

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Thầy Phúc sửa 26/2/19

I. Hành chính

Tên: Trần Văn V.

Tuổi: 73t (1946)

Giới: Nam

Nghề nghiệp: thợ hồ

Địa chỉ: 9/3 Khu phố 15, Phường Tân Hòa, TP Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai

Ngày nhập viện: 14h ngày 19/2/2019

Số giường: 32, Phòng: 405, Khoa Nội E, BV NDGD

Số vào viện: 19.013753

II. Lý do nhập viện:

III. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân ho, thỉnh thoảng có đàm trắng trong, ho không thay đổi theo tư thế kèm hay ớn lạnh về buổi chiều
NTHH trên maybee do siêu vi, hỏi thêm trch nhiễm siêu vi: hắt hơi, sổ mũi,...Sau 6d, siêu vi gây giảm miễn dịch → bội nhiễm vk.
- Cách nhập viện 4 ngày. Bệnh nhân sốt cao, không rõ nhiệt độ, lạnh run, vã mồ hôi, ~~đáp ứng với thuốc hạ sốt~~ **không ghi do ldnv là sốt mà.** Bệnh nhân ho với tính chất tương tự tăng lên kèm nặng ngực và khó thở 2 thì khi ho, hết ho thì hết nặng ngực, hết khó thở. Bệnh nhân tự mua thuốc uống thấy không giảm, các triệu chứng ngày càng tăng nên đi khám ở Medic Hòa Hảo, được chụp XQuang ngực thẳng, không rõ chân đoán → nhập viện BVNDGD
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, sụt cân không rõ, không đau ngực, không đau đầu, không nôn ói, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong, 1 lít/ngày, tiểu phân vàng đóng khuôn 1-2 ngày/ 1 lần.
- Tình trạng lúc nhập viện:
 - Tỉnh , tiếp xúc tốt.
 - Mạch: 110 l/phút
 - Huyết áp: 100/60 mmHg
 - Hô hấp: 20 l/phút
 - Nhiệt độ: 39,5oC
 - SpO2 91% khí trời
 - Ran nổ đáy phổi P
- Diễn tiến sau nhập viện:
- Sau nhập viện 5 ngày, bệnh nhân còn sốt 38-38,5oC, 2 cử/ ngày, ho, nặng ngực và khó thở không giảm

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

a. Nội khoa

- Khoảng 1 năm nay, Bệnh nhân thấy hay khó thở khi làm việc nặng, giới hạn gắng sức, bệnh nhân đi bộ lên dốc thì thấy mệt phải ngồi để nghỉ. **Khám??**
- **Hỏi thêm: đau ngực, KT khi nằm/KT lúc đêm, hay ho khạc đàm trọc giờ → cho trich âm tính vô.**
- Trong 90 ngày gần đây không nằm viện, không dùng kháng sinh.
- Chưa ghi nhận tiền căn lao, bệnh phổi mạn
- Không ho khạc đàm mạn.
- Không ghi nhận bệnh lý THA, ĐTĐ, bệnh lý tim mạch

b. Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn ngoại khoa

c. Thói quen-dị ứng

- Rượu: thỉnh thoảng
- Thuốc lá: 50 gói/năm, còn hút thuốc cho tới đợt bệnh này.
- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, hiện không đang dùng thuốc.

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận bệnh lý lao, bệnh phổi mạn, ung thư phổi.

V. Lược qua cơ quan:

- Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực.
- Hô hấp: sốt, khó thở, ho đàm, nặng ngực
- Tiêu hóa: Không đau bụng, không nôn ói, đi tiêu phân vàng đóng khuôn
- Tiết niệu: Tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng #1l/ ngày
- Thần kinh- cơ xương khớp: không đau đầu, không chóng mặt, không đau khớp

VI. Khám: (7h, ngày 25/2/2019, sau nhập viện 5 ngày)

1. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu:
 - Mạch: 86 lần/phút
 - Huyết áp: 90/60 mmHg
 - Hô hấp: 24 lần/phút, SpO₂ = 89% khí trời
 - Nhiệt độ: 38°C
- CRT < 2s, chi ấm, mạch quay đều rõ
- Chiều cao 1,65m, Cân nặng 45 kg → BMI = 16,5 kg/m² → thể trạng gầy
- Không phù, không xuất huyết,
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng

- Môi khô, lưỡi dơ
- Khí quản không lệch.
- Tuyến mang tai, tuyến giáp không to.

