# BỆNH ÁN

**Ngày làm bệnh án: 15/10/2020**

# Hành chính

* Họ và tên: Nguyễn Thị N.
* Giới tính: Nữ
* Năm sinh: 1945 (75)
* Nghề nghiệp:
* Địa chỉ: Tân Phước Hưng, Hậu Giang
* Thời gian nhập viện: 1h19p ngày 13/10/2020
* Giường HL.16, khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

# Lý do nhập viện : Ho

# Bệnh sử

*Cách nhập viện 7 ngày (08/10/2020)* Bệnh nhân xuất hiện triệu chứng ho khan khi đang nghỉ, ho thành cơn, mỗi cơn kéo dài 1 phút, mỗi 5-10p thì bệnh nhân lại xuất hiện một cơn ho. Bệnh nhân ho nhiều về chiều tối. Ho kèm sổ mũi, đau rát họng, nặng ngực sau xương ức, không lan, khó thở thì thở ra. Bệnh nhân tự mua thuốc uống nhưng các triệu chứng không giảm. Cơn ho của bệnh nhân tăng dần về tần suất và cường độ.

*Cách nhập viện 3 ngày (12/10/2020),* bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng ho khạc đàm trắng trong, lượng khoảng 2ml, không lẫn thức ăn, không mùi, không vị chua, không lẫn máu.

*Ngày nhập viện (13/10/2020),* vào lúc 0h30p, bệnh nhân ho nhiều hơn với tính chất như trên kèm theo khó thở, khó thở thì thở ra, khó thở nhiều hơn khi nằm, khi di chuyển hay thay đổi tư thế . Người nhà lo lắng về cơn ho của bệnh nhân nên đưa đi nhập viện.

è 1h sáng cùng ngày, bệnh nhân được người nhà đưa đến nhập khoa Cấp cứu, bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không tím, không ngất, không sốt, không sụt cân, không phù, có hồi hộp đánh trống ngực,không ho ra máu, không chán ăn, không buồn nôn, không nôn, không ợ hơi ợ chua**,** tiểu bình thường, nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt, không tiểu buốt, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày

# Tiền căn

## Cá nhân

### Nội khoa

* Cách nhập viện 10 năm, bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm ở phong khám bác sỹ tư, bệnh nhân được điều trị nội khoa liên tục đến năm 2018, bệnh nhân chuyển sang nhận thuốc điều trị thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương.
* Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau tức ngực sau xương ức, không lan, nhập bệnh viện Nguyễn Tri Phương và được chẩn đoán hở van 3 lá, viêm tụy, THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu.
  + Bệnh nhân được chẩn đoán THA, nhận thuốc định kì tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương,HA trung bình ghi tại nhà của bệnh nhân là 120-130mmHg, HA cao nhất của bệnh nhân là 140-150mmHg.
  + Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2.Bệnh nhân hiện vẫn đang đi khám định kì theo dõi đường huyết, đang điều trị thuốc uống, đường huyết cao nhất ghi nhận 210 mg/dLĐường huyết trung bình bệnh nhân theo dõi là 130-150mg/dL
* Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng khó thở khi sinh hoạt thường ngày và khi thay đổi tư thế, khó thở thì thở ra, khó thở theo từng cơn,mỗi cơn kéo dài 5-10p, khó thở tăng thêm khi bệnh nhân nằm. 1 năm gần đây, tần suất cơn khó thở tăng dần, mỗi 1-2 ngày bệnh nhân lại xuất hiện cơn khó thở kịch phát về đêm, trong cơn khó thở về đêm, bệnh nhân không nặng ngực, không vã mồ hôi
* Chưa ghi nhận tiền căn hen, lao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, K phổi

### Ngoại khoa

* Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa

### Sản khoa

* PARA:8008
* Mãn kinh: 53 tuổi

## Dị ứng

* Không tiền căn dị ứng

## Xã hội

### Nghỉ ngơi, hoạt động thể chất

* Cách nhập viện 2 năm khả năng gắng sức bệnh nhân giảm đáng kể, sinh hoạt hằng ngày khó khăn, đi lại cần có người dìu, thay đổi tư thế cũng thấy khó thở

