

VIÊM MÀNG NÃO

TS. BS. Tr $\square$ *n* $\mathcal{D}$ $\square$ *c* $S\tilde{I}$

MỤC TIÊU:

Chẩn đoán mất trí nhớ cấp viêm màng não hoặc viêm não màng não.

Xác định và xử trí các trường hợp nguy hiểm.

Biên luận xã trí và đời trù bnh nhân.

DICH T :

A/ Viêm màng não m⁠:

Mở m bnh th ng g p:

- Ng^u i l^un: Ph^u c^u (40%); N^uo m^u c^u (30%); *Haemophilus* (10%); *Listeria* (5%).
- Tr^u em: *Haemophilus* (50%); N^uo m^u c^u (25%); Ph^u c^u (20%).
- Tr^u s^u sinh: *Escherichia coli* (40%); Streptocoque B (30%); *Listeria* (10%).

1. Viêm màng não th  phát

Tổn thương nhiễm trùng tai mũi họng (viêm tai, viêm xoang chàm, viêm xoang),

Tổ chức dò xói lở - mang công cụ phi (vật xói lở sàng hay xói lở đá) hoặc hình
hình do bề mặt sinh (hình xói lở sàng),

Nguyên nhân có thể do bất cập mô hình nào, những thách thức gặp nhất là gì (trình bày hình ảnh minh chứng tại TMH, nguyên nhân có thể là vì khu vực nào khi).

2. Viêm màng não biến chứng từ thủng ruột:

Sau phẫu thuật th n kinh, sau ch c đ ch n o t y hay ch p  ng s ng c  ti m thu c (th  thuật này nay hi m khi d ng),

Những mẩu bảnh thúng gộp là trực khuyn Gram âm, từ cũ học liên cũ,

Staphylococcus epidermidis gặp trong trường hợp nhiễm trùng tại da như u nang đầu.

B/ Viêm màng não lym-phô

Viêm màng não siêu vi chiếm đa số, gặp trong 90% trường hợp viêm màng não lym-phô. Nhóm virus chính gồm: enterovirus (echovirus, coxsackievirus và poliovirus), virus quai bị, và nhóm nhất là virus Herpes simplex, gây viêm não - màng não herpes.

Viêm màng não do lao hay do *Listeria* là nh÷ng vi trùng chính có th÷ gây viêm màng não lym-phô.

C/ Viêm màng não mủ vô trùng

Thường liên quan đến nhiễm khuẩn sinh mủ, nhưng không tìm thấy khi cấy do trước đó đã dùng kháng sinh không phù hợp (viêm màng não cấp đầu), hoặc do mầm bệnh quá yếu ở môi trường ngoài, đã bị chết trong quá trình lấy mẫu (xét nghiệm tìm kháng thể hòa tan có thể có ích).

10% các trường hợp viêm màng não mủ vô trùng là nguyên nhân hoặc là có đi kèm với một khiếm khuyết miễn dịch, do nhiễm trùng (abscess não hay ổ mủ dưới màng cứng) hoặc do u (gây ra phản ứng màng não vô trùng).

D/ Bệnh nhân suy giảm miễn dịch

(Bệnh nhân ung thư, AIDS, hóa trị, điều trị chống miễn dịch hay corticoid)

Những bệnh nhân này có thể nhiễm bất cứ mầm bệnh nào, nhưng đặc biệt là nấm (cryptococque, candida), lao, listeria, toxoplasma và vi khuẩn cộng sinh (trực khuẩn Gram âm và tị cầu).

Trường hợp suy lách chức năng (cắt lách, bệnh hồng cầu hình liềm), hai mầm bệnh hay gặp nhất là phẩy cầu và *Haemophilus*.

Trong thời gian bệnh, bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng tái phát bởi não mô cầu (*Neisseria meningitidis*).

BỆNH NGUYÊN NHÂN VIÊM Màng NÃO

A/ Viêm màng não mủ

- Nguyên nhân viêm màng não mủ theo tuổi (xem bảng I)
- Nguyên nhân viêm màng não mủ theo cấp độ (xem bảng II)
- Bảng tổng kết các nguyên nhân chính của viêm màng não mủ (bảng III)
- Viêm màng não tái phát:
 - Phẩy cầu (tìm dò xoắn khuẩn – màng não);
 - Não mô cầu (tìm suy giảm bạch cầu)

B/ Viêm màng não lym-phô

Nguyên nhân phổ biến nhất là virus (90% các trường hợp VMN lym-phô). Đường dịch não tủy bình thường. Protein dịch não tủy tăng nhẹ (<1g/l). Virus chính là enterovirus (coxsackie, echovirus và poliovirus).

Những nguyên nhân vi trùng chính gồm: lao, listeria. Đường dịch não tủy thường giảm.

Những nguyên nhân gây viêm màng não lym-phô được liệt kê trong bảng IV, V.

Bảng 1: Nguyên nhân viêm màng não mủ theo tuổi

Tuổi	Nguyên nhân chính	Kháng sinh hàng đầu	Liều
Sinh	<i>E. coli</i>	ampicilline hoặc amoxicilline	200 mg/kg/ng
	Liên cầu	+ cefotaxime (Claforan)	200 mg/kg/ng
	<i>Listeria monocytogenes</i>	+/- aminoside	
Nhũ nhi và trẻ em < 6 t	<i>H. influenzae</i>	cefotaxime (Claforan) hoặc ceftriaxone (Rocephine)	200 mg/kg/ng
	Não mô cầu		100 mg/kg/ng
	Phế cầu		
Ngũg i lớn và trẻ em > 6 t	Não mô cầu	ampicilline hoặc amoxicilline	200 mg/kg/ng
	Phế cầu		
Ngũg i già trên 50 tuổi	Não mô cầu	ampicilline	200 mg/kg/ng
	Phế cầu	+ aminoside hoặc cephalosporine thế hệ 3	
	<i>Listeria</i>		
	Trực khuẩn Gram âm		

Bảng 2: Nguyên nhân viêm màng não mủ theo cơ địa

Cơ địa	Mầm bệnh nghi ngờ
Nghiên ruột	Phế cầu, <i>Listeria</i>
Tiêu chảy	Phế cầu, <i>Listeria</i> , tị cầu
Cột lách	Phế cầu, <i>Haemophilus</i>
Suy giảm miễn dịch	<i>Listeria</i> , BK
Chẩn thán ng s não h	<i>Staphylococcus aureus</i> , enterobacterie
Chẩn thán ng s não kín hoặc ch y mũi, ch y mắt	Phế cầu, enterobacterie
Viêm tai cấp	Phế cầu, VK k khí, pseudomonas, <i>Proteus</i>
Bệnh van tim	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus epidermidis</i>
AIDS	Mầm bệnh thông thường và đặc biệt <i>Listeria</i> , BK, vi nấm dị h, cryptocoques, Nocardia

Bảng 3: Nguyên nhân chính của viêm màng não mủ

Trực khuẩn Gram âm	Cụ khuẩn Gram âm
<i>Haemophilus influenzae</i> Enterobacteries (<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Serratia</i> , <i>Salmonella</i>) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Não mô cầu (<i>Neisseria meningitidis</i>)
Trực khuẩn Gram dương	Cụ khuẩn Gram dương
<i>Listeria monocytogenes</i>	Phế cầu Liên cầu (B, D, A) Tụ cầu (<i>aureus</i> , <i>epidermidis</i>)
Trực khuẩn kỵ khí:	
<i>Bacteroides</i> , <i>Fusobacterium</i>	

Bảng 4: Viêm màng não lymphô do nhiễm trùng

Siêu vi	Virus
Quay bẹ	Lao (+++)
Échovirus	<i>Listeria monocytogenes</i> (+++)
Coxsackie virus	Leptospirose
Poliovirus	Syphilis
<i>Herpes simplex virus</i>	Brucellose
Virus zona-varicelle	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Cytomégalo virus	<i>Chlamydia</i>
Adénovirus	Nocardiose
Arbovirus	<i>Borrelia burgdorferi</i> (Lyme)
EBV	V nấm
Viêm gan siêu vi	<i>Cryptococcus neoformans</i>
Rubéole	<i>Candida albicans</i>
Virus viêm màng môch màng não lymphô	Histoplasmosis, coccidioïdomycosis
VIH +++	Ký sinh trùng
	<i>Plasmodium falciparum</i>
	Trypanosomiasis
	Toxoplasmosis

