

Bệnh án hô hấp COPD

- I. Hành chính:
- Họ và tên: Huỳnh Văn Dường
 - Tuổi: 87 tuổi
 - Giới : Nam
 - Nghề nghiệp: Làm nông (Hiện đã nghỉ).
 - Địa chỉ: Đức Hòa- Long An.
 - Ngày nhập viện: 10h,19/02/2019:
- II. Lý do nhập viện: Khó thở
- III. Bệnh sử:
- Cách nhập viện 20 ngày,thời tiết chuyển lạnh, BN bắt đầu khò khè, khó thở thì thở ra tăng dần, khởi phát khi nghỉ ngơi, khó thở không thay đổi theo ngày, trong cơn khó thở BN vẫn tỉnh táo, nói chuyện với người nhà ngắt quãng, không thấy chóng mặt, không yếu liệt, không đau ngực, không sốt. BN có ho khạc đàm màu vàng đục, đàm tăng về lượng so với thường ngày, đặc hơn và dính hơn. -> NV Phạm Ngọc Thạch: Tại đây BN được chẩn đoán COPD, điều trị không rõ trong 2 tuần. Khi xuất viện BN khai đã giảm khó thở nhưng vẫn còn, có thể nói chuyện bình thường, không sốt. BN về nhà được 4 ngày thì khó thở nặng lên, cảm giác nghẹn đàm, không thể khạc đàm, > NV BV Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn, sụt 3 kg, không sốt, tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu vàng trong 1 l/ngày
- Tình trạng nhập viện
- Bệnh tình, tiếp xúc tốt, da niêm nhạt
- Sinh hiệu: Mạch: 96 l/p; Huyết áp: 110/70 mmHg; Nhịp thở: 25 l/p; Nhiệt độ: 37 độ C, SpO2 = 95% với FIO2 = 28%
- Ran ngáy khắp 2 phế trường
- IV. Tiền căn:
- A. Bản thân
1. Nội khoa:
- 20 năm nay, ho khạc đàm trắng trong, lượng ít vào mỗi buổi sáng,
 - cách nv 10 năm, bắt đầu xuất hiện khó thở mỗi khi làm việc nặng, giảm khi nghỉ ngơi, ngày càng giảm khả năng gắng sức, hiện tại thì đi bộ 100 m thì khó thở (**Thường BN COPD sẽ là BN già, làm việc đồng áng,..., nên mình khai thác cái tiền căn khó thở mình khai thác cái mốc “BN giao việc cho con cái làm vì khó thở, để mệt không làm nổi nữa” thì sẽ chính xác hơn là hỏi BN “Ông khó thở được bao lâu r, ngày, tháng, năm, 10 năm, ông chọn đi”**)
 - chưa từng nhập viện vì khó thở
 - chưa ghi nhận tiền căn lao, ho ra máu

- chưa ghi nhận: trầm cảm, lo âu, loãng xương, GERD, hội chứng ngưng thở khi ngủ hay tai biến mạch máu não
- cách nv 5 năm, bn được chẩn đoán tăng huyết áp tại bệnh viện huyện, huyết áp cao nhất và huyết áp dễ chịu bệnh nhân không rõ, hiện đang điều trị đều đặn, không chóng mặt, không đau vùng chẩm

2. Ngoại khoa:

- Gãy chân (T) 20 năm và thoát vị thành bụng 10 năm trước: Tiền căn bệnh lý dù nội hay ngoại khoa, cấp tính lúc đó hay mạn tính, dù đã xưa xưa hay hiện tại thì thầy Vũ vẫn bắt là phải khai thác đầy đủ các tính chất lý do nhập viện, BV nào, xử trí gì, điều trị ra sao, nằm viện mấy ngày, biến chứng gì hay không,...

3. Thói quen:

Hút thuốc lá: 60 ~~p-y~~ (Pack.years mới đúng, dấu “-“ là sai, và phải ghi rõ 1 gói/ngày x 60 năm vì BN hút thuốc 1 gói/ngày x 60 năm thì xấu hơn là hút 60 gói/ngày x 1 năm)

Rượu uống ít, ăn mặn

4. Dị ứng: chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn

B. Gia đình:

- Anh chị em ruột không ai bị hen, copd không ai mắc bệnh dị ứng.
- Trong gia đình và làng xóm không ghi nhận lao.

