

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Thầy Minh sửa 22/3/2019

Thầy hỏi Khuê thấy gì khác so với BA cô Hương STEMI, những điều khác thầy mong mỗi muốn trả lời:

- Giai đoạn khác nhau
- BA cô TH vô vì biến chứng OAP, bn này vô vì đau ngực khởi phát
- Sáng STEMI thành dưới, bn này STEMI thành trước rộng.
- Sáng 3 nhánh MV phải CABG, còn bn này PCI đmv xuống trc trái, đoạn gần LAPD.
- 2 BA Này đều là xuyên thành, hết cơ tim bị hoại tử → ST chênh lên, có sóng Q hoại tử.

Trình BA phải trình ở lúc cấp cứu mới NV.

I. **Hành chính:**

Họ và tên: Hồ Minh Luyện

Tuổi 62 Giới: Nam

Nghề nghiệp: Nghỉ hưu

Địa chỉ: Bình Thạnh,TPHCM

Nhập viện 5h50p 16/3/2019

II. **Lí do nhập viện:** Đau ngực

III. **Bệnh sử:** BN là người khai bệnh

Cách nhập viện 8 giờ, vào lúc 21h ngày 15/3, BN đang xem ti vi, đột ngột đau ngực sau xương ức, kiểu đè nặng, liên tục, cường độ vừa, lan lên vai trái, hàm dưới 2 bên, bờ trụ cánh tay trái, căng tay trái, không tư thế tăng giảm đau, hít thở không đau thêm, bn đi vào giường nằm nghỉ nhưng cơn đau không giảm làm bn xoay trở, không thể ngủ được, cơn đau càng lúc càng tăng dần, đến gần sáng thì BN không chịu được, kèm vã mồ hôi, buồn nôn, BN được người nhà đưa đến khám và nhập viện BV NDGD

Trong quá trình bệnh, bn không sốt, không ho, tiểu vàng trong không gắt buốt, lượng không rõ, không tiêu chảy, không ợ hơi ợ chua.

Tình trạng lúc NV:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt

Môi hồng chi ấm, mạch rõ

Mạch 100 lần/phút Thở 18 lần/phút sao thở không thay đổi (đặc điểm thở trong suy tim, phù phổi là thở nhanh nông → kiểm hô hấp) HA 130/70mmHg
T° 37°C

Tim đều, phổi trong, bụng mềm

Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Diễn tiến sau nhập viện

Lâm sàng	Xử trí
	8h50 16/3 bn được can thiệp DSA, giảm đau ngực còn 3/10
6h 17/3, Bn than mệt sau ăn Spo2 90% Phổi ran ẩm 2 đáy 21h 17/3 khó thở M 128l/p Ha 100/60 mmHg	Thở o2 3l/p → spo2 96% Đầu cao 45o Dobutamine 0.25g1 ống NaCl 0.9% đủ 50ml BTTĐ 1.5ml/h
18/3 bn hết đau ngực, còn khó thở	

IV. Tiền căn:

1. Cá nhân:

- Không ghi nhận tiền căn đau ngực trước đây
- Không ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu
- Năm 16 tuổi bn mắc bệnh sốt rét
- Cách NV 7 năm, chẩn đoán parkinson, khám và điều trị tại bác sĩ tư với toa:propanolol 40mg 1v*3, Topamax 50mg 2v*2 , mạch bình thường 60-70l/p, HA bình thường 130-140mmhg. 2 năm nay không đi tái khám mà tự lấy toa đi mua uống
- 9/2012, chẩn đoán sỏi san hô thận T, mổ mở lấy sỏi, đặt son JJ tại BV Bình Dân
- Không ghi nhận dị ứng thuốc, dị ứng thức ăn
- Không uống rượu bia. Hút thuốc lá khoảng từ năm 16 tuổi , 69 gói.năm hiện chưa bỏ

2. Gia đình: anh chị em có bị THA, ĐTĐ

V. Lược qua các cơ quan:

Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

Hô hấp: khó thở khi xoay trở, khi nói chuyện nhiều

Tiêu hóa: Không đau bụng, chưa đi tiêu

Tiết niệu: tiểu vàng trong, không gắt buốt, 1lít/ngày

Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt

VI. Khám tổng quát (12h 18/3/2019,, N3 sau nhập viện)

1. Tổng quát:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu cao 45o

Niêm hồng

Thở O2 canula 3l/p

Mạch 120l/ph HA 96/60mmHg(qua Monitor) Thở 20l/ph T:
37°C

CN 60kg CC 164cm BMI= 22 kg/m² >> Thể trạng trung bình

2. Đầu mặt cổ:

