

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Giảng viên hướng dẫn Bác sĩ TS Tạ Thị Thanh Hương
Thực hiện bệnh án Trần Lê Quốc Khánh, Phạm Huân Đạt
Y2014. Ghi chú bình luận Nguyễn Đức Vượng Y2014.

BỆNH ÁN

Bệnh án cũng như phần ghi chú bình luận được thực hiện bởi các bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Mục bình luận được ghi bằng chữ đỏ, gạch chân.

I. Hành chánh:

- Họ và tên: Lê Văn Đ.
- Nam.
- Tuổi: 74
- Nghề nghiệp: lái xe ba gác.
- Địa chỉ: Thạnh Mỹ Lợi, Quận 2.
- Nhập viện lúc: 4h30 ngày 28/9/2019.
- Giường 51 hành lang khoa tim mạch bệnh viện nhân dân Gia Định.

II. Lý do nhập viện:

Khó thở

III. Bệnh sử:

- **Cách NV 2 năm**, bệnh nhân được chẩn đoán suy tim EF giảm, bệnh cơ tim giãn nở, rung nhĩ mạn, COPD ở BV NDGD, đi tái khám và uống thuốc đều.
 - + Chỗ này phân tích tốt. Mở đầu bệnh án nên bắt đầu bằng bệnh nền có liên quan tới đợt này của bệnh nhân
 - + Nên thêm câu Cách NC 4 năm, có khó thở khi nghỉ từ phần tiền căn vào luôn bệnh sử ở đây vì nó có liên quan đợt bệnh lần này. Câu Cách NV 5 năm trong tiền căn thì giữ ở tiền căn đúng rồi vì nó không liên quan đợt bệnh này
 - + Tóm lại, câu mở đầu là bệnh nền có liên quan đợt bệnh lần này.
- **3 ngày trước nhập viện**, bệnh nhân khó thở liên tục tăng dần, 2 thì, tăng khi nằm, giảm khi ngồi, bệnh nhân vẫn đi lại được nhưng mỗi 5-6 m lại phải đứng lại để thở, kèm ho đàm nhiều hơn thường ngày, đàm hơi vàng. Bệnh nhân tự xịt thuốc Ventolin ở nhà thì khó thở giảm ít (giảm khoảng 2-3 phần), sau 3-4 tiếng khó thở trở lại như cũ.

+ Ghi không phù, không sốt, không đau ngực vô đề hướng chẩn đoán. Khó thở có phù nằm đầu cao thì nghĩ do tim. Khó thở có đau ngực nghĩ do HCVC, thuyên tắc phổi. Khó thở có sốt nghĩ do viêm phổi.

+ Do đó cần đưa ngay một số triệu chứng âm tính có giá trị kèm với triệu chứng khúc này. Thể hiện được sự liên quan và hiểu biết của mình. Không phải ghép tất cả triệu chứng âm tính xuống dưới cùng và để trong phần Trong quá trình bệnh.

- **Ngày nhập viện**, bệnh nhân ho đàm nhiều hơn, khoảng 10 phút ho 1 lần, mệt, khó thở tăng lên nhiều, bệnh nhân phải ngồi để thở, chỉ nói được từng cụm từ, khó thở không đáp ứng với thuốc xit → nhập cấp cứu Bv Nhân dân Gia Định.

- **Trong quá trình bệnh**, bệnh nhân không sốt, không đau ngực, không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn, tiêu vàng trong 1.5l không gất buốt

Tình trạng lúc nhập viện:

+ Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt: Mạch: 156 l/p. Huyết áp: 130/70 mmHg. Nhiệt độ: 37 C.

Nhịp thở: 20 l/p. SpO2 96%. Khó thở mà sao nhịp thở có 20l/ph. Coi chừng lúc đó đếm sai. Nếu đúng bn.

+ Tim loạn nhịp hoàn toàn.

+ Phổi rale ngáy lan tỏa 2 bên.

<u>YTTĐ đợt mất bù cấp của suy tim là gì ? (Tai tim, ngoài tim, thuốc)</u>	
<u>Tai tim: Cái gì gây suy tim mạn thì có thể gây suy tim cấp</u>	<p>- <u>THA → Con THA:</u></p> <p>+ <u>Ca này nhập viện HA bình thường nhưng phải hỏi có THA không, biết đâu có THA mà đang xài thuốc nên bình thường.</u></p> <p>- <u>BMV → NMCT và TMCT.</u></p> <p>+ <u>Bn nam lớn tuổi hút thuốc lá, COPD giảm O2 máu. Nói TMCT không phải bệnh MV vì BMV thì phải chụp mạch vành xác định có tổn thương.</u></p> <p>+ <u>Còn có BMV thì phải hẹp từ 50% hoặc 30% và kèm thêm yếu tố làm co thắt như stress mới khởi phát triệu chứng của TMCT.</u></p> <p>+ <u>Tóm lại, đây là 2 khái niệm khác nhau. BMV là khi lòng mạch có tổn thương. TMCT là khi mất cân bằng cân cân cung cầu O2 cho cơ tim.</u></p> <p>- <u>Rối loạn nhịp:</u></p> <p>+ <u>Ca này có rung nhĩ trước đây rồi.</u></p> <p>+ <u>Đợt này nếu rung nhĩ có đáp ứng thất nhanh hoặc cơn kịch phát trên thất hoặc block AV hoàn toàn (khác tính chất bình thường) thì mới nghĩ do rối loạn nhịp thúc đẩy suy tim mất bù cấp.</u></p>
<u>Ngoài tim</u>	<p>- <u>Nhiễm trùng</u></p> <p>+ <u>Hô hấp: khó thở đàm vàng.</u></p> <p>+ <u>Tiêu: Bệnh nhân lớn tuổi nam có thể có tăng sinh tiền liệt tuyến, sỏi</u></p> <p>→ <u>Tiền căn chú ý hỏi cái này.</u></p> <p>+ <u>Tiêu hóa: Có tiêu chảy, ợ hơi ợ chua trong loét dạ dày tá tràng ...</u></p> <p>- <u>Stress</u></p> <p>- <u>Thiếu máu cấp</u></p> <p>- <u>Cường giáp:</u></p>

