

Họ tên sinh viên : NGUYỄN PHAN NHƯ PHIN

Lớp: Y17B

Tổ: 07

Ngày làm bệnh án: 03/09/2020.

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH:

Họ tên bệnh nhân: Trần Thị Kim T.

Năm sinh: 1967 (53 tuổi).

Giới: Nữ.

Địa chỉ: Tp Tân An, tỉnh Long An.

Nghề nghiệp: Nội trợ.

Ngày giờ nhập viện: 6h10 ngày 31 tháng 08 năm 2020

Khoa: Nội tim mạch Phòng số: C1.14 Giường số: 47

LÍ DO NHẬP VIỆN: Đau ngực

II. BỆNH SỬ:

CNV 3 giờ, BN đang ngủ thì đột ngột thấy đau vùng ngực trái sau xương ức, có lan lên cổ kèm tay trái, đau kiểu đè nặng, BN nằm ôm ngực chịu đựng, không ngồi dậy nổi, không yếu tố giảm đau, đau nhiều cơn mỗi cơn kéo dài khoảng 5 phút, giữa các cơn vẫn còn đau nhưng cường độ giảm, BN không nhớ rõ bao nhiêu cơn.

Trong lúc đau ngực BN có khó thở nhiều theo cơn đau nên cố gắng hít thở, hít vô khó hơn và đau nhiều hơn, lúc khó thở nhiều không nói thành câu. Có vã mồ hôi nhiều, có nhút đầu âm ỉ 2 bên đầu cường độ nhẹ. Mệt nhiều, chóng mặt nhẹ.

Cường độ các cơn sau càng tăng dần đến không chịu nổi nên BN kêu người nhà chở bằng xe máy từ Củ Chi đến nhập cấp cứu BV Nguyễn Tri Phương.

Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không ho, không buồn nôn, không nôn, không đau bụng, không phù, không ngất, không mờ mắt, không yếu liệt tay chân, không chảy máu mũi, không tiêu chảy táo bón, không tiểu gắt buốt tiểu máu, đi tiêu đi tiểu trước đó bình thường. Ăn uống bình thường, bữa ăn cuối CNV 7 giờ.

Tình trạng nhập viện: Mạch 94 lần/phút, nhiệt độ 37 độ C, huyết áp 190/100 mmHg

Nhịp thở 20 lần/phút, SpO₂ 97%, cao 155cm, nặng 50kg.

Diễn tiến lúc nhập viện:

Ngày 31/08/2020

*6h10, BN tỉnh, tiếp xúc được, than đau đầu, đau ngực, khó thở, HA 190/110, mạch 94 l/p, SpO2 97%. Y lệnh: BN được ngậm 1 viên Captagim 25mg ngậm dưới lưỡi.

*6h50, giảm đau ngực, giảm khó thở, huyết áp 140/80mmHg, mạch 100 lần/phút, SpO2 97%.

*8h10, BN tỉnh tiếp xúc tốt giảm đau ngực, giảm khó thở, HA(T) 160/90 mmHg, HA(P) 150/90 mmHg, mạch 96 lần/phút, SpO2 97%, các chi không phù, không yếu liệt, nhập khoa nội tim mạch. Y lệnh: Natri clorua 0.9% 1 chai 500ml, losartan 50mg, amlodipine 5mg, pelearto 20mg, clopidogrel 75mg.

*14h, mạch 80 lần/phút, huyết áp 150/80, thở 30 lần/phút.

Ngày 01/09/2020

*7h, BN còn đau ngực giữa xương ức, không khó thở, không vã mồ hôi, ăn kém, huyết áp 130/70 mmHg, mạch 72 l/p, SpO2: 96%. Y lệnh: Natri clorua 0.9% 1 chai 500ml, losartan 50mg, amlodipine 5mg, pelearto 20mg, pantoprazole 40mg, clopidogrel 75mg, dextromethor 15 mg.

Ngày 02/09/2020

*7h, BN tỉnh tiếp xúc tốt, không khó thở, không sốt, không đau ngực, ăn kém, có đi tiểu, ho khan. HA 120/80 mmHg, mạch 95 l/p.

III. TIỀN CĂN:

1. Bản thân:

a. Nội khoa :

- CNV khoảng 15 năm điều trị Hen suyễn tại BV đa khoa tỉnh Long An 1 tháng, trong quá trình điều trị có thở oxy. Sau 1 tháng BN khai hết bệnh.
- CNV khoảng 10 năm được CĐ THA vô căn tại BV đa khoa tỉnh Long An, uống thuốc hàng ngày 1 lần/ngày không rõ loại của BV Long An, không rõ huyết áp nền, khi mệt đi khám PK đo huyết áp khoảng 150-160/...mmHg (không nhớ HA tâm trương).

