



NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI

Bs Nguyễn Dinh
MEDIC CẦN THƠ

- Họ và tên: ĐỖ PHI L.
- Giới: Nam Tuổi: **59**
- ***Lý do đến khám:*** đau ngực
- ***Bệnh sử:*** Bệnh khoảng 3 năm, BN thường hay có cảm giác mệt, khó thở, hụt hơi, đau ngực, tim nhanh khi vận động nhiều, lúc nghỉ ngơi thì khỏe.



Tiền căn:

Không rõ tiền căn THA, thỉnh thoảng có THA cơn (HA max 200mmHg), uống thuốc không liên tục.

Chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch trước đây, không đái tháo đường, không bệnh phổi mạn

Có thói quen hút thuốc lá (khoảng 10 điếu/ngày)

BMI: 23,8

Ít vận động

Có lạm dụng rượu bia



Quá trình bệnh lý

09/2019

- BN đau lói ngực sau khi uống rượu → khám BV huyện nghi ngờ **NMCT cấp** → chuyển BVĐKTƯ Cần Thơ: điều trị nội khoa 3 ngày → BN xin chuyển lên Viện Tim TPHCM
- Tại Viện tim TPHCM: điều trị tại khoa cấp cứu và hồi sức 7 ngày (**do HA cao liên tục > 180/110mmHg**) → chụp DSA mạch vành → hẹp không đáng kể → cho xuất viện





Quá trình bệnh lý

10/2019

- BN đến khám BV Hoàn Mỹ Cần Thơ: Sau khi XN máu, đo điện tim và siêu âm tim → tiếp tục nghi ngờ Nhồi máu cơ tim cấp → nhập cấp cứu

DOPPLER TIM

Tóm tắt:

- SITUS SOLITUS, tương hợp nhĩ thất và đại động mạch.
- Dẫn nhĩ trái.
- Dây động tâm thất trái.
- Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn. EF: 67%
- Hở van hai lá 1.5/4, van dày.
- Hở van động mạch chủ 2/4, van dày.
- Hở van ba lá 2/4
- Tăng áp lực động mạch phổi trung bình PAPs# 50mmHg
- Trần dịch màng tim dmax 15mm.
- Không có bất thường khác phổi hợp

Kết luận:

- Hở van hai lá 1.5/4
- Hở van động mạch chủ 2/4.
- Dây động tâm thất trái.
- Trần dịch màng tim dmax 15mm.
- Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn.

Ngày 25 tháng 10 năm 2019

Bác sĩ Siêu âm

BUI VĂN DÂY



BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỨU
 Lô 20 - KDC Phú An - Đường Quang Trung
 P. Phú Thứ - Q. Cái Răng - TP Cần Thơ
 ĐT: (0710) 917355 - Fax: 917355

SIÊU ÂM MÀU TIM MẠCH T DOPPLER MÀU

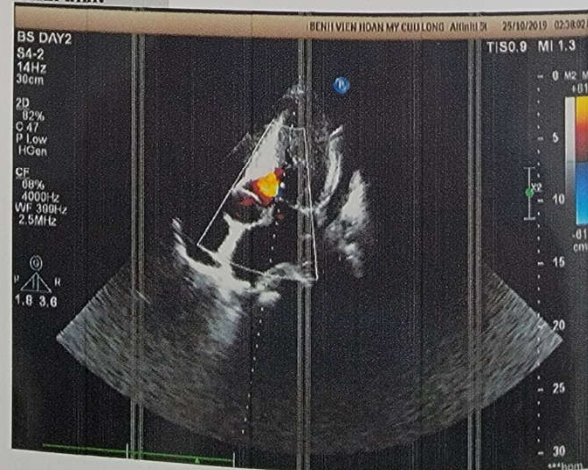


Họ tên: ĐỖ PHI [REDACTED]
 Giới: Nam Chiều cao: Cân nặng:
 Địa chỉ: TỰ YÊU CẦU

SIÊU ÂM TIM 2D-TM

Đường kính thất phải: mm	Nhĩ trái LA: 46 mm	
Vách liên thất tâm trương IVSd: 14 mm	Tâm thu IVSs: 18 mm	
Đk thất trái tâm trương LVdD: 51 mm	Tâm thu LVdDs: 32 mm	
Thành sau thất(T) tâm trương LPwd: 14 mm	Tâm thu LPWs: 23 mm	
Rút ngắn :FS: 37 % EPSS(mm)	D2(mm):	
Phân xuất tổng máu EF(Teichholt): 67 %	SIMSON: %	
ĐK góc van ĐMC AO: 39 mm	AVO: mm	
Vòng van 2 lá: mm	Vòng van 3 lá: mm	
CD lá trước V 2 lá: mm		
EF Slope:	DE(mm):	CE:
Tư thế tim Situs: <input checked="" type="checkbox"/>	Các tĩnh mạch phổi đổ vào:	
Cung ĐMC Phải: <input type="checkbox"/>	Cung ĐMC Trái: <input type="checkbox"/>	
TMC Trên trái: <input type="checkbox"/>	Xoang vành:	
ĐM Phôi Góc (mm):	Bên Phải: <input type="checkbox"/>	RUPA:
Nhĩ trái: Không giãn	Nhĩ phải: Không giãn	
Thông liên nhĩ: <input type="checkbox"/>	Đường kính TLN:	
Thông liên thất: <input type="checkbox"/>	Đường kính TLT:	

Hình ảnh:



Quá trình bệnh lý

10/2019

Chụp MSCT mạch vành
tại BV Hoàn Mỹ Cần Thơ



BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ CẦN THƠ

Lô 20 - Võ Nguyên Giáp (Quang Trung cũ), P.Phú Thứ, Q.Cái Răng, Tp Cần Thơ

ĐT : (+84) 0292 3 917 901 | Fax: (+84) 0292 3 917 355

Email : contactus.cuulong@hoanmy.com

Website : www.hoanmy.com/cuulong

KẾT QUẢ CHỤP MSCT 128 LÁT CẮT

Tên bệnh nhân : [Redacted] Giới: Nam

Địa chỉ : [Redacted]

Bác sĩ chỉ định: BS. Trần Thị Hòa Minh

Khoa:

Bệnh viện : Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cần Thơ

ID : 092088.190080385

Lâm sàng:

Máy : MSCT 128 SOMATOM Definition AS - Siemens

Ngày chụp: 25/10/2019

Vùng khảo sát: Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành, tim [128 dãy có tiêm thuốc cản quang_Giá chưa bao gồm tiền thuốc cản quang]

RIS ID CT-191025-030

Thuốc cản quang:

Thuốc cản quang: Xenetix 350, 35g/100ml, Lọ (Guertbet, France) .Liều dùng: 0.75 Lọ

Số lượng phim: 3.00

Loại phim: 14 x 17

KỸ THUẬT:

Chụp MSCT mạch vành có cản quang với máy MSCT 128 Siemens Definition AS, lát cắt 0.5mm, thuốc cản quang Xenetix 50ml, tốc độ bơm 5ml/s.

MÔ TẢ:

- Động mạch vành trái chính (LM) : không thấy xơ vữa, không hẹp.
- Động mạch vành xuống trước trái (LAD) : xơ vữa gây hẹp # 30-40% LAD và LAD II, hẹp # 50% đoạn xa LAD. Các nhánh diagonal không hẹp.
- Động mạch vành mũ (LCX) : không thấy xơ vữa, không hẹp. Nhánh OM không hẹp.
- Động mạch vành phải (RCA) : không thấy xơ vữa, không hẹp. Nhánh PDA không hẹp.

KẾT LUẬN:

CHỤP MSCT 128 HỆ MẠCH VÀNH GHI NHẬN :

- HẸP # 30-40% LAD I VÀ LAD II. HẸP # 50% ĐOẠN XA LAD.

