**BÁO CÁO THỰC HÀNH DƯỢC LÝ LÂM SÀNG (PPHA339)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **MSSV** | **Chính thức/bù** | **% đóng góp** | **Buổi:**  **Ngày:**  **Lớp:**  **Nhóm:**  **GV1:**  **GV2:** |
| **1** | Nguyễn Thị Phương Oanh | **1611701636** | **Chính thức** | **20** |
| **2** | Kiều Nguyễn Tường Vi | *1611702275* | **Chính thức** | *20* |
| **3** | Trương Thị Thanh Ngân | 1611702301 | **Chính thức** | *20* |
| **4** | Nguyễn Thị Thúy Vân | *1611701071* | **Chính thức** | *20* |
| **5** | Võ Thị Yến Ngọc | 1611702468 | **Chính thức** | *20* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÊN CA LÂM SÀNG:** | | | | | | | | | | | | |
| **THÔNG TIN CHỦ QUAN (S\_SUBJECTIVE)** | | | | | | | | | | | | |
| **Giới tính** | **Tuổi** | | | | | **Chiều cao** | | | | **Cân nặng** | | |
| **Nam** | **57** | | | | | **165cm** | | | | **65kg** | | |
| **Lời khai bệnh/lý do nhập viện (CC\_Chief Complaint)** | | | | | | | | | | | | |
| Đau ngực, khó thở và ho ngày càng nhiều hơn và đàm có màu. | | | | | | | | | | | | | **57** | **165cm** | **65kg** |
| **Diễn tiến bệnh (HPI\_History of Present Illness)** | | | | | | | | | | | | |
| Sau ngày thứ 5 nhập viện, bệnh nhân than phiền là đau ngực vùng xương ức, khó thở, ho trở nặng và có đờm.  - BN được ghi nhận suy hô hấp với nhịp thở (RR) 43 lần/phút, mạch 153 lần/phút, huyết áp 162/103 mmHg, SpO2 87%.  BN được chỉ định đặt nội khí quản và làm các xét nghiệm về thông số liên quan NMCT, cùng các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và thu thập mẫu máu và đàm | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử bệnh (PMH\_Past Medical History)** | | | | | | | | | | | | |
| Đau thắt ngực ổn định x 5 năm  Tăng huyết áp x 15 năm  Rối loạn lipid máu x 10 năm  Đái tháo đường type 2 x 8 năm  Bệnh thận mạn, chẩn đoán giai đoạn 3 | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử sản khoa (OBH\_** **Obstetric history)** | | | | | | | | | | | | |
| **không** | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử ngoại khoa (Surgical History)** | | | | | | | | | | | | |
| Can thiệp với PCI với stent trần sau 1h nhập viện | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử gia đình (FH\_Family History)** | | | | | | | | | | | | |
| *không* | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử xã hội (SH\_Social History)** | | | | | | | | | | | | |
| Giáo viên đã nghỉ hưu 1 năm  Trước đây ít tập thể dục, nhưng đã đi bộ nhiều hơn sau khi nghỉ hưu, không sử dụng rượu,thuốc lá, ma túy hoặc các chất gây nghiện. | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử dùng thuốc (Medication History)** | | | | | | | | | | | | |
| Metoprolol succinate 200mg PO x 1 lần/ngày  Lisinopril 20 mg PO x 1 lần/ngày  Isosorbide mononitrate, ER, 120 mg PO x 1 lần/ngày  Metformin 1000 mg PO x 2 lần/ngày  Linagliptin 5 mg PO x 1 lần/ngày  Atorvastatin 40 mg PO x 1 lần/ngày  Aspirin 81 mg PO x 1 lần/ngày  Nitroglycerin 0,4 mg SL PRN | | | | | | | | | | | | |
| **Tiền sử dị ứng/dung nạp thuốc/tác động có hại của thuốc (Allergies/Intolerances/ADRs)** | | | | | | | | | | | | |
| Không ghi nhận dị ứng | | | | | | | | | | | | |
| **THÔNG TIN KHÁCH QUAN (O\_OBJECTIVE)** | | | | | | | | | | | | |
| **CÁC THUỐC ĐANG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH** | | | | | | | | | | | | |
