**Nhóm 3 – Đợt 3 – Lâm sàng Nội BV Chợ Rẫy**

**Giảng viên hướng dẫn: BS Trần Thanh Tuấn**

**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

**I.HÀNH CHÍNH**

- Họ và tên: Nguyễn Thị N       - Năm sinh: 1951 (68 tuổi)          - Giới tính: Nữ

- Địa chỉ: Kiên Giang

- Nghề nghiệp: Nội trợ

- Ngày nhập viện: 12h30’ ngày 12/03/2019

- Phòng 6 Khoa Nội Tim mạch - BVCR

**II.LÝ DO NHẬP VIỆN**: chóng mặt

**III. BỆNH SỬ:** bệnh 2 ngày

- Cách nhập viện 30 tiếng ( 6h30’ sáng ), bệnh nhân đi vệ sinh phải gắng sức (rặn) vì táo bón, tiêu phân vàng, đóng khuôn, không nhầy máu, lượng khoảng 100gr, sau đó bệnh nhân đứng dậy cảm thấy hoa mắt, chóng mặt tăng khi thay đổi tư thế, đau đầu vùng phía sau, đau dữ dội, liên tục, không lan kèm nói khó, ngay sau đó được người nhà phát hiện, bệnh nhân không đo huyết áp tại nhà, được đưa đi cấp cứu tại bệnh viện huyện Thế Lai ( 7h ), không rõ chẩn đoán và điều trị. HA lúc nhập viện 240/? mmHg, sau 2 giờ, hạ xuống 200/? mmHg, lúc này bệnh nhân ghi nhận có nói khó, uống nước hay sặc, vẫn còn đau đầu, chóng mặt nên được chuyển lên bệnh viện Cần Thơ.Trên đường chuyển lên bệnh viện Cần Thơ, bệnh nhân ho ra máu 1 lần, lượng khoảng 30-40 ml, máu tươi có lẫn đàm, sau đó tự cầm.

- Cách nhập viện 26 tiếng, tại bệnh viện Cần Thơ ( 10h30’ ), huyết áp đo được 180/? mmHg, được chụp CTscan não, chẩn đoán Xuất huyết não, điều trị không rõ, được truyền dịch 4 chai 500ml trong 24 giờ, còn ho đàm, hết ho ra máu, đau đầu giảm còn 6/10, bệnh nhân hết nói khó, còn uống sặc, còn chóng mặt nên người nhà tự chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy, huyết áp lúc chuyển viện 140/?mmHg.

- Trong quá trình bệnh, BN tỉnh,có ho khạc đàm trắng đục, lượng ít, không yếu liệt hay tê chân tay, không co giật, không đau ngực, không khó thở, không sốt, tiêu tiểu tự chủ, tiểu vàng trong, không gắt buốt, lượng khoảng 1 lít/ ngày.

**\* Tình trạng lúc nhập viện**

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được.

- Da niêm hồng nhạt.

- Còn chóng mặt, Glasgow 15 điểm.

- Sinh hiệu: M: 100 lần/phút                        T0C : 37 độ C

            HA: 200/100 mmHg                          Thở: 20 l/phút

- Cổ mềm.

- Tim đều, phổi ran ẩm, bụng mềm

**\* Diễn tiến sau nhập viện**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ngày | Diễn tiến bệnh | Điều trị |
| 12/3  12h30 | Bệnh nhân tỉnh  Than chóng mặt, đau đầu.  HA: 200/100 mmHg  Mach: 100 lần/phút  Nhiệt độ: 370 C  Tim đều, phổi nghe rale ẩm, bụng mềm, | Captoril 25mg ngậm dưới lưỡi  Ở đây BS điều trị đánh giá là THA khẩn cấp:  - Captoril 1-2v (khởi đầu td sau 30’, kéo dài 4-6h). 1 hay 2v tùy theo BN này HA quá cao hay Bn quá mập HOẶC  - Nifedipine10mg (khởi đầu td sau 10-15’, kéo dài 6-8h. Tuy nhiên do td nhanh nên dễ gây tụt HA phản ứng -> thiếu máu não, nhịp tim nhanh phản xạ => cần thận trọng khi sd. Thuốc này có dạng viên nang, người ta có thể dùng kim đâm rùi nhỏ giọt dưới lưỡi cho BN để hạ HA nhanh) |
| 12/3  20h30 | Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Sinh hiệu:  Mạch: 104 lần/phút  Huyết áp:180/100 mmHg  Nhiệt độ 37 oC  Nhịp thở: 20 lần/phút  Tim đều, T1 T2 rõ  Phổi rale ẩm 1/3 dưới phế trường trái  Bụng mềm, không điểm đau  Chẩn đoán: cơn THA khẩn cấp, DTD type 2- ho ra máu-theo dõi viêm phổi | Enalapril 5mg 2v  Nifedipin 20mg 1v |
| 13/3 |  | Rosuvastatin 20mg 1v  Enalapril 5mg 2v  Nifedipin 30mg 1v  Janumet ( Sitagiptin + metformin 50/500) 1v\*2 sáng-chiều |
| 14/3 | Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Sinh hiệu:  Mạch: 102 lần/phút  Huyết áp:130/80 mmHg  Nhiệt độ 37 oC  Nhịp thở: 18 lần/phút  Bệnh nhân có ho ít, không sốt, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực,tiểu vàng trong  Tim đều, T1 T2 rõ  Phổi rale ẩm ít  Bụng mềm, không điểm đau  Chẩn đoán: ho ra máu- theo dõi viêm phổi- THA -DTD type 2 | Rosuvastatin 20mg 1v  Enalapril 5mg 2v  Nifedipin 60mg 1v  Janumet ( Sitagiptin + metformin 50/500) 1v\*2 sáng-chiều |
| 15/3 | Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Sinh hiệu:  Mạch: 92 lần/phút  Huyết áp:160/80 mmHg  Nhiệt độ 37 oC  Nhịp thở: 18 lần/phút  Bệnh nhân chóng mặt, có ho ít, không sốt, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, tiểu vàng trong  Tim đều, T1 T2 rõ  Phổi rale ẩm ít  Bụng mềm, không điểm đau  Chẩn đoán: ho ra máu- theo dõi viêm phổi- THA -DTD type 2 | Rosuvastatin 20mg 1v  Enalapril 5mg 2v  Nifedipin 60mg 1v  Janumet ( Sitagiptin + metformin 50/500) 1v\*2 sáng-chiều  Aspirin 81mg 1v  Metoprolol tartrate 25mg 1v  Indapamide hemihydrate 1.5mg 1v  Augmentin ( amoxicillin +claculante kali) 875/125 1v\*2 sáng chiều |

