

THLS SUY TIM - THẦY PHI HÙNG

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

https://s3-us-west-2.amazonaws.com/secure.notion-static.com/60e13790-3eb1-4a2c-b55a-76af76e07142/CA_LS_SUY_TIM_CAP_Y6_english.pdf

Cô Thủy, 60 tuổi, nhập viện vì khó thở. Tại Cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh nhân khó thở phải ngồi, vã mồ hôi, nói ngắt quãng, huyết áp 140/90 mmHg, mạch 110 lần/phút, tim T1, T2 rõ, nhanh, phổi âm phế bào thô, ran ẩm nổ 2 phế trường, SpO2 86%. Khai thác nhanh thông tin từ người nhà cho thấy bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường đang điều trị 10 năm nay, khoảng 2 tháng nay phát hiện bệnh nhân phù chân, khó thở khi leo cầu thang, 1 tháng nay bệnh nhân mệt, khó thở nhiều phải kê 2 gối khi nằm, 1 tuần nay bệnh nhân sốt nhẹ, ho đàm xanh.

▼ *Các chẩn đoán cần phải nghĩ đến ở bệnh nhân này là gì ? Giải thích ?*

- Đợt mất bù suy tim
- Nhiễm trùng hô hấp dưới
- Nhồi máu cơ tim (ĐTĐ 2 không thấy đau ngực)

▼ *Cần khai thác thêm thông tin gì trong bệnh sử và tiền căn ?*

- 1 tuần nay sốt nhẹ ho đàm xanh, trước nhập viện có sự kiện gì không mà tình trạng nhập viện lại là khó thở phải ngồi, vã mồ hôi, có đau ngực trước đó?
- Diễn tiến sốt, ho đàm, tc Lao (sốt nhẹ 1 tuần)
- THA HA cao nhất, HA trung bình, biến chứng THA tai biến, BTM, NMCT, suy tim
- ĐTĐ Đh, biến chứng ĐTĐ: có đi tầm soát biến chứng, bệnh thận ĐTĐ
- BN có sử dụng statin: đã từng được chẩn đoán bệnh mạch vành, hay RL lipid máu?
- Khó thở có tuân thủ điều trị thuốc? Khó thở có đi khám, thay đổi điều trị?

▼ *Khi thăm khám bệnh nhân cần chú ý những điểm gì ?*

- Sinh hiệu, kiểu thở, co kéo cơ hô hấp phụ
- Khám tim, phổi
- Nước tiểu: hỏi lượng nước tiểu, diễn tiến lượng nước tiểu (thể tích tuần hoàn hữu hiệu giảm thể hiện qua giảm nước tiểu đầu tiên), đặt sonde tiểu theo dõi
- Giảm cung lượng tim: chi lạnh, hạ huyết áp, giảm nước tiểu, rối loạn tri giác
- Sung huyết: phù, TM cổ nổi, gan to, bụng - cảnh, OAP

Tiền căn

1. Bản thân:

- Bệnh nhân không ăn mặn, không uống rượu bia và không hút thuốc lá.
- Dị ứng: không ghi nhận tiền căn dị ứng
- Thuốc đang sử dụng: Valsartan 80mg 1 viên uống sáng, Carvedilol 6,25mg 1 viên x 2 uống, Clopidogel 75mg 1 viên uống, Rosuvastatin 20mg 1 viên uống, Metformin 500mg 1 viên x 2 uống

2. Gia đình:

- Không ai có triệu chứng tương tự như bệnh nhân
- Không ghi nhận người thân mắc tăng huyết áp, bệnh mạch vành khởi phát sớm (nam <45 tuổi, nữ <55 tuổi)

Khám

1. Tổng quát

Bệnh nhân khó thở phải ngồi, được cho thở oxy ẩm 10 lít/phút qua mask có túi dự trữ, HA 140/90 mmHg, Mạch 110 lần/phút, SpO2 93%, nhịp thở 25 lần/phút, co kéo cơ hô hấp phụ, nhiệt độ 38 độ C, chi ấm, vã mồ hôi

