



Bệnh án Viêm phổi

☰ Person	BS. Kim Chi
▼ Trại	Hồ hấp

https://s3-us-west-2.amazonaws.com/secure.notion-static.com/2e06b86c-432e-4129-a145-31090c533f99/Bnh_n_Vim_phi.docx

▼ Hành chính

BỆNH ÁN

I. Hành chính

Họ và tên: Lâm Quang D.

Tuổi: 1958 (64 tuổi)

Giới: Nam

Nghề nghiệp: nghỉ hưu

Địa chỉ: Hồng Ngự, Đồng Tháp

Ngày nhập viện: 03/03/2022

Ngày làm bệnh án: 07/03/2022

Số giường: 2 Phòng: 07

Khoa Hồ hấp – BV ĐH Y DƯỢC TPHCM

II. Lý do nhập viện: sốt

▼ Bệnh sử

III. Bệnh sử

Cách nhập viện 1 tháng bệnh nhân bắt đầu sốt. Sốt không rõ hoàn cảnh khởi phát, sốt nhẹ 37.5-38 độ kèm ớn lạnh, hay sốt vào buổi sáng, có đáp ứng với hạ sốt sau khoảng 30 phút và không sốt lại đến sáng hôm sau. Bệnh nhân ho đàm đục, tần suất ho và lượng đàm ngày càng tăng dần, ho không liên quan ăn uống và tư thế -> đi khám ở BV địa phương chẩn đoán không rõ, nhập viện 8 ngày và truyền kháng sinh 5 ngày nhưng tình trạng bệnh nhân không thuyên giảm. Tình trạng của bệnh nhân diễn tiến ngày càng tăng -> nhập BV ĐHYD

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không khó thở. Tiểu bình thường, tiêu phân vàng đóng khuôn. Có chán ăn do loét miệng gây đau nhiều, sụt cân không rõ

Tình trạng nhập viện: bệnh vẻ đờ, tiếp xúc được

Tổng trạng suy kiệt

Tần số tim: 83 l/ph

NT: 20 l/ph, thở đều êm

HA: 100/60 mmHg

Nhiệt độ: 36 °C

SpO₂: 96%

Tim đều, phổi không ran, bụng mềm, không dấu thần kinh khu trú



Comment

- Bệnh nhân có 2 vấn đề chính: sốt & ho đàm đục
- Nhập viện 8 ngày, truyền KS 5 ngày thì phải hỏi là truyền 5 ngày đầu rồi ngưng 3 ngày cuối hay ngược lại? Vì ca này sau truyền KS vẫn không giảm triệu chứng thì lí do gì mới truyền 5 ngày mà ngưng (thường sẽ truyền tới khi hết sốt, hết ho)

Chẩn đoán lúc NV: Theo dõi Viêm phổi cộng đồng; Lao phổi cũ; Loét miệng; K dạ dày đã phẫu thuật, hóa trị; Bệnh mạch vành đã đặt 2 stent; Suy tim NYHA II; Suy mòn

Diễn tiến sau NV:

+ N1-N3: bệnh nhân còn sốt, cao nhất là 40 độ, còn ho đàm

WBC=12.66 * 10⁹ G/L – Neu=93.8%

Procalcitonin=2.22 ng/ml

Na⁺ = 123 mmol/L

XQ: tổn thương đông đặc và nốt mờ lan tỏa hai phổi (T)>(P)

Tràn dịch màng phổi (T)

+ N4-N5: hết sốt, còn ho đàm ít

AFB 2 mẫu (chưa có kết quả)

Kháng RMP Xpert và Kháng sinh đồ tìm Mycobacterium Tuberculosis (chưa có kết quả)



Comment

- Bỏ dòng “Chẩn đoán lúc NV”: đây là chẩn đoán của người ta, đâu phải của mình ghi vô làm gì
- Diễn tiến sau NV cùng lắm ghi LS thôi, đừng đưa CLS vô vì Y6 làm bệnh án là phải biện luận thì lúc chưa có CLS

▼ Tiền sử

IV. Tiền căn

1. Cá nhân

a. Nội khoa:

- Cách 3 năm: Bệnh mạch vành đã đặt 2 Stent và Suy tim NYHA II ở Viện tim, hiện đang điều trị Aspirin, Atorvastatin, Metoprolol, Losartan, Spironolacton
 - Cách 1 năm: K dạ dày đã cắt dạ dày. Hóa trị 6 lần thì ngưng theo chỉ định của bác sĩ.
- 1 năm nay sụt 30kg từ 65 xuống còn 35kg

- Chưa ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD và các bệnh lý nội khoa khác

b. Ngoại khoa:

- Mô K dạ dày

c. Thói quen sinh hoạt:

- HTL: 15 gói năm. Đã bỏ được 15 năm
- Rượu bia: ít

d. Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

e. Chưa tiêm Vaccine Covid-19 và chưa từng bị mắc bệnh

▼ Lược qua các cơ quan

V. Lược qua các cơ quan (9h 07/03/2022)

1. Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực

2. Hô hấp: ho đàm ít, thở êm/khí trời

3. Tiêu hóa: nuôi ăn qua sonde, không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn

4. Tiết niệu – sinh dục: tiểu vàng trong, lượng khá, không tiểu gắt, không tiểu buốt

5. Thần kinh: không đau đầu, không yếu liệt

6. Cơ xương khớp: không tê tay chân, không đau nhức cơ xương khớp.



Comment

- Thở êm/khí trời là khám chứ không phải là triệu chứng cơ năng.
Trong phần lược qua các cơ quan chỉ đề triệu chứng cơ năng thôi

▼ Khám LS

VI. Khám lâm sàng: lúc 9h ngày 07/03/2022

1. Tổng quát

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm 1 gối.

Sinh hiệu: Mạch: 64 lần/phút

HA: 120/70 mmHg

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 20 lần/phút

Chiều cao: 165cm Cân nặng: 35kg **BMI = 13** -> suy dinh dưỡng nặng

Niêm nhát, kết mạc mắt không vàng.

Môi không khô, lưỡi không dơ

Không phù.

Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không xuất huyết dưới da, không ngón tay dùi trống

Hạch ngoại biên không sờ chạm.



Comment

- Trên 1 ca suy kiệt như vậy phải để ý hạch ngoại biên vì có thể là ung thư
- Khám thấy thiếu máu thì phải hỏi BN có choáng vàng không để phân biệt thiếu máu cấp or thiếu máu mạn

2. Đầu mặt cổ

Cân đối, không biến dạng

Khí quản không lệch, tuyến giáp không to

Không tĩnh mạch cảnh nổi |

3. Ngực

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không gù vẹo, không lồng ngực hình thùng, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ

a. Tim

Mỏm tim ở khoang liên sườn V, đường trung đòn (T), diện đập $1 \times 2 \text{ cm}^2$.

Không ổ đập bất thường. Không rung miên

Dấu Harzer (-), dấu nẩy trước ngực (-).

Nhịp tim đều, tần số 64 lần/phút. T1, T2 đều rõ. Không âm thổi.

b. Phổi

Lồng ngực dẫn nở đều 2 bên

Rung thanh tăng $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T)

Gõ đục $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T)

Âm phế bào giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T)

Ran nổ ít ở $\frac{1}{2}$ dưới 2 phổi



Comment

- Ran nổ phải ghi rõ là ran nổ đầu thì hay cuối thì, âm sắc thế nào (ran của viêm phổi là ran cuối thì, ran của dẫn phế quản là toàn thì ...)



Hội chứng đông đặc có khi nào rung thanh giảm không?

→ Rung thanh là do khi ta nói sự rung của 2 dây thanh được khuếch đại bởi các cây khí-phế quản (đóng vai trò như cái thùng guitar) và truyền ra ngoài tới tay chúng ta. Rung thanh phụ thuộc 3 yếu tố

- + Dây thanh (nói to hay nhỏ)
- + Dẫn truyền (cây khí-phế quản có tắc không)
- + Phế nang

Bình thường khi đông đặc hoặc xẹp phổi nếu dây thanh & đường dẫn khí vẫn bình thường thì âm thanh sẽ tới được phế nang, truyền qua phần nhu mô bị đông đặc hoặc xẹp phổi sẽ tăng cường độ hơn so với bình thường (môi trường rắn truyền âm tốt hơn). Tuy nhiên trong trường hợp đường dẫn khí bị tắc do đàm nhớt thì mặc dù vẫn có đông đặc hoặc xẹp phổi nhưng rung thanh sẽ giảm (âm từ dây thanh có truyền được tới phế nang đâu)



Vậy phân biệt đông đặc và xẹp phổi?

