

BỆNH ÁN

Cô Thanh Hương – 7.3.2019

I. Hành chính:

- Họ và tên: Đào Thị N. Giới tính: Nữ Tuổi: 71 tuổi
- Nghề nghiệp: Nội trợ
- Địa chỉ: Đông Yên, An Biên, Kiên Giang
- Ngày nhập viện: 7h21-ngày 22/2/2019
- Giường: 37 Phòng: 301, khoa: Nội tim mạch BV GD

II. Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử:

Cách NV 10 năm BN được chẩn đoán Suy tim-BTTMCB-THA ở BV NDGD, đi tái khám và uống thuốc đều. BN không mang theo toa và không nhớ thuốc đang uống.

Ghi đầy đủ: Cho 1 câu bệnh nền. Nhưng viết hơn ngắn 10y nhảy sang 10d =)) Ng ta biết là suy tim gì, 10d này nghĩ suy tim P → trong 10y này có bao h phù không, ghi nhận các trchung của bn, đang điều trị gì, ghi toa ra. Có rung nhĩ thì có kháng đông → tiểu đỏ thì nghĩ liên có phải do kháng đông không, gần đây có đang uống thuốc j không.

Khám bv Gia Định ở thời điểm nào? Có giấy xv of gđ hok.

Trong vòng 1y nay có thay đổi độ gắng sức ko, cho mốc tgian gắng sức vào: Trc nv một khi đi bộ 300-400m.

Cách NV 10 ngày, BN cảm thấy khó thở khi đi lại #100m, liên tục, khó thở 2 thì, ngồi nghỉ thì có giảm nhưng không hết. Đêm nằm ngủ thấy khó thở nhiều hơn nên nhiều lần phải ngồi và nằm kê 2 gối, trong đêm nhiều lần đột ngột thức giấc vì khó thở, sau đó ngồi 1 lúc thì bớt và BN ngủ lại được. Cùng thời điểm BN thấy phù 2 chân, không đỏ, không đau vùng phù, tăng khi ngồi lâu thòng chân **vẫn nghĩ phù do tim dc (ghi gợi ý tĩnh mạch: đứng lâu phù, sáng xẹp, gác chân lên cao xẹp)**, giảm khi nằm sau đó phù nhẹ mặt, bụng chướng nhẹ. BN tiếp tục uống thuốc theo toa BV GD nhưng triệu chứng không hết.

Cách NV 2 ngày BN đi tiểu màu đỏ, lượng và tính chất không rõ. Các triệu chứng khó thở và phù vẫn còn, BN không điều trị gì thêm.

Cùng ngày nhập viện BN khó thở nhiều hơn, đi lại #40-50m thì khó thở, phù tăng, còn tiểu ít và nước tiểu màu đỏ → Nhập cấp cứu bệnh viện NDGD

Trong quá trình bệnh BN không sốt, không đau đầu, không chóng mặt, không vã mồ hôi, không hồi hộp- đánh trống ngực, không đau bụng-hông lưng, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1l/ngày, không tiểu đau-tiểu gắt buốt, ăn uống kém, lượng nước nhập và nước tiểu không rõ, thay đổi cân nặng không rõ.

Tình trạng lúc NV: Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được, khó thở khi nằm, phù chân (++). Sinh hiệu:

Mạch 80 lần/phút

Nhiệt độ 37 °C

HA: 120/80 mmHg

Nhịp thở 22 lần/phút.

Diễn tiến sau nhập viện:

N2 sau nhập viện BN hết tiểu đỏ, phù và khó thở giảm

N3-N10 BN hết phù, BN khó thở khi nằm giảm.

IV. Tiền căn:

a) Bản thân:

1>Nội khoa:

-Hơn 10 năm trước, BN đi khám sức khỏe ở BV Chợ Rẫy được chẩn đoán THA, rung nhĩ đang điều trị với Amlodipine 5mg 1 v(u); Dabigatran 110 mg 1v X 2 (u)

- Cách NV 10 năm BN BN giảm khả năng gắng sức, mệt, hay phù 2 chân khi về chiều → có thể do tim, có thể biến chứng thận, có tiểu đêm ko, lượng và tính chất nc tiểu sao (màu, cuối/đầu dòng, hồng hay đỏ, uống nc nhiều có nhạt bết, đục hay ko, có thể nhiễm trùng tiểu, gắt buốt đau) ., BN đi khám bệnh ở BV NDGD được chẩn đoán Suy tim-BTTCB, BN không mang toa và không rõ loại thuốc.

