

FORM HEN

I. Hành chính:

Họ và tên: – ? tuổi – Giới

Nghề nghiệp: Địa chỉ:

Ngày nhập viện:

Giường - Phòng – khoa Nội Hô hấp BV NDGD.

II. Lý do nhập viện: Khó thở/ho/nặng ngực

III. Bệnh sử:

Tình trạng lúc nhập viện:

Mạch: 110 lần/phút , T° : 37 °C, HA: 110/70 mmHg, Nhịp thở: 20 lần/phút, **SpO2**: 93% khí trời → có SHH không

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không đau họng, không sổ mũi, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong, không vàng da, không buồn nôn, không nôn, không tiêu chảy, không táo bón.

Diễn tiến sau NV:

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

❖ Nội khoa:

Chẩn đoán hen lúc nào, tại đâu, đtri lúc đầu, thay đổi sao.

Mức độ vận động ngoài cơn của BN.

Đặt NKQ, thở máy

THA, ĐTĐ, lao

Tiền căn hen cần hỏi 4 câu để đánh giá độ kiểm soát hen: (trong 1m)

- Triệu chứng ngày
- Triệu chứng đêm
- Dùng thuốc cắt cơn ntn

- Giới hạn vận động ra sao
 - ❖ Ngoại khoa –sản phụ khoa : chấn thương, phẫu thuật.
 - o PARA 1001, sanh thường
 - ❖ Thói quen - Dị ứng :
 - dị ứng thuốc, lông chó mèo, thay đổi thời tiết
 - phơi nhiễm khói thuốc lá, bụi bếp, hóa chất độc hại.
 - hút thuốc lá, uống rượu bia
 - **Trước đây** có hút thuốc thụ động do chồng/con trai không. (Hút thuốc thụ động là trong bán kính **10m**)
 - Xung quanh có bụi, cây xăng, nhà đang xây
2. Gia đình:

Ba, mẹ, ace ruột, con cái bị hen?

V. Lược qua các cơ quan:

1. Tim mạch : Không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
2. Hô hấp : Ho đàm xanh, khó thở
3. Tiêu hoá : Không đau bụng, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn.
4. Tiết niệu: tiểu khoảng 1500 mL/ngày, vàng trong, tiểu không gắt buốt.
5. Thần kinh: không chóng mặt, đau đầu.
6. Xương khớp: Không đau nhức khớp, khớp không sưng, nóng, đỏ, đau.
7. Chuyển hóa: không sốt, không phù, không vàng da.

VI. Khám:

- a. Tổng trạng:
 - BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
 - Mạch 90 l/p, HA 120/70, NT 20l/p, T°: 37°C.
 - Cân nặng 54 kg, cao 1m63 → BMI: 20,3 (Thể trạng trung bình)
 - Môi không khô, lưỡi không dơ
 - Không phù, không vàng da, không tím , không xuất huyết dưới da, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống.
- b. Đầu mặt cổ:
 - Cân đối
 - Tuyến giáp không to, khí quản không di lệch.

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

Không TM cổ nổi tư thế 45°

c. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động khi thở, không u – sọ mỗ cũ, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, khoang liên sườn không giãn rộng.

● Tim :

Khám kỹ, coi chừng những BN Hen lâu năm có tâm phế mạn → ECG check lại (xoay trục trung gian, P cao)

Mỏm tim KLS V đường trung đòn trái, diện đập 1x2 cm².

Dấu nảy trước ngực, Harzer (-). Không rung miêu.

Nhịp tim đều, tần số # 90 lần/phút. T1, T2 đều rõ. Không âm thổi

● Phổi:

Rung thanh đều hai bên.

Gõ trong khắp 2 phế trường.

Rì rào phế nang êm dịu.

Chú ý bội nhiễm

d. Bụng:

e. Thần kinh-cơ xương khớp:

VII. Tóm tắt bệnh án:

VIII. Đặt vấn đề:

1. Suy hô hấp cấp
2. Khó thở cấp
3. Hội chứng NT hô hấp dưới
4. HC tắc nghẽn HH dưới
5. Tiền căn: hen PQ

IX. Chẩn đoán sơ bộ:

Cơn hen phế quản [mức độ], [yếu tố thúc đẩy], [bchung]/ Hen [kiểm soát], [biến chứng]

X. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm PQ cấp/Hen không ksoat [biến chứng]
2. Viêm phổi cộng đồng [mức độ] [biến chứng]/ Hen không ksoat [biến chứng]

