**BỆNH ÁN CƠN TĂNG HUYẾT ÁP**

**Giảng viên hướng dẫn**: Bác sĩ Trần Thanh Tuấn

**Nhóm trình**:

* Đặng Cao Sơn
* Nguyễn Phúc Thục Uyên
* Đoàn Thị Thu Hiền

# Hành chính:

Họ và tên: Dương Thị D. Giới: Nữ

Năm sinh: 1965 (55y) Nghề nghiệp: bán hủ tiếu

Địa chỉ: Tân Châu, Tây Ninh

Ngày giờ nhập viện: 16h30p ngày 24/10/2020

Hiện nằm ở: phòng 6, khoa Nội tim mạch

# Lí do nhập viện: Đau đầu cấp

# Bệnh sử:

Từ 3 ngày nay, bệnh nhân đang nuôi con trai phòng bệnh nặng nằm ở lầu 9B3 bệnh viện Chợ Rẫy. Vào mỗi buổi sáng sau khi ngủ dậy, bệnh nhân thấy đau ở vùng sau đầu cả 2 bên, không lan, cảm giác kiểu mạch đập. Cơn đau kéo dài khoảng 1h. Bệnh nhân có đi mua thuốc huyết áp không rõ loại ở tiệm thuốc tây uống. Sau khi uống, đau đầu giảm.

Cách nhập viện 30p, vào lúc 16h bệnh nhân đang ngồi thì đột ngột đau đầu dữ dội, đau ở vùng đỉnh đầu và phía sau, cảm giác kiều đè nén. Cơn đau diễn ra liên tục kèm theo bệnh nhân bắt đầu mờ 2 mắt, buồn nôn và nôn ra dịch trắng trong, không lẫn máu và thức ăn, lượng khoảng 10ml. Sau nôn, bệnh nhân vẫn đau đầu dữ dội khiến bệnh nhân không thể chịu nổi nên nhập khoa cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, không yếu tay chân, không nói đớ, không sốt, không chảy mũi, không đau bụng, đi tiểu 1.5l/ ngày, nước tiểu vàng trong, đi tiêu 1l/ ngày phân vàng đóng khuôn.

**Tình trạng lúc nhập viện:**

Bệnh nhân tỉnh

Đau đầu nhiều

Không yếu liệt

Không nôn ói

Sinh hiệu:

Nhịp thở: 20l/p, Mạch: 90l/p

HA: 200/100 mmHg. Nhiệt độ: 37 độ C

Tim đều rõ

Phổi không ran

Cổ mềm

# Diễn tiến sau nhập viện:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ngày | Diễn tiến bệnh | Điều trị |
| 17h ngày 25/10 | Bệnh tỉnh  HA: 190/80mmHg  Đau đầu nhiều  Không dấu thần kinh khu trú  Tim đều rõ  Phổi thô  Bụng mềm | Paracetamol 1g/100ml 1 chai TTM C giọt/p  Captopril 25mg 2v (NDL)  Đo lại HA sau 30p |
| 19h30p | HA 170/90 |  |
| 21h | Bệnh tỉnh  Đau đầu nhiều  Không yếu liệt chi  Không đau ngực  Tim T1, T2 rõ  Phổi không rale  Bụng mềm  HA: 170/80mmHg  M: 86l/p | Lasix 20 mg 1A (TMC)  Nifedipine 10 mg 1v (u)  Ednyt 5mg 1v (u)  Betaloc 25mg 1v (u) |
| 7h ngày 26/10 | Bệnh tỉnh  HA: 130/80mmHg  Than đau đầu  Không dấu thần kinh khu trú  Tim đều rõ  Phổi thô  Bụng mềm | Amlodifin 5mg 1v(u)  Ednyt 5mg 1/2v x2 (u)  Paracetamol 0.5g 1v x 3(u) |
| 7h ngày 27/10 | Bệnh tỉnh  HA: 190/100mmHg  Chóng mặt  Không dấu thần kinh khu trú  Tim đều rõ  Phổi trong  Bụng mềm | Nifedipine 20 mg 2v (u)  Ednyt 5mg 1v x2 (u)  Bivocard 5g 1v(u)  Stugeron 1v x 2(u) |

# Tiền căn:

## Bản thân:

1. Nội khoa

Cách nhập viện 8 năm, bệnh nhân thấy chảy nước mũi nhiều nên đi khám ở bệnh viện huyện, được chẩn đoán là viêm mũi dị ứng, không điều trị gì. Từ đó đến nay, bệnh nhân thường xuyên chảy nước mũi trong, tăng nhiều vào buối sáng và trời lạnh.

