tỉnh. Có 3 tình huống có thể gây hôn mê: tổn thương vỏ não lan tỏa, tổn thương thể lưới ở phần trên của thân não và đồi thị hoặc rối loạn chuyển hóa gây ức chế mạnh hệ thống lưới hoạt hóa.

**2. Chẩn Đoán:**

**2.1 Lâm sàng:**

**2.1.1 Bệnh sử**

Rất quan trọng ở bệnh nhân hôn mê, có thể phải hỏi bệnh sử từ người thân trong gia đình, những người chứng kiến, xem các giấy tờ tuyến trước, những giấy tờ khám bệnh trước đây... để có được các thông tin cần thiết. Các yếu tố cần lưu ý:

a. Bối cảnh và kiểu cách xuất hiện hôn mê: đột ngột, chấn thương, từ từ, trong một bệnh cảnh khác...

- Khởi đầu tăng chậm: tổn thương choán chỗ.

- Sau một trạng thái lú lẫn: hôn mê rối loạn chuyển hóa.

- Khởi đầu đột ngột: tai biến mạch máu não.

b. Những yếu tố quan trọng: tiền căn đái tháo đường, tiêm chích ma túy, tiền sử bệnh tâm thần, nghiện rượu, chấn thương đầu mới bị, co giật, trước đây có từng bị hôn mê tương tự không?

**2.1.2 Khám**

a. Quan sát

b. Đánh giá ý thức

c. Đánh giá kiểu thở

d. Đánh giá các dây thần kinh sọ

đ. Khám vận động

e.Khám cảm giác

g. Khám phản xạ

**2.2 Chẩn Đoán Xác Định:**

Về lâm sàng hôn mê biểu hiện: tình trạng mất ý thức và tình trạng mất thức tỉnh.

Mức độ ý thức của bệnh nhân thường dựa vào thang điểm Glasgow Coma Scale

**Bảng 1: Thang Điểm Glasgow Com Scale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Khám | Biểu hiện chi tiết | Điểm |
| Đáp ứng bằng mắt | Mở mắt tự nhiên | 4 |
|  | Chỉ khi ra lệnh bằng lời | 3 |
|  | Chỉ khi gây đau | 2 |
|  | Hoàn toàn không có đáp ứng mở mắt | 1 |
| Đáp ứng bằng lời nói | Lời nói mạch lạc | 5 |
|  | Các câu nói lộn xộn lẫn lộn. | 4 |
|  | Dung các từ không thích hợp | 3 |
|  | Phát ra các âm không hiểu được BN nói gì. | 2 |
|  | Không nói gì. | 1 |
| Đáp ứng bằng vận động | Thực hiện các lệnh theo yêu cầu | 6 |
|  | kích thích đau có định khu(Localizes painstimuli) | 5 |
|  | Rụt chi khi kích thích đau. | 4 |
|  | Tư thế mất vỏ não(Decorticate posturing) | 3 |
|  | Tư thế mất não(Decelebrate posturing) | 2 |
|  | Hoàn toàn không có cử động gì. | 1 |
| Tổng số điểm |  | 15 điểm |

Điểm tối đa là 15 điểm, hoàn toàn tỉnh táo.

Điểm tối thiểu là 3 điểm, hôn mê rất sâu, nguy cơ tử vong. Ngưỡng hôn mê sâu là 8 điểm.

Có thể đánh giá hôn mê theo tầng: gồm 5 mức độ khác nhau, từ nhẹ nhất tới nặng nhất, bao gồm: hôn mê vỏ - dưới vỏ, hôn mê gian não, hôn mê gian- trung não, hôn mê trung não và hôn mê cầu não.

**Bảng 2. Đánh giá mức độ hôn mê**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Đáp ứng với kích thích đau | Thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp hoặc không có |
| Vẻ mặt | + | - | - | - | - |
| Phản xạ trán - mi mắt | + | + | - | - | - |
| Phản xạ mắt búp bê dọc | + | + | - | - | - |
| Phản xạ đồng tử với anh sáng | + | + | + | - | - |
| Phản xạ mắt búp bê ngang | + | + | + | + | - |
| Hôn mê theo tầng | Vỏ - dưới vỏ | Gian não | Gian - trung não | Trung não | Cầu não |

**2.3 Chẩn Đoán Phân Biệt**

2.3.1 Tình trạng lặng thinh bất động: BN còn tỉnh, nhãn cầu còn định hướng và nhắm mắt khi đe dọa.

2.3.2 Hội chứng khóa trong (locked-in syndrome): liệt tứ chi, liệt mặt hai bên, liệt môi, lưỡi, họng, thanh môn, vận nhãn ngang. BN còn vận nhãn lên, xuống, mở mắt, vẫn có thể tiếp xúc được. BN vẫn còn tỉnh và còn ý thức.

2.3.3 Rối loạn thần kinh chức năng, hysteria, rối loạn tâm thần: nghĩ tới hysteria khi: để BN nằm, nhấc tay BN lên trước mặt, bỏ tay cho rơi xuống BN sẽ có phản xạ giữ tay lại. Khi chiếu ánh sáng vào mắt nhãn cầu thường di chuyển xuống dưới, đồng tử bình thường, phản xạ với ánh sang tốt.

**2.4 Định Hướng Chẩn Đoán Các Nguyên Nhân Hôn Mê Thường Gặp**

**2.4.1 Hôn mê trong các bệnh lý tổn thương mạch máu não:**

- Bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện.

- Lâm sàng là tình trạng hôn mê + hội chứng thần kinh khu trú ± một bệnh lý tim mạch.

**2.4.2 Hôn Mê Liên Quan Đến Bệnh Lý Nhiễm Trùng:**

- Viêm màng não.

- Viêm não.

- Viêm tắc tĩnh mạch não.

- Sốt rét ác tính.

**2.4.3 Hôn Mê Liên Quan Đến Bệnh Lý Có Co Giật**

- Trạng thái độnh kinh.

- Co giật do hạ đường huyết.

- Co giật do sản giật.

- Co giật liên quan đến bệnh lý khối choán chỗ gặp trong u não, áp xe não.

**2.4.4 Hôn Mê Liên Quan Đến Bệnh Lý Chuyển Hóa**

- Hôn mê do biến chứng của bệnh lý đái tháo đường, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu máu, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê hạ đường huyết.

- Hôn mê gan.

- Hôn mê do hội chứng ure máu cao.

- Hôn mê do rối loạn nước điện giải nặng, hạ natri máu, hạ kali, tăng calci máu.

- Hôn mê trong các bệnh nội tiết: suy giáp, suy thượng thận, hội chứng suy đa tuyến.

**2.4.5 Hôn Mê Liên Quan Đến Bệnh Lý Ngộ Độc**

- Thường gặp là ngộ độc thuốc ngủ

- Nhóm opi và các loại ma túy.

- Các ngộ độc khác như ngộ độc phospho hữu cơ, ngộ độc rượu, ngộ độc CO ...

**2.4.6 Hôn Mê Trong Bệnh Lý Chấn Thương Sọ Não**

Liên quan với chấn thương, hôn mê có thể xuất hiện ngay sau chấn thương (giập não) hoặc hôn mê sau một khoảng thời gian từ lúc chấn thương (khoảng tỉnh) thường tổn thương kiểu tụ máu dưới màng cứng.

**3. Các Xét Nghiệm Cần Làm :**

- Xét nghiệm cơ bản :

+ Chức năng gan, chức năng thận, điện giải đồ, đường máu, công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, khí máu động mạch, ceton máu, ...

+ Xét nghiệm (sàng lọc độc chất trong máu, nước tiểu) (BVĐK Hậu Giang chưa triển khai).

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan), hoặc cộng hưởng từ sọ não (cộng hưởng từ chỉ định khi nghi ngờ tổn thương cấu trúc não và CT không thấy tổn thương hoặc tổn thương không phù hợp lâm sàng) để đánh giá cấu trúc não.

- Các xét nghiệm chẩn đoán khác.

- Xem xét chọc dịch não tủy ở những bệnh nhân sốt, đau đầu hoặc nguy cơ cao nhiễm trùng thần kinh trung ương.

- Ghi điện não đồ để loại trừ co giật hoặc khẳng định chẩn đoán các bệnh não chuyển hóa và nhiễm trùng

**4. Xử Trí : Điều trị ở HSTC-CĐ**

- Tư thế: BN hôn mê được đặt ở tư thế đầu cao 20 - 300, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp) hoặc nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc.

- Trước các trường hợp hôn mê không rõ nguyên nhân có thể cho ngay:

+ Vitamin B: giúp bảo vệ với bệnh não Wernicke với nguy cơ tử vong tiềm tàng và nên dùng cho tất cả BN hôn mê không rõ nguyên nhân hoặc nghi vấn dùng rượu quá mức trong thời gian dài/hoặc suy dinh dưỡng.

+ Glucose ưu trương: trì hoãn dùng cho đến khi khẳng định có tình trạng hạ đường huyết hoặc đã dùng vitamin B1.

+ Naloxon: nếu nghi ngờ dùng opioid.

+ Flumagenil: nếu nghi ngờ ngộ độc thuốc nhóm benzodiazepine.

**4.1 Kiểm Soát Chức Năng Hô Hấp**

- Khai thông đường thở hút đờm nhớt, lấy dị vật miệng và đường hô hấp, đặt tư thế năm nghiêng an toàn tránh tụt lưỡi, sặc. Nếu cần đặt mayo miệng.

- Cung cấp oxy: cho BN thở oxy qua canul mũi hoặc mặt nạ, theo dõi tình trạng hô hấp, nhịp thở, độ bão hòa oxy mao mạch (SpO2).

- Đặt ống nội khí quản trong trường hợp thở oxy không có hiệu quả, BN hôn mê sâu (Glasgow < 8 điểm), ứ đọng đờm nhớt nhiều.

- Thông khí nhân tạo cho tất cả BN sau đặt nội khí quản, có tình trạng suy hô hấp không cải thiện hoặc BN có dấu hiệu tăng áp lức nội sọ, BN vật vã kích thích cần dùng thuốc an thần.

**4.2 Kiểm Soát Chức Năng Tuần Hoàn**

- Nếu BN có tăng huyết áp: cần sử dụng các thuốc hạ huyết áp hợp lý, duy trì huyết áp gần với huyết áp nền.

- Nếu BN có tụt huyết áp, trụy mạch, sốc: đảm bảo kiểm soát huyết động nếu có giảm khối lượng tuần hoàn cần bù dịch và truyền máu nếu có chỉ định, sử dụng thuốc vận mạch khi bù đủ khối lượng tuần hoàn.

**4.3 Chống Phù Não Và Tăng Áp Lực Nội Sọ**

- Khi BN có biểu hiện lâm sàng của phù não, tăng áp lực nội sọ, cần điều trị ngay, lý tưởng nhất là phải đo và theo dõi áp lực nội sọ.

- Các biện pháp bao gồm tăng thông khí, tư thế nằm đầu cao 30o, truyền dung dịch ưu trương (Manitol, Natri clorua 3% hoặc 7.5%).

**4.4 Chống Co Giật.**

- Có thể cho các thuốc an thần như diazepam, midazolam, phenobarbital tiêm truyền tĩnh mạch, cần kiểm soát co giật, đồng thời kiểm soát hô hấp.

- Tìm nguyên nhân gây co giật để điều trị, rối loạn chuyển hóa, rối loạn điện giải, căn nguyên gây ngộ độc thuốc gây co giật.

**4.5 Lọc Máu Và Giải Độc**

- Lọc máu (thận nhân tạo, lọc máu liên tục, thay huyết tương, lọc máu hấp phụ) thường áp dụng cho những BN bị ngộ độc nặng, rối loạn điện giải nặng, mất thăng bằng toan kiềm nặng, thiểu vô niệu.( Chuyển tuyến trên khi có chỉ định lọc máu)

- Dùng thuốc giải độc đặc hiệu trong một số trường hợp ngộ độc.

**4.6 Các Biện Pháp Điều Trị Khác**

- Điều trị rối loạn nước điện giải, toan chuyển hóa nặng

- Điều trị nguyên nhân gây viêm não, màng não.

- Chăm sóc chống loét, chống tắc mạch, chống nhiễm trùng, vật lý trị liệu.

- Dinh dưỡng tốt phối hợp cả đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch.

- Bảo vệ mắt: băng mắt, tránh khô mắt.

- Điều trị tăng thân nhiệt, hạ thân nhiệt.

- Kết hợp điều trị ngoại khoa trong trường hợp chấn thương sọ não, dị dạng mạch máu não, u não, áp xe não, tụ máu, tụ dịch trong não khi có chỉ định.

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh viện Bạch Mai (2013). Cấp cứu hôn mê. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nội khoa: 124-126.

2. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN YẾU LIỆT

**1. Đại cương**

**1.1. Định nghĩa thuật ngữ**

- Yếu cơ (weakness): giảm sức cơ bình thường của một hay nhiều cơ

- Liệt cơ (paralysis): yếu nặng hoàn toàn hay gần hoàn toàn

- Trương lực cơ (tone): sự đề kháng của một cơ đối với sự duỗi cơ thụ động

- Run giật bó cơ (fasciculation) : nhìn hay sờ thấy hiện tượng giật, giật bên trong một cơ do tự phóng điện của một đơn vị vận động

- Sự co cứng (spasticity)

✓ Tăng trương lực do một bệnh neuron vận động trên

✓ Co cứng cơ như hiện tượng dao nhíp

✓ Chủ yếu làm ảnh hưởng đến các cơ chống trọng lực (như cơ duỗi chi trên và cơ gấp chi dưới)

- Cứng cơ

✓ Tăng trương lực xuyên suốt quá trình vận động (Cứng kiểu ống chì hay chất dẻo)

✓ Làm ành hưởng bằng nhau ở cơ gấp và cơ duỗi và thường là dấu hiệu của bệnh hạch nền hơn là bệnh neuron vận động

- Mềm cơ : Giảm trương lực

- Loạn trương lực : Trương lực cơ tăng thay đổi không đều trong cùng một thể cách thường liên quan đến mức dộ dãn cơ

- Thuật ngữ yếu tứ chi và yếu toàn thân thường dùng thay thế lẫn nhau.

✓ Yếu tứ chi thường nói đến những nguyên nhân của neuron vận động trên

✓ Yếu toàn thân thường nói đến bệnh của đơn vị vận động

**1.2. Nguyên nhân**

- Những bệnh thần kinh trung ương: xơ cứng cột bên teo cơ, đột quị, máu tụ dưới màng cứng, u hệ thần kinh trung ương, xơ cứng rải rác, Sarcoidosis.

- Những bệnh neuron vận động dưới: hội chứng Guillain-Barré,...

- Bệnh tiếp hợp thần kinh cơ- bệnh cơ: bệnh nhược cơ, những bệnh về cơ, bệnh loạn dưỡng cơ, viêm đa cơ và viêm da cơ.

- Rối loạn điện giải: tăng/hạ Kali máu, tăng/hạ Natri máu, tăng/hạ Canxi máu, hạ Phosphate máu, tăng Magne máu

- Bệnh nhiễm trùng: HIV, AIDS; Toxoplasmosis

**1.3. Phân loại:**

**1.3.1 Yếu neuron vận động trên**

- Bệnh gây ra ảnh hưởng neuron vận động trên hay sợi trục của nó trong vỏ não, chất trắng dưới vỏ, bao trong, thân não, tủy sống.

**1.3.2 Yếu neuron vận động dưới**

- Do tổn thương của thân tế bào của neuron vận động dưới trong:

✓ Nhân vận động thân não của các dây thần kinh sọ.

✓ Sừng trước của tủy sống.

- Rối loạn của những sợi trục của những neuron vận động này.

**1. 3.3 Yếu do bệnh cơ**

- Gây ra bởi những bệnh của sợi cơ

- Những bệnh của nơi tiếp hợp thần kinh cơ cũng gây yếu, tuy nhiên yếu trong trường hợp này thay đổi về mức độ, sự phân bố và bởi hoạt động của các cơ bị ảnh hưởng.

**2. Đánh giá bệnh nhân**

**2.1. Tổng quát**

**2. 1.1. Đầu tiên phân biệt giữa yếu và mệt hay suy nhược**

- Mệt: không có khả năng chịu đựng việc thực hiện một hành động bình thường của một người cùng tuổi, giới, và kích thước.

- Thường bệnh nhân lẫn lộn với yếu

- Những bệnh nhân mệt thường miêu tả yếu toàn thân, nhưng ngược lại với những yếu cơ hay thần kinh thật sự thì được miêu tả đặc biệt, làm tổn thương định khu chức năng (như khó chải đầu hay lên xuống xe hơi)

- Phân biệt hạn chế vận động do đau

- Mệt toàn thân mà không có yếu thực thể có thể là hội chứng mệt mỏi mạn tính

**2.1.2. Đánh giá bước đầu bệnh nhân yếu liệt**

- Tiền sử, bao gồm những triệu chứng kèm theo, tiền sử gia đình, và sử dụng thuốc

- Khám thực thể đầy đủ, bao gồm đánh giá thần kinh và các test về sức cơ khách quan

**2.1.3. Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm về máu:

✓ Xét nghiệm thường quy

✓ Xét nghiệm chuyên biệt:

Xét nghiệm hormone tuyến giáp

Kháng thể kháng nhân (BVĐK Hậu Giang chưa triển khai)

- EMG (BVĐK Hậu Giang chưa triển khai): chỉ định trong:

✓ Yếu ngọn chi, gốc chi và yếu khu trú.

✓ Yếu một chi với dấu hiệu neuron vận động dưới

✓ Yếu chi có hay không có dị cảm chi :

Yếu tứ chi nếu tỉnh táo và có dấu hiệu neuron vận động dưới

Yếu hai chi dưới có dấu hiệu neuron vận động dưới

- Sinh thiết thần kinh - cơ: chưa thục hiện được ở Việt Nam

- Hình ảnh học: được chỉ định khi

✓ Liệt nửa người

o Cấp tính hay từng bậc: ngay tức thì: chụp CT não. Nếu CT bình thường, chụp MRI não, nghi ngờ tổn thương tủy cổ có thể chỉ định chụp MRI cổ.

o Bán cấp: nếu MRI não bình thường và nếu dấu hiệu vùng vỏ và bán cầu không có. MRI tủy cổ có thể yêu cầu.

o Mạn tính: chẩn đoán ban đầu thường là MRI não. Nếu MRI não bình thường, có khả năng tổn thương nên được xem xét ở lỗ chẩm hay tủy cổ cao.

✓ Liệt hai chi dưới

o Cấp tính hay từng bậc: tiếp cận chẩn đoán ban đầu bằng chụp MRI tủy sống. Nếu có dấu hiệu neuron vận động trên kèm ngủ gà, lú lẫn, co giật hay những dấu hiệu bán cầu khác, và không có rối loạn cảm giác theo tầng ở thân, tiếp cận chẩn đoán ban đầu với MRI não.

o Bán cấp hay mạn tính: tiếp cận ban đầu với MRI tủy sống. Nếu MRI tủy bình thường và có co cứng cơ, MRI não có thể chỉ định.

Nếu có dấu hiệu bán cầu, MRI não là chỉ định đầu tiên.

✓ Liệt tứ chi

o Cấp tính: Nếu có sững sờ hay hôn mê, đánh giá ban đầu bằng CT scan não. Nếu có dấu hiệu neuron vận động trên nhưng bệnh nhân tỉnh táo, MRI tủy cổ thường chỉ định đầu tiên. Trường hợp không có dấu hiệu neuron vận động trên, và bệnh nhân tỉnh táo, điện cơ và nghiên cứu dẫn truyền thần kinh có thể là test được lựa chọn hơn bất kỳ chẩn đoán hình ảnh nào.

✓ Liệt tứ chi bán cấp và mạn tính

o Khi liệt tứ chi do bệnh neuron vận động trên tiến triển nhiều tuần, nhiều tháng, hay nhiều năm

o Sự phân biệt tùy theo bệnh của bán cầu đại não, thân não, và tủy cổ thường có thể có những tiêu chuẩn lâm sàng riêng.

o Những bệnh neuron vận động dưới thường biểu hiện yếu thường ở ngọn chi

o Yếu do bệnh cơ thì đặc trưng ở gốc chi.

✓ Liệt một chi

o Nếu chân bị ảnh hưởng, một thương tổn nhỏ tủy ngực, thường có thể là u hay xơ cứng rãi rác.

o Trong những tình huống này, tiếp cận ban đầu với chẩn đoán hình ảnh vùng nghi ngờ.

o Nếu tay bị ảnh hưởng, có dấu hiệu neuron vận động trên thường chỉ định đầu tiên là MRI hay CT sọ não.

- Chọc dò tủy sống

o Được chỉ định trong viêm nhiễm thần kinh.Trước khi chọc dò tủy sống, hình ảnh học và soi đáy mắt nên được thực hiện trước khi chọc dò.

**3. Chẩn đoán:**

**3.1. Chẩn đoán xác định:**

**3.1.1. Yếu do neuron vận động trên:**

- Thông thường nhóm cơ ngọn chi bị ảnh hưởng nặng hơn nhóm cơ gốc chi:

- Trục vận động không ảnh hưởng trừ khi thương tổn nặng và hai bên.

- Trường hợp thương tổn vỏ hành (những neuron vận động trên phân bố thần kinh cho nhân thần kinh sọ)

✓ Yếu thường chỉ quan sát thấy ở phần dưới của mặt và lưỡi

✓ Những cơ mắt, phần trên của mặt, cơ hầu họng, va cơ hàm hầu như luôn luôn không ảnh hưởng do thương tổn vỏ hành một bên.

✓ Với những thương tổn vỏ hành hai bên, liệt giả hành thường tiến triển

- Nói khó, nuốt khó, khó phát âm, và cảm xúc dể thay đổi kèm theo yếu mặt hai bên và giật hàm nhanh.

- Sự co cứng

✓ Đi cùng với yếu do neuron vận động trên

✓ Có thể không biểu hiện trong giai đoạn cấp

- Thương tổn neuron vận động trên cũng ảnh hưởng khả năng thực hiện các cử động lập lại nhanh.

✓ Nhiều cử động chậm và thô, nhưng nhịp điệu bình thường thì được duy trì.

✓ Nghiệm pháp ngón tay- mũi- ngón tay và gót chân - đầu gối - cẳng chân thì tiến hành chậm nhưng với nhịp độ bình thường.

**3.1.2 Yếu do neuron vận động dưới:**

- Run giật bó cơ và teo cơ sớm: những đặc tính này có thể nhìn thấy, khám lâm sàng hay ghi nhận bởi điện cơ.

- Gây ra nổi bật là giảm trương lực cơ và giảm phản xạ gân cơ đặc biệt trong nhóm bệnh của dây thần kinh

- Mất phản xạ duỗi cơ thì nghi ngờ tổn thương các sợi hướng tâm đi lên

**3.1.3 Các dấu hiệu đặc biệt**

- Liệt nửa người

✓ Thường kết quả từ một thương tổn neuron vận động trên bên trên giữa cột sống cổ của tủy sống: Hầu hết những thương tổn này nằm bên trên lỗ chẩm

✓ Những đặc trưng của một thương tổn vỏ não bao gồm:

o Các rối loạn ngôn ngữ

o Các rối loạn cảm giác vỏ não

o Bất thường về nhận thức

o Các rối loạn về phối hợp không gian thị giác

o Mất thực dụng

o Co giật

✓ Khiếm khuyết thị trường đồng danh: Phản ánh một thương tổn ở vỏ hay bán cầu dưới vỏ

✓ Liệt nửa người đơn thuần của mặt, tay và chân: Do một thương tổn nhỏ, riêng rẽ trong chi sau của bao trong, cuống não hay trên cầu não.

✓ Một vài thương tổn ở thân não tạo ra “liệt chéo nhau” dấu hiệu liệt cùng bên thương tổn của dây thần kinh sọ và liệt nửa người đối bên

✓ Sự vắng mặt của dấu hiệu thần kinh sọ hay liệt mặt

✓ Gợi ý một thương tổn nằm ở tủy cổ cao, đặc biệt nếu kết hợp với mất cảm giác thân thể cùng bên và mất cảm giác đau và nhiệt đối bên (hội chứng Brown-Séquard)

✓ Tuy nhiên, hầu hết các thương tổn tủy cổ gây ra liệt tứ chi hay liệt hai chi dưới

- Liệt hai chi dưới

✓ Tầng cảm giác trên cơ thể xác định tầng tủy bị thương tổn, mặc dù, hiếm khi, thương tổn hai bên trong não hay thân não có thể là nguyên nhân liệt hai chi dưới.

✓ Bệnh tủy cổ cấp thường kết hợp với:

o Rối loạn cơ vòng

o Rối loạn cảm của chi dưới trãi dài đến một mức độ trên thân mình

o Trương lực cơ giảm

o Mất phản xạ gân cơ

o Sứ tiến triển của nhiều dấu hiệu neuron vận động trên trong giai đoạn cấp (vài ngày đến vài tuần)

- Yếu tứ chi hay yếu toàn thân

✓ Yếu toàn thân có thể do những rối loạn của hệ thần kinh trung ương hay của đơn vị vận động.

✓ Yếu từ những rối loạn của hệ thần kinh trung ương thường kết hợp với:

o Thay đổi ý thức hay sự nhận thức

o Tăng trương lực cơ và phản xạ duỗi cơ

o Thay đổi cảm giác

✓ Hầu hết yếu toàn thân do tiếp hợp thần kinh cơ thường kết hợp với:

o Chức năng trí tuệ bình thường

o Giảm trương lực cơ

o Phản xạ duỗi cơ giảm hoạt động

✓ Ngoại trừ: vài nguyên nhân liệt tứ chi cấp do rối loạn neuron vận động trên gây giảm trương lực cơ tạm thời.

- Yếu liệt một chi

✓ Thường do bệnh neuron vận động dưới, có hay không có kết hợp với rối loạn cảm giác.

✓ Yếu do neuron vận động trên thỉnh thoảng biểu hiện với yếu một chi của những cơ ngọn chi chống trọng lực.

✓ Yếu do bệnh cơ hiếm khi giới hạn ở một chi.

- Sự co cứng:

✓ Gây ra bởi sự bất thường hệ thần kinh trung ương là nguyên nhân chính gây co cứng và yếu chi

✓ Chủ yếu làm ảnh hưởng đến các cơ chống trọng lực (như cơ duỗi chi trên và cơ gấp chi dưới)

✓ Phân biệt với sự cứng và loạn trương lực cơ, hai kiểu khác của tăng trương lực.

- Loạn trương lực:

✓ Biểu hiện từ đầu đến cuối của sự vận động

✓ Gây ảnh hưởng như nhau đến sự gập và duỗi.

✓ Thường là kết quả từ bệnh của thùy trán.

- Yếu với trương lực cơ giảm hay trương lực cơ bình thường: xảy ra với

những rối loạn của neuron vận động dưới và đơn vị vận động của nó.

- Yếu khi mệt: gợi ý bệnh nhược cơ hay những bệnh tiếp hợp thần kinh cơ khác.

**3. 2. Chẩn đoán phân biệt:** dấu hiệu và triệu chứng

Những dấu hiệu để phân biệt nguồn gốc của yếu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dấu hiệu | Neuron vận động trên | Neuron vận động dưới | Bệnh cơ |
| Teo cơ | Không | Nặng | Nhẹ |
| Rung giật bó cơ | Không | Thường | Không |
| Trương lực cơ | Tăng | Giảm | Bình thường hay giảm |
| Phân bố yếu | Bó tháp, hay theo vùng | Ngọn chi, đoạn chi | Gốc chi |
| Phản xạ gân cơ | Tăng | Giảm hay mất | Bình thường hay giảm |
| Dấu Babinski | Có | Không | Không |

**4. Điều trị**

**4.1. Nguyên tắc điều trị:**

- Điều trị theo nguyên nhân

- Điều trị chuyên biệt thích hợp, phụ thuộc vào nguyên nhân của yếu liệt.

**4.2. Điều trị chuyên biệt:**thích hợp phụ thuộc vào nguyên nhân của yếu.

**4.3. Tổng quát**

- Phương thức hỗ trợ thích hợp

- Vật lý trị liệu cho sức cơ và biên độ vận động của cơ

- Dùng những dụng cụ hỗ trợ (như khung tập đi, gậy, thanh nẹp, trụ chống)

- Hướng dẫn tư thế, kiểu tập đi

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# ĐAU ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG :**

**1.1 Định nghĩa :**

Đau đầu là triệu chứng thường gặp trong rất nhiều loại bệnh nhưng lại là triệu chứng không đặc hiệu. Việc đi kèm các triệu chứng khác cũng như những bằng chứng khoa học của các xét nghiệm cho thấy, cần có một phương pháp luận lâm sàng đúng đắn để không bỏ sót một một nguyên nhân nào của đau đầu.Từ đó được điều trị đúng mức.

**1.2 PHÂN LOẠI**

Thiết lập một sơ đồ toàn diện và có tính thực hành cho các rối loạn đau đầu là một mục tiêu khó khăn vì nhiều lý do. Việc phân loại đau đầu theo thời gian đã có nhiều thay đổi. Bảng phân loại đau đầu quốc tế II-2004 (ICHD-II: The International Classification of Headache Disorders) được đánh giá là phân loại tốt nhất hiện nay, nhưng cũng như bảng phân loại ICHD-I trước đó, nó cũng còn nhiều giới hạn trong chần đoán và điều trị.

***Bảng 1: Phân loại Quốc tế Đau đầu II (ICHD-II) - 2004***

***Phần 1: Đau đầu nguyên phát (không có nguyên nhân khác)***

1. Migraine

2. Đau đầu dạng căng thẳng

3. Đau đầu cụm và các dạng liên quan

4. Các đau đầu nguyên phát khác- đau đầu khi gắng sức, đau đầu khi ngủ,đau nửa đầu liên tục và các đau đầu khác

***Phần 2: Đau đầu thứ phát (do rối loạn khác)***

5. Sau chấn thương

6. Bệnh mạch máu

7. Bệnh nội sọ khác, ví dụ, bất thường áp lực trong sọ, u, đầu nước

8. Thuốc

9. Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

10. Các rối loạn nội môi, ví dụ thiếu oxy mô, tăng huyết áp, rối loạn chức năng tuyến giáp

11. Do cổ; mắt; tai, mũi, và họng; xoang, miệng, răng, khớp thái dương hàm

12. Tâm thần

***Phần 3: Đau thần kinh sọ, đau mặt trung ương và nguyên phát, các đau đầu khác***

13. Đau thần kinh và bệnh dây thần kinh

14. Các đau đầu khác (hiện chưa có tên)

**II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN :**

**1. Bệnh sử:**

Hỏi bệnh

- Xuất hiện và diễn biến

- Vị trí và lan xuyên

- Cường độ và tính chất

- Hiện tượng kèm theo:

+ Rối loạn tiêu hoá: nôn, táo bón.

+ Rối loạn vận động: bại, liệt chi.

+ Rối loạn tiền đình: chóng mặt, mất thăng bằng, cảm giỏc bồng bềnh.

+ Rối loạn thực vật: mặt tái nhợt hay đỏ ửng, vã mồ hôi, tăng tiết nước bọt, nước mũi, mắt đỏ, mạch đập giật ở thái dương.

+ Rối loạn giác quan: sợ ánh sáng, sợ tiếng động.

- Ảnh hưởng các yếu tố chủ quan và khách quan.

- Sau khi ngủ, sau nghỉ ngơi, nhức đầu có đỡ không?

- Khi vận động cơ thể có đau tăng không, xoa hai bên thái dương có đỡ đau không?

- Đã điều trị thế nào, kết quả ra sao?

**2. Khám lâm sàng:**

***Khám toàn thân***

Toàn bộ các cơ quan nội tạng, đặc biệt là tim mạch, phải đo huyết áp, dù là bệnh nhân trẻ (đề phòng cơn tăng huyết áp ác tính).

***Khám thần kinh - tâm thần***

- Chú ý khám tại chỗ.

- Quan sát xem sọ và mặt có biến dạng, có sẹo dày, da đầu có nổi u cục, có điểm đau trên sọ và trên đường đi của những nhánh dây V không.

- Sờ, gõ vào vùng mà bệnh nhân kêu đau và vùng đối diện

- Khám cẩn thận, toàn diện về thần kinh - tâm thần.

- Khám vận động nhãn cầu, các phản xạ đồng tử và chức năng thăng bằng.

***Khám chuyên khoa:***

- Mắt: khúc xạ, thị lực, thị trường, áp lực nhãn cầu, áp lực động mạch võng mạc, đáy mắt.

- Tai - mũi - họng các xoang.

- Răng.

***3. Cận lâm sàng:***

***a. Các xét nghiệm thường quy :***

- Xét nghiệm máu: hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng, Các xét nghiệm thường quy khác: đường, chức năng thận, chức năng gan

**b. Các xét nghiệm đặc hiệu khác:**

**Dịch não tủy**: để loại trừ nguyên nhân viêm nhiễm như viêm màng não, lao màng não, nấm não.

**Hình ảnh học:**

CT não không cản quang: được chỉ định trong **7 trường hợp** sau

1. Đau đầu cơn đầu tiên có tính chất dữ dội và nặng nề.

2. Đau có tính chất tăng tần số và tăng mức độ đau đầu.

3. Đau đầu cơn đầu tiên trên 50 tuổi.

4. Đau đầu cơn đầu tiên ở bệnh nhân có tiền sử ung thư và suy giảm miễn dịch.

5. Đau đầu có kèm theo thay đổi ý thức, thay đổi tâm thần.

6. Đau đầu có kèm sốt, cứng cổ và có dấu hiệu màng não.

