

BA_-ST-
trinh-cô-

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

Họ và tên: Nguyễn Văn Huệ Tuổi: 72 Giới: Nam
Nghề nghiệp: đã nghỉ hưu (trước đây: thợ cơ khí trong xưởng nhuộm vải)
Địa chỉ: 23/240 phường 15, quận Gò Vấp, TP HCM
Ngày giờ nhập viện: 6h ngày 07/10/2019
Giường 25 Phòng 301 BV Nhân dân Gia Định
Số nhập viện: 19.058579

II. Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử: BN là người trực tiếp khai bệnh

Cách nhập viện 1 tháng, BN thấy mệt và khó thở xuất hiện khi leo cầu thang 1 lầu hoặc đi bộ khoảng 100m, liên tục 2 thì, giảm khi nghỉ ngơi. Đêm nằm ngủ 1 gối, thỉnh thoảng khó thở khi nằm BN có kê thêm 1 gối và ngồi dậy để chịu hơn, không khó thở kịch phát về đêm.
Cách nhập viện 3 ngày, BN ho khan kèm sổ mũi khi trời mưa, khó thở tăng dần và xuất hiện phù chân đến mắt cá chân, ấn lõm, không đỏ không đau. Phù chân tăng dần đến cẳng chân, tăng khi đi lại, BN không để ý phù thay đổi trong ngày., **bn không điều trị gì thêm**
Ngày nhập viện, BN khó thở nhiều hơn, xuất hiện khi đi lại # 10m, và mờ hời kèm thấy tim đập nhanh, hồi hộp → nhập BV Nhân dân Gia Định. **bn không điều trị gì thêm**
Trong quá trình bệnh, không sốt, không đau đầu chóng mặt, không đau ngực, không nhìn mờ hay yếu liệt, ăn uống được nhưng kém ngon miệng, đi tiểu tiểu bình thường khoảng 1 lít/ ngày, **có sụt cân 2kg (50kg → 48kg)**. Ngoài ra không than phiền triệu chứng gì khác.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Mạch: 129 lần/phút HA: 140/90 mmHg Nhiệt độ: 37°C Nhịp thở: 20 l/p
- SpO2 = 96% khí trời

-> bn không điều trị gì thêm -> HA 140/90 là huyết áp tăng khi bn không uống thuốc.

Diễn tiến sau nhập viện:

Sau 07 ngày nhập viện, BN giảm khó thở còn 3/10, hết phù chân, không sốt, huyết áp theo dõi ngày dao động 120 – 100/60 – 90 mmHg, ngoài ra không ghi nhận triệu chứng mới xuất hiện.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

a. Nội khoa:

- BN không đi khám bệnh từ trước đến nay, hiện không sử dụng thuốc gì.
- 10 năm nay, thỉnh thoảng thấy mệt và chóng mặt, BN do huyết áp ở tiệm thuốc tây với huyết áp tâm thu cao nhất là 150 mmHg, tự uống thuốc (không rõ loại) và chỉ uống thuốc khi có triệu chứng, BN chưa từng chẩn đoán tăng huyết áp.
- Trước đợt bệnh này, BN đi > 1 lầu hoặc 200 – 300m vẫn thấy khỏe. Hiện tại BN đi khoảng 20m thì mệt, thoải mái khi nghỉ ngơi, tự sinh hoạt cá nhân không khó thở.
- Ngoài ra chưa ghi nhận tiền căn đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Trước giờ bn có ho khạc đàm mạn ??-> khó thở mạn do bệnh phổi ??
Tiền căn hen, copd, lao

1

Các dấu hii
nhận trong

- Nhìn
- Yếu
- Đau
- Tiểu
- Đau

- Không tiền căn đau ngực, không phù trước đây.

b. Ngoại khoa:

- 50 năm trước bị thương lúc chiến tranh.

c. Thói quen – sinh hoạt:

- Ăn 3-4
- Hút thuốc lá: 50 gói.năm, ngưng 6 tháng nay.
- Rượu bia: thỉnh thoảng

d. Dị ứng:

- Thường ớn lạnh người và sổ mũi mỗi khi thời tiết thay đổi.
- Không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận tiền căn: tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường, đột quy.

