

Bệnh án thần kinh

I. HÀNH CHÁNH

- Họ và tên BN: Trịnh Ngọc Châu
- Giới: Nữ
- Sinh năm: 1942 (80 tuổi)
- Nghề nghiệp: Nghỉ hưu
- Địa chỉ: Phú Nhuận, TP.HCM
- Thuận tay P
- Nhập viện 11h34p ngày 27/03/2022 – Phòng 13A

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Yếu nửa người P

III. BỆNH SỬ: (Người nhà khai bệnh)

CNV 3 ngày, lúc 16h, bệnh nhân than mệt mỏi, đau đầu, lấy tay vỗ vào trán, không có rối loạn cảm giác hay mất cảm giác, vận động bình thường, ăn uống được. người nhà đo huyết áp 1 lần bằng máy đo thì được kết quả 140 mmHg. Người nhà gọi bác sĩ Jio health tới khám tại nhà chẩn đoán rối loạn hậu mãn kinh – theo dõi SSTT, đơn thuốc: Flunarizine 5mg 1vx2, Mirastad 30g 0,25mg uống tối, Magne B6 1vx2, onagre 1v. Sau khi uống thuốc, bệnh nhân hết đau đầu, ngủ được. 2 ngày tiếp theo bệnh nhân ngủ nhiều, người nhà nghĩ do tác dụng phụ của thuốc.

CNV 1 ngày, bệnh nhân yếu tay chân phải, khó ngồi dậy, không tự đi lại được, vẫn cử động được, vẫn còn cảm giác, tay chân trái bình thường. Người nhà thấy mờ nhẹ nếp mũi má bên phải. Bệnh nhân nghe hiểu người nhà nói, vẫn trả lời được, nhưng không tròn vành rõ chữ.

Ngày nhập viện, người nhà thấy triệu chứng ko giảm, sau khi ăn sáng bệnh nhân nôn ra hết nên đưa bệnh nhân đi cấp cứu tại bệnh viện ĐHYD.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho, không khó thở, không co giật, không té ngã, không chảy nước mắt, không đỏ mắt, không có té ngã, ăn uống được, tiêu tiểu bình thường.

Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện:

Tần số tim: 76 l/p

Huyết áp: 120/70 mmHg

Nhịp thở: 20 l/p,

Nhiệt độ: 39.1 °C

SpO2: 97 %,

Bệnh nhân lơ mơ

Glasgow 8đ E1V2M5

Niêm hồng
Kết mạc mắt không vàng
Không phù chi
Tim đều
Phổi không ran
Bụng mềm
Liệt 1/2 người phải
ĐHMM: 7.3 mmol/L

IV. TIỀN CĂN:

1. Bản thân:

- Chưa từng yếu tay chân và nói khó như vậy lần nào trước đây.
- Rối loạn tiền đình hơn 10 năm có điều trị thuốc cách đợt
- Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, bệnh lý tim mạch, mạch máu
- Không có tiền căn phẫu thuật, xạ trị, hóa trị.
- Có sử dụng thuốc bổ, thực phẩm chức năng chống loãng xương, sâm, hoạt huyết dưỡng não,...
- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia.
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

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

V. KHÁM: 19h ngày 2/4 (7 ngày sau nhập viện)

A. Khám tổng quát

1. Tổng trạng:

- Mạch: 75 l/p, Huyết áp: 114/66 mmHg, Nhịp thở: 20 l/p, Nhiệt độ: 36.8 °C, SpO2: 96 %.
- Tỉnh, tiếp xúc tốt, Glasgow 13đ E4V3M6
- 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, mờ nếp mũi má bên phải
- 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, diện đập 2x1 cm
- Hardzer (-), dấu náy trước ngực (-)
- T1, T2 đều, tần số 70l/p không âm thổi
- Phổi Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong hai phổi
- Không có ran
- Bụng mềm, không sẹo, không THBH.
- Bụng mềm
- Gõ trong
- Sờ không điểm đau
- Gan không to, chiều cao gan khoảng 9cm, 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, tiếp xúc được, mở mắt tự nhiên.
- Glasgow 13đ E4V3M6.
- Định hướng lực: trả lời sai câu hỏi không gian, thời gian, bản thân.
- Không tập trung thực hiện các yêu cầu.
- Giảm trí nhớ tức thì, trí nhớ gần, trí nhớ xa.
- Nói tháo lờ, trả lời câu hỏi không có ý nghĩa, chỉ trả lời được tên và các câu hỏi có không, định danh lặp lại sai.
- Không hiểu, không làm theo được lời nói chữ viết của người khám, không làm toán được.

2. Tư thế đáng bộ.

- Bệnh nhân chưa tự đi đứng lại được

3. 12 dây thần kinh sọ

- Dây I: không khám
- Dây II: thị lực, thị trường ko khám đượcđáy mắt không soi
- Dây III, IV, VI: Đồng tử 2 bên đều, kích thước 3mm, còn phản xạ ánh sáng trực tiếp và đồng cảm. Không có sụp mi, không có giới hạn nhìn ngang, nhìn dọc, không có rung giật nhãn cầu.

