

# BỆNH ÁN NỘI HÔ HẤP

**Thầy Bảo sửa – 20/3/2019**

## I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên BN: Nguyễn Phú Giang Nam Tuổi 67  
Nghề nghiệp: Thầu xây dựng đã nghỉ hưu.  
Địa chỉ: Gò Vấp, Tp.HCM.  
Ngày giờ nhập viện 23h45 ngày 7/3/2019.  
Khoa cấp cứu BV NDGD.

## II. LÝ DO NHẬP VIỆN Khó thở.

## III. BỆNH SỬ

**Hỏi thêm bn j?**

- Lần trc XV tình trạng bn ntn?: 1w trc bn đi khám ngoại trú chứ không NV → viết bệnh sử gây hiểu lầm là lần trc NV
- Nếu đi khám, hỏi: Đợt cấp bắt đầu từ khi nào, sau khi đi khám 1w hay 3d nay.
- Bệnh sử từ lúc nào? Nếu 1 tháng nay vẫn bnhiu trchung mà chỉ nặng lên thì bệnh sử 1w

**Câu hỏi thi**

- Với bệnh sử như vậy, chẩn đoán bn bị gì, vì sao? (2 đ). Tips: Bệnh sử viết ngắn gọn, để trả lời bung lụa, viết xong mới suy nghĩ sẽ bị hỏi j. Trả lời 3-5 phút không ê a. **HỎI TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**
  - Có COPD, không loại trừ được hen → phải nắm được các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh.
  - Phải nói với các vđe này e đoán copd vì...[các tiêu chuẩn] Ls + tiền căn + hô hấp ký cách đây 1w
  - Hen: Tiêu chuẩn LS + tiền căn + hô hấp ký. Ca này thấy trch nặng hơn thôi chứ không thay đổi theo tgian (vd sáng nháy múa còn đêm mệt khó thở) → làm tui nghĩ ca này có thể có yto hen kèm theo (phụ huy), không cđpb copd vs hen → phải cđpb bệnh lý tim mạch.
  - Nếu nói cđsb copd +/- hen (giải thích) được 1đ, cđpb tim 1đ
  - Cđsb: ca này có xì tai bán cấp =)) Vphoi, PE, nmct là bệnh cấp nên không đưa vào. Các bệnh đưa zô: Suy tim nặng lên. Lý do: LS có Ktho khi gắng sức, Kt về đêm. Tiêu chuẩn đoán stim: ...đọc
- Với các đoán này ACO SHH thì dùng cls j, mong chờ j (2đ)
  - Xquang ngực thẳng để tìm biến chứng TKMP, yt thúc đẩy nhiễm trùng (viêm phổi có thể không thấy trên ls mà chụp ra viêm tè le, nằm trong sâu nên không biểu hiện trên ls) trong AECOPD, xem cđpb suy tim lun
  - KMĐM: Giảm oxy máu và tăng co2 trong shh

- HHK: Làm sau đợt cấp 1-3 tháng để đoan lại chắc chắn, trog đợt cấp không làm do giá trị đoan không cao, nếu đo không thấy trog đợt cấp thì không phải copd.
- Công thức máu, CRP: xem có viêm (yttđ), đa hồng cầu
- ECG: Tâm phế mạn (phì đại thất P nhĩ P rl nhĩ), cđpb tim mạch
- SÂ tim, NT pro BNP: check stim
- Men tim: làm nếu sợ nmct/stim mạn
- Đọc CLS 2<sup>đ</sup>:
  - Hô hấp: HHK, KMDM, X quang, phân tích đmp có điểm chứ ê a crp này kia không tính điểm
  - Hô hấp ký: tiêu chuẩn chấp nhận (0,5<sup>đ</sup>), \$ tắc nghẽn: KHÔNG HỒI PHỤC (phải ghi nếu đọc cho copd) – mức độ - đáp ứng vs thuốc dpq, \$ hạn chế: có/không – mức độ. COPD dừng đại nói \$ hạn chế. Phân độ GOLD
  - Xquang: Tiêu chuẩn phim (chụp ntn, hít đủ sâu, tia (0,5<sup>đ</sup>) – sau đó đọc những cái mục tiêu của xquang hồi nãy (khí phế thũng, nhiễm trùng, ukpn, tkmp, bệnh tim) phải giải thích tiêu chuẩn ra.
  - KMDM: Xem tương thích bên trong or bên ngoài. Ptich oxy hoá máu: oxy, thông khí, co2; toan hoá: nếu bệnh ở icu hay thận
  - Khác: đọc cho zui không nhiều điểm, đọc sai ghét là bị trừ :v

BN mới được chẩn đoán COPD nhóm B bội nhiễm – BTTMCB – THA –GERD – Tăng sinh Tiền liệt tuyến – Chàm da 1 tuần trước nhập viện, đang điều trị ngoại trú với Symbicort, Berodual, Levofloxacin.

Ghi lại: Cách NV 1w, Bn đi khám ng trú...

Cách nhập viện 3 ngày, BN thấy khó thở về đêm (khoảng 23 giờ), không liên quan gắng sức, khó thở từ từ, tăng dần, khó thở 2 thì, thì thở ra khó hơn, ngồi giảm, BN xịt Berodual 2 lần, mỗi lần 2 nhát, cách nhau 15 phút thì giảm khó thở, ngủ lại được. Trước khó thở, BN không ho khan, không chảy nước mắt, nước mũi, không đau ngực. Triệu chứng tương tự với các ngày sau đó, BN tiếp tục xịt Berodual 2-3 lần có giảm nên không đi khám.

