Bệnh lý thần kinh ngoại biên

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

MONONEUROPATHY — nén, chấn thương, viêm dây thần kinh tọa

MONONEURITIS MULTIPLEX — viêm mạch,

Bệnh tiểu đường

POLYNEUROPATHY

• THƯƠNG HIỆU AXONAL

- NEOPLASTIC — ung thư biểu mô, ung thư hạch,

MGUS-IgA, IgG, IgM

- NHIỄM TRÙNG — nhiễm trùng huyết, HIV, Lyme

- VIÊM XOANG — Sjögren, bệnh sarcoidosis, SLE,

paraneoplastic

- METABOLIC — tiểu đường, urê huyết, tuyến giáp

- VITAMIN DEFICIENCY — kém hấp thu, B12,

- THUỐC - cisplatin, taxanes, vincristin, isoniazid, chất tương tự nucleoside

• DEMYELINATING — Guillain-Barré, ung thư

(ung thư biểu mô, ung thư hạch, MGUS-IgM), thuốc

(đơn vị phân loại), bệnh viêm đa dây thần kinh khử myelin mãn tính

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — mất cảm giác, đau, rối loạn vận động, nóng rát, dáng đi bất thường, suy nhược, tiền sử bệnh tật (tiểu đường, thuốc men, bệnh ác tính,

nhiễm trùng), tiền sử gia đình. Đánh giá quá trình thời gian, sự phân phối (phụ thuộc vào độ dài, "số hàng và găng tay",

di cư và tiến triển)

VẬT LÝ — hao mòn cơ bắp, sức mạnh cơ bắp,

cảm giác châm chích, chạm nhẹ, rung, nhiệt độ, nhận thức, hâm nóng

TRANG WEB KHÁC BIỆT CỦA MEDIAN NERVE

THƯƠNG HẠI — nếu tổn thương ở ống cổ tay, cơ LOAF

đã phát sóng. Nếu tổn thương ở hoặc trên khuỷu tay, có thể

bị lãng phí cẳng tay bên và chỉ số jnger

được tổ chức trong phần mở rộng (Dấu hiệu ban phước)

TRANG WEB KHÁC BIỆT CỦA ULNAR NERVE

BỆNH NHÂN - tổn thương thấp (dưới cổ tay) đặc trưng

bằng cách vuốt tay được đánh dấu (vì không được áp dụng

hexor digitorum hexion profundus của DIP). Cao

tổn thương có vuốt tinh vi, được gọi là nghịch lý ulnar

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

• LABS — CBC, dung dịch kiềm, Cr, glucose, ESR, huyết thanh

điện di protein, vitamin B12, ANA,

TSH, phân tích nước tiểu

ĐẶC BIỆT

• NGHIÊN CỨU EMG VÀ CẤU TRÚC THẦN KINH

• BIOPSY THẦN KINH / NẤM

• CHỨC NĂNG LUMBAR

• CÔNG TÁC TRUYỀN NHIỄM - Huyết thanh học Lyme, HIV,

RPR, HBV / HCV huyết thanh học

SỰ QUẢN LÝ

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU BIẾT — bệnh tiểu đường

(kiểm soát glucose), ung thư hạch / u tủy

(hóa trị)

QUẢN LÝ TRIỆU CHỨNG — thuốc chống trầm cảm ba vòng (desipramine 10–50 mg mỗi đêm),

gabapentin (300 mg PO mỗi ngày × 1 ngày, sau đó

300 mg PO BID × 1 ngày, sau đó 300 mg PO TID, tối đa

1800 mg / ngày), pregabalin, thuốc chống co giật

(topiramate, carbamazepine), duloxetine 60 mg

PO hàng ngày

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

• PATHOPHYSIOLOGY — dây thần kinh trung gian

hội chứng

• ASSOCIATIONS — sử dụng lặp đi lặp lại, chứng to lớn,

bệnh amyloidosis, suy giáp, thấp khớp

viêm khớp, đái tháo đường, mang thai và

bệnh mucopolysaccharidosis. Bệnh song phương hoặc

sự tham gia sớm của tay không thuận cho thấy một tình trạng toàn thân

• CHẨN ĐOÁN — nghiên cứu dẫn truyền thần kinh (cảm giác

49–84%, spc 95–99%) nên được thực hiện nếu đáp ứng không đầy đủ với điều trị bảo tồn