Khúc trên đem lên bệnh sử.

- Không tiền căn ĐTĐ, rối loạn mỡ máu.

- Không tiền căn bệnh lý gan, thận bệnh gan hỏi j? Hỏi cụ thể luôn viêm gan chưa, có vàng mắt vàng da bao giờ chưa. Bệnh thận hỏi có sỏi thận, tiểu máu trc đây, có những ng cơ địa lâu lâu tiểu đỏ, coi chừng có bệnh mạn.

Bệnh phổi đâu?? Hen pq? Có khi bn có 2 bệnh. Sáng nay cô khám thấy ran nổ 2 đáy, ho, khò khè hơi nhiều =))) Trình lúc nào là phải nằm bệnh thời điểm đó.

- Không tiền căn đau ngực, vàng da, đau khớp trước đó

- Chưa ghi nhận tiền căn TBS

2>Ngoại Khoa: chưa từng phẫu thuật trước đây

3>Thói quen: không hút thuốc, không uống rượu

4>Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

b) Gia đình: Chưa ghi nhận có người thân: THA, BTM CB, ĐTĐ, đột quỵ

V. Lược qua các cơ quan(8h ngày 4/3/2019)

- Tim mạch: khó thở, phù chân, không đau ngực

- Hô hấp: không sốt, không ho, không khò khè

- Tiêu hóa: ăn uống kém có cải thiện, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1l/ngày

- Tiết niệu: Tiểu vàng trong, không rở lượng

- Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt, không dấu thần kinh định vị

- Cơ xương khớp: Không đau nhức, không tê mỏi.

VI. Khám: (8h ngày 4/3/2019)

a) Tổng quát:

- Tổng trạng:

+ Tri giác: Bệnh nhân, tỉnh tiếp xúc tốt

+ Tư thế: nằm đầu cao 2 gối

+ Thể trạng: CN 42kg, CC 150cm→BMI 18.6kg/m², thể trạng trung bình

+ Da niêm: Không xuất huyết, niêm nhạt

+ Hạch ngoại biên không sờ chạm

+ Tĩnh mạch cổ nổi.

- Sinh hiệu: Mạch: 68 l/phút, không đều.

HA: 110/70 mmHg

Nhịp thở: 24 l/p

Nhiệt độ: 37°C

b) Khám vùng:

1)Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không di lệch

2)Ngực:

- Lồng ngực cân đối, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Không sẹo, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

***Tim:**

- Mỏm tim liên sườn VI đường nách trước, diện đập 2 x 2 cm², mỏm tim nảy mạnh
- Dấu nảy trước ngực (+) hardzer(+)
- Tần số tim 68 lần/phút, nhịp không đều **kiểu loạn nhịp hoàn toàn (để lên đầu r mới tới máy đồ âm thổi).**
- Tiếng T2 mạnh **nghe ở đâu? Ở mỏm vẫn còn: mạnh, giá trị hơn là nghe chỗ đáy tim. → ghi nghe ở mỏm và đáy tim.**
- ATTT 3/6 ở bờ T xương ức KLS 4,5 không lan, carvallo (+)
- ATTT 2/6 ở mỏm tim lan nách ở mỏm (sờ thấy mỏm nảy mạnh, tim lớn là phải expect cơ at hở 2 lá, cho bn hít thở r ngưng thở chút tắt hết RRPN, cho nghiêng trái)
- ATTT 2/6 ở kls 2 P tăng khi ngồi dậy → ng THA có thể có atthu ở van đmc, A2 mạnh, bn có suy tim thì có thể tăng áp phổi, P2 mạnh luôn.

***Phổi:**

- Thở 22l/ph đều, không co kéo cơ gian sườn
- Rung thanh đều
- Gõ trong
- Không ran phổi

Bệnh cảnh này expect ran ẩm.

3)Bụng:

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không THBH, không sẹo mổ cũ

-Nhu động ruột 6 lần/phút, không nghe âm thổi động mạch

- Gõ trong khắp bụng

-Bụng mềm không điểm đau

- Khám gan: gan dưới bờ sườn (P) 3cm, bề mặt trơn láng, bờ tù, mật độ chắc, ấn không đau, chiều cao gan 15cm

Khám kỹ lại: đi từ HCP lên, cho bn hít vô thở ra nhẹ nhàng. Hít vô gan sa xún, xem đầu ngón tay chạm gan hem. Bữa nay: Gan nhỏ hơn, chừng 1cm dưới bờ sườn → gan đàn xấp.

