

BỆNH ÁN NỘI KHOA – THẦN KINH

A. HÀNH CHÍNH

1.Họ tên bệnh nhân:

2.Tuổi: 50 tuổi

3.Giới tính: Nữ

4. Nghề nghiệp: Nông dân

5. Số điện thoại :

6. Địa chỉ:

7. Địa chỉ người nhà khi cần báo tin : (chồng) (cùng địa chỉ)

8. Ngày vào viện: 15h20 ngày 31/5/2022.

9. Ngày làm bệnh án : 10h30 ngày 2/6/2022.

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: đau cổ gáy, tê bì 2 tay, đau đầu Vào ngày thứ 5 của bệnh.

II. Bệnh sử:

Khởi phát bệnh cách đây 1 tháng với triệu chứng đau nhức vùng cổ gáy, đau tăng về đêm, khi thời tiết thay đổi và vận động mạnh , giảm khi nghỉ ngơi, hạn chế vận động cột sống cổ, đau lan xuống hai tay và tê bì 2 tay, nhanh mỗi cơ, người mệt mỏi ăn ngủ kém. Ở nhà dùng thuốc không rõ loại, nhưng triệu chứng không đỡ.

Cách nhập viện 5 ngày bệnh nhân có lao động, khuân vác nặng, sau đó thấy các triệu chứng trên đau tăng nặng, tê bì nhiều 2 tay , đêm trằn trọc khó ngủ, hồi hộp từng cơn, đau đầu chóng mặt, nóng phùng mặt.

Xin vào viện khám và điều trị tại bệnh viện HNĐK Nghệ An.

Tại khoa Thần kinh ghi nhận bệnh nhân tỉnh, vận động hạn chế cột sống cổ, đau nhức vùng cổ gáy lan xuống 2 tay, tê bì nhiều 2 tay, chẩn đoán : Hội chứng cổ vai cánh tay .

Qua 2 ngày điều trị, hiện tại bệnh nhân đỡ đau vùng cổ gáy, vận động cột sống hạn chế, giảm đau vùng cổ gáy, tay , còn tê bì 2 tay,ngủ kém, đỡ hồi hộp, lo lắng. Đại tiểu tiện bình thường.

III. Tiền sử

- Bản thân: chưa phát hiện bệnh lý bất thường.
- Gia đình: chưa phát hiện bệnh lý bất thường.

IV. Dịch tễ:

Bệnh nhân đã tiêm 3 mũi vaccin Covid 19.

Không đến từ vùng dịch lưu hành.

V. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Thê trạng trung bình.

Da niêm mạc hồng, không phù, không xuất huyết dưới da

Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi không sờ thấy.

2. Thần kinh :

Đau đầu, chóng mặt, ù tai

Đau âm ỉ vùng cổ gáy, lan xuống vùng vai và 2 tay, kèm tê bì nhiều 2 tay.

Không teo cơ, không rối loạn cảm giác.

Nghiệm pháp Spurling (+)

Nghiệm pháp bầm chuông (+)

Nghiệm pháp kéo giãn cổ (+)

Nghiệm pháp dạng vai (+)

Dấu Hofman (-)

Nghiệm pháp babinski (-)

Hội chứng não – màng não (-)

Mạch: 84 lần/ phút

Nhiệt độ: 37⁰C

HA: 120/80 mmHg

Nhịp thở: 20 lần/ phút

Cân nặng: 55kg

Chiều cao: 156cm

BMI: 22,6

3. Cơ xương khớp :

Hạn chế vận động cột sống cổ, co cứng cơ cạnh cột sống cổ 2 bên, ấn đau các điểm cạnh đốt sống C5, C6, C7. VAS 7/10.

Vận động khớp vai, khớp cánh tay, cẳng tay nhanh mới.

4. Tuần hoàn

Mởm tim đập ở khoảng liên sườn 5 đường giữa trung đòn trái

Nhịp tim đều, T₁T₂ rõ

Chưa phát hiện tiếng tim bệnh lý.

5. Hô hấp

Lồng ngực cân đối hai bên, di động theo nhịp thở ,không co kéo các cơ hô hấp phụ.

Rung thanh đều 2 bên, Rì rào phế nang êm dịu hai phế trường

Phổi không có rale bệnh lý

6. Tiêu hóa

Bụng mềm , không chướng

Gan lách không to

Phản ứng thành bụng (-)

Ấn các điểm đau Mac- burney (-)

7. Tiết niệu, sinh dục:

Hai hố thắt lưng cân xứng hai bên, không đỏ đau

Chạm thận (-)

Các điểm đau niệu quản (-)

8. Các cơ quan khác: Chưa phát hiện bệnh lý

VI. Cận lâm sàng

a. Các cận lâm sàng đã có

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: các chỉ số trong giới hạn bình thường

Sinh hóa máu, điện giải đồ trong giới hạn bình thường

X-quang cột sống cổ: hình ảnh thoái hoá đốt sống cổ C5, C6, C7, hẹp lỗ liên hợp C5-C6; C6-7.

b. Cận lâm sàng đề nghị :

- X-quang cột sống cổ thẳng nghiêng

- Siêu âm khớp vai.

- Điện cơ

- Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ 50 tuổi vào viện với triệu chứng đau cổ gáy, tê bì 2 tay ,đau đầu chóng mặt, ngủ kém. Qua thăm khám lâm sàng ghi nhận các triệu chứng và hội chứng sau:

- Hội chứng cột sống cổ (+):

Đau nhức vùng cổ gáy, hạn chế vận động cột sống cổ

Co cứng cơ cạnh cột sống cổ 2 bên

Ấn đau các điểm cạnh đốt sống C5, C6, C7; VAS 8/10.

