

Ho ra máu

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên: Lê chí Cường Năm sinh: 1991 (31 tuổi) Giới tính: nam
- Nghề nghiệp: lao động tự do Dân tộc: kinh
- Địa chỉ: Hòa hát, Cẩm Lệ, Đà Nẵng
- Ngày giờ NV: 7h11 phút ngày 27/04/2022
- Giường 44 – phòng 3

II. LÝ DO NHẬP VIỆN

- Ho ra máu

III. BỆNH SỬ:

- Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân đột ngột ngứa vùng họng, cảm giác muốn ho, ho ra máu, nhiều lần, tổng 2 chén máu (> 200ml), màu đỏ (lúc đầu bầm lúc sau đỏ tươi), không đàm, không bọt, không cục máu đông, không mủ, không hôi, không lẫn thức ăn. Bệnh nhân được người nhà đưa vô bệnh viện Đà Nẵng, tại đây được chẩn đoán U nấm thùy trên phổi (P), được cầm máu, điều trị 2 tuần rồi về hẹn 1 tháng sau tái khám.
- Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân đột ngột ho ra máu với tính chất tương tự lần trước. Nhập viện Đà Nẵng, được cho cầm máu và điều trị tại đây 1 tuần, sau đó được chuyển lên BV trung ương Huế để thực hiện tắc động mạch, tại đây chẩn đoán là hang lao phổi, được cho về sau 15 ngày.
- Cách nhập viện 18 ngày, bệnh nhân ho ra máu trở lại với tính chất tương tự như lần 1 và 2, máu có lẫn bọt khí. Vô bệnh viện Đà Nẵng điều trị 15 ngày rồi được chuyển lên BVCR.
- Trong quá trình bệnh bệnh nhân đau ngực bên phải khi ho, nói to, không khó thở, không sốt, không ho đàm, không chán ăn (ăn thức ăn mềm), sụt 2kg trong 4 tháng, đi cầu phân vàng, tiểu vàng trong.
- Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện:
 - o Tỉnh, tiếp xúc tốt, tổng trạng gây
 - o Sinh hiệu: NT 20l/p, mạch 86l/p, HA: 130/70mmHg, nhiệt độ: 37 độ C, spo2 97% với khí trời, CRT <2s
 - o Bệnh nhân ho ra máu 2 muỗng cafe/ lần, cách 5 phút ho 1 lần, máu đỏ tươi, không cục máu đông, không đàm, không mủ, không hôi

IV. TIỀN CĂN

1. Bản thân

a. Nội khoa

- Bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi 2 lần, 2010 và 2014 tại bệnh viện Lao Đà Nẵng. Điều trị phác độ 6 tháng, đã khỏi. Từ năm 2014 đến 2019 1 năm bệnh nhân ho ra máu 2 lần, mỗi lần 1 chén máu (vì đang trong trại cải tạo nên không đi khám được).
- Tiền căn nghiện ma túy 7 năm (2014 đến 2020)
- Không ghi nhận HIV/AIDS

b. Ngoại khoa:

- Chưa từng phẫu thuật trước đây
- Chưa từng chấn thương

- c. **Dị ứng:** chưa ghi nhận
- d. **Chứng ngừa:** chưa ghi nhận
- e. **Thói quen:**
 - Hút thuốc lá: hút 7 năm, ½ gói ngày, đã ngưng 7 năm
 - Rượu: thỉnh thoảng khi có tiệc

2. Gia đình:

- Ba bị lao phổi (sau khi chăm sóc bệnh nhân) + hen

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (ngày khám: 25/4/2022)

- Hô hấp: ngứa họng, ho ra máu 2 muỗng cafe/ lần, 10 phút ho 1 lần, màu đỏ, có bọt, không hôi, không mủ, không có máu đông. Đau ngực phải khi ho.
- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không chán ăn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần
- Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau nhức, đi lại được
- Không phù, không sốt
- Không chảy máu răng, không chảy máu mũi

VI. KHÁM (7h sáng ngày 25/04/2022)

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- SpO₂: 98%/ khí trời Nhịp thở: 18 lần/p
- Mạch quay rõ, tần số 80l/p Huyết áp: 100/70 mmHg
- Niêm nhợt, da không xuất huyết, không nổi ban
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Tổng trạng gầy, cân nặng: 45kg, chiều cao 1.65m => BMI = 16.5 (suy dinh dưỡng độ II)

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Họng sạch, không đỏ, môi không khô lưỡi không dơ
- Không chảy dịch tai
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch
- TMCN/45 độ (-)

3. Lồng ngực:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, thở không co kéo
- Không lồng ngực hình thùng
- a. **Phổi**
 - Rung thanh đều hai bên phế trường
 - Gõ trong 2 bên phế trường
 - Âm phế bào giảm bên phổi phải

- Rang rít toàn phổi phải, nghe nhiều ở 1/3 giữa, rõ hơn ở thì thở ra, trung tâm = ngoại vi, rale ẩm 1/3 giữa phổi (P).

b. Tim:

- Mỏm tim KLS 5, đường trung đòn bên T
- Diện dậm 1x2cm
- TIT2 đều rõ, tần số 80l/p
- Haizer (-). Dấu nảy trước ngực (-)

4. Bụng:

- Bụng phẳng, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
- Nhu động ruột 5 lần/phút, không nghe âm thổi.
- Gõ trong khắp bụng. Gõ đục vùng thấp (-)
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
- Gan: bờ trên KLS 5 đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 7cm
- Lách không sờ chạm.
- Thận: chạm thận (-), rung thận (-)

5. Thần kinh – cơ xương khớp:

- Xương khớp không biến dạng, không yếu liệt
- Trương lực cơ bình thường, sức cơ tứ chi 5/5
- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam, 31 tuổi, nhập viện vì ho ra máu. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận TCCN

- Ho ra máu, đang diễn tiến
- Đau ngực kiểu màng phổi
- Sụt cân 2kg/ 4 tháng

TCTT:

- Rale rít phổi P, rale ẩm 1/3 giữa phổi phải
- Suy dinh dưỡng độ 2
- Viêm nhạt

Tiền căn:

- Lao: năm 2010 và 2014, điều trị phác đồ 6 tháng

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Ho ra máu lượng nhiều, đang diễn tiến
2. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
3. Tiền căn lao phổi
4. Thiếu máu mạn
5. Suy dinh dưỡng độ II

IX. CHẨN ĐOÁN:

a. Chẩn đoán sơ bộ:

Ho ra máu lượng nhiều – đang diễn tiến – bên P – nghĩ do u nấm phổi – chưa biến chứng/ lao phổi cũ – thiếu máu mạn – suy dinh dưỡng độ II

b. Chẩn đoán phân biệt:

- Ho ra máu lượng nhiều – đang diễn tiến – bên P – nghĩ do dẫn phế quản – chưa biến chứng/ lao phổi cũ – thiếu máu mạn – suy dinh dưỡng độ II
- Ho ra máu lượng nhiều – đang diễn tiến – bên P – nghĩ do lao phổi tái phát – chưa biến chứng/ lao phổi cũ – thiếu máu mạn – suy dinh dưỡng độ II

X. BIỆN LUẬN

1. Ho ra máu

- Bệnh nhân có cảm giác ngứa họng, ho ra máu, máu đỏ tươi, lẫn bọt, không máu đông, không đàm, không mủ, không lẫn thức ăn. Không lẫn thức ăn, không buồn nôn, không nôn, không chảy máu mũi, khám họng không dấu xuất huyết, không tiêu phân đen, tiền căn nhiều lần ho ra máu => ho ra máu
- Bệnh nhân đau ngực kiểu màng phổi bên P, khám phổi rale ngáy phổi phải rale ẩm 1/3 giữa phổi P => nghĩ nhiều vị trí xuất huyết bên P => đề nghị X quang ngực để xác định vị trí tổn thương
- Ho ra máu với 2 muỗng café 1 lần, mỗi phút ho 1 lần (> 100ml/24h) => nghĩ bệnh nhân ho ra máu lượng nhiều.
- Ho ra máu đỏ tươi, lượng không đổi => nghĩ đang diễn tiến
- Bệnh nhân vô tri giác tỉnh, tiếp xúc được, nhịp thở 20l/p, spo2 97%/ KT, thở không co kéo. Da không tím tái, CRT < 2s, mạch quay rõ, nhiệt độ 37 độ C, mạch 86l/p, huyết áp 130/70mmHg, không chóng mặt, hoa mắt, tay chân không lạnh ẩm => nghĩ chưa có biến chứng suy hô hấp hay sốc giảm thể tích
- Nguyên nhân: bệnh nhân nam, 31 tuổi, tiền căn lao phổi, nhiều lần ho ra máu, các nguyên nhân có thể nghĩ trên bệnh nhân này:
 - o U nấm Aspergillus: BN có tiền căn lao phổi 2 lần cách đây 8 năm, cơ địa suy dinh dưỡng, được chẩn đoán u nấm phổi tại bệnh viện Đà Nẵng => nghĩ nhiều => đề nghị X quang ngực, soi, nhuộm KOH tìm bào tử nấm trong dịch rửa PQ, cấy nấm
 - o Dẫn Phế quản: BN đã được chẩn đoán và điều trị lao phổi cách đây 8 năm, có ho ra máu mỗi năm 2 lần, tiền căn ho đàm (chưa khai thác) => nghĩ nhiều => đề nghị X quang ngực, CTscan để xác định chẩn đoán
 - o Các biến chứng của dẫn phế quản:
 - Suy hô hấp mạn: bệnh nhân không khó thở khi nghỉ hay gắng sức ở nhà, vô viện với bệnh cảnh tỉnh, tiếp xúc tốt, nhịp thở 20l/p, spo2 98% => không nghĩ.
 - Tâm phế mạn: Khám LS BN không phù, gan không to, TMCN (-), haizer (-), dấu nầy trước ngực (-), không tiếng tim bất thường => không nghĩ
 - o Lao phổi tái phát: BN không sốt nhẹ hay ớn lạnh về chiều, sụt cân 2kg/4 tháng (không ý nghĩa), ăn uống được kèm. Tuy nhiên tiền căn lao phổi 2 lần

đã điều trị, cơ địa suy dinh dưỡng => không loại trừ lao phổi tái phát => đề nghị AFB, PCR dịch rửa phế quản, soi cấy dịch rửa phế quản tìm vi trùng lao

- Nguyên nhân ác tính: bệnh nhân trẻ tuổi, hút thuốc lá 3.5 gói năm, không chán ăn, không sốt về chiều, sụt 2kg/4 tháng => ít nghĩ, tuy nhiên nội soi sinh thiết đồng thời khi tìm những nguyên nhân khác.
- Thuyên tắc phổi: bệnh nhân ho ra máu, đau ngực kiểu màng phổi, sau khi tắt động mạch phổi tại bv trung ương Huế đã ổn -> ho ra máu lại => không loại trừ thuyên tắc phổi => đề nghị CTscan.

2. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới: đã biện luận trên

3. Thiếu máu mạn:

- Khám thấy bệnh nhân da niêm nhạt => nghĩ bệnh nhân có thiếu máu mạn
- Các nguyên nhân thiếu máu nghĩ trên bệnh nhân này:
 - Ngoại biên:
 - Tán huyết: không vàng da, không sốt, gan lách không to, không bệnh lý huyết học, di truyền => không nghĩ
 - Xuất huyết: bệnh nhân ho ra máu nhiều năm, mỗi năm 2 đợt, 4 tháng nay ho ra máu nhiều hơn, lượng nhiều => nghĩ nhiều => đề nghị CTM, Ferritine, bilan sắt huyết thanh (transferine, độ bão hòa transferine).
 - Trung ương:
 - Giảm nhập: bệnh nhân ăn uống 3 tháng nay với đồ ăn mềm (cháo), khả năng cung cấp dinh dưỡng không đủ, thể trạng suy dinh dưỡng => nghĩ nhiều => đề nghị CTM, transferrin, độ bão hòa transferrin
 - Giảm sản xuất:
 - Thiếu nguyên liệu tổng hợp hồng cầu: đã biện luận
 - Bệnh lý nội khoa kinh niên: không tiền căn nhiễm viêm gan siêu vi, không vàng da trước đây, không ghi nhận bệnh lý thận mạn => không nghĩ
 - Bệnh ác tính: bệnh nhân không có bệnh lý huyết học, không sốt, gan lách không to, không vàng da, không xuất huyết da niêm => không nghĩ

XI. CẬN LÂM SÀNG

a. CLS chẩn đoán:

- X quang ngực thẳng
- CTM, chức năng đông cầm máu, nhóm máu
- CT scan ngực có cản quang
- Ferritine, transferine, độ bão hòa transferrin
- Nội soi phế quản: AFB dịch rửa phế quản, soi, cấy, PCR dịch rửa phế quản
- D-dimer

b. Cận lâm sàng thường quy:

- Ion đồ
- BUN, creatinine, AST, ALT,

- Bilirubin TP/TT, khí máu động mạch
- ECG

Cách nhập viện hai tháng thì bệnh nhân được chẩn đoán là thuyên tắc động mạch ở bệnh viện trung ương Huế: bạn có thể giải thích là thuyên tắc đm nào k? do bn khai k rõ, hồ sơ k có nên k biết.

Cách nhập viện 18 ngày điều trị và diễn tiến ở bệnh viện Đà Nẵng như thế nào? Bn còn ho ra máu hay k? đtrị nội khoa k can thiệp

Đau ngực từ bao giờ? Diễn tả 7 tính chất đau ngực? lần đau ngực là từ nv đa khoa đà nẵng khi ho hoặc nói to, đau ngực âm ỉ, mức độ nhẹ, tăng khi ho, gắng sức, không thay đổi theo tư thế, không làm gì khác để giảm đau.

Bạn nghĩ gì về đau ngực này? đau ngực ở đây là trc đi kèm.

Dựa vào dấu xác định là trc đi kèm hay trc chính? Dựa vào bệnh cảnh chung của bn. Bn tc lao 8 năm, đã đtrị hai lần, từ đó đến nay ho ra máu một năm hai lần. đợt này tần suất ho ra máu tăng dần. trong vòng bốn tháng gần đây nv ba lần vì ho ra máu. Có đc cũ là u nấm phổi, hang lao. Đau ngực kiểu màng phổi có kèm theo ran ngáy, ran ẩm tại vị trí đó phù hợp bệnh cảnh.

Tiếp cận bn ho thì tiếp cận theo kiểu ho cấp hay ho mạn. ví dụ như ho ra máu, ho nhiều lần, có đàm kèm theo, có tiền căn lao -> nghĩ dẫn phế quản.

Bệnh sử bđ từ khi nào và kết thúc khi nào? Ho ra máu là một cái cấp cứu, k thể kéo dài trong bốn tháng mà phải chấm dứt ở một thời điểm. cho nên ghi vào bệnh sử cnv bốn tháng là sai. Ho ra máu trong bốn tháng ba lần để trong tiền căn.

Suy thận mạn nv khi nào? Khi có đợt suy thận cấp hoặc biến chứng cấp của suy thận mạn như hc ure huyết cao

Viêm phổi, tdmp không có mạn tính. Hen, copd là mạn tính nên tập trung mô tả vào đợt cấp tính của bệnh nhân khi ghi bệnh sử.

Trong tiếp cận bn ho ra máu thì tiếp cận gì?

- Có thực sự ho ra máu k
- Mức độ
- Vị trí
- Diễn tiến
- Biến chứng
- Nguyên nhân

Phải làm rõ cách bn tổng xuất ra máu, tính chất máu ntn. Tính chất máu thì bao gồm màu sắc, lượng, diễn tiến. cái cuối cùng lưu ý là triệu chứng đi kèm để nhận định từ tiêu hóa hay đường hh trên. Đi tiêu phân đen thì coi chừng bn có ói ra máu chứ k phải ho ra máu.

Ba nguyên nhân gây ho ra máu trên người lao phổi:

- Tái phát
- Dẫn phế quản
- U nấm

Coi bl kèm theo khác như u phổi (ít nghĩ), thuyên tắc phổi (đánh giá theo thang điểm geneva, thang điểm wells).

Khi nào nghĩ một bn có khả năng thuyên tắc phổi? có bl tăng đông, giảm vận động. trên ls khai thác tăng đông như hc thận hư. Trong ch thận hư có tăng đông do tiểu pro chống đông máu như antithrombin, làm ứ protein tăng đông. Mất antithrombin 3 qua đường thận. dựa vào đây là không được. mình phải đánh thang điểm geneva hoặc wells. Tắc mm phổi gây rl

thông khí tưới máu, tức là thông khí được nhưng k tưới máu đc.

Trc ls của thuyên tắc phổi thường gặp nhất là gì? Khi nói tới hen là ho, khò khè, khó thở, nặng ngực. khi nói tới thuyên tắc phổi là ho ra máu, đau ngực kiểu mp, khó thở và ngất. tắc đột ngột mm phổi thì tiền tải bị ảnh hưởng thì tiền tải tim trái giảm nên tưới máu giảm giảm clt chậm tưới máu não nên ngất. ngất cũng liên quan px của tk phó gc.

Đọc xquang cần xđ

- Có tổn thương k
 - o K thấy tổn thương thì có thể k ho ra máu hoặc xquang k đủ nhạy nên cho ct scan trong tổn thương kín đáo
- Tổn thương nằm bên nào
- Nguyên nhân



4 tiêu chuẩn kt

- Tư thế nằm do xương bả vai k tách ra khỏi 1/3 phế trường, k có bóng hơi dạ dày. Không đọc là tư thế ap, đọc là hướng đi chùm tia chụp trước sau
- Hít đủ sâu k? có bao nhiêu cung sườn sau? Có 9 nên hít đủ sâu

- Phim có bị xoay k? đầu trong xương đòn p cách xa mỏm gai hơn đầu trong xương đòn trái -> hơi xoay phải
- Đánh giá cường độ tia? Khoảng gian đốt sống khó nhìn thấy nên cường độ tia mềm

Xđ tổn thương: trên phim này có ba tổn thương

- Đám mờ ½ trên phổi p k đồng nhất, giới hạn k rõ nên k đọc kthc
- Vòm hoành phải bất thường, mờ góc sườn hoành -> có thể dày dính mp nhưng k loại trừ tđmp
- Phổi t có tổn thương xơ rải rác, có nốt

Xđ vị trí

- Phổi p tổn thương nhiều nên nghĩ nhiều

Xđ nguyên nhân

- Phải coi ct để xđ

Ho ra máu thì xn nào làm đầu tiên? Ctm coi có thiếu máu cấp k, coi tiểu cầu làm sao, đông máu ntn.

Ví dụ về u nắm hay dẫn pq cần xn gì? Cần ct scan.

Nếu nghĩ là lao tái phát thì làm gì? Afp đàm. Đang ho ra máu thì có nên làm afp đàm k? ho toàn ra máu hay ho ra máu có đàm, nếu có đàm thì làm afp nhưng dặn bn k gắng sức để lấy đàm. Nếu k có đàm thì nội soi lấy dịch phế quản.

Nguyên tắc khi điều trị ho ra máu là đầu tiên phải giải thích biến chứng cho bn có thể tử vong do ho ra máu nặng. ý nghĩa thứ nhất là tiên lượng, ý nghĩa thứ hai là cho bn biết tự bảo vệ bản thân. Tiếp theo là phải đảm bảo đường thở: nằm nghiêng phải hoặc trái, cầm

máu bằng nội khoa (thuốc), ngoại khoa (nội soi, pt, truyền tắc mạch), phải có chai dịch để truyền cho bn. Tiếp theo là kê thuốc ho, thuốc an thần. cuối cùng là đtri nguyên nhân. Tác dụng phụ của thuốc giảm ho làm suy hh nặng.

Đảm bảo đường thở vs use thuốc ức chế ho? Cục máu đông trong đường dẫn khí lớn thì ho ra có lợi hơn vì trong trường hợp đó làm ngạt thở bn gây khó thở. Nếu cục máu đông ở đường dk nhỏ, gần vị trí chảy máu thì cục máu đông có vai trò cầm máu, vai trò có lợi.

Làm sao phân biệt được hai trường hợp trên? Gặp bn khó thở dữ dội, có ran rít, k cho thuốc ức chế ho. Ngược lại bn còn chảy máu nhưng k tắc đường dk lớn thì duy trì cục máu đông ở đường thở xa.

Nội soi pq use trong th nào? Nó cũng là một thủ thuật can thiệp, có hai giá trị, thứ nhất là can thiệp cầm máu, thứ hai là cung cấp mẫu bệnh phẩm để làm xn cđ nguyên nhân. Có thể bơm adrenaline, nước muối lạnh trong lúc nội soi để cầm máu. ở vn chỉ gây tê tại chỗ nên nội soi có thể làm kthk dẫn tới ho ra máu nhiều hơn.

Khó thở

Ca 1

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên: TRẦN VĂN B.
- Giới tính: Nam
- Ngày sinh: 1954 (68t)
- Dân tộc: Kinh
- Nghề nghiệp: Làm nông
- Địa chỉ: Vĩnh Long
- Ngày – giờ nhập viện: 3h45 ngày 24/4/2022
- Giường - Phòng - Khoa: G25 – P2 – Khoa Nội Hô Hấp

Nhập viện vào 3h45 sáng thì có vẻ nặng nề lắm. định hướng sơ ban đầu.

