BỆNH ÁN

1. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Khưu Q.

Tuổi: 65

Giới: Nam

Địa chỉ: quận 8

Nghề nghiệp: đầu bếp (nghỉ hưu khoảng 20 năm)

Nhập viện 16h28 ngày 20/9/2020

Giường 34 phòng C1.21 khoa Nội Tim mạch bệnh viện Nguyễn Tri Phương

1. LÍ DO NHẬP VIỆN

Khó thở

1. BỆNH SỬ

Cách nhập viện 15 ngày, bệnh nhân đang ngồi nghỉ thì thấy đau nhói ngực trái, liên tục 30 phút, không lan, không liên quan bữa ăn hay tư thế, không tăng khi hít sâu hay cử động, không vã mồ hôi, kèm khó thở nặng dần không rõ thì, cảm giác hít vào không đủ, đánh trống ngực, hồi hộp. Trong cơn, bệnh nhân vẫn nói được nguyên câu, nhận thức xung quanh và đi lại được. Bệnh nhân lấy máy đo huyết áp điện tử tự đo thấy huyết áp 120/?? mmHg, nhịp tim 120 lần/phút, nên tự uống ½ viên Concor 2.5 mg cảm thấy tim đập chậm hơn nhưng không bớt khó thở → Được người nhà đưa vào nhập viện ở Nguyễn Tri Phương và được chẩn đoán rung nhĩ kịch phát, rối loạn mỡ máu, điều trị nội trú 3 ngày thì hết đau ngực, khó thở. Toa thuốc trong 3 ngày nhập viện: Xarelto (rivaroxaban) 20mg 1 viên, Concor Cor (bisoprolol) 2,5 mg ½ viên, Mg B6 1 viên x 2.

Những ngày sau đó, bệnh nhân sinh hoạt bình thường, leo được khoảng 2 tầng lầu, đi liên tục khoảng 30 phút mới mệt, buổi tối nằm 1 gối ngủ được.

Cách nhập viện 30 phút, lúc bệnh nhân đang xúc đất trồng cây thì xuất hiện đau ngực, khó thở với tính chất tương tự. Bệnh nhân tự đo huyết áp thấy huyết áp 110/?? mmHg, nhịp tim 115 lần/phút nên tự uống ½ viên Concor 2.5 mg, cảm thấy tim đập chậm hơn nhưng không bớt khó thở → Nhập cấp cứu bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

Mạch: 94 l/ph

Huyết áp: 100/60 mmHg

Nhịp thở: 20 l/ph

Nhiệt độ: 37 độ

SpO2: 97%

Các bộ phận: tim T1, T2 rõ không đều, phổi không rale, bụng mềm, không điểm đau khu trú. Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không chảy nước mắt hay nước mũi, không ho, không buồn nôn hay nôn, không ợ chua, không khò khè, không đau bụng, không sụt cân, không phù, mỗi ngày uống khoảng 2 lít nước, đi tiểu vàng trong không gắt buốt khoảng 1,8l, đi tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

Diễn tiến từ lúc nhập viện đến khi khám, bệnh nhân không đau ngực, hết khó thở, không hồi hộp, đánh trống ngực, đi tiêu tiểu bình thường.

1. TIỀN CĂN
2. Bản thân
3. Nội khoa

Khoảng 10 năm trước, bệnh nhân cảm thấy hay chóng mặt khi thay đổi tư thế nên đi khám, được chẩn đoán và điều trị rối loạn tiền đình ở Nguyễn Tri Phương.

Cách 5-6 năm, bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Bệnh nhân tái khám hàng tháng, uống thuốc đầy đủ, thường xuyên theo dõi huyết áp ở nhà. Huyết áp cao nhất là 150/??mmHg, huyết áp ổn địnhlà khoảng 110/?? mmHg.

Cách 3-4 năm, bệnh nhân điều trị trào ngược dạ dày thực quản ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Khoảng 1-2 năm trước, bệnh nhân chẩn đoán rung nhĩ ở Nguyễn Tri Phương, nhận thuốc và tái khám hàng tháng.

Cách 6 tháng, bệnh nhân lên cơn khó thở và đau ngực khi đang ngồi nghỉ với tính chất tương tự đợt này và được chẩn đoán do rung nhĩ, nhập viện và điều trị ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Khoảng 1 năm gần đây, mỗi ngày bệnh nhân ngậm quả kha tử để trị ho và viêm họng, 2 – 3 ngày uống nước cây nhãn lồng.

Giữa các đợt nhập viện, bệnh nhân không giảm khả năng gắng sức, không ghi nhận khó thở về đêm, khó thở khi nằm, tối nằm đầu ngang vẫn ngủ được.

