

đánh giá mức độ tuân thủ VST theo 2 mốc thời gian (ca sáng và ca chiều), kết quả tuân thủ VST của NVYT sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp ở ca sáng từ 27,6% tăng lên 58,8%; ca chiều từ 5,9% tăng lên 48,2% ($p < 0,001$) [6]. Theo nghiên cứu của Đỗ Trần Hoàn, kết quả tuân thủ VST đúng của NVYT sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp trong giờ hành chính từ 67,6% tăng lên 92,7%. Tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoài giờ hành chính cũng có sự cải thiện đáng kể sau can thiệp (tăng từ 62,0% lên 95,3%) [4].

Dựa trên kết quả nghiên cứu này cùng với việc đánh giá kiến thức, tỷ lệ tuân thủ VST, chúng tôi đã thiết lập chương trình can thiệp nhằm nâng cao việc tuân thủ VST của nhân viên y tế. Kết quả: sau chương trình can thiệp, tỷ lệ tuân thủ VST đúng là 94%. Điều này chứng tỏ, các biện pháp can thiệp là một phần bằng chứng về hiệu quả của dự án.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, kiến thức và tỉ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT tăng lên rõ rệt sau can thiệp. Kiến thức của NVYT được cập nhật và cải thiện dần theo thời gian chương trình can thiệp. Đồng thời, tỷ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT cũng tăng lên tại các khoa nghiên cứu. Đặc biệt, tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống trước và sau can thiệp (tức 76,9% tăng lên 94,0%).

Qua nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị:

- Thường xuyên duy trì và thực hiện các biện pháp can thiệp, kiểm tra giám sát và báo cáo kịp thời kết quả hằng tháng để bệnh viện có hướng xử lý phù hợp.

- Tăng cường truyền thông về vai trò và tầm quan trọng của VST.

- Bổ sung phương tiện VST theo định kỳ và đột xuất khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahmoud Nabavi et al (2013)**, Knowledge, Attitudes, and Practices Study on Hand Hygiene Among Imam Hossein Hospital's Residents in 2013.
2. **Zahra Goodarzi et al (2020)**, "Investigating the Knowledge, Attitude and Perception of Hand Hygiene of Nursing Employees Working in Intensive Care Units of Iran University of Medical Sciences, 2018-2019", A Journal of Clinical Medicine. 15 (2), pp. 230-237.
3. **Hoàng Thăng Tung và cs (2021)**, "Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2016", Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (1), tr. 95-98.
4. **Đỗ Trần Hoàn (2017)**, Đánh giá kết quả can thiệp rửa tay thường quy tại khu vực dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2017, Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng.
5. **Hoàng Thị Xuân Hương (2010)**, Đánh giá kiến thức, thái độ và tỉ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Đống Đa – Hà Nội trước và sau khi triển khai dự án "Tăng cường vệ sinh bệnh viện năm 2010 - 2011, Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. **Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017)**, "Đánh giá hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", Tạp chí Thời sự Y học.
7. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Quyết định số 3916/QĐ-BYT..
8. **Mukesh Shukla, Shantanu Tyagi, Neeraj Kumar Gupta (2016)**, "A study on knowledge of Hand hygiene among Health care personnel in selected primary health care centres in Lucknow", International Journal of Health Sciences and Research.

LAO MÀNG NÃO MỀM - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Lao hệ thần kinh trung ương được chia thành 3 thể: Lao màng não, lao não và lao màng nhện tuỷ sống. Về mặt giải phẫu màng não bao gồm (tính từ ngoài vào trong): Màng cứng (lót mặt trong xương sọ); màng nhện; màng mềm (bao bọc toàn bộ nhu mô não, kể cả các rãnh cuộn não). Dịch não tuỷ lưu thông

trong khoang giữa màng nhện và màng mềm. Trong các trường hợp lao màng não, quan sát trên cộng hưởng từ CHT) tổn thương thường có ưu thế màng nhện; khi có tổn thương màng mềm, nhu mô não liền kề thường bị ảnh hưởng dẫn đến bệnh nhân (BN) sẽ xuất hiện các dấu hiệu bất thường của thần kinh trung ương liên quan chất xám vỏ não. Chúng tôi báo cáo các ca bệnh nhi, 4 tuổi, được chẩn đoán xác định và điều trị lao màng não tại bệnh viện Phổi trung ương với hình ảnh CHT khá điển hình và cũng khá đặc biệt của tổn thương màng não mềm, với mong muốn cung cấp góc nhìn toàn diện hơn cho các đồng nghiệp về căn bệnh này.

