

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN KHÓ THỞ CẤP

BIỂU HIỆN KHÓ THỞ

Các biểu hiện khó thở thường được nhắc đến nhiều trong suy tim trái, hẹp van 2 lá, COPD và hen, đây là 4 bệnh mục tiêu mình cần làm rõ. Trong suy tim trái, biểu hiện khó thở được sắp xếp theo thứ tự tăng dần là: *khó thở khi gắng sức < khó thở khi nằm < khó thở kịch phát về đêm < cơn hen tim < khó thở khi nghỉ ngơi < phù phổi cấp*. COPD cũng có khó thở khi gắng sức cần chẩn đoán phân biệt với suy tim và hen có cơn hen phế quản thường xuất hiện về đêm gây nhầm lẫn với cơn hen tim.

Khó thở khi gắng sức

Hoàn cảnh khó thở xảy ra như thế nào? Khi làm việc nhà, khi đi bộ xa hay khi đi cầu thang. *Khi đánh giá mức độ hoạt động dẫn đến khó thở phải so sánh với khả năng trước đó của bệnh nhân*. Trước đây đi bộ được bao xa, leo được mấy cầu thang thì khó thở, bây giờ thì thế nào, thời điểm trước đây là bao nhiêu tuổi? Nguyên nhân tại sao dừng lại để loại trừ các nguyên nhân như *đau khớp, tuổi già làm giới hạn thể lực*.

Cơ chế được giải thích như sau:

Cung lượng tim giảm làm giảm cung cấp oxy đến cơ vân lúc gắng sức, dẫn đến tăng acid lactic máu và cuối cùng tăng kích thích thở qua các hóa thụ thể trung tâm.

Hoạt động gắng sức đòi hỏi tế bào thực hiện các hoạt động sinh năng lượng với tốc độ cao dẫn đến quá trình trao đổi khí CO₂ và O₂ của tế bào với hồng cầu phải nhanh, trong khi suy tim dòng máu bị ứ trệ ở tuần hoàn phổi (quá trình trao đổi khí CO₂ của hồng cầu với O₂ của phế nang bị giảm); COPD liên quan đến việc phá hủy phế nang, làm mất tính đàn hồi của phổi, hẹp đường dẫn khí gây cản trở trao đổi khí qua màng phế nang-mao mạch cũng như từ phế nang ra ngoài dẫn đến P_{O₂} và pH máu động mạch giảm, P_{CO₂} tăng kích thích trung tâm hô hấp.

Khó thở khi nằm

Bệnh nhân khó thở khi nằm, phải ngồi dậy hoặc phải kê gối ở đầu cao lên. Một số người bình thường có thói quen nằm đầu cao khi ngủ cho nên phải hỏi: Tại sao khi ngủ phải kê nhiều gối ở đầu? Điều gì xảy ra nếu nằm không gối? Mức độ khó thở được đánh giá bằng số gối bệnh nhân dùng để

kê đầu. Khi suy tim nặng bệnh nhân luôn phải ngủ ở tư thế ngồi.

Sự khởi phát khó thở khi nằm đầu tiên là do bệnh nhân nằm trên một mặt phẳng, sẽ có *sự tái phân bố dịch từ hệ tuần hoàn nội tạng và các chi dưới về hệ tuần hoàn trung tâm*. Khi đó thể tích máu về tim tăng nhưng không được bơm đi hiệu quả do chức năng thất trái suy làm tăng áp lực mao mạch phổi dẫn đến phù mô kẽ, hạn chế sự trao đổi khí tại màng phế nang-mao mạch. Ngoài ra còn nhiều giả thuyết khác như *khi nằm trọng lực làm xẹp phổi thêm cản trở khả năng hút vào và thở ra; cơ hoành phải tiêu hao năng lượng nhiều hơn hoặc hạn chế di chuyển do các tạng trong ổ bụng tạo áp lực đẩy lên*.

Khó thở kịch phát về đêm

Cơn khó thở kịch phát về đêm thường xảy ra 2-5 giờ (1-3 giờ) sau khi ngủ. Bệnh nhân có cảm giác ngạt thở hoặc bị bóp ngạt. Thường kèm theo triệu chứng ho, khò khè, vã mồ hôi, lo sợ. Để phân biệt khó thở khi nằm và khó thở kịch phát về đêm, ta dựa vào *thời gian xuất hiện, thời gian hết khó thở*. Trong *khó thở khi nằm*, bệnh nhân ngồi dậy và buông thông hai chân xuống đất thường đỡ rất nhanh còn trong *khó thở kịch phát về đêm*, bệnh nhân phải mất 15-30 phút thậm chí hơn 30 phút mới đỡ khó thở.