Chiều cao: 160cm, cân nặng 65kg

Phù mềm ấn lõm 2 chân

2. Đầu mặt cổ

Tuyến giáp không to, không âm thổi động mạch cảnh

Tĩnh mạch cổ nổi (+)

3. Ngực

Thở co kéo cơ ức đòn chũm

Tim: mỏm tim liên sườn VI đường nách trước, diện đập 2cm², T1, T2 rõ # 110 lần/phút

Phổi ran ẩm nổ lan tỏa 2 phế trường

4. Bụng

Cân đối, di động theo nhịp thở

Không ghi nhận điểm đau

▼ Vấn đề trên bệnh nhân này là gì ?

- Suy hô hấp cấp
- Hội chứng suy tim
- Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
- Tiền căn THA, ĐTĐ type 2

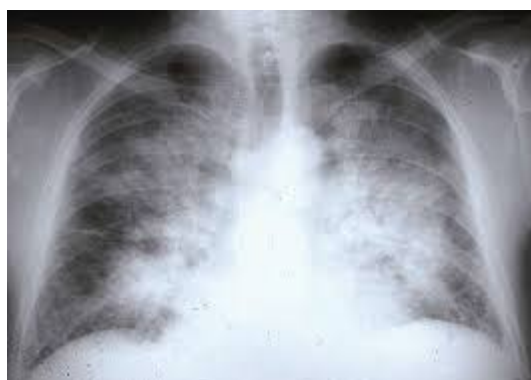
▼ Nêu 3 chẩn đoán nghi ngờ nhiều nhất và đề nghị cận lâm sàng để xác định ?

- Đợt mất bù suy tim
- Nhồi máu cơ tim
- Viêm phổi

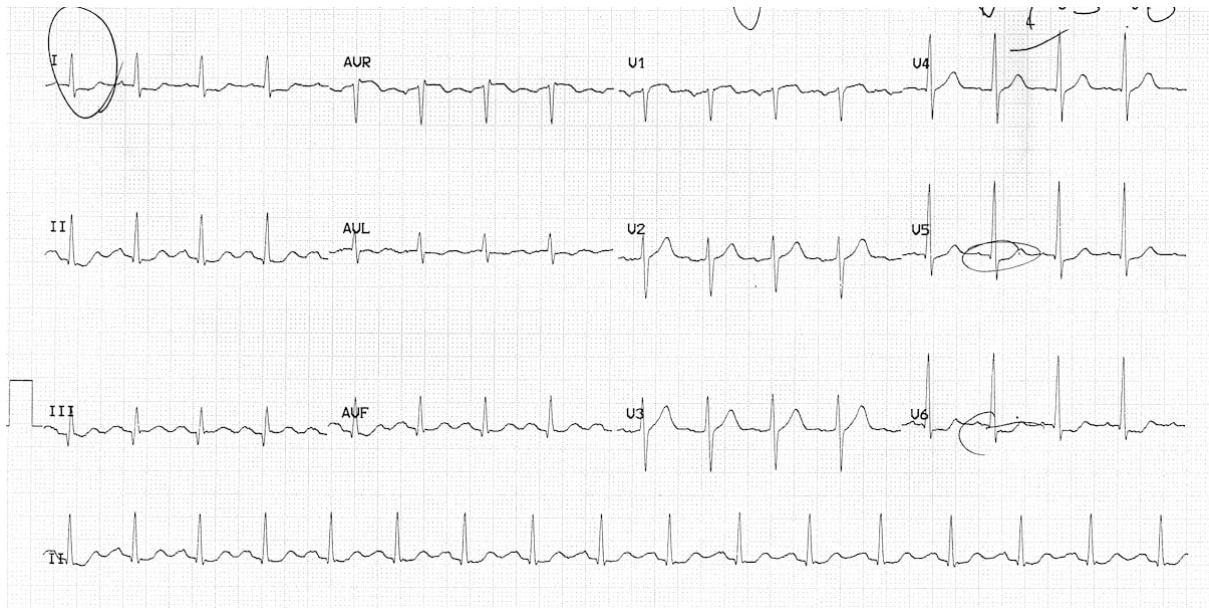
CLS chẩn đoán: NT-pro BNP, siêu âm tim, ECG, Troponin T, CK-MB, X-quang ngực thẳng, soi + cấy đàm, CRP

