

BỆNH ÁN

Cô Hoa sửa 8/3/2019

I/. HÀNH CHÍNH

Họ tên: Nguyễn Đặng Minh K

Giới: Nam

Sinh năm: 1984 (35 tuổi)

Nghề nghiệp: Nhân viên văn phòng

Địa chỉ: 61/7 đường 19, phường 8, quận Gò Vấp, TP. HCM

Ngày nhập viện: 14g33 28/2/2019

Giường 1 phòng 305 khoa Tim mạch BV Nhân Dân Gia Định

Số vào viện: 19.011247

II/. LÝ DO VÀO VIỆN: Khó thở

III/. BỆNH SỬ

Cô hỏi: Khó thở là trich cơ năng hay thực thể?

Khó thở thực thể:

- Co kéo cơ hh phụ: udc, phập phồng cánh mũi
- Thở nhanh >30 l/p
- Nằm đầu cao
- Cyanosis metHb > 5
- Kiểu thở kussmaul

Why chẩn đoán suy tim độ III mà mới khó thở 1w, có nền gì ko? Trẻ măng mà suy tim?

Bệnh suy vành mạn = bệnh tm cơ tim cục bộ

SÂ giảm động toàn bộ, trẻ → nghĩ liên bệnh cơ tim giãn nở.

Khi ng ta suy tim cấp thì không phân độ. EF giảm

Bệnh tim tmcg giảm từng vùng, bệnh cơ tim giãn nở thì giảm all, thường xảy ra ở ng trẻ.

Bệnh sử thiếu

Tính chất đau ngực??

Trc h trong đời bn có đau ngực chưa

DTNKOD: thay đổi về tính chất, thời gian, cường độ. Vd tre đây đau khi gắng sức mà h nằm nghỉ cũng đau.

Ng chưa bao h đau ngực mà chẩn đoán NMCT là cực kỳ gan :v

Cách NV 1 tuần, bn thấy khó thở 2 thì về đêm khi nằm, giảm khi ngồi hay đi lại. Bn ngủ lại được nên không đi khám. **1w này khó thở liên tục nay từng cơn?**

Ngày NV, bn khó thở với tính chất như trên vào lúc nghỉ trưa, kèm nặng ngực sau xương ức, khó thở ngày càng tăng → Khám bác sĩ tư, đo HATT = 220 mmHg → chuyển BV NDGD.

Trong quá trình bệnh (1 tuần), bn không đau đầu, không chóng mặt hoa mắt, không ngất, không đỏ bừng mặt, không tê yếu tay chân, tiêu tiểu bình thường.

- Tình trạng lúc NV: bn tỉnh, tiếp xúc tốt, bn mệt nhiều khi nằm đầu bằng

Sinh hiệu:

Mạch: 112 l/p

HA: 200/130 mmHg

Nhiệt độ: 37,2 độ C

Nhịp thở: 22 l/p

Gallop T3.

- Diễn tiến từ lúc nhập viện:

N2: bn khó thở kịch phát về đêm, nằm đầu cao 30 độ, đau đầu.

IV/. TIỀN CĂN

1. Bản thân

a. Ngoại khoa

15 tuổi: mổ ruột thừa BV NDGD

b. Nội khoa

Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, bệnh tim bẩm sinh trước đây.

c. Thói quen

HTL 13 pack.year

Uống rượu bia nhiều.

Không thói quen ăn mặn.

Không tập thể dục

d. Dị ứng

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

2. Gia đình

Cha mẹ THA, bệnh tim mạch không rõ.

V/. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực.

Hô hấp: không khó thở, không ho.

Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy táo bón.

Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, tiểu không gắt buốt.

Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt

Cơ xương khớp: không đau nhức xương khớp.

VI. KHÁM 7g ngày 5/3/2019

1. Tổng quát

Bn tỉnh tiếp xúc tốt, da niêm hồng.

Nằm đầu ngang

Chi ấm, mạch quay đều rõ.

Dấu se đỉu, dấu giạt dây chuông động mạch cánh tay(-)

Không phù

Sinh hiệu:

Mạch: 94 lần/phút

HA: 140 / 90 mmHg

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 22 lần/phút.