7. Đau đầu có kèm theo dấu hiệu thần kinh cục bộ như yếu nửa người.

**Chỉ định chụp MRI não khi đau đầu**

1. Khi nguyên nhân viêm não

2. Thuyên tắc tĩnh mạch não

3. Nhồi máu não gây đau đầu

4. Dị dạng mạch máu não

**III LÂM SÀNG VÀ TIÊU CHUẦN CHẨN ĐOÁN ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT**

**a. MIGRAINE VÀ CÁC DẠNG ĐAU ĐẦU LIÊN QUAN**

**a. *Migraine không tiền triệu (xem bảng 2)***

***Bảng.2***: *Migraine không tiền triệu*

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D |
| B. | Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công) |
| C. | Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau: |
| 1. Đau một bên  2. Đau kiểu mạch đập  3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng  4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang) | |
| D. | . Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: |
| 1. Buồn nôn và/hoặc nôn  2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động | |
| E. | Không quy kết được cho một rối loạn nào khác |
| F. | Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D |
| G | . Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công) |
| H. | . Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:  1. Đau một bên  2. Đau kiểu mạch đập  3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng  4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang) |
| I. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: | |
| 1. Buồn nôn và/hoặc nôn  2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động | |
| J. | Không quy kết được cho một rối loạn nào khác |

***b. Migraine có tiền triệu( bảng 3 )***

***Bảng 3: T****iền triệu điển hình kèm đau đầu migraine*

|  |
| --- |
| A. Ít nhất 2 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D  B. Tiền triệu kèm ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau, nhưng không có yếu vận động:  1. Các triệu chứng thị giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: ánh sáng, điểm, đường thẳng nhấp nháy) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: mất thị giác)  2. Các triệu chứng cảm giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: cảm giác châm chích) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: giảm cảm giác)  3. Rối loạn ngôn ngữ có thể hồi phục hoàn toàn  C. Ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:  1. Triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc triệu chứng cảm giác cùng bên  2. Ít nhất một tiền triệu phát triển từ từ trong hơn 5 phút và/hoặc các tiền triệu khác nhau xảy ra liên tiếp nhau trong hơn 5 phút  3. Mỗi tiền triệu kéo dài > 5 và < 60 phút  D. Như với Migraine không tiền triệu - 1.1, cơn đau đầu thoả mãn tiêu chuẩn B đến D bắt đầu trong giai đoạn tiền triệu và theo sau tiền triệu trong vòng 60 phút.  E. Không quy kết được cho 1 rối loạn khác |

***c. Migaine mạn tính***

Chẩn đoán migraine mạn tính đòi hỏi rằng tất cả các cơn đau đầu phải thoả mãn tiêu chuẩn chẩn đoán migraine áp dụng được cho nhóm phổ biến các bệnh nhân có migraine từng đợt trước đó và tiến triển đến tình trạng các cơn đau đầu thường xuyên mà phần lớn cơn ít có đặc điểm migraine. Các đặc điểm chẩn đoán migraine mạn tính gồm :

1. Đau đầu migraine ≥ 15 ngày/ tháng trong ít nhất 3 tháng.

2. Có ít nhất 5 cơn có các đặc điểm của migraine không tiền triệu.

3. Có ≥ 8 ngày/tháng trong ít nhất 3 tháng, đau đầu thỏa mãn đặc điểm đau và migraine không tiền triệu ( mục a và b) hoặc đã được điều trị với triptan hoặc ergot và thuyên giảm trước khi phát triển đầy đủ triệu chứng migraine :

a. Có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau : Đau một bên, đau kiểu mạch đập, cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng, đau nặng thêm khi hoạt động thể lực hoặc phải né tránh các hoạt động thể lực

b. Có ít nhất 1 trong số các triệu chứng sau : buồn nôn và/hoặc nôn và sợ ánh sáng và sợ tiếng động

4. Không phải đau đầu do lạm dụng thuốc và không có rối loạn nguyên nhân khác.

***d. Trạng thái migraine:***

Đề cập đến tình trạng ít gặp của migraine kéo dài mà không suy giảm sau 72 giờ, cũng đòi hỏi phải thoả mãn tiêu chuẩn migraine.

***e. Migraine chu kỳ kinh nguyệt:***

Đơn thuần và migraine liên quan chu kỳ kinh nguyệt. Migraine kinh nguyệt không được phân loại theo Hiệp hội đau đầu quốc tế và chưa có sự thống nhất về định nghĩa. Thời gian xảy ra thường từ 2 ngày trước chu kỳ đến 3 ngày sau khi có kinh, là lúc estrogen giảm xuống và bóp cò cho migraine . Biểu hiện lâm sàng không khác với migraine không theo chu kỳ kinh, nhưng thường thời gian kéo dài, cường độ nặng hơn và không có aura.

**2. ĐAU ĐẦU CỤM VÀ ĐAU ĐẦU TỰ CHỦ DÂY TK TAM THOA**

Thuật ngữ đau đầu tự chủ dây tam thoa (Trigeminal autonomic cephalalgias) gồm 3 loại đau đầu dường như có liên quan một mức độ nào đó với nhau: đau đầu cụm, đau nửa đầu kịch phát, và đau nửa đầu liên tục. Nhìn chung tất cả đều là đau đầu ngắn và có thể bao gồm các bất thường tự chủ ở đầu. Đau đầu cụm với đặc điểm đau quanh ổ mắt, ngắn (15 đến 180 phút) và nghiêm trọng, xảy ra theo chu kỳ, nhìn chung dễ chẩn đoán và điều trị

***a. Đau đầu cụm (cluster headache)***

***Đặc điểm lâm sàng:*** Cùng bên với bên đau đầu, hội chứng Horner một phần không có giảm tiết mồ hôi ở mặt, nghẹt mũi, chảy nước mắt do tắc tạm thời ống lệ mũi, tăng tiết mồ hôi (hiếm), phừng mặt, phù mô mặt, xưng nướu răng và khẩu cái (rất hiếm). “Điểm lạnh” trên ổ mắt, nhịp tim chậm (có thể nặng đến mức gây ngất), tăng huyết áp, tăng tiết acid trong dạ dày.

**b. Đau nửa đầu kịch phát (Paroxysmal hemicrania (PH))**cũng là dạng cơn với những đợt gồm các cơn tách biệt nhau và thể mạn tính không thoái lui. Biểu hiện của ***Đau nửa đầu kịch phát*** là các cơn ngắn từ 2 đến 30 phút (ngắn hơn cơn đau đầu cụm), nhìn chung xuất hiện hơn 5 lần một ngày. Một đặc điểm gần như đồng nhất của *Đau nửa đầu kịch phát* khác với đau nửa đầu liên tục, là đặc điểm đáp ứng với indomethacine là tiêu chuẩn cần thiết cho chẩn đoán. Điều này dẫn đến một khả năng là những bệnh nhân với các cơn tương tự với *Đau nửa đầu kịch phát* mà không đáp ứng với indomethacine sẽ không thoả được phân loại chẩn đoán này.

**c. Đau nửa đầu liên tục (Hemicrania continua (HC))** biểu hiện là đau liên tục một bên, thường kèm triệu chứng tự chủ và, giống như migraine, đáp ứng hoàn toàn với indomethacine.

***Bảng.4: Đ****au nửa đầu liên tục*

|  |
| --- |
| A. Đau đầu > 3 tháng thoả mãn tiêu chuẩn B đến D  B. Có tất cả các đặc điểm sau  1. Đau một bên mà không đổi bên  2. Đau mỗi ngày và liên tục mà không có khoảng thời gian không đau  3. Cường độ trung bình nhưng có những đợt đau nghiêm trọng  C. Có ít nhất 1 trong các triệu chứng tự chủ sau trong đợt cấp và cùng bên với đau đầu:  1. Sung huyết kết mạc và/hoặc chảy nước mắt  2. Sung huyết mũi và/hoặc chảy nước mũi  3. Sụp mi và/hoặc co đồng tử  D. Đáp ứng hoàn toàn với liều điều trị của indomethacin  E. Không quy kết được cho một rối loạn khác |

**3. ĐAU ĐẦU DẠNG CĂNG THẲNG (Tension-type headache)**

Đau đầu dạng căng thẳng là rối loạn chưa được hiểu rõ không chỉ về sinh lý bệnh mà thậm chí cả dịch tễ học cũng không rõ ràng. Trong phần lớn nghiên cứu, đau đầu dạng căng thẳng gặp nhiều hơn so với migraine, với tỷ lệ hiện mắc tính trong cả cuộc đời đạt tới 80%.

Xảy ra mức độ nhẹ đến trung bình, kéo dài từ 30 phút đến 1 tuần, xuất hiện hai bên, vị trí thay đổi, tính chất như căng, bóp ép, không tăng khi hoạt động thể lực. Điều trị thuốc kháng viêm nonsteroid hay chống trầm cảm thường có hiệu quả.

ICHD phân chia đau đầu dạng căng thẳng thành 3 nhóm lớn dựa trên tần số:

1) Đau đầu căng thẳng có cơn không thường xuyên - trung bình cơn đau đầu ít hơn 1 ngày trong 1 tháng. ( bảng 5)

2) Đau đầu căng thẳng cơn thường xuyên - trung bình cơn đau đầu từ 1 đến 14 ngày trong 1 tháng

3) Đau đầu căng thẳng mạn tính - trung bình cơn đau đầu từ 15 ngày trở lên trong 1 tháng.

*Bảng 5: đau đầu dạng căng thẳng cơn không thường xuyên*

|  |
| --- |
| A. Ít nhất 10 cơn xảy ra trung bình < 1 ngày mỗi tháng (< 12 ngày mỗi năm) và thoả mãn tiêu chuẩn B đến D  B. Đau đầu kéo dài từ 30 phút đến 7 ngày  C. Đau đầu có ít nhất 2 đặc điểm sau  1. Đau 2 bên  2. Đau kiểu thắt chặt (không kiểu mạch đập)  3. Cường độ nhẹ đến trung bình  4. Không nặng thêm bởi hoạt động thể lực thông thường như đi bộ hay leo cầu thang  D. Có cả 2 đặc điểm sau  1. Không buồn nôn hay nôn (có thể có chán ăn)  2. Không nhiều hơn một triệu chứng sợ ánh sáng hay sợ tiếng động  E. Không quy kết được cho một rối loạn khác |

**Đau đầu dạng căng thẳng mạn tính**

Phân loại đau đầu quốc tế II (ICHD 2) có các đặc điểm sau:

**1. Đau đầu xảy ra** ≥ 15 ngày/tháng trong trung bình > 3 tháng (≥180 ngày/năm) và đáp ứng các tiêu chuẩn 2-4

**2. Đau đầu kéo dài nhiều giờ hoặc liên tục**

**3. Đau đầu có ít nhất 2 trong các đặc điểm :**

a. Xảy ra hai bên

b. Kiểu ép chặt/ siết chặt ( không theo mạch đập)

c. Mức độ nhẹ đến trung bình

d. Không nặng thêm khi hoạt động thể lực như đi bộ hoặc leo cầu thang

**4. Có cả 2 đặc điểm sau :**

a. Không có nhiều hơn một trong các triệu chứng sợ âm thanh, sợ ánh sáng hoặc nông nhẹ

b. Không có nôn mức độ trung bình đến nặng hoặc buồn nôn

**5. Không do một rối loạn khác**

Ngoài ra *Đau đầu hàng ngày thể mới* (New daily persistent headache NDPH) gồm đau đầu liên tục, nhất thiết phải thoả mãn tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu căng thẳng mạn tính. (không giống migraine) Chẩn đoán này chỉ ra khó khăn khi quy kết chẩn đoán chỉ dựa trên bệnh sử, bởi vì rõ ràng rằng một số bệnh nhân đơn giản là không nhớ các chi tiết chính xác về khởi phát đau đầu của họ. Khởi phát với đau đầu mức độ vừa giống như đau đầu căng thẳng liên tục mới đây, điều trị không hiệu quả với hướng dẫn đau đầu căng thẳng hiện nay. Đau đầu hàng ngày thể mới trong *ICHD-II* là một lĩnh vực khá phước tạp vẫn còn bàn cãi.

**5. Chẩn Đoán Phân Biệt với nguyên nhân đau đầu thứ phát**

Trong các phần trên chúng tôi đã nêu các thể lâm sàng của đau đầu nguyên phát, những điểm đặc trưng về đau đầu cũng như tính ổn định của các dấu hiệu này là các điểm gợi ý chẩn đoán mạnh và chặt chẽ của loại đau đầu này. Các tiêu chí này có ý nghĩa rất quan trọng để chẩn đoán phân biệt giữa đau đầu nguyên phát và thứ phát. Điểm đặc trưng của đau đầu nguyên phát với tính ổn định của triệu chứng và gợi ý chẩn đoán mạnh mẽ điển hình nhất là đau đầu migraine.

Các đặc điểm này bao gồm:

- Kiểu đau cố định

- Tiền sử gia đình bị đau đầu migraine

***-*** Giảm đau đầu khi ngủ

- Đau đầu tăng lên khi có kinh nguyệt

- Khám thần kinh và thực thể bình thường

Ngược lại khi nghĩ đến đau đầu thứ phát hay đau đầu do một bệnh thực thể, có một số đặc điểm có thể là dấu chỉ báo **tình trạng nguy hiểm**, bao gồm:

- Đau đầu lần đầu hoặc đau nhiều nhất từ trước đến giờ

- Đột đau đầu mới xảy ra đột ngột hoặc thay đổi kiểu đau

- Khởi phát đau đầu sau 50 tuổi

- Một đau đầu làm tỉnh ngủ hoặc xảy ra lúc thức

- Đau đầu xảy ra khi gắng sức

- Đau đầu xảy ra khi ho, hoặc tùy thuộc vào tư thế ( ví dụ, cúi gập, cử tạ)

- Tiền sử gần đây có chấn thương đầu

- Tiền sử có liên quan đến các bệnh mạn tính, như ung thư hoặc HIV

- Kết hợp giữa đau đầu với cổ gượng

- Kết hợp giữa đau đầu với thay đổi nhân cách, hành vi, hoặc thay đổi ý thức

- Bất thường khi thăm khám thần kinh

**Các nguyên nhân thường gặp gây đau đầu thứ phát bao gồm:**

- Đau đầu do lạm dụng thuốc

- Các bệnh lý mạch máu não (huyết khối tĩnh mạch nội sọ, dị dạng động tĩnh mạch, viêm động mạch đại bào, xuất huyết dưới nhện,...)

- Thay đổi áp lực dịch não tủy (DNT) (rò DNT tự phát, tăng áp lực nội sọ nguyên phát, tăng áp lực nội sọ thứ phát)

- Tổn thương choán chỗ trong sọ (u, tụ máu. ), sau chấn thương

- Nhiễm trùng (trong hoặc ngoài sọ, viêm xoang)

- Bệnh cơ xương (rối loạn cột sống cổ, rối loạn khớp thái dương hàm)

Chẩn đoán đau đầu thứ phát dựa trên sự khai thác cẩn thận bệnh sử, khám thực thể, và thăm khám thần kinh. Các cận lâm sàng thích hợp bao gồm khảo sát máu và dịch não tủy và hình ảnh học (CT hay MRI)

**IV. ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT**

**1. Điều trị migraine**

*Theo nhiều kinh nghiệm của các trung tâm migraine và các chuyên gia đau đầu việc xác định chẩn đoán cũng như thực hành điều trị đau đầu cấp tính nguyên phát cần theo hướng dẫn, việc lấy chuẩn mực hướng dẫn đã được nghiên cứu và kiểm nghiệm. Chúng tôi giới thiệu tnhững nội dung cơ bản “hướng dẫn điều trị migraine của hiệp hội châu Âu và Viện Thần Kinh Hoa Kỳ. 2012”Hy vọng tài liệu này sẽ cung cấp cho quý đồng nghiệp những thông tin tham khảo.*

***a.Điều trị cấp cơn migraine***

***Điều trị các cơn Migraine bằng thuốc:***

Nhiều thử nghiệm lớn ngẫu nhiên, đối chứng với giả dược đã được công bố về xử trí cấp cơn Migraine. Trong phần lớn thử nghiệm này, điều trị thành công các cơn Migraine đã được định nghĩa bởi tiêu chuẩn sau đây:

- Hết đau sau 2 giờ.

- Cải thiện đau đầu từ trung bình hoặc nặng về mức độ nhẹ hoặc hết đau sau 2 giờ.

- Hiệu quả hằng định ở 2 trên 3 cơn.

- Không tái phát đau đầu và không dùng thêm thuốc trong vòng 24 giờ sau khi điều trị thành công (được gọi là giảm đau hoặc không đau kéo dài)

***Bảng 6*** giới thiệu tổng quan các thuốc giảm đau có hiệu quả trong điều trị migraine cấp. Nhằm ngăn ngừa đau đầu do lạm dụng thuốc, việc sử dụng các thuốc giảm đau đơn giản nên được giới hạn tối đa 15 ngày mỗi tháng và việc dùng các thuốc giảm đau kết hợp giới hạn là 10 ngày mỗi tháng.

***Bảng.6: Các thuốc điều trị migraine cấp (cắt cơn)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều, mg** | **Mức độ khuyến cáo** | **Chú giải** |
| Acetylsalicylic acid (ASA) | 1000 (uống) | A | Tác dụng phụ dạ dày ruột |
| Ibuprofen | 200 – 800 | A | Tác dụng phụ như ASA |
| Naproxen | 500 – 1000 | A | Tác dụng phụ như ASA |
| Paracetamol | 1000 (uống) 1000 (tọa dược) | A | Thận trọng trong suy gan,suy thận |

***Các thuốc chống nôn:***

Việc sử dụng các thuốc chống nôn trong các cơn migraine được khuyến cáo để điều trị buồn nôn và nôn:

***Bảng 7 : Các thuốc chống nôn được khuyến cáo để điều trị cấp cơn migraine.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều, mg** | **K.** **cáo** | **Chú giải** |
| Metoclo-pramide | 10 - 20 (uống) 20 (tọa dược)  10 (TM, TB, DD) | B | Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ. |
| Domperidon | 20 - 30 (uống) | B | Các tác dụng phụ ít nghiêm trọng,có thể dùng cho trẻ em. |

***Triptan*** (chất đồng vận 5 - HT)(BVĐK Hậu Giang chưa có): các chất đồng vận thụ thể 5 - HT sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, alotriptan, eletrip, và frovatriptan là các thuốc trị Migraine và không nên sử dụng trong các rối loạn đau đầu khác ngoại trừ đau đầu cụm. Các triptan khác nhau để điều trị Migraine được trình bày trong Bảng 3. Hiệu quả các triptan đã được chứng minh trong các thử nghiệm lớn đối chứng với các giả dược trong đó các phân tích gộp đã được công bố.

Các triptan có thể hiệu quả ở bất kỳ thời điểm nào trong suốt hơn 1 cơn migraine. Tuy nhiên các bằng chứng cho thấy rằng các triptan được sử dụng càng sớm thì hiệu quả của chúng càng tốt.

Việc sử dụng triptan phải được giới hạn tối đa 9 ngày mỗi tháng theo tiêu chuẩn IHS, trong các nghiên cứu dịch tễ học, nguy cơ của mạn tính hóa có thể đáng kể khi dùng triptan 12 ngày mỗi tháng. Tất cả các triptan đều có thể gây ra đau đầu do lạm dụng thuốc. Khoảng 15 - 40% (phụ thuộc trên hiệu quả ban đầu và hiệu quả kéo dài của thuốc, bệnh nhân dùng triptan đường uống bị tái phát, khi đó một liều triptan thứ hai thường hiệu quả trong phần lớn các trường hợp. Tuy nhiên nếu liều đầu tiên của triptan không hiệu quả thỉ liều thứ hai cũng không có tác dụng.

***Bảng 8: Các triptan khác nhau để điều trị cơn migraine cấp (theo thứ tự thời điểm xuất hiện trên thị trường), không phải mọi dạng sử dụng và mọi hàm lượng đều hiện diện ở tất cả các nước***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều, mg** | **Khuyến**  **Cáo** | **Ghi chú** |
| Sumatriptan | 25,50,100 (uống) 25 (tọa dược), 10,20 (xịt mũi) | A | 100mg sumatriptan được tham khảo đối với tất cả các triptan |
| Zolmitriptan | 2.5,5 (uống) 2.5, 5 (xịt mũi) | A  A |  |

Các tác dụng phụ thường gặp của triptan: các triệu chứng khó chịu ngực, buồn nôn, nôn, dị cảm ngón chi, mệt mỏi. Các chống chỉ định chung: tăng huyết áp không kiểm soát, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, bệnh Raynaud, thai kỳ và cho con bú, dưới 18 tuổi (ngoài trừ zumatriptan xịt mũi) hoặc trên 65, suy gan hoặc suy thận nặng.

b. Điều trị phòng ngừa migraine:

b.l Chỉ định điều trị ngừa cơn khi có 1 trong các yếu tố sau:

• Điều trị ngừa cơn phải phối hợp với điều trị cấp tính

• Bệnh migraine ảnh hưởng tới đời sống bệnh nhân dầu đã được điều trị cắt cơn

• Các thuốc cắt cơn có chống chỉ định, không hiệu quả, không dung nạp hay có tình trạng lạm dụng thuốc

• Có ≥ 2 cơn migraine mỗi tuần

• Một số thể migraine đặc biệt

• Ý muốn của bệnh nhân

Các thuốc phòng ngừa migraine dung nạp tốt và có bằng chứng hiệu quả là ức chế kênh calcium, ức chế beta, thuốc chống động kinh, NSAID, các thuốc chống trầm cảm và các thuốc khác. Theo quan điểm của nhóm chuyên gia, điều trị dự phòng migraine bằng thuốc nên được xem xét và bàn luận với bệnh nhân khi:

Dự phòng migraine được cho là thành công nếu tần số của các cơn migraine mỗi tháng giảm đi ít nhất 50% trong vòng 3 tháng. Để đánh giá điều trị, nhật ký migraine là phương tiện rất hữu ích. Các thuốc chọn lựa đầu tiên được khuyến cáo theo sự đồng thuận của nhóm chuyên gia và theo các bằng chứng nghiên cứu đã được đưa vào các khuyến cáo mới nhất, được trình bày trong các bảng sau.

***Bảng.9: Các thuốc chọn lựa đầu tiên để điều trị dự phòng migraine.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều, mg** | **Mức chứng cứ khuyến cáo** |
| **Chống động kinh** |  |  |
| Topiramate | 25 -100 | A |
| Valproic acid | 500 -1800 | A |
| **Ức chế kênh Calcium** |  |  |
| Flunarizine | 5 -10 | A |
| **Chẹn beta** |  |  |
| Metoprolol | 50 -200 | A |
| Propranlol | 40 -240 | A |
| Timolol |  | A |
| **Triptans** | Dùng phòng ngừa ngắn | A |
| Frovatriptan | migraine kinh nguyệt |  |

***Bảng 6.10: Các thuốc được chọn lựa thứ 2 trong dự phòng migraine***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều, mg** | **Khuyến cáo** |
| Amitriptylime | 50-150 | B |
| Venlafaxine | 75-150 | B |
| Atenolol, Nadolol |  |  |
| Các triptans:  Naratriptan,  Nomitriptan | Dùng phòng ngừa ngắn migraine kinh nguyệt | B |
| Naproxen | 250 – 500 | B |

**b.2 Phòng ngừa không dùng thuốc**

• Dinh dưỡng

✓ Một số thức ăn có Tyramine có thể là yếu tố khởi phát cơn migraine trên một số bệnh nhân

✓ Fromage, rượu chát đỏ ...

✓ Tránh các chất phụ gia thực phẩm

✓ Monosodium Glutamate, đường hóa học ...

✓ Không phải loại nào cũng có chứng cớ làm nặng thêm bệnh nhưng bệnh nhân có thể kiêng ăn nếu muốn

✓ Ăn chay có thể làm thiếu Vitamin B12 và các chất khác và làm migraine nặng hơn

• Châm cứu:

Chưa có bằng chứng về hiệu quả nhưng hay được sử dụng

• Vật lý trị liệu

• Chưa có bằng chứng có hiệu quả

• Tâm lý trị liệu: có thể hiệu quả trên bệnh nhân có vấn đề tâm lý

✓ Thư giãn, Yoga

✓ Giảm căng thẳng

✓ Biofeedback

• Tập vận động: thể dục, Aerobic

✓ Không có nghiên cứu chứng minh hiệu quả nhưng có thể làm giảm số cơn trong một số trường hợp

✓ Có thể việc vận động làm bệnh nhân bớt lo lắng, giảm căng cơ, tăng tiết endorphine

*Migraine thai kỳ:* Nếu migraine xảy ra trong thai kỳ, chỉ có paracetamol được phép sử dụng trong suốt thai kỳ. Triptan và Ergot alkloids bị chống chỉ định. Đối với dự phòng migraine, chỉ có magnesium và metoprolol được khuyến cáo trong suốt thai kỳ (khuyến cáo mức độ B).

**2. Điều trị đau đầu dạng căng thẳng**

***Điều trị cấp***

Thuốc giảm đau đơn thuần và NSAIDs hữu dụng cho việc điều trị cấp tính đau đầu căng thẳng. Aspirin là loại thuốc giảm đau thông dụng nhất có tác dụng hơn giả dược và acetaminophen.

NSAIDs có tác dụng chống viêm, giảm đau và giảm sốt và hấp thu nhanh khi uống với thời gian tập trung huyết thanh tối đa trong vòng ít hơn 2 giờ: Ibuprofen 200 - 400mg/ ngày, Naproxen 550mg/ngày, Celecoxib 100-200 mg/ngày. Các NSAIDs khác như ketoralac, diclofenac và indomethacin có hiệu quả giảm đau đầu, nhưng chưa được nghiên cứu nhiều.

*Điều trị phòng ngừa*

Điều trị phòng ngừa là điều trị căn bản. Tương tự migranie mạn tính, trị liệu có hiệu quả sẽ phải được duy trì trong 3-6 tháng rồi mới thử ngưng. Dưới đây là tóm tắt các thuốc phòng ngừa trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính.

*Phòng ngừa bằng thuốc*

***Amitriptyline:*** Amitriptyline là thuốc thường dùng, liều thay đổi từ 25 đến 100mg/ngày. Đây là thuốc chống trầm cảm duy nhất đã được chứng minh hiệu quả có ý nghĩa thống kê trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính qua nhiều thử nghiệm. Amitriptyline được ước tính giảm 30% dựa trên một số nghiên cứu.

***Nortriptyline:*** Nortriptyline có nhiều dữ liệu ủng hộ hơn amitriptyline. Bệnh nhân đau đầu dạng căng thẳng mạn tính không đáp ứng với amitriptyline được chỉ định dùng nortriptyline liều lên đến 75mg/ngày.

***Protriptyline:*** **Protriptyline 20mg mỗi sáng. Ít gây tăng cân hơn so các thuốc chống trầm cảm 3 vòng khác.**

***Mirtazapine:*** Mirtazapine 15 -30mg/ngày tác dụng trên đau đầu làm giảm diện tích dưới đường cong 34% so với giả dược. Nó cũng làm giảm tần suất, thời gian và mức độ đau có ý nghĩa thống kê so với giả dược. Hiệu quả của mirtazapine tương tự như amitriptyline. Thuốc có thể dùng trước khi ngủ.

***Topiramate:*** Trong một nghiên cứu mở, 73% người sử dụng topiramate (liều 25-100mg/ngày) đạt hiệu quả giảm 50% đau đầu trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính từ tuần 13-24. Mức độ đau đầu trung bình giảm từ 6.13 xuống 2.07 theo thang điểm Visual Analog Scale. Tuy nhiên cần những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng để xác định vai trò của topiramate trong điều trị đau đầu dạng căng thẳng mạn tính.

***Sodium valproate:*** Sodium valproate (500mg hai lần/ngày) giảm tần suất đau đầu nhiều hơn giả dược trên bệnh nhân đau đầu dạng căng thẳng mạn tính trong nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, mù đôi, có nhóm chứng giả dược. Thang điểm Visual Analog Scale không giảm trong nhóm sodium valproate.

***Gabapentin*** là thuốc chống động kinh tác dụng giảm đau đầu căng thẳng thường xuyên, liều khởi đẩu 300mg, tối đa 1200mg.

***Các thuốc dãn cơ****:* có nhiều nghiên cứu điều trị đau đầu dạng căng thẳng kết hợp các thuốc dãn cơ làm giảm tần xuất đau đầu cơn và đau đầu liên tục. Triệu chứng căng cơ và đau đầu giảm rõ rệt nhất là khi đi ngủ. Các thuốc giãn cơ hiện dùng gồm Tolperison (mydocalm) Epireson (myonal), baclofen.

***Botulinum toxin*** (BTX) tiêm vào cơ quanh sọ có tác dụng đối với bệnh nhân đau đầu căng cơ trong một nghiên cứu mở và trong 2 nghiên cứu mù đôi kiểm chứng giả dược. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên mù đơn, Porta và cộng sự nghiên cứu mức an toàn và tác dụng của việc tiêm BTX-A vào cơ quanh sọ khi điều trị đau đầu căng thẳng .

*Lưu ý:* thời gian điều trị chung cho đau đầu dạng căng thẳng mạn tính là 3 tháng, khi đó có thể thử ngưng thuốc; thời gian 3 tháng là tối thiểu, có thể kéo dài hơn khi các trịệu chứng rối loạn như lo âu, mất ngủ chưa được kiểm soát.

**3. Điều trị đau đầu cụm cấp (cắt cơn)**

Vì cơn đau đầu cụm có khởi phát đột ngột và nhanh chóng đạt đến cường độ đỉnh, nên điều trị cắt cơn phải là những trị liệu tác dụng nhanh. Thở oxy, sumatriptan, dihydroergotamine, zolmitriptan và gây tê tại chỗ giúp giảm nhanh cơn đau đầu cụm (xem điều trị migraine).

**Tài liệu tham khảo :**

Tiếng việt :

1. Vũ Anh Nhị ,Chẩn đoán và điều trị nhức đầu ( tài liệu lưu hành nội bộ -Bộ môn thần kinh 2012 )

2. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# CHÓNG MẶT

**1. Đại cương**

**1.1. Định nghĩa :**

Chóng mặt thật sự (vertigo): là ảo giác chuyển động của người hoặc vật xung quanh, ảo giác chuyển động này thường là xoay tròn, nhưng cũng có thể là chuyển động thẳng, hoặc cảm giác nghiêng ngả.

Choáng váng (xây xẩm, chao đảo, nhẹ đầu...): là các cảm giác lâng lâng, nhẹ đầu, xây xẩm, tối mắt, chao đảo và đứng không vững.. .nhưng không có bất kỳ ảo giác chuyển động nào.

**1.2. Các nguyên nhân chóng mặt**

**1.2.1. Nguyên nhân trung ương:**

• Tổn thương thần kinh (U vùng góc cầu tiểu não)

• Bệnh mạch máu não

• Migraine

• Xơ cứng rải rác (Multiple sclerosis)

**1.2.2. Nguyên nhân ngoại biên**

• Viêm thần kinh tiền đình

• Chóng mặt tư thề kịch phát

• Cholestotoma

• Menier’s disease

• Xơ cứng tai

• Rò quanh bạch huyết

• Bệnh tai trong

**1.2.3. Phân loại lâm sàng:**

• Chóng mặt nguồn gốc trung ương

• Chóng mặt nguồn gốc ngoại biên

• Ngoài ra, các tác giả phân loại chóng mặt trung gian

**2. CHÓNG MẶT NGUỒN GỐC TRUNG ƯƠNG**

**2.1. Chóng mặt và tổn thương thần kinh (hố sau-thân não)**

**Chóng mặt liên quan tổn thương thần kinh bao gồm:**

• U dây thần kinh VIII

***•*** U màng não

• U sào bào hay (cholesteatoma)

**Đặc điểm lâm sàng**

• Khởi phát từ từ : đau đầu, chóng mặt, ù tai, cảm giác đầy tai

• Liệt TK VII, VIII (điếc)

• Rối loạn tiền đình, rung giật nhãn cầu (nystagmus)

• Rối loạn tiểu não cùng bên.

• MRI cho chẩn đoán

• Điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

**2.2. Bệnh mạch máu não (cerebrovascular disorders)**

Chóng mặt do nguyên nhân mạch máu có khoảng 50% các trường hợp thiếu máu động mạch cột sống thân nền:

• Khi chóng mặt kèm các dấu hiệu thần kinh, tiền đình trung ương, hiếm gặp tiền đình ngoại biên.

• Dấu hiệu thường gặp nhồi máu não, chóng mặt kèm nystagmus, bệnh lý mắt (liệt vận nhãn, mất thị lực hay thị trường một bên)

• Hiếm gặp giảm thính lực

• Điều trị như đột quị giai đoạn cấp

***2.2.1 Thiếu máu hoặc nhồi máu động mạch sống nền:*** thiếu máu thoáng qua hoặc đột quị hệ thống mạch máu sống nền thường phối hợp chóng mặt và thất điều.

***2.2.2. Thiếu máu đồi thị (động mạch màng mạch sau):*** chóng mặt có thể đột ngột nhưng thường bệnh nhân không nhận rõ thời khoảng. Chóng mặt mức độ vừa (không có cơn): loạng choạng, xay xẩm, bập bềnh, quên. Mất thị trường đối bên (kết hợp tác động mạch não sau) rối loạn phản xạ mắt-đầu (ocular tilt). Phản xạ mắt tiền đình bình thường (VOR)

***2.2.3. Tắc động mạch tai trong*** (internal auditory artery): chóng mặt tiền đình trung ương do động mạch tai trong bắt nguồn từố động mạch thân nền hay động mạch tiểu não trước dưới

- Chóng mặt kèm:

+ Nystagmus (pha nhanh đi xa bên tổn thương)

+ Điếc một bên.