- Khám lách: lách không to

- Chạm thận(-)

Có tiểu đỏ, khám không đủ thận → thêm rung thận (sợ thận u, ứ nước), điểm niệu quản (sơ đẳng Y2)

- Không cầu bàng quang

4)Tứ chi -Cơ xương khớp:

-Các khớp không đau, không giới hạn vận động

- Không ngón tay dùi trống

- phải khám tĩnh mạch chân, xem có suy van không.

5)Thần kinh :

-không dấu thần kinh định vị, không dấu màng não.

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ 71 tuổi nhập viện vì khó thở, bệnh 10 ngày qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

1) Triệu chứng cơ năng:

+ Khó thở khi gắng sức, khi nằm, kịch phát về đêm

+ Phù toàn thân

+ Tiểu đỏ

2) Triệu chứng thực thể:

+ TM cổ nổi

+ Mỏm tim liên sườn VI đường nách trước, diện đập 2x2 cm, mỏm nảy mạnh

- + Dấu nảy trước ngực (+)
- +Nhịp không đều
- +ATTT 3/6 ở bờ T xương ức, carvallo (+)
- +Tiếng T2 mạnh .
- + Mach: 68 l/phút, không đều.
- + Gan dưới bờ sườn (P) 3cm
- + Niêm nhợt

3) Tiền căn:

- + Suy tim-Rung nhĩ-BTTMCB-THA

VIII. Đặt vấn đề:

1. Khó thở cấp
2. Hội chứng suy tim
3. Hội chứng van tim (nên đề trc để bi cơ năng thực thể, cơ năng lquan suy tim P hay thực thể r góp phần suy tim hay phối hợp vừa cơ năng trc đây tha, vừa thực thể)
4. Rối loạn nhịp
5. Tiểu đỏ
6. THA đang điều trị thuốc (do HA vào viện có 12/8, không ghi có thể nghĩ là hết HA shoy vs lquan việc tiểu đỏ)
6. Tiền căn: Suy tim – rung nhĩ – BTTMCB – THA không cần

IX. Chẩn đoán sơ bộ:

Đợt mất bù suy tim/Suy tim toàn bộ NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA do BTTMCB – rung nhĩ **ghi loạn nhịp hoàn toàn (lỡ h nó cuồng nhĩ/rung-cuồng nhĩ=))**) – THA – bệnh tim TMCB – loạn nhịp hoàn toàn - XH đường niệu **NGHI do thuốc kháng đông**

X. Chẩn đoán phân biệt:

Thêm mấy cái hở 2 lá, 3 lá thực thể.

NMCT cấp/Suy tim toàn bộ NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA do BTTMCB – rung nhĩ – THA – XH đường niệu do thuốc kháng đông

Thuyên tắc phổi (khó thở, ho ra máu, ytns PE ít vận động, suy van TM,...)/Suy tim toàn bộ NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA do BTTMCB – rung nhĩ – THA – XH đường niệu do thuốc kháng đông

Đợt mất bù suy tim/Suy tim toàn bộ NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA do BTTMCB – rung nhĩ – THA – XH đường niệu do u đường niệu

SUY THẬN

XI. Biện luận:

1. Hội chứng suy tim :

- Có suy tim không: Frammingham (cũ), ESC (cần thêm siêu âm tim)
- Trái or phải or all: All do T qua P (có THA, bệnh tim tmcB trc đây rồi gần đây mới phù) hay T+P (THA/BMV + copd ra vô lâu, cls thấy EF ko giảm, buồng thất T ko dẫn nhưng phù gan to ðùng ðùng do tâm phế mạn, stim trái này mới tâm trương, EF bảo tồn)
- Phân độ NYHA ACC/AHA (thường C thoy, không qua D, D là ngoại khoa r)
- Nguyên nhân: BMV, THA làm thay đổi ctruc tim trc (khám thấy phì đại thất khi thấy mỗm tim nảy mạnh, dày trước dẫn), van tim (hở 3 lá cơ năng góp phần suy tim phải, có thể thực thể nếu có thấp tim, thoái hoá van ở ng già van nào cũng ðược :v) => phải pbiệt van tim thực thể do thoái hoá, Ng nhân: nghĩ nhieu bmv, tha và tdoi hở van cơ năng → Siêu âm tim.
- YTTĐ: ACS (Nhồi máu cơ tim yên lặng, gây thiếu máu, hoại tuwr làm tim giảm co bóp), RL nhịp ko nghĩ do bn có từ lâu rồi khi nào vô nhịp nhanh thì dc, Nhiễm trùng (có thể tiểu máu, nên cần thận do là nữ giới → cđpb), thiếu máu, chỉ dùng amlodipin chưa đủ ðtri nên có thể thúc ðẩy suy tim.