Bảng 5: Viêm màng não lym-phô không do nhiễm

Tân sinh	Bệnh lý mô liên kết
Ung thư di căn	Lupus ban đỏ rời rạc
Ung thư máu : – bệnh bạch cầu cấp – bệnh lymphôm	Viêm nốt quanh đường mạch
Phân loại màng não	Viêm màng mạch – màng não không nhiễm trùng
Chẩn đoán song có tiêm thuốc cấp quang	Bệnh Behçet
Cận thị cấp điểu trong ống song	Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada
	Bệnh Sarcoidose

Bảng 6: Viêm màng não mủ vô trùng

Nhiễm	Phân loại màng não th phát
Viêm màng não vi trùng mủi kh i đ u	Abces não
Viêm màng não vi trùng cấp đ u	Tổ m du i cấp
Lao	Viêm trùng tai – mũi – họng
Siêu vi	U não
Viêm não màng não amibe nguyên phát	Kh i máu t n i s
Cẩn nguyên do viêm	Nh i máu não
Viêm mô k , bệnh Behçet	Huyết kh i tĩnh mạch n i s

CHẨN ĐOÁN**A/ Chẩn đoán lâm sàng tính****1. Viêm màng não cấp không biến chứng ngắn i l n****a) Kh i phát**

Đ t ng t hay nhanh, bao gồm:

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao (39°C hay hơn) có thể kèm theo l nh run;

- Hội chứng màng não rỗng: đau đầu dữ dội, lan tỏa hoặc chỉ yếu vùng trán, liên tục với những đợt kịch phát gây nên bối rối, chóng mặt, buồn nôn hay thay đổi thị giác, tăng đau, ánh sáng (sợ ánh sáng); đau đầu có kèm đau cổ thắt lưng hoặc rối loạn tiêu hóa: nôn ói, đôi khi đi ngoài hình “kiểu nôn vọt”, đi ngoài lỏng, không cần gắng sức; có bốn chứng không thể thiếu xuyên suốt, có khi lại có tiêu chảy.

b) Khám thực thể

Thăm khám đi ngoài hình “thăm cò súng”, quay lưng về phía ánh sáng (sợ ánh sáng), đôi khi bắt mắt, dễ kích động; đau màng não là những dấu chứng cần bàn thảo trên:

- Cổ cứng, đau khi gập gáy thẳng đứng, đôi khi kéo theo phần xương cổ chân không chủ ý (dấu Brudzinski)
- Dấu Kernig: đứng tác gập đùi vào thân, duỗi cẳng chân bị gập lại hơn do đau vùng thắt lưng; thẳng đứng, bệnh nhân không thẳng lưng trên gập gối nếu không cố gắng.

Bệnh nhân có thể có dấu hiệu kích thích tháp (tăng phần xương gân xương, dấu Babinski 2 bên) và ý thức u ám. Trong thể đi ngoài không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

Biểu hiện lâm sàng của viêm màng não rỗng đa dạng, tùy căn nguyên, tuổi; trong thể không đi ngoài hình hoặc có biến chứng, có thể có có dấu hiệu thần kinh hoặc tâm thần, rất dễ gây nhầm lẫn.

2. Thăm lâm sàng

a) Phân loại theo cấp độ

Thăm trẻ em

- Đau tai, đau họng, đôi khi gặp viêm ruột thừa, tiêu chảy, đau khớp có thể gây nhầm lẫn.

Thăm sơ sinh

- Những dấu hiệu gợi ý thần kinh hiếm: mất các phần xương sinh, rối loạn ý thức, co giật, giảm trương lực, thóp phồng. Thể nhẹ có thể thân nhiệt thay cho sốt. Thông thể nhẹ, dù không có các dấu hiệu màng não hay thần kinh, cần chẩn đoán não tại khi gặp một hội chứng nhiễm trùng: trướng bụng, liệt, mất ngủ, rối loạn tiêu hóa hay hô hấp. Nhiễm trùng có thể liên quan đến nhiễm trùng đường tiêu hóa hay sinh dục của mẹ hoặc do virus.

Thăm nữ nhi

- Dấu hiệu gợi ý thể nhẹ không rỗng: liệt hoặc ngưng liệt, rên rỉ nhiều và dễ kích thích, bú ăn, rối loạn tiêu hóa (nôn ói, tiêu chảy) những xảy ra trong một bệnh cảnh sốt, co giật và rối loạn tri giác là những dấu hiệu gợi ý chẩn đoán rõ;
- Khám:
 - o Dấu cổ cứng (có giá trị trên 3 tháng tuổi) không thể nhẹ gập mà thể nhẹ bẻ thây giảm trương lực các cổ,
 - o Cổ cứng ánh mắt (có thể có gián đoạn) lên trần nhà (dấu hiệu muốn),

- o Liệt vận nhãn,
- o Thóp phồng: là dấu hiệu chính cần phải tìm (trên đầu trẻ sơ sinh và không la khóc),
- o Cần tìm dấu mất nước, có thể làm mất dấu hiệu thóp phồng trên bôn nhân.

b) Phân loại theo triệu chứng

Thở co giật

- Cần co giật thường là cần toàn thể, nhưng cũng có thể là cần cục bộ (khi đó có giá trị chẩn đoán định khu) hoặc trạng thái định kinh. Co giật thường gặp ở trẻ em hơn, có thể do sốt cao. Cần phải tìm các: rối loạn điện giải, thiếu oxy, hạ Natri, tăng áp nội sọ, các tổn thương não khu trú.

Thở hôn mê

- Hôn mê có thể gây khó khăn cho chẩn đoán vì có thể làm mất dấu các gõ ngực, thay vào đó là giảm phản ứng lồng ngực, đặc biệt là khi hôn mê sâu.

Cần chú ý DNT trước các triệu chứng hô hấp hôn mê kèm sốt.

Trong các thể này, phù não đưa đến tăng áp nội sọ: mạch chậm, huyết áp tăng, phù gai mắt, co giật, sốt não. Các biến chứng của hôn mê, đặc biệt là các biến chứng hô hấp, thiếu oxy, tăng CO₂ có thể làm phù não nặng hơn.

Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể có nhiều nguyên nhân, cần thiết phải làm EEG và CT não sớm.

- Tổn thương các đường mạch hay tĩnh mạch đi trong khoang dưới nhện, do co thắt mạch, viêm mạch nhiễm trùng, viêm màng nhện với huyết khối tĩnh mạch. Hậu quả là thiếu máu hoặc hoại tử não là nhồi máu não.
- Tổn thương nhiễm trùng nhu mô não: viêm não nhiễm trùng (siêu vi, listerie, v.v...), viêm não spongiform, micro-abces sinh mủ; abces não, chồi lao.
- Tràn máu (nhũ nhĩ), tràn mủ dưới màng nhện;
- Viêm lan tủy não do phần lớn màng não thể phát.

Thở có rối loạn thần kinh thể cụ thể:

- Thường gặp bí tiểu;
- Cần chú ý và cần xuất mồ hôi vùng cổ và mặt;
- Rối loạn hô hấp: thể chậm kiểu thần kinh trung ương (nhịp thở giảm, có ngừng khoảng nghỉ thở, nhịp thở Cheyne-Stokes) do thiếu oxy, tăng CO₂ máu, toan hô hấp. Rối loạn hô hấp kéo theo co giật, rối loạn tri giác, ngừng thở kéo dài. Thể nhanh do nguyên nhân trung ương hiếm gặp hơn;
- Loạn nhịp tim (nhịp chậm xoang, bloc nhĩ-thể, loạn nhịp hoàn toàn, rung nhĩ, ngoại tâm thu thể) hoặc rối loạn dẫn truyền, có nguy cơ ngừng tim (do nhịp nhanh, rung nhĩ hay xoắn đỉnh);
- Trụy tim mạch do suy giảm vận mạch nguyên nhân trung ương;
- Loét da dày;
- Rối loạn thân nhiệt.

Thường rối loạn tâm thần:

- Thường xảy ra trên bệnh nhân loạn tuẩn, chưa có tiền căn và xảy ra trong một bệnh cảnh sốt, cần nghĩ đến chẩn đoán viêm màng não và đột biến là lao màng não;
- Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng: rối loạn hành vi hoặc cảm xúc, hoang tưởng nặng nề, ảo giác, lú lẫn, giảm sút trí tuệ tiến triển nhanh.