- Dây V: Phản xạ cằm nhẹ, còn phản xạ giác mạc 2 mắt
- Dây VII: Mặt nhẹ mờ nếp mũi má phải.
- Dây VIII: Thính lực 2 bên bình thường do bệnh nhân vẫn nghe và phản ứng lại với y lệnh người khámkhám
- Dây IX, X: không khám, bệnh nhân không thay đổi giọng nói, ăn không sặc
- Dây XI: không khám được
- Dây XII: không có teo lưỡi, không có lệch lưỡi, không có rung giật thớ cơ lưỡi, bệnh nhân nói rõ chữ

4. Hệ vận động

- Không có teo cơ, rung giật cơ và các vận động bất thường
- Trương lực cơ bình thường
- Sức cơ chi trên, chi dưới (P) 4/5, sức cơ chi trên, chi dưới (T) 5/5
- Test ngón tay chỉ mũi không khám được

5. Khám cảm giác:

- Khó khám cảm giác khách quan do bệnh nhân mất ngôn ngữ kiểu weknickle

6. Phản xạ:

- Phản xạ gân cơ (++) giống nhau 2 bên.
- Phản xạ da bụng (-)
- Phản xạ thắt hậu môn không khám
- Babinski chân (T) đáp ứng gập
- Babinskin chân (P) đáp ứng duỗi

7. Dấu màng não

- Cổ mềm
- Kernig (-), Brudzinski (-)

8. Các thành phần khác như hộp sọ, cột sống, mạch máu, hệ thần kinh thực vật chưa phát hiện bất thường.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 80 tuổi, nhập viện vì yếu nửa người (P), bệnh ngày 7 TCCN:

- Đau đầu, nôn ói
- Yếu nửa người P
- Mờ nhẹ nếp mũi má phải

TCTT:

Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân có

Bệnh nhân lơ mơ

Glasgow 8đ E1V2M5

Liệt 1/2 người phải

Tại thời điểm khám, bệnh nhân có

- Sức cơ tay P 4/5, chân P 4/5
- Babinski chân P đáp ứng duỗi

Tiền căn

- Rối loạn tiền đình 10 năm có điều trị

VII. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Yếu nửa người P cấp tính kiểu trung ương
- Mất ngôn ngữ kiểu Wernicke
- Lơ mơ GCS 8 điểm
- THA

VIII. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán chính:

- Vị trí tổn thương: Vỡ não trái thùy thái dương, thùy đỉnh, thùy chẩm ;
- Nguyên nhân: Xuất huyết não não thất (T) do THA.

2. Chẩn đoán phân biệt: Nhồi máu não bán cầu não (T) do tắc ở động mạch não giữa.

IX. Biện luận

Chọn trục biện luận là trục vận động.

Chẩn đoán định khu:

- Bệnh nhân yếu nửa người P, tay P, chân P đồng đều, tổn thương chức năng thần kinh cao cấp là mất ngôn ngữ kiểu Wernicke, nghĩ nhiều đến tổn thương trung ương. Có kèm theo các dấu hiệu cứng cổ như dysarthria, mờ nếp mũi má nhẹ, Babinski P đáp ứng duỗi, không có teo cơ, không có rung giật bó cơ, PXGX (++).
- Vị trí tổn thương: có thể gây ra liệt nửa người P thì phải từ tủy cổ cao trở lên. Có tổn thương liệt VII trung ương P nên vị trí tổn thương phải cao hơn nhân dây VII ở cầu não. Như vậy vị trí tổn thương có thể là ở cầu não cao, trung não, bao trong, vỏ đại não bên T. Bệnh nhân không có liệt các dây thần kinh khác nên có thể ít nghĩ đến tổn thương ở trung não. Như vậy còn 3 vị trí cầu não cao, bao trong, vỏ não bên T.
- Bệnh nhân yếu đồng đều tay và chân P kèm mất ngôn ngữ kiểu weknickle nghĩ nhiều là tổn thương vỏ não bán cầu não trái.

Chẩn đoán nguyên nhân:

Các nguyên nhân gây bệnh cảnh đột ngột gồm có chấn thương, mạch máu, động kinh, migraine, chuyển hóa, ngộ độc thuốc. BN không có tiền căn chấn thương gần đây, không tiền căn đái tháo đường, không sử dụng thuốc gần đây. => Nguyên nhân phù hợp nhất ở đây là do mạch máu gây bệnh đột quy.

Đột quy: Ở bệnh nhân này nghĩ nhiều đến xuất huyết não vì có triệu chứng đau đầu nhiều. Bệnh nhân lớn tuổi, có tiền căn sử dụng thuốc hoạt huyết dưỡng não, tuy nhiên bệnh nhân ko có bệnh cảnh tối cấp như nôn ói, mất ý thức, ... nên có thể ỏ xuất huyết não nhỏ.

X. CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán: MRI vì không rõ thời điểm khởi phát bệnh của bệnh nhân, bệnh nhân đến không còn trong giai đoạn tối cấp.

Thường quy: công thức máu, ĐHMM, HbA1c, AST, ALT, PT, aPTT, Bilirubin, Bun, Creatinin, TPTNT, ion đồ, ECG, Troponin I, X Quang phổi.

XI. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

MRI.

Ổ xuất huyết lượng nhiều trong nhu mô thùy thái dương - đỉnh - chẩm trái đã biết, chèn ép ngã ba não thất bên trái, gây giãn sừng thái dương não thất bên trái không tăng thêm, gây chèn đẩy đường giữa sang phải đã biết không tăng thêm (# 6mm), có lan từ rãnh vỏ não thùy đỉnh trái gây xuất huyết dưới nhện vùng này và lạnh trái phần cao lều tiểu não

Na⁺ 122 mmol/l (31/03)

K⁺ 2.44 mmol/l

calci toàn phần 1.67 mmol/L

XII. ĐIỀU TRỊ

Chuyển nội thần kinh, phòng chuyên đột quy

Theo dõi huyết áp, chưa có chỉ định mổ

Holter điện tim 24 giờ đầu, theo dõi sinh hiệu

