



nguyễn-  
văn-ích

## BỆNH ÁN

### I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Nguyễn Văn Ích

Tuổi 56

Giới Nam

Nghề nghiệp: không rõ

Địa chỉ: q12 TPHCM

Giường 40

Số NV: 58112

Nhập viện: 7 giờ 52 ngày 4/10/2019

### II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Khó thở

### III. BỆNH SỬ

8 năm trước, BN đã được chẩn đoán suy tim, hờ van 3 lá tại bệnh viện NDGD, không rõ điều trị, không xin được giấy ra viện và toa thuốc, nhập viện mỗi tháng 1 lần trong 6 – 7 tháng vì khó thở. Từ đó đến nay bệnh nhân tự mua thuốc uống theo toa bệnh viện, không nhập viện nữa, có 2-3 đợt phù tái đi tái lại. 8 năm nay bệnh nhân ngủ kê cao 2 gối, có khi ngủ ngồi, không làm được việc nặng, đi bộ 200m thì khó thở.

1 năm nay, bệnh nhân đi bộ 100m thì khó thở, phải dừng lại để thở, ngủ ngồi.

Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân khó thở nhiều mỗi khi sinh hoạt cá nhân (đi tắm, thay quần áo), 2 thì, ngồi nghỉ thì giảm, không ho đàm, không sốt, **bệnh nhân vẫn tự mua thuốc theo toa uống.**

Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân khó thở tăng dần, 2 thì, xảy ra cả khi nghỉ, bệnh nhân nói được cả câu, không yếu tố tăng giảm. Kèm khó thở bệnh nhân có phù 2 chân, phù mềm, không nóng, không đỏ, tăng dần về chiều, khi đứng lâu, giảm khi nằm, kèm căng tức khắp bụng nên nhập viện.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không sốt, không ho, không nôn ói, tiêu vàng trong khoảng 1 lít/ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn.

Tình trạng lúc nhập viện:

Sinh hiệu:

- Mạch: 88 l/p
- Nhiệt độ: 37 độ
- HA: 130/70 mmHg
- Nhịp thở: 20 l/p

1

Diễn tiến sau nhập viện: sau 4 ngày nằm viện, bệnh nhân, bệnh nhân giảm khó thở, nhưng **xuất hiện sốt 38°C liên tục, lạnh run**, vào N1 đến N4 kèm tiểu ít khoảng 500ml vào N3 (bệnh nhân uống khoảng 1 lít nước mỗi ngày)

### IV. TIỀN CĂN

#### 1. Bản thân

##### a. Nội khoa

- 8 năm trước được chẩn đoán suy tim, hờ van 3 lá tại bệnh viện NDGD, không xin được giấy xuất viện và toa thuốc của bệnh nhân.
- Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTD, RLLP máu.
- Chưa ghi nhận tiền căn ho khạc đàm mạn.
- Chưa ghi nhận tiền căn hen.
- Chưa ghi nhận tiền căn viêm dạ dày, đau khớp.
- Chưa ghi nhận tiền căn thấp khớp cấp lúc trẻ.
- Chưa ghi nhận tiền căn tiểu máu, tiểu sỏi.

##### b. Ngoại khoa

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

##### c. Thói quen:

Hút thuốc lá 20 P.Y, bỏ 3 năm.

Uống rượu đế 500ml ngày trong khoảng 20 năm, ngưng 10 năm.

d. Dự ứng: chưa ghi nhận.

#### 2. Gia đình

Chưa ghi nhận bệnh lý THA, ĐTD, RLLP máu, bệnh tim mạch sớm

### V. LƯU QUÁ CÁC CƠ QUAN (7h ngày 8/10/2019 – 4 ngày sau NV)

- Vì sao bệnh nhân được chẩn đoán suy tim vào 8 năm trước?  
-> bệnh nhân có biểu hiện mệt, khó thở khi gắng sức
- Uống thuốc này có đều ko (hết thuốc có đi khám ko hay tự đi mua thuốc lại)-> sao lại nhập viện nhiều như v)

Có vàng da hay ko (bn tự nhận biết hoặc người thân nhận biết), do bn có tiền căn xơ gan