Thường không có hoặc ít dấu hiệu màng não. Bao gồm:

- Thường sốt dần dần (đột biến là do lao) + suy giảm tri giác;
- Thường tái phát với sốt nhiễm trùng (tổ ban);
- Thường hôn mê;
- Thường tâm thần;
- Thường nhiễm trùng huyết trong khi viêm màng não diễn tiến âm thầm, có thể là VMN cấp đầu do đã dùng kháng sinh không phù hợp.

c) Phân loại theo diễn tiến

Khả năng phát ban cấp: lao, giang mai, nhiễm cryptococcose, viêm màng não carcinome.

Khả năng phát ban tối cấp: bệnh cảnh tổ ban = cấp cứu tại khoa trong y khoa.

- Ban xuất huyết nặng: xuất huyết, hoặc tái xuất huyết lan rộng. Cần theo dõi tiến triển của tổ ban bằng cách vẽ đường viền trên da chung quanh tổ ban.
- Tăng thân nhiệt ác tính;
- Sốt nhiễm trùng;
- Đôi khi có đông máu nội mạch lan tỏa kèm xuất huyết.

Những dấu hiệu màng não kín đáo hoặc không có.

Não mô cứng và phù não là 2 bệnh chính.

Thường diễn tiến theo 2 giai đoạn: vài triệu chứng hội chứng viêm màng não mới có thể diễn tiến tới dần gây nhiễm lú lẫn, sau đó vài giờ tới triệu chứng đột ngột.

3. Clinic lâm sàng

a) Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm màng não dựa hoàn toàn trên phân tích DNT. Chẩn đoán cần được thực hiện khi bệnh viện khi có nghi ngờ, dù là nhẹ nhất, dù với một bệnh cảnh lâm sàng đặc trưng hay không. Cần soi đáy mắt trực tiếp, nhưng không vì thế mà làm chậm trễ việc chẩn đoán. Bệnh nhân thường được chẩn đoán tại thời điểm này; lấy nhiều ống nghiệm máu để xét nghiệm, quan sát hình thái đối tượng của DNT; áp lực DNT thường tăng.

Phân tích sinh hóa:

- Protein DNT (bt: 0,2 - 0,4 g/l, có thể lên tới 1g/l ở bệnh nhân tiểu đường và 1,5g/l ở trẻ sơ sinh);
- Đường DNT, cần so sánh với đường huyết lúc chẩn đoán (bình thường bằng $\frac{1}{2}$ đường huyết, tức là 0,5 – 0,6 g/l hay 2,8 – 3,3 mmol/l);
- Chlorua DNT (bt: 7 g/l, tức 120 mmol/l);
- Acid /DNT cần so sánh với acid lactic/máu (thường nhẹ hơn 2mmol/l).

Phân tích tế bào:

- Đếm tế bào (thường đếm 5 tế bào/mm³, đa số lymphocyte hay monocyte). Tùy trình độ giúp, cần quay ly tâm DNT tìm tế bào ác tính.

Xét nghiệm vi sinh:

- DNT cần được mang đến phòng thí nghiệm nhanh nhất có thể, tránh gây lĩnh vì vài mầm bệnh rất dễ bị phá hủy, đặc biệt là não mô cầu;
- Tìm mầm bệnh bằng xét nghiệm soi trực tiếp: nhuộm Gram, nhuộm Ziehl-Nielsen, nhuộm mìn cầu tìm Cryptococque;
- Soi trực tiếp có thể cho phép chẩn đoán nhanh:
 - o Song cầu Gram âm nối và ngoại bào: *Neisseria meningitidis*,
 - o Song cầu Gram dương: *Streptococcus pneumoniae*,
 - o Trực khuẩn Gram âm: *Haemophilus influenzae*,
 - o Trực khuẩn Gram dương: *Listeria monocytogenes*;
- Cần làm KSĐ để với các VK phân lập được, đặc biệt là phôi cầu;
- Phôi giúp nuôi cấy: vi trùng thường cho kết quả sau 24-48 giờ, *Listeria* 5 – 6 ngày, 3 – 6 tuần cho lao (môi trường Lowenstein); yêu cầu môi trường đặc biệt cho vi nấm (Sabouraud), vi khuẩn kỵ khí;

Tìm kháng nguyên hòa tan (có thể tìm trong máu, não tủy, DNT):

- Kết thu được di miễn dịch cho kết quả khuẩn trong 1 giờ, có thể làm cho phôi cầu, não mô cầu (type A, C, nhưng không có type B) và *Haemophilus*, cryptococque, *Escherichia coli* K1 và *Streptococcus* B.

Tùy trình độ giúp tìm siêu vi:

- Kháng thể chẩn đoán SV;
- Phân lập siêu vi;
- PCR (++)

b) *Ba đặc tính của viêm màng não*

Phân tích DNT cho phép phân biệt 3 đặc tính của viêm màng não.

Viêm màng não mủ vi trùng:

- DNT đặc hoặc có mủ rõ ràng, áp suất tăng (>15 cm H₂O);
- Tế bào tăng cao (> 500 /mm³) với BC đa nhân chiếm đa số; nhiều BC có hình dạng thay đổi;
- Protein DNT tăng cao (>1 g/l);
- Thành phần DNT giảm (<0,4 g/l; 2,2 mmol/l);
- Tăng acid lactic DNT;
- Giảm chlorua DNT;
- Soi trực tiếp để xét nghiệm (1/3 trình độ giúp) hoặc cấy để xét nghiệm.

Đôi khi DNT có máu (nhất là khi bị phình mạch nhện trong viêm não i tâm mạch nhện trùng) hoặc trong với ít tế bào nhưng rất nhiều vi khuẩn khi soi trực tiếp (thực tế cấp do não mô cầu hay phôi cầu).

Viêm màng não lym-phô:

- DNT trong, đôi khi đặc (nếu tăng tế bào nhện);

- Tăng tế bào, chủ yếu là lympho –phổ hoặc đôi khi hỗn hợp (nhưng đa nhân ít hơn 50%); lo ngại hỗn hợp gợi ý chẩn đoán listeria
- Protein tăng tùy tình nguyên nhân, đôi khi bình thường; tăng trong lao màng não, viêm màng não do listeria,
- Đường DNT thay đổi tùy nguyên nhân, bình thường nếu là VMN do siêu vi.

Viêm màng não mô vô trùng:

- DNT thay đổi: trong hoặc dưới;
- Tăng tế bào, chủ yếu đa nhân (50-100%), hiếm khi thay đổi hình dạng;
- Tăng protein DNT;
- Soi kính, cấy âm tính.

Các xét nghiệm khác

Cấy máu, TPTNT, mẫu bệnh phẩm từ nơi nghi ngờ là nhiễm trùng ban đầu.

Tìm kháng nguyên hòa tan trong máu và trong nước tiểu.

CTM, đông máu, ion đồ, bilan gan, thận.

Nhóm máu rhesus,

B/ Chẩn đoán phân biệt

1. Thường gặp hình

Clinical thường gặp hai chẩn đoán phân biệt, chủ yếu DNT sẽ giúp xác định chẩn đoán.

a) Xuất huyết màng não

Khi phát hiện nốt “nhau dao đâm” với sự xuất hiện chậm, khi chủ yếu DNT sẽ thấy DNT có lẫn máu không đông và có đốm đỏ thường gặp nhau giữa các ống nghiệm bệnh phẩm. Thường thấy có bilirubin và đổi thành bào.

Đôi khi chẩn đoán sẽ khó khăn, ví dụ như khi xuất huyết đã trừ, hay đôi khi các viêm màng não cũng có DNT lẫn máu, do đó cần phải cấy DNT một cách thường quy nếu thấy DNT có lẫn máu.

b) “Phân rã màng não”

Biểu hiện như một trường hợp viêm màng não không biến chứng như DNT bình thường, nhất là trên trẻ em, trong một số trường hợp sẽ nhiễm trùng (nhiễm siêu vi, viêm họng, viêm phổi).

