

BỆNH ÁN NỘI TIM MẠCH

Cô Hương sửa 22/3/2019

Bệnh mẫu chuẩn thi Y6 :v (theo cô)

I) HÀNH CHÍNH:

Họ tên bệnh nhân: Lý Văn D. Giới Nữ Tuổi: 72

Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: Phú Nhuận, TP Hồ Chí Minh

Thời điểm nhập viện: 1h30p 1/3/2019

Giường 35 khoa Nội tim mạch BV Nhân Dân Gia Định

Số hồ sơ: 19.011311

II) LÝ DO NHẬP VIỆN: khó thở

III) BỆNH SỬ: (người nhà khai)

Cách nhập viện 6 năm, bệnh nhân được chẩn đoán THA – ĐTĐ type 2 tại BV nhân dân Gia Định. **Ít thông tin quá, ghi nhận những biến chứng. Hỏi kỹ thời điểm THA là bao lâu. Thông tin không liên tục. Điều trị thuốc ra sao, cho cái toa zô. Uống thuốc đều không? Lần khám bhyt gần nhất là 28/2 → hỏi lần đó đường huyết cao không, nếu lần này đột ngột cao thì biện luận do khó thở blah blah...**

Bệnh sử cần nói 1 số TCCN of đường đang cao, xem có lquan THA OAP lần này: 4 nhiều, hỏi ăn uống ntn, tè.

Trong 6y này từng khó thở chưa? Đau ngực, ngất, phù, tiểu đêm (thể hiện ảnh hưởng lên thận), tai biến.

<hỏi thêm ngày trc có gắng sức, đau bụng không tiêu j không, nếu bthg hết thì có thể thê, 1 câu “ngày trc bn shoat ăn ún bthg”> Cách nhập viện 3 giờ, bệnh nhân đang ngủ thì đột ngột khó thở nhiều, khó thở liên tục khiến bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, kèm vã mồ hôi, ho khan, không đau ngực, không đánh trống ngực -> nhập viện Phú Nhuận, HA 180/100 mmHg, mạch 90 lần/phút, Sp 92%; được chẩn đoán Suy tim cấp / THA – ĐTĐ 2, xử trí: Furosemide 40mg TMC + Lactat Ringer -> chuyển BV Nhân Dân Gia Định tiếp tục điều trị

Trong quá trình bệnh 3h hay 6y =>), bệnh nhân không sốt, không chấn thương ngực, không hít chất lạ, không đau đầu, không nhìn mờ đột ngột, không ăn mặn hơn ngày thường, không chảy mủ tai, không nhọt da, không đau mắt hay chảy ghèn, không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu vàng trong, lượng bình thường là bnhiu, nc tiểu có bọt ko?.thiếu phụ khoa =>)

* Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, bứt rứt.

Sinh hiệu: Mạch 120 lần/phút; Huyết áp 160/80 mmHg

Nhịp thở: 30 lần/phút ; SpO2 64%

Nhiệt độ 37°C

+ Thở co kéo nhiều

+ Chi ấm, mạch rõ

+ Phổi ran ẩm 2 đáy phổi

+ Gan 2cm dưới bờ sườn, không phù

+ Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

IV) TIỀN CĂN: (người nhà khai)

1) Tiền căn bản thân:

a) Nội khoa:

+ Chưa ghi nhận tiền căn khó thở **coi chừng khó thở nhẹ mà kbit, bỏ cái này đi** tương tự hay đau ngực.

+ Cách nhập viện 6 năm, phát hiện THA, ĐTĐ type 2 tại BV Nhân Dân Gia Định.

- HA lúc chẩn đoán và HA cao nhất không rõ, HA đo tại nhà 120-130/?? mmHg, uống thuốc đầy đủ theo toa.

- Đường huyết lúc chẩn đoán không rõ, uống thuốc đầy đủ theo toa, không đo đường huyết tại nhà.

+ Cách nhập viện 3 ngày, được chẩn đoán Rối loạn giấc ngủ tại BV Nhân Dân Gia Định

+ Toa thuốc đang điều trị với chẩn đoán THA – ĐTĐ type 2 – Rối loạn giấc ngủ (28/02/2019)

1) Telmisartan + Hydrochlorothiazid (Mibetel Plus 40mg/12.5mg) 1v sáng

2) Bisoprolol (Biscapro 2.5mg) 1v chiều

3) Glimepirid + metformin (Comiaryl 2mg/500mg) 1v sáng trước ăn

4) Lá sen, lá vông, lạc tiên, tâm sen, bình vôi (Dưỡng tâm an) trưa, tối, **ôn lại lá cây đông y 1 xút để biết =))).**

+ Cách nhập viện 5 năm, bệnh nhân đi bộ đến chợ cách nhà 500m. **Đem lên bệnh sử**

Trước đợt bệnh **lúc nào?**: Bệnh nhân không tự đi chợ do một **đi bao nhiêu thì mệt?**, bệnh nhân còn tự leo 2 tầng lầu không khó thở. **Leo ngắt quãng hay liên tục? =))**

Tiền căn vàng mắt vàng da

+ Chưa ghi nhận tiền căn suy tim, bệnh lý mạch vành, rối loạn lipid máu, xơ gan, suy thận.

b) Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa

c) Sản khoa: PARA 2002, đã mãn kinh

d) Thói quen sinh hoạt:

+ Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

+ Không HTL, không uống rượu

Ăn uống nữa nha, ăn mặn, ăn béo

Viêm dạ dày để đtri kháng kết tập tiểu cầu

2) Tiền căn gia đình: chưa ghi nhận tiền căn gia đình về bệnh tim mạch sớm **thế nào là sớm?**, THA, ĐTD, hen.

V) LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (7h30 8/3/2019)

1) Tim mạch: còn khó thở ít, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực

2) Hô hấp: còn ho khan

3) Tiêu hóa: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn

4) Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng sậm, lượng không rõ

5) Thần kinh, cơ xương khớp: không đau cơ khớp, không giới hạn vận động các khớp

VI) KHÁM: (7h30 8/3/2019)

1) Tổng trạng

Thiếu: TUYẾN GIÁP → phải làm đầy đủ, tầm soát bệnh, kết mạc mắt vàng.

+ Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

+ Nằm đầu ngang, không co kéo cơ hô hấp phụ

+ Môi hồng / khí trời

+ Chi ấm, mạch quay đều, rõ

+ Sinh hiệu: Mạch 86 lần/phút

HA 120/70 mmHg (2 tay)

Nhịp thở 18 lần/phút

SpO₂ 97%/khí trời

Nhiệt độ 37°C

- + Chiều cao: 1.45m, CN 42kg, BMI = 19,97 (thể trạng trung bình)
- + Không vết mặt nhiễm trùng
- + Môi không khô, lưỡi không dơ.
- + Da niêm hồng.
- + Không phù

2) Khám vùng

a) Đầu mặt cổ:

- + Cân đối, khí quản không lệch
- + Tĩnh mạch cổ nổi/45° (-)

b) Lồng ngực

- + Cân đối, di động đều khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- + Khoang liên sườn không giãn

* Tim:

+ Mỏm tim ở KLS VI lệch ngoài đường trung đòn trái 2cm, diện đập 1,5x2cm, không ổ đập bất thường.

- + Không dấu nẩy trước ngực, Harzer (-)
- + T1, T2 đều, rõ, không âm thổi

Chờ coi có hở 2 lá hok. Kêu bn hít vào thở ra, nằm nghiêng trái, ngòai dậ ở bờ trái tim (ghi zô để gk biết mình biết khám nhưng chỉ nghe đỡ hơy =)) được phần nào đó điểm =)))

* Phổi

- + Rung thanh đều 2 bên
- + Gõ trong khắp 2 phổi
- + Âm phế bào đều 2 phế trường
- + Không ran phổi.

c) Bụng

THBH, dấu nẩy bất thường (bình thường chỉ thấy mỏm tim)

- + Cân đối, di động đều theo nhịp thở
- + Không u, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ

- + Gõ trong khắp bụng
- + Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không khối phình đập theo nhịp.
- + Gan mấp mé bờ sườn, chiều cao gan 7cm, mật độ mềm, bề mặt nhẵn, không đau.
- + Chạm thận (-).

e) Thần kinh – cơ xương khớp:

- + Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- + Không giới hạn vận động các khớp

VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, bệnh 3h, nhập viện vì khó thở, ghi nhận:

* Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở đột ngột, nhiều, kèm vã mồ hôi, kho khan.
- Không đau ngực, không đánh trống ngực
- Không sốt, không chấn thương ngực, không hít chất lạ, tiểu vàng trong, lượng bình thường.
- Không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn, không lẫn máu.

* Triệu chứng thực thể:

- Sinh hiệu lúc nhập viện: Mạch 120 lần/phút; Huyết áp 160/80 mmHg (ở
BV Phú Nhuận 180/100 mmHg)

Nhịp thở: 30 lần/phút ; SpO2 64%

Nhiệt độ 37°C

- Thở co kéo nhiều
- Mỏm tim ở khoang liên sườn VI, lệch ngoài đường trung đòn (T) 2 cm.
- Không dấu nẩy trước ngực, Harzer (-).
- Phổi ran ẩm 2 đáy phổi.
- Mạch tứ chi đều rõ, HA 2 tay bằng nhau, không khối phình đập theo nhịp ở
bụng.

* Tiền căn:

- THA, đái tháo đường type 2 đang điều trị.
- Chưa ghi nhận tiền căn khó thở tương tự hay đau ngực.

- Trước đợt bệnh bệnh nhân không tự đi chợ (500m) được, không khó thở khi leo 2 tầng lầu.

VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:

- 1) Phù phổi cấp **nên đặt suy hô hấp cấp, OAP là bệnh rồi**
- 2) **THA**
- 3) Hội chứng suy tim
- 4) THA **đang điều trị <ko ghi tiền căn>**, đái tháo đường type 2 **đang điều trị**

Bn có đtđ, già nên có thể nmct mà không đau ngực. Bn đtđ, >60t là 80% có BMV

IX) CHẨN ĐOÁN:

1) Chẩn đoán sơ bộ: Con tăng huyết áp cấp cứu – phù phổi cấp – Suy tim trái NYHA II, giai đoạn C, do THA – THA nguyên phát, **theo dõi BTTMCB ĐTD type 2**

2) Chẩn đoán phân biệt:

+ CĐPB 1: Phù phổi cấp - - **THA nặng – NMCT – đợt mất bù stim mạn/** suy tim trái NYHA II, giai đoạn C, yếu tố thúc đẩy cơn THA – THA nguyên phát, ĐTD type 2

+ CĐPB 2: Phù phổi cấp – Nhồi máu cơ tim cấp giờ 3 Killip III, nguy cơ rất cao biến chứng suy bơm / Suy tim trái NYHA II, giai đoạn C, do bệnh mạch vành – THA nguyên phát, ĐTD type 2 đang điều trị

X) BIỆN LUẬN: **quá dài, viết ngắn gọn thôi.**

1) Phù phổi cấp: bệnh nhân khó thở đột ngột, lúc nhập viện bệnh nhân bứt rứt, thở nhanh (30 lần/phút), thở co kéo nhiều, SpO₂ 64%, đồng thời khám thấy ran ẩm 2 đáy phổi. Có thể do các nguyên nhân: **OAP có 2 loại huyết động (tim) vs non huyết động (phổi)**

+ Do tim:

- Nhồi máu cơ tim cấp: bệnh nhân khó thở đột ngột, vã mồ hôi, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (>55 tuổi, tiền căn ĐTD, THA), tuy không đau ngực nhưng bệnh nhân lớn tuổi, có ĐTD nên nghĩ nhiều.

+ Bệnh nhân không tuột HA, có phù phổi -> Killip III.

+ Bệnh nhân suy tim cấp (phù phổi cấp) -> nguy cơ rất cao

(ESC2017)

+ Biến chứng: suy tim cấp

- Hở 2 lá cấp: khám không ghi nhận âm thổi hở 2 lá mới nên không nghĩ.

- Vỡ thành tự do: khám không ghi nhận hội chứng chèn ép tim cấp nên không nghĩ.

- Rối loạn nhịp: không nghĩ

- Huyết khối: bệnh nhân không đau đầu, không dấu thần kinh định vị; không đau bụng, nôn ói, tiêu chảy; mạch tứ chi đều rõ -> không nghĩ nhồi máu não hay nhồi máu mạc treo, huyết khối động mạch chi.

