**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính:**

- Họ tên bệnh nhân: NGUYỄN THỊ L. Giới: Nữ

- Năm sinh: 1945 (77 tuổi)

- Nghề nghiệp: nông (nghỉ)

- Địa chỉ: TP HCM

- Ngày nhập viện: 9h ngày 10/12/2022

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

1. **Lý do nhập viện:** Khó thở
2. **Bệnh sử:**

- Cách nhập viện 1 tuần, BN thấy khó thở khi đi lại trong nhà, liên tục, khó thở cả khi hít vào và thở ra, trong cơn khó thở, BN nói từng câu được, BN ngồi nghỉ có giảm nhưng không hết. Đêm nằm ngủ thấy khó thở nhiều hơn nên nhiều lần phải ngồi và nằm kê 2 gối, trong đêm nhiều lần đột ngột thức giấc vì khó thở, sau đó ngồi 1 lúc thì bớt và BN ngủ lại được. Cùng thời điểm, BN ho đàm vàng đặc, lượng ít, không nhầy máu, khoảng 3-4 lần/ngày.

- Cách nhập viện 2 ngày, BN thấy phù 2 chân từ mu lên cẳng chân, ấn mềm, không đau. Khó thở ngày càng nhiều hơn.

- Cách nhập viện 1 giờ, BN khó thở khi ngồi nghỉ nên BN đến khám ở BV Nhân dân Gia Định.

Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không rõ tăng hay giảm cân nặng, vẫn ăn uống được, 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 tốt.

M 68 l/ph, HA 120/80 mmHg, NĐ 37℃, NT 22 l/ph, SpO2 98% (khí trời)

BN đang ngồi nghỉ thì đột ngột cảm thấy khó thở, khó thở cả khi hít vào và thở ra, trong cơn khó thở BN nói được từng từ kèm vã mồ hôi, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực, không ho. BN được người nhà đưa đến phòng khám 548, được làm xét nghiệm, sau đó nhập BV Chợ Rẫy.

Chẩn đoán là gì? Tại sao chuyển CR? Em nói thêm chẩn đoán là đợt mất bù cấp của suy tim rồi chuyển CR ha.

- 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, SpO2/khí trời: 91%

Nhịp thở: 20l/p

Mạch: 140 l/p

HA: 140/90 mmHG

Nhiệt độ: 37 độ C

Da niêm hồng

Phù nhẹ 2 chân

Tim đều, T1,T2 rõ

Phổi thông khí đều 2 bên

Bụng mềm

1. **Tiền căn:**
2. **Bản thân:**

- Nội khoa:

- CNV 1 năm, BN đau cột sống thắt lưng, không lan, đau âm ỉ khi đi lại khoảng 5-10p, nằm thì giảm đau đến khám tại BN Quận Bình Tân thì được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng, điều trị với Piroxicam 20mg 1v (u), Paracetamol 500mg 1v (u) x2, Eperison 50mg 1v (u) x2, tái khám thường xuyên.

- 4/2021: BN được chẩn đoán U lành tuyến giáp ở BV Bình Tân, sau đó chuyển BV 115 theo dõi, không điều trị gì.

- 1/2022: bệnh nhân đến khám tổng quát tại BV Bình Tân 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.

Nên ghi CNV bao lâu hết luôn cho người ta dễ theo dõi.

- 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.

Khả năng gắng sức của bn là quan trọng, phải hỏi nha. Vì nó liên quan đến phân độ suy tim, tiền căn khó thở phải ghi nhận ha.

Anh muốn biết thêm về tiền căn đau ngực. Không có thì em cũng phải ghi ko có, có đau ngực có thể là liên quan đến bệnh lý mạch vành.

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

- Sản phụ khoa: mãn kinh năm 52 tuổi, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý phụ khoa

- 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

Tiền căn về YTNC tim mạch thì bạn cũng khai thác ha: có ĐTĐ nè, rồi có THA nè, thói quen hút thuốc lá, tiền căn gia đình có bệnh tim mạch sớm ha. Nhưng mà cái THA thì bn này phải khai thác HA cao nhất là nhiu.

**2. Gia đình:**

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

**V. Lược qua các cơ quan**: ( 02/05/2020)

- Tim mạch: không khó thở, không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

- Hô hấp: không ho, không sốt

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

- Tiết niệu: Tiểu vàng trong 1l/ngày

- Cơ xương khớp: than đau cột sống thắt lưng L3-L4 lúc đi lại

- Thần kinh: không yếu liệt chi

**VI. Khám lâm sàng** (8h ngày 02/05/2022)

1. **Tổng trạng:**

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu cao 30
* Sinh hiệu: Mạch 90l/p, HA: 100/60 mmHg, NT: 16l/p, t 37 độ C
* Chi ấm, mạch đều rõ.
* 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

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.
* Có dấu Harzer, dấu nảy trước ngực, không có rung miêu.
* T1, T2 đều rõ khoảng 90 l/p.
* Không ghi nhận âm thổi và tiếng tim bệnh lý

Phải ghi rõ ko đều có chu kỳ hay là loạn nhịp hoàn toàn.

* Ko đều có chu kỳ bao nhiêu lần/p, ghi thêm tần số tim nữa. Ví dụ Nhịp tim ko đều có chu kỳ, 5 nhịp đến sớm trong 1p, tần số tim là 80 lần/p.
* Tim loạn nhịp hoàn toàn tần số bao nhiêu lần/p

Phổi

* Gõ trong
* Rung thanh đều 2 bên
* Không ran.

1. **Bụng:**

* Cân đối di động theo nhịp thở
* Nhu động ruột 12 l/ph. 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, 77 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 1 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

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

+ Ho đàm vàng đục.

