

Họ tên sinh viên : NGUYỄN PHAN NHƯ PHIN      Lớp: Y17B. Tổ: 07

Ngày làm bệnh án: 09/09/2020.

## **BỆNH ÁN NỘI KHOA**

### **I. HÀNH CHÍNH:**

Họ tên bệnh nhân: Phạm Thị T.      Năm sinh: 1949 (71 tuổi). Giới: Nữ.

Địa chỉ: Phường 13, Quận 5, TP.HCM.

Nghề nghiệp: Nội trợ, trước đây làm nhân viên cây xanh đã nghỉ hưu trên 10 năm.

Ngày giờ nhập viện: Nhập khoa cấp cứu lúc 23h ngày 07 tháng 09 năm 2020

Khoa: Nội tim mạch. Phòng số: C1.14. Giường số: 52

**LÍ DO NHẬP VIỆN:** Đau ngực

### **II. BỆNH SỬ:**

-CNV khoảng 3h, BN đang xem TV (thời sự) đột ngột đau ngực trái sau xương ức diện đau khoảng 3 khoát ngón tay, không lan, đau nhói, đau từng cơn, thời gian mỗi cơn và bao nhiêu cơn thì BN không rõ, giữa các cơn cường độ đau giảm còn âm ỉ nhẹ. BN có xoa ngực, ngồi dậy đứng lên, cúi người phía trước nhưng không giảm đau. BN khai hít thở sâu tăng đau, cường độ các cơn đau tăng dần đến không chịu nổi nên BN đi grabcar nhập cấp cứu BV Nguyễn Tri Phương (thời gian từ nhà BN đến BV NTP khoảng 15p).

-Trước đó lúc 18h ăn tối xong, BN uống thuốc định kỳ 1 viên Trimetazidin 35mg, 1 viên Atorvastatin 10mg theo đơn thuốc BV Quận 5 TP.HCM.

-Trong cơn đau ngực BN có khó thở, BN cố gắng hít thở sâu để giảm đau nhưng càng đau nhiều hơn, khó thở 2 thì, không có tư thế giảm khó thở, khó thở có tính chất tăng giảm theo cơn đau ngực. BN cảm thấy mệt nhiều khi đau ngực tăng, kèm vã mồ hôi nhiều.

-Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không hắt hơi chảy mũi nước, không ho ra máu, không buồn nôn, không nôn, không đau bụng, không ợ hơi ợ chua, chóng mặt nhẹ, không ngất, không tiêu chảy, không tiểu gắt buốt, không tiểu máu, đi tiêu đi tiểu bình thường . Ăn uống bình thường, bữa ăn tối lúc 18 giờ.

**Tình trạng nhập viện:**

Tri giác : BN tỉnh, tiếp xúc được, da niêm hồng, chi ấm, mạch rõ.

Mạch 120 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 160/80 mmHg.

Nhịp thở 20 lần/phút, cao 155cm, nặng 73kg.

**Diễn tiến lúc nhập viện:** 08/09/2020

0h25, không rõ thuốc được chỉ định, HA 160/80 mmHg, mạch 120 l/p, SpO2 : 99% .

1h05, huyết áp 110/70mmHg, mạch 82 lần/phút, SpO2 :98%. Giảm đau ngực, hết khó thở.

7h, BN tỉnh tiếp xúc tốt giảm đau ngực, không khó thở, HA 120/70 mmHg, mạch 64 lần/phút, SpO2 96%, không phù, đau gối 2 bên.

### **III. TIỀN CĂN:**

#### **1. Bản thân:**

##### **a. Nội khoa :**

-CNV khoảng 10 năm, được CD thiếu máu cục bộ cơ tim tại BV Quận 5 TPHCM, uống thuốc Trimetazidin 35mg sáng 1 viên chiều 1 viên hàng ngày.

-CNV khoảng 10 năm, được CD rối loạn mỡ máu tại BV Quận 5 TPHCM, uống thuốc Atorvastatin 10mg chiều 1 viên hàng ngày.

-CNV khoảng 4 năm, gãy xương vai (P) chữa tại BV Chợ Rẫy.

-CNV khoảng 2 năm, BN thường đau ngực trái âm ỉ khi gắng sức (BN tập dưỡng sinh các động tác hơi nặng cũng đau ngực nhẹ với tính chất như trên), giảm khi nghỉ ngơi, đôi lúc đang nghỉ ngơi hoặc có xúc động cũng gây đau ngực. Hiện tại BN leo 1 tầng lầu có đau ngực nhẹ (mấy năm trước lên được 4 tầng lầu). BN vẫn đi tập dưỡng sinh hàng ngày, khi nào tập gắng sức mới đau ngực. Có khó thở trong những cơn đau ngực nhiều, những cơn đau nhẹ không có khó thở (đau ngực làm bệnh nhân khó chịu hơn khó thở). BN ngủ nằm đầu thấp (1 gối thấp), thỉnh thoảng có những cơn bất dậy nửa đêm vì đánh trống ngực hơn là khó thở, BN đi WC vô là ngủ đc. Gần đây mỗi lần BN ho thì có đau ngực trái.

-Trước giờ chưa từng nhập viện vì đau ngực hay khó thở, lần này đau dữ dội nhất.

-CNV 1 năm (23/10/2019), BN nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng tại BV NTP có kết luận Viêm loét phù nề hang vị độ trung bình, uống thuốc 2 tuần của BV (Albis+Remint-S fort, Drotaverin).

-BN viêm họng mạn tính, thường ho khan, khi nào bị nhiễm trùng hô hấp mới có đàm trắng ít. Đợt cảm cúm trước cách đây 1 tháng.

-Thoái hóa khớp không rõ năm chẩn đoán, uống thuốc ngắt quãng tại BV Quận 5, TPHCM. Có đi châm cứu.

-Không THA, không ĐTĐ.

-Không ghi nhận căng thẳng tâm lý gần đây. Ăn ngủ sinh hoạt bình thường.

**b. Ngoại khoa :**

-CNV khoảng 20 năm, mô u xơ tử cung khi mãn kinh tại BV Hùng Vương TP.HCM.