XI. Biện luận:

1. SHH cấp + HC tắc nghẽn HH dưới:

- Cơ hen PQ
- aCOPD
- Cơ hen tim
- Dẫn PQ
- Dị vật đường thở

2. Khó thở cấp:

- **Cơ Hen phế quản:**

BN có hen PQ vì: **BN có LS (ho, khò khè, ktho, nặng ngực) + HHK tắc nghẽn luồng khí theo thời gian + tiền căn dị ứng của bản thân/gia đình**

BN đợt này có cơn hen vì: Đợt bệnh này BN khó thở kèm theo ho khạc đàm xanh và giảm khó thở sau khi xịt thuốc cắt cơn → CLS: X quang ngực thẳng, KMĐM, HHK **ngoài cơn**, công thức máu, cấy đàm, ion đồ máu.

- **Viêm phổi:** sốt, ho khạc đàm → CLS: X quang ngực thẳng, CRP, Công thức máu.
- **Tràn dịch MP:** khó thở cả 2 thì, đau ngực kiểu MP, \$ ba giảm
- **Đợt cấp COPD:** khó thở tăng dần theo thời gian, thuốc lá, hóa chất độc hại, ho khạc đàm trắng vào buổi sáng, khám KLS dẫn rộng, lồng ngực hình thùng.
- **Dị vật đường thở:** hít sặc, hôn mê, \$ xâm nhập (ho kịch liệt, kthở dữ dội, khàn tiếng)
- **TKMP:** khó thở đột ngột, dấu lép búp dưới da, mất rung thanh, gõ vang, mất rì rào phế nang (\$ ứ khí phế nang)
- **Cơ hen tim:** khởi phát về đêm, ho đàm bọt hồng, kt khi nằm giảm khi ngồi
- **Đợt mất bù của suy tim mạn**
- **Hội chứng vành cấp**
- **Thuyên tắc phổi:** khó thở cấp, đột ngột, kèm đau ngực, ho ra máu, Wells!!
- **Thiếu máu cấp:** không nghĩ do bệnh nhân không nhức đầu, hoa mắt, khám thấy da niêm hồng nên không nghĩ.

3. Hội chứng NT hô hấp dưới:

BN có sốt, ho khạc đàm vàng nên nghĩ có \$ NT HH dưới, các nguyên nhân:

- **Viêm phế quản cấp:**
- **Viêm phổi:**

- **Áp xe phổi:** sốt kèm ớn lạnh, ho đàm vấy máu, mùi hôi
- **Lao phổi**

**** BIỆN LUẬN RIÊNG HEN:**

- **Mức độ:** trung bình do [tri giác] [khó thở nói] thành từng cụm từ, mạch 110 lần/phút, [SpO2 93%] khí trời
- **Độ kiểm soát:** 0, 1-2, 3-4
- **Yếu tố thúc đẩy:**
 - o Nhiễm trùng HH
 - o Thay đổi thời tiết
 - o Dị nguyên/ô nhiễm
 - o RL nước, ion
 - o Thuốc: Betablock, NSAIDs, Aspirin
 - o Stress (thể chất/tâm lý)
- **Biến chứng:**

Cấp

- o Suy HH cấp: SpO2, thở oxy → CLS: KMĐM
- o TKMP

Mạn:

- o Xẹp phổi: \$ đông đặc
- o Tâm phế mạn: hen lâu năm, theo dõi tâm phế mạn → CLS: ECG, siêu âm tim.
- o Đa hồng cầu: ngứa, nhức đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác, THA, da niêm đỏ sậm
- o BC của dùng corticoid kéo dài: tái phân bố mỡ, teo chân tay, phì đại tuyến vú, mỏng da, dấu XH da niêm.

XII. Đề nghị CLS:

1. CLS chẩn đoán: Xquang ngực thẳng, KMĐM, HHK **ngoài cơ**, cấy đàm, CTM, ion đồ máu, procalcitonin, siêu âm tim, ECG, **định lượng IgE trong máu** (chị nói “thời em lên Y6 có thể sẽ xài nhiều CLS này” :3) =)) sorry chị sai rồi hihi =))

Fun fact: thuốc kháng IgE hiện đã có ở VN, tầm 7-8tr/ống, 4 ống/tháng (đã được discount vì là nước nghèo), bảo hiểm chưa chi trả.