Cân đối

Tuyến giáp không to, khí quản không lệch

Không tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45°

3. Lồng ngực:

Cân đối, không sẹo mổ cũ, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

Tim:

- Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái **mỏm bình thường**
sao chẩn đoán suy tim? Có thể do nmct trước rộng (= tắc đoạn gần of LAD)
- Diện đập 1*1cm², không dấy nảy trước ngực, không ổ đập bất thường, không dấy Hardzer, không rung miu
- T1,T2 đều rõ, tần số 120l/ph, không âm thổi

Hô hấp:

- Gõ trong, rung thanh đều 2 bên, âm phế bào êm dịu 2 bên
- Không rale

4. Bụng:

Cân đối, di động theo nhịp thở

sẹo mổ cũ dài 8cm hông lưng T, không tuần hoàn bàng hệ

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

Chiều cao gan 8cm, bờ trên KLS 5 đường trung đòn phải, bờ dưới không sờ chạm

Lách không sờ chạm

Rung thận(-), bập bênh thận (-)

5. Thần kinh cơ xương khớp

Cổ mềm

Không dấy thần kinh định vị

Không giới hạn vận động các khớp

VII. **Tóm tắt bệnh án:**

BN nam 62 tuổi, NV vì đau ngực giờ thứ 8. Qua thăm khám ghi nhận:

TCCN:

+ Đau ngực đột ngột, kiểu đè nặng, sau xương ức, lan lên vai trái, 2 hàm dưới, mặt trụ cánh tay trái, cẳng tay trái, vã mồ hôi

+ khó thở khi nằm đầu bằng

TCTT:

Sinh hiệu lúc nhập viện: Mạch 100 lần/phút Thở 18 lần/phút HA 130/70mmHg, Tim đều, phổi trong

Lúc khám: M 120 ha 96/60, đầu cao 45o

Tiền căn:

Hút thuốc lá 69 gói.năm

Chưa từng đau ngực trước đây

VIII.Đặt vấn đề:

1. Hội chứng vành cấp (3 cái: STEMI, NSTEMI, UA)

IX.Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Nhồi máu cơ tim bán cấp ngày thứ 3 biến chứng suy bơm

2. Chẩn đoán phân biệt:

Cơn đau thắt ngực không ổn định-Parkinson

X.Biện luận:

❖ Đau ngực cấp:

1. HC vành cấp có: BN nam, 62 tuổi, hút thuốc lá, đau ngực 1 vùng sau xương ức, kiểu đè nặng, cường độ dữ dội, khởi phát khi nghỉ,kéo dài > 20 phút, dữ dội, kèm các triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi→ Nghĩ nhiều là hội chứng vành cấp. Hội chứng vành cấp gồm 3 thể STEMI/NSTEMI/UA. Trên LS khó phân biệt 3 thể này, đề nghị ECG 12 chuyển đạo, men tim
+Nếu là NSTEMI/UA: thang điểm TIMI

- Tuổi >65 0đ
- Có >= 3 yếu tố nguy cơ mạch vành 0đ
- Có hơn 2 cơn đau ngực trong 24 giờ 0đ
- Dùng aspirin trong 7 ngày 0đ
- Có thay đổi sóng ST chưa xđ
- Có thay đổi men tim chưa xđ
- Có hẹp mạch vành > 50% chưa xđ

⇒ TIMI 0đ trên lâm sàng, thuộc nguy cơ thấp.

