

I. HÀNH CHÁNH

Họ và tên BN: Vũ Thị Xuân H.

Giới: Nữ

Sinh năm: 1990

Nghề nghiệp:

Thuận tay P

Nhập viện 22h41p ngày 22/03/2022 – Phòng 10A

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: yếu cơ+ nhìn mờ

III. BỆNH SỬ:

Cách nhập viện 2 tuần, người bệnh có đi chích BTX thẩm mỹ ở tay và bụng; được giải thích sẽ yếu tay sau khi chích BTX 7-10 ngày.

Cách nhập viện 6 ngày, BN đột ngột nhìn mờ, nhòe chữ ở cách 30 cm trở lên, kèm với nhìn đôi, sụp mí mắt, nhìn mờ khi nhìn hai mắt, nhìn rõ khi che mỗi mắt; tình trạng nhìn mờ xuất hiện theo từng thời điểm bất kì trong ngày, không liên tục. Ngoài ra bệnh nhân có triệu chứng yếu cơ tay 2 bên, khó chải đầu, khó cầm đồ vật, bệnh nhân yếu chân nhẹ, vẫn đi lại được nhưng khó lên cầu thang, yếu cơ nhai, khó nhai, khó nuốt, không sặc, bệnh nhân nói đờ, không tròn vành rõ chữ. Bệnh nhân tiêu tiểu bình thường, tỉnh táo, không rối loạn ý thức, không sốt, không khó thở, không buồn nôn, nôn. Bn đến khám bệnh viện đại học y được chụp MRI sọ não ghi nhận dị dạng động tĩnh mạch não.

Cách NV 2 ngày BN có thêm triệu chứng đau đầu vùng chẩm âm ỉ, không lan, liên tục, tăng dần.

Ngày NV BN nhìn mờ liên tục, yếu cơ, hoa mắt chóng mặt, tê đầu ngón tay hai bàn tay, và đau đầu nhiều hơn nên nhập BVĐHYD vào Khoa Cấp Cứu lúc 22:41 phút và sau đó được chuyển đến Khoa Thần Kinh.

Tình trạng lúc nhập viện:

Tần số tim: 88l/p; Huyết áp: 110/80mmHg; Nhịp thở: 200l/p; Nhiệt độ: 37C; SpO2: 98%.

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Niêm hồng, không phù chân

Nằm đầu bằng thở êm

Tim đều

Phổi không ran

Bụng mềm, không điểm đau

Cổ mềm, không yếu liệt khu trú

Diễn tiến sau nhập viện: N1-N6

- Ăn uống sặc, vẫn nói đớ, yếu cơ nhiều hơn, không còn đau đầu, đàm nhớt trong cổ nhiều, đàm trắng, không khó thở, tiêu tiểu bình thường.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

a) Sản Phụ Khoa: PARA: 2002

b) Nội Khoa:

Chưa ghi nhận tình trạng như hiện tại trước đây

Chưa ghi nhận tiền căn các bệnh lý nội khoa về THA, ĐTĐ, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, thận niệu, huyết học, lao và các bệnh truyền nhiễm khác

Không có chẩn đoán bệnh lý đội quy, động kinh, đau đầu migrane trước đó

c) Ngoại khoa:

Đã từng mổ lấy thai.

d) Dị ứng: chưa ghi nhận

e) Sử dụng thuốc: không dùng thuốc trong 24h qua

f) Thói quen: không sử dụng rượu bia thuốc lá.

2. Gia đình: không có tiền căn bệnh lý THA, ĐTĐ, thần kinh, tâm thần.

V. Lược qua các cơ quan: 9h30 ngày 28/3 (6 ngày sau nhập viện)

Không đau ngực, khó thở.

Không ho, không sốt.

Không đau đầu.

Ăn qua sonde

Nước tiểu vàng trong, tiêu bình thường.

Nhai khó, nuốt khó, đi lại và cầm đồ vật hạn chế, vẫn còn nhìn mờ, nhìn đôi.

A. Khám tổng quát

1. Tổng trạng:

- Mạch 100l/p, HA: 112/60mmHg, Nhịp thở 18l/p, spO2 98%
- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, Glasgow 15đ
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Không phù, không xuất huyết da niêm, không sao mạch, không có lòng bàn tay son

2. Vùng đầu mặt cổ

- Cân đối, khí quản không lệch, nếp mũi má 2 bên tương tự nhau
- Không môi khô, lưỡi dơ
- Không thở co kéo cơ hô hấp phụ
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không sờ chạm
- Tĩnh mạch cổ 45 không nổi

3. Vùng Ngực

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không u sẹo
- Tim Không ồ đập bất thường.
- Mỏm tim KLS 5, đường trung đòn trái.
- Hardzer (-), dấu nẩy trước ngực (-)
- T1, T2 đều, tần số 102l/p không âm thổi
- Phổi Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong hai phổi
- Không có ran
- Bụng mềm, không sọc, không THBH.

