

BỆNH ÁN

Cô Hoa sữa – 2/4/2019

I. Hành chính:

Bệnh án quá dài, làm vậy là ko đủ tgian. BA này không phải mục tiêu Y6. Phải là bệnh đơn giản của Y6.

Họ và tên bệnh nhân: Hoàng Nhật T.

Giới: Nam

Sinh năm: 1955 (64 tuổi)

Nghề nghiệp: Bảo vệ

Địa chỉ: 206/113 Xô Viết Nghệ Tĩnh, phường 21, Quận Bình Thạnh, TP HCM

Số hồ sơ: 19.015778

Nhập viện 11h ngày 21/3/2019

Phòng 302 giường 30 khoa nội A bệnh viện Nhân Dân Gia Định

II. Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử

Khai thác suy van TM sai, bn suy tim toàn bộ + suy van sẽ thấy chiều chân nặng, sáng chân đẹp.

Cách nhập viện 5 – 6 tháng, BN bắt đầu cảm thấy khó thở 2 thì khi mang vác vật nhẹ hoặc khi đi bộ khoảng 50 m, mức độ nhẹ, giảm khi BN ngồi nghỉ, không kèm đau ngực, BN cảm thấy mệt nên xin nghỉ việc. Tối ngủ BN phải nằm 2 gối, đôi lúc khi đang ngủ BN cảm thấy khó thở 2 thì, mức độ nhiều, làm bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, khó thở giảm sau khi ngồi khoảng vài phút, sau đó Bn ngủ lại thì bị các cơn tương tự, 1 đêm Bn phải thức giấc # 4 – 5 lần. Bn không đi khám và không điều trị gì. Khó thở của bệnh nhân tăng từ từ qua các ngày với tính chất tương tự.

Cách nhập viện # 2 tháng, BN cảm thấy khó thở ngay cả khi quét nhà, đi bộ # 5 – 10 m thì phải dừng lại vì khó thở, BN vẫn tự tắm rửa và thay quần áo được. Bn nằm 2 gối khi ngủ, tối ngủ phải dậy vì khó thở nhiều lần hơn, khoảng 10 lần.

Cách nhập viện 3 tuần, BN bắt đầu ho khạc đàm trắng đục, không sốt, không đau ngực, kèm nhận thấy 2 chân phù đến mắt cá, ấn lõm, đều 2 chân, tăng khi Bn đứng nhiều và giảm vào buổi sáng, vùng cổ chân bên trái sưng đỏ, đau nhiều làm bệnh nhân không đi lại được nên BN đi khám ngoại trú tại BV NDGD, chẩn đoán: Gai gót chân, viêm phế quản, suy van tĩnh mạch, Gout. Điều trị ngoại trú với: Daflon, Allopurinol, Acetylcystein, meloxicam, Esomeprazol. BN uống thuốc theo toa, ho đàm trắng đục và đau mắt cá chân trái giảm nhẹ, phù 2 chân không thay đổi. Khó thở với tính chất tương tự như trên.

Cùng ngày nhập viện, Bn vừa đi lại quanh nhà thì cảm thấy khó thở 2 thì, mức độ nhiều, bệnh nhân ngồi cúi người ra trước để thở, nói bị hụt hơi, ngồi nghỉ nhưng không đỡ nên người nhà đưa BN nhập viện.

Trong quá trình bệnh, Bn không sốt, không hồi hộp đánh trống ngực, không đau ngực, ho đàm hồng, ăn uống được, tiêu phân vàng đóng khuôn, lượng nước tiểu không giảm so với thông thường # 1.5 L/ngày, BN tiểu đêm nhiều hơn, # 4 – 5 lần/đêm, tiểu vàng trong, không gắt buốt.

IV. Tiền căn

1. Bản thân

a. Nội khoa:

Chưa ghi nhận tiền căn Suy tim, THA, ĐTĐ, BMV, RLLP, hay bệnh lý tim mạch khác

Chưa ghi nhận tiền căn đau, sưng các khớp trước đây

Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan B, viêm gan C..

b. Ngoại khoa:

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

c. Thói quen

Hút thuốc lá 92 gói/năm, hiện chưa bỏ

Rượu: # 160 g cồn/ngày trong # 46 năm

Ăn uống với các thành viên khác trong gia đình, không thích ăn thịt mỡ

Chưa tiêm ngừa viêm gan B, C

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

2. Gia đình:

Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, bệnh lý tim mạch khác

V. Lược qua các cơ quan:

Tim mạch – hô hấp: Còn khó thở, ho đàm trắng đục, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực

Tiêu hóa: Không buồn nôn, không nôn, không đau bụng, chưa đi tiêu

Tiết niệu: Tiểu vàng trong, lượng # 1.5 l/ngày, không gắt buốt, không lắt nhắt, không tiểu gấp

