|  |
| --- |
| Họ và tên: Nguyễn Huỳnh Đức Thiện  Tổ: 21 – lớp Y17D |

**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính:**

- Họ tên bệnh nhân: HỒ THỊ C. Giới: Nữ

- Năm sinh: 1950 (72 tuổi)

- Nghề nghiệp: Hưu

- Địa chỉ: Bình Thạnh, TP HCM

- Ngày nhập viện: 9h ngày 06/12/2022

- Khoa: Nội Tim Mạch – BV Nhân dân Gia Định.

1. **Lý do nhập viện:** Khó thở
2. **Bệnh sử:** bệnh nhân là người khai bệnh

- Cách nhập viện 2 ngày, BN đang nằm ngủ (nằm 1 gối) thì đột ngột cảm thấy khó thở cả hai thì. Trong cơn khó thở, BN nói từng câu, không đau ngực, không đánh trống ngực, không ho đàm máu. BN ngồi dậy khoảng 5-10p thì cảm thấy dễ thở hơn và nằm ngủ lại. Trong đêm xuất hiện từ 2-3 cơn.

- Ngày nhập viện, BN đang ngồi nghỉ thì đột ngột cảm thấy khó thở, khó thở 2 thì, trong cơn khó thở BN nói được từng từ kèm vã mồ hôi, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực, không ho. → đến khám ở BV Nhân dân Gia Định

- Trong quá trình bệnh, BN thấy phù hai chân đến cẳng chân, ấn mềm, không đau, nhưng không đi cân kiểm tra nên không rõ có tăng cân không, vẫn ăn uống được, không ho, không sốt, không đau ngực, không đau đầu, không đau bụng, tiểu vàng trong 1l/ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn.

Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc được

M 100 l/ph, HA 130/90 mmHg, NĐ 37℃, NT 20 l/ph, SpO2 98% (khí trời)

Diễn tiến sau nhập viện:

N1-2: giảm khó thở, giảm phù

1. **Tiền căn:**
2. **Bản thân:**

- Nội khoa:

+ Cách nhập viện 11 tháng (T1/2022): bệnh nhân đến khám tổng quát tại BV Bình Thạnh thì được chẩn đoán THA vô căn, điều trị với Amlodipin 5mg 1v (u), huyết áp lúc phát hiện là 150/80mmHg. BN không có triệu chứng đau đầu. BN dùng thuốc đều và liên tục. Huyết áp thường xuyên ghi nhận 130-140mmHg.

+ Cách nhập viện 2 tháng, BN cảm thấy mệt và khó thở khi đi được khoảng 1 tầng lầu, phải dừng lại để thở (bình thường đi được 3-4 tầng lầu), đi bộ khoảng 80m thì mệt, ngồi nghỉ khoảng 10-15p thì giảm mệt. Tình trạng khó thở này không cải thiện, BN không đi khám và điều trị gì. BN thỉnh thoảng thấy phù đến cẳng chân, ấn thấy mềm, không đỏ, không đau, thường xuất hiện khi đi lại, hoặc đứng lâu. Phù giảm khi ngủ qua đêm, khoảng vài ngày sau thì mất hẳn.

- Chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ, bệnh lý tim mạch khác

- Ngoại khoa: chưa ghi nhận

- Thói quen, dị ứng: không ăn mặn, không hút thuốc, không uống rượu bia, ít vận động thể lực, chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

**2. Gia đình:**

- Chưa ghi nhận gia đình mắc ĐTĐ, bệnh lý tim mạch.

**V. Lược qua các cơ quan**: (08/12/2022)

- Không khó thở, không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

- Không ho, không sốt

- Không đau bụng, tiêu phân lỏng 2-3 lần/ ngày

- Tiểu vàng trong 1l/ngày

- Không yếu liệt chi, không đau nhứt các khớp

**VI. Khám lâm sàng** (08/12/2022)

1. **Tổng trạng:**

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu cao 30
* Sinh hiệu: Mạch 90l/p, HA: 120/60 mmHg, NT: 16l/p, t 37 độ C
* Chi ấm, mạch không đều.
* BN thở đều, không co kéo cơ hô hấp phụ
* Da niêm hồng, không dấu xuất huyết
* Không phù
* Hạch ngoại biên không sờ chạm
* CC: 160cm, CN: 60kg. BMI: 23.4 kg/m2 → Thừa cân

1. **Đầu mặt cổ:**

* Tuyến giáp to đều, mật độ mềm, di động theo nhịp nuốt, bề mặt trơn láng, giới hạn rõ, không thay đổi màu sắc da, không đau, không âm thổi
* Tĩnh mạch cổ không nổi ở tư thế 45 độ
* Không âm thổi động mạch cảnh

1. **Ngực:**

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở. Thành ngực không ghi nhận bất thường.