Biến chứng

- Cơ học: khám tim không sờ thấy rung miêu, không âm thổi→ không biến chứng thủng vách liên thất, đứt cơ nhú
- Rối loạn nhịp: T1,t2 đều rõ 100l/p không có biến chứng rối loạn nhịp
- Suy bơm: khám chi âm, mạch quay đều rõ, nhưng có m: 120l/p, Ha 96/60 mmHg, khó thở khi nằm nên không loại trừ→ NT pro BNP, siêu âm tim

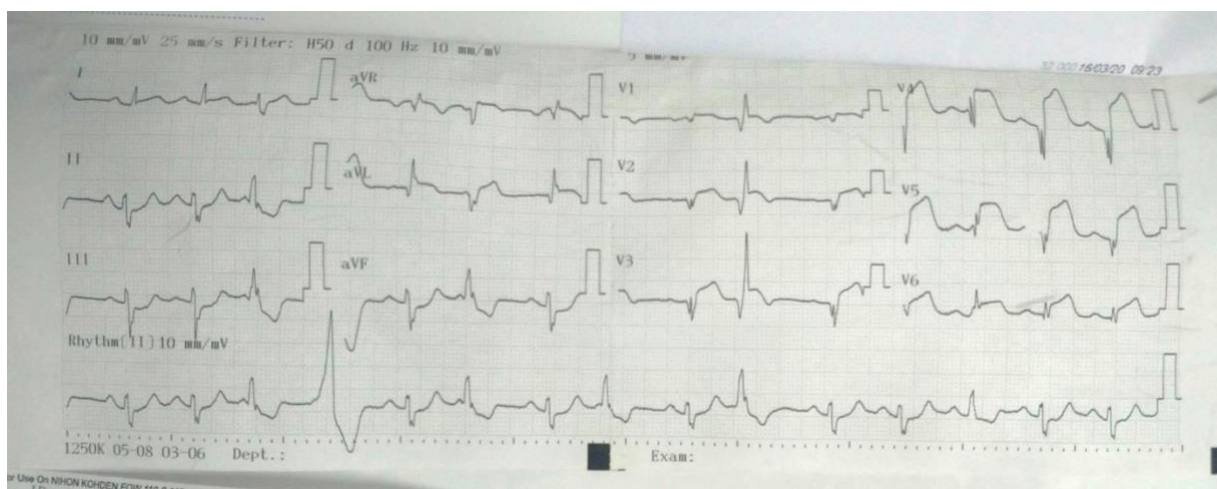
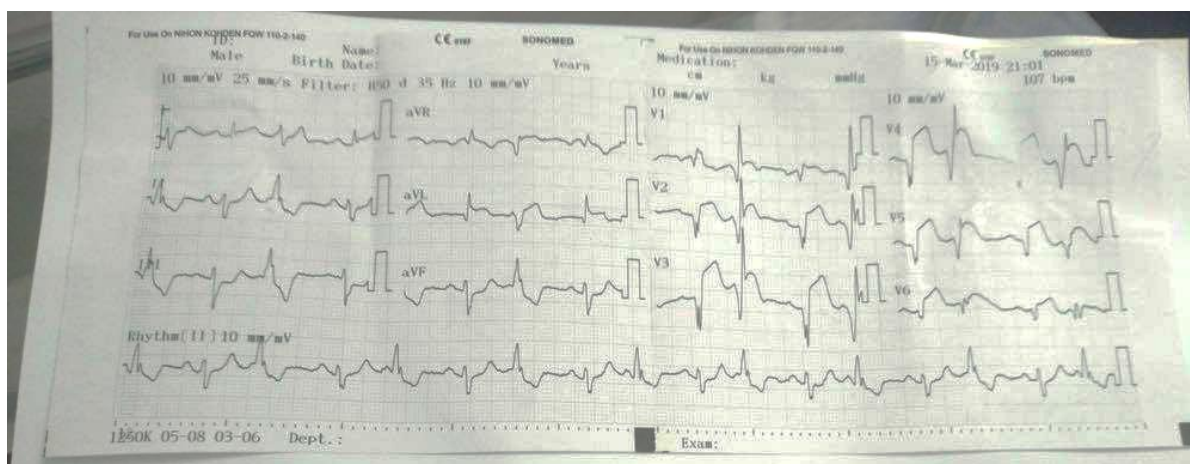
VIII. Đề nghị CLS:

1. CLS chẩn đoán: ECG, Hs troponin, CKMB, Nt pro BNP, siêu âm tim, Biland lipid máu
2. CLS thường quy: CTM, BUN, Creatinin máu, AST, ALT, đường huyết, TPTNT, Xq ngực thẳng
3. CLS điều trị: đông máu toàn bộ, nhóm máu

