**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính**

Họ và tên: Lê Quang Nhậm Giới tính: Nam Tuổi: 57 (1965)

Địa chỉ: Cao Lãnh, Đồng Tháp Nghề nghiệp: Xe ôm (đã nghỉ)

Ngày nhập viện: 31/05/2022 Khoa: Tim mạch can thiệp, BV Đại học Y Dược

Phòng: 7-05A Giường: 03 Số hồ sơ: N22-0176027

1. **Lý do nhập viện:** Đau ngực
2. **Bệnh sử**

* Cách nhập viện 7 ngày, bệnh nhân bắt đầu đau họng và ho khan vài lần trong ngày, ho tăng khi về đêm và khi nằm, kèm đau ngực từng cơn sau xương ức, khởi phát khi làm việc nhà (tưới cây), không lan, 2-3 cơn/ngày, mỗi cơn kéo dài 5-10 phút, đau kiểu căng tức, mức độ nhẹ, diễn tiến tăng dần, không lan, giảm khi nằm nghỉ; không sốt, không sổ mũi, không nghẹt mũi, không khó thở. Bệnh nhân đến khám tại phòng khám tư và được cho toa thuốc về uống 3 ngày (chẩn đoán và điều trị không rõ).
* Cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân giảm ho khan và đau họng, chỉ còn ho khan vài lần/ngày, diễn tiến đau ngực từng cơn sau xương ức tăng nhiều hơn, khởi phát khi nghỉ ngơi, mỗi 1-2h, mỗi cơn kéo dài khoảng 10-15 phút, đau kiểu đè ép, bỏng rát, trong cơn đau có kèm vã mồ hôi, không khó thở, trên nền đau âm ỉ, đau lan ra sau lưng, không yếu tố tăng giảm đau. Bệnh nhân đi khám tại TTYT Huyện Cao Lãnh, được xử trí với nitrates ngậm dưới lưỡi, không giảm đau nên được chuyển BV Đa khoa Đồng Tháp.
* Tại BV Đa khoa Đồng Tháp
  + Kết quả cận lâm sàng:

Troponin I (lần 1): 15.2 pg/mL Troponin I (lần 2): 11.9 pg/mL

Creatinin: 110 μmol/L AST: 141 U/L

* + Chẩn đoán: Đau thắt ngực không ổn định nguy cơ cao (I20) – Nhồi máu cơ tim cũ thành trước (I25.2) – Bệnh tim thiếu máu cục bộ (I25) – Tăng lipid máu hỗn hợp (E78.2) – Tăng huyết áp (I10) – Viêm phổi (J18) – Trào ngược dạ dày thực quản (K21)
  + Điều trị:

Gemapaxan 5500 UI TDD mỗi 12 giờ

Cefotaxim 1g (2 lọ x 3 TMC/8h)

Aspirin 81mg 1 viên

Clopidogrel 75mg 1 viên

Atorvastatin 20mg 1 viên

Enalapril 5mg ½ viên x 2

* Trong 4 ngày điều trị tại BV Đa khoa Đồng Tháp, bệnh nhân giảm đau ngực từng cơn nhưng vẫn còn đau ngực âm ỉ, ho khan ít nhưng bắt đầu khó thở nhiều cả 2 thì, khó thở khi nằm, khó thở tăng khi đi từ giường đến nhà vệ sinh nên chuyển viện BV ĐHYD.
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không buồn nôn, nôn ói, không đau đầu, không hoa mắt chóng mặt, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua, không nóng rát sau xương ức, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, tiểu được, nước tiểu vàng trong, #1500ml/ngày, không yếu liệt chi, không chán ăn, không, sụt cân.
* Tình trạng lúc nhập viện:
  + Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt
  + Sinh hiệu: Mạch: 100l/p, NT: 16l/p, HA: 120/70 mmHg, NĐ: 37 độ, SpO2: 96%
  + Niêm hồng, không phù, không dấu xuất huyết
  + Chi ấm, mạch rõ
  + Còn đau ngực
  + Khó thở khi nằm đầu thấp phải kê cao gối hoặc ngồi
  + Tĩnh mạch cổ nổi/tư thế 45 độ
  + Harzer (-)
  + Phổi không ran
  + Bụng mềm, không điểm đau khu trú
  + Không yếu liệt chi
* Diễn tiến sau NV:
  + Ngày 1: hết đau ngực, còn khó thở ít khi nằm đầu thấp, đi lại hết khó thở
  + Ngày 2-6: hết đau ngực, hết khó thở

