

# BA đợt cấp COPD Suy-tim Bs Hương

Wednesday, October 2, 2019 10:21 AM



Bệnh-án-  
Đợt-cấp-

Tổ 26 Lớp Y14E.

## BỆNH ÁN

### I. Hành chánh:

- Họ và tên: Lê Văn Đồng. - Nam.
- Tuổi: 74 - Nghề nghiệp: lái xe ba gác.
- Địa chỉ: Thanh Mỹ Lợi, Quận 2.
- Nhập viện lúc: 4h30 ngày 28/9/2019.
- Giường 51 hành lang khoa tim mạch bệnh viện nhân dân Gia Định.

### II. Lý do nhập viện: Khó thở

### III. Bệnh sử:

Cách NV 2 năm, bệnh nhân được chẩn đoán **suy tim EF giảm, bệnh cơ tim giãn nở, rung nhĩ mạn, COPD** ở BV NDGD, đi tái khám và uống thuốc đều. 3 ngày trước nhập viện, bệnh nhân khó thở liên tục tăng dần, 2 thì, tăng khi nằm, giảm khi ngồi, bệnh nhân vẫn đi lại được nhưng mỗi 5-6 m lại phải đứng lại để thở, kèm ho đàm nhiều hơn thường ngày, đàm hơi vàng. Bệnh nhân tự xịt thuốc **Seretide** ở nhà thì khó thở giảm ít (giảm khoảng 2-3 phần), sau 3-4 tiếng khó thở trở lại như cũ. **Ko đau ngực**. Ngày nhập viện, bệnh nhân ho đàm nhiều hơn, khoảng 10 phút ho 1 lần, mệt, khó thở tăng lên nhiều, bệnh nhân phải ngồi để thở, chỉ nói được từng cụm từ, khó thở không đáp ứng với thuốc xịt → nhập cấp cứu Bv Nhân dân Gia Định. **Ko đau ngực**. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau ngực, không đau bụng, tiểu phân vàng lúc bình thường, **tiểu vàng trong 1.5l không gắt buốt không phù**.  
Tình trạng lúc nhập viện:  
Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt:

Mạch: 156 l/p. Huyết áp: 130/70 mmHg.  
Nhiệt độ: 37 C. Nhịp thở: 20 l/p.  
SpO2 96%.

Tim loạn nhịp hoàn toàn.  
Phổi rale ngay lan tỏa 2 bên.

### IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

Nội khoa

- Cách NV 5 năm, bệnh nhân thường ho khạc đàm nhầy trắng, tăng khi nằm.
- Cách NV 4 năm, bệnh nhân xuất hiện khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần (hiện tại bệnh nhân đi bộ khoảng 50m đã thấy mệt), khó thở, khó thở phải nằm đầu cao 1 gối, về đêm có những cơn khó thở kịch phát khi đang ngủ, kèm phù nhiều lần. Tình trạng khó thở tiến triển nặng dần → cách NV 2 năm BN đi khám Bv nhân dân Gia Định chẩn đoán **Suy tim EF giảm - bệnh cơ tim giãn nở - rung nhĩ không do van - COPD**, BN được chụp mạch vành: không ghi nhận bất thường, hô hấp ký: hạn chế mức độ nhẹ + tắc

4 năm nay bệnh nhân đã khó thở, từ đây có thể bệnh nhân có suy tim, copd → đưa bệnh sử 4 năm lên bệnh sử

nghe mức độ nhẹ, không đáp ứng test dẫn phế quản (FEV1/FVC 0.62, FEV1:69%).