2. CLS thường quy: AST, ALT, siêu âm bụng, đường huyết, TPTNT, urea, creatinine máu.

1. Công thức máu:

Eos máu tăng -> BN có nguy cơ tắc nghẽn cố định

CĐPB Eos tăng: ABPA, \$ Loeffler, KST

Neu tăng: viêm nhiễm

Neu không tăng, Eos tăng + x quang/ bn hen → Nghĩ hen.

2. X quang ngực thẳng:

Xem có viêm phổi, tâm phế mạn (tim P to)

3. Khí máu động mạch

- **KMĐM có đúng không:**

- ✓ $O_2\text{Sat} = 97.2\%$, SpO_2 cùng ngày đo = 95% , $O_2\text{Sat} \# SpO_2$ (thỏa)
- ✓ $PaO_2/FiO_2 = 102.6/0.28 = 366.4 < 500$ (thỏa)
- ✓ Quy luật số 8: $pH = 7.335 \rightarrow$ hệ số 4/8 ($pH \sim 7.3$):

$$HCO_3^- \text{ đoán} = 4/8 \times PaCO_2 \text{ đo} = 21.35$$

$$| HCO_3^- \text{ đoán} - HCO_3^- \text{ đo} | = 1.35 < 4 \text{ (thỏa)}$$

Vậy KMĐM này đúng

- **Phân tích:**

Tình trạng O_2 : $PaO_2 = 102.6$, $FiO_2 = 28\% \rightarrow$ BN đang được thở máy

$AaDO_2 > 20 \text{ mmHg}$, $PaCO_2$? Phân loại SHH

Tình trạng toan – kiềm:

Đọc bài KMĐM soạn

- **Kết luận**

4. Hô hấp ký:

Đúng
kỹ
thuật
(Tc
ATS):

T/c
chấp
nhận:

Pulmonary Function Report

BENH VIEN PHU NHUAN
PHONG HO HAP KY

Pre vs. Post FVC & SVC Report
Page 1 of 2

Name: NGUYEN THI, CHAU ID: 318 Birthdate: 01/06/1951
Height at test (cm): 155.0 Sex: Female Smoking history (pk-yr):
Weight at test (kg): 63.0 Age at test: 62 Predicted set: Hankinson (NHANES III)

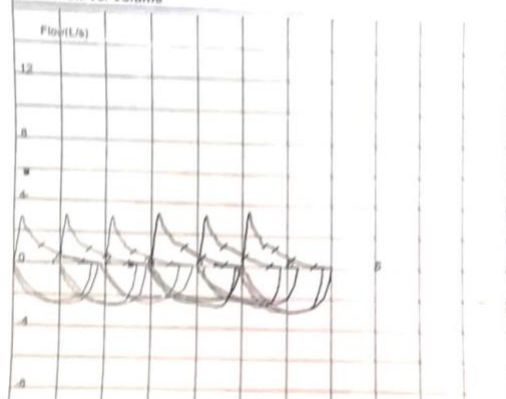
Technician: BAO KHANH
Effort summary: 3 efforts: 3 acceptable, 3 reproducible
Physician: LE THUY

Diagnosis:
Test series date/time: 23/04/2014 07:31 AM
Effort #8 usability caution (ATS/ERS 2005)

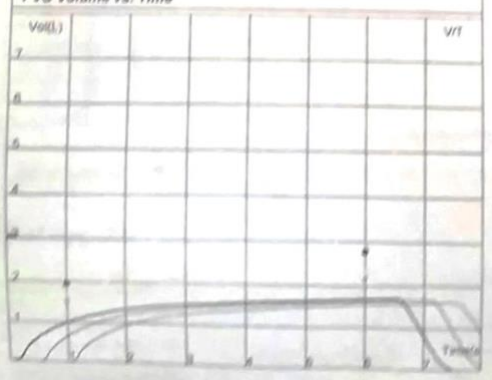
Result	Pred	LLN	Pre	%Pred	Post	%Pred	%Chg
SVC (L)	2.55	1.99	1.80	71%	1.98	78%	10%
FVC (L)	2.55	1.99	1.64	64%	1.83	72%	12%
FEV1 (L)	1.96	1.49	1.07	55%	1.18	60%	10%
FEV1/FVC	0.77	0.67	0.65	85%	0.64	84%	-1%
FEV1/SVC			0.59		0.60		
FEV6 (L)	2.78	2.17	---	---	1.81	65%	---
FEF25-75% (L/s)	2.10	0.97	0.67	32%	0.67	32%	0%

Name: NGUYEN THI, CHAU

FVC Flow vs. Volume



FVC Volume vs. Time



- ✓ Bắt đầu tốt (thể tích ngoại suy < 150 ml FVC)
- ✓ Không nhiễu (không ho, không rò khí, không đóng nắp thanh môn,..)
- ✓ T/gian thở ra (biểu đồ dưới) ≥ 6s (6 ô)

Tính lặp lại: thỏa.