-CNV khoảng 5 năm, mô nốt ruồi trên da (ung thư da) tại BV Chợ Rẫy.

**c. Sản phụ khoa :**

-PARA 3003, đẻ thường. BN mãn kinh năm 49-50 tuổi.

**d. Thuốc đang sử dụng :**

-Trimetazidin 35mg sáng 1 viên chiều 1 viên : Bệnh tim thiếu máu cục bộ.

-Atorvastatin 10mg chiều 1 viên : Rối loạn mỡ máu.

-Không uống thuốc nam thuốc bắc.

**e. Thói quen :**

-Hút thuốc lá : không.

-Đồ uống có cồn : không

-Ăn uống: cơm, cháo, không ăn mặn.

-Thể lực: tập dưỡng sinh (múa kiếm) hàng ngày.

**f. Dự ứng : chưa ghi nhận.**

**g. Dịch tễ học:**

-BN không đến các vùng dịch tễ Quảng Nam, Đà Nẵng.

**2. Gia đình:**

-Anh trai bị ung thư vòm họng mất 1 năm.

**IV. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: Lúc 7h, 09/09/2020**

1.Tim mạch : Đau ngực trái nhẹ.

2. Hô hấp : Ho khan mạn, không sốt.

3.Tiêu hóa :Không ợ hơi ợ chua, không buồn nôn, không nôn.

4.Tiết niệu, sinh dục : Tiểu không gắt buốt, không tiểu máu.

5. Thần kinh : Không đau đầu, không chóng mặt.

6. Cơ xương khớp : Đau 2 khớp gối kèm vai trái nhiều.

**KHÁM LÂM SÀNG** : lúc 6h30, ngày 01/09/2020

### **1. Tổng quát :**

#### **- Sinh hiệu :**

Mạch : 64 lần/phút    Huyết áp : 136/82 mmHg

Nhịp thở : 16 lần/phút    SpO2 : 96%

Tri giác : BN tỉnh , tiếp xúc tốt, da niêm hồng.

Tổng trạng : Chiều cao : 155cm    Cân nặng : 73kg    BMI : 30.4 (Béo phì độ II)

- Da niêm: Không tím hay xuất huyết.
- Hô hấp: Không co kéo cơ hô hấp phụ, không có kiểu thở bất thường.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Chi ấm, mạch ngoại biên sờ rõ.
- Phù 2 chân, mức độ phù 1+.

### **2. Đầu mặt cổ :**

- Cân đối, khí quản không lệch.
- Không môi khô, lưỡi dơ.
- Không thở chúm môi, không phập phồng cánh mũi.
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không sờ chạm
- Tĩnh mạch cổ tư thế nằm 45° không nổi,

### **3. Ngực :**

Cấu trúc thành ngực : Cân đối, di động theo nhịp thở, THBH (-), không sao mạch, không u sẹo.

Hoạt động cơ hô hấp : Không co kéo cơ hô hấp phụ.

Điểm đau : Đau nhẹ vùng ngực trái.

Tim :    Mỏm tim : Ngực BN dày mỡ nên không sờ thấy mỏm tim.

Tiếng tim : T1, T2 rõ đều, không âm thổi, tần số 64 lần/phút.

Không ồ đập bất thường, dấu nẩy trước ngực (-), Harzer (-).

Phổi : Gõ : trong.

Rung thanh : đều 2 bên.

Âm khi nghe : RRPN êm dịu, không rale.

Tần số hô hấp : 16 lần/phút.

#### **4. Bụng**

Cấu trúc, hoạt động thành bụng : bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, XHDD (-), THBH (-)

Nhu động ruột : 6 lần/phút.

Âm thổi vùng bụng : không.

Gõ bụng : gõ trong khắp bụng, gõ đục ở các tạng đặc.

Điểm đau : bụng mềm, không điểm đau khu trú.

Gan : không sờ chạm.

Lách : không sờ chạm.

Thận : chạm thận (-)

#### **5. Thần kinh- cơ xương khớp :**

- Không yếu liệt tay chân, không dấu thần kinh định vị.
- Không sưng nóng đỏ các khớp, tầm vận động khớp bình thường.

### **V. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nữ 71 tuổi nhập viện vì đau ngực, bệnh 3 giờ sau khi khai thác ghi nhận :

**TCCN :** Đau ngực cấp

Khó thở

Vã mồ hôi

**TCTT :** HA cấp cứu : 160/80 mmHg

Phù 2 chân đến mắt cá, mức độ phù 1+

**Tiền căn :** Thiếu máu cục bộ cơ tim

Rối loạn mỡ máu

Thoái hóa khớp

Viêm sưng phù nề hàng vị độ trung bình

Viêm họng mạn tính

## **VI. ĐẶT VẤN ĐỀ :**

1. Đau ngực cấp
2. Khó thở cấp
3. Phù 2 chân đến mắt cá, mức độ phù 1+
4. Tiền căn : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn

## **VII. BIỆN LUẬN :**

### **Đau ngực cấp :**

1. Nguyên nhân thành ngực (Thần kinh-cơ xương khớp) :

-Không nghĩ vì đau không thay đổi khi xoa, có gây khó thở, khám không có điểm đau thành ngực khu trú, không nổi bóng nước, không nổi ban đỏ, không liên quan tư thế. BN cũng không có tiền căn chấn thương gần đây.

2. Nguyên nhân do phổi :

-Ít nghĩ bệnh lý màng phổi (TDMP/TKMP), tuy BN giống kiểu đau màng phổi (tăng khi hít sâu kèm ho), khởi phát đột ngột cũng phù hợp trong TKMP nhưng thăm khám không có hội chứng 3 giảm (gõ đục, rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm). Đề nghị X-quang ngực thẳng để kiểm tra.

-Không nghĩ Viêm phổi/Viêm màng phổi, do BN không sốt, không ho đàm (ho khan của bệnh nhân là mạn tính nhiều năm nên không nghĩ do đợt viêm này gây ra), khám phổi không thấy rale, không có tiếng cọ màng phổi.