2. Thường không gặp hình

Trường hợp khó vì có thể bệnh sốt không nghĩ đến viêm màng não và không làm thủ thuật chủ yếu DNT xét nghiệm. Có thể không có dấu màng não hoặc có rất kín đáo:

- Sốt + hôn mê;
- Sốt + nổi ban;
- Sốt cao co giật;
- Sốt + rối loạn tâm thần;
- Sốt + tổn thương thần kinh khu trú (sau khi đã loại trừ abscess não);
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân.

C/ Chẩn đoán căn nguyên

1. Viêm màng não mủ vi trùng

Là một trường hợp chẩn đoán và điều trị khẩn, biểu hiện bằng một bệnh cảnh viêm màng não nặng như hàng triệu triệu trường, ý thức u ám, bất tỉnh.

Chẩn đoán căn nguyên dựa trên:

Tìm thấy mầm bệnh trong DNT và/hoặc cấy máu, theo hình thức cách học theo trình tự khi cho kháng sinh (đôi khi tìm thấy vi khuẩn trong phết huyết);

Tìm một số nhiễm trùng khác: nhiễm khuẩn (TPTNT), màng phổi (X-quang ngực), TMH (khám TMH, chụp X-quang xoang), viêm não tủy môc;

Tìm một yếu tố nguy cơ, dò xét màng-cổ: tiến căn chấn thương, viêm màng não, sốt mũi một bên, nhét đờm chảy mũi tai; bilan bao gồm CT scan sọ và tìm chất dò DNT vào khoang mũi, vào tai bằng xét hình DNT (làm cách xa thời điểm viêm màng não).

a) Viêm màng não – màng tủy do não mô cầu

Là nguyên nhân thường gặp nhất

Là một bệnh dịch tễ, lây, do não mô cầu, một song cầu Gram âm não – ngoại bào, rất dễ phá hủy trong môi trường lỏng. Bệnh có thể có viêm mũi họng trước đó. Cần nghĩ đến khi bệnh nhân có đau khớp hay viêm khớp (có mủ, có vi trùng), đợt herpes cấp (không đặc trưng), có nốt ban dạng sẩn-mẩn mẩn và nốt là t ban xuất huyết, đôi khi mẩn mẩn-máu hoặc bóng nước (có thể lấy mẫu phân lập mầm bệnh) hay hơn nữa là ban hoại tử xuất huyết và lan tỏa trong t ban lan tỏa.

T ban lan tỏa:

- Nhiễm trùng huyết não mô cầu thường nặng, tỷ lệ tử vong 20-25%;
- T ban hoại tử xuất huyết, lan tỏa;
- Tình trạng sốc nhiễm trùng (ý thức u ám, lơ lửng, tụt huyết áp, da nổi vân, thiếu niệu ...);
- Xuất huyết não tủy và nốt là xuất huyết thủng thủng (hội chứng Waterhouse);
- Hội chứng màng não không có hoặc rất kín đáo;
- Đông máu não môc lan tỏa;
- DNT: dịch trong, không phân lập được bào, rất nhiều vi trùng.

b) Viêm màng não do phế cầu trùng

Nên nghĩ đến trong những tình huống:

- Cột đũa: nghiện rượu, đái tháo đường, người già, suy giảm miễn dịch, cắt lách, bệnh hồng cầu hình liềm;
- Dò xét – màng cổ;
- Cần tìm một cách thường quy nhiễm trùng tại mũi họng, phổi + + +.

Bệnh cảnh lâm sàng: thường nặng. Bệnh nhân có thể đến trong tình trạng hôn mê, co giật, có triệu chứng thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật, đôi khi có t ban lan tỏa (trường hợp cắt lách). Protein /DNT thường tăng rất cao. Phế cầu trùng là một song cầu Gram dương, có vỏ, ngoại bào. Cần xác định mức độ nhạy kháng sinh betalactam dựa vì khuẩn.

c) *Viêm màng não do Haemophilus influenzae*

Tồn công trên trẻ em từ 6 tháng đến 6 năm tuổi hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh thường kèm theo một số nhiễm trùng đường tai mũi họng, phổi. Khi phát đôi khi đau nhức đầu và hội chứng màng não đôi khi rớt kín đáo. Cũng có thể có hồng ban da. Haemophilus là một trực khuẩn Gram âm nhỏ, nội và ngoại bào, ngày càng đề kháng với penicilline A, còn nhạy với cephalosporin thế hệ 3.

Viêm màng não do listeria

Clinic biểu hiện dễ nghĩ đến chẩn đoán nhiễm trùng não – màng não do listeria, một nguyên nhân viêm não màng não trên trẻ sơ sinh, nhưng cũng có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Bệnh khởi phát khi có dấu hiệu như sau: có thai, một số dấu hiệu lý (xét gan) hoặc suy giảm miễn dịch (miễn dịch tế bào), nhưng cũng có thể gặp trên người khỏe mạnh, nhất là sau 50 tuổi.

Vì lâm sàng: bệnh có thể biểu hiện bằng một bệnh clinic viêm não – màng não hoặc viêm não sau (tồn tồn trong thân não), khi đó biểu hiện màng não có thể kín đáo; nhưng dấu hiệu gợi ý chẩn đoán gồm:

- Tồn tồn trong thân não: liệt nhiều dây thần kinh sọ não, liệt vận nhãn và giảm thị lực, hội chứng chéo, rớt lõn thần kinh thố c vớ;
- Hội chứng tiểu não hai bên và bất đối xứng;
- Tăng trọng lượng cơ, run ngoại tháp, vận động bất thường.

Sinh hóa: tăng bạch cầu đến nhân máu là dấu hiệu clinic điển hình ít gặp. Vi khuẩn Listeria, một cầu-trực khuẩn Gram dương, hiếm khi tìm được bằng xét nghiệm trực tiếp; vì trùng mọc chậm khi cấy (5-6 ngày) và đôi khi khó định danh. Trong trường hợp DNT vô trùng, cấy máu, thường dương tính, có thể là bằng chứng duy nhất của nhiễm Listeria. Ngoài ra còn có test huyết thanh miễn dịch chẩn đoán Listeria.

Clinic là Listeria kháng với Cephalosporin.

d) *Các mầm bệnh khác*

Nghi ngờ các vi khuẩn kị khí như có nhiễm trùng vùng tai mũi họng và răng hàm miệng.

Viêm màng não do tụ cầu, khi có viêm đĩa đệm - đốt sống, nhiễm trùng huyết, sau can thiệp ngoại khoa thần kinh.

2. Viêm màng não lymphô

Chẩn đoán căn nguyên là vấn đề quan trọng vì vài căn nguyên clinic điểu trị khác (lao màng não, viêm não-màng não herpes, listeria, sốt rét thần kinh, nấm).

a) *Lao màng não*

Lâm sàng: thường đau nhức đầu trên lâm sàng vì bệnh clinic đa dạng và nhiều thể không điển hình với ít triệu chứng màng não. Khi phát bệnh thường tiến triển từ từ, có sốt mức độ trung bình với rớt lõn cảm xúc và nhàn nhạt trí tuệ. Bệnh nhân có một giai đoạn suy giảm tình trạng trí óc đó (suy nhược, chán ăn, sút cân, ra mồ hôi về đêm). Hiếm gặp thể viêm màng não đến muộn. Dấu hiệu viêm màng não vùng não sọ (tồn tồn trong các dây thần kinh sọ VII và thường gặp hơn: III, VI) thường gặp và là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán. Ngoài ra còn có các thể: hôn mê, co giật, tồn tồn trong thần kinh (đôi khi tồn tồn trong tủy sống),

tâm thần, thủng lủng, thủng sút dần thủng hoặc lao màng não phát hiện khi chọc tủy sống mất trùng hóp lao kê.

BK ít khi được phát hiện bằng xét nghiệm trực tiếp, và thường thì kết quả cấy vi trùng chủ yếu giúp khẳng định mất chẩn đoán trực tiếp đó.

Chẩn đoán: thường chẩn đoán mất cách gián tiếp, trực tiếp bệnh cảnh viêm màng não lym-phô, dựa trên sự kết hợp các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng.

Lâm sàng: giai đoạn khởi phát, diễn tiến bán cấp, hiện diễn biến nặng dần hiệu màng não vùng não sọ và các biến chứng thần kinh;

DNT: đường glucose niệu, chloroform, đôi khi protein cao. Tăng acid lactic dịch não tủy. Dịch não tủy đôi khi có lẫn máu.