Trong quá trình bệnh phải khai thác đủ

- Tim/ ho hạp : khó thở, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực, ngắt (bn loạn nhịp có thể có những cơn ngắt)
- Tiêu hoá: đau bụng, nôn ói, vàng da, nước tiểu, ngứa, chán ăn, sụt cân, đầy bụng căng tức bụng, ợ hơi ợ chua (triệu chứng dạ dày)
- Thận: nước tiểu (lượng nước tiểu? Màu sắc? Có gắt buốt? Có bọt? Dòng nước tiểu có yếu)

Người suy tim mà có phù chân -> có khả năng suy tim phải

Gan có -> hội chứng gan thận

- THA, ĐTD, RLLM
- Hen, copd, lao phổi
- Tiền căn vàng mắt, vàng da, viêm dạ dày, xơ gan, viêm gan (siêu vi B,C)
- Tiểu máu, tiểu sỏi, bệnh thận mạn
- Đau khớp

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
- Hô hấp: khó thở, không ho
- Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn-nôn
- Thận: tiểu vàng trong, 500ml/ngày
- Thần kinh-cơ xương khớp: không đau khớp

#### VI. KHÁM

##### 1. Tổng trạng

BN tỉnh, tiếp xúc được,

Niêm nhợt, chi ấm, mạch rõ

Sinh hiệu M 88l/p HA 90/60 ND 37 NT 24l/p

2

Không ngón tay dùi trống, không sao mạch, không lỏng bàn tay son

Phù 2 chân 1+, ấn lõm, không đau

Không dấu se đỉu, không dấu giết dây chuông

Cao 1m62, nặng 50kg => BMI 19kg/m2

##### 2. Đầu mặt cổ

Căn đối, tuyến giáp không to

Khí quản không lệch

Hạch ngoại biên không sờ chạm

TMCN tư thế 45°

3. 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

##### a. Tim

Móm tim ở KLS VI Đường nách trước trái diện đập 2 x 2 cm2

Có dấu Harzer, có DNTN, rung miều ở KLS II, III, IV, V bờ trái xương ức

Tim: tần số 90 l/p, loạn nhịp hoàn toàn.

Âm thổi tâm thu ở móm, cường độ 3/6 lan ra nách, tăng khi cho bệnh nhân nghiêng trái, che lấp T1 T2.

Âm thổi tâm thu, cường độ 4/6 ở KLS IV – V bờ trái xương ức, carvallo(+).

Âm thổi tâm thu cường độ 4/6 ở KLS II – III bờ trái xương ức

Rung miều ở móm, bờ trái xương ức kls 4,5

##### b. Phổi

Rung thanh đáy phổi P kém hơn T

Gõ đục đáy phổi P

Rale nhỏ rải rác 2 phế trường

Giảm âm phế bào ở đáy phổi P.

##### 4. Bụng

3

Cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc, không tuần hoàn bàng hệ

Gõ trong khắp bụng

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

Gan 7cm dưới bờ sườn phải, chiều cao gan 11cm, mật độ cứng chắc.

Chạm thận (-)

##### 5. Thần kinh, cơ xương khớp

Không yếu liệt, cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

#### VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nam 56 tuổi nhập viện vì khó thở. Bệnh 1 tuần, qua thăm khám ghi nhận

##### 1. TCCN:

Khó thở khi gắng sức với ngưỡng gắng sức giảm dần, khó thở khi nằm đầu thấp.

Phù 2 chân, tăng khi đứng lâu, về chiều, giảm khi nằm.

Căng tức bụng

~~Sốt 38°C liên tục, kèm lạnh run.~~

Tiểu ít

##### 2. TCTT:

- Niêm nhợt

- TMCN tư thế 45°

• **TIỀN LỊCH BỆNH VÀ THUỐC**

- Phù mềm 2 chân (1+), không sưng, không đau.
- Tim: tần số 90 l/p, loạn nhịp hoàn toàn, rung miu.
- Âm thổi tâm thu ở mỏm, cường độ 3/6 lan ra nách, tăng khi cho bệnh nhân nghiêng trái, che lấp T1 T2.
- Âm thổi tâm thu, cường độ 4/6 ở KLS IV – V bờ trái xương ức, carvallo(+).
- Âm thổi tâm thu cường độ 4/6 ở KLS II – III bờ trái xương ức.
- Rale nhỏ rải rác 2 phế trường
- Hội chứng 3 giảm đáy phổi (P)
- Gan 7cm dưới bờ sườn, chiều cao gan 11cm, mật độ cứng
- 3. Tiền căn: suy tim, hở van 3 lá cách đây 8 năm.

