Tình huống lâm sàng tăng huyết áp

1. BN Nguyễn Văn A, Giới: Nam, Tuổi: 48. BN được chẩn đoán tăng huyết áp cách đây 3 tháng, HA của bệnh nhân là 150/90. Khi mới phát hiện, bệnh nhân đã được dùng các biện pháp điều trị không dùng thuốc và hẹn kiểm tra lại sau 3 tháng. Kết quả sau khi tái khám: cân nặng: 65kg, Chiều cao: 1m68, Nhiệt độ: 37⁰C, Mạch: đều, 80 lần/phút, Huyết áp: được đo 2 lần cách nhau 30 phút, kết quả lần lượt là 158/95 mmHg, 157/92 mmHg. Xét nghiệm sinh hóa và huyết học bình thường.

Bệnh nhân là giám đốc doanh nghiệp. Bệnh nhân **nghiện thuốc lá**, *hút khoảng 10 điếu thuốc mỗi ngày*. Bệnh nhân hay phải uống rượu do tiếp khách của công ty, thường 2-3 bữa tối/tuần, lượng rượu không chính xác nhưng vào khoảng 200-300 ml rượu mạnh mỗi bữa

CÂU HỎI:

a. Anh/Chị hãy đánh giá nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân này.

- Tăng huyết áp

- Yếu tố tâm thần: là giám đốc DN  stress, căng thẳng tâm lý, ít hoạt động thể lực.

- Lối sống: nghiện thuốc lá (10 điếu/ngày), uống rượu ( 2-3 lần/ tuần).

- BMI= 23,03 bình thường, không béo phì.

b. Tại thời điểm hiện tại, có nên sử dụng thuốc điều trị THA cho BN này hay không?

BN THA độ 1 ( HATT( máu từ thất lên Đm) 140- 159 và/ hoặc HATTr( nhĩ xuống thất) 90- 99) vì vậy nên cho BN dùng thuốc điều trị THA kèm thay đổi lối sống. Nếu dùng thì dùng ACEI.

c. Các biện pháp không dùng thuốc áp dụng ở BN?

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:

 + Giảm ăn mặn ( < 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).

 + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.

 + Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no.

- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể BMI từ 18,5 đến 22,9 kg/m2.

- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm ở nữ.

- Hạn chế uống rượu, bia: Số lượng ít hơn 3 cố chuẩn/ ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ) – 1 cốc chuẩn chứa 10 gam ethanol tương đương với 330 ml bia hoặc 120 ml rượu vang, hoặc 30 ml rượu mạnh.

- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý. Tránh bị lạnh đột ngột.

2. BN Nguyễn Ngọc D, giới tính: Nam, tuổi: 69. Ông D đã được bác sĩ P tại Khoa Thần kinh của bệnh viện chẩn đoán bệnh **Parkinson** và được kê uống **Madopar 125 (levodopa 100mg + benserazid 25 mg)** để điều trị. Nhưng 1 sau thời gian điều trị, *ông thấy khó chịu, mệt mỏi, ăn uống không được, thường có cảm giác buồn nôn, và nôn khan*. Đến khi chuyển nặng, gia đình đã đưa ông đến bệnh viện cấp cứu trong tình trạng mất nước vì nôn mửa kéo dài. Kết quả khám lâm sàng sau khi nhập viện: chiều cao: 169 cm, Cân nặng: 58 kg, Mạch: 87, Nhiệt độ: 36,5 ⁰C, Huyết áp: 100/70 mmHg. Xét nghiệm huyết học bình thường. Xét nghiệm sinh hóa: Na+ 152 mmol/L (137 – 145 mmol/L), K+ 3,1 mmol/L (3.6 -5.0 mmol/L), bicarbonate 29 mmol/L ( 22-30 MMOL/L), ure 7,3 mmol/L ( 2.5 – 7.5 mmol/L), Creatinin 60 micromol/L (62-133 micromol/L). Ông được đặt ống thông tĩnh mạch và bắt đầu bù nước điện giả bằng Ringer lactat. Tiếp tục theo dõi và chờ hội chẩn với thầy thuốc chuyên khoa thần kinh.