Phân tích KQ:

FEV1/FVC: Pre 0.65 chọn Tỉ số FEV1.SVC = 0.59 do thấp hơn, Post 0.64 < LLN → có tắc nghẽn.

Độ nặng: FEV1% = 55% (pre) → Pre tắc nghẽn TB – nặng (50-59)

FEV1 tăng 10% và 110 ml (1.18-1.07) nên BN không đáp ứng thuốc DPQ.

Nhận xét: BN có RLTK kiểu tắc nghẽn mức độ TB – nặng, không đáp ứng thuốc DPQ. Kết hợp LS nghĩ BN bị hen hơn COPD.

→ Điều trị corticoid (tối ưu), đo lại HHK sau 03 tuần

PHONG HO HAP KY

Pre vs. Post FVC & SVC Report
Page 1 of 2

Name: NGUYEN THI, CHAU
Height at test (cm): 155.0
Weight at test (kg): 61.0

ID: 574
Sex: Female
Age at test: 64

Birthdate: 06/01/1951
Smoking history (pk-yr):
Predicted set: Hankinson (NHANES III)

Technician: DIEM KIEU

Effort summary: 3 efforts: 3 acceptable, 3 reproducible

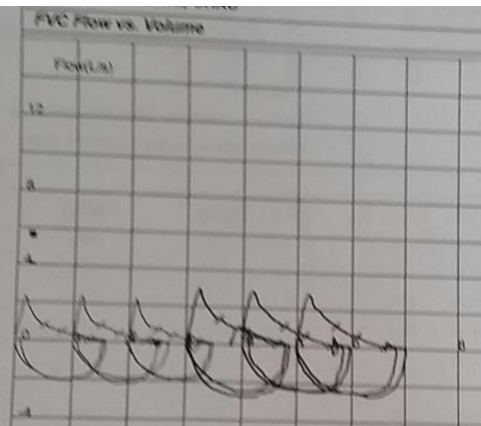
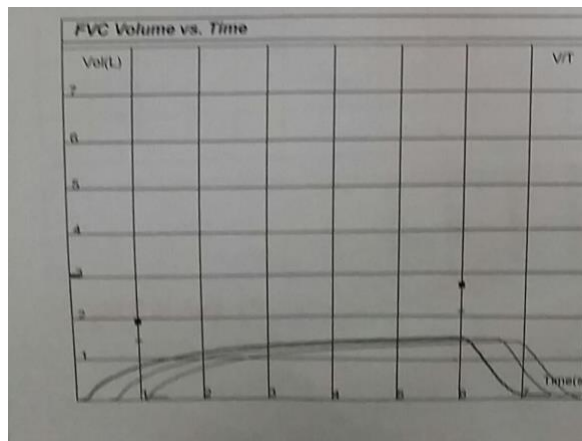
Physician: LE THUY

Diagnosis:

Test series date/time: 02/26/2016 08:31 AM

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

Result	Pred	LLN	Pre	%Prd	Post	%Prd	%Chg
SVC (L)	2.50	1.94	1.43	57%	1.95	78%	36%
FVC (L)	*2.50	1.94	1.52	61%	1.85	74%	22%
FEV1 (L)	*1.91	1.44	0.87	46%	1.19	62%	37%
FEV1/FVC	0.77	0.67	0.57	75%	0.64	84%	12%
FEV1/SVC			0.61		0.61		
FEV6 (L)	2.72	2.11					
FEF25-75% (L/s)	2.01	0.88	0.47	23%	0.71	35%	61%



FEV1/FVC: Pre 0.57, Post 0.61 < 0.7 → có tắc nghẽn

Độ nặng: FEV1% = 46% (pre) → Pre tắc nghẽn nặng (35-49)

FEV1 tăng 37% và 320 ml nên BN đáp ứng thuốc DPQ.

Nhận xét: BN có RLTK kiểu tắc nghẽn mức độ nặng, đáp ứng thuốc DPQ.