- CNV khoảng 5 năm được CD ĐTĐ type II tại BV đa khoa tỉnh Long An, uống thuốc hàng ngày 3 lần/ngày không rõ loại của BV Long An, chưa từng dùng thuốc chích, không rõ mức đường huyết nền.
- CNV khoảng 5 năm được CD rối loạn lipid máu, điều trị từng đợt 2 tuần, lần cuối điều trị cách đây 3 tháng.
- CNV khoảng 3 năm được CD trào ngược dạ dày-thực quản tại BV đa khoa tỉnh Long An, uống thuốc hàng ngày của BV Long An. BN thường ợ hơi ợ chua, thường nôn ói khi ăn đồ lạ, thỉnh thoảng có những cơn đau dạ dày ở thượng vị dữ dội, lần cuối đau dạ dày cách đây 2 tháng.
- CNV khoảng 1 năm được CD thoái hóa khớp tại BV Nguyễn Tri Phương, uống thuốc từng đợt 2 tuần, thường xoa bóp dầu nóng khớp giảm đau.
- CNV khoảng 1 năm được CD Bệnh tim thiếu máu cục bộ tại BV đa khoa tỉnh Long An, uống thuốc hàng ngày của BV.
- Không ghi nhận bệnh lý ác tính.
- Từ 3 năm nay BN thường xuyên đau ngực, khó thở khi gắng sức, mức độ gắng sức ngày càng giảm dần đến 3 tháng nay sinh hoạt bình thường cũng đau ngực khó thở, có giảm khi ngồi nghỉ ngơi. BN có khó thở khi nằm đầu thấp nên ngủ nằm nhiều gối hoặc nằm vồng, BN có ho nhiều về đêm trước khi ngủ, trong cơn ho BN có đau ngực trái nhiều, đau ngực phải ít và không lan nơi khác. Mỗi đêm ngủ 3-4 tiếng. BN thỉnh thoảng có phù 2 chân đến mắt cá chân, phù nhiều khi đi lại nhiều, giảm vào buổi sáng.
- Từ 1 năm nay thỉnh thoảng đêm ngủ có cơn đánh trống ngực làm BN tỉnh giấc.
- Từ 3 tháng nay, BN có nhập viện Long An 2 lần với tính chất đau ngực khó thở khi nghỉ giống lần này, không rõ xử trí, BN khai được chẩn đoán thiếu máu cục bộ cơ tim.
- Từ 2 tháng nay, BN thỉnh thoảng bị xù khi gắng sức nhiều, BN khai vẫn nghe tiếng xung quanh nhưng không trả lời được, mỗi lần xù khoảng 3-4 phút.
- BN không có yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.

b. Ngoại khoa :

- Mổ nội soi ruột thừa tại BV Chợ Rẫy cách đây 15 năm.

c. Sản phụ khoa : PARA 1021, mổ bắt con 1 lần. BN đã mãn kinh (BN không rõ năm).

d. Thuốc đang sử dụng : THA, ĐTĐ type II, Trào ngược DD-TQ, bệnh tim thiếu máu cục bộ. 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: không tập thể dục

f. Dự ứng : đồ phong (thịt gà,...) ăn bị ngứa.

g. Dịch tễ học:

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

2. Gia đình:

- Mẹ THA, ĐTĐ type II.

IV. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: lúc 6h30, ngày 01/09/2020

1. Tim mạch : Đau ngực, khó thở, vã mồ hôi.
2. Hô hấp : Ho khan về đêm, không sốt.
3. Tiêu hóa : Thường ợ hơi ợ chua, nôn ói khi ăn đồ lạ.
4. Tiết niệu, sinh dục : Tiểu không gắt buốt, không tiểu máu.
5. Thần kinh : Đau đầu, không rõ chóng mặt.
6. Cơ xương khớp : Đau khớp nhiều, đi lại được gần, có khi tê 2 chân 2 tay ngồi nghỉ thì hết.

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

1. Tổng quát :

- Sinh hiệu :

Mạch : 80 lần/phút, Huyết áp : 120/80 mmHg

Nhịp thở : 32 lần/phút, SpO₂ 96%

- **Tri giác :** BN tỉnh , tiếp xúc tốt, da niêm hồng.
- **Tổng trạng :** Chiều cao : 155cm Cân nặng : 50 BMI : 20.8 (bình thường)
- Da niêm: không phù, không tím hay xuất huyết.
- Hô hấp: không có kiểu thở bất thường.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Chi ấm, mạch ngoại biên sờ rõ.
- Không phù.

2. Đầu mặt cổ :

- Cân đối, khí quản không lệch.
- Không môi khô, lưỡi dơ.
- Co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ (cơ ức đòn chũm).
- Không thở chúi môi, không phập phồng cánh mũi.
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không sờ chạm.
- Tĩnh mạch cổ tư thế 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 : Co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ.
- Điểm đau : Đau nhẹ vùng ngực trái.

Tim : Mỏm tim : KLS V, lệch ra ngoài đường trung đòn trái 2cm, 2x2 cm², nảy mạnh

Tiếng tim : T1, T2 rõ, đều, tần số 80 lần/phút, không âm thổi.

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

Phổi : Gõ : trong.

Rung thanh : đều 2 bên.

Âm khi nghe : RRPN êm dịu, không rale.

Tần số hô hấp : 32 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 : bờ dưới 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.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, 53 tuổi, nhập viện vì đau ngực cấp, bệnh 3 giờ. Sau khi hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận :

TCCN : Đau ngực

Khó thở

Vã mồ hôi

Nhức đầu, chóng mặt

Ho khan về đêm

Ợ nóng, nôn ói khi ăn đồ lạ

TCTT : HA ở cấp cứu : 190/100 mmHg

Mỏm tim lệch ra ngoài đường trung đòn trái 2cm, 2x2 cm², nảy mạnh

Tiền căn : Hen suyễn 15 năm đã điều trị

THA vô căn 10 năm, tuân thủ điều trị

ĐTĐ type II 5 năm, tuân thủ điều trị

Rối loạn lipid máu 5 năm

Trào ngược dạ dày-thực quản 3 năm

Bệnh tim thiếu máu cục bộ, thoái hóa khớp 1 năm

Phù 2 chân, xù, đánh trống ngực

VII. ĐẶT VẤN ĐỀ :

1. Đau ngực cấp
2. Con tăng huyết áp
3. Hội chứng suy tim trên lâm sàng

4. Tiền căn : THA vô căn, ĐTĐ type II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn

VIII. BIỆN LUẬN :

Đau ngực cấp :

1. Nguyên nhân do tim :

a. Đau ngực kiểu mạch vành:

-BN thường xuyên có những cơn đau ngực trái với tính chất đè nặng xảy ra khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi nên nghĩ trước đây BN có **đau thắt ngực ổn định**. BN đau ngực khi gắng sức những việc thông thường như sinh hoạt hàng ngày, giảm khi nghỉ nên phân độ CCS III.

-BN đột ngột đau ngực khi nghỉ sau xương ức lan lên cổ và tay trái, đau kiểu đè nặng, không yếu tố giảm đau, đau từng cơn kéo dài 3 giờ, cường độ ngày càng tăng kèm khó thở, vã mồ hôi trên nền BN nữ 53 tuổi đã mãn kinh, có tiền căn THA, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn là những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành nên **nghĩ nhiều** nguyên nhân do **HC vành cấp**.

