

Bệnh đa xơ cứng

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

CÁC BỆNH VIÊM KHỚP — viêm thần kinh tủy

rối loạn quang phổ optica (bệnh Devic), cấp tính

viêm cơ não lan tỏa, SLE, PAN,

Sjögren, bệnh Behçet, viêm mạch u hạt,

bệnh cơ não paraneoplastic

NHIỄM TRÙNG — Lyme neuroborreliosis, giang mai thần kinh, HIV, HTLV-1, PML (virus JC)

BỆNH VIÊM KHỚP - bệnh sarcoidosis,

u hạt với viêm đa tuyến, u hạt lymphomatoid

CÁC BỆNH CỦA MYELIN — metachromatic ở người lớn

loạn dưỡng bạch cầu, loạn dưỡng tuyến phụ

KHÁC — thiếu hụt vitamin B12, dị dạng ArnoldChiari, rối loạn tiểu cầu spinocerebellar

SINH LÝ HỌC

NHIỀU LOẠI BỆNH LÝ - quá trình khử men tự miễn dịch của hệ thần kinh trung ương

LÂM SÀNG

- RELAPSING – REMITTING — 85% khi trình bày,

một nửa sẽ có nhiều bệnh tiến triển hơn

thời gian. Trung bình khoảng 1 cuộc tấn công cứ sau 2 năm

- TIỀN TIẾN TIỀN BỘ - 15% khi thuyết trình

- THỨ HAI – TIỀN BỘ — xảy ra sau

khoảng thời gian tái phát – chuyển phát

- TIỀN BỘ – RELAPSING — khóa học tái phát, nhưng

với sự tiến triển tổng thể sau mỗi

tái phát

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP — deicit thần kinh mới hoặc

tái xuất hiện / xấu đi của deicit cũ kéo dài

lâu hơn 24 giờ và không phải do sốt hoặc khác

quy trình hệ thống

CHỈ ĐỊNH PSEUDO — những biến động thoáng qua về chức năng thần kinh do bệnh đồng thời (ví dụ: nhiễm trùng tiểu), nóng hoặc gắng sức

thường giải quyết bằng cách loại bỏ chất kết tủa

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

THẦN KINH CẦN - viêm dây thần kinh thị giác (aierent

khiếm khuyết đồng tử), nhìn đôi (đau nhân mắt, đặc biệt là hai bên), đau dây thần kinh sinh ba, các dây thần kinh sọ não khác

SENSORY (phổ biến nhất) - dị cảm, rối loạn cảm giác, mê sảng. Các hội chứng đau bao gồm đau dây thần kinh sinh ba, dấu hiệu Lhermitte (tia chớp

phát xạ xuống cổ với hexion), rối loạn thẫm mỹ

đau, đau lưng, đau nội tạng, và thuốc bổ đau

co thắt. Có thể di cư (bên cạnh, tăng dần). Các thay đổi cảm giác khác bao gồm tay vô dụng

hội chứng (mất chức năng phân biệt và

proprioception), cảm giác "nước lạnh chảy nhỏ giọt"

dọc theo chi, và bệnh giả phong (mất cảm giác

phản hồi từ cánh tay gây ra quần quai không tự nguyện

chuyển động của lấc và cổ tay khi nhắm mắt)

TONE — phép thuật co thắt (có thể đau đớn), clonus tự phát

ĐỘNG CƠ - suy nhược, co cứng và thiếu oxy. Sự suy yếu của nơ-ron vận động trên ở dưới

tứ chi đặc trưng của bệnh đa xơ cứng

TỰ ĐỘNG — bàng quang, ruột và cương dương

rối loạn chức năng

CEREBELLAR — mất thăng bằng, run động tác,

nói ngọng và không phối hợp

COGNITIVE — thiếu chú ý, thông tin chậm

xử lý, mất trí nhớ và kỹ thuật số với

khái niệm trừu tượng và lý luận phức tạp

FATIGUE, DEPRESSION

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, Ca, Mg, PO4, CK, định lượng Ig, ANA, ENA
- HÌNH ẢNH — MRI đầu / cột sống (cảm nhận 90%)
- CHỨC NĂNG LUMBAR — với chỉ số CSF IgG và các dải oligoclonal (tăng tế bào lympho nhẹ <50 / mm³, protein ↑ nhẹ với ≥2 dải đơn bội)