Thần kinh - Cơ xương khớp: sưng nóng, đau nhức, hạn chế vận động cổ chân T

Chuyển hóa: không sốt, phù 2 mắt cá chân

VI. Khám lâm sàng

1. Tình trạng lúc nhập viện

BN tỉnh, niêm hồng

Sinh hiệu: Mạch: 131 lần/phút Nhịp thở: 26 lần/phút

HA: 140/90 mmHg SpO2: 90 %

Nhiệt độ 37.2 độ C

TMCN tư thế 30 độ

Tim đều, phổi ran ẩm

Bụng mềm, gan không to

2. Khám lâm sàng (ngày 22/03/2019, ngày 1 sau nhập viện)

a. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

- Môi hồng/ oxy ẩm qua canula 3 l/p

- Sinh hiệu:

Mạch 116l/ph Huyết áp 100/60mmHg

Nhịp thở 24l/ph Nhiệt độ 37°C

- Thể trạng thừa cân, chiều cao = 1.7 m, cân nặng = 76 kg -> BMI 26.3

- Thở co kéo nhẹ hõm trên đòn, hõm trên ức.

- Niêm mạc mắt hồng, kết mạc mắt không vàng.

- Không ngón tay dùi trống, móng hồng, không sọc, không mất bóng, không dẹt

- Phù 2 mắt cá chân, ấn lõm, chân P: trắng, ấn không đau, chân T: đỏ, nóng, ấn đau vùng khớp cổ chân.

b. Cơ quan

i. Đầu mặt cổ

- Đầu cân đối, không sọ, không vết thương
- Không tĩnh mạch cổ nổi tư thế 90 độ ??
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch

ii. Lồng ngực

- Lồng ngực cân đối, di động khi thở, không biến dạng, không gù vẹo, không sọ mỗ, không sao mạch, không dấu xuất huyết.
- Mỏ tim KGS 6 đường nách trước, diện đập 2 x 2 cm, không rung miêu, dấu nảy trước ngực (+), Hardzer (+).
Tim đều, T1 T2 nhỏ, không âm thổi
- Rung thanh giảm 1/2 dưới phổi phải, gõ đục 1/2 dưới phổi phải, RRPN ở đáy phổi P, phổi không ran

iii. Bụng

- Bụng phẳng, di động đều khi thở, không sọ mỗ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi, không dấu xuất huyết
- Không nghe âm thổi, nhu động ruột: 5l/p
- Gõ trong khắp bụng
- Không điểm đau khu trú
- Gan: mập mé bờ sườn, bờ tù, bờ trên gan KGS 5, chiều cao gan # 8cm trên đường trung đòn P, phản hồi bụng cảnh (-)
- Lách: không sờ chạm
- Chạm thận 2 bên (-)
- Cầu bàng quang (-)

iv. Thần kinh, cơ-xương khớp

- Không dấu thần kinh định vị
- Không yếu liệt chi
- Giới hạn vận động vùng cổ chân T

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 64 tuổi nhập viện vì khó thở, bệnh 6 tháng, có các bất thường sau:

Triệu chứng cơ năng

Khó thở 2 thì xảy ra khi gắng sức, khó thở khi nằm đầu ngang, mức độ tăng dần, giảm sau khi ngồi nghỉ hoặc nằm đầu 2 gối

Khó thở kịch phát về đêm

Giảm khả năng gắng sức

Ho khạc đàm trắng đục

Phù 2 chân

Sưng nóng, đau khớp cổ chân T

Triệu chứng thực thể

Sinh hiệu: Mạch: 131 lần/phút

Nhịp thở: 26 lần/phút

HA: 140/90 mmHg

SpO2: 90%

Nhiệt độ 37.2 độ C

Thở co kéo hõm trên ức, hõm trên đòn

Mỏm tim KGS 6 đường nách trước, diện đập 2 x 2 cm, hardzer (+), dấu nẩy trước ngực (+).