V. Lược qua các cơ quan:

- Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực.
- Hô hấp: giảm khó thở 3/10, thỉnh thoảng có ho khan.
- Tiêu hóa: Ăn uống được, không ợ hơi ợ chua, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu: Không tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt.
- Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt.
- Cơ xương khớp: không giới hạn vận động -> co đau khớp hay ko

VI. Khám (14/10/2019 – sau NV 07 ngày)

1. Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.

Sinh hiệu:

Mạch: 100 l/phút,
Huyết áp: 110/60 mmHg,
Nhịp thở: 22 l/phút, không co kéo
Nhiệt độ: 37°C

• Chiều cao: 155 cm, Cân nặng: 48 kg (BMI = 20 kg/m² thể trạng gầy)

Nếu có phi
gợi ý nn: xu

• Chiều cao: 150 cm, cân nặng: 70 kg (BMI = 30 kg/m², mức tăng gây)

• Da niêm hồng. Không vàng da, không vàng kết mạc mắt, không dấu xanthelasma Có dấu xe điều+ đặt giấy chuông

• Không phù, môi không khô, lưỡi không đỏ, không có sao mạch, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống, không xuất huyết. Hạch ngoại biên không sờ chạm.

2. Khám từng vùng:

a. Đầu mặt cổ

- Cân đối
- Tĩnh mạch cổ nổi / 45° (+)
- Tuyến giáp không sờ chạm

b Ngực:

- Ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không gù vẹo, không sẹo

i. Tim mạch:

- Nhìn: ở đập dưới vú, khoảng RLS V đường trung đòn T.
- Mỏm tim khoảng liên sườn VI lệch đường trung đòn T 2 cm, diện đập 2x3 cm², nảy mạnh.

2

Diện đập mỏm tim rộng (cả kls 5 và 6), trong đó nảy mạnh kls 5-> mỏm tim kls 5

Nghe T3: nghe bằng phần chuông, ấn mạnh ko nghe nữa, tiếng thêm vào sau t2, nghe rõ ở mỏm (t2 tách đôi nghe ở đáy tim) + bn thờ ra + nghiêng trái để khuếch đại tiếng t3

- T1, T2 đều rõ 100 lần/phút. Không âm thổi

- Hardzer (-), dấu này trước ngực (-)

ii. Hô hấp :

- Rì rào phế nang êm dịu 2 bên, không ran.
- Gõ trong, rung thanh đều 2 bên.

c. Bụng :

- Nhìn: bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, có vết sẹo đường giữa bụng khoảng 15cm.

- Gõ trong khắp bụng

- Bụng mềm, không điểm đau.

- Gan lách không sờ chạm (?)

- Phản hồi bụng – tĩnh mạch cánh (-)

d. Thân kinh:

- Cổ mềm, không dấu thân kinh định vị, không dấu xanthoma

e. Cơ xương khớp: không giới hạn vận động.

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nam 72 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 1 tháng. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Khó thở: khi gắng sức, khó thở khi nằm
- Phù chân đến cẳng chân, không đỏ, không đau
- Ho khan, sổ mũi
- Sút 2 kg/tháng

TCTT:

- Tình trạng lúc nhập viện:
 - BN tỉnh, tiếp xúc tốt
 - Mạch: 129 lần/phút HA: 140/90 mmHg Nhiệt độ: 37°C Nhịp thở: 20 l/p
 - SpO2 = 96% khí trời
- Khám:
 - Tĩnh mạch cổ nổi/ 45° (+)
 - Mỏm tim: KLS VI lệch ngoài đường trung đòn 2 cm, diện đập 2x3 cm², nảy mạnh.