| **Biệt dược** | | **Hoạt chất** | | | **Liều/Đường dùng** | | | | | **Ghi chú** | | |
| Metoprolol succinate | | Metoprolol | | | 200mg PO x 1l/ngày | | | | | **CĐ**: Điều trị dài hạn đau thắt ngực, loạn nhịp tim.  **TDP**: Nhức đầu, mệt mỏi, chóng mặt và rối loạn nhịp tim. | | |
| Lisinopril | | Lisinopril | | | 20 mg PO x 1l/ngày | | | | | **CĐ**: Điều trị tăng HA, suy tim, dùng kết hợp với các glycosid tim,nhồi máu cơ tim cấp có huyết động ổn định.Điều trị bệnh thận do ĐTĐ.  **TDP**: Chóng mặt , ho khan, nhức đầu, tiêu chảy. | | |
| Ticagrelor | | Ticagrelor | | | 90 mg PO x 2l/ngày | | | | | **CĐ**:  - Ticagrelor phối hợp với axit acetylsalicylic (ASA), được chỉ định để ngăn ngừa các biến cố xơ vữa động mạch ở bệnh nhân trưởng thành với  - hội chứng mạch vành cấp tính (ACS) hoặc  - Tiền sử nhồi máu cơ tim (MI) và nguy cơ cao phát triển biến cố xơ vữa động mạch.  **TDP**: Khó thở , nhức đầu, ho, chống mặt và buồn nôn. | | |
| Metformin | | Metformin hydrochloride | | | 1000 mg PO x 2l/ngày | | | | | **CĐ**: Giảm nguy cơ hoặc trì hoãn khởi phát bệnh đái tháo đường týp 2 ở người lớn, bệnh nhân thừa cân mắc IGT \* và / hoặc IFG \*, và / hoặc tăng HbA1C.  **TDP**: Suy nhược, tiêu chảy, đầy hơi, chóng mặt và khó chịu ở ngực | | |
| Linagliptin | | Linagliptin | | | 5 mg PO x 1l/ngày | | | | | **CĐ**: ĐTĐ type 2. Khi metformin không phù hợp do không dung nạp hoặc chống chỉ định do suy thận.  liệu pháp kết hợp  **TDP**: Viêm mũi họng, tăng lipid huyết,ho và tăng triglyceride máu | | |
| Atorvastatin | | Atorvastatin | | | 40 mg PO *x 1l/ngày* | | | | | **CĐ**: Tăng cholesterol huyết, phòng ngừa biến cố tim mạch.  **TDP**: Rối loạn chức năng gan mật, chứng viêm cơ, tiêu cơ vân,.. | | |
| Aspirin | | Aspirin | | | 81 mg PO *x 1l/ngày* | | | | | CĐ: Giảm đau, hạ sốt, kháng viêm,phòng ngừa thứ phát nhồi máu cơ tim.  **TDP**: Độc gan,chậm nhịp, táo bón, phù ngoại biên,suy tim,. | | |
| Nitroglycerin | | Nitroglycerin | | | 0.4 mg SL PRN (ngậm dưới lưỡi khi cần thiết) | | | | | **CĐ**: Làm giảm cơn đau cấp tính hoặc điều trị dự phòng đau thắt ngực do bệnh động mạch vành  **TDP**: Đau đầu , nhịp tim nhanh, HA thấp, chóng mặt. | | |
| **KHÁM THỂ CHẤT (PHYSICAL EXAM)** | | | | | | | | | | | | |
| **Tổng trạng** | BN vẻ mặt lo lắng, khó thở, đau ngực (dưới xương ức, lan dần sang vai trái), suy hô hấp trung bình và đang được đặt nội khí quản  BMI=23,8 => Thừa cân | | | | | | | | | | | |
| **Cân nặng** | *65 KG* | | | **BP** | 162/103 mm Hg | | | | | | | |
| **Chiều cao** | *165 CM* | | | **P** | 147 lần/phút | | | | | | | |
| **Thân nhiệt** | *38,5* | | | **RR** | 42 lần/phút | | | | | | | |
| **Khác** | * Da đàn hồi kém * HEENT: PERRLA, màng nhầy ướt. * Phổi/ngực: khò khè, có tiếng ran ngáy rải rác, nhịp tim nhanh, thở gắng sức, tiếng ran ngáy (rhonchi) trên khắp các trường phổi phải. * Tim: nhịp tim nhanh.   Chi: phù 1*+* | | | | | | | | | | | |
| **XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG** | | | | | | | | | | | | |
| **Tên xét nghiệm** | **Đơn vị** | **Khoảng tham chiếu** | | **Kết quả** | | | | | | | | |
| **Ngày nhập viện** | | **Ngày 5** | | | **Đánh giá** |  | |  |
| ***Xét nghiệm máu*** | | | | | | | | | | | | |
| **Na** | mEq/L | 135 - 145 | | *139* | | 141 | | | Tăng nhẹ |  | |  |