Cơ địa: vùng dịch tễ (châu Á, châu Phi), nghiện rượu, đái tháo đường, tuổi già,

- Không chứng minh lao,
- Có tiền căn tiếp xúc với bệnh nhân lao, có lao sởi nhiễm hay lao nội tạng không hoặc điều trị không đúng;

Soi đáy mắt tìm lao kê hay lao củ mắt mắt Bouchut;

Test tuberculine (IDR) chủ yếu giá trị khi có nốt bóng nổi rõ hoặc khi phản ứng có thay đổi so với mắt lần trước đó.

Khi tìm mất cách hình thường có thể tìm thấy ở nhiễm lao nội tạng hay niêm mạc: lao phổi – màng phổi (X-quang phổi, tìm BK trong đàm hay trong dịch hút tủy dầy) – nốt là lao kê -, lao màng ngoài tim (ECG), lao đường niệu (tiểu mẫu, tìm BK/NT), lao gan (tùy trực tiếp có thể sinh thiết), hạch, xương khớp, tủy (suy tủy).

Khi chẩn đoán nghi ngờ lao màng não cần cho ngay kháng sinh đặc hiệu không chẩn đoán và không cần chẩn đoán DNT để tìm BK. Listeria có thể có mất bệnh cảnh lâm sàng giống nốt do đó trong trực tiếp nghi ngờ có thể điều trị bao vây trong khi chờ đợi kết quả nuôi cấy.

b) Viêm màng não lym-phô do listeria

Rất đa dạng, trong trực tiếp này viêm màng não biểu hiện điển hình bán cấp, sốt nhẹ, viêm não – màng não hoặc là viêm não vùng hậu.

Trong DNT, tế bào thường tăng đáng “hình hóp” và là yếu tố gợi ý chẩn đoán, nồng độ bào và protein thường tăng nhẹ. Hiện khi đường glucose. Acid lactic cao.

c) Viêm màng não vi trùng

Đôi khi viêm màng não do vi trùng sinh mủ có thể có đáng viêm màng não lym-phô hay hình hóp trong giai đoạn đầu. Tuy nhiên chúng ta có thể tìm thấy vài bạch cầu đa nhân bên đáng.

d) Viêm màng não do leptospira

Chẩn đoán dễ dàng khi có yếu tố dịch tễ (công nhân nông nghiệp, tiếp xúc với chuồng ngựa, tắm sông), viêm màng não kết hợp với mất bệnh cảnh viêm gan – thủng (có vàng da và suy thủng), ban xuất huyết và đau hiệu xuất huyết. Viêm màng não có thể điển hình; nhưng yếu tố gợi ý chẩn đoán: đau cơ nhiều và lan tỏa (đôi khi có hình chữ) và glucose tiểu cầu. Tiền thủng não cũng có thể xảy ra.

Chẩn đoán sinh hóa không dựa trên phân lập Leptospira trong DNT hay trong máu vì lâu và hiện khi đường tính mà dựa vào chẩn đoán huyết thanh (tìm

soát sẫm kháng thể TR bằng kỹ thuật men miễn dịch, huyết thanh chẩn đoán Martin-Petit), lấy mẫu 2 lần cách nhau 15 ngày.

e) *Viêm màng não do Giang mai*

Vào giai đoạn 3 của Giang mai, viêm màng não có thể chẩn đoán huyết thanh trên sinh hóa, kết hợp với liệt thị chày (sa sút trí tuệ + hoang tưởng + đau hạ mắt Argyll-Robertson) hoặc viêm rốn thị, bệnh tabes.

Vào giai đoạn 2 của Giang mai, viêm màng não có thể có triệu chứng, diễn tiến bán cấp, đến đờn hay kết hợp với các triệu chứng thần kinh (rối loạn tri giác, rối loạn thị giác bán cấp).

Để chẩn đoán chính xác bệnh sử và tìm các dấu hiệu da – niêm: herpes ban, các vết loét niêm mạc đáy miệng, rớt lông mày, rụng lông tóc, rối loạn da sần thâm nhiễm, nốt là gan bàn tay, gan bàn chân

Chẩn đoán dựa vào chẩn đoán huyết thanh để tính trong máu và DNT: nồng độ kết hợp của thể để (TPHA), huỳnh quang miễn dịch.

f) *Viêm màng não do Brucellia (brucellose bán cấp)*

Chẩn đoán huyết thanh để sinh hóa (tăng protein DNT rất cao) bệnh cảnh lâm sàng là một rối loạn thị giác rốn thị hoặc viêm não. Chẩn đoán dựa trên huyết thanh chẩn đoán (huỳnh quang miễn dịch gián tiếp, Wright).

g) *Viêm màng não lym-phô do siêu vi*

Là nguyên nhân huyết thanh gặp nhất của viêm màng não lym-phô do nhiễm trùng. Thuyết gặp nhất ở trẻ em và người trẻ, biểu hiện điển hình là một bệnh cảnh viêm màng não để sinh, không nhiễm, có đau đầu dữ dội, tăng trưởng không để, không có dấu hiệu thần kinh khu trú và không có suy giảm ý thức.

Tăng bạch cầu DNT, mức để thay để nhiễm khi cao hơn 500/mm³; protein dịch não tủy nhiễm khi cao quá 1g/l, đôi khi bình thường. Để, chlor, acid lactic bình thường +++.

Chẩn đoán căn nguyên dựa trên:

- Đôi khi tiến căn có tiếp xúc hoặc một bệnh cảnh lâm sàng để tiếp của nhiễm siêu vi.
- Phân lập virus từ DNT, phân, cấy huyết; kỹ thuật phân lập đòi hỏi quy trình lấy mẫu của thần và labo chuyên biệt nên ít khi dùng.
- Chẩn đoán huyết thanh cho phép xác nhận sự gia tăng kháng thể để hiệu qua hai lần lấy mẫu cách nhau 15 ngày (hiệu giá kháng thể phải tăng gấp 4 lần);
- PCR

Một bệnh cảnh viêm não – màng não (suy giảm ý thức, triệu chứng thần kinh khu trú, co giật) nhiễm gặp và nếu có thì huyết để chẩn đoán đầu tiên là viêm não – màng não do herpes.

Các virus gây bệnh chính

- HIV
 - o Căn phải nghĩ đến một cách thuyết quy với tất cả các bệnh nhân có nguy cơ
 - o Biểu hiện rất đa dạng; viêm màng não (hay viêm não – màng não) xảy ra trong giai đoạn sớm nhiễm HIV;

o Có thể tìm thấy kháng nguyên p24 trong máu và trong DNT

- Virus Quai b: Viêm màng não do virus quai b đến thuôn hay kết hợp với các tăng khác: tuyến mang tai 2 bên, viêm tinh hoàn sau tuổi dậy thì. Tuyến thùy não cũng có thể. Cần tìm tăng amylase trong máu. Trong DNT, bạch cầu có thể tăng cao, có khi trên $500/\text{mm}^3$, tăng protein và alpha. Đặc là biến chứng quan trọng nhất.
- Echovirus: có viêm họng, nổi ban da dạng dát – sần, nổi ban mề đay.
- Coxsackie virus (A hay B): với đau cổ, đau bụng.
- Virus bại liệt (Poliovirus): hiếm gặp từ khi có tiêm chủng bắt buộc, tuyến thùy não – màng não do virus bại liệt gây nên viêm màng não với đau cổ đến thuôn hay kết hợp với mất vận động sống trức tay sống, mất bình tĩnh lâm sàng của mất viêm sống trức tay cổp (bệnh sốt bại liệt). Bệnh nhân có liệt mềm ngoại biên với giảm trương lực và mất phản xạ, khởi phát nhanh, vị trí không đối xứng, không đau thần và các chi và có nguy cơ tiến triển hàng não. Không có triệu chứng cảm giác khách quan. Bạch cầu tăng vữa ($<50/\text{mm}^3$) nhưng đôi khi protein DNT tăng rất cao.
- Herpes: phải hợp mất bệnh cảnh sốt với các dấu hiệu màng não và tiến triển não: rối loạn hành vi (ăn uống, tình dục), trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, cơn thái dương (đau giác khuỷu giác, vị giác), cơn động kinh và đôi khi hôn mê. Trong DNT, luôn có tăng tế bào và tăng protein, sản xuất interferon alpha; làm test PCR HSV1 và HSV2 /DNT. EEG có sóng chậm chu kỳ hình tam giác với cảnh trức đặc, khu trú vùng trán thái dương. Cần hướng tâm não cho thấy bất thường khu trú vùng thùy thái dương (giảm tín hiệu và phù nề). Chẩn đoán phải nhanh chóng để có thể sớm bắt đầu điều trị kháng virus (aciclovir).

h) Viêm màng não do nấm: *cryptococcus, candida*

Chẩn đoán cần nghĩ tới các bệnh nhân có:

- Suy giảm miễn dịch;
- Nghiện heroin (candida);
- Khởi phát bệnh âm bội đau đầu kháng trị và sốt không rõ nguyên nhân (cryptococcus);
- Bệnh cảnh lâm sàng viêm màng não đến thuôn hay viêm não - màng não;
- Diện tích bán cầu hay mất tính;
- Đang có nhiễm trùng huyết do Candida với tiến triển màng mề đay vòng mề đay phát hiện khi soi đáy mắt;
- Tăng đường DNT.