### Thói quen

* Bệnh nhân không sử dụng rượu bia, thuốc lá (chủ động & thụ động)
* Bệnh nhân ăn nhạt, không tập thể dục, ít ăn đồ chiên xào

### Dịch tễ

* Chưa ghi nhận tiền căn dịch tễ liên quan Covid-19

## Gia đình:

* Chưa ghi nhận bệnh lí liên quan, tiền căn lao, hen, bệnh lý ác tính

# Lược qua các cơ quan

* Tim mạch: Không hồi hộp đánh trống ngực, không đau ngực.
* Tiêu hóa: Không buồn nôn, nôn, không khó tiêu, không ợ chua, không ợ hơi.
* Tiết niệu: Không tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu gấp.
* Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt.
* Cơ xương khớp: Không yếu liệt chi.

# Diễn tiến từ lúc nhập viện đến lúc khám

## Tại phòng cấp cứu, bệnh viện Nguyễn Tri Phương (1h19p, ngày 13/10/2020)

### Tổng quát

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng, mạch quay rõ
* Sinh hiệu
  + Mạch 135l/p
  + Nhiệt độ 37OC
  + Huyết áp 130/80mmHg
  + Nhịp thở 26l/p
  + SpO2 91%

### Các bộ phận

* Tim không đều, mạch nhanh, phổi AFB thô, bụng mềm, ấn không điểm đau khu trú, cổ mềm

## Tại khoa Nội Hô hấp, bệnh viện Nguyễn Tri Phương

### 7h 30p ngày 13/10/2020

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, khó thở, không sốt
* Sinh hiệu
  + Mạch 90l/p
  + Nhiệt độ 37OC
  + HA 130/70
  + Nhịp thở 22l/p
  + SpO2 99% (thở qua Canula 5l/p)

### 8h ngày 14/10/2020

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, ho đàm trắng trong, giảm khó thở, táo bón, run tay, đau đầu, đau mỏi toàn thân, không phù.
* Sinh hiệu
  + Mạch 104l/p
  + Nhiệt độ 36,7OC
  + HA 120/80mmHg
  + Nhịp thở 18l/p
  + SpO2 97% (thở qua Canula 3l/p)
* Khám
  + Phổi ran ẩm, ran nổ 2 đáy
  + Tim loạn nhịp hoàn toàn
  + Bụng mềm

# Khám (8h sáng ngày 15/10/2020)

## Tổng quát

* Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không có dấu hiệu khó thở, da niêm hồng, không phù, không dấu xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không sờ chạm
* Sinh hiệu
  + HA 120/70mmHg
  + Nhịp tim 105l/p
  + Nhịp thở 20l/p
  + Nhiệt độ 37OC
* Thể trạng
  + Chiều cao: 1m58
  + Cân nặng: 80kg

è BMI: 32 (thể trạng béo phì độ 2) theo IDI và WPRO

## Đầu mặt cổ

* Da niêm hồng
* Mắt
  + Niêm mạc mắt hồng
  + Cùng mạc, kết mạc không vàng
* Môi hồng, lưỡi sạch.
* Tuyến giáp không to
* Khí quản không lệch.
* Hạch vùng đầu mặt cổ không sờ chạm.
* Tĩnh mạch cổ (-) ở tư thế đầu cao 45 độ.

## Ngực

* Lồng ngực: cân đối, không gù vẹo, không tuần hoàn bang hệ, không dấu xuất huyết dưới da.
* Tim
  + **Mỏm tim: KLS VI, lệch ngoài đường trung đòn (T) 1 cm, diện đập 2\*2cm2, nảy yếu**.
  + Dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-)
  + T1, T2 rõ; Tần số tim 105 lần/phút; **Loạn nhịp hoàn toàn**
* Phổi
  + Tần số hô hấp 27 lần/phút.
  + Sờ: Rung thanh tăng ở ½ dưới phổi (P).
  + Gõ: Gõ đục ½ dưới phổi (P)
  + Nghe: Ran nổ cuối kì hít vào ở ½ dưới hai phổi. Âm phế bào giảm hai đáy phổi

## Bụng

* Nhìn: Bụng to, hơi bè, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ.
* Nghe: Không âm thổi động mạch, nhu động ruột 5 lần/phút.
* Gõ: gõ trong khắp bụng, gõ đục ở vùng gan, lách.
* Sờ: Bụng mềm; Gan lách không sờ chạm; Không điểm đau khu trú

## Thần kinh

* Không dấu cổ gượng
* Không dấu màng não
* Không dấu thần kinh định vị

## Cơ xương khớp

* Không yếu liệt chi
* Đau nhức hai khớp gối và vùng thắt lưng (thoát vị đĩa đệm đốt sống thắt lưng)

# Tóm tắt bệnh án

- BN nữ 75 tuổi, bệnh 7 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

+ Ho khan chuyển ho đàm trong

+ Sổ mũi, đau họng

+ Nặng ngực sau xương ức

+ Hồi hộp đánh trống ngực.