BN có hội chứng suy tim do có các triệu chứng sau theo tiêu chuẩn Framingham:

Tiêu chuẩn chính: Khó thở khi nằm, khó thở kích phát về ðêm, TMCN(+), tim to

Tiêu chuẩn phụ: Phù chân, gan to, khó thở khi gắng sức

Suy tim trái hay phải?

- Bn khó thở 2 thì khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kích phát về ðêm.
- Khám thấy mỗm tim KLS VI, mỗm tim nảy mạnh
→BN có suy tim T
- TMCN(+), phù chân, gan to, âm thổi tâm thu KLS VI bờ trái xươg ức
→ BN có suy tim P.
→BN có suy tim toàn bộ: ðề nghị làm ECG X quang ngực thẳng, SA tim, NT-proPNB

-Mức độ : Không khó thở khi nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân ðược , ði lại < 100 m có khó thở nên là độ III theo NYHA

-Giai ðoạn : có triệu chứng suy tim ,có bệnh tim cấu trúc(BTTMCB, bệnh van tim) nên giai ðoạn C theo ACC/AHA .

Nguyên nhân :

Bệnh mạch vành : Nghĩ nhiều nhất do BN nữ 71 tuổi, đã được chẩn đoán BTTMCB→Đề nghị làm ECG, siêu âm tim.

THA : Ít nghĩ do BN được chẩn đoán THA 10 năm, điều trị và tái khám đều.

Bệnh van tim : BN có âm thổi ở tim nghĩ nhiều là hở van 3 lá cơ năng do có suy tim phải, và nếu suy tim do hở 3 lá thì không giải thích được nguyên nhân suy tim trái.

Cường giáp, thiếu máu mạn: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân không phù hợp nên không nghĩ .

Yếu tố thúc đẩy:

-Nhiễm trùng: BN không sốt, không ho, không đau bụng, không đau đầu, tiêu tiểu bình thường nên không nghĩ

-Hội chứng vành cấp: BN không đau ngực nhưng trên BN có nhiều YTNC nên không loại trừ→ECG, hs troponin T

-THA: Không nghĩ do huyết áp lúc nhập viện của BN không cao

-Rối loạn nhịp: Nghĩ nhiều do khám tim ghi nhận có loạn nhịp→ECG

-Không tuân thủ điều trị: BN uống thuốc đều, tái khám thường xuyên nên không nghĩ

-Thiếu máu: Không nghĩ do BN có tiểu đỏ nhưng xảy ra sau khi các triệu chứng khó thở, phù khởi phát.

-Ăn mặn, hút thuốc, uống rượu: Không nghĩ

2. Khó thở cấp để vấn đề cấp lên trc.

-Khó thở do tim ; bệnh nhân có tiền căn bệnh tim mạch : Suy tim – BTTMCB – rung nhĩ - THA. Các nguyên nhân có thể gây khó thở ở bệnh nhân này là:

+ Nhồi máu cơ tim :BN không đau ngực nhưng có nhiều YTNC nên không loại trừ→ đề nghị ECG, hs-troponin T . **NM nhiều làm suy bơm mới gây khó thở, biểu hiện sung huyết or đứt cơ nhú gây hở 2 lá cấp. Bn thể hiện khó thở của SUY TIM. Bn NMCT đau ngực và những ng bạn (khó thở, choáng,...). Suy tim không tương đương NMCT là biến chứng.**

+ Đợt mất bù suy tim : Đã biện luận

Khó thở do tim:

- đợt cấp suy tim mạn (do j thì tán tiếp vd oap, nmct,...): Phù hợp nhất

- hở 2 lá cấp (gây KT đợt ngọt)

- hẹp 2 lá gây sung huyết phổi

Do phổi:

TKMP

TDMP

Viêm phổi nặng

Nhồi máu phổi

OAP do tổn thương: do bệnh hô hấp vd viêm phổi

Tim và phổi thường gặp.

Do thiếu máu: BN có tiểu máu, coi chừng làm mất máu → thúc đẩy suy tim

- Khó thở do phổi :

+Nhiễm trùng hô hấp dưới: BN không sốt, không ho đàm ,không đau ngực kiểu màng phổi , lúc khám không có ran phổi nên không nghĩ.

+ TKMP,TDMP ; không nghĩ vì khi khám bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi ,không hội chứng 3 giảm ,không hội chứng tràn khí màng phổi.

