

A. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên :
2. Tuổi: 72
3. Giới: Nữ
4. Dân tộc: Kinh
5. Nghề nghiệp: Nông dân
6. Địa chỉ: Đức Thuận, Thị xã Hồng Lĩnh, Hà Tĩnh
7. Người nhà khi cần liên hệ: con gái Lê Thị Hường cùng địa chỉ
SĐT: 03433873xxx
8. Ngày giờ vào viện: 8h 10p ngày 14/04/2019
9. Ngày giờ làm bệnh án: 9h00p ngày 18/04/2019

B. BỆNH ÁN

1. Lý do vào viện : Yếu nửa người bên (P) giờ thứ 11
2. Bệnh sử :

Lúc 21h ngày 13/04/2019 trong lúc đang ngồi chơi bệnh nhân thấy đột ngột xuất hiện yếu $\frac{1}{2}$ người phải, không đau đầu, không nôn, không buồn nôn, bệnh nhân lên nằm ngủ. Đến 7h ngày 14/04/2019 người nhà phát hiện thấy bệnh nhân yếu $\frac{1}{2}$ người phải, miệng méo nhẹ sang trái, nói khó, gọi hỏi vẫn trả lời chính xác, bệnh nhân thấy đau đầu âm ỉ, đau liên tục cả đầu, không có tư thế giảm đau, không buồn nôn, không nôn, tiểu tiện tự chủ ở nhà chưa xử trí gì được người nhà đưa vào bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An

Ghi nhận lúc vào viện:

Ý thức chậm, Glassgow :14đ

Liệt nửa người (P)

Miệng lệch nhẹ sang (T)

Tim loạn nhịp, $f = 85\text{ck/ph}$, T1 đánh

Phổi không rale

Huyết áp 150/100 mmHg

Được điều trị theo hướng chống phù não, bổ thần kinh, giảm đau.

Hiện tại sau 4 ngày điều trị , bệnh nhân tỉnh , yếu ½ người bên (P) , méo miệng sang trái nhẹ, nói khó, đỡ đau đầu, không nôn, không sốt, ăn uống kém, táo bón (5 ngày chưa đi ngoài), tiểu tiện bình thường.

3. Tiền sử :

a. Bản thân:

- THA, Rung nhĩ, Hẹp khí van 2 lá phát hiện cách đây 01 tháng tại bệnh viện HNĐKNA đang điều trị theo đơn của bệnh viện (Nebilet, Sintrom, Verospiron không rõ liều)

b. Gia đình

Hiện tại chưa phát hiện bệnh lý liên quan.

4. Khám lâm sàng :

a. Toàn thân

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

Thể trạng trung bình, BMI: 19,1 kg/m²

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

Tuyến giáp không to

Hạch ngoại vi không sờ thấy

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: 75 lần/ phút; Nhiệt độ: 37 °C

Huyết áp: 160/90mmHg; Nhịp thở: 20 lần/ phút

Cân nặng : 43kg; Chiều cao: 150cm

b. Khám thần kinh

Ý thức tỉnh, Glassgow 15 điểm

Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não

+ Liệt dây VII trung ương (P):

Charles – Bell (-) Nhân trung lệch (T)

Mờ nhẹ nếp mũi má (P) Uống nước chảy bên (P) Nếp nhăn trán đều 2 bên

+ Các dây khác không phát hiện bất thường

- Khám vận động: Liệt mềm nửa người P độ 5

Khám cơ lực:

Tay P: 5/5 Tay T : 0/5

Chân P: 5/5 Chân T: 0/5

Khám trương lực cơ

Độ gấp, duỗi cơ: Bên (P) tăng so với bên (T)

Độ chắc các cơ: Bên (P) giảm so với bên (T)

Độ ve vẩy: Bên (P) tăng so với bên (T)

Khám phản xạ :

Phản xạ gân xương bên (P) giảm

Khám cảm giác : mất cảm giác nông, sâu (P)

Cứng gáy (-)

Vạch màng não (-)

Hội chứng TALNS (-)

Không có rối loạn cơ tròn

c. Tim mạch

Mỏm tim đập khoang liên sườn V đường trung đòn T Tim loạn nhịp, tần số 82ck/ph, T1 đánh

Nghe tiếng rung tâm trương rõ ở mỏm HA: 160/90 mmHg

d. Hô hấp

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở Nhịp thở 20l/p

Rì rào phế nang rõ

e. Tiêu hóa

Bụng không chướng, không sọc mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
Bụng mềm, không có điểm đau khu trú

Gan lách không sờ thấy

f. Thận tiết niệu

Hai hố thận không đầy

Chạm thận (-)

Cầu bàng quang (-)

Ấn các điểm niệu quản không đau

g. Các cơ quan khác:

Hiện chưa phát hiện gì bất thường

5. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, tiền sử: THA, rung nhĩ, hẹp khít van 2 lá phát hiện cách đây 01 tháng tại bệnh viện HNĐKNA đang điều trị theo đơn của bệnh viện (Nebilet, Sintrom, Verospiron không rõ liều), vào viện vì yếu nửa người (P) giờ thứ 11. Qua hỏi bệnh và thăm khám phát hiện các hội chứng và triệu chứng sau:

Ý thức tỉnh, Glassgow 15đ

Có hội chứng liệt 1/2 người (P), liệt VII trung ương (P)

Không có hội chứng màng não

Không có hội chứng tăng áp lực nội sọ

Không rối loạn cơ tròn

Tim loạn nhịp, T1 đánh, rung tâm trương rõ ở mỏm

6. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán sơ bộ: TD Đột quỵ não/THA-Hẹp hai lá

Chẩn đoán phân biệt: U não

7. CẬN LÂM SÀNG

Cận lâm sàng đã có

CTM: Bình thường

SHM : Bình thường

Đông máu ngày thứ 1: PT: 25% INR: 2,65

Ngày thứ 3: PT: 74,6% INR: 1,19

Điện tâm đồ: Rung nhĩ đáp ứng trên thất, 99l/ph Trục trung gian

CT Scanner không tiêm thuốc: Xuất huyết não- não thất

Xuất huyết não- não thất

Giãn não thất

CLS đề xuất: Siêu âm tim

8. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Xuất huyết não vùng đồi thị, nhân bèo(T)-xuất huyết não thất /THA /
Rung nhĩ/ Hẹp hai lá.

9. ĐIỀU TRỊ

a. Hướng điều trị

-Dự phòng chảy máu tái phát

-Kiểm soát huyết áp

-Bảo vệ tế bào thần kinh

-Điều trị táo bón.

b. Điều trị cụ thể

Sodiumchlorid 0,9% x 500ml

-Gliatilin 1g x 1 ống Truyền TM XX g/ph

Ultracet x 02 viên uống sau ăn, chia 2

Troysar x 02 viên uống trước ăn sáng

Verospiron 25mg x 01viên uống trước ăn sáng

Duphalac 3 gói/ngày

Bất động, nằm đầu cao 30°.

10. TIỀN LƯỢNG

Gần: Nặng

Xa: Để lại di chứng, có nguy cơ tái phát

11. DỰ PHÒNG

Tập PHCN tại giường, sau khi ra viện.

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rung nhĩ

Chế độ ăn uống đầy đủ dinh dưỡng