Chưa ghi nhận tiền căn chấn thương, đái tháo đường, hen, COPD, suy tim, nhồi máu cơ tim…

1. Ngoại khoa

Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

1. Dịch tể

Không ghi nhận bệnh nhân vào vùng dịch sốt rét, COVID

1. Dị ứng

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn.

1. Thói quen

Bệnh nhân uống rượu từ năm 20 tuổi, mỗi ngày 125g cồn, ngưng hơn 20 năm trước; không hút thuốc lá hay sử dụng chất kích thích.

Bệnh nhân ăn lạt, không ăn đồ ngọt hay đồ dầu mỡ, mỗi tháng ăn chay 10 ngày trong vòng 10 năm; mỗi ngày tập thể dục 30 phút.

1. Gia đình

Chưa ghi nhận bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh lí ác tính trong gia đình.

1. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (8h30 21/9/2020)

Tim mạch: không đau ngực, hồi hộp hay đánh trống ngực

Hô hấp: không khó thở, không ho, không khò khè, không sốt

Tiêu hóa: không đau bụng, buồn nôn, nôn. Đi tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày

Tiết niệu: nước tiểu vàng trong lượng khoảng 1.8l/ngày, không tiểu gắt buốt, không tiểu lắt nhắt, không phù

Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt, không mờ mắt, không tê tay chân hay yếu liệt chi.

Cơ xương khớp: không đau cơ xương khớp,

1. KHÁM (8H30 21/9/2020)
2. Tổng quát

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang 1 gối

Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng

Sinh hiệu:

Mạch: 75 l/ph

Huyết áp: 120/60mmHg

Nhịp thở: 16 l/ph

SpO2: 97%

Nhiệt độ: 37 độ

Cân nặng: 66 kgChiều cao: 1m68→ BMI = 23,4 kg/m2 : thể trạng thừa cân (IDI&WPRO)

Không phù, dấu véo da (-)

Không ngón tay dùi trống, không xuất huyết dưới da.

Mạch ngoại biên bắt rõ, chi ấm.

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

1. Đầu mặt cổ

Cân đối, không biến dạng

Môi mềm, lưỡi hồng

Tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45 độ

Tuyến giáp to, độ 1 theo phân loại WHO, đối xứng, sờ không thấy nang, không rung miêu

Khí quản không lệch

1. Ngực

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không dấu xuất huyết dưới da, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không khoang liên sườn giãn rộng

Tim:

Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 3x2cm2

Dấu nảy trước ngực (-), dấu Hardzer (-), rung miêu (-)

Nhịp tim 95 lần/phút, loạn nhịp hoàn toàn, T1, T2 rõ

Phổi:

Không co kéo cơ hô hấp phụ.

Gõ trong.

Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale.

1. Bụng

Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ.

Âm ruột 6 l/ph, không âm thổi.

Gõ vang quanh rốn, gõ đục quanh tạng đặc.

Gan, lách không sờ chạm, chạm thận (-), không điểm đau thành bụng.

Phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh (+)

1. Thần kinh

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

1. Cơ xương khớp

Không sưng nóng đỏ các khớp, tầm hoạt động khớp bình thường, không yếu liệt chi.

1. TÓM TẮT

Bệnh nhân nam 65 tuổi nhập viện ngày 20/9/2020 lúc 16h28 vì khó thở, bệnh 1 giờ. Sau khi khai thác bệnh và khám lâm sàng, ghi nhận

Triệu chứng cơ năng

* Đau ngực trái kiểu nhói, không lan, liên tục trong 30 phút
* Khó thở nặng dần, không tăng giảm theo tư thế
* Hồi hộp, đánh trống ngực

Triệu chứng thực thể

* Tim: tần số 95 l/ph loạn nhịp hoàn toàn, mỏm tim KLS V trung đòn trái, diện đập 3x2cm
* Tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45 độ, phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh (+)
* Tuyến giáp to độ I theo WHO

Tiền căn

* Tăng huyết áp
* Rối loạn chuyển hóa mỡ máu
* Rung nhĩ
* Trào ngược dạ dày thực quản

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau ngực trái

Khó thở

Rối loạn nhịp tim: rung nhĩ

1. CHẨN ĐOÁN
2. Chẩn đoán sơ bộ:

Nhồi máu cơ tim cấp) giờ 1 Killip I biến chứng suy tim cấp /Suy tim tâm trương - NYHA I – giai đoạn B theo ACC/AHA do cường giáp -  Tăng huyết áp nguyên phát – Rung nhĩ – Rối loạn lipid máu