**IV. TIỀN CĂN**

**1. Bản thân**

**\* Nội khoa:**

- Cách 15 năm, bệnh nhân mắc lao phổi, chẩn đoán và điều trị đã ổn.

- Cách 8 năm, bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2, chẩn đoán và theo dõi tại bệnh viện huyện, đường huyết cao nhất 220mg/dl, thấp nhất 130mg/dl, bệnh nhân tái khám thường xuyên, không theo dõi đường huyết tại nhà. Chưa từng nhập viện vì hôn mê tăng đường huyết.

- Cách 6 năm, bệnh nhân mắc bệnh THA, chẩn đoán tại bệnh viện Cần Thơ,lúc phát hiện HA ghi nhận 220 mmHg, theo dõi tại bệnh viện huyện Thới Lai, huyết áp không kiểm soát tốt, không theo dõi huyết áp tại nhà. Huyết áp ghi nhận qua các lần tái khám thường ở mức 180/100mmHg, thấp nhất 130/70mmHg. Từng nhập viện nhiều lần vì tăng huyết áp. Hiện tại điều trị theo toa thuốc đến trước đợt bệnh này:

* Metformin (gludipha 850) 1v \* 2/ngày.
* Trimetazidine (hismedan) 1v \* 2/ngày.
* Loasartan 1v/ngày, buổi sáng.
* Calci D-Hasan 1v \* 2/ngày.
* Piracetam (agicetam 800) 1v \* 2/ngày.

- Cách 8 tháng, bệnh nhân đột ngột yếu tay phải , chẩn đoán tai biến mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ, điều trị tại bệnh viện Cần Thơ, đã ổn.

- Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân có xuất hiện mờ mắt, không điều trị gì, hiện tại vẫn còn

- Cách 3 tháng, bệnh nhân thỉnh thoảng tiêu phân bón, phải gắng sức, sau đi tiêu, bệnh nhân thấy chóng mặt, hoa mắt, bệnh nhân nằm nghỉ tại nhà thì hết chóng mặt, hoa mắt nên không đi khám hay điều trị gì. Đến nay tình trạng này vẫn còn tiếp diễn.

- 4 ngày nay có ho khạc đàm trắng đục lượng ít (đưa vào bệnh sử vì nó nằm trong đợt bệnh này)

- Hiện tại điều trị theo toa thuốc đến trước đợt bệnh này:

* Metformin (gludipha 850) 1v \* 2/ngày.
* Trimetazidine (hismedan) 1v \* 2/ngày.
* Loasartan 1v/ngày, buổi sáng.
* Calci D-Hasan 1v \* 2/ngày.
* Piracetam (agicetam 800) 1v \* 2/ngày.

- Chưa ghi nhận tiền căn rối loạn lipid máu, suy tim (-), bệnh võng mạc do THA (-), bệnh thận do THA (-), bệnh lý tuyến giáp (-), tê tay chân (-), viêm khớp hay thoái hóa khớp (-), sỏi thận (-), đau chân cách hồi (-) (phân ra ghi rõ, không bệnh gì, ko triệu chứng gì chứ ko ghi bệnh với triệu chứng trộn chung lại)

**\* Ngoại khoa:**

- Cách đây 5 năm, mổ cườm mắt bên trái, do nhìn mờ. hiện tại thị lực 2 mắt ?

**\* Sản khoa**

- PARA 3.0.0.3

**\* Thói quen**

- Không hút thuốc lá, không uống rượu.

- Ăn mặn.

- Ít stress, ít lo lắng, lối sống tĩnh tại.

**\*Thuốc:** không ghi nhận dùng thuốc cam thảo, thuốc nam, thuốc bắc.

**\* Dị ứng:**

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.

**2. Gia đình**

- Hiện đang sống cùng con trai út.

- Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, tai biến mach máu não.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN**

* + Còn đau đầu, chóng mặt. (triệu chứng mà ta quan tâm nhất phải đặt ra đầu tiên, chóng mặt ở đây là chóng mặt như thế nào, mô tả kỹ, chóng mặt khi thay đổi tư thế hay nằm 1 chỗ cũng chóng mặt…?)
  + Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không khó thở, hết ho.
  + Không đau bụng, không buồn nôn, không nôn , không ợ hơi, ơ chua, tiêu phân vàng (nhớ chú ý xem bn hiện còn bón hay ko vì nó lq tới gắng sức -> nguy cơ gây cơn THA), đóng khuôn
  + Tiểu vàng trong, không gắt buốt.
  + Không đau các khớp, không ~~yếu liệt.~~ (yếu liệt là triệu chứng thực thể -> phải ghi là không yếu chi, không dị cảm….)
  + Không sốt, không nặng chân, không nặng mặt.

**VI.  KHÁM LÂM SÀNG** (7h ngày 16/03/2019, sau nhập viện 4 ngày)

**1.Tổng quát**

- Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.