***2.2.4. Nhồi máu vùng bên hành não*** (lateral Medulary infarction):

Bao gồm các triệu chứng: chóng mặt, buồn nôn, nôn, khó nuốt, nói khàn, nystagmus, hội chứng Horner, thất điều chi, rối loạn cảm giác mặt..

***2.2.5. Nhồi máu tiểu não:***

Lâm sàng bao gồm:

- Chóng mặt

- Thất điều tiểu não và giảm trương lực chi cùng bên

- Triệu chứng khác: buồn nôn, đau đầu, liệt mắt, nói khó

- Triệu chứng nặng : liệt một người, rối loạn ý thứng

- CT và MRI là kỹ thuật chẩn đoán có giá trị

**2.2.6. Xuất huyết tiểu não:**

Lâm sàng: đột ngột, chóng mặt, đau đầu kết hợp, hội chứng tiểu não, nystagmus, buồn nôn, rối loạn ý thức, tăng HA

**2.3. Chóng mặt MIGRAINE**

Tiêu chuẩn đề xuất:

• Các triệu chứng tiền đình từng cơn tái phát vừa hoặc nặng, và

• Tiền sử migraine theo tiêu chuẩn của hiệp hội đau đầu quốc tế (International Headache Society - IHS), và

• Một trong các triệu chứng migraine sau đây xảy ra trong ít nhất hai cơn chóng mặt:

- Đau đầu migraine

- Sợ ánh sáng (photophobia)

- Sợ âm thanh (phonophobia)

- Triệu chứng tiền triệu ánh sáng và các tiền triệu khác Loại trừ các căn nguyên khác bằng cận lâm sàng.

Các triệu chứng tiền đình bao gồm chóng mặt quay cuồng, ảo giác vận động bản thân và môi trường. Các triệu chứng có thể tự phát, liên quan tư thế hoặc được khởi phát do xoay đầu. Hầu hết các bệnh nhân chóng mặt migraine có triệu chứng tiền đình mà không có triệu chứng thần kinh khác. Điều này giúp phân biệt chóng mặt migraine với các migraine thể thân nền.

**3. CHÓNG MẶT TIỀN ĐÌNH NGOẠI BIÊN**

Nhiều bệnh lý khác nhau có thể gây chóng mặt ngoại biên, nguyên nhân quan trọng nhất là:

• Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính

***•*** Viêm mê đạo

• Bệnh Ménière

• Chóng mặt áp lực

• Chấn thương và tổn thương đầu cần phẩu thuật

**3.1. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính**

***Định nghĩa:***

***•*** Lành tính- không ác tính hay đe dọa sự sống

• Kịch phát- đáp ứng tạo ra mãnh liệt, mệt mõi

• Tư thế- do thay đổi tư thế đầu hay cơ thể

• Chóng mặt- cảm giác vận động, thường mô tả xoay tròn

***Đặc điểm:***

***•*** Tần suất: 80% các trường hợp chóng mặt

• Tuổi : 30-50, nữ thường gặp hơn nam

• Thời gian khoảng cơn 1-2 phút

• Nếu không điều trị bệnh tự khỏi từ vài tuần đến vài tháng. Tỷ lệ tái phát cao (1 năm: 18%, 3 năm: 30%)

• Bệnh nhân thường ngăn ngừa bằng cách tránh tư thế gây ra chóng mặt, “có thể dẫn đến rối loạn chức năng cơ cột sống, giảm chức năng tiền đình hay cả hai”

***Nguyên nhân*** là do sự di chuyển cơ học của sỏi tai (otoconia) từ soan nang (utricle) vào trong ống bán khuyên.

***Lâm sàng chóng mặt kịch phát tư thế lành tính***

***•*** Hay gặp tuổi 30 - 50.

• Cơn chóng mặt đột ngột xảy ra jhi thayddooir tư thế. Chóng mặt quay tròn xảy ra, kéo dài 1- 2 phút và có thể làm cho bệnh nhân cảm thấy buồn nôn nhưng hiếm khi nôn.

• Có khi có chấn thương đầu .

• Nhiễm trùng đường hô hấp trên do virus ở giai đoạn sớm dẫn tới tổn thương bên trong mê đạo.

**3.2. Viêm mê đạo**

• Viêm nhiễm của mê đạo do virus hoặc vi khuẩn. Viêm mê đạo do virus có thể xảy ra khi bị cảm cúm hoặc bệnh lý khác như sởi hoặc quai bị.

• Viêm mê đạo vi khuẩn thông thường được gây bởi viêm tai giữa không được điều trị đầy đủ ( nhiễm trùng tai giữa)

• Triệu chứng chính là chóng mặt, những triệu chứng khác có thể là buồn nôn, nôn, mất thính lực, ù tai (reo trong tai)

**3.3. Bệnh Ménière**

Bệnh Ménière ,nguyên nhân chính của chóng mặt là do thiếu cung cấp máu tai trong, dẫn tới làm tăng áp lực nội dịch.

Bệnh hội đủ 3 triệu chứng: chóng mặt, ù tai, mất thính lực (điếc)

Tuổi : 20-50, nam = nữ

Cơn kéo dài : nhiều giờ # 24

Mức độ: rầm rộ và trầm trọng

Cơ chế sinh bệnh: tăng thể tích nội dịch.

**3.4. Chóng mặt áp lực**

Những thay đổi áp lực trong tai giữa có thể kích thích các vành bán khuyên. Ở những người nhạy cảm, tác dụng gây chóng mặt có thể là rất mạnh mà có thể là do khởi phát đột ngột. gặp trong say tàu xe , máy bay

**3.5. Chóng mặt sau chần thương và phẫu thuật vùng đầu cổ**

Các chấn thương tai trong được gây do phẩu thuật viên phẩu thuật tai giữa, hoặc chấn thương trực tiếp ở đầu , những thay đổi áp lực có thể gây chấn thương, dẫn đến vỡ màng mê đạo .

Thường thì các tổn thương đầu gây nên một dạng chóng mặt mà ở đó cảm giác chuyển động xảy ra chỉ khi đầu ở một vị trí nào đó. Loại chóng mặt này được biết là chóng mặt tư thế. Đặc tính không thể hồi phục của nhiều tổn thương đầu có nghĩa là điều trị thường khó khăn.

**4. CHÓNG MẶT TRUNG GIAN**

Chóng mặt có nguồn gốc trung gian tương đối không thường gặp.

***4.1. Viêm thần kinh tiền đình***

Do nhiễm trùng virus các sợi của thần kinh tiền đình trong cuống não. Bệnh này có thể đi sau nhiễm trùng đường hô hấp trên. Có cơn chóng mặt nặng, kéo dài rồi sau đó tan đi trong vòng vài tuần đến vài tháng. Có thể có tái phát, cơn ít nặng hơn sau đó và cảm giác yếu và rối loạn cân băng.

***4.2. Chóng mặt do thuốc***

Một số thuốc có thể gây tổn thương thần kinh thính giác và tiền đình, gây mất thính lực và chóng mặt. Thuốc được biết nhiều nhất gây độc tai là các kháng sinh như Streptomycine, Kanamycine và neomycine...

Những thuốc khác mà có thể gây tổn thương chức nang tai gồm quinine, salicylate (gồm cả aspirine) và lợi tiểu như furosemide, ethacrynicacid và bumetanide.

**5. KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN**

***5.1. Bệnh sử - Khám lâm sàng***

**5.1.1. Bệnh sử**

• Choáng váng xây xẩm hay chóng mặt?

• Hăng định hay ngắt quãng?

• Độ dài của triệu chứng (vài giây, phút, giờ, ngày, hay tuần)

• Hoàn cảnh xuất hiện (vd. chấn thương đầu, nhiễm trùng, dùng thuốc...)

• Các yếu tố kích khởi hoặc làm nặng thêm (cử động đầu theo một hướng nào đó, người tiểu đường bỏ bữa, dậy ra khỏi giường .)

• Diễn tiến của chóng mặt: cải thiện, ổn định, hoặc nặng lên

• Ngất (nếu có thì không phải choáng váng hay chóng mặt)

**5.1.2. Các bệnh lý, dấu hiệu, và triệu chứng đi kèm**

• Mới có giảm thính lực hoặc ù tai → do tiền đình

• Nhìn đôi, mới đeo hoặc thay kiếng, đục thủy tinh thể → do mắt

• Đau, tê hoặc dị cảm bàn chân, yếu hai chân → do cảm giác bản thể

• Yếu thần kinh mặt, tê, cổ gượng, đồng tử không đều, hoặc nhìn đôi bệnh lý thân não hoặc cấu trúc thần kinh khác

• Đái tháo đường, suy giáp, hoặc bệnh lý tim mạch → thân não hoặc chuyển hoá

**5.1.3. Các nghiệm pháp dánh giá hệ thống ốc tai - tiền đình**

• Hệ thống tiền đình-nhãn cầu

- Test phản xạ tiền đình-nhãn cầu: cho nhìn vào một vật ở xa trong khi từ từ xoay đầu theo chiều ngang hoặc dọc. Kết quả bất thường nếu mắt lệch khỏi mục tiêu sau đó có saccades chỉnh mắt trở lại

- Test lắc đầu: bệnh nhân lắc đầu ngang 10 lần rồi nhìn thẳng, bất thường khi có nystagmus lúc ngưng lắc đầu và bệnh nhân thấy choáng váng

- Nghiệm pháp Hallpike: cho bệnh nhân ngồi lên bàn khám, xoay đầu ngang 45 độ rồi nhanh chóng cho bệnh nhân nằm ngửa xuống sao cho đầu vượt ra ngoài mép bàn và thấp hơn mặt bàn 30 độ. Bất thường là xuất hiện nystagmus ngang-xoay thường sau một khoảng tiềm thời ngắn, và bệnh nhân có lại triệu chứng choáng váng chóng mặt như từng có

• Hệ thống tiền đình-gai

- Test đi nối gót: bệnh nhân đi trên một đường thẳng với gót chân trước chạm mũi chân sau. Kết quả là bất thường khi bệnh nhân lảo đảo và bước lệch đi.

- Test Romberg: đứng thẳng chụm hai chân, lúc đầu mở mắt sau đó nhắm mắt lại. Kết quả bất thường khi bệnh nhân có thể đứng khi mắt mở nhưng không thể đứng vũng khi nhắm mắt.

• Nystagmus (mô tả theo chiều của pha nhanh)

- Pha chậm là kết quả của hoạt động tiền đình bất thường còn pha nhanh là hoạt động của vỏ não để điều chỉnh lại pha chậm

- Nystagmus do rối loạn chức năng tiền đình tai trong có thể là nysatagmus ngang hoặc nggang xoay, xảy ra ở tư thế trung gian hoặc lệch 45 độ khỏi trung tâm và nặng thêm khi không còn định thị

- Nystagmus do tiền đình trung ương là nystagmus đơn thuần xoay hoặc đơn thuần dọc, kéo dài, và không bị ảnh hưởng bởi định thị

- Nystagmus do liếc nhìn là nystagmus ngang biên độ thấp, tần số cao, và đối xứng hai bên, thấy được ở cuối tầm liếc ngang ở cả hai hướng, và thường do tác dụng của dược chất như rượu, benzodiazepine, phenytoin, và thuốc an thần

• Các test nghe

- Khám ống tai ngoài với đèn soi tai

- Đánh giá khả năng nghe tiếng nói thầm và tiếng vê ngón tay ở mỗi tai và nghe âm thoa tần số thâp (128Hz)

- Nếu có giảm thính lực, xác định xem đó là điếc thần kinh hay điếc dẫn truyền tai giữa

• Test kiểm tra điếc

- Hai test thông thường được sử dụng để làm điều này là Rinne’s test và Weber’s test.

• ***Rinne’s test***

- Người bị điếc dẫn truyền bị giảm hoặc mât dẫn truyền khí theo đường qua qua ống tai ngoài và màng nhĩ vào tai giữa nhưng dẫn truyền xương vẫn bình thường,

- Nếu bệnh nhân bị điếc thần kinh, nghĩa là bât thường từ phần tiếp nhận thần kinh ở tai trong trở đi thì sức nghe giảm nhưng dẫn truyền khí vẫn tốt hơn dẫn truyền xương như ở người bình thường.n.

• ***Weber’s test***

- Nếu có rối loạn dẫn truyền, thì bệnh nhân nghe tốt hơn ở bên phía tai tổn thương

- Nếu bệnh nhân bị điếc thần kinh, bệnh nhân sẽ nghe âm rung lệch về phía tai “tốt”, hoặc đôi khi cân bằng nhau,

**5.1.4. Các khám khác**

• Hệ thống cảm giác sâu (bản thể)

- Khám cảm giác tư thế và rung âm thoa ở hai chân

- Làm test Romberg và đi nối gót

• Hệ thống thị giác

- Khám vận nhãn ngoài tìm song thị

- Khám thị lực đơn giản

- Khám tìm đục thủy tinh thể

• Thân não và tiểu não

- Khám các dây sọ (đặc biệt là dây V, VII, và IX)

• Tim mạch

- Nhịp và tần số tim, các âm thổi

- Huyết áp lúc nằm và lúc đứng

• Phổi

***-*** Tần số hô hấp khi nghỉ và khi vận động

- Nghe phổi

***5.2. Cận lâm sàng***

Trong chóng măt cũng như các bệnh khác cần các xét nghiệm thường quy để đánh giá chỉ định dùng thuốc

• CTM , Sinh hóa máu đánh giá chức năng gan - thận , ion đồ , một số trường hợp nhồi máu cơ tim gây triệu chứng choáng váng và chóng măt hay gặp trên lâm sàng nên Troponin I cũng được chỉ định để loại trừ nguyên nhân chóng mặt

• ECG - Siêu âm tim: được chỉ định trong chóng mặt, choáng váng là triệu chứng của bệnh tim mạch

• Hình ảnh học: Siêu âm mạch máu não ngoài sọ, CT scan não .

MRI não được chỉ định trong chóng mặt nguồn gốc trung ương, và để chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán nguyên nhân các trường hợp chóng mặt

**5.3. Chẩn đoán**

**5.3.1. Chẩn đoán xác định:**

Chóng mặt chẩn đoán dựa vào bệnh sử , thăm khám lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh học mà có chẩn đoán khác nhau như trong phân loại chóng mặt

**5.3.2. Chẩn đoán phân biệt**

• Ngất nguồn gốc Tim mạch

• Cơn động kinh

• Chóng mặt nguồn gốc chấn thương đầu

• Chóng mặt do bệnh về tai

• Các nguồn gốc tâm lý

**5.4. Điều trị**

***5.4.1. Nguyên tắc điều trị:***

***Có hai phương pháp chính:*** Điều trị bằng thuốc và Điều trị hỗ trợ khác

• ***Điều trị bằng thuốc:***

***Thuốc chống nôn:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều, mg | Chú giải |
| Metoclopramide | 10 - 20(uống) 20 (tọa dược) 10 (TB, DD) | Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ. |
| Promethazine, | 25-50 (uống) | Buồn ngủ |
| Domperidon | 20 - 30 (uống) | Có thể dùng cho trẻ em. |
| Dimenhydrinate | 25-50 (uống) | Buồn ngủ |

***Thuốc điều trị chóng mặt:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều, mg | Chú giải |
| Betahistine: 24, 16 và 8 | 16- 72 (uống) | Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ, cũng có hiệu quả giảm đau. |
| Flunarizine | 5-10 (uống) | Không dùng cho BN trầm cãm và Parkinson |
| Cinnarizine | 25-50 (uống) | Như Flunarizine |

Betahistine: ***Các thuốc kháng histamine chẹn thụ thể H1 ở não gây an thần và ức chế quá trình tự bù trừ trung ương (như cinnarizne). Betahistine kích thích H1 receptor thúc đẩy quá trình tự bù trừ trung ương diễn ra nhanh hơn & không gây buồn ngủ. Betahistine không ảnh hưởng thụ thể H2 vì vậy có tỷ lệ tác dụng trên đường tiêu hóa rất thấp.***

Thuốc an thần, làm giảm khả năng diễn giải xung động từ mê đạo và chống nôn: Flunarizine Chlopromazine, barbiturate, amitriptyline, antihistamines, cinnarizine

Thuốc làm yên tâm bệnh nhân và làm giảm lo lắng: giải lo âu. Diazepam, Lorazepam,

Hỗ trợ điều chỉnh suy giảm nhận thức tiền đình: Piracetam (Nootropyl) Flunarizine (Sibelium), Gigobiloba (tanakan, giloba)

***Thuốc ngăn cản nhận thức:*** alchool, barbiturates, phenothiazine, antihistaminic. cholinesterase inhibitors, adrenergic agents, atropine, scopolamine)

Thuốc khác: Acetyl leucine (Tiêm mạch hoặc uống)

• ***Các phương pháp khác***

- ***Điều trị bệnh lý có liên quan***

Khi chóng mặt có liên quan với một tình trạng bệnh lý nào đó mà có thể điều trị được, thì rõ ràng là rối loạn đó nên được điều trị..

***- Tập luyện***

Tập nhẹ nhàng, nghỉ ngơi và thư giản đầy đủ. Tuy nhiên bệnh nhân nên được hướng dẫn để tránh những chuyển động đầu đột ngột mà có thể tạo ra cơn chóng mặt

Các chương trình tập luyện đặc biệt đã được phát minh ra cho bệnh nhân bị chóng mặt tư thế. Bài tập này được biết là liệu pháp làm quen hay liệu pháp thích nghi. NP. Epley. (tái định vị sỏi ống bán khuyên sau) Bệnh nhân thực hiện các cử động một cách thong thả, bài tập này được chế ra để đối phó với chóng mặt và “ huấn luyện “ chính bản thân họ để kiểm soát cơn. Lúc đó họ ít bị mất ý thức bởi các cơn chóng mặt.

- ***Nên ngưng hút thuốc lá .***

***- Chế độ ăn***

Nên tránh ăn uống nhiều, nên ăn chế độ ăn ít muối, đặ biệt là đối với bệnh nhân Ménière. vì thế có thể góp phần vào phù mê đạo..

- ***Phẫu thuật***

Phẫu thuật có thể có giá trị điều trị một số trường hợp chóng mặt.như do chấn thương đầu vỡ xương sọ chèn ép. Phẫu thuật khối u gây chóng mặt có thể hữu ích. Cũng có thể điều trị Ménière bằng phẫu thuật. Mục đích là hủy chúng và như vậy sẽ làm giảm cảm giác chóng mặt, trong khi đó cố gằng bảo tồn chức năng ốc tai.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ THOÁNG QUA

**1. Đại cương:**

Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua là những thiếu hụt thần kinh khu trú xảy ra đột ngột do nguyên nhân mạch máu kéo dài < 24 giờ.

**2. Triệu chứng lâm sàng :**

Các triệu chứng phản ánh tổn thương mang tính "cục bộ", khởi phát đột ngột, kéo dài < 24 giờ (đa số kéo dài < 1 giờ) và tự khỏi.

- Triệu chứng tổn thương hệ tuần hoàn não trước (hệ động mạch cảnh trong):

+ Mù/ ám điểm một mắt thoáng qua.

+ Yếu nửa người.

+ Rối loạn cảm giác nửa người.

+ Rối loạn ngôn ngữ.

- Triệu chứng tổn thương hệ tuần hoàn não sau (hệ động mạch đốt sống- thân nền):

+ Yếu nửa người hoặc yếu tứ chi.

+ Dị cảm nửa người.

+ Mất thị lực hoặc bán manh.

+ Rối loạn phối hợp vận động và thăng bằng.

**3. Cận lâm sàng:**

- Các cận lâm sàng thường quy

- Các cận lâm sàng tìm nguyên nhân và để phòng ngừa thứ phát:

+ Siêu âm tim, siêu âm hệ động mạch cảnh trong và động mạch đốt sống

+ Lipid máu

+ Điện tâm đồ

+ HbA1C, đường huyết mao mạch lúc đói khi nghi ngờ đái tháo đường.

**4. Chẩn đoán phân biệt:**

- Đau nửa đầu Migraine

- Ngất: thường trên bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch. Đột ngột mất ý thức ngắn, không có các triệu chứng thần kinh khu trú khác.

- Động kinh cục bộ.

- Cơn mất trí nhớ thoáng qua (transient global amnesia/TGA): thường gặp ở người cao tuổi. Đột ngột mất trí nhớ thuận chiều , cứ hỏi đi hỏi lại một câu hỏi. Trong cơn vẫn tỉnh, không có triệu chứng thần kinh khu trú nào khác. Cơn kéo dài nhiều giờ.

- Hạ đường huyết

**5. Điều trị:**

**5.1. Thái độ xử trí trước bệnh nhân có cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua**:

Bệnh nhân cần được xử trí, điều trị sớm và khảo sát các yếu tố nguy cơ để có kế hoạch điều trị dự phòng tốt.

**5.2. Xử trí sớm cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua:**

- Chống kết tập tiểu cầu: Aspirin 50 - 325mg/ngày.

Có thể thay thế bằng Clopidogrel 75mg/ngày hoặc kết hợp với Clopidogrel 75mg/ngày (sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép trong khoảng 1-3 tháng, sau đó dùng một trong hai)

- Kiểm soát huyết áp: duy trì huyết áp ở mức ≤ 140/90mmHg.

- Thuốc hạ Lipid máu nhóm Statin (Atorvastatin 20mg,...): có tác dụng hạ Lipid máu, chậm tiến triển mảng vữa xơ và giảm nguy cơ đột quỵ.

- Các bệnh nhân có loạn nhịp tim (đặc biệt rung nhĩ) cần được xử trí điều trị loạn nhịp.

**5.3. Điều trị dự phòng:**

- Tập thể dục: người trưởng thành cần tập thể lực.(30 phút/mỗi ngày và 5 ngày/mỗi tuần)

- Chế độ ăn: giảm muối và tăng kali (nếu Kali máu không tăng) giúp hạn chế tăng huyết áp. Ăn nhiều rau, củ, quả, hạn chế mỡ động vật.

- Hạn chế bia, rượu. Bỏ thuốc lá nếu đang hút thuốc lá.

- Béo phì: nên duy trì chỉ số khối cơ thể (BMI) 18,5-25. Với trường hợp BMI trên 30 cần có biện pháp giảm cân.

- Khám sức khỏe định kỳ 6 tháng/ lần phát hiện các yếu tố nguy cơ.

- Xử lý triệt để yếu tố nguy cơ nếu có thể:

+ Rối loạn lipid máu: kết hợp chế độ ăn hợp lý với điều trị bằng Statin, có thể phối hợp nhóm Fibrat nếu cần để đưa lipid máu về mức bình thường.

+ Đái tháo đường: Kết hợp điều chỉnh chế độ ăn với dùng thuốc kiểm soát đường máu. Duy trì HbA1C ở mức dưới 6,5%.

+ Rung nhĩ: tư vấn cho bệnh nhân có rung nhĩ biết cách tự phát hiện dấu hiệu nghi ngờ cơn rung nhĩ.

+ Hẹp mạch cảnh không triệu chứng: phẫu thuật bóc nội mạc mạch cảnh hoặc đặt Stent mạch cảnh khi có hẹp trên 70% trên siêu âm Doppler hoặc trên 60% trên phim chụp mạch số hóa xóa nền.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1. Định nghĩa.**

Đột quỵ thiếu máu não là tình trạng đột ngột xuất hiện các khiếm khuyết thần kinh cục bộ và còn tồn tại trên 24 giờ. Nguyên nhân của đột quỵ thiếu máu não là do hệ thống mạch máu não bị tắc nghẽn dẩn đến việc làm giảm lưu lượng máu nuôi não, hậu quả là một phần não bộ bị thiếu máu và hoại tử.

**1.2. Nguyên nhân:**

- Bệnh lý động mạch lớn: được nghĩ đến nguyên nhân này khi có bằng chứng cho thấy tình trạng hẹp > 50% động mạch trong sọ hay ngoài sọ, được chẩn đoán dựa trên các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh học mạch máu như; siêu âm, chụp cộng hưởng từ mạch máu, chụp mạch máu bằng kỹ thuật cắt lớp não vi tính, chụp mạch máu tiêu chuẩn.

- Thuyên tắc mạch máu não do huyết khối được tạo ra từ tim: thường gặp trên các bệnh lý tim mạch có khả năng tạo huyết khối như: rung nhĩ, bệnh van tim hậu thấp, suy tim EF < 30%, nhồi máu cơ tim gần đây.

- Bệnh lý mạch máu nhỏ: do tổn thương các mạch máu nhỏ nằm sâu trong não gây ra các tổn thương não dạng lổ khuyết có kích thước nhỏ hơn 1,5mm. Tuy nhiên, kích thước ổ nhồi máu không phải là yếu tố chắc chắn để chẩn đoán nguyên nhân bệnh lý mạch máu nhỏ, cần lọai trừ nguyên nhân bệnh lý động mạch lớn, nguyên nhân thuyên tắc do huyết khối từ tim trước khi nghĩ đến nguyên nhân này.

- Các nguyên nhân ít gặp khác: bóc tách động mạch, huyết khối tĩnh mạch nội sọ, do thuốc, các rối loạn về huyết học...

- Nguyên nhân không xác định: khi bệnh nhân không tìm được yếu tố nguy cơ dù đã được tầm soát hoặc có > 2 yếu tố nguy cơ đều có khả năng gây đột quỵ.

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1. Bệnh sử.**

- Khởi phát đột ngột.

- Yếu liệt 1/2 người.

- Nói đớ, miệng méo.

**2.2. Khám lâm sàng.**

- Liệt VII trung ương, nói khó.

- Hội chứng liệt 1/2 người.

- Tê hay dị cảm tay và chân cùng bên.

- Rối loạn ngôn ngữ: mất ngôn ngữ Broca, mất ngôn ngữ Wernicke.

- Rối loạn thị giác: mất thị lực một hoặc hai bên, bán manh, góc manh.

- Đau đầu, chóng mặt.

- Rối loạn tri giác: ngủ gà, lơ mơ, hôn mê.

**2.3. Cận lâm sàng:**

**2.3.1. Cận lâm sàng thường quy:**

✓ Công thức máu, đông máu toàn bộ, đường huyết, điện giải đồ máu, chức năng thận, men gan, men tim.

✓ Bilan lipid máu, tổng phân tích nước tiểu, điện tâm đồ, XQ ngực thẳng.

**2.3.2. Cận lâm sàng chẩn đoán:**

• Chụp điện toán cắt lớp sọ não (CT scan) không cản quang

✓ Có thể thực hiện nhanh, phân biệt rõ giữa xuất huyết não với đột quỵ thiếu máu não.

✓ Chỉ định:

+ Bệnh nhân có triệu chứng đột quỵ nhập vào cấp cứu.

+ Khi muốn đánh giá tiến triển tổn thương não, hoặc khi phim CT scan não đầu tiên không phát hiện thương tổn não trong giai đoạn sớm.

• Chụp CT scan mạch máu não với thuốc cản quang (CTA) :

✓ Giúp khảo sát hình ảnh của toàn bộ động mạch não nhằm phát hiện các bất thường như: hẹp, phình mạch hay bóc tách mạch nội sọ và ngoài sọ.

✓ Chỉ định: Khi nghi ngờ có tình trạng bất thường tại các động mạch lớn trong sọ hay ngoài sọ.

✓ Lưu ý: chống chỉ định đối với bệnh nhân suy thận và các trường hợp có tiền sử dị ứng với chất cản quang.

• Chụp công hưởng từ não (MRI):

✓ MRI não không tiêm thuốc cản từ (các chuỗi xung T1, T2, T2 Flair, T2 Diffusion, T2 GRE + TOF 3D MRA).

✓ Chỉ định:

+ Khi CT scan não không ghi nhận tổn thương hoặc hình ảnh tổn thương không tương ứng với lâm sàng.

+ Nghi ngờ nhồi máu não tuần hoàn sau.

• Siêu âm Doppler xuyên sọ (TCD):(BVĐK Hậu Giang chưa triển khai)

✓ Xác định các tình trạng hẹp, tắc mạch máu hoặc tái thông tại các mạch máu trong sọ, và được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não.

• Siêu âm duplex động mạch vùng cổ:

✓ Xác định tình trạng tắc, hẹp động mạch cảnh và cột sống đoạn ngoài sọ.

• Siêu âm tim:

✓ Xác định các bất thường tại tim có thể là nguyên nhân gây ra đột quỵ.

**2.3.3. Các cận lâm sàng chọn lọc khác:**

• Sàng lọc độc chất.(BVĐK Hậu Giang Chưa triển khai)

• Nồng độ cồn trong máu.

• Các xét nghiệm về thai nghén.

• Khí máu động mạch (nếu nghi ngờ giảm oxy máu).

• Chọc dịch não tủy (nếu nghi ngờ xuất huyết dưới nhện mà không thấy xuất huyết trên CT).

• Điện não đồ (nếu nghi ngờ động kinh).

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định.**

Lâm sàng (bệnh cảnh đột ngột, khiếm khuyết thần kinh cục bộ) + hình ảnh học (CT scan sọ não, MRI não).

**3.2. Chẩn đoán phân biệt.**

• Động kinh.

• Đau đầu Migrain.

• Ngất.

• Hạ đường huyết.

• Bệnh não do rối loạn chuyển hóa.

• Khối u hệ thống thần kinh trung ương.

• Viêm não herpes.

• Máu tụ dưới màng cứng.

• Bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên.

• Liệt Bell (liệt dây thần kinh VII ngoại biên).

• Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV).

• Rối loạn tâm thần.

**4 ĐIỀU TRỊ**

Gồm điều trị giai đoạn cấp, xử trí nhồi máu não trở nặng và điều trị phòng ngừa thứ phát.

**4.1. Điều trị giai đoạn cấp**

**4.1.1. Mục đích:**

• Tái thông động mạch và thiết lập lại tuần hoàn.

**4.1.2. Điều trị đặc hiệu: (xem xét chuyển tuyến trên khi bệnh nhân vào viện ở cửa sổ 0-6 giờ để được điều trị bằng 2 phương pháp sau)**

4.1.2.1. Dùng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch

4.1.2.2. Điều trị can thiệp nội mạch

**4.1.3. Điều trị tổng quát**

**4.1.3.1. ABCs**

- Đảm bảo đường thở thông thoáng (A), thông khí đầy đủ (B), và tuần hoàn ổn định (C).

- Thở Oxy khi có thiếu Oxy, cụ thể khi SpO2 <92%, mục tiêu giữ SpO2 từ 95-100%.

**4.1.3.2. Chỉ định nội khí quản**

- Thiếu Oxy, suy hô hấp, rối loạn nhịp thở.

- Hôn mê, nguy cơ hít sặc cao.

**4.1.3.3. Điều chỉnh huyết áp**

Không điều chỉnh hạ huyết áp trong giai đoạn cấp (24 giờ đầu tính từ lúc khởi phát triệu chứng), trừ khi:

- Bệnh nhân được điều trị bằng tPA, hoặc

- Bệnh nhân có tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp cấp (suy tim sung huyết, nhồi máu cơ tim, bệnh não do tăng huyết áp, phình động mạch chủ bóc tách ...), hoặc

- Huyết áp tâm thu > 220 mmHg hoặc tâm trương > 120 mmHg.

Nếu cần điều trị tăng huyết áp, xem xét dùng các thuốc hạ áp tĩnh mạch tác dụng ngắn như nicardipine hoặc labetalol để dễ dàng chỉnh liều phù hợp, với mục tiêu giảm 10-15% trị số huyết áp; không dùng nifedipine nhỏ dưới lưỡi.

Ở bệnh nhân có tụt huyết áp (hiếm gặp), cần tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân, khi cần có thể dùng vận mạch.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG NHỒI MÁU NÃO CẤP**

+ Không điều trị tiêu sợi huyết

|  |  |
| --- | --- |
| HATT < 220 hoặc  HATTr < 120 | - Theo dõi huyết áp, trừ khi có tổn thương cơ quan đích như: bóc tách động mạch chủ, NMCT cấp, phù phổi, bệnh não do tăng huyết áp  - Điều trị các triệu chứng khác của đột quỵ như nhức đầu, đau, kích thích, buồn nôn, và nôn.  - Điều trị các biến chứng khác của đột quỵ, bao gồm thiếu oxy, tăng áp lực nội sọ, động kinh, hoặc hạ đường huyết. |
| HATT >220  Hoặc  HATTr  <121-140 | - Labetolol 10-20mg TM trong 1-2 phút  Có thể lặp lại hoặc tăng liều gấp đôi mỗi 10 phút (tối đa 300mg)  - Nicardipine liều khởi đầu 5mg/giờ TTM, điều chỉnh liều để đạt hiệu quả mong muốn bằng cách tăng 2,5mg/giờ mỗi 5 phút đến tối đa 15mg/giờ.  Mục tiêu giảm 10%-15% mức HA |
| HATTr  >140 | - Nitroprusside liều khởi đầu 0.5 pg/kg/phút TTM, theo dõi HA liên tục.  Mục tiêu giảm 10%-15% mức HA |

**4.1.3.4. Chống tăng áp lực nội sọ**

- Thông khí đầy đủ, tránh ứ CO2, có thể can thiệp tăng thông khí cơ học nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ dọa phù não, với pCO2 mục tiêu là 25-35 mmHg.

- Tư thế nằm: cho nằm đầu cao 30 độ sau 24 giờ với điều kiện không có rối loạn huyết động và không có tắc hẹp đáng kể các động mạch lớn.