Cơ chế của khó thở kịch phát về đêm kế thừa các cơ chế của khó thở khi nằm do tư thế nằm khi ngủ. Ngoài ra bổ sung thêm một số cơ chế khác liên quan đến chu kỳ ngày-đêm. Về đêm, *do giảm hoạt giao cảm làm thất trái mất khả năng đối phó với việc tăng hồi lưu tĩnh mạch do tái phân bố dịch*. Trung khu hô hấp bị ức chế khi ngủ dẫn đến giảm thông khí.

Cơn hen tim

Được định nghĩa là cơn khó thở kịch phát về đêm + phù nề niêm mạc phế quản và co thắt phế quản. Ngoài triệu chứng của cơn khó thở kịch phát về đêm, bệnh nhân còn thở khò khè, nghe được ran rít, ran ngáy khắp hai phế trường.

Chẩn đoán phân biệt cơn hen tim và cơn hen phế quản

Cơn hen phế quản thường xảy ra về đêm lúc 2 đến 4 giờ sáng được giải thích là do về đêm nồng

độ hai chất làm dẫn phế quản *cortisol* và *adrenalin* trong cơ thể giảm xuống mức thấp nhất trong khi *histamin* lại đạt đỉnh trong thời gian này. Khả năng tiếp xúc với các dị ứng nguyên như bụi nhà, lông chó mèo,... khi nằm trên giường là lớn nhất, sau khi ngủ, bệnh nhân hít vào, vài giờ sau triệu chứng hen tiến triển. Tư thế ngủ nằm làm hẹp đường dẫn khí, tăng máu về phổi, giảm thể tích phổi, ngoài ra làm các dịch tiết từ viêm xoang hoặc hội chứng nhỏ mũi sau dễ chảy xuống phế quản kích thích cơn hen. Máy điều hoà hoặc không khí lạnh ban đêm làm mất nhiệt và độ ẩm của đường dẫn khí. Hiện tượng trào ngược dạ dày thực quản do tư thế nằm làm cơ thắt tâm vị giảm trương lực, làm dịch dạ dày chảy vào thanh quản kích thích co thắt phế quản.

Hen tim	Hen phế quản
Tiền căn suy tim	Tiền căn hen phế quản, dị ứng
Khó thở hai thì	Khó thở thì thở ra
Tím tái	Không tím tái
Khi ngồi dậy đỡ khó thở hơn	Vẫn khó thở khi ngồi dậy, giảm khó thở khi khạc hết đàm hoặc dùng thuốc dẫn phế quản

Phù phổi cấp

Trước khi đi vào phù phổi cấp, chúng ta điểm qua các tổn thương cấu trúc tương ứng với các giai đoạn lâm sàng của khó thở trong suy tim.

Giai đoạn	Hiện tượng mới
Khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm	Áp lực đầu tĩnh mạch mao mạch phổi tăng dần, phù mô kẽ
Cơn hen tim	Phù nề niêm mạc phế quản, co thắt phế quản
Phù phổi cấp	Phá vỡ màng phế nang-mao mạch, thoát dịch vào phế nang

Khó thở trong phù phổi cấp có tính chất dữ dội, tăng dần; ngoài ra do tràn dịch phế nang ta sẽ nghe thấy ra ầm đầy hai phổi, mao mạch bị phá vỡ xuất hiện triệu chứng ho khạc ra bọt hồng là đặc trưng của phù phổi cấp.

TIÊU CHUẨN XÁC ĐỊNH

Triệu chứng cơ năng

Dựa vào phần hỏi bệnh sử và tiền căn. Người bệnh thường than phiền thiếu không khí để thở,

thấy mệt không thoải mái khi thở (cảm giác này rất chủ quan, nên cần dựa thêm vào dấu hiệu thực thể để xác định bệnh nhân có thực sự khó thở hay không)

Triệu chứng thực thể

Tổng quát

Tư thế BN nằm đầu cao, hay ngồi, kiểu ngồi của bệnh nhân.

