**LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG**

Lao thần kinh trung ương (central nervous System tuberculosis) bao gồm 3 loại: lao màng não (LMN) (Tuberculous meningitis), lao não (Intracranial tuberculomas), lao màng nhện tủy sống (Spinal tuberculosis arachoniditis). Bệnh nhân có thể biểu hiện từng loại riêng biệt hay phối hợp các loại với nhau.

**I. CHẨN ĐOÁN LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG:**

**A- CHẨN ĐOÁN LAO MÀNG NÃO:**

1. Hội chứng màng não: Sốt, nhức đầu, nôn ói, cổ cứng, Kernig (+), Brudzinski (+). Bệnh nhân có thể có rối loạn tri giác, liệt '/2 người, liệt TK VI (lé mắt), liệt TK III (sụp mi).

2. Biến đổi dịch não tủy(DNT): proteine tăng, đường giảm , tế bào tăng (đa số là lymphocyte, nhưng ở giai đoạn đầu thành phần chủ yếu có thể là neutrophile).

Chẩn đoán LMN theo các tiêu chuẩn sau:

\* Xác định LMN:

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT.

- AFB(+)/ DNT (soi trực tiếp hoặc nuôi cấy) hay PCR lao(+)/DNT.

\* Có khả năng LMN:

- Hội chứng màng não, biến đổi DNT, kết hợp với ít nhất một trong số các yếu tố sau:

- X-quang phổi có tổn thương nghi lao.

- AFB(+)/ đàm, dịch dạ dày, mủ hạch, mủ màng phổi.

- Lao ngoài phổi (màng bụng, màng phổi, xương, khớp, ...) đã được chẩn đoán xác định.

\* Có thể lMn:

- Hội chứng màng não.

- Rối loạn tri giác, dấu TK khu trú.

- Khởi bệnh kéo dài >7 ngày.

- Tiền căn lao cũ.

- DNT màu vàng, đường DNT <50% so với đường huyết, lymphocyte chiếm đa số.

**B. CHẨN ĐOÁN LAO NÃO :**

**1. Lâm Sàng:**

- Bệnh nhân nhức đầu.

- Rối loạn tri giác.

- Dấu thần kinh khu trú.

**2. Cận Lâm Sàng:**

- Dịch não tủy bình thường

- CT Scan não, MRI não có hình ảnh nghi ngờ lao (u lao, thâm nhiễm rải rác...).

- Sinh thiết tổn thương sau phẫu thuật phát hiện lao.

**C. LAO MÀNG NHỆN TỦY:**

**1. Lâm Sàng:**

- Bệnh nhân không nhức đầu hay chỉ nhức đầu nhẹ.

- Tri giác bình thường, tỉnh táo.

- Yếu liệt 2 chi dưới và rối loạn cơ vòng.

**2. Cận 1âm Sàng:**

- DNT thường có màu vàng.

- Hiên tượng phân ly đạm tế bào:

\* Protein/DNT thường tăng rất cao, trên 20 lần giá trị bình thường.

\* Tế bào/DNT tăng không nhiều, đa số là lymphocyte.

II. ĐánH giá và theo DÕI:

**1. Đánh Giá Giai Đoạn Nhập Viện (Theo BMRC)**

- Độ I: Bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo, không có dấu liệt TK sọ não và TK khu trú (điểm Glasgow 15)

- Độ II: Bệnh nhân tỉnh nhưng có dấu TK sọ não, TK khu trú hoặc rối loạn tri giác kèm dấu liệt TK sọ não, TK khu trú (Glasgow 11-14 hoặc Glasgow 15 có dấu TK khu trú).

- Độ III: Bệnh nhân hôn mê (điểm Glasgow <=. 10)

**2. Xét Nghiệm Cần Thực Hiện:**

- Chọc dò DNT : Sinh hoá (Proteine, Đường, Chloride), tế bào. Tìm AFB/DNT (soi trực tiếp, cấy- kháng sinh đồ). Nấm (soi trực tiếp, cấy). Tạp trùng (soi trực tiếp, cấy-kháng sinh đồ), PCR lao.

Thực hiện chọc dò DNT kiểm tra khi diễn biến lâm sàng xấu.

-X quang phổi

- AFB/đàm hay dịch dạ dày ( nếu có tổn thương nghi ngờ trên x quang phổi .

- CTM , Ion đồ, chức năng gan , chức năng thận .

- Đường huyết (làm cùng thời điểm với chọc dò tủy sống).

- Chụp CT Scan và MRI não: Đánh giá tổn thương não, tình trạng não thất của bệnh nhân khi diễn tiến lâm sàng xấu hay chẩn đoán LMN chưa rỏ ràng.

**III. ĐIỀU TRỊ LAO THẦN KINH TRUNG ƯƠNG:**

A- Điều trị nội khoa:

**1. Điều Trị Lao Theo Công Thức Của Chương Trình Chống Lao Quốc Gia:**

Điều trị phác đồ II :

2SRHEZ+RHEZ+5R3H3E3

Công thức điều trị có thể thay đổi đối với phụ nữ mang thai, suy gan, suy thận, ...

**2. Corticoid:**

- Độ I: Dexamethasone liều 0,3 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều mổi tuần trong 3 tuần, sau đó chuyển sang uống trong 3 tuần với tổng liều tuần đầu là 3 mg/ 24 giờ và giảm liều dần mỗi tuần 1mg trong các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

- Độ II—III: Dexamethasone liều 0,4 mg/ kg/ 24 giờ tiêm TM, giảm liều trong 4 tuần, sau đó chuyển sang uống trong 4 tuần với tổng liều tuần đầu là 4mg/ 24 giờ, giảm liều dần mỗi tuần 1 mg cho các tuần kế trước khi ngưng thuốc.

Chống chỉ định với bệnh nhân tiểu đường, loét dạ dày-tá tràng, XHTH, Cao huyếp áp...

**3. Điều Trị Phối Hợp:**

- Bù nước - điện giải: Hầu hết các bệnh nhân LMN đều có rối loạn điện giải với Na+ và Cl-/ máu giảm do hội chứng tiết ADH không tương thích (SIADH). Ion đồ phải được theo dõi thường xuyên. Có thể bù bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc dd NaCl 10%.

- Kháng sinh: Phối hợp theo kháng sinh đồ khi có triệu chứng nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, ... nhất là những bệnh nhân hôn mê, liệt, ...

- Chống phù não :Mannitol 20% với liều 10 mg/ kg/ 5

ngày.

**4. Chăm Sóc Tích Cực Nhất Là Những Bệnh Nhân Độ II, III (Hôn Mê, Liệt Vận Động, ...)**

- Chống loét: Xoay trở thường xuyên.

- Nuôi ăn qua sonde với chế độ dinh dưỡng hợp lý.

- Vệ sinh cơ thể và răng miệng hằng ngày.

- Tập phục hồi chức năng sớm đối với bệnh nhân yếu liệt chi.

B- Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật dẫn lưu dịch não thất xuống ổ bụng làm giảm áp lực sọ não được thưc hiện khi bệnh nhân có tình trạng tăng áp lực nội sọ, dãn não thất không đáp ứng điều trị nội khoa