- Con tăng huyết áp cấp cứu: HA lúc nhập viện 180/100 mmHg, có biến chứng phù phổi cấp nên nghĩ do cơn THA cấp cứu. Các biến chứng có thể của THA cấp cứu là:

3 loại THA: tâm thu đơn thuần, tâm trương đơn thuần (ít vào viện, gđ đầu of 2 số), 2 số.

Mức độ THA nền?

Cách THA: cơn hay liên tục. **THA cơn** = THA tăng từng cơn, ngoài cơn bthg không điều trị thuốc (khác Cơn THA gồm THA khẩn cấp or cấp cứu trên nền THA cơn/ liên tục). THA cơn gặp trong u tủy thượng thận, do stress (nữ > nam, tiền căn gia đình có ThA, xu hướng sẽ THA, có thể vô tai biến vs mức HA thấp hơn b thường [người ta 200 đi bt người này 170 là tbmmn òi])

Đối tượng nào thường có nguyên nhân THA (xem lại bài)

YTNC THA: kiểm soát đc sẽ chỉ cần liều thuốc thấp hơn

Tha liên tục là ngưng thuốc là lên lại. BN này ThA liên tục.

Đang uống thuốc mà vô 180 thì chứng tỏ có 1 yttđ nặng

+ Não: bệnh nhân tỉnh, không đau đầu, khám không ghi nhận dấu thần kinh định vị mới xuất hiện nên không nghĩ.

+ Mắt: bệnh nhân không nhìn mờ đột ngột nên không nghĩ.

+ Tim: nghĩ nhiều biến chứng suy tim cấp, bệnh lí mạch vành.

+ Phình bóc tách động mạch chủ ngực, bụng: bệnh nhân không đau ngực hay đau bụng dữ dội, mạch 4 chi đều, rõ, không chênh lệch HA 2 tay, khám không thấy khối phình đập theo nhịp đập ở bụng nên không nghĩ.

+ Thận: bệnh nhân tiểu vàng trong, lượng bình thường nên không nghĩ.

- Rối loạn nhịp: lúc nhập viện và lúc khám không ghi nhận nên không nghĩ.

- Cơ học:

. Chấn thương ngực: không nghĩ. **Khởi ghi dài**

. Chèn ép tim cấp: khám không ghi nhận tam chứng Becks nên không nghĩ.

- Mất bù cấp / suy tim mạn:

* Suy tim mạn: bệnh nhân có khó thở khi gắng sức (giảm khả năng gắng sức), mỏm tim lệch (khoảng liên sườn 6 ngoài đường trung đòn (T) 2 cm) -> theo ESC 2016 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn về lâm sàng.

+ Bệnh nhân có khó thở khi gắng sức, phù phổi cấp, khám ghi nhận mỏm tim lệch; harzer (-), không dấu nẩy trước ngực, TMCN / 45° (-), gan không to, không phù chân.

=> suy tim (T).

LS dự đoán suy tim cung lượng thấp: EF giảm, mệt khi gắng sức, đầu chi lạnh (giảm tưới máu nuôi).

Suy tim CL cao (cường giáp, beri beri, thiếu máu,...phải nhớ all): cũng mệt khi gắng sức nhưng chi không lạnh

Biện luận suy tim:

Có suy tim?

Trái/phải?

Đợt cấp/mạn?

Phân độ

Nguyên nhân: T: THA, van tim, bmv, RL nhĩ <bẩm sinh chứ ko phải bchung bệnh khác>, tim bẩm sinh (loại do ko nghe âm thổi).

BTTCMB thường gặp do xơ vữa, cũng có thể do THA (gây phì đại thất T → tăng cầu O2).

YTTĐ: Con THA,

+ Trước đợt bệnh bệnh nhân còn tự leo 2 tầng lầu mà không thấy khó thở, nhưng không tự đi chợ được như 5 năm trước -> NYHA II. **Cô ok**

+ Bệnh nhân mỏm tim lệch, có khó thở khi gắng sức -> GĐ C

+ Nguyên nhân:

- Nghĩ nhiều do bệnh mạch vành, THA.

- Bệnh lí van tim: khám không ghi nhận âm thổi nên không nghĩ

- Bệnh cơ tim dẫn nở (di truyền, rượu, chu sinh): bệnh nhân tuổi cao, không uống rượu, triệu chứng chỉ xuất hiện gần đây nên không nghĩ.

- Rối loạn nhịp, bệnh tim bẩm sinh: không nghĩ

- Tuy nhiên lần đầu phát hiện suy tim -> cần tầm soát các nguyên nhân có thể không triệu chứng và điều trị được để cải thiện kết quả điều trị: bệnh lí tuyến giáp, thiếu máu.

* Đợt mất bù cấp: bệnh nhân phù phổi cấp / suy tim mạn nên nghỉ nhiều.

+ Yếu tố thúc đẩy: nghỉ nhiều do cơn THA hoặc bệnh lí mạch vành tiến triển (tương tự biện luận trên), không điều trị (do lần đầu phát hiện)

+ Nhiễm trùng: bệnh nhân tuy không sốt, không dấu hiệu nhiễm trùng (môi không khô, lưỡi sạch, không vết loét nhiễm trùng, không ổ nhiễm trùng khu trú), nhưng bệnh nhân cao tuổi, có ĐTD nên triệu chứng toàn thân, đặc biệt là viêm phổi rất thường gặp, tiên lượng nặng và có thể không triệu chứng tại chỗ -> X-quang tầm soát.

+ Không nghỉ do thuốc, rối loạn nhịp, ăn mặn, thuyên tắc phổi (WELLS 1,5đ).

+ Không do tim: không nghỉ do viêm phổi (tình trạng viêm phổi nặng nề, lan tỏa - > triệu chứng tại chỗ rõ), hít độc chất, suy thận cấp.

2) Hội chứng suy tim: đã biện luận trên

3) Tiền căn THA, đái tháo đường: nghỉ nhiều biến chứng mạch vành, suy tim (đã biện luận trên). Cần tầm soát các biến chứng mạn khác -> Đề nghị soi đáy mắt, ECG, Ure, creatinin huyết thanh, TPTNT, acid uric máu.