1. **Tiền căn**
   1. Bản thân:
2. Nội khoa:

* 3 năm nay, bệnh nhân thỉnh thoảng có những cơn đau ngực sau xương ức, không lan, khoảng 3-5 phút, khởi phát khi đang chạy xe, giảm khi nghỉ, kèm thở nặng khi gắng sức, gắng sức giảm, chưa được chẩn đoán và điều trị.
* Bệnh nhân chưa từng phù, chưa từng nhập viện vì đau ngực hay khó thở.
* Không ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, các bệnh lý tim mạch, bệnh thận, bệnh lý chuyển hóa hay bệnh lý ác tính.

1. Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.
2. Thói quen – sinh hoạt:

* Hút thuốc lá: 20 gói.năm.
* Rượu bia: ít
* Không có thói quen ăn mặn
* Thói quen tập thể dục buổi sáng: đi bộ chậm hoặc leo cầu thang chậm trong vòng 1 giờ

1. Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn
   1. Gia đình:

Anh trai thứ 3 bị bệnh tim (không rõ chẩn đoán) điều trị tại BV Chợ Rẫy, mất lúc 59 tuổi.

1. **Lược qua các cơ quan**

* Tim mạch: không khó thở, không đau ngực, không vã mồ hôi, không đánh trống ngực
* Hô hấp: ho khan ít về đêm, không sổ mũi, nghẹt mũi
* Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, tiêu phân vàng đóng khuôn
* Tiết niệu: tiểu bình thường, không tiểu gắt buốt, lắt nhắt, nước tiểu vàng trong
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
* Cơ xương khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

1. **Khám** (8h ngày 7 sau nhập viện – 14/06/2022)
2. Tổng quát:

* Tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: Mạch 80l/p; HA 120/70 mmHg; Nhiệt độ 36.9oC; Nhịp thở 20 l/p
* Chiều cao: cm; Cân nặng: kg
* Da niêm nhạt, xuất huyết dưới da dạng mảng, không đau rải rác 2 tay
* Phù mềm trắng ấn lóm đối xứng 2 chân

1. Đầu mặt cổ:

* Mặt cân đối, không biến dạng
* Không vàng da, vàng mắt
* Môi không khô, lưỡi không dơ
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Hạch ngoại biên không sờ chạm
* Tĩnh mạch cổ trong không nổi ở tư thế 45o.

1. Lồng ngực:

* Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.
* Tim :
  + Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường nách trước, diện đập 2x2cm.
  + Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nẩy trước ngực (-).
  + Tim loạn nhịp hoàn toàn , tần số 80 lần/phút. T1, T2 rõ,
  + Âm thổi tâm thu mỏm lan bờ trái x ức
* Phổi:
  + Rung thanh đều 2 bên
  + Gõ trong khắp phổi
  + Rì rào phế nang êm dịu, ran nổ 1/3 đáy phổi trái

1. Bụng:

* Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ.
* Nghe: nhu động ruột 5l/p, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng.
* Bụng mềm, không điểm đau.
* Gan lách không sờ chạm.
* Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

1. Thần kinh, cơ xương khớp:

* Cổ mềm.
* Không sưng nóng đỏ đau các cơ khớp.
* Không giới hạn vận động.

1. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam, 57 tuổi, nhập viện vì đau ngực, bệnh 14 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

* Đau ngực từng cơn sau xương ức, khởi phát khi nghỉ, mỗi 1-2h, mỗi cơn kéo dài 10-15 phút, kiểu đè ép, bỏng rát, kèm vã mồ hôi, trên nền đau âm ỉ, đau lan ra sau lưng, không yếu tố tăng giảm đau.
* Khó thở 2 thì, khó thở khi nằm, khó thở tăng khi đi lại
* Ho khan ít, tăng về đêm và khi nằm

TCTT:

* Mỏm tim ở khoang liên sườn VI đường nách trước, diện đập 2x2cm
* Tim không đều, có nhịp đến sớm, tần số 104 lần/phút. T1, T2 rõ, T3 nghe rõ ở mỏm tim

TC:

* Thỉnh thoảng có những cơn đau ngực sau xương ức trong khoảng 3 năm nay, không lan, mỗi cơn khoảng 3-5 phút, khởi phát khi đang chạy xe, giảm khi nghỉ, kèm thở nặng khi gắng sức, gắng sức giảm, chưa được chẩn đoán và điều trị.
* Hút thuốc lá 20 gói.năm.
* Anh trai thứ 3 bị bệnh tim (không rõ chẩn đoán) điều trị tại BV Chợ Rẫy, mất lúc 59 tuổi.

1. **Đặt vấn đề**
   1. Đau ngực cấp
   2. Hội chứng suy tim
2. **Chẩn đoán**

Chẩn đoán sơ bộ: Cơn đau thắt ngực không ổn định N8, biến chứng rối loạn nhịp, đợt mất bù cấp của suy tim – Suy tim toàn bộ, NYHA II, giai đoạn C theo ACC/AHA, do bệnh tim thiếu máu cục bộ CCS II.

Chẩn đoán phân biệt:

* Thuyên tắc phổi – Suy tim toàn bộ, NYHA II, giai đoạn C theo ACC/AHA, do bệnh tim thiếu máu cục bộ CCS II
* Bóc tách động mạch chủ ngực – Suy tim toàn bộ, NYHA II, giai đoạn C theo ACC/AHA, do bệnh tim thiếu máu cục bộ CCS II
* Đợt mất bù cấp của suy tim, yếu tố thúc đẩy: nhiễm trùng – Hội chứng vành cấp N8 – Suy tim toàn bộ, NYHA II, giai đoạn C theo ACC/AHA, do bệnh tim thiếu máu cục bộ CCS II

1. **Biện luận**
   1. Đau ngực cấp
2. Nguyên nhân do tim:

* Bệnh nhân đau ngực kiểu mạch vành: đau sau xương ức khi nghỉ, cảm giác đè ép, bỏng rát tăng dần về cường độ, đau dữ dội và kéo dài thời gian, không giảm, kèm khó thở và vã mồ hôi. Bệnh nhân là nam, 57 tuổi và hút thuốc lá 20 gói.năm là những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành. Bệnh nhân từng có những lần đau ngực điển hình trong vòng 3 năm (đau ở vùng xương ức, 3-5 phút, khởi phát khi gắng sức, giảm khi nghỉ) nên nghĩ nhiều bệnh nhân lần này có hội chứng mạch vành cấp.
  + Hội chứng vành cấp gồm: NMCT cấp và đau thắt ngực không ổn định. Hội chứng vành cấp này nghĩ nhiều là cơn đau thắt ngực không ổn định vì triệu chứng đau âm ỉ, ít triệu chứng kèm theo và bệnh nhân đã có CLS tuyến tỉnh với Troponin I không tăng ð đề nghị điện tâm đồ, Troponin I, CK-MB, siêu âm tim để chẩn đoán xác định.
  + Thời điểm khởi phát đau ngực cách nhập viện 7 ngày ð hội chứng vành cấp ngày thứ 8.
  + Phân độ Killip: bệnh nhân được khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện còn khó thở, ho khan ít, phổi không ran ð Killip I.
  + Biến chứng:
    - Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, không nghe âm thổi ở tim, nên nghĩ chưa có biến chứng cơ học.
    - Mạch không đều, có mạch đến sớm nên nghĩ có biến chứng rối loạn nhịp, nghĩ nhiều là ngoại tâm thu ð đề nghị điện tâm đồ.
    - Bệnh nhân có khó thở tăng dần, khó thở 2 thì, khó thở khi nằm, khó thở tăng khi đi lại nên nghĩ nhiều là có biến chứng đợt mất bù cấp của suy tim mạn.
* Ít nghĩ viêm màng ngoài tim cấp vì bệnh nhân không giảm đau khi cúi người ra trước, không đau tăng khi ho, khi hít thở sâu, khi xoay trở, không có tiếng cọ màng tim ð đề nghị siêu âm tim dể loại trừ.
* Ít nghĩ viêm cơ tim vì bệnh nhân không có nhiễm trùng siêu vi trước đó. Tuy nhiên bệnh viêm cơ tim đôi khi cũng có triệu chứng tương tự như bệnh mạch vành ð đề nghị men tim dể loại trừ.
* Không nghĩ hẹp van động mạch chủ nặng vì nghe tim không có âm thổi tâm thu ở KLS 3 bên (T) và KLS 2 bên (P). Hẹp van động mạch chủ nặng thường có tam chứng: đau ngực khi gắng sức, khó thở khi gắng sức và ngất khi gắng sức. Ở bệnh nhân này đau ngực và khó thở khi nghỉ, không ngất nên không nghĩ bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ.