-Không nghĩ bệnh lý đường dẫn khí (Viêm phế quản cấp, viêm khí phế quản cấp), vì BN không sốt, không có triệu chứng của nhiễm trùng hô hấp trên (hắt hơi, chảy mũi nước), không viêm họng, không khàn tiếng, thăm khám không có ran rít ran ngáy.

-Không nghĩ tăng áp phổi, vì BN khởi phát đau ngực khi nghỉ chứ không phải gắng sức, khám không nghe T2 mạnh ở đáy tim, không nghe âm thổi tâm thu vùng mỏm của hở van 2 lá cơ năng, dấu nẩy trước ngực (-), Harzer (-), TMC không nổi.

### 3. Nguyên nhân do mạch máu :

- Không nghĩ phình bóc tách động mạch chủ, do BN đau ngực kiểu nhói, đau từng cơn tăng dần chứ không đau xé dữ dội ngay từ đầu, không lan ra sau lưng, không có âm thổi của hở van động mạch chủ, không mất mạch ngoại biên, không có tiền căn THA.

-Ít nghĩ thuyên tắc phổi, tuy BN giống đau ngực kiểu màng phổi khởi phát đột ngột kèm vã mồ hôi nhưng BN ít có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi (không bất động nằm lâu, gần đây không phẫu thuật, không sưng chân đau khi ấn, không có tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, không ho ra máu). Vì BN có đau ngực giống kiểu màng phổi kèm có phù 2 chân đến mắt cá, phù mềm ấn lõm không đau nên chưa thể loại trừ. Đề nghị XN D-DIMER.

### 4. Nguyên nhân do tiêu hóa :

-Không nghĩ do trào ngược dạ dày-thực quản/loét dạ dày tá tràng, tuy BN có tiền căn viêm dạ dày nhưng gần đây BN không ợ hơi ợ nóng, không khó tiêu, không có kiểu đau nóng rát ở sau xương ức và thượng vị, không giải thích được có khó thở kèm vã mồ hôi.

### 5. Nguyên nhân do tim :

-BN đau ngực khi nghỉ sau xương ức, đau nhói, không yếu tố giảm đau, đau từng cơn kéo dài, cường độ ngày càng tăng, kéo dài 3 giờ kèm khó thở, vã mồ hôi trên nền BN là nữ 71 tuổi đã mãn kinh có các YTNC BMV (béo phì độ II, tiền căn rối loạn mỡ máu, HC vành mạn) kèm có tiền căn các cơn đau thắt ngực ổn định thường xảy ra (đau khởi phát khi gắng sức và giảm khi nghỉ ngơi với vị trí, tính chất và thời gian, đau phù hợp) nên nghĩ nhiều BN bị HC vành cấp.

- HC vành cấp gồm các thể : NMCT cấp và đau thắt ngực không ổn định, trường hợp này không chắc chắn thể bệnh nào vì BN đau sau xương ức tăng dần đến dữ dội kéo dài trên 30 phút kèm khó thở vã mồ hôi nên rất có thể là NMCT cấp nhưng BN đau kiểu từng cơn, giữa các cơn giảm đau nên không thể loại trừ Đau thắt ngực không ổn định.

- Thời điểm 3 giờ, vì ghi nhận từ lúc đó cơn đau tăng dần về cường độ.
- Phân độ Killip I, vì lâm sàng BN không có ran ẩm ở phổi, không TM cổ nổi, không Gallop T3, không tụt HA.
- Phân tầng nguy cơ : theo TIMI=2 : nguy cơ cao (BN có : >65 tuổi, tiền căn bệnh mạch vành) cần làm thêm men tim để chẩn đoán TIMI
- BN có triệu chứng khó thở nên nghĩ có biến chứng suy tim trái cấp (biến chứng suy bơm), ngoài ra không nghe âm thổi nên không nghĩ có biến chứng cơ học (hở van 2 lá, thông liên thất), biến chứng rối loạn nhịp cần xem xét ECG lúc BN nhập cấp cứu.
- Bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, Thoái hóa khớp, Viêm dạ dày.

-Không nghĩ viêm màng ngoài tim cấp, kiểu đau ngực của BN có thể của đau màng phổi, tuy nhiên BN không giảm đau khi ngồi cúi người phía trước, nằm ngửa không tăng đau, không có tiền căn nhiễm siêu vi trước đó, không nghe thấy tiếng cọ màng ngoài tim, không có tam chứng Beck của chèn ép tim cấp nên không nghĩ.

-Ít nghĩ viêm cơ tim, vì trước đó BN không nhiễm virus (lần cảm cúm trước theo lời BN khai cách đây 1 tháng nên ít nghĩ liên quan đến lần này). Tuy nhiên bệnh viêm cơ tim có thể biểu hiện lâm sàng giống như NMCT cấp nên đề nghị Siêu âm tim để chẩn đoán.

-Không nghĩ bệnh van tim, vì nghe tim không thấy âm thổi. Nếu bệnh van tim đã tiến triển nặng tới biểu hiện ra triệu chứng đau ngực, khó thở thì ta phải nghe được âm thổi.

## **Phù 2 chân đến mức cá, mức độ phù 1+ :**

BN chỉ phù 2 mức cá chân, phù mềm ấn lõm không đau, không thỏa điều kiện phù đôi xứng qua cơ hoành nên đây là phù khu trú. Tuy nhiên phù khu trú có thể là dấu hiệu sớm của phù toàn thân nên ta cần khảo sát các nguyên nhân phù toàn thân lẫn khu trú.

-Phù toàn thân :

- Suy tim : BN không khó thở khi nằm, không khó thở kịch phát về đêm nên không nghĩ do suy tim trái làm suy tim phải. BN không có các triệu chứng khác của suy tim phải như TM cảnh nổi, gan to, phản hồi bụng-cảnh(-) và không nghĩ có các bệnh gây suy tim phải nguyên phát như tăng áp phổi nguyên phát, bệnh tâm phế mạn. Nên ít nghĩ do suy tim.