Ngày 25 tháng 10 năm 2019

Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh

Bác sĩ. TIÊN MINH ĐĂNG

Quá trình bệnh lý

05/2020 -05/2021

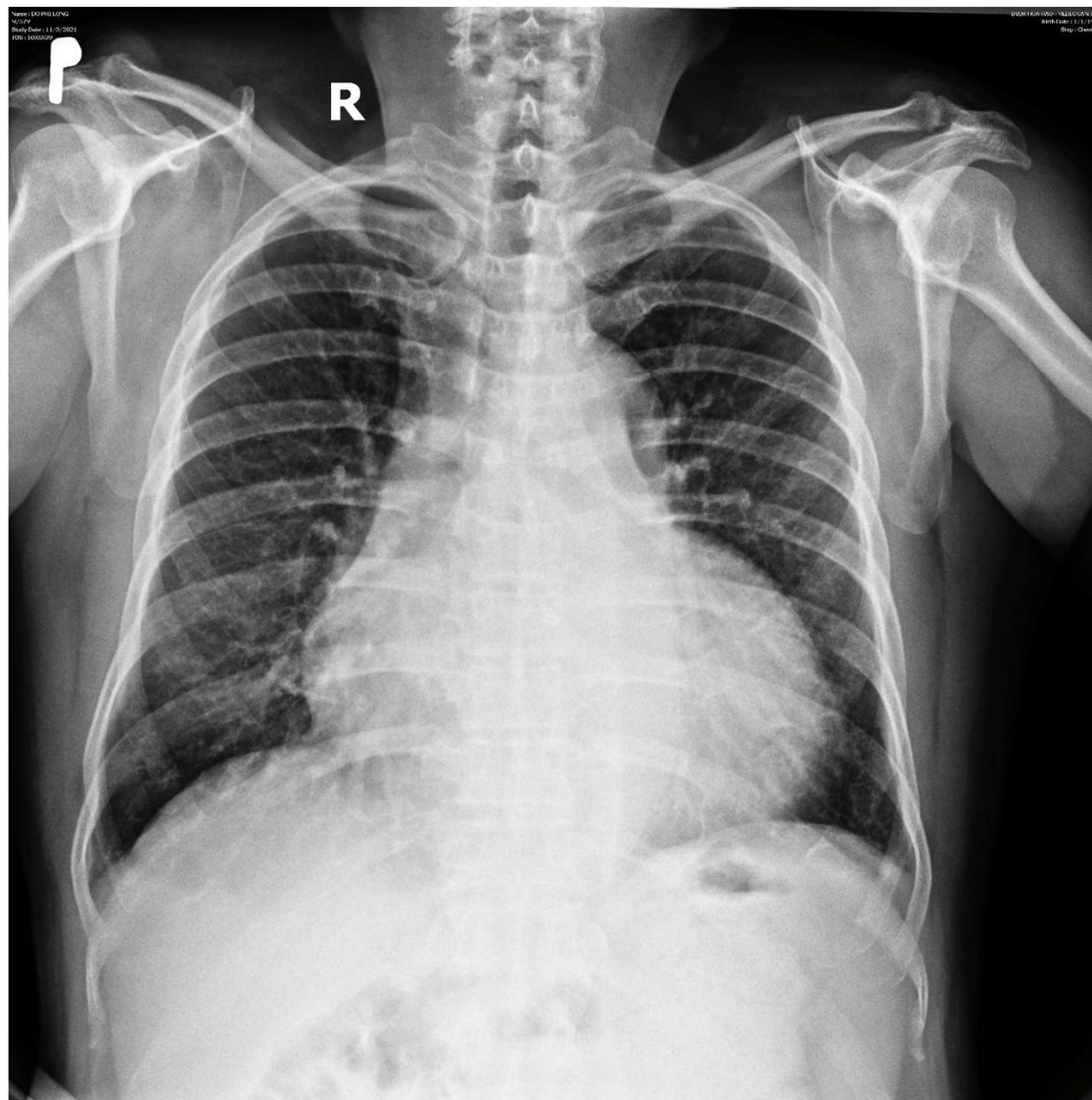
Đến khám tại BV Hòa Hảo – Medic Cần Thơ



Quá trình bệnh lý: **05/2020 -05/2021**

**XQ NGỰC
THẺNG**

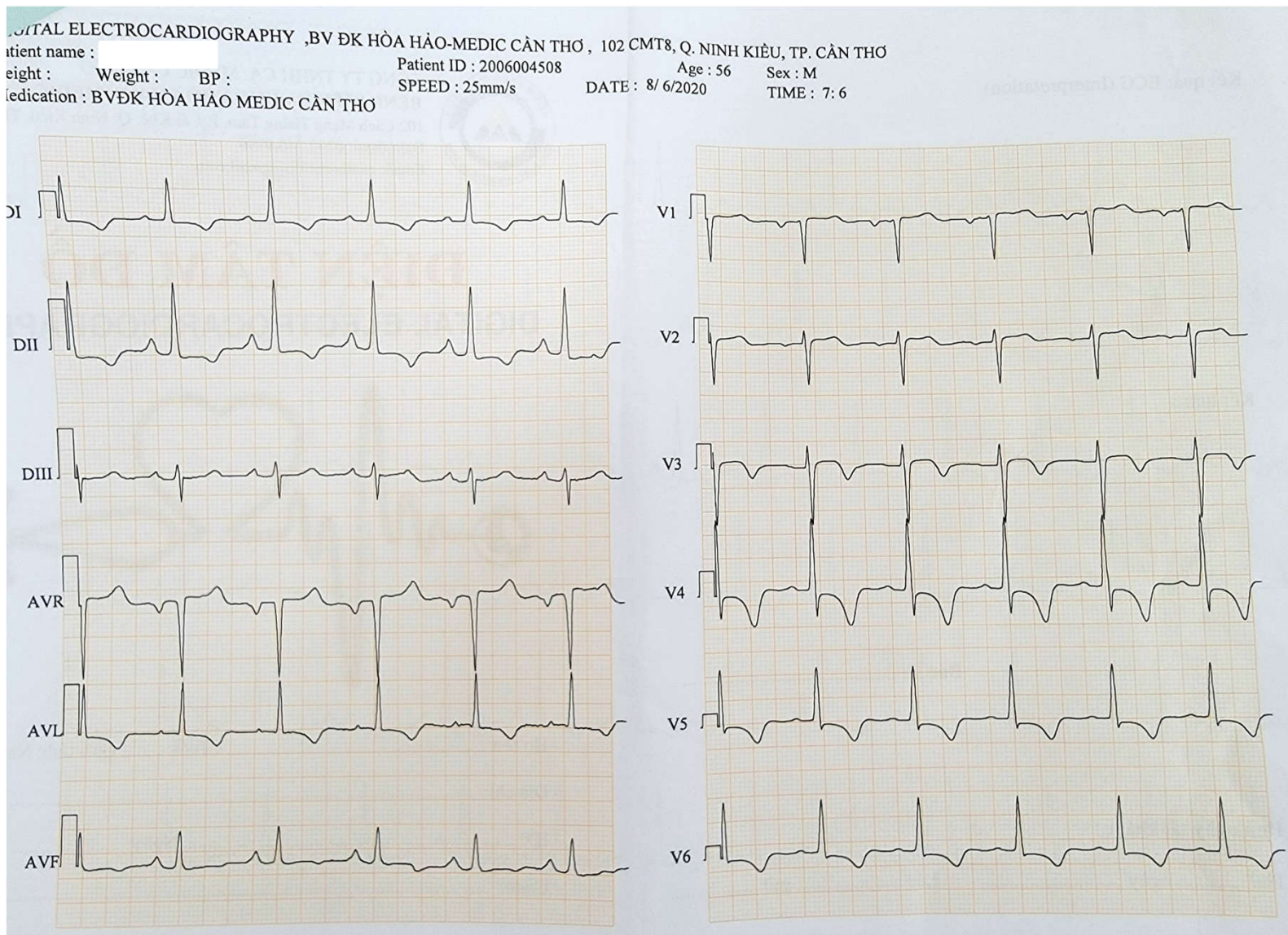
05/2020



Quá trình bệnh lý: 05/2020 -05/2021

ECG

05/2020





Quá trình bệnh lý: 05/2020 -05/2021

Siêu âm tim 05/2020

Họ và tên: Tuổi: 56
 Địa chỉ: ấp
 Khoa: KHOA KHÁM BỆNH BHYT:
 Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát); Bệnh cơ tim do thiếu máu cục bộ
 Bác sĩ chỉ định: BS. CKII. TRẦN NHƯ TIẾN

KẾT QUẢ: TM

+ Tâm trương:

Vách liên thất IVSd: 15 mm Phân suất tổng máu EF: 61 %
 ĐK thất trái LVDd: 50 mm Phân suất co rút FS: 33 %
 Thành sau thất trái PwD: 15 mm

+ Tâm thu:

Vách liên thất IVSs: 18 mm Nhĩ trái LA: 41 mm
 ĐK thất trái LVDs: 33 mm ĐK gốc van ĐMC: 40 mm
 Thành sau thất trái PwS: 20 mm Độ mở van ĐMC AVs: 20 mm
 Thất phải RV: 23 mm RA: mm

2D

+ Situs:

+ Van 2 lá: vòng van: độ dài lá van trước: mm
 + Mạch máu lớn:
 - ĐKĐM chủ: Ngang van: ĐMC lên: 38 ĐMC ngang: 30 Eo ĐMC: mm
 - ĐKĐM phổi: Vòng van: Thân: ĐMP (P): ĐMP (T): mm
 + Màng ngoài tim:

DOPPLER

Dòng qua van 2 lá:

Vận tốc tối đa: 0.9 m/s (N=0,6-1,3m/s) E/A: >1
 Độ chênh áp tối đa: 3.4 mmHg Trung bình: mmHg
 Hẹp van 2 lá: Diện tích mở van: cm2
 SM (PHT): cm2
 Hở van 2 lá: 1/4 Mức độ:

Dòng qua van ĐMC:

Vận tốc tối đa: 1 m/s (N=1,0-1,7m/s)
 Độ chênh áp tối đa: 4 mmHg Trung bình: mmHg
 Hẹp van ĐMC: Diện tích mở van SAo (EdC): cm2
 Hở van ĐMC: 2.5/4 Mức độ:
 Áp lực bán thời gian PHT: ms
 ĐK dòng phụt ngược tại gốc: mm.
 Mức độ lan dòng phụt ngược:
 Hiệu ứng Doppler cuối tâm trương EDTD: Cm/s

Dòng bất thường qua vách liên thất:

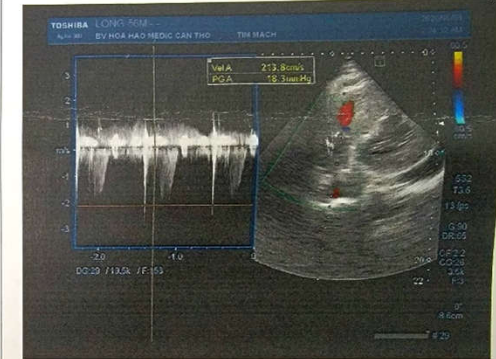
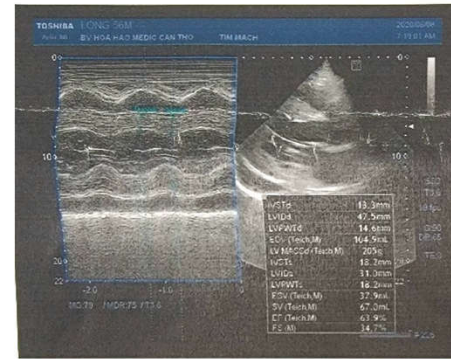
GdPVG/VD: mmHg

Dòng qua van 3 lá:

Vận tốc tối đa dòng hở: 3.1 m/s
 Áp lực tâm thu ĐMP (PAPs): 45 mmHg
 Hẹp van 3 lá: Mức độ:
 Hở van 3 lá: 1/4 Mức độ:

Dòng qua van ĐMP:

Vận tốc tối đa: 0.9 m/s (N=0,6-0,9 m/s)
 Độ chênh áp tối đa: 3.6 mmHg
 Trung bình: : mmHg
 Hở van ĐMP: Áp lực
 ĐMP trung bình (PAPmoy): mmHg
 Qp/Qs:
 Áp lực ĐMP tâm trương (PAPdias): mm



SO: 2005013270

LUẬN:

Đáy đồng tâm thất trái. Dẫn nhĩ trái. Dẫn ĐMC gốc, ĐMC lên, ĐMC ngang chưa thấy dấu bóc tách.
 Chưa ghi nhận rối loạn vận động vùng.
 Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF= 61 %.
 Hở van ĐMC 2.5/4 VC= 6 mm
 Hở 2 lá 1/4.
 Hở 3 lá 1/4. Tăng áp phổi. PAPs= 45 mmHg.
 Trần dịch màng ngoài tim, thành sau thất trái d= 8 mm, vùng mỏm d= 7 mm, thành bên thất trái d= 8 mm, thành trước thất phải d= 5 mm, nhĩ phải d= 7 mm, không dấu chèn ép tim cấp.

Ngày 26 tháng 05 năm 2020
 BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

BS. TRẦN LÊ DUNG

HÌNH ẢNH



Quá trình bệnh lý: 05/2020 -05/2021

Siêu âm tim 03/2021

Tuổi: 57
BHYT:

Họ và tên: [Redacted]
Địa chỉ: [Redacted]
Khoa: TT KHÁM SỨC KHỎE
Lệnh lý tăng huyết áp; Dẫn tĩnh mạch chi dưới
Bác sĩ chỉ định: BS. CKI. NGUYỄN THÚY HẰNG

KẾT QUẢ:

TM

+ **Tâm trường:**
Vách liên thất IVSd: **16** mm
ĐK thất trái LVdD: **52** mm
Thành sau thất trái PWD: **14** mm

Phân suất tổng máu EF: **62** %
Phân suất co rút FS: **33** %

+ **Tâm thu:**
Vách liên thất IVSs: **21** mm
ĐK thất trái LVdS: **35** mm
Thành sau thất trái PWS: **22** mm
Thất phải RV: **22** mm RA: mm

Nhĩ trái LA: **42** mm
ĐK gốc van ĐMC: **40** mm
Độ mở van ĐMC AVs: **20** mm

2D

+ Situs:
+ Van 2 lá: vòng van: độ dài lá van trước: mm
+ Mạch máu lớn:
- ĐKĐM chủ: Ngang van: ĐMC lên: **39** ĐMC ngang: **32** Eo ĐMC: mm
- ĐKĐM phổi: Vòng van: **33** Thân: **30** ĐMP (P): **21** ĐMP (T): **20** mm
+ Màng ngoài tim:

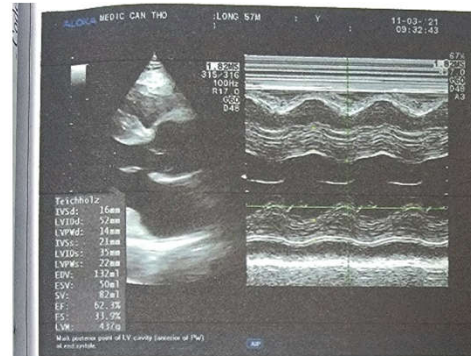
DOPPLER

Dòng qua van 2 lá:
Vận tốc tối đa: **0.8** m/s (N=0,6-1,3m/s) E/A: **>2**
Độ chênh áp tối đa: **3.2** mmHg Trung bình: mmHg
Hở van 2 lá: Diện tích mở van: cm2
SM (PHT): cm2
Hở van 2 lá: **1/4** Mức độ:

Dòng qua van ĐMC:
Vận tốc tối đa: **1.3** m/s (N=1,0-1,7m/s)
Độ chênh áp tối đa: **7.3** mmHg Trung bình: mmHg
Hẹp van ĐMC: Diện tích mở van SAo (Edc): cm2
Hở van ĐMC: **2.5/4** Mức độ:
Áp lực bán thời gian PHT: ms
ĐK dòng phụt ngược tại gốc: mm.
Mức độ lan dòng phụt ngược:
Hiệu ứng Doppler cuối tâm trương EDTD: Cm/s

Dòng bất thường qua vách liên thất:
Dòng bất thường qua vách liên nhĩ:

GdPVG/VD: mmHg



SỐ: 2103007179

KẾT LUẬN:

Đầy đông tâm thất trái . Dẫn nhĩ trái , dẫn động mạch phổi, dẫn ĐMC gốc, ĐMC lên, ĐMC ngang, chưa thấy dấu bóc tách

Chưa ghi nhận rối loạn vận động vùng.

Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF# 62 %

Rối loạn chức năng tâm trương thất trái (E/A>2)

Hở van động mạch phổi (+) . Hở van ĐMC 2.5/4 VC # 5 mm. Hở van 2 lá 1/4

Hở van 3 lá 1/4. Tăng áp phổi nhẹ. PAPs # 38 mmHg.

Trần dịch màng ngoài tim lượng ít, thành sau thất trái d # 7 mm, thành bên thất trái d # 8 mm, thành trước thất phải d # 7 mm, chưa thấy dấu chèn ép tim cấp

Ngày 11 tháng 03 năm 2021

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

BS. TRẦN LÊ DUNG

Quá trình bệnh lý: 05/2020 -05/2021

CTY TNHH CA.MEDIC CẦN THƠ
BVĐK HÒA HẢO - MEDIC CẦN THƠ
0292.246.9999

MS: 33/BV-01
SỐ: 2010021126

**Xét nghiệm
máu
10/2020**

PHIẾU XÉT NGHIỆM HÓA SINH MÁU

Thường: Cấp cứu:

- Họ và tên bệnh nhân: |
- Địa chỉ: ấp tân khánh, |

Tuổi: 56
Số BHYT:

Giới tính: Nam

- Khoa: TT KHÁM SỨC KHỎE
- Chẩn đoán: Khám sức khỏe tổng quát

Buồng: 99

Giường:

Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả	Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả
Định lượng Urê máu [Máu]	2,5 - 7,5 mmol/L		Định lượng Sắt [Máu]	8.1 - 28.6 Nữ: 7-26 µmol/L	10.7
Định lượng Glucose [Máu]	3.9 - 6.4	5.80	Định lượng Mg [Máu]	0,8- 1,00 mmol/L	
Định lượng Creatinin (máu)	62-106	84.1	Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]	< 37	23.3
Định lượng Creatinin [Máu]	Nữ: 53- 100 µmol/L		Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	< 41	13.2
Định lượng Acid Uric [Máu]	202-416	383	Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	< 41	13.2
Định lượng Acid Uric [Máu]	Nữ: 150- 360 µmol/L		Đo hoạt độ Amylase [Máu]	<100	47.5
	≤ 17 µmol/L		Đo hoạt độ CK (Creatine kinase)	Nam: 24-190U/L- 37° Nữ: 24- 167 U/L- 37°	
	≤ 4,3 µmol/L		Đo hoạt độ CK-MB (Isozym MB)	≤ 24 U/L- 37°	
	≤ 12,7 µmol/L		Đo hoạt độ LDH (Lactat dehydrogenase)	230- 460 U/L- 37°	
Định lượng Protein toàn phần [Máu]	66-87	62.2	Đo hoạt độ GGT (Gama Glutamyl Transaminase)	8 - 61 Nữ: 7- 32 U/L- 37°	27.9
Định lượng Albumin [Máu]	32 - 48	43.4	Đo hoạt độ Cholinesterase (Cholinesterase)	5300- 12900 U/L- 37°	
Định lượng Globulin [Máu]	24- 38 g/L		Đo hoạt độ ALPAlkaline Phosphatase [Máu]		
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		Các xét nghiệm khí máu		
Fibrinogen	2- 4 g/L		pH	7,37- 7,45	
Định lượng Cholesterol toàn phần	3.9-5.2	4.45	PCO2	Nam: 35- 46 mmHg Nữ: 32- 43 mmHg	
Định lượng Triglycerid (máu) [Máu]	0.46-1.88	5.81	PO2	71- 104 mmHg	
Định lượng HDL-C (High density lipoprotein)	≥ 0.9	0.751	cHCO3	21- 26 mmol/L	
Định lượng LDL - C (Low density lipoprotein)	≤ 3.4	1.82	BEecf	-2 đến +3 mmol/L	
Điện giải đồ (Na+)	133 - 147	138	Các xét nghiệm khác		
Điện giải đồ (K+)	3.4 - 4.5	3.90			
Điện giải đồ (Cl-)	94 - 111	103			