Rung thanh giảm, gõ đục, RRPN giảm ½ dưới phổi P

VIII. Đặt vấn đề

1. Suy hô hấp
2. Huyết áp cao
3. Ho khạc đàm trắng đục
4. Phù chân
5. Hội chứng ba giảm ½ dưới phổi P
6. Hội chứng suy tim
7. Đau khớp cổ chân T

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Phù phổi cấp – Suy tim toàn bộ, NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA **ghi 1 trong 2 cái NYHA or ACC thôi, gài thầy cô hỏi cái còn lại :v** – Thiếu máu cơ tim – Bệnh van tim - Gout - Suy van TM chi dưới

X. Chẩn đoán phân biệt

1. Suy hô hấp – Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, biến chứng TDMP (P) – Suy tim toàn bộ, NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA – Bệnh mạch vành – Bệnh van tim – Gout – Suy van TM chi dưới
2. Thuyên tắc phổi – Suy tim toàn bộ, NYHA III giai đoạn C theo ACC/AHA – Bệnh mạch vành – Bệnh van tim – Gout – Suy van TM chi dưới

XI. Biện luận

1. Suy hô hấp.

Bn nhập viện vì khó thở 2 thì, khám lúc nhập viện ghi nhận tần số thở là 26 lần/phút, SpO2 là 90 % nên nghĩ BN có suy hô hấp cấp, các bệnh cảnh gây suy hô hấp nghĩ nhiều trên BN này:

+ Phù phổi cấp – Suy tim: nghĩ nhiều vì BN có hội chứng suy tim (BN có diễn tiến khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khám thấy tim to, TMCN ở tư thế 30 độ, khó thở khi gắng sức, TDMP (P), phù chân), đợt này nhập viện với triệu chứng khó thở 2 thì, xảy ra sau khi BN đi lại, lúc nhập viện ghi nhận phổi ran ẩm.

Khi khám ghi nhận mỏm tim xuống dưới và ra ngoài, diện đập rộng, dấu nẩy trước ngực (+), Hardzer (+), TMCN, phù chân, HC 3 giảm phổi P -> suy tim toàn bộ Trước đợt bệnh, BN chỉ đi lại được # 5 – 10 m, cảm thấy khó thở khi quét nhà nhưng Bn vẫn còn tự tắm rửa -> nghĩ là NYHA III

Nguyên nhân của suy tim trên BN này:

- BMV: tuy Bn không đau ngực khi gắng sức nhưng trên BN có nhiều yếu tố nguy cơ của mạch vành (Nam, 64 tuổi, hút thuốc lá, BMI 26.3) không thể loại trừ TMCT im lẩn -> đề nghị chụp mạch vành?
- THA: Bn không ghi nhận tiền căn THA, dù HA lúc nhập viện là 140/90 mmHg nhưng HA ngày khám 100/60 mmHg nên không nghĩ
- Bệnh van tim: Khám không ghi nhận âm thổi, tuy nhiên tần số tim nhanh nên có thể ảnh hưởng khả năng khám -> đề nghị siêu âm tim để xác định

Yếu tố thúc đẩy nghĩ tới trên BN này:

- Tuy BN không sốt, không đau ngực khi ho, nhưng BN ho khạc đàm trắng đục, nghe phổi có ran nên không loại trừ được viêm phổi.
 - BN đang sử dụng thuốc meloxicam, là 1 loại NSAIDs
 - Không thể loại trừ thiếu máu cơ tim im lặng (đã biện luận ở trên)
 - + NMCT cấp: không nghĩ vì BN không đau ngực, khám không ghi nhận ran phổi -> nếu là NMCT thì không tương ứng với mức độ khó thở của BN
 - + TDMNT: không nghĩ vì tuy BN có tĩnh mạch cổ nổi nhưng lúc nhập viện HA không tụt, nghe tiếng tim rõ
 - + Viêm phổi: đục tuy nhiên không ghi nhận sốt, không đau ngực, BN ho khạc đàm trắng đục, khám ghi nhận ran nổ thời điểm nhập viện -> không loại trừ bệnh cảnh viêm phổi do tác nhân không điển hình -> đề nghị Xquang ngực thẳng, CTM, CRP, cấy đàm.
 - Nghĩ nhiều đây là viêm phổi cộng đồng
 - BN nhập viện với bệnh cảnh suy hô hấp nên nghĩ nhiều là mức độ nặng
 - Biện chứng: khám có 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi P nên nghĩ là có TDMP P
 - + Thuyên tắc phổi: BN không đau ngực, không ho ra máu, HA không tụt, không tím nhưng trên 1 BN hạn chế cử động chân, có tiền căn suy van tĩnh mạch, khó thở đột ngột thì không thể loại trừ trên LS -> đề nghị D-dimer máu để loại trừ
 - + Hen, COPD: khám không thấy hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới nên không nghĩ
2. Huyết áp cao
- BN nhập viện có HA là 140/90 mmHg, tuy nhiên lúc này BN đang có tình trạng suy hô hấp, có thể làm HA tăng cao. Ngày khám ghi nhận HA là 100/60 mmHg => theo dõi HA của BN sau đợt cấp này khi BN tái khám
3. Ho khạc đàm trắng đục
4. Phù chân
- BN phù đối xứng 2 bên, mềm, ấn lõm, nghĩ nhiều các nguyên nhân:
- + Suy van TM 2 chân -> đề nghị siêu âm Doppler mạch máu 2 chân
 - + Suy tim toàn bộ
 - + Xơ gan, HCTH, suy dinh dưỡng: không nghĩ
5. Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi P
- Khám BN ghi nhận rung thanh giảm, gõ đục, rì rào phế nang giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi P -> BN có hội chứng 3 giảm, các nguyên nhân 3 giảm trên BN này
- TDMP: nghĩ nhiều nằm trong bệnh cảnh TDMP cận viêm hoặc TDMP do suy tim. -> đề nghị siêu âm đánh dấu vị trí chọc dò
- Xẹp phổi: không thể loại trừ, đề nghị Xquang ngực thẳng
- Dày dính màng phổi: BN không có tiền căn tiếp xúc với Abestos, không tràn dịch MP trước đây nên không nghĩ.
6. HC suy tim
7. Đau khớp cổ chân trái: khớp cổ chân T sưng nóng, ấn đau, giới hạn vận động và BN đã đi khám và được chẩn đoán Gout tại BV NDGD -> đề nghị Xquang cổ chân, Acid uric máu để kiểm tra