3. Ngực:.

- Lòng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở.
COPD mà lòng ngực cân đối? KLS có dẫn rộng?
- Không tuần hoàn bàng hệ., không sẹo mổ cũ
- Không co kéo cơ hô hấp phụ.

❖ Tim:

- Mỏm tim khoang liên sườn V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm
- Không dấu nảy trước ngực , không ổ đập bất thường, Hardzer(-)
- T1,T2 đều, tần số 86l/phút ,không âm thổi.

❖ Phổi:

- Ran nổ đáy phổi P
- Âm phế bào giảm $P < T$
- Rung thanh đều 2 bên phổi
- Gõ ~~trong~~ **vang** 2 phổi

4. Bụng:

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở
- Không sẹo mổ cũ, không vết rạn da, không xuất huyết dưới da, không dấu rắn bò.
- Không tuần hoàn bàng hệ.
- Nhu động ruột: 6 lần/phút, không âm thổi.
- Gõ trong khắp bụng.
- Bụng mềm, không có điểm đau khu trú.
- Gan: bờ trên KLS5, bờ dưới không sờ chạm
- Lách: không sờ chạm.
- Thận: chạm thận (-)

5. Thần kinh, cơ, xương, khớp:

- Cổ mềm, không có dấu thần kinh khu trú.
- Không sưng, nóng, đỏ, đau khớp, không giới hạn vận động

VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam , 73 tuổi, nhập viện vì sốt +ho . Bệnh 10 ngày, có các bất thường sau.

TCCN:

- Sốt cao, lạnh run
\$NT: cấp, rầm rộ
\$ Nhiễm lao: bán cấp, nhẹ
- Ho đàm trắng
Đàm hôi vàng xanh là NTrung, nếu bn không khạc dc đàm thì ghi nhận, không chế.
- Nặng ngực

- Khó thở
- ~~Ớn lạnh về chiều~~
Giống sốt cao lạnh run rồi
- Ăn uống kém, sụt cân

TCTT

- Sinh hiệu lúc NV: Mạch 110l/phút, Nhiệt độ 39,5°C, Nhịp thở 20l/phút, HA 110/70mmHg, SpO2 91% khí trời
- Sinh hiệu lúc khám: Mạch 86l/phút, Nhiệt độ 38°C, Nhịp thở 24l/phút, HA 90/60mmHg, SpO2 89% khí trời
- Vết mặt nhiễm trùng
- Ràn nổ đáy phổi P
- Âm phế bào giảm P < T
- Rung thanh đều 2 bên phổi
- Gõ vang 2 bên phổi

Tiền căn:

- Hút Thuốc lá: 50 gói năm
- Khó thở mạn khi gắng sức → là bệnh lý, not sinh lý ngar. Thấy mệt khi gắng sức phải so với dân số chung xem là bình thường or bất thường

VIII. Đặt vấn đề: đặt 3-4 vd thoy, thầy không thix đặt nhieu, trch nên lấy ở lúc NV cho nó “fresh”, tránh nhieu.

1. Suy hô hấp cấp
2. HC nhiễm trùng hô hấp dưới.
3. ~~HC ứ khí phế nang~~ **trùng khó thở mạn ở tiền căn**
4. ~~Kém đáp ứng điều trị~~ **nói không chủ ngữ =)))**
5. Tiền căn: Hút thuốc lá, khó thở mạn, **suy kiệt**

IX. Chẩn đoán

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phổi cộng đồng, mức độ nặng, kém đáp ứng điều trị, biến chứng suy hô hấp, theo dõi nhiễm trùng huyết- Theo dõi COPD/ **Suy kiệt**

Chẩn đoán phân biệt:

- 1) Lao phổi bội nhiễm, biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết –Theo dõi COPD/ **Suy kiệt**
- 2) Áp xe phổi, biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết- Theo dõi COPD / **Suy kiệt**
- 3) **Đợt cấp**

XI. Biện luận

BN có nền mạn thì phải BL nền mạn trc (thầy Phúc's style).

BN này phải BL khó thở mạn 1y, phải đi chẩn đoán bệnh nền, hỏi thêm các tiền căn tim, phổi.