- Xem xét phẫu thuật giải áp ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não diện rộng (nhồi máu não ác tính động mạch não giữa).

- Liệu pháp thẩm thấu: Mannitol 20%, TTM nhanh với liều 0,5g/kg mỗi 6 giờ; hiệu quả của mannitol không nhiều và không kéo dài, do đó cần cân nhắc kỹ, nhất là với các bệnh nhân có nguy cơ quá tải tuần hoàn, có bệnh lý tim mạch cần hạn chế dịch, suy thận.

**4.1.3.5. Chống nhiễm trùng**

- Xoay trở, tránh ứ đàm, tránh hít sặc, tập vật lý trị liệu hô hấp.

- Cho ngồi sớm ngay khi không còn các chống chỉ định.

- Chỉ đặt sonde tiểu khi thật sự cần thiết.

- Dùng kháng sinh phù hợp khi có dấu hiệu nhiễm trùng.

**4.1.3.6. Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi**

- Xoay trở, xoa bóp và tập vận động sớm các chi.

- Cho ngồi, cho vận động sớm ngay khi không còn chống chỉ định.

- Dùng vớ đàn hồi với các đối tượng nguy cơ.

- Sau đột quỵ 48 giờ, xem xét dùng kháng đông phòng ngừa cho các đối tượng nguy cơ cao (bệnh nhân liệt nặng, thở máy).

- Phát hiện sớm huyết khối tĩnh mạch sâu và điều trị kháng đông.

- Phát hiện sớm thuyên tắc phổi và điều trị kịp thời.

- Có thể chọn lựa các thuốc:

+ Enoxaparin 1mg/kg tiêm dưới da một lần/ngày.

Thuốc kháng đông thế hệ mới (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban), được đánh giá là hiệu quả hơn so với Enoxaparin trong phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu trên các bệnh nhân nguy cơ cao.

**4.1.3.7. Các điều trị chung khác**

- Hạ sốt nếu có sốt.

- Lượng dịch 1,5 - 2 lít/ngày; khi cần truyền dịch: chọn lactate ringer hoặc muối đẳng trương, tránh dùng glucose.

- Điều chỉnh đường huyết (giữ đường huyết <150 mg/dL).

- Điều trị các rối loạn nước và điện giải.

- Đánh giá chức năng nuốt, chỉ định đặt sonde dạ dày qua mũi nuôi ăn ở những bệnh nhân có rối loạn nuốt hay có tình trạng suy giảm ý thức.

- Tránh táo bón và dùng thuốc nhuận trường.

- Chống loét do tỳ đè.

- Tập phục hồi chức năng sớm khi lâm sàng cho phép.

**4.2. Xử trí nhồi máu não trở nặng**

**4.2.1. Kiểm tra ban đầu khi bệnh nhân trở nặng**

- Kiểm tra ABC, dấu sinh tồn, xét nghiệm. Lưu ý tụt huyết áp hay thiếu oxy.

- Hỏi và khám bệnh nhân; Nếu bệnh nhân buồn ngủ, cần phân biệt do đang trong giờ ngủ (nửa đêm) hay do tình trạng tăng áp lực nội sọ? Có do thuốc không? (thuốc hạ áp, an thần)

- Quan sát bệnh nhân, và hỏi điều dưỡng, người nhà, về các dấu hiệu động kinh kín đáo

- Chụp CT não khẩn không cản quang (để đánh giá xuất huyết, đột quỵ tái phát sớm, phù não...)

- Xem xét MRI để khảo sát động mạch, tìm đột quỵ mới, đột quỵ lan rộng, phù não; Doppler xuyên sọ hoặc CT mạch máu để khảo sát động mạch; EEG để chẩn đoán động kinh dưới lâm sàng.

**4.2.2. Phù não và hiệu ứng choán chỗ**

- Là vấn đề trong nhồi máu diện rộng, như nhồi máu lớn động mạch não giữa ảnh hưởng đến các hạch nền, thường cũng kèm tổn thương ĐM não trước và não sau, và nhồi máu tiểu não diện rộng; Quan trọng ở người trẻ, vì não không teo nên không có nhiều khoảng trống nội sọ như người lớn tuổi

- Theo dõi ghi nhận bất kỳ biến đổi thần kinh, giảm mức ý thức, tăng huyết áp, thở chu kỳ, nấc cụt, nhức đầu, bất thường dây sọ mới xuất hiện, và đồng tử (muộn).

**4.2.2.I. Điều trị nội**

- Quan trọng nhất là chăm sóc tốt + Tư thế đầu ≤ 150

+ Điều chỉnh ngay sốt, rối loạn điện giải, tăng đường huyết + Cân nhắc việc duy trì mức huyết áp tối ưu nhằm đảm bảo áp lực tưới máu não.

- Chưa ghi nhận được các bằng chứng có lợi của việc sử dụng corticoid.

- Liệu pháp thẩu thấu (mannitol) hiệu quả tạm thời cho một số trường hợp

+ Liều: mannitol 0,5-1g/kg truyền TM trong 30-60 phút, sau đó 0,25g/kg mỗi 6 giờ

+ Mục tiêu nâng áp lực thẩm thấu lên 10% nhưng không quá 315 mOsm

+ Kiểm tra áp lực thẩm thấu huyết thanh mỗi 12 giờ và ngưng mannitol nếu > 315 mOsm/L Dẫn lưu dịch não tủy bằng phẫu thuật mở não thất nếu có não úng thủy góp phần làm tăng áp lực nội sọ

**4.2.2.2. Điều trị phẫu thuật**

- Hội chẩn phẫu thuật sớm trong vòng 48 giờ đầu.

- Với nhồi máu diện rộng động mạch não giữa, xem xét phẫu thuật mở hộp sọ giải áp sớm (gồm mở lấy một phần xương sọ và rạch màng cứng)

- Với đột quỵ tiểu não, điều trị thích hợp là giải áp hố sau và có thể cắt bỏ phần nhu mô tiểu não bị hoại tử.

- Cần phải thảo luận với thân nhân về chất lượng sống sau khi phẫu thuật và khả năng tử vong

♦ Chỉ định phẫu thuật mở hộp sọ giải áp

Đột quỵ thiếu máu não thuộc chi phối động mạch não giữa (mức độ tin cậy A, nhóm I)

\* Tuổi <60, và

\* Có rối loạn ý thức hoặc tình trạng suy giảm ý thức tiến triển nặng dần.

\* Có hiệu ứng chèn ép trên hình ảnh học não (phù não vượt quá 50% vùng chi phối động mạch não giữa và di lệch dường giữa), và

\* Loại trừ rối loạn ý thức do các nguyên nhân khác (ví dụ như giảm tưới máu, hạ huyết áp, đột quỵ thiếu máu não tái phát, co giật do động kinh).

Nhồi máu tiểu não (mức độ tin cậy C, nhóm III)

\* Khi có các dấu hiệu chèn ép thân não (ví dụ như tăng huyết áp, chậm nhịp tim, suy giảm ý thức tiến triển nặng dần, v.v...) và

\* Có hiệu ứng choán chỗ trên hình ảnh học não, và

\* Loại trừ rối loạn ý thức do các nguyên nhân khác.

Không hạn chế độ tuổi đối với nhóm bệnh nhân này, tuy nhiên bệnh nhân không nên đã bị tình trạng tàn phế nặng trước đột quỵ.

♦ Chống chỉ định phẫu thuật mở hộp sọ giải áp

Đột quỵ thiếu máu não thuộc chi phối động mạch não giữa

\* Hai đồng tử dãn to và mất phản xạ có liên quan với tình trạng hôn mê, và không phải là do thuốc gây ra.

\* Hiện diện đồng thời cả 4 yếu tố tiên lượng xấu sau:

- Tuổi > 50

- Ảnh hưởng thêm vùng chi phối của mạch máu khác

- Dãn đồng tử một bên

- Thang điểm đánh giá hôn mê Glasgow < 8

\* Có các bệnh nặng khác kèm theo (suy tim nặng hay nhồi máu cơ tim, u không còn khả năng điều trị, v.v...)

\* Bệnh nhân từ chối điều trị bằng phương pháp này qua trao đổi trực tiếp, qua giấy viết để lại, hoặc từ người được bệnh nhân ủy quyền.

Nhồi máu tiểu não

\* Có dấu hiệu lâm sàng hay hình ảnh học của tình trạng thiếu máu thân não nặng, không hồi phục.

\* Kèm theo có các bệnh nặng khác (xem phần đột quỵ thiếu máu não thuộc chi phối động mạch não giữa).

\* Được biết hay cho rằng bệnh nhân từ chối điều trị bằng phương pháp này (xem phần đột quỵ thiếu máu não thuộc chi phối động mạch não giữa).

**4.3. Điều trị phòng ngừa thứ phát**

**4.3.1. Thuốc chống huyết khối**

**4.3.1.1. Chống kết tập tiểu cầu**

- Aspirin 81-325 mg: một lần một ngày hoặc

- Clopidogrel 75 mg: uống một lần một ngày

- Aspirin 25 mg/Dipyridamol loại giải phóng kéo dài 200 mg: 2 lần một ngày

- Cilostazol 100mg: 2 lần một ngày

- Aspirin + Clopidogrel trong những trường hợp đặc biệt:

+ Hẹp nặng động mạch nội sọ.

+ Đột quỵ nhẹ (NIHSS < 5) hoặc cơn thoáng thiếu máu não. Phối hợp thuốc nên được sử dụng trong thời gian ngắn (1-3 tháng) do có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết não.

+ Chuẩn bị đặt stent động mạch cảnh.

**4.3.1.2. Thuốc kháng đông**

- Đột quỵ thiếu máu não do nguyên nhân từ tim cần được xem xét việc sử dụng các thuốc kháng đông.

- Đột quỵ liên quan đến rung nhĩ không do bệnh van tim nên được xem xét chỉ định các thuốc kháng đông thế hệ mới như: Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban. Các thuốc kháng đông mới có nhiều ưu điểm hơn so với thuốc kháng vitamin K (tham khảo thêm phác đồ điều trị kháng đông đối với bệnh nhân rung nhĩ). (BVĐK Hậu Giang chưa có)

**4.3.2. Kiểm soát yếu tố nguy cơ**

- Kiểm soát huyết áp: <140/90 mmHg hoặc < 130/80mmHg đối với bệnh nhân bệnh thận mãn hay đái tháo đường.

- Kiểm soát mức đường huyết: HbA1c < 7 %

- Dùng statin điều chỉnh lipid máu và bảo vệ thành mạch: atovastatin liều 20-40 mg/ngày, Rosuvastatin 10-20mg/ ngày. Mục tiêu LDL-c <100mg% hoặc <70mg% đối với bệnh nhân nguy cơ cao. Việc sử dụng statin nên được duy trì lâu dài (trừ khi bệnh nhân có các tác dụng phụ liên quan đến statin) bởi vì với mức LDL càng thấp, hiệu quả phòng ngừa đột quỵ sẽ càng lớn.

- Ngưng hút thuốc lá và uống ượu bia.

**4.3.3. Điều trị can thiệp hẹp động mạch cảnh (chuyển tuyến khi có chỉ định can thiệp)**

Với bệnh nhân hẹp động mạch cảnh nặng (hẹp >70%) bên có triệu chứng: có thể lựa chọn phẫu thuật bóc tách nội mạc động mạch cảnh hoặc can thiệp nội mạch đặt stent. Trường hợp hẹp động mạch nội sọ, hiện tại chưa có bằng chứng cho thấy phương pháp can thiệp nội mạch hiệu quả hơn so với điều trị nội khoa tích cực

**5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**5.1. Theo dõi**

- Khám lâm sàng, đánh giá tri giác (điểm GCS), điểm NIHSS

- Kiểm tra sinh hiệu: mạch, huyết áp

- Lập kế hoạch chẩn đoán và điều trị.

- Phát hiện sớm và điều trị biến chứng.

**5.2. Tái khám**

- Xuất viện khi tình trạng bệnh nhân ổn định.

- Tái khám định kỳ.

- Điều trị phòng ngừa đột quỵ thứ phát.

**Phu luc 1: Thang điểm NIHSS (đánh giá mức độ nặng của đột quỵ)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT |  | Điểm số | Nhập viện | Sau 24h | Ra viện | Sau 3 tháng |
| 1A | Tri giác | 0 = Tỉnh  1 = Ngủ gà  2 = Lơ mơ  3 = Hôn mê |  |  |  |  |
| 1B | Hỏi tháng và tuổi | 0 = Đúng cả 2 câu  1 = Đúng 1 câu  2 = Sai 2 câu |  |  |  |  |
| 1C | Yêu cầu mở và nhắm mắt hoặc nắm chặt và thả bàn tay | 0 = Làm theo y lệnh đúng cả 2  1 = Làm theo y lệnh chỉ đúng 1  2 = Không làm theo y lệnh |  |  |  |  |
| 2 | Vận nhãn | 0 = Bình thường  1 = Liệt 1 phần (gần như hay hoàn toàn mặt dưới)  2 = Liệt hoàn toàn(mặt trên và dưới) |  |  |  |  |
| 3 | Thị trường | 0 = Bình thường  1 = Bán manh một phần  2 = Bán manh hoàn toàn  3 = Bán manh 2 bên |  |  |  |  |
| 4 | Liệt mặt | 0 = Bình thường  1 = Liệt nhẹ  2 = Liệt 1 phần (gần như hay hoàn toàn mặt dưới)  3 = Liệt hoàn toàn(mặt trên và dưới) |  |  |  |  |
| 5 | Vận động tay (duỗi thẳng tay 90° khi ngồi hoặc 45° khi nằm trong 10") | 0 = Không rơi, giử được trong 10"  1 = Hạ thấp xuống trước 10"  2 = Có kháng trọng lực một ít  3 = Rơi xuống không có lực kháng  4 = Không cử động  KT = không thử được, cắt cụt chi hay cứng khớp |  |  |  |  |
| 6 | Vận động chân (giữ chân vị trí 30° trong 10") | 0 = Không rơi, giữ được trong 5"  1 = Hạ thấp xuống trước 5"  2 = Có kháng trọng lực một ít  3 = Rơi xuống không có lực kháng  4 = Không cử động  KT = không thử được,cắt cụt chi hay cứng khớp |  |  |  |  |
| 7 | Thất điều chi | 0 = Không có  1 = Chỉ một chi  2 = Cả 2 chi  KT = không thử được, cắt cụt chi hay cứng khớp |  |  |  |  |
| 8 | Cảm giác | 0 = Bình thường  1 = Giảm nhẹ đến trung bình,vẫn có cản giác sờ  2 = Giảm nặng hoặc mất toàn bộ cảm giác |  |  |  |  |
| 9 | Ngôn ngữ | 0 = Không mất vận ngôn  1 = Nhẹ đến trung bình, vẫn nêu được ý cơ bản  2 =Mất nặng, câu ngắn rời rạc, khó đoán được ý  3 = Câm hay mất ngôn ngữ toàn bộ |  |  |  |  |
| 10 | Nói khó | 0 = Bình thường  1 = Nhẹ đến trung bình, lắp bắp vài từ khó hiểu  2 = Nặng, lắp bắp nhiều không hiểu được  KT=Được đặt nội khí quản |  |  |  |  |
| 11 | Triệt tiêu, mất chú ý | 0 = Không bất thường  1 = Trung bình, mất khi kích thích 2 bên cùng lúc  2 = Nặng, mất chú ý nửa bên, không nhận ra bàn tay |  |  |  |  |
| Tổng |  |  |  |  |  |  |

**Phụ lục 2: THANG ĐIỂM RANKIN HIỆU CHỈNH**

♦ Mức độ phục hồi các chức năng thần kinh được đánh giá bằng thang điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS: modified Rankin). Điểm từ 0-6, điểm càng cao càng nặng.

- Điểm 0: Không triệu chứng.

- Điểm 1: Tàn phế tối thiểu, có khả năng hoạt động tự lập.

- Điểm 2: Tàn phế nhẹ, có thể làm một số việc và tự chăm sóc bản thân.

- Điểm 3: Tàn phế vừa, cần trợ giúp nhưng vẫn có thể tự đi lại.

- Điểm 4: Tàn phế nặng, không thể tự đi lại và phải phụ thuộc vào người khác.

- Điểm 5: Tàn phế trầm trọng. nằm một chỗ, rối loạn cơ vòng và cần chăm sóc đặc biệt.

- Điểm 6: Tử vong.

**Phụ lục 3: TIÊU SỢI HUYẾT TĨNH MẠCH**

Chỉ định của TPA

- Tuổi ≥ 18. Không có hướng dẫn sử dụng TPA cho trẻ em. Tuy nhiên với trẻ lớn, sử dụng TPA như với người trưởng thành.

- Chẩn đoán lâm sàng là đột quỵ thiếu máu não gây ra khiếm khuyết thần kinh.

- Bệnh nhân nhập viện trong cửa sổ thời gian từ 0-4,5 giờ đầu tính từ lúc khởi phát đột quỵ.

Chống chỉ định Chống chỉ đỉnh tuyêt đối

- Những trường hợp triệu chứng nhẹ và cải thiện nhanh chóng.

- Tiền sử có xuất huyết nội sọ.

- Triệu chứng gợi ý có xuất huyết dưới nhện.

- Trên phim CT có bất kì bằng chứng xuất huyết não..

- Khối u não, dị dạng động tĩnh mạch não (AVM) hoặc phình mạch có nguy cơ xuất huyết .

- Giảm đậm độ đáng kể hoặc hiệu ứng choáng chỗ trên CT trước điều trị.

- Đột quỵ cũ, phẫu thuật nội sọ, hoặc chấn thương sọ não nghiêm trọng trong 3 tháng gần đây.

- Phẫu thuật lớn trong vòng 14 ngày gần đây.

- Huyết áp tâm thu trên 185 mmHg không khống chế được.

- Huyết áp tâm trương trên 110 mmHg không khống chế được..

- Xuất huyết tiêu hóa hoặc xuất huyết hệ tiết niệu trong vòng 21 ngày gần đây.

- Chọc động mạch ở vị trí không thể ép được, hoặc chọc dịch não tủy. TPA không nên sử dụng trong những trường hợp này trong vòng 7 ngày, tuy nhiên, trên lâm sàng cần cân nhắc..

- Điều trị heparin trong vòng 48h có tăng PTT

- Tiểu cầu dưới 100000/mm3

- INR trên 1.7 hoặc có xuất huyết tạng.

Chống chỉ đỉnh tương đối

- Động kinh khi khởi phát đột quỵ.

- Đường máu dưới 50 mg/dL (2.8 mmmol/L) hoặc trên 400 mg/dL (22.2 mmol/L).

- Các rối loạn xuất huyết ở mắt hoặc các khuyết tật có thể xảy ra do xuất huyết.

- Nhồi máu cơ tim trong 6 tuần gần đây.

- Nghi ngờ tắc mạch nhiễm khuẩn hoặc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Những chống chỉ đỉnh trong cửa sổ thời gian từ 3 - 4,5 giờ.

- Tuổi trên 80.

- Dùng kháng đông đường uống, bất kể INR.

- Đột quỵ nặng, ví dụ NIHSS > 25 điểm hoặc tổn thương trên 1/3 vùng cấp máu

của động mạch não giữa trên CT không cản quang..

- Tiền sử cả đột quỵ và đái tháo đường

**TÀI LIỆU THAM KHẢO.**

1. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1. Định nghĩa**

Xuất huyết não xảy ra khi các mạch máu não bị vỡ, gây ra chảy máu trong nhu mô não. Xuất huyết não chiếm tỉ lệ 15-20% trong tai biến mạch máu não (ở Việt Nam và các nước Châu Á, tỷ lệ xuất huyết não thường cao hơn so với các nước phương tây). Xuất huyết dưới nhện (xuất huyết màng não) không xếp vào loại xuất huyết não, vì máu chảy trong khoang dưới nhện, ngoài não. Tuy nhiên, máu có thể lan vào mô não và tụ lại trong náo gọi là xuất huyết não - màng não.

**1.2. Nguyên nhân**

- Tăng huyết áp (nguyên nhân hay gặp)

Vị trí xuất huyết kinh điển do tăng huyết áp:

• Hạch nền

• Đồi thị

• Cầu não

• Tiểu não

- Bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột

• Thường gặp ở vỏ não hơn trong tăng huyết áp

• Người lớn tuổi (>65 tuổi) hoặc tiền sử có người trong gia đình mắc phải.

- Do thuốc

• Sử dụng thuốc như kháng đông như: heparin, kháng vitamin K.

• Lạm dụng thuốc đặc biệt là cocain

- Dị dạng mạch máu (phình mạch,dị dạng động tĩnh mạch, u mạch hang)

- Khối u

- Chấn thương

- Rối loạn đông máu

- Các nguyên nhân khác: bệnh collagen (lupus ban đỏ lan toả, bệnh viêm nút nhiều động mạch, bệnh Wegener); phình mạch do nhiễm trùng; bệnh Moya-Moya; sản giật; nghiện rượu; chấn thương.

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1. Bệnh sử**

- Khởi phát đột ngột.

- Yếu liệt 1/2 người.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý xuất huyết não gồm tăng huyết áp nhanh, đau đầu, nôn ói (dấu hiệu nặng, thường là triệu chứng của tăng áp lực nội sọ), suy giảm ý thức

**2.2. Khám lâm sàng**

- Đánh giá bằng thang điểm Glasgow hoặc các phản xạ thân não nếu bệnh nhân hôn mê, dùng thang điểm NIHSS nếu bệnh nhân tỉnh.

- Tìm những dấu hiệu của chấn thương.

- Đo huyết áp và theo dõi huyết áp sau đó.

- Theo dỏi phân áp oxy, xem xét đặt nội khí quản để bảo vệ đường hô hấp.

**2.3. Cận lâm sàng**

**2.3.1. Cận lâm sàng thường quy**

• Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, chức năng đông máu toàn bộ, đường huyết, ion đồ, chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin), chức năng thận (BUN, Creatinin), men tim, tổng phân tích nước tiểu.

• Điện tim, X quang ngực thẳng.

**2.3.2. Cận lâm sàng để chẩn đoán xác định**

• Chụp cắt lớp vi tính não (CT scan não) không cản quang

CT scan não giúp chẩn đoán xác định tình trạng xuất huyết não. Chỉ định lập lại CT scan não được khuyến cáo thực hiện trong 24-36 giờ sau đó nhằm đánh giá tiến triển của khối máu tụ.

• Chụp cộng hưởng từ não (MRI não) không tiêm thuốc cản từ:

Phát hiện sớm xuất huyết não với xung T2\*W, xác định được nguyên nhân trong một số trường hợp (u não xuất huyết, dị dạng mạch máu não...)

**2.3.3. Cận lâm sàng để tìm nguyên nhân**

• Chấp nhận nguyên nhân tăng huyết áp khi bệnh nhân thỏa cả ba điều kiện: có tiền căn tăng huyết áp hoặc hiện tại có tăng huyết áp, tuổi trung niên, và vị trí xuất huyết điển hình của tăng huyết áp (nhân bèo, đồi thị, cầu não, tiểu não); nếu không thỏa tất cả các điều kiện trên, cần phải khảo sát thêm các cân lâm sàng khác để tìm nguyên nhân.

• MRI và MRA có hoặc không bơm thuốc: là phương pháp không xâm lấn, chỉ định khi cần đánh giá bản chất tổn thương nhu mô, hữu ích trong u não xuất huyết, huyết khối tĩnh mạch nội sọ, u mạch hang (cavernoma), ngoài ra có thể thấy phình mạch, bóc tách động mạch, dị dạng động tĩnh mạch, viêm mạch.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

• Lâm sàng: khởi phát đột ngột, khiếm khuyết thần kinh cục bộ, phản ánh tổn thương ở não bộ, không do chấn thương.

• Cận lâm sàng:

✓ CT scan não không cản quang: tổn thương tăng đậm độ nhu mô não, tụ thành khối, vị trí có thể ở vùng sâu nhân nền, đồi thị, hoặc thùy não (vỏ-dưới vỏ), hoặc ở thân não (thường cầu não), tiểu não; có thể lan ra khoang dưới nhện, và/hoặc trong các não thất.

✓ MRI não và các kỹ thuật khảo sát khác chủ yếu để chẩn đoán nguyên nhân.

**3.2. Chẩn đoán nguyên nhân**

• Xuất huyết dưới nhện đơn thuần

• Xuất huyết não thất đơn thuần

• Huyết khối tĩnh mạch nội sọ

• Khối choán chỗ nội sọ.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Mục đích**

• Kiểm soát tình trạng chảy máu, hạn chế nguy cơ khối máu tụ lan rộng và chảy máu tái phát

**4.2. Điều trị chung**

**4.2.1. ABCs:**

- Đảm bảo đường thở thông thoáng (A), thông khí đầy đủ (B), và tuần hoàn ổn định (C).

- Thở Oxy khi có thiếu Oxy, cụ thể khi SpO2 <92%, mục tiêu giữ SpƠ2 từ 95-100%.

**4.2.2. Chỉ định nội khí quản**

- Thiếu Oxy, suy hô hấp, rối loạn nhịp thở.

- Hôn mê, nguy cơ hít sặc cao

**4.2.3. Dịch truyền**

- 1,5 - 2 lít/ngày; chọn Ringer lactate, muối đẳng trương, tránh dùng glucose

**4.2.4. Điều chỉnh huyết áp**

- Huyết áp tăng cao làm tăng tình trạng phù não, tăng nguy cơ lan rộng khối máu tụ và xuất huyết tái phát. Các nghiên cứu gần đây cho thấy lợi ích của việc kiểm soát huyết áp tích cực ngay trong giai đoạn sớm so với các hướng dẫn điều trị kinh điển.

- Hạ áp tích cực, duy trì mục tiêu HATT < 150 mmHg trong 12-24 giờ đầu sau xuất huyết não. Nếu HATT > 180 mmHg, dùng thuốc hạ áp truyền tĩnh mạch: Nicardipine TTM 5mg/giờ, tăng liều 2,5mg/giờ mỗi 5 phút tới khi đạt HA mục tiêu, tối đa 15mg/giờ.

**4.2.5. Sốt**

- Hạ sốt bằng các biện pháp vật lý (lau mát), dùng thuốc Paracetamol.

- Tìm và điều trị nguyên nhân; dùng kháng sinh nếu có nhiễm trùng

**4.2.6. Điều chỉnh đường huyết**

- Mục tiêu giữ đường huyết <150 mg/dL

- Dùng Insulin tiêm dưới da hoặc insulin truyền tĩnh mạch

**4.2.7. Phòng và điều trị biến chứng**

• Chống tăng áp lực nội sọ

- Tư thế nằm: cho nằm đầu cao 30 độ trừ khi có chống chỉ định

- Thông khí đầy đủ, tránh ứ CO2

- Tăng thông khí: đặt nội khí quả và tăng thông khí cơ học nếu có biểu hiện tăng áp lực nội sọ, với pCO2 mục tiêu là 30-35 mmHg, thời gian can thiệp 24-48 giờ

- Liệu pháp thẩm thấu: Mannitol 20%, TTM 100 giọt/phút, liều 0,5g/kg mỗi 6 giờ; thời gian dùng từ 3-5 ngày; chỉ định cho trường hợp xuất huyết lớn, có hiệu ứng choán chỗ, có rối loạn ý thức, có bất thường phản xạ đồng tử.

• Chống nhiễm trùng

- Xoay trở, tránh ứ đàm, tránh hít sặc, tập vật lý trị liệu hô hấp.

- Cho ngồi sớm ngay khi không còn các chống chỉ định.

- Chỉ đặt sonde tiểu khi thật sự cần thiết.

- Dùng kháng sinh phù hợp khi có dấu hiệu nhiễm trùng.

• Chống loét

- Dinh dưỡng đầy đủ.

- Xoay trở thường xuyên, thay đổi điểm tì, dùng nệm hơi chống loét.

- Giữ da khô sạch, chú ý các điểm tì đè dễ loét.

• Chống huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi

- Xoay trở, xoa bóp và tập vận động sớm các chi.

- Cho ngồi, cho vận động sớm ngay khi không còn chống chỉ định.

- Dùng vớ đàn hồi với các đối tượng nguy cơ.

- Phát hiện sớm huyết khối tĩnh mạch sâu, nếu cần đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ để ngừa thuyên tắc phổi.

• Phát hiện sớm thuyên tắc phổi và điều trị kịp thời, cân nhắc lợi hại để quyết định dùng kháng đông hay không

**4.2.8. Phục hồi chức năng**

- Gồm vật lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, và tái hòa nhập cộng đồng

- Tập sớm ngay khi lâm sàng cho phép

- Mục tiêu: tránh biến chứng (nhiễm trùng, loét, huyết khối tĩnh mạch, cứng cơ teo cơ...), cải thiện các khiếm khuyết thần kinh, thích nghi với các khiếm khuyết còn lại và tái hòa nhập cộng đồng.

**4.2.9. Chống tái phát**

- Điều trị tăng huyết áp tích cực và liên tục lâu dài.

- Điều chỉnh lối sống, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

**4.3. Can thiệp phẫu thuật**

- Phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ ngăn chặn tử vong do hiệu ứng choáng chỗ.

Không có bằng chứng cho thấy việc phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ giúp cải thiện kết quả điều trị, do đó không có chỉ định đại trà.

- Phẫu thuật lấy khối máu tụ thường tiến hành ở những bệnh nhân:

• Tuổi < 75 tuổi.

• Xuất huyết tiểu não với:

✓ Choán chỗ ở não thất tư.

✓ Giãn rộng sừng thái dương (tắc nghẽn sự lưu thông dịch não tủy).

✓ Chèn ép thân não.

✓ Giảm ý thức (các điều kiện trên phải được đáp ứng và không đợi đến khi bệnh nhân hôn mê).

Phẫu thuật càng sớm càng tốt

• Xuất huyết trên lều với:

✓ Máu tụ ở thùy não, vị trí ở ngay bề mặt não, cách bề mặt < 1 cm.

✓ Thể tích khối choán chỗ >20ml.

✓ Ý thức lơ mơ, không hôn mê.

✓ Không tổn thương vùng chi phối ngôn ngữ, vận động, tri giác

✓ Tuổi: < 75.

- Mở thông não thất, dẫn lưu dịch não tủy trong trường hợp não úng thủy tắc nghẽn.

**4.4. Điều trị căn nguyên**

4.4.1. Phẫu thuật, can thiệp nội mạch gây thuyên tắc, xạ phẫu, xạ trị, hoặc kết hợp các phương pháp này tùy theo căn nguyên được tìm thấy trên bệnh nhân (u não, dị dạng động tĩnh mạch...).

4.4.2. Xuất huyết não liên quan đến thuốc kháng vitamin K

Mục tiêu: để INR bình thường dùng huyết tương tươi đông lạnh (FFP) 20ml/kg và vitamin K.

- Chụp CT sọ cấp cứu

- Xét nghiệm INR, PTT, thời gian máu đông, fibrinogen.

- Xác định nhóm máu, làm phản ứng chéo, dự trù 6 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh (FFP).

- Tiêm tĩnh mạch vitamin K 10mg trong vòng 10 phút (trong 3 ngày), nửa đơn vị FFP (10ml/kg). 1 đơn vị FFP = 300 - 350ml, cho thuốc lợi tiểu nếu cần thiết.

- Xét nghiệm INR và truyền FFP 10ml/kg hàng ngày cho đến khi INR bình thường

- Theo dõi thể tích tuần hoàn, truyền FFP lâu ngày có thể dẫn đến tăng thể tích máu và suy hô hấp.

- Thay thế FFP bằng: phức hợp prothrombin cô đặc (PCC, giống yếu tố IX cô đặc), hoạt hóa yếu tố VII nhanh chóng đưa INR về giá trị bình thường mà số lượng và thời gian truyền ít hơn FFP.

• PCC liều 25 - 50 Ul/kg phụ thuộc vào cân nặng, lượng INR, chế phẩm PCC được dùng.

• Hoạt hóa yếu tố VII (xem ở phần trên) nhưng có thể giảm liều xuống 40 microgam/kg.

• Nhiều ý kiên có rằng PCC và hoạt hóa yếu tố VII có liên quan tới nguy cơ tạo huyết khối bao gồm cả nhồi máu não. Hoạt hóa yếu tố VII nhanh chóng đưa INR trở về bình thường do vậy mà FFP không còn cần thiết. Vitamin K cũng có tác dụng thời gian tương tự hoạt hóa yếu tố VII.

4.4.3. Xuất huyết não liên quan đến Heparin

- Ngừng dùng heparin

- Chụp CT cấp cứu

- Xét nghiệm INR, PTT, số lượng bạch cầu, fibrinogen, thời gian máu xuất huyết đông, D - dimers.

- Xét nghiệm nhóm máu và làm phản ứng chéo

- Tiêm protamin, liều khởi đầu 25mg, kiểm tra PTT sau 10 phút, nếu vẫn tăng thêm 10mg, lặp lại cho đến khi PTT về bình thường

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị.

# XUẤT HUYẾT KHOANG DƯỚI NHỆN

**I. Đại cương**

Xuất huyết khoang dưới nhện (tự phát) là tình trạng máu chảy vào trong khoang dưới màng nhện não một cách tự phát (không do chấn thương)

**II. Nguyên nhân**

1. Phình động mạch trong sọ - là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 75-80%

2. Các dị dạng mạch máu não (4 –5%):

- Dị dạng động-tĩnh mạch (arteriovenous malformations).

- U mạch tĩnh mạch (venous angioma ).

- U mạch hang (carvenous angioma).

