

## BỆNH ÁN

### I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Quốc Tr      Giới tính : nam  
Nghề Nghiệp: nhạc công      Tuổi: 22  
Địa chỉ: Huyện U Minh – Cà Mau  
Nhập viện: 3/2/2019  
Phòng: 4 – G20A      Khoa Nội Phổi, BVCR

*BN nam, 22 tuổi, NV vì khó thở:*

- VP
- TKMP
- Hen
- Chấn thương
- Dị vật
- Lao
- Hẹp 2 lá hậu thấp
- Ngộ độc ma túy

### II. Lý do nhập viện

~~Khó thở~~      Ho

### III. Bệnh sử

- Cách nhập viện 6 ngày, BN bắt đầu sốt, sốt cơn lạnh run # 39oC, mỗi cơn 2-3 h, đáp ứng với thuốc hạ sốt, trung bình 1 cơn/ngày, không cố định thời gian, kèm ho khạc đàm lẫn ít máu đen, không tanh hôi, đau toàn bộ ngực, tăng khi hít thở sâu và khi ho. BN đến khám và nhập bệnh viện huyện, ở đây BN được chụp XQ, chẩn đoán viêm phổi, điều trị nội trú 2 ngày, BN thấy vẫn còn sốt và ho tăng nhiều -> tự chuyển bệnh viện tỉnh. Tại BV tỉnh Cà Mau, BN được điều trị nội trú 3 ngày, sốt còn, ho tăng, đau ngực tăng, khạc đàm lẫn máu đỏ bầm tăng nhiều về lượng, khó thở 2 thì, tăng lên khi bệnh nhân vận động -> tự chuyển BV Chợ Rẫy.
- *Tại BV huyện, sau 2 ngày điều trị vẫn còn sốt, ho đàm:*
  - Có biến chứng : XQ, CTM, CRP: bệnh 4 ngày, biến chứng có thể có:
    - Vi áp xe: VK độc lực cao
    - TDMP cận viêm
  - Chẩn đoán phù hợp chưa ( VN là vùng dịch tễ, chỉ cần có tổn thương ở vị trí thích hợp phải nghĩ ngay.
- N5 k đáp ứng điều trị: VP chậm hay k đáp ứng điều trị ?????
  - Quan trọng nhất là LS : khí sắc, triệu chứng
  - CLS
    - ➔ Trường hợp này là VP không đáp ứng điều trị
    - ➔ Δ: VPCĐ không đáp ứng điều trị ban đầu
- BN này đã có chỉ định nhập viện: chỉ cần điều trị ngoại trú 3 ngày k đáp ứng -> nhập viện

- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, sụt 3-4kg/tuần, tiêu, tiểu bình thường.
- **Tình trạng nhập viện:**
  - Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
  - Mạch : 110 l/p                      HA : 120/70 mmHg
  - To: 38,3 oC                      Nhịp thở: 23 l/p
  - SpO2: 85%/ khí trời -> 93%/FiO2 44 %
- Rale nhỏ ½ dưới phổi P, T
- **Xử trí lúc nhập viện :**
  - O2/canula 6L/ph
  - Targosid 0,4g 01 lọ / NaCl 0,9% 100ml (TTM XXg/ph)
  - Invanz 1g/NaCl 0,9% 100ml (TTM XX g/ph)
  - Ciprobay
- Diễn tiến bệnh:**
  - N1-N6: BN vẫn còn sốt, ho tăng, đau ngực tăng, khó thở, khạc đàm lẫn máu đỏ
  - N7: BN khó thở dữ dội -> XQ: TKMP (T) -> dẫn lưu màng phổi T
  - N8-N13: BN còn sốt, ho giảm, đau ngực giảm, khó thở giảm -> N15: dẫn lưu màng phổi P
  - N14-N16: BN hết sốt, ho khan giảm, không khạc đàm, khó thở giảm, không đau ngực

#### IV. Tiền căn

##### 1. Bản thân

- Nội khoa:
  - Trước giờ bệnh nhân khỏe mạnh, chưa từng nhập viện trước đây, không khám sức khỏe định kỳ.
  - Không ghi nhận ho, khạc đàm hàng ngày
  - Không tiếp xúc bệnh nhân lao
  - Gần đây không bị nhọt da, viêm cơ
  - Không ghi nhận tiền căn bệnh nha chu
  - Không uống/chích thuốc
- Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn
- Dị ứng: không ghi nhận
- Thói quen:
  - Thỉnh thoảng uống rượu, gần đây không say/nôn ói trong lúc ngủ
  - Không hút thuốc