+ Phù 2 chân

- TCTT:

* Phản hồi gan – cảnh (+)
* Harzer, dấu nảy trước ngực.
* Mỏm tim KLS VI ngoài đường trung đòn (T) 1cm

- Tiền căn: THA – ĐTĐ – RL Lipid máu

**VIII. Đặt vấn đề:**

1. Hội chứng suy tim
2. Ho đàm
3. Đau ngực
4. Tiền căn THA – ĐTĐ – RL lipid máu

Gom khó thở cấp với suy tim lại.

Khó thở trong HCVC nếu mà nó gây ra thì nó cũng kèm theo biểu hiện của suy tim cấp.

Nếu em chỉ nghĩ khó thở do nguyên nhân về tim thì có thể đặt vấn đề chung là HC suy tim được, ko cần phải đặt khó thở riêng. Nếu khó thở nghĩ thuyên tắc phổi, viêm phổi chẳng hạn thì đặt riêng. Ko nghĩ nguyên nhân khác thì đặt HC suy tim thôi. Đặt nhiều phải giải quyết hết. Thi ko kịp.

1. Hội chứng suy tim
2. Rối loạn nhịp
3. Tiền căn THA – Thoái hóa cột sống thắt lưng – U lành tuyến giáp

SpO2 91% chưa có SHH, dưới 90% mới là SHH.

**IX. Chẩn đoán**

- Chẩn đoán sơ bộ: Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nghĩ do hội chứng 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 theo ESC 2018- Thoát hóa cột sống thắt lưng –– U lành tuyến giáp

⭢ Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp dưới/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do tăng huyết áp – Tăng huyết áp nguyên phát độ I theo ESC 2018 – Đái tháo đường – Rối loạn lipid máu

Chẩn đoán phân biệt

⭢ Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp dưới/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do tăng huyết áp – Tăng huyết áp nguyên phát độ I theo ESC 2018 – Đái tháo đường – Rối loạn lipid máu

Phân biệt YTTĐ (do hc vành cấp), hoặc phân biệt nguyên nhân suy tim mạn (thì có thể do bệnh lý THA).

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nghĩ do rối loạn nhịp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA –Giai đoạn C theo ACC/AHA do THA – Tăng huyết áp độ nguyên phát độ I theo ESC 2018 - Thoát hóa cột sống thắt lưng –– U lành tuyến giáp

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nghĩ do rối loạn nhịp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh tim thiếu máu cục bộ – Tăng huyết áp nguyên phát độ I theo ESC 2018 - Thoát hóa cột sống thắt lưng –– U lành tuyến giáp

Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nghĩ do hội chứng vành cấp/ suy tim toàn bộ độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh tim thiếu máu cục bộ – Tăng huyết áp nguyên phát độ I theo ESC 2018 - Thoát hóa cột sống thắt lưng –– U lành tuyến giáp

**X. Biện luận:**

**Em đặt vấn đề là khó thở cấp sao lại đi từ hc suy tim. Khi em đặt vấn đề là từ nặng nhất đến nhẹ nhất hoặc chính nhất đến phụ nhất, rồi giải quyết vấn đề theo hướng đó luôn.**

**1. Hội chứng suy tim:**

- BN có HC suy tim do có các triệu chứng sau theo tiêu chuẩn Framingham:

Tiêu chuẩn chính: Khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, tĩnh mạch cảnh nổi, phản hồi gan – cảnh

Tiêu chuẩn phụ: Khó thở khi gắng sức, phù chân

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 không khó thở khi nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân được, đi lại trong nhà thì khó thở → độ III theo NYHA

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

Nguyên nhân:

THA: BN được chẩn đoán THA cách đây 3 tháng, khám thấy tim to (bên phải), nên nghĩ do THA. Đề nghị X quang ngực, ECG, Siêu âm tim.

Bệnh mạch vành: BN nữ 77t, có tiền căn THA, thừa cân, ít vận động thể lực, BN có những cơn đau thắt ngực không điển hình trước đây => nghĩ nhiều => đề nghị ECG, SA tim, chụp mạch vành.

Rối loạn nhịp tim: chưa ghi nhận tiền căn RL nhịp, không có hồi hộp, không đánh trống ngực, nhịp đều -> không nghĩ

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

Bệnh lý cơ tim phì đại: Khám thấy mỏm tim lệch xuống dưới và ra ngoài, tuy nhiên BN không có đau ngực, không hồi hộp, đánh trống ngực, lớn tuổi nên ít nghĩ

Yếu tố thúc đẩy:

C – HC vành cấp: BN không đau ngực, nhưng BN lớn tuổi, tiền căn THA, ĐTĐ có thể NMCT thầm lặng -> đề nghị ECG, Troponin I

H – Tăng HA cấp cứu: BN không có triệu chứng THA, HA lúc nhập viện 120/80 mmHg -> không nghĩ

A – Rối loạn nhịp: BN không hồi hộp, đánh trống ngực, nhịp tim đều -> không nghĩ

M – Cơ học:

P – Thuyên tắc phổi:

I – Nhiễm trùng: BN có ho đàm vàng đục, không sốt -> không loại trừ nhiễm trùng hô hấp dưới -> đề nghị CTM, CRP, xquang ngực thẳng

T – Chèn ép tim:

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.

Tiếp cận suy tim:

1. Có suy tim hay ko? Bạn dùng Framingham với tiêu chuẩn chính là khó thở kịch phát về đêm, có ran ẩm 2 đáy phổi, có tim to, còn khó thở khi nằm thì cũng có thể tính vô tiêu chuẩn chính, nhưng thường bn chỉ khó thở thôi thì mình sẽ ko dùng 2 cái đó làm tiêu chuẩn, ví dụ bn chẳng có gì hết, chỉ có mỗi 2 khó thở, kịch phát về đêm và khó thở khi nằm các em nói là ca này có 2 tiêu chuẩn chính thì nó lại ko phù hợp. Tức nó phải có them tiêu chuẩn chính khác ngoài khó thở chứ em dùng mỗi cái khó thở thôi để chẩn đoán ca này là hc suy tim theo Framingham thì khi đó nó sẽ ko logic. Ca này thì sao, ngoài khó thở ra bn có tim to, có ran ẩm ở phổi ha, thì khi đó mình có thể dùng, thì 2 tiêu chuẩn chính hoặc là 1 chính 2 phụ ha.