Cách nhập viện 5 năm, bệnh nhân thấy đau đầu nên đi khám ở bệnh viện huyện, HA lúc khám là 160/? mmHg, được chẩn đoán THA và cho thuốc uống không rõ loại. Bệnh nhân tái khám không thường xuyên, HA thường ngày dao động khoảng 130-140/?. HA cao nhất là 180/100 mmHg. Bệnh nhân nhiều lần nhập viện vì tăng huyết áp. Đang uống thuốc gì? Còn đang uống hay ngưng?

Cách nhập viện 3 năm, bệnh nhân thấy khó thở nên đi khám ở bệnh viện huyện, được làm hô hấp ký, chẩn đoán là hen, bệnh nhân được phát chai thuốc xịt cắt cơn về hít. Từ đó đến nay nhập viện thêm 2 lần vì lên cơn khó thở tương tự. Giữa các cơn, bệnh nhân không thấy khó thở. Bệnh nhân đi khoảng 1km thì không thấy khó thở phải nghỉ.

Từ 3 năm nay, bệnh nhân mỗi khi làm việc nặng xuất hiện đau ngực ở sau xương ức, không lan, cảm giác kiểu đè nặng. Cơn đau kéo dài khoảng 5p. BN ngồi nghỉ thấy giảm đau.

Chưa ghi nhận tiền căn tai biến mạch máu não não, nhồi máu cơ tim, bệnh thận,

Chưa ghi nhận tiền căn yếu nửa người, phù, tiểu đêm, đau cách hồi.

Chưa ghi nhận tiền căn cường giáp, ĐTĐ, rối loạn lipid máu

Chưa ghi nhận tiền căn COPD, viêm xoang, bệnh gan, viêm loét dạ dày và các bệnh nội khoa mạn tính khác

1. Ngoại khoa

Chưa ghi nhận tiền căn chấn thuơng, phẫu thuật

1. Sản khoa:

PARA 3003

Mãn kinh năm 45 tuổi

Không ghi nhận tăng huyết áp trong thai kì

1. Dị ứng:

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, mạt nhà, phấn hoa, vải quần áo

1. Thói quen:

Không hút thuốc lá, không uống rượu

Ăn mặn

## Gia đình:

Không ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch, THA, hen

# Lược qua các cơ quan: 17h ngày 25/10/2020

Giảm đau đầu còn 3/10, không nôn, hết nhìn mờ

Không đau ngực, không khó thở, không đánh trống ngực

Không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuân 1l/ngày

Tiểu dễ, không gắt buốt, lượng nước tiểu khoảng 1.5;/ngày

Không yếu tay chân

Không sốt, không phù

# Khám: 17h ngày 25/10/2020

## Tổng quát:

Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt

Nằm đầu bằng

Thở êm, không co kéo

Sinh hiệu:

Mạch: 80l/p, đều HA: 140/90mmHg

Nhiệt độ: 37 độ C Nhịp thở: 20l/p

CN: 64 kg, CC: 1.56 à BMI: 26 kg/m2 à Béo phì độ I theo tiêu chuẩn châu Á

Da niêm hồng, không phù

Không dấu xanthalesma, không dấu giật dây chuông.

## Đầu mặt cổ

Cân đối

Tuyến giáp không to

Khí quản không lệch

Tĩnh mạch cảnh không nổi ở tư thế nằm

Không âm thổi động mạch cảnh

## Lồng ngực:

Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không ghi nhận bất thườn trên thành ngực

1. Tim:

Mỏm tim ở KLS V, đường trung đòn (T), diện đập 2x2 cm2

Không dấu Harzer, không dấu nảy trước ngực

T1, T2 đều rõ, tần số 80l/p

Không tiếng tim bệnh lý

1. Phổi:

Rung thanh đều

Gõ trong

Rì rào phế nang êm dịu

## Bụng:

Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không ghi nhận bất thường trên thành bụng