Tiền căn

- Hút thuốc lá 30 gói.năm
- Tăng huyết áp: ?
- Chưa ghi nhận đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

VIII. Đặt vấn đề:

1. Khó thở cấp/ mạn
2. Hội chứng suy tim
3. Tăng huyết áp
4. Nhiễm trùng hô hấp trên (nhiễm siêu vi trên nếu sốt hoặc nghẹt mũi nặng -> có thể thúc đẩy vào suy tim)

3

Nhận biết bn THA

- Triệu chứng gợi ý THA: nhức đầu, nóng bừng mặt
- Trị số HA

Xác định bn có THA liên tục/ cơn -> theo dõi huyết áp (15ph sau đo lại)

Tăng HA cơn

- U tủy thượng thận (catecholamines)
- Stress

Ca này: HA lúc nhập viện 140/90, HA lúc khám 120/80 tuy nhiên đã dùng lợi tiểu + bn lớn tuổi, có xơ vữa đm -> nghĩ bn có THA

Xơ cứng động mạch: khởi đầu tăng hạ tâm thu trước, tâm trương sau

IX. Chẩn đoán:

CDSB: Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm siêu vi hô hấp trên/ Suy tim NYHA III, giai đoạn C theo AHA/ACC do bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp

CDPB:

1. Hội chứng vành cấp/ Suy tim NYHA III, giai đoạn C theo AHA/ACC do bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp
2. Đợt cấp COPD, yếu tố thúc đẩy nhiễm siêu vi hô hấp trên / Suy tim NYHA III, giai đoạn C theo AHA/ACC do bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp

I.

X. Biện luận:

A. Hội chứng suy tim:

1. Tiêu chuẩn: BN có suy tim theo Frammingham vì BN có khó thở khi nằm, khó thở khi gắng sức, phù chân, nhịp tim nhanh > 120 lần/ phút
2. Nghi suy tim toàn bộ vì LS BN có khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khám thấy mỏm tim KLS VI lệch đường trung đòn T 2 cm, nảy mạnh, diện 2x3 cm² (phù hợp ST trái), Tĩnh mạch cổ nổi, phù chân (phù hợp suy tim phải)
3. Mức độ:
 - a. NYHA III vì ngoài đợt bệnh này BN có giới hạn hoạt động, đi lại 20m thì khó thở, thoải mái khi nghỉ ngơi
 - b. ACC/AHA: giai đoạn C vì BN có triệu chứng suy tim, có bệnh tim cấu trúc.
4. Nguyên nhân:
 - a. Bệnh tim thiếu máu cục bộ: nghĩ nhiều nhất do BN nam, lớn tuổi, hút thuốc lá 30 gói.năm
 - b. Tăng huyết áp: không loại trừ
 - c. Bệnh van tim: không nghĩ vì khám không nghe âm thổi.

YTTN BMV

- THA
- ĐTD
- RLLM
- Hút thuốc lá
- Tuổi

- d. Bệnh cơ tim: chẩn đoán loại trừ vì: BN khó thở 1 tháng nay, suy tim toàn bộ (?)
 ⇒ Vậy: nghi ngờ nhiều trên BN có nền Suy tim toàn bộ, NYHA III, độ 3 theo ACC/ AHA do bệnh mạch vành, tăng huyết áp.
 ⇒ Đề nghị: X Quang ngực thẳng, ECG, siêu âm tim, NT – pro BNP

B. Khó thở :

BN có khó thở 1 tháng nay, 3 ngày nay khó thở tăng, ngưỡng gắng sức giảm dần, có thể là diễn tiến của nền suy tim mạn hoặc nguyên nhân gây khó thở cấp trên nền sẵn có.

1. Nguyên nhân:

- Do tim:

- Hội chứng vành cấp: BN nam lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ nên không loại trừ mặc dù bệnh nhân không đau ngực → đề nghị ECG, Troponin T hs
- Đợt cấp suy tim mạn: nghi BN có nền suy tim (đã biện luận như trên)
 ⇒ Yếu tố thúc đẩy có thể nghi trên BN này:
 - Hội chứng vành cấp: BN không loại trừ do lớn tuổi → ecg, troponin T hs
 - Rối loạn nhịp: không loại trừ vì LS BN có hồi hộp, nhịp tim nhanh lúc nhập viện 129 lần/phút → ECG lúc nhập viện.