- Xơ gan : thường gây báng bụng trước và BN không có dấu hiệu STBG và TALTCM nên không nghĩ xơ gan.
- Suy dinh dưỡng : không nghĩ do BN vẫn ăn uống bình thường, với phù mu bàn tay bàn chân trước.
- Bệnh thận : thường phù nổi bật ở mặt vào sáng sớm và trước giờ BN đi tiểu bình thường chưa ghi nhận bệnh thận nên không nghĩ.

-Phù khu trú : Loại trừ tổn thương tại chỗ (nhiễm trùng, bong, cơ học) do BN không sốt, không đau, không chấn thương.

Nhiều khả năng là suy van tĩnh mạch do BN lớn tuổi. Đề nghị siêu âm mạch máu chi dưới.

### **VIII. CHẨN ĐOÁN :**

**CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ :** Nhồi máu cơ tim cấp, giờ thứ 3, biến chứng suy tim trái bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp. TD suy van TM chi dưới.

### **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :**

1. Đau thắt ngực không ổn định, giờ thứ 3, TIMI  $\geq 2$  , chưa biến chứng bệnh kèm theo : rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp. TD suy van TM chi dưới.
2. Thuyên tắc phổi, bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp. TD suy van TM chi dưới.
3. TDMP/TKMP, bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp. TD suy van TM chi dưới.
4. Viêm cơ tim, bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp. TD suy van TM chi dưới.

### **IX. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG :**

#### **Cận lâm sàng thường quy:**

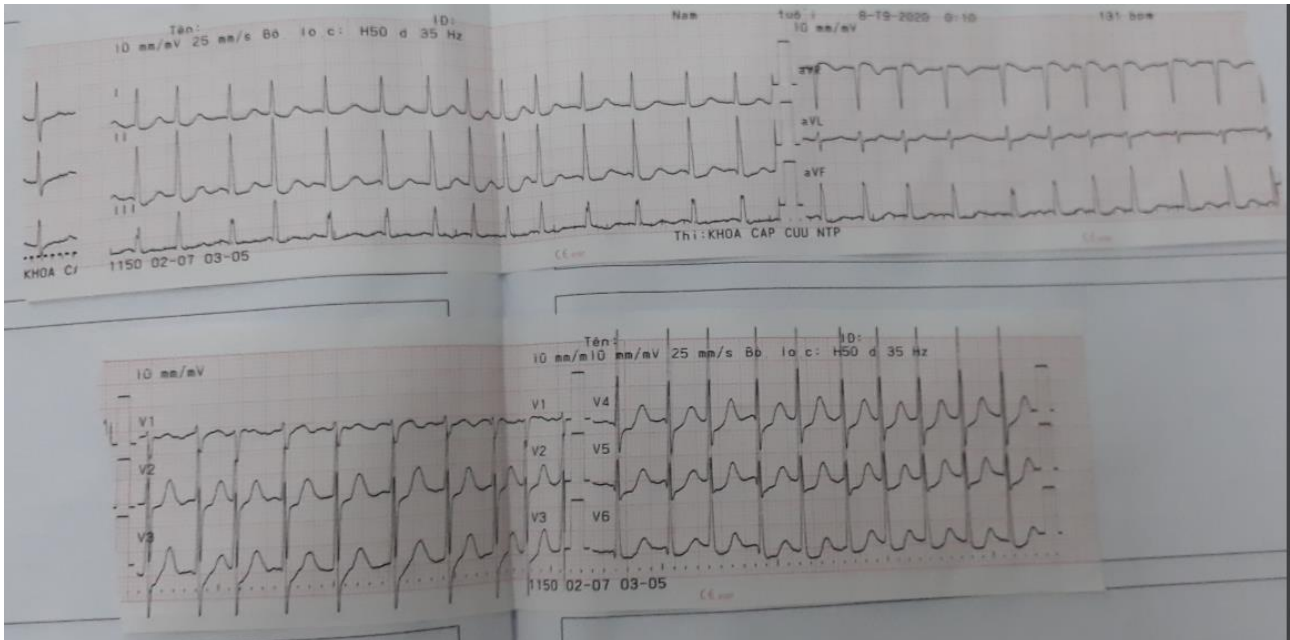
Công thức máu, đường huyết đói, ion đồ, AST, ALT máu, creatine huyết thanh, TPTNT, bilan lipid.

#### **Cận lâm sàng chẩn đoán:**

X quang ngực thẳng, ECG, Troponin I, CKMB, NT-pro-BNP, siêu âm tim, D-DIMER,  
Siêu âm mạch máu chi dưới.

## **X. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:**

**ECG cấp cứu :** 0h10 ngày 08/09/2020



### **Đọc ECG :**

Nhịp : rung nhĩ. Không có sóng P trước phức bộ QRS, sóng f lẫn lẫn ở chuyển đạo V1.

Không đều (do khoảng RR không đều nhau ở DII), tần số tim 120 l/p. Không có ngoại tâm thu. Trục trung gian. Phức bộ QRS không dẫn rộng. Khoảng PR, QT không xác định do rung nhĩ. Nhĩ trái, nhĩ phải không lớn (do sóng f lẫn lẫn).

Không lớn thất trái :  $SV1+RV5 = 4+20=24 < 35\text{mm}$  : theo Sokolow Lyon. Không thỏa luôn Cornell.

Không lớn thất phải :  $RV1+SV5 = 2+1=3 < 20\text{mm}$  : Sokolow Lyon

Không có sóng Q bệnh lý. ST chênh xuống đi lên ở V2-V5 không đặc trưng cho ổ nhồi máu cơ tim cũ. ST chênh xuống đi ngang ở DII, aVF có thể có ổ nhồi máu cơ tim cũ thành dưới. Không có ST chênh lên. Chưa ghi nhận bất thường sóng T.

**Kết luận :** Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh 120 l/p. Không lớn nhĩ, thất. Không ST chênh lên. Có thể có ổ nhồi máu cũ ở thành dưới.