Chẩn đoán dựa trên soi trực tiếp tìm bào tử nấm trong DNT, bằng nhuộm mề đay tàu và cấy trên môi trường Sabouraud. Tìm kháng nguyên cryptococcus trong DNT và trong máu thường dễ dàng tính.

i) *Viêm màng não do ký sinh trùng*

Hiếm gặp, viêm màng não do *Plasmodium falciparum* ở bệnh nhân sống trong vùng dịch tễ, bệnh biểu hiện bởi sốt, hôn mê, có thể kèm đau màng não, hoặc đôi khi biểu hiện triệu chứng lâm sàng nặng hơn.

Xét nghiệm DNT cho thấy tăng lym-phô bào trung bình. Nếu có nghi ngờ, cần tìm giao tử trong máu bằng phết máu và giết dye, và cần bắt đầu điều trị sớm để ngăn tình mạch.

j) *Viêm màng não do tân sinh*

Thường xảy ra trong quá trình phát triển của một ung thư đã chẩn đoán trước đó (nhất là bệnh bạch cầu cấp và lym-phôm non-Hodgkin), biểu hiện đặc biệt bởi:

- Triệu chứng kinh đầu, thường chỉ có đau đầu và sốt trung bình;
- Thường thì thường không đau các dây thần kinh sọ và các rễ thần kinh rễ sọ (đau rễ);
- Diện tích bán cầu hay mất;
- Tăng protein nhầy ($> 1\text{g/l}$).

Chẩn đoán dựa trên việc tìm thấy tế bào ác tính trong DNT, phải chú ý DNT nhầy nên để lấy nhầy mẫu quay ly tâm vì sẽ loãng tế bào rất ít.

k) *Viêm màng não đào - viêm màng não*

Bệnh biểu hiện kết hợp nhiều dấu hiệu của màng não đào (viêm màng não - thùy mi, viêm màng mạch sau) và dấu hiệu của viêm não - màng não; bệnh có thể xuất hiện khi nhiễm một số bệnh nhiễm trùng, nhưng cũng có thể khi bị:

- Bệnh Behcet: viêm màng não cấp độ nặng; viêm não - màng não bán cầu hoặc mất tính với hội chứng tiểu não, hội chứng tháp và tổn thương thân não, nguy cơ huyết khối tĩnh mạch nội sọ; viêm màng não đào đặc trưng, đặc trưng bởi mô tiểu phòng, loét miệng (áphtơ), ban đỏ da ngứa;
- Bệnh thoái hóa đường ruột;
- Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada.

3. Viêm màng não mô vô khuẩn

Triệu chứng khởi phát cấp tính nên nhớ vì chẩn đoán và điều trị khó khăn và cần phải giải quyết khẩn, nhanh chóng làm khám một bilan tổng quát:

Tìm kháng nguyên hòa tan trong DNT bằng điện di miễn dịch: kết quả đáng tính hàng đầu chẩn đoán về viêm màng não mô; kết quả âm tính vẫn không loại trừ được chẩn đoán viêm màng não vi trùng.

Khám tai – mũi – họng.

X-quang sọ và các xoang.

EEG.

Cần hàng đầu não ngay khi có dấu hiệu lâm sàng hay chẩn đoán của tổn thương khu trú hay của tăng áp lực nội sọ.

Xét nghiệm một cách thường quy BK, vi khuẩn kỵ khí trong DNT.

Chức DNT kiểm tra sau 48 giờ.

a) *Viêm màng não vi trùng sinh m*

Bao gồm tăng protein DNT nhiều, giảm đường DNT, tăng acid lactic, nhất là số hiện diện của các bạch cầu bầm đung. Thường thì mức kháng sinh không đúng trình độ đã tác động và tạo nên viêm màng não cấp độ.

Listeria phát triển chậm nên thường thì trong những ngày đầu số biểu hiện là mức viêm màng não mức vô trùng.

b) *Viêm màng não lao và siêu vi*

Khi mức độ phát có thể có viêm màng não mức vô khuẩn. Đôi khi vi khuẩn có thể làm giảm đường.

c) *Phụ nhiễm màng não*

Viêm màng não mức vô khuẩn có thể là mức phụ nhiễm phát của 1 ổ nhiễm vùng tai mũi họng hay mức khiếm nhiễm số tiến triển (abscess não, u não, xuất huyết dưới cứng) cần phải có phẫu thuật sớm, nhưng phải làm trước MRI não.

d) *Nguyên nhân khác*

Bệnh Behcet

Lupus ban đầu rất hiếm.

Viêm màng não kích thích (chủ yếu hình ảnh sống có tiêm thuốc cản quang, tiêm thuốc trong sống sống).

DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG

A/ Biểu hiện của viêm màng não

Có nhiều biểu hiện như hình ảnh đầu tiên sống sống còn của bệnh nhân và khả năng điều trị di chứng, thường gặp nhất là trong viêm màng não do mức số nguyên nhân như: viêm màng não mức, nhất là do phage, viêm não màng não do Listeria, lao, viêm não màng não do herpes.

1. Hôn mê

2. Tăng áp lực nội sọ

3. Rối loạn thần kinh thực vật

4. Cơ giết

5. Rối loạn điện giải

Hội chứng Schwartz-Bartter

Do tăng tiết không phù hợp ADH, với hội Natri máu, giảm Natri trong nước tiểu, nguy cơ cơ giết và rối loạn tri giác do phù não.

Mất nước

Đặc biệt trẻ em và người già

Là hậu quả của nôn ói, sốt, rối loạn tri giác và đôi khi đại tháo nhất do tiểu đường, gây nguy cơ suy thận, trẻ em chủ yếu do mất nước, cơ giết, rối loạn tâm – thần kinh, và tụt máu dưới màng cứng.

6. Tổn thương thần kinh khu trú

7. Tổn thương màng cứng trẻ em

Cần nghĩ tới nếu bệnh nhân có sốt trẻ em, có cơ giết, rối loạn tri giác hay có tổn thương thần kinh khu trú.

- Chẩn đoán dựa vào thóp phồng, tăng kích thước vòng đầu, CT scan, chọc dò có thể cho dịch lẫn máu hoặc nhiễm sắc vàng, đáng ngờ. DNT phải luôn được ghi chép.
8. Tắc nghẽn màng nhện
Viêm màng nhện nặng, đôi khi bán cấp, có thể tạo nên một lớp màng hoặc vách thất sụn trong khoang dưới nhện và ngăn cản sự lưu chuyển DNT (đặc biệt là trong lao).
- a) *Viêm màng nhện-giao thoa*
Rối loạn thị giác, bán manh, mù đột ngột kèm với giảm phản xạ đầu gối.
- b) *Não úng thủy*
Xuất hiện nhanh chóng (TALNS, tăng chu vi vòng đầu trên trẻ sơ sinh); chẩn đoán bằng MRI não.
Có thể có não úng thủy mãn
- c) *Chèn ép tủy sống*
Do viêm màng nhện chèn ép, chẩn đoán bằng MRI.
- d) *Dãn tension chẩm*
Trên người lớn có não úng thủy được cho là “áp lực bình thường”: sa sút trí tuệ, thất đầu, không đi lại được, rối loạn cân bằng.
9. Truyền tim mạch, đông máu nội mạch lan tỏa
10. Thất bại điều trị sốt
Có liên quan đến điều trị kháng sinh không đúng hoặc không phù hợp với phổ KS hoặc kháng sinh không vào được đến ổ nhiễm trùng.
11. Tái phát
Nguyên nhân do:
Dò xương, màng cứng;
Tồn tại ổ nhiễm trùng TMH;
Suy giảm miễn dịch;
Điều trị quá ngắn hạn;
Một vài căn nguyên khác (nấm, viêm màng não do carcinomes, bệnh Behcet)

B/ Di chứng

Nếu bệnh nhân càng nhẹ đầu và nếu viêm màng não càng nặng thì bệnh nhân càng dễ bị di chứng.

