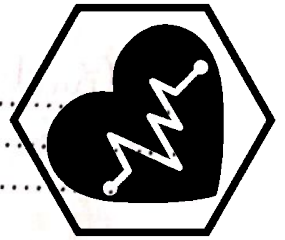


Họ tên sinh viên: ... Nguyễn Long Nhật ...
 Lớp: ... K59C ...
 Ngày thi: ... 24/03/2020 ...



BỆNH ÁN NGOẠI KHOA

I. HỎI BỆNH

1. Hành chính

- Họ tên: ... PHAN ANH DŨNG ... Tuổi: ... 33 ... Giới: ... Nam ...
- Nghề nghiệp: ... T.ũ. đ.ũ ...
- Địa chỉ: ... Xã ... Đông Hải I, ... Huyện ... An ... Huyện ... Hải Phòng ...
- Ngày VV: ... 03/03/2020 ...
- Khi cần báo tin cho: ... Nguyễn Thị Lã (Vợ) ...

2. Lý do vào viện: ... Đau đầu ngày thứ 4 của bệnh ...

3. Bệnh sử - Theo lời kể của người nhà:

4 ngày trước khi vào viện, BN xuất hiện đau đầu, thường đau vào đêm và sáng, đau thành từng cơn, đau khi thay đổi tư thế, mấy ngày gần đây đau tăng lên. Kèm theo đó, BN cảm thấy buồn nôn, nôn mỗi khi đau đầu. BN hay chóng mặt, ù tai, nhanh quên (theo lời kể). BN không bi và tập đầu vào đầu trong thời gian gần đây. Ở nhà chưa xử trí vào viện.

- Lâm sàng:

→ Toàn thân: BN tỉnh, tiếp xúc được.

Glasgow 15 điểm

Huyết động: Mạch 85 l/p; Nhiệt độ 36,5°C

Huyết áp: 130/80 mmHg; Thở 18 l/p

→ Thức tỉnh: Đồng tử 2 bên giãn đều

Phản xạ ánh sáng (+)

Không liệt, không rối loạn thần kinh thực vật
 Không có tổn thương vùng đầu.

- Cân lâm sàng:

+). Công thức máu: H.C 4.63 T/LC, H.C.T. 0.413 L/L (L).
B.C. 13,5 G/L (T), N.B. 47,6%, 7 (L)

+). C.T. sọ não: Tụ máu dưới màng cứng vùng trán
thái dương (T), chỗ dày nhất 5 mm. Hình ảnh ổ
giảm tỷ trọng không đồng nhất thùy thái dương (T),
ranh giới không rõ, có hình ảnh tăng tỷ trọng của
vật lưu can thiệp và ổ tăng tỷ trọng tự nhiên ~ 7 mm
hiếm bóng khi tăng tỷ trọng lưu tiểu não. Não thất bên
(T) bị dẹt. Đường giữa lệch (P) 6 mm.

Sau tiêm trong vùng X.ất huyết có hình ảnh ổ A.V.M
có nguồn động mạch nuôi từ động mạch não sau bên
trái, tĩnh mạch dẫn lưu giãn lớn và đổ vào xoang
ngang (T), A.V.M ~ 24 mm.

- S.1. Tụ máu dưới màng cứng vùng trán thái dương (T)
do vỡ A.V.M. grade III.

- Xử trí ban đầu: Tuyên dịch NaCl 0,9%, kháng sinh
Semi-tram [Ampicilin + Sulbactam], Mannitol, Lipetocin,
Cilastatin (tăng tổng hợp acetylcholin và phospholipid
của màng neuron thần kinh). Ngừa biến ổ thần kinh, phục
hồi chức năng thần kinh), Mibelicam [Moxicam] chống
viêm không steroid, Xenetix [Iobitridol] thuốc cản quang
? Chỉ định mổ cấp cứu.

- Phẫu thuật: Phẫu thuật vi phẫu lấy khối dị dạng
mạch não ngày 09/03/2020.

..... Phương pháp gây mê: Nổ khí quản

..... Tiên hành: B.N. nằm nghiêng quay sang (P). Rạch
da tĩnh mạch (T). Vào xoang sọ bằng khoan máng.

Mở màng cứng thấy não phù nề trung bình. Đặt hình vi phẫu. Mở như mô thực tĩnh. Bộc lộ hình A.V.M. Khẩn A.V.M có 2 nguồn nuôi. Nguồn chính là động mạch tiểu não sau và nhánh nhỏ động mạch não sau. Động mạch hơi lưu đã vỡ mặt dưới xoang sigma ~ 4 cm. Khẩn vỡ gây tụ máu thực tĩnh (T.). Lấy khối máu tụ, kẹp nguồn. Nhấn chính bằng clip kẹp tĩnh mạch dẫn lưu bằng clip. Lấy trần bộ hình A.V.M. Cầm máu như mô não. Và lại màng cứng. Đặt lại xương sọ. Đặt 14 drain. Khẩn lại vết mổ. Tổng và sau mổ không xảy ra tai biến.

- 1 h sau mổ, B.N. thở máy, huyết động ổn định, nước tiểu 400ml.
 - 1 ngày sau mổ, B.N. tỉnh, Glasgow 10 điểm, thở máy, huyết động ổn định.
 - V.V - Hiện tại (10 ngày sau mổ), B.N. tỉnh, Glasgow 13 điểm, đầu đau, đôi mắt đỏ.
 - 4. Tiền sử: mổ, không đau mắt chóng mặt, không nôn, không buồn nôn.
- Bản thân và gia đình khỏe mạnh.

II. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân

B.N. tỉnh, Glasgow 13 điểm
 Da niêm mạc hồng
 Huyết động ổn định 1 Mạch 85 l/p, Nhiệt độ 36,6°C
 Huyết áp 120/80 mmHg, Thở 18 l/p
 SIRS (-)
 HC.T.M (-)

2. Bộ phận

- Vết mổ vùng tĩnh-châm (T) ~ 1.2 cm. Sưng...
nê, thấm dịch.....
- B.N. đã rút dây lều.....
- Thân hình:.....
- +1. Đồng tử 2 bên giãn đều.....
Phản xạ ánh sáng (+).....
- +1. Không liệt thân hình khu trú.....
- +1. Không rối loạn thân hình thực vật.....
- +2. Hc.M.N. (-).....
- Các cơ quan khác chưa phát hiện bệnh lý'.....

III. Các xét nghiệm

- Công thức máu: Bình thường như trong bệnh sử.
- C.T. Sơ não: Trình bày ở bệnh sử.

IV. Tóm tắt, biện luận chẩn đoán

1. Tóm tắt bệnh án

- B.N. nam 33 tuổi vào viện vì đau đầu ngày thứ 4 của bệnh. Qua hỏi và khám thấy:
- Tiền sử: Khỏe mạnh.
- 4 ngày trước khi vào viện, B.N. xuất hiện đau đầu thường về đêm và gần sáng, thường thành cơn, đau khi thay đổi tư thế. Kèm theo B.N. nôn, buồn nôn, chóng mặt, ù tai, nhanh quên.
- Lâm sàng:
 - +). Toàn thân: B.N. tỉnh, tiếp xúc được.
 - Glasgow 13 điểm.
 - Huyết động ổn định.

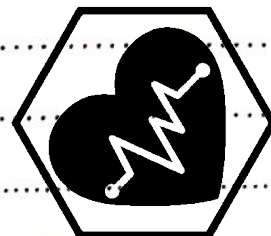
+ Thước thị: ... Đồng tử & bên gần cầu
 Phản xạ ánh sáng (t)
 Không liệt, không tổn thương vùng cầu
 - Cận lâm sàng:
 +) Công thức máu: ... Đã tình bày ở bệnh sử (t)
 +) CT.Sơ não: ... Tu máu đi về mông, vùng trán
 thái dương (T), ... Sau tiêm có hình ảnh ổ A.V.M. (Chỉ tiết
 ở bệnh sử)
 - A.kan đầu: ... Tu máu đi về mông, vùng trán
 thái dương (T) ... do vỡ A.V.M. grade III
 - Xử trí: ... Bù dịch, Chống phù não, hạ tăng sinh,
 tăng tuần hoàn não ... Chỉ tỉnh mê cấp cứu
 - Phẫu thuật: ... Phẫu thuật vì phẫu lấy khối u ở
 dạng mạch não ngày 09/09/2020
 Phương pháp mê: ... Nôn khi qua
 Trang và Sau mổ: không xảy ra tai biến
 - 1 h. Sau mổ: ... B.N còn mê, thở máy, huyết động
 ổn định, nước tiểu 400 ml
 - 1 ngày sau mổ: ... B.N tỉnh, Glasgow 10 điểm, thở
 máy, huyết động ổn định, không sốt, vết mổ
 sưng nề, thấm dịch
 - V.V
 - Hiện tại (10 ngày sau mổ): ... B.N tỉnh, Glasgow
 13 điểm, huyết động ổn định, còn atax đầu, không
 sốt, không hoa mắt chóng mặt, vết mổ vùng đỉnh
 chàm (T) ... 12 cm sưng nề, thấm dịch, ... Đồng tử & bên
 gần cầu, phản xạ ánh sáng (t), không liệt
 thần kinh khu trú, không rối loạn thần kinh
 thực vật.

Các cơ quan khác chưa phát hiện bệnh lý.

2. Chẩn đoán xác định

.....Sau phẫu thuật lấy khối máu tụ vùng thái dương (T) do vỡ AVM grade III.....

3. Chẩn đoán phân biệt:



V. Hướng điều trị tiếp theo:

-- Bù dịch, điện giải.....
-- Kháng sinh, giảm đau.....
-- Thuốc hỗ trợ tuần hoàn não.....
-- Chống phù não *
-- Bicilucil [Meclofenoxat HCl] chống giảm Oxi mô, cải thiện và tách lọc để dùng glucose tế bào não. ⇒ Chống lão hoá não, điều trị chấn thương sọ não.

VI. Tiên lượng

.....

.....

.....

.....

VII. Phòng bệnh:

.....

.....

.....

⊗ Đi dạng động tĩnh mạch não (AVM - Arteriovenous Malformations of the Brain)

- AVM là bất thường bẩm sinh mạch máu não, xuất hiện do phát triển bất thường của hệ mạch máu, tạo ra sự thông thường trực tiếp động mạch não và tĩnh mạch não.
- Phân độ theo Spetzler - Martin:

Đặc điểm		Điểm
Kích thước (đường kính)	Nhỏ (< 3 cm)	1
	Tung bình (3 - 6 cm)	2
	Lớn (> 6 cm)	3
Vị trí	Eloquent (Vấn động, cảm giác, ngôn ngữ, thị giác, nhân xám trung ương)	1
	Non-Eloquent	0
Tĩnh mạch dẫn lưu	Hệ tĩnh mạch nông	0
	Hệ tĩnh mạch sâu	1

- Điểm tư duy đưa vào phân độ. Có 4 phương pháp điểm tư duy:
 + Phân thuật
 + Xa phẫu
 + Nứt mạch
 + Điểm tư duy bảo tồn.