Tới đoạn này thì thầy hỏi: Lý do tại sao BN này lại khó thở trở lại sau 4 ngày tạm ổn:

- + Ngưng thuốc đột ngột
- + Nhiễm trùng bệnh viện
- + Tim: Suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rung nhĩ, tăng huyết áp
- + Bệnh cũ chưa trị hết
- + Thuyên tắc phổi: Theo thang điểm GENEVA, BN này Mạch > 96 l/p thì mình nên bắt đầu cộng điểm đi.

V. Lược qua các cơ quan:

VI. Khám lâm sàng: 13h 20/02/2019

1. Tổng quát:

- Bệnh tình, tiếp xúc tốt, da niêm hồng
- Hạch ngoại biên không sờ chạm, không phù,
- Sinh hiệu: Mạch: 96 l/p; Huyết áp: 110/70 mmHg; Nhịp thở: 25 l/p; Nhiệt độ: 37
- spO2: 95% (FiO2 28%)
- Chiều cao 155 cm, cân nặng 34 kg, BMI 14.1 -> thể trạng gầy

2. Đầu mặt cổ:

- khí quả không lệch
- tuyến giáp không to
- không tĩnh mạch cổ nổi
- không môi khô lưỡi dơ

- Minh mô tả thêm rằng, vì ông này suy kiệt đã 20 năm nay, nên mình rất ít nghĩ suy kiệt do u, thiếu răng -> thiếu ăn -> suy kiệt

3. Lồng ngực: cân đối, di động theo nhịp thở, không lồng ngực hình thùng, khoang liên sườn giãn rộng..

+ Tim mạch:

Mỏm tim ở khoang liên sườn 5 trên đường trung đòn trái. T1 T2 đều rõ, tần số 96 l/p, không âm

thổi, không tiếng tim bệnh lý khác

+ Hô hấp:

Ran ngáy thì thở ra khắp 2 phế trường, thì thở ra, thì thở ra kéo dài. Rung thanh đối xứng 2 bên.

Gõ vang. **Mô tả ran ngáy thì mô tả rõ (Bên nào nhiều bên nào ít, trung tâm hay ngoại vi, đơn âm hay đa âm) ý nghĩa thì sách triệu chứng học bà con mở ra coi lại cho tổng quát nhé. VD trong BN COPD thì mình sẽ mô tả cho rõ hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới ran ngáy chủ yếu thì thở ra, đều khắp 2 phổi, ngoại vi, đa âm(Pb với đơn âm thường là do dị vật) thì lát biện luận mình sẽ biện luận theo vấn đề “Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới thì chỉ còn 3 nguyên nhân là hen, copd, hen tim.**

4.Bụng: Bụng phẳng, cân đối, di động theo nhịp thở, sọ mổ 8 cm đường trắng giữa trên rốn. Nhu động ruột 2 l/p. Gõ trong khắp bụng. Bụng mềm. Lách không sờ chạm, gan mấp mé bờ sườn, chiều cao gan 10 cm.

5.Thần kinh, cơ xương khớp: không có dấu yếu liệt, khớp không sưng, không giới hạn vận động.

V. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 87 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 20 ngày. Qua thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Ho khạc đàm vàng đục tăng

- Khó thở

TCTT:

- Ran ngáy thì thở ra lan tỏa 2 phế trường.

Tiền căn:

- Ho khạc đàm 20 nay

- Hút thuốc lá 60 gói-năm.

VI. Đặt vấn đề:

- Suy hô hấp (**Gồm tim(Hen tim do hẹp 2 lá, suy tim) phổi(Hen, VP, Thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, dị vật) và nguyên nhân khác(Hội chứng tăng thông khí, lo lắng; béo phì)**)

- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới (**COPD, Hen, Hen tim, Dẫn PQ tắc nghẽn**)

Vấn đề ở BN COPD: VPQ mạn, KPT, Suy hô hấp, Khó thở cấp/mạn

VII. Biện luận: **nên biện luận “Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới trước” sau đó hẵng biện luận “Suy hô hấp” thì sẽ rút ngắn được biện luận. VD trong trường hợp này, khi biện luận vấn đề “Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới” thì mình loại tim, nghi ngờ nhiều hen và copd, suy hô hấp mình phải quát copd lên hàng đầu.**

~~-SHH :vì bn có khó thở, thở nhanh 25 lần /phút, spO2 lúc nhập viện =95% nhưng đã thở oxy nên không loại trừ suy hô hấp giảm oxy, shh tăng CO2 lâm sàng thường triệu chứng mơ hồ, không rõ ràng nên không thể loại trừ, đề nghị KMDM~~ **Nghĩ BN có SHH**

Nguyên nhân:

- Đợt cấp copd: Nghĩ nhiều do BN này có tiền căn ho khạc đàm buổi sáng, đàm nhầy trắng trong từ 20 năm nay, đợt này BN vào viện do đàm tăng, đàm đổi màu, khó thở tăng.