IX. **Kết quả CLS:**

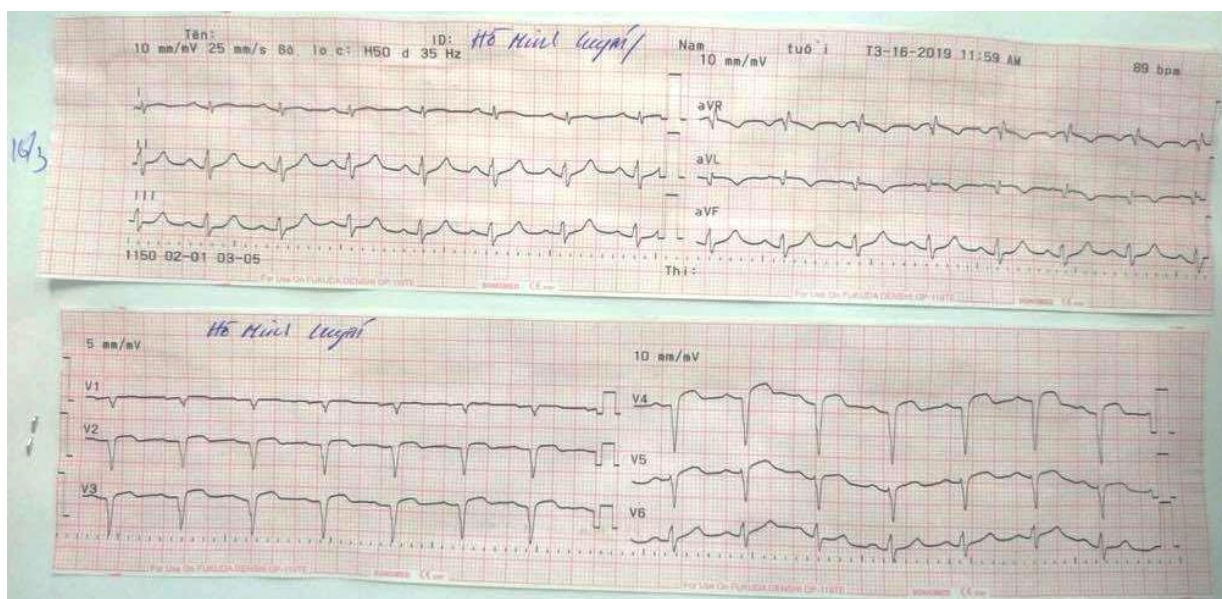
ECG: ngày 16/3/2019 phòng cấp cứu bv NDGD **Thầy nói ca này ECG hay**

- **STEMI = NMCT có sóng Q hoại tử**: xuyên thành, nhồi máu hết, diễn tiến tiếp theo ecg sẽ có sóng Q hoại tử.
- **NSTEMI** (phải hiểu là ST PHẢI chênh xuống): do nhồi máu dưới nội mạc, diễn tiến thì ST vẫn chênh xún, aka NMCT không có sóng Q hoại tử
- **UA** là tắc chưa htoan, sẽ diễn tiến tới NSTEMI or STEMI
- **NMCT xuyên thành (transmural)**: Vector ST sẽ đi từ nội tâm mạc ra thượng mạc (trong ra ngoài), hướng về điện cực đang đặt → ST chênh lên, sau đó có q hoại tử
- **NMCT dưới nội mạc** (1 phần cơ tim bị hoại tử): Vector ST đi từ ngoài vào trong (thượng mạc → nội mạc), xa điện cực đang đặt → ST chênh xún, không có q hoại tử.
- **BA Cô TH: Thành sau dưới đã có ST chênh lên thì phải làm V3R, V4R để rà NMCT thất phải, có ST chênh lên ko (thầy nhắc lại cái này 4 lần)** do vị trí tắc of ĐM vành P. Nếu tắc ở đoạn gần thì bị lun thất P (xử trí khác), còn đoạn xa thì chỉ ở thành dưới.
- Chỉ đo V3R, V4R nếu thành dưới có ST chênh lên, NSTEMI thì không làm.
- DII, DIII, avF chênh lên thì soi gương DI, aVL, V3-6 (trước tim) chênh xuống.
- V3 – V4: Vùng chuyển tiếp = vách liên tiếp. V5 – V6 thất trái.
- Bình thường: V1-V2 $R > S$, V3 V4 $R = S$, V5 V6 $R < S$. Nếu đặt V3R, V4R thì R thành Q (không phải q bệnh lý), luôn luôn thấy q → CĐoan NMCT thất P chỉ cần ST chênh lên ở V3R, V4R (chỉ cần 0,5mm), không cần sóng q.