	<p>+ Ca này cần tầm soát vì có rung nhĩ</p> <p>- <u>Bệnh khác như thuyên tắc phổi:</u></p> <p>+ Bn suy tim mệt nằm một chỗ, ít đi lại nên cũng có thể.</p>
<u>Thuốc</u>	<p>- <u>Bỏ thuốc hoặc uống không đúng</u></p> <p>- <u>Ảnh hưởng co bóp cơ tim:</u></p> <p>+ <u>Cường beta</u></p> <p>+ <u>Ức chế beta liều cao quá</u></p> <p>+ <u>Ức chế calci non DHP. Dùng rất phổ biến do những bệnh nhân hen hoặc COPD đợt cấp sợ co thắt chống chỉ định ức chế beta thì chuyển Ức chế Calci non DHP.</u></p> <p>- <u>Giữ muối nước</u></p> <p>+ <u>NSAIDS là thường gặp nhất, dùng giảm đau: Ứ muối nước, co mạch thân ... → Tiền căn cần hỏi đau khớp.</u></p> <p>+ <u>COR được dùng khi có chỉ định. Hoặc BN tự uống thuốc nam thuốc bắc này kia.</u></p> <p>+ <u>Hai thuốc này hỏi: Thuốc BN có uống thuốc giảm đau mà ăn no mới uống ? Trên thị trường chỉ có hai cái này là phổ biến nhất</u></p>

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

Nội khoa

- Cách NV 5 năm, bệnh nhân thường ho khạc đàm nhầy trắng, tăng khi nằm. Cái này để ở tiền căn là phù hợp vì chẳng liên quan bệnh đợt này cho lắm.
- Cách NV 4 năm, bệnh nhân xuất hiện khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần (hiện tại bệnh nhân đi bộ khoảng 50m đã thấy mệt), khó thở, khó thở phải nằm đầu cao 1 gối, về đêm có những cơn khó thở kịch phát khi đang ngủ, kèm phù nhiều lần. Tình trạng khó thở tiến triển nặng dần -> cách NV 2 năm BN đi khám Bv nhân dân Gia Định chẩn đoán **Suy tim EF giảm - bệnh cơ tim giãn nở - rung nhĩ không do van – COPD**, BN được chụp mạch vành: không ghi nhận bất thường, hô hấp ký: hạn chế mức độ nhẹ + tắc nghẽn mức độ nhẹ, không đáp ứng test dẫn phế quản (FEV1/FVC 0.62, FEV1:69%).
 - + Cô nói khúc 4 năm khó thở nên tóm 1 câu đưa vào bệnh sử. Ví dụ như Cách NV 4 năm, bệnh nhân có khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần vì lần này cũng nhập viện vì khó thở, khó thở này khác với xưa giờ nên có liên quan trực tiếp tới đợt bệnh này.
 - + Câu hiện tại bệnh nhân đi bộ khoảng 500m đã thấy mệt nên được đưa vào bệnh sử vì nó là hiện tại mà.
 - + Ngưỡng gắng sức giảm dần là bao nhiêu mét, cần khai thác rõ
 - + Tiền căn BN được chụp MV phải coi được kết quả chứ không tin lời Bn nói. (1) TMCT khi hẹp >50% lòng mạch vì mức này thường sẽ có triệu chứng. (2) TMCT khi hẹp 30% và có co thắt mạch vành hoặc yếu tố nào đó làm mất cân bằng cung cầu như nhiễm trùng.

→ BMV là có tổn thương lòng mạch. Còn TMCT là khi mất cân bằng cung cầu. TMCT chưa chắc đã có BMV. Có BMV mà hep <50% thì cũng chưa có TMCT (cô thích ý này).

- BN có được đề nghị đặt máy tạo nhịp nhưng từ chối. Hiện tại tái khám và uống thuốc thường xuyên tại BVNDGD, đơn thuốc đang điều trị: Furosemide 40mg 2v (u) x 2, Acenocoumarol 4mg 1/8v (u), Bisoprolol fumarate 2.5mg 1+1/2 v (u), Spironolactone 2v (u), Magnesium + Vitamin B6 1v (u)x 2

+ Đưa vào bệnh sử luôn vì khi nghe bệnh đang ổn tư dung bất ổn người ta sẽ hỏi ngay có bỏ thuốc không, có uống thuốc đủ không → Ghi vô BN uống thuốc đều, các thuốc là:

- 1 năm gần đây, bệnh nhân nhập cấp cứu BVNDGD 6 lần do các đợt suy tim mất bù cấp, đợt cấp COPD, viêm phổi

+ Câu này cũng nên đưa vào bệnh sử, cho thấy là bệnh nó chẳng ổn gì cả.

+ Nhập viện nhiều thì xuất viện lần cuối khi nào ? Nguyên do điều trị xuất viện chưa đủ ? Hay là đã khỏi bệnh đợt trước, về nhà nhưng bệnh nền nặng quá lại phải vô.

+ Ca này lần cuối nhập viện cách 3 tháng. Thêm luôn thông tin 3 tháng nay, bớt khó thở, đi lại được bao nhiêu m, đêm nằm ngủ được không.