Đánh giá đợt cấp: BN có 3 triệu chứng: Tăng khó thở, tăng đàm, đàm đổi màu -> đợt cấp nặng.

BN này 87 tuổi -> đợt cấp phức tạp.

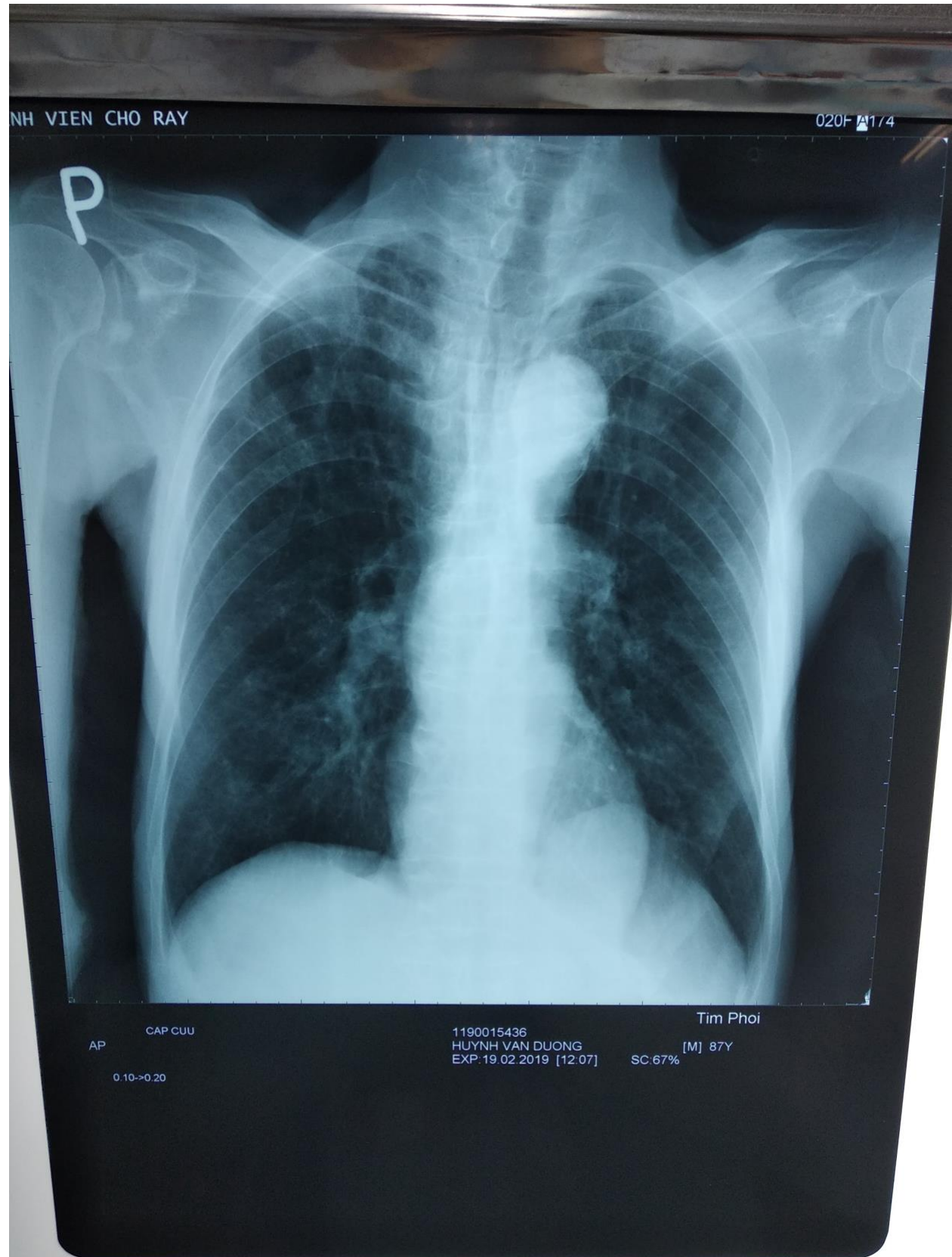
Các lý do làm bệnh trở nặng: **Đã đề cập phía trên**

+ Ung thư phổi: Không thể loại trừ do BN hút thuốc lá 60 gói năm, 87 tuổi, thể trạng suy kiệt BMI 14 kg/m2.