ĐẶC BIỆT

- NGHIÊN CỨU TIỀM NĂNG ĐÃ ĐÁNH GIÁ

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊU SỬ

TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN — điển hình liên quan đến MS

hội chứng khởi men với bằng chứng khách quan

về sự tham gia của CNS và phổ biến đầy đủ

trong tiêu chí không gian (các cuộc tấn công lâm sàng bản địa hóa thành 2

các vị trí thần kinh trung ương khác nhau hoặc tổn thương MRI T2 có triệu chứng / không triệu chứng ở ít nhất 2 trong 4 vùng

[quanh não thất, vỏ não / cạnh giáp, giai đoạn thiếu máu, tủy sống]) và phổ biến kịp thời

tiêu chí (Dải dịch não tủy, hoặc lâm sàng thứ hai

tấn công hoặc đồng thời tăng cường gadolinium

và các tổn thương không tăng cường trên MRI, hoặc khoảng

phát triển tổn thương T2 mới trên MRI) với không

giải thích tốt hơn ngoài MS

ĐỀ XUẤT — hầu hết bệnh nhân ban đầu trong liệu trình tái phát – thuyên giảm đều tái phát với

phục hồi hoàn toàn hoặc một phần một đến hai lần một năm.

Sau 10 năm, 50% nhập học bậc trung học

giai đoạn và 90% vào 25 năm. Tiến bộ sơ cấp

bệnh lây nhiễm cho 15% bệnh nhân, phổ biến hơn là

những người đàn ông. Cuối cùng, 1/3 số bệnh nhân sẽ phát triển

vô hiệu hóa liệt, 1/4 không tự chủ hoặc đặt ống thông, và 15% liên quan đến xe lăn; 50% của

bệnh nhân không thể làm việc được 5 năm; 10% có thể

vẫn bị tàn tật tối thiểu sau 10 năm

CÁC YẾU TỐ CẤU TẠO NGHÈO TRONG GIẢI PHÓNG – LOẠI BỎ NHIỀU LẦN KHUYẾT ĐIỂM—> 2

đợt cấp / năm, đợt cấp về vận động / tiểu não, tuổi khởi phát lớn hơn (trên 40 tuổi),

mất vận động còn lại / tiểu não 6 tháng sau khi bị tấn công, tàn tật trung bình trong vòng 5 năm,

số lượng tổn thương trên MRI

CÁC YẾU TỐ TIÊN BIẾN TỐT TRONG KHÁM BỆNH LÃO HÓA - LOẠI BỎ NHIỀU BỆNH ÁN - viêm dây thần kinh thị giác biểu hiện ban đầu, hoàn toàn là cảm giác

rối loạn, số lượng tổn thương thấp hơn trên MRI

SỰ QUẢN LÝ

CÁC LOẠI CHỈ ĐỊNH —me thylp red nis olone

500–1000 mg IV mỗi ngày $\times$ 3–7 ngày hoặc prednisone

1250 mg PO mỗi ngày $\times$ 3–7 ngày $\pm$ cơn ngất. Huyết tương
đổi

MIỄN DỊCH - không có nguyên tắc đồng thuận.

Lựa chọn điều trị dựa trên rủi ro / lợi ích tương đối

cũng như sở thích của bệnh nhân / bác sĩ lâm sàng. Đối với bệnh mới được chẩn
đoán, hãy xem xét Avonex® (interferon

β -1a), Betaseron® (interferon β -1b), Copaxone®

(glatiramer acetate), Rebif® (interferon β -1a),

Tecjdera® (dimethyl fumarate), hoặc Aubagio® (terifunomide). Đối với bản
chuyển đổi tích cực cao

hát lại

MS không đáp ứng đủ với interferon β hoặc

glatiramer acetate, xem xét Gilenya® (ingolimod), Mayzent® (siponimod),
Tysabri® (natalizumab), Lemtrada® (alemtuzumab), Ocrevus®

(ocrelizumab)

- RELAPSING – REMITTING — điều trị sớm cho thấy

để có kết quả thuận lợi

- TIẾN TRÌNH TIỂU HỌC VÀ THỨ HAI — bằng chứng

không hỗ trợ hưởng lợi từ interferon β trong

bệnh tiến triển nguyên phát và hạn chế ở bệnh tiến triển thứ phát

KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG — mệt mỏi (amantadine 100 mg PO BID; moda4nil 100 mg PO TID),

co cứng (vật lý trị liệu, baclofen, tizanidine,

benzodiazepines), tăng chất độc bàng quang

(hạn chế ẩm ướt, khoảng trống theo thời gian, oxybutynin,

propantheline, imipramine, ngắt quãng

đặt ống thông)