

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ tên: Nguyễn Thị T. T.
- Giới tính: Nữ
- Tuổi: 45
- Nghề nghiệp: nội trợ
- Địa chỉ: Q4, TP. HCM
- Ngày giờ nhập viện: 08 giờ 12 phút, ngày 21/10/2020
- Số giường: A1.10 giường 70 Khoa Nội Tim Mạch bệnh viện NTP

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: khó thở

III. BỆNH SỬ:

Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân đang ngồi nghỉ thì đột ngột lên cơn khó thở. Khó thở từng cơn, cả 2 thì, khó thở nhiều hơn khi nằm đầu thấp, nằm 3 gối đỡ khó thở, đi khoảng vài chục mét là thấy khó thở. Trong cơn khó thở, bệnh nhân thấy hụt hơi nên chỉ nói được ngắt quãng, mỗi cơn kéo dài khoảng 10 -15'. Bệnh nhân thường xuyên có những cơn khó thở kịch phát về đêm, 2 – 3 cơn 1 đêm, cách nhau 1-2 tiếng, mỗi cơn kéo dài khoảng 15 – 20'. Cùng lúc đó, bệnh nhân thấy phù cẳng chân, đối xứng 2 bên, phù mềm, không nóng, đỏ, đau. Phù nhiều vào buổi chiều sau khi đi lại nhiều, nằm ngủ kê cao chân thì bớt phù, có kèm nặng mí mắt vào buổi sáng. Bệnh nhân uống thuốc theo toa bệnh viện và còn chịu được nên không nhập viện.

Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân thấy khó thở tăng nhiều không đỡ, phù chân không giảm nên được người nhà đưa vào nhập cấp cứu bệnh viện NTP.

- Tình trạng lúc nhập viện:

O Tri giác: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

O Mạch: 81 lần/phút

O Huyết áp: 160/100 mmHg

O Nhịp thở: 20 lần/phút

O Nhiệt độ: 36,5°C

O SpO₂: 95%

- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho khạc đàm, không ho ra máu, không đau ngực, không khó khè, có buồn nôn và nôn ói sau ăn, uống sữa không nôn, tiểu ít khoảng 500 ml/ ngày, không gắt buốt, không tiểu bọt, không tiểu máu.

IV. TIỀN CĂN:

1. Bản thân:

a. Sản phụ khoa: PARA 2002

b. Nội khoa:

- Cách nhập viện 15 năm, bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 ở bệnh viện quân 4, không tuân thủ điều trị. Bắt đầu chích insulin 1 năm trước.
- Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 3 tại bệnh viện NTP, chỉ uống thuốc điều trị nửa tháng (không rõ loại).
- Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp tại bệnh viện NTP, bệnh nhân khai uống thuốc đều theo toa bệnh viện
- Cách nhập viện 6 tháng, bệnh nhân bắt đầu xuất hiện các cơn khó thở với tính chất tương tự lần nhập viện này. Bệnh nhân có giảm khả năng gắng sức, đi khoảng 200m (từ cổng bệnh viện đến khoa tim mạch) là thấy khó thở, phải dừng lại để thở. Bệnh nhân bắt đầu xuất hiện tình trạng phù chân, sau khó thở, phù bắt đầu ở cẳng chân sau đó lan dần lên đùi, đối xứng 2 bên, không nóng, đỏ, đau. Phù nhiều hơn vào chiều tối sau khi đi lại nhiều, tối ngủ kê chân thì giảm phù. Có nặng mí mắt vào buổi sáng. Trong vòng 6 tháng nay, bệnh nhân có nhập viện NTP 4 lần vì khó thở và phù chân:

- 21/5 – 28/5: Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ đã đặt Stent động mạch liên thất trước và động mạch vành phải (9/2019) – Suy tim NYHA III – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Bệnh thận mạn – Rối loạn lipid máu – Viêm dạ dày.
- 5/6 – 12/6: Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ đã đặt Stent động mạch liên thất trước và động mạch vành phải (9/2019) – Suy tim III – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Bệnh thận mạn – Rối loạn lipid máu – Viêm dạ dày.
- 12/8 - 19/8: Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ đã đặt Stent động mạch liên thất trước và động mạch vành phải (9/2019) – **Suy tim IV – Hở 2 lá nặng** - Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Bệnh thận mạn – Rối loạn lipid máu
- 26/9 – 14/10: Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên Killip III - Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Suy tim 3 – Viêm dạ dày – Trào ngược dạ dày thực quản.

