

FORM BỆNH ÁN HỢP 2 LÁ

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới (2/3 là nữ)
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

II. LĐNV:

- Khó thở (thường nhất)
- Theo dõi thấp khớp định kỳ lòi ra
- Ho ra máu, đau ngực (15%), nghẽn mạch (não)
- Khàn tiếng/nuốt nghẹn/....

III. BỆNH SỬ: Ai khai

- Khó thở: từ từ, 2 thì, khi gắng sức (đặc hiệu và sớm nhất), kịch phát về đêm, khi nằm
- Ho ra máu: nhiều/lẫn đàm
- Khàn tiếng (HC Ortner), nuốt nghẹn
- Hồi hộp, đánh trống ngực, đau ngực (như BMW)
- Ngất
- VNTMNT
- Yếu liệt (sợ tắc mạch não), phù chân
- Mệt mỏi, uể oải
- TC suy tim P
- Lượng nước tiểu: mức độ ứ đọng, suy thận do giảm tưới máu thận/suy tim.
- Tình trạng lúc NV: Khám ran phổi (OAP), nghe tim, spO2

IV. TIỀN CĂN

A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:

- Thấp tim (99%): 5 – 15t là thấp khớp cấp, già là thoái hóa
- Lupus
- Viêm đa khớp dạng thấp, gout
- Viêm họng (streptococcus)
- Tim bẩm sinh
- Khiếm khuyết bẩm sinh
- Mấy trchung trên bệnh sử có

2. Ngoại khoa:

- Valve nhân tạo/sinh học bị thoái hóa

3. Thói quen – dị ứng:

- Ăn uống, HTL,...

B. GIA ĐÌNH

- Gout di truyền ở bn nam
- Bệnh di truyền khác (??)

V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim: Khó thở, hồi hộp đánh trống ngực,
2. Hô hấp: Ho
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục:
5. Thần kinh: dấu tai biến mm não
6. Cơ xương khớp: yếu liệt (nghe mạch não tai biến)
7. Chuyển hóa: Sốt, phù (St phải)

VI. KHÁM

A. Tổng trạng:

- Tri giác, nằm cao mấy gối
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- BMI: Suy dinh dưỡng, dáng người nhỏ
- Da niêm, phù
- Chú ý có thiếu máu? (biến chứng đại tuần hoàn)

B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối không biến dạng
- Họng, lưỡi
- Tuyến giáp: to? Âm thổi?
- TMCN, hạch cổ

2. Ngực:

• Tim:

Nhìn: Lồng ngực không cân đối, tim to

Sờ: rù tâm trương (nếu 4/6), T1 ở mỏm, dấu nảy bờ T xương ức của thất P to ĐMP to, T2: tăng áp phổi

Nghe:

- Loạn nhịp
- T1 đánh (lớn, thô), clac mở van 2 lá (thổi tiền tâm thu), rung tâm trương
- Nhấn mạnh tiền tâm thu điển hình.
- Dễ nghe nhất: T2 (P2 tăng mạnh). T2 tách đôi
- Khó nhất: click phun máu: « giống » T1 tách đôi do gần T1 nhất do kì tâm thu khởi đầu là click, click đi sau T1. Bờ-rùm tắc =)). Nghe ở đáy (T1 tách

đôi thật phải nghe ở mỏm). Nếu nghe « T1 tách đôi » ở vùng van động mạch thì coi chừng là click phun. Cả 2 tiếng đều nghe = phần màng. Phải để ý mới nghe được.

- Thổi tâm trương Graham-Steell hở van ĐMP cơ năng (Dẫn ĐMP do tăng áp lâu ngày)
- Thất P lớn → hở van 3 lá cơ năng (Carvallo +: Hít sâu giảm áp lồng ngực → hút máu về tim P → âm thổi 3 lá lớn lên)
- Suy tim P có T3, T4 thất P.
- Thổi tâm thu ở mỏm thường 2/6- ít khi 3/6 (sometimes), không bao h rung miêu mà không lan. Không có ý nghĩa trong chẩn đoán hẹp 2 lá. Gặp trong hẹp 2 lá đơn thuần. Do van đóng với hơi kênh 1 xú, có dòng phụt ngược nhẹ lại hoy. Điều trị gốc là hẹp 2 lá là chủ yếu. Tuy nhiên cái này có ranh giới mập mờ, không có tách biệt đen trắng đâu. Hậu thấp vừa có hẹp/hở. Di chứng có thể dày van, đóng với van tá lả. Trên LS nghe được ghi nhận hẹp hở 2 lá cái đã. Lên siêu âm xác định âm thổi sida hay có hở luôn rồi. Ko điều trị hở 2 lá mà chỉ tập trung hẹp 2 lá.

Khám mạch:

- Mạch tứ chi
- Dấu giật dây chuông

• **Phổi:**

- Ran ẩm, nổ (OAP)

3. Bụng:

- Ban đầu gan đàn xấp
- Lâu ngày: Gan to, Xơ gan tim
- Ấn gan phòng cảnh
- Âm thổi đm chủ bụng, đm thận

4. Thần kinh, cơ xương khớp: Coi chừng bệnh kèm tbmmn

VII. TTBA

VIII. ĐVĐ:

- Khó thở cấp
- Hội chứng van tim
- HC suy tim
- Đau ngực
- Loạn nhịp
- Bệnh kèm/ tiền căn

IX. CDSB/CĐPB

- Hẹp 2 lá [nguyên nhân, eg hậu thấp] – bệnh van khác – loạn nhịp hoàn toàn – suy tim (full câu cdoan)