1. Nguyên nhân do phổi:

* Bệnh lý màng phổi (TDMP/TKMP): không nghĩ vì bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám phổi bình thường (không có hội chứng 3 giảm của TDMP, không có hội chứng TKMP).
* Viêm phổi: không nghĩ vì không có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới, bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám: phổi trong không ran.
* Thuyên tắc phổi: bệnh nhân nam, hút thuốc lá 20 gói.năm, đau ngực kèm nhịp tim nhanh (104 lần/phút) và tĩnh mạch cổ nổi lúc nhập viện nên không loại trừ ð đề nghị D-Dimer.

1. Phình bóc tách động mạch chủ ngực:

Bệnh nhân nam lớn tuổi, tiền căn hút thuốc lá 20 gói.năm và có tiền căn gia đình bệnh lý tim mạch, dù bệnh nhân này đau ngực tăng dần, đau kiểu đè nặng, từng có cơn đau ngực trước đó, không đau xé, đau đột ngột dữ dội ngay khi khởi phát như trong phình bóc tách động mạch chủ ngực nhưng không loại trừ toàn phình bóc tách động mạch chủ ð đề nghị X-quang ngực thẳng.

1. Nguyên nhân khác:

* Không nghĩ bệnh lý dạ dày tá tràng vì bệnh nhân không ợ chua, ợ hơi, không thấy đau nóng bỏng khó chịu ở sau xương ức và thượng vị sau ăn hay khi đói, không tiền căn bệnh lý dạ dày tá tràng từ trước.
* Không nghĩ bệnh lý cơ xương thành ngực vì khám không có điểm đau vùng ngực, không nổi bóng nước, ban đỏ. Bệnh nhân cũng không có tiền căn chấn thương.
  1. Hội chứng suy tim
* Bệnh nhân nam, lớn tuổi, có triệu chứng khó thở khi gắng sức, giảm gắng sức, khó thở khi nằm, ho khan tăng về đềm và khi nằm, khám thấy tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45 độ, mỏm tim ở khoang liên sườn VI đường nách trước, diện đập 2x2cm, có tiếng T3 nghe rõ ở mỏm tim là thỏa 3 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ theo Framingham ð Bệnh nhân có suy tim mạn ð Đề nghị siêu âm tim, BNP/NT-proBNP để chẩn đoán.
* Thể suy tim: nghĩ nhiều suy tim toàn bộ do có các TCLS của cả suy tim (T) và suy tim (P):
  + Suy tim (T): khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, diện đập mỏm tim rộng, ho về đêm.
  + Suy tim (P): tĩnh mạch cổ nổi, mạch nhanh.
* Phân độ:
  + Độ II theo NYHA vì bệnh nhân giảm gắng sức, thoải mái khi nghỉ, khó thở khi làm các hoạt động thông thường.
  + Giai đoạn C theo ACC/AHA vì bệnh nhân đã có biểu hiện các triệu chứng của suy tim.
* Nguyên nhân:
  + Bệnh mạch vành: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có những lần đau ngực điển hình trong vòng 3 năm (đau ở vùng xương ức, 3-5 phút, khởi phát khi gắng sức, giảm khi nghỉ) và có các yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch: > 55 tuổi, nam giới, có tiền căn hút thuốc lá 20 gói.năm nên nghĩ nhiều bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn.
    - Mức độ đau thắt ngực: CCS II do bệnh nhân khởi phát đau ngực khi gắng sức mức trung bình, vẫn thực hiện được leo cao 1 tầng lầu với tốc độ bình thường.
    - Xác suất tiền nghiệm: bệnh nhân nam 57 tuổi, đau thắt ngực điển hình ð 32%.