- Hen: Không nghĩ vì BN ngoài đợt bệnh này sinh hoạt ngày thường có khó thở, không có tiền căn hen thuở nhỏ, không có dị ứng, anh chị em ruột không ai bị hen
- Con hen tim: Không nghĩ do khám tim bệnh nhân không có Gallop T3, không có âm thổi.
- Viêm phổi (Cái này nên xếp lên trên yếu tố làm bệnh trở nặng, vì trong các giả thuyết làm cho BN khó thở lại đợt này có VP, BN này nằm viện 14 ngày là VP liên quan chăm sóc y tế với các tác nhân bệnh viện rồi. BN sau 4 ngày tương đối ổn ở nhà không ai có thể xác định thì lý do BV PNT chữa chưa hết bệnh chỉ là 1 trong những lý do, còn mấy lý do nguy hiểm hơn mình đâu loại trừ được) bệnh nhân không sốt, không đau ngực kiểu màng phổi, khám không có ran nổ, nhưng có ho đàm đục và gần đây có nhập viện điều trị 1 tháng nên không thể loại trừ viêm phổi liên quan chăm sóc y tế → công thức máu, CRP, xquang phổi
- Hít sặc: Ít nghĩ do BN không ho kéo dài kèm đàm mủ và không khai thác được tiền căn nuốt sặc nhưng không thể loại trừ do BN đã lớn tuổi. Nguyên nhân này nếu ghi rõ cái tính chất ran ở trên thì mình loại trừ được luôn.
- ~~— Lao phổi: Ít nghĩ, BN không có tiền căn sụt cân, không tiếp xúc BN lao (Bỏ luôn cho rồi, lao đâu gây shh cấp tính~~
- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới: vì có khó thở, khám có ran ngáy lan tỏa 2 bên phổi
 Nguyên nhân:
 - COPD: vì bệnh nhân có khó thở mạn tính, ngoài cơn vẫn khó thở, giảm khả năng gắng sức, ho khạc đàm trắng trong mạn tính, tiền căn hút thuốc lá nên nghĩ nhiều
 Bệnh nhân đi bộ khoảng 100m thì thấy khó thở → mMRC = 3, chưa nhập viện lần nào trong 1 năm qua → nghĩ COPD nhóm B
 - Biến chứng mạn:
 - suy hô hấp: có thể triệu chứng không rõ ràng vì bệnh nhân thích nghi được tình trạng thiếu oxy mạn tính → KMDM
 - Tâm phế mạn: khám không có triệu chứng lớn thất phải như: ổ đập trước ngực, harzer, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi nhưng không thể loại trừ tâm phế mạn bằng lâm sàng đơn thuần → đề nghị xq phổi, siêu âm tim kiểm tra PAPs, kích thước thất phải, nhĩ phải
 - Đa hồng cầu: khám niêm không suy huyết, không có lòng bàn tay son nhưng không thể loại trừ đa hồng cầu bằng lâm sàng → công thức máu
 - Bệnh đồng mắc:
 - Rối loạn chức năng cơ xương: NGhi ngờ vì BN có sức cơ 4/5 ở tứ chi.
 - K phổi: BN hút thuốc lá 60 gói năm, thể trạng suy kiệt, không thể loại trừ Suy kiệt 20 năm do K thì chết cmnr, nên này mới kêu khám răng.
 - Đái tháo đường: Không thể loại trừ tuy không khai thác được ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân.
- Hen phế quản Đặt hen ngay sau COPD vì BN này có khó thở khởi phát khi trời lạnh: bệnh nhân này nam, lớn tuổi, ngoài cơn vẫn khó thở, không có tiền căn viêm mũi dị ứng, gia đình chưa ghi nhận tiền căn hen nhưng không loại trừ hen nội sinh khởi phát muộn
- Con hen tim: bệnh nhân không khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khám tim ở khoảng liên sườn 5, đường trung đòn, khám phổi không có ran ẩm, ran nổ nên không nghĩ
- Dãn phế quản: không nghĩ bn này không ho đàm mủ mạn tính, không ho ra máu