2. Thể suy tim là gì?

* Suy tim cấp/mạn/cấp trên nền mạn
* Trái/phải/toàn bộ

Em phải nói thêm ca này có suy tim mạn ko. Có vì triệu chứng khó thở 2 tháng nay, có khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi gắng sức 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.

Suy tim cấp thì nó chia làm nhiều thể, trong đó có 4 thể ghi nhận trên LS

* Đợt mất bù cấp của suy tim mạn
* Phù phổi cấp
* Choáng tim
* Suy tim phải cấp đơn độc

Vô ran ẩm 2 phế trường, ho khạc đàm bọt hồng hết thì nói luôn là phù phổi cấp, chứ đừng có chẩn đoán là đợt mất bù cấp của suy tim mạn biến chứng phù phổi cấp, là ko đúng nha. Đợt mất bù cấp của suy tim mạn và phù phổi cấp là 2 thể của suy tim nên ko thể nào chẩn đoán như vậy được.

Bn vô phù phổi cấp em chẩn đoán: phù phổi cấp, ví dụ như yếu tố thúc đẩy là cơn THA cấp cứu chẳng hạn, trên nền bn suy tim mạn độ mấy.

Ca này mình nghĩ là cái đợt mất bù cấp của suy tim mạn ha, bởi vì bn có khó thở tang lên, có phù chân tăng lên, có ran ẩm ở phổi, các triệu chứng của suy tim nó tiến triển cấp tính so với trước đó thì khi đó là đợt mất bù cấp của suy tim mạn.

3. Phân độ, phân giai đoạn suy tim:

Bạn nói đi bộ 80m ha, đi bộ từ 20-100m là đô 3, > 100m là độ 2, dưới 20 m là độ 4 ha, hoặc là khó thở khi nghỉ ngơi sẽ là độ 4 ⭢ độ 2 theo NYHA

Giai đoạn C theo ACC/AHA thì gần như là chắc chắn rồi. Bởi vì giai đoạn D là suy tim mà giai đoạn cuối rồi, thường bn trơ với điều trị và thường nằm trong box ko à, vô bv là gần như chắc chắn là giai đoạn C rồi.

4. Nguyên nhân của suy tim là gì?

Bạn liệt kê cũng chưa đủ đâu, còn nhiều lắm ha, mình cứ liệt kê thôi. Trong đó là có bệnh lý về **THA, bệnh lý mạch vành, van tim**, đó là 3 nguyên nhân thường gặp nhất. Ngoài ra có thể rối **loạn nhịp tim, bệnh lý về cơ tim ha, rối loạn chức năng tuyến giáp, hoặc là tim bẩm sinh**,.. Thì trong các nguyên nhân đó, em dựa vào LS để quyết định.

* THA muốn gây ra suy tim nó phải là THA ko kiểm soát trong 1 thời gian dài, HA 130-140 cũng đâu phải là HA ko kiểm soát. Ca này ko thoả 2 tiêu chuẩn đó. Thứ nhất, mới phát hiện, thứ 2 là HA tương đối là kiếm soát ha. Như vậy cái này em ít nghĩ tới.

SV: Nhưng mà nếu khám tim thấy mỏm tim nảy mạnh thì vẫn nghĩ

Tất nhiên nếu em nghĩ nảy mạnh kéo dài, nghĩ tới dày thất trái thì vẫn có thể nghĩ tới, mình ko loại trừ nhưng mà ít nghĩ vì THA này mới khởi phát ha. Và HA của bn cũng ko phải là quá cao.

* Rối loạn nhịp tim thông thường nó phải là rối loạn nhịp tim nhanh hoặc là chậm kéo dài thì mới gây ra. Ca này chưa có ghi nhận tiền căn rối loạn nhịp kéo dài trước đây, mới phát hiện lần này thôi. VD trước đây bn hồi hộp, đánh trống ngực kéo dài liên tục, tiền căn đã ghi nhận rối loạn nhịp thì có thể đó là nguyên nhân gây ra suy tim. Còn nếu trước đây ko ghi nhận hồi hộp đánh trống ngực gì, tiền căn cũng ko ghi nhận, đợt này có rối loạn nhịp tim thì nó chỉ là YT thúc đẩy thôi chứ ko phải là nguyên nhân suy tim. Nn suy tim mạn nó phải là cái gì lâu rồi, chứ ko thể nào là cái mới. Nếu mới thì coi chừng nó chỉ là yếu tố thúc đẩy của suy tim thôi. Rối loạn nhịp tim cũng ko nghĩ nhiều trên ca này.
* Mạch vành: Theo anh ca này phải nghĩ nhiều nhất. Vì ca này mặc dù ko đau ngực nhưng lớn tuổi, nhiều YTNC tim mạch, trong đó có THA, thừa cân, thì em phải liệt kê ra, ca này mạch vành là cái hàng đầu.
* Bệnh cơ tim thì em đừng ghi riêng bệnh cơ tim phì đại, nó có thể là bệnh cơ tim do giãn nở, ghi chung là bệnh cơ tim được rồi. Bệnh cơ tim là chẩn đoán loại trừ, sau khi em loại trừ tất cả nn thực thể khác, thì em nghĩ tới và chờ SÂ tim để đưa ra. Ko có đưa ra hang đầu. Bệnh cơ tim bao gồm bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim giãn nở, bệnh cơ tim hạn chế, sẽ đưa ra sau khi loại trừ các nguyên nhân ở trên, chờ SÂ tim để quyết định

5. YTTĐ:

Nghĩ rối loạn nhịp là nhiều nhất

HA mà là YTTĐ thì phải là cơn THA, chớ còn HA vô có 14/9 hoặc là 15/9 thì ko phải YTTĐ. Nó phải là cái gì đó cấp tính. VD vô rối loạn nhịp thì phải là rối loạn nhịp nhanh hoặc chậm, chứ rung nhĩ có 80l/p thì ko phải YTTĐ. Tương tự THA nó phải là cơn THA thì mới là YTTĐ được, còn có 14, 15 thì ko phù hợp. Nó phải mới ha. Hoặc là ăn mặn đi, bn ăn mặn mấy năm nay rồi thì ko phù hợp, nếu nói trước đó bn ăn lạt, đợt này ăn tiệc ăn mặn thì mới là YTTĐ.