Từ khoá: Lao màng não, lao màng nhện, lao màng mềm.

*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

SUMMARY**SOFT MENINGITIS – LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT**

Central nervous system tuberculosis is divided into 3 types: Meningitis; Intracranial tuberculoma, and Spinal arachnoiditis. Anatomically the meninges include (from the outside to the inside): The dura (the inner lining of the skull); arachnoid; Soft meninges (covers the entire brain parenchyma, including the sulci of the brain). Cerebrospinal fluid circulates in the space between the arachnoid and soft meninges. In cases of tuberculous meningitis, observed on MRI the lesion usually has arachnoid predominance; when the soft membrane was damaged due to tuberculous, the adjacent brain parenchyma is often affected, the patient will appear abnormal signs of the central nervous system related to cortical gray matter. We report the case of a 4-year-old pediatric patient who was confirmed and treated for tuberculous meningitis at the National Lung Hospital with a fairly typical and also quite special MRI image of the soft meninges, with the desire to provide a more comprehensive perspective to colleagues about this disease.

Keyword: Tuberculosis of meninges, tuberculosis of arachnids, tuberculosis of soft membranes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao não, màng não thuộc lao hệ thần kinh trung ương, chiếm 1-2% các ca bệnh lao hoạt động; 5% các thể lao ngoài phổi, là một trong những thể lao nặng, thường dẫn đến tử vong hoặc để lại nhiều di chứng nếu phát hiện và điều trị muộn. Ở thập kỷ trước chẩn đoán lao não, màng não gặp nhiều khó khăn, chủ yếu dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm độ đặc hiệu thấp.^{1,2} Hiện nay nhờ có sự hỗ trợ của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, kỹ thuật xét nghiệm sinh học phân tử (Gene Xpert MTB/RIF) cũng như nuôi cấy môi trường lỏng (MGIT/MTB) dịch não tủy mà thời gian chẩn đoán đã giảm đi đáng kể đem lại lợi ích to lớn cho người bệnh. Về chẩn đoán hình ảnh, hiện nay vai trò của cộng hưởng từ (CHT) và thuốc đối quang từ trong hỗ trợ chẩn đoán lao não, màng não là rất lớn khi mà độ nhạy, độ đặc hiệu đều ở mức cao.³ Màng não có 3 lớp cơ bản đó là màng cứng, màng nhện và màng mềm. Màng não mềm bao bọc toàn bộ nhu mô não, ngoài chức năng định khu nó còn có vai trò như là hàng rào ngăn cản các tác nhân gây bệnh từ dịch não tủy xâm nhập nhu mô não. Hầu hết các ca lao màng não đều gây tổn thương chủ yếu ở màng nhện, được thể hiện bằng hình ảnh màng não tăng ngấm đối quang từ, chỉ khu trú khu vực màng não và chủ yếu khu vực màng não đáy. Các dấu hiệu thần kinh trung ương khu trú cũng ít thấy xuất hiện khi tổn thương ưu thế màng nhện. Khi tổn thương màng

mềm, nhu mô não tiếp giáp rất dễ bị tổn thương, rất hay tạo nên các dấu hiệu thần kinh khu trú do khu vực chất xám vỏ não chứa đựng hầu hết các trung khu hoạt động của não.¹⁻⁵

Chúng tôi giới thiệu ca bệnh lao màng não, được chẩn đoán xác định bằng tiêu chuẩn vàng, tổn thương ưu thế ở màng não mềm với hình ảnh CHT khá điển hình và có liên quan mật thiết đến các dấu hiệu thần kinh khu trú của hệ thần kinh trung ương để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

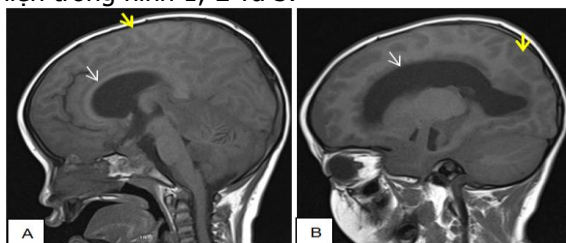
II. BÁO CÁO CA BỆNH

- Bệnh nhân nam, 4 tuổi, bệnh viện Nhi trung ương chuyển đến bệnh viện Phổi trung ương với chẩn đoán theo dõi lao màng não.