+ Thuyên tắc phổi ; không loại trừ đề nghi D-Dimer

+Đợt cấp COPD, hen phế quản: Không nghĩ do BN chưa từng được chẩn đoán COPD, hen PQ, triệu chứng LS, tiền căn không phù hợp.

3. Hội chứng van tim

- Âm thổi tâm thu 3/6 KLS IV-V bờ T xương ức, Carvallo (+) nên nghĩ hở 3 lá và có triệu chứng chứng suy tim P nên nghĩ hở cơ năng , kèm T2 mạnh nên nghĩ có tăng áp phổi→SA tim

AT ĐMC Is 2 do THA, dày van

Tim trái hở 2 lá âm thấp, không rung miêu, không lan nghĩ cơ năng được.

4. Loạn nhịp hoàn toàn

Các nguyên nhân gây nhịp không đều với tần số tim bình thường là:

-QRS hẹp:

+Loạn nhịp xoang: Không nghĩ

+Block AV độ II

+Nhịp nhĩ lang thang

+Nhịp nhanh trên thất với dẫn truyền không đều: Rung nhĩ, nhịp nhanh nhĩ: BN đã có rung nhĩ

-QRS rộng:

+Loạn nhịp kèm block nhánh hay dẫn truyền lệch hướng

+Tăng kali máu, ngộ độc: Không loại trừ

→ BN tiền căn đã được chẩn đoán rung nhĩ nhưng không loại trừ có rối loạn nhịp khác mới xuất hiện. Đề nghị ECG để chẩn đoán loại rối loạn nhịp và nguyên nhân có thể có.

Loạn nhịp do:

- cường nhĩ

- rung nhĩ

- nhịp nhĩ đa ổ

- ntt thất nhiều

- block AV độ II mobitz 1 or 2 không đều

5. Tiểu đở

BN gần đây không ăn củ cải đỏ, không dùng thuốc điều trị sốt rét, hay kháng sinh nên nghĩ nhiều tiểu đở ở BN là tiểu máu.

+Thuốc: BN đang dùng kháng đông nên nghĩ nhiều→PT, INR để chẩn đoán

+U đường niệu: BN lớn tuổi nên không loại trừ→SA bụng

+Sỏi đường niệu: Không đau hông lưng, tiền căn chưa ghi nhận sỏi đường niệu nhưng không loại trừ→SA bụng

+Nhiễm trùng tiểu: BN không sốt, không đau hông lưng, không tiểu gắt buốt, **bn nữ**→ít nghĩ nhưng không loại trừ, đề nghị là TPTNT, SA bụng, CTM, CRP

+Nguyên nhân từ cầu thận: Không nghĩ do không có tiền căn viêm họng, viêm da, đau khớp, hay tiền căn bệnh thận trước đây.

+BN không chấn thương, không làm việc nặng, không đặt thông tiểu nên không nghĩ chảy máu do chấn thương đường niệu

4 ytn của bmv: tha, đtđ, rl lipid máu, hút thuốc lá. Ytnc phụ khác: béo phì, gia đình nam 55, nữ 65; lớn tuổi.