Đêm nhập viện BN khó thở với tính chất tương tự như trên nhưng mức độ nặng hơn, BN phải ngồi ôm gối, xịt Berodual 2 nhát x 3 cách 15 phút, khó thở không bớt, BN tím mặt, nói được từng chữ, nặng ngực nhiều→Nhập khoa cấp cứu BV NDGD.

Tình trạng lúc nhập khoa cấp cứu:

BN tỉnh, niêm hồng, tim đều, phổi ran rít, ngáy, co kéo cơ hô hấp phụ, bụng mềm. Sinh hiệu: Mạch 118 lần/ phút Nhịp thở 24 lần/phút HA 150/90mmHg T: 37oC SpO2: 86%

Trong quá trình bệnh BN không sốt, không phù, không đau ngực, không đau bụng, thường xuyên ho đàm trắng đục buổi sáng, không chảy nước mắt nước mũi, không hít sặc, ăn uống được, tiểu 3-4 lần/ngày nước tiểu vàng trong, tiêu phân vàng 1 lần/ngày.

#### IV. TIỀN CĂN

##### 1) Bản thân

##### a) Nội khoa

- 2 năm nay BN thường ho khạc đàm trắng đục buổi sáng, BN bắt đầu thấy mệt khi đi nhanh trên đường bằng, ngày càng tăng lên leo 1-2 tầng lầu thì mệt phải dừng lại nghỉ, bệnh nhân không đi khám bệnh hay điều trị gì.
  - **Phải ghi so vs ng cùng tuổi và 100m để phân độ 2,3**
  - 6 tháng nay, BN đi tiểu 3-4 lần/ngày, nước tiểu vàng trong, phải rặn khi đi tiểu. BN thường xuyên ợ hơi ợ chua; BN có 2 sang thương ở da lòng bàn chân kích thước 2 x 3 cm, ngứa nhiều.
  - Cách NV 1 tháng BN khó thở về đêm lúc đi ngủ #22-23h, khó thở khởi phát từ từ tăng dần, khó thở thì thở ra, bệnh nhân thấy mệt nhiều, nặng ngực, kèm ho khạc đàm trắng đục, khạc ra đàm thì khó thở giảm. Ban ngày BN không khó thở, sinh hoạt bình thường. Những ngày sau đó BN tiếp tục khó thở với tính chất tương tự, được người quen chỉ mua chai xịt Ventoline, trong 1 tháng dùng >2 chai 120 nhát.
  - **Trc đây 1m chưa bik bệnh copd → bỏ tiền căn copd, phải biện luận là đúng copd. Còn nếu đã cđoan copd sure thì lần này cđoan có phải đợt cấp không.**
  - **Tiền căn có chẩn đoán gộp ACO không? BTTCMB ở đâu sha?**
  - Cách NV 1 tuần BN vẫn còn khó thở nên đi khám ngoại trú BV NDGD được chẩn đoán: COPD nhóm B bội nhiễm – BTTCMB – THA –GERD – Tăng sinh Tiền liệt tuyến – Chàm da; Điều trị theo toa: **bỏ copd này ra để tự chẩn đoán, coi như bn mới vào lần đầu.**
  - **Nhét cái hô hấp ký 1w vô**  
Budesonide+Formoterol fumarate 25/250 **4,5/160** mcg(Symbicort) 2 nhát x 2 sáng-tối; Fenoterol+Ipratropium 50/20 mcg(Berodual) 2 nhát khi khó thở;  
Levofloxacin 500mg 1+1/2 viên sáng;  
Bromhexin 8mg 1 viên x 3 sáng – trưa – chiều;  
Lansoprazol 30mg 1 viên sáng;  
Nitroglycerin 2.6mg 1v x2 (u) S,C  
Alfuzosin 10mg 1v (u) T  
Ivabradin 7.5mg 1/2v x2(u) S,C **rl nhịp đầu sha? → hỏi thiếu sót.**
  - Chưa ghi nhận tiền căn hen, bệnh thận mạn, sỏi thận, nhiễm trùng tiểu trước đây.  
b) Ngoại khoa : Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.  
c) Thói quen-dị ứng
  - Hút thuốc lá từ năm 20 tuổi, 1-2 gói/ngày, đã bỏ 6 tháng nay, #60p.y. Rượu bia ít.
  - Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc trước đây.
- 2) Gia đình
- Cha bị hen ? **Bn 61 tuổi, cha bn ko đáng tin → phải hỏi ng còn sống, anh chị e ruột, con cái.** Mẹ và anh chị em, con cái chưa ghi nhận bệnh hen, COPD, ĐTD, THA.

## V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (10h ngày 09/03/2019).

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực.
- Hô hấp: còn khó thở ít, không ho khạc đàm.
- Tiêu hoá: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, lượng bình thường, rặn ít khi đi tiểu.
- Thần kinh – Cơ xương khớp: Không đau, không giới hạn vận động.

VI. KHÁM (10h ngày 09/03/2019) thầy nói phần này không tính nhiều điểm

1) Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu: Mạch: Nhịp thở 20l/p T:37oC HA 130/80
- Cao 1.58m Nặng 52kg BMI 20.8kg/m2 Thể trạng trung bình
- Nằm đầu bằng.
- Niêm hồng, kết mạc mắt không vàng. Niêm đỏ rực ở đa hồng cầu, tím của shh? Nhạt của thiếu máu? Không cần ghi Nm mắt vàng, viết dài dòng không kịp time
- Chi ấm, mạch quay rõ..
- Không xuất huyết dưới da, không phù.