- Bệnh sử: Trước khi đến bệnh viện khám khoảng 2 tháng, BN xuất hiện quấy khóc nhiều, ho húng hắng, ý thức chậm, không nhận ra bố mẹ, thỉnh thoảng nôn, buồn nôn, sốt nhẹ. Gia đình đã đưa BN đến khám tại bệnh viện Nhi trung ương. Tại đây BN đã được làm đầy đủ các xét nghiệm, trong đó có một vài kết quả cần lưu ý: (1) Dịch não tủy: Tế bào 2 TB/ml; Protein: 1,33g/L; Clo: 102,6 mmol/L; Glucose: 3,59 mmol/L; (2) Gene Xpert/MTB/RIF dịch não tủy âm tính; (3) Quantiferon (-); (4) AFB dịch dạ dày âm tính; (5) X quang phổi không thấy bất thường; (6) CHT: Giãn não thất nhẹ, tăng ngấm đối quang từ màng não; (7) CTM: BC 19.000 G/L (TT: 75,4%). Bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi viêm màng não, được điều trị kháng sinh: Ceftriaxon 30 ngày; sau 15 ngày sau bổ sung thêm Vancomycin song tình trạng không đỡ; Bệnh viện Nhi trung ương hướng chẩn đoán lao màng não => chuyển bệnh viện Phổi trung ương.

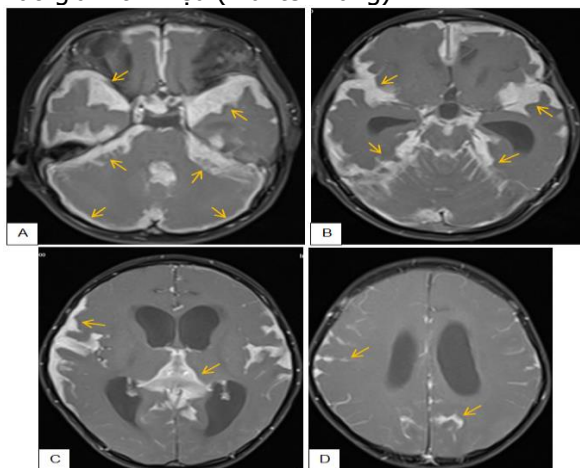
- Bệnh viện Phổi trung ương tiếp nhận trong tình trạng BN tỉnh, thể trạng gầy, da niêm mạc kém hồng, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại vi không to, sốt nhẹ; không liệt, không co giật. Bệnh nhân được chọc DNT, được làm lại hầu hết các xét nghiệm, trong đó có 1 số kết quả cần lưu ý: (1) CTM các chỉ số trong giới hạn bình thường; (2) Dịch não tủy: Màu ánh vàng; Tế bào 4TB/ml; số lượng T: 4 TB/ml; Protein: 29,2 g/L; Clo 107 mmol/L; Glucose 2,1 mmol/L; ADA: 21.18. Gene Xpert/MTB/RIF dịch não tủy âm tính; Nuôi cấy DNT môi trường lỏng (MGIT) cho kết quả (+) MTB sau 9 ngày. Điều cần nhấn mạnh ở đây là trong thời gian đợi kết quả nuôi cấy DNT, BN đã được hội chẩn liên khoa trong viện; với kết quả DNT như trên, Hội đồng đã đưa ra quyết định chẩn đoán lao màng não và BN đã được điều trị lao ngay lập tức bằng

2RHZES/10RH (liều tiêu chuẩn theo cân nặng) kèm Corticoide. Đồng thời BN đã được chụp CHT sọ não có tiêm đối quang tử. Kết quả chi tiết thể hiện trong hình 1; 2 và 3.