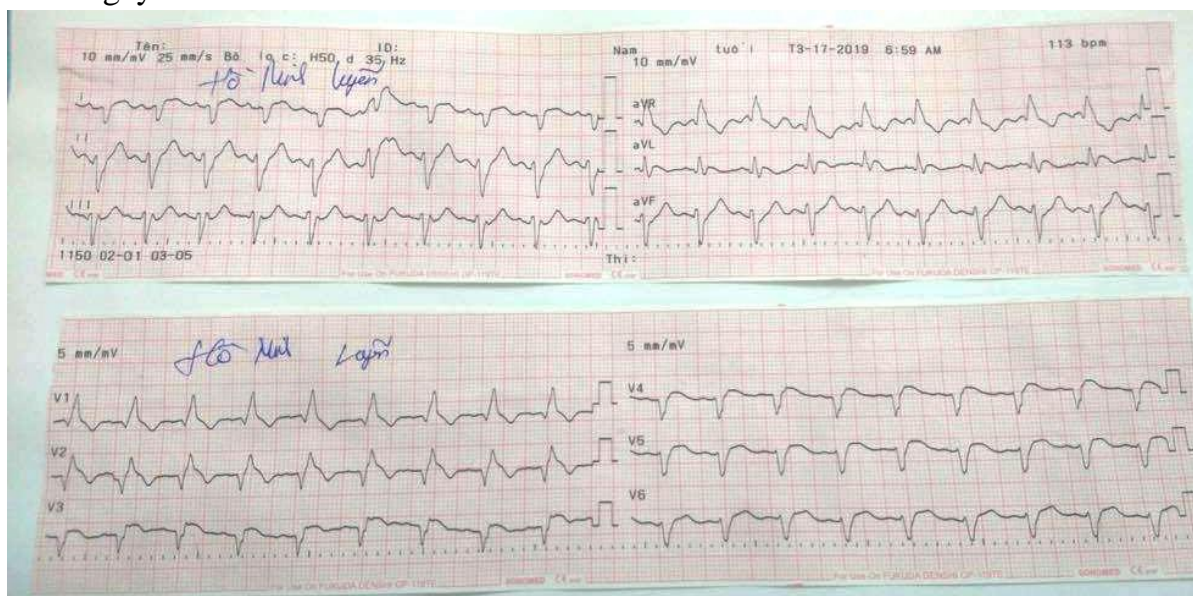


- ⇒ Nhịp xoang tần số: 90 lần/phút, 5 Ngoại tâm thu nhĩ dạng nhịp đôi trong 10s, 1 ngoại tâm thu thất
- Trục: lệch trái -60 độ
- Sóng P: thời gian 0,012s, biên độ 2mm không lớn nhĩ
- Khoảng PR 0,2s trong giới hạn bình thường
- Phức bộ QRS 0,08s, block nhánh P
- Khoảng QT=0,32s \Rightarrow QTc= 0,41 < 0,45s : bình thường
- ST-T:
- ST chênh lên 2mm ở v1-6, 1mm ở D1, aVL,**
- ST chênh xuống 1mm ở D2,3 aVF \Rightarrow soi gương**
- \rightarrow CDoan nmct luôn luôn phải tìm dấu soi gương, có hay không có đều phải nói.**
- ⇒ NMCT cấp ST chênh lên thành trước rộng

ECG ngày 16/3 sau khi can thiệp(giờ thứ 15)



- ⇒ Nhịp xoang đều, tần số: 100 lần/phút
Trục: trung gian
Sóng P: thời gian 0,12s, biên độ 2mm không lớn nhĩ
Khoảng PR 0,2s trong giới hạn bình thường
Phức bộ QRS 0,08s, không lớn thất theo tiêu chuẩn Solokow Lyon, r cắt cụt v1-v5
Khoảng QT=0,36s \Rightarrow QTc= 0,47: dài
ST-T:
ST chênh lên 2mm ở v1-6
- ⇒ NMCT ST chênh lên thành dưới giai đoạn bán cấp
ECG ngày 17/3