- Rối loạn trí tuệ, di chứng trí tuệ;
- rối loạn hành vi;
- chậm phát triển tâm thần vận động trên trẻ em;
- điếc;
- mù;
- điếc;
- di chứng vận động;
- não úng thủy;
- bệnh lý não liên quan đến vùng hạ đồi (đái tháo nhạt);
- trong trường hợp có tổn thương hệ thống lan tỏa: sọ xương, cột chi, xuất huyết 2 tuyến thượng thận: 1 phần của hội chứng Waterhouse-Friderichsen.

C/ Các yếu tố theo dõi

Cần theo dõi trong khoa hồi sức và viêm màng não càng nhiều thì theo dõi càng phải đặc biệt chú ý và càng phải đầy đủ.

1. Theo dõi lâm sàng

Thân nhiệt và đau màng não,

Tri giác,

Hô hấp,

Tình trạng tim mạch,

Khám thần kinh,

Tăng trưởng, nước tiểu, nước tiêu,

Vòng đau đầu là trở ngại sinh,

Nếu có thể ban đầu hợp thì cần vẽ viền quanh tình trạng ban đầu để theo dõi diễn tiến.

2. Theo dõi cận lâm sàng

Sinh hóa máu (ion đồ, creatinin/máu,...)

DNT: chức năng DNT sau 48h nếu viêm màng não không phân lập được mầm bệnh, khi không có tiến triển trên lâm sàng, hoặc trong trường hợp nhiễm khuẩn để kháng hoặc kém hiệu quả penicilline.

Tùy trường hợp làm thêm: khí máu động mạch, ECG holter, EEG, MRI não.

Theo dõi hiệu quả kháng sinh: kháng sinh đồ.

D/ Tiến triển và tiên lượng

Chỉ có viêm màng não siêu vi không kèm đau đầu hiệu quả viêm não hoặc vài trường hợp hợp viêm màng não vô khuẩn có thể xem là lành tính vì chúng sẽ tự khỏi không để lại di chứng hoặc chỉ rất ít. Nhưng viêm màng não khác (vi trùng sinh m, lao, nấm) sẽ diễn tiến vòng xoắn bệnh nhân không được điều trị.

Viêm màng não nhiễm trùng không bao giờ khỏi bệnh nhanh.

Các triệu chứng nhiễm trùng màng não chủ yếu đi sau nhiều ngày và DNT chủ yếu là bình thường sau lâm sàng.

Trong trường hợp viêm màng não lao, thường chỉ khỏi bệnh sau nhiều tuần.

Diễn tiến diễn tiến vòng xoắn viêm màng não vì trùng có thể rất nhanh, hôn mê trong vài giờ và sau đó là tử vong.

1. Các yếu tố tiên lượng nặng

a) Bệnh đầu đầu từ từ

Bệnh đầu đầu từ từ sớm các trường hợp viêm màng não vi trùng (sinh m, lao, listeria) thì tiên lượng càng tồi.

b) Xuất hiện biến chứng

Hôn mê, rối loạn hệ thần kinh thực vật nặng, rối loạn hô hấp, trụy tim mạch, đau đầu hiệu quả thần kinh đáng kể, trạng thái động kinh.

c) Cơn

Tuần (sinh, nữ nhi, người già), suy giảm miễn dịch.

2. Yếu tố căn nguyên

Tiên lượng phụ thuộc vào căn nguyên của viêm màng não.

a) *Viêm màng não mủ do vi trùng hay viêm màng não mủ vô khuẩn*

Nếu kháng sinh được cho sớm, tiên tri bệnh thường khá quan. Điều kiện tùy thuộc vào mức độ bệnh nặng thì tỷ lệ vong luôn đáng kể.

Viêm màng não do phage luôn nặng, dù có điều trị (thường có biến chứng và di chứng, tỷ lệ tử vong 30%).

Viêm màng não do não mô cầu thường thì khá quan, nhưng đôi khi nặng (tỷ lệ tử vong 5%), nhất là trường hợp có tụ ban tím rải rác (50% tử vong).

Viêm màng não do *Listeria* thường nặng (di chứng, tỷ lệ vong 25%), đặc biệt ở trẻ sơ sinh.

Nếu viêm màng não do liên cầu thường có dấu hiệu thì viêm màng não do tụ khuẩn Gram âm hoặc do tụ cầu thường nặng, kháng kháng sinh.

b) *Viêm màng não lao*

Nặng vì chẩn đoán thường khó và thường gây chậm trễ điều trị.

Thường gặp biến chứng và di chứng (não úng thủy, tổn thương thần kinh) và tỷ lệ tử vong cao (35%).

c) *Viêm màng não siêu vi*

Điển hình là lành tính, tiên tri nhanh và khi bệnh phát không dễ dàng di chứng.

Viêm não-màng não herpes là nặng, tỷ lệ tử vong cao và thường có di chứng, nhất là di chứng liên quan đến trí não.

d) *Viêm màng não nấm và ký sinh trùng*

Tiền lệ nặng dù có điều trị thuốc kháng nấm.

Viêm màng não amib nguyên phát thường tử vong nhanh chóng.

ĐIỀU TRỊ

A/ Điều trị căn nguyên

1. Viêm màng não mủ do vi trùng và viêm màng não mủ vô khuẩn

a) *Điều trị kháng sinh toàn thân*

Điều trị kháng sinh phải được cho khi cần ngay sau khi nhanh chóng lấy mẫu bệnh phẩm gửi vi sinh (chức dò DNT, cấy máu) ngay khi ghi nhận dịch não tủy đặc, khi tế bào đa nhân chiếm ưu thế trong dịch não tủy hay sau khi tìm thấy kháng thể hòa tan hoặc thấy mức độ bệnh bằng soi trực tiếp trong dịch não tủy, nhưng kết quả cần lâm sàng này có thể làm chậm và cho kết quả sớm. Chúng ta dùng kháng sinh có thể qua hàng rào máu não tốt, liều cao và bằng đường tĩnh mạch, phối tác động dựa trên mức độ bệnh nghi ngờ hoặc dựa trên kết quả soi tế bào.

b) *Kháng sinh qua hàng rào máu*

Trên nguyên tắc không có suy giảm miễn dịch, viêm màng não đa nhân (não mô cầu, phage):

- Cefotaxime (Claforan) 12 – 15g chia 6 lần;
- Hoặc ceftriaxone (Rocephin) TMC, 4g/ ngày, phải hợp với vancomycin 4g/ ngày;

- Phenicolle phối hợp với vancomycine trong trường hợp dùng với betalactamines.

Trên người lớn không suy giảm miễn dịch, viêm não-màng não với dịch não tủy “hợp hợp” (herpes, Listeria):

- Aciclovir (Zovirax) TMC, 10mg/kg mỗi 8 giờ;
- Và ampicilline TMC + aminoside TMC (Listeria);
- Nếu có nghi ngờ, phối hợp thêm thuốc kháng lao.

Trên người lớn có suy giảm miễn dịch:

- Điều trị dựa theo kinh nghiệm, tùy theo bệnh cảnh và theo kết quả DNT.

Viêm màng não sau phẫu thuật hoặc sau chấn thương (tổ chức và trực khuẩn Gram âm):

- Cephalosporine thế hệ III + fosfomycine;
- Hoặc fluoroquinolone + fosfomycine;
- Kết hợp với imidazole (Flagyl) nếu có nghi ngờ vi trùng kỵ khí.