- Sinh hiệu

+ Mạch: 80 lần/phút Nhiệt độ: 37 độ C

+ Huyết áp: 180/90mmHg      Nhịp thở: 20 lần/phút

+ Cân nặng: 52 kg Chiều cao: 155 cm

=> BMI = 21,6 kg/m2, thể trạng trung bình.

- Chi ấm, mạch rõ

- Da niêm hồng nhạt, không xuất huyết da niêm.

- Không phù.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

**2. Khám các cơ quan**

**a.Đầu mặt cổ**

* Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
* Không âm thổi ĐM cảnh
* TM cổ không nổi tư thế nằm

**b.Ngực**

* Lồng ngực cân đối, di động khi thở, không có bất thường thành ngực

***\* Tim***

* Mỏm tim ở khoang liên sườn ~~VI lệch ngoài đường trung đòn trái 1 cm~~, diện đập mỏm tim 1x1cm2 (tim to nhưng XQ ko thấy bóng tim to => phần khám ko đúng)
* Không dấu Hazer, không dấu nảy trước ngực
* T1, T2, đều rõ, tần số 80 lần/phút, không âm thổi

***\* Phổi***

* Rung thanh đều 2 bên
* Gõ trong
* Phổi không nghe rale

**c. Bụng**

* Bụng cân đối, di động khi thở, không bất thường thành bụng
* Nhu động ruột: 5l/phút, không âm thổi
* Bụng mềm, không điểm đau khu trú
* Gan, lách, thận không sờ chạm
* Ân gan phồng cảnh âm tính.

**d. Tứ chi**

* Mạch ngoại biên rõ, mềm, không xơ cứng.
* Tứ chi mạch đều rõ

+ HA tay trái=180/90 mmHg

+ HA chân trái = 190/90 mmHg

=> ABI (T) = 1,05

+ HA tay phải = 180/90 mmHg

+ HA chân phải = 190/90 mmHg

=> ABI (P) = 1,05

Muốn đo ABI thì phải dùng doppler mạch máu để đo HA, nên nếu ko có thì đừng ghi

* Sức cơ 5/5 cả tay và chân.
* Không giới hạn vận động
* Phản xạ gân xương 2+

**e. Thần kinh**

* Cổ mềm, không dấu màng não
* Glassgow 15 điểm.
* Còn nói khó, còn nuốt sặc
* Chưa phát hiện bất thường khác của 12 dây thần kinh sọ
* Khám tiểu não: ngón tay chỉ mũi sai tầm (P), không run tay.
* Chóng mặt khi ngồi.
* Không rối loạn cảm giác

**f. khám mắt:** giảm thị lực 2 bên, nhìn rõ <20 m

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- BN nữ, 68 tuổi, nhập viện lúc 12h30’ ngày 12/03/2019 vì chóng mặt bệnh 30 h, có các bất thường sau:

- TCCN:

* Chóng mặt
* Đau đầu
* Khó nói
* Nuốt sặc
* Ho ra máu + đàm
* HATThu lần đầu ở TYT xã = 240 mmHg

- TCTT:

* Phổi rale ẩm
* HA = 200/100 mmHg
* Lớn thất T
* Nuốt sặc
* Dấu ngón tay chỉ mũi sai tầm (P)
* Chóng măt khi ngồi
* Giảm thị lực.

- Tiền căn:

* Lao phổi
* Tăng huyết áp, ĐTĐ, tai biến mạch máu não.
* Ăn mặn, lối sống tĩnh tại.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Cơn tăng huyết áp cấp cứu( có dấu thần kinh định vị) => đây là vấn đề chính cần giải quyết trước mắt, đi thi ko nên ham nhiều mất thời gian, tập trung giải quyết cái chính
2. Ho ra máu.
3. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
4. Tiền căn: THA, ĐTĐ.

**IX. CHẨN ĐOÁN**

* **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ :** Cơn THA cấp cứu theo dõi biến chứng Xuất huyết não – Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 theo JNC VIII/ ESC 2018 theo dõi biến chứng mắt, ~~phì đại thất trái~~– ĐTĐ type 2 ~~theo dõi bệnh thận ĐTĐ~~ – Dãn phế quản- Viêm phổi cộng đồng ~~chưa biến chứng.~~
* **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :** (phân biệt với vđ chính thôi, những các khác viết chung chung cũng dk)

1. Cơn THA theo dõi biến chứng Nhồi máu não – Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 theo JNC VIII/ ESC 2018 theo dõi biến chứng mắt, ~~phì đại thất trái~~– ĐTĐ type 2 ~~theo dõi bệnh thận ĐTĐ~~ – Dãn phế quản- Viêm phổi cộng đồng ~~chưa biến chứng.~~
2. Cơn THA cấp cứu theo dõi biến chứng Xuất huyết não – Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 theo JNC VIII/ ESC 2018 theo dõi biến chứng phì đại thất T– ĐTĐ type 2 theo dõi biến chứng mắt, bệnh thận ĐTĐ – Dãn phế quản - Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng.

**X. BIỆN LUẬN**

1. **Cơn tăng huyết áp cấp cứu**

- Huyết áp bệnh nhân lúc nhập cấp cứu bệnh viện địa phương là 240/? mmHg kèm các triệu chứng đau đầu, chóng mặt, hoa mắt => cơn THA.

- Cơn THA nghĩ nhiều là THA cấp cứu do bệnh nhân có triệu chứng đau đầu dữ dội, hoa mắt, chóng mặt, nói khó nên gợi ý nhiều là có tổn thương cơ quan đích.

- Biến chứng của cơn THA:

*\* Thần kinh*:

+ Xuất huyết não: BN này đau đầu dữ dội, hoa mắt, chóng mặt kèm khó nói, đề nghị CT-scan không cản quang.

