

Họ và tên: LÊ THỊ HUYỀN
MSV: 2051010157
G02 Tô 13Y5YK4

BỆNH ÁN HỒI SỨC CẤP CỨU

EPA 1: Hồi bệnh

I. Hành chính

1. Họ và tên: NGUYỄN HỒNG ĐIỆP
2. Tuổi: 71
3. Địa chỉ: Phường Vĩnh Tuy - Hai Bà Trưng - Hà Nội
4. Dân tộc: Kinh
5. Nghề nghiệp: Hưu trí
6. Ngày vào viện: 15h16 25/3/2025
7. Ngày nhập ICU: 17h27 26/3/2025
8. Ngày làm bệnh án: 8h ngày 28/3/2025

II. Chuyên môn

1. Lý do vào viện: Khó thở
2. Bệnh sử

BN nam 71 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, suy tim nhiều năm.

Cách vào khoa 9 ngày (17/3), bệnh nhân xuất hiện khó thở, khó thở cả 2 thùi, kèm theo ho khan, không sốt, không đau ngực, không điều trị gì. Ngày 20/3, bệnh nhân khó thở tăng, ho đờm trắng đục số lượng tăng dần, ngày sốt 3 cơn, nhiệt độ ca, được đưa vào BV Thanh Nhàn với chẩn đoán Viêm phổi - Suy tim, điều trị tại khoa thận thở oxy kính, kháng sinh (Imipenem 500mg/12h x 2 ngày + Delivir 2g/24h x 2 ngày), kiểm soát huyết áp. Ngày 23/3, bệnh nhân xuất hiện đi ngoài phân lỏng 10 lần/ngày. Ngày 25/3, bệnh nhân khó thở tăng, được thở BiPAP chuyển trung tâm cấp cứu A9 được chẩn đoán Viêm phổi/ Suy tim - THA điều trị thở oxy mask túi 10l/p, kháng sinh (Meropenem + Ciprofloxacin), siêu âm tim sơ bộ, EF 40%, ít dịch màng ngoài tim, ít dịch màng phổi trái, chuyển HSTC.

Tại HSTC, 27/3 bệnh nhân tĩnh, kích thích nhiều, thở NIV PS 8, PEEP 5, FiO2 70%, SpO2 90%, thở nhanh 30 lần/phút, có co kéo cơ hô hấp phụ, mạch 100 lần/phút, HA 110/70 mmHg chỉ định đặt nội khí quản (VCV, FiO2 100% Vt 420, f 20l/p, PEEP 8).

Hiện tại bệnh nhân được duy trì thở máy nội khí quản (VCV, f 22l/p, VT 420ml, PEEP 10, FiO2 80%, SpO2 92%), không có co kéo cơ hô hấp, đờm đục nhiều, bilan dịch vào 2243 ml, dịch ra 890 ml, bilan + 1353ml.

3. Tiền sử

a. Bản thân

- Dị ứng: chưa phát hiện
- Bệnh lý:
 - + Suy tim
 - + THA 10 năm đang dùng thuốc không rõ loại
 - + Chưa phát hiện bệnh lý mạn tính khác
- Chế độ ăn uống, sinh hoạt
 - + Chưa phát hiện bất thường
- Môi trường: chưa phát hiện bất thường

b. Gia đình:

- Chưa phát hiện bất thường

EPA 2: Khám bệnh

4. Khám vào HSTC 26/3/2025

- Bệnh nhân tỉnh, GCS 15 điểm
- Da niêm mạc hồng nhạt, không phù, không xuất huyết dưới da
- Thở oxy mask túi 10l/phút, phổi ran ẩm ran rít nhiều 2 bên, SpO2 90%, nhịp thở 25 lần/phút
- Tim đều, tần số 74 ck/phút, HA 140/80 mmHg
- Bụng mềm không chướng
- Tiêu 1300 ml/6h
- Siêu âm sơ bộ: Phổi nhiều B-line, ít dịch màng phổi trái, ít dịch màng ngoài tim, IVC căng

5. Khám hiện tại (28/3)

a. Khám toàn trạng:

- Bệnh nhân an thần, thở máy qua nội khí quản
- Da niêm mạc hồng, không phù
- Thể trạng: cân nặng lúc vào: 66kg, cao 170cm
- Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi không sờ thấy
- Huyết áp: 130/80 mmHg, nhiệt độ 37 độ C, SpO2 92%, Mạch 96 lần/phút

b. Khám hô hấp:

- BN thở máy qua ống nội khí quản số 8 (VCV, VT 420ml, FiO2 80%), cố định ống ngang mức 22- cung răng trên, tại mép môi bên phải, ống nhiều đờm dãi, ko bị gập ống
- Lồng ngực BN cân đối, di động tốt, không co kéo cơ hô hấp phụ, chưa phát hiện teo cơ hô hấp, không phát hiện kiểu thở bất thường
- Nhịp thở 22l/p
- Sờ không phát hiện tràn khí dưới da, rung thanh hạn chế đánh giá, không gõ được
- Hội chứng đồng đặc (+), hội chứng galliard (-)
- 01 catether dẫn lưu màng phổi trái, dẫn lưu được ~ 100ml dịch

- Phổi thông khí đều 2 bên
- Rale rít, rale ẩm rải rác 2 đáy phổi
- c. **Tim mạch:**
 - Lồng ngực bình thường, cân đối
 - Mõm tim khoang liên sườn V, đường giữa đòn T
 - Không có rung miu, chạm dội Bard
 - Nhịp tim đều, tần số 96 lần/phút
 - T1, T2 rõ; không thấy tiếng thổi bất thường
- d. **Tiêu hoá:**
 - Bụng mềm, cân đối, không chướng
 - Gan lách không sờ thấy
 - Dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch (-)
 - Phản ứng thành bụng (-), cảm ứng phúc mạc (-)
- e. **Khám thần kinh**
 - Bệnh nhân an thần, RASS -2
 - Động tử 2 bên 2mm, PXAS (+)
- f. Các cơ quan bộ phận khác: chưa phát hiện bất thường

EPA 3: Lập hồ sơ chẩn đoán và chẩn đoán sơ bộ

6. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 71 tuổi, tiền sử suy tim, THA nhiều năm vào viện vì khó thở. Bệnh diễn biến 11 ngày. Tại BV Thanh Nhàn được CĐ Viêm phổi/Suy tim - THA được điều trị thở oxy kinh, kháng sinh (Imipenem+ Delivir) 2 ngày, không đỡ chuyển CCA9 siêu âm tim sơ bộ, EF 40%, ít dịch màng ngoài tim, ít dịch màng phổi trái, thở mask túi 10l/p, kháng sinh (Meropenem + Ciprofloxacin) 1 ngày chuyển HSTC.

Qua hỏi và khám bệnh phát hiện các hội chứng và triệu chứng sau:

- BN an thần thở máy, RASS -2
- HC suy hô hấp (+)
 - + Trước khi đặt nội khí quản thở máy: Bệnh nhân kích thích, khó thở nhiều tăng dần, co kéo cơ hô hấp phụ, tần số 30l/p. SpO2 90%, mạch: 100l/p, HA: 110/70mmHg
 - + Hiện tại: Bệnh nhân an thần, thở máy qua ống nội khí quản, tần số 22l/p, không co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2: 92%
- Hội chứng nhiễm trùng (+): Sốt thành cơn, nhiệt độ cao nhất 39 độ C, đờm đục không lẫn máu
- TC hô hấp:
 - + Khó thở cả 2 thùi, tăng dần
 - + Rale ẩm, rale rít rải rác 2 trường phổi
 - + Hội chứng đông đặc (+), hội chứng galliard (-)
 - + Dẫn lưu dịch màng phổi trái ~ 100ml dịch
- Hội chứng suy tim trái (+/-): khó thở
- Hội chứng suy tim phải (-): gan không to, không phù, tĩnh mạch cổ không nổi
- Chi dưới 2 bên cân đối, không sưng nóng đỏ đau, tím bất thường
- 7. **Chẩn đoán sơ bộ:** Suy hô hấp cấp mức độ nặng - Viêm phổi - Tràn dịch màng phổi trái - Suy tim EF 40%

8. Chẩn đoán phân biệt:

- Suy hô hấp do phù phổi cấp
- Suy hô hấp do thuyên tắc động mạch phổi
- Đợt cấp suy tim