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

- TCTT:

+ Mạch 135l/p, thở 26l/p, Spo2 91%

+ BMI=32 kg/m^2

+ Gõ đục ½ dưới phổi (P).

+ Rung thanh tăng ½ dưới phổi (P)

+ Âm phế bào giảm 2 đáy phổi

+ Ran nổ cuối thì hít vào ½ dưới 2 phổi

+ Ran ẩm cả 2 đáy phổi.

+ Tim loạn nhịp hoàn toàn.

+ Mỏm tim: KLS VI, lệch ngoài đường trung đòn (T) 1 cm, diện đập 2\*2cm2, nảy yếu.

- TC:

+ THA, ĐTĐ, RLLM đang điều trị

# Đặt vấn đề

* Hội chứng đông đặc ½ dưới phổi (P).
* Ran nổ ½ dưới phổi (T).
* Hội chứng suy tim lâm sàng.
* Rối loạn nhịp tim.
* Đau ngực.

# Chẩn đoán

* Chẩn đoán sơ bộ:

Đợt mất bù cấp của suy tim (T) mạn ,yếu tố thúc đẩy : Rối loạn nhịp; Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng - Suy tim (T) mạn, NYHA III, ACC/AHA giai đoạn C, nguyên nhân do bệnh mạch vành mạn, THA, yếu tố nguy cơ tim mạch :ĐTĐ type II, THA vô căn, Rối loạn lipid máu, Béo phì độ II. -

* Chẩn đoán phân biệt:

NMCT cấp, giờ thứ 1, Killip II, biến chứng rối loạn nhịp/ Suy tim (T) mạn, NYHA III, ACC/AHA giai đoạn C, nguyên nhân do bệnh mạch vành mạn, THA, yếu tố nguy cơ tim mạch :ĐTĐ type II, THA vô căn, Rối loạn lipid máu, Béo phì độ II. Viêm phổi cộng đồng, chưa biến chứng.

# Biện luận

1. **Hôi chứng đông đặc:** Do khám ở ½ dưới phổi (P) thấy có: Rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm.

* Các nguyên nhân của hội chứng đông đặc có thể có trên bệnh nhân này là:

(1) Viêm phổi thùy không tắc nghẽn đường dẫn khí: NGHĨ NHIỀU vì bệnh nhân có các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên cách đây 7 ngày, ho không giảm, ngày càng tăng, nghe thấy rale nổ ở cả ½ dưới 2 phổi. BN này không có sốt, tuy nhiên có thể do BN có bệnh nền là ĐTĐ type 2.

(2) Áp xe phổi: bệnh diễn tiến 7 ngày, không có các yếu tố thuận lợi như nghiện rượu hay sử dụng thuốc an thần, không có bệnh răng miệng, không ho đàm mủ mùi hôi, không ho ra máu, không có tiền căn bệnh phối trước đó nên KHÔNG NGHĨ.

(3) Nhồi máu phổi: BN không có tình trạng ho ra máu, tụt huyết áp, không ngất, không có chấn thương, tuy nhiên BN có rối loạn nhịp nên không thể loại trừ tình trạng rối loạn huyết động ==> Đề nghị D-dimer, CT-scan ngực động mạch phổi.

(4) Xẹp phổi: Không nghĩ do ở BN này không có kéo lệch khí quản, không có co kéo cơ liên sườn.

1. **Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới:** Do ở bệnh nhân này có:

* Hội chứng đông đặc (đã biện luận ở trên).
* Rale nổ ½ dưới phổi (T).
* Âm phế bào giảm ½ dưới phổi (T)
* CNV 7 ngày, BN có triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên (ho, chảy nước mũi, đau họng).