2) Khám vùng

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối.
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch.

b. Lồng ngực

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ..
- Không lồng ngực hình thùng, khoang liên sườn không dẫn.
- Tim: mỏm tim KLS V, đường trung đòn T, diện đập 1x1cm2, không nảy mạnh. Tần số 70 l/ph T1T2 đều, rõ. Không âm thổi.
- Phổi: rung thanh đều 2 bên, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu chứng tỏ phổi khỏe lắm rồi, hô hấp kị tắc nghẽn nặng là không thể nghe như vậy dc hai phế trường, không rale.

c. Bụng

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở.
- NDR 6l/p, không âm thổi ĐM thận.
- Gõ trong khắp bụng.
- Không điểm đau khu trú.
- Gan lách không sờ chạm.
- Chạm thận (-), rung thận (-).

d. Thần kinh – cơ xương khớp

- Không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp.
- Cổ mềm.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nam, 67 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 4 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:  
Tím  
Khó thở  
Ho đàm trắng đục  
Nặng ngực
- TCTT

Sinh hiệu lúc NV: Mạch 118 lần/ phút      Nhịp thở 24 lần/phút    HA 150/90mmHg

T: 37°C    SpO<sub>2</sub>: 86%

Ran ngáy, ran rít 2 bên

Có kéo ít cơ hô hấp phụ

– Tiền căn

COPD nhóm B – BTTMCB – THA –GERD – Tăng sinh Tiền liệt tuyến – Chàm da

Cha bị hen.

Hút thuốc lá 60 p.y, đã bỏ 6 tháng

### VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1) Hội chứng suy hô hấp cấp

2) Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới

3) Tiền căn: COPD nhóm B – BTTMCB – THA –GERD – Tăng sinh Tiền liệt tuyến – Chàm da; Cha bị hen.

### IX. CHẨN ĐOÁN

✓ Sơ bộ: Đợt cấp ACO mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp/ ACO–BTTMCB – THA – GERD – Tăng sinh TLT – Chàm da .

✓ Phân biệt:

1. Suy tim cấp do NMCT/ ACO - BTTMCB – THA – Tăng sản TTL – Chàm da.

2. Viêm phổi biến chứng SHH cấp/ACO – BTTMCB - THA– Tăng sản TTL – Chàm da.

3. Thuyên tắc phổi biến chứng SHH cấp/ACO – BTTMCB - THA– Tăng sản TTL – Chàm da.

### X. BIỆN LUẬN

1) COPD nhóm B – BTTMCB – THA –GERD – Tăng sinh tiền liệt tuyến – Chàm da

- BN nam 67 tuổi, hút thuốc lá 60 p.y, tiền căn có ho khạc đàm và khó thở mạn tính, các nguyên nhân có thể có:

+COPD: BN ho khạc đàm mạn, khó thở khi gắng sức, hút thuốc lá nhiều, lớn tuổi→Phù hợp

+Hen phế quản: Triệu chứng khó thở 1 tháng nay xuất hiện vào ban đêm, có chàm da đi kèm, tiền căn cha mắc bệnh hen→Không loại được hen trên BN này.

→Đặc điểm lâm sàng, tiền căn phù hợp hen và COPD, dùng thuốc cắt cơn thường xuyên vẫn không kiểm soát được triệu chứng nên nghĩ bệnh cảnh này là ACO. Đề nghị kết hợp HHK để hỗ trợ chẩn đoán.

+Dẫn phế quản: Không nghĩ do BN không ho đàm mủ, không ho ra máu, không tiền căn lao phổi cũ.

+Suy tim: BN có khó thở khi gắng sức, mới được chẩn đoán BTTMCB, THA, tuy khám tim không ghi nhận bất thường nhưng không loại trừ→ECG, SA tim, NT-proBNP.

- BTTMCB – THA – GERD – Tăng sinh TTL – Chàm da: Đề nghị làm ECG, SA tim, NS dạ dày tá tràng, SA bụng để chẩn đoán.
- Biến chứng của ACO:

- + Suy hô hấp mạn: BN không có các triệu chứng của giảm oxy hay tăng CO<sub>2</sub> mạn như ngón tay dùi trống, tím trung ương, lơ mơ ngủ gà ngoài đợt cấp nhưng không loại trừ →KMĐM
- +Đa hồng cầu: bệnh nhân không có lòng bàn tay ửng đỏ, da mặt và vùng cổ ửng đỏ nhưng không loại trừ→CTM.
- +Tâm phế mạn: khám không thấy gan to, không tĩnh mạch cổ nổi, khám tim không thấy bất thường nên ít nghĩ đến biến chứng bệnh tâm phế. →ECG, SA tim, X quang ngực thẳng.
- +BC của dùng corticoid kéo dài: BN không có tái phân bố mỡ, teo chân tay, phì đại tuyến vú, mỏng da nên không nghĩ tới biến chứng do dùng corticoid.