- HC vành cấp gồm : NMCT cấp và đau thắt ngực không ổn định, trường hợp này không rõ thể bệnh vì NMCT cấp BN có đau sau xương ức dữ dội kéo dài trên 30 phút kèm khó thở vã mồ hôi tuy nhiên BN đau ngực từng cơn 5p chứ không phải liên tục nên không loại trừ đau thắt ngực không ổn định.
- Thời điểm là 3 giờ, kể từ lúc khởi phát đau ngực khi đang nghỉ.
- Phân độ Killip I, vì BN lâm sàng bình thường, không có ran phổi, TM cổ không nổi, không có Gallop T3.
- Định vị vùng nhồi máu : đề nghị CLS ECG
- Phân tầng nguy cơ bằng thang điểm TIMI, BN có 3 yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành (THA, ĐTĐ, RRLP máu), $TIMI \geq 1$. Đề nghị CLS ECG để theo dõi thay đổi ST và thay đổi men tim.
- Biện chứng :
 - Suy bơm : không nghĩ, do BN không tụt HA, không suy hô hấp cấp, không nhịp tim nhanh, chi không lạnh, không ran phổi, không Gallop T3.
 - Rối loạn nhịp : Cần ECG cấp cứu để chẩn đoán.

- **Biến chứng cơ học** : không nghe âm thổi ở tim, không có dấu hiệu chèn ép tim như tam chứng Beck. Tuy nhiên cần đề nghị Siêu âm tim để chẩn đoán chính xác.
- **Bệnh kèm theo** : THA vô căn, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn.

b. Viêm màng ngoài tim cấp :

Kiểu đau ngực của BN có thể của đau màng phổi do BN khai có tăng khi hít thở sâu, tuy nhiên BN 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**.

c. Viêm cơ tim :

Trước đó BN không nhiễm virus, trên BN có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành nên nghĩ HCVC nhiều hơn. Tuy nhiên bệnh viêm cơ tim đôi khi có triệu chứng tương tự bệnh mạch vành nên để loại trừ ta cần làm thêm men tim.

d. Bệnh van tim:

Hẹp van động mạch chủ nặng có thể gây đau ngực, khó thở khi gắng sức kèm ngất có thể phù hợp ở BN này tuy nhiên thăm khám không nghe âm thổi tâm thu ở các vùng van động mạch chủ nên **không nghĩ**.

2. Nguyên nhân mạch máu :

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

-**Ít nghĩ** thuyên tắc phổi, tuy BN có thể đau ngực kiểu màng phổi khởi phát đột ngột do BN khai có tăng đau khi hít sâu kèm khó thở, vã mồ hôi nhưng BN không ho ra máu, không có yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch (bất động, nằm lâu, gãy xương,...). Đề nghị CLS D-DIMER để loại trừ.

-**Không nghĩ** tăng áp động mạch phổi, do BN khởi phát đau ngực đột ngột chứ không phải gắng sức, khám không nghe T2 mạnh vùng mỏm, dấu nẩy trước ngực (-), Harzer (-), TMC không nổi.

3. Nguyên nhân do phổi :

-Không nghĩ Viêm phổi/Viêm màng phổi, do BN không sốt, không ho đàm, khám phổi không thấy rale nổ, không có tiếng cọ màng phổi.

-Không nghĩ TKMP, tuy BN có thể đau ngực giống kiểu màng phổi (tăng khi hít sâu) khởi phát đột ngột kèm khó thở tuy nhiên kiểu đau là đè nặng chứ không phải đau nhói, trên người không HTL, không chấn thương, khám không thấy hội chứng ứ khí phế nang (rung thanh thanh giảm, gõ vang, âm phế bào giảm ở 2 phế trường).

4. Nguyên nhân khác :

-Không nghĩ trào ngược dạ dày-thực quản/loét dạ dày tá tràng, BN thường xuyên ợ hơi ợ nóng, có tiền căn trào ngược dạ dày thực quản tuy nhiên không có kiểu đau nóng rát ở thượng vị kèm có khó thở, vã mồ hôi và BN phân biệt được cơn đau dạ dày trước đây khác với cơn đau ngực hiện tại.

-Không nghĩ nguyên nhân thần kinh, cơ xương khớp, do BN khởi phát đau khi đang ngủ, không có té ngã chấn thương, không có điểm đau khu trú, không nổi bóng nước, không nổi ban đỏ, không liên quan tới tư thế.

Hội chứng suy tim trên lâm sàng :

BN có khó thở khi gắng sức với mức gắng sức ngày càng giảm dần đến hiện tại sinh hoạt hàng ngày cũng khó thở. BN có phù 2 chân khi vận động nhiều, giảm vào buổi sáng. BN có khó thở khi nằm đầu thấp, ho về đêm. Khám ghi nhận BN có mỏm tim KLS V lệch ra ngoài đường trung đòn trái 2cm, 2x2 cm², nảy mạnh nên nghi ngờ dày thất trái. BN có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim mạn theo Framingham. Phân độ NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA. Nghĩ nguyên nhân suy tim mạn do bệnh mạch vành, tăng huyết áp. Yếu tố thúc đẩy vào đợt mất bù cấp suy tim mạn là HC vành cấp. Bệnh đi kèm HC vành mạn, THA vô căn, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, thoái hóa khớp.

Biện luận Cơn tăng huyết áp:

BN vào viện có triệu chứng của THA : nhức đầu âm ỉ 2 bên đầu, chóng mặt nhẹ. Ngoài đau ngực khó thở thì không có các triệu chứng của tổn thương cấp tính cơ quan đích như không ngất, không mờ mắt, không nôn ói, không yếu liệt tay chân, không chảy máu mũi, đo HA cấp cứu 190/100mmHg trên nền BN THA vô căn đã điều trị 10 năm. Ta cần xác

định cơn THA này là nguyên nhân hay là hậu quả của các bệnh khác, nếu là nguyên nhân thì là cơn THA cấp cứu hay cơn THA khẩn cấp.