C. Ngoại khoa:

- Sinh mổ 2 lần
- Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp và được đặt Stent động mạch liên thất trước và động mạch vành phải tại bệnh viện NTP.(1 năm hay 6 tháng)

d. Thói quen sinh hoạt:

- Không uống rượu bia, không hút thuốc lá
- Ăn mặn, sau khi bệnh được bác sĩ dặn ăn nhạt lại

e. Dị ứng:

- Dị ứng với Alaxane (paracetamol và ibuprofen)
- Chưa ghi nhận dị ứng thức ăn

f. Dịch tễ:

- Chưa ghi nhận yếu tố dịch tễ Covid-19

2. Gia đình:

- Mẹ bị đái tháo đường

- Chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch, bệnh ác tính

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (27/10/2020)

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: không ho, không khạc đàm, không chảy mũi
- Tiêu hóa: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn không nhày máu
- Tiết niệu, sinh dục: không tiểu gắt, không tiểu buốt, nước tiểu vàng trong
- Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt, không mờ mắt, không tê tay chân
- Cơ – Xương – Khớp: không đau nhức khớp

VI. KHÁM LÂM SÀNG: (27/10/2020)

1. Tổng quát:

- Tri giác: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu:
 - O Mạch: 80 lần/phút
 - O **Huyết áp: 150/90 mmHg**
 - O Nhịp thở: 20 lần/phút
 - O Nhiệt độ: 37oC
- **Da sạm, nhiễm trùng da ở 2 bên cẳng chân, nhiều vết bầm, vết xuất huyết dưới da ở 2 cẳng tay**
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Phù 2 chân 1+, phù mềm trắng ấn lõm không đau

2. Khám từng vùng:

◆ Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- **Niêm mạc nhợt**, kết mạc mắt không vàng
- Môi không khô, lưỡi sạch
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
- **Tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45o**

◆ Ngực:

- Lồng ngực:
 - O Cân đối, di động theo nhịp thở
 - O Không co kéo cơ hô hấp phụ
 - O Không sẹp, không ổ đập bất thường
 - O Không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ
- Tim:

O Môm tim: KLS VI, đường trung đòn trái, diện đập 1x2 cm2

O Không ổ đập bất thường

O Dấu này trước ngực (-), dấu Hardzer (-)

O Không rung miêu, không âm thổi

O Nhịp tim: 80 lần/phút, đều. T1, T2 rõ. Không tiếng tim bất thường, không nghe âm thổi

- Phổi:

O Rung thanh giảm ở ½ dưới phổi phải

O Gõ đục ½ dưới phổi phải

O Giảm âm phế bào ở ½ trên phổi phải, mất hoàn toàn ở ½ dưới phổi phải

O Không rale

◆ Bụng:

- Cân đối, không khối phồng bất thường, không sọ, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da

- Âm ruột: 6 lần/phút, không âm thổi động mạch

- Gõ trong vùng tạng rỗng, gõ đục vùng gan lách

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú

- Gan, lách không sờ chạm

- **Phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (+)**

- Chạm thận (-)

◆ Thần kinh:

- Không dấu thần kinh định vị

- Không yếu liệt chi

◆ Cơ xương khớp:

- Không đau nhức khớp

- Không yếu môi cơ

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi, nhập viện vì khó thở. Qua hỏi bệnh và khám ghi nhận:

- TCCN:

O Khó thở

O Phù

- TCTT:

O Niêm mạc mắt nhạt

O Huyết áp 150/90 mmHg

O Môm tim KLS VI trên đường trung đòn trái

- Xuất huyết dưới da, sạm da, viêm da
- TMC nổi tư thế 45°, phản hồi gan TMC (+)
- Rung thanh giảm ở ½ dưới phổi phải
- Gõ đục ½ dưới phổi phải
- Giảm âm phế bào ở ½ trên phổi phải, mất hoàn toàn ở ½ dưới phổi phải

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Khó thở
- Hội chứng suy tim
- Hội chứng 3 giảm ở ½ dưới phổi phải
- Phù toàn thân?
- Thiếu máu mạn

Tiền căn: bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu, suy tim IV, hở 2 lá, thiếu máu mạn, nhồi máu cơ tim cấp

IX. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Đợt mất bù cấp suy tim trái mạn, yếu tố thúc đẩy THA, biến chứng tràn dịch màng phổi phải/suy tim toàn bộ mạn NYHA IV, giai đoạn C theo ACC/AHA nghi do bệnh mạch vành - bệnh thận mạn giai đoạn 3 - đái tháo đường type 2- tăng huyết áp – rối loạn lipid máu, theo dõi thiếu máu mạn

2. Chẩn đoán phân biệt:

Đợt mất bù cấp suy tim trái mạn, yếu tố thúc đẩy hội chứng vành cấp, biến chứng tràn dịch màng phổi phải/suy tim toàn bộ mạn NYHA IV, giai đoạn C theo ACC/AHA nghi do bệnh van tim - bệnh thận mạn giai đoạn 3 - đái tháo đường type 2 - tăng huyết áp – rối loạn lipid máu, theo dõi thiếu máu mạn

X. BIỆN LUẬN:

Khó thở

- Suy tim: Nghi nhiều do bệnh nhân có khó thở phù hợp với diễn tiến suy tim: khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm và khó thở kịch phát về đêm. Theo tiêu chuẩn Framingham, bệnh nhân có > 2 triệu chứng: Khó thở kịch phát về đêm/khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, tim to, phản hồi bụng cánh (+) => BN có suy tim. Đề nghị **siêu âm tim**, **NT-proBNP** để xác định chẩn đoán.
- Đợt cấp COPD: không nghi do bệnh nhân không có tiền căn hút thuốc lá. Khám khoang liên sườn không giãn rộng, không ran rít, ran nổ ở phổi.
- Hẹp van 2 lá: không nghi do không khám thấy rung tâm trương ở mỏm tim.
- Tràn dịch màng ngoài tim: bệnh nhân không đau ngực, nghe tiếng tim rõ, huyết áp không tụt. Nhưng khám BN có TMC nổi, nên không loại trừ => đề nghị **X-quang ngực thẳng**, **Siêu âm tim**
- Viêm phổi: không nghi do bệnh nhân không có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới (không ho khạc đàm, không đau ngực kiểu màng phổi, không sốt).