**Mởm tim KLS 6 + đường nách trước**

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Khó thở cấp
1. Hội chứng suy tim
2. Hội chứng van tim
3. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, hội chứng ba giảm

1. Khó thở cấp
2. Hội chứng van tim
3. Hội chứng suy tim
4. Hội chứng 3 giảm
5. Tiểu ít (phát sinh mới vào ngày thứ 4 sau nv)
6. Gan to

Rale nổ có thể do nhiễm trùng hoặc do suy tim. Ca này cô vẫn nghĩ

4. Tiểu ít
5. Loạn nhịp hoàn toàn

**IX. CHẨN ĐOÁN**

1. Chẩn đoán sơ bộ: đột mất bù cấp suy tim mạn – suy tim toàn bộ NYHA IV – hở van 2 lá – hở van 3 lá do thoái hóa van – viêm phổi cộng đồng biến chứng tràn dịch màng phổi – theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ - theo dõi xơ gan tim – theo dõi tổn thương thận cấp.
2. Chẩn đoán phân biệt: Viêm phổi cộng đồng – tràn dịch màng phổi – suy tim toàn bộ NYHA IV – hở 2 lá – hở 3 lá do thoái hóa van – theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ – theo dõi xơ gan tim – theo dõi tổn thương thận cấp

**X. BIỆN LUẬN**

1. Khó thở cấp:

Các nguyên nhân khó thở cấp nghĩ nhiều trên bệnh nhân này:

- a) Đột mất bù cấp của suy tim mạn:

Bệnh nhân có khó thở khi gắng sức với ngưỡng gắng sức giảm dần, khó thở khi nằm đầu thấp, tím to, TMCN, gan to, phù chân => bệnh nhân có HC suy tim, đợt này bệnh nhân khó thở nặng hơn, khó thở ngay cả khi nghỉ nên nghĩ nhiều đợt mất bù cấp của suy tim mạn.

- b) Viêm phổi: bệnh nhân sốt sau khi nhập viện, khó thở, khám phổi có rale ở phổi nên nghĩ nhiều khó thở này có thể của viêm phổi, gây biến chứng tràn dịch màng phổi P (do khám có hội chứng ba giảm ở đáy phổi P).

2. Hội chứng suy tim:

Bệnh nhân có khó thở khi gắng sức với ngưỡng gắng sức giảm dần, khó thở khi nằm đầu thấp, khó thở kịch phát về đêm, tím to, TMCN, gan to, phù chân => bệnh nhân có HC suy tim.

Phân độ suy tim theo NYHA: BN mệt khi nghỉ => NYHA IV, tuy nhiên đây là nghĩ đợt mất bù cấp suy tim => điều trị rồi sau đó đánh giá lại NYHA

Giai đoạn C theo ACC/AHA

Nguyên nhân nghĩ nhiều gây suy tim cho bệnh nhân:

Đợt mất bù cấp suy tim mạn/ suy tim NYHA III giai đoạn C - hở van 2 lá, nghĩ do hậu thấp -theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ- theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)  
CĐPB

- Đợt mất bù cấp suy tim mạn/ suy tim NYHA III giai đoạn C- hở van 2 lá nghĩ do hậu thấp -HCVc-theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)
- Viêm phổi- suy tim NYHA III giai đoạn C- hở van 2 lá 3 lá nghĩ do hậu thấp -theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)

Ca này có nghĩ có thể có thể có 1 tăng áp phổi : do âm thổi KLS 2 mạnh

Trước đây đi bộ 100m, hiện tại đợt cấp NYHA 3 : giới hạn đáng kể hoạt động dưới mức bình thường: sinh hoạt cá nhân (vd đi tắm)

Đợt mất bù cấp suy tim mạn/ suy tim NYHA III giai đoạn C - hở van 2 lá, 3 lá nghĩ do hậu thấp -theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ- theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)  
CĐPB

- Đợt mất bù cấp suy tim mạn/ suy tim NYHA III giai đoạn C- hở van 2 lá do hậu thấp -HCVc-theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)
- Viêm phổi- suy tim NYHA III giai đoạn C- hở van 2 lá 3 lá nghĩ do hậu thấp -theo dõi xơ gan -Bệnh thận mạn ( do có phù/ thiếu máu)(TDMP này nghĩ do tim -> có thể bỏ không ghi)