- 2) Hội chứng suy hô hấp cấp + Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới  
BN tím, phải ngồi để thở, sinh hiệu nhập viện M 118 l/ph, NT 24 l/ph, SpO<sub>2</sub> 86%→Hội chứng SHH cấp→KMĐM.  
HC SHH cấp này nghĩ nhiều là hậu quả của HC tắc nghẽn hô hấp dưới. Nguyên nhân của hội chứng TNHHD trên BN này có thể:
- +ACO: Đợt cấp ACO nghĩ nhiều.
  - +Hen tim: Nằm trong bệnh cảnh suy tim cấp, không loại trừ được ở BN đã được chẩn đoán BTTCB-THA, hút thuốc lá, lớn tuổi→SA tim, NT-proBNP, ECG, hs troponin T.
  - +Đợt cấp dẫn phế quản: Không nghĩ do BN không có DPQ.
  - +Hít dị vật: Không nghĩ do BN không có tiền căn hít sặc, hội chứng xâm nhập. Nguyên nhân khác có thể gây SHH cấp ở BN:
  - +Suy tim cấp do NMCT hay THA cấp cứu: BN không đau ngực, khám tim không ghi nhận bất thường, khám phổi không có rale ẩm tuy nhiên không loại trừ →ECG, SA tim, hs Troponin T, NT-pro BNP.
  - +Viêm phổi: BN không sốt, khám phổi không có rale nổ nên ít nghĩ nhưng không loại trừ→CTM, CPR, X quang ngực thẳng
  - +Thuyên tắc phổi: Ít nghĩ do BN không có cơ địa bất động, không suy van tĩnh mạch hay huyết khối tĩnh mạch chi dưới, nhưng không loại trừ→D-dimer
  - +TKMP/TDMP không nghĩ do khám phổi không ghi nhận hội chứng TKMP, TDMP.

## XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

- ✓ Chẩn đoán: KMĐM, chức năng hô hấp, X quang ngực thẳng, D-dimer, ECG, hs Troponin T, SA tim, NT-proBNP, SA bụng, CRP, CTM
- ✓ Thường quy: AST, ALT, Bun, Cre, ion đồ, đường huyết TM, TPTNT

## XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. Khí máu động mạch.
2. Hô hấp kí.(1/3)



Test series date/time: 1/3/2019 01:27 PM

ID: 1127

BENH VIEN NHAN DAN GIA DINH

Sex: Male

Pre vs. Post FVC & SVC Re

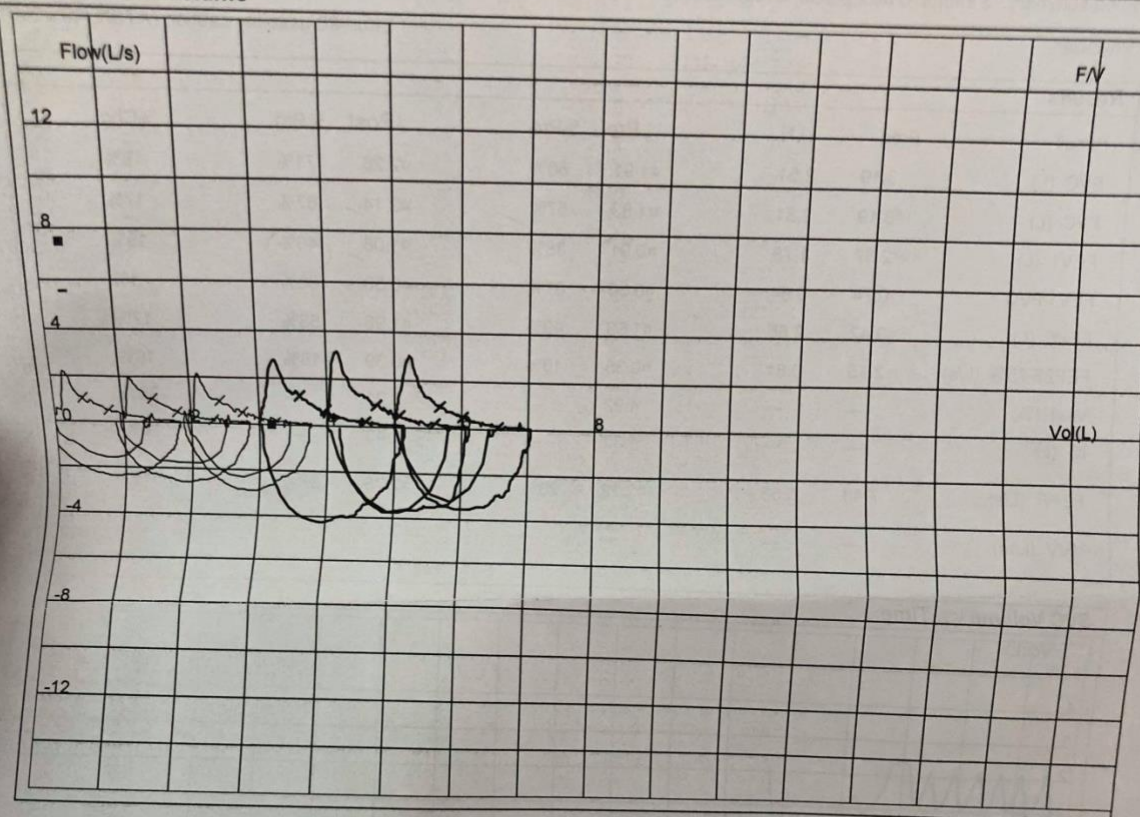
PHONG QUAN LY HEN VA BENH PHOI TAC NGHEN MAI TAI