III. BỆNH SỬ:

Bệnh 2 tuần:

- CNV 2 tháng, BN té xe không rõ cơ chế, sau té BN đau âm ỉ vùng thắt lưng và thỉnh thoảng cảm thấy khó thở cả hai thì, khó thở khi đi lại và làm việc nặng, nằm nghỉ sau đó tự hết.
- CNV 1 tháng, các triệu chứng của BN tăng dần, BN đau vùng thắt lưng nhiều hơn, đau liên tục cả ngày, nằm nghỉ không bớt đau, khiến bệnh nhân không đi lại được. BN khó thở nhiều hơn, khó thở hai thì, khó thở liên tục cả ngày, giảm khi bệnh nhân nằm đầu cao, BN thỉnh thoảng có đau nhói ngực khi ho khan, đau không lan, hết đau sau khi ngưng ho, ấn vào không làm tăng đau.
- CNV 2 tuần, các triệu chứng ngày càng tăng lên, BN không còn chịu được nên đi khám tại BV 115 và được chẩn đoán: Xẹp đốt sống – Tràn dịch màng phổi T, 2 tuần nội trú BV 115 không rõ điều trị, có đặt ODL màng phổi T -> xin xuất viện và nhập viện CR
- Trong quá trình bệnh, BN chán ăn, sụt 10kg trong 3 tháng, từ 60kg còn 50kg, BN không sốt, không nôn, không buồn nôn. BN tiêu phân vàng đóng khuôn 1 l/ngày, tiêu vàng trong

Tại sao bệnh hai tuần mà cnv hai tháng? Định nghĩa bệnh sử? sự kiện trong khởi phát đợt bệnh lần này cho tới lúc nv, phải liên tục.

Bn té xe k rõ cơ chế. ai là người khai bệnh? Bn có tỉnh táo k? nếu có thì tại sao k khai đc cơ chế té xe? Bn té xuống thì đập cái gì xuống đầu tiên? Đập xuống cái gì? (đường đá, đường bê tông, cục đá,...)

Phải nói là bn có ho khan, sau đó mới nói là đau ngực kèm theo khi ho khan. Lý do tại sao bn lại tách ra đau ngực cnv 2 tháng so với 1 tháng? Kiểu giống như 1 tháng đầu tiên đau ngực đi bộ thôi, tháng 2 trc rầm rộ hơn. Nói tóm lại ý anh là cái bệnh sử có cần tách ra ba mốc tg như vậy không? Muốn tách ra là phải mang cột mốc mang tính cđ hoặc điều trị.

Tại sao k mô tả tính chất đau ngực?

Đặt ống dẫn lưu ra dịch màu gì?

Tại sao xin xuất viện và nhập viện ở chợ rẫy? do bn k yên tâm.

Tại sao bệnh sử có hai tháng mà bn sụt 10kg trong ba tháng? Một tháng trước khi té xe bn chưa có chán ăn do té xe thì làm sao sụt cân trong vòng ba tháng?

Bn nằm một chỗ thì có thể thuyên tắc phổi trước đó là thuyên tắc chi dưới nên hỏi bn có phù chân k.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Thể trạng gầy. CN: 50kg
- Niêm hồng, mạch rõ
- Hạch (-), không phù
- Tim đều, rõ
- Lồng ngực hình thùng
- Phổi giảm âm phế bào 2 bên, ít ran ngáy T, ODL màng phổi T còn hoạt động, ra mủ trắng đục, lượng ít
- Bụng mềm
- Sinh hiệu: M: 103 l/p; NB: 37 độ C; HA: 120/80 mmHg; NT: 21 l/p; Spo2 96%

Không thấy chiều cao

Hạch k có ghi dấu cộng hay trừ, ghi âm tính hoặc dương tính, có hoặc k.

Tại sao bn giảm âm phế bào hai bên? Có thể do tdmp, tkmp, xẹp phổi, thành ngực dày, kpt, hen, copd. Tiếp theo sau phải gõ.

Nếu copd thì tại sao chỉ có ran ngáy bên t thôi k có ran ngáy bên p?

Bn k có dấu hiệu nhiễm trùng nhưng tại sao dẫn lưu dịch ra mủ?

Spo2 là thở khí trời hay đang thở oxy? Sau khi bn được thở oxy thì spo2 lên bnh? Phải hỏi ở bv 115 có thở oxy k.

Bn có đang khó thở k vì mạch hơi nhanh? Một trong những nguyên nhân gây mạch nhanh mà k rõ lý do là thuyên tắc phổi.

Xử trí lúc nhập viện:

Đề nghị CLS: CTM, PT, aPTT, Fib, QS, Ure, Creatinin, AST, ALT, Glucose máu, ion đồ, XQ ngực, XQ cột sống cổ

Tại sao đề nghị cls? Phải đề nghị thuốc hay thở oxy

Diễn tiến lúc nhập viện:

- N1 (24/4):
 - BN tỉnh, tiếp xúc được
 - Sinh hiệu: M 100/lp; HA 130/ 80 mmHg
 - Phổi T ra dịch vàng trong
 - BN than đau ngực mỗi khi ho khan, khó thở

-> Điều trị:

- Paracetamol
- Oxy canula 4 l/p
- Piperacillin/ Tazobactam 4,5g 1 l/p
- Combivent
- N2 (25/4):
 - BN tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn
 - Ho đàm nhẹ, khó thở
 - Phổi giảm âm phế bào T, ODL hoạt động, dịch vàng trong

-> Điều trị: thêm thuốc Kalioride 0,6g

- N3 (26/4) ngày khám:
 - BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt
 - Khó thở nhẹ - TB
 - Sinh hiệu: M: 95 l/p; HA 130/80 mmHg, Spo2 93%/ canula 4l/p
 - Phổi T giảm âm phế bào, Phổi P ít ran ngáy
 - Đáy phổi T đặt ODL, dịch vàng trong

Mô tả trc nào có trước thay đổi làm sao, trc nào mới xuất hiện chứ k có ghi điều trị như ở trên.

Diễn tiến ls là hỏi bn nên k có ghi trc thực thể. Khi nghe hỏi có ho khan thì phải hỏi là k có đàm để khạc hay có đàm mà khạc k được?

IV. TIỀN CẦN:

1. Cá nhân:

a. Nội khoa:

- CNY 4 tháng, BN có thỉnh thoảng xuất hiện những đợt ho khan, mỗi cơn ho kéo dài dưới 1 phút, BN không điều trị
- CNY 2 năm được chẩn đoán tăng huyết áp tại bệnh viện địa phương, uống thuốc được 3 tháng sau đó thấy huyết áp không tăng, dao động 120- 125 tư động ngưng thuốc

b. Ngoại khoa:

Chưa ghi nhận

c. Di ứng:

Chưa ghi nhận

Chữa một bn là phải chữa về hoàn cảnh do 1 là bn k có tiền nên k chữa tiếp 2 là bn có tiền nhưng k quan tâm sức khỏe.

d. Dịch tễ:

- BN tiêm đủ 2 mũi vaccine Vero Cell, mũi 2 tiêm tháng 2/2022
- Chưa ghi nhận mắc covid 19

e. Thói quen – sinh hoạt:

Hút thuốc lá 15 gói – năm. Bỏ hút được 2 tháng

f. Thuốc:

Chưa ghi nhận

Hút từ năm bao nhiêu tuổi?

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận gia đình có người bị hen, lao, COPD, ác tính
- Chưa ghi nhận người mắc covid 19

V. LƯỢT QUA CÁC CƠ QUAN:

- Hô hấp: khó thở, ho khan, đau ngực khi ho, đặt ODL màng phổi trái
- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Tiêu hoá: Không buồn nôn, không nôn, bụng không đau
- Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: đau nhức lưng, hạn chế đi lại do đau lưng, không đau khớp

Bỏ cái đặt odl đi do chỉ mô tả trc cơ năng

K thấy mô tả đi tiêu, k hỏi lượng nt có tăng giảm gì k

VI. THĂM KHÁM:

1. Tổng trạng:

- BN tỉnh, tiếp xúc được, **nằm đầu cao 45 độ**
- Sinh hiệu: M 95 l/p; HA: 130/80mmHg; **SpO2: 93%/ canula 4l/p**, Nhiệt độ: 37 độ C
- Không phù, không xuất huyết, không nổi ban
- Niêm hồng, môi không khô, lưỡi không đỏ, không vàng da, không vàng mắt
- **Thế trạng gầy**: CN 50kg, OC 165cm -> BMI 18,3 -> nhẹ cân
- Không có ngón tay dùi trống
- Hạch ngoại biên không sờ chạm

Nhịp thở đều?

2. Khám cơ quan:

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
- TMCN/ 45 độ (-)
- Không hạch

b. Lồng ngực:

- **Lồng ngực hình thùng** (ĐK trước sau/ ĐK ngang > 0,9)
- Di động theo nhịp thở, **thở cơ kéo cơ gian sườn**
- Không u, không sẹo khung liên sườn không giãn rộng

Kls k giãn rộng hơi kì do có lồng ngực hình thùng rồi

Bỏ chữ k hạch đi

- Phổi:
 - Rung thanh giảm 2/3 dưới phổi T
 - Gõ đục 2/3 dưới phổi T, gõ trong phổi P
 - Âm phế bào giảm 2/3 phổi T
 - Ran ngáy nghe ở đáy phổi P, nghe rõ ở thì thở ra, trung tâm = ngoại vi
 - Ran nổ nghe ở 2 đáy phổi P và T
 - Không có tiếng cọ màng phổi, không có tiếng dê kêu
- Tim:
 - Mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1 cm2
 - Không dấu ẩy trước ngực, không dấu Harzer, không ổ đập bất thường
 - T1, T2 đều, rõ, tần số 100lp, không âm thổi

Tại sao mạch với tim k bằng nhau? Do lúc nghe tim k bắt mạch hoặc do rung nhĩ, rung thất.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam 68 tuổi, NV vì khó thở. Bệnh 2 tuần.
Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở
- Ho khan
- Đau ngực khi ho
- Đau thắt lưng gây giới hạn vận động

Triệu chứng thực thể:

- Hội chứng 3 giảm phổi T
- Lồng ngực hình thùng
- Thở cơ kéo cơ gian sườn
- Ran ngáy đáy phổi P
- Ran ẩm đáy phổi P và T
- Sút cân 16,7% trong 3 tháng

Tiền căn:

- Ho khan 4 tháng
- THA 2 năm không tuân thủ điều trị
- HTL 15 gói năm. Bỏ hút được 2 tháng

Bị thiếu có ran ngáy bên trái.

trc thực thể có kéo dài thì thở ra k?

tg bị bệnh mới nằm đầu cao hay bị bệnh mới nằm đầu cao?

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

1. Khó thở cấp
2. Đau ngực kiểu MP
3. Hội chứng 3 giảm
4. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
5. Suy kiệt

Khó thở này mấy tháng rồi sao mà cấp được.
sợ bệnh chồng lên thì ghi khó thở cấp trên
nền mạn. lúc đó phải đưa ra một nguyên nhân
cấp một nguyên nhân mạn.

Hc ba giảm bên nào? Bên t

Tại sao k đặt vớ suy hh? Phải đặt lên đầu tiên
do bn có thể tử vong.