9. Biện luận chẩn đoán sơ bộ

Suy hô hấp cấp mức độ nặng:

- Bệnh nhân kích thích, khó thở tăng dần, nhịp thở tăng 30l/phút, co kéo cơ hô hấp[
SpO2 tụt 90% => không đáp ứng với mask túi 10l/p, thở NIV => cần đặt NKQ
- Định hướng nguyên nhân SHH - bất thường ở màng trao đổi khí có thể do:
 - + Nghĩ nhiều đến do viêm phổi: HCNT (+), khó thở xuất hiện cùng với đờm đục, rale ẩm rale nổ khắp 2 trường phổi nhưng điều trị kháng sinh (Imipenem+ Delivir) 2 ngày + (Meropenem + Ciprofloxacin) 1 ngày thì tình trạng suy hô hấp ngày càng tăng lên
 - + Tràn dịch màng phổi - SA lèn thấy có ít dịch ở bên trái đã dẫn lưu nhưng tình trạng SHH không cải thiện
 - + Phù phổi cấp - BN có bệnh nền suy tim không rõ EF, lâm sàng hiện tại không thấy ho ra bọt hồng, rale ẩm dâng lên như thủy triều, cần xét nghiệm đánh giá thêm
 - + Thuyên tắc động mạch phổi - nguy cơ thấp (trước đó bệnh nhân không bất động tại chỗ, khám thấy 2 chân cân đối, không sưng nóng đỏ đau bất thường)
=> cần đánh giá thêm bằng xét nghiệm D-Dimer, MSCT động mạch phổi

Viêm phổi

- Triệu chứng cơ năng: xuất hiện cấp tính, ho đờm mủ, sốt cao 39 độ
- Hội chứng nhiễm trùng (+), hội chứng đông đặc (+), nhiều rale ẩm rale nổ 2 trường phổi

Tràn dịch màng phổi trái

- Siêu âm thấy có ít dịch màng phổi trái
 - Có catether dẫn lưu dịch màng phổi trái ra ~ 100ml dịch
- Suy tim EF 40%**
- Siêu âm sơ bộ EF 40%

EPA 4: Định hướng cận lâm sàng và đọc kết quả xét nghiệm

10. Đề xuất cận lâm sàng

a. Suy hô hấp

- Khí máu: pH, pCO2, pO2, P/F, BE, A-aDO2 cdxđ SHH, type SHH, thăng bằng kiềm toan

b. Chẩn đoán xác định, mức độ, nguyên nhân viêm phổi

- XQ ngực thắt
- Bilan nhiễm trùng: CRP, PCT, bạch cầu
- Ure máu
- Nuôi cấy, nhuộm soi xét nghiệm đờm, dịch phế quản

c. Chẩn đoán phân biệt

- Phù phổi cấp do suy tim

- + Siêu âm tim, điện tâm đồ
- + Pro-BNP
- XQ tim phổi thăng nghỉêng
- SÂ tim (hình thái, PSTM, vận động vùng, ALDMP), NT-proBNP
- D-dimer, MSCT động mạch phổi

d. Hỗ trợ điều trị

- Chức năng thận: ure, cre
- Chức năng gan: Bil tự do, toàn phần, Alb, Pro, INR
- Điện giải đồ
- Đóng máu cơ bản

11. Cận lâm sàng đã có

- Khí máu động mạch

	21h47 25/3 thở oxy mask 10l/p	17h29 27/3 NKQ	6h 28/3	Đơn vị	Nhận định
pH	7.41	7.394	7.313		<ul style="list-style-type: none"> - pO2 58 mmHg < 60mmHg trước khi đặt NKQ + pCO2 trong ngưỡng bình thường => suy hô hấp type 1 giảm oxy máu - pH có xu hướng toan, vẫn trong ngưỡng bình thường
pCO2	32	33	40	mmHg	
pO2	58	80,2	90.5	mmHg	
HCO3	20.3	20,9	20.44	mmol/L	
BE	-4.3	-5	-6	mmol/L	
FiO2	90	100	100	%	
Lactat	1.4	1.4	2.1	mmol/L	
A-aDO ₂		588.8	575.9		
P/F		80,2			