- khi khám thấy 2 giảm 1 tăng thì phải để ý kĩ phổi có dẫn nổ đều 2 bên không. Nếu đều là đông đặc, còn nổ không đều thì có thể là xẹp phổi

4. Bụng

Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, rốn lõm. Không sọ mổ cũ. Không cử động bụng ngược nghịch thường.

Nhu động ruột 4 lần/phút.

Gõ trong khắp bụng.

Bụng mềm, không điểm đau khu trú, gan mấp mé bờ sườn

Chạm thận (-)

5. Tờ chi

Không sưng khớp, không giới hạn vận động, không yếu liệt.

6. Thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

▼ Tóm tắt BA

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nam, 64 tuổi, nhập viện vì sốt kéo dài, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Sốt từng cơn 38 độ, 1 cơn/ngày, đáp ứng với thuốc hạ sốt, sau 1 ngày thì sốt lại.
 - Lần nhập viện này có lần sốt 40 độ
 - + Ho đàm đục lượng tăng dần, không liên quan ăn uống và tư thế
 - + Không khó thở, không đau ngực
- Triệu chứng thực thể:
 - + Đông đặc $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T)
 - + Ít ran nổ $\frac{1}{2}$ dưới 2 phổi
 - + Suy dinh dưỡng nặng
 - + Thiếu máu



Comment

- Tóm tắt bệnh án thì ghi triệu chứng chứ không ghi thành hội chứng
- Đông đặc $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T): ghi rõ ra là rung thanh tăng, gõ đục, âm phế bào giảm
- Suy dinh dưỡng nặng: ghi rõ là BMI=13
- Thiếu máu: ghi rõ là niêm nhạt

▼ Đặt vấn đề

VIII. Đặt vấn đề

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
2. Sốt kéo dài
3. Suy dinh dưỡng nặng
4. Thiếu máu



Phải đặt thêm Hội chứng đông đặc vì ta có chắc đông đặc này do nhiễm trùng hô hấp dưới đâu, lỡ đông đặc do xẹp phổi or ung thư thì sao

▼ Chẩn đoán

IX. Chẩn đoán

1. *Chẩn đoán sơ bộ:*

+ Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng chưa biến chứng, nguy cơ nhiễm các tác nhân kháng thuốc/ Ung thư phổi – K dạ dày đã phẫu thuật – Bệnh mạch vành mạn – Thiếu máu – Suy dinh dưỡng nặng

2. *Chẩn đoán phân biệt:*

+ Ung thư phổi – K dạ dày đã phẫu thuật – Bệnh mạch vành mạn – Thiếu máu – Suy dinh dưỡng nặng
+ Lao phổi – K dạ dày đã phẫu thuật – Bệnh mạch vành mạn – Thiếu máu – Suy dinh dưỡng nặng



Comment

- Mức độ nặng: hiện tại BN đã ở trên trại rồi thì nên dùng tiêu chuẩn nặng của ATS/IDSA. Thang PSI và CURB-65 chỉ dùng ở cấp cứu để phân luồng người bệnh ai cần NV ai ngoại trú thôi, còn lên khoa rồi thì dùng ATS/IDSA
- Hiện tại BN chưa đủ tiêu chuẩn nặng của ATS (1 chính hoặc 3 phụ) nên đừng ghi mức độ nặng, chờ CLS về có chẩn đoán xác định cũng được, còn chẩn đoán sơ bộ cứ ghi VPCĐ chưa biến chứng thôi

+ Tiêu chuẩn chính:

- (1) suy hô hấp cần phải thông khí cơ học
- (2) sốc nhiễm khuẩn cần phải dùng thuốc vận mạch.