- Chưa ghi nhận tiền căn đau ngực trước đây

- Chưa ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, lao, bệnh thận trước đây.

- Chưa ghi nhận đau khớp, dùng thuốc ngoài đơn thuốc đang dùng, phì đại tiền liệt tuyến, tiểu máu, tiểu sỏi

+ Cái tiền liệt tuyến thì phải hỏi kỹ do đôi khi bn có mà không khai. Bn có tiểu dòng nhỏ, tiểu yếu, tiểu ngắt quãng đi khám thì bs kê lành tính nên bn cũng chẳng để ý. Khi mình hỏi vô thì bn mới nói ra

+ Không tiểu máu tiểu sỏi để ít nghĩ bệnh thận mạn.

Ngoại khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây.

Thói quen

- Hút thuốc lá từ năm 15 tuổi, bỏ được 4 năm nay, 88.5 gói năm.

- Ít uống rượu bia.

- Không ăn mặn (không chấm nước dùng, không ăn đồ ăn sẵn), uống nước 1.5l/ngày, ăn trái cây mỗi ngày

Dị ứng:

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc thức ăn.

- Chủng ngừa: BN chưa chủng ngừa cúm, phế cầu

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận. Ghi rõ ra là THA, ĐTĐ, Rl mỡ máu, bệnh thận trước đây ...

V. Khám lâm sàng:

1. Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu:
 - Mạch 74 lần/phút
 - HA 110/70 mmHg
 - Nhịp thở 18 lần/phút
 - Nhiệt độ 37°C
 - SpO2 92%, khí trời
- Niêm hồng.
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- Không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Thể trạng trung bình (CC 1m65, CN 58 kg, BMI = 21.3 => thể trạng trung bình)
- Không phù
- Không xe điều, không dấu giât dây chuông, mạch ngoại biên bắt rõ. Do BN hút thuốc lá, lớn tuổi thì cần ghi cái này.

2. Khám cơ quan

1/ ĐẦU MẶT CỔ

- Cân đối, không biến dạng
- Tuyến giáp không to. Phải khám tuyến giáp vì loạn nhịp rung nhĩ sơ do cường giáp
- Khí quản không lệch
- **TMCN/45 độ (+)**

2/ NGỰC

- Lồng ngực cân đối, di động khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Không sọc, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

TIM

- Mỏm tim KLS VI đường nách giữa, diện đập 3x2 cm², nảy nhẹ.
- Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), không rung miêu. Ca này phù gợi ý do tim phải mà khám không được Hardzer, là một đầu mâu thuẫn. Nhưng ca này bung bư nên nghĩ có thể khám Hardzer ra âm là chấp nhận được.
- Tần số 83 lần/ phút, loạn nhịp hoàn toàn. T1, T2 mờ

Cô nói thêm về nhịp tim và mạch

- Tim luôn nhanh hơn mạch: Tim bóp tổng máu ra ngoại biên nên mới có mạch. Tim là gốc mạch là ngọn, do đó tim luôn nhanh hơn mạch.
- Có những nhát bóp rỗng trong ngoại tim thu hay rung nhĩ, tim đập nhưng không tổng máu ra tạo mạch được. Do đó tim luôn lớn hơn hoặc bằng mạch, trừ khi đo ở hai thời điểm khác nhau.
- Ca này có rung nhĩ, mạch lúc nv 156 thì tim có thể còn cao hơn.
 - + Và đây là một trong những yếu tố thúc đẩy và đợt mất bù cấp lần này.
 - + Ca này, không có đau ngực có nghĩ TMCT không ? Có vì có thể thiếu máu cơ tim yên

lãng (tuổi già, tai biến, tâm thần, đái tháo đường, suy thận mạn, ...)

PHỔI

- Rung thanh đối xứng 2 phế trường.
- Gõ vang 2 bên
- RRPN giảm
- Rale ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường, rale nổ đáy phổi (P)

3/ BỤNG

- Bụng cân đối, di động khi thở, không sắc tố, không sẹo, không xuất huyết dưới da.
- Gõ trong khắp bụng.
- Nhu động ruột 5 lần/phút, không nghe âm thổi ĐM.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
- Gan: bờ trên KLS 5, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 8 cm, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-). Cô khám lại nghĩ là gan 2cm dưới bờ sườn và gõ đục vùng thấp.
- Lách không sờ chạm.
- Chạm thận (-), rung thận (-).

4/ THẦN KINH: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

5/ CƠ XƯƠNG KHỚP:

- Không sưng, nóng, đỏ các khớp, tầm hoạt động khớp bình thường.
- Không yếu liệt.

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 74 tuổi, nhập viện vì ho, khó thở, bệnh 4 ngày, qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận:
TCCN:

- Ho khạc đàm vàng
- Khó thở.

TCTT:

- TM cổ nổi /45 độ
- Phổi rale ngáy 2 phế trường, rale nổ đáy phổi (P)
- Tim loạn nhịp hoàn toàn.
- Mỏm tim kls VI đường nách giữa, diện đập 3x2 cm², nảy nhẹ.
- T1, T2 mờ.

Tiền căn:

- Suy tim, bệnh cơ tim giãn nở rung nhĩ không do vale.
- COPD.

VII. Đặt vấn đề:

1. Khó thở cấp.
2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
3. Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới.

4. Hội chứng suy tim.
5. Loạn nhịp hoàn toàn.
6. Tiền căn: COPD, suy tim, bệnh cơ tim dẫn nỡ

VIII. Chẩn đoán sơ bộ:

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, suy tim NYHA III, bệnh cơ tim dẫn nỡ, rung nhĩ không do van.