Tầm soát chung cấp/mạn of ĐTD:

- **Mắt:** Soi đáy mắt (r biết đtd hay tha qua soi)

XI) ĐỀ NGHỊ CLS:

+ Khí máu động mạch, X-quang ngực thẳng, ECG, siêu âm tim, NT-proBNP, TroponinT hs,

Xem xét chụp mạch vành. Cái này chụp sau khi có mấy cái khác định hướng.

+ CTM, ferritin ? **Khỏi cho nếu thiếu máu r ms cho, TSH làm khi nghĩ suy tim cung lượng cao, có rung nhĩ sợ vào đáp ứng thất nhanh, có suy tim kéo dài → ảnh hưởng chức năng tuyến giáp, ion đồ, Ure, Creatinin HT, AST, ALT, đường huyết đói, bilan lipid; soi đáy mắt, TPTNT, acid uric máu do dùng lợi tiểu.**

XII) KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:

1) Khí máu động mạch: 1/3/2019 3h40'

pH	7.299	7.35-7.45
PaCO ₂	37.6	35-45 mmHg
PaO ₂	113.8	>80 mmHg

Hb	10.0	g/dl
Temp	37	0C
cHCO ₃	18.5	22-26 Mmol/L
O ₂ Sat	97.5	%
O ₂ cont	13.9	Vol%
FiO ₂	80	%
AaDO ₂	413.3	mmHg
BP	755	mmHg
SBE	-06.9	
BE	-07.0	Mmol/l
BB	38.9	Mmol/l
TCO ₂	19.6	24-32 mmol/l

a) O₂ máu:

+ PaO₂/ FiO₂ = 142.25 <200-> giảm O₂ máu mức độ nặng

+ PaO₂ = 113.8 >60mmHg với FiO₂ 80% -> giảm O₂ máu đã được điều chỉnh

+ AaDO₂ tăng (413.3>20mmHg)-> giảm O₂ máu do tổn thương tại phổi

=> Do PaO₂ giảm, AaDO₂ tăng và PaO₂ tăng với điều trị O₂ (dựa vào việc cải thiện SpO₂ từ 64% -> 96%) nghĩ nhiều do nguyên nhân bất xứng V/Q. Bất xứng V/Q trong bệnh cảnh ls này nghĩ nhiều do phù phổi cấp.

b) Toan kiềm

+ pH = 7.299 <7.35 -> toan máu

+ Rối loạn tiên phát : PaCO₂ = 37.6 mmHg, HCO₃⁻ = 18.5 mmol/l <22 -> toan chuyển hóa

+ PaCO₂ dự đoán = 1.5x HCO₃⁻ + 8 ± 2 = 35.75 ± 2 -> hô hấp bù đủ

+ AG = Na - Cl - HCO₃⁻ = 139.2 - 101.4 - 18.5 = 19.3 -> tăng AG. ΔAG/ Δ HCO₃⁻ = 1.32 > 1 ->

toan chuyển hóa tăng AG đơn thuần.

Toan chuyển hóa tăng AG có 4 nhóm nguyên nhân chính:

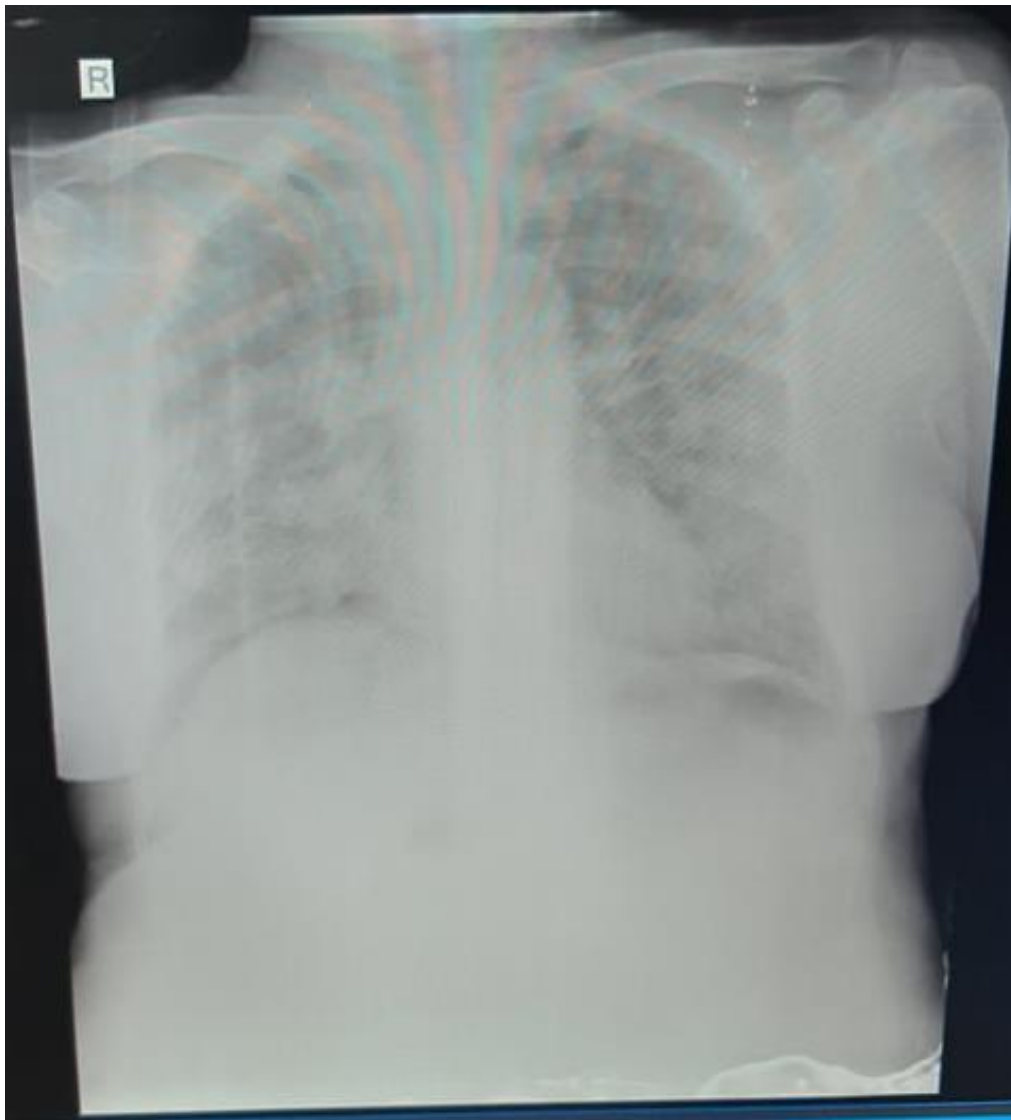
- Suy thận: creatinin (2h20' 1/3) = 91 umol/L = 1.03 mg/dl và eGFR (MDRD) (2h20' 1/3) = 56.09 -> không nghĩ do toan chuyển hóa trong suy thận thường eGFR <20-30 ml/ph/1.73 m²
- Toan lactic: nghĩ nhiều trong bệnh cảnh phù phổi gây giảm O₂ máu (spO₂ nhập viện là 64%) -> đề nghị làm lactate máu xác định
- Toan ceton: đường huyết bất kì lúc (2h20' 1/3) = 35.83 mmol/l = 644 mg/dl, tuy BN không buồn nôn, không nôn, không đau bụng nhưng có tiền căn DTD2, đang điều trị với Glimepirid + metformin, khám BN bút rút, nên vẫn nghĩ nhiều toan ceton trên BN DTD2 do thiếu insulin -> đề nghị làm ceton máu, ceton niệu để xác định
- Ngộ độc: không nghĩ