Tim

* Mỏm tim ở khoang liên sườn VI, ngoài đường trung đòn (T) 1cm. Diện đập 1x1cm2.
* Không có dấu Harzer, không có dấu nảy trước ngực, không có rung miêu.
* T1, T2 khoảng 90 l/p, không đều có chu kì
* Không ghi nhận âm thổi và tiếng tim bệnh lý

Phổi

* Gõ trong
* Rung thanh đều 2 bên
* Ran ẩm ở 2 đáy phổi

1. **Bụng:**

* Cân đối di động theo nhịp thở
* Không âm thổi vùng bụng
* Ấn bụng mềm, không ghi nhận điểm đau
* Gan: bờ trên khoảng gian sườn IV, bờ dưới không sờ chạm. Chiều cao gan theo phương pháp gõ là 10cm
* Lách không sờ chạm
* Chạm thận âm tính, rung thận âm tính

1. **Cơ xương khớp:**

* Khớp không biến dạng, không điểm đau.

1. **Thần kinh**

* Cổ mềm, không có dấu thần kinh định vị.

**VII. Tóm tắt bệnh án:**

BN nữ, 72 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

+ Khó thở khi ngồi nghỉ, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi gắng sức.

+ Phù 2 chân

- TCTT:

+ Ran ẩm 2 đáy phổi

+ Mỏm tim KLS VI ngoài đường trung đòn (T) 1cm

- Tiền căn: THA

**VIII. Đặt vấn đề:**

1. Hội chứng suy tim
2. Rối loạn nhịp
3. Tiền căn: THA

**IX. Chẩn đoán**

**Chẩn đoán sơ bộ**

+ Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh mạch vành – Tăng huyết áp độ I

**Chẩn đoán phân biệt**

+ Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy HC vành cấp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh mạch vành – Tăng huyết áp nguyên phát độ I

+ Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do THA – Tăng huyết áp độ I

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy HC vành cấp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do THA – Tăng huyết áp nguyên phát độ I

**X. Biện luận:**

**1. Hội chứng suy tim:**

- BN có HC suy tim do có: Khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, ran ẩm ở 2 đáy phổi, tim to, phù chân.

- BN có triệu chứng khó thở 2 tháng nay, và kèm theo có tim to thì nghĩ là có suy tim mạn rồi. Triệu chứng của BN diễn tiến trong vòng mấy ngày nay là BN có khó thở nhiều hơn, có phù chân tăng lên, thì nghĩ là đợt mất bù cấp của suy tim mạn.

- BN có khó thở khi gắng sức, khi nằm đầu thấp, khó thở kịch phát về đêm, mỏm tim KLS VI ngoài đường trung đòn 1cm, BN phù chân → Suy tim toàn bộ

- Mức độ: BN leo được 1 tầng lầu/ đi bộ 80m thì khó thở → độ III theo NYHA

- Giai đoạn C theo ACC/AHA: Bệnh tim cấu trúc, có TC suy tim.

- Nguyên nhân:

+ Bệnh mạch vành: BN nữ 72t, có tiền căn THA, thừa cân, ít vận động thể lực, dù BN chưa từng ghi nhận đau ngực trước đây, vẫn không loại trừ được => đề nghị ECG, SA tim, chụp mạch vành.

+ THA: BN được chẩn đoán THA cách đây 4 tháng, HA kiểm soát ổn mức 130-140 mmHg. → ít nghĩ

+ Rối loạn nhịp tim: chưa ghi nhận tiền căn RL nhịp, không có hồi hộp, không đánh trống ngực, nhịp tim nhanh 140 l/p, chưa loại trừ được, đề nghị ECG

+ Bệnh van tim: không nghe thấy âm thổi bất thường, không nghĩ

- Yếu tố thúc đẩy:

Hội chứng vành cấp: BN không đau ngực, nhưng BN lớn tuổi, TC THA, có thể NMCT thầm lặng, đề nghị ECG, Troponin I

RL nhịp tim: không có hồi hộp, không đánh trống ngực, nhịp tim nhanh 140 l/p, chưa loại trừ được, đề nghị ECG

Nhiễm trùng: BN không ho, không sốt, không đau bụng, không đau đầu, tiêu tiểu bình thường, nên không nghĩ

Cơn tăng HA: BN không có triệu chứng của THA, HA lúc nhập viện: 140/90 mmHg, không nghĩ.

1. **Rối loạn nhịp**

BN này có nhịp tim không đều có chu kì, nghĩ là ngoại tâm thu, có thể là thất, nhĩ, bộ nối → đề nghị ECG

1. **Đề nghị CLS**
2. CLS chẩn đoán: ECG, X Quang ngực thẳng, SA tim, NT pro BNP, Troponin I.
3. CLS thường quy: CTM, AST, ALT, ion đồ, ure, creatinine, Cholesterol, HDL-c, LDL-c, đường huyết, fT3, fT4, TSH
4. **Kết quả CLS**
5. **ECG**

Ảnh có chứa văn bản, bảng trắng, tài liệu

Mô tả được tạo tự động

- Nhịp xoang tần số 107 nhịp/ phút  
- Ngoại tâm thu thất  
- Trục trung gian  
- Sóng P pha âm ở V1 > 0,04mms → lớn nhĩ trái  
- PR có thời gian 0,2 giây -> PR bình thường  
- QRS có thời gian 0,06 giây -> Thời gian QRS bình thường  
- Không có lớn thất phải, không có lớn thất trái  
- QTc = 0,48 s → QT kéo dài  
- Sóng T âm dẹt DII, aVF  
Kết luận :