Cân nặng: 92 kg, chiều cao: 160 cm , BMI: 35,9 kg/m²

Tổng trạng béo phì độ 2

2. Khám từng vùng

a. Đầu mặt cổ

Cân đối, kết mạc mắt không vàng

Môi không khô, lưỡi sạch

Họng không sưng đỏ.

Không tĩnh mạch cổ nổi 45 độ. **Ghi lại: TMCN 45 độ (-).**

Tuyến giáp không to.

b. Ngực

Cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không phù, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không u, không sẹo.

• Tim:

Mỏm tim gian sườn V đường trung đòn (T), diện đập mỏm 1x1 cm

T1, T2 đều rõ, trùng với mạch, ? l/p, không âm thổi, không tiếng tim bất thường

Hardzer (-), không dấu nẩy trước ngực, không ổ đập bất thường, không rung miu

Làm BA thì mấy cái linh tinh này không thực tế, sẽ viết không kịp.

Hardzer , dấu nẩy giá trị như nhau. Cô hỏi típ cách khám.

Dày thất P trên ls:

- Hẹp 2 lá (phải nhớ 1st): Luôn thì nếu có bệnh.
- Suy tim all
- Tâm phế mạn (bệnh tim phổi mạn)
- Bệnh phổi mạn gây tăng áp đmp

• Phổi

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong

Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.

Phổi không ran.

c. Bụng

Bụng di động theo nhịp thở, không u, không sọc, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi.

Âm ruột 5 l/p, không âm thổi.

Gõ trong khắp bụng

Bụng mềm không điểm đau khu trú.

Gan lách không sờ chạm.

d. Cơ xương khớp

Không giới hạn vận động

e. Thần kinh

Cổ mềm.

Không yếu liệt tay chân

Không dấu thần kinh định vị

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bn nam, 35 tuổi, NV vì khó thở, bệnh 6 ngày, qua thăm khám ghi nhận:

• TCCN:

Khó thở 2 thì

Nặng ngực sau xương ức

• TCTT

Lúc nhập viện: HA: 200/130 mmHg, Mạch 112 l/p, Nhịp thở: 22 l/p

BMI: 35,9 kg/m² (béo phì độ 2)

Gallop T3. **Khó nghe, chỉ cần nói nhịp tim nhanh là được, không nghe được là không ghi, y6 đi 8 ngày hoi không yêu cầu nghe đúnb hết**

• Tiền căn:

HA trc đây bao nhiêu? Làm việc stress, nặng?

HTL 13 pack.year, uống rượu bia nhiều

Cha mẹ THA, bệnh tim mạch.

VIII/. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Con tăng huyết áp.
2. HC suy tim
3. HC vành cấp.
4. Tiền căn béo phì độ 2, HTL, cha mẹ bị THA.

IX/. CHẨN ĐOÁN

1.Chẩn đoán sơ bộ

Con tăng huyết áp cấp cứu / Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 JNC 7 nguy cơ C, biến chứng suy tim NYHA III

Con THA cc thì phải có tổn thương cơ quan đích (HA 18/11), ca này chưa tìm ra (vd oap, nmct cấp, suy thận cấp, sản giật, phình bóc tách đmc ngực) → KHÔNG LÀ MỤC TIÊU Y6

Đã là con THA cc rồi thì không ghi tha nguyên phát.... (18/11 mmHg rồi thì phân độ j nữa).

Viết vậy cô sẽ nghĩ có bchung OAP, không phân độ suy tim nữa.

Chẩn đoán sai.

2. Chẩn đoán phân biệt

Con tăng huyết áp cấp cứu / Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 JNC 7 nguy cơ C, biến chứng nhồi máu cơ tim.