HCCV thì ko loại trừ vì có nhiều YTNC tim mạch, bn lớn tuổi có thể ko đau ngực, tất nhiên đó là chẩn đoán phân biệt thôi, chứ ko loại trừ hoàn toàn được.

YTTĐ còn nhiều yếu tố hay, trong guideline của ESC: CHAMPIT

- C: acute Coronary syndrome: HC vành cấp

- H: Hypertensive emergency: THA cấp cứu

- A: Arrhythmia: Loạn nhịp tim

- M: Mechanical cause: Biến chứng cơ học: ví dụ NMCT thủng vách liên thất, đứt cơ nhú, hoặc bn chấn thương tim gây vỡ tim hoặc là đứt dây chằng, hoặc là bn can thiệp mạch vành, thủng mạch vành, nó gây ra suy tim cấp.

- P: Pulmonary embolism: Thuyên tắc phổi

Mình liệt kê 5 cái nn thường gặp nhất.

- I: Infections: Nhiễm trùng

- T: Tamponade: Chèn ép tim

Ngoài ra có nhiễm trùng, có cường giáp, có ăn mặn, hoặc dùng thuốc, ngưng điều trị,…thì them vào, còn trên là những cái cấp tính phải đánh giá trước khi mà mình điều trị cái suy tim cho bn, tức là em phải điều trị yếu tố thúc đẩy bên cạnh cái điều trị suy tim.

CÒN VẤN ĐỀ RỐI LOẠN NHỊP TIM

Thì em chỉ nói vắn tắt là bn này có tim ko đều có chu kỳ, nghĩ là ngoại tâm thu, và ngoại tâm thu có thể thất, nhĩ hay bộ nối thì đề nghị ECG để chẩn đoán xác định. **Tim ko đều có chu kỳ thì thường chỉ có ngoại tâm thu thôi**.

Còn nếu tim loạn nhịp hoàn toàn thì có thể **rung nhĩ, cuồng nhĩ dẫn truyền thay đổi, có thể nhịp nhĩ đa ổ, hoặc là ngoại tâm thu mà nó dày quá thì cũng có thể nó gây loạn nhịp hoàn toàn.**

1. **Khó thở cấp:**

BN đang ngồi nghỉ thì đột ngột lên cơn khó thở, khó thở khiến BN nói được từng từ, SpO2 91%. Nguyên nhân có thể nghĩ đến trên BN này:

- Đợt mất bù suy tim: đã biện luận ở trên

- Nhồi máu cơ tim cấp: BN không đau ngực, nhưng BN lớn tuổi, TC THA, có thể NMCT thầm lặng, đề nghị ECG, Troponin I

- Nhiễm trùng hô hấp dưới: BN không sốt, không ho, không đau ngực kiểu màng phổi, nên không nghĩ

- TKMP, TDMP: không nghĩ, BN không đau ngực, khám không có hội chứng 3 giảm.

- Thuyên tắc phổi: BN không có đau ngực kiểu màng phổi, HA không tụt, thang điểm Well < 4, nên không nghĩ

- Đợt cấp COPD, hen phế quản: Không nghĩ do BN chưa từng được chẩn đoán COPD, hen, triệu chứng lâm sàng, tiền căn không phù hợp.

1. **Đề nghị CLS**
2. *CLS chẩn đoán:* ECG, X Quang ngực thẳng, SA tim, BNP, NT pro BNP, Troponin I.

BNP, NT pro BNP làm 1 trong 2 thôi, đừng có đề xuất cả 2.

1. *CLS thường quy:* CTM, AST, ALT, ion đồ, ure, creatinine, Cholesterol, HDL-c, LDL-c, đường huyết, fT3, fT4, TSH
2. **Kết quả CLS**
3. **ECG**

Ảnh có chứa văn bản, bảng trắng, tài liệu

Mô tả được tạo tự động

Tốc độ ghi 25mm/s, test milivolt 5 mm/mV ở V4,V5,V6, 10mm/mV các chuyển đạo còn lại.

- Không có mắc lộn điện cực  
- Nhịp xoang do có sóng P dương ở DI, DII, aVF, P âm ở aVR, sau mỗi  
sóng P là phức bộ QRS.  
- Nhịp đều, tần số tim = 1500/14 ô nhỏ = 107 nhịp/ phút  
- Ngoại tâm thu thất  
- Trục điện tim là trục trung gian (DI, aVF dương)  
- 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 (RV1 + SV5> 11), không có lớn thất trái  
(SV1 + RV5/V6 > 35, R avL +SV3≥28 )

- QTc = 0,48 s 🡺 QT kéo dài

- Sóng T âm dẹt DII, aVF  
Kết luận :

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

Lớn nhĩ trái

Thiếu máu cơ tim

QT kéo dài.

QT dài với nhịp tim nhanh thì khó nói. Em tính ra QTc thì có thể được chớ nếu em so với 50% RR thì nó sẽ ko chính xác ha, nhịp tim nhanh hay chậm nó sẽ ko chính xác.

Em dùng công thức của Bazett:QTc= QT / √ RR nó chỉ đúng với nhịp tim 60-100, ca này nhịp nhanh rồi thì có thể nó ko chính xác đâu. Em về coi thêm công thức khác ha.