Triệu chứng nhập viện đau ngực khó thở này của BN như đã biện luận ở trên nghĩ nhiều do HC vành cấp, thì HC vành cấp này có thể là nguyên nhân gây stress dẫn tới cơn THA (khi ta điều trị HC vành cấp xong thì HA tự hạ chứ ta điều trị hạ áp ban đầu sẽ không hiệu quả) hoặc cơn THA cấp cứu gây tổn thương tim cấp tính gây HC vành cấp (khi ta điều trị HC vành cấp xong HA vẫn cao, phải điều trị bằng thuốc hạ áp). Hoặc đau ngực khó thở này mới chỉ là triệu chứng mạch máu của cơn THA (khi ECG và men tim không ủng hộ HC vành cấp) và sẽ giảm triệu chứng nếu ta điều trị hạ áp.

Dựa vào diễn tiến sau nhập viện, BN được điều trị ngậm dưới lưỡi 1 viên Captagim 25mg (thuốc điều trị THA) thì triệu chứng đau ngực khó thở của BN giảm. Nên ta nghĩ nhiều đau ngực khó thở của BN là triệu chứng mạch máu của cơn THA khẩn cấp, không rõ yếu tố thúc đẩy. Đề nghị ECG, men tim để xem xét HC vành cấp.

IX. CHẨN ĐOÁN :

CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ : Nhồi máu cơ tim cấp, giờ thứ 3, Killip I, chưa rõ vùng cơ tim tổn thương, chưa biến chứng, bệnh kèm : THA vô căn, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

1. Cơn tăng huyết áp khẩn cấp/THA vô căn có điều trị, không rõ YTTĐ, bệnh kèm : ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn.
2. Đau thắt ngực không ổn định, giờ thứ 3, nguy cơ trung bình theo ESC 2018, chưa biến chứng, bệnh kèm THA vô căn, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn.
3. Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, NYHA III, giai đoạn C theo ASC/AHA, yếu tố thúc đẩy HC vành cấp, nguyên nhân : bệnh mạch vành, tăng huyết áp, bệnh kèm : HC vành mạn, THA, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu.
4. Thuyên tắc phổi, bệnh kèm : HC vành mạn, THA, ĐTĐ II, rối loạn lipid máu.

X. 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.

Cận lâm sàng chẩn đoán:

X quang ngực thẳng, ECG, Troponin I, CKMB, NT-pro-BNP, bilan lipid, siêu âm tim, D-DIMER

XI. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:

Ngày xét nghiệm: 31-08-2020 07:27:48		Ngày giờ in kết quả: 31-08-2020 07:28:22			
Ngày giờ nhận mẫu: 31-08-2020 07:04:24					
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTK
Huyết Học					
** CÔNG THỨC MÁU				XN2000	
* WHITE BLOOD CELL	8.89	4.0 - 10.0	G/L		
NEUTROPHILE %	61.4	45 - 75	%		
LYMPHOCYTE %	23.6	20 - 35	%		
MONOCYTE %	6.2	4 - 10	%		
EOSINOPHILE %	8.0	1 - 8	%		
BASOPHILE %	0.8	0 - 2	%		
NEUTROPHILE	5.46	1.8 - 7.5	G/L		
LYMPHOCYTE	2.10	0.8 - 3.5	G/L		
MONOCYTE	0.55	0.16 - 1.0	G/L		
EOSINOPHILE	0.71	0.01 - 0.8	G/L		
BASOPHILE	0.07	0.0 - 0.2	G/L		
*RED BLOOD CELL	4.00	3.8 - 5.5	T/L		
HEMOGLOBIN	117	120 - 150	g/L		
HEMATOCRIT	0.350	0.35 - 0.45	L/L		
MCV	87.5	78 - 100	fL		
MCH	29.3	26.7 - 30.7	pg		
MCHC	334	320 - 350	g/L		
RDW	12.6	11.5 - 14.5	%CV		
*PLATELET	467	150 - 400	G/L		
MPV	10.1	7.0 - 12.0	fL		

Công thức máu có giảm nhẹ Hb có thể do BN ăn uống kém, tăng tiểu cầu không rõ nguyên nhân.

giờ lấy mẫu:	Chất lượng mẫu: Đạt				
xét nghiệm: 31-08-2020 07:27:48					
giờ nhận mẫu: 31-08-2020 07:04:24	Ngày giờ in kết quả: 31-08-2020 07:28:22				
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
Sinh Hóa					XN/QTKT
CREATININE MÁU	58.2	49 - 100	umol/l	AU 680	
AST / SGOT	24.8	0 - 34	U/L	AU 680	SH-08
ALT / SGPT	19.5	0 - 34	U/L	AU 680	SH-09
NAURI	136	136 - 146	mmol/l	AU 680	
KALI	3.39	3.4 - 4.5	mmol/l	AU 680	
CLO	101.7	101 - 109	mmol/l	AU 680	

Kết quả sinh hóa máu lúc 7h04p ngày 31/08/2020 lúc NV bình thường.

Ngày xét nghiệm: 31-08-2020 10:09:39	Chất lượng mẫu: Đạt				
Ngày giờ nhận mẫu: 31-08-2020 09:02:22					
	Ngày giờ in kết quả: 31-08-2020 10:19:16				
Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
Đông Máu					XN/QTKT
D-DIMER	0.45	0 - 0.55	µg/ml	CS2400	DM - 04
Ghi chú:					

BN có nguy cơ thuyên tắc phổi thấp (thang điểm Well 0 điểm) kèm D-DIMER thấp nên loại trừ thuyên tắc phổi.