Ca này có nghĩ có thể có thể có 1 tăng áp phổi : do âm thổi KLS 2 mạnh

Xác định suy tim: tiêu chuẩn frammingham

Phân độ

- Trước đây đi bộ 100m, hiện tại đợt cấp ->NYHA 4  
NYHA 3 : giới hạn đáng kể hoạt động dưới mức bình thường: sinh hoạt (vd đi tắm), hoặc đi bộ ngắn trong 20-100m
- Giai đoạn C

Nguyên nhân

- Van tim
- Bệnh mạch vành

Yếu tố thúc đẩy

- Ko tuân thủ điều trị
- Thiếu máu
- Hc vành cấp
- Rối loạn nhịp: rung nhĩ có thể có từ lâu -> nên ko kết luận+ nhịp ca này Nếu nhịp >100 có thể noi yếu tố thúc đẩy là nhịp nhanh

HC 3 giảm: gợi ý nhiều do suy tim. Tuy nhiên ko loại trừ các nn hô hấp

Gan to, chắc, sờ ko đau, tuy ko có hc suy tb gan + taltmc -> ko loại trừ do xơ gan này có thể do  
Suy tim  
Rưng: thường gan ko to

Phù

- Xơ gan
- Suy tim
- Suy dinh dưỡng : bn thể trạng suy kiệt, ăn uống kém
- Giảm nhập

- Bệnh van tim: khám tim bệnh nhân nghe âm thổi tâm thu, cường độ 3/6, lan ra nách => nghĩ âm thổi của hở van 2 lá, nghe âm thổi tâm thu 4/6 ở KLS IV –V bờ trái xương ức, carvallo (+) => nghĩ âm thổi hở van 3 lá, nên cũng nghĩ nhiều bệnh nhân có bệnh lý hở van 2 lá gây suy tim.
- Rối loạn nhịp: bệnh nhân loạn nhịp hoàn toàn khi vào viện, tuy nhiên không biết loạn nhịp này xuất hiện từ khi nào nên không loại trừ.
- Bệnh mạch vành: tuy bệnh nhân không đau ngực nhưng bệnh nhân có các YTNC tim mạch như giới nam, trên 45 tuổi, hút thuốc lá, uống rượu bia.

Yếu tố thúc đẩy:

- Không tuân thủ điều trị: không loại trừ do không ghi nhận được toa thuốc của bệnh nhân, do bệnh nhân sống một mình, dựa vào sự giúp đỡ của mọi người xung quanh.
- Nhiễm trùng: nghĩ do viêm phổi.
- Thiếu máu: khám thấy bệnh nhân niêm nhợt nên không loại trừ
- Hội chứng vành cấp: không loại trừ do bệnh nhân có khó thở kèm YTNC tim mạch.

3. Hội chứng van tim:

Âm thổi tâm thu ở mỏm. cường độ 3/6 lan ra nách. tăng khi cho bệnh nhân nghiêng

trái, nghi bệnh nhân có hở van 2 lá thực thể, âm thổi tâm thu cường độ 4/6 KLS IV – V bờ trái xương ức, nghi do hở van 3 lá, của các nguyên nhân:

- ~~Thoái hóa~~: bệnh nhân 56 tuổi nên nghi nhiều. **Ca đã được chẩn đoán van tim năm 49 t-> ko phù hợp thoái hóa**
- Thấp tim: không ghi nhận tiền căn thấp khớp, tuy nhiên không loại trừ
- Bẩm sinh: không ghi nhận tiền căn tim bẩm sinh, nếu có tim bẩm sinh thì phải xuất hiện biến chứng sớm hơn => không nghi.

Âm thổi tâm thu 4/6 ở ổ van ĐMP không lan, có thể do hẹp ĐMP tương đối, đề nghị SA tim.

4. Tiêu ít: bệnh nhân tiểu ít, khoảng 500ml vào ngày 4 sau nhập viện, các nguyên nhân nghi nhiều:
  - Trước thận: do suy tim, ăn uống kém, dùng thuốc lợi tiểu.
  - Tại thận: tổn thương thận cấp do hoại tử ống thận cấp: có thể do giảm tưới máu thận => đề nghị làm creatinin máu.
  - Sau thận: tắc nghẽn => đề nghị SA bụng.
5. Loạn nhịp hoàn toàn: bệnh nhân có tim loạn nhịp hoàn toàn => đề nghị ECG để xác định loại rối loạn nhịp.