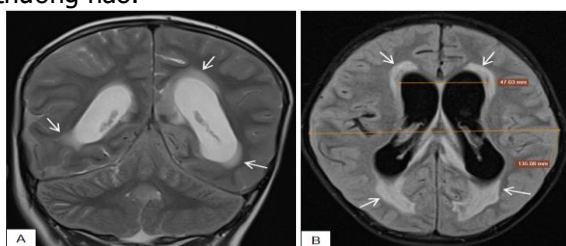
Hình 1. CHT sọ não T1W trước tiêm khi bệnh nhi mới vào viện

A: Sagittal trung tâm (A) và parasagittal (B): Các não thất giãn (mũi tên trắng); Các rãnh cuộn não giảm tín hiệu (mũi tên vàng)



Hình 2. CHT sọ não Axial T1W sau tiêm đối quang tử khi bệnh nhi mới vào viện

A-D: Tăng ngấm đối quang tử màng não đáy và hầu hết màng não ở các vị trí. Màng não trong các khe, rãnh cuộn não cũng ngấm thuốc mạnh thể hiện viêm màng mềm. Nhu mô sát màng mềm cũng ngấm thuốc thể hiện có tổn thương não.



Hình 3. CHT sọ não T2W và Flair khi bệnh nhi mới vào viện

A: Giãn não thất kèm tình trạng "thấm dịch" nhu mô cạnh não thất (mũi tên).

B: Chỉ số Evan's > 0,3 (giãn não thất); Phù nề nhu mô quanh não thất (mũi tên)

Bệnh nhân được tiếp tục điều trị lao song lâm sàng không cải thiện, ý thức của BN kém dần, đáp ứng chậm đồng thời xuất hiện tăng trương lực cơ, các cơn vắng ý thức và các cơn động kinh. Bệnh nhân được hội chẩn với kết luận có tình trạng tăng áp lực nội sọ; sau đó đã được chuyển bệnh viện Nhi trung ương đặt sond dẫn lưu não thất - ổ bụng.

Sau đặt sonde dẫn lưu não thất, BN đã được chuyển lại bệnh viện Phổi trung ương tiếp tục điều trị. Do không đáp ứng với công thức điều trị lao kinh điển, BN đã được hội chẩn, điều trị lao theo hướng cá thể hoá với công thức phối hợp: 2AmLzdLfxRHZ phối hợp thuốc chống động kinh (Deparkin), Corticoid, bù điện giải. Sau điều trị lao 1 tháng BN xuất hiện các cơn co cứng toàn thân kèm tình trạng giảm thị lực mắt phải, tăng dần. Cùng thời gian này, BN có sốt (#39 độ), kèm theo ho húng hắng, không có đờm. Bệnh nhân đã được chụp phim X quang phổi. Chi tiết được thể hiện trong hình 4.



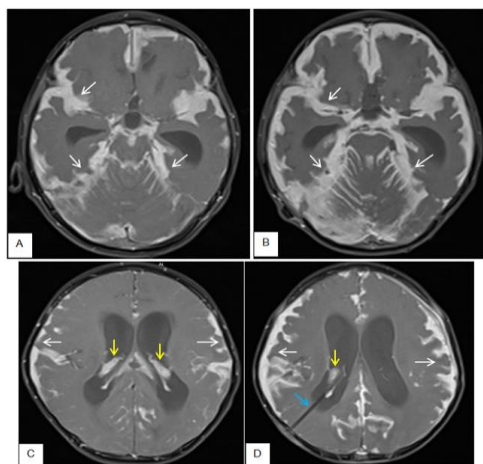
Hình 4. X quang ngực sau điều trị lao màng não 1 tháng

Hình phổi không thấy bất thường; hình sonde dẫn lưu não thất - ổ bụng (mũi tên)

Mặc dù được điều trị tích cực theo phác đồ cá thể hoá song lâm sàng của BN vẫn tiến triển xấu dần, các cơn co cứng toàn thân xuất hiện dày hơn, các cơn động kinh kèm tình trạng khó thở tăng dần mặc dù không thấy tổn thương tại phổi.

Để tìm hiểu căn nguyên cho việc không đáp ứng điều trị và giải thích các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm định lượng nồng độ thuốc lao trong máu đã được tiến hành, kết quả trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân đã được chụp CHT sọ não lần 2, có tiêm đối quang tử. Kết quả có so sánh lần chụp thứ nhất (chụp lúc vào viện, cách 3 tháng). Chi tiết được thể hiện trong hình 5.

Bệnh nhân được hội chẩn, kết luận cả lâm sàng và hình ảnh CHT sọ não đều xấu đi, đặc biệt xuất hiện tình trạng tổn thương liên quan đến thần kinh trung ương: Cơ cứng toàn thân, cơn động kinh, bạo não, mất thị lực, khó thở (không thấy tổn thương phổi). Thể trạng suy dinh dưỡng ngày càng nặng dần. Vấn đề cần phải có can thiệp của chuyên khoa thần kinh nên bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện nhi trung ương tiếp tục điều trị.