CLS thường quy: đường huyết, đông máu toàn bộ, AST, ALT, BUN, Creatinine, ion đồ, Cholesterol, LDL, HDL

Cận lâm sàng



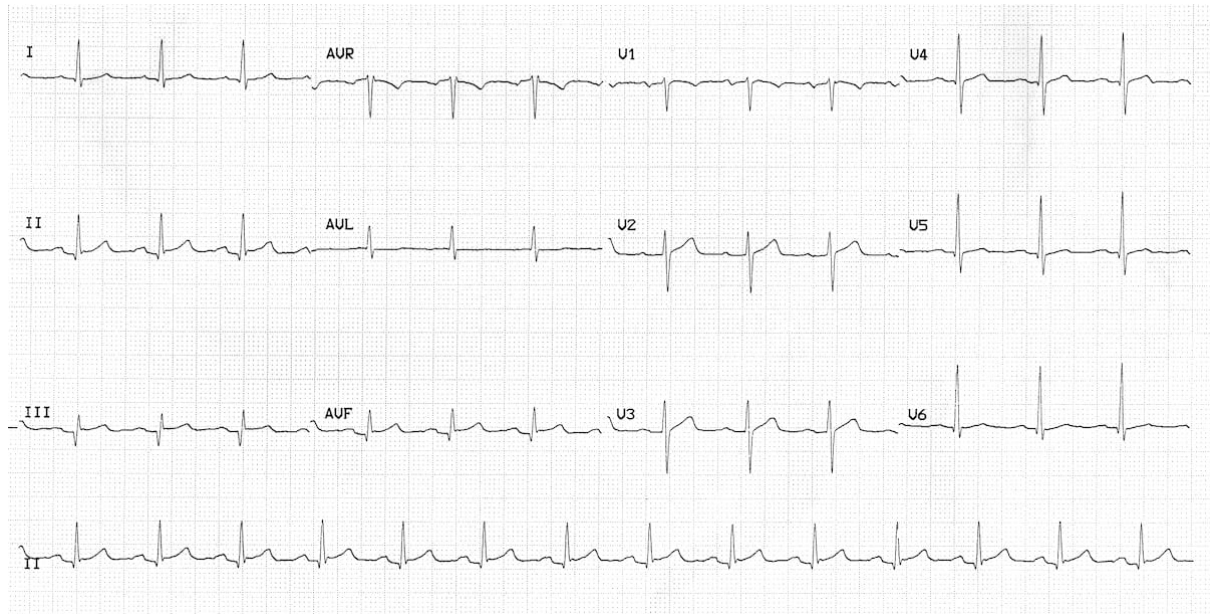
Thâm nhiễm phổi lan tỏa từ rốn phổi đi ra dạng cánh bướm. Ca này nên làm PCR Sar-coV-2



Nhịp xoang tần số 110 lần/phút, trục trung gian, lớn nhĩ trái? Không lớn thất theo tiêu chuẩn Cornell và Sokolove-Lyon, ST chênh xuống ở V5, V6, D1, nhịp tim nhanh làm ST chênh xuống thứ phát???
Coi chừng bệnh 3 nhánh mạch vành, chênh xuống V5, V6 AvL, chênh lên avR

Sau đó 3 giờ, bệnh nhân được đo lại điện tâm đồ và có các kết quả xét nghiệm ghi nhận: Công thức máu WBC 16 K/uL, Neu 91%, Hgb 120 g/L, PLT 200 K/uL, Glucose 160 mg/dL, AST 100 U/L, ALT 45 U/L, BUN 19 mg/dL, Creatinine 1,3 mg/dL, Troponin I 7,8 ng/dL, CK-MB 130 U/L, Na⁺ 140 mmol/L, K⁺ 3,7 mmol/L, Cl⁻ 100 mmol/L, NT-ProBNP 1980 pg/mL, siêu âm tim ghi nhận dẫn thất trái LV = 65 mm, hở van 2 lá trung bình do dẫn vòng van, giảm động toàn bộ thất trái, giảm động nặng vùng mỏm, chức năng tâm thu thất trái giảm EF 34%, tràn dịch màng phổi 2 bên lượng trung bình, CRP 110 mg/L