- Chứng dãn mao mạch (capillary telangiectasis).

3. Các nguyên nhân khác: hiếm gặp

- Tăng huyết áp.

- Rối loạn đông máu.

- Ngập máu tuyến yên.

- Bệnh hồng cầu hình liềm.

- Bóc tách động mạch (động mạch cảnh, động mạch đốt sống).

- Do thuốc (cocain).

- Điều trị kháng đông.

- Huyết khối xoang tĩnh mạch nội sọ.

- U não nguyên phát và di căn.

- Viêm động mạch ( do vi khuẩn, nấm ).

**III. Chẩn đoán**

1. Công việc chẩn đoán

a) Hỏi bệnh sử: chú ý hoàn cảnh khởi phát bệnh, giờ khởi phát, tính đột ngột của khởi phát, triệu chứng chính gồm nhức đầu dữ dội, có thể mất ý thức, thường không có yếu liệt chi, chú ý có chấn thương lúc khởi phát không

b) Khám lâm sàng

Đánh giá ý thức, dùng thang điểm hôn mê Glasgow

Đánh giá các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ và các dấu kích thích màng não

Tìm các dấu thần kinh định vị, dấu hiệu sốt, nhiễm trùng

Phân độ lâm sàng bằng thang điểm của Liên đoàn Phẫu thuật Thần kinh Thế giới (WFNS)

c) Cận lâm sàng

Cận lâm sàng thường quy

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, đông máu toàn bộ, đường huyết, ion đồ, chức năng gan (AST, ALT, Bilirubin), chức năng thận (BUN, Creatinin), bilan lipid máu (TG, Chol, LDL-C, HDL-C), men tim, tổng phân tích nước tiểu

- Điện tim, X quang ngực thẳng

Cận lâm sàng để chẩn đoán xác định

- CT scan não không cản quang

- Chọc dò DNT: chỉ định khi bệnh cảnh nghi ngờ xuất huyết dưới nhện nhưng CT não không thấy có xuất huyết

- MRI não không tiêm thuốc: thường ít sử dụng trong chẩn đoán xuất huyết dưới nhện cấp, có thể chỉ định trong trường hợp đến muộn, khi CT não không còn thấy máu trong khoang dưới nhện

Cận lâm sàng tìm nguyên nhân

- Chụp mạch máu não (DSA): là tiêu chuẩn vàng cho khảo sát mạch máu não, mục đích tìm túi phình động mạch gây xuất huyết dưới nhện, xác định vị trí, kích thước, số lượng, và khảo sát cổ túi phình, phục vụ trực tiếp cho chỉ định và kế hoạch phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch

+ Chụp với bơm thuốc lần lượt cả 4 trục động mạch, và không dừng lại ngay cả khi đa xác định được một hoặc nhiều túi phình, để khỏi bỏ sót các túi phình.

+ Nếu đã có túi phình hoặc nghi ngờ có túi phình, cần tiến hành khảo sát cổ túi phình và hướng của chúng.

+ DSA âm tính vẫn chưa loại được khả năng có túi phình, vì có thể không thấy do túi phình quá nhỏ, phình mạch bị tắc do cục máu đông hay do co thắt. Nên tiến hành chụp lại mạch máu não muộn hơn (sau khoảng 2 tuần) để xác định chẩn đoán.

- MRI và MRA có hoặc không bơm thuốc: không xâm lấn, có thể thấy phình mạch trong nhiều trường hợp, tuy nhiên độ phân giải không tốt bằng DSA, và thường không đủ để quyết định phẫu thuật; chỉ định ở người lớn tuổi, thể trạng không cho phép khảo sát xâm lấn và chỉ định phẫu thuật

- CTA: khảo sát mạch máu não, không xâm lấn, có bơm thuốc, có thể tái tạo hình ảnh ba chiều, xoay được các hướng, giúp thấy được hình ảnh túi phình cùng các đặc tính của nó, độ phân giải cũng không bằng DSA, tuy nhiên do có thể xoay ba chiều nên có thể chỉ định bổ sung cho DSA khi DSA chưa thấy rõ cổ túi phình hoặc các đặc tính khác; có thể chỉ định trước DSA ở những đối tượng chưa chắc chắn lợi ích của phẫu thuật hoặc can thiệp, hoặc thời điểm chưa phù hợp khảo sát mạch máu xâm lấn.

**2. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán lâm sàng: khởi phát đột ngột đau đầu, tăng áp lực nội sọ và hội chứng màng não

Chẩn đoán cận lâm sàng:

- Xác định chẩn đoán bằng CT scan não không cản quang trong đại đa số các trường hợp: tổn thương tăng đậm độ trong khoang dưới nhện gồm các bể dịch não tủy, các khe dọc giữa, khe bên, và các rãnh vỏ não

- Dịch não tủy: khi CT không thấy xuất huyết, tìm hồng cầu và bilirubin trong dịch não tủy

- MRI não: khi CT và DNT không rõ, ở những bệnh nhân đến muộn, MRI thấy dấu vết hemosiderin do xuất huyết trong khoang dưới nhện

3. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết não thất đơn thuần

- Xuất huyết não tràn vào khoang dưới nhện

- Viêm màng não

**IV. Điều trị**

**1. Nguyên tắc hoặc mục đích điều trị**

- Chống tăng áp lực nội sọ, hạn chế tổn thương não, đảm bảo tưới máu não

- Chống vỡ phình mạch tái phát

- Chống biến chứng

- Tìm và điều trị nguyên nhân

**2. Điều trị đặc hiệu (xem xét chuyển tuyến trên để bệnh nhân được điều trị đặc hiệu)**

- Phẫu thuật: dùng clip kẹp cổ túi phình, là phương pháp kinh điển, tuy nhiên biến chứng vỡ túi phình trong phẫu thuật cao, hậu phẫu nặng nề

- Can thiệp nội mạch: thả coil làm thuyên tắc túi phình, là phương pháp mới hơn, nhẹ nhàng hơn phẫu thuật, ngày càng được sử dụng nhiều hơn. Biến chứng có thể gặp là vỡ túi phình, rơi coil khỏi túi phình làm lấp mạch não.

- Thời điểm can thiệp: có thể lựa chọn giữa can thiệp sớm (42 – 96 giờ) để tránh tái phát và khi chưa có hiện tượng co thắt mạch và can thiệp muộn (10-14 ngày) lúc này không còn co thắt mạch và tỷ lệ tái phát ít. Nguyên tắc là can thiệp sớm cho các bệnh nhân lâm sàng nhẹ đến vừa (WFNS 1-3), cân nhắc với WFNS 4, và trì hoãn đến khi lâm sàng ổn định hơn với WFNS 5.

3. Điều trị chung

a. Đảm bảo hô hấp, thở oxy khi cần

b. Bù dịch, chống co mạch

- Bù dịch đẳng trương duy trì thăng bằng nước điện giải, trung bình 2-3 lít/ngày

- Thể tích nội mạch đủ cùng với huyết áp ổn định giúp ngừa co mạch

- Dùng thuốc ngừa co mạch: nimodipine, liều 60mg (2 viên) mỗi 4 giờ; lưu ý giảm liều với bệnh nhân lớn tuổi, hoặc có huyết áp thấp. (BVĐK Hậu Giang chưa có)

c. Nghỉ tĩnh tuyệt đối, giảm đau mạnh, an thần, chống kích thích, chống ho, chống táo bón

- Nghỉ tuyệt đối tại giường, hạn chế tiếp xúc, trao đổi với người thân

- Dùng thuốc giảm đau mạnh: acetaminophen kết hợp codein, khi cần có thể xem xét dùng tramadol

- Dùng thuốc an thần: diazepam 5mg, 1-3 viên/ngày

- Chống táo bón: dùng thường quy thuốc làm mềm phân đường uống macrogol (Forlax), cách 2-3 ngày nếu không đi tiêu có thể dùng thuốc bơm, thụt tháo

- Nếu có ho, tìm nguyên nhân, dùng thuốc ức chế ho và kháng sinh nếu cần

d. Điều chỉnh huyết áp: duy trì huyết áp tâm thu khoảng 120-150 mmHg

e. Chống co giật: sử dụng thuốc chống co giật phenytoin hoặc phenobarbital nếu bệnh nhân có ít nhất một cơn co giật, thời gian dùng có thể lựa chọn tới khi lâm sàng ổn định và đã loại trừ được túi phình, hoặc tới ba tháng.

f. Điều chỉnh đường huyết: duy trì đường huyết dưới 150 mg/dL, dùng insulin nếu cần điều chỉnh

**V. Theo dõi và tái khám**

Tái khám mỗi tuần trong tháng đầu, sau đó mỗi hai tuần, nếu tình trạng bệnh ổn định và bệnh nhân không còn nguy cơ nào khác có thể ngưng tái khám sau khoảng 3 tháng.

Khám lâm sàng, đánh giá triệu chứng nhức đầu, tìm các dấu định vị.

Nếu có các yếu tố nguy cơ cần kiểm soát chặt chẽ.

**Tài liệu tham khảo**

1. Bệnh viện Chợ Rẫy (2013). Phác đồ điều trị

# HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Động kinh là một trong các bệnh mạn tính thường gặp của hệ thần kinh trung ương; xảy ra ở tất cả các lứa tuổi và chủng tộc, các quốc gia và ở cả hai giới. Bệnh có thể gây ra những hậu quả nặng nề về mặt xã hội, thể chất và tâm lý.

**1.1. Định nghĩa:**

Động kinh là một bệnh lý đặc trưng bởi những cơn co giật lặp đi lặp lại mà không có yếu tố thúc đẩy.

**1.2. Nguyên nhân:**

Tất cả các nguyên nhân làm thay đổi cấu trúc (đại thể, vi thể) và chức năng tế bào thần kinh đều có thể gây động kinh.

Bảng 1: Các bệnh lý thuộc cấu trúc não gây động kinh

|  |
| --- |
| Các bệnh lý thuộc về cấu trúc não gây động kinh **Bẩm sinh** Loạn sản vỏ não **Thoái hoá** Alzheimer **Nhiễm trùng** Viêm màng não Viêm não Abscess **Chấn thương** **U** **Mạch máu** Dị dạng mạch máu não Đột qụy Xuất huyết dưới nhện |

**1.3. Phân loại: Theo ILAE ( International League Against Epilepsy)**

**1.3.1. Phân loại động kinh:**

**Bảng 2: Phân loại cơn động kinh**

|  |
| --- |
| **Động kinh cục bộ:** Động kinh cục bộ phức tạp Động kinh cục bộ đơn giản -Vận động -Cảm giác -Thực vật -Tâm thần Cơn toàn thể hoá thứ phát **Cơn toàn thể:** Cơn co cứng – co giật (nguyên phát) Cơn vắng ý thức Cơn giật cơ Cơn co giật Cơn co cứng Cơn mất trương lực Cơn vắng ý thức không điển hình Cơn co thắt trẻ thơ |

**1.3.2. Phân loại hội chứng động kinh:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bảng 3: Phân loại các hội chứng động kinh** | | |
|  | **Liên quan vị trí** | **Toàn thể** |
| **Vô căn** | Cơn động kinh Rolando lành tính (Động kinh lành tính ở trẻ em với gai vùng trung tâm thái dương trên EEG). | Cơn co giật lành tính ở trẻ sơ sinh (có hoặc không có tiền sử gia đình). |
|  |  | Động kinh giật cơ lành tính ở trẻ sơ sinh. |
|  | Động kinh vùng chẩm lành tính ở trẻ em. | Động kinh vắng ý thức ở thiếu niên. |
|  |  | Động kinh vắng ý thức ở thiếu nhi. |
|  | Động kinh thùy trán về đêm do gien trội trên NST thường. | Động kinh giật cơ ở thiếu nhi. |
|  | Động kinh nguyên phát khi đọc. | Động kinh cơn lớn khi thức |
|  |  | Một số động kinh phản xạ. |
| **Triệu chứng** | Thùy thái dương. | Bệnh não giật cơ biểu hiện sớm. |
|  | Thùy trán. | Hội chứng Ohtahar |
|  | Thùy đính. |  |
|  | Thùy chẩm. |  |
|  | Viêm não Rasmussen. | Các bất thường do loạn sản vỏ não. |
|  | Hầu hết các động kinh phản xạ. | Các bất thường do chuyển hoá. |
|  |  | Toan hoá nước tiểu do acide amine. |
|  |  | Toan hoá nước tiểu do tổ chức. |
|  |  | Bệnh ty thể bộ. |
|  |  | Bệnh não tiến triển ở thiếu niên. |
|  |  | Hội chứng West. |
|  |  | Hội chứng Lennox -Gastaut. |
| **Căn nguyên ẩn** | Mọi biểu hiện động kinh cục bộ chưa biết nguyên nhân. | Động kinh với các cơn giật cơ ngã xụm. |
|  |  | Động kinh với các cơn giật cơ mất ý thức. |

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 Lâm sàng:**

• Động kinh cục bộ phức tạp: (Động kinh thái dương)

Gồm các cơn có thay đổi hành vi, có kèm theo các ảo giác giác quan; Các cơn đau bụng, đau ngực, các cơn ảo giác thị giác, thính giác...

Bệnh nhân thường ngưng hoạt động khi có cơn hoặc có các hành vi bất thường có tính định hình.

• Động kinh cục bộ vận động:

Cơn khởi đầu ở một vùng cơ thể, với tình trạng co cứng và co giật, sau đó lan ra toàn thân theo một đạo trình nhất định, bệnh nhân mất ý thức khi cơn lan toàn thân. Sau cơn có thể có triệu chứng yếu liệt thoáng qua một vùng cơ thể, thường là vùng khởi đầu co giật (Liệt Todd).

Tổn thương gây cơn cục bộ vận động thường ở vùng vận động (vùng 4).

• Động kinh cục bộ cảm giác:

Bệnh nhân có cảm giác dị cảm xuất hiện tại một vùng cơ thể, sau đó lan toàn thân như động kinh vận động, sau cơn có thể kèm theo cơn cục bộ vận động.

Tổn thương ở vùng đính.

• Động kinh cục bộ giác quan:

Bệnh nhân có các cơn ảo giác đơn giản hay phức tạp xuất hiện và chấm dứt đột ngột.

Ao thị: Các điểm chói sáng trong thị trường.

Ao thính: Tiếng nói, tiếng nhạc, tiếng ồn...

Ao khứu: Có mùi khó chịu.

Tiền đình: Các cơn chóng mặt thoáng qua.

Các cơn giác quan có thể là tiền triệu của cơn động kinh thái dương.

• Cơn co cứng - co giật:

Còn được gọi là cơn lớn (Grand Mal), gồm cơn co cứng và co giật.

Giai đoạn co cứng: Co cứng cơ toàn thân, mất ý thức, té (chấn thương). Kéo dài 20-30 giây. Trong cơn bệnh nhân ngưng thở nên có tình trạng tím tái.

Giai đoạn co giật: Giật cơ toàn thân với cường độ và tần số tăng dần, sau đó giảm. Kéo dài khoảng 60 giây.

Giai đoạn hồi phục: Bệnh nhân hôn mê, dãn cơ toàn thân (tiểu dầm), sau đó tỉnh với trạng thái hoàng hôn sau cơn.

• Cơn vắng ý thức:

Thường gặp ở trẻ gái, lứa tuổi từ 8-12, cơn ngắn vài giây, đứa trẻ tự nhiên ngưng hoạt động, mắt chớp nhẹ và có thể có các vận động tự động không chính xác.

Sau cơn bé tỉnh ngay nhưng không nhớ gì lúc xảy ra cơn.

Biểu hiện EEG của cơn vắng ý thức là phức hợp gai sóng tần số 3 c/s rất đối xứng.

• Cơn giật cơ:

Cơn rất ngắn: Đứa trẻ bị giật cơ toàn thân giống như giật mình, thường bị ở hai tay làm rớt đồ vật, nếu bị ở chân có thể bị khụy xuống nhưng thường không bị té.

Có thể một hay nhiều cơn liên tiếp nhau và được so sánh như một đơn vị của động kinh cơn lớn.

• Cơn co giật:

Hiếm gặp. Cơn với triệu chứng giật cơ toàn thân giống như giai đoạn co giật của cơn co cứng - co giật. Bệnh nhân bị té nhưng có thể không mất ý thức sau cơn hoặc mất ý thức rất ngắn.

• Cơn co cứng:

Cơn rất ngắn dưới 10 giây. Trẻ gồng cứng cơ toàn thân và mất ý thức. Trong cơn thường bị té gây chấn thương, có thể có rối loạn cơ vòng. Sau cơn thường có rối loạn ý thức.

• Cơn mất trương lực:

Trẻ bị mất trương lực cơ toàn thân trong vài giây. Nếu đang đi trẻ thường bị té gây chấn thương; nếu đang ngồi trên ghế trẻ có thể bị tuột xuống đất.

Cơn kéo dài vài giây và ít khi ảnh hưởng đến tri giác. Tuy nhiên đứa trẻ thường có các chấn thương trên đầu do té và số lượng cơn có thể tới cả chục cơn mỗi ngày.

• Cơn vắng ý thức không điển hình:

Gần giống với cơn vắng ý thức nhưng không có biểu hiện đặc trưng của EEG.

Trong cơn thường có hiện tượng tăng trương lực cơ. Cơn thường khởi phát và thoái lui từ từ, chứ không đột ngột như cơn vắng điển hình.

Biểu hiện EEG là các phức hợp gai sóng có tần số dưới 2.5 c/s, có thể không đối xứng.

• Cơn co thắt trẻ thơ:

Xảy ra ở trẻ nhỏ, với biểu hiện gập người về phía trước, duỗi hai tay, giống kiểu chào của người Hồi giáo hoặc kiểu dao nhíp.

**2.2 Các xét nghiệm cận lâm sàng:**Có hai nhóm xét nghiệm cận lâm sàng:

**2.2.1. Cận lâm sàng để chẩn đoán động kinh**: EEG

Là xét nghiệm rất cơ bản trong động kinh. Tuy nhiên cần đánh giá EEG dựa trên các dữ kiện lâm sàng.

Biểu hiện động kinh là các gai, hoặc phức hợp gai - sóng xuất hiện lan toả hay cục bộ. Cần chú ý EEG có thể bình thường trong một số trường hợp, do đó có thể phải đo nhiều lần hay trong giấc ngủ, nhất là các trường hợp động kinh trẻ em.

**2.2.2. Các cận lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân:** Xquang sọ, xét nghiệm dịch não tủy, CT scan, MRI ...

• Các xét nghiệm hình ảnh học (CT scan, MRI.) là các xét nghiệm cần thiết đối với tất cả các trường hợp sau:

**\*** Cơn cục bộ.

**\*** Cơn khởi phát ở tuổi nhũ nhi.

**\*** Cơn khởi phát sau 20 tuổi.

**\*** Cơn toàn thể không đáp ứng với điều trị.

**\*** Có dấu hiệu định vị.

• Chỉ định đặc biệt của MRI:

**\*** Cơn cục bộ phức tạp mà CT scan âm tính hay không rõ.

**\*** Các cơn co giật với triệu chứng định vị rõ mà CT scan âm tính hay không rõ.

**\*** Đánh giá trước phẫu thuật.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán động kinh:**

Chẩn đoán động kinh đòi hỏi sự xuất hiện của ít nhất 02 cơn động kinh không có yếu tố thúc đẩy cách nhau 24 giờ.

Một số trường hợp có thể chẩn đoán động kinh khi chỉ có một cơn động kinh không có yếu tố thúc đẩy kèm với một bản ghi điện não có phóng điện ngoài cơn.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt:**

Nhiều tình huống lâm sàng phải được phân biệt với co giật do động kinh.

Những hiện tượng kịch phát không do động kinh có thể bị nhầm với động kinh khác nhau đáng kể theo từng nhóm tuổi.

**Bảng 4: Giả động kinh - Các rối loạn kịch phát không do động kinh**

|  |
| --- |
| **Trẻ sơ sinh**  - Ngừng thở  - Tình trạng dễ bị kích thích  - Co giật cơ khi ngủ lành tính ở trẻ sơ sinh  - Tăng phản xạ  **Trẻ nhũ nhi**  - Cơn ngưng thở  - Co giật cơ lành tính trên nhũ nhi  - Cơn rùng mình  - Hội chứng Sandifer  - Chứng vẹo cổ lành tính ở trẻ nhỏ  - Cử động mắt bất thường (ví dụ: spasmus nutans; opsoclonus-myoclonus)  - Rối loạn cử động theo nhịp (ví dụ: head banging)  **Trẻ em**  - Cơn ngưng thở  - Ngất do dây thần kinh X  - Đau nửa đầu  - Chóng mặt kịch phát lành tính  - Cơn nhìn chằm chằm  - Rối loạn Tic và chứng rập khuôn  - Rối loạn vận động có nhịp  - Chứng mộng du  **Thanh thiếu niên**  - Ngất do thần kinh X  - Chứng ngủ kịch phát  - Cử động tay chân từng đợt khi ngủ  - Chứng giật mình lúc ngủ (tình trạng co rút một phần hay toàn bộ cơ thể đột ngột, mạnh mẽ xảy ra khi bắt đầu buồn ngủ)  - Rối loạn vận động kịch phát  - Những rối loạn Tic  - Co cứng nửa mặt  - Hội chứng người đơ cứng  - Đau nửa đầu  - Giả co giật do tâm lý, không do động kinh  - Ảo giác  **Người cao tuổi**  - Ngất do nguyên nhân tim  - Cơn thiếu máu não thoáng qua  - Xỉu  - Quên toàn bộ thoáng qua  - Sảng hay bệnh lý não do nhiễm độc chuyển hóa  - Rối loạn giai đoạn ngủ có cử động mắt nhanh |

Ở trẻ vị thành niên và thanh niên, có thể phân loại những chẩn đoán này thành 6 nhóm lớn:

• Ngất

• Rối loạn tâm lý

• Rối loạn giấc ngủ

**•** Rối loạn vận động kịch phát

• Migraine

• Những bệnh lý thần kinh khác

Thường xảy ra ở những người lớn tuổi là các tình huống:

• Cơn thiếu máu não thoáng qua

• Chứng quên toàn thể thoáng qua

• Té xỉu (drop attacks)

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Mục tiêu điều trị:**

• Kiểm soát cơn động kinh

• Hạn chế tối đa tác dụng phụ của thuốc

• Đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

**4.2. Thời gian điều trị:**

• Hai năm sau khi hết cơn với các động kinh không có tổn thương.

• Năm năm sau khi hết cơn với các động kinh có tổn thương.

Tuy nhiên các khuyến cáo hiện nay cho rằng thời gian điều trị tối thiểu là ba năm. Một số trường hợp phải phối hợp với điều trị ngoại khoa (U, Dị dạng mạch máu não ...)

**4.3. Nguyên tắc điều trị động kinh:**

4.3.1. Phối hợp tốt: Thầy thuốc - Bệnh nhân - Gia đình.

4.3.2. Chọn một thuốc tối ưu cho từng trường hợp cụ thể.

4.3.3. Tăng liều từ từ và sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả.

4.3.4. Nắm vững tác dụng phụ của thuốc và thời gian ổn định nồng độ.

4.3.5. Không ngưng thuốc đột ngột.

4.3.6. Theo dõi chủ yếu là lâm sàng.

4.3.7. Trong trường hợp điều trị thất bại, cần kiểm tra:

• Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

• Các biến chứng về thần kinh - tâm thần.

**•** Chẩn đoán ban đầu.

• Khả năng tiến triển của bệnh.

• Kiểm tra lại CT, MRI.

**4.4. Khi nào cần điều trị:**

• Nếu chỉ có một cơn: theo dõi nếu lâm sàng và EEG bình thường.

• Nếu trong 12 tháng có từ hai cơn trở lên: điều trị ngay.

• Hiện nay một số tác giả cho rằng có thể điều trị ngay cơn đầu tiên nếu chắc chắn là động kinh.

**4.5. Bảng phân loại các loại thuốc chống động kinh:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thuốc thông thường** | **Thuốc thế hệ mới** | **Thuốc không thường dùng** |
| Carbamazepine (Tegretol) | Felbamate (Felbatol) | ACTH |
| Clonazepam (Klonopin) | Gabapentin (Neurontin) | Acetazolamide (Diamox) |
| Clorazepate (Tranxene) | Lamotrigine (Lamictal) | Amantadine (Symmetrel) |
| Ethosuximide (Zarontin) | Levetiracetam (Keppra) | Bromides |
| Phenobarbital | Oxcarbazepine Trileptal) | Clomiphene (Clomid) |
| Phenytoin (Dilantin) | Tiagabine (Gabitril) | Ethotoin (Peganone) |
| Primidone (Mysoline) | Topiramate (Topamax) | Mephenytoin (Mesantoin) |
| Valproic acid (Depakote) | Zonisamide (Zonegran) | Mephobarbital (Mebaral) |
|  |  | Methsuximide (Celontin) |
|  |  | Trimethadione (Tridone) |

**4.6. Điều trị thuốc:**

Việc chọn lựa thuốc chống động kinh dựa trên: Hiệu quả của thuốc đối với từng cơn động kinh hay từng hội chứng động kinh cụ thể, dược động học, tác dụng phụ, khoảng cách giữa các liều và giá cả.

**Bảng 4: Chọn thuốc theo phân loại cơn động kinh**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Loại cơn | 1st AEDs | Thuốc kết hợp | 3rđ AEDs |
| Cơn co cứng — co giật toàn thể | Carbamazepine  Lamotrigine  Oxcarbamazepine  Valproate | Clobazam  Lamotrigine  Levetiracetam  Valproate  Topiramate |  |
| Cơn co cứng hoặc cơn mất trương lực | Valproate | Lamotrigine | Rufinamide  Topiramate |
| Cơn vắng ý thức | Ethosuximide  Lamotrigine  Valproate | Ethosuximide  Lamotrigine  Valproate | Clobazam  Clonazepam  Levetiracetam  Topiramate  Zonisamide |
| Cơn giật cơ | Levetiracetam  Valproate  Topiramate | Levetiracetam  Valproate  Topiramate | Clobazam  Clonazepam  Piracetam  Zonisamide |
| Cơn cục bộ | Carbamazepine  Lamotrigine  Levetiracetam  Oxcarbamazepine  Valproate | Carbamazepine  Clobazam  Gabapentin  Lamotrigine  Levetiracetam  Oxcarbamazepine  Valproate  Topiramate | Lacosamide  Phenobarbital  Phenytoin  Pregabalin  Tiagabine  Vigabatrin |

**Bảng5:Hướng dẫn sử dụng đối với một số thuốc chống động kinh thông thường:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Người lớn** | | | **Trẻ em** | | |
| **Tên thuốc (biệt dược)** | **Liều khởi đầu (mg)** | **Tăng liều m)** | **Liều mục tiêu (mg)** | **Liều khởi đầu(mg/kg)** | **Liều mục tiêu (mg/kg)** | **Số lần / ngày** |
| Carbamazepine  (Tegretol) | 200 X 2 lần | 200 mỗi tuần | 600-1800 | 10 | 10-35 (dưới 6 tuổi) | 3-4 lần, 2 lần (dạng phóng thích chậm) |
| Ethosuximide  (Zarontin) | 250 mỗi ngày | 250 mỗi 3-7 ngày | 750 | 15 | 15-40 | 1-2lần/ ngày |
| Felbamate  (Felbatol) | 600-1200 mỗi ngày | 600-1200 mỗi 1-2 tuần | 2400-3600 | 15 | 15-45 | 3lần/ ngày |
| Gabapentin  (Neurontin) | 300 mỗi ngày | 300 mỗi 3-7 ngày | 1200-3600 | 10 | 25-50 | 3 lần/ ngày |
| Lamotrigine  (Lamictal) | 6.25-12.5 mỗi ngày hoặc cách ngày | 12.5-25 mỗi 2 tuần | 100 | 0.15-0.5 | 0.5-5 | 2 lần/ ngày |
| Levetiracetam  (Keppra) | 500 mỗi ngày | 500 mỗi tuần | 2000-4000 | 20 | 40-100 | 2 lần/ ngày |
| Oxcarbazepine  (Trileptal) | 300 mỗi ngày | 300 mỗi tuần | 900-2400 | 8-10 | 30-46 | 2 lần/ ngày |
| Phenobarbital | 30-60 mỗi ngày | 30 mỗi 1-2 tuần | 60-120 | 3 | 3-6 | 1-2 lần/ ngày |
| Phenytoin  sodium  (Dilantin) | 200 mỗi ngày | 100 mỗi 5-7 ngày | 200-300 | 4 | 4-8 | 1-2 lần/ ngày |
| Primidone  (Mysoline) | 125-250 mỗi ngày | 250 mỗi 1-2 tuần | 500-750 | 10 | 10-25 | 3 lần/ ngày |
| Tiagabine  (Gabitril) | 4 mỗi ngày | 4-8 mỗi tuần | 16-32 | 0.1 | 0.4 | 2 lần/ ngày |
| Topiramate  (Topamax) | 25 mỗi ngày | 25 mỗi tuần | 200-400 | 3 | 5-9 | 2 lần/ ngày |
| Valproic acid (Depakote) | 250 mỗi ngày | 250 mỗi 3-7 ngày | 750-3000 | 15 | 15-45 | 3-4 lần, 2 lần (dạng phóng thích chậm) |
| Zonisamide  (Zonegran) | 100 mỗi ngày | 100 mỗi 2 tuần | 200-400 | 4 | 4-12 | 2lần/ ngày |

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lê Văn Nam (2005). “Các thuốc điều trị động kinh”. Trong: Chẩn đoán và điều trị động kinh, Vũ Anh Nhị, ấn bản lần 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản đại học quốc gia, tr.119-136.

2. Vũ Anh Nhị (2005). “Điều trị động kinh”. Trong: Chẩn đoán và điều trị động kinh, ấn bản lần 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Đại học quốc gia, tr.83-117

3. Lê Văn Tuấn (2005). “Dịch tễ học động kinh”. Trong: Chẩn đoán và điều trị động kinh, Vũ Anh Nhị, ấn bản lần 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Đại học quốc gia, tr.171-183.

4. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị

# BỆNH NHƯỢC CƠ

**1. Đại cương:**

**1.1. Định nghĩa:**

Bệnh nhược cơ là một rối loạn thần kinh cơ tự miễn do sự sản xuất tự kháng thể kháng thụ thể acetylcholine nicotinic.

**1.2. Dịch tễ học:**

Tần suất hiện mắc của bệnh nhược cơ vào khoảng 1/10.000 - 20.000 dân. Tỉ lệ nữ:nam khoảng 1:2. Các triệu chứng có thể xuất hiện ở bất kỳ độ tuổi nào nhưng tuổi thường gặp nhất là 20 - 30 tuổi ở nữ và 50 - 60 tuổi ở nam.

**1. 3. Nguyên nhân:**

- Khoảng 80-90% có kháng thể kháng thụ thể acetylcholine trong huyết thanh.

- Các bệnh tự miễn khác kết hợp như viêm khớp dạng thấp, lupus và thiếu máu ác tính gặp ở khoảng 5% bệnh nhân.

- Bệnh tuyến giáp gặp ở 10% bệnh nhân, thường kết hợp với sự hiện diện của kháng thể kháng tuyến giáp.

- Khoảng 10- 15% bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức, trong đó sự tăng sản lympho tuyến ức với sự phát triển của các trung tâm mầm xảy ra ở 50- 70% trường hợp.

- Ở hầu hết bệnh nhân, nguyên nhân của bệnh nhược cơ tự miễn không được biết.

- Có ba nguyên nhân do thuốc gồm: D-penicinamine (được dùng để điều trị bệnh

Wilson và viêm khớp dạng thấp), liệu pháp alfa-interferon và thay tủy xương.

**1.4. Phân loại:** theo hiệp hội nhược cơ Hoa Kỳ (Myasthenia Gravis Foundation of America: MGFA)

Bảng 1. Phân loại nhược cơ

I.

- Yếu cơ ổ mắt

- Các nhóm cơ khác bình thường

II

- Yếu cơ mà ảnh hưởng các cơ khác không phải cơ ổ mắt

- Có thể hay không có cơ ổ mắt

II a.

- Ảnh hưởng rõ đến cơ ở chi , cơ thân , hoặc cả hai

- Có thể có ảnh hưởng các cơ hầu họng

II b.

- Anh hưởng rõ đến cơ hầu họng , cơ hô hấp hoặc cả hai

- Có thể có tổn thương ảnh hưởng đến cơ chi, cơ trục thân

III

- Yếu cơ vừa phải ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào có hay không có cơ ổ mắt

III. a

- Anh hưởng rõ đến cơ ở chi, cơ trục thân, hoặc cả hai

- Có thể có liên quan ít hơn ở cơ hầu họng

III. b

- Anh hưởng rõ đến cơ hầu họng, cơ hô hấp hoặc cả hai

- Có thể có tổn thương ảnh hưởng đến cơ chi, cơ trục thân

IV

- Yếu cơ nặng ảnh hưởng đến bất kỳ nhóm cơ nào có hay k không có cơ ổ mắt

IV a.

- Anh hưởng rõ đến cơ ở chi, cơ trục thân

- Có tổn thương ở cơ hầu họng

IV b.

- Anh hưởng rõ đến cơ hầu họng, cơ hô hấp hoặc cả hai

- Có tổn thương một phần cơ trục thân, cơ chi hoặc cả hai

IV c.

- Thể bệnh nặng nhất, có đặt nội khí quản có hay không có thông khí cơ học

- Nuôi ăn đường ống sonde dạ dày cho bệnh nhân loại IV b.