(thay đổi nơi làm việc, thời gian ban đêm trung tính

nẹp), teo cơ, hoặc nếu chẩn đoán

Không rõ ràng

• ĐIỀU TRỊ — điều chỉnh hoạt động, cổ tay

nẹp, NSAID, tiêm corticosteroid

(thành công 49–81%, tái phát 50–86%), cổ tay

phát hành đường hầm (thành công 75–99%)

TRUNG GIAN TỰ ĐỘNG

• NGUYÊN NHÂN - suy tự chủ có thể là thứ phát

bệnh thần kinh ngoại biên liên quan đến bệnh tiểu đường, ung thư (paraneoplastic), bệnh amyloidosis,

suy mòn, HIV, hội chứng Guillain-Barré,

Hội chứng Lambert – Eaton, các tình trạng nhiễm trùng / hít thở khác, hoặc do nguyên phát

rối loạn như bệnh Parkinson, nhút nhát–

Hội chứng Drager (teo nhiều hệ thống

với suy tự chủ), sa sút trí tuệ thể Lewy,

và bệnh đa xơ cứng

HỘI CHỨNG GUILLAIN-BARRÉ (GBS)

• SINH LÝ HỌC — chất kết tủa (Campylobacter jejuni [hỏi về tiêu chảy ra máu], CMV

nhiễm trùng, nhiễm trùng đường hô hấp trên,

có thể là chụp hu) → hô hấp cấp tính

bệnh đa dây thần kinh khử myelin 2–4

vài tuần sau → đạt đến không gian các triệu chứng 2-4

vài tuần (25% cần thở máy) → hồi phục vài tuần đến vài tháng

• ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — dị cảm nhỏ ở ngón chân

và đầu ngón tay → điểm yếu ở phía dưới / phía trên

các chi (thường tăng dần) → tiềm năng

rối loạn chức năng tự chủ (50%), sọ não

thần kinh, cơ hô hấp tham gia.

Areflexia là một đặc điểm chính (nhưng có thể được bảo tồn sớm), nhưng sự hiện diện của hyperreflexia gợi ý một cách rõ ràng về sự thay thế

chẩn đoán (ví dụ như viêm tủy cắt ngang). Thấp/

đau lưng giữa phổ biến

• SUBTYPES — bốn kiểu phụ bao gồm khử myelin (bệnh đa dây thần kinh giảm men hô hấp cấp tính), vận động trục (vận động cấp tính

bệnh thần kinh trục), vận động trục và cảm giác

(bệnh thần kinh trục cảm giác và vận động cấp tính),

và hội chứng Miller – Fischer (đau mắt, mất điều hòa, thiếu máu)

• CHẨN ĐOÁN — EMG (bệnh thần kinh khử men),

chọc dò thắt lưng (phân ly albuminocytologic = bạch cầu dịch não tủy bình thường nhưng ↑ protein dịch não tủy), PFT

(↓ FVC, MIP, MEP)

• ĐIỀU TRỊ — IVIG 2 g / kg IV chia cho 5

ngày, trao đổi huyết tương. Nhập học ICU với

hỗ trợ hô hấp nếu FVC <20 mL / kg, áp lực thở ra tối đa <30 cmH2O, áp lực thở ra tối đa <40 cmH2O, nhanh

tiến triển <7 ngày, sọ não hoặc tự chủ

sự tham gia

MONONEURITIS MULTIPLEX — sự tham gia đồng thời / tuần tự của nhiều người được đặt tên

dây thần kinh (ví dụ: trung gian, ulnar, xuyên tâm, peroneal

thần kinh). Nhồi máu nhiều dây thần kinh do viêm mạch hệ thống