BN có được đề nghị đặt máy tạo nhịp nhưng từ chối. Hiện tại tái khám và uống thuốc thường xuyên tại BVNDGD, đơn thuốc đang điều trị:

- Furosemide 40mg 2v (u) x 2
- Acenocoumarol 4mg 1/8v (u)
- Bisoprolol fumarate 2.5mg 1+1/2 v (u)
- Spironolactone 2v (u)
- Magnesium +Vitamin B6 1v (u) x 2

- Seretide 25/250mcg
- Ventolin 100mcg

1 năm gần đây, bệnh nhân nhập cấp cứu BVNDGD 6 lần do các đợt suy tim mất bù cấp, đợt cấp COPD, viêm phổi

- Chưa ghi nhận tiền căn đau ngực trước đây
- Chưa ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, lao, bệnh thận trước đây.

Ngoại khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây.

Thói quen

- Bệnh khớp, bệnh tiền liệt tuyến ??phải hỏi đi tiểu dòng có nhỏ, có ngắt quãng → gọi ý phì đại tí
- Bệnh thận → Tiểu máu hay ko??

→ những triệu chứng âm tính đáng giá phải đưa lên trên đây.

Vd khi ghi bệnh nhân ho, có sốt +/-??

Vd khó thở, có đau ngực +/-

Yếu tố thúc đẩy suy tim

#### • bệnh lý ngoài tim:

- o nhiễm trùng (hô hấp, tiểu (bệnh nhân nam lớn tuổi, có thể có sỏi, tti → phải khai thác tiểu dùng gắt buốt? Tiền căn có sỏi? Phì đại tí tiêu hoá: đau bụng, nôn ói, ợ hơi ợ chua, tiểu phân như thể nào? lần ngày)
- o Thuyên tắc phổi: đau ngực (đưa lên trên chứ ko để trong quá trình bệnh)

#### • Bệnh lý tại tim

- o Tăng huyết áp: bệnh nhân khó thở có đi kèm nhức đầu?
- o Bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ: Bệnh nhân ko đau ngực nhưng Bệ nhân này lớn tuổi, có hút thuốc lá, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính oxy máu → mất quân bình cung cầu)
- o Hcvc
- o Rối loạn nhịp: nghĩ là yếu tố thúc đẩy nếu có rl nhịp trước đây (vc nhĩ đáp ứng thất nhanh/ cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất/ bloc thất hoàn toàn)

#### • Những yếu tố liên quan đến dùng thuốc( dùng thuốc ko đủ, bỏ thuốc, di thêm thuốc khác), sinh hoạt, stress

Vd bệnh nhân suy tim nếu dùng

- o kích thích beta → tim đập nhanh → suy tim nặng lên
- o ức chế beta liều quá nhiều cũng giảm co bóp → suy tim nặng hơn
- o ức chế canxi non DHP (hen phế quản tránh dùng ức chế beta → ứ canxi non DHP) → cũng suy tim nặng hơn → quá trình dùng như th nào?? Tăng giảm liều
- o corticoid, NSAID(thuốc giảm đau, nhiều bệnh nhân có nsaid thường xuyên, trong khi đó corticoid bệnh nhân thường ít sử dụng thường thủ đơn bác sĩ) → ứ muối ứ nước, co thắt đm vào thận → bệnh nh đau khớp??

chụp mạch vành → bệnh nhân khai → chưa đủ tin cậy. Vd xơ vữa dưới <50%

Bệnh lý mạch vành ko đồng nghĩa thiếu máu cục bộ. Thường hẹp trên 50% → mất cân bằng cung cầu.

→ nếu có sang thương mạch vành, chưa đủ 50% lúc bình thường chưa bị, nhưng nếu bệnh nhân có co thắt thêm, tăng gánh oxy → mất quân bình Case này: mạch 156 → tim phải nhanh hơn, do nhiều trg hợp tim bơm ra ko đủ để tạo áp lực có thể sờ mạch đc

Trường hợp mạch ko này → bệnh lý tim (lưu lượng máu ra ít → Nhát bóp rỗng: tim bóp, mạch ko này → mạch huyệt vd ngoại tâm thu, rung nhĩ (nhát bóp của rung nhĩ cũng do nhanh nên tâm trương rút ngắn → lưu lượng ít)