Hình 5. CHT xung T1W sau tiêm đối quang tử, so sánh từng cặp (A,C: CHT lúc BN mới nhập viện) và (B,D: CHT sau 3 tháng điều trị lao).

A-D: Tình trạng ngấm thuốc màng mềm lan rộng, diện nhu mô não sát màng mềm ngấm thuốc cũng lan rộng hơn (các mũi tên). C: hình sonde dẫn lưu não thất phải (mũi tên xanh). Riêng tình trạng ngấm thuốc tại đám rối mạch mạc não thất có giảm (các mũi tên vàng)

***Chẩn đoán cuối cùng khi chuyển viện:**

Lao màng não, tổn thương ưu thế màng mềm; điều trị lao phác đồ cá thể hoá; đã mổ dẫn lưu não thất; động kinh; mất thị lực; co cứng toàn thân; bại não; suy dinh dưỡng nặng.

Hiện chúng tôi vẫn đang theo dõi sát BN này: tiến triển nặng, tiên lượng xấu.

III. BÀN LUẬN

Thuốc đối quang tử (ĐQT) được sử dụng bằng đường tiêm tĩnh mạch, do có khối lượng phân tử thấp và kích thước nhỏ, thuốc nhanh chóng phân bố vào khoảng dịch ngoại bào mà không đi qua màng tế bào nguyên vẹn hoặc các hàng rào sinh học như hàng rào máu não. Trong trường hợp có tổn thương tế bào, hàng rào máu não sẽ không ngăn được thuốc đối quang tử, tạo ra tình trạng “ngấm thuốc” đối quang tử vào tổ chức tổn thương, có thể quan sát thấy bằng mắt thường trên hình ảnh CHT. Đây là cơ sở quan trọng để khẳng định có tổn thương não, màng não trong các bệnh lý, trong đó có lao não, màng não.³⁻⁶

Các chuỗi xung cơ bản để so sánh đánh giá tình trạng ngấm ĐQT: (1) chuỗi xung T1W trước tiêm và T1W xoá mỡ sau tiêm ĐQT; (2) chuỗi xung T2 FLAIR trước tiêm và T2 xoá mỡ sau tiêm ĐQT. Như vậy điểm mấu chốt của đánh giá là phải luôn so sánh hình ảnh cùng chuỗi xung ở 2 thời điểm (CHT chỉ đánh giá bằng định tính;

không có phép đo tỷ trọng như cắt lớp vi tính). Ngoài ra các chuỗi xung hạn chế khuếch tán DWI và bản đồ ADC cũng được sử dụng để đánh giá phù não, áp xe não.^{5,6}

Các dấu hiệu cơ bản của tổn thương lao não, màng não trên CHT bao gồm: (1) Tăng ngấm đối quang tử màng não, đặc biệt màng não đáy; (2) Giãn não thất; (3) Củ lao; (4) Nhồi máu não; (5) Dấu hiệu dày lên bất thường của 1 số dây thần kinh sọ não. Do là bệnh lý của hệ thần kinh trung ương nên các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện cũng thường tương đồng với vị trí tổn thương tại não, màng não.⁵⁻⁷