Nhu động ruột 8l/p, không âm thổi

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

Gan lách không sờ chạm

Thận: chạm thận (-)

## Tứ chi:

Cân đối, không giới hạn vận động

Đầu chi hồng, không dấu thiểu dưỡng

Mạch tứ chi đều, rõ

HA tay (P): 140/90 mmHg, HA tay (T): 135/90 mmHg

## Thần kinh:

Cổ mềm, dấu Kernig (-), dấu Bruzinski (-)

Sức tay tứ chi 5/5

Đồng tử 2 bên: đều, kích thước 3mm, phản xạ ánh sáng (+)

# Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nữ 55 tuổi nhập viện vì đau đầu, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TTCN:

Đau đầu

Buồn nôn, nôn

Nhìn mờ

TCTT:

HA: 200/ 100 mmHg

BMI: 26 kg/m2

Diện đập mỏm tim 2x2 cm2

Tiền căn:

Viêm mũi dị ứng 8 năm

THA 5 năm, nhiều lần nhập viện vì huyết áp cao, không tuân thủ điều trị

Khó thở được chẩn đoán hen cách 3 năm

Cơn đau thắt ngực ổn định

# Đặt vấn đề:

1. Đau đầu cấp
2. Cơn tăng huyết áp ~~/ THA 5 năm không tuân thủ điều trị~~
3. ~~BMI: 26 kg/m2 à béo phì độ I~~
4. ~~Cơn đau thắt ngực ổn định~~ Đau ngực

# Chẩn đoán:

1. Sơ bộ: Cơn tăng huyết áp cấp cứu biến chứng tai biến mạch máu não và mắt trên nền THA độ II theo ESC 2018, biến chứng dày thất (T), cơn đau thắt ngực ổn định
2. Phân biệt: Cơn tăng huyết áp cấp cứu biến chứng bệnh não do THA và mắt trên nền THA độ II theo ESC 2018, biến chứng dày thất (T), cơn đau thắt ngực ổn định ~~Cơn tăng huyết áp cấp cứu, theo dõi hội chứng vành cấp trên nền THA độ II theo ESC 2018, biến chứng dày thất (T), cơn đau thắt ngực ổn định~~

# Biện luận:

## Đau đầu cấp:

Vì bệnh nhân nhập viện vì lí do đau đầu nên lấy đau đầu biện luận. Bệnh nhân xuất hiện đau đầu dữ dội khiến bệnh nhân phải nhập viện nên đây là đau đầu cấp.

Đau đầu cấp của bệnh nhân nghĩ do: Đau đầu cấp trên BN này có 3 khả năng

* Xuất huyết não và nhồi máu não: vì bệnh nhân đau đầu nhiều kèm buồn nồn và nôn, mặc dù khám không khi nhận dấu màng não và dấu thần kinh khu trú tuy nhiên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nên không loại trừ à Đề nghị CT scan sọ não không cản quang
* Bệnh não do cơn THA: nghĩ nhiều do HA lúc nhập viện là 200/100 mmHg
* Xuất huyết não: đau đầu dữ dội, nếu gần màng não 🡪 dấu màng não, mô não 🡪 không dấu thần kinh định vị
* Nhồi máu não: đau đầu dữ dội,
* Bệnh não do THA: đau đầu, xuất hiện khi THA tăng cao 🡪 nghĩ nhiều

## Cơn THA:

Bệnh nhân nhập viện với HA là 200/100 mmHg kèm theo đau đầu dữ dội như đã biện luận ở trên nên nghĩ đây là THA cấp cứu

Biến chứng:

* Thần kinh: BN có đau đầu cấp nên nghĩ có BC thần kinh đã biện luận ở trên
* Mắt: bệnh nhân có nhìn mờ, nên nghĩ có biến chứng tổn thương đáy mắt à đề nghị soi đáy mắt khi tình trạng bệnh nhân ổn định
* Tim mạch:
  + Hội chứng vành cấp: bệnh nhân không đau ngực, tuy nhiên tiền căn ghi nhận bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ổn định, và nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nên không loại trừ tổn thương tim do THA gây ra đề nghị động học men tim và ECG.
  + Phình bóc tách động mạch chủ: bệnh nhân không đau ngực nên không nghĩ
  + Suy tim cấp: bệnh nhân không khó thở, khám tim không Gallop T3, khám phổi không ghi nhận rale ẩm nên không nghĩ
  + Tim:
    - Hội chứng vành cấp: không đau ngực, tuy nhiên không loại trừ tổn thương tim do cơn THA gây ra do đó để đánh giá tổn thương trên tim nên tôi làm điện tâm đồ và men tim
    - Suy tim cấp: bệnh nhân không khó thở, khám không mạch nhanh, gallop T3, hiện tại chưa ghi nhận suy tim cấp
  + Mạch máu lớn
    - Phình bóc tách ĐM chủ ngực: vì bệnh nhân không đau ngực trên lâm sàng, HA 2 tay không chênh lệch 🡪 không nghĩ
    - Phình bóc tách Đm chủ bụng: không đau bụng, khi khám không ghi nhân khối đập ở bụng hay khối phình nên không nghĩ
  + Mạch máu nhỏ:
    - Chảy máu mũi: không ghi nhận
* Thận:
  + Tổn thương thận cấp: bệnh nhân đi tiểu lượng 1.5l/ngày, tuy nhiên không loại trừ được trên lầm sàng đề nghị động học BUN, creatinine.

Yếu tố thúc đẩy: 1. Không tuân thủ điều trị (bỏ thuốc, ăn mặn, thuốc khác), 2. Tâm lý, 3. U tủy thượng thận.

* Bệnh nhân đang nuôi con trai bệnh nặng ở bệnh viện nên nghĩ nhiều yếu tố thúc đẩy này là do stress
* Bệnh nhân không tuân thủ điều trị nên không loại trừ là yếu tố góp phần vào cơn tăng huyết áp lần này của bệnh nhân
* U tủy thượng thận: nhiều cơn THA, và trong cơn chỉ số HA >180/110, đau đầu dữ dội, tiền triệu cảm giác đầy bụng, cười nhiều
* Không tuân thủ điều trị:
  + Ngưng thuốc
  + Không tiết chế muối, rượu bia,
  + Thuốc khác: NSAID

## THA mạn:

Bệnh nhân được chẩn đoán THA cách đây 5 năm nên nghĩ bệnh nhân có THA

Nguyên phát hay thứ phát:

* Nguyên phát: nghĩ nhiều do bệnh nhân phát hiện THA cách đây 5 năm (50 tuổi), có nhiều yếu tố nguy cơ là nữ, mãn kinh, béo phì.
* Thứ phát: Không nghĩ do bệnh nhân không có chỉ định tìm nguyên nhân

Phân độ THA: độ II theo ESC 2018 vì tại thời điểm phát hiện THA, HA tâm thu đo được là 160mmHg, lúc đó bệnh nhân chỉ thỉnh thoảng đau đầu nên đi khám.

Nước ngoài có chế độ chăm sóc sức khỏe ban đầu tốt –> mới có phân độ

VN thì hên xui 🡪

* Mình dựa vào HA cao nhất để phân độ nếu không biết HA ban đầu
* Cho ngưng điều trị và theo dõi sát huyết áp

Biến chứng:

* Mắt: tiền căn không ghi nhận nhìn mờ tuy nhiên không loại trừ à soi đáy mắt kiểm tra
* Thần kinh: không ghi nhận tiền căn tai biến, không yếu liệt tay chân nên không nghĩ
* Tim:
  + Bệnh nhân có tiền căn cơn đau thắt ngực ổn định nói rõ tính chất đau ngực phù hợp mạch vành nên nghĩ là cơn đau thắt ngực ổn định nên nghĩ nhiều bệnh nhân có hội chứng vành mạn à Đề nghị ECG và siêu âm tim để đánh giá
  + Khám ghi nhận diện đập mỏm tim 2x2 cm2 nên nghĩ nhiều có biến chứng dày thất trái à đề nghị ECG, siêu âm tim
  + Khám ghi nhận mỏm tim ở KLS V đường trung đòn T nên không nghĩ biến chứng lớn tim
  + Khám ghi nhận T1, T2 đều rõ nên không nghĩ biến chứng loạn nhịp
* Thận:
  + Tiền căn không ghi nhận phù, tiểu đêm, tuy nhiên không loại trừ được trên lâm sàng đề nghị TPTNT, Microalbumin niệu, siêu âm bụng, BUN, Creatinine đề kiểm tra.
* Mạch máu:
  + Không ghi nhận triệu chứng đau cách hồi, mạch mu chân 2 bên bắt rõ nên không nghĩ biến chứng bệnh động mạch ngoại biên
  + Bệnh nhân không đau ngực, tuy nhiên bệnh nhân có THA 5 năm, nhiều lần nhập viện vì THA, không tuân thủ điều trị nên không loại trừ phình động mạch chủ ngực à đề nghị X quang ngực kiểm tra
  + Bệnh nhân không đau bụng, khám không ghi nhận khối đâp theo mạch đập ở thành bụng nên không nghĩ biến chứng phình động mạch chủ bụng