+ Công thức Framingham:QTc= QT + 0,154 (1 - RR)

Hay + Công thức Fredericia của:QTc= QT / RR1/3

Thì nó sẽ chính xác hơn.

Thôi em dùng cái đó thầy cô cũng chấp nhận vì tụi em chỉ được dạy cái đó.

Ở nữ thì QT > 0.46 là dài rồi.

DII, aVF T có thể âm. T luôn dương ở V3-6, DI, DII, luôn âm ở aVR. Như vậy, DIII aVF T có thể âm hay dương, nhưng mà ở đây khó kết luận, nói là thiếu máu cơ tim thì cũng chưa chắc. Âm với dẹt thì nó ko đặc hiệu. Còn ví dụ T âm ở V5-6 đi, đó là bất thường á, vì vị trí đó luôn dương mà.

Ca này có nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu thất, lớn nhĩ trái, có thiếu máu cơ tim (ko chắc), rồi có QT dài

1. **X quang ngực thẳng:**

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

Mô tả được tạo tự động

- Hành chính: Hồ Thị C.chụp ngày 29.04.2022

- Phim sau trước, dấu â 🡺 tư thế đứng

- Hít đủ sâu

- Xoay phải

- Cường độ tia đủ

- Không có tràn khí dưới da

- Xương sườn liên tục, không gãy

- Màng phổi: Mờ góc sườn hoành trái, phải

- Đám mờ 1/3 dưới phổi phải, giới hạn không rõ, mật độ không đồng nhất

- Khí quản lệch phải.

- Vị thế tim: levocardia

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

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

- Góc carina > 60 độ 🡺 lớn nhĩ trái

- Cung ĐMC chủ phồng

- Không tăng tuần hoàn phổi, không có đường Kerley.

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

2 đáy phổi sung huyết, bên phải rất là rõ, sung huyết 2 đáy phổi. Bên phải ko có bóng tim che nên thấy rõ hơn, bên trái tim che mất tiêu rồi nên ko thấy rõ. Trong suy tim thường nó sẽ đều 2 bên, tất nhiên có những trường hợp nó khu trú.

1/3 trên bên phải hơn sáng nhưng cũng khó để nói tăng thông khí, nó ko đặc hiệu lắm.

Chủ yếu ca này kết luận bóng tim to, sung huyết 2 đáy phổi, TDMP 2 bên lượng ít.

Anh thấy cung đm chủ ko phồng, bờ mờ coi chừng là artifact. Có thể lúc chụp bn ko nín thở sẽ làm ảnh giả, thấy rất là rõ. Ca này hít chưa đủ sâu nên cung đm chủ cũng khó nói. Bóng tim, mạch máu sau tim, trong phổi sẽ tăng đường kính lên, có thể làm cho mình đọc lộn. Anh đếm được 8 cung sườn thôi.

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 nó sẽ dày đồng tâm.

1. **NT-proBNP**

30357.4 pg/mL > 125 -> phù hợp chẩn đoán suy tim

1. **CTM:**

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

Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình

Thiếu máu phải coi do gì, có chảy máu rỉ rả gì ko, có tán huyết gì ko. Khả năng ca này mất máu đâu đó. Ca này thì chức năng thận bình thường. Coi có tiền căn bệnh sử đi tiêu phân đen gì hay ko. Một trong những nguyên nhân thiếu máu đẳng sắc đẳng bào là do mất máu. Nn thường gặp thứ 2 là suy thận mạn gặp nhiều trong nội khoa. HCTH sẽ là hc nhỏ nhược sắc do nó mất protein vận chuyển sắt, trong đó có transferrin. Với bệnh thận mạn là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào do thiếu erythropoietin, phải tiêm cái đó vô cho tăng tạo máu.

WBC 11.4, Neu 89.4% -> bạch cầu tăng ưu thế neutro -> BN có nhiễm trùng

CRP 36.3 -> BN có nhiễm trùng

HB 106, MCV 90.4, MCH 28.5, MCHC 315 -> thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ

Tiểu cầu trong giới hạn bình thường

1. **Ion đồ**

Na 140.5 mmol/L, K+ 5.86 mmol/L, Cl- 107.4 mmol/L

🡺 Tăng K máu

1. **Sinh hóa máu:**

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

**(10/12)**

Troponin I-hs 63.25 ng/mL

17h 10/12: 63.25

20h 10/12: 63.20

* Troponin I -hs tăng không động học, có thể do suy tim, nhiễm trùng

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

Các giá trị khác nằm trong giới hạn bình thường

Này nếu đường huyết sau ăn thì bình thường thôi à. Còn đường huyết đói thì phải kiểm tra rồi.

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 nhiễm trùng hô hấp dưới/ suy tim toàn bộ phân suất tống máu giảm (EF 30%) độ III theo NYHA – Giai đoạn C theo ACC/AHA do bệnh tim thiếu máu cục bộ – Tăng huyết áp nguyên phát độ I theo ESC 2018 nguy cơ rất cao –– Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ - Tăng K máu - Đái tháo đường – RL lipid máu –

⭢ 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 nguyên phát độ I theo ESC 2018 nguy cơ rất cao - Thoát hóa cột sống thắt lưng –– Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình – Hạ K máu - U lành tuyến giáp

SV: Ca này em nghĩ tác dụng phụ của ức chế canxi chứ ko phải suy tim phải.

Ca này chỉ có triệu chứng là phù chân thôi, thì phải coi lại SÂ tim coi đúng ko. Nếu SÂ tim đúng như mô tả ko giãn buồng tim phải, TAPSE bình thường >= 17, ko có tăng áp phổi gì luôn thì coi chừng cái phù chân này do nguyên nhân khác chứ ko phải do suy tim. Bn này có xài Amlo thì đúng là 1 trong những nn hay gặp của Amlo là phù chân. Nếu phù chân do thuốc thì em ghi suy tim trái thôi. Nếu kết quả ko chắc chắn, vẫn nghĩ phù chân là do suy tim phải thì có quyền chẩn đoán suy tim toàn bộ. Quan trọng là SÂ tim có chính xác hay ko vì như ở bn mình đa số BS sẽ ko chú ý buồng tim phải, chỉ làm buồng tim trái thôi. Ở đây thì người ta có đánh giá các buồng tim ko giãn và TAPSE tốt rồi, 17 ha. TAP mức độ trung bình. Ca này có tăng áp phổi nhưng chức năng còn ổn.