- **XQ ngực thăng**

- + Bóng tim hạn chế đánh giá
- + Trung thất cân đối, không rộng
- + Mờ không đồng nhất trường phổi trái - theo dõi viêm
- + Góc sườn hoành trái hạn chế đánh giá, bên phải nhọn
- + Xương và phần mềm thành ngực không thấy bất thường

- **Bilan nhiễm trùng**

	17h56 25/3	20h10 26/3	3h 28/3	
Bạch cầu	2.83	3.34	6.53	
NEU%	78.5	84.5%	83	
PCT	x	4.86	4.64	ng/L
CRPhs	49.5			

- **Nhuộm soi đờm trực tiếp (27/3)**

- + Vi nấm soi tươi (+)
- + Vi khuẩn nhuộm soi (-)
- + AFB đờm (-)

- **Mức độ viêm phổi theo CURB65: 3đ => điều trị tích cực ở ICU**

Tiêu chí	Điểm
4 tiêu chí lâm sàng và 1 tiêu chí xét nghiệm Đánh giá ý thức, tuần hoàn, hô hấp, tuổi và xét nghiệm Ure trước khi thực hiện	

C (Confusion) ý thức lú lẫn

Thang điểm Abbreviated Mental Test Score ≤ 8 hoặc mới mất phương hướng về người, địa điểm, thời gian

1

✓ U (Urea) tăng Urê máu

Urea > 7 mmol/L (42 mg/dL) hoặc BUN > 7 mmol/L (19.63 mg/dL)

1

✓ R (Respiratory Rate) tần số thở ≥ 30 lần/ phút

Nhịp thở nhanh

1

✓ B (Blood Pressure) huyết áp, huyết áp thấp

Huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≤ 60 mmHg

1

✓ Tuổi > 65

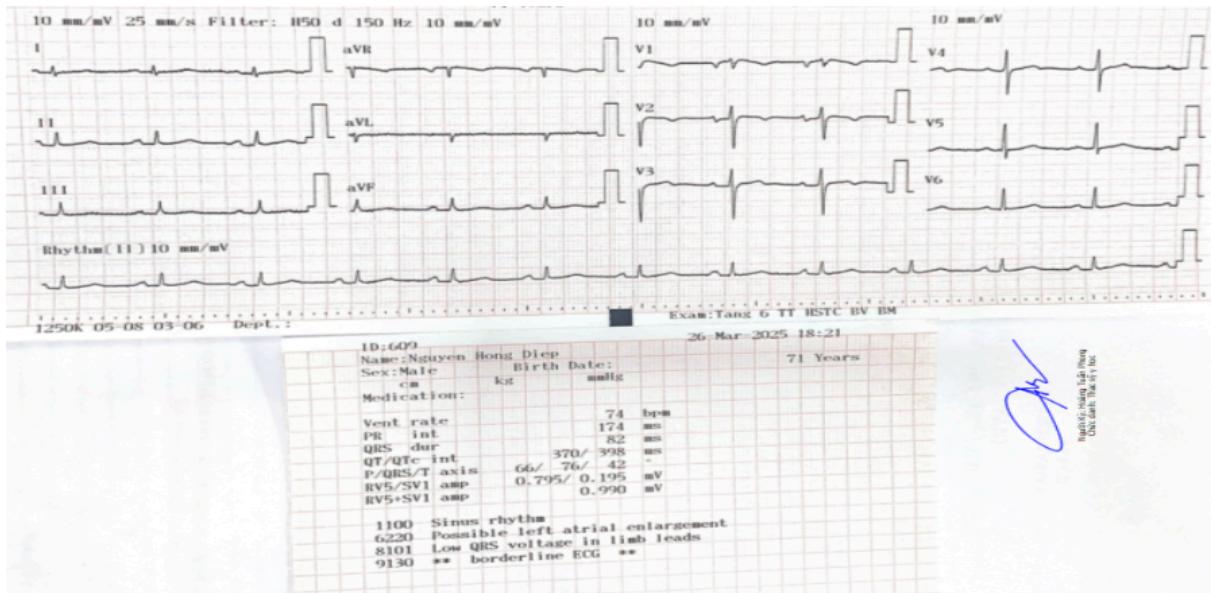
Tuổi cao

1

Tổng điểm

3

- **Điện tâm đồ 26/3**



=> Nhận định: Nhịp xoang 74 lần/phút, không có ST chênh lên, không thấy sóng Q sâu ở D1, Q sâu ở D3, trực tim lệch phải nhẹ => không thấy nguy cơ suy tim phổi trên điện tâm đồ