## XI. ĐỀ NGHỊ CLS:

1. CLS chẩn đoán: ECG, hs Troponin T, CKMB, X quang ngực thẳng, Siêu âm tim, HbsAg, anti HCV, CRP, Chọc dịch màng phổi làm LDH, Protein, Glucose, Đếm tế bào, ADA.
2. CLS thường quy: CTM, ion đồ, TPTNT, BUN, Cre, AST, ALT, Bilirubin, Bilan Lipid máu, ĐH, LDH máu.

## XII. BIỆN LUẬN CLS:

1. CTM (4/10/2019 14h40).

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
**WBC	4.4	4-10K/ul
Neu%	66.7	40-77%
Lym%	11.4	16-44%
Mono%	12.9	0-10%
Eos%	6.9	0-7%
Baso%	2.1	0-1%
Neu	3	2-7.5 K/ul
Lym	0.3	1-3.5 K/ul
Mono	0.6	0-1 K/ul
Eos	0.1	0-0.6 K/ul
Baso	0.1	0-0.1 K/ul
**RBC	3.49	Nữ: 3.9-5.4 T/L
Hgb	103	Nữ: 125-145 g/l
Hct	0.308	0.35-0.47 L/l
MCV	88.4	80-100 fL
MCH	29.5	26-34 pg
MCHC	334	310-360 g/L
RDW	14.6	9-16%
**PTL	122	150-400 Giga/L
MPV	7.1	6-12 fL
*PT(TQ)		
PT(TQ)	16.3	11.33-14.87 giây
PT% tỉ lệ Prothrombin	65	79-125 %
IRN	1.31	0.86-1.13
ATTP(TCK)	37.6	26-37 giây

- Bạch cầu trong giới hạn bình thường.
- Tiêu cầu giảm: nghi do bệnh nhân bị xơ gan tim.
- Hgb giảm, MCV, MCH bình thường => bệnh nhân có thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào, có thể bệnh nhân mất máu rỉ rả hoặc ăn uống kém => đề nghị TPTNT, ferritin, fe huyết thành, tìm máu ẩn trong phân.

7

- PT tăng, TCK tăng => có bất thường về chức năng đông máu.

## 2. Sinh hóa máu

	4/10	8/10	Tham chiếu
Glucose	8.19		NL: 3.9-6.1 mmol/L
Urea	5.7		1.7-8.3 mmol/L
Creatinine	71.4	102.5	NL(nữ): 44-88 umol/L
Na	136		135-145 mmol/L
K	3.8		3.5-5.0 mmol/L
Cl	86.8		97-111 mmol/L
AST(SGOT)	38.3		Nữ: <=31 U/L
ALT(SGPT)	19		Nữ: <=31 U/L
Bili toàn phần	36.68		<=17mcmol/L
Bili trực tiếp	13.53		<=4.3 mcmol/L
Albumin	34.6		35-50 g/L

Bệnh thận: bn này có tiểu ít. Ở đây không loại trừ nn do hội chứng gan tim thận

Thiếu máu có thể do

Xuất huyết: ko thấy tiêu phân đen, nôn ra máu, tiểu máu, máu bầm trc  
Tăng phá huỷ: thường do bệnh lý bẩm sinh  
Giảm sản xuất  
Giảm nhập: dinh dưỡng kém  
Xơ gan: ko tap được albumin

Chưa kể suy tim -> giảm dòng máu tới ống tiêu hoá-> giảm tiêu h

Âm thổi ổ van 2 lá

Bệnh van của hau thấp, đặc điểm thường của hậu thấp  
Nhiều van  
Nam ưu thế hở van 2 lá, nữ ưu thế hẹp van 2 lá  
Bẩm sinh: ko nghi

Thoái hoá: ko nghi do bn có bệnh van từ 49t

Âm thổi ổ van 3 lá, ngoài do do hậu thấp, thoái hoá có thể có nn riêng như cơ tự nhiên ca này ko nghi các nn như copd