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, bệnh cơ tim dẫn nỡ, suy tim NYHA III, loạn nhịp hoàn toàn

- Không cần ghi rõ yếu tố thúc đẩy, ghi ngắn gọn hiểu rồi.
- Đưa bệnh cơ tim giãn nở lên trước suy tim vì nó là bệnh gốc, suy tim là biến chứng.
- Ghi loạn nhịp hoàn toàn thay cho rung nhĩ vì có nhiều kiểu loạn nhịp, rung nhĩ chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Nghe BN ghi vô cũng chấp nhận được nhưng tốt nhất là nên ghi loạn nhịp hoàn toàn.

Cô nói thêm về vòng xoắn khó thở trên ca này.

- Do tim: Đợt mất bù cấp của suy tim. Nghĩ nhiều do nhiễm trùng, TMCT ...

- Do phổi:

+ Viêm phổi gây khó thở.

+ Khó thở lại kích hệ giao cảm làm tăng nhịp tim, đẩy lệch cán cân cung cầu, làm TMCT đưa vô đợt mất bù cấp

→ Vòng xoắn bệnh lý.

IX. Chẩn đoán phân biệt:

- Đợt mất bù cấp/ suy tim mạn NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, bệnh cơ tim dẫn nỡ, COPD nhóm D, rung nhĩ không do van.

- Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, đợt mất bù cấp của suy tim mạn NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, bệnh cơ tim dẫn nỡ, rung nhĩ không do van.

Cô nói đưa đợt mất bù cấp suy tim lên do nghĩ suy tim nhiều hơn đợt cấp COPD.

X. Biện luận:

Cô biện luận khó thở cấp / mạn

1) Do hen tim – đợt cấp suy tim mạn do (BMV/TMCT/nhiễm trùng), do OAP: Nếu là đợt cấp COPD thì xit thuốc phải đỡ chút chút, ca này không. Có ran ẩm ở đáy nên do OAP (dịch trong mô kẽ, chưa vô phế nang nhiều). OAP (dịch trong lòng phế nang).

- OAP do tăng áp lực thủy tĩnh hoặc tăng tính thấm thành mạch.

+ Tăng áp lực thủy tĩnh trong suy tim cấp, hẹp 2 lá, choáng tim

+ Tăng tính thấm thành mạch do viêm phổi, ngộ độc khí

- Ca này suy tim mạn, nay có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh gây TMCT là vô suy tim cấp được

- Viêm phổi:

+ Không thể loại trừ.

+ Cô kể ca ngày không sốt, không ho, khó thở nhiều, hẹp hở 2 lá, ran nổ nghĩ do ứ đọng. Điều trị suy tim hoài không đỡ khó thở. Siêu âm tim EF52% suy tim không nặng lắm. CTM lưng chừng. XQ ra đám mờ đáy phổi Phải → Nên được đánh kháng sinh liên, chụp lại phổi sạch Bn đỡ khó thở. Nhớ là ST tái phân bố dịch bên trên chứ không nằm đáy phổi và Xquang là tiêu chuẩn vàng của viêm phổi, không phải là ls

2) Đợt cấp COPD

1. Khó thở cấp:

Do tim:

- Đợt cấp suy tim mạn: BN có khó thở phù hợp với diễn tiến suy tim, đã được chẩn đoán suy tim tại BV NDGD, đợt này nhập viện vì khó thở nhiều hơn -> siêu âm tim, ECG, NT pro BNP

Yếu tố thúc đẩy đợt cấp trên bệnh nhân này: **Hàng đầu là nhiễm trùng, thứ hai là rối loạn nhịp, phân biệt với HCVC**

+ Rối loạn nhịp tim: nghĩ nhiều do khám thấy mạch hạt, loạn nhịp hoàn toàn. Nhịp nhanh vừa là yttđ vừa là kết quả của suy tim cấp. Ban đầu có thể có yt nào đó làm suy tim cấp, suy tim cấp gây ra nhịp nhanh và nhịp nhanh lại quay lại làm TMCT nặng nề hơn.

+ Hội chứng vành cấp: bệnh nhân không đau ngực, tuy nhiên bệnh nhân nam, lớn tuổi, tiền căn bệnh tim mạch, hút thuốc lá nhiều → đề nghị ECG, men tim, siêu âm tim

+ Tăng huyết áp: loại trừ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp, huyết áp lúc vào viện và lúc khám bình thường.

+ Nhiễm trùng: nghĩ nhiều do bệnh nhân có ho khạc đàm vàng, nhiều hơn ngày thường.

+ Không tuân thủ điều trị: ít nghĩ do bệnh nhân vẫn uống thuốc thường xuyên

- Hội chứng vành cấp: BN không đau ngực tuy nhiên ở bệnh nhân lớn tuổi không loại trừ -> đề nghị ECG, troponin T hs, siêu âm tim

- Chèn ép tim cấp: ~~không nghĩ do không khám thấy tam chứng Beck huyết áp tụt, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim mờ.~~ **Ca này đúng tiếng tim mờ nhưng mồm tim sờ được nên bỏ luôn cũng được.**

Do phổi:

- Tràn khí màng phổi: bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám không có hội chứng tràn khí màng phổi, lồng ngực cân đối, dấu lép dưới da -> không nghĩ

- Thuyên tắc phổi: bệnh nhân có mạch nhanh lúc nhập viện nhưng không ho khạc máu, không đau ngực, không tiền căn bất động nằm lâu, không tiền căn huyết khối TM sâu-> thang điểm Wells: 1.5 -> ít nghĩ.
Ca này cô khám có nổi tm dưới cổ chân, cho đi doppler mạch ngoại biên. Giờ không có biết đầu tương lai có thì sao.