IX. CHẨN ĐOÁN:

1. Sơ bộ:

Tràn dịch màng phổi (T), lượng nhiều, biến chứng: suy hô hấp cấp, nghĩ do ung thư
di căn màng phổi - Suy kiệt - TD COPD

2. Phân biệt:

- Tràn dịch màng phổi (T), lượng nhiều, biến chứng: suy hô hấp cấp, nghĩ do viêm
phổi - Suy kiệt - TD COPD

- Tràn dịch màng phổi (T), lượng nhiều, biến chứng: suy hô hấp cấp, nghĩ do xẹp
phổi - Suy kiệt - TD COPD

Chẩn đoán phải nhìn lại đặt vấn đề và tóm tắt.
Tóm tắt nhìn lại phần ở trên. Đặt vấn đề nhìn
lại tóm tắt

K thấy cơ sơ bộ có nt đường hh dưới mà cơ pb
có viêm phổi là sai.

Tdmp là do xẹp phổi vậy xẹp phổi do gì?

Tràn mủ mp k phải lúc nào cũng do viêm phổi
mà ra.

Biện luận

- Tóm lại bn có chấn thương té đập cái
lưng xuống, sau chấn thương đó thì
đau lưng, khó thở, trước đó bn có ho
khan. Bn xuất hiện đau ngực sau
xương ức khi ho. Bn đi khám có gãy
đốt sống, tdmp, đặt odl k rõ tính chất
dịch ra làm sao. Khám thì ln hình
thùng, có ứ khí hai bên, ban đầu k có
ba giảm sau đó xuất hiện ba giảm. ran
ngáy lúc bên t lúc bên phải, thường là
khu trú chứ k lan tỏa một phổi
 - o Ran ngáy thay đổi thì có thể có
nền là copd mà bên t tắc mất
tiêu nên chỉ nghe bên p thôi,
nếu chỉ bên p thôi thì cũng lan
tỏa chứ k khu trú đáy phổi p
 - o Ho đàm do tắc nghẽn gây ran
ngáy ran rít. ở bn lớn tuổi đôi
khi dấu hiệu nt k rõ, bn k có
sốt. nên quan trọng là lúc
nhập viện bn có môi khô, lưỡi
dơ hay k
 - o Có thời điểm bs ghi nhận tràn
mủ thì mình phải ghi tràn mủ

vô. Bn có chấn thương tràn dịch một bên lỗ tràn máu thì sao. Vô tình bn có chấn thương nhưng trước đó có ut nó ăn ra tới cái mپ rồi chưa gây tràn dịch gì nhiều đột ngột bn chấn thương nó vỡ cái mạch máu ra gây tràn máu. trên bn tràn máu nếu k xử trí thì có nguy cơ lâu dần gây đóng vách ở chỗ tràn máu gây xơ hóa mپ gây xẹp phổi, hai là gây nhiễm trùng trên ổ đó. Thì lúc đó tràn mپ của bn k cần từ viêm phổi đi ra. Nên cái chuyện hỏi cho được cái tính chất dịch bên 115 rất quan trọng.

- Cái cũ có thể là tràn mپ trái đã đặt odl, suy hh cấp, sdd nặng, td copd, td u phổi. theo dõi u phổi vì odl đã đặt rồi, dịch nó ra hết trơn, nhưng bn còn ba giảm, shh. Theo dõi thuyên tắc phổi nữa. về nguyên tắc nếu dẫn lưu dịch tốt rồi thì mắc mپ gì còn shh? Nguyên nhân gì khác? Rít ngáy lan tỏa gì k? copd có đến mức gây shh trên bn này k? có u phổi k? có thuyên tắc phổi k? viêm phổi nhưng bn k có sốt, k có ho đàm thì rất là khó nói là viêm phổi.



Phim này là phim nằm. tđmp lượng nhiều nếu ở phim nằm thì k thấy được đường cong damoiseau nhưng nếu đọc như vậy thì tại sao trung thất k bị đẩy lệch, trung thất còn bị kéo về bên trái nữa. thì có thực sự là tđmp k? kls bên trái thấy nó xẹp rồi cái trung thất (cái tim, kq) bị kéo về bên trái. Tđmp lượng nhiều làm phồng lồng ngực, đẩy trung thất về bên lành. Vậy là tđmp hay là xẹp phổi? vậy đây là xẹp phổi. mờ đồng nhất toàn bộ một phổi chưa chắc là tđmp nha. Như cái ca này có thể là có tràn dịch thiệt nhưng k nhiều tới mức như mô tả, mà cái mờ toàn bộ còn do xẹp phổi.

Phổi p có tổn thương dạng nốt đường rất là nhiều coi chừng có ut di căn bạch mạch hoặc lao. Coi chừng ca này ut.

• Dịch chọc dò:		
LDH dịch chọc dò	476 U/L	
Protein dịch chọc dò	2.1 g/dL	
ADA dịch	5.5 U/L	4-24
Albumin máu	3.1 g/dL	3.5 – 5.5
Protid máu	5.0 g/dL	6 - 8
LDH máu	320 U/L	120 - 246
CEA	2905 ng/ml	<5
Cyfra 21.1	13.05 ng/mL	<2.08
NSE	36.47 ng/mL	5-25
- Dịch vàng nhạt		
- Tiêu chuẩn Light:		
Protein dịch màng phổi/ protein máu = 0.42 < 0.5		
LDH dịch màng phổi/ LDH máu = 1.48 > 0.6		
LDH dịch màng phổi: 476 U/L > 2/3 ULN LDH máu: 164 U/L		
→ Thoả 2/3 tiêu chuẩn Light → dịch tiết		
- ADA 5.5 U/L < 10 U/L → ít nghĩ TDMP do lao, ủng hộ TDMP do Ung thư →		
đề nghị làm thêm Cell block, sinh thiết màng phổi qua hướng dẫn siêu âm,		
CT- scan ngực có cản quang		
- Marker ung thư:		
CEA, Cyfra 21.1 tăng cao → ủng hộ chẩn đoán ung thư		

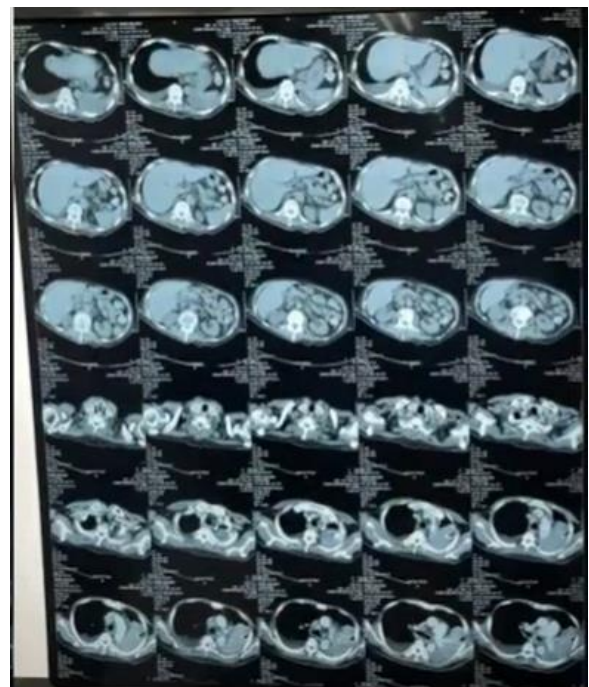
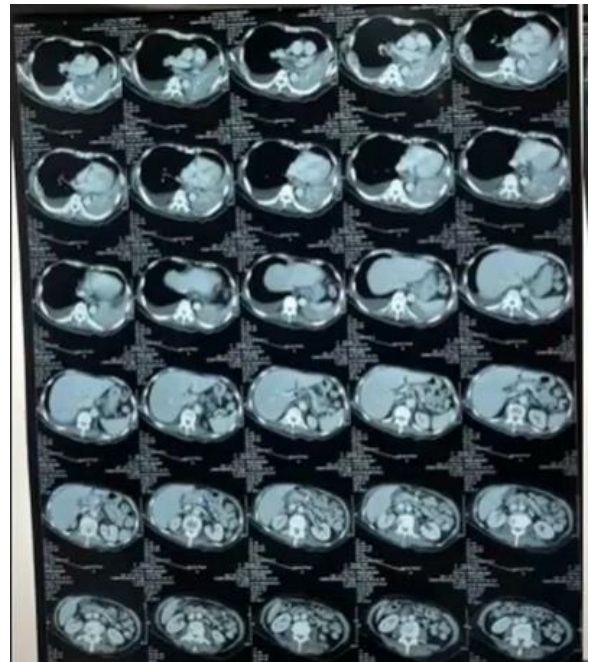
LDH rất là cao. Ada chỉ có 5.5 thôi hiểm khi nào là lao. Tổng quan lại coi chừng bn này có ut. Nghĩ là ut nên mới cho làm thêm cea, cyfra 21.2, nse.

Trong ut còn một loại dịch màu trắng đục nữa gọi là tràn dịch dưỡng trấp. tràn dịch dưỡng trấp đôi khi cho dịch màu trắng đục như sữa nhưng k phải mũ trong ut. Còn có tđmp dịch thấm lâu ngày thành td giả dưỡng trấp cũng cho dịch trắng đục nhưng k phải mũ.

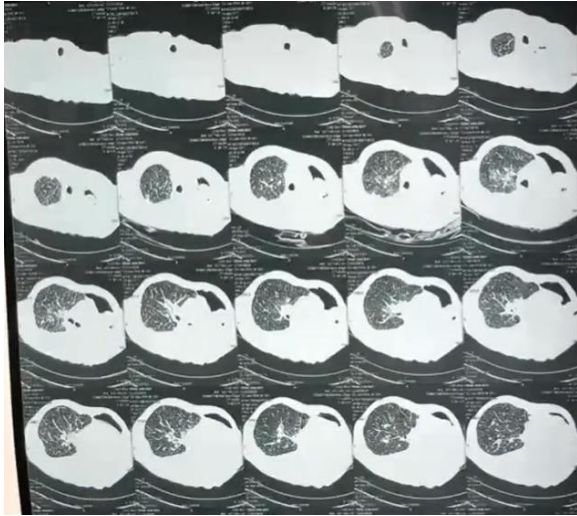
RBC	4.99	T/L	3.8 - 5.5
HGB	155	g/L	120-170
HCT	47.6	%	34-50
MCV	95.5	fL	78-100
MCH	31.1	Pg	24-33
MCHC	326	g/L	315-355
WBC	11.22	G/L	4-11
%NEU	81.1	%	45-75
NEU#	9.1	G/L	1.8-8.25
%LYM	10.2	%	20-40
LYM#	1.15	G/L	0.8-4.4
%MONO	5.3	%	4-10
MONO#	0.59	G/L	0.16-1.1
%EOS	1.5	%	2-8
EOS#	0.17	G/L	0.08-0.88
%BASO	0.2	%	0-2
BASO#	0.03	G/L	0-0.22
PLT	181	G/L	200-400
MPV	8.1	fL	7-12

Hồng cầu: 15.5 g/dL > 13 g/dL → bệnh nhân không có thiếu máu
 Bạch cầu: 11.22 > 11 G/L → bạch cầu tăng nhẹ
 Neutrophil 81.1%, số lượng 9.1 > 8.25 G/L → tăng bạch cầu trung tính, ưu thế neutrophil
 Lymphocyte, monocyte, eosinophil, basophil → Trong giới hạn bình thường
 Tiểu cầu: số lượng: 181 > 150 G/L → Trong giới hạn bình thường
 Kết luận: Tăng bạch cầu ưu thế neutrophil

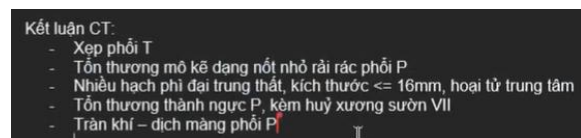
Bc k thấy tăng. Phải kết hợp crp và lâm sàng để coi có nhiễm trùng k. nhìn chung từ cls tới ls thì k có nhiễm trùng, có mỗi thông tin ghi nhận là dịch màu trắng đục nhưng k biết có phải mũ hay k.