##### 2. Gia đình

- Không ghi nhận bệnh lý hen, COPD, lao, K

#### V. Lược qua các cơ quan: ngày 19/02/2019 (sau NV 16 ngày)

- Tim mạch, hô hấp: ho khan giảm, không khạc đàm, khó thở giảm, không đau ngực
- Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn, không chán ăn, chưa đi tiêu.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, không bọt, không cặn, không gắt buốt, lượng 1500ml/ngày
- Thần kinh: chóng mặt
- Cơ, xương, khớp: không đau khớp.
- Chuyển hóa: bệnh nhân không sốt, không phù

**VI. Khám lâm sàng ngày 19/02/2019**

**1. Tổng trạng**

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu:
  - Mạch : đều, 100 lần /p.
  - HA : 120/80 mmHg.
  - Nhiệt độ: 37 oC.
  - Nhịp thở : đều, tần số : 20 lần/phút.
  - SpO2: 96%/ O2 canula 2l/ph
- BMI: 22,5 ( CN: 65kg, CC: 1m70)
- Da niêm nhợt, không dấu xuất huyết.
- Môi không khô , lưỡi không dơ.
- Không phù.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

**2. Đầu, mặt, cổ**

- Khí quản không lệch.
- Tuyến giáp không to.
- Tuyến mang tai không to.

**3. Ngực**

- Lồng ngực : cân đối, di động đều theo nhịp thở, không gù vẹo, không u sẹo, không THBH.
- Tim :
  - Mâm tim : khoang gian sườn 5, đường trung đòn trái, diện đập  $1*2cm^2$ .
  - Dấu Harzer (-)
  - Không rung miêu, không dấu nảy trước ngực, không ổ đập bất thường
  - Nhịp tim : đều, tần số 110 l/p, cường độ : mạnh.
  - T1,T2: rõ, không có âm thổi.
- Phổi :
  - Rung thanh tăng 1/3 dưới 2 phổi
  - Gõ đục 1/3 dưới 2 phổi
  - Rì rào phế nang giảm 1/3 dưới 2 phổi
  - Ràn nổ hai đáy phổi

**4. Bụng**

- Bụng phẳng, rốn lõm, không u sẹo, không THBH, di động đều theo nhịp thở.
- Nhu động ruột : 8 l/p, không âm thổi động mạch.
- Gõ trong khắp bụng.
- Bụng mềm, ấn không đau
- Gan không to, bờ trên ở khoang gian sườn 5, bờ dưới không sờ chạm.
- Lách không sờ chạm.
- Dấu chạm thận (-), dấu rung thận (-).

**5. Cơ, xương, khớp**

Không biến dạng, không giới hạn vận động.

**6. TK**

Không dấu TK định vị, cổ mềm.

## V. Tóm tắt BA

BN nam, 22 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 6 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

- Sốt
- Ho khạc đàm lẫn máu đỏ bầm
- Đau ngực kiểu màng phổi
- Khó thở

- TCTT:

- SpO2: 85%/ khí trời -> 93%/FiO2 44 %
- Rale nổ ½ dưới phổi P, T

Đặt vấn đề:

- 1) Suy hô hấp cấp
- 2) Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
- 3) Đàm lẫn máu đỏ bầm
- 4) Rale nổ ½ dưới 2 phổi

1. Suy hô hấp cấp
2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
3. Không đáp ứng điều trị tuyến dưới
  - Chẩn đoán sai: u phổi, lao phổi
  - Kháng thuốc: có tiếp xúc vs VKKT k ( bảng VP liên quan chăm sóc y tế) -> con VK có thể đồng nhiễm -> hiếm
  - Biểu chứng:
    - VP áp xe hóa
    - TMMP
    - NTH
    - VK
    - VTTMNTTr: dù BN k có bệnh tim nhưng cũng k đc loại trừ, lỡ có bệnh mà k biểu hiện triệu chứng thì sao
  - Suy giảm MD: cần thận con P.jirovecii: chỉ đáp ứng vs Cotrim
  - Ho ra máu / nhiễm trùng:
    - VP
    - Lao
    - Áp xe phổi
    - Ho ra máu
    - VPQ cấp

➔ Nghi do VP trước khi đến những bệnh cảnh khác

-

## VI. Chẩn đoán sơ bộ:

- Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp, nghĩ do **S. Aureus** (chỉ đưa lên đầu khi bn có hội chứng nhiễm trùng nặng, VP nặng nề, bằng CA- MRSA) S. Pneumoniae đa kháng, Pseudomonas.