ð Đề nghị điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm tim/điện tâm đồ gắng sức để chẩn đoán, đề nghị bilan lipid, creatinine để đánh giá tiên lượng.

* + Bệnh van tim: ít nghĩ vì nghe tim không ghi nhận âm thổi.
  + Tăng huyết áp: không loại trừ vì lần lần nhập viện này có THA , tuy nhiên ít nghĩ vì BN không có tiền căn THA cấp cứu phải nhập viện, không có triệu chứng THA, chưa ghi nhận biến chứng do THA
  + COPD biến chứng tâm phế mạn: ít nghĩ vì kiểu khó thở ít phù hợp, không ghi nhận tiền căn ho đàm.
  + Bệnh cơ tim: đa số vô căn, gia đình không ghi nhân tiền căn bệnh lí, thường bị ở người trẻ nên không nghĩ.
* Trong đợt nhập viện tại BV Đa khoa Đồng Tháp, bệnh nhân khó thở tăng dần, khó thở 2 thì, khó thở cả khi nghỉ nên nghĩ nhiều là đợt mất bù cấp của suy tim mạn. Yếu tố thúc đẩy:
  + Hội chứng vành cấp: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân có đau ngực (đã biện luận)
  + Nhiễm trùng: ít nghĩ, vì BN chỉ có ho khan và đau họng ð Đề nghị công thức máu, CRP.
  + Cường giáp: ít nghĩ nhưng không loại trừ vì bệnh nhân có nhịp tim nhanh ð Đề nghị TSH, fT4.
  + BN chưa được chẩn đoán suy tim trước đây nên không liên quan đến điều trị.

1. **Đề nghị cận lâm sàng**

* Cận lâm sàng chẩn đoán:

Điện tâm đồ, Troponin I, CK-MB Siêu âm tim

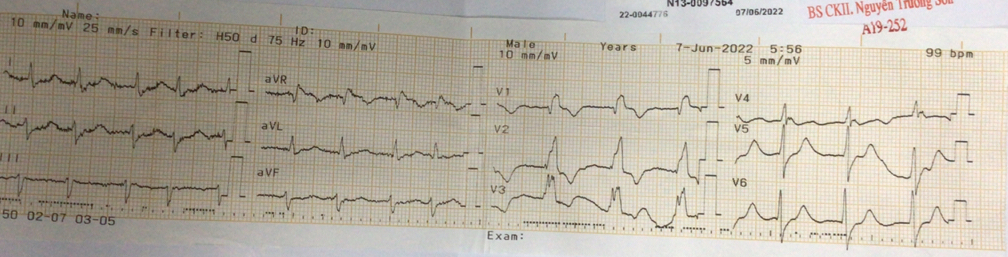
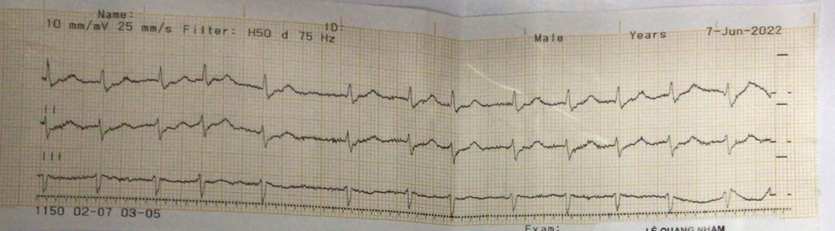
X-quang ngực thẳng D-Dimer

NT-proBNP Siêu âm tim gắng sức, điện tâm đồ gắng sức

Công thức máu, CRP TSH, fT4

* Cận lâm sàng thường quy: Đông máu toàn bộ (PT, aPTT, INR, Fibrinogen), ion đồ, đường huyết đói, bilan lipid (Cholesterol, LDL-C, HDL-C, Triglycerids), creatinine, ure, TPTNT, AST, ALT, siêu âm bụng.