SV: phù này thường xuất hiện khi đứng lâu hoặc đi lại, giảm khi bn nằm nghỉ nên phù hợp với suy tim.

Nếu vậy phải check lại SÂ tim coi đúng ko.

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

Giảm khó thở

Kiểm soát yếu tố thúc đẩy

Cải thiện tiên lượng suy tim

Điều trị nguyên nhân

Phát hiện và điều trị biến chứng

1. **Điều trị cụ thể:**

Nằm phòng thường

Nằm đầu cao 30 độ

~~Thở oxy qua canula 4l/p~~

Thể ấm ẩm: Furosemid 20mg 1 ống x 2 (TMC)

(Tazopelin 4.5g ½ lọ + NaCl 0.9% 100ml) x1 (TTM) XXX giọt/phút

Levofloxacin 500mg/100ml x1 TTM XXX giọt/phút

Valsartan 40mg 1v x 2(u)

Bisoprolol 2.5mg 1/2v x1 (u)

Spirolactone 25mg 1v x1 (u)

Empagliflozin 10mg 1v x1 (u)

Asprin 81 mg 1v (u) sáng

Rosuvastatin 20 mg 1v (u)

Omeprazol 20mg 1v (u)

Theo dõi sinh hiệu/12h

Mình có 2 điều trị là suy tim cấp và suy tim mạn.

**CẤP:** điều trị triệu chứng là chính. Những cái giảm tử vong thường liên quan đến suy tim mạn nhiều hơn.

Cấp thì dựa vào thể lâm sàng:

1. Ấm ẩm (Ướt)
2. Ấm khô
3. Lạnh ướt
4. Lạnh khô

**Ấm hay lạnh** là dựa vào tưới máu cơ quan. Ví dụ giảm tưới máu não gây rối loạn tri giác, giảm tưới máu thận và gây suy thận cấp trước thận. Giảm tưới máu chi gây lạnh đầu chi, HA kẹp, mạch nhanh nhẹ khó bắt. Thì khi đó mình nghĩ ca này thuộc thể lạnh. Các trường hợp còn lại sẽ là thể ấm.

**Sung huyết**: phù chân, tĩnh mạch cổ nổi, ran ẩm, gan to, tất cả những cái đó là dấu hiệu sung huyết. Nếu bn có thì sẽ là thể ướt, ko có thì là thể khô.

Ca này là ấm ẩm.

* **Ấm ẩm** thì chia làm 2 thể

1. Mạch: Biểu hiện LS chủ yếu là THA. Ưu tiên dùng giãn mạch là **Nitrate**, 2 là lợi tiểu.
2. Tim: Biểu hiện LS chủ yếu Sung huyết. Đây là thể tim là chính, HA ca này có 14. Hàng đầu sẽ là **lợi tiểu**, cái thứ 2 mới là giãn mạch. Vẫn ko đáp ứng thì còn cái nữa là siêu lọc.

Ca này ấm ẩm ưu tiên lợi tiểu. Ko dáp ứng thì giãn mạch, ko đáp ứng nữa thì siêu lọc.

* **Ấm khô** thì tiếp tục thuốc uống. Ko cần điều chỉnh thuốc gì hết. Vì bn đạt được tình trạng khô và tưới máu cơ quan tốt thì đâu cần thuốc truyền tiêm gì. Điều trị yếu tố thúc đẩy thôi vì suy tim đã lý tưởng rồi. Tất cả điều trị của của suy tim cũng là để đạt được cái không sung huyết và làm sao tưới máu cơ quan tốt.
* **Lạnh khô**: **bù dịch** cho bn dựa trên test dịch, có thể đặt CVP, truyền 250ml dịch trong 15-20 phút để coi đáp ứng như thế nào. Khi nào bù dịch đủ thì mới cho tăng co bóp cơ tim là **Dobutamine**. Khô thì ko có lợi tiểu, chủ yếu là tăng co bóp cơ tim thôi. Khô đang bù dịch rồi còn lợi tiểu gì nữa. Tức là bù dịch đủ rồi vẫn còn khó thở thì em tăng co bóp cơ tim lên.
* **Lạnh ẩm:** Thể khó nhất
  + **HATT > 90:** vẫn có thể xài **lợi tiểu, tăng co bóp cơ tim, ± giãn mạch**. VD vô lạnh ẩm, HA 100 đi thì vẫn có thể cho lợi tiểu, kết hợp Dobutamin, thậm chí là cho Nitrate, nhưng mà cái giãn mạch thường trong trường hợp lạnh thì cũng ít xài, vẫn xài được nhưng mà cẩn thận.
  + **HATT < 90:** Giả sử vô phù phổi cấp mà tay chân lạnh hết, HA có 80 à, em làm gì? Đầu tiên phải **vận mạch** để nâng HA lên, hay dùng **Noradrenaline.** Khi HA > 90/60 hoặc là HA trung bình > 60 mmHg để đảm bảo tưới máu thận thì khi đó mình bắt đầu **cho tăng co bóp**, **có thể cho lợi tiểu**. Ko cho dãn mạch nha, đang dùng vận mạch để nâng HA, em cho giãn mạch nó tụt HA.