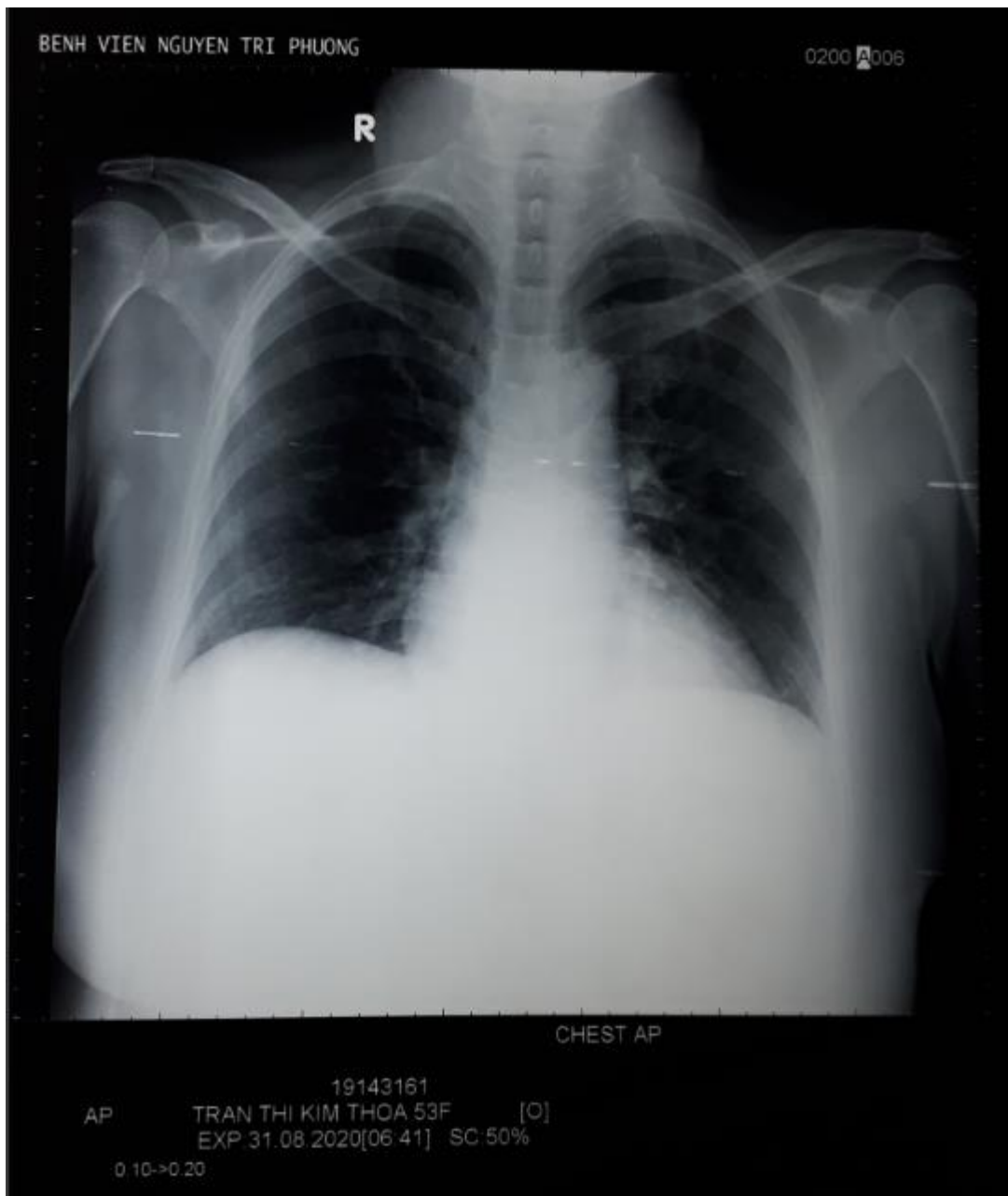
Ngày xét nghiệm: 31-08-2020 10:09:39		Chất lượng mẫu: Đạt			
Ngày giờ nhận mẫu: 31-08-2020 09:02:22		Ngày giờ in kết quả: 31-08-2020 10:19:16			
Yêu cầu xét nghiệm					
<u>Sinh Hóa</u>	Kết quả xét nghiệm	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	Máy XN	Mã QTXN
GLUCOSE	18.50	4.0 - 5.9	mmol/l	AU 680	XN/QTKT
CHOLESTEROL	5.09	3.9 - 5.1	mmol/l	AU 680	SH-02
TRIGLYCERIDE	2.03	0.46 - 1.7	mmol/l	AU 680	
HDL-C	0.91	0.9 - 1.55	mmol/l	AU 680	SH-06
LDL-C	3.26	0.0 - 2.5	mmol/l	AU 680	SH-07
CK-MB	12.91	0 - 23	U/L	AU 680	SH-19
CETONE MÁU	0.05	0.03 - 0.3	mmol/l	AU 680	
NATRI	136	136 - 146	mmol/l	AU 680	
KALI	3.67	3.4 - 4.5	mmol/l	AU 680	
CLO	102.6	101 - 109	mmol/l	AU 680	
<u>Miễn Dịch</u>					XN/QTKT
TROPONIN I hs	0.001	Nam: 0.000 - 0.034 Nữ: 0.00 - 0.017	ng/ml	Ci8200	MD-01
NT-PRO BNP	39.8	<125	pg/ml	CS 200	MD-30
Hí chủ:					
TL TRƯỞNG KHOA XÉT NGHIỆM					

-BN có CK-MB và Troponin I hs không tăng có động học trong vòng hơn 6h sau khi khởi phát đau ngực nên không nghĩ là tổn thương cơ tim cấp. **Loại chẩn đoán NMCT cấp.**

-BN chưa điều trị suy tim và có NT-pro BNP<125 pg/mL nên **loại trừ suy tim.**

-BN có Triglyceride và LDL-C tăng cao chứng tỏ rối loạn lipid máu kiểm soát không tốt.

-BN có Glucose tăng rất cao, có thể đau ngực khó thở là biến chứng của ĐTĐ II.



Đọc phim X quang :

-Đúng BN, chụp lúc 6h41p, tư thế nằm do hai xương bả vai vẫn nằm trong 2 phế trường, không có bóng hơi dạ dày.