- VIII. Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD, mức độ nặng, phức tạp, biến chứng suy hô hấp/ COPD ~~nhóm B~~, THA **Nhóm D** vì đã có 1 lần điều trị ở PNT, mình không được auto coi là BV PNT điều trị chưa hết bệnh, phân nhóm cao hơn thì chỉ định phòng ngừa cho BN sẽ tốt hơn
Chẩn đoán phân biệt: viêm phổi liên quan chấn sóc y tế, biến chứng suy hô hấp/ COPD ~~nhóm B~~ - THA
- IX. Đề nghị cận lâm sàng:
Xquang phổi, công thức máu, CRP, Đo chức năng hô hấp, Khí máu động mạch, siêu âm tim,
- X. Kết quả cận lâm sàng và biện luận:

1. XQ:



- Xơ dẫn phế quản phổi (P)
- ứ khí 2 đáy phổi

2. CTM: 19/02/2019

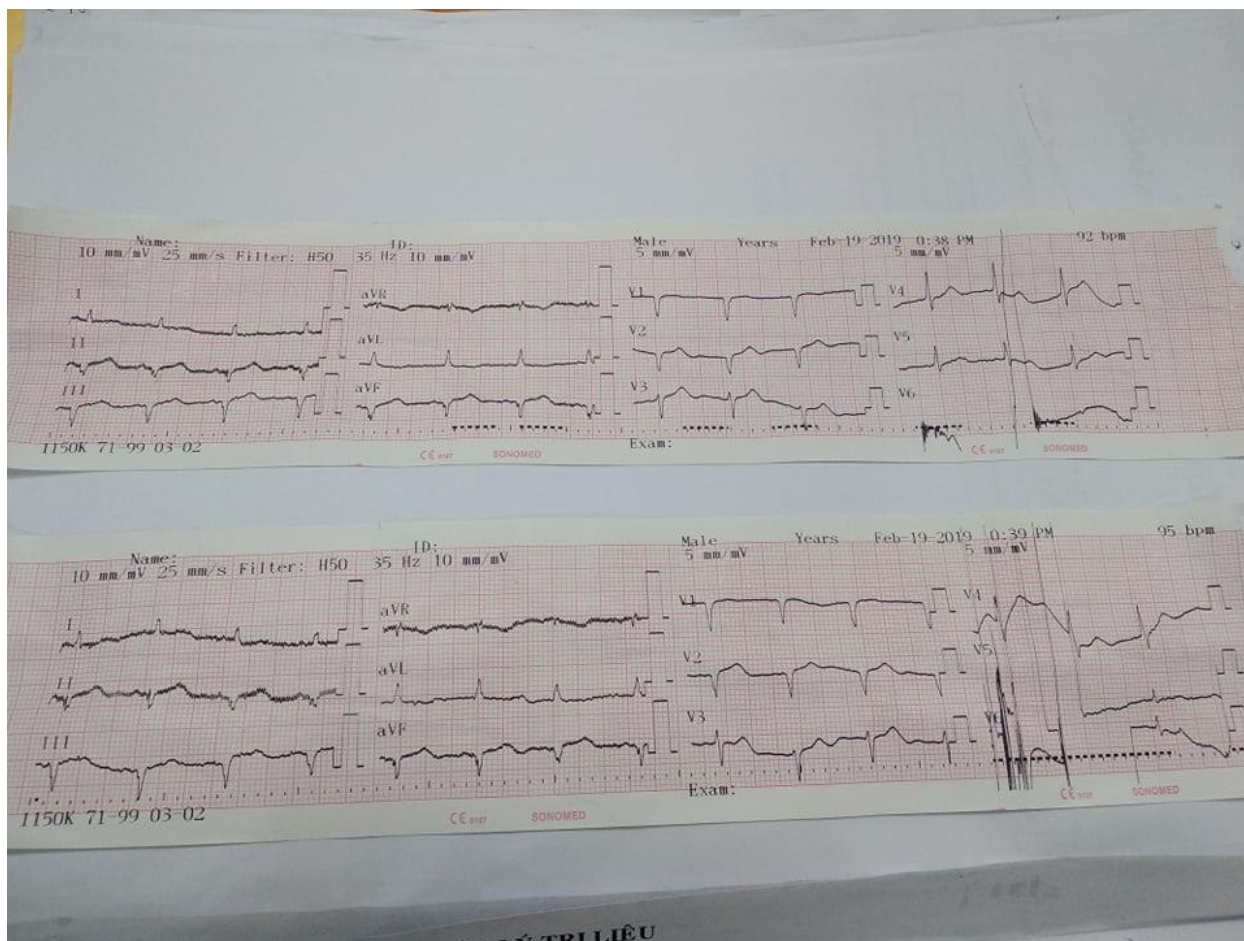
Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Giá trị bình thường
RBC	4.36	T/L	3.8-5.5
hct	41.6	%	34-50
Hb	131	g/L	120-170
MCV	95.5	fL	78-100
MCHC	314	g/L	315-355
WBC	6.04	G/L	4-11
Neutro	4.11 (68%)	G/L	1.8-8.25
Lympho	1.02(17%)	G/L	0.8-4.4
PLT	105	G/L	200-400