Âm thổi ổ van đmp

Hẹp van đmp: thường là bẩm sinh-> ít nghi

Tăng áp đmp

Nguyên phát: thông liên nhĩ

Thứ phát: từ trái lan ra

Lưu ý: (Nếu P2 mạnh có thể tăng áp đmp, nếu P2 yếu trong hẹp van đm

Phân biệt âm thổi cơ năng thực thể

Cường độ: >=4/6 nghi nhiều thực thể

Hướng lan

Âm sắc: âm sắc thực thể cao, âm sắc cơ năng: trầm

TC lâm sàng: vd hở van 3 lá thực thể kèm lớn thất P

Thiếu máu, tiểu cầu giảm, INR -> xơ gan

CRP	9.52		NL:0-5 mg/L
eGFR(MDRD4)	105.25	69.54	
Hs Troponin T	0.04		<0.1ng/ml
NT pro BNP		5710	
Ferritin		743.3	10-322

Glucose tăng => đề nghị làm lại ĐH đói  
 AST tăng nhẹ, nghi nhiều do xơ gan tim.  
 Bili trực tiếp tăng => nghi nhiều do bệnh cảnh xơ gan hoặc viêm gan, đề nghị làm HBsAg, AntiHCV  
 CRP tăng nhẹ, không có ý nghĩa.  
 Albumin giảm nhẹ, nghi do xơ gan tim.  
 Ferritin tăng => nghi nhiều do tăng trong viêm cấp tính như viêm phổi.  
~~Hs troponin T = 0.04 => nghi nhiều có nhồi máu cơ tim => đề nghị làm lại hs troponin T sau 1h.~~  
 Creatinin tăng 0.35 mg/dl trong 4h ngày => chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán AKI => đề nghị làm lại creatinin trong 24-48h sau.  
 NT pro BNP tăng cao => phù hợp đợt cấp suy tim mạn.

### 3. TPTNT:

Ery	Negative
Urobilinogen	16
Bilirubin	Small
Nitrite	Negative
Ketones	Negative
Protein	1.0
Glucose	Negative

8

Glucose tăng: vừa có khả năng hạ đường huyết (ko có khả năng tích trữ đường) vừa dễ tăng đường huyết -> nên làm đường huyết đói, hba1c  
 Rối loạn đường trên bn xơ gan  
 Billirubin tăng, albumin giảm -> xơ gan

Ca này tăng 0.3 trong 4 ngày -> theo dõi lại kĩ creatinin trong 1,2 ngày sau-> theo dõi suy thận cấp

NT proBNP: 5710

Troponin T tăng : có thể do suy tim. Nên làm lại sau 3h để theo dõi nmct có thể có

Tiểu protein đậm tăng. Tuy nhiên mới có 1 mẫu, cần đánh giá lại, đb nếu muốn đánh giá bệnh mạn tính của thận  
 Đạm tăng

Suy tim  
 Nhiễm trùng tiểu  
 Bệnh cầu thận

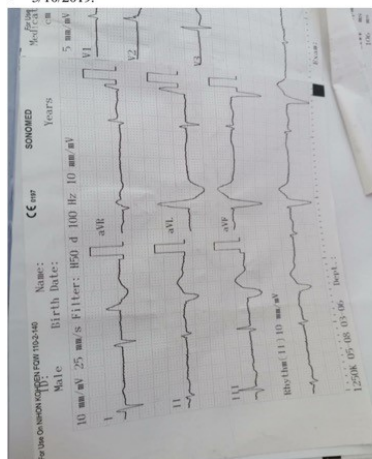
pH	6.0
S.G	1.013
Leukocytes	15
Color	Dark Yellow

Có protein trong nước tiểu, có thể do suy tim, nhiễm trùng tiểu, sốt => đề nghị làm lại TPTNT khi bệnh nhân ổn, nếu còn protein niệu thì xem xét làm đạm niệu 24h, microalbumin niệu.

Leukocyte 15, bệnh nhân có sốt => đề nghị cấy nước tiểu.

### 4. ECG

✓ 3/10/2019:



9

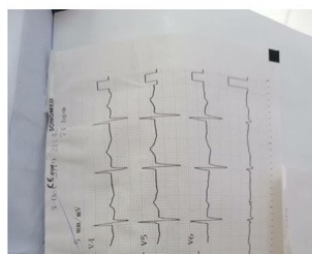
Ở V5,V6 R nhỏ hơn S, Sokolow Lyon >11mm + trục lệch phải -> thất phải

Trục 120 độ -> trùng DIII -> aVR vuông góc phải triệt tiêu

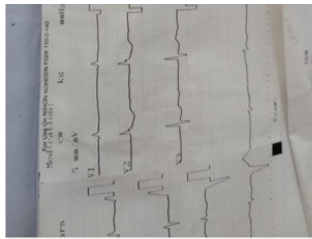
T âm ở V6, ở đạo trình đơn độc, nhưng ko loại trừ T âm ở V7,V8-> ko lo trừ thiếu máu