**Kết hợp suy luận ở trên ta thấy có thể có biến chứng rung nhĩ ở BN có HCVC. Không nghĩ thể bệnh NMCT cấp ST chênh lên.**

**CÔNG THỨC MÁU :** 1h10 ngày 08/09/2020

Ngày xét nghiệm: 08-09-2020 00:39:22		Ngày giờ in kết quả: 08-09-2020 01:10:41			
Yêu cầu xét nghiệm		Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN
Huyết Học					Mb QTK
<b>** CÔNG THỨC MÁU</b>					<b>XN/QTK</b>
* WHITE BLOOD CELL		7.17	4.0 - 10.0	G/L	XN2000
NEUTROPHILE %		46.4	45 - 75	%	
LYMPHOCYTE %		<b>43.2</b>	20 - 35	%	
MONOCYTE %		6.7	4 - 10	%	
EOSINOPHILE %		3.3	1 - 8	%	
BASOPHILE %		0.4	0 - 2	%	
NEUTROPHILE		3.32	1.8 - 7.5	G/L	
LYMPHOCYTE		3.10	0.8 - 3.5	G/L	
MONOCYTE		0.48	0.16 - 1.0	G/L	
EOSINOPHILE		0.24	0.01 - 0.8	G/L	
BASOPHILE		0.03	0.0 - 0.2	G/L	
*RED BLOOD CELL		3.87	3.8 - 5.5	T/L	
HEMOGLOBIN		124	120 - 150	g/L	
HEMATOCRIT		0.357	0.35 - 0.45	L/L	
MCV		92.2	78 - 100	fL	
MCH		<b>32.0</b>	26.7 - 30.7	Pg	
MCHC		347	320 - 350	g/L	
RDW		12.3	11.5 - 14.5	%CV	
*PLATELET		188	150 - 400	G/L	
MPV		10.3	7.0 - 12.0	fL	

**Độc :** Không tăng bạch cầu nên loại nguyên nhân gây đau ngực do nhiễm trùng hô hấp. Không thiếu máu ở người lớn tuổi.

**D-DIMER :** 9h15 ngày 08/09/2020

Ngày xét nghiệm: 08-09-2020 09:11:54		Ngày giờ in kết quả: 08-09-2020 09:15:25			
Ngày giờ nhận mẫu: 08-09-2020 08:33:10					
Yêu cầu xét nghiệm		Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN
<b>D-DIMER</b>		<b>0.74</b>	0 - 0.55	µg/ml	CS2400
					Mb QTK
					<b>XN/QTK</b>
					<b>ĐM - 04</b>

**Độc :** D-dimer là xét nghiệm sinh hóa được dùng để chẩn đoán huyết khối trong máu. Dựa vào lâm sàng D-DIMER có thể tăng do NMCT cấp, thuyên tắc phổi hoặc có thể tăng do BN

lớn tuổi. Vẫn chưa loại loại trừ được nguyên nhân nên đề nghị thêm CT-scan mạch máu phổi có thuốc cản quang.

1h10 ngày 08/09/2020

Chẩn đoán:	08-09-2020 01:02:15	Chẩn đoán mẫu:	08-09-2020 00:39:22	Ngày giờ in kết quả:	08-09-2020 01:10:41
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
<b>Chức năng gan</b>					XN/QTKT
CREATININE MÁU	93.0 ✓	49 - 100	umol/l	AU 680	
ALT / SGPT	33.8	0 - 34	U/L	AU 680	SH-09
CK-MB	23.41	0 - 23	U/L	AU 680	SH-19
NATRI	135	136 - 146	mmol/l	AU 680	
KALI	3.37 ✓	3.4 - 4.5	mmol/l	AU 680	
CLO	101.2	101 - 109	mmol/l	AU 680	
<b>Dịch</b>					XN/QTKT
TROPONIN I hs	0.004 ✓	Nam: 0.000 - 0.034 Nữ: 0.00 - 0.017	ng/ml ng/ml	Ci8200	MD-01

**Kết luận :** Chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường. Rối loạn điện giải nhẹ.

7h12 ngày 08/09/2020

Chẩn đoán:	08-09-2020 07:12:25	Chẩn đoán mẫu:	08-09-2020 06:03:37	Ngày giờ in kết quả:	08-09-2020 07:12:45
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
<b>Sinh Hóa</b>					XN/QTKT
GLUCOSE	6.71	4.0 - 5.9	mmol/l	AU 680	SH-02
CHOLESTEROL	4.11	3.9 - 5.1	mmol/l	AU 680	
TRIGLYCERIDE	1.26	0.46 - 1.7	mmol/l	AU 680	SH-06
HDL-C	0.95	0.9 - 1.55	mmol/l	AU 680	SH-07
LDL-C	2.59	0.0 - 2.5	mmol/l		
<b>Miễn Dịch</b>					XN/QTKT
TROPONIN I hs	0.034	Nam: 0.000 - 0.034 Nữ: 0.00 - 0.017	ng/ml ng/ml	Ci8200	MD-01
TSH	1.243	0.34 - 4.22	mIU/l	HISCL 5000	
FREE T4	11.67	9.91 - 20.46	pmol/l	HISCL 5000	

9h15 ngày 08/09/2020

**Biện luận Troponin I hs :**

1h10 : 0.004 ng/ml

7h12 : 0.034 ng/ml

9h15 : 0.035 ng/ml

Ta thấy lúc đầu : Troponin I hs=0.004 ng/ml < 99<sup>th</sup>URL=0.017 ng/ml

6h sau : Troponin I hs=0.034 ng/ml > 99<sup>th</sup>URL và 0.034-0.004>0.017\*50%

**Kết luận :** Tăng Troponin I hs có động học nên có tổn thương cơ tim cấp (loại trừ đau thắt ngực không ổn định), trên LS có bằng chứng của thiếu máu cục bộ cơ tim cấp là đau ngực khó thở nghĩ nhiều do nguyên nhân bệnh mạch vành nên nghĩ nhiều BN có nhồi máu cơ tim cấp. Các nguyên nhân có thể gặp trong tình huống này có thể do Vỡ màng xơ vữa tạo huyết khối trong ĐMV hoặc mất cân bằng cung cầu oxy cơ tim (rung nhĩ : tăng nhu cầu oxy). Nhưng trên BN này có D-DIMER tăng gợi ý có liên quan đến huyết khối nên nghĩ nhiều do Vỡ màng xơ vữa tạo huyết khối gây NMCT cấp. Kết hợp với ECG không ST chênh lên, ta nghĩ nhiều do NMCT cấp không ST chênh lên ở trường hợp này.