Viêm màng não sơ sinh (listeria, liên cầu nhóm B, Escherichia coli):

- Amoxicilline (150-200 mg/kg) và aminoside + cephalosporine thế hệ III: cefotaxime (Claforan).

Viêm màng não muộn trên trẻ em dưới 5 tuổi (Haemophilus, meningococque):

- Cephalosporine thế hệ III (cefotaxime hay ceftriaxone);
- Phenicolle nếu dùng betalactamines.

Nhiễm trùng ban đầu cấp do não mô cầu:

- Tiêm TMC ngay lập tức 15 mg/kg ampicilline, trường hợp trẻ có chỉ số DNT;
- Bổ sung, điều trị kháng sinh và theo dõi trong phòng hồi sức.

Những thuốc nhóm phenicolle, chloramphenicol (Solnicol TMC) hay thiamphenicol (Thiophenicol TMC) liều 2-3g/ngày thêm rất tốt qua màng não và trong não, và có tác dụng trên phạm vi mô cầu, não mô cầu và Haemophilus. Hiện nay rất ít dùng (chỉ là chất kiểm khuẩn), chúng có thể có ích trong trường hợp phối hợp với betalactamines hoặc khi thuốc thấm qua mô kém – theo dõi trong máu.

Nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí: penicillin G, metronidazole (Flagyl).

c) Điều chỉnh điều trị

Tùy theo kết quả soi trực tiếp, kết quả tùy theo kháng sinh đồ và mức nhạy cảm kháng sinh của mầm bệnh (phòng ngừa trùng).

Não mô cầu: amoxicillin hoặc cefotaxime;

Phòng ngừa:

- Trong khi chờ kháng sinh đồ và mức nhạy cảm kháng sinh: cefotaxime + vancomycine + rifampicine;
- Nếu nhạy: cefotaxime;
- Nếu kháng betalactamines hoặc kháng mức độ vừa: cefotaxime + vancomycine + rifampicine;

Haemophilus: cefotaxime.

Listeria: amoxicilline + gentamycine.

d) *Corticoides*

Phải cho ngay lập tức, trước hoặc cùng lúc với mũi tiêm kháng sinh đầu tiên nếu nghi ngờ viêm màng não vi trùng, vì nó giảm biến chứng và tử suất của bệnh (nhất là phế cầu).

Phác đồ điều trị như sau:

- Dexamethsone 10mg trước khi tiêm liều kháng sinh đầu tiên, sau đó 10mg mỗi 6 giờ trong vòng 4 ngày.
- Trong trường hợp viêm màng não do phế cầu trùng để kháng hoặc kém hiệu quả với betalactamines, cần kết hợp Claforan + vancomycine + rifampicine và chích DNT kiểm tra mỗi 48h vì tính thấm của vancomycine qua màng não có thể bị giảm vì corticoides.

e) *Thời gian điều trị*

Tùy thuộc vào mầm bệnh: 7 ngày (não mô cầu), 2 tuần (phế cầu và Haemophilus), 3 tuần (Listeria);

f) *Tìm và điều trị nhiễm trùng nguyên phát*

Nhiễm trùng tại mũi họng, đóng chốt dò xương - màng cứng

g) *Phòng viêm màng não mô*

Báo dịch nếu có viêm màng não do não mô cầu

Phòng não mô cầu:

- Theo dõi những người có tiếp xúc (sống chung nhà hoặc ăn uống chung), lấy phết họng;
- Tiêm chủng: vaccin polysaccharique cho hiệu quả trên serotypes A và C, và chích sau khi tiêm 5 ngày;
- Điều trị dự phòng những người có tiếp xúc: rifampicine trong 2 ngày, 1200 mg/ng cho người lớn và 20mg/kg/ng cho trẻ em, 10 mg/kg/ng cho trẻ sơ sinh;
- Không nên cho người hút thuốc, đóng chốt a hay tiếp xúc trực tiếp hay nghi công cộng.

Phòng viêm màng não do phế cầu:

- Tìm và điều trị chốt dò màng cứng, chích ngừa hiệu quả nhất để khuyến cáo cho trẻ em.
- Trong trường hợp cắt lách, điều trị dự phòng bằng penicillin liều thấp và chích ngừa phế cầu.

Điều trị dự phòng viêm màng não Haemophilus

- Dành cho trẻ em dưới 4 tuổi có tiếp xúc;
- Sử dụng rifampicine hoặc uống liều 20mg/kg/ng trong 4 đến 6 ngày;
- Có vaccin ngừa Haemophilus.

2. Viêm màng não lao

Là một trường hợp hiếm gặp điều trị khó khăn

Điều trị kháng sinh bao gồm bốn thuốc kháng lao chính (isoniazide, rifampicine, ethambutol và pyrazinamide) trong 2 tháng đầu, sau đó phải tiếp

rifampicine và isoniazide trong 7- 10 tháng, từng thời gian điều trị tối thiểu 9 tháng, có khi 12 tháng.

Dĩ nhiên cần làm bilan trước khi điếu trị và bilan theo dõi điếu trị

Trong trường hợp nặng, người ta kết hợp corticoides khi bắt đầu điếu trị (tháng đầu) để phòng ngừa viêm màng não với tác DNT và não úng thủy (trường hợp đó cần làm độn l u DNT.

Chủng ngừa bệnh BCG với kiểm tra bệnh test tuberculine, cách ly các trường hợp BK dương, điếu trị đúng tất cả các trường hợp là bệnh biến phá p phòng ngừa lao.

3. Viêm màng não nấm

Trong trường hợp nấm Candida, kết hợp %-fluorocytosine, 100 -200mg/kg/ng, amphotericine B truyền TM, liều tăng dần (tối đa 1mg/kg/ng), nhưng tác dụng phụ của amphotericine B là phản ứng bất dung nạp (gồm điếu cho thêm hydrocortisone, phenergan, aspirine nếu không có giảm triệu chứng) và đặc tính trên thận (theo dõi chức năng thận).

Trường hợp viêm não-màng não do cryptococcus, lựa chọn điếu tiên là amphotericine B, trong thận trọng và fluconazole liều 400mg/ng điếu uống (liều tấn công: 6-8 tuần, sau đó liều duy trì 200 mg/ng, suốt đời nếu là bệnh nhân AIDS)

4. Viêm màng não siêu vi

Thường là lành tính và không có mất điếu trị đặc hiệu. Chỉ trong viêm não-màng não herpes là nặng nề và cần phải điếu trị khẩn, vì bệnh có thể cấp tính với mức điếu trị kháng virus.

Điếu trị lựa chọn là Aciclovir (Zovirax): 10mg/kg truyền TM mỗi 8 giờ. Đặc thận nếu ta truyền thuốc quá nhanh. Trong những trường hợp khác, điếu trị chỉ dùng liều trị triệu chứng (hạ sốt, giảm đau).

5. Trường hợp đặc biệt:

a) Viêm màng não giang mai

Điếu trị bệnh penicillin G (20MUI/ng TMC trong vòng 3 tuần).

b) Viêm màng não do brucellia

Điếu trị kết hợp doxycycline và rifampicine.

c) Viêm màng não tân sinh

Điếu trị tối thiểu bệnh chiếu xạ và hóa trị trong khoảng đôi mươi ngày (methotrexate).

B/ Điếu trị triệu chứng

1. Cần có gì?

Đầu tiên điếu trị bệnh clonazepam (Rivoltrel), TMC trường hợp cấp cứu

2. Nếu có biến chứng tấn công nặng cần điều trị sau khi điếu

Cần độn l u nếu có triệu chứng thông qua niệu đồ hay đợt tăng độn l u trên xạ quang

3. Clinical chính:

Các rối loạn nồng độ điện giải (mất natri, hạ natri máu, ...), rối loạn kim – toan. Phải cung cấp đủ natri, muối và calorie, nếu cần thì dùng đường truyền tĩnh mạch.

4. Clinical xem xét khi cấp cứu định đầu tư ngoại khoa trong các trường hợp

Tổ chức dịch màng cứng

Xuất hiện não úng thủy, làm giãn các khoang DNT trong não và đôi khi ở ngoài não.

Viêm màng nhện giao thoa với triệu chứng mù đột ngột.

Chèn ép tủy sống.

Có một abscess não hoặc một cơn lao não.