Kết quả: giảm tiểu cầu mức độ nhẹ

3. Hóa sinh: 10h52 ngày 19/02/2019

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Giá trị bình thường
Troponin I/T	<0.2	pg/ml	<0.2
CKMB	16.88	<25	ng/ml
Đường huyết	148	mg/dl	70-110
BUN	13	mg/dl	7-20
Creatinine	0.65	mg/dl	0.7-4.5
AST	18	U/L	9-48
ALT	15	U/L	5-49

4. ECG



5. Khí máu động mạch

pH: 7.430 Na: 139
 pCO₂: 52 K : 3.4
 pO₂: 49 iCa: 1.17
 BEecf: 10 Hct: 40
 HCO₃: 34.5 Hb: 13.6
 TCO₂: 36
 SO₂: 84

Nhận xét: **Thời đoạn này tự coi bài Khí máu động mạch nha**

- pO₂: 49 ⇒ suy hô hấp trung bình (40-59)
- pCO₂>45: giảm thông khí
- pH: 7.43 trong giới hạn bình thường

XI. Chẩn đoán xác định:

Đợt cấp COPD, mức độ nặng, phức tạp, biến chứng suy hô hấp/ COPD nhóm B, chưa biến chứng, THA đang điều trị.

XII. Điều trị:

Đợt cấp: **CORT, Kháng sinh, SABA + SAMA, Oxy liệu pháp**

Corticoides: Thuốc tốt nhất trong điều trị đợt cấp, tuy nhiên phải phòng ngừa viêm ph

SABA + SAMA: Salbutamol 2.5 mg + Ipratropium 0.5 mg (Combivent 2.5 ml 1 tép + NaCl 0/9% 2 ml) PKD

Quinolone: ~~Ciprofloxacin~~ Thôi quên cipro luôn đi, tương tác lằng nhằng, thầy kêu thầy cũng ít khi xài lắm luôn,

+ thường xài Levo(BN này từ BV khác qua),

+ Xài cefto/sulbactam(Vì Pseudo đã kháng hết ceftazidime rồi;

+ từ cộng đồng thì xài Moxifloxacin)

~~Bệnh COPD nhóm B~~ Nhóm D: Theo sách sẽ là (ICS + LABA) + LAMA: Cụ thể là Symbicort + Spriva (Budesonide 160 mcg + Formoterol 4.5 mcg) + tiotropium

Thầy sửa BN 1 năm vào 2 đợt cấp: cho 2 thuốc LAMA + ICS (Có thể add theophylline) sau 2 năm kkhông còn đợt cấp, thấy cushing thì bỏ corticoides. Chợt Rầy xài Theophylline thấy thoải mái là do định lượng được nồng độ theophylline, Tự coi lại ngộ đ

Symbicort: Tối đa 12 hít(hen) hoặc 4 hít (COPD)

Seretide: Tối đa 2 hít x 2

Formoterol

Tăng huyết áp: Tiếp tục điều trị hiện tại

XIII. Tiên lượng:

- Tiên lượng gần: nặng

-Tiên lượng xa: trung bình