Phải đưa đơn thuốc vào bệnh sử → bệnh nhân có uống đúng thuốc, đủ thuốc hay ko ?? Liệu thuốc có liên quan đến đợt bệnh lần này hay ko

→ câu này phải đưa lên bệnh sử, lần gần nhất nhập viện cách bao lâu? Tình trạng 3 tháng nay như thế nào, có ổn ko (khó thở: bệnh nhân đi được bao nhiêu m? Đêm nằm ngủ được hay ko)  
Ko đưa lên cứ tưởng bệnh nhân bị bệnh 2 năm nay → 3 ngày nay mới khó thở nhiều

- Hút thuốc lá từ năm 15 tuổi, bỏ được 4 năm nay, 88.5 gói năm.
- Không uống rượu bia.
- Không ăn mặn (không chấm nước đung, không ăn đồ ăn sẵn), uống nước 1.5l/ngày, ăn trái cây mỗi ngày.

Dị ứng: Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc thức ăn.

Chứng ngứa: BN cháu chứng ngứa cúm, phế cầu

2. Gia đình: Chưa ghi nhận.

#### V. Tình trạng lúc nhập viện

#### VI. Khám lâm sàng:

##### A) Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu:
  - Mạch 74 lần/phút
  - HA 110/70 mmHg
  - Nhịp thở 18 lần/phút
  - Nhiệt độ 37°C

- SpO2 92%, khí trời
- Niêm hồng.
- Mũi không khô, lưỡi không dơ.
- Không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Thể trạng trung bình (CC 1m65, CN 58 kg, BMI = 21.3 => thể trạng trung bình)
- Không phù

##### B) Khám cơ quan

###### 1/ ĐẦU MẶT CỔ

- Cân đối, không biến dạng
  - Tuyến giáp không to
  - Khí quản không lệch
  - TMCN/45 độ (+)
- Harzer (-) nhưng tm cổ nổi (+) -> ko đồng nhất -> phải khám kĩ lại, nếu mơ hồ thì ghi mơ hồ

###### 2/ NGỰC

- Lồng ngực cân đối, di động khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Không sọc, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

###### TIM

- Mâm tim KLS VI đường nách giữa, diện đập 3x2 cm2, nảy nhẹ.
- Hardzer (-), dấu này trước ngực (-), không rung miu.
- Tần số 83 lần/ phút, loạn nhịp hoàn toàn.
- T1, T2 mờ

###### PHỔI

- Rung thanh đối xứng 2 phế trường.
- Gõ vang 2 bên
- RRPN giảm
- Rale ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường, rale nổ đáy phổi (P)

###### 3/ BỤNG

- Bụng cân đối, di động khi thở, không sắc tố, không sọc, không xuất huyết dưới da.
- Gõ trong khắp bụng.
- Nhu động ruột 5 lần/phút, không nghe âm thổi ĐM.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
- Gan: bờ trên KLS 5, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 8 cm, rung gan (-), ấn kê sườn (-).
- Lách không sờ chạm.
- Chạm thận (-), rung thận (-).

###### 4/ THẦN KINH: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

###### 5/ CƠ XƯƠNG KHỚP:

- Không sưng, nóng, đỏ các khớp, tầm hoạt động khớp bình thường.

Ko biến dạng

- Không yếu liệt.

#### VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 74 tuổi, nhập viện vì ho, khó thở, bệnh 4 ngày, qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận:

TCCN:

- Ho khạc đàm vàng
- Khó thở.

TCTT:

- TM cổ nổi /45 độ
- Phổi rale ngáy 2 phế trường, rale nổ đáy phổi (P)
- Tim loạn nhịp hoàn toàn.
- Mâm tim kls VI đường nách giữa, diện đập 3x2 cm2, nảy nhẹ.
- T1, T2 mờ.

Tiến căn:

- Suy tim, bệnh cơ tim giãn nở rung nhĩ không do vale.