XÉT NGHIỆM	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	KẾT QUẢ
+ BUN	0.06 - 0.23	0.16
+ eGFR	> 90	87.14
Định lượng HbA1c [Máu]	4.1 - 6.5	5.90



Quá trình bệnh lý: 05/2020 -05/2021

- Họ và tên bệnh nhân:
- Địa chỉ: ấp tân khánh,
- Khoa: TT KHÁM SỨC KHỎE
- Chẩn đoán: Khám sức khỏe tổng quát

Tuổi: 56
Số BHYT:
Buồng: 99

Giới tính: Nam
Giường:

**Xét nghiệm
máu
10/2020**

XÉT NGHIỆM	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	KẾT QUẢ
HCV Ab miễn dịch tự động	< 0.9 Negative Greyzone: 0.9 - 1.0 ≥ 1.0 Positive	0.028
Định lượng FT4 (Free Thyroxine) [Máu]	12.0 - 22.0	16.5
Định lượng TSH (Thyroid Stimulating hormone) [Máu]	0.27 - 4.20	0.903
HAV IgM miễn dịch tự động	< 1.0 Negative ≥ 1.0 Positive	0.401
Định lượng CEA (Carcino Embryonic Antigen) [Máu]	Không hút thuốc lá: < 3.4 Hút thuốc lá: < 4.3	1.63
Định lượng Cyfra 21- 1 [Máu]	< 3.3	5.32
Định lượng Troponin Ths [Máu]	< 0.014	0.091
Định lượng Ferritin	30 - 400	1553
HBsAg miễn dịch tự động	< 0.9 Negative Greyzone: 0.9 - 1.0 ≥ 1.0 Positive	0.288
HBsAb định lượng	< 10 Negative ≥ 10 Positive	615
Định lượng AFP (Alpha Fetoproteine) [Máu]	< 7.0	3.95
Định lượng CA 19 - 9 Carbohydrate Antigen 19-9) [Máu]	< 39	15.2
Định lượng CA 72 - 4 (Cancer Antigen 72- 4) [Máu]	< 6.9	7.25
HBc IgM miễn dịch tự động	< 1.0 Negative Greyzone: 0.9 - 1.1 ≥ 1.0 Positive	0.119
Ung thư tiền liệt tuyến (TPSA ,FPSA)		
+ TPSA	< 4.0	1.34
+ FPSA		0.320
+ %FPSA/TPSA	> 20	23.88
SCC (Squamous Cell Carcinoma)	< 1.5	1.50



Quá trình bệnh lý: **05/2020 -05/2021**

Xét nghiệm máu **12/2020**

- Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: 56 Giới tính: Nam
- Địa chỉ: ấp tân khánh, Số BHYT:
- Khoa: TT KHÁM SỨC KHỎE Phòng: 99 Giường:
- Chẩn đoán: Hở (van) động mạch chủ; Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát); Tăng triglycerid máu đơn thuần

XÉT NGHIỆM	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	KẾT QUẢ
Định lượng CA 72 - 4 (Cancer Antigen 72- 4) [Máu]	< 6.9	0.801
Định lượng Cyfra 21- 1 [Máu]	< 3.3	1.83
Định lượng proBNP (NT-proBNP) [Máu]	< 75 years old: ≤ 125 ≥ 75 years old: ≤ 450	797.0
Định lượng Troponin Ths [Máu]	< 0.014	0.112



Quá trình bệnh lý

05/2021 -07/2022

BN đi khám tại các phòng mạch tư nhân



Quá trình bệnh lý

07/2022 – nay

Khám lại tại BV Hòa Hảo Medic – Cần Thơ





Quá trình bệnh lý: 07/2022

Tên và tên:

- Địa chỉ: ấp

- Khoa: KHOA KHAM BỆNH

Hở (van) động mạch chủ; Bệnh lý tăng huyết áp; Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn; Tăng lipid máu hỗn hợp; màng ngoài tim (không do viêm)

- Bác sĩ chỉ định: THS.BS. NGUYỄN DINH

KẾT QUẢ:

TM

+ Tâm trương:

Vách liên thất IVSd: 17 mm Phân suất tổng máu EF: 68 %
ĐK thất trái LVDd: 45 mm Phân suất co rút FS: 38 %
Thành sau thất trái PWD: 14 mm

+ Tâm thu:

Vách liên thất IVSs: 20 mm Nhĩ trái LA: 39 mm
ĐK thất trái LVDs: 28 mm ĐK gốc van ĐMC: 31 mm
Thành sau thất trái PWS: 22 mm Độ mở van ĐMC AVs: 21 mm
Thất phải RV: 32 mm RA: 33 mm

2D

+ Situs:

+ Van 2 lá: vòng van: 32 độ dài lá van trước: mm

+ Mạch máu lớn:

- ĐKDM chủ: Ngang van: ĐMC lên: ĐMC ngang: Eo ĐMC: mm
- ĐKDM phổi: Vòng van: Thân: ĐMP (P): ĐMP (T): mm

+ Màng ngoài tim: (nhĩ phải 13 mm), thành bên # 12 mm), (thất phải #

DOPPLER

Dòng qua van 2 lá:

Vận tốc tối đa: 1.1 m/s (N=0,6-1,3m/s) E/A: >1

Độ chênh áp tối đa: 4.7 mmHg Trung bình: mmHg

Hẹp van 2 lá: Diện tích mở van: cm²
SM (PHT): cm²

Hở van 2 lá: 2/4 Mức độ:

Dòng qua van ĐMC:

Vận tốc tối đa: 0.9 m/s (N=1,0-1,7m/s)

Độ chênh áp tối đa: 3.8 mmHg Trung bình: mmHg

Hẹp van ĐMC: Diện tích mở van SAo (EdC): cm²

Hở van ĐMC: 2/4 Mức độ:

Áp lực bán thời gian PHT: ms

ĐK dòng phụt ngược tại gốc: 10 mm.

Mức độ lan dòng phụt ngược:

Hiệu ứng Doppler cuối tâm trương EDTD: Cm/s

Dòng bất thường qua vách liên thất:

Dòng bất thường qua vách liên nhĩ:

GdPVG/VD: mmHg

Tuổi: 58

BHYT: (DỊCH VỤ)

Hở van ba lá 1/4

Hở van hai lá 2/4

Hở van động mạch chủ 2/4

Giảm động (thành bên + thành sau) đoạn giữa

Các buồng tim không giãn, dày đồng tâm thất trái

Chức năng tâm thu thất trái (EF # 68 %)

Không tăng áp lực động mạch phổi (PAPs # 24 mmHg)

Dịch màng tim lượng trung bình, (nhĩ phải 13 mm), (thành bên # 12 mm), (thất phải # 10 mm), (thành sau # 14 mm), dịch đồng nhất không chèn ép tim

Ngày 07 tháng 07 năm 2022

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

THS. BS. NGUYỄN THỊ KIỀU OANH

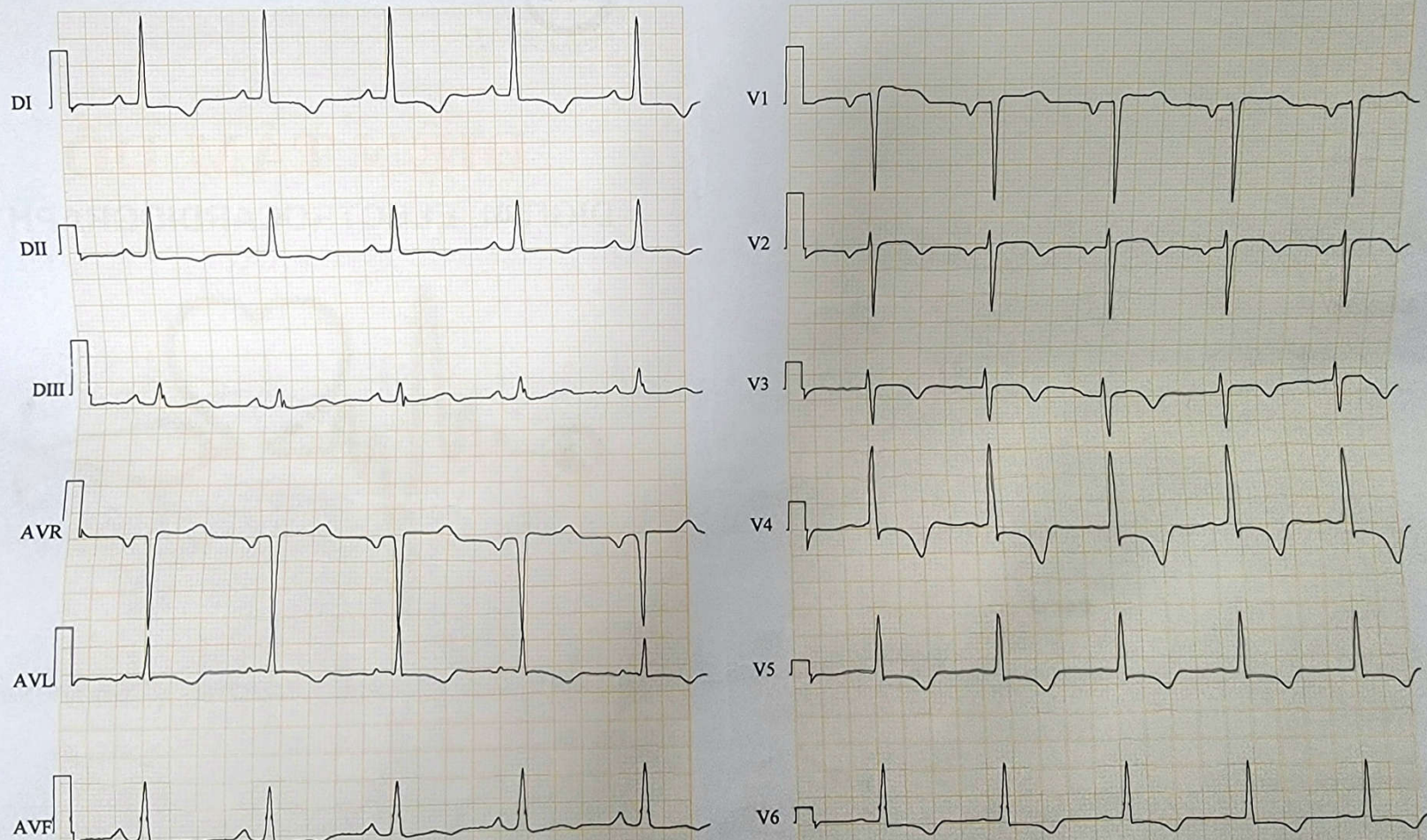
HÌNH ẢNH





Quá trình bệnh lý: 07/2022

DIGITAL ELECTROCARDIOGRAPHY ,TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA MEDIC , 254 HÒA HẢO QUẬN 10 TP HCM
Patient name : _____ Patient ID : 2207004370 Age : 58 Sex : M
Height : _____ Weight : _____ BP : _____ SPEED : 25mm/s DATE : 7/7/2022 TIME : 9:56
Medication : BVĐK HÒA HẢO MEDIC CẦN THƠ



Quá trình bệnh lý: 07/2022

CTY TNHH CA.MEDIC CẦN THƠ
BVĐK HÒA HẢO - MEDIC CẦN THƠ
0292.246.9999

MS: 33/BV-01
SỐ: 2207004370

PHIẾU XÉT NGHIỆM HÓA SINH MÁU

Thường:

Cấp cứu:

- Họ và tên bệnh nhân:
- Địa chỉ: ấp tân khánh,

Tuổi: 58
Số BHYT:

Giới tính: Nam

- Khoa: KHOA KHÁM BỆNH

Buồng: 03

Giường:

- Chẩn đoán: Đau ngực không đặc hiệu; Hở (van) động mạch chủ trung bình;Tràn dịch màng ngoài tim CRNN; Dày thất trái; Viêm cơ tim mạn

Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả	Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả
Định lượng Urê máu [Máu]	2,5 - 7,5 mmol/L		Định lượng Sắt [Máu]	Nam: 11-27 µmol/L Nữ: 7-26 µmol/L	
Định lượng Glucose [Máu]	3.9 - 6.4	5.54	Định lượng Mg [Máu]	0,8- 1,00 mmol/L	
Định lượng Creatinin (máu)	62-106	84.9	Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]	< 37	24.3
Định lượng Creatinin [Máu]	Nữ: 53- 100 µmol/L		Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	< 41	21.8
Định lượng Acid Uric [Máu]	202-416	321	Đo hoạt độ Amylase [Máu]		
Định lượng Acid Uric [Máu]	Nữ: 150- 360 µmol/L		Đo hoạt độ CK (Creatine kinase)	Nam: 24-190U/L- 37º Nữ: 24- 167 U/L- 37º	
Định lượng Bilirubin toàn phần [M]	≤ 17 µmol/L		Đo hoạt độ CK-MB (Isozym MB)	≤ 24 U/L- 37º	
Định lượng Bilirubin trực tiếp [Máu]	≤ 4,3 µmol/L		Đo hoạt độ LDH (Lactat dehyd)	230- 460 U/L- 37º	
Định lượng Bilirubin gián tiếp [Máu]	≤ 12,7 µmol/L		Đo hoạt độ GGT (Gama Glutam	< 61 Nữ: 7- 32 U/L- 37º	73.4
Định lượng Protein toàn phần [Má	65- 82 g/L		Đo hoạt độ Cholinesterase (Ch	5300- 12900 U/L- 37º	
Định lượng Albumin [Máu]	35- 50 g/L		Đo hoạt độ ALPAlkalın Phosphatase [Máu]		
Định lượng Globulin [Máu]	24- 38 g/L		Các xét nghiệm khí máu		
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		pH	7,37- 7,45	
Fibrinogen	2- 4 g/L		PCO2	Nam: 35- 46 mmHg Nữ: 32- 43 mmHg	
Định lượng Cholesterol toàn phần	3.9-5.2	3.50	PO2	71- 104 mmHg	
Định lượng Triglycerid (máu) [Máu]	0.46-1.88	4.08	cHCO3	21- 26 mmol/L	
Định lượng HDL-C (High density lip	≥ 0,9 mmol/L	1.58	BEecf	-2 đến +3 mmol/L	
Định lượng LDL - C (Low density lip	≤ 3.4		Các xét nghiệm khác		
Điện giải đồ (Na+)	135 - 145	135			
Điện giải đồ (K+)	3.5 - 5.0	3.80			
Điện giải đồ (Cl-)	94 - 111	93.3			
Định lượng Calci toàn phần [Máu]	2,15- 2,6 mmol/L				
Định lượng Calci ion hóa [Máu]	1.0 - 1.40	1.02			



Quá trình bệnh lý: **07/2022**

- Họ và tên bệnh nhân: Tuổi: 58 Giới tính: Nam
- Địa chỉ: ấp tân khánh, Số BHYT:
- Khoa: KHOA KHÁM BỆNH Bường: 03 Giường:
- Chẩn đoán: Đau ngực không đặc hiệu; Hở (van) động mạch chủ trung bình;Tràn dịch màng ngoài tim CRNN; Dày thất t
TD Viêm cơ tim mạn

XÉT NGHIỆM	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	KẾT QUẢ
Định lượng proBNP (NT-proBNP) [Máu]	≤ 125	639
Định lượng Troponin Ths [Máu]	< 0.014	0.112





Quá trình bệnh lý: **07/2022**

MSCT MẠCH VÀNH

BVDK HOA HAO - MEDIC CAN THO

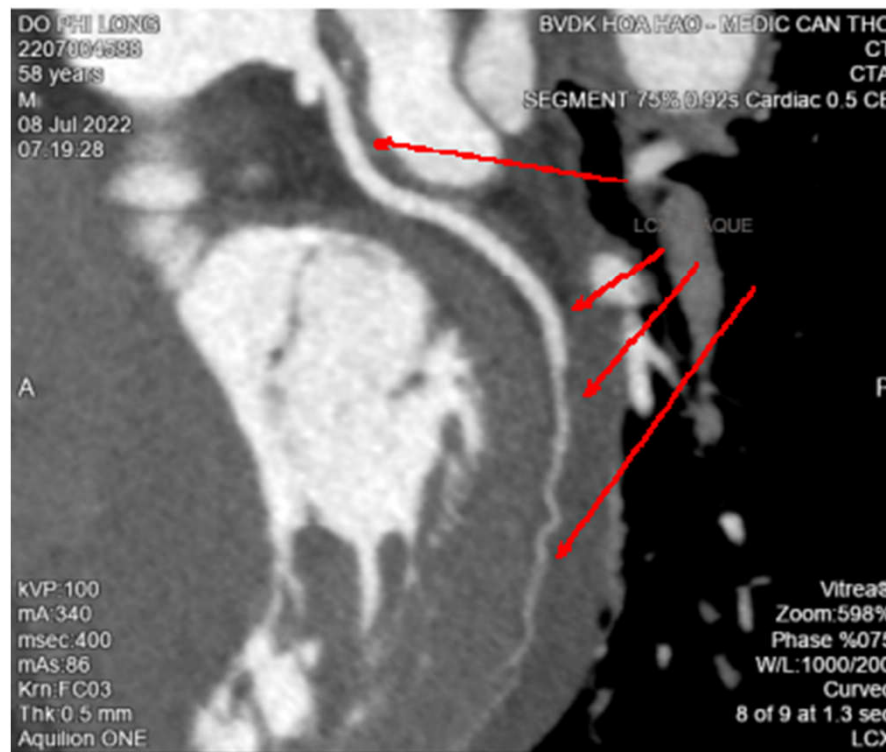
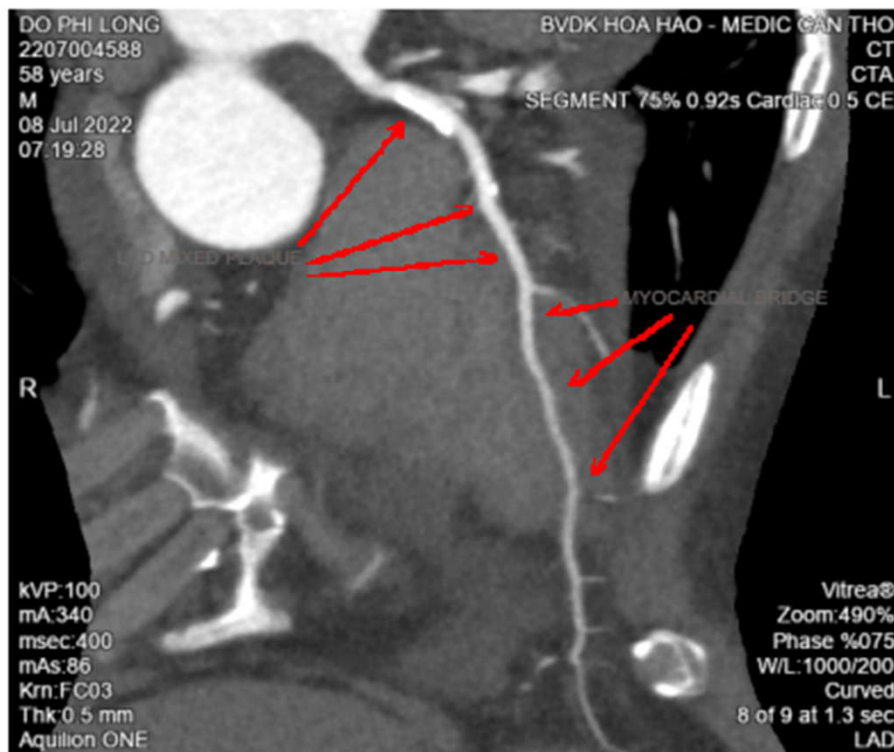
Patient ID: 2207004588
Patient Name: DO PHI LONG
Date of Birth: 01 Jan 1964
Gender: M

Referring Physician:
Exam Type: CTA 01
Scan Date: 08 Jul 2022
Report Date: 8 Jul 2022-10:59AM

BVDK HOA HAO - MEDIC CAN THO

Patient ID: 2207004588
Patient Name: DO PHI LONG
Date of Birth: 01 Jan 1964
Gender: M

Referring Physician:
Exam Type: CTA 01
Scan Date: 08 Jul 2022
Report Date: 8 Jul 2022-11:01AM



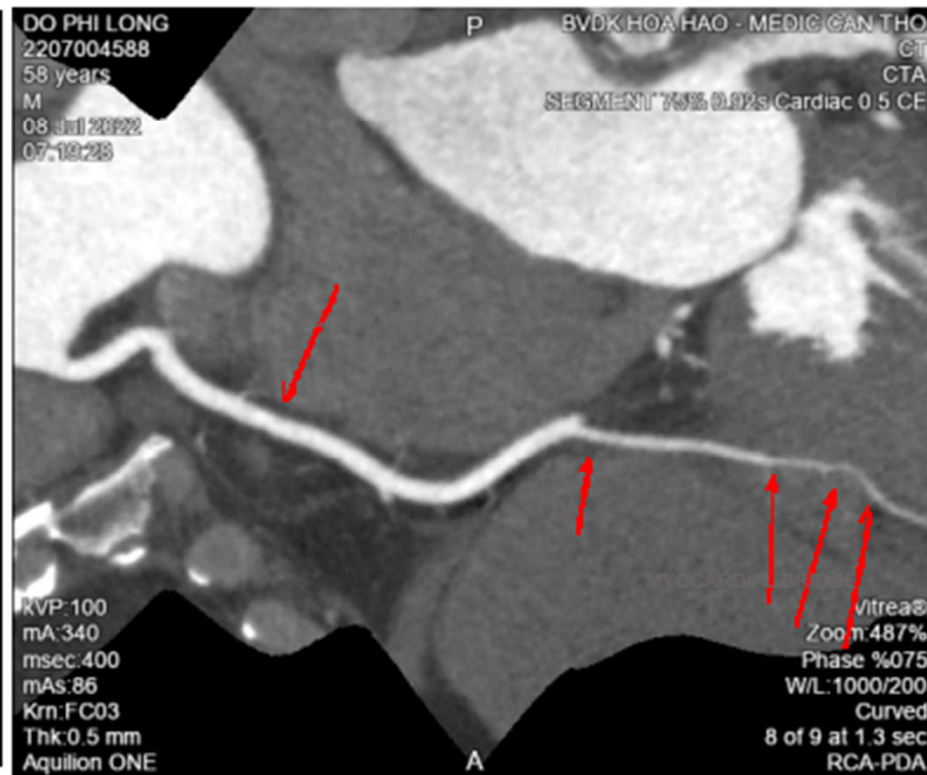
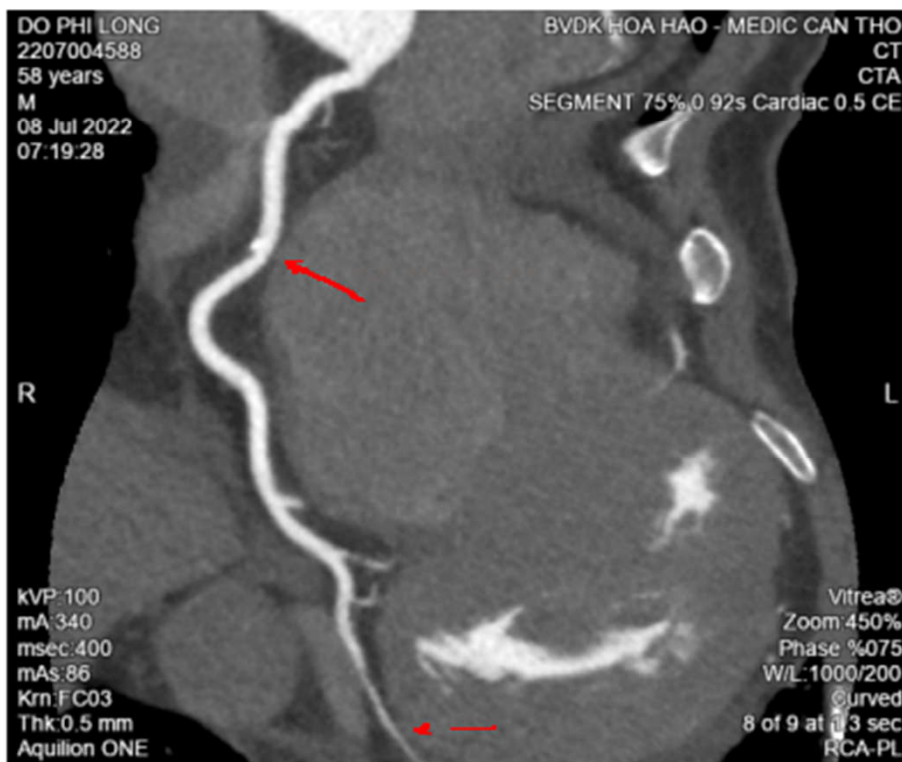
Quá trình bệnh lý: 07/2022

BVDK HOA HAO - MEDIC CAN THO

Patient ID: 2207004588	Referring Physician:
Patient Name: DO PHI LONG	Exam Type: CTA 01
Date of Birth: 01 Jan 1964	Scan Date: 08 Jul 2022
Gender: M	Report Date: 8 Jul 2022-11:02AM