- CDPB:
- Myxoma nhĩ T: u nhầy bẩm sinh, không biết có lúc nào, tới lúc lớn hẹp. (Có nhĩ P nhưng ít hơn). Thực tế không gặp nhiều.
- Thrombus nhĩ T: Bất kỳ nguyên nhân nào làm dẫn nhĩ T → huyết khối. Dính trong thành nhĩ T có cuống, chạy lên chạy xuống => gây hẹp.
 - o Không có T1 đanh
 - o Rù tâm trương thay đổi theo tư thế
- Cor triatum: 3 buồng nhĩ. Nhĩ T có màng ngăn thành 3 buồng. Không khó chẩn đoán do thường kèm với các bẩm sinh khác từ nhỏ => Siêu âm.
- Van 2 lá hình dù.
- VNTM: Hở 2 lá + rung tâm trương (dòng máu tăng tốc độ, tăng độ xoáy)
 - o Hở nặng quá do hẹp tương đối, tạo độ xoáy.
 - o Thêm rung tâm trương mà âm thổi tâm thu không lớn lên, coi chừng cái gì đó cản trở. Nếu sốt, VNTM → sùi ngay van 2 lá làm cản trở thêm, gây khít.
 - o Sùi có thể gây hở. Sùi to làm van đóng không kín hay làm thủng van.

X. BIỆN LUẬN

1. Khó thở cấp:
 - Dọa OAP: khó thở đột ngột, vật vã, kích thích, vã mồ hôi, không nằm được, lúc nhập viện có ran ẩm, ran ngáy
 - Ng nhân khác góp phần khó thở
2. HC van tim:
 - a) T1 đanh, rung tâm trương ở mỏm → hẹp 2 lá. Nguyên nhân: nghĩ do hậu thấp vì tiền căn BN có thấp khớp cấp năm ... tuổi
 - b) AT tâm thu 2/6 KLS 4,5 bờ T xương ức, carvallo (+) nhẹ → hở 3 lá.
Nguyên nhân:
 - Hậu thấp: nghĩ nhiều vì hậu thấp có thể tổn thương đa van
 - Hở cơ năng: có suy tim phải (do có phù chân, gan phải to), không loại trừ là hẹp 2 lá biến chứng lên thất P gây hở van 3 lá cơ năng
 - c) AT tâm trương 2/6 KLS 2,3 bờ T xương ức khi ngồi → hở van ĐMP.
Nguyên nhân:
 - Hậu thấp: tổn thương đa van
 - Hở cơ năng van động mạch phổi do tăng áp phổi +-
CLS: siêu âm tim
3. HC suy tim:
 - Trái/phải
 - Cấp/mạn
 - NYHA lúc NV, nền

- YT thúc đẩy

4. Đau ngực:

5. Loạn nhịp:

Khám bắt mạch không đều, nghe tim loạn nhịp hoàn toàn, nguyên nhân:

a) Rung nhĩ

b) cuồng nhĩ

c) ngoại tâm thu nhiều, không chu kì

d) nhịp nhĩ đa ổ

Lâm sàng không phân biệt được → đề nghị ECG

6. Khác

XI. CLS

1. X quang ngực thẳng: Lớn nhĩ T, nhĩ P, Kerley B (dễ nhìn nhất, phù mô kẽ), KPQ dẫn rộng, bóng đôi bờ P, chụp nghiêng baryt: Hẹp thực quản. Thỉnh thoảng thấy đóng vôi van 2 lá. Bờ trái 4 cung: ĐMC, ĐMP, Tiểu nhĩ T, Thất T. Thấy 4 cung là nghĩ hẹp 2 lá đầu tiên.
2. ECG: dày nhĩ T, dày thất P, trục lệch P, RL nhịp, bchung nhĩ P thì sóng P vừa cao vừa rộng (DII, V1)
3. Siêu âm tim
4. Siêu âm bụng: coi gan
5. Đông máu: Mục tiêu của điều trị kháng đông/BN rung nhĩ do bệnh van tim chưa thay van INR = 2-3
6. Sinh hóa: bili tăng do sung huyết gan
7. CLS thường quy

XII. CĐXD

Mức độ hẹp: Chỉ có D có triệu chứng

- A: chưa có triệu chứng. BN có nguy cơ. Có thay đổi trên lá van hình dome.
- B: "Tiến triển". Dính mép van. Dạng doming có. $S > 1.5\text{cm}^2$. Máy hiện ra. $220/\text{PHT} = S$ lỗ van.
- C: Hẹp "nặng" nhưng không triệu chứng, $S \leq 1.5\text{cm}^2$, $\text{PHT} \geq 150\text{ms}$. Còn $S \leq 1\text{cm}^2$, $\text{PHT} \geq 220\text{ms}$ thì dùng chữ "rất nặng" (hiếm do bình thường có triệu chứng hết rồi). Lớn nhĩ T nặng. Áp lực ĐMP $> 30\text{ mmHg}$.
- D: Nặng hơn C. Có triệu chứng.

XIII. ĐIỀU TRỊ

- Xem lý thuyết bài sub
- VD điều trị cụ thể (BA KN cô Tahu sửa): **hẹp 2 lá nặng – hở 2 lá – hở 3 lá – hở van động mạch chủ do hậu thấp – dọa OAP – rung nhĩ đáp ứng thất nhanh – tăng áp phổi – suy tim phải – viêm phổi – theo dõi BTTMCB**
- Thở O2 ẩm qua canula 3 lít/phút
- Vinzix 20mg 2 ống x2 TMC
- Aldactone 25mg 1 v uống
- Domitral 2,5mg 1v x2 uống (S,C)
- Digoxin 0.25mg 1/2 v uống S
- Sintrom 4mg 1/4v uống
- Augmentin 1g 1v x2 uống
- Klacid MR 500 mg 2v (u) sáng
- Bromhexin 1v x3 uống