Gia đình (cha mẹ, anh chị em) chưa ghi nhận các bệnh lý:

- THA
- ĐTD
- RlIm
- Lao phổi

Nam, lớn tuổi, hút thuốc lá

Xơ vữa mm: xe điều ?? Dấu dặt dây chuông ??

Bệnh lý mm ngoại biên ??

Ko đau ngực vẫn ko loại đc bệnh mạch vành -> thiếu máu cơ tim yên lặng. Nghĩ đến khi bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (lớn tuổi, đái tháo đường, thận mạn, tâm thần, lú lẫn của người già, tai biến mm não, các bi trí nhớ, ý thức khác...)

Cô khám: Hòm nay nghe rale nổ ẩm 2 bên

Cô khám

- Bụng gõ hơi đục
- Gan 2 cm dưới bờ sườn

- COPD.

#### VII. Đặt vấn đề:

1. Khó thở cấp.
2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
3. Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới.
4. Hội chứng suy tim.
5. Loạn nhịp hoàn toàn.
6. Tiền căn: COPD, suy tim, bệnh cơ tim giãn nở

#### VIII. Chẩn đoán sơ bộ:

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, suy tim NYHA III, bệnh cơ tim giãn nở, rung nhĩ không đo van.

#### IX. Chẩn đoán phân biệt:

Đợt mất bù cấp/ suy tim mạn NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, bệnh cơ tim giãn nở, COPD nhóm D, rung nhĩ không đo van.

VIÊM PHỔI

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, đợt mất bù cấp của suy tim mạn NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, bệnh cơ tim giãn nở, rung nhĩ không đo van.

#### X. Biện luận:

1. Khó thở cấp:

Do tim:

- Đợt cấp suy tim mạn: BN có khó thở phù hợp với diễn tiến suy tim, đã được chẩn đoán suy tim tại BV NDGD, đợt này nhập viện vì khó thở nhiều hơn -> siêu âm tim, ECG, NT pro BNP

Yếu tố thúc đẩy đợt cấp trên bệnh nhân này:

#### Nhịp nhanh (mạch hạt, loạn nhịp hoàn toàn là nền) (M156/ph)

+ Rối loạn nhịp tim: ~~nghe nhiều do khám thấy mạch hạt, loạn nhịp hoàn toàn~~

+ Hội chứng vành cấp: bệnh nhân không đau ngực, tuy nhiên bệnh nhân nam, lớn tuổi, tiền căn bệnh tim mạch, hút thuốc lá nhiều -> để nghi ECG, men tim, siêu âm tim

+ Tăng huyết áp: loại trừ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp, huyết áp lúc vào viện và lúc khám bình thường.

+ Nhiễm trùng: nghe nhiều do bệnh nhân có ho khạc đàm vàng, nhiều hơn ngày thường.

+ Không tuân thủ điều trị: ít nghi do bệnh nhân vẫn uống thuốc thường xuyên

- Hội chứng vành cấp: BN không đau ngực tuy nhiên ở bệnh nhân lớn tuổi không loại trừ -> để nghi ECG, troponin T hs, siêu âm tim -> **KO LOẠI TRỪ -> ĐƯA LÊN PHÂN**

- Chèn ép tim cấp: không nghi do không khám thấy tam chứng Beck huyết áp tụt, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim mờ

Do phổi:

- ~~Tràn khí màng phổi~~: bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám không có hội chứng tràn khí màng phổi, lồng ngực cân đối, đầu lép dưới da -> không nghi

- Thuyên tắc phổi: bệnh nhân có mạch nhanh lúc nhập viện nhưng không ho khạc máu, không đau ngực, không tiến căn bất động nằm lâu, không tiến căn huyết khối TM sâu -> thang điểm Wells: 1.5 -> ít nghi

- Viêm phổi: BN lớn tuổi có thể không có sốt, kèm theo ho đàm tăng, đàm có màu vàng, khám phổi có rale nổ -> nghi nhiều -> để nghi Xquang ngực thẳng

- Đợt cấp COPD: Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD cách đây 2 năm, lần này khó thở tăng, ho khạc đàm tăng hơn thường ngày, **đảm đổi màu** nên nghi nhiều.