CÂU HỎI:

1. Nguyên nhân gây nôn và buồn nôn của bệnh nhân?

Tác dụng không mong muốn của thuốc Madopar

2. Trình bày cơ chế tác dụng của cặp phối hợp levodopa và benserazid?

Ở những hạch đáy thần kinh của bệnh nhân Parkinson, dopamine, chất dẫn truyền thần kinh ở não, không hiện diện đầy đủ số lượng. Liệu pháp thay thế dopamine dựa trên việc sử dụng chất levodopa; đây là một tiền chất của dopamine vì chất dopamine có khả năng xuyên qua hàng rào máu-não rất hạn chế.

Sau khi uống, levodopa, nhanh chóng bị khử carboxyl (mất đi một phân tử CO2) để thành dopamine, ở ngoài não cũng như ở các vùng của não. Kết quả là hầu hết levodopa uống vào không đến được các hạch đáy thần kinh và dopamine sản xuất ở ngoại biên thường gây ra các hiệu quả không mong muốn. Do đó, việc sử dụng đồng thời hai chất levodopa và benserazide( vs tỷ lệ 4:1), một chất ức chế men gây nên phản ứng khử carboxyl ngoại biên để làm tăng hiệu quả điều trị. Các chất này ngăn chặn sự phân hủy levodopa trước khi vào hàng rào máu não, nhờ đó giảm được liều levodopa xuống dưới 80% so với bình thường và hạn chế các tác dụng phụ như nôn, buồn nôn.

3. Có thể sử dụng metoclopramide để kiểm soát tình trạng nôn và buồn nôn cho bệnh nhân hay không?

Metoclopramid: là chất đối kháng hệ Dopamin trung ương

Không. Vì :

- Với BN parkinson, thuốc sẽ gây thiếu hụt dopamin trong não làm nặng thêm tình trạng bệnh.

- Gây ra ADR là những triệu chứng ngoại tháp: bồn chồn, kích động, nhãn cầu bị kéo lệch ra 2 bên,…

3

**Ca lâm sàng suy tim**

Thông tin chung

Họ tên: Nguyễn Thị C,Tuổi: 71Giới: Nữ,Cân nặng: 53kg

Chiều cao: 158cm

Lý do gặp dược sĩ/ bác sĩ – lý do nhập viện

Nhập viện cấp cứu do khó thở.

Diễn biến bệnh

Bệnh nhân đã được điều trị suy tim do nguyên nhân tăng huyết áp trong vòng 3 năm nay, 3 tháng gần đây bệnh nhân bắt đầu cảm thấy mệt mỏi và khó thở khi hoạt động thể lực nhẹ. Vì thế, bệnh nhân sinh hoạt, vận hành hằng ngày bị hạn chế hay bị nhầm lẫn, trí nhớ giảm sút. Bệnh nhân cũng bị mất ngủ ban đêm do những cơn khó thở. Bệnh nhân cảm thấy khó chịu vì luôn cảm thấy tim đập nhanh. Bệnh nhân tăng 3kg trong 2 ngày gần đây

Tiền sử bệnh

Suy tim (chẩn đoán cách đây 3 năm),Rung nhĩ (chẩn đoán cách đây 1 năm),Tăng huyết áp ( chẩn đoán cách đây 10 năm),Đau khớp gối

Tiền sử gia đình

Chưa ghi nhận

Lối sống: không hút thuốc lá, không uống rượu

Tiền sử dùng thuốc

Thuốc đang sử dụng (trước khi nhập viện)