+ Nhồi máu não: khó phân biệt với xuất huyết não nên không loại trừ được, cần chẩn đoán bằng CT Scan

\* *Mắt:*  bệnh võng mạc THA: chưa thể loại trừ do mặc dù không mắt mờ đột ngột, không nhìn lóa, tuy nhiên bệnh nhân kiểm soát huyết áp không tốt, có nhìn mờ vài tháng nay có thể là biến chứng của THA và ĐTĐ(đái tháo đường 8 năm nhưng đường huyết kiểm soát không tốt), nên đề nghị soi đáy mắt để kiểm tra.

*\* Tim:*không nghĩ do khám lâm sàng và hỏi bệnh không ghi nhận đau ngực, khó thở, không gallop T3, không âm thổi.

\* *Thận:*

+ Tổn thương thận cấp: bệnh nhân tiểu 1000ml/ngày, khám không phù nên loại trừ.

\* Mạch máu: phình bóc tách ĐM chủ: không nghĩ do bệnh nhân không đau ngực.

**2. Tiền căn THA**

- BN phát hiện THA cách đây 6 năm, nhiều lần tái khám, đo huyết áp tâm thu tại trạm y tế xã dao động 160-180mmHg, đôi khi cao hơn nên bệnh nhân có THA kiểm soát không tốt. Các nguyên nhân kiểm soát huyết áp không tốt:

Phác đồ điều trị không thích hợp: bệnh nhân có THA độ 2 nhưng chỉ điều trị bằng 1 loại thuốc, nên nghĩ đây là 1 nguyên nhân dẫn đến tình trạng THA không kiểm soát

Kiểm soát yếu tố nguy cơ: bệnh nhân có ăn mặn và lối sống tĩnh tại, ít vận động nên đây cũng là yếu tố góp phần làm HA không kiểm soát

Bệnh nhân có THA thứ phát: các nguyên nhân của THA thứ phát gồm:

*+ Thuốc*: không nghĩ do bệnh nhân không sử dụng thuốc corticoid, cam thảo trước đây.

*+ Hẹp eo ĐMC*: huyết áp 2 tay bằng nhau, thể trạng cân đối, không âm thổi sau lưng, không yếu chân nên không nghĩ.

*+ Bệnh lí thận*

* Bệnh nhu mô thận chưa thể loại trừ được do bệnh nhân có ĐTĐ 8 năm, đường huyết kiểm soát không tốt, có thể có bệnh thận do ĐTĐ, đây là 1 nguyên nhân của THA thứ phát làm nặng lên tình trạng THA nguyên phát của bệnh nhân, đề nghị BUN, creatinin máu, TPTNT để kiểm tra.
* Bệnh mạch máu thận: ít nghĩ do không âm thổi vùng bụng tuy nhiên không thể loại trừ => đề nghị SA Doppler ĐM thận kiểm tra.
* Bệnh đường tiết niệu: không nghĩ do không tiểu gắt buốt, không tiểu máu, không tiền căn sỏi thận, khám không ghi nhận các điểm đau.

*+ Bệnh nội tiết*

* Cường giáp: không nghĩ do BN không sợ nóng, không đổ mồ hôi, không sụt cân, khám tuyến giáp không to, nhịp tim không nhanh không lồi mắt
* Nhược giáp: không nghĩ do BN không sợ lạnh, không táo bón,  khám nhịp tim không chậm, vẻ mặt BN tỉnh, tiếp xúc tốt
* U tủy thượng thận: u tủy thượng thận thường gặp ở người trẻ, có THA từng cơn, xuất hiện đột ngột và biến mất từ từ, trong cơn BN đau đầu dữ dội  => BN này không có các dấu hiệu trên nên ko nghĩ
* U vỏ thượng thận: BN không yếu liệt tay chân, không tê nên ko nghĩ
* HC Cushing: không nghĩ do BN không có vẻ mặt ửng đỏ, to tròn, không có tiền căn sử dụng thuốc corticoid.

\* Nhóm nguyên nhân nguyên phát: BN có các YTNC của THA nguyên phát: tuổi cao, phụ nữ mãn kinh, thói quen ăn mặn, lối sống tĩnh tại.THA trên bệnh nhân này là THA độ 2 theo JNC VIII/ESC 201.

- Biến chứng mạn của THA:

*\* Thần kinh* : Tai biến mạch máu não:bệnh nhân có tiền căn tai biến mạch máu não, đợt bệnh này có gợi ý xuất huyết não, huyết áp kiểm soát không tốt, nên nghĩ tăng huyết áp đã có biến chứng.

*\* Mắt:* bệnh nhân có tiền căn mổ cườm, hiện tại thị lực giảm, đề nghị soi đáy mắt tầm soát

*\* Tim mạch:*

*+* Phì đại thất T: BN này có HA không kiểm soát tốt kéo dài, HA thường trên 140mmHg, gần đây thường xuyên chóng mặt, khám thấy mỏm tim khoang liên sườn VI lệch ngoài đường trung đòn T => đề nghị ECG, siêu âm tim

+ Suy tim: không nghĩ do BN không khó thở, khám mỏm tim không lệch ngoài, không đập mạnh.

*\* Thận:* BN chưa ghi nhân tiền căn tiểu đêm, không phù, tuy nhiên huyết áp kiểm soát không tốt, có bệnh đái tháo đường( đã biện luận ở trên), bệnh thận mạn vừa là nguyên nhân vừa là biến chứng của THA nên cần được tầm soát kỹ, đề nghị BUN, Creatinin huyết thanh, SA bụng, TPTNT để tầm soát biến chứng.

*\* Mạch máu:*

*+* Bệnh động mạch chi dưới mạn: ít nghĩ do chưa ghi nhận tiền căn đau cách hồi, không tê tay chân, không yếu liệt, khám mạch máu đều, rõ, mềm, không xơ cứng.