+ Đánh giá đợt cấp: mức độ nặng vì có khó thở tăng, ho khạc đàm tăng, tuổi bệnh nhân trên 65, có kèm bệnh đồng mắc là suy tim.

+ Yếu tố thúc đẩy đợt cấp:

Nghĩ nhiều là do viêm phế quản cấp vì bệnh nhân có ho khạc đàm vàng

Không tuân thủ điều trị: không loại trừ, yếu cầu bệnh nhân xit để đánh giá.

Dị ứng nguyên: không nghi do lần này bệnh nhân không tiếp xúc với dị ứng nguyên.

+ Biện chứng

Suy hô hấp: bệnh nhân nhập viện NT 24l/ph, thở không co kéo, spO2:96% khí trời -> chưa nghi bn có suy hô hấp

Xẹp phổi: khám không có hội chứng 3 giảm, khí quản không lệch, lồng ngực cân xứng -> không nghi

TKMP: không nghi (đã biện luận phía trên)

2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

Bệnh nhân khai rung nhĩ -> mới có

Nếu bệnh nhân ko khai -> ko để vào -> chỉ để "loạn nhịp hoàn toàn"

Đợt cấp COPD- VPQ-Bệnh cơ tim giãn nở- suy tim- loạn nhịp hoàn toàn

- Viêm phổi
- Suy tim mất bù cấp
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ **phải có**
- Đưa đợt cấp suy tim lên đầu.  
Cơ hen tim có thể có triệu chứng khó khê giống đợt cấp copd, hen??  
Có rale nổ là dọa OAP  
(suy tim cấp của tha đề ra, suy tim cấp dọa phù phổi do nmct khó ra)

OAP: do

- a. Tăng tính thấm thành mạch: viêm phổi, ngộ độc khí
- b. Tăng áp lực thủy tĩnh

Trên bệnh nhân này dễ vào phù phổi

- Đợt cấp COPD
- viêm phổi

Suy tim cấp vốn nguy cấp hơn, khó xử trí hơn -> nên đưa vào đầu tiên

YTTĐ

nhiễm trùng  
Rl nhịp nhanh  
Có thể có hc vành cấp

-> Khám tĩnh mạch chi dưới (cò khám có nổi vein)  
-> cũng là người già -> làm siêu âm doppler ko thừa i

BN ho khạc đàm vàng tăng, khám có rale nổ nên nghi bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới. Nguyên nhân

Viêm phổi: đã biện luận phía trên

## Viêm phế quản

3. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới  
BN khám có rale ngáy lan tỏa 2 phế trường nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới. Nguyên nhân

COPD: bệnh nhân có tiền căn ho khạc đàm mạn + khó thở khi gắng sức diễn tiến nặng dần nhiều năm, hút thuốc lá 85.5 gói-năm, kèm theo đã được chẩn đoán COPD ở BVBDGB -> nghĩ nhiều

+ Phân nhóm COPD: Số đợt cấp trong năm: 1 + mMRC: 3 -> phân nhóm D

+ Biểu chứng:

Đa hồng cầu: bệnh nhân không có niêm đỏ rực, không đỏ da, không nghĩ.

Suy hô hấp mạn: không nghĩ do bệnh nhân ngón tay dùi trống, không rối loạn hành vi ngoài đợt cấp nên không nghĩ.

Tâm phế mạn: bn ghi nhận tiền căn từng nhiều lần phù, khám có tĩnh mạch cổ nổi -> có thể có tâm phế mạn kèm theo bệnh cơ tim giãn nở -> siêu âm tim

+ Bệnh đồng mắc: suy tim.