⇒ Sau đó có làm thêm 1 mẫu men tim nữa, (một mẫu lúc nhập viện và 1 mẫu 1-2h sau nhập viện), ca này men tim tăng có động học



T dẹt V5, V6, avL, D1

▼ *Nêu chẩn đoán xác định và chiến lược điều trị. Nêu mục tiêu điều trị và điều trị cụ thể*

Đột mất bù suy tim yếu tố thúc đẩy nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh ngày? nguy cơ trung bình, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới / suy tim (T) NYHA III do tăng huyết áp - ĐTD type 2

Mục tiêu điều trị:

Ổn định triệu chứng

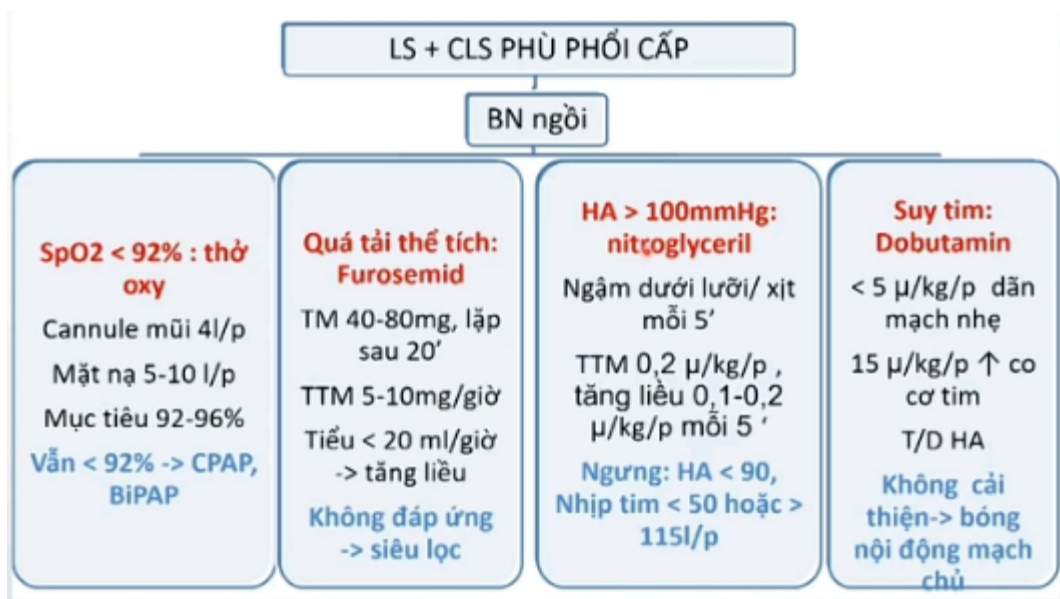
Điều trị nguyên nhân

- Nhồi máu cơ tim không ST chênh: GRACE nguy cơ cao - rất cao (đã có biến chứng phù phổi cấp) ⇒ chỉ định tái thông trong vòng 2h (từ lúc chẩn đoán cho đến lúc tái thông)
 - Kháng kết tập tiểu cầu kép
 - Aspirin 81 mg x 4 v uống
 - Ticargrelor
 - Enoxaparin (Lovenox 60mg/A)
 - Statin
 - ACEI/ARB
 - PPI