Vậy ca này thể ấm ướt mình ưu tiên lợi tiểu trước. **Trong thể suy tim thì em sẽ dùng lợi tiểu đường tĩnh mạch, lợi tiểu quai**, liều thì tuỳ liều bn đang sử dụng. **Nếu đang dùng lợi tiểu ở nhà thì liều khởi động phải ít nhất bằng liều ở nhà**. VD ở nhà 40 mg Furo thì em phải khởi động ít nhất 40mg, còn bn ko xài ở nhà thì em có thể khởi động 20-40mg. Ca này **ko đang xài**, có thể khởi động liều **20-40mg**. Có thể cho **1 ống x 2 tiêm mạch**. Sau **30-60’ thì tác dụng rồi**. Nhưng nếu sau nửa tiếng đến 1 tiếng mà bn vẫn còn khó thở thì có thể **tăng thêm cái Nitroglycerin** vô.

Ca này **Furo 20 1 ống x2 [Laxis 1 ống x 2]** khởi động như vậy. Sau đó bn giảm phù, ngày khám bn hết phù.

Ca này có cần thở O2 ko. **Suy tim cấp** khi nào thở O2. **Dưới 90**. Giống như trong **phù phổi cấp** vậy đó. **HCVC** cũng vậy.

Không đáp ứng thì **Nitroglycerin ống 10mg pha NaCl đủ 50, khởi động liều 10ug/phút tương ứng với bơm tiêm tự động 30ml/h. Tức Nitroglycerin ống 10mg pha NaCl đủ 50 bơm tiêm tự động 30ml/h. Tăng liều mỗi 10 phút. Liều tối đa là 200ug/phút. Giả sử ban đầu 30ml/h tương ứng 10ug/p, giờ tăng lên 200 thì mình sẽ tăng lên 20 lần, thì liều tối đa là 60ml/h. Đó là em pha 1 ống, còn nếu pha 2 ống thì em giảm bớt lại, cái nồng độ nó sẽ đậm đặc hơn.**

**Dobutamin tăng co bóp cơ tim nó chỉ có tác dụng trong suy tim thể lạnh thôi, chứ còn nếu nóng thì ko cho. Nhiều lúc thấy EF 2 mấy % cái cho bn Dobutamin là ko phải. Mình sẽ cho suy tim thể lạnh thôi.**

**Tóm lại ca này suy tim cấp chỉ xài mỗi Laxis**

**ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN.**

**Tứ trụ**: Giảm triệu chứng và giảm tử vong. Nếu ko có chống chỉ định thì nên xài, dùng 4 loại luôn. VD bn đang suy tim cấp thì ko xài chẹn beta.

1. UCMC, UCTT, hoặc là nhóm ARNI.
2. Chẹn beta
3. Lợi tiểu kháng Aldosterone
4. SGLT2

* Bạn thiếu SGLT2 rồi. Ca này đâu có chống chỉ định gì đâu. Mình có 2 thuốc là **Empagliflozin 10mg hoặc Dapagliflozin 10mg** 1 viên uống. Với Dapagliflozin thì nó chỉ có 1 viên 10 mg thôi. Empa thì có 10 và 25, nhưng trong nghiên cứu suy tim chỉ có vai trò của hàm lượng 10 thôi. 25 chỉ có trong điều trị ĐTĐ.
* Em xài chẹn beta sau khi bn ổn thì khởi động 1 trong 4 loại: **Bisoprolol, Metoprolol, Carvedilol và Nebivolol**.
* Phải thuộc thuốc có trong nghiên cứu. Ví dụ UCTT đi xài **Valsartan** thì được. Ngoài ra có **Lorsartan** và **Cadesartan**, chỉ 3 loại thôi.
  + Theo **ESC ưu tiên xài UCMC trước**, nếu vẫn còn triệu chứng hoặc ko dung nạp UCMC (ho khan chẳng hạn) thì mới chuyển sang nhóm ARNI hoặc là UCTT vì UCMC dù gì cũng có nghiên cứu nhiều nhất và rẻ tiền nhất. Nên về mặt điều trị thì nên ưu tiên. **Xài UCMC ko dung nạp thì UCTT, xài UCMC và vẫn còn triệu chứng thì chuyển ARNI**.
  + ACC/AHA thì cái nào cũng được.
* MRA thì xài được ha, ko có CCĐ. Thông thường mình hay xài cái Aldactone. Trước đây dùng ở bn suy tim còn triệu chứng dù đã dùng UCMC và chẹn beta, có EF<35%. Tuy nhiên guideline sau này dùng luôn cũng được nếu ko có CCĐ. Aldactone có thể xài như bạn **liều khởi đầu 25mg, tối đa là 50mg. Khác xơ gan nha, xơ gan liều tối đa tới 100 lận.**

**Thuốc giảm triệu chứng thôi:** Lợi tiểu, Nitrate, Digoxin. Thì khi nào có triệu chứng thì xài và có quyền ngưng. VD bn dùng lợi tiểu quai 1 thời gian khoẻ thì có thể cân nhắc ngưng lợi tiểu quai. Còn thuốc mà giảm triệu chứng và tử vong thì duy trì suốt đời.

* **Nitrate thì có đau ngực thì có thể xài, hoặc là có CCĐ của UCMC. Thường hay xài Hydralazine phổi hợp (ISDN) Isosorbide dinitrate, thế giới có viên phối hợp, VN chỉ có viên rời. Chỉ định khi:** 
  + **Bn đã xài thuốc nền tảng ở trên (đặc biệt đã xài chẹn beta, UCMC, và MRA mà vẫn còn suy tim NYHA 2-4 thì sẽ thêm vô)**
  + **Có CCĐ của UCMC/UCTT: VD: bị suy thận thì sẽ dùng.**

**Này giảm triệu chứng là chính còn giảm tỷ lệ tử vong thì mới có nghiên cứu trên người da đen thôi, còn với người CÁ thì chưa.**