=> Kết luận: giảm O₂ máu mức độ nặng đã được điều chỉnh do phù phổi cấp, toan chuyển hóa tăng AG đơn thuần do toan lactic và toan ceton máu.

2) XQ ngực thẳng: (2h14 1/3/2019):

OAP là cđoan LS, ổn rồi mới chụp xquang coi những dấu chứng gợi ý.

Không phải OAP chẩn đoán bằng Xquang. Thấy LS là đầy điều trị liên không là ded

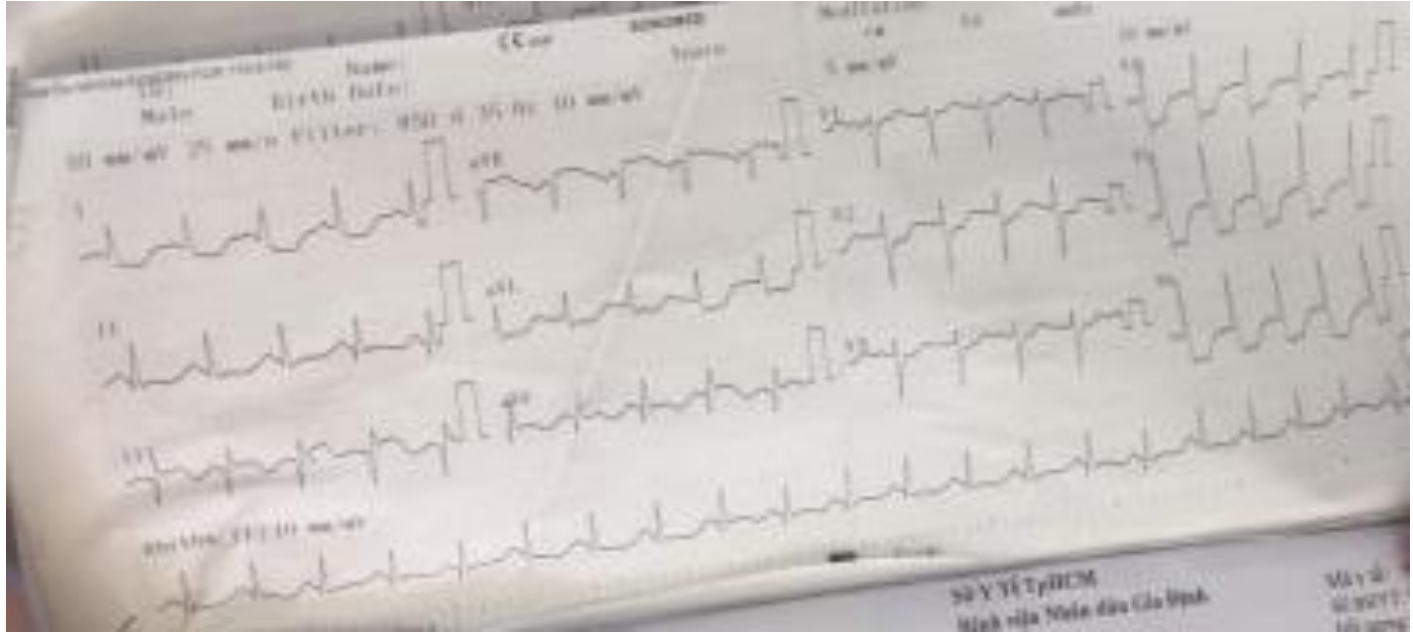


Mờ không đồng nhất, lan tỏa khắp 2 phế trường -> hình ảnh phù phế nang của phù phổi cấp

-> kết hợp với lâm sàng, phù hợp với chẩn đoán phù phổi cấp.

3) ECG : (3h33 1/3/2019)