Hydroclorothiazide 12,5mg \* 1 lần/ ngày

Enalapril 10mg \* 1 lần/ ngày

Digoxin 0.125mg \* 1 lần/ ngày

Simvastatin 40 mg – buổi tối

Warfarin 3 mg \* 1 lần/ ngày

Alaxan (paracetamol 325 mg/ ibuprofen 200 mg) 2 viên \* 2 lần/ ngày

Tiền sử dị ứng

Không

Khám bệnh

Sinh hiệu

HA khi nằm 155/90 mmHg; nhịp tim 130 lần/ phút; nhịp thở lần/phút; nhiệt độ 37,3 độ C

Khám tổng quát

Tim đều, T1, T2 rõ, có tiếng ngựa phi T3

Tĩnh mạch cảnh nổi 3cm. phù 2 bên mắt cá chân và bàn chân

Tiếng ran phổi – 2 bên trái, phải.

Gan lớn

Điện tâm đồ: rung nhĩ nhanh không có thiếu máu cục bộ hoặc dấu hiệu của nhồi máu cơ tim

Siêu âm tim: không hở van tim. Rối loạn chức năng tâm thu thất trái đầy thất trái, EF 29%.

Cận lâm sàng

Na 137mmol/L (BT 135-145)

K 3,7mmol/L (BT 3,5-5,5)

Ure 12,4mmol/L (BT 2,6-6,6)

Creatin 140mcmol/L (BT 80-120) suy thận

Hgb 10,1 g/dL (BT 12-16)

MCV 71Fl (BT 77-91)

MCHC 0.3g/dL (BT 0,32-0,36)

Digoxin 0.8 ng/Dl

TC 3,8 mmol/L (BT<5,18mmol/L)

Chẩn đoán: suy tim NYHA III/ tăng huyết áp. Rung nhĩ

Câu hỏi:

**Câu 1: Những triệu chứng và dấu hiệu chẩn đoán suy tim ở bệnh nhân?**

Phân độ suy tim bệnh nhân theo ACC/AHA? Giải thích?

 Chẩn đoán suy tim ở BN: theo tiêu chuẩn Framingham.

- Tiêu chuẩn chính:

+ cơn khó thở kịch phát về đêm

+ tĩnh mạch cổ nổi 3cm

+ ran phổi – 2 bên

- Tiêu chuẩn phụ:

+ khó thở khi gắng sức

+ phù 2 bên mắt cá chân và bàn chân

+ gan to

+ nhịp tim nhanh 130 nhịp/ phút.

 Phân độ suy tim theo ACC/AHA:

- BN suy tim giai đoạn C vì BN có tiền sử suy tim 3 năm và hiện tại có triệu chứng cơ năng suy tim như: mệt mỏi, khó thở khi gắng sức

**Câu 2: Những vấn đề chưa hợp lý liên quan đến những thuốc đang sử dụng ở bệnh nhân? Đề xuất phương án thuốc thay thế?**

- BN dùng thuốc điều trị suy tim, THA, rung nhĩ và đau khớp nhưng không hiệu quả

- Các tương tác trong đơn mà BN sd:

Bệnh nhân không nên dùng Thiazid vì bị ứ dịch,phù, đổi sang Furo.

Simvas nên hạ liều cho bệnh nhân vì bệnh nhân chưa có RLLP.

Ibu>< warfarin -> gây tăng td chảy máu KMM

Ibu >< enalapril -> giảm td hạ HA của enalapril, suy thận

Ibu >< hydroclo -> suy thận

Phương án thay thuốc:

Furo 40mg \* 2l/ng

Enala 10mg \* 1l/ng

Simvas 20mg \*1l/ng

Wafarin 3mg \*1l/ng

Para 1000mg khi đau

Digo 0.125 mg\*1l/ng

Câu 3: Chiến lược sử dụng thuốc dự phòng ở bệnh nhân?

Furo 40mg \* 2l/ng

Enala 10mg \* 1l/ng

Simvas 20mg \*1l/ng

Wafarin 3mg \*1l/ng

Para 1000mg khi đau

Digo 0.125 mg\*1l/ng

Không dùng Nsaid cho bệnh nhân.