## VII. Chẩn đoán phân biệt:

- 1) Lao phổi biến chứng suy hô hấp.
- 2) Áp xe phổi
- 3) Ung thư phổi bội nhiễm

## VIII. Biện luận

\*\*\*Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:

Bệnh nhân có sốt, đau ngực kiểu màng phổi, ho khạc đàm lẫn máu, khám có rale nổ ở cả hai phổi => nghĩ nhiều tổn thương ở phế nang.

Các bệnh cảnh nghĩ đến trên bệnh nhân:

- Lao phổi: bệnh cảnh diễn tiến cấp tính, trước đó không ghi nhận chán ăn, mệt mỏi, sốt nhẹ về chiều, vã mồ hôi, không tiếp xúc với bệnh nhân lao, tuy nhiên VN là vùng dịch tễ lao, bệnh nhân đã điều trị 6 ngày nhưng không đáp ứng điều trị, kèm sụt cân nhiều, ho khạc đàm lẫn máu -> không thể loại trừ -> đề nghị XQ ngực thẳng, AFB đàm.
- Áp xe phổi: tuy bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ như viêm nha chu, ĐTD, nghiện rượu,..., lâm sàng không ghi nhận tình trạng ộc mủ, nhưng bệnh cảnh không đáp ứng điều trị viêm phổi, sốt kéo dài, chán ăn, sụt cân nhiều -> không thể loại trừ -> đề nghị XQ ngực thẳng.
- Ung thư phổi bội nhiễm: bệnh nhân trẻ tuổi, không hút thuốc lá, gia đình không ghi nhận tiền căn K, tuy nhiên lâm sàng có ho đàm vướng máu, sụt 4-5 kg/tuần nên không thể loại trừ -> đề nghị CT scan ngực có cản quang

➔ Chỉ khi BN phát hiện u trước mới đề nghị bội nhiễm, còn nếu tình cờ phát hiện trên case này, thì ntr vẫn là vấn đề chính

- Viêm phổi: bệnh cảnh diễn tiến cấp tính, tổn thương phế nang -> nghĩ nhiều
  - Phân loại: trong vòng 3 tháng gần đây BN không nhập viện, không sống trong nhà dưỡng lão, không chăm sóc vết thương tại nhà, không tiếp xúc với vi khuẩn đa kháng thuốc → nghĩ nhiều BN viêm phổi cộng đồng.
  - Mức độ: khám lâm sàng nghe rale nổ 2 phổi -> tổn thương nhiều hơn 1 thùy, ngoài ra lúc nhập viện có suy hô hấp cấp -> viêm phổi nặng
  - Tác nhân: ngoài những tác nhân gây viêm phổi cộng đồng, vì bệnh nhân đã được điều trị 5 ngày trước ở bệnh viện, nên phải nghĩ thêm những tác nhân gây viêm phổi bệnh viện (Trường hợp này k cần biện luận tác nhân gì cả, vì YTNC k rõ rang cho con gì hết, con gì cũng có thể có)
    - MRSA: có nghĩ do bệnh cảnh BN rầm rộ, NV với tình trạng nặng, có suy hô hấp cấp
    - Streptococcus pneumoniae: nghĩ nhiều vì đây là tác nhân gây VPCĐ thường gặp. Bên cạnh đó, điều trị ở BV huyện và tỉnh mà triệu chứng không giảm, tăng lên, nên nghĩ là phế cầu kháng thuốc.
    - Pseudomonas aeruginosa, vi khuẩn gram âm: BN đã được điều trị ở bệnh viện
    - Hemophilus influenzae: ít nghĩ do BN không kèm viêm tai, không có COPD kèm theo nhưng là 1 trong những tác nhân gây VPCĐ thường gặp.
- Biến chứng:
  - Tại chỗ:
    - ✓ Suy hô hấp cấp: BN xuất hiện khó thở khoảng 1 ngày trước nhập viện, tại thời điểm nhập viện ghi nhận có khó thở, mạch tăng, nhịp thở tăng, SpO<sub>2</sub> 85% -> có suy hô hấp cấp -> đề nghị khí máu động mạch