- Viêm phổi: BN lớn tuổi có thể không có sốt, kèm theo ho đàm tăng, đàm có màu vàng, khám phổi có rale nổ-> nghĩ nhiều -> đề nghị Xquang ngực thẳng

- Đợt cấp COPD: Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD cách đây 2 năm, lần này khó thở tăng, ho khạc đàm tăng hơn thường ngày, đàm đổi màu nên nghĩ nhiều.

+ Đánh giá đợt cấp: mức độ nặng vì có khó thở tăng, ho khạc đàm tăng, tuổi bệnh nhân trên 65, có kèm bệnh đồng mắc là suy tim.

+ Yếu tố thúc đẩy đợt cấp:

Nghĩ nhiều là do viêm phế quản cấp vì bệnh nhân có ho khạc đàm vàng

Không tuân thủ điều trị: không loại trừ, yêu cầu bệnh nhân xit để đánh giá.

Dị ứng nguyên: không nghĩ do lần này bệnh nhân không tiếp xúc với dị ứng nguyên.

+ Biểu chứng

Suy hô hấp: bệnh nhân nhập viện NT 24l/ph, thở không co kéo, spO2:96% khí trời -> chưa nghĩ bn có suy hô hấp

Xẹp phổi: khám không có hội chứng 3 giảm, khí quản không lệch, lồng ngực cân xứng -> không nghĩ

TKMP: không nghĩ (đã biện luận phía trên)

2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

BN ho khạc đàm vàng tăng, khám có rale nổ nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới. Nguyên nhân

Viêm phổi: đã biện luận phía trên

Viêm phế quản

3. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới

BN khám có rale ngáy lan tỏa 2 phế trường nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới. Nguyên nhân

COPD: bệnh nhân có tiền căn ho khạc đàm mạn + khó thở khi gắng sức diễn tiến nặng dần nhiều năm, hút thuốc lá 85.5 gói-năm, kèm theo đã được chẩn đoán COPD ở BVBDGD -> nghĩ nhiều

+ Phân nhóm COPD: Số đợt cấp trong năm: 1 + mMRC: 3 -> phân nhóm D

+ Biểu chứng:

Da hồng cầu: bệnh nhân không có niêm đỏ rực, không đỏ da, không nghĩ.

Suy hô hấp mạn: không nghĩ do bệnh nhân ngón tay dùi trống, không rối loạn hành vi ngoài đợt cấp nên không nghĩ.

Tâm phế mạn: bn ghi nhận tiền căn từng nhiều lần phù, khám có tĩnh mạch cổ nổi -> có thể có tâm phế mạn kèm theo bệnh cơ tim giãn nở -> siêu âm tim.

+ Bệnh đồng mắc: suy tim.

- Ca này khám có tmc nổi mà không thấy Harzer ? Do thành ngực dày.

- Nếu suy tim phải do TPM thì thường dày, do cơ tim dẫn nở suy tim trái rồi suy tim phải luôn thì dẫn nên khi siêu âm sẽ gợi ý được nhiều là do cái gì ?

4. Hội chứng suy tim:

Bệnh nhân có khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, tim to (mở tim khoang liên sườn VI, lệch ra ngoài đường nách giữa), tiền căn ghi nhận từng có phù nhiều lần, ho về đêm -> đủ tiêu chuẩn đoán suy tim theo Frammingham

Phân độ suy tim theo NYHA: Hoạt động dưới mức bình thường gây mệt -> NYHA III.

Nguyên nhân:

+ Tăng huyết áp: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp trước đây.

+ Bệnh van tim: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn bệnh van tim trước đó, khám thấy âm thổi cơ năng nên không nghĩ.

+ Bệnh mạch vành: do bệnh nhân chưa có tiền căn bệnh mạch vành trước đây, tuy nhiên không loại trừ do bệnh nhân có hút thuốc, lớn tuổi. Nếu được chụp mạch vành gần đây bình thường thì loại. Nếu được chụp 2 năm trước thì cũng có thể BMV tiến triển trong 2 năm bây giờ gây suy tim kèm vô ngoài cái bệnh gốc cơ tim dẫn nở.

+ Rối loạn nhịp: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có mạch hạt, loạn nhịp hoàn toàn. Thường là biến chứng của suy tim. Thường là biến chứng. Khi nào không có bất kỳ nguyên nhân nào khác ngoài 1 cái rối loạn nhịp thì mới nghĩ rối loạn nhịp là nguyên nhân gây suy tim (con nhịp nhanh, block AV cao độ, suy nút xoang kéo dài gây suy tim)

+ Bệnh cơ tim dẫn nở: bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh cơ tim giãn nở -> nghĩ nhiều

5. Loạn nhịp hoàn toàn:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán rung nhĩ không do van.

Kết lại khó thở do phổi có đợt cấp COPD, viêm phổi, viêm phế quản. Do tim có suy tim, HCVC. Suy tim thì do bệnh cơ tim giãn nở và có thể kèm bệnh mạch vành.

XI. Đề nghị cận lâm sàng:

CLS chẩn đoán: X quang ngực thẳng, ECG, siêu âm tim, NT pro BNP, hs Troponin T, ure, creatinine, CTM, CRP.

CLS thường quy: ion đồ, AST, ALT, TPTNT, đường huyết tĩnh mạch, bilan lipid máu.