X/ BIỆN LUẬN

1) Con tăng huyết áp cấp cứu

Nghĩ nhiều do Bn có tình trạng huyết áp tăng cao đột ngột 200/130 mmHg và nghĩ nhiều đã có tổn thương cơ quan đích là tim do Bn có triệu chứng nặng ngực sau xương ức và khó thở

2) Nguyên nhân Tăng huyết áp:

Khởi phát lần đầu Ha cao, đtri nó xuống thì sau đó chỉ đtri lồi sống → phải ghi diễn tiến sau NV có đáp ứng thuốc hok

Bn này có chỉ định tìm Nguyên nhân tăng huyết áp vì Bn là lần đầu tiên mới phát hiện tăng huyết áp và lần này xuất hiện con tăng huyết áp cấp cứu các nguyên nhân tăng huyết áp có thể có trên Bn này là:

- Thuốc: không nghĩ do bệnh nhân trước lúc nhập viện không dùng cam thảo, corticoid kéo dài, hay các loại thuốc khác.
- Ăn mặn: không nghĩ do Bn không có thói quen ăn mặn.
- Bệnh lí hẹp eo động mạch chủ: không nghĩ do bệnh nhân này khám thấy mạch tứ chi rõ, không nghe thấy âm thổi tâm thu ở KLS 3 (T) hay ở lưng, bả vai.
- Bệnh lí thận
 - o Bệnh lí nhu mô thận: không nghĩ do bệnh nhân không có các triệu chứng gợi ý bệnh thận như tiểu máu, phù, tiểu ít, tiểu đêm.
 - o Bệnh lí động mạch thận: không nghĩ do khám không nghe thấy âm thổi vùng bụng
- Bệnh lí nội tiết
 - o Cường giáp: không nghĩ do bệnh nhân không có các triệu chứng như bướu giáp, mắt lồi, hay đổ mồ hôi, sợ nóng, da mịn, ẩm ướt, mạch nảy nhanh, gầy sút cân, run tay.
 - o Nhược giáp: không nghĩ do bệnh nhân không có các triệu chứng như mắt ít biểu lộ cảm xúc **ng ta đang khó thở gần chót =))**, da khô, da lạnh, long tóc dễ rụng, mạch không chậm, không phù cứng, không táo bón. Tuy nhiên bệnh lý tuyến giáp có thể biểu hiện triệu chứng của tăng huyết áp trước các rối loạn chuyển hóa khác nên không loại trừ đề nghị → FT3, FT4
 - o HC Cushing: không nghĩ do bệnh nhân không có các triệu chứng như mặt tròn, da mỏng, tay chân teo, lông rậm, không có tiền căn sử dụng corticoid.
 - o U tuyến thượng thận: không nghĩ do bệnh có tăng HA từng cơn, khởi đầu đột ngột và kết thúc từ từ kèm theo hồi hộp đánh trống ngực nhịp nhanh. Bn này không có nhịp nhanh trên nên không nghĩ.
 - o U vỏ thượng thận-Hội chứng Conn: không nghĩ do Bn không có các triệu chứng gợi ý như yếu liệt chi, tình trạng dị cảm tê 2 chân.

3) Biến chứng có thể có của cơn tăng huyết áp cũng như biến chứng mạn của tăng huyết áp trên Bn này là:

- Suy tim: nghĩ nhiều do Bn khó thở khi nằm, gallop T3 thỏa 2 tiêu chuẩn chính trong Framingham → **áp đặt quá**. Mức độ NYHA III do BN hiện tại khó thở khi nghỉ, đau ngực. đề nghị → NT-Pro BNP, ECG, siêu âm tim.

- Bệnh mạch vành: không loại trừ do bệnh nhân này có nhiều yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, hút thuốc lá 13 pack year, uống rượu bia nhiều, béo phì độ 2, ít vận động lần này Bn vô viện với triệu chứng nặng ngực sau xương ức đè nghị → troponin T high sensitive, ECG.
- Thần kinh: không nghĩ do bệnh nhân không có các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, yếu liệt nửa người.
- Thận: ít nghĩ do Bn không có triệu chứng gợi ý bệnh thận như tiểu đạm tiểu máu tiểu ít phù tiểu đêm trong các lần khám sức khỏe trước ? **những lần khám skhoe trc thì HA bao nhiêu**. Tuy nhiên không loại trừ đề nghị → BUN, Creatinin, TPTNT.
- Mắt: không nghĩ do Bn không có nhìn mờ nhưng Bn tăng huyết áp lần đầu mới phát hiện và trước giờ không đi khám sức khỏe **NÀ NÍ khúc trên =)))** nên không loại trừ đề nghị → soi đáy mắt
- Mạch máu: không nghĩ Bn này không có dấu hiệu của xơ vữa mạch máu như dấu se sẹo, giật dây chuông, Bn không đau ngực hay đau cách hồi nên không nghĩ

XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

CLS chẩn đoán: X quang ngực thẳng, ECG, SA tim, NT-proBNP, hs troponin, CKMB, TSH, FT4, Fe huyết thanh, Ferritin, HbA1c, soi đáy mắt

CLS thường quy: CTM, CRP, AST, ALT, urea, BUN, Creatinin, ion đồ, TPTNT, cholesterol TP, Triglycerid, HDL, LDL, bil TP, bil TT

XI. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. CTM 28/2/2019

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
WBC	11.81	4-10 K/uL
Neu%	63.3	40-77%
Lym%	25.1	16-44%
Mono%	7.5	0-10%
Eos%	3.6	0-7%
Baso%	0.5	0-1%
IG%	0.8	0-1%

Neu	7.48	2-7.5 K/uL
Lym	2.97	1-3.5 K/uL
Mono	0.88	0-1 K/uL
Eos	0.42	0-0.6 K/uL
Baso	0.06	0-0.1 K/uL
IG#	0.1	0-0.1 K/uL
RBC	4.92	4-5.8 T/L
Hgb	138	140-160 g/l
Hct	0.418	0.35-0.47 L/l
MCV	85	80-100fL
MCH	28	26-34 pg
MCHC	330	310-360 g/L0-1/100
RDW	14.1	9-16 %CV
PLT	264	150-400 Giga/L
MPV	10.1	6-12 fL
NRBC#	0	0-0.06 K/uL
NRBC%	0	1-1/100 WBC
HbA1c	6.3%	
Sắt huyết thanh	8.2↓	
Ferritin	400.2↑	
Cholesterol	6.95	
LDL	5.18	
HDL	1.04	
Triglycerid	1.69	

WBC tăng, CRP tăng gấp trong nghĩ do cơn đau thắt ngực.

Hgb giảm, **138 là không thiếu máu theo WHO** MCV và MCHC bình thường, sắt huyết thanh giảm, Ferritin tăng : thiếu máu thiếu sắt mức độ nhẹ.

Cholesterol là LDL tăng: nguy cơ xơ vữa động mạch và bệnh mạch vành

2. Sinh hóa

28/2/2019

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Urea	5.5	1.7-8.3
Creatinine	114.2	62-102 umol/L
Bil TP	15.66	<= 17 umol/L
Bil TT	3.09	<= 4.3 umol/L

	Kết quả		Khoảng tham chiếu
	28/2/2019	1/3/2019	
SINH HÓA MÁU			
HbA1c		6.3	< 6.1
Sắt huyết thanh		8.2	11-27 umol/L
CKMB	11.42	12.97	< 25 U/L
GGT	136.9		11-50 U/L
CRP	11.7		0-5 mg/L
MIỄN DỊCH			
TSH	3.72		0.27-4.78 uIU/mL
FT4	1.4		0.71-1.85 ng/dL
NT-Pro BNP	3234		< 125 pg/mL
Ferritin		400.2	20-300 ng/mL
Troponin-T	0.184	0.168	< 0.01 ng/mL
GFR	67.34		

HbA1c tăng nhưng < 6.5 : tiền đái tháo đường. **Đẹp lun không mất công bị hỏi tiền đđ là qq gì.**

Creatinin tăng, GFR giảm GFR có giảm chức năng thận nhưng đang trong đợt cấp nên cần theo dõi khi suy tim và huyết áp ổn định