CK-MB có tăng nhưng thường phải tăng gấp đôi URL mới có ý nghĩa biện luận NMCT. Đến 9h15 CK-MB đã về giới hạn bình thường nên nghĩ đã XN vào pha đi xuống của CK-MB. Gợi ý NMCT có thể đã diễn ra 2-3 ngày.

xét nghiệm: 08-09-2020 09:11:54		Chất lượng mẫu: Đạt				
giờ nhận mẫu: 08-09-2020 08:33:10		Ngày giờ in kết quả: 08-09-2020 09:15:25				
cầu xét nghiệm		Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
sinh Hóa						XN/QTKT
CK-MB	17.91	0 - 23	U/L	AU 680	SH-19	
MAGNESIUM	0.81	0.73 - 1.06	mmol/l	AU 680	SH-15	
NATRI	136	136 - 146	mmol/l	AU 680		
KALI	3.60	3.4 - 4.5	mmol/l	AU 680		
CLO	103.5	101 - 109	mmol/l	AU 680		
tiền Dịch						XN/QTKT
TROPONIN I hs	0.035	Nam: 0.000 - 0.034 Nữ: 0.00 - 0.017	ng/ml ng/ml	Ci8200	MD-01	
NT-PRO BNP	546.2	<125	pg/ml	CS 200	MD-30	
Chú:						

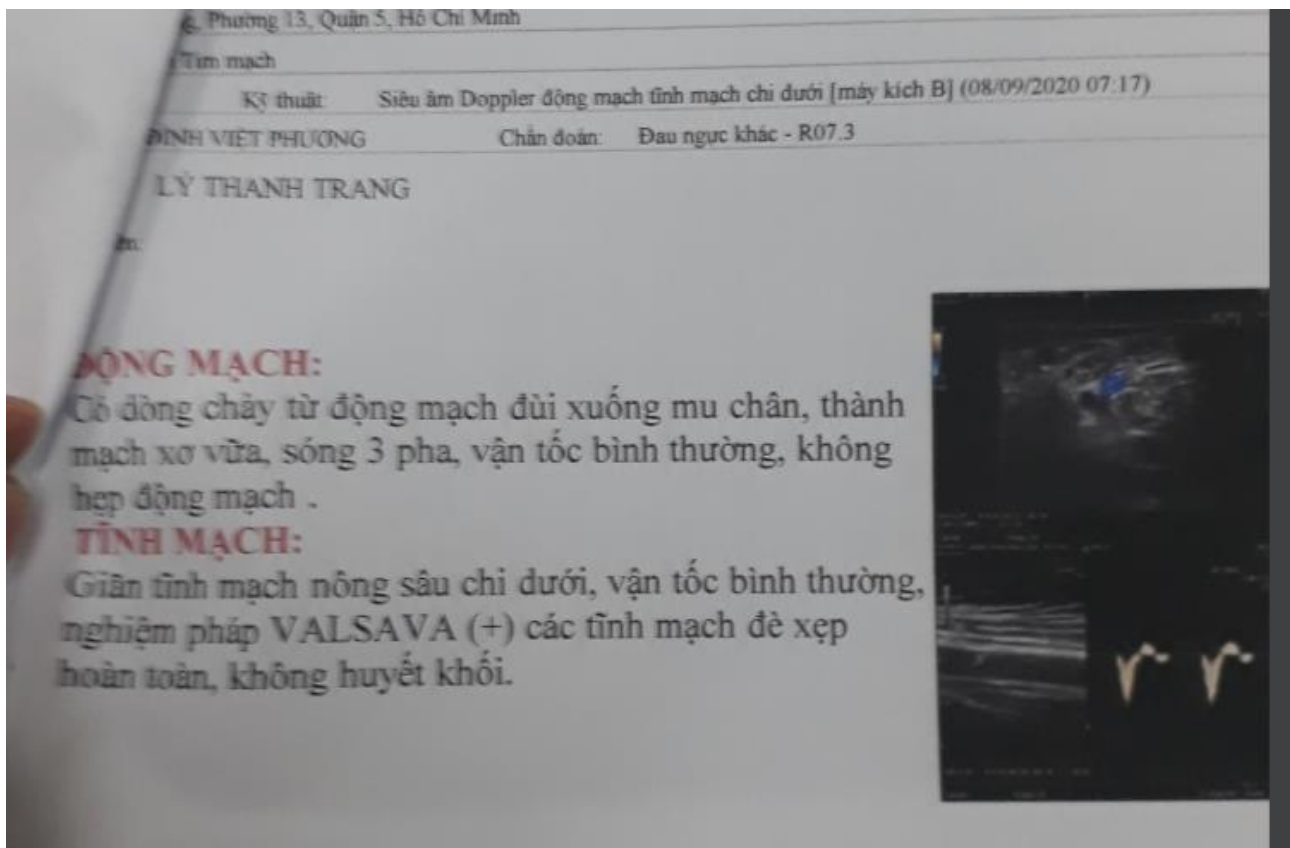
**Độc :** NT-PRO BNP > 300 pg/ml và BN 71 tuổi nên phải >900 pg/ml mới nhiều khả năng suy tim cấp nên case này nằm trong vùng xám của suy tim cấp hoặc đợt mất bù của suy tim mạn. Nhưng trên lâm sàng ta không thấy bằng chứng khó thở, phù,... của suy tim mạn nên nghĩ nhiều nếu có thì đây là suy tim cấp mới xảy ra do biến chứng suy bơm của NMCT cấp. Để khẳng định có suy tim trái làm tăng NT-PRO BNP hay HCVC làm tăng ta chờ kết quả siêu âm tim.