- ⇒ Nhịp xoang đều, tần số: 100 lần/phút
Trục vô định

Sóng P: thời gian 0,12s, biên độ 1mm không lớn nhĩ

Khoảng PR 0,16s trong giới hạn bình thường

Phức bộ QRS 0,12s, không lớn thất theo tiêu chuẩn Solokow Lyon, r cắt cụt v1-v5, hình ảnh block nhánh p

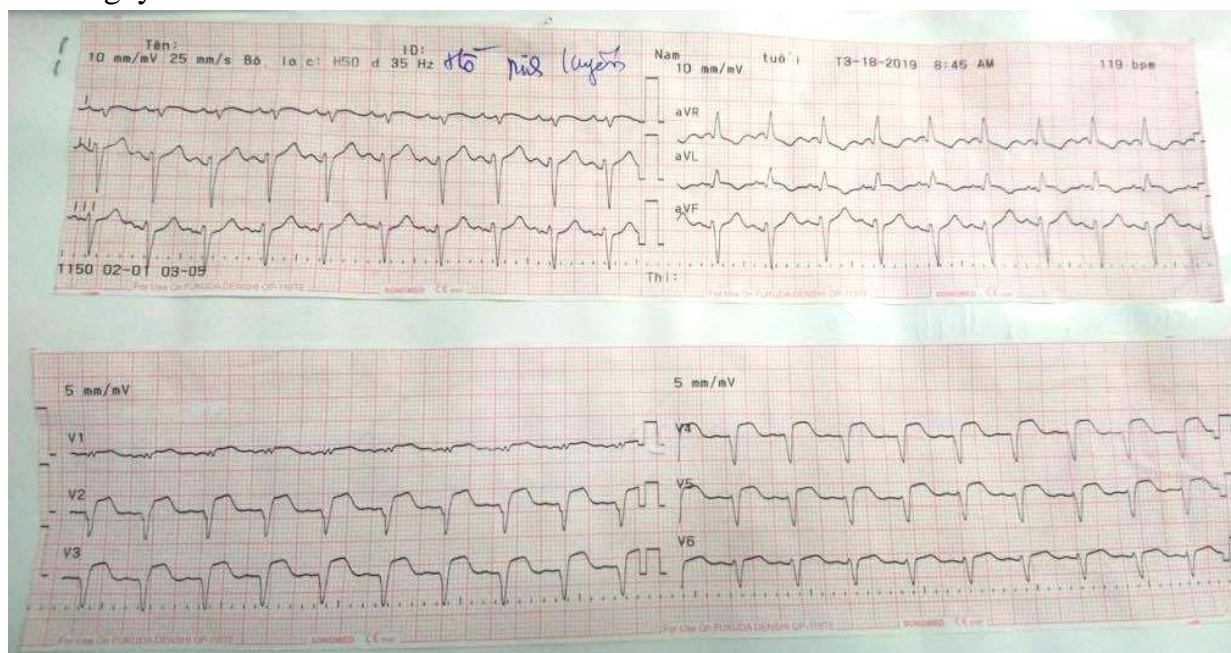
- BN THA – ĐTD hay có T âm sâu.
- ST chênh xuống + T âm sâu → thiếu máu cơ tim, phải làm luôn men tim nếu thấy ECG này. Men bthg là TMCT, men tăng là NSTEMI. NSTEMI giống TMCT trên ecg, pbiệt bằng men tim.
- Không cần đợi đau ngực mới làm men, do 1 số bn không đau dù nmct (ĐTD, già)
- T âm sâu, ST chênh xuống của V1 – V6 dù không tăng men tim thì đều tắc nghẽn nặng của LAD (đmv xuống trước T).