+ Phình bóc tách động mạch chủ: BN không đau ngực không nghĩ.

**3.Ho ra máu:**

- Bệnh nhân có ho ra máu đỏ tươi kèm theo đàm, không lẫn thức ăn, khong kèm đau bụng, buồn nôn hay nôn, chỉ ho1 lần duy nhất, lượng ít, hiện tại đã ổn, kèm theo đó bệnh nhân có tiền căn lao phổi đã điều trị nên có thể nghĩ đến các nguyên nhân sau:

* Lao tái phát: không nghĩ do bệnh nhân không có hội chứng nhiễm lao chung, không có ho khạc đàm liên tục gần đây.
* Dãn phế quản: bệnh nhân có lao phổi cũ, ho khạc đàm 4 ngày nay, nên chưa thể loại trừ được, đề nghị Xquang ngực thẳng và CT Scan ngực để kiểm tra.
* Chưa nghĩ đến các nguyên nhân khác như: rối loạn đông máu, u phổi, áp xe phổi, thuyên tắc phổi, phù phổi cấp, nhiễm trùng nặng,

**4. hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới**

Bệnh nhân có ho đàm 4 ngày nay kèm theo rale ẩm 2 bên phổi nên nghĩ bệnh nhân có nhiễm trùng hô hấp dưới. các nguyên nhân có thể nghĩ đến:

* Viêm phổi: nghĩ nhiều do bệnh nhân có rale ẩm hay phổi tuy nhiên bệnh nhân không sốt, ho đàm lượng ít. Đề nghị Xquang ngực thẳng để chẩn đoán
* Viêm phế quản: không nghĩ do bệnh nhân chỉ có ho ra đàm, không có tình trạng khò khè, khó thở, khám không ghi nhận có rale rít, rale ngáy.

Biện luận dài quá => tập chung vấn đề chính thui

1. Chóng mặt

BN chóng mặt -> cấp cứu vs HA cao -> khả năng: Nhồi máu não, xuất huyết não, triệu chứng của cơn THA

* Nếu đây là xuất huyết não thì thường BN sẽ có dấu màng não, dấu TKĐV. Nếu ổ xuất huyết bên trong có thể ko ảnh hưởng tới màng não
* Nhồi máu não -> BN sẽ xuất hiện dấu TKĐV
* Nhồi máu não và xuất huyết não trên BN này khó phân biệt -> CT đầu ko cản quang
* BN này có dấu TKĐV nên ko nghĩ là triệu chứng của cơn THA

2. Cơn THA

Bn có HATT > 180 mmHg kèm theo có triệu chứng đau đầu, chóng mặt, nói khó gợi ý có tổn thương cơ quan đích => Cơn THA cấp cứu

Tổn thương cấp trên cơ quan khác:

* Mắt: BN có dấu hiệu nhìn mờ gợi ý có tổn thương võng mạc => đề nghị soi đáy mắt
* Tim mạch: BN ko có đau ngực, không khó thở, nghe tim không nghe thấy âm thổi, gallop T3 => không có biến chứng cấp về tim mạch. Cần làm thêm ECG để tầm soát biến chứng nhồi máu cơ tim im lặng
* Thận: cần làm thêm BUN, Cre để đánh giá tổn thương trên thận

BN này có bệnh nền là THA phát hiện được 6 năm nay và đang điều trị thuốc hạ áp => BN có THA mãn

* Những dấu hiệu cần tìm NN/ THA thứ phát:
  + THA **khởi phát** quá sớm hoặc sau 60t (tức là năm 59t ko có THA nhưng 60t được chẩn đoán THA gọi là THA **khởi phát** năm 60t ≠ trước giờ ko đi khám mà 60t phát hiện THA thì được gọi là THA **phát hiện** năm 60t. **Khởi phát tức là đợt khám trước đó bình thường**)
  + Có tổn thương cơ quan đích nặng nề ko tương xứng với THA
  + Có triệu chứng gợi ý NN
  + Cơn THA mà trong cơn có chỉ số quá cao
  + THA kháng trị (là THA đã điều trị bằng 3 loại thuốc hạ áp với liều tối đa và trong đó có 1 thuốc là lợi tiểu)
* BN này ko có dh gợi ý đi tìm NN THA thứ phát. Hơn nữa đây là BN nữ 68t (mãn kinh), hay ăn mặn, ít vận động => THA nguyên phát
* HA cao nhất ghi nhận là 180 mmHg, ko ghi nhận chỉ số HA bình thường trước khi dùng thuốc => theo JNC VII đây là THA độ 2
* BN đã điều trị với Losartan 50mg mà HA ghi nhận những lần tái khám dao động 130-180 mmHg => HA chưa kiểm soát tốt

**XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**

1. **CLS chẩn đoán**

- CT-scan sọ não không cản quang, CT-scan ngực, BUN,creatinin máu, TPTNT,soi đáy mắt, Xquang ngực thẳng, đường huyết mao mạch, công thức máu, CRP, bilan lipid (cholesterol toàn phần, LDL, HDL), ECG, siêu âm tim

1. **CLS thường quy**

- Ion đồ, AST, ALT

**XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**

Kết quả CT đầu:

Xuất huyết não vùng bán cầu tiểu não P kích thước 2,5x4,2x2 cm kèm vùng phù não xung quanh gây chèn ép não thất IV

Tổn thương giảm đậm độ chất trắng cạnh não thất bên 2 bên nghĩ bệnh lý mạch máu nhỏ, thoái hóa

Ổ tổn thương cũ nhân bèo, đầu nhân đuôi P

Đường giữ không di lệch

=> xuất huyết não làm tổn thương tiểu não, phù hợp với khám lâm sàng do đó XHN này là biến chứng của cơn THA

Kết quả CT ngực:

Xơ+ dãn phế quản+ kén khí thùy trên phổi P

Khí phế thủng phổi P

Xơ rải rác 2 đáy phổi P

=> phù hợp với chẩn đoán viêm phổi và ho ra máu do dãn phế quản

Công thức máu :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ngày | 12/2 |  |
| WBC | **17.29** | 4 – 10 |
| NEU% | **87.5** | 40 – 77 |
| LYM% | **8.1** | 16 – 44 |
| MONO% | 4.3 | 0 – 10 |
| EOS% | 0 | 0 – 7 |
| BASO% | 0.1 | 0 – 1 |
| IG% | 0.7 | 0 – 1 |
| NEU | **15.13** | 2 – 7.5 |
| LYM | 1.4 | 1 – 3.5 |
| MONO | 0.74 | 0 – 1 |
| EOS | 00 | 0 – 0.6 |
| BASO | 0.02 | 0 – 0.1 |
| IG | 0.12 | 0 – 0.1 |
| RBC | 3.81 | 3.6 – 5.5 |
| Hgb | **108** | 120 – 160 |
| Hct | 32.7 | 0.35 – 0.47 |
| MCV | 85.5 | 80 – 100 |
| MCH | 28.3 | 26 – 34 |
| MCHC | 3 | 310 – 360 |
| RDW | 11 | 9 – 16 |
| PLT | **105** | 150 – 400 |

Công thức máu có bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế, ngoài ra có tiểu cẩu giảm, kết hợp với lâm sàng bệnh nhân có ho, nghe rale ẩm nên nghĩ nhiều đang có viêm phổi

Nếu BN giảm 2 dòng HC + TC => coi chừng suy tủy => Hồng cầu lưới. Case này BC tăng cao ko phù hợp vs suy tủy

Sinh hóa :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 12/3 |  |
| Đường huyết | **199** | 70-110 mg/dl |
| AST | 15 | 1-49 UI/L |
| ALT | 19 | 9-48 UI/L |
| BUN | 26 | 7-20 mg/dl |
| Cre | 0.98 | 0.7-1.5 mg/dl |
| eGFR | 59.27 | >90 ml/min/1,73m2 |
| CRP | **12** | <6 mmol/l |

~~Đường huyết tăng cao, phù hợp với tiền căn ĐTĐ type 2 của bệnh nhân kiểm soát không tốt~~

Đường huyết cao có thể là tăng đường huyết phản ứng => cần làm thêm HbA1c để xác định ĐTĐ này kiểm soát tốt ko

CRP tăng cao, kết hợp với công thức máu và lâm sàng phù hợp với viêm phổi.

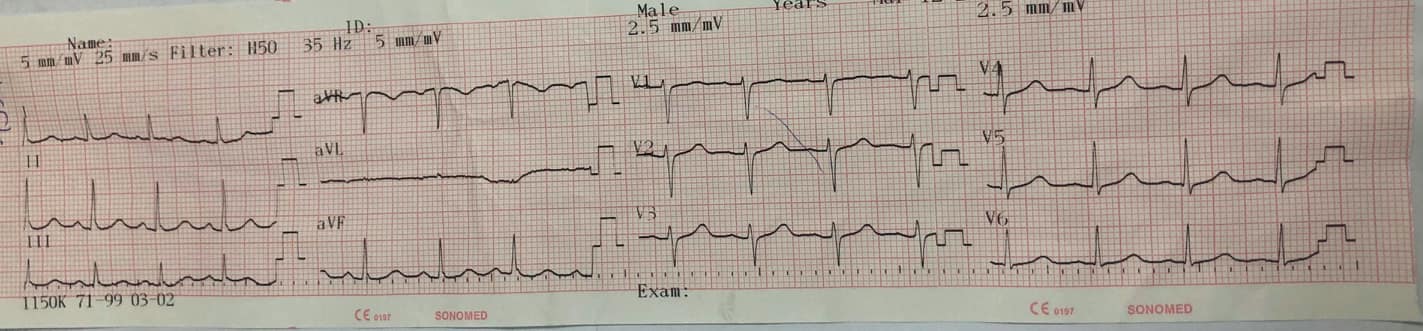
Chức năng thận có giảm nhưng chưa có ý nghĩa gợi ý bệnh thận ở bệnh nhân này.

Ion đồ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Na | 143 | 135-150 mmol/l |
| K | 3.6 | 3.5-5.5 mmol/l |
| Cl | **107** | 98-106 mmol/l |

Cấy đàm ngày 13/3: âm tính

ECG ngày 12/03 :



Test milivon: 5 mV ở chuyển đạo chi, 2,5 mV ở chuyển đạo trước ngực

Nhịp xoang, đều,tần số 100 lần/phút

Trục trung gian

Sóng P : 0.08 giây, biên độ 2mm

Khoảng PR: 0.16 giây

Phức bộ QRS: 0.08 giây,

Khoảng QT 0.32 giây

Không lớn nhĩ

Lớn thất trái: Sv1+Rv5= 52 >35 (tiêu chuẩn Sokolow-Lyon)

Không lớn thất P

Kết luận: ~~ECG gợi ý có lớn thất T đề nghị siêu âm tm kiểm tra biến chứng phì đại của THA~~

ECG gợi ý lớn thất T, tuy nhiên để biết được lớn thất T thực sự hay ko cần xem thêm có các yếu tố sau ko?