TPTNT 11 thông số lúc 7h12 ngày 08/09/2020

**Độc :** S.G thấp không rõ nguyên nhân. Không có nhiễm trùng tiêu.

Ngày xét nghiệm: 08-09-2020 07:12:25		Ngày giờ in kết quả: 08-09-2020 07:12:45			
Ngày giờ nhận mẫu: 08-09-2020 06:03:37					
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
<b>Nước Tiểu</b>					
*** TPTNT 11 THÔNG SỐ					
pH	7.0	4.8 - 7.4			
S.G	1.006	1.015 - 1.025			
PROTEIN	Âm		g/l		
GLUCOSE	Âm		mmol/L		
KETONES	Âm		mmol/L		
ERYTHROCYTE	Âm		Ery/ $\mu$ l		
LEUCOCYTE	75		Leu/ $\mu$ l		
NITRITE	Âm				
BILIRUBIN	Âm		$\mu$ mol/L		
UROBILINOGEN	Âm		$\mu$ mol/L		
Ghi chú:					

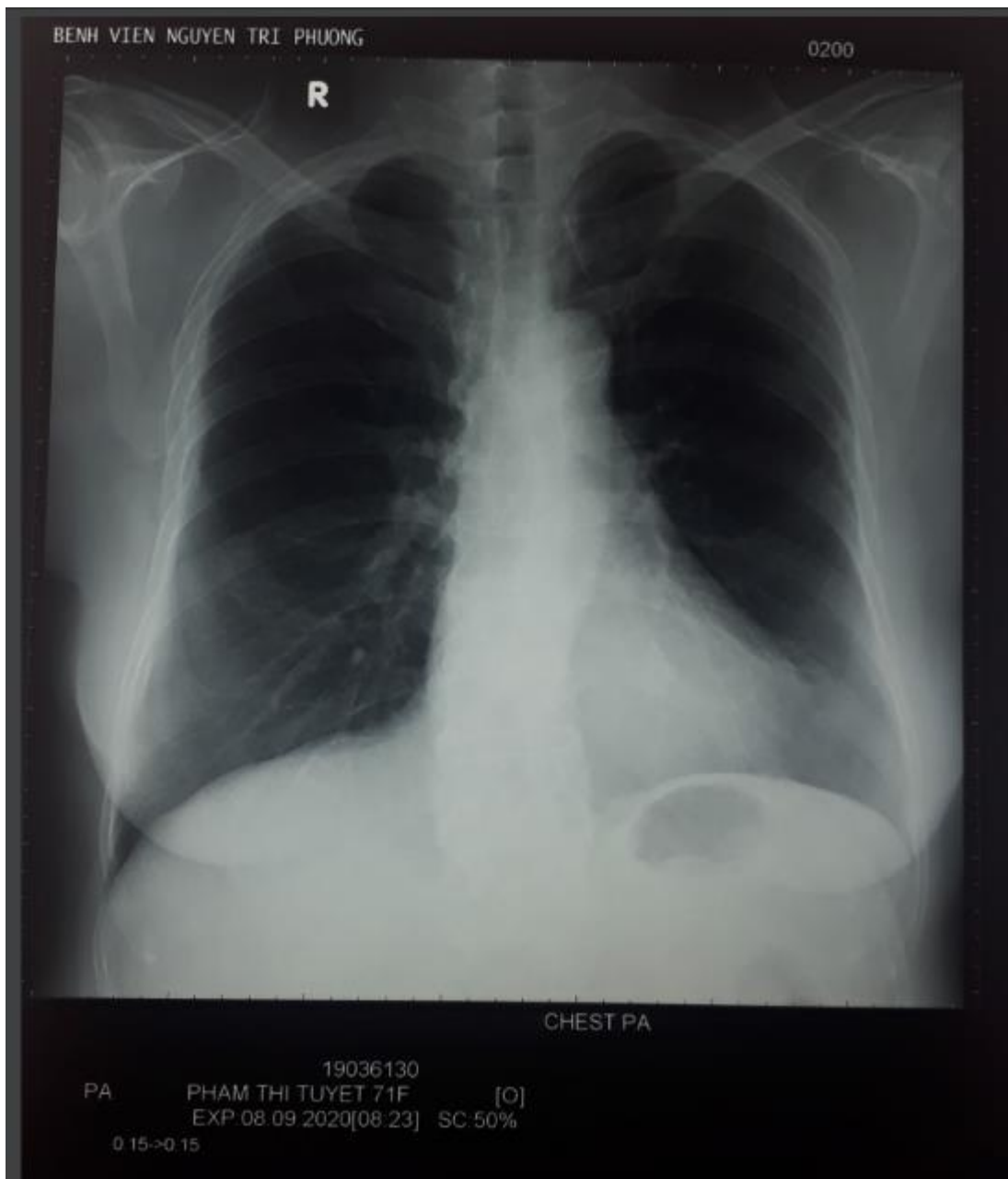
### Siêu âm Doppler ĐM, TM chi dưới



**Kết luận :** Có giãn tĩnh mạch nông sâu chi dưới. Vậy triệu chứng phù 2 chân của BN là do giãn tĩnh mạch nông sâu chi dưới chứ không nghĩ do suy tim phải.

**X quang ngực thẳng :**





**Đọc phim X quang :**

- Đúng BN, tư thế đứng do hai xương bả vai tách khỏi 2 phế trường, có bóng hơi dạ dày.
- Tư thế cân xứng, hít đủ sâu (thấy 10 cung xương sườn sau), cường độ tia phù hợp
- Vị thế tim : Levocardia
- Kích thước bóng tim : không thấy mỏm tim nên không đánh giá được.
- Các buồng tim : không lớn nhĩ phải, không lớn nhĩ trái, không đánh giá được lớn thất trái, phải do không thấy mỏm tim.
- Động mạch chủ : không phình động mạch chủ

-Động mạch phổi : không lớn thân chung ĐMP

-Tuần hoàn phổi : Không tăng tuần hoàn phổi. Không TDMP/TKMP. Không thấy tổn thương nhu mô phổi 2 bên. Không có đường Kerley.

**Kết luận :** Không ghi nhận bất thường trên X quang ngực thẳng.

BN không có TKMP/TDMP trên phim X quang ngực thẳng. Nên loại trừ nguyên nhân TDMP/TKMP.

**Siêu âm tim :**

**Kết luận :** Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn, EF= 70%, có thể thực sự không có suy tim trái cấp do HCVC hoặc do siêu âm cách điều trị vài ngày nên chức năng thất trái đã về bình thường.