Nhịp xoang nhanh tần số 107 l/p, ngoại tâm thu thất

Lớn nhĩ trái

Thiếu máu cơ tim

1. **X quang ngực thẳng:**

Ảnh có chứa văn bản, thiên nhiên, mùa xuân, bầu trời đêm

Mô tả được tạo tự động

- Bóng tim lớn: chỉ số bóng tim lồng ngực > 0,55

- Mỏm tim xuống dưới, ra ngoài → lớn thất trái

- Mờ 2 đáy phổi → có thể TDMP 2 bên lượng ít

Kết luận: Lớn tim trái, cung ĐMC phồng, tràn dịch màng phổi 2 bên lượng ít

1. **Siêu âm tim:**

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

Dãn thất trái, nhĩ trái: phù hợp với lâm sàng + ECG, X quang ngực

Giảm động nặng thành dưới, thành dưới bên, thành dưới vách, phù hợp với ECG → Thiếu máu cơ tim

Kết quả phù hợp suy tim do bệnh mạch vành do giảm động thành tim, nếu THA thì sẽ dày đồng tâm.

1. **CTM:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WBC** | 9,09 | G/L | 4 - 11 | **RBC** | **3,49** | T/L | 3,8 – 5,5 |
| **%NEU** | 55,6 | % | 45 - 75 | **HGB** | **107** | g/L | 120 – 170 |
| **NEU** | 5,05 | G/L | 1,8 – 8,25 | **HCT** | **32,8** | % | 34 – 50 |
| **%LYM** | 37,3 | % | 20 - 40 | **MCV** | 94 | fL | 78 - 100 |
| **LYM** | 3,39 | G/L | 0,8 – 4,4 | **MCH** | 30,7 | pg | 24 - 33 |
| **%MONO** | 6,5 | % | 4 - 10 | **MCHC** | 326 | g/L | 315 - 355 |
| **MONO** | 0,59 | G/L | 0,16 – 1,1 | **CHCM** | 334 | g/L | 310 - 360 |
| **%EOS** | 0,3 | % | 2 - 8 | **PLT** | 318 | G/L | 200 - 400 |
| **EOS** | 0,03 | G/L | 0,08 – 0,88 | **MPV** | 9,5 | fL | 7 - 12 |
| **%BASO** | 0,3 | % | 0 - 2 | **RDW-CV** | 13,5 | % | 11,5 – 14,5 |
| **BASO** | 0,03 | G/L | 0 – 0,22 |  |  |  |  |
| **%IG** | 0.3 | % | <5 |  |  |  |  |

Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình. Đề nghị sắt huyết thanh, feritin.

1. **Ion đồ**

Na 142 mmol/L, K+ 3,2 mmol/L, Cl- 110 mmol/L

→ Giảm K máu nhẹ

→ Có thể do dùng lợi tiểu

1. **Sinh hóa máu:**

Đường huyết: 145mg/dl

Cholesterol 191 mg/dl

HDL- Cholesterol 26 mg/dl

LDL- Cholesterol 137 mg/dl

Triglycerides 173 mg/dl

AST 27U/L

ALT 43 U/L

BUN 20 mg/dl

Creatinine 0,84 mg/dl

eGFR 69,44 ml/min/1,73m2da

Troponin I 0,05 ng/mL

-Nhận xét: Đường huyết tăng, đề nghị thêm đường huyết đói, HbA1c.

Các giá trị khác nằm trong giới hạn bình thường

1. **Chức năng tuyến giáp:**

fT3 3,59 pg/ml

fT4 1,3 ng/dl

TSH 1,13 microIU/ml

Nằm trong giới hạn bình thường

1. **Chẩn đoán xác định:**

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy do ngoại tâm thu thất/ suy tim toàn bộ phân suất tống máu giảm (EF 32%) độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh tim thiếu máu cục bộ – Tăng huyết áp độ I nguy cơ rất cao – Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình – Hạ K máu

1. **Điều trị**
2. **Nguyên tắc điều trị:**

Điều trị triệu chứng

Điều trị tái cấu trúc

Điều trị nguyên nhân

Điều trị yếu tố thúc đẩy

Điều trị bệnh kèm theo

Dự phòng biến cố tim mạch

1. **Điều trị cụ thể:**

**Xử trí cấp cứu**

Nằm phòng thường

Nằm đầu cao 30 độ

Furosemid 20mg 1A x 2 (TMC)

Valsartan 40mg 1v x 2(u)

Spirolactone 25mg 1v (u) sáng

Empagliflozin 10mg 1 v (u)

Asprin 81 mg 1v (u) sáng

Rosuvastatin 20 mg 1v (u)

Omeprazol 20mg 1v (u)

Kali Clorid 0.5g 2v x 3 (u)

Theo dõi sinh hiệu/12h

1. **Tiên lượng:**

Trung bình