+ Tiêu chuẩn phụ:

- (1) Tần số thở > 30 lần/phút
- (2) PaO₂/ FiO₂ < 250
- (3) Tổn thương nhiều thùy phổi
- (4) Lú lẫn, mất định hướng
- (5) Ure máu (BUN > 20 mg/dL)
- (6) Bạch cầu máu < 4000/ mm³
- (7) Giảm tiểu cầu (< 100.000/ mm³)
- (8) Hạ thân nhiệt (< 36°C)
- (9) Hạ huyết áp cần phải bù dịch tích cực.

A+ A- X-quang

1. LS (tri giác, tđ, huyết áp, RR)
2. CT máu (BC, TC)
3. XQ
4. KMDM
5. Ure

+ Chỉ định nhập SSTC và cho KS mạnh

- * có ≥ 3 tiêu chuẩn phụ
- * hay ≥ 1 tiêu chuẩn chính

- Biến chứng VPCĐ: tràn mủ MP, suy hô hấp cấp, nhiễm trùng huyết, choáng NT
→ hiện tại BN không có
- Chẩn đoán
+ Ca này không loại trừ lao & ung thư đi kèm thì chẩn đoán có thể ghi là VPCĐ/Lao - Ung thư luôn không cần tách ra. Còn tách ra thì

phải VP/UT hoặc VP/Lao vì BN có 1 bệnh cảnh cấp tính gần đây (sốt 40 độ, ran nổ) mà lao or ung thư thì không giải thích được chuyện này

▼ Biện luận

X. Biện luận

1. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới:

BN nam, 64 tuổi, nhập viện vì sốt kèm ho đàm đục 1 tháng, khám thấy đông đặc $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T) và ran nổ ở phổi -> có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới. Các nguyên nhân có thể:

- Viêm phổi/Ung thư phổi: bệnh nhân sốt và ho đàm đục kéo dài 1 tháng này, chán ăn, sụt cân, suy dinh dưỡng nặng nên nghĩ đến ung thư phổi. Đợt này bệnh nhân nhập viện có đợt sốt cao 40 độ, khám thấy ran nổ -> nghĩ viêm phổi bội nhiễm trên nền ung thư phổi

- + Đề nghị: XQ phổi, CTM, CRP, soi cấy đàm & kháng sinh đồ

- + Mức độ: mặc dù CURB65=1đ nhưng bệnh nhân có nhiều bệnh nền, đã truyền kháng sinh không rõ loại trong vòng 1 tháng -> đợi CLS đánh giá lại bằng thang PSI

- + Nguy cơ nhiễm các tác nhân kháng thuốc: bệnh nhân có truyền kháng sinh trong vòng 1 tháng, có nhiều bệnh nền -> có nguy cơ nhiễm phế cầu kháng thuốc, MRSA & Pseudomonas

- Lao phổi: bệnh sử sốt và ho đàm kéo dài 1 tháng nay, mặc dù bệnh nhân không có hội chứng nhiễm lao chung (sốt về chiều, vã mồ hôi đêm) nhưng không loại trừ

- + Đề nghị CLS: AFB đàm 2 mẫu, PCR Xpert



Comment

🍑 Đừng có BL gộp kiểu này, tự nhiên biện luận hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới mà mới nhào vô kêu “bệnh nhân sốt, ho đàm đục 1 tháng, chán ăn sụt cân nghĩ ung thư” nó rất tào lao vì ung thư phổi không nằm trong HC NTHH dưới. Nên tách ra biện luận từ 2 vấn đề: HC NTHH dưới và Sốt kéo dài

🍑 Biện luận lại (tự làm sau khi về nhà)

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới: bệnh nhân sốt cao 40 độ (N1 sau NV) và có triệu chứng gợi ý ngã vào từ đường hô hấp dưới: đông đặc 1/2 dưới phổi (T), ran nổ cuối thì ít vào ở 2 đáy phổi → nghĩ nhiễm trùng hô hấp dưới. Các nguyên nhân có thể

+ Viêm phổi: nghĩ nhiều nhất vì có nghe ran nổ là tổn thương phế nang. Tuy nhiên bệnh nhân này ngoài sốt cấp tính còn bị sốt kéo dài 1 tháng nay nên có thể kèm theo 1 nguyên nhân gây sốt kéo dài: lao, ung thư phổi ...