Age: 66

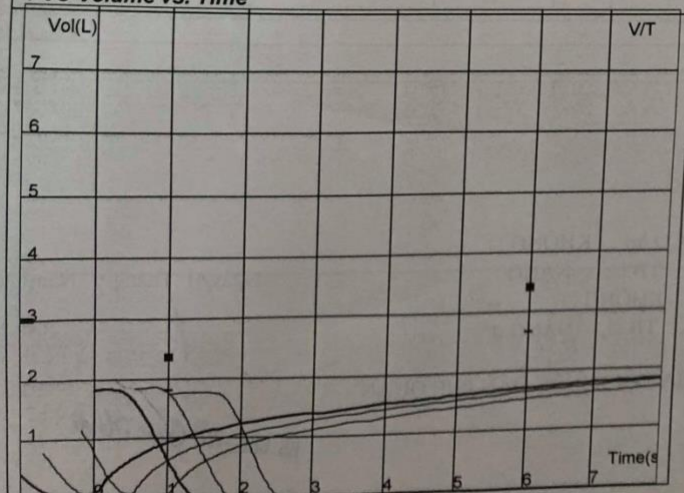
Page 2 of 2

Name: NGUYEN PHU, GIANG

### FVC Flow vs. Volume



### FVC Volume vs. Time



# Pulmonary Function Report

BENH VIEN NHAN DAN GIA DINH

PHONG QUAN LY HEN VA BENH PHOI TAC NGHEN MAN TINH

Pre vs. Post FVC &amp; SVC Report

Page 1 of 2

Name: NGUYEN PHU, GIANG

ID: 1127

Birthdate: 28/11/1952

Height at test (cm): 163.0

Sex: Male

Smoking history (pk-yrs):

Weight at test (kg): 55.0

Age at test: 66

Predicted set: Hankinson (NHANES III)

Technician: DIEM CHAU

Diagnosis:

Effort summary: 3 efforts: 0 acceptable, 3 reproducible

Test series date/time: 1/3/2019 01:27 PM

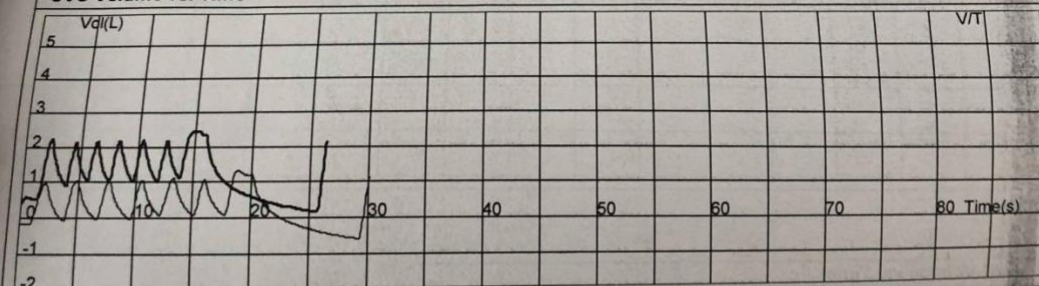
Physician:

Effort #8 usability caution (ATS/ERS 2005):

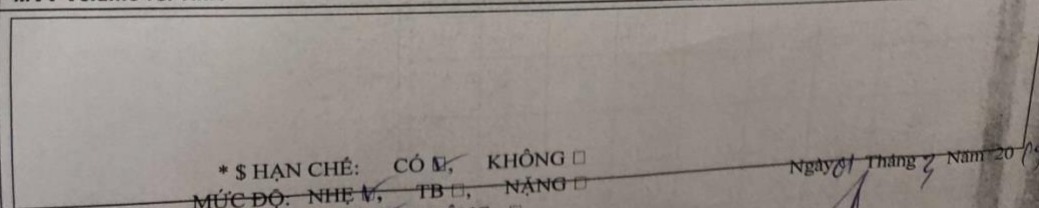
## Results

Result	Pred	LLN	Pre	%Prd	Post	%Prd	%Chg
SVC (L)	3.19	2.51	±1.91	60%	±2.26	71%	18%
FVC (L)	*3.19	2.51	±1.83	57%	±2.14	67%	17%
FEV1 (L)	*2.37	1.78	±0.91	38%	±1.08	46%	19%
FEV1/FVC	0.74	0.64	±0.50	67%	±0.50	68%	1%
FEV6 (L)	3.42	2.65	±1.69	49%	±1.98	58%	17%
FEF25-75% (L/s)	2.15	0.81	±0.35	16%	±0.39	18%	10%
Vext (%)	---	---	4.92	---	3.21	---	-35%
IC (L)	---	---	1.32	---	1.43	---	8%
PEFR (L/s)	7.48	5.53	±2.12	28%	±2.78	37%	31%
MVV (L/m)	---	---	---	---	---	---	---

## SVC Volume vs. Time



## MVV Volume vs. Time



\* \$ HẠN CHẾ: CÓ ☒, KHÔNG ☐  
 MỨC ĐỘ: NHẸ ☒, TB ☐, NẶNG ☐  
 \* \$ TÁC NGUYÊN: CÓ ☒, KHÔNG ☐  
 MỨC ĐỘ: NHẸ ☐, TB ☐, NẶNG ☒  
 \* PEFR: 28%  
 \* ĐÁP ỨNG CÓ Ý NGHĨA VỚI THUỐC DẪN PHẾ QUẢN  
 CÓ ☐, KHÔNG ☒

Ngày 01 Tháng 3 Năm 2019

BS CKI. Hồ Quốc Khái



Tiêu chuẩn chấp nhận: Đường cong thể tích thời gian không có pha bình nguyên dù  $>6s \rightarrow$  BN chưa thở ra tối đa; Phần thở ra trên biểu đồ lưu lượng thể tích lẫn tăn không đều có thể do BN ho hay thở ra không liên tục  $\rightarrow$  Không đạt tiêu chuẩn chấp nhận của ATS.

Tiêu chuẩn lặp lại: Các biểu đồ thể tích thời gian gần đồng dạng và chồng lên nhau  $\rightarrow$  Thỏa tiêu chuẩn lặp lại của ATS.