4

Triệu chứng tương đương của đau ngực trong hội chứng vành cấp: khó thở, rl nhịp

- Tăng huyết áp: không nghi do huyết áp lúc nhập viện 140/90 mmHg
- Hẹp 2 lá: không nghi do khám tim không nghe rù tâm trương, T1 danh, clac mở van, huyết áp lúc nhập viện 140/90 mmHg

- Do phổi:

- Đợt cấp COPD: LS BN không có ho khạc đàm, khám phổi không có hội chứng tắc nghẽn hay ứ khí, tuy nhiên BN nam, lớn tuổi, hút thuốc lá nhiều, làm việc trong xưởng nhuộm vải → không loại trừ → X Quang ngực thẳng, đo chức năng hô hấp sau khi đã ổn định tình trạng khó thở.
- Thuyên tắc phổi: không nghi vì BN nam, lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ tim mạch như hút thuốc lá 30 gói.năm, khó thở cấp, không có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi, thang điểm Wells <4, nguy cơ thấp
- Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi: không nghi do LS BN không đau ngực kiểu màng phổi khám không thấy hội chứng ứ khí, hội chứng 3 giảm trên LS

- Khác: thiếu máu, chấn thương không nghi

C. Tăng huyết áp:

- 10 năm qua BN chưa được chẩn đoán tăng huyết áp mà chỉ uống thuốc khi có triệu chứng
- Biến chứng cơ quan đích:
 - Tim mạch: nghi có biến chứng tim mạch vì BN có hội chứng suy tim, theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ
 - Não: không ghi nhận tiền căn nhồi máu não, xuất huyết não hay yếu liệt.
 - Thận: không ghi nhận tiểu máu, tiểu ít → tuy nhiên cần xem BUN, creatinine, siêu âm bụng để kiểm tra bệnh lý thận mạn
 - Mắt: không nhìn mờ → soi đáy mắt

XI. Đề nghị CLS:

1. CLS chẩn đoán:

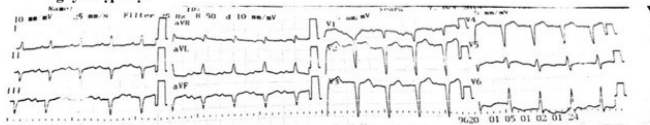
- Suy tim, khó thở cấp:
 - X Quang ngực thẳng
 - Siêu âm tim Doppler máu, ECG, NT – pro BNP
- Biến chứng tăng huyết áp:
 - Soi đáy mắt

2. Thường qui: công thức máu, AST, ALT, ion đồ, đường huyết, BUN, creatinine, TPTNT, siêu âm bụng

XII. Kết quả CLS:

1. ECG:

Ngày nhập viện

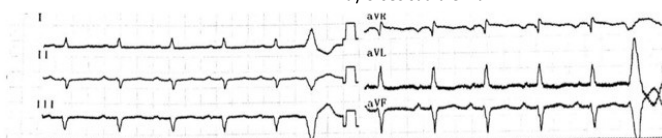


- Nhịp: xoang, tần số ~ 130 lần/ phút.
- Đều, không có ngoại tâm thu.
- Trục: DI (+), avF (-), DII (+) → trục lệch trái
- Sóng P, khoảng PR trong giới hạn bình thường.
- R cắt cụt từ V1 – V4
- Block phân nhánh trái trước. → đẩy trục lệch trái
- Lớn thất trái: $SV1 + RV6 = 6 + 4x2 = 14 < 35$ (Sokolow – Lyon)
 $SV3 + RavL = 14x2 + 4 = 32 > 28$ (nam)
- Lớn thất phải: $RV1 + SV6 = 5 < 11$

*Nhận xét:

Nhịp nhanh xoang
 Lớn thất trái theo tiêu chuẩn Cornell
 R cắt cụt từ V1 – V4
 Block phân nhánh trái trước.