+ Lao phổi: bệnh cảnh sốt kéo dài 1 tháng, có thể diễn tiến lao nặng lên làm bệnh nhân sốt cao và ho đàm đục tăng lên → chưa loại trừ

+ Viêm phế quản: viêm phế quản thì không nghe ran nổ → không nghĩ

+ Áp xe phổi: bệnh nhân không ộc đàm mủ (đàm tăng nhiều đột ngột về lượng). Lưu ý áp xe thì ộc đàm mủ là đặc trưng chứ không phải ho đàm mủ (theo thầy Vũ CR)

2. Sốt kéo dài

a. Nhiễm trùng

+ Lao: đã biện luận ở trên

b. Không nhiễm

+ Ung thư: bệnh nhân cơ địa suy dinh dưỡng nặng, chán ăn sụt cân nhiều, sốt kéo dài 1 tháng, tiền căn có K dạ dày chưa biết điều trị có khối chưa → nghĩ nhiều có thể có ung thư (có thể ung thư phổi hoặc ung thư dạ dày di căn phổi)

+ Bệnh tự miễn: bệnh nhân chỉ biểu hiện triệu chứng ở phổi mà không có ở các hệ cơ quan khác như da, thận ... → không nghĩ

3. Suy dinh dưỡng & thiếu máu mạn: có thể giải thích được từ nguyên nhân lao hoặc ung thư nên không cần biện luận lại

▼ Đề nghị CLS

XI. Đề nghị CLS

1. CLS chẩn đoán: CTM, CRP, XQ ngực thẳng, CT ngực cản quang, AFB đàm 2 mẫu, PCR Xpert, soi cấy đàm & kháng sinh đồ
2. CLS thường quy: Đường huyết, ion đồ, AST, ALT, Ure, Creatinin, PT, APTT, INR, Fibrinogen, Triglyceride, HDL, LDL



Comment



Đề nghị CLS phải theo chẩn đoán

Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng, nguy cơ nhiễm tác nhân đa kháng/Theo dõi ung thư phổi và lao phổi - Bệnh mạch vành mạn đã đặt 2 Stent - Suy tim NYHA II - K dạ dày đã phẫu thuật - Suy dinh dưỡng nặng - Thiếu máu mạn

- VPCĐ: CTM, CRP, XQ ngực thẳng, soi cấy đàm & KS đờ
- Mức độ nặng VP: CTM (BC, TC), KMĐM, Ure, XQ ngực
- Suy dinh dưỡng nặng: Albumin, TPTNT (để coi có mất đạm qua đường niệu không)
- Thiếu máu mạn: CTM, Fe huyết thanh, Transferrin, độ bão hòa Transferrin



CLS thường quy: không phải cái nào thường quy cũng làm hết

- Ion đồ, đường huyết: bệnh nhân có suy dinh dưỡng nặng nên đánh giá 2 cái này
- Men gan (AST, ALT), CN thận: làm để phục vụ việc xài thuốc
- Đông máu không phải là xét nghiệm thường quy, nếu không có gì hết thì đừng làm

▼ Kết quả CLS

▼ CTM (coi cụ thể trong BA)

- Thiếu máu nhẹ đẳng sắc đẳng bào
→ BV không làm Fe huyết thanh, Ferritin, độ bão hòa Transferrin là thiếu sót
- Bạch cầu tăng ưu thế Neu phù hợp NT
- Tiểu cầu bình thường

▼ Sinh hóa (coi cụ thể trong BA) + TPTNT (trong BA không có)

- Procalcitonin tăng: xác định NT

→ ở đây người ta làm PCT lun mà không làm CRP, tại sao? Vì BN này có 1 nền sốt kéo dài trước đó, ta muốn biết chính xác luôn là hiện tại BN có nhiễm trùng không hay là sốt do ung thư hoặc bệnh tự miễn gì đó → làm PCT luôn