- ✓ Abces phổi: đã biện luận ở trên.
- ✓ Viêm mủ màng phổi: ít nghĩ do khám BN không có hội chứng ba giảm, tuy nhiên có thể dịch khu trú khó nhận biết, đồng thời bệnh nhân cũng không đáp ứng điều trị tuyến dưới nên không thể loại trừ => đề nghị X.Quang ngực thẳng.
- ✓ Tràn khí màng phổi: không nghĩ do khám lâm sàng không ghi nhận hội chứng chứng hai giảm một tăng.
- Hệ thống:
- ✓ VNTMNT: không nghĩ vì BN chưa có tiền căn bệnh van tim trước đó. ~~K loại trừ đc -> đề nghị SÂ tim~~
- ✓ Viêm màng não mủ: không nghĩ vì khám không thấy dấu thần kinh định vị.
- ✓ Suy thận cấp: không nghĩ vì BN đi tiểu # 1.5 l/ngày
- ✓ Viêm khớp tự miễn: không nghĩ vì BN không thấy yếu hay đau khớp.
- ✓ Nhiễm trùng huyết: không loại trừ do BN NV có sốt, mạch nhanh, thờ nhanh => đề nghị cấy máu, theo dõi sát sinh hiệu BN

#### IX. Đề nghị CLS

- a. Chẩn đoán bệnh : XQ ngực thẳng, công thức máu, CRP
- b. Chẩn đoán nguyên nhân: soi cấy đàm/KSĐ, AFB đàm, CT ngực có cản quang
- c. Chẩn đoán biến chứng: khí máu động mạch, cấy máu, **SÂ màng phổi chọc dịch ngay từ lúc NV**
- d. Điều trị: đường huyết, ion đồ, đông máu, AST, ALT, BUN, Creatinin

#### X. Kết quả cận lâm sàng

4. XQ ngực thẳng (3/2/19)
    - Tràn dịch màng phổi 2 bên
    - Tổn thương phế nang 1/2 dưới 2 phổi
- ⇒ Đã có biến chứng TDMP trên BN này, cần theo dõi lượng dịch trên phim X.quang, nếu tiến triển phải tiến hành chọc dịch màng phổi làm XN sinh hóa DMP để xác định tác nhân và giải áp màng phổi.

#### 5. Công thức máu (3/2/19)

WBC	23,89	G/L
NEU	20,95	G/L
%NEU	87,7	%
LYM	1,12	G/L
%LYM	4,7	%
HGB	109	g/L
HCT	33,7	%
PLT	55	G/L

#### 6. CRP (3/2/19) 275,8

=> Bạch cầu tăng rất cao, tru thể bạch cầu đa nhân trung tính  
 Số lượng LYM tương đối thấp  
 Thiếu máu nhẹ, đẳng sắc đẳng bào  
 Tiểu cầu giảm  
 CRP tăng

#### 7. Xét nghiệm đàm:

- Soi đàm: cầu khuẩn gram dương: +; trực khuẩn gram dương: +
- Cấy đàm: (-)
- AFB đàm: (-)

8. Sinh hóa máu:

- Đường huyết: 113mg/dL
  - Đông máu
  - Ion đồ
  - AST, ALT
  - BUN, Creatinin
- > Trong giới hạn bình thường

6. Cây máu: (-)

Nhận xét:

- Hình ảnh XQ ngực thẳng ghi nhận tổn thương nhiều thùy phổi, cùng với Lym ở mức tương đối thấp ở BN nam 22 tuổi -> nghi ngờ suy giảm miễn dịch -> test nhanh HIV
- XQ có biến chứng tràn dịch màng phổi 2 bên -> nghi ngờ tràn dịch màng phổi cận viêm
- Thiếu máu nhẹ, tiểu cầu giảm có thể do tình trạng nhiễm trùng nặng -> ức chế tủy xương
- Kết quả soi đàm: nghi ngờ tụ cầu, Pseudomonas aeruginosa