Bà già hỏi gia đình thì hỏi chị em con cái, hỏi ba má méo nhớ nữa,

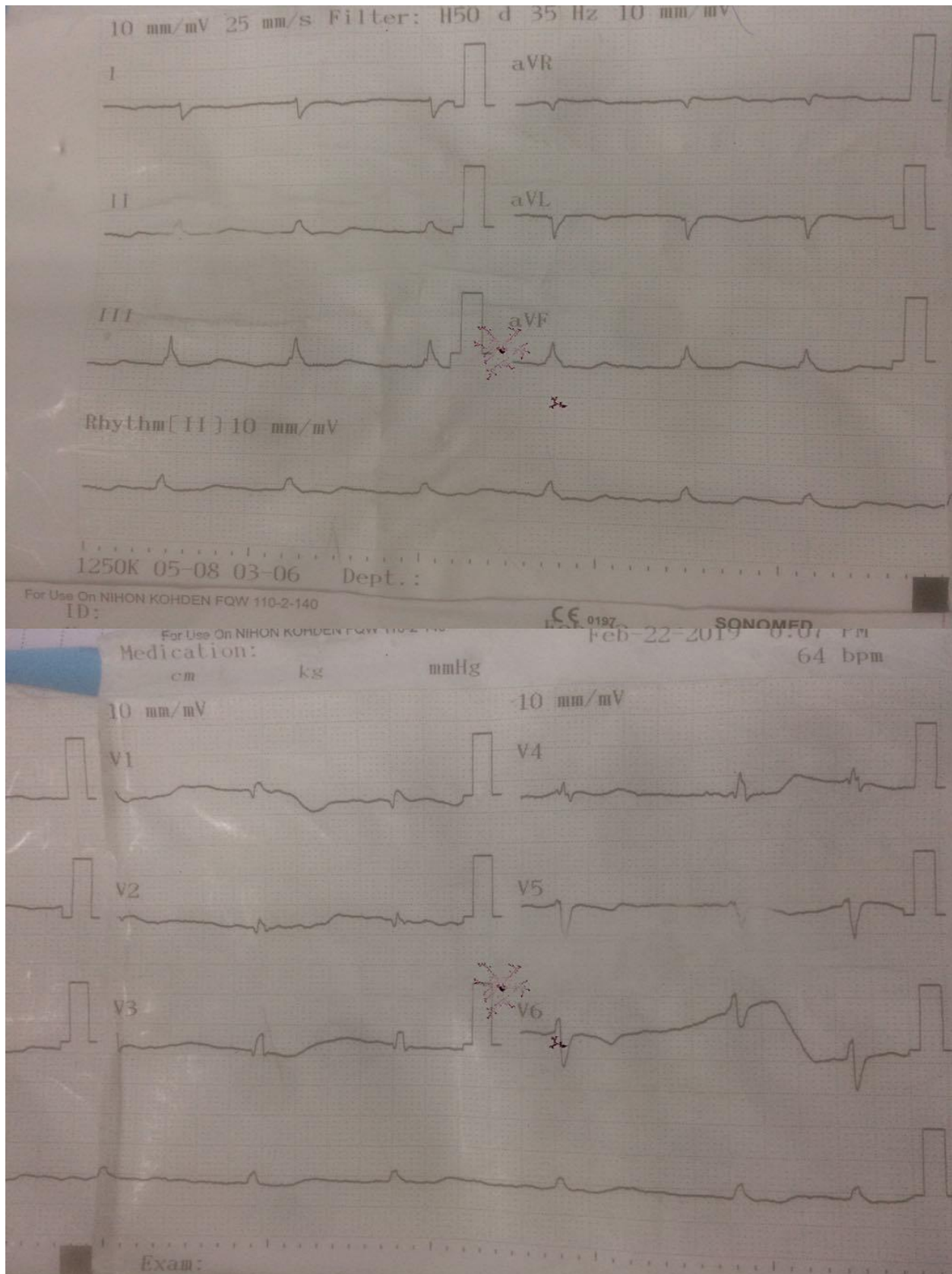
XII. Đề nghị CLS

-CLS chẩn đoán: X quang ngực thẳng, ECG, SA tim, NT-proBNP, hs troponin T, D-dimer, PT, INR, SA bụng.

-CLS thường quy: CTM, CRP, AST, ALT, BUN, Creatinin, ion đồ, TPTNT, đường huyết TM, Cholesterol TP, TG, HDL-Chol, LDL-Chol.

XIII. Kết quả CLS

1. ECG(22/2)



Trục lệch P, tính độ ra nha.

Tại sao lệch P, coi lại thất

rS ở những cử trc ngực + trục lệch P → coi chừng lớn thất P. ECG không nghĩ thất T là chính.

TMCT cục bộ: V5,6 có T âm, R không cao, không phi đại thất, không st t chênh → nghĩ T bệnh lý

TV1 cao hơn TV6 (tv1 hơi nhú dương) → có thiếu máu không?

Đo thêm V7, V8: V7 sẽ giống V6, r thấp hơn V6 → v7,8 xem thất T.

Không thấy vùng chuyển tiếp

V4 sao cao hơn V5,6 → có r cụt ở V5,6 ST đẳng điện → NM cũ ở thành bên.

Nếu V7 cao hơn V6 thì coi V8, V8 thấp hơn V7 → lấy V7 để phản ánh thất T.

KL:

- Lớn thất P
- Theo dõi nmct cũ ở thành bên

Nhịp không đều tần số #72 lần/phút, không thấy sóng P, đường cơ bản không đều, phức bộ QRS không đều và hình dạng bình thường → Nghĩ rung nhĩ.

Trục QRS lệch phải, R cao ở V1 → Nghĩ lớn thất P, kết hợp thêm SA tim để chẩn đoán.