XII. Đề nghị cận lâm sàng

- CLS chẩn đoán: Siêu âm tim, Xquang ngực thẳng, NT pro BNP, hs Troponin T, CKMB, ECG, CTM, CRP, cấy đàm, D-dimer, Xquang cổ chân T, Acid uric máu
- CLS theo dõi và phục vụ điều trị: KMĐM, Bilan Lipid, Siêu âm bụng đánh dấu vị trí chọc dò
- CLS thường quy: AST, ALT, TPTNT, BUN, Creatinin, ion đồ, đường huyết

XIII. Kết quả cận lâm sàng

KMĐM:

pH 7,37, PCO₂ 54,4, PO₂ 62, HCO₃ 26,9

Với FiO₂ 28%

1/ toan kiềm

pH: 7,37 trong giới hạn bình thường

PCO₂ 54,4 tăng

—> toan hô hấp

$\Delta pH / \Delta PaCO_2 = 0.03 / 14.4 = 0.002 < 0.003 \rightarrow$ toan hô hấp phối hợp kiềm chuyển hóa

2/ oxy hoá máu

FiO₂ 28% > 21%

PO₂ 62%

—> giảm oxy hoá máu đã được điều chỉnh

PO₂ / FiO₂ = 221 < 300: có tình trạng tổn thương phổi cấp

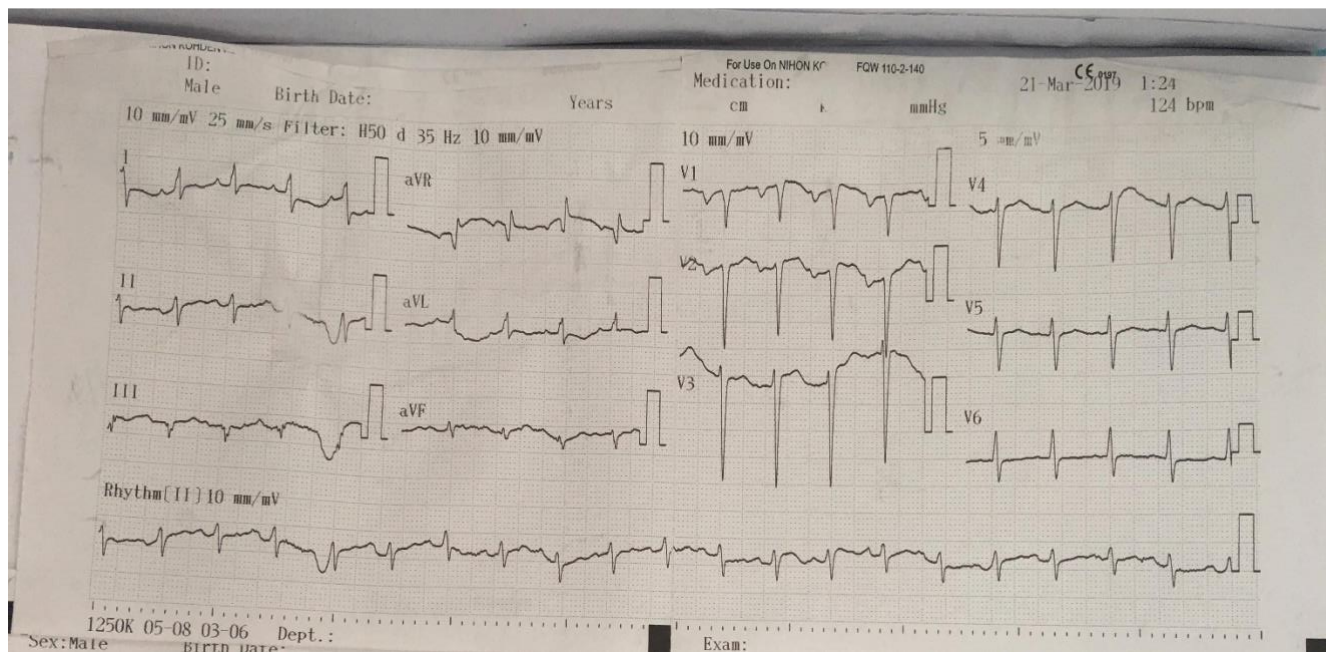
3/ Thông khí

PCO₂ 54,4 tăng: có tình trạng giảm thông khí

Kết quả: giảm oxy hoá máu đã được điều chỉnh, toan hô hấp phối hợp kiềm chuyển hóa, giảm thông khí

—> suy hô hấp cấp giảm oxy máu và tăng CO₂: giảm trao đổi khí qua màng phế nang - mao mạch => phù hợp với phù phổi cấp

KẾT QUẢ ECG:



R cắt ở V1,2,3

Counter clockwise (tim xoay lệch, mỏm tim hướng lên) → bệnh phổi, có thể làm nghe tim ko dc ở vị trí mọi khi.

Ecg không thấy bệnh mạch vành

+Nhịp:

Sóng P đồng dạng và đi trước QRS ở tất cả chuyển đạo, P (+) dII, aVF và (-) ở aVR

→ nhịp xoang

Nhịp đều, tần số = 1500/ 12 ~ 125 lần/ phút

→ nhịp nhanh xoang **theo cô nói nhịp bao nhiêu luôn, đọc số ra, nhanh 120 lần khác nhanh 160 lần, phác đồ đtri khác nhau.**

+Trục điện tim:

R ~ S ở aVF, QRS (+) dI và (+) aVL

→ trục trung gian, 0- (-30 độ)

+sóng P

dII: sóng P có biên độ 2mm < 2,5 mm → không lớn nhĩ P