-Tư thế cân xứng, hít đủ sâu (thấy 8 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

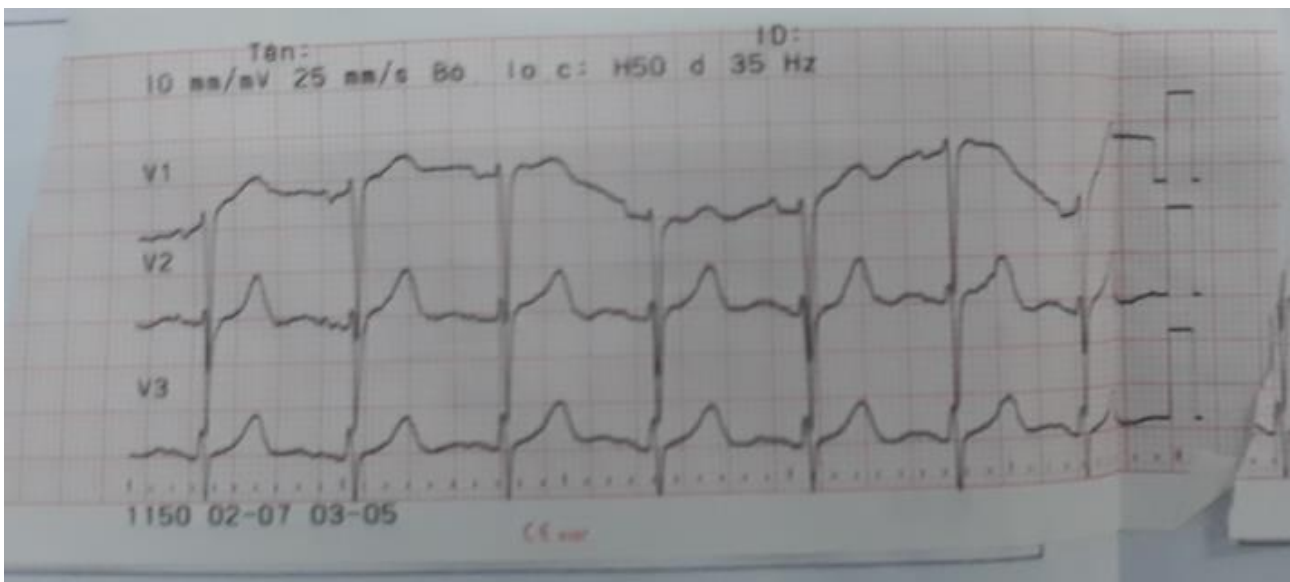
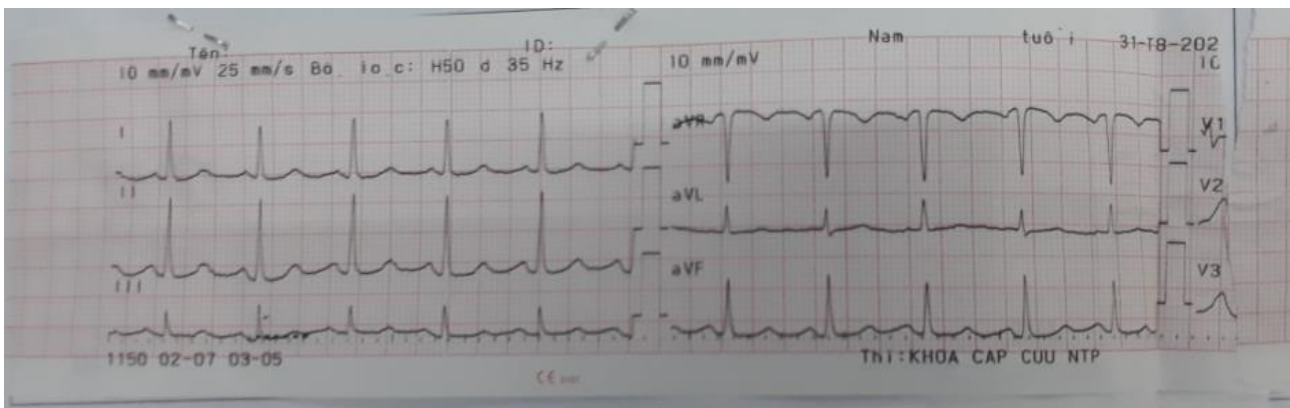
-Động mạch phổi : không lớn thân chung ĐMP

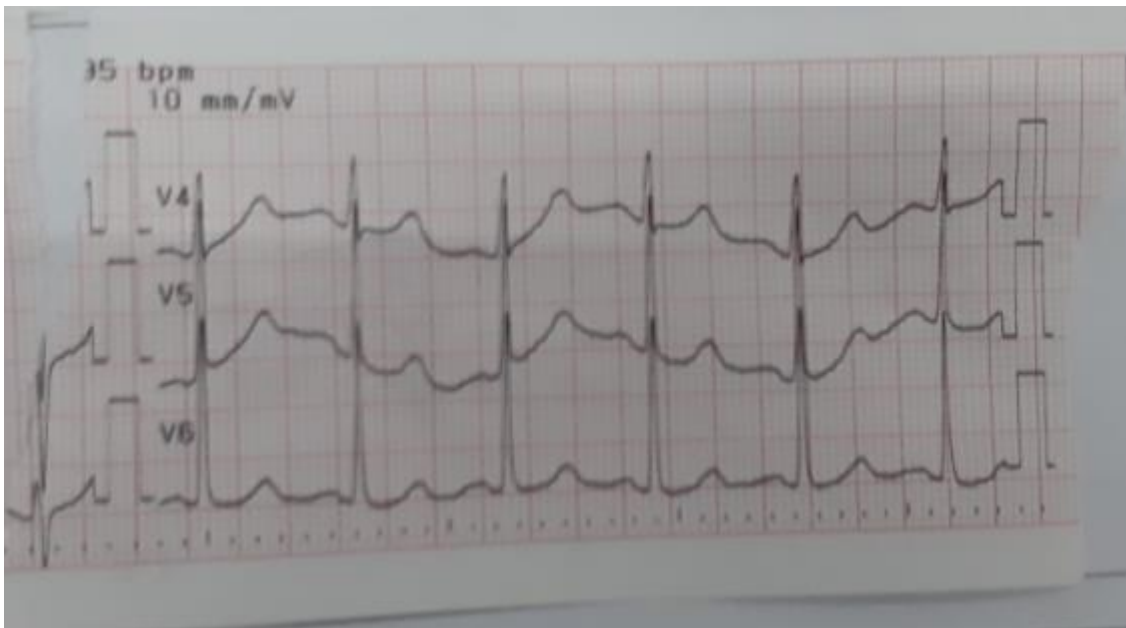
-Tuần hoàn phổi : không tăng tuần hoàn phổi, không TDMP/TKMP. Không thấy tổn thương nhu mô phổi 2 bên.