Có tràn dịch mp phải lượng ít, có tđmp trái, xếp phổi t nhưng trong vùng xếp phổi t có vùng bất thuốc k đồng nhất khả năng k có loại trừ u. muốn đọc nhu mô với tràn dịch là phải đọc phim trung thất có bơm thuốc cản quang.



Phổi p có vài nốt, vài tổn thương kín mờ. coi chừng có di căn qua bên đó thiệt. bên t có tràn khí mp luôn.



Tràn khí – dịch mp t chứ.

Tóm lại sau khi đọc xq, ct, phân tích dịch thì bn có tdmp bên trái đã được đặt odl, tới thời

điểm này vẫn nghĩ nhiều do ut xâm lấn ra mp. Ut nghĩ nhiều nhất là từ phổi t. tdmp đã đặt odl, dịch còn k bao nhiêu, tràn khí cũng k nhiều nên k thể gây xẹp phổi nhiều tới vậy. trong vùng xẹp phổi bắt thuốc bất thường thì khả năng cao có u trong đó. Ut di căn ra xương sườn, di căn ra cột sống. coi chừng lúc bn có ho khan là đã ut di căn xâm lấn rồi trc chưa rõ tới khi bn té chấn thương vào chỗ đó trc biểu hiện rõ hơn. Hoặc là bn té va đập thành ngực dẫn tới tràn máu nên trc biểu hiện rõ hơn.

Còn cái chuyện ran ngáy k phù hợp với copd. Trên ct k thấy kpt rõ thì có thể bn k có copd.

Chưa biết u này có thực sự là ut hay k? bản chất ut là gì? Thì mình sẽ làm sinh thiết mp hoặc nội soi pq sinh thiết u phổi.

Về mặt ls để cđ sdd thì phải dựa vào bmi, chán ăn, sụt cân, lớp mỡ dưới da teo, cơ teo, phù chân, báng bụng,... đi chợ rầy thì lật ra cái tờ tiêu chuẩn sga để đánh giá suy dinh dưỡng.

Ca 2

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên: Bùi Ngọc Toàn Năm sinh: 1979 (43 tuổi) Giới tính: nam
- Nghề nghiệp: lao động tự do Dân tộc: kinh
- Địa chỉ: Long An
- Ngày giờ NV: 11h30 phút ngày 24/04/2022
- Giường 62

II. LÝ DO NHẬP VIỆN

- Khó thở

III. BỆNH SỬ:

- Cách nhập viện 3 ngày, BN ngã từ trên cao 2m xuống đất và va ngực vào thanh gỗ bên dưới, sau ngã BN đau ngực trái mức độ 10/10, không lan và được đưa ra ngoài ngồi nghỉ một lúc thì đỡ, mức độ đau giảm dần về 3/10, BN tiếp tục sinh hoạt, làm việc bình thường, sau 2 ngày cơn đau tăng dần nên đi khám tại BV Long An, chẩn đoán: gãy cung trước xương sườn IV trái, cho thuốc giảm đau và về nhà.
- Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân đột ngột khó thở thì hít vào, phải ngồi cúi người ra trước, đi bộ 5-6 bước là khó thở phải dừng, nặng hơn về đêm, không sốt, ho đàm trắng trong không lẫn máu, khi ho bệnh nhân đau ngực trái chỗ bị va chạm với thanh gỗ.
- Tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện:
 - o Tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng
 - o Sinh hiệu:
 - NT: 24 l/p
 - Mạch 114l/p
 - HA: 150/90mmHg
 - Nhiệt độ: 37 độ C
 - Spo2 80% với khí trời
 - o Khó thở nhiều, nhịp thở nhanh
 - o Da niêm hồng
 - o Tim đều
 - o Phổi ran rít, ran ngáy
 - o Bụng mềm, không cầu bàng quang, cổ mềm
 - o Vết bầm ngực T 7*7 cm
- Tình trạng bệnh nhân sau nhập viện:

- NI: khó thở giảm, ho đàm xanh 1 lần vào sáng sớm, còn ho đàm trắng trong và đau ngực T khi ho

IV. TIỀN CĂN

1. Bản thân

- Hen lúc nhỏ cho tới 10 tuổi, khoảng 30 năm tiếp theo không bị, 3 năm gần đây bị lại, đi khám 2 lần vì hen, lần gần đây nhất là 10.2021, được phun khí dung và uống thuốc tại nhà 1 tuần thì hết, 1 tháng gần đây ghi nhận triệu chứng ban ngày > 2 lần/tuần, thỉnh thoảng thức giấc về đêm do hen, triệu chứng nhẹ nên BN không đi khám, không sử dụng thuốc cắt cơn, không giới hạn hoạt động thể lực
- Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, bệnh lý ngoại khoa, phẫu thuật trước đây
- HTL 20 gói-năm
- Rượu bia ít
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

2. Gia đình:

- 2 người em cũng bị hen

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7h sáng ngày 25/04/2022)

- Hô hấp: khó thở, ho đàm xanh, trắng trong, đau ngực khi ho
- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không chán ăn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần
- Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau nhức, đi lại được
- Không phù, không sốt
- Không chảy máu răng, không chảy máu mũi

VI. KHÁM (7h sáng ngày 25/04/2022)

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- SpO₂: 98%/ khí trời Nhịp thở: 20 lần/phút Nhiệt độ: 37 độ C
- Mạch quay rõ, tần số 80l/p Huyết áp: 120/80 mmHg
- Cân nặng: 53kg, chiều cao 1.65m => BMI = 19.5
- Niêm hồng, da không xuất huyết, không nổi ban, không phù.

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Họng sạch, không đỏ

- Không chảy dịch tai
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch
- TMCN/45 độ (-)

3. Lồng ngực:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, thở không co kéo, vết bầm da ở vị trí xương sườn IV-V (T)

a. Phổi

- Rung thanh đều 2 bên.
- Gõ trong 2 bên phế trường
- Ran ngáy nghe rõ thì thở ra đều 2 bên phế trường, đa âm

b. Tim

- Mỏm tim KLS V, đường trung đòn bên T
- Diện đập 1x2cm, Harzer (-). Dấu nảy trước ngực (-)
- TIT2 đều rõ, tần số 80l/p

4. Bụng:

- Bụng di động đều theo nhịp thở, không sọc mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
- Nhu động ruột 5 lần/phút, không nghe âm thổi.
- Gõ trong khắp bụng. Gõ đục vùng thấp (-)
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
- Gan: bờ trên KLS 5 đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 7cm
- Lách không sờ chạm.
- Thận: cầu bàng quang (-), chạm thận (-), rung thận (-)

5. Thần kinh – cơ xương khớp:

- Xương khớp không biến dạng, không yếu liệt.
- Trương lực cơ bình thường, sức cơ tứ chi 5/5
- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam, 43 tuổi, nhập viện vì khó thở. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

TCCN

- Khó thở thì hít vào
- Ho đàm trắng trong, đàm xanh
- Chấn thương ngực

TCTT:

- SpO2 80%/khí trời lúc nhập viện
- Bầm da ở xương sườn IV-V (T)
- Ran ngáy nghe rõ thì thở ra đều 2 phế trường, đa âm

Tiền căn:

- Hen

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Suy hô hấp cấp
2. HC tắc nghẽn hô hấp dưới
3. Chấn thương ngực
4. Tiền căn hen kiểm soát 1 phần

IX. CHẨN ĐOÁN

a. Chẩn đoán sơ bộ:

- Cơ hen cấp mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp dưới/hen kiểm soát 1 phần có nguy cơ tương lai vào đợt cấp, nguy cơ tắc nghẽn luồng khí cố định, không nguy cơ tác dụng phụ Corticoid - chấn thương ngực.

b. Chẩn đoán phân biệt:

- Thuyên tắc phổi/Hen kiểm soát 1 phần có nguy cơ tương lai vào đợt cấp, nguy cơ tắc nghẽn luồng khí cố định-Chấn thương ngực

X. BIỆN LUẬN

1. HC tắc nghẽn hô hấp dưới

- Khám có ran ngáy 2 phế trường nên nghĩ có HC tắc nghẽn hô hấp dưới
- Nguyên nhân:
 - Cơ hen cấp: khó thở đột ngột nặng hơn về đêm, kèm ho đàm trắng trong, tiền căn ghi nhận có những lần khó thở thành cơn, thay đổi theo thời gian, xuất hiện từ lúc còn nhỏ, BN có 2 người em đều bị hen, nên nghĩ nhiều do hen, có triệu chứng ban ngày > 2 lần/tuần, thỉnh thoảng thức giấc về đêm do hen, không dùng thuốc cắt cơn, không giới hạn hoạt động thể lực => hen kiểm soát 1 phần
 - Mức độ: BN khó thở phải ngồi cúi người ra trước, spO2 80% với khí trời => mức độ nặng
 - Yếu tố thúc đẩy:
 - Dị nguyên, thời tiết, gắng sức: không nghĩ
 - NT hô hấp dưới: nghĩ nhiều trong trường hợp này do BN ho đàm xanh.
 - Nguy cơ kết cục xấu:

- Nguy cơ đợt cấp: có vì ≥ 1 cơn cấp/1 năm qua, sử dụng thuốc lá.
- Nguy cơ tắc nghẽn luồng khí cố định: có vì BN không dùng ICS, hút thuốc lá.
- Nguy cơ tác dụng phụ của thuốc: BN không sử dụng ICS
- **Biến chứng:**
 - Cấp: suy hô hấp cấp: BN đột ngột khó thở, khó thở phải ngồi, thở nhanh 24 l/p, spO_2 80%/khí trời \Rightarrow có SHH
 - TKMP: không ghi nhận gõ vang, rì rào phế nang giảm nên không nghĩ
 - Mạn:
 - Đa hồng cầu: không đỏ da mặt, da lòng bàn tay \Rightarrow không nghĩ
 - Tâm phế mạn: khám không ổ đập bất thường, harzer (-), gan không to, không phù \Rightarrow không nghĩ
 - Suy hô hấp mạn: không ngón tay dùi trống, ngoài cơn bệnh nhân khỏe \Rightarrow không nghĩ
 - Đợt cấp COPD: BN không khó thở kéo dài, không khạc đàm mạn \Rightarrow không nghĩ
 - Dẫn PQ: không ho khạc đàm mủ kéo dài, không ho ra máu \Rightarrow không nghĩ
 - Cơn hen tim: không ho kịch phát về đêm, không tiền căn suy tim \Rightarrow không nghĩ