Ca bệnh chúng tôi báo cáo dấu hiệu (1) thể hiện khá rõ, gần như toàn bộ màng não đã tăng ngấm đối quang tử, khu vực nền sọ và các bể đáy thấy rõ rệt nhất. Điểm khác biệt so với các trường hợp khác đó là tổn thương xuất hiện ưu thế màng mềm, bao gồm cả khu vực các rãnh cuộn não. Bằng chứng là nhu mô não khu vực sát màng mềm cũng ngấm thuốc khá sâu vào khu vực chất xám vỏ não. Đây là khu vực bao gồm chủ yếu các trung khu có vai trò điều khiển các hoạt động cơ bản của cơ thể. Một loạt các dấu hiệu bất thường của thần kinh trung ương đã xuất hiện ở bệnh nhân này như các cơn co cứng, động kinh, suy giảm thị lực (trong khi không thấy bất thường thần kinh V) có thể giải thích được khi mà phân tích đặc điểm hình ảnh này. So sánh trên 2 phim CHT chụp cách nhau 3 tháng chúng ta thấy ban đầu BN đến bệnh viện chủ yếu với các dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ do não úng thủy (đau đầu, nôn, buồn nôn); khi đó đường viền tổn thương ngấm thuốc nhu mô sát màng mềm còn mỏng. Quá trình điều trị đáp ứng kém, tổn thương ngấm thuốc khu vực chất xám vỏ não tăng nhanh và dẫn đến một loạt các triệu chứng đã nêu ở trên. Màng mềm ngoài chức năng bao bọc nhu mô não còn có vai trò ngăn cản các tác nhân bất lợi khác có trong dịch não tủy tấn công nhu mô não. Qua quan sát nhiều năm các ca bệnh lao não, màng não điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương cũng như tham khảo các báo cáo ca bệnh trên thế giới, chúng tôi thấy đại đa số việc ngấm đối quang tử ở BN lao màng não thường xuất hiện ưu thế màng nhện và chức năng “ngăn cản” của màng mềm là khá tốt. Ngay cả các trường hợp xuất hiện “củ lao” (tuberculoma) trong nhu mô não thường thì BN cũng không xuất hiện các triệu chứng của thần kinh trung ương như ở BN này.

Não úng thủy bản chất là tình trạng ứ dịch trong não thất, gây giãn các não thất và phù não khu vực quanh não thất do nhu mô hấp thụ dịch

xuyên thành não thất. Cơ chế bệnh sinh của tăng khối lượng dịch trong khoang não thất đó là mất cân bằng tiết dịch của đám rối mạch mạc (do bị viêm) với việc hấp thu dịch của màng nhện.⁵ Niêm mạc các não thất bị viêm cũng gây tình trạng tăng hấp thu dịch từ não thất vào nhu mô, gây nên tình trạng phù não. Ca bệnh chúng tôi báo cáo cũng thấy rõ thực trạng này. Vùng nhu mô não của BN quanh các sừng não thất đã thể hiện rõ tình trạng phù não (thấy rõ trên FLAIR). Trong thực hành đọc phim CHT ngoài việc nhận định hình ảnh trực tiếp của các sừng não thất (hình tròn) chúng ta thường sử dụng tỷ số Evan's để đánh giá mức độ giãn não thất. Chỉ số này được thiết lập bởi tử số là chiều rộng lớn nhất của hai sừng trán não thất và mẫu số là đường kính lưỡng đỉnh sọ lớn nhất đo từ mặt trong 2 bán sọ sọ đối diện. Việc tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến giãn các não thất (thể thông/thể bí tắc) của CHT cũng vô cùng quan trọng để quyết định dẫn lưu não thất.⁸

Lao màng não đáy đôi khi có thể gây viêm một số dây thần kinh sọ đi qua khu vực nền sọ. Sự dày lên của dây thần kinh vận nhãn, dây thần kinh sinh ba, dây thần kinh mặt hoặc dây thần kinh ốc tai có thể quan sát thấy trên CHT ở những BN lao não, màng não. Hình ảnh CHT cùng với sự xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng tương ứng có thể đưa ra chẩn đoán cho những tình trạng này. Ca bệnh chúng tôi báo cáo BN có rối loạn và suy giảm thị giác trong khi không quan sát thấy bất thường của dây V. Điều đó chứng tỏ BN bị giảm thị giác không phải căn nguyên do viêm dây V mà là do tổn thương vùng trung khu thị giác chằm tại vỏ não.¹⁻⁶

Các cơ co cứng toàn thân của BN cũng thực sự khó giải thích nếu không gắn kết với tổn thương tại vỏ não. Bình thường các dây thần kinh xuất phát từ các trung khu phụ trách vận động tại vỏ não hình thành các bó và bắt chéo tại khu nhân chéo - đôi thị để chi phối vận động cho bên đối diện. Tình trạng co - giãn cơ được điều hoà bởi trung khu vận động chằm tại vỏ não. Tăng trương lực cơ (co cứng) thể hiện rối loạn/mất khả năng điều hoà của trung khui này.⁹