1. Chẩn đoán phân biệt:

Nhồi máu cơ tim cấp giờ 1 Killip I biến chứng suy tim cấp /Suy tim tâm trương - NYHA I – giai đoạn B theo ACC/AHA do THA -  Tăng huyết áp thứ phát do cường giáp – Rung nhĩ – Rối loạn lipid máu

Nhồi máu cơ tim cấp giờ 1 Killip I biến chứng suy tim cấp /Suy tim tâm trương - NYHA I – giai đoạn B theo ACC/AHA do bệnh mạch vành -  Tăng huyết áp nguyên phát, không phân độ do đã điều trị – Rung nhĩ – Rối loạn lipid máu - theo dõi cường giáp

1. BIỆN LUẬN
2. Đau ngực
3. Tim mạch

**Hội chứng vành cấp:** bệnh nhân đau ngực lúc nghỉ ngơi và lúc gắng sức, kiểu nhói, đau liên tục không lan, kèm khó thở, đánh trống ngực. Tiền căn bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa mỡ máu nên nghĩ nhiều →. Đề nghị CLS: ECG, CKMB, Troponin I-hs, siêu âm tim. HCVC gồm:

Nếu nhồi máu cơ tim

Giờ: 1

Phân độ: khám không ghi nhận ran nổ, ran ẩm ở phổi, không T3 nên Killip 1

Biến chứng:

* Suy tim: bệnh nhân có khó thở nhưng không khó thở nằm/kịch phát về đêm, khám thấy diện đập rộng nhưng gan không to, Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi bụng cảnh (+) nhưng không nghe T3 nên ít nghĩ. Tuy nhiên cần tầm soát nguy cơ suy tim cấp sau hội chứng vành cấp → Đề nghị: NT-proBNP
* Rối loạn nhịp: khám thấy T1, T2 rõ, không đều nhưng không nghĩ do BN có rung nhĩ mạn
* Vỡ thành tự do: bệnh nhân không biểu hiện choáng tim nên không nghĩ.
* Hở 2 lá cấp: thường gây ra bệnh cảnh phù phổi cấp, ở BN này khó thở nhưng vẫn nói được nguyên câu, đi được, không ho đàm bọt hồng, không nghe âm thổi tâm thu ở mỏm nên không nghĩ.

**Phình bóc tách động mạch chủ:** bệnh nhân đau ngực kiểu đau nhói, không lan ra sau lưng, mạch tứ chi bắt rõ như nhau nên ít nghĩ.

**Hẹp, hở van ĐMC**: không nghĩ do bệnh nhân không có âm thổi, tiền căn chưa ghi nhận bệnh lí vale tim

1. Phổi:

Tràn khí màng phổi: khám không thấy khoang liên sườn dãn rộng, gõ không vang, không giảm RRPN,  nên không nghĩ.

Viêm phổi: bệnh nhân không sốt, không ho, khám không thấy hội chứng đông đặc nên không nghĩ.

Thuyên tắc phổi: bệnh nhân có đau ngực, khó thở, nhưng không tụt huyết áp, không ho ra máu, không ngất, không có yếu tố nguy cơ (nằm bất động, hậu phẫu, rối loạn đông máu) nên không nghĩ.

1. Tiêu hóa:

Trào ngược dạ dày thực quản: bệnh nhân đau ngực không ợ nóng nên không nghĩ.

Viêm loét dạ dày – tá tràng: bệnh nhân đau không liên quan bữa ăn, không ợ hơi, không ợ chua, không đầy bụng, không nôn nên không nghị

1. Khó thở

**Suy tim trái:** tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45 độ, bệnh nhân khó thở khi gắng sức, kèm đánh trống ngực, hồi hộp, tiền căn THA, rung nhĩ, khám tim không nghe T3, không nghe âm thổi đề nghị ECG, NT-proBNP, Xquang ngực, siêu âm tim

**Suy tim cấp mất bù trên nền suy tim mạn:**Bệnh nhân không giảm khả năng gắng sức, không khó thở khi nằm đầu thấp, không khó thở kịch phát về đêm, tuy nhiên BN có tình trạng diện đập mỏm tim lớn ( 2\*3 cm2), nằm ở KLS V đường trung đòn T, trên nền BN đã được chẩn đoán THA 6 năm nên nghĩ nhiều BN có tình trạng suy tim tâm trương thất T