2. Suy hô hấp cấp: nguyên nhân nghĩ trên BN này

- Hen tim: Ít nghĩ vì bệnh nhân không có khó thở diễn tiến phù hợp suy tim: Khó thở khi gắng sức - > khó thở khi nằm \rightarrow khó thở kịch phát về đêm, khám phổi không có ran ẩm, tim không to, không âm thổi
- Bệnh tim TMCB: không nghĩ vì BN không có đau ngực, không tiền căn đau thắt ngực trước đây
- Dị vật đường thở: không nghĩ vì BN không có triệu chứng xâm nhập, không khó thở thì hít vào, không thở rít, triệu chứng khó thở không khởi phát đột ngột.
- Nhiễm trùng hô hấp: đã biện luận trên
- Tràn khí màng phổi: đã biện luận
- Thuyên tắc phổi: ít nghĩ vì BN không đau ngực, không có yếu tố nguy cơ, thang điểm Geneva 0đ.
- Đợt cấp COPD: đã biện luận
- Cơn hen cấp: đã biện luận

XI. CẬN LÂM SÀNG

a. CLS chẩn đoán:

- CTM, CRP
- Xq ngực thẳng
- KMĐM

b. Cận lâm sàng thường quy:

- Ion đồ, đường huyết
- BUN, creatinine, AST, ALT,
- Bilirubin TP/TT

Một người chấn thương ngực nặng tới mức gãy xương sườn thì đầu sườn có thể chọc vào phổi làm tràn khí, có thể làm dập phổi dẫn tới hoại tử cũng có thể biến chứng tràn khí. Một trong những lý do mà gây khó thở là tràn khí. Thường tràn máu cũng có thể xảy ra nhưng chậm, hiếm khi đột ngột khó thở, nhưng tràn khí lại không khó thở hít vào. Thường khó thở hít vào là khó thở ngoài lồng ngực. từ dưới dây thanh cho tới khí quản là đoạn ngoài lồng ngực thường có sẹo hẹp, khối u, hiếm khi gây khó thở đột ngột hoặc hiếm khi liên quan chấn thương. nên thầy rất nghi ngờ tính chất khó thở đột ngột thì hít vào. Thì một người đau có thể nín thở do hít thở bị đau nên không dám hít vào, nên nhiều khi chỉ đơn giản là đau ngực thôi.

Bn có mạch tăng, có hạ tăng, có nhịp thở tăng nên phù hợp tình trạng shh.

Thế nào là dị ứng? k có chàm, ngứa, mề đay có và k lq. Mề đay thường k liên quan IgE, như vậy là k liên quan dị ứng. dị ứng đường tiêu hóa không có, dị ứng đường hh k có, có viêm mũi dị ứng hay k. gia đình ba người bị hen mà ba mẹ k bị thì hơi lạ, nên hỏi coi có hay k. nếu ba mẹ k có mà con có hết thì có thể là vď môi trường hơn là vď di truyền. cả ba anh em tiếp xúc khói bụi độc hại từ bé k?

Sau một chấn thương ngực rõ thì bn mô tả một kiểu đau ngực bản thể có thể tái tạo được khi mình chọc trúng vào vị trí đó. Chấn thương ngực mình mô tả là triệu chứng cơ năng có thể nói luôn là đau ở vị trí nào, khám có thể thấy bầm ở vị trí nào. Bầm phải mô tả theo đường ngang, đường dọc. như trong bệnh án ghi là bầm da ở xương sườn 4-5 bên T là thiếu

vì có thể tưởng tượng là bắt đầu từ cột sống lan tới xương ức luôn, hình vòng cung. Còn nếu k phải như vậy thì phải nêu được giới hạn đường dọc.

Tkmp cũng gây khó thở hít vào.

Sốt

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên: Nguyễn Đình K
- Ngày sinh: 1960 (62 tuổi)
- Giới tính: Nam
- Nghề nghiệp: nông dân
- Địa chỉ: Buôn Hồ, Đắk Lắk
- Thời gian nhập viện: 21h19 ngày 22/04/2022
- Giường 28 phòng 2 khoa Nội Hô hấp BV Chợ Rẫy

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: sốt

III. BỆNH SỬ: bệnh nhân trực tiếp khai bệnh

- CNV 4 ngày, bệnh nhân bắt đầu sốt liên tục 38,5°C kèm đau nhức cơ và đau nhức cả đầu; khi đang ngồi nghỉ thì bắt đầu khó thở thì thở ra, liên tục, tăng dần, cường độ nhiều (tăng hơn so với trước đây) khiến bệnh nhân chỉ đi lại sinh hoạt trong nhà, không thể ra ngoài, khó thở tăng khi vận động, không thay đổi theo tư thế; khạc đàm trắng trong, dính, lượng nhiều (tăng hơn so với trước đây), sau khạc đàm giảm khó thở; nặng ngực trước và sau 2 bên cường độ nhiều (cảm giác như mang balo nặng); bệnh nhân PKD Combivent + Pulmicort nhưng các triệu chứng không cải thiện.
- CNV 3 ngày, các triệu chứng tăng nhiều hơn => nhập bệnh viện đa khoa Tây Nguyên. Tại bệnh viện đa khoa Tây Nguyên:
- Sốt nhẹ liên tục 38,5°C, uống Paracetamol 500mg 1 viên thì giảm, 3-4 giờ sau sốt lại.
- Soi nhuộm đàm âm tính, cấy đàm âm tính.
- AFB đàm lần 1 âm tính.
- Chẩn đoán: COPD - Viêm phổi - Hen / THA - ĐTĐ type 2 - TD lao phổi - Hạ K máu.
- Điều trị: Cefotaxime, Levofloxacin, Salbutamol, Pulmicort, Insulin Mixtard sáng 15 UI chiều 15 UI trong 3 ngày.
- Đến ngày NV, các triệu chứng bệnh nhân không cải thiện => chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ho, không khò khè, không sổ mũi, không đau họng, không mất mùi hay mất vị, ăn uống ít (không giảm so với trước đây, do ăn không ngon miệng), không buồn nôn, không nôn, không đau bụng, sụt 3 kg (4% cân nặng) /1 tháng (75 kg -> 72 kg), tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, tiểu vàng trong 1,5 lít/ngày.

Tình trạng lúc nhập viện:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được
- Da niêm hồng
- Sinh hiệu:
 - o mạch 104 l/p
 - o huyết áp 130/90 mmHg

- nhịp thở 20 l/p
- nhiệt độ 37°C
- Tim rõ
- Phổi ran nổ rải rác
- Bụng mềm, cầu bàng quang âm tính
- Cổ mềm

Xử trí lúc nhập viện:

Piperacillin/Tazobactam 4.5g 1 lọ + Natrichlorua 0.9% 100ml 1 chai (TTM) XX giọt/phút

Natrichlorua 0.9% 500ml 1 chai (TTM) XX giọt/phút

Diễn tiến sau nhập viện:

N2: hết sốt, còn nặng ngực và khó thở.

N5: hết nặng ngực, khó thở còn 70%, khạc đàm trắng trong dính lượng nhiều (giảm ít).

IV. TIỀN CĂN:

1. Bản thân:

a. Bệnh lý:

- Nội khoa:
 - **CNV 42 năm**, bệnh nhân thường có những cơn khó thở thì thở ra, nặng ngực, không ho, không khò khè, khởi phát khi trời lạnh hay khi hít phải khói bụi, ngoài cơn hoàn toàn không có triệu chứng, đi khám và điều trị thuốc uống không rõ mỗi khi có cơn thì hết.
 - **CNV 13 năm**, bệnh nhân bắt đầu có cảm giác **vướng đàm** nhiều, khó thở thì thở ra, không ho, khạc ra đàm trắng trong dính lượng nhiều, tăng vào buổi sáng sau khi ngủ dậy => đi khám tại bệnh viện Chợ Rẫy được chẩn đoán **Hen**, điều trị Seretide 1 nhát sáng, 1 nhát chiều, không tuân thủ điều trị (chỉ xịt khi vào cơn).
 - **CNV 10 năm**, bệnh nhân đi khám vì đau nặng ngực tại Viện Tim TPHCM, được chẩn đoán **THA, ĐTĐ**, điều trị liên tục đến nay. THA hiện đang điều trị với Losartan 40 mg/ngày, tuân thủ điều trị, huyết áp tâm thu cao nhất 180 mmHg (khi vào cơn khó thở), trung bình 120 mmHg. ĐTĐ hiện đang điều trị với Metformin 1500 mg/ngày + Insulin Mixtard 25 UI sáng, tuân thủ điều trị, đường huyết mao mạch trung bình 6-7 mmol/L.
 - **CNV 2 năm**, bệnh nhân bắt đầu **khó thở nhiều hơn**, khó thở khiến bệnh nhân không thể ra khỏi nhà; khạc đàm trắng trong, dính, lượng nhiều, tăng vào buổi sáng sau khi thức dậy; khám tại bệnh viện địa phương được cho thêm Montelukast 10 mg/ngày.
 - Trong **1 năm gần đây**, bệnh nhân có khoảng **10 đợt** khó thở và khạc đàm nhiều hơn, không ho, không sốt, điều trị tại bệnh viện địa phương với Solumedrol và kháng sinh không rõ loại thì giảm.
 - **CNV 2 tháng**, trong thời gian nằm viện tại bệnh viện địa phương thì nhiễm **Covid-19**, điều trị 8 ngày, từ đó đến nay bệnh nhân thấy khó thở tăng lên nhiều hơn.

- **CNV 1 tháng**, bệnh nhân đi khám ở bệnh viện Phạm Ngọc Thạch được đo hô hấp ký và chẩn đoán **COPD nhóm D**, không thay đổi điều trị.
- Trong **1 tháng gần đây**, mỗi sáng bệnh nhân cảm giác vướng đàm nhiều, khó thở nên tự PKD Combivent + Pulmicort tại nhà 3 lần/ngày, không có cơn khó thở phải thức giấc về đêm, giới hạn hoạt động nhiều (chỉ đi lại trong nhà, hạn chế ra ngoài vì sợ lên cơn khó thở).
- **CNV 10 ngày**, bệnh nhân khó thở và ho khạc đàm nhiều hơn, không ho, không sốt (tính chất tương tự những lần trước) => nhập bệnh viện đa khoa Tây Nguyên 8 ngày, điều trị không rõ.
- Chưa ghi nhận chàm da, viêm mũi dị ứng.
- Chưa từng nằm ICU, chưa từng đặt nội khí quản.
- Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa trước đây.

b. Thói quen:

- Hút thuốc lá 54 gói/năm (2 gói/ngày, từ năm 20 tuổi), đã bỏ được 15 năm.
- Làm nghề khai thác đá, tiếp xúc khói thuốc nổ từ năm 20-26 tuổi.
- Uống rượu bia ít, đã bỏ hẳn 15 năm.

c. Chủng ngừa:

- Đã tiêm vaccine Covid 3 mũi.
- Chưa tiêm ngừa cúm, phế cầu.

d. Dị ứng:

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc trước đây.