Không đọc điểm J được, do phi địa thất → có thể lấy 0.08s sau điểm J



- Béo phì
- Yếu tố nguy cơ gia đình (bệnh tim mạch sớm nam <55, nữ <65)

Khó thở cấp/ mạn
 Khó thở mạn

- Copd: bệnh sử, khám không gợi ý
- Suy tim:
 - Có suy tim
 - Suy tim toàn bộ (T+P)
 - Cấp mạn
 - Mức độ
 - Nguyên nhân suy tim mạn
 - THA: có nghi, tuy nhiên trị số HA bệnh nhân thấp → có thể có nn khác
 - BMV: không loại trừ, có yếu tố nguy cơ (lớn tuổi, thuốc lá, xơ vữa, THA) (thiếu máu cơ tim yên lặng)
 - Van tim (hẹp/ hở chủ/ hở van 2 lá/ thông liên thất/ còn ống động mạch)
 - RLN
 - Cơ tim

Khó thở cấp

- Đợt cấp suy tim YTTĐ
 - niễm trùng hô hấp trên: nước mũi trong, ho khan → nghi do siêu vi (ngạt mũi có thể khiến bn lớn tuổi khó chịu, thở không được)
 - Không điều trị
- Viêm phổi, tkmp
- thuyên tắc phổi (khám tm Chi dưới có giãn hay ko → có suy van tĩnh mạch ko): ca này không đau ngực, ko ho ra máu, ko phẫu thuật, không bất động, không có bệnh lý ác tính

Ca này: HA lúc nhập viện 140/90, có lúc đo 150, HA lúc khám 120/80 tuy nhiên đã dùng lợi tiểu + bn lớn tuổi, có xơ vữa đm → nghi bn có THA

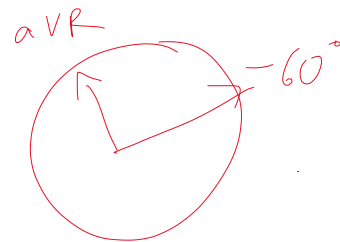
- Độ 1 theo JNC 7
- THA 2 số (140/90)
- Biến chứng
 - Não
 - Mắt → soi đáy mắt
 - Thận
 - Tim: suy tim, bmv, dày thất trái

Dày thất trái → mồm tim này

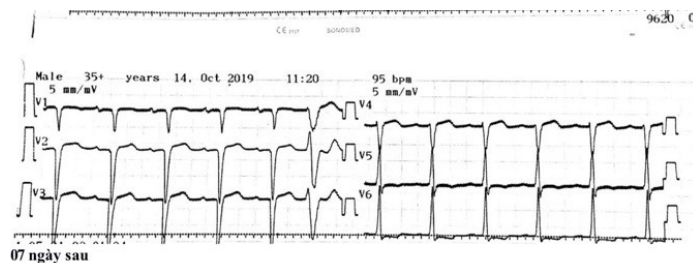
mạnh → nếu chỉ lệch mà không

này mạnh → cần thận ko do

THA



Khi phi đại thất trái, hình ảnh r thấp ở V1-V3 ko điển hình (do điện thế kéo về thất trái nhiều)
 Case này r cắt cụt V1-V4 → có nghi nhồi máu cũ, tuy nhiên không chắc chắn



ECG ngày 14: ST chênh xuống V6, T dẹt, ngoại tâm thu
Đột nhiên xuất hiện NTT thất
RI điện giải
Bệnh tim: bmv

Hạ kali: ST chênh xuống, T dẹt, sóng U

2. NT – pro BNP: ngày nhập viện

	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
CKMB	21.74	<25 U/L
NT-Pro BNP	16716	<125 pg/mL
Hs Troponin T	0.177	< 0.01 ng/mL

* **Nhận xét:**

CKMB không có tăng: tuy nhiên CKMB tăng khi có hoại tử lớn -> hs troponin nhạy hơn
Hs troponin 0.177 -> tăng gấp 10 lần -> phải đánh giá động học sau 3h. Tuy nhiên ko loại trừ suy tim, suy thận, OAP, nhịp nhanh trên thất,..... Làm troponin tăng.
Troponin 10-14 ngày mới giảm