BVDK HOA HAO - MEDIC CAN THO

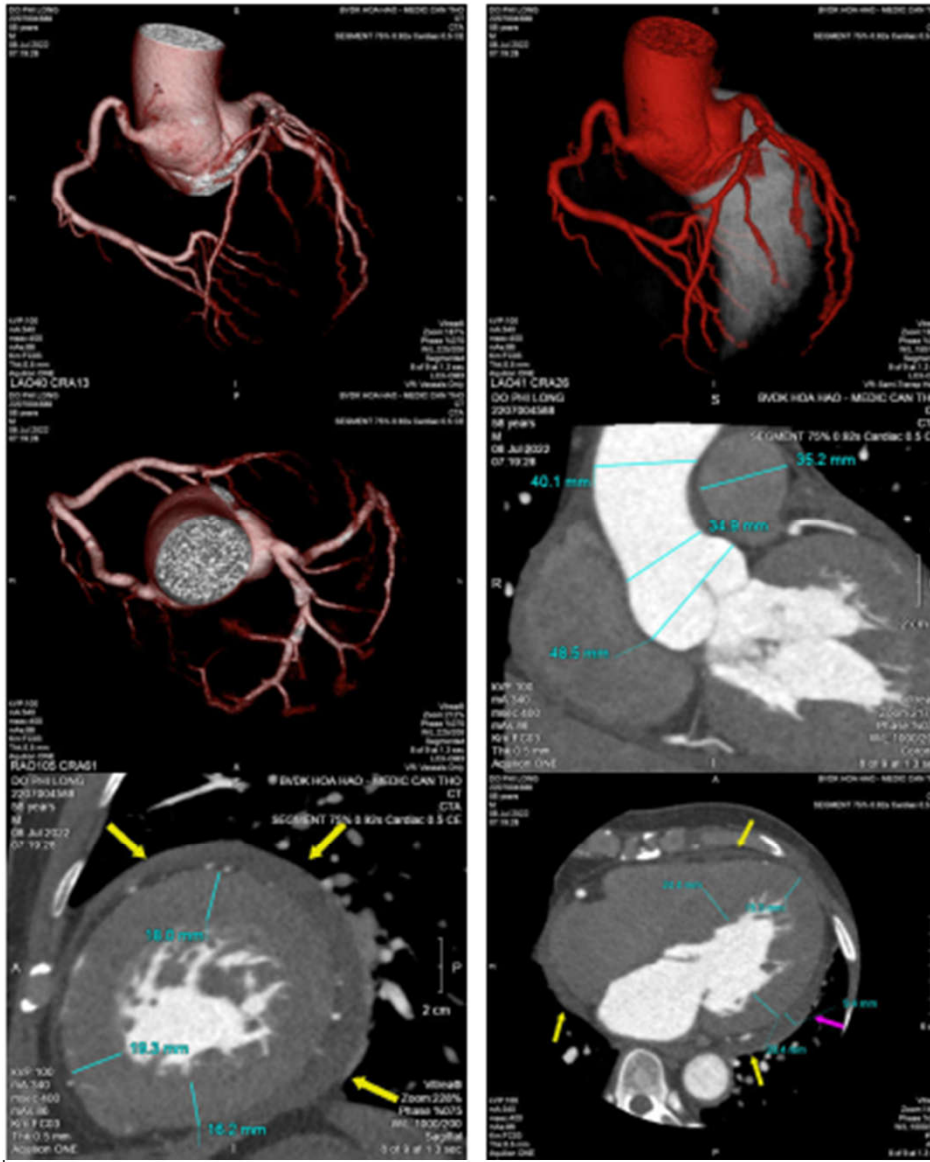
Patient ID: 2207004588	Referring Physician:
Patient Name: DO PHI LONG	Exam Type: CTA 01
Date of Birth: 01 Jan 1964	Scan Date: 08 Jul 2022
Gender: M	Report Date: 8 Jul 2022-11:04AM



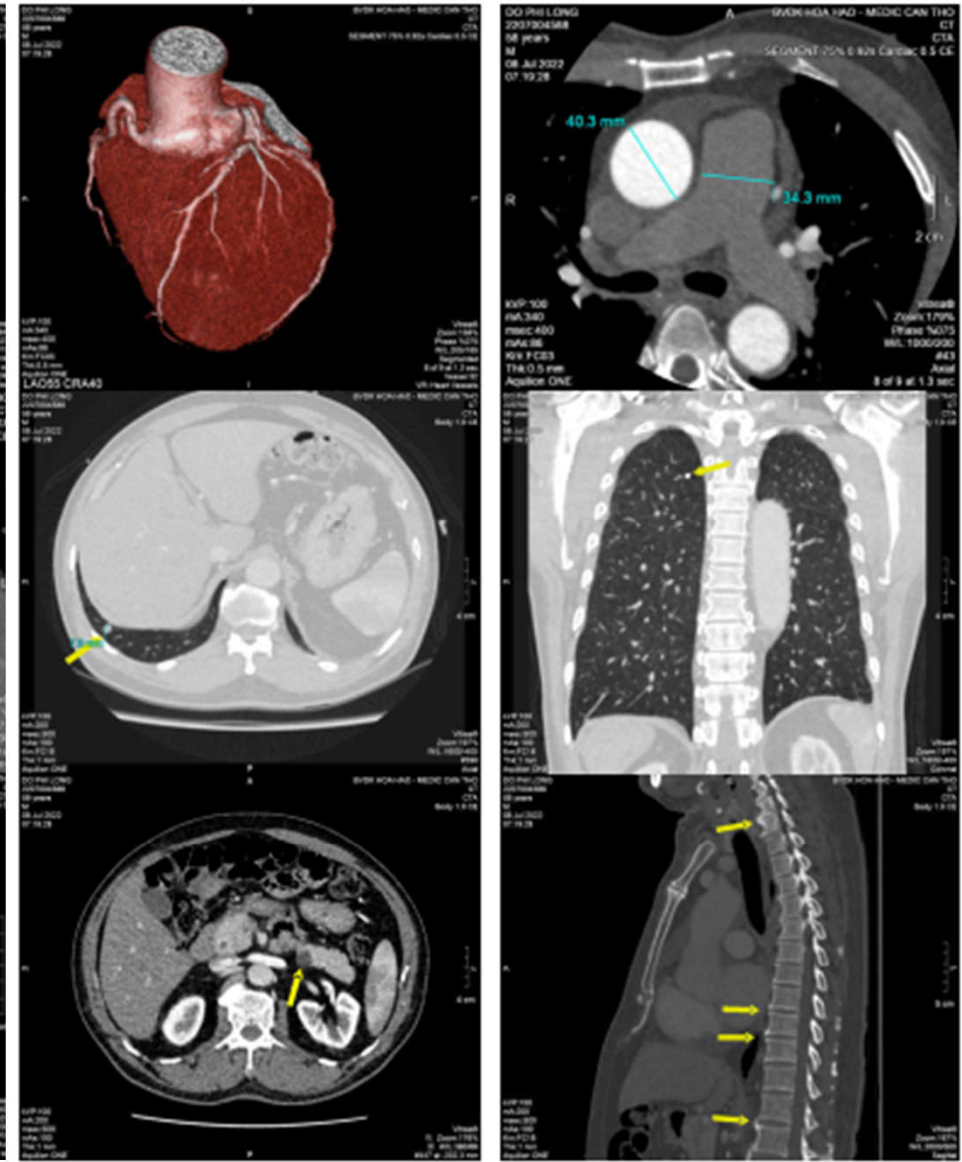


Quá trình bệnh lý: 07/2022

Patient: DO PHE LONG Page: 6 of 16



Patient: DO PHE LONG Page: 7 of 16



Quá trình bệnh lý:
07/2022



CTY TNHH Y TẾ HÒA HẢO

(PHÒNG KHÁM ĐA KHOA) MEDIC HCM

254 Hòa Hảo, Phường 4, Quận 10, TP.HCM

ĐT: 84.28.39270284 - 84.28.39272136

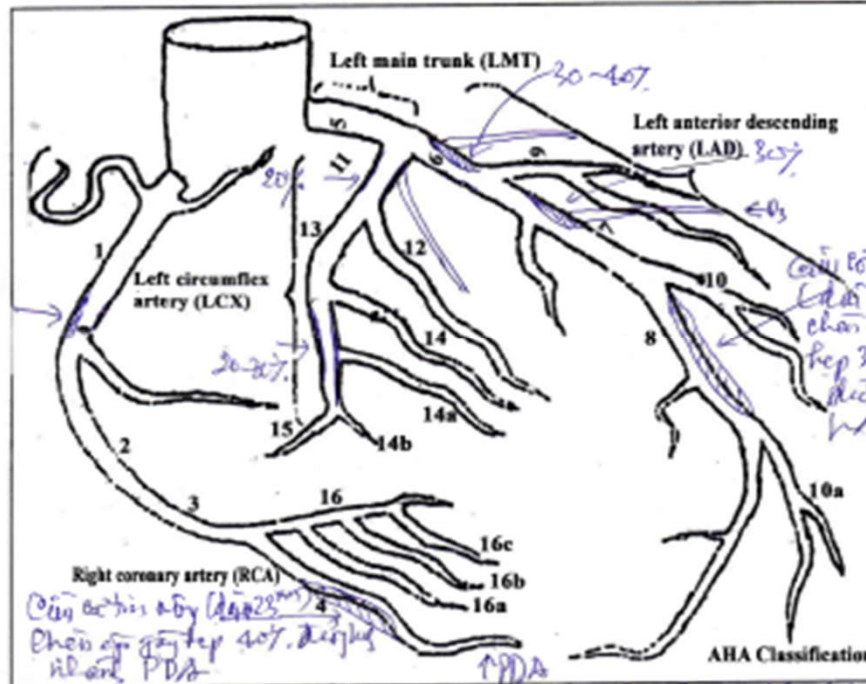
Email: hoahao254@medic.com.vn - Web: www.medic.com.vn

Ông / Bà :

Năm sinh : 58 M

ID : 2203004588

ĐT : Ngày : 08 - 7 - 2022



- Phình ổ xoang labialis # 56mm. dân khe DMC lớn CA # 40mm
- MSCT AQ-640 Toshiba
- Lowdose Radiation
- Cản quang : Ultravist

- Dây không đến tầng tim thất P
mức độ hẹp nặng (đ# 15 → 24mm)

- Vấn đề nặng ngoài tim không ít khi tạo thành
như P, thất trái thất P và thất bên thất P, siêu âm



Quá trình bệnh lý: **07/2022**

MEDIC CT SCAN REPORT

Mã bệnh nhân: 2207004588

Số điện thoại: 0849910258

Tên bệnh nhân:

Nam

Địa chỉ: ẤP TÂN

Bác sĩ chỉ định: BS NGUYỄN DINH

Thời gian chỉ định: 08-07-2022

Bệnh viện: BVĐK HÒA HẢO-MEDIC CẦN THƠ

Khoa: KHÁM BỆNH

Lâm sàng: TD TMCT, TRÀN DỊCH MÀNG TIM.

Máy: TOSHIBA AQUILION ONE 640 LOW DOSE

Kỹ thuật: MSCT ĐỘNG MẠCH VÀNH

KẾT QUẢ

Chụp MSCT mạch vành cản quang với máy 640-Slices MSCT Aquilion ONE, lát cắt 0.5mm, thuốc cản quang 81ml OMNIPAQUE 300, bơm tĩnh mạch, tốc độ bơm 5.5ml/sec.

- ĐMV trái chính (LM): Không thấy xơ vữa, không hẹp.
- ĐMV xuống trước trái (LAD): Xơ vữa kèm vôi hóa ở đoạn gần và đoạn giữa, gây hẹp 30-40% LAD I và 30% LAD II. Cầu cơ tim nông ở đoạn xa (dài #32mm), chèn ép gây hẹp 30-40% đường kính LAD III trong thì tâm thu. Nhánh Diagonal không hẹp.
- ĐMV mũ (LCX): Xơ vữa không vôi hóa ở đoạn gần và đoạn xa, gây hẹp 20% LCX I và 20-30% LCX III. Nhánh OM không hẹp.
- ĐMV phải (RCA): Xơ vữa kèm vôi hóa ở đoạn giữa gây hẹp 30% RCA II. Cầu cơ tim nông ở đoạn giữa (dài #32mm), chèn ép gây hẹp 40% đường kính nhánh PDA trong thì tâm thu, các nhánh PL không hẹp.
- Phình gốc xoang valsalva (d#56mm). Dẫn nhẹ động mạch chủ lên (d#40mm), không thấy bóc tách.
- Dày không đều đồng tâm thất trái, mức độ từ trung bình đến nặng (d#15->24mm).
- Tràn dịch màng ngoài tim lượng ít, khu trú thành bên nhĩ phải, thành trước thất phải, thành bên thất trái và vùng đáy (từ 6->9mm).
- Đa nốt phổi phải, có nốt vôi hóa, từ vài mm-->8mm.
- Nang vùng đuôi tụy #19mm.
- Thoái hóa cột sống.



Quá trình bệnh lý: **07/2022**

KẾT LUẬN: CHỤP MSCT-640 SLICES HỆ MẠCH VÀNH CÓ CẢN QUANG CHO THẤY:

- XƠ VỮA CÓ VÀ KHÔNG VÔI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH.
- HẸP 30-40% LAD I VÀ 30% LAD II.
- HẸP 20% LCX I VÀ 20-30% LCX III.
- HẸP 30% RCA II.
- CẦU CƠ TIM NÔNG CHÈN ÉP GÂY HẸP 30-40% ĐƯỜNG KÍNH LAD III VÀ 40% ĐƯỜNG KÍNH NHÁNH PDA.
- TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM LƯỢNG ÍT.
- THEO DÕI BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI.