==> Từ 2 hội chứng trên nghĩ nhiều bệnh nhân bị **Viêm phổi:**

* Phân loại viêm phổi: Cộng đồng vì BN không nằm viện quá 2 ngày trong 90 ngày trước khởi phát viêm phổi, BN không dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong vòng 30 ngày.
* Tiêu chuẩn nhập viện:

+ BN lớn tuổi > 65 tuổi.

+ Có các bệnh đồng thời: ĐTĐ type 2.

* Biến chứng:

+ Áp xe phổi (đã biện luận ở trên).

+ Suy hô hấp cấp: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng, mạch quay rõ. Sinh hiệu: Mạch 135l/p; Nhịp thở 26l/p; SpO2 91% nên KHÔNG NGHĨ bệnh nhân có biến chứng này.

+ Nhiễm trùng huyết/ Shock nhiễm trùng: BN có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân nhưng không có môi khô, lưỡi dơ, BN tỉnh, tiếp xúc tốt, không có dấu hiệu suy đa cơ quan nên không nghĩ.

+ Viêm màng não: BN cổ mềm, không đau đầu => Không nghĩ.

+ Suy thận cấp: BN không thiểu niệu nên không nghĩ.

1. **Hội chứng suy tim:**

* Theo tiêu chuẩn Frammingham, BN này có tiêu chuẩn chính (khó thở kịch phát về đêm; khó thở khi nằm; rale phổi), tiêu chuẩn phụ (khó thở khi gắng sức) nên nghĩ nhiều có suy tim. Cụ thể là suy tim trái.
* Phân độ NYHA cho suy tim mạn: NYHA III vì bệnh nhân khó thở ngay cả khi sinh hoạt bình thường (thay đồ; đánh răng).
* Nguyên nhân suy tim trên BN này:

+ Bệnh mạch vành: Nghĩ nhiều do ở BN này có đau nặng ngực, có các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành như: ĐTĐ type 2, THA, RLCH lipid máu; béo phì độ 2, phụ nữ đã mãn kinh.

+ THA: Ít nghĩ do huyết áp bệnh nhân có kiểm soát ổn định,uống thuốc đều.

+ Bệnh van tim: ít nghĩ do không nghe thấy âm thổi bất thường ở bệnh nhân này mặc dù BN có hở valve 3 lá nhưng biến chứng gây suy tim trái của hở valve 3 lá là rất hiếm.

* Yếu tố thúc đẩy mất bù:

+ Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng (đã biện luận).

+ Rối loạn nhịp: Do nghe tim loạn nhịp hoàn toàn, BN nhập viện nhịp tim nhanh, nên nghĩ nhiều.

1. **Hội chứng vành cấp:**

Mặc dù các triệu chứng điển hình của HCV cấp ở bệnh nhân này hầu như không có, chỉ có nặng ngực nhưng không rõ thời gian, tính chất. Mặc dù vậy trên BN nữ,lớn tuổi có ĐTĐ type 2 vẫn không thể loại trừ Nhồi máu cơ tim im lặng.

* Giờ: thứ nhất.
* Killip: II do phổi có rale ẩm ở 2 đáy.
* Biến chứng: Có thể gây rối loạn nhịp nhanh ở BN này do tần số tim 135l/phút và tim loạn nhịp hoàn toàn. Các biến chứng khác như suy bơm, cơ học: chưa ghi nhận các TCCN hay TCTT phù hợp.

1. **Rối loạn nhịp hoàn toàn:**

* Không tương xứng mạch - nhịp tim; tần số tim > 100 lần/phút ==> Nghĩ nhiều rung nhĩ đáp ứng thất nhanh.