Hội chứng suy tim

- Chẩn đoán suy tim: đã biện luận
- Thể suy tim: nghĩ nhiều suy tim toàn bộ do có các triệu chứng LS của cả suy tim (T) và suy tim (P):
 - Suy tim (T): khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kích phát về đêm
 - Suy tim (P): tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi bụng-cánh (+), tiền căn phù trước đây.
- Phân độ: Độ IV theo NYHA vì bệnh nhân khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi. Giai đoạn C theo ACC/AHA vì bệnh nhân có biểu hiện các triệu chứng của suy tim và có bệnh tim cấu trúc (tiền căn hở van 2 lá nặng)
- Nguyên nhân:
 - Bệnh van tim: ít nghĩ do không nghe được tiếng tim bất thường nhưng có Tiền căn hở 2 lá. Đề nghị ***Siêu âm tim*** để xác định.
 - Bệnh mạch vành: ít nghĩ, do BN không đau ngực, nhưng không loại trừ có thiếu máu cơ tim yên lặng do bệnh nhân có tiền căn bệnh CTTMCB. Đề nghị ***ECG*** để chẩn đoán
 - Tăng áp phổi: ít nghĩ, mặc dù BN khó thở khi gắng sức, TMC nổi nhưng khám không nghe tiếng T2 bất thường, không âm thổi. Đề nghị ***siêu âm doppler tim*** để xác định
 - Tăng huyết áp: Nghĩ nhiều do BN có tiền căn THA, huyết áp lúc nhập viện là 160/100 mmHg
 - Bệnh cơ tim: đa số vô căn, gia đình không ghi nhận tiền căn bệnh lí liên quan, thường bị ở người trẻ. Nên không nghĩ.
- Yếu tố thúc đẩy:
 - RL nhịp: không nghĩ vì nhịp tim BN đều.
 - HC vành cấp: ít nghĩ, vì BN không có đau ngực. Nhưng bệnh nhân có tiền thở, buồn nôn, nôn, tiền căn BCTTMCB. Đề nghị CLS ***CK-MB, TROPIN I*** để xác định chẩn đoán.
 - THA: đã biện luận ở trên.
 - Nhiễm trùng: không nghĩ, do bệnh nhân không sốt, không ho khạc đàm, phổi không có rale.

Hội chứng ba giảm

- Hội chứng ba giảm do khám thấy rung thanh giảm, gõ đục, RRPN giảm ở ½ phổi P thường gặp do các nguyên nhân sau:
 - Dày dính màng phổi: dày dính màng phổi xảy ra trên những người có tiền căn bệnh lý màng phổi trước đó, lâm sàng biểu hiện bởi lồng ngực xẹp, khoang liên sườn hẹp khu trú. không phù hợp trên bệnh nhân này nên không nghĩ.
 - Xẹp phổi: xẹp phổi trên lâm sàng thường có hội chứng ba giảm khu trú hoặc toàn bộ phổi bị xẹp, kèm theo lồng ngực xẹp, khoang liên sườn hẹp, co kéo khí quản về bên phổi xẹp. Trên bệnh nhân này không có nên không nghĩ.

- **Tràn dịch màng phổi:** Bệnh nhân có hội chứng ba giảm rõ trên vùng rộng. Đề nghị **Xquang ngực thẳng**. Hội chứng ba giảm ở 1/2 dưới phổi (P), BN có khó thở khi nằm nên đây là tràn dịch màng phổi (P) lượng trung bình. Bệnh nhân có tràn dịch màng phổi 1 bên, trên bệnh nhân có các triệu chứng của các bệnh lý: suy tim, tiền căn bệnh thận mạn nên nghĩ nhiều là tràn dịch màng phổi dịch thấm.

XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

CLS thường qui: CTM, đường huyết, ion đồ, ALT, AST, TPTNT, BUN, CREATININ, ECG, X Quang ngực thẳng

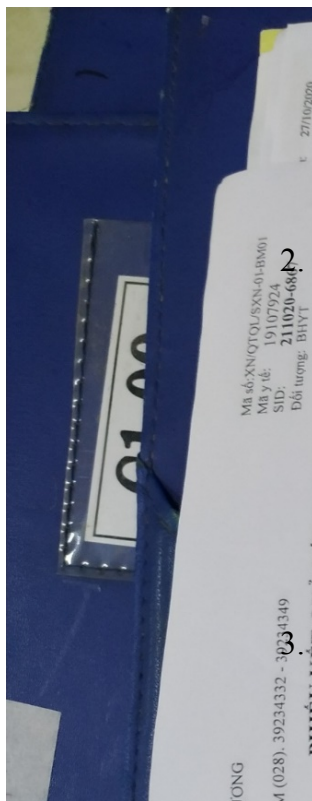
CLS chẩn đoán: siêu âm DOPPLER tim, xét nghiệm men NT-proBNP, CK-MB, TROPONIN I