Hội chứng tắc nghẽn: Chỉ số FEV1/FVC trước(0.5) và sau test(0.5)  $< LLN = 0.64$  **đọc sai chỗ là mất cảm tình trừ hết điểm cmnl** nên BN có hội chứng tắc nghẽn; FEV1 sau test 46% nên mức độ tắc nghẽn **không hồi phục sau test dpq <phải ghi!!>** là nặng theo GOLD 2019 So sánh FEV1 OR FVC coi có đáp ứng ( $>200ml$  và 12%) vs thuốc dpq không, ca này FVC có đáp ứng  $\rightarrow$  có thêm hen.

Hội chứng hạn chế: FVC sau test 67%  $\rightarrow$  hạn chế mức độ nhẹ.

Copd là \$ tắc nghẽn và \$ ukpn, LN to lên không hạn chế. Ca này FVC post 67% nhưng \$ tắc nghẽn nặng  $\rightarrow$  có bấy khí (thở ra không khí tắc lại trong phổi)  $\rightarrow$  nghĩ có ukpn, đề nghị phế thân ký để check lại có đúng \$ hạn chế.

Test DPQ: FEV1 sau test thay đổi 19% và 170ml  $\rightarrow$  Đáp ứng không hoàn toàn với thuốc dẫn phế quản

Hô hấp kị có hội chứng tắc nghẽn mức độ nặng, hội chứng hạn chế mức độ nhẹ, đáp ứng không hoàn toàn với test dẫn phế quản nên phù hợp vs chẩn đoán ACO.

### 3. X quang ngực.(8/3)

Không thấy hình ảnh viêm phổi trên X quang ngực thẳng

**Phải nói thêm:** Không thấy hình ảnh thâm nhiễm, những TH Xquang không có mà có vp: đến sớm, neu giảm, p.carinii sgmd, thiếu nước, vp sau bóng tim (nếu khám thấy ran nổ sau lưng sau tim thì ms nghi ngờ).