# Đề nghị cận lâm sàng:

## Biến chứng cấp:

* CT scan sọ não không cản quang
* Soi đáy mắt khi
* Động học BUN, Creatinine, ion đồ
* Động học TnI, ECG

## Biến chứng mạn:

* X quang ngực thẳng
* TPTNT, ~~microalbumin niệu~~ chờ nào TPTNT về rồi mới quyết định làm hay ko làm, siêu âm bụng
* Siêu âm tim

## Thường quy:

* Đường huyết, AST, ALT, CTM, đông máu toàn bộ, acid uric, bilan lipid máu

# Biện luận cận lâm sàng:

1. CT – scan sọ não không cản quang

+ Cấu trúc tầng dưới lều:

* Không phát hiện bất thường về hình dáng, đậm độ nhu mô vùng hành não, cầu não, cuống não, bán cầu tiểu não 2 bên. Hình dáng não thất IV và các bể não trong giới hạn bình thường.

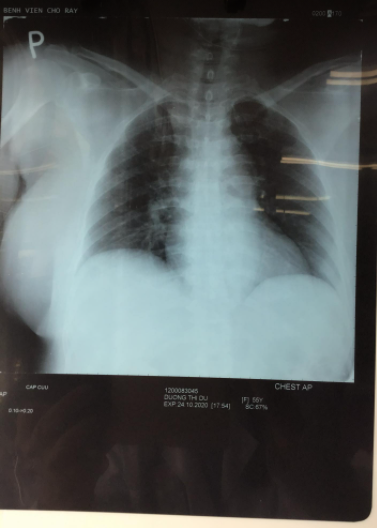
+Cấu trúc tầng trên lều:

* Không phát hiện bất thường về đậm độ nhu mô não. Cấu trúc đường giữa không di lệch. Hệ thống não thất không bị chèn ép.

+Cấu trúc xương xoang và phần mềm hộp sọ: bình thường

KL: Không có hình ảnh tăng đậm độ của xuất huyết não. Không có hình giảm đậm độ của nhồi máu não mặc dù đây có thể là giai đoạn sớm – tuy nhiên bệnh nhân nhồi máu não thường không đau đầu dữ dội, theo dõi lâm sàng không ghi nhận dấu thần kinh khu trú à nên không nghĩ. Nên nghĩ bệnh não do THA

1. X quang ngực thẳng:



Đánh giá phình bóc 🡪 CT scan ngực có cản quang

Không có dấu hiệu lớn thất T, không lớn nhĩ 🡪 Hiện tại không có biến chứng tim trên phim X quang

Cung động chủ phồng, k hông có dấu hiệu bóc tách trên X quang đối chiếu lâm sàng không đau ngực nên không nghĩ bóc tách ĐM chủ ngực

Tư thế nằm

Cường độ tia đạt, đối xứng

Hít không đủ sâu

Bóng tim không to, chỉ số tim lồng ngực = 0.52 à Nghĩ chưa có biến chứng dãn thất (T) của THA

Không lớn nhĩ, không lớn thất (P)

Không có hình ảnh sung huyết phổi à Kết hợp với lâm sàng bệnh nhân không có khó thở nên không nghĩ có biến chứng suy tim cấp của THA