Kết luận:

- BN có hen do kq HHK trong 3 năm đều có \$ tắc nghẽn và đáp ứng thuốc DPQ.
- Pre FEV1 thấp (<60%) trong 3 năm, BN hen không kiểm soát tốt, có nguy cơ vào đợt cấp, nguy cơ tắc nghẽn cố định.

5. ECG:

Bệnh hô hấp chú ý tâm phế → đọc tim P (nếu lớn tuổi, bệnh đồng mắc → Tim P + Tim T). Hen, ng trẻ → rất ít nghĩ tâm phế.

6. Sinh hóa máu

K⁺ máu giảm, phù hợp bệnh cảnh hen. (do sử dụng đồng vận beta 2 kéo dài → hạ K máu)

XIII. Chẩn đoán xác định:

Cơn hen PQ [mức độ], [yếu tố thúc đẩy], [bchung]/ Hen [kiểm soát], [biến chứng]

XIV. Điều trị:

1. Mục tiêu điều trị:

- Ổn định SHH (SpO₂ mục tiêu 93-95%), cắt cơn hen
- Điều trị biến chứng
- Tăng kiểm soát hen, giảm nguy cơ vào cơn hen kế tiếp

2. Điều trị cụ thể:

a. Điều trị cấp cứu: *Không cần ghi, chỉ ghi dtri hiện tại*

- Thông thoáng đường thở, hút đàm.
- Thở oxy canula 3l/phút
- Thuốc:
 - Mức độ nhẹ (và TB theo lý thuyết): OCS or SCS (tương đương)

Vinsolon 16mg – 2v (u) sau no OR

Solumedrol 40mg 1 lọ (TM)

- Mức độ TB - nặng: OCS + ICS liều cao <đúng ra nặng thui mà thấy trên khoa mức độ TB quất này lun>

Vinsolon 16mg – 2v (u) sau no

Combivent 2,5ml 1 tép
NaCl 0.9% đủ 5ml

PKD mỗi 6h

FEV1 < 25% và không đáp ứng thì cho

MgSO4 15% 10ml 1A
NaCl 0.9% 100ml

TTM XXXg/ph

- Đánh giá lại tri giác, sinh hiệu, SpO₂ sau 20-30 phút.

b. Điều trị hiện tại:

- **Cort:** Chọn 1 trong 3, nên cho pulmi kết hợp pkd ventoLIEN luôn
 - Vinsolon 16mg – 2v (u) sau no 5 – 7d OR
 - Pulmicort 0.5 mg 1 ống x 2 (PKD)/6h OR
 - Solumedrol 40mg 1 ống (TMC)
- Ventolin/Combivent 2.5ml + NaCl 0.9% đủ 5ml PKD / 6h
- Theo dõi sinh hiệu, SpO₂ mỗi 12h.
- Kaliclorid 0.5g (hạ kali) - 2v (u)

Combivent (2,5 mg albuterol + 0,5 mg ipra) chỉ chọn khi thất bại với ventolin (5 mg salbu) or ở nhà dùng combi rồi; SAMA ở VN CHỈ có ipra.

c. Điều trị sau xuất viện:

Dùng thuốc:

- Kiểm soát → bậc 1
- Ksoat 1 phần → step 2
- Không ksoat → step 3, 4
- ICS liều thấp:
 - Budesonide 200 – 400 mcg (có trong Seretide, Symbicort)
 - Fluticasone propionate 100 – 250 mcg

Flixotide 125mcg 120Dose

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

Tình huống		Tiêu chí		Lựa chọn điều trị
Khởi đầu kiểm soát		- TC hen hoặc nhu cầu SABA < 2 lần/m (TC không thường xuyên) VÀ - Không có TC đêm tháng qua VÀ - Không có YTNC đợt cấp, kể cả không có đợt cấp năm qua		Bậc 1
		- TC hen hoặc nhu cầu SABA ≥ 2 lần/m HOẶC - Có ≥1 TC đêm tháng qua HOẶC - Có ≥1 YTNC đợt cấp		Bậc 2
		- TC hen ảnh hưởng hầu hết các ngày HOẶC - Có ≥1 TC đêm/w, đặc biệt nếu có YTNC đợt cấp		Bậc 3 hoặc 4 nhưng không kèm LABA (ICS liều TB/cao)
Khởi đầu hen nặng không kiểm soát hoặc đến vì đợt cấp				OCS ngăn ngày, sau đó: - ICS liều cao HOẶC - ICS liều TB + Formoterol (bậc 4)
Cụ thể	Bậc	Duy trì	Cắt cơn	
	1		SABA: Ventolin khi khó thở (max 12 nhát / 24h)	