- Siêu âm tim sơ bộ

- + Thất phái co bóp được, EF sơ bộ >50%
- + Thành thất trái kissing wall
- + Thất phái không giãn
- + E/E' 11,54
- + Ít dịch màng phổi trái

=> Nhận định: NT-proBNP tăng không quá cao, Siêu âm tim sơ bộ thất phái không giãn => không nghĩ nhiều đến đợt cấp suy tim

- Đōng máu cơ bản

APTT (s) 40.4, APTT (bệnh/chứng) 1.36

Fibrinogen 4.56 g/L

D-Dimer 1.849 mg/l

- Hỗ trợ điều trị

	16h25 25/3	20h10 26/3	3h28/3		
Hb	121	120	119		
Tiêu cầu	75	68	72		
Ure/Creatinin	15.6/78	14.5/80	13.2/81	mmol/L	
Bil TP/TT	3.7/2.5	7.1 / 4.3		umol/L	
AST/ALT	155/33	144/25		umol/L	
NT-proBNP	2239	2839		pg/mL	

Na/K/Cl	133/5,1/99	136/4/106	137/4.8/105		mmol/L
---------	------------	-----------	-------------	--	--------

12. **Chẩn đoán xác định:** Viêm phổi nặng (CURB65 3đ) có biến chứng suy hô hấp, có nguy cơ nhiễm nấm - Tràn dịch màng phổi trái/ Suy tim - Tăng huyết áp

13. Điều trị

Hỗ trợ Hô hấp và Cai máy thở:

- **Tiếp tục thở máy xâm nhập qua NKQ:**
 - o *Mục tiêu:* Duy trì oxy hóa máu (SpO_2 90-95%, $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$)
 - o *Mode thở:* tiếp tục VCV. Cần xem xét lại V_t (hiện tại 420 cho BN 66kg là hợp lý)
 - o *PEEP:* 5 cmH₂O
 - o *FiO₂:* Nên giảm dần (hiện tại 100%)
 - o *Theo dõi:* Khí máu động mạch định kỳ, lâm sàng, cơ học phổi (compliance, resistance, auto-PEEP) để đánh giá và xử trí bệnh nhân, máy thở kịp thời
- **Quản lý đường thở:**
 - o Hút đờm, thường xuyên, hiệu quả để đảm bảo thông thoáng đường thở. Lưu ý tránh dịch chuyển ổng NKQ nhiều, sai vị trí trong quá trình vệ sinh, chăm sóc BN
 - o Đánh giá màu sắc, số lượng, độ đặc của đờm.

Điều trị viêm phổi, có nguy cơ nhiễm nấm

- **Kháng sinh:** Hiện tại cấy đờm âm tính, tiếp tục dùng KS theo kinh nghiệm, sau khi có kháng sinh đồ thì cân nhắc điều chỉnh, thêm thuốc kháng nấm
- **Kiểm soát nguồn nhiễm trùng:** Đảm bảo vệ sinh đường thở, kỹ thuật hút đờm vô khuẩn.
- **Phục hồi chức năng hô hấp:** Vật lý trị liệu hô hấp (vỗ rung, dẫn lưu tư thế nếu có thắt) khi tình trạng bệnh nhân ổn định hơn. Khuyến khích ho khạc chủ động khi tĩnh.

Tràn dịch màng phổi trái

- Tiếp tục để catether dịch màng phổi trái
- Dùng lợi tiểu

Dinh dưỡng:

- Tiếp tục nuôi dưỡng qua sonde dạ dày
- Đảm bảo đủ năng lượng (25-30 kcal/kg/ngày) và protein (1.2-1.5 g/kg/ngày),
- Theo dõi khả năng dung nạp, dịch tồn dư dạ dày, bụng chướng hay mềm, có

Chăm sóc Hỗ trợ Chung tại ICU:

- **Quản lý dịch:** Theo dõi chặt chẽ bilan dịch vào-ra, duy trì cân bằng hoặc âm nhẹ nếu có thể, tránh quá tải dịch.
- **Dự phòng loét dạ dày do stress:** Sử dụng PPI hoặc thuốc kháng H2.
- **Chăm sóc da, vệ sinh:** Xoay trở thường xuyên, giữ vệ sinh cá nhân, chăm sóc vị trí xâm nhập.
- **Phục hồi chức năng sớm:** Tập vận động thụ động/chủ động tại giường ngay khi có thể..