ST-T:

ST chênh lên 2mm ở v3-6

⇒ NMCT ST chênh lên thành dưới giai đoạn bán cấp

ECG ngày 18/3



1. Men tim:

	16/3/2019	17/3/2019	18/3/2019	
CKMB	112.20			<25 U/L
hsTnT	1.39	>10.00	6.29	<0.01 ng/mL
hsCRP		35.67		<1.0 mg/L

NT-Pro BNP		4269		<125 pg/mL
------------	--	-------------	--	------------

Men tim tăng+ ECG có ST chênh lên

⇒ Phù hợp với NMCT có ST chênh lên

Có biến chứng suy bơm

2. Siêu âm tim: 17/3/2019

- Các buồng tim không lớn.
- Lớp dịch thành trước thất (P) dmax 12mm không dấu đè sụp.
- Giảm động nặng vách liên thất, vùng mỏm, thành sau co bóp tốt.
- Hở van 3 lá ¼ PÁP 40 mmHg.
- Chức năng tâm thu thất (T) giảm EF = 45% (SP4 = 25%).

⇒ Phù hợp NMCT thành trước không có biến chứng cơ học của NMCT, có biến chứng suy bơm

XQ ngực thẳng: chưa ghi nhận bất thường

4.CTM:

	08:15 16/03/2019	04:00 18/03/2019	Khoảng tham chiếu
WBC	16.91	16.41	4.0 - 10.0 K/uL
NEU%	87.3	79.3	40.0 - 77.0 %
LYM%	9.0	11.6	16.0 - 44.0 %
MONO%	3.1	8.4	0 - 10 %
EOS%	0.2	0.2	0.00 - 7.00 %
BASO%	0.4	0.5	0.0 - 1.0 %
IG%	0.7	0.7	0.0 - 1.0 %
NEU	14.76	13.00	2.00 - 7.50 K/uL
LYM	1.53	1.91	1.00 - 3.50 K/uL
MONO	0.52	1.38	0.00 - 1.00 K/uL

EOS	0.03	0.04	0 – 0.6 K/uL
BASO	0.07	0.08	0.0 – 0.1 K/uL
IG#	0.11	0.11	0.0 – 0.1 K/uL
RBC	5.90	5.25	4.0 – 5.8 T/L
HGB	181	162	140 - 160 g/l
HCT	0.524	0.460	0.350 – 0.470 L/l
MCV	88.8	87.6	80 – 100 fL
MCH	30.7	30.9	26.0 – 34.0 pg
MCHC	345	352	310 – 360 g/L
RDW	307	13.9	9.0 – 16.0 %CV
PLT	307	218	150 – 400 G/L
MPV	9.1	9.5	6.0 – 12.0 fL
NRBC#	0.01	0.00	0.00 – 0.06 K/uL
NRBC%	0.1	0.0	0.0 – 1.0 /100WBC
IG Present	+		
Monocytosis		+	

⇒ Ctm có bạch cầu tăng cao, trên ls bn không sốt, không tìm thấy ổ nhiễm khuẩn nên nghĩ bc tăng do phản ứng

5. Đông máu

	08:15 16/03/2019	Khoảng tham chiếu
PT	14.8	11.33 – 14.87 giây
PT%	88	79 – 125 %
INR	1.08	0.86 – 1.13
APTT	29.4	26 – 37 giây

--	--	--

6.Sinh hóa

	08:15 16/03/2019	04:00 17/03/2019	04:00 18/03/2019	Khoảng tham chiếu
Glucose	10.35	8.54		3.9 – 6.1 mmol/L
HbA1c		5.8		< 6.1 %
Urea	9.7			1.7 – 8.3 mmol/L
Creatinine	123.9		100.3	62 – 106 umol/L
Na	138.7		138.5	135 – 145 mmol/L
K	4.07		3.27	3.5 – 5.0 mmol/L
Cl	110.8		108.2	97 – 111 mmol/L
AST	164.6			<=37 U/L
ALT	43.4			<=41 U/L
eGFR	54.48		69.65	

➔ Men gan tăng có thể do phản ứng theo dõi sau 2 tuần

7.Bilan lipid

	04:00 17/03/2019	Khoảng tham chiếu
Cholesterol	4.12	3.9 - 6.1 mmol/L
Triglycerid	1.61	0.46 – 1.88 mmol/L
HDL	0.98	>= 0.9 mmol/L
LDL	2.85	<= 3.4 mmol/L

⇒ Lipid máu bình thường

X. Chẩn đoán xác định:

Nhồi máu cơ tim bán cấp ST chênh lên, thành trước rộng, ngày thứ 3, biến chứng suy bơm-Parkinson