2. Gia đình:

- Ba bị hen.
- Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Khó thở thì thở ra liên tục, tăng khi vận động, khạc đàm trắng trong dính lượng nhiều, nặng ngực trước sau 2 bên, đau cơ khớp, đau nhức đầu, không ho, không khò khè, không mất mùi mất vị, không sổ mũi, không đau họng.
- Sốt liên tục 38,5°C có đáp ứng thuốc hạ sốt.
- Không hồi hộp, không đánh trống ngực.
- Không nôn, không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.
- Tiểu 1,5l/ngày, nước tiểu vàng trong, tiểu không gắt buốt.
- Không giới hạn vận động, không vàng da, không phù.

VI. KHÁM (7h ngày 25/4/2022)

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu:

- Mạch: 98 lần/phút
 - Huyết áp: 120/80 mmHg
 - Nhiệt độ: 37,5°C
 - Nhịp thở: 20 lần/phút
 - Thở đều êm không co kéo cơ hô hấp phụ, thì thở ra không kéo dài, SpO2 96%/khí trời
- Niêm hồng, chi ấm, mạch rõ, CRT < 2s.
- Không vẻ mặt nhiễm trùng, môi không khô, lưỡi dơ.
- Không ngón tay dùi trống.
- Không phù, không ban da.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Tổng trạng:
 - Cân nặng: 72kg
 - Chiều cao: 165 cm

⇒ BMI: 26,44 ⇒ béo phì độ I theo IDI & WPRO

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng.
- Tĩnh mạch cổ không nổi.
- Tuyến giáp không to.
- Khí quản không lệch.

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, không biến dạng, di động theo nhịp thở, không sọc mỡ, khoảng liên sườn không giãn rộng.
- Tim:
 - Mỏ tim KLS V đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm.
 - Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
 - T1, T2 đều rõ, tần số 98 l/ph, không âm thổi, không tiếng tim bất thường.
- Phổi:
 - Rung thanh đều 2 bên.
 - Gõ trong 2 phế trường.
 - Rì rào phế nang giảm đáy phổi (T)
 - Ran ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường, đối xứng 2 bên.

4. Bụng:

- Cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc mỡ cũ, không tuần hoàn bàng hệ.
- Bụng mềm, không đề kháng, không điểm đau khu trú.

- Gan, lách không sờ chạm.
- Chạm thận (-), rung thận (-).

5. Thần kinh – Cơ xương khớp:

- Cổ mềm.
- Không dấu thần kinh định vị.
- Không sưng đau các khớp, không giới hạn vận động.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, nhập viện vì sốt, bệnh 4 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN

- Sốt liên tục 38,5°C kèm đau cơ, đau đầu
- Khó thở thì thở ra, liên tục, tăng dần, tăng khi vận động
- Khạc đàm trắng trong, dính, lượng nhiều
- Nặng ngực trước và sau 2 bên nhiều
- Ăn ít, sụt 3 kg (4% cân nặng) /1 tháng

TCTT

- Tỉnh, sinh hiệu ổn, SpO2 96%/khí trời
- Rì rào phế nang giảm đáy phổi (T)
- Ran ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường, đối xứng 2 bên
- Lưỡi dơ

Tiền căn

- Khó thở thì thở ra, liên tục, tăng khi đi bộ 100m, PKD dẫn phế quản 3 lần/ngày, 3-4 cơn/tuần phải dùng thêm dẫn phế quản, giới hạn hoạt động, nhập viện 10 lần/năm vừa qua.
- Hen 13 năm tại bv Chợ Rẫy
- COPD nhóm D tại bv PNT 1 tháng trước
- Hậu Covid-19 2 tháng
- THA, ĐTĐ 10 năm
- Nằm viện CNV 10 ngày, vừa xuất viện 2 ngày
- Ba bị hen

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
3. Tiền căn: Hen, COPD, hậu Covid-19 2 tháng, THA, ĐTĐ type 2

IX. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm phổi cộng đồng mức độ nhẹ, chưa biến chứng / COPD nhóm D chưa biến chứng – Hen không kiểm soát – Tăng huyết áp nguyên phát – Đái tháo đường type 2 – Hậu Covid-19 2 tháng – Béo phì độ I

2. Chẩn đoán phân biệt:

Đợt cấp COPD mức độ nặng không suy hô hấp, phức tạp, chưa biến chứng, yếu tố thúc đẩy là nhiễm trùng hô hấp dưới / COPD nhóm D chưa biến chứng – Hen không kiểm soát – Tăng huyết áp nguyên phát – Đái tháo đường type 2 – Hậu Covid-19 2 tháng – Béo phì độ I

Lao phổi / COPD nhóm D chưa biến chứng – Hen không kiểm soát – Tăng huyết áp nguyên phát – Đái tháo đường type 2 – Hậu Covid-19 2 tháng – Béo phì độ I

Ung thư phổi bội nhiễm / COPD nhóm D chưa biến chứng – Hen không kiểm soát – Tăng huyết áp nguyên phát – Đái tháo đường type 2 – Hậu Covid-19 2 tháng – Béo phì độ I

X. BIỆN LUẬN LÂM SÀNG:

1. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới:

Bệnh nhân có khó thở thì thở ra, khám phổi nghe ran ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường, đối xứng 2 bên nên nghĩ có hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới. Các nguyên nhân hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới ở bệnh nhân này là:

- COPD:

- Bệnh nhân có khó thở thì thở ra mạn tính và khạc đàm trắng trong dính lượng nhiều, tăng vào buổi sáng sau khi thức dậy 13 năm nay, các triệu chứng khởi phát từ năm 49 tuổi > 40 tuổi, hút thuốc lá 54 gói/năm, tiếp xúc khói thuốc nỏ 7 năm, được chẩn đoán COPD tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch 1 tháng trước => COPD.
- Trong 1 năm nay bệnh nhân có khoảng 10 đợt cấp phải nhập viện, kèm theo triệu chứng khó thở làm cho bệnh nhân không thể ra khỏi nhà tương ứng với thang điểm mMRC là 4 điểm => COPD nhóm D.
- Đợt này bệnh nhân vào đợt cấp của COPD do có sự nặng lên của các triệu chứng (khó thở tăng và tăng lượng đàm) và không đáp ứng với điều trị thường ngày (PKD Combivent + Pulmicort) cần phải điều trị thêm. Đợt cấp lần này khiến bệnh nhân phải nhập viện => đợt cấp COPD mức độ nặng. Bệnh nhân thở đều êm không co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp thở 20 lần/phút, SpO2 97%/khí trời => không suy hô hấp.
- Bệnh nhân có 10 đợt cấp/năm > 3 đợt cấp/năm => đợt cấp COPD phức tạp.
- Yếu tố thúc đẩy: bệnh nhân có sốt liên tục 38,5°C kèm khó thở và tăng lượng đàm nhiều hơn, lúc nhập viện ghi nhận có ran nổ rải rác, sau nhập viện 4 ngày khám có giảm rì rào phế nang đáy phổi (T) => nghĩ nhiều yếu tố thúc đẩy là nhiễm trùng hô hấp dưới.
- Biến chứng cấp: bệnh nhân thở đều êm không co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp thở 20 lần/phút, SpO2 97%/khí trời => chưa có suy hô hấp cấp.

- **Biến chứng mạn:**
 - Suy hô hấp mạn: khám không ghi nhận tím da niêm, không ngón tay dùi trống, SpO2 96%/khí trời => không nghĩ có suy hô hấp mạn giảm oxy máu.
 - Tâm phế mạn: Harzer (-), dấu nầy trước ngực (-), T2 không mạnh, tĩnh mạch cổ không nổi, không phù chân, không báng bụng => không nghĩ có tâm phế mạn.
- **Hen:**
 - Từ năm 20 tuổi bệnh nhân thường có những cơn khó thở thì thở ra kèm nặng ngực, không ho, không khò khè, khởi phát khi trời lạnh hay khi hít phải khói bụi, ngoài cơn hoàn toàn không có triệu chứng, được chẩn đoán Hen tại bệnh viện Chợ Rẫy cách đây 13 năm, tiền căn có ba bị hen => hen.
 - 1 tháng nay, bệnh nhân cảm giác vướng đàm và khó thở mỗi buổi sáng, tự PKD Combivent + Pulmicort tại nhà 3 lần/ngày, không có cơn khó thở phải thức giấc về đêm, giới hạn hoạt động nhiều (chỉ đi lại trong nhà, hạn chế ra ngoài vì sợ lên cơn khó thở) => có 3/4 tiêu chuẩn trong đánh giá mức độ kiểm soát hen => Hen không kiểm soát.
 - **Nguy cơ kết cục xấu:**
 - Nguy cơ cơn hen cấp: có vì hen không kiểm soát, lạm dụng SABA (PKD Combivent 3 lần/ngày), béo phì.
 - Nguy cơ tắc nghẽn luồng khí cố định: có vì tăng tiết đàm (lượng đàm nhiều).
 - Nguy cơ tác dụng phụ của thuốc: có vì dùng OCS thường xuyên (nhập viện 10 lần/năm có sử dụng), dùng ICS mạnh và kéo dài (PKD Pulmicort 3 lần/ngày), dùng ức chế men P450 (Montelukast).

2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:

Bệnh nhân sốt liên tục 38,5°C, kèm khạc đàm trắng trong nhày dính, khám lúc nhập viện ghi nhận có ran nổ nên nghĩ có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới. Các nguyên nhân hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới ở bệnh nhân này là:

Viêm phổi:

- Nghĩ nhiều vì bệnh nhân sốt liên tục 4 ngày kèm tăng lượng đàm, đàm trắng trong nhày dính, khám ghi nhận có ran nổ, không tìm thấy ổ nhiễm trùng nào khác.
- Phân loại viêm phổi: bệnh nhân nằm viện tại địa phương 8 ngày, mới xuất viện 2 ngày thì khởi phát sốt => nghĩ nhiều là viêm phổi cộng đồng nhưng không loại trừ viêm phổi bệnh viện.
- Mức độ: CURB-65 0 điểm, PSI 62 điểm => viêm phổi mức độ nhẹ.
- **Biến chứng:**
 - Suy hô hấp cấp: không nghĩ vì lúc nhập viện bệnh nhân thở êm, không co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2 97%, nhịp thở 20 lần/phút.
 - Áp xe phổi: không nghĩ vì đợt bệnh mới kéo dài 4 ngày, khám không ghi nhận vệt mặt nhiễm trùng rõ, không ho đàm mủ hôi.
 - Tràn dịch màng phổi: không nghĩ vì khám không có hội chứng 3 giảm.
 - Nhiễm trùng huyết: không nghĩ vì lúc nhập viện bệnh nhân tỉnh, nhịp thở 20 lần/phút, HATT 120 mmHg => qSOFA 0 điểm.