**2. Đánh giá bệnh nhân:**

**2.1. Khám lâm sàng:**

- Dấu hiệu chính của bệnh nhược cơ là yếu cơ dao động và dễ mệt mỏi.

- Các triệu chứng vận nhãn xảy ra ở 50% bệnh nhân (25% bệnh nhân khởi đầu bằng song thị, 25% khởi đầu bằng sụp mi) và khi bệnh hơn một tháng thì 80% bệnh nhân có bất thường về vận nhãn.

- Các triệu chứng hầu họng (nói khó và nuốt khó) xảy ra ở 10%, yếu chân (đi lại khó) 10% và yếu toàn thân 10%.

- Suy hô hấp gặp ở 1% bệnh nhân.

- Bệnh nhân luôn than phiền các triệu chứng do yếu cơ khu trú như song thị, sụp mi, nói khó, nuốt khó, mất khả năng để nâng chi hoặc đi lại khó khăn.

***-*** Bệnh nhân nhược cơ không than phiền yếu chung chung, mệt chung chung, buồn ngủ hoặc đau cơ.

- Một số yếu tố khác có thể thúc đẩy yếu cơ bao gồm căng thẳng tinh thần, nhiễm trùng, thuốc (succinylcholine, kháng sinh nhóm aminoglycoside, quinidine, độc tố botulinum).

**2. 2. Cận lâm sàng:**

**2. 2.1. Kháng thể kháng thụ thể acetylcholine:**

(***Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa làm được - Bệnh viện Chợ Rẫy làm được)***

***-*** Kháng thể kháng thụ thể này hiện diện ở 80% bệnh nhân nhược cơ. Độ nhạy của xét nghiệm này là 90%. Độ đặc hiệu chưa được biết do dương tính giả

**2.2. 2. Kháng thể MuSK** (muscle specific kinase antibodies): chỉ định khi kháng thể kháng thụ thể acetylcholine âm tính

(***Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa làm được - Bệnh viện Chợ Rẫy làm được)***

*2.*2.3. EMG test:(*Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa triển khai)*

- Nghiệm pháp kích thích lặp lại được ứng dụng rộng rãi và có độ nhạy thay đổi tùy thuộc số lượng cơ.

- Điện cơ sợi đơn độc là một kỹ thuật có độ đặc hiệu cao, nhạy khoảng 90%.

**2. 2.4. Hình ảnh học:**

- CT scan lồng ngực và MRI não được chỉ định trong nhược cơ

- CT scan lồng ngực có cản quang được chỉ định để tìm u tuyến ức liên quan đến nhược cơ.

- Trong các trường hợp khó cơn nhược cơ với các triệu chứng liệt vận nhãn toàn bộ, yếu tứ chi lâm sàng khó phân biệt thì MRI não có vai trò trong chẩn đoán phân biệt với tổn thương vùng thân não.

**3. Chẩn đoán**

**3. 1. Chẩn đoán xác định:** dựa trên bệnh sử, các dấu hiệu lâm sàng thăm khám lâm

sàng.và các test thuốc hỗ trợ chẩn đoán như sau

**3.1.1 .Tensilon test (Edrophonium):** (chưa có thuốc tại Việt Nam)

***-*** Đây là một test thuốc dễ làm, cho rất quả nhanh và có giá trị chẩn đoán. Nếu bệnh nhân có khó thở nặng, phải trì hoãn Tensilon test cho đến khi tình trạng hô hấp ổn định. Phải chuẩn bị sẵn 0.4mg Atropine để tiêm tĩnh mạch trong trường hợp bệnh nhân bị tác dụng phụ của thuốc như chậm nhịp tim. Cần chọn một hoặc hai nhóm cơ (như cơ nâng mi, cơ vận nhãn ngang, cơ hầu họng) để quan sát. Chuẩn bị ống tiêm có 1ml (10mg) Edrophonium, tiêm tĩnh mạch 0,1ml (1mg) để test sự nhạy cảm với thuốc (theo dõi nhịp tim và các tác dụng phụ). Sau 1 phút, nếu không có tác dụng phụ xảy ra, tiêm thêm 3mg và quan sát sự cải thiện của bệnh nhân. Một số bệnh nhân nhược cơ cải thiện tốt trong 30 - 60 giây sau tiêm 4mg và nếu điều này xảy ra, ngừng test. Nếu sau 1 phút, bệnh nhân vẫn chưa có sự cải thiện, tiêm thêm 3mg và chờ thêm 1 phút nữa, nếu vẫn không cải thiện, tiêm 3mg cuối cùng. Nếu bệnh nhân có triệu chứng muscatinic bất cứ lúc nào trong khi đang làm test (như tiết mồ hôi, tiết nước bọt...) sẽ chứng tỏ đã đủ liều thuốc để cải thiện triệu chứng và nên ngừng test. Thời gian giúp cải thiện yếu cơ của Edrophonium chỉ kéo dài vài phút. Nếu yếu cơ cải thiện rõ ràng, kết luận test dương tính.

- Độ nhạy của Edrophonium khoảng 90%. độ đặc hiệu khó xác định vì cũng dương tính các bệnh thần kinh cơ khác như hội chứng Eaton- Lambert, botulism, hội chứng Guillain- Barré, bệnh neuron vận động và các tổn thương thân não và xoang cảnh.

**3. 1.2. Neostigmine test:**

- Neostigmine có thời gian tác dụng dài hơn, cũng có thể dùng để làm test ở một số bệnh nhân, đặc biệt là trẻ em, được gọi là “Neostigmine test”, liều 0,04mg/kg tiêm bắp hoặc 0,02mg/kg tiêm tĩnh mạch (chỉ duy nhất 1 lần). Test dương tính khi tình trạng yếu cơ (như mắt mở to ra , sức cơ chi mạnh hơn ) cải thiện rõ sau 15- 30 phút

**3. 1.3. Kháng thể kháng thụ thể acetylcholine:**

**3. 1.4. Kháng thể MuSK (muscle specific kinase antibodies):**

**3. 1.5. EMG test:**

**3.2. Chẩn đoán thể**: nhược cơ thể mắt, cơn nhược cơ, nhược cơ bẩm sinh, nhược cơ sơ sinh thoáng qua

**3.3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Các bệnh có sụp mi mắt như: sụp mi bẩm sinh, tổn thương dây III, tai biến mạch máu não, u não...

- Các bệnh có tổn thương thần kinh cơ như: viêm đa dây thần kinh, viêm tuỷ leo, loạn dưỡng cơ... trong các bệnh này,

- Nhược cơ do dùng các thuốc có tác dụng gây nhược cơ: thường là các thuốc nhóm Penicinamine, Procainamide và Aminoglycoside liều cao.

- Nhược cơ trong bệnh Basedow:

- Có thể là triệu chứng tổn thương cơ do nhiễm độc giáp.

- Cũng có thể là do Bệnh nhược cơ kết hợp với bệnh Basedow. Đây là một thể bệnh đặc biệt trong đó các triệu chứng của hai bệnh thường ảnh hưởng lẫn nhau: các triệu chứng của bệnh này nặng lên thì bệnh kia thường nhẹ đi và ngược lại.

- Nhược cơ trong Hội chứng Eaton- Lambert: thường gặp trong Ung thư phổi tế bào nhỏ (loại tế bào nhỏ )

- Ngộ độc thức ăn có vi khuẩn Clostridium botulinum

**4. Điều trị**

**4.1. Nguyên tắc điều trị:**

- Giải thích với bệnh nhân về diễn tiến tự nhiên của bệnh (bao gồm diễn tiến dao động và khó tiên đoán).

- Trình bày sơ lược với bệnh nhân về những phương pháp điều trị về hiệu quả của thuốc, liệu trình điều trị, thời gian đáp ứng và biến chứng.

- Bệnh nhân nhược cơ nặng có thể diễn tiến xấu nhanh trong vài giờ. Do đó cần được theo dõi chặt chẽ

- Những bệnh nhân khó nuốt vừa hoặc nặng, sụt cân cũng như yếu cơ trầm trọng hoặc tiến triển nhanh cũng cần nhập viện. Điều này giúp theo dõi liên tục và can thiệp kịp thời suy hô hấp cũng như tiến hành chẩn đoán và điều trị.

**4. 2. Các thuốc và phương pháp điều trị**

**4. 2.1. Thuốc kháng men (Cholinesterase Inhibitors - CEI):**

***(xem thêm bảng 2*** )

- Pyridostigmine (Mestinon) là thuốc CEI được dùng rộng rãi nhất cho những bệnh nhân uống thuốc lâu dài. Thuốc bắt đầu tác dụng sau khi uống 15 - 30phút, đật hiệu quả cao nhất sau 1 - 2 giờ và giảm dần tác dụng sau 3 - 4 giờ. Liều khởi đầu là 30 - 60mg uống 4 lần/ngày phụ thuộc vào lâm sàng. Liều mang lại hiệu quả đáng kể là 60mg mỗi 4 giờ. Tác dụng phụ muscarinic thường xảy ra với liều cao. Một số ít bệnh nhân dung nạp liều hơn 1000mg/ngày, chia liều mỗi 2 - 3 giờ.

***Bảng 2: Các thuốc kháng men (Cholinesterase Inhibitors — CEI)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thuốc kháng men (CEI) | Hàm lượng | Liều trung bình (Người lớn) |
| Pyridostigmine bromide viên (Mestinon) | 60mg/viên | 30 - 60mg mỗi 4 - 6giờ |
| Pyridostigmine bromide si-rô | 12mg/ml | 30 - 60mg mỗi 4 - 6giờ |
| Pyridostigmine bromide Timespan (Mestinon Timespan) | 180mg/viên | 1 viên x 2 lần/ngày |
| Neostigmine bromide (Prostigmine) | 15mg/viên | 7.5 - 15mg mỗi 3 - 4giờ |
| Neostigmine methylsulfate (Parenteral) | 0.25 - 1.0mg/ml | 0.5mg tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da mỗi 2 - 3giờ |
| Liều ở trẻ em | | |
| Edrophonium | Chẩn đoán: 0.1mg/kg IV (hoặc 0.15mg/kg IM hoặc SC, để kéo dài hiệu quả), test trước đó với 0.01mg/kg. | |
| Pyridostigmine bromide viên hoặc si-rô (Mestinon) | 60mg/viên,  12mg/ml | 0.1mg/kg mỗi 4 - 6giờ |
| Neostigmine methylsulfate (Parenteral) | Chẩn đoán: 0.1mg/kg IM hoặc SC hoặc 0.05mg/kg IV, chỉ 1 lần duy nhất. | |

*4. 2.2.* Corticosteriods

- Corticosteroids được dùng cho những bệnh nhân có triệu chứng nặng hoặc trung bình và thất bại với CEI.Có 2 cách dùng chính:

• ***Liều cao từ đầu giảm dần***

Khởi đầu với liều cao 60 - 80mg/ngày, uống. Bệnh nặng lên trong giai đoạn sớm có thể xảy ra ở 50% bệnh nhân, thường trong vài ngày đầu, và kéo dài 3 - 4 ngày. 10% cải thiện ít hoặc trung bình xảy ra ở 15% và 5% không đáp ứng. Sự cải thiện bắt đầu sớm khoảng 12 giờ và muộn khoảng 60 ngày sau khi bắt đầu với prednisone, nhưng thông thường bệnh nhân cải thiện sau 1- 2 tuần đầu. Sự cải thiện từ từ và trung bình sau 3 tháng thì đáng kể, tối đa sau 9 tháng. Đáp ứng tốt và duy trì sự cải thiện triệu chứng khi giảm liều dần 10mg mỗi 1 - 2 tháng. Việc giảm liều nhanh hơn có thể làm bệnh nặng lại. Mặc dù một số bệnh nhân có thể vẫn ổn định khi cai dần corticosteroids nhưng đa số thì không. Liều thấp nhất cần được dùng để duy trì sự cải thiện là 5 - 30mg dùng cách ngày.

• ***Liều thấp tăng dần***

Dùng prednisone cách ngày với liều thấp tăng dần để hạn chế nguy cơ làm nặng bệnh trong giai đoạn sớm. Prednisone 25mg cách ngày, tăng 12,5mg sau mỗi 3 liều (là sau 5 ngày) đến liều tối đa 100mg cách ngày hoặc cho đến khi có hiệu quả. Cải thiện lâm sàng thường bắt đầu trong tháng đầu điều trị. Tần số và mức độ năng của tình trang nặng thêm trong giai đoạn sớm thấp hơn so với việc dùng liều cao mỗi ngày ngay từ đầu.

- Ngoài ra, Methylprednisone tĩnh mạch liều cao (1000mg IV mỗi ngày trong 3- 5 ngày) có thể giúp cải thiện trong 1 - 2 tuần nhưng chỉ kéo dài trong thời gian ngắn.

**4. 2.3. Các thuốc ức chế miễn dịch thay thế:(*Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa có)***

- Mycophenolate mofetil (Cellcept)

• Thuốc giúp cải thiện ở 75% bệnh nhân nhược cơ với thời điểm bắt đầu có đáp ứng thuốc là 2 - 3 tháng. Thông thường, thuốc được dung nạp tốt. Bắt đầu với 250 - 500mg uống 2 lần mỗi ngày, sau 2 tuần có thể tăng lên 1000mg uống 2 lần mỗi ngày.

- Azathioprine (Imuran)

• Liều bắt đầu là 50mg uống mỗi ngày, liều được tăng 50mg mỗi 1 - 2 tuần để đạt tới liều khoảng 2 - 3mg/kg/ngày (khoảng 150mg/ngày ở người lớn có thể trạng trung bình).

• Cần theo dõi công thức máu, men gan khi điều trị

- Cyclosporine:

***•*** Được dùng ở những bệnh nhân nhược cơ trầm trọng, những người không thể kiểm soát tốt bằng corticosteroids và azathioprine.

• Liều khởi đầu là 3 - 5mg/kg/ngày chia 2 lần, uống. Nồng độ cyclosporine trong máu cần được định lượng mỗi tháng (nồng độ cần đạt là 200 - 300) Hơn 50% bệnh nhân cải thiện với cyclosporine sau 1 - 2 tháng, tối đa sau 3 - 4 tháng.

• Các tác dụng phụ bao gồm độc thận và tăng huyết áp.

**4. 2.4. Thay huyết tương:(*Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa có)***

- Lấy đi các kháng thể kháng thụ thể acetylchonine giúp cải thiện nhanh triệu chứng lâm sàng.

- Quy trình chuẩn là thay 2 - 3l huyết tương cách ngày hoặc 3 lần/tuần cho đến khi bệnh cải thiện (thường khoảng 3 - 5 lần). Triệu chứng bắt đầu cải thiện sau lần thay huyết tương đầu tiên và đạt tối đa trong 2 - 3 tuần. Hiệu quả trung bình và đáng kể gần như ở tất cả các bệnh nhân nhưng luôn không còn sau 4 - 8 tuần do kháng thể được tái lập lại.

- Chỉ định thay huyết tương ở những bệnh nhân cần cải thiện triệu chứng nhanh.

**4. 2.5. Immunoglobuline tĩnh mạch liều cao:(*Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa có)***

- Giúp cải thiện triệu chứng tương tự thay huyết tương. Cơ chế không rõ nhưng có thể liên quan đến việc làm giảm sản xuất kháng thể hoặc giảm hiệu quả của kháng thể.

- Phác đồ thường dùng là 2g/kg chia liều trong 5 ngày (0.4g/kg/ngày).

- Đa số bệnh nhân nhược cơ cải thiện, thông thường trong 1 tuần sau IVIG.

**4. 2.6. Cắt tuyến ức:(*Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang chưa có)***

- Những bệnh nhân nhược cơ trung bình hoặc nặng, đặc biệt là ở những bệnh nhân đáp ứng không đầy đủ với CEI và những bệnh nhân dưới 55 tuổi.

- Tất cả những bệnh nhân có nghi ngờ u tuyến ức đều được phẫu thuật. Khoảng 75 % bệnh nhân nhược cơ có cải thiện với phương pháp cắt tuyến ức. Theo dõi nhiều năm, thời điểm bắt dầu cải thiện thường 1 - 2 năm sau phẫu thuật (một số bệnh nhân cải thiện sau 5 - 10 năm sau phẫu thuật).

Những bệnh nhân nào không cần cắt tuyến ức?

- Những bệnh nhân với triệu chứng nhẹ hoặc không đáng kể không cần phẫu thuật.

- Hầu hết những bệnh nhân nhược cơ thể mắt đơn thuần cũng không cần phẫu thuật, mặc dù cũng có một số báo cáo cho thấy phẫu thuật có hiệu quả ở một số trường hợp.

- Cắt tuyến ức thường được tránh ở trẻ em vì có giả thuyết cho rằng điều này sẽ làm suy giảm sự phát triển của hệ thống miễn dịch. Tuy nhiên, những báo cáo về cắt tuyến ức ở trẻ 2 - 3 tuổi cho thấy có kết quả đáng kể mà không có ảnh hưởng nặng nề lên hệ thống miễn dịch.

- Cắt tuyến ức không được khuyến cáo rộng rãi ở những bệnh nhân trên 55 tuổi vì tỉ lệ tử vong tăng đáng kể, chậm hiệu quả lâm sàng, teo cơ thường xảy ra và khó khăn khi cắt tuyến ức.

**4. 3. Điều trị cụ thể**

**4. 3.1.Yếu cơ nhẹ hoặc không đáng kể, khu trú hay toàn thể: có thể được kiểm soát bằng pyridostigmine.**

**4. 3.2. Yếu cơ trung bình hoặc nặng, khu trú hay toàn thể: giai đoạn đầu có thể**

kiểm soát bằng CEI. Thậm chí nếu các triệu chứng được kiểm soát đầy đủ, những bệnh nhân dưới 55 tuổi nên kết hợp phẫu thuật cắt tuyến ức sớm (trong năm đầu tiên). Với những bệnh nhân lớn tuổi hơn, cắt tuyến ức thường không được thực hiện trừ khi bệnh nhân có u tuyến ức.

**4. 3.3. Nếu các triệu chứng không kiểm soát được hoàn toàn bằng CEI:** các thuốc ức chế miễn dịch được sử dụng. Corticosteroid là nhóm có hiệu quả nhất về lâu dài. Nếu bệnh nhân nặng, tiến triển nhanh hoặc triệu chứng đe dọa tính mạng thì dứt khoát phải quyết định dùng corticosteriods. Những bệnh nhân bị mất khả năng làm việc nhưng triệu chứng ổn định có thể thay corticosteriods bằng mycophenolate mofetil, đặc biệt là những bệnh nhân gặp bất lợi khi dùng corticosteroids (như quá cân, đái tháo đường hoặc bất lợi về thẩm mỹ ).

**4. 3.4. Thay huyết tương** hoặc IVIG được chỉ định trong những trường hợp (chọn một trong hai):

***-*** Cơn nhược cơ sắp xảy ra, diễn tiến nhanh, đe dọa tính mạng hoặc cơn nhược cơ thật sự, đặc biệt là có đặt nội khí quản kéo dài và thông khí cơ học.

- Ổn định bệnh nhược cơ trước phẫu thuật (như trước phẫu thuật cắt tuyến ức hoặc các phẫu thuật khác) đối với những bệnh nhân khó kiểm soát triệu chứng.

- Khó kiểm soát bằng các phương pháp điều trị khác.

**4. 3.5. Nếu các điều trị trên thất bại, dùng mycophenolate, azathioprine hoặc cyclosporine.**

**4.3. Nếu bệnh nhân vẫn đáp ứng kém dù với các trị liệu thích hợp:** nên chỉ định chụp lại CT scan ngực để tầm soát tuyến ức. Một số bệnh nhân cải thiện sau khi “phẫu thuật cắt tuyến ức lại”. Kiểm tra lại các vấn đề nội khoa khác (như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, nhiễm trùng, các bệnh tự miễn kết hợp).

**5. Tiên lượng:**

- Khoảng 50% số bệnh nhân nhược cơ khởi phát với triệu chứng vận nhãn và sau một tháng, khoảng 80% có triệu chứng ở mắt. Khởi đầu bằng yếu cơ hầu họng khoảng 10%, tay chân 10%, toàn thân 10%, hô hấp 10%. Sau một tháng, chỉ có biểu hiện ở mắt 40%, toàn thân 10%, giới hạn ở chi 10%, giới hạn ở cơ hầu họng 10%.

- Nhược cơ vẫn chỉ khu trú ở mắt (nhược cơ thể mắt đơn thuần) trong một thời gian dài khoảng 15- 20%. Hầu hết bệnh nhân khởi đầu với nhược cơ ở mắt sẽ diễn tiến toàn thân trong năm đầu tiên của bệnh. Yếu cơ tối đa xảy ra trong ba năm đầu ở 70% bệnh nhân.

- Hiện nay, tử vong do nhược cơ rất hiếm. Sự thuyên giảm tự nhiên xảy ra khoảng 10 - 15%, thường trong năm đầu hoặc năm thứ hai của bệnh. Tuy nhiên, khoảng 15- 20% bệnh nhân mà chỉ bị nhược cơ thể mắt đơn thuần diễn tiến không đổi và có thể thoái lui tự phát.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện Nhân dân 115 (2015). Phác đồ điều trị

# BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

**(Rheumatoid Arthritis)**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh lý tự miễn điển hình, diễn biến mạn tính với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân ở nhiều mức độ khác nhau. Bệnh diễn biến phức tạp, gây hậu quả nặng nề do đó cần được điều trị tích cực ngay từ đầu bằng các biện pháp điều trị hữu hiệu để làm ngừng hay làm chậm tiến triển của bệnh, hạn chế tàn phế và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

**2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH**

− Bệnh chưa rõ nguyên nhân, liên quan đến nhiễm khuẩn, cơ địa (nữ giới, trung niên, yếu tố HLA) và rối loạn đáp ứng miễn dịch.

− Trong đó vai trò của lympho B (miễn dịch dịch thể), lympho T (miễn dịch qua trung gian tế bào), đại thực bào… với sự tham gia của các tự kháng thể (anti CCP, RF…) và các cytokines (TNFα, IL6, IL1…).

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987**

− Hiện nay tiêu chuẩn này vẫn đang được áp dụng rộng rãi nhất trên thế giới và Việt Nam đối với thể biểu hiện nhiều khớp và thời gian diễn biến viêm khớp trên 6 tuần.

+ Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.

+ Viêm tối thiểu ba nhóm khớp: sưng phần mềm hay tràn dịch tối thiểu 3 trong số 14 nhóm khớp sau (kể cả hai bên): khớp ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cổ chân, khớp bàn ngón chân.

+ Viêm các khớp ở bàn tay: sưng tối thiểu một nhóm trong số các khớp cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón tay.

+ Viêm khớp đối xứng.

+ Hạt dưới da.

+ Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính.

+ Dấu hiệu X quang điển hình của VKDT: chụp khớp tại bàn tay, cổ tay hoặc khớp tổn thương: hình bào mòn, hình hốc, hình khuyết đầu xương, hẹp khe khớp, mất chất khoáng đầu xương.

**Chẩn đoán xác định**: khi có ≥ 4 tiêu chuẩn. Triệu chứng viêm khớp (tiêu chuẩn 1- 4) cần có thời gian diễn biến ≥ 6 tuần và được xác định bởi thầy thuốc.

Tiêu chuẩn ACR 1987 có độ nhạy 91-94% và độ đặc hiệu 89% ở những bệnh nhân VKDT đã tiến triển. Ở giai đoạn bệnh mới khởi phát, độ nhạy chỉ dao động từ 40-90% và độ đặc hiệu từ 50-90%.

***Lưu ý***: Hạt dưới da hiếm gặp ở Việt Nam. Ngoài ra, cần khảo sát các triệu chứng ngoài khớp như: teo cơ, viêm mống mắt, tràn dịch màng ngoài tim, tràn dịch màng phổi, viêm mạch máu... thường ít gặp, nhẹ, dễ bị bỏ sót.

**3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng cần chỉ định**

− Các xét nghiệm cơ bản: tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, protein phản ứng C (CRP)…, xét nghiệm chức năng gan, thận, Xquang tim phổi, điện tâm đồ...

− Các xét nghiệm đặc hiệu (có giá trị chẩn đoán, tiên lượng):

+ Yếu tố dạng thấp (RF) dương tính trong 60 - 70 % bệnh nhân (BVĐK Hậu Giang chưa triển khai).

+ Anti CCP dương tính trong 75 - 80 % bệnh nhân (BVĐK Hậu Giang chưa triển khai).

+ Xquang khớp (thường chụp hai bàn tay thẳng hoặc các khớp bị tổn thương).

**3.4. Chẩn đoán phân biệt**

Lupus ban đỏ hệ thống, thoái hoá khớp, gút mạn tính, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến...

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc**

Điều trị toàn diện, tích cực, dài hạn và theo dõi thường xuyên. Các thuốc điều trị cơ bản hay còn gọi là nhóm thuốc DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drugs) kinh điển (methotrexate, sulfasalazine, hydroxychloroquine...) có vai trò quan trọng trong việc ổn định bệnh và cần điều trị kéo dài. Các thuốc sinh học còn được gọi là DMARDs sinh học (kháng TNF α, kháng Interleukin 6, kháng lympho B) được chỉ định đối với thể kháng điều trị với DMARDs kinh điển, thể nặng hoặc tiên lượng nặng. Khi chỉ định các thuốc sinh học, cần có ý kiến của các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp và thực hiện đúng quy trình [làm các xét nghiệm tầm soát lao, viêm gan (virus B, C), chức năng gan thận, đánh giá hoạt tính bệnh bằng chỉ số DAS 28, CDAI, SDAI…]. (Các thuốc trên BVĐK Hậu Giang chưa có)

**4.2. Điều trị cụ thể**

**− Điều trị triệu chứng**: nhằm cải thiện triệu chứng viêm, giảm đau, duy trì khả năng vận động (tuy nhiên các thuốc này không làm thay đổi được sự tiến triển của bệnh).

**+ Các thuốc kháng viêm không steroid (KVKS- NSAIDs).**

Các thuốc kháng viêm ức chế chọn lọc COX2 (được chọn lựa đầu tiên vì thường phải sử dụng dài ngày và ít có tương tác bất lợi với methotrexat).

Celecoxib: 200mg, uống 1 đến 2 lần mỗi ngày.

Hoặc Meloxicam: 15 mg tiêm (chích) bắp hoặc uống ngày một lần.

Hoặc Etoricoxib: 60 - 90 mg, ngày uống một lần.

Các thuốc kháng viêm ức chế không chọn lọc: Diclofenac: uống hoặc tiêm bắp: 75mg x 2 lần/ngày trong 3 - 7 ngày. Sau đó uống: 50 mg x 2 - 3 lần/ ngày trong 4 - 6 tuần.

Brexin (piroxicam + cyclodextrin) 20mg uống hàng ngày.

Hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác (liều tương đương).

***Lưu ý:*** khi dùng cho các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ có các tác dụng không mong muốn của thuốc KVKS (NSAIDs) [bệnh nhân già yếu, tiền sử (tiền căn) bị bệnh lý dạ dày…] hoặc điều trị dài ngày, cần theo dõi chức năng thận và bảo vệ dạ dày bằng các thuốc ức chế bơm proton.

+ Corticosteroids (Prednisolone, Prednisone, Methylprednisolone)

Thường sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có hiệu lực. Chỉ định khi có đợt tiến triển (tiêu chuẩn đợt tiến triển xem ở phần Phụ lục).

Thể vừa: 16-32 mg methylprednisolon (hoặc tương đương), uống hàng ngày vào 8 giờ sáng, sau ăn.

Thể nặng: 40 mg methylprednison TM mỗi ngày.

Thể tiến triển cấp, nặng, đe doạ tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): bắt đầu từ 500-1.000mg methylprednisolone truyền TM trong 30-45 phút/ngày, điều trị 3 ngày liên tục. Sau đó chuyển về liều thông thường. Liệu trình này có thể lặp lại mỗi tháng nếu cần.

Sử dụng dài hạn (thường ở những bệnh nhân nặng, phụ thuộc corticoid hoặc có suy thượng thận do dùng corticoid kéo dài): bắt đầu ở liều uống: 20mg hàng ngày, vào 8 giờ sáng. Khi đạt đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm, giảm dần liều, duy trì liều thấp nhất (5 - 8mg hàng ngày hoặc cách ngày) hoặc ngừng (nếu có thể) khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 6-8 tuần).

**− Điều trị cơ bản bằng các thuốc chống thấp làm thay đổi tiến triển của bệnh (Disease Modifying Anti Rheumatic Drug-DMARDs)** để làm chậm hoặc làm ngừng tiến triển của bệnh, cần điều trị lâu dài và theo dõi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong suốt thời gian điều trị). (BVĐK Hậu Giang chưa có)

**Các điều trị phối hợp khác:**

*− Các biện pháp hỗ trợ*

+ Tập luyện, hướng dẫn vận động chống co rút gân, dính khớp, teo cơ. Trong đợt viêm cấp: để khớp nghỉ ở tư thế cơ năng, tránh kê, độn tại khớp. Khuyến khích tập ngay khi triệu chứng viêm thuyên giảm, tăng dần, tập nhiều lần trong ngày, cả chủ động và thụ động theo đúng chức năng sinh lý của khớp.

+ Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, tắm suối khoáng, phẫu thuật chỉnh hình (cắt xương sửa trục, thay khớp nhân tạo khi có chỉ định).

*− Phòng ngừa và điều trị các biến chứng của điều trị, các bệnh kèm theo*:

+ Viêm, loét dạ dày tá tràng: cần chủ động phát hiện và điều trị vì trên 80% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng.

+ Phòng ngừa (khi có các yếu tố nguy cơ) và điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton, kèm thuốc điều trị Helicobacter Pylori (nếu có nhiễm HP).

+ Khi sử dụng cortisteroid bất cứ liều nào trên 01 tháng, cần bổ xung calci, vitamin D để phòng ngừa loãng xương. Nếu bệnh nhân có nguy cơ loãng xương cao có thể sử dụng bisphosphonates. Khi đã có loãng xương, tùy theo mức độ loãng xương, tuổi, giới và điều kiện cụ thể của người bệnh mà lựa chọn các thuốc phù hợp (thường là bisphosphonate).

+ Thiếu máu: acid folic, sắt, vitamin B12…

**5. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG**

− Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài và theo dõi trong suốt quá trình điều trị.

− Xét nghiệm định kỳ: tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, protein phản ứng C (CRP), Creatinine, SGOT, SGPT 2 tuần một lần trong một tháng đầu, hàng tháng trong 3 tháng tiếp theo, sau đó có thể 3 tháng một lần, tùy theo đáp ứng của người bệnh.

− Xét nghiệm máu cấp, chụp X quang phổi … khi cần, tùy theo diễn biến của bệnh.

− Sinh thiết gan khi có nghi ngờ tổn thương gan (enzym gan tăng > 3 lần trong 3 lần xét nghiệm liên tiếp). Trường hợp enzym gan tăng gấp đôi và kéo dài nên ngừng Methotrexat. − Tiên lượng nặng khi: tổn thương viêm nhiều khớp, bệnh nhân nữ, yếu tố dạng thấp RF và /hoặc Anti-CCP (+) tỷ giá cao, có các biểu hiện ngoài khớp, HLADR4 (+), hoạt tính của bệnh (thông qua các chỉ số: DAS 28, VS, CRP, HAQ… Với những trường hợp này cần điều trị tích cực ngay từ đầu và xem xét việc dùng các DMARDs sinh học sớm.

**6. PHÒNG BỆNH**

− Không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu, các can thiệp phòng ngừa chủ động đối với VKDT là những biện pháp chung nhằm nâng cao sức khoẻ, thể trạng bao gồm ăn uống, tập luyện và làm việc, tránh căng thẳng.

− Phát hiện và điều trị sớm các bệnh lý nhiễm trùng, các tình trạng rối loạn miễn dịch.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# BỆNH GÚT

***(gout)***

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Bệnh gút là bệnh viêm khớp do vi tinh thể, đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp tái phát, có lắng đọng tinh thể muối urat natri trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu. Đây là bệnh do rối loạn chuyển hóa nhân purin, thuộc nhóm bệnh rối loạn chuyển hóa.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Chia làm hai loại: gút nguyên phát (đa số các trường hợp) và gút thứ phát.

**2.1. Nguyên phát**

Chưa rõ nguyên nhân, chế độ ăn thực phẩm có chứa nhiều purin như: gan, thận, tôm, cua, lòng đỏ trứng, nấm… được xem là làm nặng thêm bệnh. Gặp 95% ở nam giới, độ tuổi thường gặp là 30-60 tuổi.

**2.2. Thứ phát**

Một số hiếm do các rối loạn về gen (nguyên nhân di truyền). Ngoài ra có thể do tăng sản xuất acid uric hoặc giảm đào thải acid uric hoặc cả hai, cụ thể:

* Suy thận nói riêng và các bệnh lý làm giảm độ thanh lọc acid uric của cầu thận nói chung.
* Các bệnh về máu: bệnh bạch cầu cấp.
* Dùng thuốc lợi tiểu như Furosemid, Thiazid, Acetazolamid…
* Sử dụng các thuốc ức chế tế bào để điều trị các bệnh ác tính; thuốc chống lao (ethambutol, pyrazinamid)…

Các yếu tố nguy cơ của bệnh là tăng huyết áp, béo phì và hội chứng chuyển hóa, tăng insulin máu và sự đề kháng insulin, uống nhiều rượu.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Lâm sàng**

Cơn gút cấp tính đầu tiên thường xuất hiện ở lứa tuổi 35 - 55, ít khi trước 25 hoặc sau 65 tuổi. Ở nữ ít xảy ra trước tuổi mãn kinh, ở nam mắc ở tuổi càng trẻ thì bệnh càng nặng.