XI. Điều trị: *Dùng lý thuyết của trg, không copy BV*

Mục tiêu:

1. Điều trị cơ bản chung
2. Điều trị tái tưới máu
3. Điều trị các biến chứng

Điều trị cụ thể:

1/ Thời điểm nhập viện:

Nhập CCU

Thở O₂

Lập đường truyền kim 18G

Theo dõi monitor

Giảm đau

Tái tưới máu

Ngừa nhồi máu tái phát

Cụ thể:

- Thở O₂ ẩm qua canula 3l/ph
- Nitroglycerin 0,4 mg NDL 1v x3 mỗi 5 phút => Nitroglycerin 10mg/10ml x2A+ 50ml NaCl 0,9% ~~bơm tiêm điện~~ **10mcg/phút phải ghi rõ BTTĐ bao nhiêu ml/h → thầy sẽ hỏi thi cho y lệnh truyền nitrat.**
- Ngậm dưới lưỡi chỉ giảm đau khi đtn ổn định, HCVC thì phải truyền TM

Nitrate trong vai trò dtri OAP, THA cc. Nitroglycerin là 3 gốc nito (ngày xưa có loại 4 gốc mà h hại hết xài), bên tiêu hóa dùng mono nito do gan chỉ chuyển hóa dc 1 gốc.

Dẫn tĩnh mạch là chính → tạo hồ tĩnh mạch, giảm tiền tải

Thời gian bán hủy là 2 phút → chỉnh liều theo sát

- Enalapril 5mg 1 v (u)
- Atorvastatin 20mg 1v x2 (u)
- Aspirin 81mg 1v x2 (u)
- Ticagrelor 90mg 1v x2 (u) <đọc là “LO” không đọc lơ/leo =>> > trước đây 1y dùng Clopidogrel 75mg (600mg = 8v). Giờ cho Tica do 1 số cas kháng clopidogrel
- Nói thêm ở ngoài: Thuốc ĐTD cũ là metformin (glucophar), giờ là DDP4.
- Lovenox (Enoxaparin) 40mg 3/4A có quyền cho liều theo kg cân nặng theo lý thuyết (bv cho ½ ống) TM
- Nexium 40mg 1v (u)
- Tái tưới máu: BN nhập viện giờ thứ 8 tại BVGD nên chọn PCI cấp cứu xem giờ vàng thuốc TSH: 3 tiếng đầu.
- **TSH không chọn lọc:** Streptokinase (thầy yêu cầu phải bik cách dùng) 1,5 triệu UI trong 90p (IV). Nếu đang dùng thì 8h sau mới cho kháng đông (eg: lovenox) chứ không là XH
- BN hok dùng betablocker dù không có suy tim nhưng NMCT trước rộng → tiềm tàng nguy cơ suy bơm. Trg hợp này không dùng sớm (trong vòng 48h)
- NMCT thành dưới +/- thất P: khoan dùng betablocker do nguy cơ vào block nhĩ thất, even độ III.
- Betablocker: hạn chế vùng nhồi máu nhờ giảm sức co bóp cơ tim (giảm o2), hạn chế ngoại tâm thu thất.
- Thiếu giảm đau morphine, nhớ loại CCD. OAP cũng có thể dùng morphine.

- **GIẢM ĐAU TRONG NMCT CÓ 3 THỨ THUỐC:** Morphine, Nitrat (dẫn mạch), beta blocker (giảm nhu cầu oxy)

2/ điều trị hiện tại

- furosemide 20mg 1A*2(TMC)
- Enalapril 5mg 1 v (u)
- Atorvastatin 20mg 1v x2 (u)
- Aspirin 81mg 1v (u)
- Ticagrelor 90mg 1v x2 (u)
- Lovenox (Enoxaparin) 40mg 1.5A*2 TDD
- Nexium 40mg 1v (u)

NMCT tái phát: Nếu trước đây đã dùng TSH không chọn lọc thì lần này không dùng nữa do cơ thể tạo kháng thể kháng lại.

XII. Tiên lượng:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị đặc hiệu, tuy nhiên trên bệnh nhân lớn tuổi nhồi máu vùng trước rộng, có biến chứng suy bơm nên tiên lượng nặng