Ngày 08 tháng 07 năm 2022
BÁC SĨ CHUYÊN KHOA



BS ĐOÀN XUÂN DUNG

ĐỂ XEM HÌNH MSCT NÀY
XIN SỬ DỤNG ĐIỆN THOẠI THÔNG MINH ĐỂ QUÉT MÃ QR CODE



Quá trình bệnh lý: 07/2022

MRI TIM

PATIENT INFORMATION

DO PHI L [REDACTED] --EMPTY--

Patient ID	6941489	Heart Rate	80.00	BMI (kg/m ²)	27.34
Acc #	220712 144	Height (Cm)	160.00	BSA (m ²)	1.76 (Mosteller Formula)
Gender	Male	Weight (kg)	70.00		
Birthdate	--EMPTY-- (0 yrs)				

STUDY In Progress

Report Number	329	Study Description	Cardiac MRI	Modality	MR
Study Date	12 Jul 2022	Protocol Name	DefaultProtocol		

SCANNER

Manufacturer	GE MEDICAL SYSTEMS	Serial Number	0000005973MR0009	Software Platform	29LXSV29.1_R01_211 1.a
Model	SIGNA Explorer				

REPORTERS

Report Date 12 Jul 2022, 4:39:35 AM MDT

GLOBAL LV ASSESSMENT

NAME	VALUE	VALUE / HEIGHT	VALUE / BSA
LVEDV	145 ml	90.38 ml/m	81.99 ml/m ²
LVESV	57 ml	35.91 ml/m	32.57 ml/m ²
LVSV	87 ml	54.47 ml/m	49.41 ml/m ²
LVEF	60 %		
LVCO	6.5 l/min		
LVEI	3.7 l/min/m ²		
LV MASS	256 g	160.14 g/m	145.27 g/m ²
HEART RATE	74.82		
GLOBAL PEAK WALL THICKNESS	24.83 mm		
METHOD	SAX3D Stack		
MAPSE INFERIOR	7.29 mm		
MAPSE ANTERIOR	2.49 mm		
MAPSE LATERAL	5.94 mm		
MAPSE SEPTAL	3.71 mm		
TAPSE	11.04 mm		



Quá trình bệnh lý: 07/2022

MRI TIM

GLOBAL LV ASSESSMENT (CONTINUED)

Citations: [1]

GLOBAL RV ASSESSMENT

NAME	VALUE	VALUE / HEIGHT	VALUE / BSA
RVEDV	124 ml	77.29 ml/m	70.11 ml/m ²
RVESV	61 ml	38.29 ml/m	34.74 ml/m ²
RVSV	62 ml	39 ml/m	35.37 ml/m ²
RVEF	50 %		
RVCO	4.7 l/min		
RVCI	2.6 l/min		
HEART RATE	74.82		

GLOBAL LV TISSUE CHARACTERIZATION

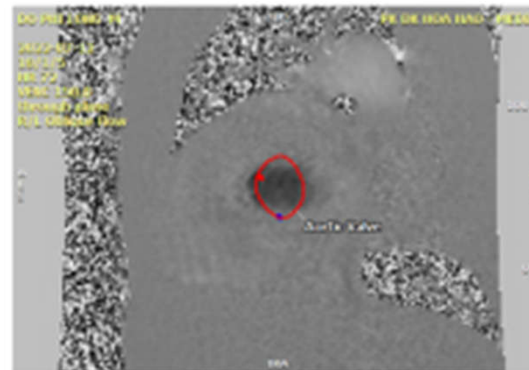
Late Gd Enh. Mass	20 g
Late Enh. / LV Mass	8 %

VALVES AND FLOW

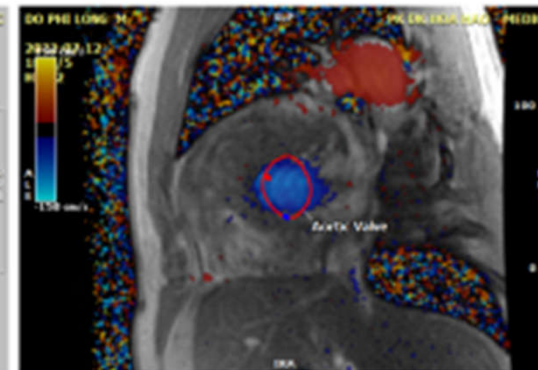
Structure Aortic Valve

No Background Correction Applied | Through Plane Encoding

Effective Forward Flow	94.43 ml	Forward Flow	102.08 ml	Backward Flow	-7.64 ml
Heart Rate	72 bpm	Peak Velocity	-1.15 m/s	Regurgitant Fraction	7.48 %
Max Pressure Gradient	3.65 mmHg				



Systemic Flow - Phase



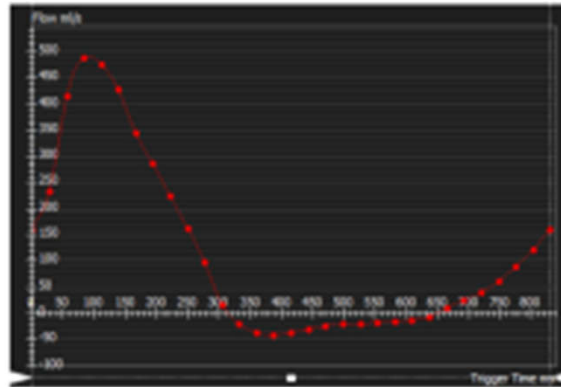
Systemic Flow - Magnitude



Quá trình bệnh
lý: **07/2022**

MRI TIM

VALVES AND FLOW (CONTINUED)



Flow ml/s - Systemic Flow

Map Source : CircleCVI via GE MEDICAL SYSTEMS | Method : T1 Map

T1

GLOBAL

NAME	NATIVE T1	POST CONTRAST T1	ECV VALUE
Myo	1044 ± 134 ms	456 ± 78 ms	35 ± 10 %

ATRIAL ASSESSMENT

NAME	VOLUME	VOLUME / HEIGHT	VOLUME / BSA	AREA
LA Min	28.71 ml	17.94 ml/m	16.28 ml/m ²	13.69 cm ²
LA Max	54.5 ml	34.06 ml/m	30.9 ml/m ²	19.2 cm ²
LAEF	47.32 %			
Method	Monoplan 4CV			
RA Min	11.71 ml	7.32 ml/m	6.64 ml/m ²	7.57 cm ²
RA Max	31.42 ml	19.64 ml/m	17.82 ml/m ²	13.86 cm ²
RAEF	62.73 %			
Method	Monoplan 4CV			



Quá trình bệnh lý:

07/2022

MRI TIM

ATRIAL ASSESSMENT (CONTINUED)

NAME	VOLUME	VOLUME / HEIGHT	VOLUME / BSA	AREA
LA Vol at LVED	34.43 ml	21.52 ml/m	19.52 ml/m ²	15.14 cm ²
LA Vol at LVES	50.94 ml	31.84 ml/m	28.88 ml/m ²	18.32 cm ²
Method	Monoplan 4CV			
RA Vol at LVED	13.77 ml	8.61 ml/m	7.81 ml/m ²	8.3 cm ²
RA Vol at LVES	27.98 ml	17.49 ml/m	15.86 ml/m ²	12.76 cm ²
Method	Monoplan 4CV			

T2

Map Source: GE MEDICAL SYSTEMS | Method: T2 Raw

SLICE 2

NAME	NATIVE T2
SAX Myocardial Region	55.72 ± 2.75 ms

Citations:

[1] Hudsmith LE, Petersen SE, Francis JM, Robson MD, Neubauer S. Normal human left and right ventricular and left atrial dimensions using steady state free precession magnetic resonance imaging. J Cardiovasc Magn Reson PubMed. 2005; 7:775-782.





6941489

MEDIC MRI REPORT

**Quá trình bệnh
lý: 07/2022**

MRI TIM

STT : 220712144 Ngày BK : 12/07/2022 14:02
 Bệnh nhân :
 Địa chỉ :
 Bác sĩ chỉ định : THS BS DƯƠNG PHI SON
 Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
 LÝ DO KHÁM : TD BCTPD
 Máy : GE EXPLORER
 Vùng : MRI TIM
 Kết quả : ** Kỹ thuật: Chụp cộng hưởng từ tim bằng máy GE Explorer 1.5 Tesla, với các chuỗi xung Axial FIESTA; SA Cine; CINE 4 buồng; CINE 2 buồng; FGRE Time Course; T1W, T2W Double IR FSE và Thụ muộn (Delay enhancement) có tiêm Gadolinium.

****Thất phải:**
 - Không thấy tín hiệu bất thường (Phần đáy thất phải 27mm, phần giữa thất phải thì tâm trương 23mm), chức năng tâm thu thất phải bảo tồn. EDV=124ml; ESV=61ml; SV=62ml; EF=50%; CO=4.7l/min.
 - Nhĩ phải: RA Vol at LVED=(14ml; 9ml/m²; 8cm²); RA Vol at LVES=(28ml; 16ml/m²; 13cm²); Chức năng tâm thu nhĩ phải RAEF=63%.

**** Thất trái:**
 - Buồng thất trái trong giới hạn bình thường (LVd=33mm), chức năng tâm thu thất trái bảo tồn.
 - Các thông số và thể tích buồng thất trái đo theo SAX3D Stack: EDV=145ml; ESV=57ml; SV=87ml; EF=60%; CO=6.5l/min; LV mass=256g.
 - Nhĩ trái: LA Vol at LVED=(34ml; 20ml/m²; 15cm²); LA Vol at LVES=(51ml; 29ml/m²; 18cm²); Chức năng tâm thu nhĩ trái LAEF=47%.

**** Bệnh cơ tim phì đại:**
 - Bề dày thành cơ tim thất trái:
 + Phần đáy: Vách liên thất 24mm, thành trước 18mm, thành bên 13mm, thành dưới 14mm.
 + Phần giữa: Vách liên thất 30mm, thành trước 19mm, thành bên 12mm, thành dưới 12mm.
 + Phần gần mỏm: Vách liên thất 21mm, thành trước 15mm, thành bên 15mm, thành dưới 17mm.
 + Không thấy phình mỏm thất trái.
 - Không thấy tín hiệu phì đại cơ nhũ, không thấy dấu hiệu SAM van 2 lá.
 - Không thấy dấu hiệu hẹp đường ra thất trái, LVOT=23mm, Vmax=1.0m/s, Grd max=4mmHg.
 - Tăng thời gian Native T1 của cơ tim và thể tích khoang gian bào (Native T1=1044+/-134ms, ECV Value=35+/-10%).
 - Tăng nhẹ thời gian Native T2 của cơ tim (Native T2=56+/-3ms).
 - Thụ muộn (Delay enhancement): Có hình ảnh ngấm thuốc muộn dạng mảng ở giữa thành, phần giữa thành trước thất trái, vách liên thất đáy và giữa, khối lượng sẹo xơ hóa là 20 gram và chiếm 8% tổng khối lượng cơ tim thất trái (mean+6xSD Ref ROI).
 - Trần dịch màng ngoài tim lượng ít, thành bên thất phải 7mm, thành bên thất trái 8mm, thành dưới thất trái 12mm.

***** KẾT LUẬN:**
 - TD BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI KHÔNG TẮC NGHÈN.
 - THÀNH CƠ TIM DÀY NHẤT 30MM; KHÔNG THẤY PHÌNH MỎM THẤT TRÁI.
 - THẤT TRÁI VÀ PHẢI BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU (LVEF=60%; RVEF=50%)
 - SEO XƠ HÓA CƠ TIM PHẦN GIỮA THÀNH TRƯỚC THẤT TRÁI, VÁCH LIÊN THẤT ĐÁY VÀ GIỮA, KHỐI LƯỢNG SẸO LÀ 20 GRAM VÀ CHIẾM 8% TỔNG KHỐI LƯỢNG CƠ TIM THẤT TRÁI.
 - TRẦN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM LƯỢNG ÍT.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 12/07/2022 18:55
 (Bác sĩ đã ký)

KẾT LUẬN CHẨN ĐOÁN

1. BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI KHÔNG TẮC NGHẼN; KIỂU ĐỐI XỨNG; VỚI CHỨC NĂNG TÂM THU CỦA THẤT BẢO TỒN; KHÔNG RỐI LOẠN NHỊP
2. HẸP NHẸ 3 NHÁNH MẠCH VÀNH
3. TĂNG HUYẾT ÁP
4. HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ TRUNG BÌNH



CTY TNHH CA.MEDIC CẦN THƠ
BVĐK HÒA HẢO - MEDIC CẦN THƠ
Điện thoại : 0292.246.9999

Số ID : 2207007850
Mã BN : 2020052971
Số HĐ : 4.00470/202207

ĐƠN THUỐC



Họ tên bệnh nhân:

Tuổi: 58

Giới tính : Nam

Địa chỉ :

Số thẻ BHYT:

Chẩn đoán : Bệnh cơ tim phì đại khác

Mã bệnh : I42.2

Bệnh cơ tim phì đại không tắc nghẽn (sẹo 8% tổng khối cơ thất trái, thành dày nhất 30mm); Hở (van) động mạch chủ trung bình; Tăng lipid máu hỗn hợp; Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (HỆP NHẹ 3 NHÁNH)- Tràn dịch màng tim lượng ít

ĐIỀU TRỊ

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG

- | | | | |
|---|---|----|------|
| 1 | Diltiazem hydrochloride 30mg (Herbesser 30mg)
<i>chiều uống 1 viên (sau ăn)</i> | 28 | viên |
| 2 | Atorvastatin calcium 10mg (Wintovas 10 tablet)
<i>chiều uống 1 viên (sau ăn)</i> | 28 | viên |
| 3 | Clopidogrel 75mg (Clopikip 75mg)
<i>sáng uống 1 viên (sau ăn)</i> | 28 | viên |
| 4 | colchicin 1mg 1mg (Dochicin 1mg)
<i>sáng uống 1 viên (sau ăn)</i> | 28 | viên |
| 5 | Metoprolol succinate 25mg (Betoloc Zok 25mg)
<i>sáng uống 1 viên (sau ăn)</i> | 01 | viên |
| 6 | Cilnidipine 10mg (Atelec 10mg)
<i>sáng uống 1 viên (sau ăn)</i> | 01 | viên |





Lịch sử bệnh cơ tim phì đại

Bệnh cơ tim phì đại (BCTPĐ) không đối xứng mô tả lần đầu bởi: Donald Teare (1957)

ASYMMETRICAL HYPERTROPHY OF THE HEART IN YOUNG ADULTS

BY

DONALD TEARE

From the Department of Pathology, St. George's Hospital

Received January 7, 1957

"Tumours of the heart and pericardium have evoked an extensive literature out of all proportion to their uncommon incidence and their relative unimportance as a cause of clinical heart disease." This opening sentence of Friedberg's chapter on cardiac tumours in *Diseases of the Heart* (Friedberg, 1949) fills a pathologist with diffidence in reporting eight cases that have been seen in the last six years in a series of 16,000 autopsies.

Primary tumours of the heart are undoubtedly a rarity and according to Mahaim (1945) 413 had been recorded up to 1945. There is little justification for recording rarities in young adults unless they have some relation to fitness for military service or confuse the differential diagnosis, particularly of conditions that may respond to cardiac surgery. These eight cases of asymmetrical hypertrophy or benign tumour of the heart have occurred in a large group where sudden death and indeed cardiac incapacity, particularly among men, is rare.

Primary tumours of the heart fall into three categories.

(1) Multiple tumours frequently described as congenital glycogenic tumours of the myocardium, which are often associated with other presumably congenital lesions such as tuberous sclerosis and renal tumours.

(2) Single diffuse tumours or asymmetrical hypertrophy of muscle and connective tissue, which are the subject of this article.