**XI. Chẩn đoán xác định**

Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp, tràn dịch màng phổi, nghi do S.Aureus, P.aeruginosa

**XII. Điều trị**

1. Hướng điều trị

- Oxy liệu pháp
- Nghi ngơi
- Lập đường truyền tĩnh mạch, giữ vein bằng NaCl 0,9%
- Kháng sinh:
  - Khởi động kháng sinh sớm: trong 4h đầu
  - Kháng sinh diệt khuẩn, đủ liều
  - Dùng kháng sinh phổ rộng, phủ hết các tác nhân gr +, gr -, VK không điển hình, đặc biệt chú ý MRSA
  - Kết hợp kháng sinh
  - Theo dõi đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân, không thay đổi kháng sinh trong 72h đầu trừ trường hợp lâm sàng xấu đi
- Điều trị triệu chứng: giảm đau, giảm ho, hạ sốt
- Theo dõi M, HA, To, nhịp thở, SpO2 mỗi 12h, XQ ngực thẳng sau 48-72 giờ dùng kháng sinh.

2. Điều trị cụ thể

- Thở O2/canula 6L/p
- Targosid 0,4g 01 lọ /NaCl 0,9% 100 ml (TTM XXg/ph)
- ➔ Điều trị tụ cầu: teicoplanin, vancomycin, linezolid đều đc, chỉ cần chú ý theo dõi td phụ khi xài linezolid, vanco (redman, độc thận)
- Invanz 1g 01 lọ /NaCl 0,9% 100ml x1 (TTM XX g/ph)
- Ciprobay 0,4g 01 lọ /NaCl 0,9% 100ml x3 (TTM XXg/ph)
- ⇒ Chỉ dùng kháng sinh đơn độc trong trường hợp k biến chứng, còn lại nên kết hợp, thường b lactam làm nền, cộng thêm 1 loại nào đó, ex: quinolone,...
- ⇒ Cipro: ưu thế gram -; dùng khi nghi Pseudo
- ⇒ Moxi: ưu thế gr +;
- ⇒ Levo: phổ rộng hơn
- ⇒ Nếu tuyến dưới đã xài quinolone -> đổi thử sang aminoglycosid
- Tramadol 100ml: k cần xài trên case này, cái này khi nào giảm đau mới xài

- ACC: thuốc tiêu đàm, chỉ khi BN đàm đặc, khạc k ra nổi mới cho, BN khạc tốt thì k cần dùng.
- Bromhesin 8mg 1v x 3 (uống): thuốc loãng đàm, ức chế ho: k xài trên BN VP, chỉ dùng khi BN ho khan kéo dài
- Theo dõi sinh hiệu/12h