Không thấy sóng q bệnh lý hay ST chênh lên nhưng không loại trừ NSTEMI/UA

2. X quang ngực thẳng(22/2)

Bóng tim to, quai động mạch chủ đóng vôi, không thấy tổn thương nhu mô phổi. Phù hợp chẩn đoán suy tim

3. Siêu âm tim(22/2)

Tim đập không đều

Dẫn lớn buồng tim phải

Dẫn nhẹ nhĩ trái

Dẫn lớn TMC dưới và TM trên gan

Không dịch màng ngoài tim

Không rối loạn vận động vùng

SÂ lúc nghỉ nên có thể bệnh tim TMCB không thấy lúc này

Hở van 2 lá nhẹ VC<3mm

Hở van 3 lá nặng VC=7mm, áp lực DMP tăng PAPs=49mmHg

Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF(sp4)=65%

Chức năng tâm thu thất phải TASPE=18, FAC=41%

Hiện không thấy thông liên nhĩ

Không thấy lớn thất T, trái vs LS nhưng phù hợp ecg. Stim phải nổi bật lên, có khi hở 3 lá thực thể gây st phải.

→ Phù hợp với bệnh cảnh suy tim phải nhưng không phù hợp với triệu chứng suy tim trái của bệnh nhân.

4. NT-proBNP(22/2)

3952>125pg/ml → Phù hợp chẩn đoán suy tim của bệnh nhân

5. Hs Troponin T+CKMB(22/2)

	12h	16h	CSBT
Hs troponin T	0.026	0.026	<0.01ng/ml
CK-MB	11.64	12.09	<25U/L

CK-MB không tăng, hs troponin T không tăng động học → Không nghĩ NMCT

Phải tăng hơn 20% so vs mẫu đầu

CKMB để bảo đảm hoy

⇒ Loại nhồi máu.

6. SA bụng(22/2)

Dẫn TM gan

Thận P ứ nước độ II

Dịch ổ bụng lượng ít

→ Không thấy u, sỏi

7. D-dimer: Không làm

8. PT, INR(22/2)

	Giá trị	CSBT
PT	21.5	11.33-14.87s
PT%	52	79-125%
INR	1.58	0.86-1.13
APTT	55.5	26-37s

PT, APTT, INR tăng, phù hợp chẩn đoán xuất huyết đường niệu do thuốc kháng đông

9. CTM, sinh hóa(22/2)

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	7.88	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	82.5	(40.0-77.0) %
Lym %	10.6	(16.0-44.0) %
Mono %	5	(0-10) %
Eos %	0.3	(0.00-7.00) %
Baso %	0.1	(0.0-1.0) %
IG%	1.2	0.0-1.0%
Neu	6.5	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	0.84	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.4	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.02	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.01	(0.0-0.1) K/ μ l
IG#	0.11	0.0-0.1K/mL
**RBC	3.25	(3.6-5.5) T/L
Hgb	98	(120-160)g/l
Hct	0.314	(0.350-0.470) L/l
MCV	96.6	(80-100) fL
MCH	30.1	(26.0-34.0) pg
MCHC	312	310-360g/l
RDW	13.9	(9.0-16.0) %CV
***PLT	154	(150-400) Giga/L
MPV	9.1	

Sinh hóa máu		
Urea	10.14	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	120.3	NL (Nữ) 44-88 umol/L
Glucose	13.72	3.9-6.1 mmol/l
eGFR (MDRD4)	40.7	
Ion đồ		
Na	141.8	135-145 mmol/L
K	3.56	3.5-5.0 mmol/L
Cl	97.8	97-111mmol/L
AST	32.6	≤31 U/L
ALT	38.2	≤31 U/L
CRP	0.38	0-5 mg/L
Cholesterol	4.01	3.9-5.2mmol/L
Tryglyceride	0.7	0.46-1.88mmol/L
HDL	1.33	>=0.9mmol/L

CTM, CRP trong giới hạn bình thường không ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng tiêu

Creatinin tăng, eGFR 40.7→Không rõ mức creatinin nền của bệnh nhân là bao nhiêu nên không biết là tổn thương thận cấp hay bệnh thận mạn, SA bụng có thận ứ nước nên nghĩ bệnh thận mạn nhiều hơn→Lặp lại creatinin sau 1 ngày

Glucose máu tăng cao, nhưng không rõ thời điểm lấy máu→làm lại đường huyết đói, HbA1c. **Mẫu bất kỳ, xem có đang truyền đường không, lúc lấy xa hay gần giờ ăn.**

Có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào (suy thận, mất cấp tính) có thể thúc đẩy suy tim

Thiếu máu có thể làm thận nặng lên.