**TKMP:** không thấy vùng tăng sáng vô mạch, đường bờ màng phổi.

Bóng tim không to

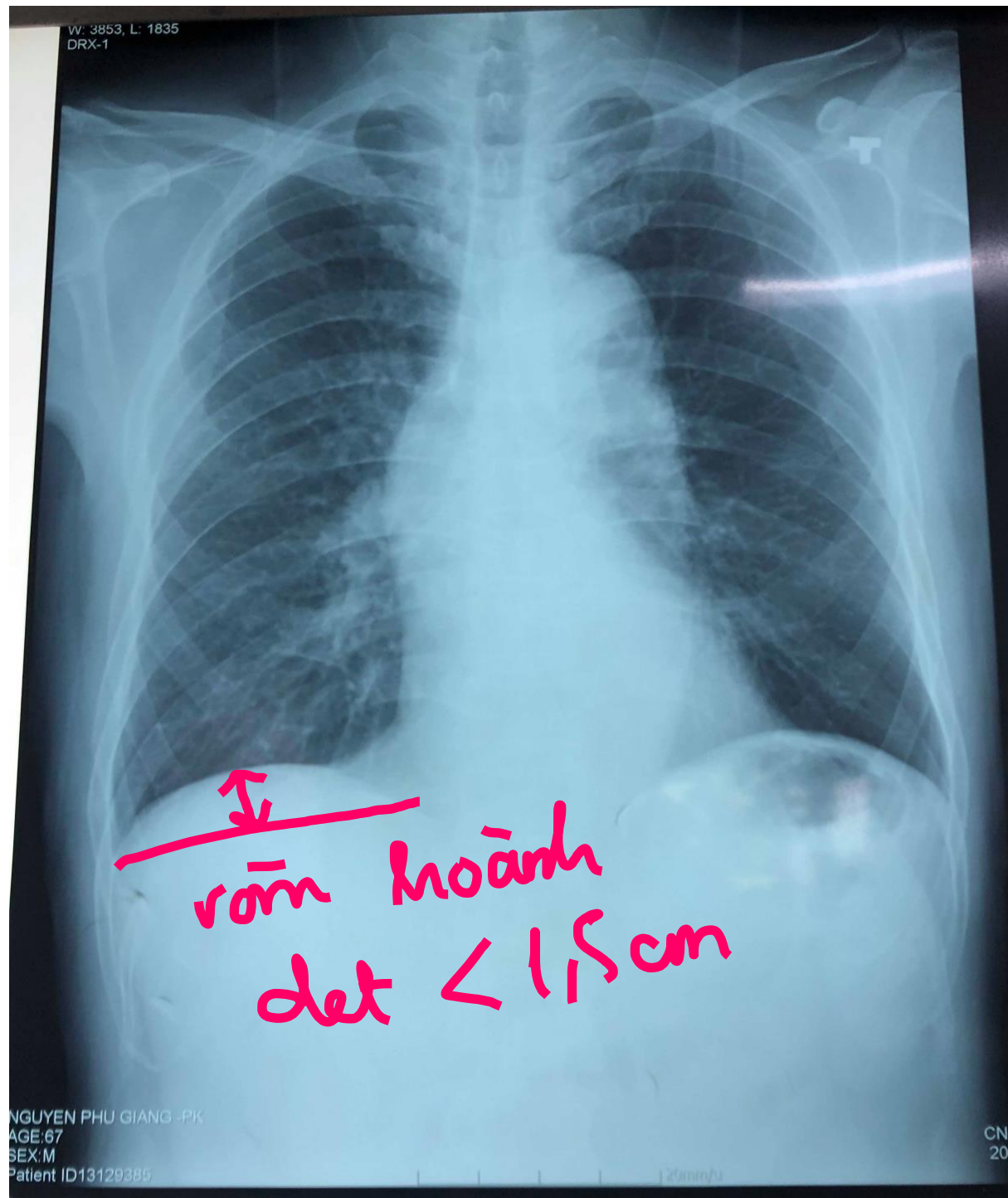
**Bóng tim giọt nước?**

**Vòm hoành dẹt:** nổi góc tâm hoành vs sườn hoành, đo đường cao dây cung

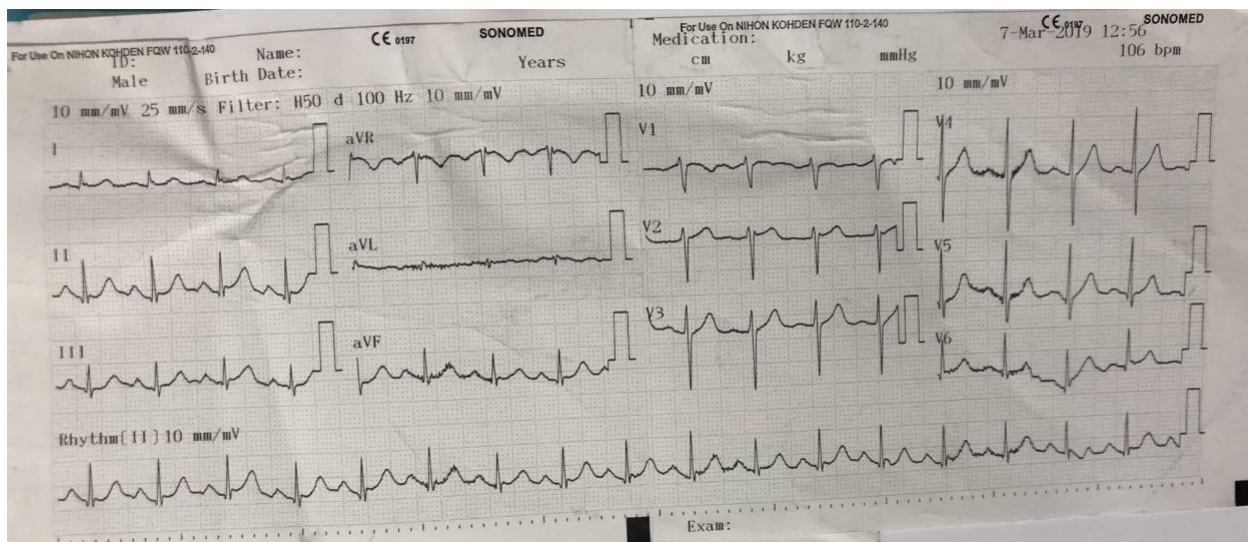
**KPT:** tim nhỏ, vòm hoành dẹt, tăng sáng 2 bên phế trường

Không hình ảnh ứ khí

$\rightarrow$  Loại viêm phổi. Bóng tim không to không loại trừ suy tim, tâm phế mạn



4. ECG (8/3)



Nhịp xoang đều tần số #100 lần/phút; Trục trung gian; Sóng P và phức bộ QRS bình thường;  
 Không thấy hình ảnh lớn thất lớn nhĩ  
 Không hình ảnh ST chênh lên, chênh xuống. Không thấy hình ảnh sóng T bất thường  
 Chuyển đạo trung gian của các chuyển đạo trước ngực còn ở V3-V4.  
 \*Không thấy hình ảnh nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, tâm phế mạn trên điện tâm đồ.

5. SA tim(8/3)

Các buồng tim không lớn  
 Không dịch màng ngoài tim  
 Không rối loạn vận động vùng  
 Hở van DMC nhẹ VC<3mm  
 Hở van 2 lá nhẹ VC<3mm  
 Hở van 3 lá nhẹ VC<3mm, áp lực DMP không tăng PAPs=37mmHg  
 Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF=77.6%  
 \*BN không có bệnh tâm phế mạn, không suy tim, tuy nhiên không loại trừ BTMCMCB

6. Men tim(8/3)

CKMB	18.49	<25U/L
Troponin-T	0.008	0.01ng/mL

Men tim không tăng→Loại NMCT

7. NT-proBNP

8. CTM+sinh hóa(8/3)

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	8.31	(4.0-10.0) K/ $\mu$ l
Neu %	63	(40.0-77.0) %
Lym %	21.1	(16.0-44.0) %
Mono %	6.4	(0-10) %
Eos %	<b>8.5</b>	(0.00-7.00) %
Baso %	1.0	(0.0-1.0) %

Neu	5.24	(2.00-7.50) K/ $\mu$ l
Lym	1.75	(1.00-3.50) K/ $\mu$ l
Mono	0.53	(0.00-1.00) K/ $\mu$ l
Eos	<b>0.71</b>	(0.0-0.6) K/ $\mu$ l
Baso	0.08	(0.0-0.1) K/ $\mu$ l
**RBC	4.67	(3.9-5.4) T/L
Hgb	141	(125-145)g/l
Hct	0.416	(0.350-0.470) L/l
MCV	89.1	(80-100) fL
MCH	30.2	(26.0-34.0) pg
MCHC	339	(310-360) g/L
RDW	13.2	(9.0-16.0) %CV
***PLT	372	(150-400) Giga/L
MPV	8.6	
Glucose	<b>7.78</b>	3.9-6.1 mmol/L
Urea	3.8	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	82.1	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 $\mu$ mol/L
GFR (MDRD)	86.38	
Na	138.8	135-145 mmol/L
K	3.14	3.5-5.0 mmol/L
Cl	103.5	97-111mmol/L
AST	21.3	$\leq$ 31 U/L
ALT	13..1	$\leq$ 31 U/L
PT	<b>14.9</b>	11.33-14.87 giây
PT%	87	79-125%
INR	1.1	0.86-1.13
APTT	31.5	26-37 giây

CTM có eosinophil tăng nhẹ, có thể do cơ địa dị ứng của BN.