Động kinh là một bệnh lý xảy ra do sự bất thường trong não bộ dẫn tới sự kích thích đồng thời một nhóm các tế bào thần kinh của vỏ não, gây ra sự phóng điện đột ngột và không thể kiểm soát. Sự kích thích vỏ não ở các vùng khác nhau có thể gây ra những biểu hiện khác nhau. Nguyên nhân gây động kinh có rất nhiều (di truyền; chấn thương sọ não; u não; đột quỵ não; viêm não, màng não; chấn thương khi đẻ; sốt

cao; sử dụng thuốc trầm cảm ...).⁷⁻⁹ Ở BN này căn nguyên viêm màng não, viêm não đã quá rõ ràng. Co giật không phải là biểu hiện duy nhất, các cơn vắng ý thức đột ngột, co cứng chân tay cũng là biểu hiện của bệnh động kinh. Bệnh nhân chúng tôi báo cáo có những cơn vắng ý thức, cơn động kinh, cơn co cứng là hoàn toàn có thể giải thích được.

IV. KẾT LUẬN

Lao não, màng não là thực thể hay gặp trong thực hành lâm sàng. Việc chẩn đoán và điều trị sớm có ý nghĩa vô cùng to lớn trong việc giảm tỷ lệ tử vong cũng như tránh được các di chứng nặng nề cho người bệnh. Bằng chứng vi khuẩn lao trong dịch não tủy là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán xác định. Qua báo cáo ca bệnh cũng các vấn đề đã bàn luận, chúng tôi muốn cung cấp cho các đồng nghiệp có thêm góc nhìn chi tiết hơn về căn bệnh này. Tổn thương não có thể xuất phát từ màng não, đặc biệt từ màng mềm trong lao não, màng não và gây nên một loạt các dấu hiệu bất thường của thần kinh trung ương tương ứng. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt CHT có vai trò vô cùng quan trọng trong việc hỗ trợ chẩn đoán, giải thích các triệu chứng, đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leonard JM.** Central Nervous System Tuberculosis. *Microbiol Spectr.* 2017 Mar;5(2). doi: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0044-2017. PMID: 28281443
2. **Dian S, Ganiem AR, van Laarhoven A.** Central nervous system tuberculosis. *Curr Opin Neurol.* 2021 Jun 1;34(3):396-402. doi: 10.1097/WCO.0000000000000920. PMID: 33661159
3. **Peer S, Tiwari S, Swaminathan AD, et al.** Multiparametric magnetic resonance imaging features of giant intracranial tuberculomas. *Clin Neurol Neurosurg.* 2021 Nov;210:107006. doi: 10.1016/j.clineuro.2021.107006. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34739879
4. **Muzumdar D, Vedantam R, Chandrashekar D.** Tuberculosis of the central nervous system in children. *Childs Nerv Syst.* 2018 Oct;34(10):1925-1935. doi: 10.1007/s00381-018-3884-9. Epub 2018 Jul 5. PMID: 29978252
5. **Dian S, Hermawan R, van Laarhoven A, et al.** Brain MRI findings in relation to clinical characteristics and outcome of tuberculous meningitis. *PLoS One.* 2020 Nov 13;15(11):e0241974. doi: 10.1371/journal.pone.0241974. eCollection 2020. PMID: 33186351
6. **Bansod A, Garg RK, Rizvi I, et al.** Magnetic resonance venographic findings in patients with tuberculous meningitis: Predictors and outcome. *Magn Reson Imaging.* 2018 Dec;54:8-14. doi: 10.1016/j.mri.2018.07.017. Epub 2018 Aug 1. PMID: 30076948

7. **Psimaras D, Bonnet C, Heinzmann A, et al.** Solitary tuberculous brain lesions: 24 new cases and a review of the literature. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 Jun-Jul;170(6-7):454-63. doi: 10.1016/j.neurol.2013.12.008. Epub 2014 Apr 16. PMID: 24746395
8. **Shiraishi W, Tateishi T, Sonoda K, et al** A case of brain tuberculoma resembling a malignant

- tumor. *Rinsho Shinkeigaku*. 2021 Apr 21;61(4):253-257. doi: 10.5692/clinicalneurology.001557. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33762499
9. **Chaudhary V, Bano S, Garga UC.** Central Nervous System Tuberculosis: An Imaging Perspective. *Can Assoc Radiol J*. 2017 May; 68(2):161-170. doi: 10.1016/j.carj.2016.10.007. Epub 2017 Mar 7. PMID: 28283299

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA HỌC SINH TIỂU HỌC Ở BA TỈNH MIỀN BẮC NĂM 2020