# Đề nghị cận lâm sàng

* Cận lâm sàng thường quy
  + Công thức máu
  + Đường huyết đói/ HbA1C.
  + Creatinin/BUN
  + AST,ALT
  + Điện giải đồ (Na, K, Cl)
  + Tổng phân tích nước tiểu
  + ECG.
  + X- Quang ngực thẳng.
* Cận lâm sàng chẩn đoán
  + Chẩn đoán xác định:
  + Viêm phổi: CRP; Soi nhuộm đàm - cấy đàm - kháng sinh đồ.
  + NMCT: hs-TnI (lặp lại sau 3h).
  + Suy tim: NT-proBNP; Siêu âm tim

# Kết quả cận lâm sàng

## ECG

### 13/10/2020-1h09p

A picture containing text, whiteboard

Description automatically generated

A picture containing text

Description automatically generated

- 25mm/s, 10mm/mV, nhiễu ở DII, DIII, mắc đúng điện cực

- Rối loạn nhịp hoàn toàn, tần số 180l/p

- Trục trung gian

- Không thấy sóng P ở DI, DII, aVF, sóng f lăn tăn ở V1 -> Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh

- Phức bộ QRS

* DII thời gian < 0.12s
* Không đều về biên độ.

- Chuyển đạo chuyển tiếp ở V2

- SV1 + RV5 = 8 + 29 = 37 > 35 -> Lớn thất T theo Sokolow-Lyon

- SV3 + RaVL = 3 + 4 = 7 < 20 -> Chưa đủ lớn thất T theo Cornell

- RV1 + SV5 = 1 + 3 = 4 < 11 -> Chưa đủ lớn thất P theo Sokolow-Lyon

-QT:

Sóng Q:

-ST

-Sóng T âm ở DI, DII, V4, V5, V6

### 13/10/2020-13h21p

Timeline

Description automatically generated

Timeline

Description automatically generated

## Công thức máu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tế bào máu** | **Kết quả**  13/10/2020 | **Kết quả**  15/10/2020 | **Khoảng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| \*Số lượng bạch cầu | **15.30** | 6.38 | 4.0 - 10.0 | G/L |
| Trung tính % | **79.5** | 58.9 | 45 - 75 | % |
| Lympho % | **13.2** | 27.7 | 20 - 35 | % |
| Mono % | 6.7 | 7.5 | 4 - 10 | % |
| Ưa axit % | **0.5** | 5.6 | 1 - 8 | % |
| Ưa bazo % | 0.1 | 0.3 | 0 - 2 | % |
| Trung tính | **12.16** | 3.75 | 1.8 - 7.5 | G/L |
| Lympho | 2.02 | 1.77 | 0.8 - 3.5 | G/L |
| Mono | **1.02** | 0.48 | 0.16 - 1.0 | G/L |
| Ưa axit | 0.08 | 0.36 | 0.01 - 0.8 | G/L |
| Ưa bazo | 0.02 | 0.02 | 0.0 - 0.2 | G/L |
| \*Số lượng hồng cầu | 3.92 | **3.48** | 3.8 - 5.5 | T/L |
| Huyết sắc tố | 122 | **109** | 120 - 150 | g/L |
| Hematocrit | 0.363 | **0.334** | 0.35 - 0.45 | L/L |
| MCV | 92.6 | 96.0 | 78 - 100 | fL |
| MCH | **31.1** | **31.3** | 26.7 - 30.7 | Pg |
| MCHC | 336 | 326 | 320 - 350 | g/L |
| RDW | 13.3 | 13.7 | 11.5 - 14.5 | %CV |
| \*Số lượng tiểu cầu | 225 | 225 | 150 - 400 | G/L |
| MPV | 11.9 | 11.4 | 7.0 - 12.0 | fL |
| PCT | 0.27 | 0.26 | 0.19 - 0.36 | % |
| PDW | 14.8 | 13.0 | 9.8 - 15.2 | fL |

* Phân tích :
  + Dòng BC tăng về số lượng , ưu thế BC đa nhân trung tính , các dòng BC khác trong giới hạn bình thường --> có tình trạng nhiễm trùng
  + Dòng HC bình thường
  + Dòng TC bình thường

## Nhóm máu, đông máu (13/10/2020)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kết quả** | **Tham chiếu** | **Đơn vị** |
| Định nhóm máu ABO | **O** |  |  |
| Định nhóm Rh (Anti-D) | **DƯƠNG** |  |  |
| TQ(PT) | 10.9 | 9.7-11.4 | Giây |
| PT | 90.7 | 89-129 | % |
| T | 11 |  | Giây |
| INR | 1.03 | 0.89-1.13 |  |
| TCK(aPTT) | **31.6** | 22-28 | Giây |
| T | 27.2 |  | Giây |