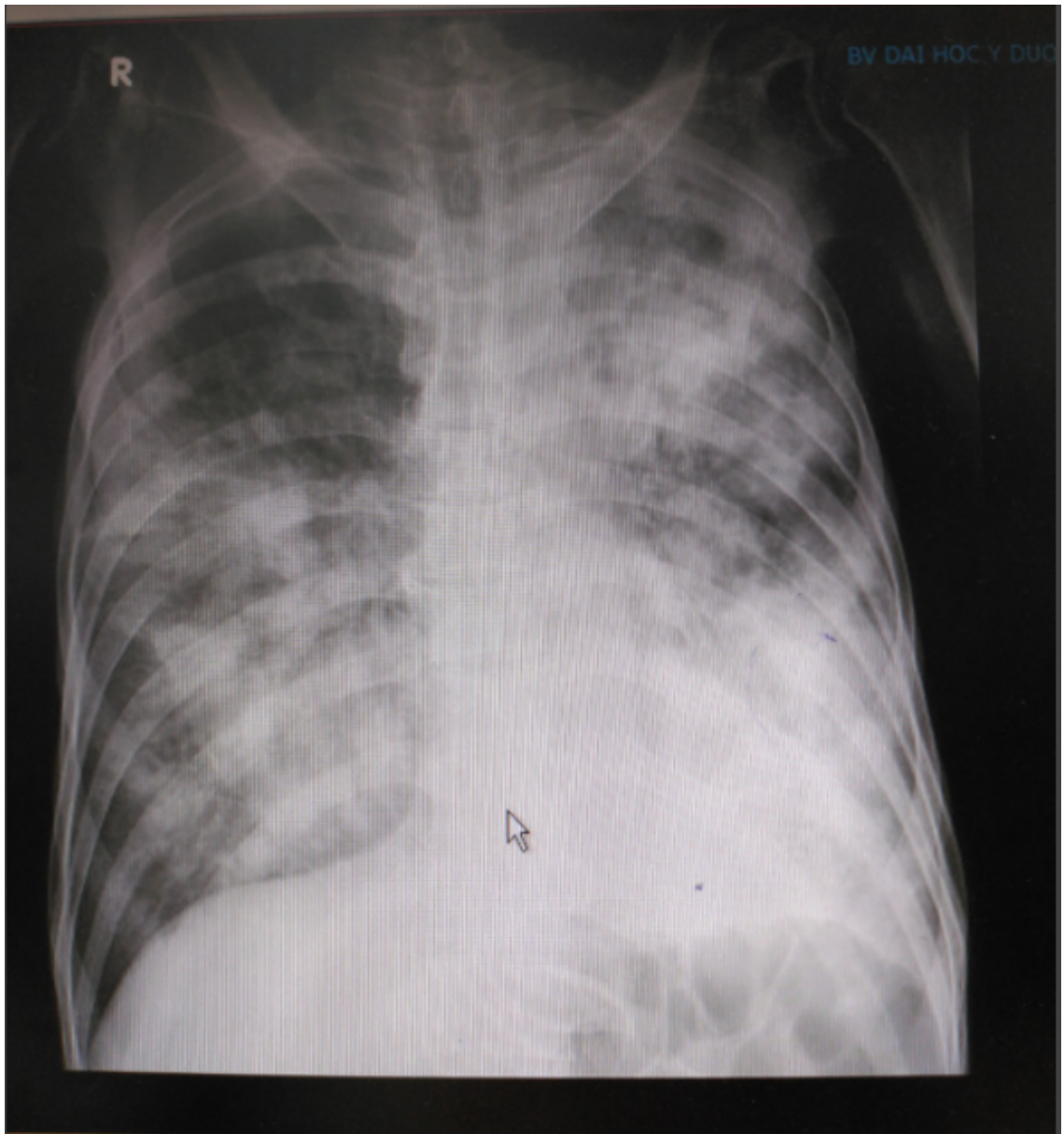
- Albumin=19 → giảm thấp nhưng TPTNT có đậm (-)

→ thật sự suy dinh dưỡng do giảm nhập chứ không phải mất Pr qua đường niệu

▼ KMĐM (bổ sung chứ trong BA không có)

- Kiểm hô hấp
- $P/F=76/0.21>300$

▼ XQ





Comment

- Tổn thương phế nang ở toàn bộ phổi (T) và 1/2 dưới phổi (P).
Đông đặc 1/2 dưới phổi (T), có thể tràn dịch MP (T)
→ phù hợp viêm phổi
- Cái XQ nát thế này mà BN không khó thở thì chứng tỏ phải có 1 nguyên nhân nền từ lâu rồi. Vì VP là bệnh cảnh cấp tính nếu tổn thương nặng nề vậy thì BN phải khó chịu lắm → có thể lao or ung thư