Điều kiện thuận lợi: nhiều khi không rõ nhưng có thể xảy ra sau bữa ăn có nhiều thịt (nhất là loại thịt có nhiều purin), rượu, sau xúc cảm mạnh, sau chấn thương kể cả vi chấn thương (đi giày chật), sau nhiễm khuẩn, dùng các thuốc lợi tiểu như thiazid...

Cơn gút cấp:

Xuất hiện đột ngột ban đêm, bệnh nhân thức dậy vì đau ở khớp, thường là khớp bàn - ngón chân cái (60 - 70% ): khớp sưng to, đỏ, phù nề, căng bóng, nóng, đau dữ dội và ngày càng tăng, va chạm nhẹ cũng rất đau, thay đổi thứ tự: bàn chân, cổ chân, gối, bàn tay, cổ tay, khuỷu, hiếm thấy ở khớp háng, vai, cột sống. Lúc đầu chỉ viêm một khớp sau đó có thể viêm nhiều khớp.

* + Ngoài khớp ra, túi thanh dịch, gân, bao khớp cũng có thể bị thương tổn.
  + Các dấu hiệu viêm có thể kéo dài nhiều ngày, thường từ 5-7 ngày rồi các dấu hiệu viêm giảm dần: đỡ đau, đỡ nề, bớt đỏ. Hết cơn, khớp trở lại hoàn toàn bình thường.
  + Trong cơn gút cấp có thể có sốt vừa hoặc nhẹ, tăng tốc độ lắng hồng cầu, dịch khớp (chỉ làm được ở khớp gối) thấy bạch cầu 5000/mm3, đa số là loại đa nhân, dưới

kính hiển vi thấy nhiều tinh thể urat.

* + Cơn gút cấp dễ tái phát, khoảng cách có thể gần nhưng cũng có thể rất xa, có khi >10 năm.
  + Bên cạnh thể điển hình, cũng có thể tối cấp với khớp viêm sưng tấy dữ dội, bệnh nhân đau nhiều nhưng cũng có thể gặp thể nhẹ, kín đáo, đau ít dễ bị bỏ qua.
* ***Lắng đọng urat:***

Lắng đọng urat làm cho hình thành các tôphi dưới da và gây nên bệnh khớp mạn tính do urat.

Tôphi: thường biểu hiện chậm, hàng chục năm sau cơn gút đầu tiên nhưng cũng có khi sớm hơn. Khi đã xuất hiện thì dễ tăng số lượng và khối lượng và có thể loét. Tôphi thường thấy trên sụn vành tai rồi đến khuỷu tay, ngón chân cái, gót chân, mu bàn chân, gân Achille.

* + Bệnh khớp do urat: xuất hiện chậm. Khớp bị cứng, đau khi vận động và làm hạn chế vận động, khớp có thể sưng to vừa phải, không đối xứng, cũng có thể có tôphi kèm theo. Trên Xquang thấy hẹp khớp, hình ảnh khuyết xương hình hốc ở đầu xương.
* ***Biểu hiện về thận:***

Urat lắng đọng rải rác ở tổ chức kẽ thận, bể thận, niệu quản.

* + 1. Sỏi thận: 10 - 20% các trường hợp gút, điều kiện thuận lợi là pH nước tiểu quá toan, nồng độ acid uric cao. Sỏi urat thường nhỏ và không cản quang.
    2. Tổn thương thận: lúc đầu chỉ có protein niệu, có thể có kèm theo hồng cầu, bạch cầu vi thể, dần dần diễn tiến đến suy thận. Suy thận thường gặp ở thể có tôphi, tiến triển chậm và là nguyên nhân gây tử vong.

1. **Cận lâm sàng**
   1. Acid uric máu tăng > 420 µmol/l, tuy nhiên khoảng 40% bệnh nhân có cơn gút cấp nhưng acid uric máu bình thường.
   2. Định lượng acid uric niệu 24 giờ: để xác định tăng bài tiết (> 600mg/24h) hay giảm thải tương đối (< 600mg/24h). Nếu acid uric niệu tăng dễ gây sỏi thận và không được chỉ định nhóm thuốc tăng đào thải acid uric.(BVĐK Hậu Giang chưa triển khai)
   3. Xét nghiệm dịch khớp: quan trọng nhất là tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp. Dịch khớp viêm giàu tế bào (> 2000 tb/mm3), chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.(BVĐK Hậu Giang chưa triển khai)
   4. Các xét nghiệm khác: tốc độ lắng máu tăng, CRP bình thường hoặc tăng...
   5. Xquang khớp: giai đoạn đầu bình thường, nếu muộn có thể thấy các khuyết xương hình hốc ở đầu xương, hẹp khe khớp, gai xương...
2. **Chẩn đoán xác định** (có thểáp dụng một trong các tiêu chuẩn sau)
   1. ***Tiêu chuẩn Bennet và Wood (1968):*** Độnhạy 70%,độ đặc hiệu 82,7%

Tiêu chuẩn Bennet và Wood (1968) được áp dụng rộng rãi nhất ở Việt Nam do dễ nhớ và phù hợp với điều kiện thiếu xét nghiệm.

1. a) Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tôphi.
2. b) Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:
3. - Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu hai đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.
4. - Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất

như trên.

1. - Có hạt tôphi.
2. - Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

**Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn b.**

1. Theo tiêu chuẩn của ILAR và Omeract năm 2000: Độ nhạy 70%, đặc hiệu 78,8%.
   1. - Có tinh thể urat đặc trưng trong dịch khớp, và / hoặc:
   2. - Hạt tôphi được chứng minh có chứa tinh thể urat bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực, và / hoặc:
   3. - Có 6 trong số 12 biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm và Xquang sau:
2. 1. Viêm tiến triển tối đa trong vòng một ngày.
3. 2. Có hơn một cơn viêm khớp cấp.
4. 3. Viêm khớp ở một khớp.
5. 4. Đỏ vùng khớp.
6. 5. Sưng, đau khớp bàn ngón chân I.
7. 6. Viêm khớp bàn ngón chân I ở một bên.

7. Viêm khớp cổ chân một bên.

8. Tôphi nhìn thấy được.

9. Tăng acid uric máu (nam ≥ 420 µmol/l, nữ ≥ 360µmol/l).

10. Sưng đau khớp không đối xứng.

11. Nang dưới vỏ xương, không có hình khuyết xương trên Xquang.

12. Cấy vi khuẩn âm tính.

1. **Phân loại**
   1. Bệnh gút cấp tính.
   2. Bệnh gút mạn tính.
   3. Thời gian ổn định giữa các cơn gút cấp.
2. **Chẩn đoán phân biệt**
   1. - Viêm khớp do lắng đọng các tinh thể khác (pyrophosphat calci dihydrat) hay bệnh giả gút.
   2. - Viêm khớp nhiễm khuẩn.
   3. - Viêm khớp dạng thấp.
   4. - Viêm khớp phản ứng.
   5. - Bệnh lí khác: viêm mô tế bào, bệnh mạch máu ngoại biên…

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên tắc chung**

* 1. - Điều trị viêm khớp trong cơn gút cấp.
  2. - Dự phòng tái phát cơn gút, dự phòng lắng đọng urat trong các tổ chức và dự phòng biến chứng thông qua điều trị hội chứng tăng acid uric máu với mục tiêu kiểm

soát acid uric máu dưới 360 µmol/l (60 mg/l) với gút chưa có hạt tô phi và dưới 320 µmol/l (50 mg/l) khi gút có hạt tô phi.

**4.2. Điều trị cụ thể**

***4.2.1 Chế độ ăn uống - sinh hoạt***

* 1. - Tránh các chất có nhiều purin như tạng động vật, thịt, cá, tôm, cua…. Có thể ăn trứng, hoa quả. Ăn thịt không quá 150g/24 giờ.
  2. - Không uống rượu, cần giảm cân, tập luyện thể dục thường xuyên…
  3. - Uống nhiều nước, khoảng 2-4lít/24 giờ, đặc biệt là các loại nước khoáng có kiềm hoặc nước kiềm 14‰. Điều này sẽ làm tăng lượng nước tiểu trong 24 giờ, giúp hạn chế tối đa sự lắng đọng urat trong đường tiết niệu.

- Tránh các thuốc làm tăng acid uric máu, tránh các yếu tố làm khởi phát cơn gút cấp như stress, chấn thương…

***4.2.2 Điều trị nội khoa***

* 1. ***Thuốc chống viêm:***
     1. Colchicin:

Với mục đích chống viêm, giảm đau trong cơn gút cấp hoặc đợt cấp của gút mạn tính: theo quan điểm mới colchicin không nên sử dụng liều cao vì có tác dụng không mong muốn. Nên sử dụng liều 1mg/ngày, nhưng cần dùng càng sớm càng tốt (trong vòng 12 giờ đầu khởi phát cơn gút). Phối hợp với một thuốc nhóm chống viêm không steroid nếu không có chống chỉ định của thuốc này) để đạt hiệu quả cắt cơn gút.

Trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với chống viêm không steroid, colchicin dùng với liều 1mg x 3 lần trong ngày đầu tiên (có thể cho 0,5mg cách nhau 2 giờ một lần, nhưng tối đa không quá 4mg), 1 mg x 2 lần trong ngày thứ 2, 1mg từ ngày thứ 3 trở đi. Thông thường sau 24-48 giờ sử dụng, triệu chứng tại khớp sẽ giảm nhanh.

Test colchicin: hai ngày đầu: 1mg x 3 lần; triệu chứng tại khớp sẽ giảm nhanh sau 48 giờ. Tuy nhiên, sau 48 giờ thường có tiêu chảy, cần kết hợp một số thuốc như loperamid 2 mg ngày 02 –viên, chia 2 lần nhằm kiểm soát triệu chứng này.

Dự phòng tái phát: 0,5- 1,2 mg uống 1-2 lần/ ngày, trung bình 1mg/ ngày kéo dài ít nhất 6 tháng. Cần chú ý giảm liều ở bệnh nhân có bệnh thận mạn tính, lớn tuổi (trên 70 tuổi)… Trong trường hợp không sử dụng được bằng cochicine có thể dự phòng bằng các thuốc kháng viêm không steroid bằng liều thấp.

+ *Thuốc kháng viêm không steroid*

Có thể dùng một trong các thuốc sau: Indometacin, Naproxen, Ibuprofen, Ketoprofen, Piroxicam, Diclofena, các nhóm thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (meloxicam, celecoxib, etoricoxib...). Lưu ý các chống chỉ định của thuốc này (viêm loét dạ dày tá tràng, suy thận…). Có thể dùng đơn độc hoặc kết hợp với colchicin.

+ *Corticoid*

Corticoid đường toàn thân được chỉ định khi các thuốc trên không hiệu quả hoặc có chống chỉ định, cần rất hạn chế và dùng ngắn ngày. Đường tại chỗ (tiêm corticoid trực tiếp vào khớp viêm) phải được thực hiện bởi thầy thuốc chuyên khoa cơ xương khớp sau khi loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn.

***Thuốc giảm acid uric máu***

* 1. *Nhóm thuốc ức chế tổng hợp acid uric:*

*Allopurinol:* Liều lượng hằng ngày dựa vào nồngđộacid uric máu. Liều khởiđầu:Allopurinol 100mg/ngày trong vòng 1 tuần, sau đó tăng 200-300mg/ngày. Nồng độ acid uric máu thường trở về bình thường với liều 200-300mg/ngày. Không nên chỉ định trong trong cơn gút cấp mà nên chỉ định khi tình trạng viêm khớp đã thuyên giảm, sau 1-2 tuần sử dụng colchicin. Cần lưu ý tác dụng phụ của allopurinol như sốt, nôn, buồn

nôn, đau đầu, ban đỏ ở da, dị ứng… cần theo dõi sát trong những ngày đầu dùng thuốc, thậm chí sau 1-2 tuần dùng thuốc này.

+ *Nhóm thuốc tăng thải acid uric:*

Probenecid (250mg- 3g/ngày), Sunfinpyrazol (100-800mg/ngày), Benzbriodaron, Benzbromaron… Chỉ định nhóm này cần xét nghiệm acid uric niệu. Chống chỉ định khi acid uric niệu trên 600 mg/24 giờ, suy thận, sỏi thận, người cao tuổi, gút mạn có hạt tophi. Đôi khi có thể dùng phối hợp allopurinol với một loại thuốc tăng đào thải acid uric. Cả hai nhóm thuốc này đều nên chỉ định trong cơn gút cấp.

***4.2.3. Điều trị ngoại khoa***

Phẫu thuật cắt bỏ hạt tôphi được chỉ định trong trường hợp gút kèm biến chứng loét, bội nhiễm hạt tôphi hoặc hạt tôphi kích thước lớn, ảnh hưởng đến vận động hoặc vì lý do thẩm mỹ. Khi phẫu thuật lưu ý cho dùng colchicin nhằm tránh khởi phát cơn gút cấp. Cần kết hợp thuốc hạ acid uric máu.

**5. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG**

* 1. Thông thường có 1 - 2 cơn mỗi năm, khoảng cách các cơn ngắn lại, 10 - 20 năm sau cơn đầu tiên, xuất hiện các tophi và bệnh khớp urat làm hạn chế vận động. Bệnh nhân chết do suy thận hay do tai biến mạch máu.
  2. Có một số thể nhẹ hơn, cơn gút ít xảy ra, không có tophi. Cũng có một số thể nặng hơn, xảy ra ở người trẻ < 30 tuổi, cơn gút dày liên tiếp, tophi và bệnh khớp do urat xuất hiện sớm.

**6. PHÒNG BỆNH**

* 1. Chế độ sinh hoạt hợp lí, giảm ăn các chất giàu purin, chất béo…
  2. Điều trị tốt các bệnh lí gây bệnh gút thứ phát như suy thận, do thuốc, các bệnh lí chuyển hóa…

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG

***(Low back pain)***

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Đau cột sống thắt lưng hay còn gọi là đau lưng vùng thấp (Low back pain) là hội chứng do đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông (có thể ở một bên hoặc cả hai bên), đây là một hội chứng xương khớp hay gặp nhất trong thực hành lâm sàng. Khoảng 65-80% những người trưởng thành trong cộng đồng có đau cột sống thắt lưng (CSTL) cấp tính hoặc từng đợt một vài lần trong cuộc đời và khoảng 10% số này bị chuyển thành đau CSTL mạn tính.

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học**

Nguyên nhân phổ biến do căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức; thoái hóa đĩa đệm cột sống; thoát vị đĩa đệm CSTL; trượt thân đốt sống, dị dạng thân đốt sống (cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1…), loãng xương nguyên phát... Loại này diễn biến lành tính, chiếm 90% số trường hợp đau CSTL.

**2.2. Đau cột sống thắt lưng do một bệnh toàn thân (Đau cột sống thắt lưng “triệu chứng”)**

Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một trong các bệnh khớp mạn tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, loãng xương); hoặc tổn thương tại cột sống do nguyên nhân nhiễm khuẩn (viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn lao hoặc vi khuẩn sinh mủ); do ung thư; do các nguyên nhân khác (sỏi thận, loét hành tá tràng, bệnh lý động mạch chủ bụng, u xơ tuyến tiền liệt…), tổn thương cột sống do chấn thương...

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Lâm sàng**

**- Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học:**

+ Đau CSTL do căng giãn dây chằng quá mức: đau xuất hiện đột ngột sau bê vật nặng, sau hoạt động sai tư thế (lao động chân tay kéo dài, đi guốc cao gót…), rung xóc do đi xe đường dài, sau nhiễm lạnh hoặc sau một cử động đột ngột. Đau thường kèm theo co cứng khối cơ cạnh cột sống, tư thế cột sống bị lệch vẹo mất đường cong sinh lý, khi thầy thuốc ấn ngón tay dọc các mỏm gai sau hoặc vào khe liên đốt ở hai bên cột sống có thể xác định được điểm đau.

+ Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: thường có biểu hiện của đau thần kinh tọa. Người bệnh đau lan từ cột sống thắt lưng lan xuống mông, phía sau ngoài đùi, mặt trước

bên cẳng chân, mắt cá ngoài, qua mu chân tới ngón I nếu bị chèn ép ở L5. Nếu tổn thương ở S1, đau lan xuống mặt sau đùi, cẳng chân, gân Achille, mắt cá ngoài qua bờ ngoài gan chân tới ngón V. Đôi khi có rối loạn cảm giác nông: cảm giác tê bì, kiến bò, kim châm… dấu hiệu giật dây chuông dương tính, dấu hiệu Lasegue dương tính. Trường hợp có chèn ép nặng người bệnh có thể có rối loạn cơ tròn. Phản xạ gân xương chi dưới thường giảm hoặc mất, có thể có teo cơ đùi và cẳng chân nếu đau kéo dài.

- **Đau cột sống thắt lưng do một bệnh toàn thân:**

Trong trường hợp Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân, người bệnh thường có các triệu chứng khác kèm theo như: sốt, dấu hiệu nhiễm trùng thường gặp do nguyên nhân nhiễm khuẩn; gầy, sút cân nhanh, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc chống viêm giảm đau thông thường là các triệu chứng gợi ý nguyên nhân của bệnh ung thư; trường hợp đau thắt lưng dữ dội ngày càng tăng kèm theo dấu hiệu sốc (shock), da xanh thiếu máu nên nghi ngờ phình tách động mạch chủ bụng… Khi có dấu hiệu chỉ điểm của một bệnh toàn thân liên quan đến đau vùng thắt lưng, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh đến các cơ sở chuyên khoa thực hiện các xét nghiệm, thăm dò chuyên sâu để tìm nguyên nhân.

Một số các trường hợp có nguyên nhân do tâm lý: dấu hiệu đau thắt lưng xuất hiện sau các stress do áp lực của tâm lý hoặc lao động thể lực quá sức, sau đó chuyển thành đau thắt lưng mạn tính dai dẳng. Tuy nhiên, thầy thuốc cần loại trừ các bệnh thực thể gây đau thắt lưng trước khi chẩn đoán đau do nguyên nhân tâm lý.

**3.2 Cận lâm sàng**

***- Đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học:***

+ Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan phospho - calci thường ở trong giới hạn bình thường.

+ Xquang thường quy đa số bình thường hoặc có thể gặp một trong các hình ảnh sau:

● Hình ảnh thoái hóa cột sống: hẹp các khe liên đốt, đặc xương ở mâm đốt sống, các gai xương ở thân đốt sống, đôi khi có trượt thân đốt sống.

* + - 1. ● Hình ảnh loãng xương: đốt sống tăng thấu quang hoặc có lún xẹp.
      2. ● Có thể có các hình ảnh tổn thương thân đốt sống trong một số trường hợp đau thắt lưng do thuộc nhóm đau cột sống thắt lưng “triệu chứng” (ổ khuyết xương, vỡ thân đốt sống… ).

+ Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: chỉ định khi có triệu chứng đau thần

kinh tọa.

***- Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân:***

Khi có các triệu chứng nghi ngờ đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân, tùy theo nguyên nhân được định hướng mà chỉ định thêm các xét nghiệm khác (bilan lao, bilan đa u tủy xương (bệnh Kahler), bilan ung thư... nhằm xác định nguyên nhân.

**3.3. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân**

Chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng lâm sàng. Phải chẩn đoán nguyên nhân đau cột sống thắt lưng, và điều này không phải luôn dễ dàng.

Bằng chứng để chẩn đoán xác định “Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học” như sau:

- Đau tại vùng cột sống thắt lưng, kiểu cơ học (nghỉ ngơi có đỡ).

- Gần đây tình trạng toàn thân không thay đổi, không sốt, không có các rối loạn chức năng thuộc bất cứ cơ quan nào (dạ dày, ruột, sản phụ khoa, phế quản-phổi...) mới xuất hiện; không có các biểu hiện đau vùng cột sống khác: lưng, cổ, sườn, khớp khác…

- Các xét nghiệm dấu hiệu viêm và bilan phospho-calci âm tính.

- Xquang cột sống thắt lưng bình thường hoặc có các triệu chứng của thoái hóa.

Trường hợp có một hoặc càng nhiều các triệu chứng nêu trên bất thường, càng nghi ngờ đau cột sống thắt lưng “triệu chứng” và cần phải tìm nguyên nhân. Tùy theo gợi ý nguyên nhân nào mà chỉ định các xét nghiệm tương ứng.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Nguyên tắc chung**

Điều trị theo nguyên nhân. Phần dưới đây chỉ nêu điều trị nhóm đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học”.

* 1. - Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống thắt lưng.
  2. - Không lạm dụng điều trị ngoại khoa, đặc biệt đối với những trường hợp đau cột sống thắt lưng cấp hoặc bán cấp.

**4.2 Điều trị cụ thể**

Thường kết hợp các nhóm: thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ.

***4.2.1 Điều trị nội khoa***

- Đau thắt lưng cấp tính:

+ Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): có thể lựa chọn một trong các thuốc trong nhóm này nhưng lưu ý không sử dụng kết hợp hai loại thuốc NSAID, việc lựa chọn thuốc cụ thể phụ thuộc vào tình trạng đau và cần cân nhắc các nguy cơ trên đường tiêu hóa và trên tim mạch của bệnh nhân cụ thể.

* + - 1. ● Piroxicam 20mg hoặc meloxicam 15mg tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày, sau đó chuyển sang dạng uống 1 viên piroxicam 20mg hoặc 2 viên meloxicam 7,5mg mỗi ngày.
      2. ● Celecoxib 200mg: uống 1-2 viên mỗi ngày

+ Paracetamol:

* + - 1. ● Paracetamol: 0,5g x 4-6 viên /24h, chia 3 lần uống sau ăn. Tối đa 4000mg/ngày.
      2. ● Paracetamol kết hợp với codein hoặc paracetamol kết hợp với tramadol (liều lượng cụ thể của các thuốc này tùy thuộc vào liều khuyến cáo của nhà sản xuất).

+ Các thuốc giãn cơ:

* + - 1. ● Đường tiêm: tolperisone 100-200mg/24h chia 2 lần.
      2. ● Đường uống: tolperisone 150mg x 2-3 viên/24h hoặc eperisone: 50mg x 2-3

viên/24h.

+ Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau sau:

* + - 1. ● Gabapentin: viên 300 mg. Liều 600-900 mg/ngày, chia 2-3 lần
      2. ● Pregabalin: viên 75 mg. Liều: 150-300 mg/ngày chia 2 lần.

+ Nằm nghỉ tại chỗ trên giường phẳng, đeo đai hỗ trợ vùng thắt lưng khi ngồi dậy hoặc đi lại vận động, chiếu đèn hồng ngoại hoặc điều trị điện xung, châm cứu kết hợp dùng thuốc. Khi đỡ đau lưng có thể tăng dần mức độ hoạt động.

* 1. ***- Đau thắt lưng mạn tính:***

+ Thuốc chống trầm cảm ba vòng (tricyclic antidepressant), chống lo âu: Amitriptylin: viên 25 mg .Kéo dãn cột sống, bơi, thể dục nhẹ nhàng. Điều chỉnh lối sống và thói quen làm việc, vận động để tránh gây đau tái phát. Có thể duy trì các nhóm thuốc trên nhưng chú ý sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả để tránh tác dụng không mong muốn của thuốc.

***4.2.2 Điều trị ngoại khoa***

+ Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm hoặc kèm trượt đốt sống đã được điều trị nội khoa tích cực trong ba tháng nhưng không đạt hiệu quả, đặc biệt đối với trường hợp đau nhiều, có dấu hiệu ép rễ nặng (teo cơ nhanh, rối loạn cơ tròn, rối loạn cảm giác).

**5. PHÒNG BỆNH**

* 1. + Tư vấn cho bệnh nhân hiểu rõ về bệnh và thực hiện các biện pháp tránh tái phát đau vùng thắt lưng: làm việc đúng tư thế, đặc biệt tư thế đúng khi mang vật nặng, tránh xoắn vặn vùng thắt lưng, nên bơi hàng tuần, tập luyện các động tác làm chắc khỏe cơ bụng, cơ lưng…

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# ĐAU THẦN KINH TỌA

***(Sciatica pain)***

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Đau thần kinh tọa (sciatica pain) còn gọi là đau thần kinh hông to, biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau.

Thường gặp đau thần kinh tọa một bên, ở lứa tuổi lao động (30-50 tuổi). Trước kia tỷ lệ nam cao hơn nữ, song các nghiên cứu năm 2011 cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm. Tỷ lệ đau thần tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại cộng đồng miền Bắc Việt Nam là 0,64% (2010).

**2. NGUYÊN NHÂN**

* 1. - Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm (thường gặp nhất là đĩa đệm L4-L5 hoặc L5-S1 gây chèn ép rễ L5 hoặc S1 tương ứng); trượt đốt sống; thoái hóa cột sống thắt lưng gây hẹp ống sống thắt lưng. Các nhóm nguyên nhân do thoái hóa này có thể kết hợp với nhau.
  2. - Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: viêm đĩa đệm đốt sống, tổn thương thân đốt sống (thường do lao, vi khuẩn, u), chấn thương, tình trạng mang thai…

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

***3.1.1 Lâm sàng***

* 1. - Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau: Tổn thương rễ L4 đau đến khoeo chân; tổn thương rễ L5 đau lan tới mu bàn chân tận hết ở ngón chân cái (ngón I); tổn thương rễ L5 đau lan tới lòng bàn chân (gan chân) tận hết ở ngón V (ngón út). Một số trường hợp không đau cột sống thắt lưng, chỉ đau dọc chân.
  2. - Đau có thể liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nằm nghỉ ngơi, tăng khi đi lại nhiều. Trường hợp có hội chứng chèn ép: tăng khi ho, rặn, hắt hơi. Có thể có triệu chứng yếu cơ. Giai đoạn muộn có teo cơ tứ đầu đùi, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh cột sống.
  3. - Một số nghiệm pháp:
     1. + Hệ thống điểm đau Valleix, dấu chuông bấm dương tính.
     2. + Dấu hiệu Lasègue dương tính.
     3. + Các dấu hiệu khác có giá trị tương đương dấu hiệu Lasègue: dấu hiệu Chavany, dấu hiệu Bonnet.
     4. + Phản xạ gân xương: Phản xạ gân bánh chè giảm hoặc mất trong tổn thương rễ L4, phản xạ gân gót giảm hoặc mất trong tổn thương rễ S1.

***3.1.2 Cận lâm sàng***

* 1. - Các xét nghiệm về dấu hiệu viêm trong xét nghiệm máu âm tính, các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.
  2. - Chụp Xquang thường quy cột sống thắt lưng: ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân. Đa số các trường hợp Xquang thường quy bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống. Chỉ định chụp Xquang thường quy nhằm loại trừ một số nguyên nhân (viêm đĩa đệm đốt sống, tình trạng hủy đốt sống do ung thư…).
  3. - Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: nhằm xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, …).
  4. - Chụp CT-scan: chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ.
  5. - Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

**3.2. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các trường hợp giả đau thần kinh tọa.

* 1. - Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt.
  2. - Đau khớp háng do viêm, hoại tử, thoái hóa, chấn thương.
  3. - Viêm khớp cùng chậu, viêm, áp xe cơ thắt lưng chậu.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên tắc điều trị**

* 1. - Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng).
  2. - Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.
  3. - Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.
  4. - Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.
  5. - Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

**4.2 Điều trị cụ thể**

***4.2.1 Nội khoa***

* 1. **- Chế độ nghỉ ngơi:**

Nằm giường cứng, tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu.

* 1. **- Điều trị thuốc:**

+ Thuốc giảm đau. Tùy mức độ đau mà sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc giảm đau sau đây:

* + - 1. ● Thuốc giảm đau: paracetamol 1-3 gam/ ngày chia 2-4 lần. Trường hợp đau nhiều, chỉ định paracetamol kết hợp với opiad nhẹ như Codein hoặc Tramadol 2-4 viên/ngày.
      2. ● Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): tùy đối tượng bệnh nhân, có thể dùng một trong các NSAID không chọn lọc hoặc có ức chế chọn lọc COX-2, ví dụ: Ibubrofen (400 mg x 3-4 lần/ngày), naproxen (500 mg x 2 lần/ngày, diclofenac (75-150 mg/ngày), piroxicam (20 mg/ngày), meloxicam (15 mg/ngày), celecoxib (200 mg/ngày), etoricoxib (60 mg/ngày). Cần lưu ý các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, thận, tim mạch. Để giảm nguy cơ tiêu hóa (đặc biệt khi sử dụng các NSAID không chọn lọc) nên xem xét sử dụng phối hợp với một thuốc bảo vệ dạ dày thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI) (xem thêm phần phụ lục).
      3. ● Trong trường hợp đau nhiều có thể cần phải dùng đến các chế phẩm thuốc phiện như morphin.

+ Thuốc giãn cơ: Tolperisone (100-150 mg x 3 lần uống/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x 2-3 lần/ngày) …

+ Các thuốc khác: khi bệnh nhân có đau nhiều, đau mạn tính, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

* + - 1. ● Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 300/ngày trong tuần đầu).
      2. ● Pregabalin: 150-300 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 75 mg/ngày trong tuần đầu).
      3. ● Các thuốc khác: các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin.

+ Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng: giảm đau do rễ trong bệnh thần kinh tọa, có thể tiêm dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng hoặc CT.

***4.2.2 Vật lý trị liệu***

* 1. - Mát xa liệu pháp.
  2. - Thể dục trị liệu: những bài tập kéo giãn cột sống, xà đơn treo người nhẹ. Bơi, một số bài tập cơ lưng giúp tăng cường sức mạnh cột sống.
  3. - Đeo đai lưng hỗ trợ nhằm tránh quá tải trên đĩa đệm cột sống.

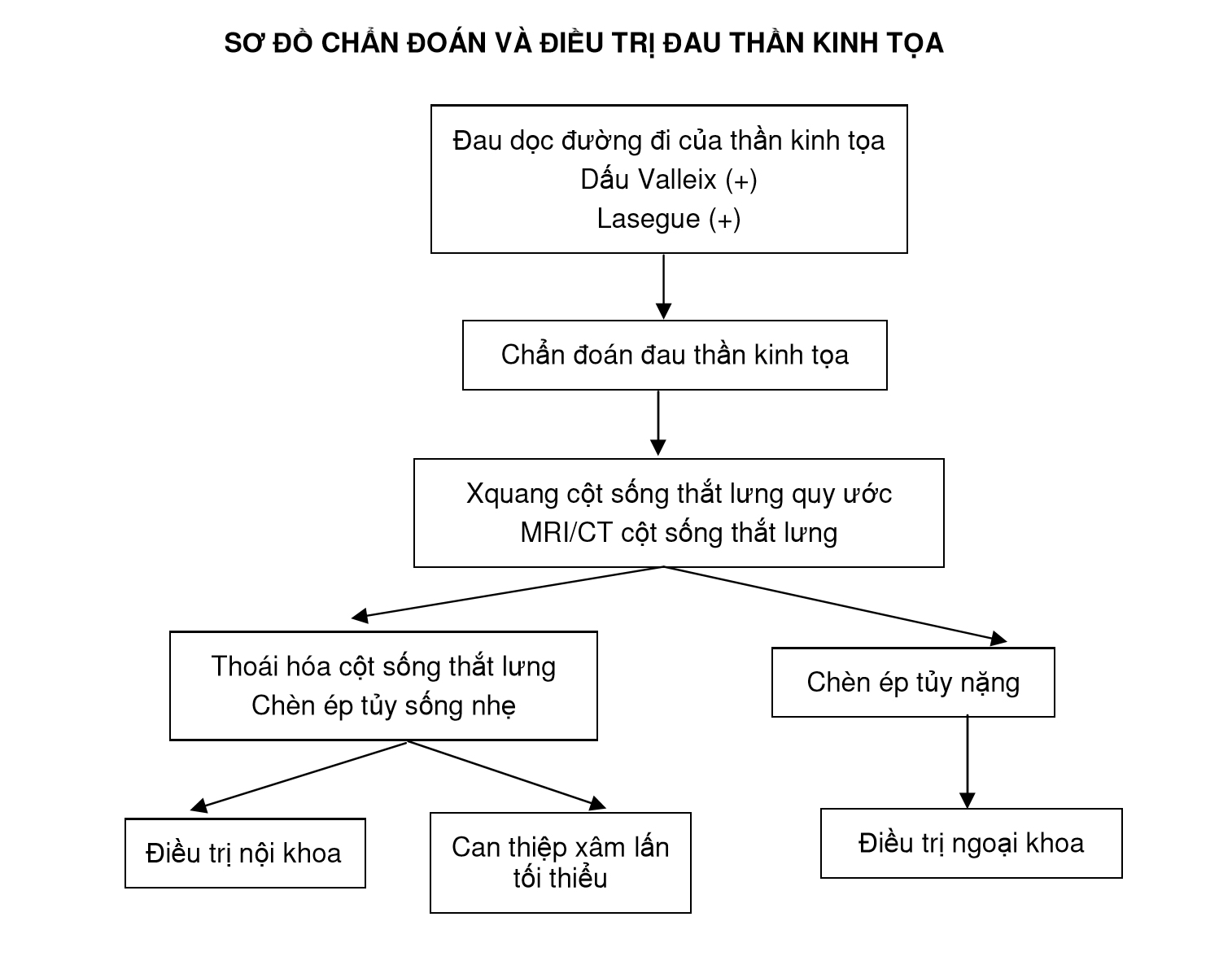
***4.2.3 Các thủ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu***

* 1. - Các thủ thuật điều trị can thiệp tối thiểu: sử dụng sóng cao tần (tạo hình nhân đĩa đệm). Mục đích là lấy bỏ hoặc làm tiêu tổ chức từ vùng trung tâm đĩa đệm để làm giảm áp lực chèn ép của đĩa đệm bị thoát vị đối với rễ thần kinh.
  2. - Chỉ định: những thoát vị đĩa đệm dưới dây chằng, tức là chưa qua dây chằng

dọc sau.