Giúp xđịnh có ST không chứ không để loại trừ NMCT



- Trục điện tim:
QRS (DI) = 3 mm, QRS (aVF) = 2 mm -> trục trung gian, trục lệch về DI, nằm trong khoảng từ $(0 \rightarrow 45^\circ)$
QRS (DII) = 5 mm, QRS (DI) = 3 mm -> trục lệch về DII, trong khoảng từ $(30^\circ \rightarrow 60^\circ)$
-> trục trong khoảng từ $(30^\circ \rightarrow 45^\circ)$ -> trục điện tim **SAI** khoảng 40°
- Nhịp :
+ DII: có sóng P, sóng P đồng dạng
sóng P (+) ở DI, DII và aVF, sóng P (-) ở aVR,
tỉ lệ giữa sóng P và QRS là 1:1
-> nhịp xoang.
+ nhịp đều, tần số = $1500 / 12 = 125$ lần/ phút
- Sóng P: DII: biên độ = 2 mm < 2,5mm, thời gian 0.16s > 0,12s và có 2 đỉnh > 0,04s
-> lớn nhĩ trái **phải đọc đủ 2 tiêu chuẩn.**
- PR: ở DII khoảng PR = 0,2s và khoảng PR đều nhau -> không có hình ảnh block AV
- QRS :
+ thời gian (từ V1-V6): 0,08s (bình thường)
+ tiêu chuẩn Sokolow- Lyon: $SV1 + RV5 = 29\text{mm} < 35\text{mm}$, $RV1 + SV5 = 10\text{mm} < 11\text{mm}$
+ tiêu chuẩn Cornell: $SV3 + RaVL = 23\text{mm} > 20\text{mm}$
-> hình ảnh lớn thất trái
- Hình ảnh sóng Q bệnh lý ở DII, DIII, aVF, không thấy ST chênh lên ở DII, DIII, aVF, kèm sóng T (-) ở DIII, aVF. BN chưa ghi nhận tiền căn đau ngực, dựa vào bệnh cảnh ls nên nghĩ là NMCT không ST chênh lên thành dưới -> đề nghị đo V3R, V4R để xem có nhồi máu thất phải kèm theo không
- ST chênh xuống đi ngang khoảng 4mm ở V2, V3, ST chênh xuống đi ngang khoảng 5mm ở V4, V5, V6, ST chênh xuống đi ngang khoảng 2mm ở DI, aVL, kèm sóng T (-) từ V4-V6,

DI, aVL. Hình ảnh ST chênh xuống đi ngang có thể là của thiếu máu cơ tim nhưng trên bệnh cảnh ls nghĩ nhiều NMCT không ST chênh lên -> theo dõi men tim để xác định. Do ở V2, V3 có ST chênh xuống nên đề nghị đo ở V7, V8, V9 xem có ST chênh lên không

- $QTc (DII) = QT / \sqrt{RR} = 0.41s < 0.44s$ -> không có QT dài

Kết luận : nhịp **nhANH** xoang, hình ảnh lớn thất trái, lớn nhĩ trái, hình ảnh NMCT thành dưới, theo dõi NMCT không ST chênh lên ở thành trước và thành bên

=> Cần đo thêm các chuyển đạo V3R, V4R, V5R và V7, V8, V9

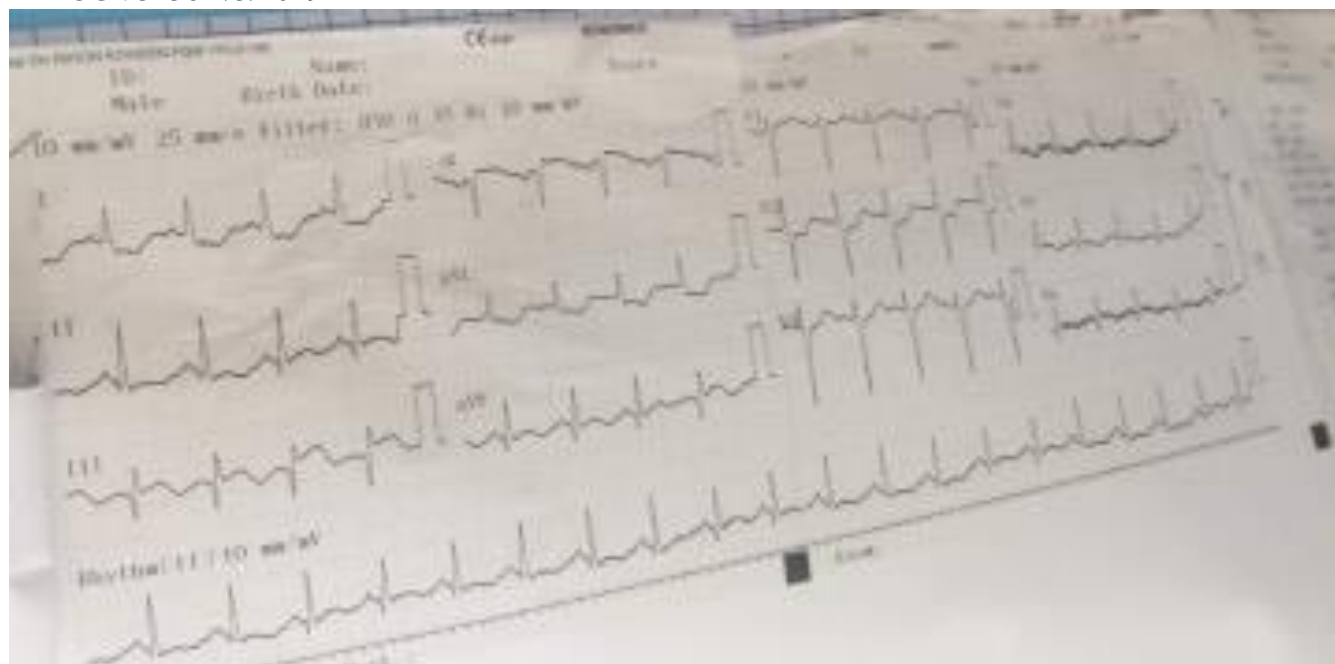
DIII chênh -> làm lại ecg sau 1h để confirm là tổn thương cũ hay mới

ST chênh DIII mà DII avF ko có -> nmct cũ or nstemi ở thành trc or nmct thành dưới, tmcet lan toả.

ST chênh xuống đạo trình trc ngực + avR ST chênh xuống -> bệnh nhánh trái.