1. **Kết quả cận lâm sàng**
   1. Điện tâm đồ (7/6)



* Tốc độ ghi 25mm/s, các chuyển đạo đều có điện thế chuẩn
* Không mắc lộn điện cực
* RUng nhĩ đáp ứng thất nhanh ( có các sóng f lăn tăn thay sóng p ) ,
* Nhịp không đều, 100 lần/phút( 10 đỉnh RR trong 30 ô lớn )
* Trục lệch trái do DI dương , aVF âm
* Sóng P , khoảng PR không xác định
* QRS có thời gian 0,08s
* Không lớn thất
* R cắt cụt, Q sâu từ V1-V4
* T âm V5-6k không ST chênh lên

ð Nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu thất, nhồi máu cơ tim cũ vùng trước rộng. Loại trừ STEMI.

* 1. Troponin Ths

Lúc nhập viện (7h 7/6): 36.3 ng/L

1 giờ sau: không đo

ð Troponin .

* 1. NT-proBNP (7/6): 2127 ng/L > điểm cắt 900 ng/L

ð Phù hợp đợt mất bù cấp của suy tim mạn

* 1. Siêu âm tim
* Thất trái: Không dày
* Giảm động thanhf trước vùng giữa đáy . Vách liên thất vận động nghịch thường
  + Chức năng tâm thu thất trái giảm (EF Teichholz = 48%; EF Biplane = 46%)
  + Rối loạn chức năng tâm trương thất trái độ II (E/A = 1.11, E` = 4cm/s, E/E` = 21.37).
* Hở van 2 lá trung bình - nặng do dãn vòng van (d= 62mm), VC = 6mm, van mềm
* Hở van động mạch chủ trung bình VC= 4mm, PHT= 397ms, van 3 mảnh.
* Hở van 3 lá nặng VC = 8mm, tăng áp phổi trung bình PAPs = 55mmHg
* Thất phải: TAPSE = 19mm
* Dãn lớn hai nhĩ, dãn nhẹ thất trái, LA= 70mm, LVDd= 65mm, RV= 40x21x63mm, RA= 47.2cm2, không huyết khối.
* Không thấy sùi >3mm trên các van tim.-
* Động mạch chủ lên không dãn, không dấu bóc tách.
* Tràn dịch màng ngoài tim lượng ít: không dấu đè sụp thất phải thì tâm trương.
* IVC= 9/20mm

Kết luận: Dãn lớn hai nhĩ, dãn nhẹ thất trái.Bệnh tim thiếu máu cục bộ.Chức năng tâm thu thất trái giảm (EF Teichholz = 48%, EF Biplane = 46%).Hở van 2 lá trung bình - nặng do dãn vòng van.Hở van động mạch chủ trung bình.Hở van 3 lá nặng, tăng áp phổi trung bình PAPs = 55mmHg.

Phân tích: chưa

* Dãn buồng tim trái phù hợp với khám mỏm tim ở KLS VI, đường nách trước, diện đập rộng, T3 nghe rõ ở mõm.
* Giảm động toàn bộ thất trái phù hợp với điện tâm đồ NMCT cũ vùng trước rộng.
* Suy tim EF giảm (EF Simpson = 20% < 50%), suy tim toàn bộ (EF < 50%, TAPSE < 17mm).
* Hở van 2 lá cơ năng do dãn buồng tim trái.
* Hở van 3 lá trung bình, tăng áp phổi nhẹ nghĩ do sung huyết trong bệnh cảnh đợt mất bù cấp của suy tim mạn.
  1. X-quang ngực thẳng chưa