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

BN không có TKMP trên phim X quang ngực thẳng.

ECG cấp cứu



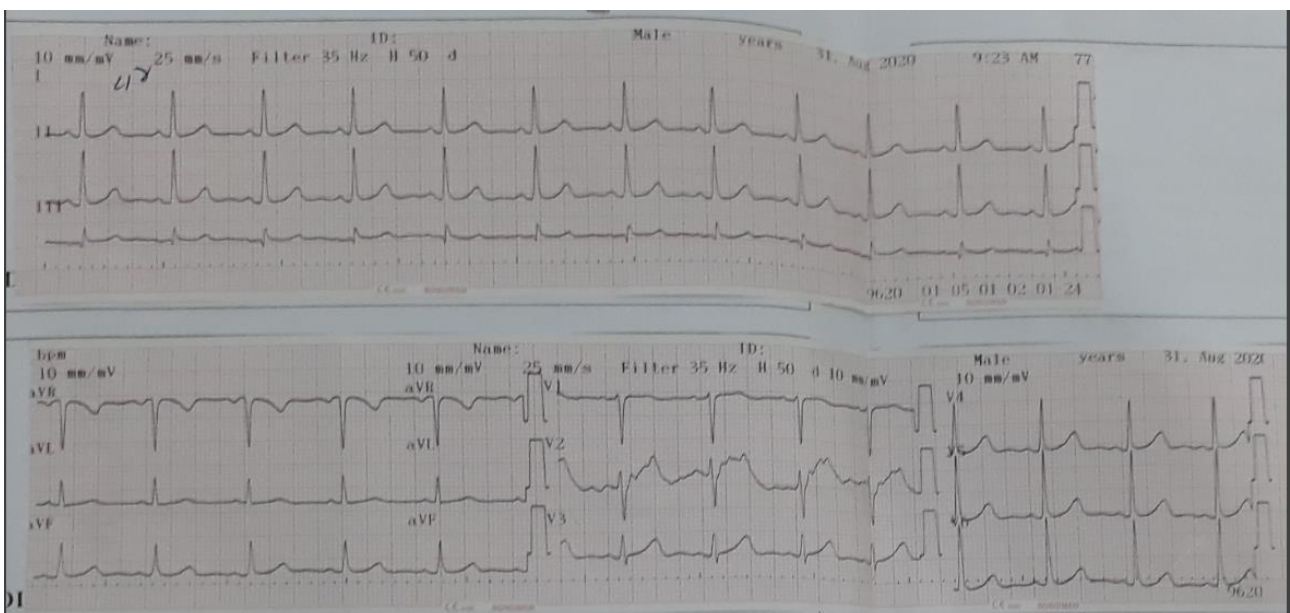


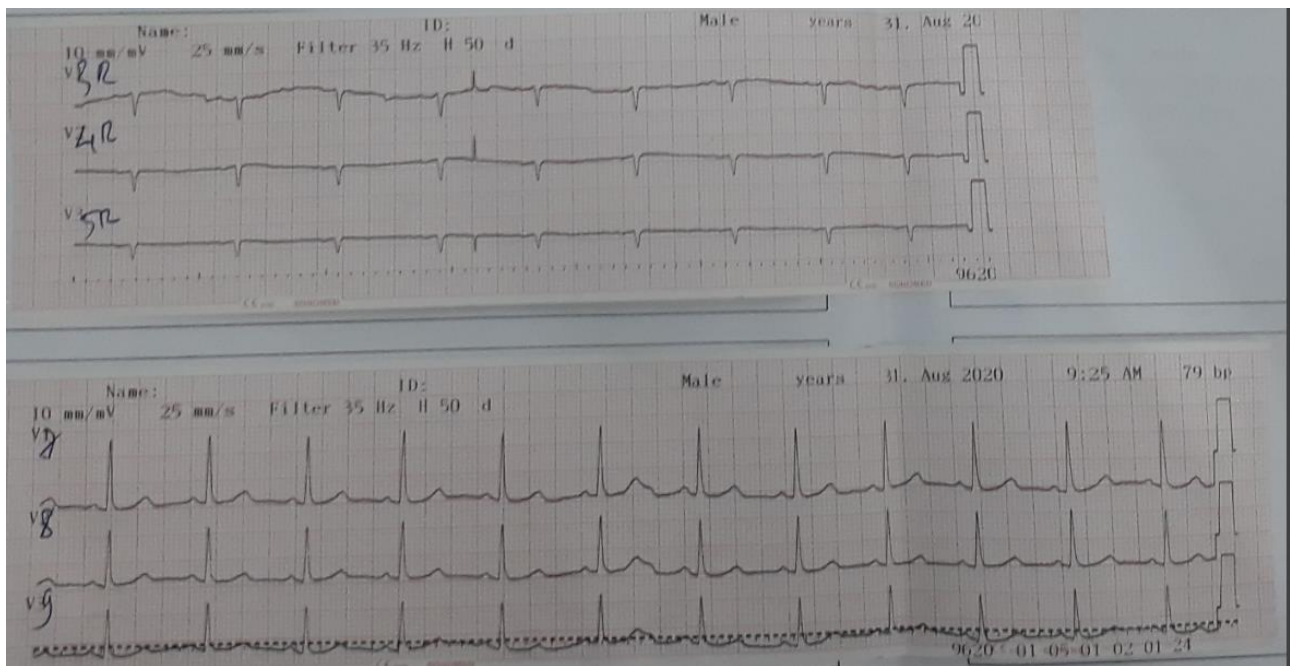
Nhịp xoang đều, tần số 100 lần/ phút. Trục trung gian.