| **K** | mEq/L | 3.5 - 5 | | *4.1* | | **5.1** | | | Tăng |  | |  |
| **Cl** | mEq/L | 97 - 110 | | *95* | | 110 | | |  |  | |  |
| **CO2** | mEq/L | 22 - 30 | | 20 | | 19 | | |  |  | |  |
| **Ca** | mg/dL | 8.6 - 10.3 | | 9.4 | | 9.2 | | |  |  | |  |
| **BUN** | mg/dL | 8 - 25 | | **32** | | **36** | | | Tăng khá cao |  | |  |
| **SCr** | mg/dL | 0.9 - 1.1 | | **1.4** | | **1.5** | | | Tăng khá cao |  | |  |
| **WBC** | mm3 | 4.300 - 10.800 | | 9.5 x 103 | | **17 x 103** | | | Tăng rất cao |  | |  |
| **Glucose** | mg/dL | 65 - 109 | | **113** | | **148** | | | Tăng rất cao |  | |  |
| **HbA1C** | % | *<6.5* | | **7.2** | | **7.3** | | | Tăng khá cao |  | |  |
| **Neutros** | % | 60 - 66 | | **89** | | **88** | | | Tăng khá cao |  | |  |
| **Bands** | % | 4-8 | | 0 | | 5 | | |  |  | |  |
| **Lymphs** | % | 20 - 25 | | **5** | | **4** | | | Giảm thấp |  | |  |
| **Monos** | % | 4 - 8 | | 6 | | 3 | | | giảm rất thấp sau khi nhập viện |  | |  |
| **Eso** | % |  | | 0 | | 0 | | |  |  | |  |
| **Hgb** | g/dL | 13-18 | | 11.9 | | 12.4 | | |  |  | |  |
| **Hct** | % | 40.7-50.3 | | 35 | | 37 | | |  |  | |  |
| **Plts** | mm3 | *(150-400)x103* | | **448 x 103** | | **584 x 103** | | | Rất cao |  | |  |
| **Procalcitonin** | ng/dL | <0.05 | | - | | **20.2** | | | Rất cao |  | |  |
| **CK** | Ul/L | 25-220 | | **1200** | | **871** | | | vẫn còn rất cao nhưng đang giảm sau khi nhập viện |  | |  |
| **Troponin** | ng/dL | <10 | | **60** | | 1.23 | | | Đã giảm sau khi nhập viện |  | |  |
| ***Xét nghiệm nước tiểu*** | | | |  | | | | | | | | |
| **Cảm quan** |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| **Bili** |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| **Glucose** |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| **pH** |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| **…** |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| ***Điện tâm đồ*** | | | | | | | | | | | | |
| Nhịp tim nhanh xoang, phức bộ QRS thấp, bất thường sóng ST và T, xem xét thiếu máu cục bộ. Sóng T đảo ngược | | | | | | | | | | | | |
| ***Chẩn đoán hình ảnh*** | | | | | | | | | | | | |
| - X-quang ngực: hình kính mờ 2 bên ở thùy trên bên trái và thùy giữa bên phải, có khả năng nhiễm khuẩn. Một vài vết thâm nhiễm phế nang gia tăng ở thùy dưới.  -CT scan không cản quang: Không phù phổi, kích thước tim bình thường. Có tràn dịch màng phổi 2 bên nhỏ, có các vùng kín khoang màng phổi trong thùy trên bên trái và thùy giữa phải | | | | | | | | | | | | |
| ***Các xét nghiệm khác*** | | | | | | | | | | | | |
| Khí máu động mạch (ABG):  + pH 7.39; PaCO2 30; PaO2 51; HCO3 25 mEq/L; độ bão hòa O2 87% (trước đặt NKQ)  + pH 7.44; PaCO2 29; PaO2 89; HCO3 23 mEq/L; độ bão hòa O2 100% (sau đặt NKQ, FiO2 40%)  Nhuộm Gram đờm: > 25 WBC/hpf, <10 tế bào biểu mô/hpf, 1+ (few) Gram-positive cocci, 3+ (many) Gram - negative rods | | | | | | | | | | | | |
| **KẾT LUẬN LÂM SÀNG CỦA BÁC SĨ** | | | | | | | | | | | | |
| Xem xét HAP hai bên  NSTEMI | | | | | | | | | | | | |
| **ĐÁNH GIÁ (A\_ASSESSMENT)** | | | | | | | | | | | | |
| **CÁC TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ HIỆN TẠI** | | | | | | | | | | | | |
| **Các vấn đề của BN  (theo thứ tự ưu tiên)** | | | **Mục tiêu điều trị** | | | | | **Đánh giá** | | | | |