* YTTĐ vào đợt cấp:
* Ăn mặn: không nghĩ do bệnh nhân không ăn mặn
* NMCT: nghĩ nhiều, đã biện luận ở trên
* THA: không nghĩ do bệnh nhân đo HA trong cơn khó thở với HA 110/? MmHg
* Không tuân thủ điều trị: không nghĩ
* Rối loạn nhịp tim: không nghĩ do BN rung nhĩ mạn
* Thiếu máu: không nghĩ do BN không xuất huyết, mất dịch gần đây
* Nhiễm trùng: không nghĩ do BN không có HC nhiễm trùng
* Phân độ suy tim: NYHA I do BN không giới hạn vận động thể lực, các hoạt động bình thường không mệt
* Giai đoạn của suy tim: Giai đoạn B theo ACC/AHA do BN không có triệu chứng của suy tim mạn, nghĩ nhiều có dày thất trái ( do diện đập mỏm tim lớn, tiền căn THA)
* Nguyên nhân gây suy tim mạn:
* **THA**: **nghĩ nhiều** do BN có tình trạng dày thất trái, được chẩn đoán THA > 6 năm
* **Bệnh động mạch vành**: BN chưa từng đau ngực trước đây, chưa từng được chẩn đoán bệnh mạch vành, tuy nhiên BN có nhiều YTNC bệnh mạch vành như Nam, lớn tuổi, RLLM, THA nên không loại trừ
* Rối loạn nhịp: không nghĩ do BN chỉ mới khởi phát rung nghĩ 1-2 năm nay
* Bệnh vale tim: không nghĩ do BN không có âm thổi, tiền căn chưa ghi nhận bệnh vale tim
* Bệnh tim do phổi: không nghĩ do chưa ghi nhận tiền căn COPD, tăng áp phổi nguyên phát
* **Suy tim cung lượng cao:**Nghĩ nhiều cường giáp do BN có tuyến giáp to độ I theo WHO
* **Viêm phổi:**bệnh nhân không ho, không sốt cao lạnh run, không khò khè, không có hội chứng đông đặc nên không nghĩ.

**Bệnh lý màng phổi, nhu mô phổi cạnh màng phổi:** bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi nên không nghĩ.

**Thuyên tắc phổi**: đã biện luận ở trên

**COPD**: BN không ho khạc đàm mạn, không đàm đổi màu, không hút thuốc lá, không lồng ngực hình thùng, không rale rít rale ngáy nên không nghĩ

**Hen**: không nghĩ do BN không có tiền căn dị ứng, không khò khè thành tiếng trong cơn khó thở, không rale rít rale ngáy

1. Rối loạn nhịp tim

Rung nhĩ: nhịp tim nhiều hơn nhịp mạch, loạn nhịp hoàn toàn. Bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Rung nhĩ nghĩ nhiều do nguyên nhân:

Bệnh tim thiếu máu cục bộ: chưa ghi nhận tiền căn bệnh mạch vành nhưng bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ như: nam, 65 tuổi, rối loạn chuyển hóa mỡ máu, tăng huyết áp → nghĩ nhiều

Tăng huyết áp: nghĩ nhiều do tăng huyết áp do bệnh nhân có tiền căn THA 5-6 năm

Cường giáp: nghĩ nhiều do khám thấy tuyến giáp to → đề nghị FT4, TSH, siêu âm tuyến giáp

COPD: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn COPD, không hút thuốc lá

Bệnh van tim: không nghe âm thổi nhưng không loại trừ  → đề nghị ECG, siêu âm tim

Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim: khám không nghe tiếng cọ màng ngoài tim, không ghi nhận tiền căn nhiễm siêu vi trước đó nên không nghĩ.

Tuổi cao

1. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG
2. Cận lâm sàng thường quy:

Xquang ngực

ECG

Công thức máu

Đường huyết đói

Urea & creatinine

ALT, AST

Ion đồ

Tổng phân tích nước tiểu

1. Cận lâm sàng chẩn đoán

Siêu âm tim

NT-proBNP

Troponin I hs

FT4, TSH

Siêu âm tuyến giáp

Nhận xét:

* Chuyển đạo V4 V5 V6 có biên độ 0.5 mV
* Rung nhĩ, do không có sóng P, sóng f lăn tăn ở các chuyển đạo, RR không đều, QRS không đều về thời gian và biên độ
* Nhịp không đều, tần số khoảng 120 lần/ phút ( dựa vào điện tâm đồ ở trên)
* Trục trung gian
* BN không có lớn thất P, không có lớn thất trái
* Xuất hiện sóng Q đơn độc ở DIII, thời gian < 0.04s -> không đủ tiêu chuẩn để xác định sóng Q bệnh lí
* V1 phức bộ QRS có dạng rSR’, V6 phức bộ QRS có dạng RS, S rộng -> nghi ngờ BN có block nhánh P không hoàn toàn ( QRS < 12s)
* ST, T bình thường

Kết luận: Rung nhĩ đáp ứng thất thanh, theo dõi block nhánh P

BN có dày vách liên thất