V1: Sóng P có pha âm > 0,04 mm-s → lớn nhĩ T

Thời gian

+khoảng PR

dII khoảng PR ~ 0,2 s và các khoảng đều nhau → không có hình ảnh block

AV

+QRS

Thời gian QRS V1-6 ~ 0,08s: bình thường → không có block nhánh

Tiêu chuẩn Sokolow - Lyon:

$SV1 + RV6 = 8 + 6 = 14 < 35 \text{ mm}$

$RV1 + SV5 = 0 + 7 = 7 < 10 \text{ mm}$

Tiêu chuẩn Cornell:

$SV3 + RaVL = 20 + 3 = 23 < 28 \text{ mm (nam)}$

→ không có hình ảnh lớn thất T

$SV5 \sim 7 \text{ mm} \rightarrow$ theo dõi lớn thất P

+sự thay đổi ST

Không có hình ảnh ST chênh lên ở các đạo trình

+sóng Q

Không có hình ảnh sóng Q bệnh lý ở các đạo trình

—> không có sự thay đổi ST kèm men tim không tăng: loại chẩn đoán NMCT cấp

+khoảng QT

QTc ~ $0,2 / 0,69 = 0,3 < 0,44s$ (nam): bình thường

Kết luận: nhịp nhanh xoang, lớn nhĩ T, theo dõi lớn thất P

XÉT nghiệm	21/3/2019	22/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
CKMB	16.72	12.42		U/L
CRP	7.49		9.65	mg/L
Troponin T-hs	0.085	0.075		ng/ml

CKMB bình thường

Động học Troponin T: ổn định, giảm nhẹ

—> không nghĩ NMCT cấp là yếu tố thúc đẩy vào suy tim cấp lần nhập viện này

XÉT nghiệm	21/3/2019	ĐƠN VỊ
NT-ProBNP	4312	pg/mL

NT-Pro BNP tăng cao > 300 pg/m

—> phù hợp với chẩn đoán suy tim CẤP

Siêu âm doppler màu tim 22/3/2019

- Dẫn lớn các buồng tim **đưa số cụ thể**
- Giảm động các thành tim **phải nói rõ giảm thành nào, vùng nào. Bệnh cơ tim dẫn nở thì giảm hết thành, còn tmctcb giảm 1 vùng nhất định.**
- Rối loạn chức năng tâm thu thất (P) Tapse = 15mm
- Tràn dịch màng ngoài tim lượng ít
- Tràn dịch màng phổi (P) lượng nhiều
- Hở van ĐMC nhẹ, VC < 3mm
- Hở van 2 lá nặng, VC = 7mm
- Hở van 3 lá nặng, VC = 8mm
- Áp lực ĐMP không tăng (PAPs = 36 mmHg)