***4.2.4 Điều trị ngoại khoa***

* 1. - Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc những trường hợp có chèn ép nặng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới…), teo cơ.
  2. - Tùy theo tình trạng thoát vị, trượt đốt sống hoặc u chèn ép cũng như điều kiện kỹ thuật cho phép mà sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau (nội soi, sóng cao tần, vi phẫu hoặc mổ hở, làm vững cột sống). Hai phương pháp phẫu thuật thường sử dụng:
     1. + Phẫu thuật lấy nhân đệm: cắt bỏ một phần nhỏ đĩa đệm thoát vị gây chèn ép thần kinh. Chỉ định sau khi điều trị đau 03 tháng không kết quả. Trường hợp bệnh nhân đã có biến chứng hạn chế vận động và rối loạn cảm giác nặng, cần phẫu thuật sớm hơn.
     2. + Phẫu thuật cắt cung sau đốt sống: chỉ định đối với đau thần kinh tọa do hẹp ống sống, phương pháp này làm cột sống mất vững và dễ tái phát.
     3. + Trường hợp trượt đốt sống gây chèn ép thần kinh nặng: cố định bằng phương pháp làm cứng đốt sống, nẹp vít cột sống.



**5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

* + 1. - Rối loạn vận động chi dưới gây hạn chế vận động một phần hoặc hoàn toàn liệt chi dưới.
    2. - Rối loạn cảm giác chi dưới.
    3. - Rối loạn cơ vòng (cơ tròn).

**6. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ**

* 1. - Cần các biện pháp bảo vệ cột sống kết hợp (thay đổi lối sống, có các biện pháp tránh cho cột sống bị quá tải, nên bơi hàng tuần).
  2. - Nếu do các nguyên nhân ác tính tại chỗ hoặc di căn, cần kết hợp điều trị ung thư (hóa trị, xạ trị).
  3. - Nên mang đai lưng sau phẫu thuật ít nhất 1 tháng khi đi lại hoặc ngồi lâu.
  4. - Tái khám định kỳ sau điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa theo hẹn.

**7. PHÒNG BỆNH**

* 1. - Giữ tư thế cột sống thẳng đứng khi ngồi lâu hoặc lái xe, có thể mang đai lưng

hỗ trợ.

* 1. - Tránh các động tác mạnh đột ngột, sai tư thế, mang vác nặng.
  2. - Luyện tập bơi lội hoặc yoga giúp tăng sức bền và sự linh hoạt khối cơ lưng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# BỆNH THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

***(Cervical spondylosis)***

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Thoái hóa cột sống cổ (Cervical spondylosis) là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi và/hoặc liên quan đến tư thế vận động. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ. Có thể gặp thoái hóa ở bất kỳ đoạn nào song đoạn C5-C6-C7 là thường gặp nhất.

**2. NGUYÊN NHÂN**

* 1. - Quá trình lão hóa của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp (cơ cạnh cột sống, dây chằng, thần kinh…).
  2. - Tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Lâm sàng**

Biểu hiện rất đa dạng, thường gồm bốn hội chứng chính sau:

1. - Hội chứng cột sống cổ: đau, có thể kèm theo co cứng vùng cơ cạnh cột sống cổ cấp hoặc mạn tính; triệu chứng đau tăng lên ở tư thế cổ thẳng hoặc cúi đầu kéo dài, mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, thay đổi thời tiết đặc biệt bị nhiễm lạnh; có điểm đau cột sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ.
2. - Hội chứng rễ thần kinh cổ: tùy theo vị trí rễ tổn thương (một bên hoặc cả hai bên) mà đau lan từ cổ xuống tay bên đó. Có thể đau tại vùng gáy, đau quanh khớp vai. Đau sâu trong cơ xương, bệnh nhân có cảm giác nhức nhối; có thể kèm cảm giác kiến bò, tê rần dọc cánh tay, có thể lan đến các ngón tay. Đau tăng lên khi vận động cột sống cổ ở các tư thế (cúi, ngửa, nghiêng, quay) hoặc khi ho, hắt hơi, ngồi lâu… Có thể kèm theo hiện tượng chóng mặt, yếu cơ hoặc teo cơ tại vai, cánh tay bên tổn thương.
3. - Hội chứng động mạch đốt sống: nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt thường xảy ra vào buổi sáng; có khi kèm chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng; đau tai, lan ra sau tai, đau khi để đầu ở một tư thế nhất định.
4. - Hội chứng ép tủy: tùy theo mức độ và vị trí tổn thương mà biểu hiện chỉ ở chi trên hoặc cả thân và chi dưới. Dáng đi không vững, đi lại khó khăn; yếu hoặc liệt chi, teo cơ ngọn chi, dị cảm. Tăng phản xạ gân xương.
5. - Biểu hiện khác: dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc…

Tùy theo vị trí cột sống cổ bị tổn thương mà có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc đồng thời các biểu hiện trên.

**3.2 Cận lâm sàng**

* 1. - Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan phosphor - calci thường ở trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, bệnh lý ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.
  2. - Xquang cột sống cổ thường quy với các tư thế sau: thẳng, nghiêng, chếch ¾ trái và phải. Trên phim Xquang có thể phát hiện các bất thường: mất đường cong sinh lí, gai xương ở thân đốt sống, giảm chiều cao đốt sống, đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp…
  3. - Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ: phương pháp có giá trị nhất nhằm xác định chính xác vị trí rễ bị chèn ép, vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, mức độ hẹp ống sống, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, …).
  4. - Chụp CT-scan: do hiệu quả chẩn đoán kém chính xác hơn nên chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ.
  5. - Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

**3.3 Chẩn đoán xác định**

Hiện tại vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh lí thoái hóa cột sống cổ. Chẩn đoán cần dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó:

* 1. - Đau tại vùng cột sống cổ và có một hoặc nhiều các triệu chứng thuộc bốn hội chứng nêu trên.
  2. - Xquang cột sống cổ bình thường hoặc có các triệu chứng của thoái hóa.
  3. - Cộng hưởng từ hoặc CT-scan: vị trí, mức độ rễ thần kinh bị chèn ép; nguyên nhân chèn ép (thoát vị đĩa đệm, gai xương ...).
  4. - Cần lưu ý: gần đây tình trạng toàn thân không bị thay đổi, không sốt, không có các rối loạn chức năng thuộc bất cứ cơ quan nào (dạ dày, ruột, sản phụ khoa, phế quản-phổi...) mới xuất hiện; không có các biểu hiện đau các vùng cột sống khác: lưng, cổ, sườn, khớp khác... Các xét nghiệm dấu hiệu viêm và bilan phospho-calci âm tính.

**3.4 Chẩn đoán phân biệt**

- Các chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm.

- Các ung thư xương hoặc di căn xương, các bệnh lý tủy xương lành tính hoặc ác tính.

* 1. - U nội tủy, u thần kinh…
  2. - Bệnh lý của hệ động mạch sống nền.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên tắc chung**

* 1. - Cần phối hợp phương pháp nội khoa và phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống cổ, tránh tái phát.
  2. - Áp dụng các liệu pháp giảm đau theo mức độ nhẹ - vừa - nặng, hạn chế sử dụng dài ngày.
  3. - Cần tăng cường các nhóm thuốc điều trị bệnh theo nguyên nhân.

**4.2 Điều trị cụ thể**

***4.2.1 Điều trị nội khoa***

* 1. - Paracetamol: đây là lựa chọn ưu tiên với sự cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả mong muốn. Có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như codein, dextropropoxiphene…
  2. - Tramadol: có hiệu quả, chỉ dùng khi không đáp ứng với nhóm giảm đau nêu trên và tránh dùng kéo dài. Một vài trường hợp hãn hữu, thể tăng đau có thể chỉ định opioids ngắn ngày và liều thấp nhất có thể.
  3. - Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp: các dạng kinh điển (diclofenac, ibuprofen, naproxen…) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib...), tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý ống tiêu hóa, tim mạch hoặc thận mạn tính. Có thể dùng đường uống hoặc bôi ngoài da.

- Thuốc giãn cơ.

- Nhóm thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm (piascledine 300mg/ngày; glucosamine sulfate: 1500mg/ngày, dùng đơn độc hoặc phối hợp với chondroitin sulfate); hoặc diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

* 1. - Các thuốc khác: khi bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:
     1. + Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)
     2. + Pregabalin: 150-300 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)
     3. + Các vitamin nhóm B (B1, B6, B12), mecobalamin
  2. - Tiêm Glucocorticoid cạnh cột sống: có hiệu quả từ vài ngày đến vài tháng. Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng một khớp trong một năm. Cần có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp chèn ép rễ, có thể tiêm thẩm phân corticosteroid tại rễ bị chèn ép dưới hướng dẫn của CT.

***4.2.2 Phục hồi chức năng***

* 1. - Cần thực hiện các bài tập vận động vùng cổ, đặc biệt với bệnh nhân đã mang nẹp cổ thời gian dài, bệnh nhân có công việc ít vận động vùng cổ.
  2. - Nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh thay đổi tư thế cột sống cổ đột ngột.
  3. - Các liệu pháp vật lý trị liệu: sử dụng nhiệt, sóng siêu âm... Có thể kéo dãn cột sống cổ song nên thực hiện với mức độ tăng dần từ từ.

***4.2.3 Điều trị ngoại khoa***

Chỉ chỉ định áp dụng trong các trường hợp: có biểu hiện chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống tiến triển nặng, trượt đốt sống độ 3-4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa và phục hồi chức năng sau 03 tháng.

**5. TIẾN TRIỂN - BIẾN CHỨNG**

* 1. - Chèn ép thần kinh gây hội chứng vai cánh tay một hoặc hai bên.
  2. - Chèn ép các động mạch đốt sống gây đau đầu, chóng mặt.
  3. - Chèn ép tủy: gây yếu, đau tứ chi, đi lại khó khăn hoặc liệt không vận động được.

**6. PHÒNG BỆNH**

* 1. - Phát hiện và điều trị sớm các dị tật cột sống cổ.
  2. - Tránh các tư thế cột sống cổ bị quá tải do vận động và trọng lượng, tránh các động tác mạnh đột ngột tại cột sống cổ …

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# BỆNH THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

***(Spondylosis)***

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Thoái hóa cột sống thắt lưng (Spondylosis hoặc Oteoarthritis of lumbar spine) là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động …

Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Lâm sàng**

Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi). Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

Đau cột sống thắt lưng do thoái hóa không có biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân. Nói chung bệnh nhân đau khu trú tại cột sống. Một số trường hợp có đau rễ dây thần kinh do hẹp lỗ liên hợp hoặc thoát vị đĩa đệm kết hợp. Có thể có biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống. Trường hợp hẹp ống sống: biểu hiện đau cách hồi thần kinh: bệnh nhân đau theo đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện khi đi lại, nghỉ ngơi đỡ đau (Cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán mức độ hẹp ống sống).

**3.2 Cận lâm sàng**

* 1. - Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng: hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chếch 3/4 phải, trái nhằm phát hiện tình trạng gẫy cuống đốt sống “gẫy cổ chó”.
  2. - Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa: bình thường.
  3. - Chụp cộng hưởng từ cột sống: chỉ định trong trường hợp có thoát vị đĩa đệm.

**3.3 Chẩn đoán xác định**

* 1. - Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu:
     1. + Lâm sàng là đau cột sống có tính chất cơ học.
     2. + Xquang cột sống thắt lưng thường quy (thẳng – nghiêng – chếch ¾ hai bên): hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.
     3. + Cần lưu ý bệnh nhân phải không có triệu chứng toàn thân như: sốt, gầy sút cân, thiếu máu... Cần làm các xét nghiệm máu (bilan viêm, phosphatase kiềm..) để khẳng định là các thông số này bình thường. Trường hợp có các bất thường về lâm sàng (đau quá mức, gầy sút cân, sốt…) hoặc tốc độ lắng máu tăng cao cần phải tìm nguyên nhân khác (xem thêm bài đau cột sống thắt lưng).
     4. + Thoái hóa cột sống thắt lưng ít khi diễn ra một cách đơn thuần, đa phần kết hợp với thoái hóa đĩa đệm cột sống, có thể thoát vị đĩa đệm cột sống và ở người có tuổi, thường phối hợp với loãng xương, lún xẹp đốt sống do loãng xương.

**3.4 Chẩn đoán phân biệt**

Trường hợp đau cột sống có biểu hiện viêm: có dấu hiệu toàn thân như: sốt, thiếu máu, gầy sút cân, hạch ngoại vi…cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý dưới đây:

* 1. - Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính (đặc biệt viêm cột sống dính khớp): nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế các động tác của cột sống thắt lưng cùng, Xquang có viêm khớp cùng chậu, xét nghiệm tốc độ lắng máu tăng.
  2. - Viêm đốt sống đĩa đệm (do nhiễm khuẩn hoặc do lao): tính chất đau kiểu viêm, đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân; Xquang có diện khớp hẹp, bờ khớp nham nhở không đều; cộng hưởng từ có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống, xét nghiệm bilan viêm dương tính.
  3. - Ung thư di căn xương: đau mức độ nặng, kiểu viêm; kèm theo dấu hiệu toàn thân, Xquang có hủy xương hoặc kết đặc xương, cộng hưởng từ và xạ hình xương có vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên tắc**

* 1. - Điều trị theo triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ...) kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.
  2. - Nên phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Trường hợp có chèn ép rễ có thể chỉ định ngoại khoa.

**4.2 Điều trị cụ thể**

***4.2.1 Vật lý trị liệu***

Bài tập thể dục, xoa bóp, kéo nắn, chiếu hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối

khoáng, bùn nóng, paraphin, tập cơ dựng lưng....

***4.2.2 Điều trị nội khoa***

* 1. **- Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO:**
     1. + Bậc 1 - paracetamol 500 mg/ngày uống 4 đến 6 lần, không quá 4g/ngày. Thuốc có thể gây hại cho gan.
     2. + Bậc 2 - Paracetamol kết hợp với codein hoặc kết hợp với tramadol: Ultracet liều 2-4 viên/24giờ, tuy nhiên uống thuốc này thường gây chóng mặt, buồn nôn. Efferalgan-codein liều 2-4 viên/24giờ.
     3. + Bậc 3 - Opiat và dẫn xuất của opiat.
  2. **- Thuốc chống viêm không steroid:**

Chọn một trong các thuốc sau. Lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng không mong muốn.

* + 1. + Diclofenac viên 25mg, 50 mg, 75mg: liều 50 - 150mg/ ngày, dùng sau khi ăn no. Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
    2. + Meloxicam viên 7,5 mg: 2 viên/ngày sau khi ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15 mg/ngày x 2- 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
    3. + Piroxicam viên hay ống 20 mg, uống 1 viên /ngày uống sau khi ăn no, hoặc tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
    4. + Celecoxib viên 200 mg liều 1 đến 2 viên/ngày sau khi ăn no. Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi.
    5. + Etoricoxib (viên 60mg, 90mg, 120mg), ngày uống 1 viên, thận trọng dùng ở người có bệnh lý tim mạch.
    6. + Thuốc chống viêm bôi ngoài da: diclofenac gel, profenid gel, xoa 2-3 lần/ngày

1. vị trí đau.
   1. **- Thuốc giãn cơ**: eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc tolperisone (viên50mg, 150mg): 2-6 viên/ngày.
   2. **- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm:**
      1. + Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày
      2. + Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, uống trước ăn 15 phút, dùng kéo dài trong nhiều năm.
      3. + Thuốc ức chế IL1: diacerhein 50mg (viên 50mg) 1-2 viên /ngày, dùng kéo dài trong nhiều năm.
   3. **- Tiêm corticoid tại chỗ**: tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat, hoặcmethyl prednisolon acetate trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính).

***4.2.3. Điều trị ngoại khoa***

Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài, hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả. Trong trường hợp đĩa đệm thoái hóa nhiều, có thể xem xét thay đĩa đệm nhân tạo.

**5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

* 1. - Thoái hóa cột sống thắt lưng tiến triển nặng dần theo tuổi và một số yếu tố nguy cơ như: mang vác nặng ở tư thế cột sống xấu.
  2. - Dấu hiệu chèn ép rễ dây thần kinh thường gặp ở thoái hóa cột sống nặng khi những gai xương thân đốt sống phát triển chèn ép vào lỗ liên hợp đốt sống. Cùng với sự thoái hóa đốt sống, đĩa đệm cũng bị thoái hóa và nguy cơ phình, thoát vị đĩa đệm sẽ dẫn tới chèn ép rễ dây thần kinh (biểu hiện đau dây thần kinh tọa).

**6. PHÒNG BỆNH**

* 1. - Theo dõi và phát hiện sớm các dị tật cột sống để điều trị kịp thời.
  2. - Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.
  3. - Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra định kỳ những người lao động nặng (khám phát hiện triệu chứng, chụp Xquang cột sống khi cần...).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP GỐI

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Thoái hoá khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của thoái hóa khớp là các thay đổi hình thái, sinh hoá, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hoá, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hoá xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn.

Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% các trường hợp thoái hóa khớp gối.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Theo nguyên nhân chia hai loại: thoái hóa khớp nguyên phát và thứ phát.

**2.1. Thoái hoá khớp nguyên phát**

Là nguyên nhân chính, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, có thể ở một hoặc nhiều khớp, tiến triển chậm. Ngoài ra có thể có yếu tố di truyền, yếu tố nội tiết và chuyển hoá (mãn kinh, đái tháo đường...) có thể gia tăng tình trạng thoái hóa.

**2.2. Thoái hoá khớp thứ phát**

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân có thể do sau các chấn thương khiến trục khớp thay đổi (gãy xương khớp, can lệch...); Các bất thường trục khớp gối bẩm sinh: khớp gối quay ra ngoài (genu valgum); Khớp gối quay vào trong (genu varum); Khớp gối quá duỗi (genu recurvatum...) hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, lao khớp, viêm mủ, bệnh gút, chảy máu trong khớp - bệnh Hemophilie…)

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Chẩn đoán xác định**

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ-ACR (American College of Rheumatology), 1991.

1. 1. Có gai xương ở rìa khớp (trên Xquang).
2. 2. Dịch khớp là dịch thoái hoá.
3. 3. Tuổi trên 38.
4. 4. Cứng khớp dưới 30 phút.
5. 5. Có dấu hiệu lục khục khi cử động khớp.

*Chẩn đoán xác định* khi có yếu tố1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

- Các dấu hiệu khác:

+ Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng viêm của màng hoạt dịch.

+ Biến dạng: do xuất hiện các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

* 1. **- Các phương pháp thăm dò hình ảnh chẩn đoán.**
     1. + Xquang qui ước: Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp của Kellgren và Lawrence:
     2. Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương.

Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ.

Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa.

Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn.

* + 1. + Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp.
    2. + Chụp cộng hưởng từ (MRI)): phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian ba chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch.
    3. + Nội soi khớp: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được các tổn thương thoái hoá của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia bốn độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác.
  1. **- Các xét nghiệm khác:**
     1. + Xét nghiệm máu và sinh hoá: Tốc độ lắng máu bình thường.
     2. + Dịch khớp: Đếm tế bào dịch khớp < 1000 tế bào/1mm3.

**3.2 Chẩn đoán phân biệt**

Viêm khớp dạng thấp: chẩn đoán phân biệt khi chỉ tổn thương tại khớp gối, đặc biệt khi chỉ biểu hiện ở một khớp: tình trạng viêm tại khớp và các biểu hiện viêm sinh học rõ (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng…) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính. Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Nguyên tắc điều trị**

* 1. - Giảm đau trong các đợt tiến triển.
  2. - Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp.
  3. - Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi.

- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

**4.2 Điều trị nội khoa**

***4.2.1. Vật lý trị liệu***

Các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn có hiệu quả cao.

***4.2.2. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh***

Chỉ định khi có đau khớp :

- Thuốc giảm đau: Paracetamol: 1g -2g/ ngày.

Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1g-2g/ngày.

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Etoricoxia 30mg -60 mg/ngày, Celecoxib 200mg/ngày, Meloxicam 7,5-15mg/ngày.

+ Thuốc chống viêm không steroid khác: Diclofenac 50-100mg/ngày, Piroxicam 20mg/ngày...

* 1. - Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày. Các loại gel như: Voltaren Emugel.. có tác dụng giảm đau và rất ít tác dụng phụ.
  2. - Corticosteroid: Không có chỉ định cho đường toàn thân.
  3. - Đường tiêm nội khớp
     1. + Hydrocortison acetat: Mỗi đợt tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt. Không tiêm quá 3 đợt trong một năm.
     2. + Các chế phẩm chậm: Methylprednisolon, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.
     3. + Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/1 tuần x 3-5 tuần liền.

***4.2.3 Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (SYSADOA)***

Nên chỉ định sớm, kéo dài, khi có đợt đau khớp, kết hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh nêu trên.

+ Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày.

+ Glucosamine sulfate: 1,5g/ngày.

* 1. + Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin sulfate: 30ml uống mỗi ngày.
  2. + Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

***4.2.4 Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP)***

* 1. + Huyết tương tự thân giàu tiểu cầu (PRP): lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6ml- 8ml PRP.

***4.2.5 Cấy ghép tế bào gốc (Stem cell transplantation)***

* 1. + Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell-ADSCs).
  2. + Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân.

**4.3. Điều trị ngoại khoa**

***4.3.1 Điều trị dưới nội soi khớp***

* 1. + Cắt lọc, bào, rửa khớp.
  2. + Khoan kích thích tạo xương (microfrature).
  3. + Cấy ghép tế bào sụn.

***4.3.2 Phẫu thuật thay khớp nhân tạo***

Được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động. Thường được áp dụng ở những bệnh nhân trên 60 tuổi. Thay khớp gối một phần hay toàn bộ khớp.

1. **THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ**
   1. - Chống béo phì.
   2. - Có chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải.
   3. - Phát hiện điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gối vẹo trong, vẹo ngoài..).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

# THIẾU MÁU: CHẨN ĐOÁN, XẾP LOẠI VÀ XỬ TRÍ

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin trong máu của người bệnh so với người cùng giới, cùng lứa tuổi và cùng điều kiện sống, gây ra các biểu hiện thiếu oxy ở các mô và tổ chức của cơ thể.

**2. XẾP LOẠI THIẾU MÁU**

Thiếu máu có thể được xếp loại dựa vào mức độ thiếu máu, diễn biến thiếu máu, nguyên nhân thiếu máu và đặc điểm hồng cầu. Mỗi cách xếp loại có ý nghĩa và ứng dụng khác nhau trong việc tiếp cận chẩn đoán và tím nguyên nhân gây thiếu máu.

***2.1 Theo mức độ***: Chủyếu dựa vào giá trị lượng huyết sắc tố. Hiện nay chưa cósự thống nhất trong việc xếp loại thiếu máu dựa trên lượng huyết sắc tố. Theo Tổ chức Y tế thế giới, thiếu máu nặng khi lượng huyết sắc tố < 80g/L.

***2.2 Theo diễn biến***: thiếu máu cấp tính và thiếu máu mạn tính:

- Thiếu máu cấp tính: Thiếu máu xuất hiện nhanh, trong thời gian ngắn, do nhiều nguyên nhân khác nhau như mất máu cấp tình, cơn tan máu, bệnh lơ xê mi cấp...

1. - Thiếu máu mạn tính: Thiếu máu xuất hiện chậm, từ từ và tăng dần trong nhiều tháng, ví dụ như thiếu máu trong các bệnh mạn tình như bệnh khớp mạn tính, bệnh ung thư, bệnh suy tủy xương, bệnh rối loạn sinh tủy…

***2.3. Theo nguyên nhân***

1. - Mất máu: Do chảy máu (xuất huyết tiêu hóa, trĩ, kinh nguyệt kéo dài, đái máu…).
2. - Tan máu: Do tăng quá trính phá hủy hồng cầu vì các nguyên nhân tại hồng cầu hoặc các nguyên nhân khác (tan máu bẩm sinh hoặc miễn dịch, sốt rét...).
3. - Giảm hoặc rối loạn quá trình sinh máu: Do tủy xương giảm sinh hoặc rối loạn quá trình sinh các tế bào máu (suy tủy xương, rối loạn sinh tủy, bệnh máu ác tình, ung thư di căn…) hoặc do cung cấp không đủ các yếu tố tạo máu (thiếu erythropoietin, thiếu acid

amin, thiếu acid folic và vitamin B12, thiếu sắt…).

***2.4. Theo các đặc điểm của dòng hồng cầu***: Đây là cách xếp loại thường được sửdụng để giúp tiếp cận và chẩn đoán nguyên nhân gây thiếu máu.

1. - Dựa vào thể tích trung bình khối hồng cầu (MCV) để phân biệt hồng cầu to, nhỏ hay bính thường.
2. - Dựa vào lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) và nồng độ huyết sắt tố trung bình của hồng cầu (MCHC) để phân biệt hồng cầu bình sắc hay nhược sắc.
3. - Dựa vào dải phân bố kìch thước hồng cầu (RDW) để xác định độ đồng đều về kìch thước của các hồng cầu.
4. - Dựa vào chỉ số hồng cầu lưới để xác định thiếu máu có khả năng hồi phục (tủy sản xuất hồng cầu bính thường) hay không hồi phục (tủy không còn khả năng sản xuất hồng cầu). Qua đó, định hướng nguyên nhân thiếu máu tại tủy xương hay ở ngoại vi.

**3. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG THIẾU MÁU**

**3.1. Thăm khám lâm sàng**: Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu là dấu hiệu thiếuoxy ở các mô và tổ chức. Triệu chứng có thể xuất hiện tùy theo mức độ thiếu máu và đáp

ứng của cơ thể, bao gồm:

***a. Triệu chứng cơ năng***

1. - Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, giảm tập trung, chán ăn…
2. - Cảm giác tức ngực, khó thở nhất là khi gắng sức hoặc đi lại nhiều; cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực…

***b. Triệu chứng thực thể***

1. - Da xanh, niêm mạc nhợt;
2. - Móng tay khô, dễ gãy; tóc khô, dễ rụng.

***c. Các triệu chứng và yếu tố liên quan***

1. - Yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, nghề nghiệp…).
2. - Tiền sử bệnh, sử dụng thuốc và tiền sử gia đính đôi khi cũng cung cấp những thông tin có giá trị để định hướng chẩn đoán.
3. - Khám lâm sàng cần phải được thực hiện đầy đủ và kỹ càng, cần phát hiện các biểu hiện kèm theo thiếu máu như: Biểu hiện sốt, nhiễm khuẩn, vàng da, khám hệ thống

gan, lách và hạch ngoại vi...

**3.2. Đánh giá và phân tích kết quả xét nghiệm Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bao gồm cả chỉ số Hồng cầu lưới)**

**Bước 1:** Chẩn đoán xác định thiếu máu và mức độthiếu máu dựa trên chỉsốhuyế

sắc tố.

**Bước 2:**

1. - Kiểm tra các chỉ số MCV, MCH và MCHC để xác định đặc điểm thiếu máu: là thiếu máu hồng cầu nhỏ/bính thường/to, thiếu máu bình sắc hay nhược sắc…
2. - Có thể tham khảo thêm chỉ số RDW.
3. - Kiểm tra chỉ số Hồng cầu lưới:
4. + Chỉ số HC lưới giảm: có thể do tủy xương không sản xuất hồng cầu (do tổn thương tại tủy hoặc do thiếu hụt các yếu tố cần thiết để tạo máu).
5. + Chỉ số HC lưới tăng: cần tìm các nguyên nhân ngoài tủy như tan máu hoặc mất

máu mạn tính, tan máu bẩm sinh…

**Bước 3:** Đánh giá cẩn thận tiêu bản máu ngoại vi đểhỗtrợcho chẩn đoán.

**4. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN THIẾU MÁU (tham khảo sơ đồ 1)**

Sau khi đã xác định được đặc điểm thiếu máu của người bệnh, tiếp tục tiến hành thêm các xét nghiệm, thăm dò chuyên sâu để tìm nguyên nhân gây thiếu máu, ví dụ:

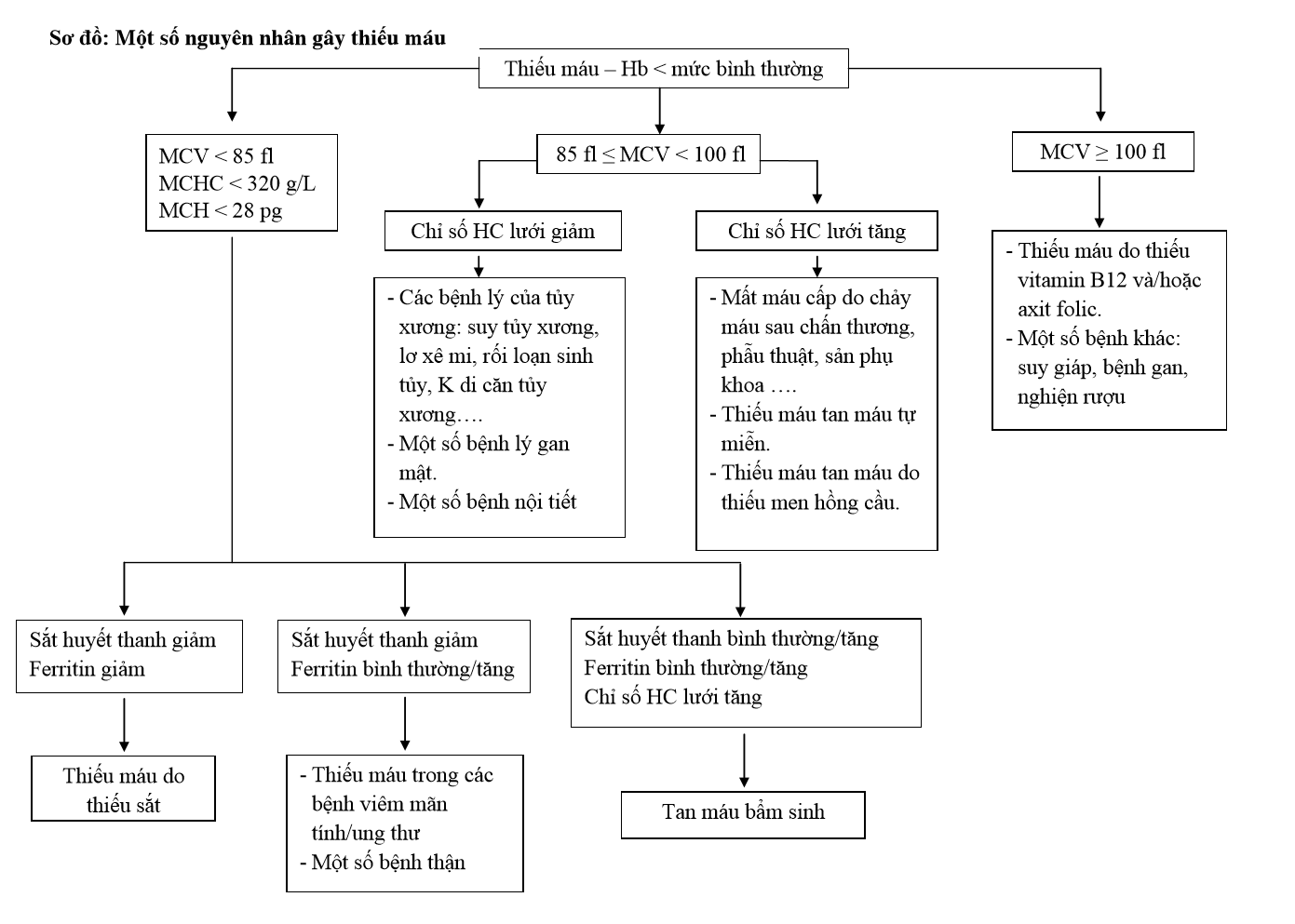
1. - Nhóm xét nghiệm đánh giá tan máu: Hóa sinh thường quy, test Coombs, định lượng các enzyme: G6PD, pyruvate kinase… Xác định các thành phần huyết sắc tố và sức bền hồng cầu.
2. - Tìm nguyên nhân mất máu: Soi dạ dày, soi đại-trực tràng…
3. - Nhóm xét nghiệm đánh giá các yếu tố tạo hồng cầu: Tình trạng dự trữ và vận chuyển sắt, acid folic, vitamin B12, erythropoietin…
4. - Xét nghiệm tủy đồ để đánh giá tính trạng giảm sinh tủy hay bệnh lý khác của tủy xương: Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ, lơ xê mi cấp hay mạn, rối loạn sinh tủy…
5. - Đánh giá các biểu hiện hội chứng viêm trên xét nghiệm: Đo tốc độ máu lắng,

định lượng CRP, fibrinogen…

1. - Các biểu hiện bệnh lý tự miễn: Kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng chuỗi kép DNA…
2. - Tìm ký sinh trùng: sốt rét, giun móc…

**5. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ THIẾU MÁU**

1. - Xác định và điều trị theo nguyên nhân; phối hợp điều trị nguyên nhân và truyền bù khối hồng cầu.
2. - Chỉ định truyền chế phẩm khối hồng cầu dựa vào xét nghiệm huyết sắc tố và tình trạng lâm sàng.
3. - Duy trí lượng huyết sắc tố tối thiểu từ 80 G/L (những trường hợp có bệnh lý tim, phổi mạn tính nên duy trì từ 90 G/L).



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học.