* Trục lệch T
* Kèm lớn nhĩ T
* QRS rộng
* ST-T thay đổi thứ phát

Case này XQ bóng tin ko to, ECG gợi ý lớn thất T => cần siêu âm tim để xác định

Xquang ngực thẳng:

­­- Tiêu chuẩn phim:

+ Phim đứng (PA): bóng hơi dạ dày, 2 xương bả vai ngoài phế trường,

+ Hít vào đủ sâu: thấy được 10 cung sườn sau

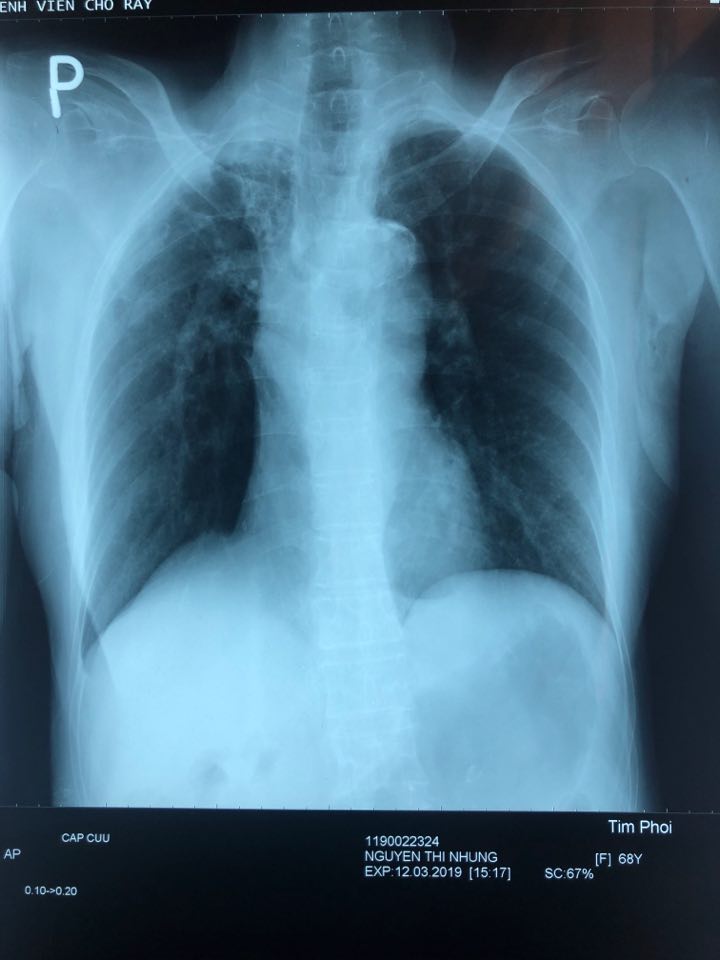
+ Thấy rõ đươc đốt sống D4 trở lên

- Chỉ số tim- lồng ngực < 0,5

- Cung động mạch chủ phồng + hình ảnh vôi hóa cung ĐMC (đường giữa tới cung ĐMC > 4cm hoặc A>1.5 cm, hoặc B> 6cm hoặc B/C > 40% => Cung ĐMC phồng)

- Phế trường 2 bên sáng kèm hình ảnh đám mờ rải rác

- Không bất thường xương, mô mềm, màng phổi



**C**

**B**

**A**

**XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:** Cơn THA biến chứng Xuất huyết não – Tăng huyết áp nguyên phát độ 2 theo JNC VII theo dõi biến chứng mắt – ĐTĐ type 2 - Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng- dãn phế quản.

**XIV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Mục tiêu điều trị**

Kiểm soát cơn THA và duy trì HA mục tiêu

Giảm áp lực nội sọ, tái tưới máu não

Ngăn cản xuất huyết não lan rộng

Điều trị kháng sinh theo tác nhân

Kiểm soát đường huyết

Thay đổi lối sống

Giảm chóng mặt

Kiểm soát cơn THA

Theo dõi và điều trị các biến chứng của xuất huyết não

**2. Điều trị cụ thể**

a. xử trí ban đầu:

Nitroglycerin 10mg/10ml 2A pha NaCl 0.9% đủ 50ml SE 6ml/phút

=>theo dõi HA, mạch trong 6 giờ tiếp theo để chỉnh liều

b. điều trị duy trì:

THA

**Thay đổi lối sống**

- Giảm ăn mặn, hạn chế dùng nước chấm thêm ,lượng muối ăn hàng ngày < 6g/ngày

- Thêm khẩu phần rau và hoa quả, ít nhất 5 khẩu phần/ngày

- BN không uống rượu, không hút thuốc lá, làm việc > 30 phút/ngày

**Điều trị bằng thuốc:** bệnh nhân có THA độ 2, có nguy cơ rất cao, nên phối hợp cả 3 thuốc

Enalapril 5mg 1v (u)

Amlodipine 5mg 1v (u)

Furosemide 20mg 1v \* 2 uống

=> theo dõi đáp ứng để điều chỉnh liều hoặc đổi thuốc

Xuất huyết+ phù não

Mannitol

Viêm phổi:

Cefotaxim 1g x2 (TMC)

Giảm ho:

Thuốc ho thảo dược

Ho ra máu: đã ôn => ko can thiệp

ĐTĐ 2:

Janumet ( Sitagiptin + metformin 50/500) 1v\*2 sáng-chiều

**- Điều trị chóng mặt cấp**

Tanganyl 0.5g 1A x 2 (TMC)

**- Kiểm soát cơn THA**

* THA cấp cứu
  + Hạ HA ko quá 25% so với giá trị ban đầu trong 1-2h đầu bằng đường TM
  + Giữ mức HA 160/90 mmHg trong vòng 6h tiếp theo
  + Y lệnh:

Nitroglycerin 30mcg/phút (phải khởi đầu bằng liều 30mg trở lên này mới có td dãn mạch, sau đó td HA mỗi 10-20 phút -> HA chưa đạt -> tăng mỗi 10-20 mcg/phút cho tới khi KS HA được => sau 6-12h HA đã kiểm soát -> uống)

HOẶC

Nicardipine 5-10 mg/giờ (thường khởi đầu bằng liều 5mg -> td dau 15’ ko đáp ứng -> tăng lên 10 mg/h)