### **XIII. Tiên lượng**

#### **1. Tiên lượng gần**

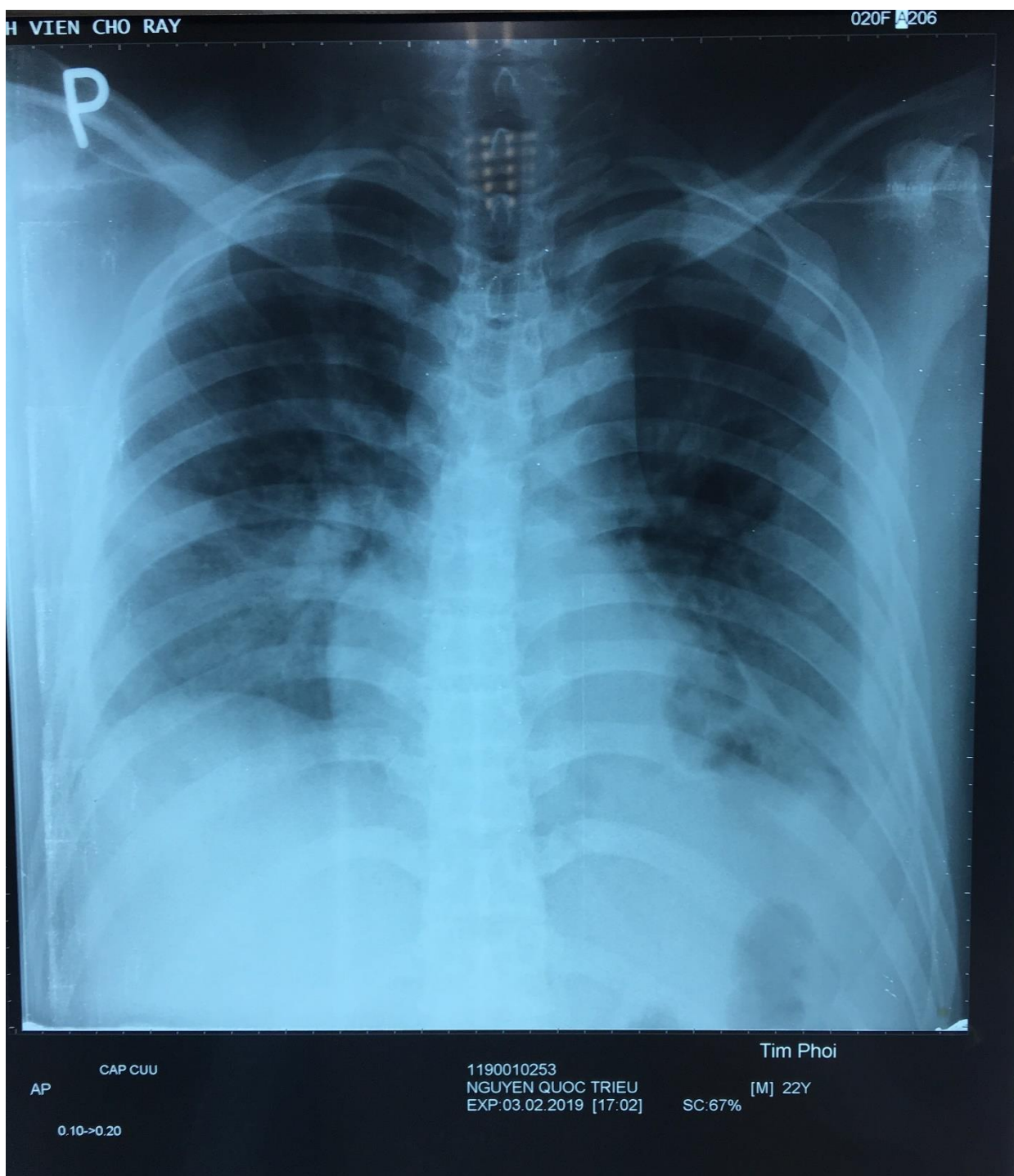
Tại thời điểm nhập viện:BN tổn thương nhiều thùy phổi, có biến chứng suy hô hấp, tràn dịch màng phổi -> tiên lượng nặng

#### **2. Tiên lượng xa**

BN hiện tại có tình trạng tràn khí- dịch màng phổi => biến chứng viêm mủ màng phổi, cần điều trị triệt để hiệu quả để tránh di chứng dày dính màng phổi sau này.



Ngày	Triệu chứng	CLS	Điều trị
N5 (8/2/19)	Sốt còn, ho còn, khó thở giảm, đau ngực giảm	CRP 255,3(giảm nhẹ)	Ngưng Ciprobay, thêm Raxadin
N6 (9/2/19)	Khó thở dữ dội	-XQ: TKMP (T) đẩy lệch trung thất, nhiều bóng khí 1/3 dưới T. TDMP (T) +(P) Tổn thương phế nang T, 1/3 giữa và dưới P -CRP : 230,1 -CT Scan : TT phế nang 2 thùy phổi, TDMP 2 bên, TKMP T	Dẫn lưu MP (T) Thêm Acist
N10(13/2/19)	Sốt còn, ho còn, khó thở giảm, đau ngực giảm	Chọc dịch màng phổi P : dịch vàng đục -Lympho ưu thế -LDH dịch/huyết tương : 1279/481 U/L -Pr dịch/huyết tương :4,3/6,9g/dL -ADA : 21,7 U/L -PCR lao : (-) =>ngữ nhiều là có biến chứng viêm màng phổi.	
N12(15/2/19)	Sốt còn, ho còn, khó thở tăng, đau ngực giảm		Dẫn lưu màng phổi phải



NGÀY 3/2