- Chức năng tâm thu thất (T) giảm, EF = 34%, Sp4 = 22.4%

—> kết luận:

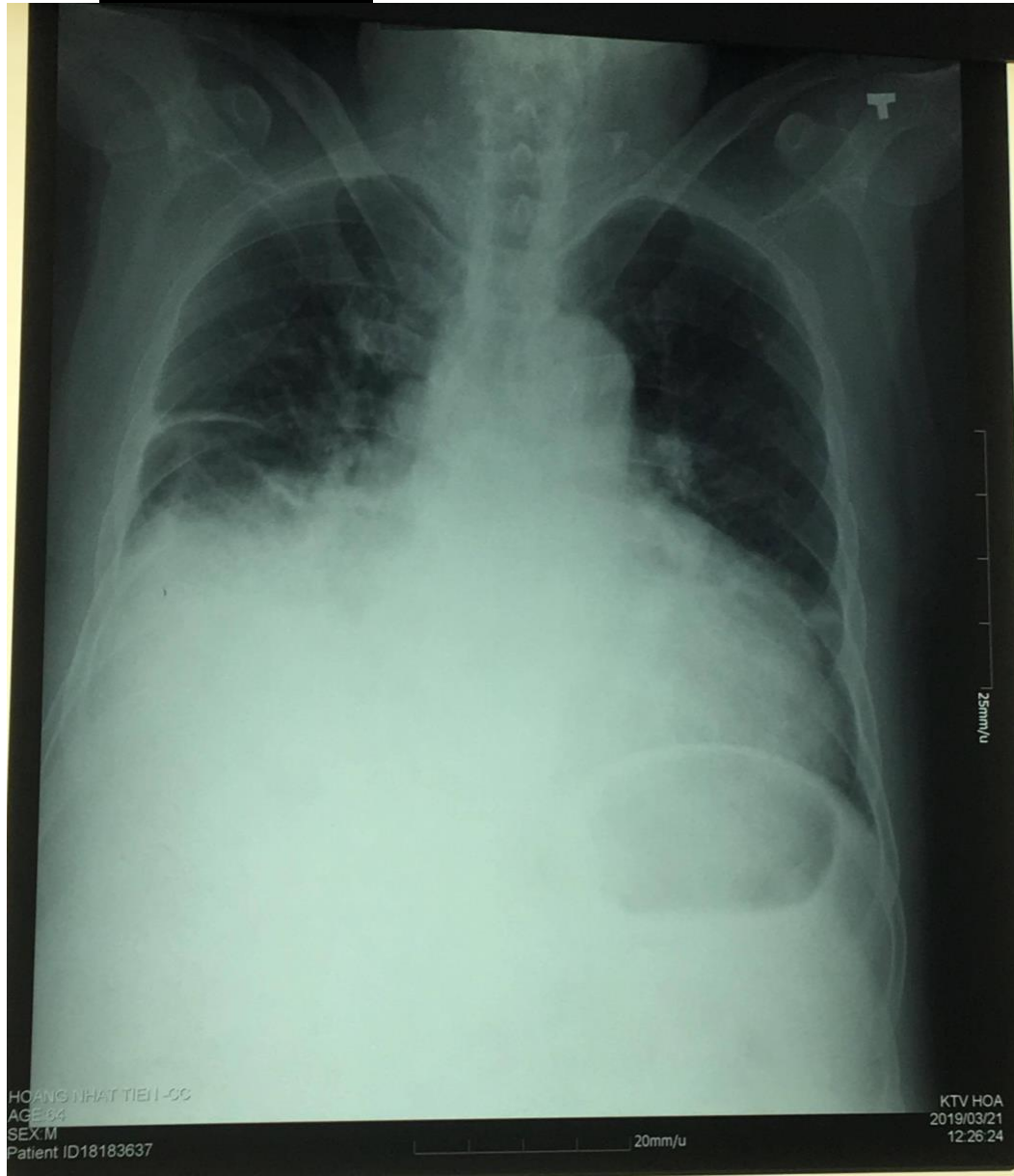
Suy tim EF giảm

Dãn lớn các buồng tim nên nghĩ đây là hở cơ năng do các buồng tim lớn. Có thể hở thực thể r gây suy tim ngược lại :v → pbiệt = sự mềm mại of van.

Xem có bệnh van tim, nếu do dẫn nỡ thì lá van mềm mại,...

Nhịp nhanh ăn gian kêu không nghe được van tim → cô sẽ hỏi nhịp nhanh bao nhiêu thì không nghe được :v.