4. Hội chứng suy tim:

Bệnh nhân có khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, tim to (mở tim khoang liên sườn VI, lệch ra ngoài đường nách giữa), tiền căn ghi nhận từng có phù nhiều lần, ho về đêm -> đủ tiêu chuẩn đoán suy tim theo Frammingham

Phân độ suy tim theo NYHA: Hoạt động dưới mức bình thường gây mệt -> NYHA III.

Nguyên nhân:

+ Tăng huyết áp: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp trước đây.

+ Bệnh van tim: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn bệnh van tim trước đó, khám thấy âm thổi cơ năng nên không nghĩ.

+ Bệnh mạch vành: do bệnh nhân chưa có tiền căn bệnh mạch vành trước đây, tuy nhiên không loại trừ do bệnh nhân có hút thuốc, lớn tuổi.

+ Rối loạn nhịp: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có mạch hạt, loạn nhịp hoàn toàn.

+ Bệnh cơ tim giãn nở: bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh cơ tim giãn nở -> nghĩ nhiều

5. Loạn nhịp hoàn toàn: bệnh nhân đã được chẩn đoán rung nhĩ không do van.

## XI. Để nghĩ cần lâm sàng:

Tâm phế mạn đơn độc: dày nhiều

Tâm phế mạn + bệnh cơ tim giãn nở -> suy tim P

Trc đó chụp mạch vành (-)trong 2 năm bmv có thể tiến triển -> suy tim

Rln có thể là nguyên nhân có thể là hậu quả -> chỉ nghĩ rln là nguyên nhân khi ko có nguyên nhân nào khác + kéo dài. Case này nghĩ rln là biến chứng  
Vd bệnh nhân có suy nút xoang bẩm sinh -> suy tim

-> case này nghĩ nguyên nhân hàng đầu là bệnh cơ tim giãn nở, thứ hai là mạch vành

CLS chẩn đoán: X quang ngực thẳng, ECG, siêu âm tim, NT pro BNP, hs Troponin T, ure, creatinine, CTM, CRP.

CLS thường quy: ion đồ, AST, ALT, TPTNT, đường huyết tĩnh mạch, bilan lipid máu.

## XII. Kết quả CLS:

1. Công thức máu:

Xét nghiệm	Hệ thống đơn vị 1	
	Kết quả	Giá trị bình thường
WBC	13,64	4.0 - 10.0 K/ul
% NEUT	85,2	340 - 77 %
% LYMPH	6,7	16 - 44 %
% MONO	7,4	0 - 10 %
% EOS	0,1	0.00 - 7.00 %
% BASO	0,2	0.0 - 1.0 %
% Luc	0,4	0.0 - 4.0 %
NEU	11,62	2.00 - 7.5 K/ul
LYM	0,92	1.00 - 3.5 K/ul
MONO	1,01	0.00 - 1.00 K/ul
EOS	0.01	0 - 0.6 K/ul
BASO	0.03	0.0 - 0.1 K/ul
**RBC	4,22	3.6 - 5.5 T/L
Hgb	127	140 - 160 g/l
Hct	0.398	0.350 - 0.470 L/l
MCV	94,3	80 - 100 fL
MCH	30,1	26.0 - 34.0 pg
MCHC	333	310-360 g/L
RDW	14,1	9.0 - 16.0 %CV
**PLT	223	150 - 400 Giga/L
MPV	10,3	6.0 - 12.0 fL

Bạch cầu tăng, Neu ưu thế: phù hợp với tình trạng nhiễm trùng.

Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ.

## 2. Sinh hóa máu

Urea	10,6	2,5 - 7,5 mmol/L
Creatinin	182,4 (28/9/2019) 180,2 (30/9/2019)	Nam 62-120; nữ 53-100 umol/L
Natri	137	135 - 145 mmol/L
Kali	3,78	3,5 - 5,0 mmol/L
Glucose	6,79	3,9-6,1 mmol/L

-> làm dự trữ kiềm  
-> làm lại đường huyết đói, hbA1c

rối loạn dung nạp đường phân biệt  
Rối loạn đường huyết đói??