Lê Thị Hiệp¹, Lê Danh Tuyên¹, Trần Thúy Nga¹,
Trần Khánh Vân¹, Phan Thị Hồng Diệu², Nguyễn Thị Lan Phương¹

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của học sinh tiểu học hiện nay còn chưa được nghiên cứu nhiều. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 487 học sinh tiểu học từ 6-10 tuổi tại tỉnh Điện Biên, Hà Nam, Thái Nguyên năm 2020 nhằm khảo sát TTDD của trẻ. Học sinh được xác định cân nặng, chiều cao để tính chỉ số Z-score. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm, thấp còi và TC-BP ở 3 tỉnh lần lượt là 5,5%, 15,6% và 24,2%. Học sinh nam có tỷ lệ bị TC-BP cao hơn có ý nghĩa thống kê so với học sinh nữ ($p < 0,01$). So với học sinh nam, học sinh nữ có gia tăng cân nặng và chiều cao vượt trội ở thời điểm 8 tuổi. **Kết luận:** Học sinh tiểu học ở 3 tỉnh miền Bắc đang đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng. Học sinh nữ từ thời điểm 8 tuổi cần được chăm sóc và nuôi dưỡng hợp lý để phát triển được tối đa tiềm năng về tầm vóc cũng như hạn chế các nguy cơ của SDD và TC-BP ở giai đoạn phát triển tiếp theo.

Từ khóa: gánh nặng kép, SDD, thừa cân-béo phì, học sinh tiểu học, thấp còi.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN IN THREE NORTHERN PROVINCES IN 2020

There is a limited research on nutrition status of primary schoolchildren. This cross-sectional study was conducted on 487 primary school children in Dien Bien, Ha Nam and Thai Nguyen province in 2020 to assess nutritional status of the children. Students were measured for weight and height to calculate BMI for age Z-score of (BAZ) with the cutoff at $BAZ < -2$ and $BAZ > 1$ for malnutrition and overweight and obesity, respectively. **Results:** Prevalence of wasting, stunting and overweight and obesity among students in 3

provinces was 5.5%, 15.6% and 24.2%, respectively. The prevalence of overweight and obesity among boys was significant higher than in girls ($p < 0.01$). Girls had significant weight and height velocation at the age of 8 years compared with boys. **Conclusion:** Primary school children in the provinces were facing with the double burden of diseases. Girls at the age of 8 years need to be cared and fed properly to maximize the potential stature development as well as reduce risks of malnutrition and overweight and obesity in the next stage of growth.

Keywords: double burden of disease, malnutrition, overweight and obesity, primary school children, stunting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ em, đặc biệt ở trẻ tiểu học, vẫn đang là vấn đề sức khỏe có ý nghĩa cộng đồng ở Việt Nam. Học sinh tiểu học đang ở độ tuổi tiền dậy thì, đây là giai đoạn trẻ tích lũy chất dinh dưỡng cần thiết chuẩn bị cho sự phát triển vượt trội các giai đoạn sau. Ở độ tuổi này, bất cứ sự mất cân bằng về dinh dưỡng nào, dù là suy dinh dưỡng (SDD), thừa cân - béo phì (TC - BP) hay thiếu vi chất dinh dưỡng đều sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng tới sự phát triển tối đa các tiềm năng di truyền cả về tầm vóc, thể lực, trí tuệ, cũng như gia tăng nguy cơ mắc bệnh mạn tính khi trưởng thành, để lại nhiều hậu quả trước mắt cũng như lâu dài, gây tổn thất lớn cho trẻ, gia đình và xã hội¹.

Việt Nam thuộc nhóm các quốc gia có thu nhập trung bình-thấp và đang trong giai đoạn chuyển tiếp về dinh dưỡng với đặc điểm nổi bật là gánh nặng kép về dinh dưỡng: SDD và thừa cân, béo phì cùng tồn tại song song. Trẻ em tiểu học không nằm ngoài xu hướng này. Bên cạnh những tác hại lâu dài của SDD thì TC - BP cũng làm tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa và mắc các bệnh mạn tính không lây như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch¹...

Theo kết quả của tổng điều tra dinh dưỡng

¹Viện Dinh dưỡng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hiệp

Email: lethihiep@ dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.6.2022

Ngày duyệt bài: 17.6.2022