	2	ICS liều thấp	SABA	
	3	ICS liều thấp + Formoterol: Symbicort 1 nhát x 2 + xịt khi khó thở		
	4	ICS liều TB + Formoterol: Symbicort		
	5	Thêm: - Anti-IgE (Omalizumab) HOẶC - Tiotropium HOẶC - OCS liều thấp (Prednisone ≤ 7.5mg/d)	SABA	
Đánh giá lại		- Thông thường: sau 1-3m, sau đó mỗi 3-12m - Thai kỳ: mỗi 4-6w - Sau đợt cấp: trong vòng 1w		
Hiệu chỉnh điều trị	Tăng bậc	Tăng lâu dài: hen không kiểm soát		<u>Tăng liên tục trong 2-3m</u>
		Tăng ngắn hạn: nhiễm siêu vi hoặc dị ứng nguyên		<u>Tăng trong 1-2w</u>
		Tăng siêu ngắn hạn: trên BN dùng ICS liều thấp + LABA vừa cắt cơn vừa duy trì		Hiệu chỉnh từng ngày
	Xuống bậc	- Sau khi kiểm soát tốt 3 tháng VÀ K ^o NIT ^{HH} / du lịch / có bầu		Giảm liều ICS 25-50% mỗi

STEP 1:

- Xem xét ICS liều thấp
- Cắt cơn:
Ventolin Inhaler 100mcg 200Dose
Xịt 3 lần cách nhau 20', mỗi lần 2 nhát khi khó thở

STEP 2:

- ICS liều thấp
- LTRA: nếu VMDU/không dung nạp ICS/tác dụng phụ ICS
Montelukast 10mg 1v (u) tối
- ICS + LABA:
Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt) <160mg Bude, 4.5mg formoterol>
1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt
- Cắt cơn:
Ventolin Inhaler 100mcg 200Dose
Xịt 3 lần cách nhau 20', mỗi lần 2 nhát khi khó thở

- Nếu hen dị ứng theo mùa: ICS ngay khi có trch và 4w sau khi kết thúc mùa.

STEP 3:

- ICS liều thấp + formoterol: cắt cơn & duy trì (cải thiện trch, chức năng phổi, giảm nguy cơ đợt cấp hơn là dùng ICS low +LABA/ICS high với SABA)

Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt)

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

- LTRA: nếu tiền căn dị ứng rõ ràng
Montelukast 10mg 1v (u) tối

STEP 4:

- ICS thấp + formoterol vừa duy trì vừa cắt cơn:

Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt)

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

OR

- ICS TB + LABA: + cắt cơn SABA

Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt)

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

- LTRA:

Montelukast 10mg 1v (u) tối

- Kiểm tra, hướng dẫn sử dụng bình xịt định liều đúng cách.
- Dặn dò, giải thích rõ để tăng khả năng tuân thủ điều trị.
- Tránh tiếp xúc với dị nguyên
- Sau đó nếu vẫn không kiểm soát: xem xét tăng bậc hen

Không dùng thuốc:

- Vận động thể lực
- Ăn nhiều rau, trái cây
- Tránh môi trường bụi bặm

- Chích ngừa cúm, phế cầu
- Tái khám sau 1 tuần.

Academic Research Foundations: Quantitative



Green *et al* Lancet. 2002;36:1715-21

XV) TIỀN LƯỢNG:

- **Nguy cơ vào cơ hen:**
 - Hen không kiểm soát
 - Không tuân thủ điều trị
 - Tăng eosinophil máu/ FEV1 < 60% pred
 - Có 1 cơn hen nặng trong 12 tháng qua
 - Tiền căn NV ICU/NKQ vì cơn hen cấp
 - Không dùng ICS/ Lạm dụng SABA >1 hộp 200 nhát/tháng
 - Bệnh đồng mắc
 - Tâm thần kinh – thai kỳ.
- **Nguy cơ tắc nghẽn cố định:**
 - Không dùng ICS
 - HTL, hóa chất, ô nhiễm
 - FEV1 thấp từ đầu

- Tăng tiết đàm
- Tăng eos máu
- **Nguy cơ tác dụng phụ của thuốc:**
 - OCS thường xuyên
 - ICS mạnh, liều cao
 - Xịt thuốc kém
 - Xài thuốc ức chế men P450