| **Viêm phổi bệnh viện,**  **Suy hô hấp** | | | * Yếu tố nguy cơ: 57 tuổi, là giáo viên, tiếp xúc nhiều với bụi phấn * Đau ngực, nhịp thở nhanh 42 lần/phút, thở gắng sức * Thân nhiệt tăng, chỉ số WBC, procalcitonin tăng rất cao. * Cấy đờm có vi khuẩn gram (+) và nhiều gram (-) * Đặt nội khí quản * Phổi khò khè, có tiếng ran ngáy rải rác trên khắp các trường phổi phải. * X-quang ngực: hình kính mờ 2 bên ở thùy trên bên trái và thùy giữa bên phải, có khả năng nhiễm khuẩn. Một vài vết thâm nhiễm phế nang gia tăng ở thùy dưới. * Có tràn dịch màng phổi 2 bên nhỏ, có các vùng kín khoang màng phổi trong thùy trên bên trái và thùy giữa phải   => Suy hô hấp do viêm phổi bệnh viện (HAP) vì mắc sau khi được điều trị tại phòng ICU 5 ngày | | | | | * Đầu tiên, sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm * Chờ kết quả nuôi cấy máu , đờm * Lựa chọn kháng sinh nếu bệnh nhân nhiễm MRSA hay khuẩn đa kháng | | | | |
| **Đau thắt ngực**  **Nhồi máu cơ tim** | | | * Bệnh nhân có tiền sử đau thắt ngực =>Bệnh đau thắt ngực chưa được kiểm soát * ECG: nhịp tim nhanh xoang, phức hợp QRS thấp, bất thường sóng ST và T, sóng T đảo ngược, xem xét thiếu máu cục bộ   => Bị nhồi máu cơ tim ST chênh lênh (STEMI) do chưa kiểm soát được ĐTN | | | | | * Tăng liều Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi khi cần * Cân nhắc thêm thuốc mới có hiệu quả được chứng mình trên BN có tăng HA kèm ĐTĐ và bệnh thận mạn. * Tiếp tục theo dõi ECG và chỉ số CK, Troponin T và I | | | | |
| **Tăng huyết áp** | | | * Tiền sử tăng HA 15 năm * Huyết áp: 162/103 mmHg￫Bệnh nhân bị tăng huyết áp độ 2 | | | | | * Kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ: viêm phổi, ĐTN, ĐTĐ... * Tiếp tục theo dõi HA sau vài ngày vì có thể HA tăng cao do chưa kiểm soát được đau thắt ngực và NMCT dẫn đến thở gắng sức. * Nếu HA vẫn còn cao có thể tăng liều ACEi, xem xét tương tác * Kết hợp thêm lợi tiểu thiazide hay lợi tiểu quai * Thay đổi lối sống | | | | |
| **Đái tháo đường type 2** | | | * Yếu tố nguy cơ: tiền sử Đái Tháo Đường type 2 (8 năm), BMI=23,87, tăng huyết áp, lớn tuổi * Lượng đường huyết tăng: * + Trước khi nhập viện: 113mg/dL * + Sau khi nhập viện: 148mg/dL * Chỉ số A1c tăng cao >6.5% | | | | | * Thay đổi lối sống * Ngưng sử dụng thuốc ĐTĐ gây tăng đường huyết. * Sử dụng trị liệu kép: kết hợp thêm 1 thuốc làm giảm Glucose huyết | | | | |
| **Suy thận mạn** | | | * Chỉ số BUN, CK, K tăng * GFR=49,9 * Có các yếu tố nguy cơ: Tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 3, ĐTĐ, tăng HA, tuổi cao | | | | | * Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ * Cân nhắc sử dụng thuốc thải qua thận * Thay đổi chế độ ăn hợp lý | | | | |
| **Rối loạn lipid máu** | | | * Yếu tố nguy cơ: Tiền sử RLLM, ĐTĐ, bệnh thận mạn, tuổi cao * BMI=23,8 -> Tiền béo phì * CK tăng cao | | | | | * Thay đổi lối sống * Cân nhắc sử dụng nhóm statin vì có nguy cơ gây viêm cơ, tiêu cơ => Đổi Atorvastatin sang 1 thuốc khác trong nhóm hay nhóm khác mà có thể giảm tác dụng phụ trên cơ cho BN. | | | | |
| **ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC** | | | | | | | | | | | | |
| **Tên thuốc** | | | **Chỉ định** | | | | | **Đánh giá** | | | | |