Các chuyển đạo chi không ST chênh lên

Các chuyển đạo trước ngực không rõ ST chênh lên nghi bị nhiễu do bệnh nhân cử động hoặc tiếp xúc da không tốt.

ECG 9h23 AM 31/8/2020





Nhịp xoang đều, tần số 90 lần/ phút. Trục trung gian

Phức bộ QRS 0.08s, PR 0,16s

QTc = 0.40

Sóng P biên độ 0.1mV, thời gian 0.08s

$SV1 + RV6 = 10 + 15 = 25 \text{ mV} \rightarrow$ Chưa đủ tiêu chuẩn lớn thất trái theo Sokolov Lyon

$RaVL + SV3 = 6 + 2 = 8 \text{ mV} \rightarrow$ Chưa đủ tiêu chuẩn lớn thất trái theo Cornell.

$RV1 + SV5 = 1 \rightarrow$ Không lớn thất phải theo tiêu chuẩn điện thế.

Sóng T (+) ở DI, DII, DIII, V1-6, (-) ở aVR.

ST ở V2 nghi bị nhiễu, ST không chênh lên ở các chuyển đạo còn lại.

Kết luận: Nhịp xoang đều, tần số 90 lần/phút, trục trung gian, không lớn nhĩ thất, không rối loạn dẫn truyền. Chưa ghi nhận bất thường gì khác.

BN không có NMCT cấp ST chênh lên.

Siêu âm tim

SIÊU ÂM TM - 2D

Động mạch chủ: Góc 23 mm. Lớn: 35 mm. Xông: 35 mm.
Quai: 35 mm. Độ mở van: 35 mm.

Nhĩ trái: Đường kính 35 mm.

Thất nhĩ:

Độ dày vách L.T: Thường 7.5 mm. T/Thu: 9.5 mm.

Đường kính: Thường 4.5 mm. T/Thu: 2.5 mm.

Độ dày thành van: Thường 7.5 mm. T/Thu: 1.5 mm.

Phân suất co ngắn: 46 % Simpson: 37 %

Phân suất tổng máu Teicholz 77 %

Cơ bóp vùng: không rõ ràng

Thất phải: Đường kính: 35 mm. Diện tích: 35 cm²

Van 2 lá: Lá trước: 35 mm. Vòng van: 35 mm. Diện tích: 35 cm²

Van 3 lá: 35 mm.

Van Bicuspid: 35 mm.

Van Bicuspid: Thận: 35 mm. Phả: 35 mm. Trái: 35 mm.

Vách liên nhĩ: không rõ ràng

Vách liên thất: không rõ ràng

Màng ngoài tim: không rõ ràng

Cấu trúc bất thường: không rõ ràng

DOPPLER

Dòng máu qua van 2 lá:
 Vận tốc: Tối đa: 1.1 m/s Trung bình: _____ m/s
 Độ chênh áp: Tối đa: _____ mmHg Trung bình: _____ mmHg
 VTI: _____ cm
 Hẹp van 2 lá: 3 PHT: _____ ms Diện tích van: _____ cm²
 Hồ van 2 lá: _____ Độ: _____
 E/A: 1.1 Thời gian dẫn động thể tích: _____

Dòng máu qua van ĐMC:
 Vận tốc: Tối đa: 1.1 m/s Trung bình: _____ m/s
 Độ chênh áp: Tối đa: _____ mmHg Trung bình: _____ mmHg
 VTI: _____ cm
 Hẹp van ĐMC: _____ Diện tích van: _____ cm²
 Hồ van ĐMC: _____ Độ: _____ PHT: _____
 Đường kính dòng hồ tại gốc: _____ mm

Dòng máu qua hướng 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


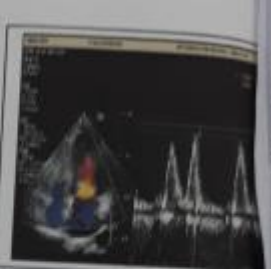
Dòng máu qua van 3 lá:
 Vận tốc tối đa: _____ m/s Độ chênh áp tối đa: _____ mmHg
 Hẹp van 3 lá: _____ Độ: _____
 Hồ van 3 lá: _____ Độ: _____
 Dòng hồ: Vận tốc tối đa: _____ m/s Độ chênh áp tối đa: _____ mmHg

Dòng qua van ĐMP:
 Vận tốc tối đa: _____ m/s Độ chênh áp tối đa: _____ mmHg
 Hẹp van ĐMP: _____ Độ: _____
 Hồ van ĐMP: _____ Độ: _____
 Dòng hồ: Vận tốc giữa TTr: _____ m/s Độ chênh áp: _____ mmHg
 Vận tốc cuối TTr: _____ m/s Độ chênh áp: _____ mmHg
 Vận tốc cuối TTr: _____ mmHg Tâm trương: _____ mmHg

áp lực ĐMP: Tâm thu: _____ mmHg Trung bình: _____ mmHg Shunt: _____ Vĩ trí: _____
 Độ chênh áp tối đa: _____ mmHg

Dòng máu bất thường:
 Vận tốc tối đa: _____ m/s Độ chênh áp tối đa: _____ mmHg

MÔ TẢ NHỮNG BẤT THƯỜNG

KẾT LUẬN VÀ CHẨN ĐOÁN

- Hẹp van 2 lá (độ 3)

- Hồ van 2 lá (độ 3)

Phân suất tổng máu EF 77%

Kết luận: Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn

-Con THA không ảnh hưởng đến chức năng tâm thu thất trái.

XII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Cơn tăng huyết áp khẩn cấp/THA vô căn có điều trị, không rõ YTTĐ, bệnh kèm : ĐTĐ II, rối loạn lipid máu, HC vành mạn, theo dõi CĐTĐNKĐ.