- Hội chứng rễ thần kinh (+):

Nghiệm pháp Spurling (+)

Nghiệm pháp bấm chuông (+)

Nghiệm pháp kéo giãn cổ (+)

Nghiệm pháp dạng vai (+)

- Hội chứng tủy cổ (+): Đau nhiều vùng vai gáy, lan xuống 2 tay, đau âm ỉ liên tục kèm tê bì 2 tay, nhanh mỗi cơ
- Cổ gáy đau nhức, hạn chế vận động, đau đầu, chóng mặt, ù tai.
- Tim phổi chưa phát hiện bệnh lý bất thường.

X-quang cột sống cổ: hình ảnh thoái hoá đốt sống cổ C5, C6, C7, hẹp lỗ liên hợp C5-C6; C6-7.

VIII. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: Hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hoá cột sống cổ
2. Chẩn đoán phân biệt:
 - Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ
 - Bệnh lý tủy sống do viêm
 - Viêm khớp phản ứng.

IX. Điều trị

a. Hướng điều trị:

- Điều trị triệu chứng: giảm đau, chống viêm, bảo vệ niêm mạc dạ dày.
- Điều trị hỗ trợ: tăng cường tuần hoàn não, giảm chóng mặt.

b. Điều trị cụ thể:

Piracetam 1g/5ml x 2 ống, tiêm TMC lần 1 ống lúc 8h-16h.

Pregabalin 150mg x 2 viên/ngày, lần uống 1 viên lúc 8h – 16h

Meloxicam 7,5mg x 1 viên/ngày, lần uống 1 viên sau ăn lúc 8h.

Naptogast 20mg x 1 viên, ngày uống 1 viên trước ăn lúc 8h.

X. Tiên lượng:

- Gần: đỡ
- Xa: do thoái hóa, chèn ép rễ thần kinh tiến triển , phát sinh di chứng, tái phát bệnh khi cơ thể suy nhược.

XI. Dự phòng:

- Điều dưỡng tinh thần, tránh căng thẳng, lo âu.
- Vận động, lao động phù hợp với tình trạng sức khỏe, thay đổi lối sống lành mạnh.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, bổ sung sinh tố, khoáng chất.
- Thường xuyên tự xoa bóp và luyện tập, đi bộ giúp phòng bệnh tái phát và tránh biến chứng.
- Vật lý trị liệu.
- Tái khám định kì thường xuyên.

Phản hồi thi lâm sàng :

Các nghiệm pháp : đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ:

Dấu hiệu chuông bấm: Ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

Nghiệm pháp Spurling: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.

Nghiệm pháp dạng vai: Bệnh nhân ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

Nghiệm pháp kéo giãn cổ: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ cằm và cầm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

Hội chứng tủy cổ: Do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ tiến triển trong một thời gian dài. Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất sự khéo léo của hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

Sử dụng thuốc :

Piracetam 1g/5ml :cải thiện chuyển hoá của tế bào thần kinh, bảo vệ chống lại những rối loạn chuyển hoá do thiếu máu cục bộ.

Pregabalin 150mg : điều trị đau thần kinh nguồn gốc trung ương và ngoại vi, rối loạn lo âu lan toả ở người lớn

Meloxicam 7,5mg : điều trị triệu chứng dài hạn trong các cơn viêm mãn tính ở các bệnh thoái hoá khớp, hư khớp

Naptogast 20mg : ức chế PPI.

Các cận lâm sàng :

- X quang cột sống cổ : có chụp thẳng, nghiêng, chếch $\frac{3}{4}$ để đánh giá các tổn thương xương đốt sống, lỗ liên hợp , gai xương , trượt , dính đốt sống.
- Điện cơ : chỉ định ở những bệnh nhân gặp các tổn thương cơ do thần kinh hoặc tổn thương nhu mô cơ như viêm, chấn thương, chèn ép, tổn thương cục bộ, bệnh thần kinh vận động, viêm dây thần kinh.

Huyết áp :

- Huyết áp là áp lực của mạch máu lên thành động mạch. Huyết áp thì bằng cung lượng tim nhân với sức cản ngoại vi.
- Huyết áp bình thường : đo tại nhà hoặc liên tục ban ngày : tâm thu < 135 hoặc tâm trương < 85 mmHg, tại phòng khám : tâm thu < 140 và tâm trương < 90 mmHg.
- Huyết áp áo choàng trắng : đo tại nhà hoặc liên tục ban ngày : tâm thu < 135 hoặc tâm trương < 85 mmHg, tại phòng khám : tâm thu \geq 140 hoặc tâm trương \geq 90 mmHg. Chưa có tổn thương cơ quan đích.

- Tăng huyết áp ẩn giấu: đo tại nhà hoặc liên tục ban ngày : tâm thu ≥ 135 hoặc tâm trương ≥ 85 mmHg, tại phòng khám : tâm thu < 140 và tâm trương < 90 mmHg.

- Tăng huyết áp thực sự : đo tại nhà hoặc liên tục ban ngày : tâm thu ≥ 135 hoặc tâm trương ≥ 85 mmHg, tại phòng khám : tâm thu ≥ 140 hoặc tâm trương ≥ 90 mmHg. Đã có tổn thương cơ quan đích, người có nguy cơ tim mạch cao.

- Phân biệt huyết áp với huyết áp nền: đo huyết áp liên tục 24h Holter cho kết quả chính xác nhất hoặc đo huyết áp tại nhà, nghỉ ngơi, ở bệnh nhân không điều trị thuốc thì sau 3 tháng thay đổi lối sống nhưng huyết áp đo tại phòng khám vẫn cao. Khai thác tiền sử, các yếu tố nguy cơ.