Ngoại tâm thu

Nghi có  
 thiếu máu cơ tim







Nhịp tim 79 l/p, rung nhĩ đáp ứng thất trung bình, ngoại tâm thu thất  
 Trục lệch phải  
 Block nhánh P không hoàn toàn  
 T âm ở DII, DIII, aVF, nghi âm thứ phát sau block nhánh  
 ✓ 7/10/2019:

dày thất phải, trục lệch phải -> hở van 3 lá ưu thế -> bệnh  
 lá là chính  
 Block nhánh P

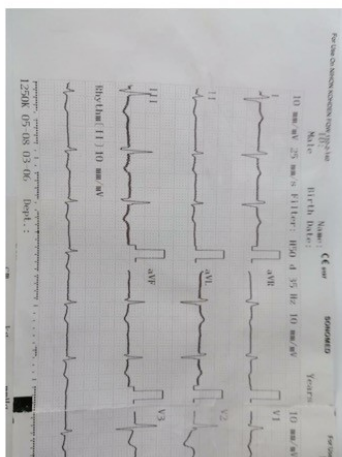
Block nhánh P + lớn thất P

Lớn thất P: phân biệt phì đại/ giãn

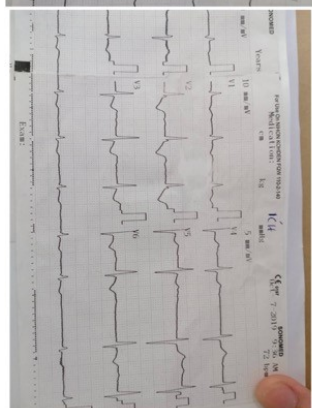
Phì đại R>S lớn hơn 1  
 Dẫn

Tăng gánh lưu lượng : block nhánh P, có lớn thất P -> coi  
 chừng thông liên nhĩ  
 Block nhánh phải có thể do thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ  
 tim

10



Q DIII -> hít sâu



11

5. X quang ngực thẳng: (4/10/2019)

Bóng tim to toàn bộ

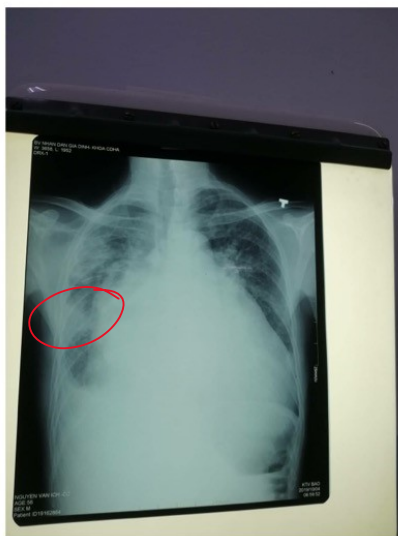
Các đám mờ 1/3 giữa phổi (P) giới hạn không rõ

Tràn dịch màng phổi (P) lượng ít  
 Không thấy bất thường ở nhu mô phổi  
 Không thấy bất thường ở thành ngực

**Kết luận:**

Bóng tim to toàn bộ  
 Các đám mờ 1/3 giữa phổi (P), chưa loại trừ viêm phổi  
 Tràn dịch màng phổi (P) lượng ít

12



Bờ có thể 4 cung -> có thể có lớn nhĩ  
 trái  
 Góc khí quản rộng -> nhĩ trái lớn  
 Tim to toàn bộ  
 Nhĩ phải lớn, thất P: bờ tim P ra ngoài

6. Siêu âm tim 02/10/2019

- Tim loạn nhịp hoàn toàn
- Dẫn 2 nhĩ, dẫn buồng tim phải, không huyết khối
- Dịch màng ngoài tim lớp mỏng
- Không rối loạn vận động vùng
- Hở van 2 lá nặng type IIA3 do trôi van, VC 6mm, ERO 0,71 cm<sup>2</sup>, Rvol 70ml.
- Hở van 3 lá nặng do dẫn vòng van, VC 9mm.
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF = 77%.
- Chức năng tâm thu thất phải TAPSE: 17mm, S' 9.4mm/s, FAC 19%.
- Dẫn tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch trên gan.