6

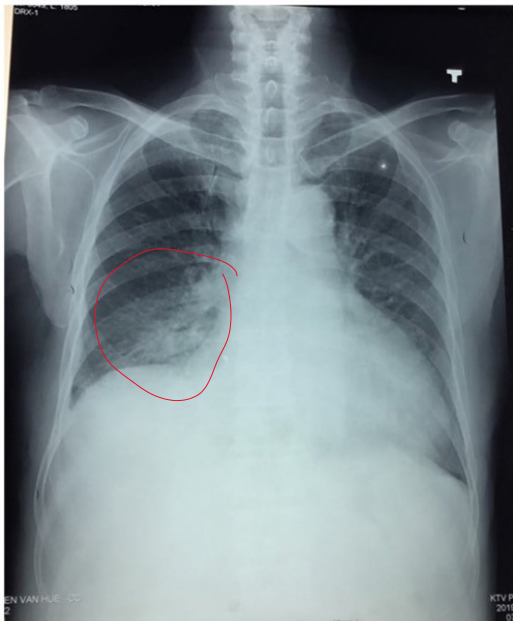
- NT – pro BNP ở BN 72 tuổi > 900 pg/mL -> ủng hộ chẩn đoán suy tim
- Men tim tăng, tuy nhiên có thể âm tính giả -> cần động học

3. Siêu âm tim

- Dẫn lớn các buồng tim
- Không dịch màng ngoài tim
- Không rối loạn vận động vùng (?)
- Hở van 2 lá trung bình VC=3mm do dẫn vòng van MR
- ERO= 0.12cm², MR Volume= 22ml
- Hở van 3 lá nhẹ VC<3mm, tapse=22 mm. áp lực ĐMP tăng nhẹ (PAPs= 39 mmHg) -> áp lực đmp tăng nhẹ -> có thể do suy tim toàn bộ
- Chức năng tâm thu thất T giảm EF(bp)= 22% (?)
- Rối loạn chức năng tâm trương thất trái độ II
- IVC= 19/12
- * **Nhận xét:** EF thấp (22%), dẫn lớn các buồng tim, không rối loạn vận động vùng ? -> có phù hợp bệnh tim thiếu máu cục bộ ?

-> giảm động toàn bộ, EF 22% ko thể hoạt động tốt.
Giảm động toàn bộ có 2 khả năng
• Hẹp 3 nhánh
• Bệnh tim giãn nở

4. X Quang ngực thẳng:



Tâm hoành P tù
Đám mờ đáy phổi P -> OAP theo dõi viêm phổi
Tăng tuần hoàn phổi T

7

- Hành chính: đúng bệnh nhân, đúng phim
- Tiêu chuẩn kỹ thuật
 - o Phim đứng
 - o Hít tương đối đủ sâu: 8 cung sườn sau
 - o Cường độ tia: bình thường
 - o Không xoay
- Mô mềm, thành ngực, xương: không ghi nhận gãy xương, hủy xương, tràn khí
- Cơ hoành: liên tục, còn đường cong sinh lý, không tù góc sườn hoành
- Màng phổi: không ghi nhận tràn dịch, tràn khí (khoảng sáng vô mạch), u màng phổi
- Bóng tim: chỉ số tim – ngực > 0,5 -> bóng tim to
- Bất thường:
 - o Tồn thương xơ rải rác 2 bên
 - o Đám mờ không đồng nhất 1/3 dưới phổi (P)

5. Chụp mạch vành: (07 ngày sau nhập viện)

1. Hệ động mạch vành trái

- Thân chung: không hẹp

- Động mạch xuống trước trái (LAD)

- + Hẹp lan tỏa 80-90% p-m LAD (d= 2.75)
- + Hẹp 99% dLAD (d= 2.5), hẹp 90% OG1 (d=2.5 mm)

- Động mạch mũ (LCx)

