

SA SÚT TRÍ TUỆ SAU ĐỘT QUY.

CASE LÂM SÀNG

BS-CKI Phan mỹ Hạnh.
BV Nhân Dân Gia Định.



Hành chánh

- Họ và tên: PHẠM TRỌNG NG.
- SN: 1957. HV: lớp 8
- Địa chỉ: Phú nhuận
- Nghề nghiệp: Thầu xây dựng.
- LDVV: Rối loạn ngôn ngữ
- VV: 18/4/07
- XV: 24/4/07



BỆNH ÁN

- BỆNH SỬ:

Trưa 18/4/07 đột ngột đau đầu, không ói, không sốt.

Chiều cùng ngày bệnh nhân lơ ngơ ngác, nói lẫn lộn, khó tìm từ → NV

- TIỀN CĂN:

Không CHA, TBMMN, ĐTD trước đó.



LÂM SÀNG

- TỔNG QUÁT:
 - Tỉnh, GCS=15đ.
 - M=80l/p, HA=12/8cmHg
 - Tim đều
 - Phổi trong
 - Bụng mềm



LÂM SÀNG

○ THẦN KINH:

- Tỉnh, hiểu y lệnh, suy giảm trí nhớ gần và xa, khó tìm từ, giảm tính toán, không viết được.
- Không yếu liệt chi;
- Không liệt các dây sọ;
- Không rối loạn cảm giác;
- Không rối loạn cơ vòng



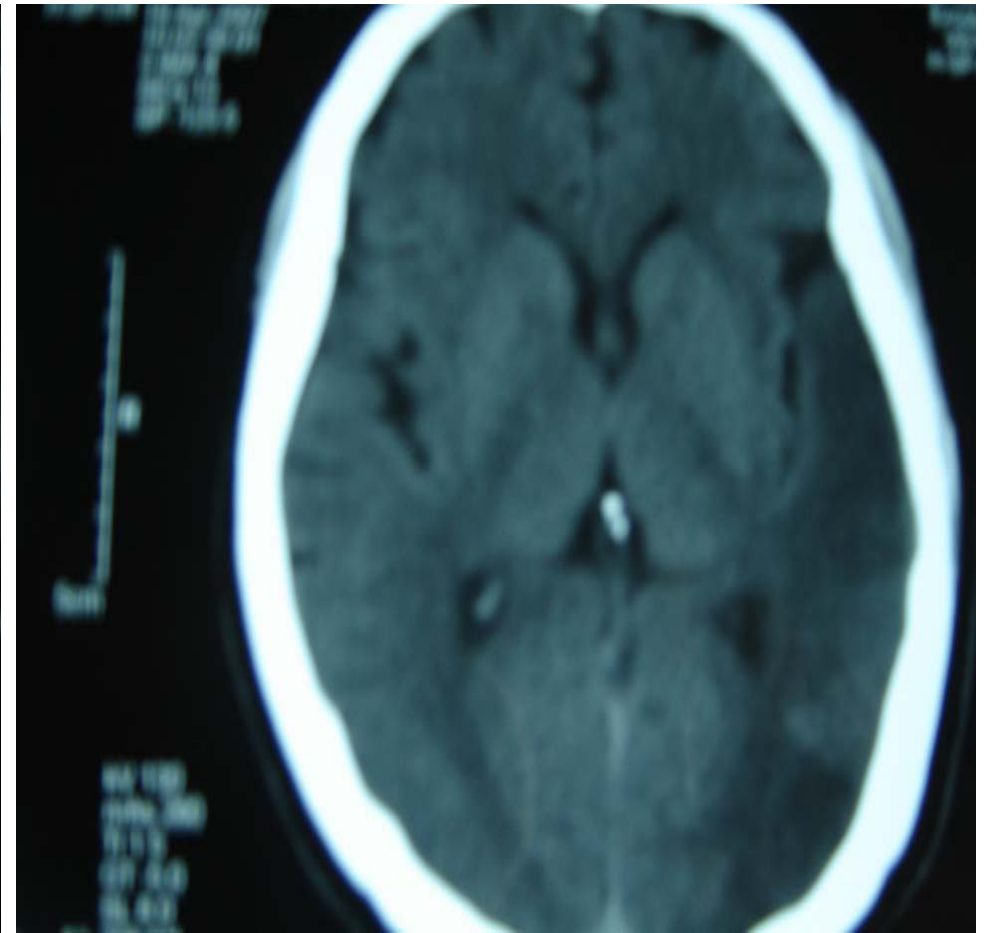
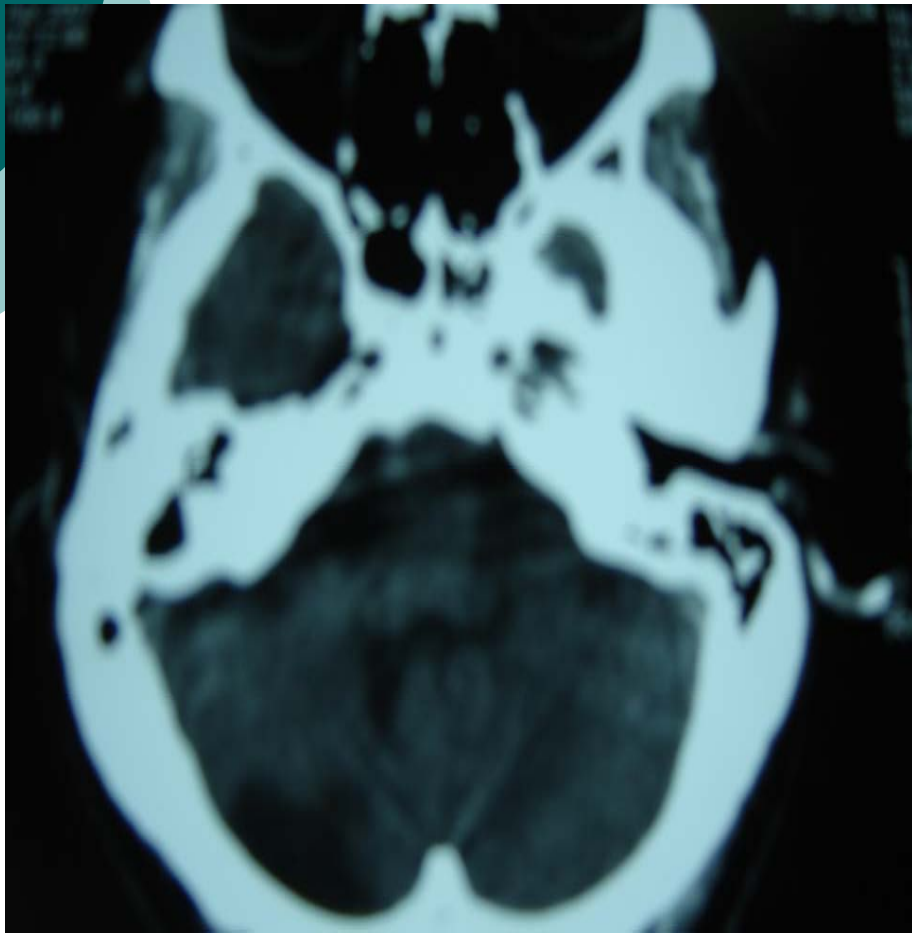
LÂM SÀNG