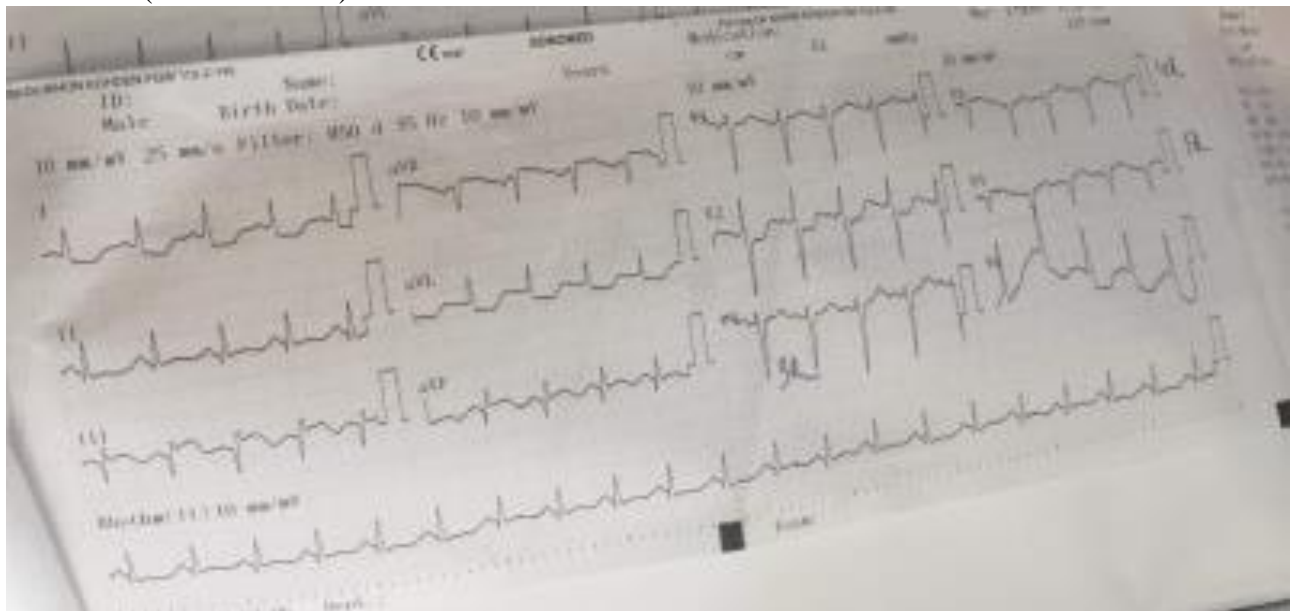
Nếu là thành sau thì V1 phải chênh xuống (xuyên tâm đối)

** ECG : 3h36 1/3/2019



-> V7, V8, V9: không thấy hình ảnh ST chênh lên

** ECG: (3h38 1/3/2019)



-> V3R, V4R, V5R không có hình ảnh ST chênh lên, không có sóng Q hoại tử

4) Men tim: (2h20 1/3/2019)

	2h20' 1/3	4h 1/3	Giá trị bình thường
Hs troponin T	0.51	1.85	<0.01 ng/mL
CKMB	33.5	89.68	<25 U/L

=> 2 mẫu hs troponin T tăng, chênh lệch >20% -> kết hợp với ECG nghi NSTEMI

5) NT-proBNP (4h 1/3/2019): **4994** >300 pg/mL (>1800 pg/mL) -> phù hợp với chẩn đoán suy tim cấp

6) SÂ tim : (3h45 1/3/2019)

Không dịch màng ngoài tim

Dẫn nhẹ thất trái

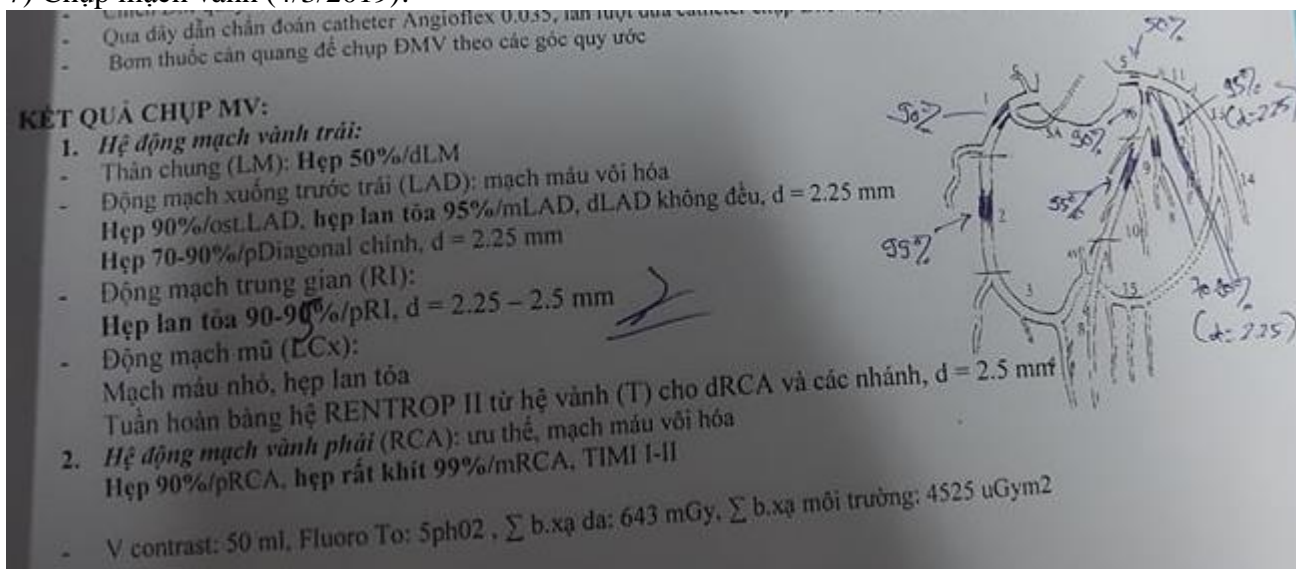
Hở van hai lá nhẹ, VC<3mm

Áp lực tâm thu động mạch phổi PAPS 23 mmHg

Giảm động vách liên thất, thành trước, thành bên thất trái

Chức năng tâm thu thất (T) giảm EF = 33,1% (simpson BP)

7) Chụp mạch vành (4/3/2019):



Kết luận: bệnh thân chung và 3 nhánh mạch vành -> hướng điều trị là phẫu thuật bắc cầu mạch vành (CABG)

Dự đoán nmct nhánh P, và nmct nstemi xuống trc trái.