Eos >300 con → cho thêm ICS khi điều trị

Đánh giá ntrung không dùng ctM nha mà dùng anthonisen.

Glucose tăng trên ngưỡng bình thường, BN không có triệu chứng 4 nhiều, không tiền căn đái tháo đường nên nghĩ đường tăng là do tình trạng stress→Làm lại đường huyết đói

9. Siêu âm bụng do tăng sinh TLT

10. D-dimer không có xuất tiền nghiệm PE, khỏi lèm.

### XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Đợt cấp ACO biến chứng suy hô hấp cấp/ ACO –BTTCMB – THA nguyên phát độ II theo JNC 7 – GERD – Tăng sinh TLT – Chàm da .

Đợt cấp ACO không shh – bttmcb - ....

Nghĩ ACO do eos tăng, hkh có đáp ứng dpq

Đợt cấp phức tạp ở bvnđgd không dùng =)))

### XIV. ĐIỀU TRỊ 2 đ

Trình bày được điểm:



Mục tiêu là gì: mỗi mục tiêu nói sẽ làm j cụ thể  
AECOPD:

- Oxy: sao chọn 3l? Do mục tiêu là đtri oxy CÓ KIỂM SOÁT => điều chỉnh liều oxy sao cho SpO2 88-92%, tăng giảm cho phù hợp hcy. Oxy liều cao cũng không ức chế hh nếu spo2 đạt mục tiêu, phải kè kè cái spo2 bên cạnh.
- Cort: Dùng đường toàn thân, ocs ưu tiên, 5-7d, không ứn thì chích. Dùng pkd được không? Được, dùng khi không có ccđ ocs: loét dd tiến triển, xhth chưa ok, THA ác tính, đtd không kiểm soát, sgmd. Pkd liều cao: Budesonide 2-3 (nghe lại 1:25:00)
- Dpq:  
Dùng combivent SABA+SAMA: dùng kết hợp why?  
Dùng 1 cái được không? Do trong đợt cấp tùy thuộc mức độ khó thở, tắc nghẽn luồng khí mà tùy, ca này nặng thì dùng phối hợp.  
Pha NaCL đủ 5ml, không pha được không? Nếu không có máy pkd thì qua buồng đệm, xịt. Dùng qua ống ngậm tốt hơn mask (50% lắng lại).  
Bao lâu lặp lại, đánh giá sao? 3 lần cách nhau 20p rồi đánh giá lại, nếu hết khó thở thì phun 4-6 lần/ngày, không đáp ứng → truyền TM,...?  
Ngày hôm sau làm j? Đánh giá tiêu chuẩn XV còn tắc nghẽn (ran rít ran ngáy apb)
- Đtri Yttđ: ksinh, ca này không cần

Về nhà:

Chế độ điều trị: Nhóm D

- Trch nhiều, mmrc 2: có 3 chọn lựa laba, laba + lâm, laba + ics (triple therapy khi đợt cấp sau này, lần này ms vô)
- Ca này chọn laba + ics do eos <300, ACO
- Tái khám sau bao lâu? Theo dõi j? Handout thầy Bảo.
- ACO thực chất là COPD, mà thêm Hen, bản chất đtri như copd.
- Xài nước muối khi nhiều đàm quá, cung cấp thêm nước cho loãng sha.

1. Nguyên tắc điều trị:

- + Điều trị đợt cấp và yếu tố thúc đẩy
- + Tăng khả năng kiểm soát ACO, giảm nguy cơ vào đợt cấp
- + Điều trị bệnh đồng mắc

2. Điều trị cấp cứu.

- Thở oxy canulla 3 l/ph
  - Combivent 2.5ml
  - Pulmicort 0,5mg/2ml
- x2 PKD không dùng pkd, dùng toàn thân òi

3. Điều trị hiện tại:

+ Ventolin 5ml + NaCl 0.9% đủ 5ml

PKD mỗi 4h.

+ Solumedrol 40mg

1 ống (TMC)

+ Losartan 25mg

1v (u)

+ Theo dõi mạch, nhiệt độ, SpO2/12h

4. Điều trị sau xuất viện (GOLD 2019):

+ Symbicort (lọ, bột hít) 2 nhát sáng, 2 nhát chiều, súc miệng sau dùng thuốc.

+ Berodua (MDI, lọ, xịt) 2 nhátl khi khó thở lặp lại sau 15p nếu không hết khó thở.

+ Alfuzosin 10mg 1v uống tối.

+Losartan 25 mg 1v uống sáng

+ esomeprazole 40mg 1v uống sáng trước ăn 30p.

+ Tiêm ngừa cúm, phế cầu

XV. TIỀN LƯỢNG.

1) Tiên lượng gần: Bệnh chẩn đoán được, biến chứng suy hô hấp -> tiên lượng gần xấu.

2) Tiên lượng xa: ACO có bệnh đồng mắc, -> tiên lượng xấu