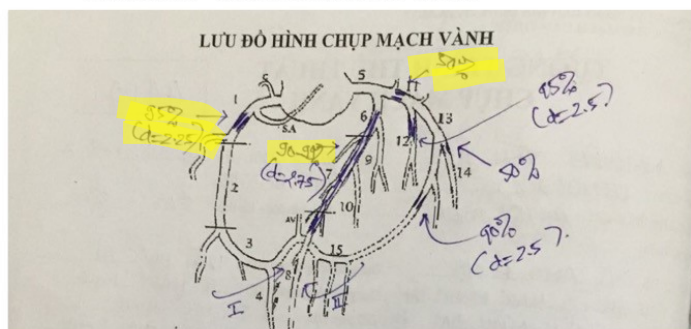
- + Hẹp 50% pLCx (d=3.5mm), hẹp lan tỏa 95% POM cao, hẹp 90% đoạn tận LCx

2. Hệ động mạch vành phải

- Hẹp 95% PROA

8

- Rantop II từ LCx -> m-d LAD, Rantop I từ RCA-> m-d LAD



6. Siêu âm bụng:

- Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều
- Tràn dịch màng phổi (P) lượng ít
- THẬN:
 - o (P): không sỏi, không ứ nước
 - o (T): không sỏi, không ứ nước
 - Chủ mô hai thận phân biệt rõ với trung tâm
- Tiền liệt tuyến: KT 44x42x44mm, V=40ml → phì đại tiền liệt tuyến
- Chưa ghi nhận các bất thường khác

7. Công thức máu: (ngày nhập viện)

		Chỉ số Bình thường
WBC	4.2	4.0-10.0 K/ul
Neu%	60.2	40.0-77.0 %
Lym%	26.4	16.0-44.0%

9

Mono%	11.8	0-10%
Eos%	1.1	0-7%
RBC	3.59	3,6-5,5 T/L
Hgb	112	120-160 g/l
Hct	0.341	0.350-0.470 L/l
MCV	95.1	80-100 fL
MCH	31.3	26.0-34.0 pg

MCHC	330	310-360 g/L
RDW	17	9-16%CV
PLT	151	150-400 Giga/L
MPV	8.5	6.0-12.0 fL
PT	19.3	9.8-15s
PT%	52	>=70%
INR	1.58	0.85-1.3
APTT	36.2	25-42s

->INR hơi cao, PT hơi thấp -> đánh giá lại

***Nhân xét:**

- WBC trong giới hạn bình thường
- Hgb giảm, MCV, MCHC bình thường → thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ.

8. Sinh hóa máu – ion đồ: ngày nhập viện

Xét nghiệm	7/10	9/10	10/10	Khoảng tham chiếu
Creatinin	120.4	122.4		Nam 62-106
Ure	7.7	9.7		1.7 -8.3 mmol/L
eGFR	54.72	53.69		

***Nhân xét:** có sự bất thường chức năng thận, theo dõi suy thận cấp hoặc mạn, theo dõi thêm, làm lại ure, creatinine sau khi đã ổn định tình trạng suy tim.

10

Ion đồ (Na,K,Cl)				
Sodium(Na)	131.4	132.7	132.8	135-145 mmol/L
Potassium(K)	3.94	2.74	3.55	3.5-5.0 mmol/L
Clorua	100.2	96.8	101.7	97 – 111 mmol/L
AST	95.2			<= 37
ALT	73.3			<= 41
RA	19.3	20.5	20.4	21-31 mmol/l
Cholesterol	3.33			3.9-5.2 mmol/l
Triglyceride	0.55			0.46-1.48 mmol/l
HDL- Cholesterol	0.75			>=0.9 mmol/l
LDL-Cholesterol	2.26			<=3.4 mmol/l
FT4	1.92			0.71 – 1.85
TSH	2.92			0.27 – 4.78

*** Nhân xét:**

- Hạ Na máu nhẹ, không triệu chứng nghĩ trong bệnh cảnh suy tim ứ dịch
- Hạ K (9/10) nghĩ do sử dụng lợi tiểu quai Furosemide, sau đó BN được bù Kali đường uống 0,5g 2v x 3(u), K có cải thiện.
- Chỉ định chức năng tuyến giáp (?)