8) Công thức máu: (2h20 1/3/2019)

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	14.05	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	47.2	(40.0-77.0) %
Lym %	44.5	(16.0-44.0) %
Mono %	5.6	(0-10) %
Eos %	2.1	(0.00-7.00) %
Baso %	0.6	(0.0-1.0) %
IG%	0.7	0.0-1.0%
Neu	6.64	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	6.25	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.78	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.29	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.09	(0.0-0.1) K/ μ l
IG#	0.1	0.0-0.1K/mL
**RBC	4.41	(3.6-5.5) T/L
Hgb	137	(120-160)g/l
Hct	0.429	(0.350-0.470) L/l
MCV	97.3	(80-100) fL
MCH	31.1	(26.0-34.0) pg
MCHC	319	
RDW	12.2	(9.0-16.0) %CV
***PLT	337	(150-400) Giga/L

MPV	11.6	
Sinh hóa máu		
Urea	3.4	2.5-7.5 mmol/L
Creatinin	91.0	Nam: 62-120; Nữ: 53-100 mmol/L
GFR (MDRD)	56.09	
Glucose	35.83	3.9-6.1 mmol/l
Ion đồ		
Na	139.2	135-145 mmol/L
K	3.61	3.5-5.0 mmol/L
Cl	101.4	97-111mmol/L
AST	39.7	≤37 U/L
ALT	17.2	≤40 U/L

+ Bạch cầu tăng **theo dõi và làm lại**, lympho ưu thế?, dòng hồng cầu, tiểu cầu trong giới hạn bình thường + Glucose máu tăng = 35.83 mmol/l = 644 mg/dl, BN có tiền căn DTD2 - > cần thận biến chứng cấp của tình trạng tăng đường huyết là nhiễm ceton máu (đã loại trừ) và tăng áp lực thẩm thấu máu, đề nghị làm HbA1c để đánh giá kiểm soát đường huyết của BN.

Ngoài ra bệnh nhân có tình trạng toan chuyển hóa -> đề nghị định lượng Ceton máu.

+ eGFR = 56,09 ml/ph/1,73m², creatinin tăng = 91 umol/L = 1.03 mg/dl nghi trong các trường hợp:

- BTM: bệnh nhân không có tiền căn BTM, tuy nhiên BN có tiền căn THA, DTD2 đang điều trị nên không thể loại trừ

- STC: trong bệnh cảnh này nghi nhiều tổn thương thận cấp trong bệnh cảnh suy tim cấp

-> lặp lại ure, creatinin sau 48h để xác định

+ AST, ALT trong giới hạn bình thường.

Tính áp lực thẩm thấu $Na \times 2 + glu + ure$ (mmol/L) tăng >290, giảm <280

Thiếu TPTNT, microalbumin niệu, Sâ bụng vì bn có nguy cơ bệnh thận. Thiếu bilan lipid, SÂ doppler mạch máu đmc và đm chi dưới (do đã tắc 3 nhánh)

9) Ceton máu (b-hydroxybutyrate) (4h 1/3/2019) : 0.09 (bình thường : 0.3 mmol/L) -> loại trừ toan chuyển hóa nhiễm ceton

10) Sinh hóa máu (4h40 2/3/2019)

Sinh hóa máu		
Urea	6.3	2.5-7.5 mmol/L
Creatinin	74.5	Nam: 62-120; Nữ: 53-100 mmol/L
GFR (MDRD)	70.66	

Creatinin, eGFR hồi phục với điều trị -> phù hợp với tổn thương thận cấp trong bệnh cảnh suy tim cấp

11) HbA1C: (4/3/2019): **8,1%**

-> bệnh nhân kiểm soát đường huyết trong 3 tháng qua chưa tốt

Cđsb chỉ cần ghi nmct cấp, không cần ghi giờ, killip,...

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: Phù phổi cấp (là 1 dạng suy tim mất bù) – THA CC – STEMI giờ 3 **vùng dưới** nguy cơ rất cao biến chứng suy bơm – Bệnh thân chung và 3 nhánh mạch vành – Suy tim EF giảm (33%) NYHA II giai đoạn C – Tổn thương thận cấp trước thận - THA, ĐTD type 2 đang điều trị

XIV) ĐIỀU TRỊ:

1) Điều trị cấp cứu lúc nhập viện:

a) Mục tiêu điều trị:

- + Hỗ trợ hô hấp
- + Điều trị phù phổi cấp
- + Điều trị ban đầu NSTEMI
- + Kiểm soát đường huyết tránh gây biến chứng cấp

b) Điều trị cụ thể:

- + Nhập cấp cứu, theo dõi SpO₂ liên tục
 - + Thở oxy qua canula 4l/p, chỉnh liều sao cho SpO₂ >= 95%
 - + Furosemide 40mg (TMC) **best cho oap vs THA cc**
 - + Morphine sulphate 2mg TM/10-25p
 - + Captopril 25mg (NDL)
 - + Không dùng chẹn beta
 - + Nitroglycerine (TTM 10mcg/phút) **dẫn tm, hạ HA, mạch vành, giảm oap. Mới**
- zô có thể cho ngậm 1 viên dưới lưỡi**
- + Aspirin 81mg 4v (u)
 - + Ticagelor 90 mg 2v (u)
 - + Enoxaparin 30mg (TMC), sau 15p TDD 40 mg
 - + Atorvastatin 40mg (u) **cao hơn liều thông thường 20mg**

tốt

+ Kiểm soát đường huyết bằng insulin **check lại đg cao do stress hay ksoat không**

+ PCI khẩn sau khi kiểm soát phù phổi cấp

2) Điều trị hiện tại: 3 ngày sau nhập viện, chưa PCI

* Điều trị dùng thuốc:

+ Lisinopril 10mg 1/2v (u)

+ Metoprostol 25mg 1/2v (u)

+ Aspirin 81mg 1v (u)

+ Ticagrelor 90mg 1v x2 (u)

+ Atorvastatin 40mg 1v (u)

+ Trimetazidine 35mg 1v (u)

+ Enoxaparin 30mg (TDD) tới khi xuất viện

+ Kiểm soát đường huyết bằng insulin

+ CABG (nếu từ chối: làm PCI)

b) Điều trị không dùng thuốc:

+ Ăn giảm muối (3-5g/ngày)

+ Uống nước 1.5-2l/ngày

+ Vận động nhẹ nhàng

+ Về nhà: ăn nhiều rau, trái cây (200g/ngày), tiêm ngừa cúm

XV) TIỀN LƯỢNG:

1) Gần: bệnh nhân lớn tuổi, NSTEMI có biến chứng suy bơm, hẹp nhiều nhánh mạch vành nặng, bệnh nền nặng (THA, ĐTĐ 2, suy tim) -> tiên lượng xấu.

2) Xa: bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý mãn tính nặng (bệnh thân chung và 3 nhánh mạch vành, suy tim NYHA 3, THA, ĐTĐ) -> tiên lượng xa xấu