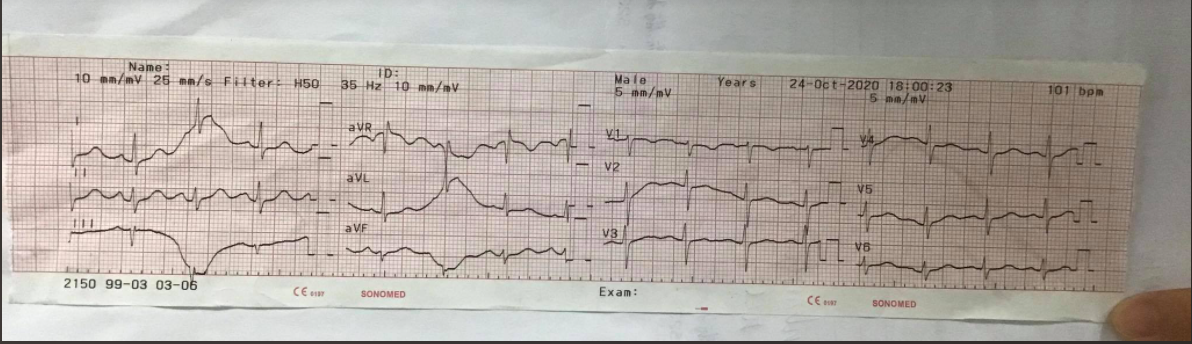
Động mạch phổi (P) và thân chung ĐM (T) không lớn

Cung động mạch chủ phồng: bờ (T) của cung ĐMC – đường giữa > 4cm tiêu chuẩn này chỉ dành cho BN ở tư thế đứng vì nằm sẽ to ra giả tạo, trong trường hợp này kẻ đường tiếp tuyến bên phải và bên trái ĐMC => chỉ số ĐMC => chia cho chỉ sổ tim => nếu lớn hơn 40% => phình, nếu thấy đường song song thì nghĩ phình bóc tách luônà Nghĩ nhiều bệnh nhân có phình động mạch chủ biến chứng mạn của THA à Đề nghị siêu âm tim đánh giá chính xác hơn CT scan ngực có cản quan chứ SA tim không thấy được đâu

Tư thế nằm:

* Chỉ số ĐMC/ Chỉ số tim > 40% 🡪 lớn động mạch chủ

1. ECG:



Không ST chênh, T âm, cao nhọn, block nhánh🡪 k hông tổn thương cơ tim

Lớn nhĩ (T), không lớn thất (T) 🡪 Đối chiếu lâm sàng không phù hợp

Không rối loạn dẫn truyền: QSR không dãn rộng

Không biến chứng rối loạn phát nhịp: Nhịp xoang

Nhịp xoang, đều, tần số 100l/p

Trục trung gian lệch (T) vì DI (+), avF (-) và DII (+)

PR, QRS và QT bình thường

Lớn nhĩ (T) vì sóng P ở DII >0.12s

Không lớn nhĩ (P)

Không lớn thất

Không ghi nhân ST chênh, sóng T cao nhọn, âm sâu, block nhánh (T) à nên nghĩ không có biến chứng hội chứng vành cấp

Sóng T âm ở V1, T thấp ở V2 và V3 à nghĩ có thiếu mục cơ tim cục bộ ở thành trước vách à Phù hợp lâm sàng bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ổn định

1. Men tim:

Bệnh nhân không được làm

1. Siêu âm tim:

Các buồng tim không dày dãn

Không rối loạn vận động vùng

Vách liên thất và vách liên nhĩ nguyên vẹn, không phì đại

Các van tim mềm mại

Không huyết khối > 3mm trong buồng tim

Không dịch khoang màng ngoài tim

Chưa ghi nhận bất thường khác

Chức năng tâm thu thất trái EF = 66%

Cảm nghĩ:

* Không ghi nhận rối loạn vận vùng 🡪 không có tình trạng thiếu máu cục bộ tuy nhiên bệnh nhân có cơn đau thắt ngực điển hình trong tiền căn nên em đề nghị thêm ECG gắng sức và siêu âm tim gắng sức khi bệnh nhân ổn định
* Buồng tim thất trái không giãn, chức năng tâm thu thất trái = 66% nên nghĩ chưa có biến chứng suy tim, và dày thất của THA
* Tim có dày dãn: chỉ số khối cơ = quan trọng
* Chức năng tâm thu thất T
* Chức năng tâm trương thất T: đo chỉ số E/A