▼ CT (lần trước): BSNT Tuấn Anh hướng dẫn đọc

https://s3-us-west-2.amazonaws.com/secure.notion-static.com/e9df5cea-8936-4d07-b7e6-3686c5dae8ff/Lm_Quang_Dn.mp4



Lần này không làm CT là 1 thiếu sót

▼ Vi sinh

4. Vi sinh:

- Xét nghiệm lao:
 - + AFB (-)
 - + PCR Xpert (+)/ Không kháng RIF

Số lượng vi khuẩn :		10 x 10 ³ CFU/ml					
KHÁNG SINH	KẾT QUẢ	MIC (µg/ml)	ĐKVVK (mm)	KHÁNG SINH	KẾT QUẢ	MIC (µg/ml)	ĐKVVK (mm)
Klebsiella pneumoniae ESBL(+), AmpC(-)							
Amikacin	S		19				
Ampicillin/Sulbactam	R		8				
Cefotaxime	R		6				
Cefoxitin	S		19				
Ceftazidime	R		6				
Ceftriaxone	R		6				
Ciprofloxacin	R		6				
Ertapenem	S		23				
Gentamicin	R		6				
Imipenem	I		20				
Levofloxacin	R		6				
Meropenem	S		26				
Piperacillin/Tazobactam	I		18				
Trimethoprim/sulfamethoxazole	R		6				

▼ Chẩn đoán xác định

XIII. Chẩn đoán xác định

Viêm phổi do Klebsiella mức độ nặng chưa biến chứng - Lao phổi, chưa loại trừ ung thư phổi - K dạ dày đã phẫu thuật - Bệnh mạch vành mạn - Thiếu máu - Suy dinh dưỡng nặng



Comment

Chỉ ghi là VP do Klebsiella chưa biến chứng thôi. Vì mức độ nặng là phải thỏa 1 chính or 3 phụ của ATS. Bệnh nhân này chỉ có 2 tiêu chuẩn phụ là XQ tổn thương nhiều thùy → không đủ nặng. **Nặng có nghĩa là cần nhập ICU đó**

▼ Điều trị

XIV. Điều trị

Hướng điều trị

- Điều trị Viêm phổi do Klebsiella
- Điều trị Lao phổi
- CT phổi khi viêm phổi đã ổn định để loại trừ ung thư phổi

Điều trị cụ thể

- Nhập viện, nằm phòng thường
- Piperacillin/Tazobactam 4.5g pha 50ml NaCl 0.9%
TTM xxx g/p
- Levofloxacin 750mg/150ml
TTM xxx g/p
- Rifampicin 150mg 3v (u)
- Isoniazid 300mg 1v (u)
- Pyrazinamide 500mg 2v (u)
- Ethambutol 400mg 1.5v (u)



Comment

- Ca này chưa loại trừ lao lúc đầu thì không nên dùng Quinolone vì nó làm giảm khả năng chẩn đoán lao → thay bằng Aminoglycoside (Amikacin or Gentamycin)

+ Gentamycin:

+ Amikacin:

Tuy nhiên thường dùng Quinolone 2 tuần mới có nguy cơ kháng thuốc chứ ca này dùng 3-4 ngày cũng không sao đâu. Tránh dùng vẫn là tốt nhất tuy nhiên nếu BN viêm phổi nặng quá thì cứ dùng thôi



Ca này có cần phủ MRSA và Pseudomonas không vì có truyền KS TM trong vòng 3 tháng?

→ nguy cơ cao nhất của nhiễm MRSA là có tiền căn cấy ra MRSA ở đường hô hấp, tương tự cho Pseudomonas. Ca này không có 2 cái đó nên ta không cần phủ ngay từ đầu, dùng kháng sinh đánh tác nhân đa kháng khác thôi cũng được, tức là theo công thức **B-lactam/ức chế b-lactamase + Quinolone hoặc Macrolide** (BYT là Macrolide mà không hiểu sao chị dùng Aminoglycoside)