NT-Pro BNP tăng cao nghĩ nhiều suy tim

CKMB bình thường, hsTroponin T tăng: nghĩ do NMCT

RL_chuyển hoá lipid 3 loại

- Tăng cho đơn thuần
- Tăng Tri đơn thuần
- Tăng cả 2

Cho, both thì dùng statin

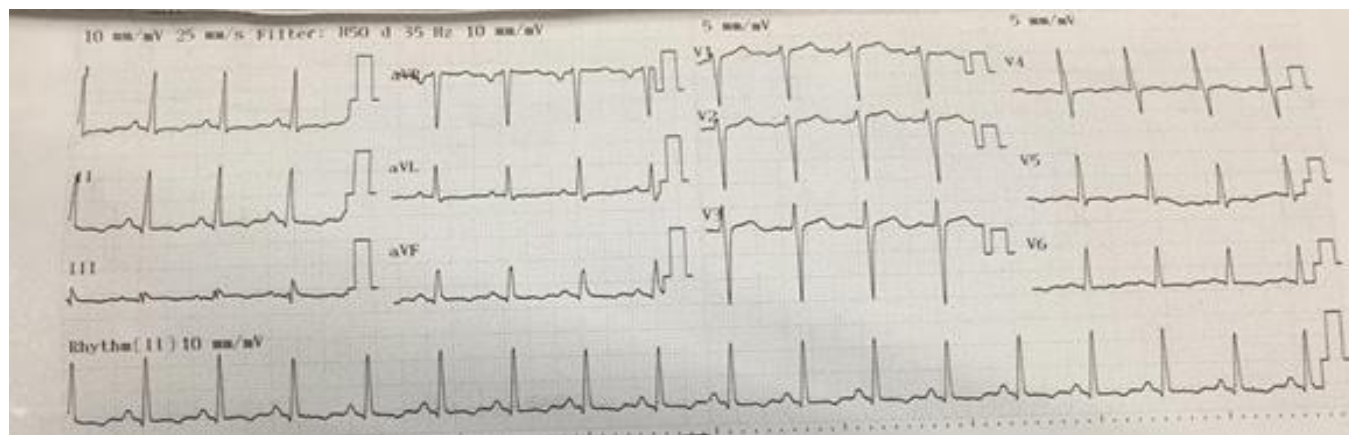
Tri > 5 thì dùng fenofibrate

3. Ion đồ

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Na	140.1	135-145 mmol/L
K	3.44	3.5-5 mmol/L
Chloride	104.9	9.7-11 mmol/L
Bicarbonate	18.7	21-31 mmol/L
AST	37.4	≤ 37 U/L
ALT	47.5	≤ 41 U/L

GGT tăng do rượu, suy thận, nhồi máu cơ tim, viêm tụy cấp, đái tháo đường,.... Bn này nghĩ nhiều do rượu, nhưng không loại trừ nhồi máu cơ tim.

4. ECG



Kết quả:

Nhịp xoang đều, tần số 107 l/p

Trục trung gian

Phức bộ QRS = 0,08s

PR= 0,16s

QTc = 0,48s → QTc kéo dài

P biên độ 2 mV, thời gian 0,08s

SV1 + RV5 = 38 mV, R aVL = 6 mV → dày thất trái

RV1 + SV5 = 22 mV > 11 mV → dày thất phải

Sóng T âm, dẹt ở DI, DII, aVL, V4-V6

T dương ở aVR

→ Sóng T thiếu máu

ST chênh lên ở V2-V3 2mV

Kết luận:

- Nhịp nhanh xoang.
- QT dài
- Dày thất trái, dày thất phải
- Nhồi máu cơ tim thành trước vách giai đoạn sớm

- Theo dõi thiếu máu cơ tim cục bộ

5. Siêu âm tim

28/2	5/3
Dẫn nhĩ T, lớn thất, không huyết khối	Không dịch màng ngoài tim
Không dịch màng ngoài tim	Giảm động toàn bộ thất T
Giảm động toàn bộ thất T	Dày đồng tâm thất T
RL chức năng tâm trương thất T độ III, E/EM=20	Hở van 2 lá nhẹ, VC < 3mm
Không hẹp hở các van tim	Áp lực ĐMP không tăng PAPs = 21mmHg
Không tăng áp phổi	Chức năng tâm thu thất T EF=54% (EF = 24% a2DQ)
Chức năng tâm thất T giảm EFsp4 = 22%, EF=41%.	