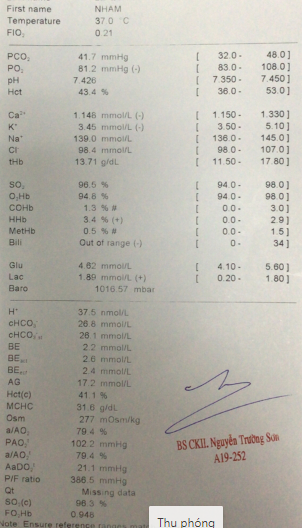
Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* Phim tư thế đứng, PA.
* Khí quản không lệch, không dị vật.
* Không gãy xương, dị dạng xương.
* Chỉ số tim/lồng ngực > 0.55 ð bóng tim to.
* Mỏm tim chúc xuống, góc tâm hoành tù ð Lớn thất trái.
* Cung động mạch chủ đóng vôi.
* Rốn phổi đậm, mạch máu phổi ra 1/3 ngoài 2 bên phế trường ð tăng tuần hoàn phổi.
* Vòm hoành bình thường.
* Không tràn dịch, tràn khí màng phổi.

Kết luận: Hình ảnh X-quang phù hợp suy tim sung huyết và dãn thất trái.

* 1. KMĐM



* 1. Công thức máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 31/05 | Khoảng tham chiếu |  | 31/05 | Khoảng tham chiếu |
| WBC | 8.10 | 4-10 G/L | RBC | 4.52 | 3.8 - 5.5 T/L |
| NEU % | 63.1 | 45 - 75%N | HGB | 138 | 120 - 175 g/L |
| LYM % | 27.0 | 20 - 35% L | HCT | 0.415 | 0.35 - 0.53 L/L |
| MONO % | 8.8 | 4 - 10% M | MCV | 91.8 | 78 - 100 fL |
| BASO % | 0.6 | 1 - 8% E | MCH | 30.5 | 26.7 - 30.7 pG |
| EOS % | 0.5 | 0 - 2% B | PLT | ***149*** | 150 - 450 G/L |

Dòng bạch cầu và hồng cầu bình thường. Giảm nhẹ dòng tiểu cầu.

* 1. Đông máu toàn bộ (31/05)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| PT | ***16.0*** | 11.1 - 15.2 giây | INR | ***1.23*** | 0.8 - 1.2 |
| PT% | 73.0 | 70-140 % | aPPT | ***40.8*** | 25.1-36.5 giây |
| PT(bn)/PT(chứng) | ***1.21*** | 0.8 - 1.2 | aPPT(bn)/aPPT(chứng) | ***1.36*** | 0.8 - 1.2 |
| Nhóm máu: AB (+) | | | | | |

Thời gian đông máu tăng nhẹ nghĩ do bệnh nhân đã được điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép.

* 1. Sinh hóa máu (31/05)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| Glucose | 106 | 70-115 mg/dL | Natri | 136 | 136-146 mmol/L |
| Ure | ***53.33*** | 10.2-49.7 mg/dL | Kali | 4.42 | 3.4-5.1 mmol/L |
| Creatinine | 1.14 | 0.72-1.18 mg/dL | Clo | 105 | 98-109 mmol/L |
| eGFR | 66 | >= 60 ml/p/1.73m2 | Calci TP | 2.23 | 2.10-2.55 mmol/L |
| AST | ***73*** | < 40 U/L | Cholesterol | ***146*** | 150- 200 mg/dL |
| ALT | ***80*** | < 41 U/L | HDL-C | ***29*** | > 35 mg/dL |
| CRP | 4.6 | < 5 mg/L | Non HDL-C | 117.8 | mg/dL |
| TSH | 2.61 | 0.34-4.22 mIU/L | LDL-C | 98 | < 131 mg/dL |
| fT4 | 1.76 | 0.71 – 1.85 ng/dL | Triglyceride | 103 | 40-166 mg/dL |

AST, ALT tăng nhẹ nghĩ do bệnh cảnh toàn thân

* 1. Siêu âm bụng (31/05)

GAN: Không to, đồng nhất, bờ đều. Các TM trên gan và TM cửa bình thường.