5. TPTNT:

Ery	Negative	Negative, ≤ 10Ery/uL
Urobilinogen	16	Normal, ≤ 17umol/L
Bilirubin	Negative	Negative, < 3,4 umol/L
Nitrite	Negative	Negative
Ketones	Negative	Negative, < 0,5mmol/L
Glucose	Negative	Normal, < 1,7 mmol/L
Protein	0,3	Negative, < 0,1 g/l
pH	5,5	4,8 – 7,5
S.G	1,021	1,000 – 1,025
LEU	Negative	Negative, < 10Leu/ul
Color	Yellow	Pale yellow

***Nhân xét:** có protein niệu có thể là tiểu protein niệu đơn độc do đợt suy tim cấp.

XIII. Chẩn đoán xác định: Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm siêu vi hô hấp trên/ Suy tim NYHA III, giai đoạn C theo AHA/ACC do bệnh tắc ba nhánh động mạch vành, tăng huyết áp – Theo dõi tổn thương thận – phì đại tuyến tiền liệt.

XIV. Điều trị:

- Nguyên tắc điều trị:

1. Suy tim:

- Lợi tiểu quai: giảm triệu chứng, BN hiện ổn, chuyển dịch sang uống
- Lợi tiểu kháng aldosteron

11

- Ức chế men chuyển
- Chẹn B: khi ổn định tình trạng suy tim cấp

2. Bệnh tim thiếu máu cục bộ:

- Nitrat
- Chẹn B: khi ổn định tình trạng suy tim cấp
- Ức chế men chuyển
- Statin
- Chống kết tập tiểu cầu
- Xem xét tái thông mạch vành.

● **Điều trị suy thận:**

Men gan cao -> có thể do suy tim -> tuy nhiên vẫn phải làm siêu âm bụng -> đánh giá gan, thận

Tăng men gan x3 lần ko cho phép xài statin

-> thường làm khi rung nhĩ. Ca này làm do bsi thấy nhịp nhanh -> ft4 tăng -> làm lại

Tuy nhiên người suy tim có thể có rl chức năng tuyến giáp

Đợt mất bù cấp suy tim mạn/ suy tim toàn bộ EF giảm, NYHA 3, giai đoạn C -BMV-THA

• **Điều trị cụ thể:**

- Agifuros 40mg ½ v (u) S,C
 - Aldactone 25mg 1v (u) S
 - Zestril 10mg 1v (u) S
 - Imidu 60mg 1v (u) S
 - Concor 2,5mg ½ v (u) S
 - Aspirin 81mg 1v (u) S no
 - Atorvastatin 40mg 1v (u) C
- Theo dõi mạch, HA, nhiệt độ, SpO₂ mỗi 12h
CS₂

XV. **Tiền lượng:** BN lớn tuổi, bệnh 3 nhánh ĐMV, EF thấp (22%) , theo dõi bệnh thận mãn → tiền lượng nặng.

- Furosemide 40mg 1/2 v -1 v (tùy tình trạng ls bệnh nhân)
- Zestril 10mg 1v (u)
- Aldactone 25mg
- Aspirin (tuy nhiên bn có rl đông máu -> phải làm lại bilan đông máu đánh giá)
- Statin: tuy nhiên bn men gan cao -> cho 1/2 v -> 10mg -> đánh giá lại men gan bữa sau
- ★ Chẹn beta: ko nên cho giai đoạn cấp, có thể cho khi ổn định (ls ổn định, từ khoảng ngày t7 trở đi)
Ổn định: ko còn ứ dịch + ko còn nằm đầu cao. Chỉ chọn ứ chế điều trị suy tim: metoprolol succinate (tatrata ko dùng), bisoprolol, carvedilol, nebivolol

Nếu nhịp nhanh

Digoxin 0.5mg/ 1ong
1/2 ống TM

Tuy nhiên digoxin có thể làm hạ kali máu -> nếu nhịp tim xuống trở lại -> ngưng