Sau đó BL vấn đề \$NTHH dưới trc SHH cấp (thầy Phúc *saccade*)

- KT 1 năm: COPD (trch khác: ho khạc đàm, \$UKPN, HTL); suy tim T
- SHH cấp: Phổi (aeCOPD, Hen, PE,...), Tim (suy tim cấp,...) không dc bỏ sót ng nhân tim

1. Suy hô hấp cấp/Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới → không BL 1 nùì kiểu vậy.

BN khó thở, thở nhanh 24l/ph, SpO2 89% khí trời nghĩ BN có suy hô hấp
BN sốt >39,5 độ C ,lạnh run, nhịp thở 20 l/ph, mạch 110 l/ph, kèm ho đàm, khám phổi có ran nổ. Sau khi đã loại trừ các ổ nhiễm trùng khác thì nghĩ BN có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới.

Suy hô hấp/ hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, nghĩ tới những nguyên nhân:

- Viêm phổi :ngĩ nhiều vì bệnh nhân có ho đàm, có hội chứng nhiễm trùng, ran nổ đáy phổi (P).
- Áp xe phổi: ít nghĩ, mặc dù bệnh nhân có sốt lạnh run, vẻ mặt nhiễm trùng, tể trạng gầy, ăn uống kém, sụt cân, nhưng bệnh nhân không có đau ngực kiểu màng phổi, không ho ọc đàm mủ, máu hôi thối, không cơ địa nhiễm trùng răng miệng, không có tiền căn nghiện rượu, hôn mê, động kinh, khám không có hội chứng đông đặc, hội chứng hang
- Lao phổi: nghĩ nhiều. Bệnh nhân có ớn lạnh về chiều, ăn uống kém, sụt cân, bệnh điều trị 5 ngày kém đáp ứng, Việt Nam là vùng dịch tể của lao. Tuy nhiên lao phổi thường sốt nhẹ, có thể đợt bệnh này sốt cao, kèm suy hô hấp → lao phổi kèm bội nhiễm
- Dẫn phế quản bội nhiễm: không nghĩ, vì DPQ thường ho đàm mủ hay ho ra máu BN có tiền căn nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại. trên BN này không có các yếu tố kể trên nên không nghĩ → **Tiền căn không ghi nhận nên ls không thấy, khỏi BL**
- Viêm phế quản cấp: VPQC bệnh nhân thường khởi phát với triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên, ho khan -> ho khạc đàm, bệnh thường tự giới hạn, tuy nhiên ở bệnh nhân này diễn tiến lâm sàng không phù hợp **thầy hỏi không phù hợp gì vì ran nổ có thể là VPQ**

❖ Biện luận Viêm phổi:

1. Có VP không?
2. CAP or HAP
3. Nguyên nhân (dựa vào tác nhân thường gặp mỗi loại vp, không BL kiểu thấy đàm xanh nghĩ pseudo, vàng nghĩ Kleb, rỉ sét nghĩ Phế cầu,...cái này nói chơi, gv hỏi thì trả lời hoy)

4. Mức độ: Thi chỉ cần nhớ CURB 65, VPBV không cần bước này vì đã mang ý nghĩa nặng. Bn này có SHH rồi thì nghĩ TB- nặng/nặng even CURB65 và PSI không nặng :v

5. Biến chứng

6. Bệnh kèm

BN chưa từng nhập viện hay trung tâm chăm sóc y tế trước đây, không dung kháng sinh trước đợt bệnh, không lọc máu, chăm sóc vết thương, truyền dịch trước đợt bệnh, không sử dụng corticoid dài ngày → viêm phổi cộng đồng

Mức độ trung bình CURB-65

+ Nam 73t

+HATT<90

Biến chứng

+Tại phổi:

1. Suy hô hấp: đã biện luận

2. Áp xe phổi: ít nghĩ

3. Tràn dịch, tràn mủ màng phổi: không nghĩ do BN không đau ngực kiểu màng phổi, khám không thấy hội chứng 3 giảm

+Ngoài phổi: **Shock NT = NT huyết + HA cần vận mạch + tăng Lactat máu**

1. Sốc nhiễm trùng: HA bệnh nhân xu hướng giảm còn 90/60mmHg, mạch không nhanh, CRT<2s, chi ấm nên không nghĩ

2. Nhiễm trùng huyết: BN thở 24l/ph, HATT90mmHg, vẫn còn sốt sau 5 ngày điều trị → theo dõi

NTH = ổ NT + suy cơ quan (SOFA ≥ 2đ, qSOFA trc, nếu thỏa tính típ SOFA vì qSOFA chỉ tầm soát, không có cơ quan ở trống)