Chlorid	99,7	99-111 mmol/L
AST	27,2	Nam < 37U/L
ALT	13,9	< 4 U/L
TSH	0,751	0,27-4,78 uIU/mL
FT4	1,216	0,71-1,85 ng/dL
CRP	78,99	0-5 mg/L
eGFR	33,51 (28/9/2019) 33,99 (30/9/2019) 38,54 (16/4/2019) 36,75 (9/5/2019)	

-> làm lại mẫu 2

Bệnh nhân có eGFR từ tháng 4 tới nay dưới 60 ml/ph/1,73 à Bệnh nhân có bệnh thận mạn.  
CRP 78,99 phù hợp với tình trạng nhiễm trùng.

-> suy thận 3B

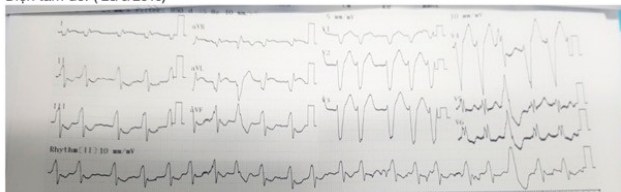
Nguyên nhân có thể nghĩ: suy tim -> giảm tưới máu kéo dài-> suy thận cấp ko hồi phục -> suy thận mạn. Ngoài ra có thể nghĩ ngờ bệnh thận trc đây-> điều tra thêm (tiểu máu, sỏi)

CRP	78,99	0-5 mg/L
eGFR	33,51 (28/9/2019) 33,99 (30/9/2019) 38,54 (16/4/2019) 36,75 (9/5/2019)	

Bệnh nhân có eGFR từ tháng 4 tới nay dưới 60 ml/ph/1,73 → Bệnh nhân có bệnh thận mạn.  
CRP 78,99 phù hợp với tình trạng nhiễm trùng.

-> phải làm TPTNT/ siêu âm bụng

## 3. Điện tâm đồ: ( 28/9/2019)



Tần số 150 lần/ phút, không đều.

Trục lệch phải.

Không có sóng P, sóng f lẫn tần, QRS không đều về biên độ ở DII → rung nhĩ.

Vậy bệnh nhân có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh.

Phức bộ QRS: dẫn rộng (0,2 s), hình ảnh RR' ở V6, QRS âm ở V1 → có block nhánh Trái.

+ Ngoại tâm thu thất Phải, nhịp đơn??

+ Biên độ: RV1+ SV5 < 11 → không lớn thất phải.

SV1+ RV5 < 35 → không lớn thất trái.

-> Không phù hợp trên lâm sàng, xquang, siêu âm tim  
Đoạn ST, T chưa phát hiện bất thường.

R v6 bình thường phải lớn hơn Rv5 -> nghi tim to nên điện cực sai

V5-6 -> mỏm tim trung đòn

Case này mỏm tim đường trung đòn -> **V7 (đường nách sau)-V8 (xương bả vai)**

-> sokolow lyon tính R cao nhất (có thể ở V7-V8)

- Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh
- NTT thất nhanh
- LBBS

ST thay đổi ở v5,6 là thứ phát sau LBBS

ST chênh xuống ở DII, DIII, avF-> có nghi ngờ



4. Xquang:



Góc tâm hoành ko còn nhọn -> coi chừng dịch màng ngoài tim -> siêu âm

Tư thế đứng, hít vào đủ sâu, không đối xứng, 2 xương bả vai không ra khỏi 2 phế trường.

Bóng tim to > 0,55

Cung động mạch chủ phồng: bờ ngoài cách bờ trái > 1,5 cm.

Động mạch phổi đậm.

Tăng tuần hoàn phổi ra 1/3 ngoài và 1/3 trên.