(3) Rare myxomata and sarcomata, occurring mainly in later life and producing a variety of symptoms and pathology.

Since the term rhabdomyoma is now firmly associated with nodular glycogenic tumours of the heart it is simpler to refer to the eight tumours under discussion as hamartomata, though they may in fact lay greater claim to being benign tumours of striped muscle than those of presumed glycogenic origin. In Mahaim's (1945) extensive review, which included 329 cases of primary tumour of the heart, only six are referred to as being diffuse tumours of the myocardium, and it would appear that the tumours discussed in this paper fall into this category.

Batchelor and Maun (1925) in recording one case of multiple tumours of the heart in a child of three days reviewed 62 other reported cases. In 60 cases the lesions were multiple, and of the three other cases, one was recorded as having hepatomegaly, one had congenital tumour of the lung, and one had no congenital abnormality. In Eulinger's (1925) record of 37 cases, seven were single tumours and no other congenital abnormality was found. Browne and Gray (1930) record a case of a child of three months who died following a fit of crying, and there was found a diffuse tumour of the lateral wall of the left ventricle similar to the cases about to be described. Hueper (1935 and 1941) described diffuse tumours in the heart of a negro and in the heart of a guinea-pig. Saphir (1953) used the term rhabdomyoma when writing of nodular glycogenic degeneration and gives no reference to benign tumours of striped muscle. Similarly Adams, Denny-Brown, and Pearson (1953) describe nodular glycogenic tumours when referring to rhabdomyoma of the heart.

B

1

2

DONALD TEARE

CASE HISTORIES

Case 1. R. S. In September, 1950, a boy of 14, had had a "blackout" and fallen from his bicycle; two months later he again became dizzy and fell to the ground. In neither attack did he bite his tongue or pass water. He was seen at Wembley Hospital on January 1, 1951. At this time he was found to have a blood pressure of 118/70 mm. Hg, a third heart sound and a soft systolic murmur. There was no history of fits, rheumatic fever, or other significant background. He was advised to lead a normal life, excluding cycling, running, or climbing. It was thought that his attacks were cardiac in origin and not epileptic. On February 20, 1951, he was being chased around the playground of his school, when he suddenly collapsed and was found to be dead on arrival at hospital twenty minutes later.

His heart (Fig. 1) showed a localized and diffuse hypertrophy of the interventricular septum. The hypertrophied muscle had a coarse texture when compared with the lateral wall of the ventricle and the proximity of the hypertrophied area to the mitral valve is well seen in the photograph.

Microscopical examination of a section of the tumour (Fig. 2) shows a bizarre arrangement of bundles of muscle fibres running in divers directions and separated by connective tissue and clefts. The connective tissue tends to break up and interrupt the muscle bundles giving an impression of inefficiency in muscular contraction of the tumour as a whole, while the clefts are lined with endothelium covering sparse elastic tissue which is similar to the structure of the normal endocardium. The individual muscle fibres appear to be mature and there is no suggestion of malignancy; they vary considerably in thickness, but in any particular bundle the fibres are of the same thickness, and show sufficient nuclei to indicate that the fibres have been cut centrally and that the appearance of variation in thickness is not due to a chance tangential section.



FIG. 1.—Case 1. Localized hypertrophy of the interventricular septum.

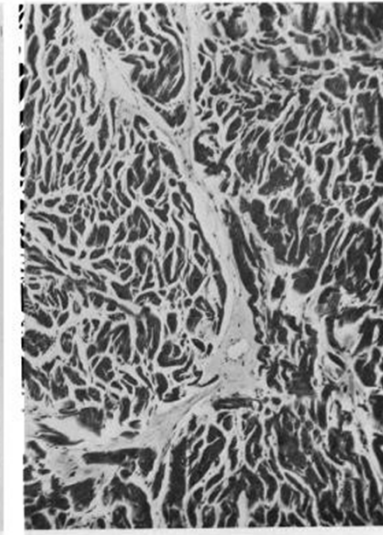


FIG. 2.—Case 1. Disordered arrangement of muscle bundles with variations in size of individual fibres (H & E × 80).

Teare D. Asymmetrical hypertrophy of the heart in young adults. Br Heart J 1958;20:1-8.



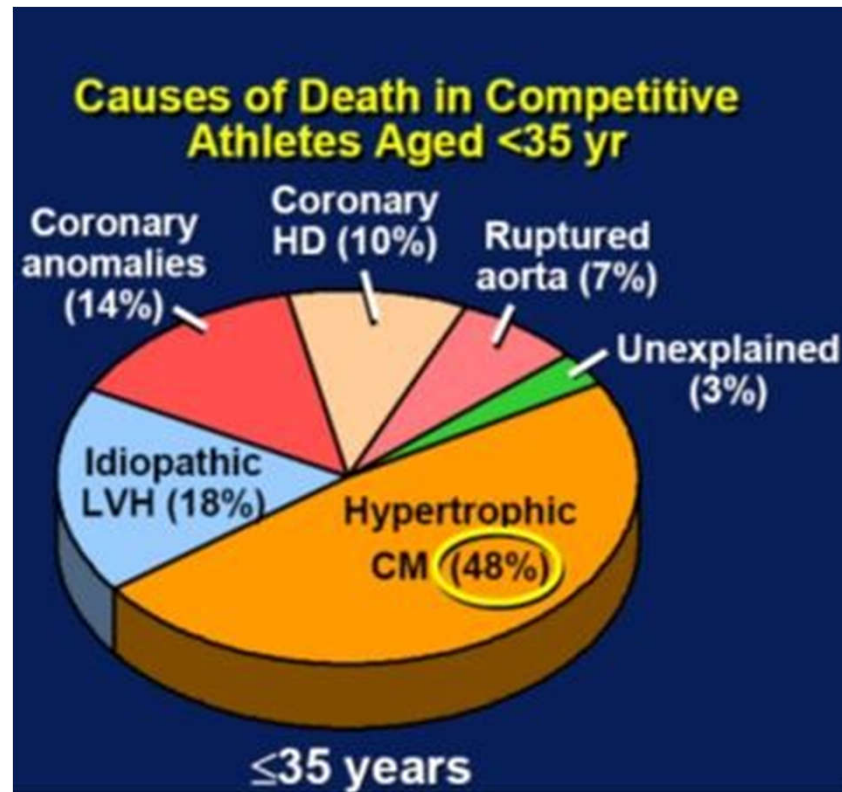
Định nghĩa BCTPĐ

- Tình trạng phì đại khu trú hoặc lan tỏa thất trái (độ dày >15mm đo ở cuối thì tâm trương) với buồng thất trái không giãn và tăng động học, không kèm theo bệnh lý tim mạch khác gây phì đại thất trái như tăng huyết áp, hẹp van ĐMC.

2003. American College of Cardiology/European Society of Cardiology

học

- TS xuất hiện 1/500
- Là bệnh di truyền gen trội cần tầm soát gia đình
- Là NN hàng đầu gây đột tử ở người trẻ, tỷ lệ tử vong của bệnh khoảng 0.2%.



Chẩn đoán BCTPĐ

- T/c lâm sàng: không đặc hiệu có thể khó thở, đau ngực, ngất hoặc thậm chí đột tử
- ĐTĐ: thường không đặc hiệu
- PP CDHA
 - Siêu âm tim: thường sử dụng
 - YHHN
 - CVLT đa dây
 - CHT tim





So sánh các pp chẩn đoán BCTPĐ

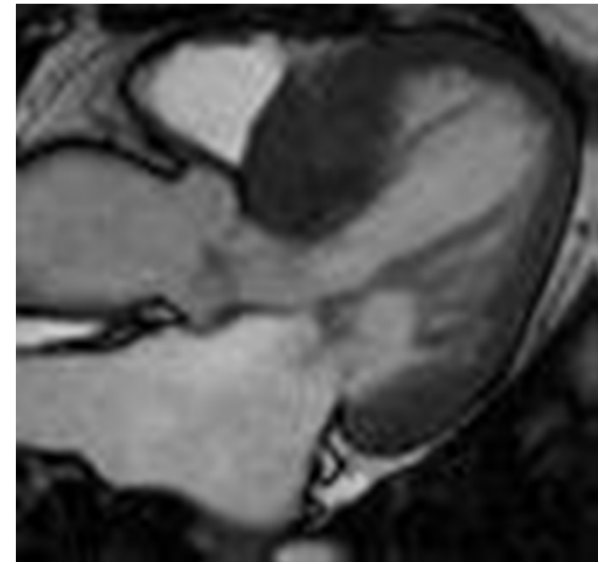
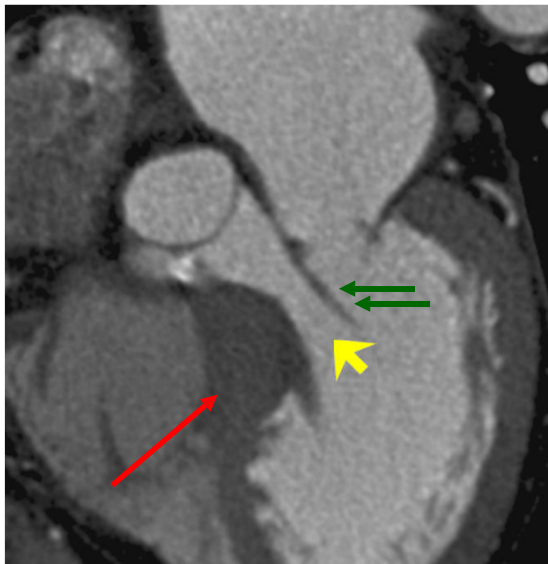
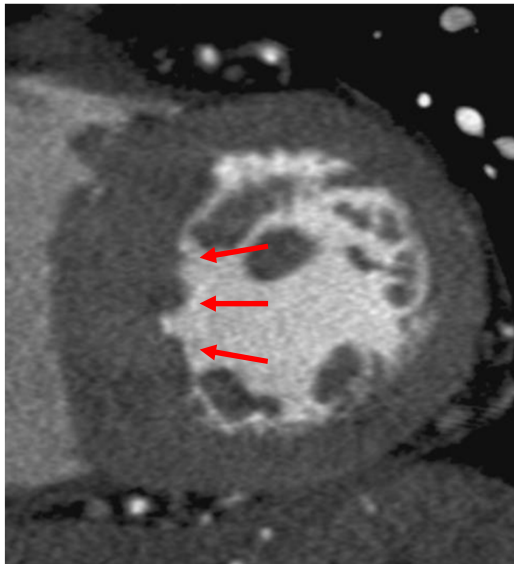
	EchoCG	Nuclear Imaging	MSCT	MRI
LV volume(TT thất trái)	+++	±	++	++++
LV wall thickness(bề dày thất)	+++	±	++++	++++
EF(phân suất TM)	+++	+++	+++	++++
Regional function(CN T)	+++	+	++	++++
LV filling pr.	+++	+	-	++
PA pr.	+++	-	-	+++
LA volume & function	+++	-	+	++++
Dynamic obstruction	+++	-	+	+++
Mitral regurgitation	+++	+	-	++
Ischemia/CFR	+	+++	-	+++
Cardiac metabolism	-	+++	-	+
Monitoring of therapy	+++	+	+	+++
Tissue characterization	++	?	+	++++
Pre-clinical diagnosis	++	?	+++	+++
Coronary artery evaluation	-	-	++++	++



Các kiểu hình BCTPĐ

Loại phì đại không đối xứng vách liên thất : 60-70%

- HOCM (Hypertrophic Obstructive CardioMyopathy): BCTPĐ tắc nghẽn

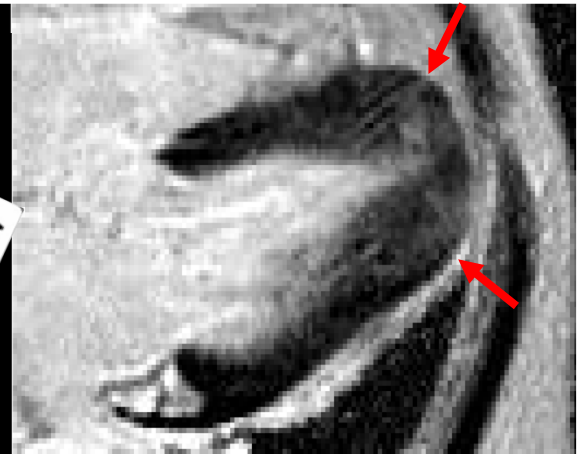
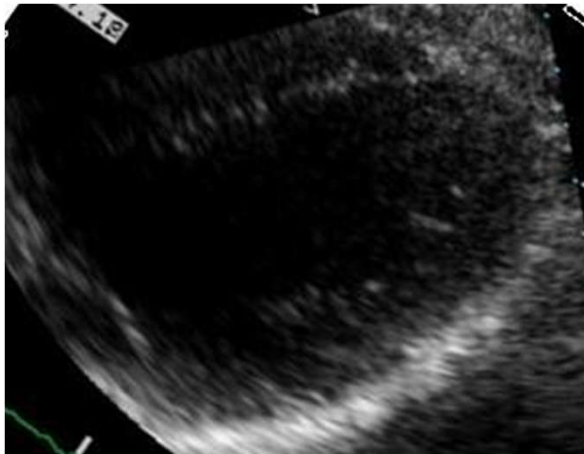
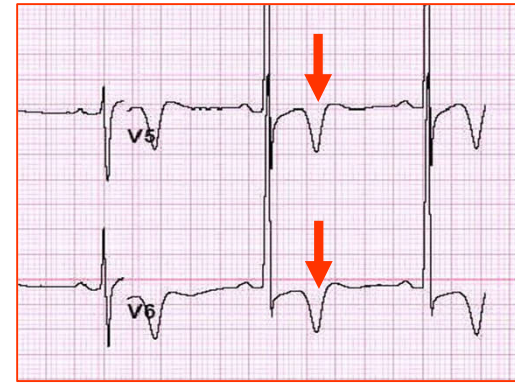