Ý nghĩa của SOFA: Suy cơ quan do NT

VP bch SHH mà ghi thim NTH thì hơi “tế nhị” do bị trùng lặp → nên tèm tèm NTH lại, không nói ra =))))

2. Viêm phổi kém đáp ứng điều trị

Sau 5 ngày điều trị, bệnh nhân vẫn còn sốt, ho, khó thở không giảm, SpO2 tụt 91→89% , bệnh nhân thở nhanh hơn, huyết áp có xu hướng giảm → nghĩ kém đáp ứng điều trị, có thể do

- Không đúng tác nhân: lao phổi, viêm phổi siêu vi (biện luận ở trên)
- Kháng thuốc
- Viêm phổi có biến chứng: áp xe phổi, Nhiễm trùng huyết (biện luận ở trên)
- Bệnh đồng mắc: TD COPD
- Ổ nhiễm trùng khác: lâm sàng không ghi nhận

3. Hội chứng ứ khí phế nang:

Bệnh nhân có khó thở 2 thì, khám thấy âm phế bào giảm 2 bên, gõ vang 2 bên → nghĩ có hội chứng ứ khí phế nang. Nguyên nhân

-Tràn khí màng phổi: BN không khó thở đột ngột, không đau ngực, không dấu lẹp bẹp dưới da, khí quản không lệch → không nghĩ

- Hen: Bệnh nhân không ghi nhận tiền căn hen, tiền căn dị ứng, tiền khám không có ran tắc nghẽn ngoài đợt bệnh này bệnh nhân vẫn có khó thở khi gắng sức → không nghĩ

-COPD: bệnh nhân HTL 50 gói. Năm, 1 năm gần đây có khó thở tăng dần, giới hạn gắng sức, mặc dù khám phổi không thấy hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới nhưng không loại trừ → theo dõi COPD. **LS chưa ổn nên không làm HHK**

XII. Đề nghị cận lâm sàng:

Chẩn đoán:

XQuang ngực thẳng, Công thức máu, CRP, Procalcitonin, đàm (cấy, nhuộm gram, AFB), cấy máu, **KMĐM**

Thường quy:

AST, ALT, ure máu, creatinin máu, glucose máu, TPTNT, ECG

XIII. Kết quả cận lâm sàng

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* *WBC	16.85	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	81.7	(40.0-77.0) %
Lym %	6.3	(16.0-44.0) %
Mono %	10.8	(0-10) %
Eos %	0.8	(0.00-7.00) %
Baso %	0.4	(0.0-1.0) %
IG %	0.9	(0.0-1.0) %
Neu	13.78	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	1.06	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	1.82	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.13	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.06	(0.0-0.1) K/ μ l
IG#	0.16	0.0-0.1K/mL
**RBC	3.88	(3.9-5.4) T/L
Hgb	120	(125-145)g/l

Hct	0.353	(0.350-0.470) L/l
MCV	91.0	(80-100) fL
MCH	30.9	(26.0-34.0) pg
MCHC	340	(310-360) g/L
RDW	14.1	(9.0-16.0) %CV
**PLT	469	(150-400) Giga/L
MPV	9.4	

1. Công thức máu (19/02/2019)

Bạch cầu máu tăng (16.85K), ưu thế Neutrophil gợi ý nhiễm trùng → Phù hợp với chẩn đoán viêm phổi