ĐƯỜNG MẬT: Trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.

TÚI MẬT: Phù nề lan tỏa thành túi mật.

LÁCH: Không to, đồng nhất.

TỤY: Không to, đồng nhất.

THẬN:

Thận phải: Cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản phải : Không giãn. Thượng thận: không thấy.

Thận trái: Cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản trái : Không giãn. Thượng thận: không thấy.

BÀNG QUANG : Thành đều, lòng phản âm trống.

TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to, khá đồng nhất, vỏ bọc đều.

CÁC BỘ PHẬN KHÁC: Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ.

Dịch màng phổi phải lượng ít

XOANG BỤNG : Dịch bụng lượng ít, có hồi âm mịn

Kết luận: Phù nề lan tỏa thành túi mật, khả năng do bệnh nội khoa

Dịch bụng lượng ít, có hồi âm mịn

Dịch màng phổi phải lượng ít.

ð Ứ dịch phù hợp suy tim sung huyết.

* 1. Kết quả chụp mạch vành
* Hệ động mạch vành ưu thế phải
* LM: không hẹp.
* LAD: hẹp 70% LAD I-II, cho bàng hệ RCA
* LCx: hẹp dài 70% LCx I-II
* RCA: tắc hoàn toàn từ RCA II, nhận bàng hệ tự thân từ nhánh Conus, từ LAD, Nhánh Conus dò vào xoang tĩnh mạch vành

Kết luận: Bệnh mạch vành 3 nhánh, dò nhánh conus vào xoang tĩnh mạch vành

1. **Chẩn đoán xác định**

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy cơn đau thắt ngực không ổn định – Suy tim EF 20%, NYHA II do bệnh tim thiếu máu cục bộ - Bệnh 3 nhánh mạch vành: hẹp 70% LAD I-II, hẹp dài 70% LCx I-II, tắc hoàn toàn từ RCA II, dò nhánh conus vào xoang tĩnh mạch vành – Nhồi máu cơ tim cũ vùng trước rộng

1. **Điều trị**
2. Mục tiêu điều trị

* Điều trị triệu chứng
* Điều trị yếu tố thúc đẩy đợt mất bù cấp
* Điều trị nguyên nhân suy tim
* Điều trị cải thiện tiên lượng
* Điều trị tái thông mạch vành
* Điều trị chống đau thắt ngực
* Điều trị dự phòng biến cố tim mạch
* Điều trị bệnh đồng mắc

1. Điều trị cụ thể

* Điều trị triệu chứng:
* Giảm phù: furosemide truyền TM nếu sung huyết nhiều gây khó thở hoặc lợi tiểu đường uống nếu sung huyết ít.
* Giảm đau ngực: nitroglycerin truyền tĩnh mạch khi đau.
* Điều trị yếu tố thúc đẩy: ổn định cơn đau thắt ngực và giảm quá tải dịch
* Điều trị nguyên nhân suy tim: điều trị bệnh mạch vành
* Điều trị cải thiện tiên lượng với các nhóm thuốc ARNI, BB, MRA, SGLT2-i
* Điều trị tái thông mạch vành: đặt stent nhánh RCA và LCx
* Điều trị chống đau thắt ngực
* Điều trị dự phòng biến cố tim mạch: thay đổi lối sống (bỏ hút thuốc lá), aspirin suốt đời, DAPT sau đặt stent, statin liều cao, ACEi.

1. Toa thuốc nội viện

* Aspirin 81mg 1 viên (uống) sáng sau ăn
* Clopidogrel 75mg 1 viên (uống) sáng sau ăn
* Franilax 50/20mg 1 viên (uống) chiều sau ăn
* Enalapril 5mg ½ viên x 2 (uống) sáng, chiều sau ăn
* Atorvastatin 40mg 1 viên (uống) chiều sau ăn
* Pantoprazol 40mg 1 viên (uống) sáng trước ăn 30 phút