| **Metoprolol succinate 200mg** | | | Tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim cấp tính, suy tim xung huyết, đau thắt ngực | | | | | Bệnh nhân dùng liều tối đa. Bệnh huyết áp vẫn chưa được kiểm soát(162/103)  Nguồn:[https://reference.medscape.com/drug/lopressor-toprol-xl-metoprolol-342360#10](https://reference.medscape.com/drug/lopressor-toprol-xl-metoprolol-342360" \l "10) | | | | |
| **Lisinopril 20mg** | | | Nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, | | | | | -BN huyết áp chưa được kiểm soát. -Aspirin có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của thuốc Lisinopril  Nguồn: <https://reference.medscape.com/drug/prinivil-zestril-lisinopril-342321> | | | | |
| **Ticagrelor 90mg** | | | Giảm tỷ lệ biến cố tim mạch do huyết khối ở bệnh nhân mắc ACS (đau thắt ngực không ổn định, MI không tăng ST, hoặc tăng ST),Giảm tỷ lệ huyết khối Stent ở BN đặt Stent để trị ACS | | | | | Liệu pháp DAPT (aspirin-ticagrelor) được sử dụng cho BN sau PCI để phòng ngừa đột quỵ thứ phát*.* | | | | |
| **Metformin 100mg** | | | ĐTĐ không phụ thuộc Insulin(type 2) | | | | | Bệnh nhân vẫn chưa kiểm soát đường huyết( HA1c:7.3%; Glucose:148mg/dL) | | | | |
| **Linagliptin 5mg** | | | Đái tháo đường type 2 | | | | | BN dùng liều tối đa được khuyến cáo khi dùng chung Metformin  Chưa thể đánh giá mức độ kiểm soát do thiếu thông tin về Lipid huyết  Nguồn:<[https://www.medicines.org.uk/emc/product/4762/smpc#PHARMACODYNAMIC\_PROPS](https://www.medicines.org.uk/emc/product/4762/smpc" \l "PHARMACODYNAMIC_PROPS)> | | | | |
| **Atorvastatin 40mg** | | | Tăng lipid máu, phòng chống bệnh tim mạch | | | | | BN dùng ở liều cao  Bệnh rối loạn lipid vẫn chưa được kiểm soát  Nguồn:<<https://reference.medscape.com/drug/tradjenta-linagliptin-999652>>. | | | | |
| **Aspirin 81mg** | | | Dự phòng biến cố trên tim mạch | | | | | Phù hợp với bệnh nhân | | | | |
| **Nitroglycerin 0.4mg** | | | Điều trị đau thắt ngực | | | | | Bệnh vẫn chưa được kiểm soát | | | | |
| ***Tương tác thuốc*** | | | | | | | | | | | | |
| **Cặp tương tác** | | | **Mức độ/hậu quả** | | | | **Hướng xử trí** | | | | **Nguồn tra cứu** | |
| **Metoprolol Succinate 200mg + Aspirin 81mg** | | | Aspirin làm giảm tác dụng của metoprolol. Aspirin và metoprolol đều làm tăng Kali huyết | | | | cần chú ý khi sử dụng thuốc, theo dõi chỉ số kali huyết . | | | | Medscape  Micromedex | |
| **Lisinopril 20mg + Metformin 1000mg** | | | Lisinopril làm tăng độc tính của Metformin. Hạ huyết áp quá mức với thuốc lợi tiểu đồng thời, hạ kali máu, hạ natri máu có thể xảy ra | | | | theo dõi chỉ số đường huyết và huyết áp bệnh nhân. theo dõi sự tương tác thuốc | | | | Medscape  Micromedex | |
| **Lisinopril 20mg + Aspirin 81mg** | | | aspirin, lisinopril. đối kháng dược lực học. Tránh hoặc sử dụng thuốc thay thế. Dùng đồng thời có thể dẫn đến giảm đáng kể chức năng thận. NSAID có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của thuốc ức chế men chuyển. Cơ chế của các tương tác này có khả năng liên quan đến khả năng của NSAID làm giảm quá trình tổng hợp tuyến tiền liệt gây giãn mạch thận. | | | | Sử dụng Thận trọng / Giám sát. Nhận xét: Có thể dẫn đến suy giảm chức năng thận, đặc biệt là với aspirin liều cao, ở người già hoặc người bị suy giảm thể tích. | | | | Medscape  Micromedex | |