Furosemid chỉ dùng khi Nitroglycerin liều từ 100 mcg trờ lên mà ko đáp ứng (cơ chế liên quan hiện tượng tái hấp thu muối nước khi HA giảm)

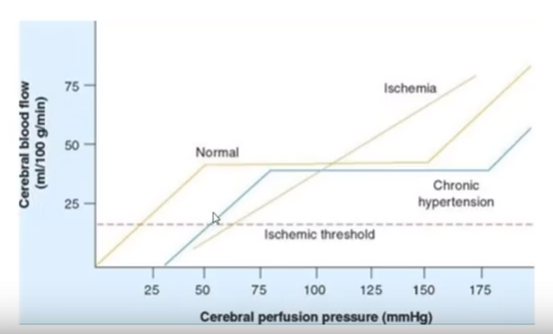
Ngoài ra có thể dùng 1 số thuốc khác như Labetalol,…

Như vậy y lệnh cụ thế là:

**Nitroglycerin 10%10ml 2A pha NaCl 0.9% đủ 50ml SE 4.5 ml/h (30ug/phút)**

**Theo dõi mổi 10 phút, tăng liều mổi 10ug/phút để đạt HA mục tiêu**

(Tại sao ko hạ áp quá nhanh. HATB = (HATT + 2HATTr)/3, do hiện tượng dịch chuyển đường cong lưu lượng máu não trên những bn THA mãn tính nên khi hạ áp quá nhanh dù mức HA này là bt vs người ko THA nhưng vs BN mức này có nguy cơ gây giảm tưới máu não => xay xẩm, chóng mặt nhiều)



* Xuất huyết não: < 130-140mmHg

Có thể dùng Nimodipine (thuốc chẹn Ca thế hệ 3). Hạn chế dùng Nitroglycerine do td dãn mạch gây nhức đầu

* Nhồi máu não: >220mmHg mới hạ áp, HA 180-220 mmHg thì chỉ cần theo dõi
  + Nhớ học chỉ định tiêu sợi huyết???

**- Theo dõi điều trị biến chứng XHN (lưu ý BC Tăng áp lực nội sọ)**

* Nằm đầu cao 30 độ
* Thở O2
* Chống bón, tránh gắng sức
* Theo dõi nếu tri giác xấu đi -> CT lại + mannitol

**- Điều trị lâu dài**

* BN này có biến chứng XHN + ĐTĐ => ACE + lợi tiểu
* Giảm ho: Prospan
* ĐTĐ: mục tiêu 140-180 mg/dL => insulin

**PP ĐIỀU TRỊ THA MẠN:**

- Mục tiêu: < 140/90 mmHg

- Điều trị ko dùng thuốc: thay đổi lối sống

- Điều trị dùng thuốc:

* *Có chỉ định đặc biệt*
  + Biến chứng TK (nhồi máu não/ xuất huyết não): ACE/ARB + Diuretic
  + BC lên tim
    - Phì đại thất : ACE + chẹn beta
    - BMV: ACE + chẹn beta
    - Suy tim: ACE + chẹn beta + lợi tiểu (kháng aldosteron)
  + BC lên thận
    - GFR > 30: ACE + CCB + Diuretic + chẹn beta/ nhóm thuốc khác
    - GFR < 30:
      * Chạy thận: ACE + CCB + Diuretic + chẹn beta/ nhóm thuốc khác
      * Chưa chạy thận: CCB + Diuretic + chẹn beta/ nhóm thuốc khác
  + ĐTĐ: ACE/ ARB
  + Cơ địa già/ THA tâm thu đơn độc: CCB
* *Ko có chỉ định đặc biệt*
  + Type 1: dùng 1 thuốc
    - <60t: ACE tốt hơn
    - >60t: CCB hoặc lợi tiểu. Nếu BN ăn mặn, rượu bia, tạng mập (có sự giữ nước) nên dùng lợi tiểu. BN vận động nhiều (hay bị thiếu nước ) nên dùng CCB (chẹn kênh Ca)
  + Type 2: dùng 2 thuốc trở lên
    - ACE + CCB hoặc ACE + Diuretic
    - CCB + Diuretic dành cho BN >60t

**ACE**

* Chống chỉ định: hẹp ĐM thận 2 bên, có thai, cho con bú, tăng K máu
* Td phụ: ho khan….
* Captoril: 6-8h => 2 lần/ngày
* Enalapril: 12h => 2 lần/ngày
* ….

**ARB**

* Ít gây ho, hiệu quả tương đương ACE
* Losartan 50-100mg => 2 l/ngày
* Telmisartan 40-80mg, 24h => 1 l/ngày
* ….

**Diuretics**

* Hydrochlorothiazide
* Indapamide
* Furosemide ko có vai trò trong điều trị THA lâu dài

**CCB**

* Nifadipine 20 -> nhịp nhanh, phù mặt. Nếu có td phụ thì tăng lên Nifedipine 30 sẽ làm giảm td phụ (do td kéo dài, từ từ)
* Amlodipine -> phù chân (do dãn ĐM, ko dãn TM => ứ máu trong mm), tiểu đêm (do dãn ĐM => tăng GFR)
* Fetodipine: dãn cả Đm và Tm nên ít khi phù

**Alpha- Methydopa:** ức chế dẫn truyền TKTW -> sd trong điều trị THA ở phụ nữ có thai, cho con bú, bệnh cảnh suy thận mạn. Td phụ: ngủ gà -> dễ nhầm lẫn vs thay đổi tri giác

**XV. TIÊN LƯỢNG**

Bệnh nhân có HA kiểm soát không tốt, đợt này nhập viện vì cơn tăng huyết áp có biến chứng thần kinh kèm theo đái tháo đường kiểm soát không tốt và viêm phổi nên tiên lượng nặng => cần theo dõi sát