7. Siêu âm bụng: 4/10/2019.

- ✓ Gan và hệ mật:

Trôi van 2 lá: lá van bật lên nhĩ trái -> thường do đứt dây chằng  
 Hở van 3 lá nặng do dẫn vòng van -> chỉ nghĩ cơ năng  
 PAP: 71 mmHg

Áp lực phổi cao có thể do suy tim. Tuy nhiên ca này lại ko suy tim  
 dẫn buồn thất -> coi chừng có khả năng có bệnh lý tăng áp phổi r  
 phát

Khi bn suy tim có hở van 2 lá là nn chính, giai đoạn đầu EF lên cao (do li  
 máu lớn), sau đó giảm dần -> EF<60 đã gọi là giảm EF r

13

- Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều
- Đường mật trong và ngoài gan không giãn
- Túi mật thành không dày, lòng không có sỏi
- ✓ Tụy: không to, cấu trúc đồng nhất

- ✓ Lách: không to, cấu trúc đồng nhất
- ✓ Thận P: không sỏi, không ứ nước
- ✓ Thận T: không sỏi, không ứ nước, chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm
- ✓ Bàng quang: thành không dày, không sỏi
- ✓ Tiền liệt tuyến: không to, đồng nhất
- ✓ Các bất thường khác:
  - Không dịch ổ bụng
  - Không dịch màng phổi 2 bên

**Kết luận:**

Nang gan 2 bên.

XIII. CHẨN ĐOÁN HIỆN TẠI: đợt cấp suy mạn tim/ suy tim toàn bộ NYHA IV, giai đoạn C, EF = 77%/ Hở van 2 lá do trôi van – hở van 3 lá / Rung nhĩ/ Theo dõi viêm phổi cộng đồng/ Theo dõi xơ gan tim/ Theo dõi tổn thương thận cấp

XIV. ĐIỀU TRỊ

Đợt mất bù cấp suy tim:

- Lợi tiểu quai để giảm sung huyết, nhưng cần thận trọng vì bệnh nhân tiểu ít.
- Nitrate
- Tăng co bằng dobutamin hoặc digoxin.

Suy tim mạn:

- Lợi tiểu
- Ức chế men chuyển: bệnh nhân đang tiểu ít => đợi bệnh nhân ổn định rồi dùng.
- Chẹn beta: đợi bệnh nhân bớt triệu chứng sung huyết như khó thở, giảm phù, giảm ~~sung huyết~~ huyết phổi rồi sử dụng.

Viêm phổi cộng đồng: dùng quinolone hô hấp

Tổn thương thận cấp: theo dõi lượng nước tiểu, làm lại creatinin,

Suy tim P nặng: xài kháng aldosterone

14

Điều trị hiện tại:

- Furosemide 20mg 1 ống x 2 TMC.
- Captopril viên 25mg, 6.25 x 3 S,C,T -> theo dõi do bn có tiểu ít
- Bisoprolol 2.5mg 1v(u) S
- Aldactone 25mg 2v(u) S
- Levofloxacin 750mg 1v(u) S

XV. TIỀN LƯỢNG: đề đặt

- Kháng kết tập tiểu cầu
- Artovastatin: 20mg hoặc 10mg (tại sao ko cho liều cao 40mg: bilan lipid ko cao? Ko có hcvc? Tổn thương gan ? Xơ gan (cholesterol thường ko cao do gan ko tổng hợp được) -> ko cho liều cao)

- Nitrate: bn ko còn đau ngực, tuy nhiên đang trong giai đoạn cấp -> vẫn xài. Chưa kể xơ gan -> có thể xài  
Loại nào: mo? Di? Tri?  
Xơ gan: nên dùng mono: isosorbide mononitrate (do nitrate chuyển hoá ở gan)

CHADVAS: 3 điểm

- Điều trị rung nhĩ: kháng đông ca này theo dõi xơ gan -> rl chức năng đông máu -> chưa xài  
Bn ổn định làm siêu âm thực quản (sa thành ngực ko thấy huyết khối) -> nếu có huyết khối phải đánh kháng đông cho bn

- Kháng sinh: macrolide + betalactame

- Aldactone: sợ tổn thương thận cấp
- Furosemide
- Bisoprolol
- Captopril: liều thấp do sợ suy thận cấp (captopril là dạng hoạt động ko chuyển hoá tại gan -> cho tốt). Lisinopril cũng ko chuyển hoá qua gan

15