Hồng cầu trong giới hạn bình thường

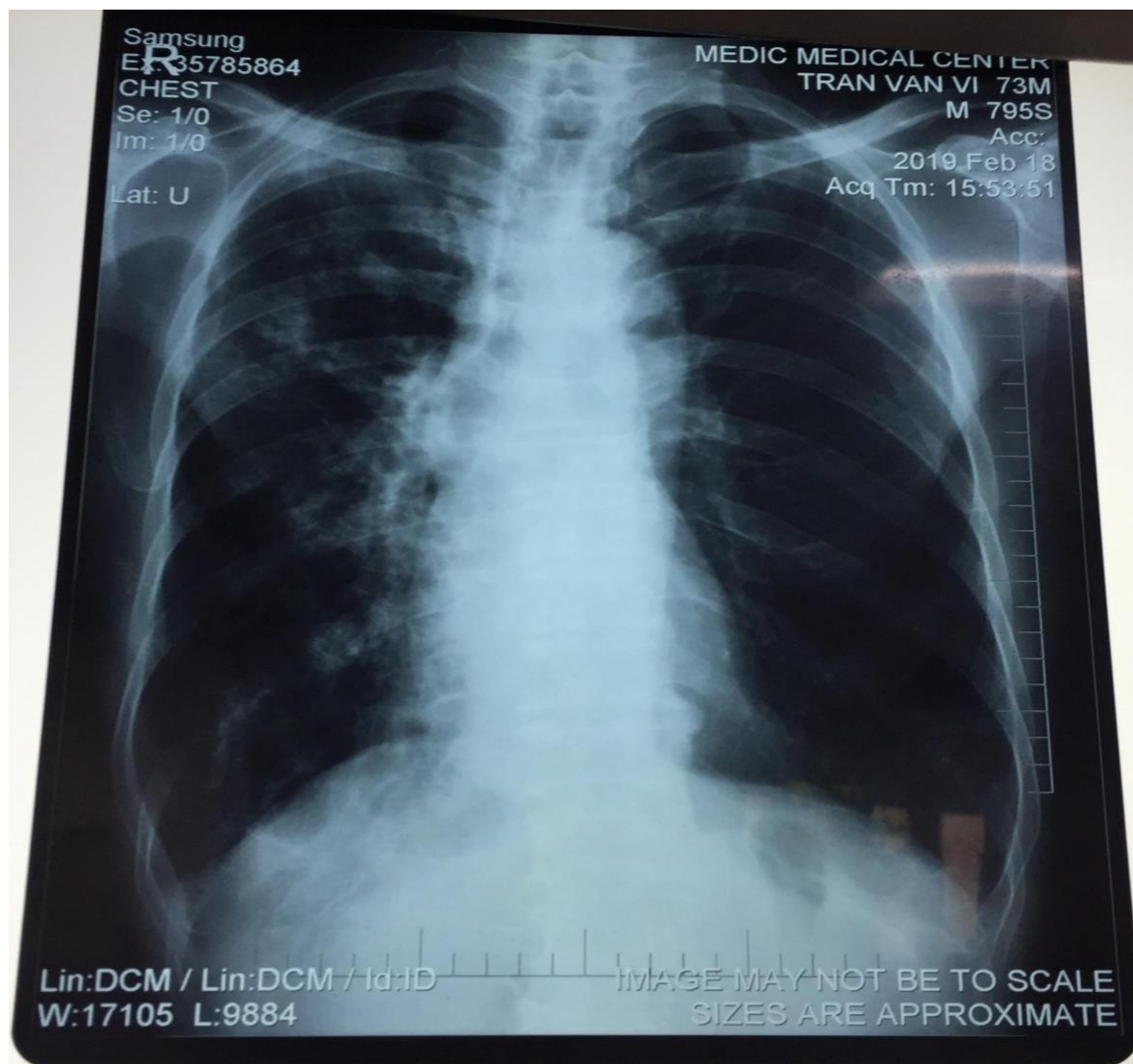
Tiểu cầu tăng nhẹ (469) gợi ý tăng do phản ứng

2. CRP (19/02/2019)

CRP : **166.03** mg/L

Biện luận: CRP máu cao phù hợp đang có phản ứng viêm

3. XQ ngực thẳng (18/02/2019)



Không rõ thâm nhiễm phổi → nghĩa aeCOPD, hen.

Ca này có thể cần CT-ngực.

KQ CT:

- Có viêm phổi
- Copd

Biện luận:

Bệnh nhân hít đủ sâu, phim chụp tư thế đứng

Xương và mô mềm chưa ghi nhận bất thường

Màng phổi: không tràn khí, không tràn dịch

Không thấy hình ảnh mực nước hơi, hình ảnh hang

Tổn thương tăng đậm độ $\frac{1}{2}$ trên phổi P, góc tâm hoành P, giới hạn không rõ, không co kéo trung thất, không xóa bờ tim → Gợi ý viêm phổi # lao phổi

Hình ảnh giảm đậm độ 2 đáy phổi, đẩy vòm hoành dẹt, bóng tim bị ép lại → ứ khí phế nang gợi ý khí phế thũng