Không có bệnh cơ tim cấu trúc nên loại trừ viêm cơ tim.

Không có bệnh van tim.



## SIÊU ÂM TM - 2D

Động mạch chủ: Góc: 31 mm. Lên: mm. Xuống: mm.  
Quai: mm. Độ mở van: mm.

Nhĩ trái: Đường kính: 38 mm.

Thất trái:

Độ dày vách LT: T/trước: 10 mm. T/thu: 15 mm.

Đường kính: T/trước: 48 mm. T/thu: 29 mm.

Độ dày thành sau: T/trước: 12 mm. T/thu: 11 mm.

Phân suất co ngắn: 23 %

Phân suất tổng máu: Teicholz: 20 %

Simpson: %

Co bóp vùng:

không rõ

Thất phải: Đường kính: mm. Diện tích: cm<sup>2</sup>

Van 2 lá: Lá trước: mm. Vòng van: mm. Diện tích: cm<sup>2</sup>

Van 3 lá: mm

Van ĐMC: mm

Van ĐMP: mm

Van ĐMP: Thân: mm. Phải: mm. Trái: mm.

Vách liên nhĩ: mm

Vách liên thất: mm

Màng ngoài tim: mm

Cấu trúc bất thường: mm

## DOPPLER

### Dòng máu qua van 2 lá:

Vận tốc: Tối đa: 0.6 m/s Trung bình: ..... m/s  
 Độ chênh áp: Tối đa: 2.0 mmHg Trung bình: ..... mmHg  
 VTI: ..... cm.  
 Hẹp van 2 lá: CS PHT: 1.1 ms. Diện tích van: ..... cm<sup>2</sup>  
 Hồ van 2 lá: CS Độ: .....  
 E/A: 2.1 Thời gian dẫn động thể tích: .....

### Dòng máu qua van ĐMC:

Vận tốc: Tối đa: 1.2 m/s Trung bình: ..... m/s  
 Độ chênh áp: Tối đa: 6.0 mmHg Trung bình: ..... mmHg  
 VTI: ..... cm.  
 Hẹp van ĐMC: 1 Diện tích van: ..... cm<sup>2</sup>  
 Hồ van ĐMC: ..... Độ: ..... PHT: ..... m/s  
 Đường kính dòng hồ tại gốc: ..... mm

### Dòng máu qua buồng tâm thất trái:

Vận tốc: Tối đa: ..... m/s Trung bình: ..... m/s  
 Độ chênh áp: Tối đa: ..... mmHg Trung bình: ..... mmHg  
 VTI: ..... cm.  
 Cung lượng tim: ..... L/ph.

### Dòng máu qua van 3 lá:

Vận tốc tối đa: ..... m/s Độ chênh áp tối đa: ..... mmHg  
 Hẹp van 3 lá: CS Độ: 1.1  
 Hồ van 3 lá: CS Độ: .....  
 Dòng hồ: Vận tốc tối đa: 2.4 m/s Độ chênh áp tối đa: 2.1 mmHg

### Dòng qua van ĐMP:

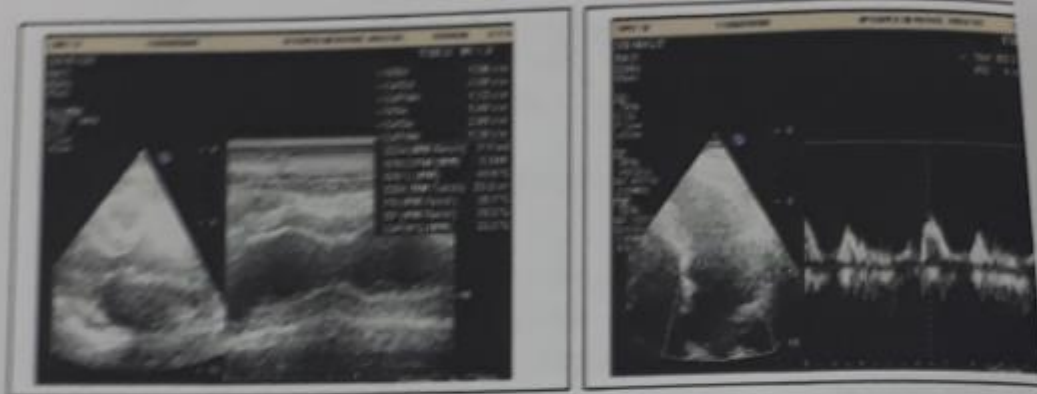
Vận tốc tối đa: 1 m/s Độ chênh áp tối đa: 4 m/s  
 Hẹp van ĐMP: 1 Độ: .....  
 Hồ van ĐMP: ..... Độ chênh áp: ..... mmHg  
 Dòng hồ: Vận tốc giữa TTr: ..... m/s Độ chênh áp: ..... mmHg  
 Vận tốc cuối TTr: ..... m/s Độ chênh áp: ..... mmHg

Áp lực ĐMP: Tâm thu: 20 mmHg. Tâm trương: ..... mmHg  
 Trung bình: ..... mmHg.

### Dòng máu bất thường:

Vận tốc tối đa: ..... m/s. Độ chênh áp tối đa: ..... mmHg  
 Shunt: ..... Vị trí: .....

## MÔ TẢ NHỮNG BẤT THƯỜNG



## KẾT LUẬN VÀ CHẨN ĐOÁN

- Dự kiến (theo lâm sàng) là bệnh

Nếu không thể làm thêm CT-scan mạch máu phổi có cản quang thì với đặc điểm tăng có động học của Troponin I hs kèm có bằng chứng thiếu máu cục bộ cơ tim trên lâm sàng nên ta nghĩ nhiều hơn do NMCT cấp.

### XI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, ngày thứ 2-3, biến chứng có thể có suy thất trái cấp, rung nhĩ đáp ứng thất nhanh 120 l/p bệnh kèm theo : Rối loạn mỡ máu, HC vành mạn, viêm dạ dày, thoái hóa khớp, giãn TM nông sâu chi dưới.