Trước đây có phù, nay thiếu máu có thể sthan cấp/mạn. Mức cơ bản of bn là bnhiu crea? Phải theo dõi lượng nước tiểu, crea trước đây. Phải có mẫu thứ 2.

Thuốc làm thay đổi độ lọc cầu thận: ACEi,

10. TPTNT(23/2)

Leukocyte 70→BN không có TCLS, nitrite không tăng nên không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng tiểu, nhưng không loại NTT không triệu chứng→lặp lại TPTNT, cấy nước tiểu.

HC sao không có dù tiểu đỏ? Bn có ăn củ dền hok, ứn coca nhieu, ăn xôi lá cẩm,...

11. HbA1c 27: 7.5 đường đói nhìn sót không ghi zô

XIV. Chẩn đoán xác định

Đợt mất bù suy tim/Suy tim **phải, suy tim Trái EF bảo tồn** NYHA III, giai đoạn C theo ACC/AHA **<chưa rõ ng nhân>**- BTTMCB – rung nhĩ – THA không là ng nhân suy tim do thất T không ảnh hưởng. Suy chức năng tâm trg: tha, hẹp chủ, bệnh tim tmc, có dày thất T thì nghĩ phì đại thất được. – theo dõi tăng P đmp nguyên phát – Hở 2 lá, 3 lá – Suy thận – ĐTĐ - XH **CƠN** đường niệu do thuốc kháng đông (vô lấy nc tiểu không thấy HC).

Suy tim t

Suy tim P: hẹp 2 lá, hở 3 lá (van đóng vôi thì là thực thể), ASD, bệnh lý phổi (tâm phế mạn, COPD thiếu oxy, dự trữ kiềm tăng, kèm làm liên, hen pq, xơ phổi, PE phải có tiền căn nhiều lần có cơ địa PE nhiều lần, tăng áp phổi ng phát) P đmp 49mmHG là trung bình ko nghĩ tăng áp phổi, hở 3 lá nặng thất P lớn thì P đmp trên SÂ không chính xác, sure nhất là thông tim. → sâ lại coi van có dày đóng vôi không, thông tim đo p đmp

XV. Điều trị

-Đợt mất bù suy tim

+Lợi tiểu quai để giảm sung huyết đang khó thở thì cho chích 20x2, sau đó cho uống 1v 40mg

+Ức chế men chuyển bn egfr bao nhiêu, lượng nước tiểu? eGFR xuống dần thì phải cắt ACEi đi.

+Ức chế thụ thể aldosterol suy tim tâm thu là chỉ định

-BTTCB

+Nitrat tác dụng kéo dài

+Statin? Không loại dù thấy kq lipid bình thường vì bệnh TTMCB nên cho để phòng ngừa vỡ mảng xơ vữa. Lưu ý men gan tăng x3 thì không cho statin.

Chống kết tập tiểu cầu: BN đang tiểu máu, đang huyết thì phải ngưng hết thuốc kháng đông.

Chads vascular 5d nên khi ổn định thì cho lại kháng đông

Tptnt máu sau không bất thường thì khỏi cho kháng sinh

-Rung nhĩ

+Kháng đông(tạm ngưng do biến chứng xuất huyết đường tiêu)

-THA

-ĐTĐ

**Điều trị cụ thể

-Furosemide 20mg

2 ống x 2 (TMC)

-Zestril 5mg

2 viên (u) S

-Spinorolacton 25mg **cẩn thận, khi eGFR <30 là CÇĐ**

2 viên (u)

-Isosorbid 5-mononitrate 60mg trinitrate td ngắ hơn thì đượ không vd nitromint → bn xơ gan thích xài mononitrat hơn là trinitrat (xơ gan phòng vỡ dẫn tm tq thì dùng BB or nitrate, chọn mononitrate)

Nitrate có nguy cơ mạch vành, đang suy tim tâm trg cho dẫn mạch đượ 1 phần. Cải thiện đượ trchung, cho dự phòng, dẫn TM giảm P thành bên, giảm P tưới máu nội tâm mạc.

1 viên (u)

-Esomeprazole 40mg

1 viên (u) S

XVI. Tiên lượng

Tiên lượng gần: tình trạng hiện tại của bệnh nhân đã ổn, hết phù, khó thở giảm, sung huyết giảm, ăn uống đượ → tiên lượng tốt

Tiên lượng xa: bệnh nhân có tình trạng suy tim nặng, nhiều bệnh đồng thời → tiên lượng nặng