* **Digoxin (Nghiên cứu DIG)** chứng minh chỉ giảm được triệu chứng và giảm số lần nhập viện, ko giảm tỷ lệ tử vong. **Nên nó là thuốc cuối cùng, giống Isosorbide dinitrate, nó còn dưới nữa, sau khi bn đã xài tất cả thuốc rồi mà vẫn còn triệu chứng thì mình cân nhắc vô.** Do đó Digoxin giờ người ta ít xài trong suy tim mạn. Do vai trò ko nhiều mà ngưỡng ngộ độc thấp, dễ ngộ độc. **Như vậy Digoxin thì mình thường trong thực tế LS hay xài trong suy tim cấp ví dụ rung nhĩ đáp ứng thất nhanh mà bn vẫn còn cái nhịp tim nhanh quá, còn triệu chứng nhiều. VD ca này giờ chẹn beta ko xài được, bn có ngoại tâm thu thất, rồi đang suy tim, nhịp tim tới 140 lần thì trong giai đoạn suy tim cấp có thể cho Digoxin. Liều thường là 0.01-0.02ng/kg, là liểu khởi động 24h đó. VD bn 50kg thì là 0.5mg/24h. Ống của mình là ống 0.5mg, cho ½ ống khởi động. 8-16 tiếng sau cho liều thứ 2 ½ ống tiêm mạch nếu vẫn còn nhịp tim nhanh. Hồi xưa chỉ có ống 0.5, gần đây có ống 0.25 nữa. Đa số mình xài 0.5. Ca này Digoxin anh nghĩ có thể xài vì ngoại tâm thu thất, thứ 2 là mạch nhanh, giai đoạn cấp có thể xài ½ ống tiêm mạch chậm. Các ngày sau chỉ có viên uống, thường xài Digoxin viên 0.25mg, duy trì liều ¼-1/2 viên uống, ngoại ngộ độc thì cho ¼ viên uống, kiếm tra nồng độ Digoxin sau 5-7 ngày. Mục tiêu là 0.6-1.2ng/ml. < 0.6 thì ko sợ ngộ độc. 0.6 tới 1.2 đạt mục tiêu điều trị. Từ 1.2 là nguy cơ ngộ độc. > 2 là ngộ độc. Do đó nếu bn nghi ngờ ngộ độc thì kiểu tra nồng độ Digoxin liền, có 0.6 thôi thì yên tâm ko phải ngộ độc. Chắc do nn nào khác rồi.**

**Đã ổn định suy tim rồi thì chuyển Digoxin qua chẹn Beta.**

**Hạ K:** em coi nguyên nhân là gì. Giả sử do lợi tiểu thì phải coi lợi tiểu nào hạ K. Ví dụ Thiazide dễ hạ K thì phải cẩn thận. Ca này đang xài lợi tiểu giữ K rồi. Mình ưu tiên lợi tiểu giữ K, Spinorolacton ha. Song song thì có thể bù K cho bn. Tuy nhiên thông thường **K > 3 bù qua đường uống cũng được**. 100 meq K thì tăng được 1 meq K trong máu. Viên K 0.5g. 1 g K có 13 meq. Viên 0.5 có 6.5 meq. Để lên 1 meq trong máu thì bù bao nhiêu, lấy 100/6.5=16 viên mới lên được 1 meq. Nên em bù thoải mái, có thể cho 2 viên x 2 hoặc là thậm chí là 2 viên x 3. **K > 3 thì thường anh có thể điều chỉnh chế độ ăn và thuốc giữ. K. 2.5-3 thì qua đường uống. < 2.5 thì qua đường truyền tĩnh mạch**. Bn có **rối loạn nhịp tim, ví dụ có rối loạn nhịp thất giống ca này đi thì khi đó mình ưu tiên bù K sớm cho bn**. Như ca này nên bù K sớm cho bn. Như ca này nên bù K đường uống cho bn, mục tiêu, **thông thường là 3.5, nhưng bn rối loạn nhịp tim thì duy trì K > 4**.

K ca này theo anh bù đường uống cho bn, **Kali Clorid 0.5g cho 2 viên x 3 uống**. **Một trong những yếu tố rối loạn nhịp hạ là hạ K máu. Hạ K máu cũng là nguy cơ ngộ độc Digoxin, trong trường hợp này nên bù K cho bn.**

Ca này để chẩn đoán rõ rang phải chụp mạch vành cho bn, có thể là MSCT mạch vành, hoặc chụp mạch vành xâm lấn, mình nghĩ suy tim do bệnh mạch vành phải chẩn đoán rõ ràng ha.

Ngoài suy tim ra còn vấn đề thiếu máu cơ tim. Với bệnh lý mạch vành thì có vai trò của kháng tiểu cầu và statin. Cho **Aspirin và Rosuvastatin** cường độ cao là được. Những thuốc còn lại thì đã cho trong suy tim rồi, UCMC, chẹn beta đã trong suy tim rồi.

**PPI?** Khi **dùng kháng tiểu cầu kép thì mới cho thường quy**. Tuỳ guideline, có cái nguy cơ dạ dày trung bình đến cao mới cho, có cái cho thường quy nhưng mà phải là kháng tiểu cầu kép chứ ko phải là Aspirin đơn thuần. Ca này nếu ko có đau dạ dày thì theo anh ko cần cho thường quy đâu. Nếu xài kháng tiểu cầu kép thì cân nhắc xài thường quy. Nhưng 1 vài guideline thì nguy cơ dạ dày trung bình tới cao, có những yếu tố mà bên tiêu hoá dạy VD bn > 65 tuổi, có nhiễm Hp, có khó tiêu, có nghiện rượu, hoặc là đang dùng thuốc làm tăng khả năng XHTH. Cái đó em coi bên tiêu hoá. Nhưng để đơn giản thì cứ dùng kháng tiểu cầu kép thì tụi em có thể dùng thường quy PPI. **Quan trọng cái tương tác thuốc: nếu xài Clopidogrel thì cẩn thận nhóm Omeprazol tương tác với Clopidogrel làm giảm tác dụng của Clopidogrel**.

1. **Tiên lượng:**

Trung bình