| **Aspirin 81mg + Nitroglycerin 0.4mg SL** | | | Aspirin có thể làm giãn mạch, làm tăng tác dụng của Nitroglycerin. | | | | Cần sử dụng thận trọng và theo dõi chặt chẽ . | | | | Medscape  Micromedex | |
| **KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ (P\_PLAN)** | | | | | | | | | | | | |
| **VẤN ĐỀ 1 Viêm phổi bệnh viện và suy hô hấp** | | | | | | | | | | | | |
| **Tóm tắt vấn đề** | | | Yếu tố nguy cơ: là giáo viên, tiếp xúc nhiều với bụi phấn   * Nhịp thở nhanh 42 lần/phút, thở gắng sức * Phổi khò khè, có tiếng ran ngáy rải rác trên khắp các trường phổi phải. * X-quang ngực: hình kính mờ 2 bên ở thùy trên bên trái và thùy giữa bên phải, có khả năng nhiễm khuẩn. Một vài vết thâm nhiễm phế nang gia tăng ở thùy dưới. * Có tràn dịch màng phổi 2 bên nhỏ, có các vùng kín khoang màng phổi trong thùy trên bên trái và thùy giữa phải   => Suy hô hấp do viêm phổi nhiễm khuẩn bệnh viện (HAP) vì đang được điều trị tại phòng ICU | | | | | | | | | |
| **Kế hoạch điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc (nếu có)** | | | ***Lựa chọn ưu tiên*** | | | | | | | | | |
| * Piperacillin - tazobactam 4,5 IV mỗi 6 giờ * Tobramycin:(Quinolon,azominam)   +50-60KG: 5-7 mg/kg/day IV  Linezolid 600 mg IV mỗi 12 giờ | | | | | | | | | |
| ***Lựa chọn thay thế (nếu có)*** | | | | | | | | | |
| Cefepime 2g IV mỗi 8 giờ  Tobramycin 5-7 mg/kg/day IV  Vancomycin 15mg/kg IV mỗi 8-12 giờ | | | | | | | | | |
| ***Lý do lựa chọn điều trị & Tài liệu tham khảo*** | | | | | | | | | |
| Bệnh nhân đang điều trị ở ICU, suy hô hấp phải đặt nội khí quản , có nguy cơ mắc đa kháng, có nguy cơ nhiễm khuẩn gram (-) cao, có nguy cơ nhiễm MRSA và có nguy cơ tử vong cao  *Nguồn: - Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy, Hội Hô hấp Việt Nam ..<http://vnaccemt.org.vn/phac-do/khuyen-cao-chan-doan-va-dieu-tri-viem-phoi-benh-vien-viem-phoi-tho-may-post1093.html>* | | | | | | | | | |
| **Giáo dục bệnh nhân & Theo dõi điều trị** | | |  | | | | | | | | | |
| **VẤN ĐỀ 2** **Đau thắt ngực. Nhồi máu cơ tim** | | | | | | | | | | | | |
| **Tóm tắt vấn đề** | | | Bệnh nhân có tiền sử đau thắt ngực =>Bệnh đau thắt ngực chưa được kiểm soát  ECG: nhịp tim nhanh xoang, phức hợp QRS thấp, bất thường sóng ST và T, sóng T đảo ngược, xem xét thiếu máu cục bộ  => Bị nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI) do chưa kiểm soát được ĐTN | | | | | | | | | |
| **Kế hoạch điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc (nếu có)** | | | ***Lựa chọn ưu tiên*** | | | | | | | | | |
| **Điều trị không dùng thuốc:**  -Thay đổi lối sống , kiểm soát tốt huyết áp, đường huyết, -Giảm cân  -Tránh stress  -Chế độ ăn nhiều rau, trái cây và nguyên hạt. Hoạt động thể chất 30 - 60 phút vừa phải hầu hết các ngày.  **Điều trị dùng thuốc:**  + Aspirin 81mg 1 lần/ngày  + Ticagrelor 90mg 2 lần/ngày  + Nitroglycerin 0.6 mg SL PRN  + Metoprolol 200mg 1 lần/ngày | | | | | | | | | |
| ***Lựa chọn thay thế (nếu có)*** | | | | | | | | | |
| Clopidogrel 75mg 1 lần/ngày  Aspirin 81 mg 1 lần/ngày  Nitroglycerin 0.6 mg SL PRN | | | | | | | | | |
| ***Lý do lựa chọn điều trị & Tài liệu tham khảo*** | | | | | | | | | |
| * Liệu pháp DAPT (aspirin-ticagrelor) được sử dụng cho BN sau PCI để phòng ngừa đột quỵ thứ phát*.* * Nitroglycerin được sử dụng để cắt cơn ĐTN * Metoprolol được sử dụng để phòng ngừa cơn ĐTN   *Nguồn tra cứu:*  *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) <<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz425/5556137>>* | | | | | | | | | |