- CÁC TEST VỀ TÂM THẦN KINH:
 1. MMSE=4đ; IST= 9đ; ZCT= 14đ-33"; Test vẽ đồng hồ:3đ
 2. 4-IADL=0, 8đ
 3. M.HACHINSKI SCORE=4đ
 4. THỎA TIÊU CHUẨN DSM-IV VÀ NINDS-AIREN.

CẬN LÂM SÀNG

- CTM:BC:8.69K/uL.N:62.1%.Hct:.
449L/L
- US: 4.4mmol/L,Creat:102μmol/L
- Đường huyết:3.5mmol/L
- Bilanmỡ: Chol:4.9; **TG:2.5**
LDL-C:1.0, HDL-C:2.7mmol/L.
- ECG: nhịp xoang đều 80l/ph.

CT SỌ NÃO





CHẨN ĐOÁN

SA SÚT TRÍ TUỆ SAU ĐỘT QUY

***NHỒI MÁU NÃO CẤP BÁN CẦU TRÁI
THUỘC VÙNG CHI PHỐI ĐM NÃO GIỮA***



ĐIỀU TRỊ

- Ngưng thuốc lá;
- Aspepic 0.1g 1 gói;
- Aricept 5mg x 4tuần.

DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

	MMS E	IST	ZCT	4-IADL	Rankin
24/7/07 Sau 9ng	4đ	9đ	14đ; 33"	0; 8đ	2đ
31/7/07	9đ	14đ	14đ; 32"	8đ	2đ
25/5/07	21đ	23đ	14đ; 33"	2đ	2đ



BÀN LUẬN

- Bn nam 54 tuổi, học lớp 8, đầu xây dựng, đột ngột có v/đ ngôn ngữ: khó tìm từ, quên người thân - đồ vật, màu sắc, không định dạng được các ngón tay, không làm toán được mà không khó phát âm, không r/l cảm giác, không yếu liệt chi.