XII. Kết quả CLS:

1. Công thức máu:

	Kết quả	Giá trị bình		Kết quả	Giá trị bình	Độc
WBC	13,64	4.0 - 10.0 K/ul	**RB	4,22	3.6 - 5.5 T/L	1) Bạch cầu tăng, Neu ưu thế: phù hợp với tình trạng nhiễm trùng. → Viêm phổi / Viêm phế quản. 2) Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ. → Suy tim, suy thận mạn.
% NEUT	85,2	340 - 77 %	Hgb	127	140 - 160 g/l	
%	6,7	16 - 44 %	Hct	0.398	0.350 - 0.470 L/l	
%	7,4	0 - 10 %	MCV	94,3	80 - 100 fL	
% EOS	0,1	0.00 - 7.00 %	MCH	30,1	26.0 - 34.0 pg	
% BASO	0.2	0.0 - 1.0 %	MCH	333	310-360 g/L	
% Luc	0,4	0.0 - 4.0 %	RDW	14.1	9.0 - 16.0 %CV	
NEU	11,62	2.00 - 7.5 K/ul	**PLT	223	150 - 400 Giga/L	
LYM	0,92	1.00 - 3.5 K/ul	MPV	10,3	6.0 - 12.0 fL	
MONO	1,01	0.00 - 1.00 K/ul				
EOS	0.01	0 - 0.6 K/ul				
BASO	0.03	0.0 - 0.1 K/ul				

2. Sinh hóa máu

Urea	10,6	2.5 - 7.5 mmol/L
Creatinin	182,4 (28/9/2019) 180,2 (30/9/2019)	Nam 62-120; nữ 53- 100 umol/L
Natri	137	135 - 145 mmol/L
Kali	3,78	3.5 – 5.0 mmol/L
Glucose	6,79	3,9-6,1 mmol/L
Cholorid	99,7	99-111 mmol/L
AST	27,2	Nam < 37U/L
ALT	13,9	< 4 U/L
TSH	0,751	0,27-4,78 uIU/mL
FT4	1,216	0,71-1,85 ng/dL
CRP	78,99	0-5 mg/L
eGFR	33,51 (28/9/2019)	33,99 (30/9/2019)
	38,54 (16/4/2019)	36,75 (9/5/2019)

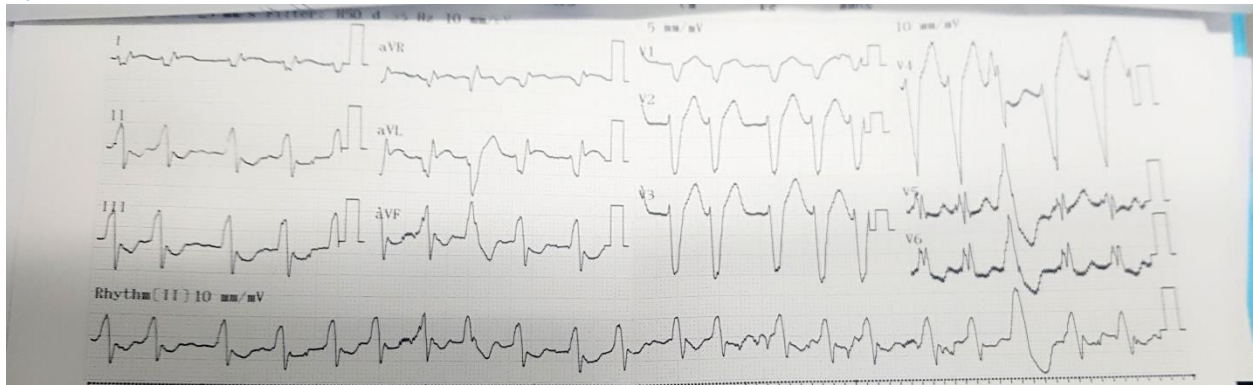
1) CRP 78,99 phù hợp với tình trạng nhiễm trùng.

2) Bệnh nhân có eGFR từ tháng 4 tới nay dưới 60 ml/ph/1,73 → Bệnh nhân có bệnh thận mạn.

- Suy tim kéo dài giảm tưới máu thận làm suy thận mạn. Nên cần tầm soát bệnh thận trước đó.
- Trong tiền căn cần hỏi triệu chứng bệnh thận trước đây: tiểu bot, tiểu máu, tiểu sỏi, phù ...
- Lúc NV Cre 182.4 và eGFR là 30 cần theo dõi cấp / mạn vì suy tim giảm tưới máu thận gây suy thận cấp. Đó là lý do bác sĩ lặp lại mẫu 2 sau 2 ngày.
- Kết quả cre giảm cho thấy điều trị suy tim hiệu quả nên cải thiện chức năng thận.
- Có bệnh thận mạn thì đọc ngay ion đồ, RA sao.

3) Glucose 6.79: Chưa biến luận được do chưa rõ làm lúc nào. Đề nghị lặp lại đường huyết đói và HbA1c nếu nghi ngờ vì đôi khi mấy nay bệnh, bệnh nhân không ăn uống được đường huyết đói bình thường nhưng HbA1c vẫn cao → Học lại tiêu chuẩn chẩn đoán Đái tháo đường.

3. Điện tâm đồ: (28/9/2019)



Tần số 150 lần/ phút, không đều.

Trục lệch phải.

Không có sóng P, sóng f lẫn lẫn, QRS không đều về biên độ ở DII → rung nhĩ.

Vậy bệnh nhân có rung nhĩ đáp ứng thất nhanh.

Phức bộ QRS: dẫn rộng (0,2 s), hình ảnh RR' ở V6, QRS âm ở V1 → có block nhánh Trái.

+ Ngoại tâm thu thất Phải, nhịp đơn??