| **Giáo dục bệnh nhân & Theo dõi điều trị** | | | **-** Sự tương tác thuốc giữa Aspirin với Nitroglycerin  -Theo dõi HA, các cơn đau thắt ngực | | | | | | | | | |
| **VẤN ĐỀ 3 Tăng huyết áp kèm suy thận mạn** | | | | | | | | | | | | |
| **Tóm tắt vấn đề** | | | **Tiền sử tăng HA 15 năm**   * **Huyết áp: 162/103 mmHg￫Bệnh nhân bị tăng huyết áp độ 2** * **Chỉ số BUN, CK, K tăng** * **GFR=49,9**   **Có các yếu tố nguy cơ: Tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 3, ĐTĐ, tăng HA, tuổi cao** | | | | | | | | | |
| **Kế hoạch điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc (nếu có)** | | | ***Lựa chọn ưu tiên*** | | | | | | | | | |
| **Điều trị không dùng thuốc:** Thay đổi lối sống   * Giảm cân * Hạn chế ăn mặn (< 6 g muối 1 này) và đạm (< 0.8 g/kg/ngày) * Tăng cường hoạt động thể lực 30p/ngày   **Điều trị dùng thuốc:**  Hydrochlorothiazid: liều 12,5 mg PO /lần/ ngày | | | | | | | | | |
| ***Lựa chọn thay thế (nếu có)*** | | | | | | | | | |
| Thay thế một thuốc khác dạng kết hợp ARB với thuốc lợi tiểu thiazide: Agilosart-H 100/25 ([Losartan](https://www.thuocbietduoc.com.vn/thuoc-goc-476/losartan.aspx) kali 100 mg; [Hydroclorothiazid](https://www.thuocbietduoc.com.vn/thuoc-goc-893/hydroclorothiazid.aspx) 25 mg) **Liều dùng:**   * 1 viên (50mg/12,5mg) /ngày   Nếu không đáp ứng: tăng 2 viên/1 lần/ngày, tối đa 2 viên/ngày. | | | | | | | | | |
| ***Lý do lựa chọn điều trị & Tài liệu tham khảo*** | | | | | | | | | |
| Lisinopril tương tác với aspirin, metformin nên chuyển sang sử dụng *Losartan*  Bệnh nhân đang bị suy thận mạn độ 3 và đái tháo đường type 2 nên sử dụng thêm hydroclorothiazid  **Nguồn:**  *(1): <***<https://reference.medscape.com/drug/prinivil-zestril-lisinopril-342321>***>*  **(2): <[https://www.medicines.org.uk/emc/product/6074/smpc#INDICATIONS](https://www.medicines.org.uk/emc/product/6074/smpc" \l "INDICATIONS)***>*  *(3): <<http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>>..* | | | | | | | | | |
| **Giáo dục bệnh nhân & Theo dõi điều trị** | | | -Hạn chế ăn mặn nên ăn nhiều rau và trái cây  -Không uống rượu bia, không hút thuốc  -Duy trì cân nặng ở mức bình thường  -Tuân thủ dùng thuốc | | | | | | | | | |
| **VẤN ĐỀ 4 Đái tháo đường type 2** | | | | | | | | | | | | |
| **Tóm tắt vấn đề** | | | **Yếu tố nguy cơ: tiền sử Đái Tháo Đường type 2 (8 năm), BMI=23,87, tăng huyết áp, lớn tuổi**   * **Lượng đường huyết tăng:**   **+ Trước khi nhập viện: 113 mg/dL**  **+ Sau khi nhập viện: 148 mg/dL**  **Chỉ số A1c tăng cao** >6.5% | | | | | | | | | |
| **Kế hoạch điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc (nếu có)** | | | ***Lựa chọn ưu tiên*** | | | | | | | | | |
| **Thay đổi lối sống:**   * Giảm cân (Giảm cân ít nhất 3-7% so với cân nặng hiện tại) * Ăn đúng giờ mỗi ngày, không bỏ bữa, Có thể chia thành nhiều bữa nhỏ nhưng không ăn vặt * Chế độ ăn uống hợp lý (giảm muối ăn, dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ,...) * Đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (tăng cường hoạt động thể lực,tập luyện bắt đầu từ từ , tăng dần về thời gian, cường độ.   **Điều trị bằng thuốc:**  Metformin +Empagliflozin( nhóm SGLT-2)   * Metformin 500-2000mg/ngày   Empagliflozin 5mg/ngày vào buổi sáng | | | | | | | | | |