- Tác nhân: bệnh nhân có bệnh phổi nền nặng (COPD nhóm D), nhập viện nhiều lần trong 3 tháng qua có sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, vừa nhập viện tại địa phương điều trị 8 ngày, xuất viện 2 ngày thì bắt đầu sốt => có nguy cơ nhiễm vi khuẩn kháng thuốc, vi khuẩn bệnh viện: phế cầu kháng penicillin, Pseudomonas, MRSA, Gram âm kháng thuốc.
Viêm phế quản cấp: bệnh nhân không có các triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên như sổ mũi, đau họng => ít nghĩ.
Covid-19: bệnh nhân không sổ mũi, không nghẹt mũi, không đau rát họng, không mất mùi, không mất vị giác => ít nghĩ.
Thuyên tắc phổi: bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, nhịp tim không nhanh, không ngất, khó thở khởi phát từ từ, tiêu chuẩn Wells 0 điểm => ít nghĩ.
Áp xe phổi: bệnh nhân mới khởi phát sốt 4 ngày, không ho khạc đàm mủ hôi, không tiền căn nhiễm trùng răng miệng => không nghĩ.
Lao phổi: bệnh nhân ăn uống ít từ lâu, gần đây sụt cân 3 kg/1 tháng, không sốt kéo dài về chiều, Việt Nam là vùng dịch tễ lao nên không loại trừ.
Ung thư phổi bội nhiễm: bệnh nhân 62 tuổi, tiền căn hút thuốc lá 54 gói.năm, ăn uống kém từ lâu, sụt cân 3 kg/1 tháng => không loại trừ.

XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

- CLS chẩn đoán: công thức máu, CRP, urê máu, cấy đàm, cấy máu, X quang ngực thẳng, test nhanh kháng nguyên SARS-CoV-2, AFB đàm 2 mẫu.
- CLS thường quy: đường huyết, ion đồ máu, AST, ALT, bilirubin TP TT GT, BUN, Creatinine máu, ECG.

Tri giác bn mới gọi là tỉnh chứ k được nói là mất tỉnh. Về mặt nhiễm trùng là nhìn hơi lờ mờ, môi khô lưỡi dơ nhưng nên kiểm trên ls thay vì đọc lý thuyết.

Nếu mà COPD nghĩ do hút thuốc lá thì nên ghi là COPD nhóm D. đợt cấp của copd mức độ nặng k có shh là biến chứng rồi nên chỗ "chưa biến chứng" là bị dư.

Copd do hút thuốc là cũng không nên ghi vì hút thuốc lá ở đây là yt phơi nhiễm, yt nguy cơ, k phải là mlq kiểu nguyên nhân hậu quả.

Có ghi nhận là bn nhập viện cách đây 10 ngày vừa mới xuất viện hai ngày thì đsbn là vp cộng đồng, có nên đpbn với vp bệnh viện k? chỉ được ghi một trong hai cái thôi, k ai ghi vp cộng đồng đpbn với vp bv hết trơn. Làm cls xong vẫn k biết được là vp cộng đồng hay vp

bệnh viện cho nên để luôn là vp cũ nhưng trong biện luận phải để là bn có nguy cơ bị nhiễm những tác nhân kháng thuốc như mrsa, pseudomonas, gram âm kháng thuốc. vp cũ có xét tới yt nhiễm tác nhân đa kháng. Ca này k phù hợp vs tiêu chuẩn vp bệnh viện, vp bệnh viện xuất hiện sau 48h nv,... ca này là vp cộng đồng có yt nhiễm tác nhân đa kháng thôi.

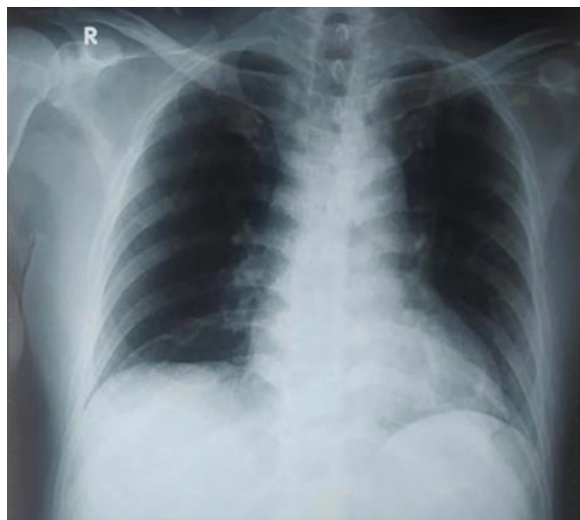
Sốt có hai nhóm, Dựa vào tính chất của của sốt. có sốt cao k, có kèm lạnh run k, có cấp tính k, từng cơn hay liên tục, trc kèm theo?

- Nhiễm trùng
- K do nhiễm trùng

Ví dụ như một trường hợp sốt do nhiễm trùng, bn sốt cao, lạnh run, cấp tính dưới một tuần, kèm theo ho khạc đàm, có khó thở -> có nhiễm trùng rõ ràng.

Trong ca này, nghĩ nhiều là sốt do nhiễm trùng vì sốt cấp tính, sốt 38,5 độ c, sốt liên tục, có triệu chứng gợi ý nhiễm trùng đường hh là ho khạc đàm với mức độ đàm tăng, khó thở nặng.

Tại sao sốt do nhiễm trùng ho khạc đàm trắng trong? Thường nhiễm trùng có đàm vàng đục, đàm trong khi nhiễm siêu vi. Bn này k có vẻ mặt nhiễm trùng. Nhóm nhiễm trùng có thể gồm vk, virus, nấm,... ca này nghĩ nhiều sốt do virus do đàm trắng trong, k có vẻ mặt nhiễm trùng nhưng có ran nổ cũng gợi ý vp do vk. Nhiều khi ran nổ là ran của bệnh phổi nền trên bn này rồi chứ k phải ran của bệnh cấp tính nữa.



4 tiêu chuẩn kt

- Xquang tư thế nằm do xương bả vai chưa tách ra khỏi phế trường. k có bóng hơi dạ dày k có nghĩa là tư thế nằm. dựa vào chữ â nữa.
- Đầu xương đòn trái gần mỏm gai hơn nên phim này xoay phải
- Ca này hít đủ sâu do thấy 9 cung sườn sau
- Tia mềm

Có tổn thương phổi

- Đám mờ k đồng nhất ở 1/3 dưới trái là sai do phim này còn có bóng tim, thành ngực

dày, cường độ tia mềm, xoay phải nên bên phải sáng hơn bên trái. góc sườn hoành bên trái vẽ được, vẽ được bờ tim, vẽ được vòm hoành trái nên k có tổn thương nằm ở chỗ này.

- Phế trường hơi tăng sáng nên có thể hơi ứ khí. Có thể có kpt nổi trội trên cái phim này
- K thấy tổn thương nào khác
 - ⇒ Chẩn đoán viêm phổi phải coi lại, có thể nhiễm siêu vi thôi

Ca này bc vào k tăng nhưng có tăng crp (17.6) trên 5 gọi là tăng trên 50 mới nghĩ là nhiễm trùng thôi, 50-100 mới nghĩ nhiều. bn này có thể là nhiễm siêu vi của đường hh.

Tiêu chuẩn hàng đầu để vp là xquang.

Copd phải trả lời những câu hỏi sau:

- Thứ nhất là bn có đang vào đợt cấp copd k? nếu thực sự là đợt cấp thì sẽ phân mức độ nặng, nhẹ, tb dựa theo tam chứng của ông anthonisen. Mức độ của đợt cấp phải coi yt thúc đẩy của đợt cấp. bên cạnh đó phải đánh giá biến chứng của đợt cấp.
 - Phải cho thấy bn có nền copd. sau đó mới xem là bn có vào đợt cấp chưa dựa vào trc tăng nặng. trc tăng nặng phải loại trừ những cơ pb.
 - Vậy ca này là hen hay copd? copd.
 - thứ nhất là tiền căn là cơ copd, bệnh sử của ca này phù hợp với cơ copd trước đó. Nhưng lấy chẩn đoán trước đó để nói ca này có copd là điều tối kỵ
 - Bn có ho khạc đàm mạn, thường vào buổi sáng. Bn hen có khạc đàm mạn k? có. Biểu hiện mạn tính của hen là ho, khò khè, khó thở, nặng ngực.

- bn có tình trạng khó thở khi gắng sức, tăng dần theo thời gian. Hen có khó thở khi gắng sức k? có, gắng sức là yt lên cơn của bn hen.
- có tc tiếp xúc khói thuốc lá 50 gói – năm. Bn được hút thuốc lá k? được.
- khởi phát bl này là sau 40 tuổi. bn có khởi phát trc cách đây 42 năm lúc đó bn 20 tuổi thì làm sao gọi là lớn được. khó thở 42 năm trước k tương hợp với đợt khó thở mười mấy năm trở về đây. Khó thở 42 năm trước là khó thở kèm nặng ngực, sau khi tiếp xúc dị nguyên. Khó thở gần đây là khó thở mạn, dai dẳng, duy trì và nặng dần theo thời gian. Nhưng cũng có thể là do bệnh nó tiến triển.

⇒ tóm lại ca này không loại trừ được hen nên mới để là hen kèm aco. Aco có nghĩa là nền bn vẫn có hen, hen diễn tiến nặng lên, thứ hai là bn có yt khác khiến bệnh phổi diễn tiến thêm, như là hút thuốc lá làm phổi bn biến đổi theo kiểu tắc nghẽn k hồi phục.

slb của hen khác copd điểm nào? Slb hen là tắc nghẽn có hồi phục, copd là tắc nghẽn k hồi phục hoàn toàn. Nên hen là khó thở cơn còn copd là khó thở mạn. hen là ho khạc đàm mạn, xuất hiện từng lúc, copd ho khạc đàm kéo dài. Trên người hen vẫn có thể tiến triển đến mức tắc nghẽn k hồi phục. bn có copd cơ địa hen điều trị khác so với copd đơn thuần trong việc đư với

corticoid đường hít. Chỉ định corticoid đường hít trong điều trị duy trì copd khi nào? Khi bn có yt hen.

- đợt cấp copd này bn có tình trạng khó thở tăng, đàm tăng hơn bình thường, chưa ghi nhận đàm có đổi màu. Trước đó bn có đau nhức cơ, sốt 38,5 độ, liên tục có thể là nhiễm siêu vi đường hh trên. Yt thúc đẩy trong ca này có thể là nhiễm siêu vi đường hh trên.
- Bệnh nền của copd. Bệnh nền nhóm gì: A, B, C, D? biến chứng mãn là gì? Bl đi kèm của copd?

Khi cũ đvs hen thì cũng như cũ đợt cấp copd: có cơn hen k, mức độ nặng cơn hen, yt thúc đẩy, nền hen được kiểm soát duy trì ntn, nền hen bậc mấy,...

Một bn ntn thì nghĩ có hen? Có tc gđ bị hen, trc xuất hiện từ lúc trẻ, đặc điểm dị ứng, đặc điểm bl đi kèm như viêm mũi dị ứng, chàm, mề đay, khởi phát, xuất hiện trc có thay đổi theo tg k.

Đợt cấp điều trị ntn

- Oxy trong shh
- Ks do vi trùng
- Corticoid cho mức độ tb – nặng
- Dẫn pq thì cho khí dung