+ Biên độ: $RV1 + SV5 < 11$ → không lớn thất phải.

$SV1 + RV5 < 35$ → không lớn thất trái.

-> Không phù hợp trên lâm sàng, xquang, siêu âm tim

Đoạn ST, T chưa phát hiện bất thường.

Kết luận

- Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh. NTT thất. Block nhánh trái hoàn toàn.

- Phù hợp với cơ tim giãn nở. Không loại BMV thành dưới.

+ Block nhánh trái do bệnh cơ tim giãn nở. ST V5V6 không đọc, do thứ phát sau Block

+ ST chênh xuống DI, DII, aVF

+ Chưa đủ chuẩn lớn thất trái: Ca này R V6 lớn hơn V5 coi chừng tim to lệch rồi. Khi V5V6 nói lớn thất trái thì mỏm tim ở trung đòn. Giờ mỏm tim ra nách mất rồi → Đề nghị V7V8 lấy R cao nhất và so sánh với tiêu chuẩn sóng R lớn thất trái. Rõ nhất là làm siêu âm tim.

4. Xquang: hình phía dưới

Tư thế đứng, hít vào đủ sâu, không đối xứng, 2 xương bả vai không ra khỏi 2 phế trường.

Bóng tim to $> 0,55$

Cung động mạch chủ phồng: bờ ngoài cách bờ trái $> 1,5$ cm.

Động mạch phổi đậm.

Tăng tuần hoàn phổi ra 1/3 ngoài và 1/3 trên.

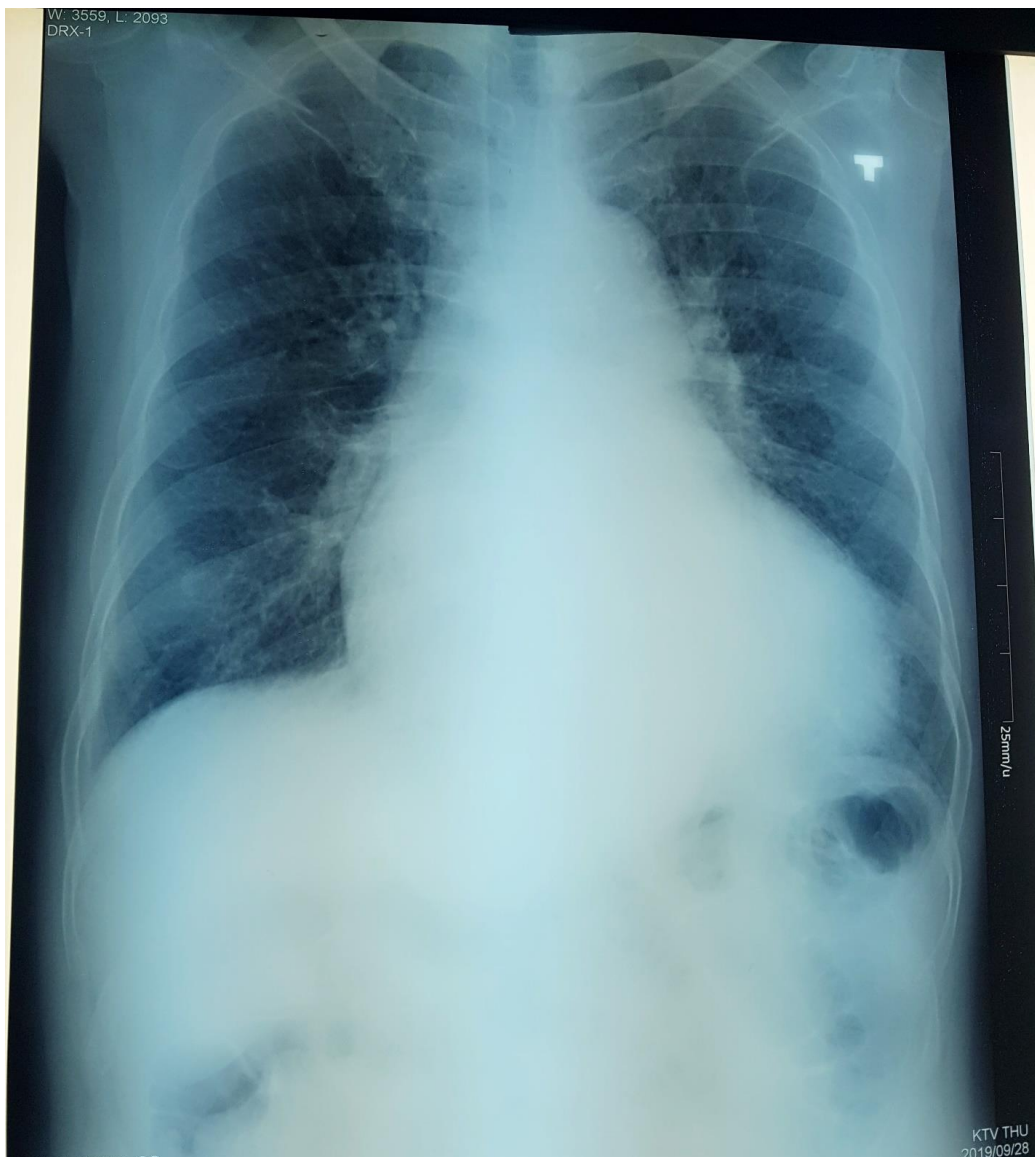
Không có đường Kerley.

Góc sườn hoành không mờ.

Không tổn thương nhu mô phổi.

Không tràn khí màng phổi.