XO ngực 21/3/2019



Bóng tim to, bờ P tim khó xác định

Tràn dịch màng phổi P lượng trung bình kèm mờ nhu mô phổi kế cận khả năng xẹp phổi

Không thấy bất thường của thành ngực

XÉT nghiệm	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
Wbc	7.2	6.47	5.9	K/UL
NEU%	57.2	72.4	64.0	%
Lym%	29.3	18.1	20.8	%
Mono%	11.9	7.9	12.1	%
NEU	4.1	4.69	3.8	K/UL
Lym	2.1	1.17	1.2	K/UL
Mono	0.9	0.51	0.7	K/UL
RBC	5.57	5.35	5.49	T/L
Hem	164	155	162	g/l
Hct	0.504	0.483	0.509	%
MCV	90.6	90.3	91.9	fL
MCH	29.4	29.0	29.5	pg
MCHC	325	321	321	g/L
RDW	16.5	16.2	16.7	%CV
PLT	146	140	138	Giga/L
MPV	8.8	11.4	9.3	fL
CRP	7.49		9.65	mg/L

Bạch cầu không tăng, % và số lượng Neu trong giới hạn bình thường, CRP tăng nhẹ 9,65 mg/L → chưa loại trừ có tình trạng nhiễm trùng

X-quang phổi: tràn dịch màng phổi P lượng trung bình + mờ đồng nhất đáy phổi P—> chọc dò DMP (sinh hoá, tế bào, vi sinh)
Có Hct tăng, nghĩ có tình trạng cô đặc máu do sử dụng lợi tiểu;
Tiểu cầu giảm không có ý nghĩa

XÉT nghiệm	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
Glu	5.45	11.87		mmol/L
HbA1c	6.1			%

Glucose ngày 1/3/2019 5.45<7 mmol/L

HbA1c < 6.5 **all bn vô đều thử cái này, bình thg thì khỏi làm nữa.**

=> BN không có bệnh nền ĐTĐ

Glucose 21/3 11,87mmol/L ~ 215 mg/dl : nghĩ đường huyết tăng thoáng qua trong suy tim cấp

—> lặp lại đường huyết sau 24h **khỏi.**

XÉT nghiệm	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
Ure		4.7		mmol/L
Creatinin	107.6	115.0	99.9	umol/L
eGFR	63.81	59.1	69.52	
Acid uric	750	407.4		mmol/L

Creatinin tăng < 26,5 mmol/L, bn được điều trị lợi tiểu sau 2 ngày thì creatinin cải thiện —> không nghĩ có tổn thương thận cấp, creatinin có thể tăng nhẹ trong bệnh cảnh suy tim cấp

Acid uric cao: bệnh cảnh gout

XÉT nghiệm	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
Na	142.2	138.6	143.1	mmol/L
K	3.15	3.24	2.15	mmol/L

Cl	99.5	102.1	89.2	mmol/L
Mg huyết thanh			0.48	mmol/L
Ca toàn phần			2.2	mmol/L

Có giảm K, nghĩ do sử dụng lợi tiểu trong quá trình điều trị, mức K giảm thấp - > cần phải điều chỉnh

Hạ Mg máu, nghĩ do nghiện rượu + dùng lợi tiểu.

Các thông số khác trong giới hạn bình thường

XÉT NGHIỆM	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
AST	43.8	36.9		U/L
ALT	23.3	17.1		U/L

Có tăng AST nhẹ, không có ý nghĩa

XÉT NGHIỆM	1/3/2019	21/3/2019	23/3/2019	ĐƠN VỊ
CHO	2.58			mmol/L
TRI	0.78			mmol/L
HDL	0.70			mmol/L
LDL	1.79			mmol/L

Có giảm CHO và HDL tuy nhiên giảm không đáng kể => chưa có rối loạn chuyển hóa Lipid

Siêu âm tĩnh mạch chi dưới

- Siêu âm Doppler tĩnh mạch 2 chi trong giới hạn bình thường
- Ít dịch quanh bao gân và bờ khớp cổ chân T
- Tràn dịch khớp gối 2 bên
- Phù nề nhẹ mô mềm quanh khớp cổ chân T

→ Nghĩ phù 2 chân trong bệnh cảnh suy tim ứ huyết
Nếu nghĩ đa màng thì xin siêu âm bụng.

XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Suy hô hấp cấp – Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, biến chứng tràn dịch màng phổi (P) – Đợt mất bù cấp của suy tim/ suy tim toàn bộ, EF giảm, NYHA III, giai đoạn C (AHA/ACC) – Thiếu máu cơ tim – Gout - Suy van TM chi dưới **siêu âm đã nói không có mà sao còn chẩn đoán? → sai cơ bản.**

XV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị thời điểm cấp cứu (điều trị phù phổi cấp)

Nằm đầu cao

Thở oxy qua canula 2 l/p

Furosemide 20 mg/1A

1A (TMC)

Morphine 10mg/1A **đang suy hô hấp không được xài cái này!!**

1/3 ống (TMC)

Điều trị sau đó:

Mục tiêu:

1/ điều trị suy tim (đợt cấp): thở oxy, lợi tiểu quai, ACEI, điều trị các yếu tố thúc đẩy (điều trị viêm phổi, ngưng NSAIDs,...)

2/ điều trị viêm phổi: kháng sinh tĩnh mạch

3/ điều trị gout: allopurinol

4/ điều trị suy van TM chi dưới: daflon

5/ điều trị không dùng thuốc: chế độ ăn hạn chế muối nước, vận động nhẹ, chích ngừa cúm, ngưng rượu, ngưng thuốc lá, giảm cân

Cđoan bệnh tim tmcđ mà không đtri statin, kháng ktcc → sai cơ bản.

Y lệnh:

Thở oxy ẩm qua canula 2 lít/phút

(1)Levofloxacin 0,75g/100ml

TTM XXX g/p

Furosemide 20mg

2 ống (TMC)

Zestril 5mg

1 viên (u)

Daflon 0,5g

1 viên x 2 (u) S-C

Allopurinol 0,3g

1 viên (u) S

Chăm sóc cấp 1

Theo dõi sinh hiệu, SpO2, rale phổi, âm phế bào, nước tiểu /1h

Cận lâm sàng:

KMĐM, X-quang ngực thẳng, CTM, CRP

ECG, siêu âm tim, hs Troponin T, CKMB, NT pro BNP
Acid uric máu, ion đồ, ure, creatinin, đường huyết

XVI. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần: bệnh nhân vào với tình trạng suy hô hấp cấp do viêm phổi, đợt bất bù cấp của suy tim nên tiên lượng dè dặt

Tiền lượng xa: Bn lớn tuổi, hút thuốc lá, nghiện rượu, suy tim độ III, gout nhiều bệnh đồng mắc nên tiên lượng xa -> xấu

Nếu bn vô lâm thì có quyền xin điều trị lúc cấp cứu

Kali 2.5 mà sao còn xài furosemide?

HA đang khó thở có thể tăng, coi lại HA lúc NV.

Ca này thực chất là tràn dịch đa màng → ecg: DI, DII, avF thấp

BỆNH CƠ TIM DẪN NỞ:

- Mang tính di truyền → tầm soát gia đình
- Giảm các buồng tim, chủ yếu là 2 buồng, esp thất T (đkinh thất T >55mm).
- EF giảm mạnh (tim dẫn nhão nhọt không bóp nổi)
- Bệnh tim khó thở diễn tiến nhanh.
- Phải khám móm tim → móm kls 7 (bệnh cơ tim dẫn nở, hở van đmc).
- Ca này xien lúc 65 → bệnh cơ tim dẫn nở hay tmet cục bộ thâm lạng?
- Huyết khối buồng tim có hay không, không có thì phải ghi
- Ng nhân:
 - Rượu
- Đtri: có thể hồi phục
- Gặp ở bn sau sanh (trong vòng 6m, 1m trc sanh 5m sau sanh), có thể trc đó sâ hoàn toàn bthg.

RL lipid phải nói rõ kiểu j tăng Tri, tăng LDL. Nếu Tri >500 thì cẩn thận viêm tụy.

Xài Ator cho dễ để đỡ chỉnh liều khi suy thận.

Digoxin có 4 tác dụng: (digoxin vs cort là 2 thằng vừa lợi vừa hại, con dao 2 lưỡi)

- Tăng sức co bóp cơ tim
- Chậm dẫn truyền nhĩ thất
- Chậm nhịp xoang
- Gây ổ thoát nhịp

2 tdung trên thường được dùng.

2 tdung dưới dễ gây hại, ngộ độc

Chỉ định:

- Inotrope (+) → khi suy tim EF giảm có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh or EF giảm nhịp nhanh xoang (38:00)
- Hẹp 2 lá: dùng digoxin để chậm dẫn truyền nhĩ thất kéo dài tâm trương khi có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh, phòng OAP. Hẹp 2 lá lượng máu xuống ít, có tăng sức co bóp nó cũng không tổng ra được thêm. Hẹp 2 lá là gây suy tim P
 - Hẹp 2 lá đơn thuần:
- Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh: ức chế beta có gây chậm nhịp tim nhưng sợ máy chống chỉ định → quăng digoxin để cấp cứu.
- Mở cửa sổ đtri duy trì là khi nhịp tim hết nhanh (? 44:00)