1. CTM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 24/10/2020 |  |
| RBC | 5.07 | 3.8-5.5 T/L |
| HGB | 130 | 120-170 g/L |
| HCT | 39.5 | 34-50 % |
| MCV | 77.8 | 78-100 fL |
| MCH | 25.7 | 24-33 pg |
| MCHC | 330 | 315-355 g/L |
| WBC | 9.32 | 4-11G/L |
| %NEU | 81.0 | 45-75 % |
| NEU# | 7.55 | 1.8-8.25 G/L |
| %LYM | **7.3** | 20-40% |
| LYM# | **0.68** | 0.8-4.4 G/L |
| %MONO | 7.6 | 4-10% |
| MONO# | 0.71 | 0.16-1.1 G/L |
| %EOS | 2.2 | 2-8 % |
| EOS# | 0.21 | 0.08-0.88 G/L |
| %BASO | 0.5 | 0-2% |
| BASO# | 0.04 | 0-0.22 G/L |
| PLT | **178** | 200-400 G/L |
| MPV | 8.1 | 7-12 fl |
| RDW-CV | 14.6 | 11.5-14.5% |

- 3 dòng tế bào máu trong giới hạn bình thường

6. Sinh hoá

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALT | 35 | 5-49 U/L |
| AST | **55** | 9-48 U/L |
| BUN | 10 | 7-20 mg/dl |
| Creatinine | 0.84 | 0.7-1.5 mg/dl |
| eGFR | **78.24** | >=90 ml/min/1.73 m2 da |
| Đường huyết | **144** | 70-110mg/dl |

Biện luận:

Đường huyết tại phòng cấp cứu là 144mg% >126mg% tuy nhiên đây là đường huyết mao mạch và bệnh nhân đang trong tình trạng stress do đó đề nghị HbA1C kiểm tra.

BUN và Creatinine của bệnh nhân ở trong giới hạn bình thường à Cần lặp lại thêm BUN và Creatinine sau 48h để loại trừ tổn thương thận cấp

eGFR của bệnh nhân 78.24 ml/p/1.73 m2 da nghĩ do lão hóa theo tuổi.

AST tăng ?? đợi kết quả TnI

1. Ion đồ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na+ | 134 | mmol/L |
| K+ | 3.4 | mmol/L |
| Cl- | 96 | mmol/L |

Na, K, Cl giảm nhẹ nghĩ do nôn ói

1. Bilan lipid máu:

Chưa làm

# Chẩn đoán xác định

Cơn THA cấp cứu biến chứng bệnh não do tăng huyết áp và ~~mắt~~/ THA nguyên phát độ II theo ESC 2018 biến chứng cơn đau thắt ngực ổn định và phình động mạch chủ ngực.

# Điều trị:

## Cơn THA:

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị triệu chứng

Điều trị cơn THA

1. Phương pháp điều trị :

Điều trị giảm đau đầu:

* Paracetamol 1g/100ml (TTM) C g/p

Điều trị cơn THA cấp cứu:

* Gắn monitor
* Sử dụng thuốc hạ áp đường tĩnh mạch
* Mục tiêu:
  + 1h đầu: giảm 25% HA trung bình à HA trung bình đạt:100 mmHg vì monitor nó đo HATB, giảm 25 vì hơn 25 thì làm giảm tưới mãu não làm BN NMN
  + 2h-6h tiếp: HA đạt 160/90 mmHg
  + 6h à 24h: HA đạt mục tiêu là <140/90 mmHg nếu bệnh nhân thích nghi được
  + Thường bệnh nhân vào phòng CCU + đặt HA động mạch xâm lấn 🡪 Theo dõi # VN: đo bằng tay 😊))
  + Tại sao giảm 25%: tại vì giảm hơn 🡪 tụt HA và giảm tưới máu não 🡪 Nhồi máu não
    - HA tăng, lưu lượng máu não tăng, tăng V mô não 🡪 Tăng ALNS: đau đầu + chóng mặt 🡪 thành mạch dày lên để cản trở lưu lượng máu não giảm. Theo hiện tượng mao dẫn, đường cong lưu lượng theo HA dịch chuyển sang bên P.Do đó nếu hạ áp quá nhanh 🡪 sẽ dịch chuyển qua bên T
* Thuốc:
  + Vì bệnh nhân này có đau đầu dữ dội, kèm theo tiền căn ghi nhận hen nên chọn Nimodipine
  + Nimodipine
  + Nitroglycerine: đầu tay tuy nhiên nó dãn mạch máu não 🡪 Đau đầu
  + Nicardipine: thuốc hạ áp mạnh 5mg/h
  + Nimodipine: trường hợp này tăng HA + có triệu chứng thần kinh: đầu tay 1mg/h trong 2h 🡪 2mg/h trong những giờ tiếp theo
  + Esmolol + Labetalol: bệnh nhân này có phình động mạch chủ ngực 🡪 tuy nhiên đang hen 🡪 không xài
* Theo dõi:
  + Sau 30p -1h: tăng liều + dùng lợi tiểu
  + Bản chất furosemide: không hạ áp nhưng hỗ trợ hạ áp thuốc khác
    - Dãn mạch thoáng qua
    - Lợi tiểu: đối kháng với hệ RAAS do giảm lưu lượng máu thận do hạ áp nhanh
    - Dãn các mao mạch phổi
* THA khẩn cấp:
  + ĐỊnh nghĩa: >180/110 + khỏe mạnh hoặc hơi nặng đầu
  + Hạ áp từ từ :
    - 25% HA trung bình trong 24h đầu
    - Sau đó 🡪 uống thuốc về mục tiêu
  + Thuốc:
    - Có thể cho thuốc HA gối đầu lúc captopril hết tác dụng
    - Captopril 25mg 1-2v NDL (an tâm hơn( hoặc uống 🡪 30-1h đánh giá lại 🡪 Không có THA dội ngược
    - Nifedipine 10-20-30mg. Loại 10mg mới hạ huyết áp.
      * Thời gian tác dụng: 10p 🡪 nhanh nên cẩn thận người lớn tuổi: nhồi máu não hoặc hội chứng vành cấp (do tăng nhịp tim phản xạ)

## Điều trị HA mạn:

* Bệnh nhân này có chỉ định điều trị THA mạn vì THA độ 2
* Mục tiêu:
  + Vì bệnh nhân này <65 tuổi và không có bệnh lý thận đi kèm nên HA duy trì 120-<130/ 70-<80 mmHg
  + <65 tuổi + phình động mạch chủ ngực + thiếu máu cục bộ 🡪 nên để HA tâm thu thấp
* Điều trị dùng thuốc + không dùng thuốc
* Thuốc:
  + ~~Phối hợp 2 thuốc và chung 1 viên~~
  + Bệnh nhân này có cơn đau thắt ngực ổn định nên ưu tiên dùng ức chế men chuyển và chẹn beta tuy nhiên tiền căn bệnh nhân được chẩn đoán hen nên thay thế bằng chẹn kênh canxi
    - Ức chế men chuyển:
      * Perindopril 5mg 1v (u)
    - Chẹn kênh canxi Non DHP
      * ~~Amlodipine 2.5mg 1v (u)~~
      * Diltiazem tác dụng kéo: 100mg 1v /ngày
  + Đối với bệnh mới THA đầu tiên nên dùng 2l/ngày 🡪 đánh vào tâm lý bệnh nhân cho BN yên tâm và số lượng thuốc bằng nhau 🡪 Sau đó rồi mới phối hợp
* Không dùng thuốc:
  + Giảm cân
    - Vì bệnh nhân này BMI = 26kg/m2
    - Mục tiêu: BMI 18.5-22.9
    - Phương pháp:
      * Tăng cường vận động thể lực: 30p/ngày x 7 ngày
      * Hạn chế: ăn chất béo, transfats
  + Hạn chế ăn mặn
  + Tập thể dục
  + Tuân thủ điều trị

## Cơn đau thắt ngực ổn định: Đang chờ làm chẩn đoán thì đùng điều trị

~~Aspirin 81mg 1v (u)~~

~~Atorvastatin 40mg 1v (u)~~