* Phân tích : TCK tăng nhưng chưa có ý nghĩa

## Sinh hóa máu, điện giải đồ (13/10/2020)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| Creatinin | 96.0 | 49-100 | umol/l |
| SGOT (AST) | **39.6** | 0-34 | U/L |
| SGPT (ALT) | 29.0 | 0-34 | U/L |
| CRP | **184.73** | 0.0-5.0 | mg/L |
| Na+ | **134** | 136-146 | mmol/L |
| K+ | 3.64 | 3.4-4.5 | mmol/L |
| Cl- | **99.8** | 101-109 | mmol/L |

* Phân tích :
  + CRP tăng --> Phù hợp với tình trạng nhiễm trùng BN

## Sinh hóa máu (15/10/2020)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kết quả** | **Tham chiếu** | **Đơn vị** |
| CRP | **113.34** | 0.0-5.0 | mg/l |

## Sinh hoá (1h50p, 13/10/2020)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kết quả** | **Tham chiếu** | **Đơn vị** |
| TROPONIN I hs | **0.256** | Nam: 0.000-0.034  Nữ: 0.00-0.017 | ng/ml  ng/ml |

## Sinh hoá (12h56p, 13/10/2020)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kết quả** | **Tham chiếu** | **Đơn vị** |
| TROPONIN I hs | **0.181** | Nam: 0.000-0.034  Nữ: 0.00-0.017 | ng/ml  ng/ml |
| TSH | 0.862 | 0.34-4.22 | mIU/l |
| T4 tự do | 19.98 | 9.91-20.46 | Pmol/l |
| NT-proBNP | **4708.9** | <450 | pg/ml |

Động học troponin I hs giảm 29% >20% sau hơn 6h--> thay đổi có ý nghĩa-->gợi ý có HCVC

NT-proBNP tăng (4708.9) --> phù hợp đợt mất bù cấp của suy tim ở bệnh nhân

## Đường huyết

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ngày** | **Giờ** | **Giá trị** | **Đơn vị** |
| **13/10/2020** | 1h30p | 321 | mg/dL |
| 6h | 209 |
| 17h | 167 |
| **14/10/2020** | 6h | 154 |  |

## Nhuộm soi đàm

Cầu khuẩn Gram (+), Trực khuẩn Gram (-)

## Siêu âm tim

### Siêu âm 2D

* Động mạch chủ
  + Gốc 31mm
* Nhĩ trái
  + Đường kính 33mm
* Thất trái
  + Độ dày vách liên thất
    - Tâm trương 8,6mm
    - Tâm thu 12,6 mm
  + Đường kính
    - Tâm trương 50mm
    - Tâm thu 32mm
  + Độ dày thành sau
    - Tâm trương 8,6mm
    - Tâm thu 13mm
  + Phân suất co ngắn 35%
  + Phân suất tống máu Teicholz 64%
  + Co bóp vùng không rối loạn

### Doppler

* Van 3 lá
  + Hở van 3 lá độ ??
  + Vận tốc tối đa 2,5m/s
  + Chênh áp tối đa 24mmHg
* Dòng qua van ĐMP
  + Độ chênh áp 4mmHg
* Áp lực động mạch phổi
  + 23mmHg

## X quang

A picture containing monitor, indoor, television, screen

Description automatically generatedA picture containing monitor, television, screen, sitting

Description automatically generated

* + Phân tích
    - Hành Chính
    - Kỹ thuật :
      * Tư thế : AP
      * Bệnh nhân hít đủ sâu ( 9 cung sườn sau )
      * Cường độ tia hơi mềm
      * Phim không lệch
    - Trung thất nằm bên trái ( situs solitus ) , không tràn dịch , tràn khí trung thất
    - Thành ngực : mô không tổn thương , không có gãy xương
    - Vòm hoành thấy rõ , xác định được, thấy rõ góc sườn hoành
    - Màng phổi : Không có tràn dịch ,tràn khí màng phổi
    - Nhu mô phổi : Tổn thương hình mờ ở 1/3 đáy phổi phải, không đồng nhất , giới hạn không rõ -->
    - Rốn phổi không lớn , không tăng đậm độ, tuần hoàn phổi bình thường , không có tái phân bố
    - Bóng tim to , mỏm tim chúc xuống --> Phù hợp với tình trạng suy tim T của BN

Kết luận :

# Chẩn đoán xác định