BÀN LUẬN

- Đã từng bị NMN cũ bán cầu tiểu não(P) không triệu chứng, HTL $\frac{1}{2}$ gói ngày và lần này bị NMN cấp bán cầu Trái thuộc vùng chi phối đ/m não giữa.

BÀN LUẬN

- Bệnh nhân bị **Mất trí nhớ và suy giảm nhận thức nặng** qua các test tâm- thầnkinh:
 - MMSE=4đ, IST=9đ, 4-IADL=8đ.
 - Test vẽ ĐH=3đ, M.Hachinski=4đ
 - Thỏa T/c DSM-IV và NINDS-AIREN
- => Sa sút trí tuệ sau đột quy.**



BÀN LUẬN

- Sau 1 tháng điều trị với Ngưng TL, UCKTTC, **Aricept với liều 5mg**, trí nhớ bệnh nhân cải thiện rất nhanh và có thể sinh hoạt độc lập được nhưng vẫn chưa thể làm việc được (MMSE= 21đ và IST=23đ)



BÀN LUẬN

- VaD là n/n thường gặp, hàng thứ hai sau AD và là SSTT có thể ngăn ngừa được.
- Đột quỵ dẫn đến nguy cơ cao của suy giảm nhận thức và SSTT ⁽⁶⁾ .
- PSD là một biến chứng thường gặp, tần suất hiện mắc dao động khoảng 30%(13.6 – 31.8%)⁽¹⁾.



BÀN LUẬN

- Khó nói là yếu tố nguy cơ quan trọng trong SSTT.
- NMN bán cầu trái là yếu tố dự đoán quan trọng của PSD⁽¹⁾.
- SSTT do đột quy lỗ khuyết do gián đoạn vòng trán thường có rối loạn chức năng thực thi và hành vi⁽⁵⁾



BÀN LUẬN

- Ngoài tuổi, trình độ HV, giới, những yếu tố nguy cơ mạch máu như đái tháo đường, cao huyết áp, tăng cholesterole/máu, rung nhĩ, tăng homocysteine/máu, hút thuốc lá và nhồi máu cơ tim trước đó đều có liên quan đến sa sút trí tuệ sau đột quy.



BÀN LUẬN

- Điều trị tốt nhất hiện nay của PSD vẫn là phòng ngừa = kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ mạch máu, phòng ngừa đột quỵ xảy ra và tái phát, điều trị tích cực đột quỵ cấp để hạn chế tổn thương do đột quỵ gây ra và các biến chứng của nó⁽¹⁾.

BÀN LUẬN

- Cấu trúc cholinergic dễ bị tt do tt NMN.
- Có hai loại thuốc điều hòa bất thường dẫn truyền thần kinh:
 1. Khiếm khuyết acetylcholine;
 2. Tăng quá mức glutamat.
- **AChEIs** làm tăng điểm số hoạt động trí tuệ và hành vi ứng xử^(2,5).



KẾT LUẬN

- VaD là nguyên nhân thường gặp và là SSTT có thể ngăn ngừa được, *vẫn chưa được quan tâm đúng mức.*
- PSD nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ mạch máu sẽ giúp cho suy giảm nhận thức sau đột quy cải thiện nhanh.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anelyssa D'Abreu and Brian R. Ott. Poststroke Dementia. The Role of Strategic Infarcts. *Vascular Dementia*(2005)16; 231-241.
2. Erkinjuntti T, Roman G, Gauthier S, Rockwood K. Pharmacological treatment of Vascular Dementia. *Vascular dementia* (2005) 22; 297-302.
3. Orgogozo JM, Fabrigoule C, Amieva H and Dartigues JF. Prediction and early Diagnosis of Alzheimer's disease with simple neurological test. *Int J Geriatr Psychopharmacol*(2000); 60- 67.
4. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke*(1998); 29:75-81.
5. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* (1993), 43:250-260.
6. Tatemichi TK , Desmond DW, Mayeux R et al. Poststroke dementia: baseline frequency, risks, and clinical features in a hospitalized cohort. *Neurology*(1992) 42: 1185-1193.
7. Vũ Anh Nhi, Trần Công Thắng. Thần kinh học và nội khoa tổng quát. Thần kinh học và Sa sút trí tuệ (2005)17, 272-300.
8. Zhou HD, Deng J, Li JC, Wang YJ, Gao C, Chen M (2004) Study on frequency and predictors of dementia after ischemic stroke. *J Neuron* 251: 421-427.

xin chân thành cảm ơn