->Bóng tim to phù hợp với suy tim. Không thấy tổn thương nhu mô phổi của viêm phổi, tuy nhiên không loại trừ vùng tổn thương bị che lấp bởi bóng tim.



Cô phân tích

1) Góc tâm hoàng P: Vuông có thể có ít dịch màng ngoài tim. Có thể do suy thận nhưng ls triệu chứng không rõ vì đã đánh lợi tiểu.

2) Tim to

3) Tái phân bố tuần hoàn

4) Thâm nhiễm đáy phổi P nghĩ do viêm phổi.

5. Siêu âm:

- Không dịch màng ngoài tim.
- Loạn nhịp hoàn toàn.
- Dẫn bốn buồng tim.
- Huyết khối nhĩ T 22x10.1, di động.
- Hở van 3 lá nhẹ, VC < 3cm.
- Giảm động toàn bộ thất T.
- Chức năng tâm thu thất T giảm EF = 12%.

1) Kết quả siêu âm

- Đợt này khó thở do suy tim cấp là chính vì EF giảm nhiều. 3 tháng trước là 25%. Kèm thêm đợt cấp COPD luôn nên phải xử lý cả 2.

- Giảm động toàn bộ thất T nên không rõ do suy tim hay do bệnh cơ tim hay do TMCT, nếu nó giảm động khu trú thì nghĩ do TMCT.

- Bệnh cơ tim giãn nở ban đầu sẽ suy thất trái, sau suy toàn bộ 2 thất

2) Cô nói thêm

- Ca này làm thiếu men tim, NTproBNP.

- Men tim: Phải làm vì có thể nhịp nhanh gây TMCT kéo dài làm tăng men tim (NMCT type 2) ? Cô nói về coi lại các type NMCT.

- NTproBNP

+ Nếu quá cao coi chừng lần này khó thở do suy tim cấp.

+ NTproBNP bình thường <125

+ Mức NTproBNP cao thay đổi theo tuổi: <45 thì >450, >45 thì >900. >70 thì >1800. Ca này có suy thận nên ngưỡng phải cao hơn, chừng 2000.

XIII. Chẩn đoán xác định:

Đợt cấp COPD mức độ nặng/ COPD nhóm D, theo dõi đợt mất bù cấp suy tim mạn, NYHA III, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp, rung nhĩ không do van, block nhánh trái, bệnh cơ tim giãn nở.

Chẩn đoán xác định: Đợt mất bù cấp suy tim mạn / suy tim toàn bộ NYHA3 giai đoạn C. Đợt cấp COPD. Bệnh tim thiếu máu cục bộ. Bệnh thận mạn.

XIV. Điều trị:

Điều trị hiện tại

Điều trị dự phòng huyết khối: acenocoumarol

Điều trị huyết khối: enoxaparin

Điều trị suy tim: furosemide, bisoprolol, lisinopril

Điều trị đợt cấp COPD: SAMA+ SABA (combivent), Augmentin, Giảm đàm: bromhexine

Y lệnh cụ thể

- Acenocoumarol 4mg
1/4 v (u) sáng.
- Enoxaparin 60mg/0.6ml
1 ống (TDD) x 2
- Furosemide 40 mg
1v (u) x 2 s,c.
- Digoxin 1/2v
- ~~Bisoprolol fumarate 2,5 mg~~ → Suy tim cấp, đợt cấp COPD có thể nên không dùng. Khi nào ổn, không còn ứ dịch, không khó thở khi nằm. Dùng liều nhỏ tăng dần 2.5mg 1/2v. Tăng dần liều lên và giảm dần liều digoxin để chuyển qua dùng một mình Betablocker.
- ~~Lisinopril 10 mg~~ → BN đang ho nhiều, chuyển ARB
1v (u) s.
- Combivent 2,5 ml 1 ống + NaCl 0,9 % 2ml phun khí dung.
- Augmentin 500 mg 1v (u) s. → Nên chích với liều cao hơn.
- Bromhexin hydrochloride: 8mg
1v x 3 (u)
- Có thể thêm statin
Mệt khó thở thì thêm Nitrate (ST chênh xuống trên ECG)

<u>Suy tim cấp cứu</u>	<u>1) Ứ dịch thì lợi tiểu</u> <u>- Lợi tiểu quai Furosemide 20mg 1 ống (TTM) x 2.</u> <u>- Duy trì rồi chuyển uống 1v x 2</u> <u>2) Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh</u> <u>- Học lại</u> <u>- Không dùng Ứ chế Calci nonDHP vì suy tim là chống chỉ định</u> <u>- Dùng Digoxin: Dùng được vì BN không bí tiểu, Kali cao. Dùng liều kéo dài. Dùng trong cơn cấp rồi giảm liều dần, thay thế bằng betablocker liều thấp tăng dần cho tới khi ngưng được Digoxin.</u>
<u>Suy tim ổn định</u>	<u>- Lợi tiểu + ACEi / ARB:</u> <u>+ Đang ho nên dùng ARB</u> <u>+ Trong suy tim 3 loại Arb được chứng minh có hiệu quả là Vasartan, Losartan, Candesartan</u> <u>- Kháng đông</u> <u>- Kháng sinh: Nên chích vì phổi ran nhiều, BC 13k, Xquang có tổn thương</u>

XV. Tiên lượng:

Tiên lượng nặng: bệnh nhân COPD nhóm D, suy tim NYHA III.

XVI. Tư vấn bệnh nhân

- Chế độ ăn, chế độ sinh hoạt
- Tái khám đều đặn
- Dùng thuốc đúng chỉ định

Thành phố Hồ Chí Minh 04/10/19
Tổng hợp và hoàn thành ghi chú
Nguyễn Đức Vượng Y2014