14. Tư vấn Giáo dục sức khỏe

A. Cho Gia đình (Hiện tại - Bệnh nhân nặng tại ICU):

1. Giải thích về tình trạng bệnh

- **Bệnh nhân bị suy hô hấp cấp** do viêm phổi nặng trên nền **suy tim - THA**, cần thở máy hỗ trợ.
- **Nguy cơ biến chứng:**
 - Nhiễm trùng bệnh viện (viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn huyết).
 - Tồn thương phổi do máy thở (VILI).
 - Rối loạn dinh dưỡng và teo cơ do nằm lâu.

2. Mục tiêu điều trị:

- Kiểm soát nhiễm trùng, duy trì oxy máu ổn định.
- Hỗ trợ hô hấp, điều trị bệnh nền (suy tim, THA).
- Dinh dưỡng và phục hồi chức năng phổi

B. Tư vấn cho người bệnh sau khi ra viện

1. Giữ vệ sinh hô hấp & môi trường sống

- Hạn chế tiếp xúc với khói bụi, khói thuốc lá, ô nhiễm môi trường.
- Vệ sinh mũi họng hàng ngày bằng nước muối sinh lý.
- Đeo khẩu trang khi ra ngoài, tránh nơi đông người trong mùa dịch.
- Vệ sinh nhà cửa sạch sẽ, tránh ẩm mốc (môi trường thuận lợi cho vi khuẩn, nấm).

2. Tiêm chủng phòng bệnh

- Tiêm vaccine để giảm nguy cơ viêm phổi:

- Vaccine phế cầu (PCV13, PPSV23) giúp dự phòng viêm phổi do *Streptococcus pneumoniae*.
- Vaccine cúm hàng năm giúp giảm nguy cơ biến chứng viêm phổi do cúm.
- Vaccine COVID-19 giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp nặng.

3. Dinh dưỡng hợp lý để tăng cường miễn dịch

- Chế độ ăn hợp lý:
 - Ăn đủ đạm (cá, thịt, trứng, sữa) để giúp phổi phục hồi.
 - Bổ sung vitamin C, D, kẽm (trái cây, rau xanh, hải sản) để tăng đề kháng.
 - Uống đủ nước (1.5 - 2L/ngày) để làm loãng đờm, giúp phổi thông thoáng.
- Hạn chế thực phẩm chế biến sẵn, nhiều dầu mỡ, đồ ăn lạnh.

4. Tập luyện & phục hồi chức năng hô hấp

- Tập thở phục hồi phổi (mỗi ngày 15-30 phút):
 - Tập thở cơ hoành: Hít sâu bằng mũi, phình bụng, thở ra chậm bằng miệng.
 - Tập ho có kiểm soát: Hít sâu, giữ hơi 3 giây, ho mạnh để tống đờm ra ngoài.
 - Tập vận động nhẹ nhàng: Đi bộ, yoga giúp tăng sức bền hô hấp.

5. Kiểm soát bệnh nền để tránh suy hô hấp tái phát

- Tuân thủ điều trị suy tim - THA:
 - Uống thuốc đúng giờ, không tự ý ngưng thuốc.
 - Kiểm soát huyết áp, hạn chế muối, theo dõi cân nặng.
 - Hạn chế quá tải dịch, tránh làm tim-phổi làm việc quá sức.

6. Nhận biết dấu hiệu nguy hiểm cần đi khám ngay

- Bệnh nhân cần đi khám nếu có dấu hiệu sau:
 - Sốt cao kéo dài ($>38.5^{\circ}\text{C}$), ón lạnh.
 - Khó thở tăng dần, đau ngực, ho nhiều đờm vàng xanh.
 - Tím môi, SpO₂ < 92% (nếu có máy đo SpO₂).
 - Phù chân, mệt nhiều, giảm khả năng vận động (có thể suy tim tiến triển).