- Bề dày VLT > 15 mm
- Phì đại VLT vị trí đường ra thất trái (LVOT) gây hẹp đường ra TT
- Di chuyển ra trước van hai lá thì tâm thu: SAM (Systolic Anterior Motion)
- Hở van hai lá

Các kiểu hình BCTPĐ

Loại phì đại mỏm tim (apical type)

- Thường gặp ở châu Á 25%
- ĐTĐ: sóng T âm sâu
- T/c lâm sàng thường nhẹ



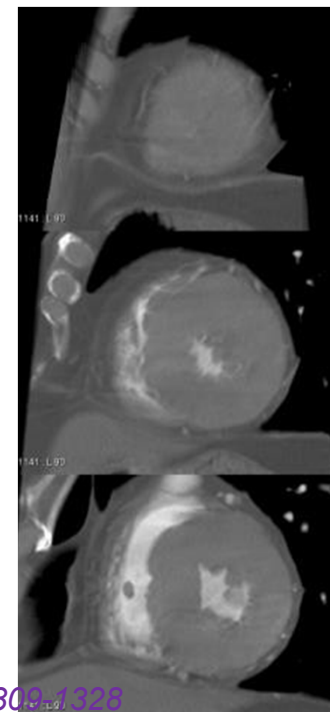
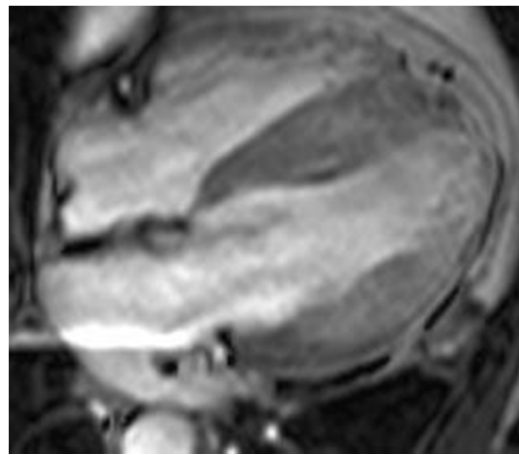
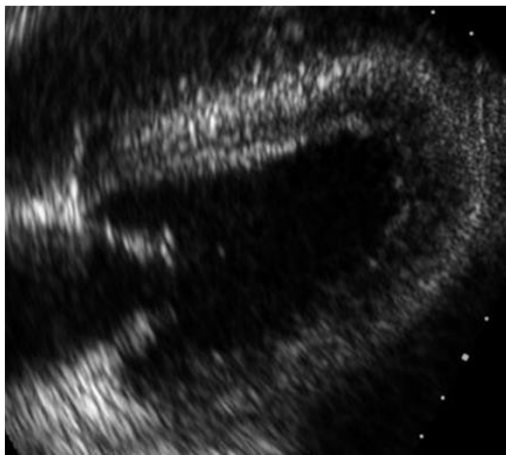
- Buồng thất trái có dạng con át bích
- T/c chẩn đoán: độ dày thành thất vùng mỏm >15mm hoặc tỷ lệ độ dày thành thất vùng mỏm/vùng đáy từ 1,3-1,5



Các kiểu hình BCTPĐ

Loại đối xứng (phì đại lan tỏa)-concentric type

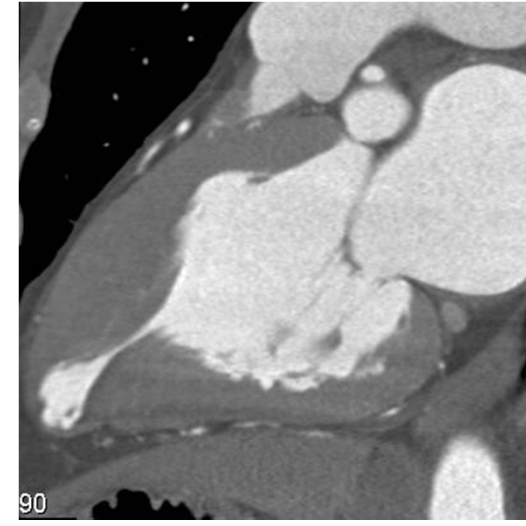
- Phì đại lan tỏa đối xứng thành thất trái
- Phân biệt;
 - bệnh tim thâm nhiễm tinh bột amyloidosis, sarcoidosis...
 - Tim vận động viên Athlete's heart,
 - phì đại thất trái thứ phát do tăng HA, hẹp van ĐMC....



Các kiểu hình BCTPĐ

Loại phì đại giữa tim - Midventricular Type

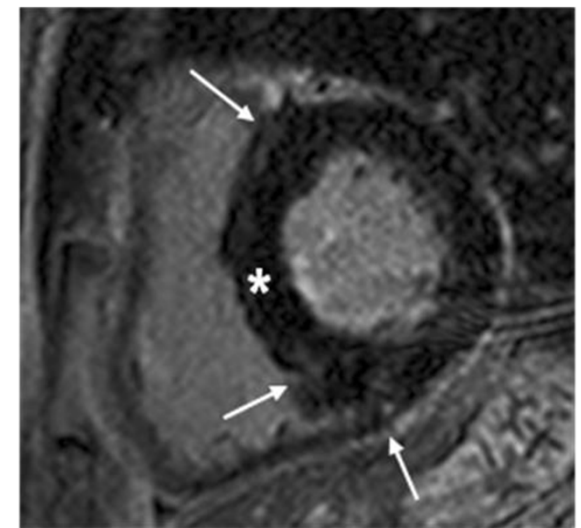
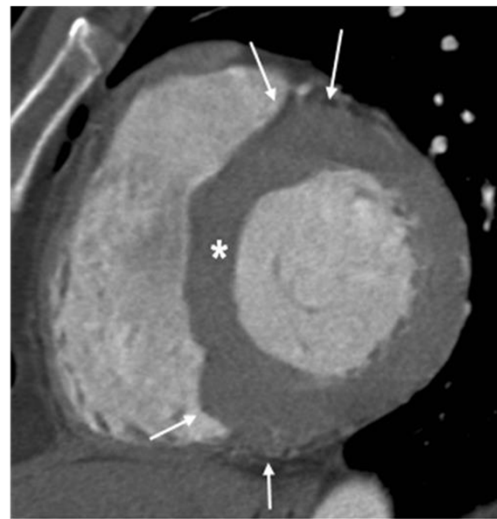
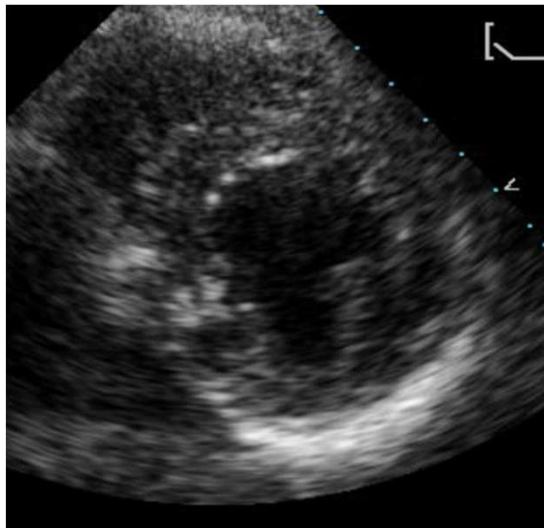
- Phì đại xuất hiện ở vị trí 1/3 giữa VLT, buồng thất trái có dạng quả tạ ('Dumb-bell' configuration)
- Thường phối hợp với phình mỏm tim do tăng áp lực thì tâm thu vùng mỏm tim do tắc nghẽn giữa tim.



Các kiểu hình BCTPĐ

Phì đại cơ tim không liên tục(Non-contiguous)

- Phì đại cơ tim không liên tục, có vị trí phì đại xen kẽ vùng cơ tim không phì đại (“lumpy” hypertrophic pattern)
- Chiếm khoảng 15%.
- CLVT và CHT có giá trị chẩn đoán cao hơn siêu âm tim

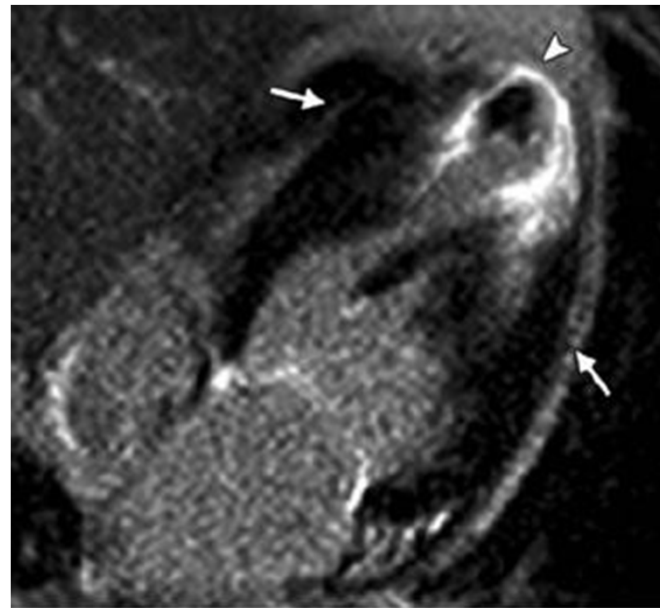
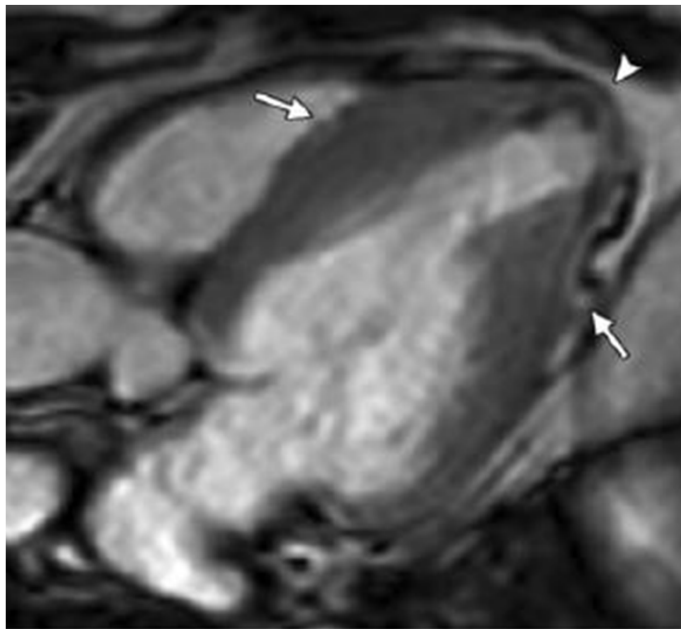


Các kiểu hình BCTPĐ

Phì đại cơ tim giai đoạn muộn (burn-out phase)

- Giai đoạn cuối của BCTPĐ
- Thất trái giãn, mỏng cơ tim thành thất trái (tương tự bệnh cơ tim giãn), vận động nghịch
- Tiên lượng nặng

Nữ ,43 tuổi, khó thở nặng, EF 35%



Ứng dụng pp CĐHA trong đánh giá YTNC

	SAT	CLVT	CHT
Độ dày TT tối đa ($\geq 30\text{mm}$)	+	++	++
Tắc nghẽn có ý nghĩa ĐRTT (chênh áp ĐRTT $\geq 30\text{mmHg}$ khi nghỉ)	++	+/-	++
Giãn TT và giảm nặng EF	+	+	++
Phát hiện sẹo xơ (DE-MR)	-	-	++
Khiếm khuyết tưới máu	-	+	++
Giảm phân suất dự trữ	+/-	-	++
Đánh giá ĐMV	-	++	+

Nagueh and Mahmarian, JACC 2006



Gợi ý chỉ định của CHT tim với BCTPĐ

- Phì đại khu trú hoặc lan tỏa thất trái
 - xác định hình thái và kiểu hình BCTPĐ
 - chẩn đoán phân biệt với các NN khác gây phì đại TT
- Nghi ngờ thiếu máu hoặc sọ xơ cơ tim trên ĐTĐ, ĐTĐGS
- Đã biết BCTPĐ với giảm CNTT thất trái toàn bộ
 - đánh giá chính xác CNTT
 - xác định tổn thương thiếu máu hoặc sọ xơ



Gợi ý chỉ định của CLVT trong BCTPĐ

- ĐTĐ hoặc ĐTĐ gắng sức có bất thường ở nhóm BN không có nguy cơ cao
 - loại trừ bệnh lý ĐM vành và bệnh CTPĐ
- Siêu âm tim không rõ ràng do cửa sổ thăm khám hạn chế
 - xác định chính xác kiểu hình BCTPĐ
- BCTPĐ đã biết kèm theo ĐTN không điển hình
 - loại trừ bệnh lý ĐMV
- BCTPĐ đã biết kèm theo cơn đau thắt ngực mới xuất hiện
 - loại trừ bệnh lý ĐMV



KẾT LUẬN

1. Bệnh CTPĐ có triệu chứng LS, hình ảnh điện tâm đồ và XN men tim rất giống với một trường hợp NMCT cấp không ST chênh lên → BN BCTPĐ đôi khi được cấp cứu và chỉ định thông tim chưa phù hợp.
2. Siêu âm tim có vai trò rất lớn trong chẩn đoán ban đầu BCTPĐ cũng như định lượng mức độ nặng của phì đại và mức độ tắc nghẽn đường ra
3. MSCT mạch vành là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, dễ thực hiện, rất hữu hiệu để loại trừ bệnh ĐMV và xác định kiểu hình BCTPĐ
4. MRI tim giúp xác định hình thái và kiểu hình BCTPĐ, đánh giá chính xác CNTT, cũng như xác định tổn thương thiếu máu hoặc sẹo xơ cơ tim