⇒ chụp can thiệp mạch vành trong vòng 2h sau chẩn đoán

- Đợt mất bù suy tim
 - Nằm đầu cao 45 độ
 - Oxy: oxy mask túi 10L/ph, mục tiêu SpO2 92% (PaO2 60 mmHg, nếu không đáp ứng thì thông khí cơ học không xâm lấn, nếu không đáp ứng nữa thì đặt nội khí quản)
 - Furosemide: Lasix 20 mg 1A x 2 (TMC) ⇒ theo dõi huyết áp, tình trạng khó thở, lượng nước tiểu
 - Nitroglycerin 10mg/10ml: xem lại liều (nên bắt đầu sớm, song song với lợi tiểu)
 - Xem xét sử dụng dobutamine
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới (Viêm phổi cộng đồng)
 - Quinolone hô hấp (levofloxacin/ ciprofloxacin)
 - Betalactam +/- Ức chế betalactamase kết hợp với macrolide hay quinolone hô hấp
 - Thường CR xài 2 loại kết hợp:
 - Sulperazole 1g/lọ (TMC): Cefoperazone (Cepha III) 500mg + Sulbactam 500 mg
 - Tavanic 0.75g/chai (TTM): levofloxacin

Liều nitroglycerin



▼ Cần thêm cận lâm sàng gì khác ?

- Soi cấy đàm

1. Tiên lượng bệnh nhân này ra sao ?

Clinical presentations of acute heart failure

	Acutely decompensated heart failure (ADHF)	Acute pulmonary oedema	Isolated right ventricular failure	Cardiogenic Shock
Main mechanisms	LV dysfunction Sodium and water renal retention	Increased afterload and/or predominant LV diastolic dysfunction Valvular heart disease	RV dysfunction and/or pulmonary hypertension	Severe cardiac dysfunction
Main cause of symptoms	Fluid accumulation, increased intraventricular pressure	Fluid redistribution to the lungs and acute respiratory failure	Increased central venous pressure and often systemic hypoperfusion	Systemic hypoperfusion
Onset	Gradual (days)	Rapid (hours)	Gradual or rapid	Gradual or rapid
Main haemodynamic abnormalities	Increased LVEDP and PCWP ^a Low or normal cardiac output Normal to low SBP	Increased LVEDP and PCWP ^a Normal cardiac output Normal to high SBP	Increased RVEDP Low cardiac output Low SBP	Increased LVEDP and PCWP ^a Low cardiac output Low SBP
Main clinical presentations	Wet and warm OR Wet and cold	Wet and warm	Wet and cold	Wet and cold
Main treatment	Diuretics Inotropic agents/vasopressors (if peripheral hypoperfusion/hypotension) Short-term MCS if needed	Diuretics Vasodilators	Diuretics for peripheral congestion Inotropic agents/vasopressors (if peripheral hypoperfusion/hypotension) Short-term MCS if needed	Inotropic agents/vasopressors Short-term MCS

^a LV = left ventricular; LVEDP = left ventricular end-diastolic pressure; MCS = mechanical circulatory support; PCWP = pulmonary capillary wedge pressure

Hiện tại chia làm các thể của suy tim cấp của ESC 2021

Trên ca này nghĩ nhiều là đợt mất bù suy tim cấp vì khó thở của bệnh nhân diễn tiến nặng dần trong 1 tuần nay.

HA sys >90 thì gọi là warm.

Thường gặp nhất là kiểu bệnh nhân sung huyết và huyết áp >90

Trước một bệnh nhân choáng tim thì sử dụng noradre + dobu

Dụng cụ hỗ trợ cơ học ở bệnh nhân suy tim cấp

- IABP bóng đối xung động mạch chủ, trong thời kì tâm trương bóng bơm lên tăng tưới máu mạch vành, tâm thu bóng xẹp xuống làm giảm hậu tải, giảm áp lực trong động mạch chủ.
- Impella là một bơm, bơm máu từ thất trái sang động mạch chủ, giúp thất trái co bóp tốt hơn

- ECMO hỗ trợ lí tưởng trên bệnh nhân suy tim giảm oxy máu nặng
- Tandem heart: lấy máu từ nhĩ trái, đi vào một bơm đặt ở đùi, sau đó bơm lại ...

⇒ Việt Nam thường sử dụng IABP và ECMO