Chỉ có bệnh cơ tim dẫn nhĩ or block nhiều nhánh ms giảm động toàn bộ.

Phải hỏi thêm đkinh nhĩ, thất nếu có nhĩ lớn thất lớn.

Sao đoán bệnh tim TMCB mà sao giảm động TOÀN BỘ

X/. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Con tăng huyết áp cấp cứu / Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 JNC 7 nguy cơ C, biến chứng suy tim (T) NYHA III- Bệnh tim thiếu máu cục bộ- Theo dõi ĐTĐ2, bệnh thận, rối loạn lipid máu.

XI/. ĐIỀU TRỊ

THA cc xử trí all = đường truyền. Đi thi có quyền đtri hiện tại or đtri cấp cứu.

Khúc sau giảng điều trị là THA- suy tim, quên cái con THA cc đi ngar.

Chỉ định thuốc:

- Lợi tiểu trên suy tim: Khi có sung huyết

ESC THA:

Lợi tiểu: Thiazide, thiazide like. eGFR <30 thì thiazide không còn tác dụng.

Amlodipine sao xài?

Khi phối hợp thuốc phải chú ý với bệnh nền.

Bn có bmv nền: Phối hợp UC beta hàng đầu (phải hỏi có bệnh hen hok)

UC canxi xài trên suy tim:

- Phối hợp hạ áp
- Phối hợp uc beta cho bmv, đau ngực
- Bn không dùng uc beta được

Bn suy tim có nmct dùng MRA ngay từ đầu để tránh tái cấu trúc tim, chống suy tim, phải xem bệnh nền.

1. Điều trị không dùng thuốc:

- Hạn chế muối: 5-6 gam muối/ngày
- Ăn nhiều rau, trái cây, ít béo.
- Hạn chế rượu bia: ít hơn 20-30 g ethanol/ngày (2 lon bia, 300 ml vang đỏ, 60 ml Whisky)
- Giảm cân BMI mục tiêu <25 kg/m², vòng eo <90 cm.
- Tập thể dục đều đặn: ít nhất 30 phút hoạt động thể lực trung bình/ngày trong 5-7 ngày/tuần.

2. điều trị dùng thuốc:

- Enalapril 5mg: 2v x 2(uống)
- Sao hok xài 10mg để đỡ uống nhiều viên thuốc, phải bik thương bn. Enalapril half life ngắn nên phải uống 2 lần, xài 20mg thì phải xài nửa viên r x2.
- Spironolactone 25mg: 2v (uống)
- Furosemide 40mg: 1v x 2 (uống)
- Amlodipine 5mg: 2v (uống)
- Aspirin 81mg: 1v (uống)
- Atorvastatin 20mg: 1v (uống) ổn định mảng xơ vữa. Ator hạ được LDL, cơ chế ức chế ...A ức chế tổng hợp tại gan. Xài cho bn suy gan suy thận, xài cho bmv cấp/mạn. Half life 16h dài xài o.d
- Mấy statin khác xài đêm để tăng hiệu quả, half life ngắn hơn.

XIII. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần: tình trạng hiện tại của BN đã ổn → tiền lượng tốt.

Tiền lượng xa: BN trẻ tuổi nhưng kèm nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch như hút thuốc lá 13 pack year, uống rượu bia nhiều, béo phì độ 2, ít vận động, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, lần đầu phát hiện Tăng huyết áp nhưng đã xảy ra các biến cố suy tim và bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhiều khả năng có nguy cơ nhồi máu cơ tim tái phát thúc đẩy suy tim nặng hơn → tiền lượng trung bình.

Giảng ở ngoài:

Bệnh mạch vành:

- Phân là ACS hay BMV mạn.
- Rồi tiếp cận theo sơ đồ
- NMCT: BB, UCMC, statin, chống tiểu cầu.
- BB xài trong gđ ST đã ổn định
- ST chênh thì đặt vấn đề can thiệp mạch vành cho BN.

Suy tim không có mục tiêu nhịp tim giảm bnhu,

BMV đtri cho nhịp tim 55-60 l/p

Vừa có suy tim vừa THA thì chọn liều theo suy tim.