| ***Lựa chọn thay thế (nếu có)*** | | | | | | | | | |
| Metformin + Liraglutide  Metformin 500-2000mg/ngày  Liraglutide 0,6 SC 1 lần/ngày | | | | | | | | | |
| ***Lý do lựa chọn điều trị & Tài liệu tham khảo*** | | | | | | | | | |
| Thuốc ức chế SGLT - 2 có lợi cho bệnh nhân suy thận với GFR > 30 ml/phút  ***Nguồn:***  *(1)* *Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn điều trị đái tháo đường type 2 <<http://kcb.vn/wp-content/uploads/2017/08/HD-chan-doan-dieu-tri-DTD-2017.07.19-Approved.pdf>>*  *(2)* *Cập nhập hướng dẫn điều trị đái tháo đường của ADA 2019, thongtinthuoc.com.<<https://thongtinthuoc.com/tin_tuc/huong-dan-dieu-tri-dtd-ada-2019.html>>* | | | | | | | | | |
| **Giáo dục bệnh nhân & Theo dõi điều trị** | | | * Tái khám sau 1 tháng để theo dõi điều trị có hiệu quả hay không. * Theo dõi Trị số HbA1c mỗi 3-6 tháng; kiểm soát cân nặng và đường huyết của bệnh nhân. * Theo dõi chỉ số B12 khi dùng metformin * Theo dõi tác dụng phụ của thuốc nếu có (hạ đường huyết, nhiễm acid lactic ) * Theo dõi các biến chứng của đái tháo đường trên mạch máu nếu có   Lưu ý theo dõi chế độ thay đổi lối sống ở bệnh nhân | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |

ĐƠN THUỐC

* Piperacillin - tazobactam 4,5 IV mỗi 6 giờ
* Tobramycin: 5-7 mg/kg/day IV
* Linezolid 600 mg IV mỗi 12 giờ
* Aspirin 81mg 1 lần/ngày
* Ticagrelor 90mg 2 lần/ngày
* Nitroglycerin 0.6 mg SL PRN
* Metoprolol 200mg 1 lần/ngày
* Losartan : liều khởi đầu - 25mg OD, liều duy trì - 25mg OD
* Hydroclorothiazid: liều 12,5 mg PO /lần/ ngày
* Metformin 500-2000mg/ngày
* Empagliflozin 5mg/ngày vào buổi sáng
* Atorvastatin 40mg PO 1 lần/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy, Hội Hô hấp Việt Nam <http://vnaccemt.org.vn/phac-do/khuyen-cao-chan-doan-va-dieu-tri-viem-phoi-benh-vien-viem-phoi-tho-may-post1093.html> , truy cập ngày 10/10/2020

### [Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America …](https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://academic.oup.com/cid/article-abstract/63/5/e61/2237650&hl=en&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=15100051746853658936&ei=FJiMXYXdJJuryATZx6bADw&scisig=AAGBfm1QpoM0mzKo8m83OIUZ-rQeD-N1sg)

AC Kalil, ML Metersky, M Klompas, J Muscedere… - Clinical Infectious Diseases, 2016

1. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) <<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz425/5556137>> , truy cập ngày 10/10/2020
2. <[https://www.medicines.org.uk/emc/product/6074/smpc#INDICATIONS](https://www.medicines.org.uk/emc/product/6074/smpc" \l "INDICATIONS)> , truy cập ngày 10/10/2020
3. <<http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>> , truy cập ngày 10/10/2020
4. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn điều trị đái tháo đường type 2 <<http://kcb.vn/wp-content/uploads/2017/08/HD-chan-doan-dieu-tri-DTD-2017.07.19-Approved.pdf>> , truy cập ngày 10/10/2020
5. Rối loạn chuyển hóa lipid máu.

<<http://vncdc.gov.vn/vi/phong-chong-benh-khong-lay-nhiem/2168/roi-loan-chuyen-hoa-lipid-mau>>Thongtinthuoc.com .<<https://thongtinthuoc.com/tin_tuc/tom-tat-hieu-qua-lam-sang-cua-statin.html>>, truy cập ngày 10/10/2020