4. Khí máu ĐM (22/02/2019)

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG
pH	<u>7.48</u>	7.35 – 7.45
PaCO ₂	34.6	35 – 45 mmHg
PaO ₂	<u>68</u>	> 80 mmHg
Hct	39	%
Temp	38.0	oC
Hb	12.7	g/dL
cHCO ₃	26.8	mmol/L
cBase	2.8	mmol/L
ctCO ₂ (B)	22.6	mmol/L
ctCO ₂ (P)	26.6	mmol/L
Anion Gap	12.3	mmol/L
Anion Gap (K)	<u>15.7</u>	mmol/l
pO ₂ (A)	107	mmHg

pO ₂ (A-a)	<u>39</u>	mmHg
pO ₂ (a/A)	<u>63.9</u>	%
sO ₂	94.7	%
ctO ₂	16.8	Vol%
FO ₂	<u>21</u>	%
RI	<u>56.6</u>	%
cNa	136	mmol/L
cK	3.42	mmol/L
cCa ⁺⁺	<u>1.09</u>	mmol/L
cCl	98	mmol/L
cLac	1.6	mmol/L

Biện luận:

PaO₂: 68 mmHg (FiO₂ 21%) → BN có giảm oxy máu mức độ nhẹ

PàO₂/FiO₂=323→ không tổn thương phổi cấp

AaDPO₂ = 39 > 20 mmHg → phù hợp với giảm O₂ máu do nguyên nhân tại phổi ở case này

pH: 7,48 và HCO₃: 26,8, PaCO₂ 34,6 → Kiềm hô hấp

ΔpH/ΔPaCO₂ =0.08/5,4=0,014→ kiềm chuyển hóa phổi hợp

5. Sinh hóa máu (19/02/2019)

Urea	4.3	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	70.9	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 μmol/L
eGFR (MDRD4)	100.54	0-5 mg/L
Glucose	7.19	3.9-6.1 mmol/l
Cholesterol	4.83	3.9-5.2 mmol/L
Na	134.5	135-145 mmol/L
K	3.61	3.5-5.0 mmol/L
Cl	101.6	97-111mmol/L
AST	111.3	≤37 U/L
ALT	58.6	≤41 U/L
AST (23/02)	141.7	≤37 U/L
ALT (23/02)	101.4	≤41 U/L

Biện luận:

Đường huyết tĩnh mạch tăng, cần làm lại đường huyết đói hoặc HbA1c để loại trừ ĐTĐ
Ion đồ trong giới hạn bình thường

Men gan tăng nhẹ $<300\text{U/L}$, $\text{AST/ALT} > 1$, nghi ngờ nhiều

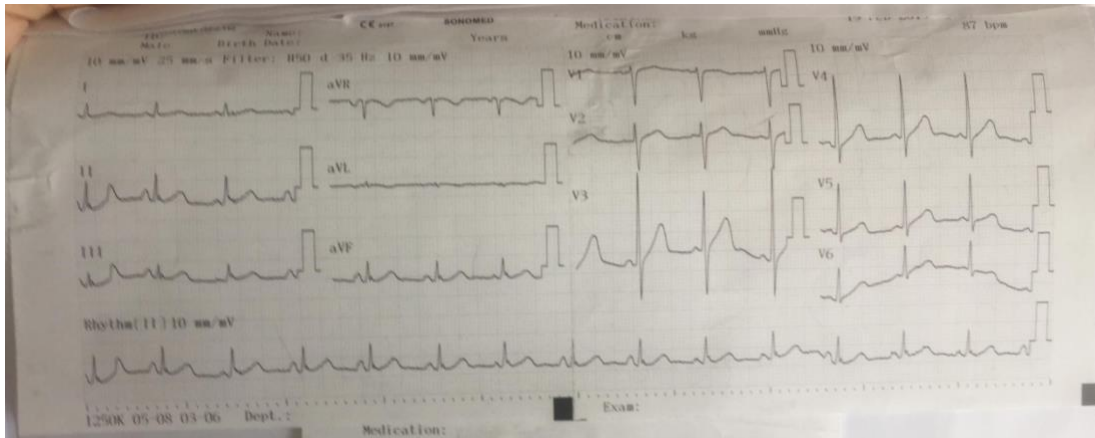
-Viêm gan do rượu: không uống rượu, bia, chất có cồn

-Xơ gan: không có hội chứng Suy TBG, TALTMC \rightarrow SAB

Gan nhiễm mỡ cũng có thể gây tăng men gan

\rightarrow xét nghiệm lại men gan

7. ECG (19/02/2019)



Biện luận:

ECG chưa ghi nhận bất thường

Nhịp xoang, tần số 86 lần/phút

Trục trung gian

Sóng P bình thường

Khoảng PR bình thường

QRS:

Không lớn thất T và thất P theo tiêu chuẩn Sokolov-Lyon

$QTc = 0,4 (<0,44)$

ST không chênh

KL: ECG trong giới hạn bình thường

8. Siêu âm bụng (22/02/2019)

***GAN VÀ HỆ MẬT:**

Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn

Túi mật thành không dày, lòng có nhiều sỏi $d_{\max} \# 5\text{mm}$

***TỤY:** Không to, cấu trúc đồng nhất

***LÁCH:** Không to, cấu trúc đồng nhất

***THẬN: (P)/(T):** không sỏi, không ứ nước, chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm

*BÀNG QUANG: Ít nước tiểu

*TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to

*BẤT THƯỜNG KHÁC

Không dịch ổ bụng

Không dịch màng phổi 2 bên

Kết luận: Sỏi túi mật

Biện luận:

Chưa phát hiện nguyên nhân gây tăng men gan

9. Miễn dịch (21/02/2019)

HbsAg miễn dịch tự động: âm tính

Anti HAV-IgM miễn dịch tự động: âm tính

Anti HCV miễn dịch tự động: âm tính

Biện luận:

Không gợi ý nguyên nhân tăng men gan do viêm gan siêu vi, xơ gan

10. Tổng phân tích nước tiểu (19/02/2019)

Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
Ery	Negative	Negative, ≤ 10 Ery/ μ l
Urobilinogen	3.2	Normal, ≤ 17 μ mol/L
Bilirubin	Negative	Negative, < 3.4 μ mol/L
Nitrite	Negative	
Ketones	Negative	Negative, < 0.5 mmol/L
Protein	Negative	Negative, < 0.1 g/L
Glucose	Negative	Normal, < 1.7 mmol/L
pH	6.5	4.8-7.5
SG (tỷ trọng)	1.010	1.000-1.025
Leukocytes	Negative	Negative, < 10 Leu/ μ L
Color	Yellow	

Biện luận: TPTNT chưa ghi nhận bất thường

XIV. Chẩn đoán xác định

Viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình theo CURB-65, kém đáp ứng điều trị, theo dõi nhiễm trùng huyết-Theo dõi COPD- Tăng men gan ~~CRNN~~ không ghi trong cdxđ

BN nv rời về nhà bị VP thì vẫn là VPCĐ nhưng tác nhân nghĩ kháng thuốc

Lao phổi, bội nhiễm, theo dõi Nhiễm trùng huyết-Theo dõi COPD-Tăng men gan CRNN

XV. Điều trị

1. Điều trị lúc nhập viện

-Nhập khoa hô hấp

- Kháng sinh tĩnh mạch

Ceftriazone 1g/ 1 lọ x 2 (TTM)

Clarithromycine 0,5g, 2v (u)

-Hạ sốt

Paracetamol 500mg , 1v x 4 (u) khi sốt

-Giảm ho, loãng đàm

Acetylcystein 0,2g ,1 gói x 2 (u)

-Dẫn phế quản

Ventolin 5mg +NaCl 0,9% đủ 5ml PKD 4 cử

- Thuốc DPQ cứ vô tư đy

- Cort thì hơi phân vân xiu

KHÁNG SINH: Mức độ nặng (có SHH)

- không dùng Ceftriazone, ceftazidime

- dùng KS mạnh ngay lúc NV rồi mới xuống thang

- Nếu BK (+) mà bệnh cảnh rầm rộ thì vẫn dùng KS mạnh kèm kháng lao (ưu tiên trị VP hơn vì bệnh cấp)

- Dùng Carbapenem + FQ (dùng ngăn ngừa, sợ chết hơn sợ lao!)/Macrolide thể hệ mới +- Vanco phủ gram +

- Lên thang nên dùng carbapenem, không đổi C3 → C4 do cũng tương đương (fyi khoa HH không có C4)

- Sau 48-72h đánh giá lại có đáp ứng dtri ban đầu.

2.Điều trị hiện tại

-Xin khẩn kết quả vi khuẩn học đàm ,máu, điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ

-Làm lại Công thức máu, CRP, Xquang ngực thẳng

Điều trị cấp cứu

- A: NKQ không cần

- B: Xem các chỉ định thở máy, o2 này kia

XVI. Tiên lượng

Bệnh nhân viêm phổi kém đáp ứng điều trị , theo dõi bệnh phổi mạn là COPD → tiên lượng nặng