- Nhu động ruột 6l/p, không âm thổi
- Gõ trong
- Sờ không điểm đau
- Gan không to, chiều cao gan khoảng 10cm, lách không sờ chạm
- Thận- tiết niệu: chạm thận(-), cầu bàng quang (-)

5. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

B. Khám Thần Kinh:

1. Chức năng thần kinh cao cấp.

- Bệnh nhân tỉnh táo, tinh thần bình thường, định hướng lực tốt, tập trung, bệnh nhân nhớ rõ sự kiện liên quan đến bản thân và sự kiện xã hội gần đây.

2. Tư thế dáng bộ.

- Bệnh nhân đi đứng được nhưng yếu.
- Test kéo, đi nổi gót: không làm

3. Khám 12 dây thần kinh sọ:

Dây I: không khám.

Dây II: cách 30 cm nhìn nhòe, thị trường bình thường, đáy mắt không khám.

Dây III, IV, VI: đồng tử 2 bên đều, còn PXAS trực tiếp và đồng cảm, sụp mi mắt 2 bên, giới hạn nhẹ vận nhãn các hướng, nhìn đôi nhiều khi liếc sang phải.

Dây V: cơ cắn yếu, phản xạ cằm, mũi mi, giác mạc bình thường, không mất cảm giác.

Dây VII: mặt cân xứng, không mờ nếp mũi má, cơ mặt vận động bình thường, không khám vị giác

Dây VIII: Thính lực 2 bên bình thường, không làm rung âm thoa.

Dây IX, X: không khám.

Dây XII: lưỡi không lệch, cơ lưỡi yếu, giọng bị méo.

4. Hệ vận động:

- Không teo cơ, rung giật cơ.
- Trương lực cơ bình thường.

- Sức cơ gốc chi yếu hơn ngọn chi: gốc chi trên 3/5, ngọn chi trên 4/5, gốc chi dưới (T) 4/5, ngọn chi dưới (T) 5/5, gốc chi dưới (P) 3/5, ngọn chi dưới (P) 4/5, không mạnh lên khi gắng sức liên tục.

- Cơ bụng yếu, không gồng được cơ bụng.

- Test gắng sức, test nước đá không làm phải làm

- Phối hợp vận động: nhịp nhàng.

5. Khám cảm giác:

- Không mất cảm giác sờ nông, đau nhiệt, vị thể khớp.

6. Phản xạ:

- Phản xạ gân cơ tứ chi (2+) đều 2 bên

- Phản xạ Babinski (-) 2 bên

- Phản xạ da bụng có đáp ứng

7. Dấu màng não, dấu tiểu não (-) (kernig (-), brunzki (-), nystagmus (-), Romberg không làm)

VII. Tóm tắt bệnh án

BN nữ, 32 tuổi, ở Quận 8 TPHCM, nhập viện vì yếu cơ và nhìn mờ, bệnh ngày 6, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

Triệu chứng cơ năng:

- Nhìn mờ, nhìn đôi, sụp mi

- Nói khó nghe, nhai yếu, nuốt khó

- Tay yếu nhiều hơn chân

- Đau đầu vùng chẩm.

Triệu chứng thực thể:

- Nói đờ nhiều

- Nhìn đôi khi liếc mắt sang P, hạn chế vận nhãn các hướng, sụp mi 2 bên

- Sức cơ Gốc chi trên 3/5, ngọn chi trên 4/5, gốc chi dưới (P) 3/5, ngọn chi dưới (P) 4/5, gốc chi dưới (T) 4/5, ngọn chi dưới (T) 5/5

- Cơ lưỡi, cơ nhai yếu.

Tiền căn: tiêm thuốc BTX 2 tuần trước nhập viện ở tay và bụng.

VIII. Đặt vấn đề:

1. Yếu cơ chi không đồng đều, yếu cơ lưỡi, nhai, sụp mí, nhìn đôi, nuốt khó.
2. Nhìn mờ
3. Chích Botulinum toxin thẩm mỹ ở tay và bụng hai tuần trước nhập viện.

IX. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sơ bộ:

- Hội chứng nhược cơ do thuốc BXT/ viêm thần kinh thị giác.

Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh nhược cơ nguyên phát do kháng thể kháng acetylcholine/ MusK
- Hội chứng nhược cơ nguyên phát.

X. Biện luận:

Bệnh nhân có vấn đề ở hệ thống vận động và dây thần kinh sọ: yếu cơ tứ chi kèm sụp mí hai mắt, yếu cơ vận nhãn các hướng, nhìn đôi mắt (P). Các vị trí có thể tổn thương là:

- Đại não: dễ yếu nhiều cơ trên cơ thể như vậy cần phải tổn thương rộng cả 2 bán cầu đại não, bệnh cảnh rất nặng nề nhưng BN vẫn tỉnh táo, bệnh không rầm rộ, không dấu thấp nên không nghĩ.

- Thân não: bệnh nhân yếu tứ chi kèm sụp mí mắt hai bên nghĩ cần có tổn thương thân não lớn hai bên, nhưng diễn tiến bệnh không rầm rộ, bệnh tĩnh, không có dấu bệnh lí thấp nên không nghĩ.

- Dây thần kinh: bệnh nhân không giảm phản xạ gân cơ, không run giật bó cơ, không teo cơ, không mất cảm giác nên không nghĩ .

- Tiếp hợp thần kinh cơ: bệnh nhân yếu cơ dao động, không rối loạn cảm giác, phản xạ gân xương bình thường nên nghĩ nhiều. => 2 bệnh nghĩ đến là bệnh nhược cơ và hội chứng nhược cơ, nguyên nhân nghĩ nhiều là do thuốc BTX, nhưng nghĩ nhiều hội chứng nhược cơ hơn vì ngộ độc botulinum thường gây nhược cơ do giảm phóng thích Ach

- Cơ: nhóm loạn dưỡng và bệnh cơ bẩm sinh cũng gây yếu cơ mặt và tứ chi nhưng bệnh cảnh bệnh nhân yếu diễn tiến nhanh, không có tiền căn yếu cơ nên không nghĩ.

Qua đó, ta thấy BN yếu nhiều cơ dao động, nhìn đôi, không mất cảm giác, không giảm phản xạ gân xương, nghĩ nhiều bệnh tiếp hợp thần kinh cơ

Phân độ nhược cơ: BN yếu cơ mức độ trung bình chi và thân mình, nhưng hầu hòng khó nuốt nặng phải ăn qua sonde, phân độ IV.

XI. Đề nghị CLS

Chẩn đoán: Kháng thể kháng acetylcholine; Kháng thể kháng MuSk; Test kích thích lặp lại; điện cơ sợi đơn.

CT ngực, T4, TSH; ANA; antidsDNA; RF; CPK

- Nhìn mờ do nguyên nhân chưa rõ có thể do Thần kinh thị hoặc bệnh mắt => Soi đáy mắt, MRI não.

CLS thường quy: Công thức máu, ĐHMM, AST, ALT, BUN, Creatinin; TPTNT, ion đồ, ECG, X Quang ngực thẳng.

KẾT QUẢ CLS

1. Kháng thể kháng acetylcholine: chưa có kết quả

Kháng thể kháng MuSk: chưa có kết quả

Test kích thích lặp lại-3HZ: âm tính trên cả 3 nhóm cơ.

2. MRI ngực: hình ảnh gợi ý tồn lưu tuyến ức; không thấy hình ảnh u tuyến ức.

T4, TSH: chưa có kết quả

ANA; antidsDNA: chưa có kết quả

RF: không làm

CPK: 60.38 (<171 U/L)

MRI não: vài nốt nhỏ bất thường tín hiệu ở chất trắng dưới vỏ thùy trán, đỉnh trán.

+ Ổ bất thường tín hiệu flow-void vùng trán đỉnh phải kèm giãn một nhánh tĩnh mạch vỏ não lân cận, khả năng dị dạng mạch máu

+ Không khảo sát được dây thần kinh thị trên phim.

CĐXD : Hội chứng nhược cơ do BTX/ Dị dạng mạch máu não.

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc :

- Điều trị nhược cơ

+Thuốc kháng men acetylcholinesterase

- +Nuôi ăn qua sonde, theo dõi tình trạng nuốt và hô hấp.
 - Điều trị nguyên nhân: do độc chất botulinum.
 - Điều trị (nhìn mờ): chưa rõ nguyên nhân.
 - Điều trị hỗ trợ: sinh hiệu, chế độ ăn, theo dõi
 - Tình trạng dị dạng mạch máu não: hội chẩn ngoại thần kinh.
- Tiên lượng trung bình do mức độ IVb, tuổi BN còn trẻ.