Không có đường Kerley.

Góc sườn hoành không mờ.

Không tổn thương nhu mô phổi.

Không tràn khí màng phổi.

-> Bông tim to phù hợp với suy tim. Không thấy tổn thương nhu mô phổi của viêm phổi, tuy nhiên không loại trừ vùng tổn thương bị che lấp bởi bông tim.

5. Siêu âm:

- Không dịch màng ngoài tim.
- Loạn nhịp hoàn toàn.
- Dẫn bốn buồng tim.
- Huyết khối nhĩ T 22x10,1, di động.
- Hở van 3 lá nhẹ, VC < 3cm.
- Giảm động toàn bộ thất T.
- Chức năng tâm thu thất T giảm EF = 12%. EF : 3 tháng trước 25%

### XIII. Chẩn đoán xác định:

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, theo dõi đợt mất bù cấp suy tim mạn, NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, rung nhĩ không do van, block nhánh trái, bệnh cơ tim dân nờ.

### XIV. Điều trị:

#### Điều trị hiện tại

Điều trị dự phòng huyết khối: acenocoumarol

Điều trị huyết khối: enoxaparin

Điều trị suy tim: furosemide, bisoprolol, lisinopril

Điều trị đợt cấp COPD

SAMA+ SABA (combivent)

Augmentin

Giảm đàm: bromhexine

Bệnh cơ tim giãn nở: ko thuốc điều trị

#### Y lệnh cụ thể

- Acenocoumarol 4mg  
1/4 v (u) sáng.
  - Enoxaparin 60mg/0.6ml  
1 ống (TDD) x 2
  - Furosemide 40 mg  
1v (u) x 2, s.c.
- > tiêm TM 20mg 1 ống tĩnh mạch -> uống khi hết phù nhanh

- Bisoprolol fumarate 2,5 mg  
1v (u) x 2 s.c.
  - Lisinopril 10 mg  
1v (u) s.
  - Combivent 2,5 ml 1 ống + NaCl 0,9 % 2ml phun khí dung.
  - Augmentin 500 mg 1v (u) s.
  - Bromhexin hydrochloride: 8mg  
1v x 3 (u)
- Bc 13K -> nên chích, tăng liều  
1g (liều 625mg : 500mg  
amoxicillin + 125 clavunic)

### XV. Tiên lượng:

Tiên lượng nặng: bệnh nhân COPD nhóm D, suy tim NYHA III.

Nếu bệnh nhân có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh -> kiểm soát nhịp tim : digoxin -> chích -> sang uống  
Đánh liều cao r chỉnh xuống thấp  
Nguy cơ Suy thận lưu ý digoxin: dùng liều trung bình, bệnh nhân thiếu niệu -> BUN, crea, có thể do nồng độ digoxin trong máu, chỉnh liều dần dần

Ca này ko loại thiếu máu cơ tim -> cho nitrate /  
artivastatin

Men tim: case này ko làm

- Nnt-proBNP -> suy tim cấp nếu giới hạn pro BNP quá cao (75t:1800), dưới 300 ko có ý nghĩa, ở giữa là vùng xám  
Suy thận cũng làm tăng pro BNP -> phải tính cao hơn, cỡ 2000
- Tropinin

Ca này nặng -> có khi ko pb đợt cấp copd/ đợt cấp suy tim

Đợt mất bù cấp suy tim -Đợt cấp COPD mức độ nặng nhóm D - VPQ - Cơ tim nở- Suy tim Nyha 3 giai đoạn C - bệnh tim thiếu máu cục bộ -rung nhĩ- BTN

ức chế men chuyển - thụ thể tương đương.  
Tuy nhiên bệnh nhân này ho nhiều -> ức chế thụ thể cho chắc  
FDA : Valsartan , ECS: có thêm Lorsartan, candersartan  
Chú ý độ lọc cầu thận -> đánh giá lại cre, bun