XII. CẬN LÂM SÀNG

1. Công thức máu

	Lympho	2,14	0,6 - 5,5	g/L
	Mono	0,63	0,1 - 1,0	g/L
	Un exit	0,64	0,01 - 0,8	g/L
	Un bazo	0,05	0,0 - 0,2	g/L
*Sf tương bằng nhau		3,76	3,8 - 5,5	T/L
Huyết sắc tố		110	120 - 150	g/L
Hemacrit		0,31	0,35 - 0,45	L/L
MCV		88,0	78 - 100	fL
MCH		29,3	26,7 - 30,7	Pg
MCHC		33,2	320 - 350	g/L
RDW		13,8	11,5 - 14,5	%CV
*Số lượng tiểu cầu		294	150 - 400	G/L
MPV		11,7	7,0 - 12,0	fL
PCT		0,34	0,19	%
PDW		13,3	9,6 - 15,2	fL

- Hb giảm, HCT giảm,
MCV bình thường, MCHC
bình thường
=> thiếu máu nhẹ đẳng sắc
đẳng bào



2. creatinin

3. Troponin

- Troponin hs ban đầu > URL và tăng < 20% giá trị ban đầu

=> không gợi ý hoại tử cơ tim

4. siêu âm

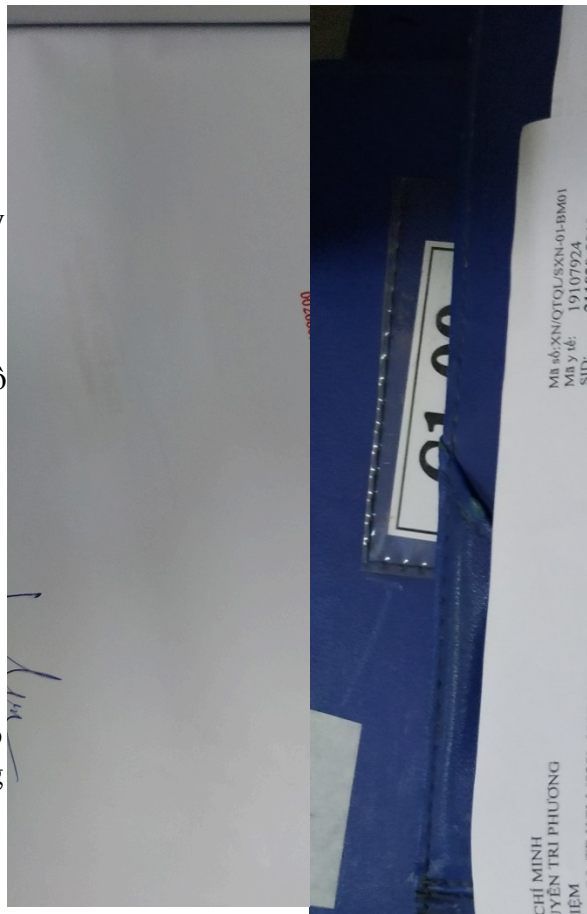
- Gan: không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất
- Mật: túi mật không to, vách mỏng, không sỏi
- Lách + tụy: không to, không bất thường nhu mô
- Hai thận: không ứ nước, không sỏi, phân biệt tủy vỏ không rõ

- Bàng quang: thành không dày, không sỏi
- Tử cung + phần phụ: không rõ
- Ghi nhận khác: dịch màng phổi hai bên lượng vừa

KL: bệnh lý nhu mô thận. Dịch màng phổi 2 bên

5. Siêu âm tim

- Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Hở van 2 lá: 2,5/4
- Chức năng tâm thu thất (T) giảm



- Tăng áp phổi nặng
- Nhịp xoang đều 84l/p
- Trục tim không lệch
- $SV1 + RV5 > 35mV \Rightarrow$
lớn thất trái
- Sóng Q hoại tử ở V1 – V4