Có biểu hiện gắng sức để thở: thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ (cơ ức đòn chũm, cơ gian sườn, hõm ức) thở ngực bụng nghịch thường, phải ngồi để thở, cánh mũi phập phồng, há miệng để thở, thở chúm môi.

Bệnh có nói chuyện được cả câu, từng cụm từ hay từng từ? Bệnh nhân có dấu hiệu xanh tím ở môi, đầu ngón tay ngón chân, dái tai, niêm mạc không? Có vã mồ hôi hay không?

Các tính chất liên quan đến sự thở

Tần số thở: thở nhanh (>25 lần/phút), thở chậm (<8 lần/phút)

Biện độ thở: yếu (trong một cơ, tắc nghẽn PQ), mạnh trong nhiễm toan chuyển hóa

Kiểu thở bất thường

Cheystoke: có khoảng ngưng thở giữa tăng và giảm thông khí gặp trong trường hợp *suy tim nặng*, bệnh lí mạch máu não (đột quỵ).

Kussmaul: thở nhanh sâu, hay gặp trong toan chuyển hóa.

Thở ngáp: thiếu oxy não nặng

Thở không đều: hít vào nhanh kết hợp giữa cổ thời kỳ ngưng kéo dài lúc thở ra (trong choáng hoặc bệnh gây giảm cung lượng tim)

Khám phổi

Di động lồng ngực, thở ngực bụng nghịch thường? Nghe phổi có rale rít, rale ngáy hay không? (Thường gặp trong: cơn hen PQ, COPD). Rale không liên tục: trong phù phổi cấp.

Khám tim

Nhịp tim nhanh hay chậm đều hay không đều? Dấu Harze, dấu nảy trước ngực? Rung miu? Có nghe được âm thổi hay không?

SpO2-KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH

BN có suy hô hấp khi PaO2 < 60 mmHg. Nhưng có thể dựa vào SpO2 (quan trọng) để xác định xem bệnh nhân có suy hô hấp hay không? Nếu SpO2<90% khí trời là có suy hô hấp, tuy nhiên đối với bệnh nhân COPD nhóm C-D SpO2 chấp nhận trong khoảng 88-92% khí trời.

Chị Chi nói dựa vào KMĐM chỉ phân biệt được BN có suy hô hấp cấp hay mạn do nguyên nhân tăng CO2, còn suy hô hấp do giảm Oxy máu thì không phân biệt được. Nên cần dựa vào SpO2 lúc xuất viện có <90% hay không? Nếu bệnh nhân xuất viện khỏe hoàn toàn mà SpO2 <90% là có suy hô hấp mạn. Chị còn hỏi thêm: nếu BN đã có

suy hô hấp mạn trước khi nhập viện thì lúc nhập viện làm sao biết được bệnh nhân này có suy hô hấp cấp, SpO2 chênh lệch bao nhiêu %? (câu trả lời 5%, ví dụ: ở nhà khỏe SpO2= 85-86%, vô viện SpO2 còn 80% suy ra có suy hô hấp cấp)

BỆNH SỬ

Vì là TCCN nên mang tính chất rất chủ quan của bệnh nhân khi mô tả, vì vậy cần hỏi đầy đủ các tính chất của khó thở để có thể định hướng đúng nguyên nhân, ở đây chỉ nêu 3 nguyên nhân gây khó thở cấp trong mục tiêu là: cơn hen PQ, đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, suy tim.

	Hen	COPD	Suy tim
Hoàn cảnh khởi phát (hỏi BN đang làm gì thì khó thở?)	Sau tiếp xúc dị nguyên, bụi, tăng cảm xúc (cười), sau luyện tập	Chủ yếu khi gắng sức. Khi nặng, khó thở khi nghỉ ngơi	Tùy vào độ nặng của bệnh, giai đoạn đầu khó thở khi gắng sức, cuối cùng là cả khi nghỉ ngơi cũng khó thở
Thời điểm (khó thở xuất hiện lúc nào trong ngày?)	Thường vào nửa đêm và lúc thức giấc	Bất kì trong ngày	Ban đêm trong khó thở kịch phát về đêm (cơn hen tim)
Thời gian xuất hiện	Đột ngột	Đợt khó thở cấp trên nền BN đã có khó thở nhiều tháng, nhiều năm	Đợt khó thở cấp trên nền BN đã có khó thở mạn từ trước
Thì hô hấp (Khó thở thì nào?)	Khó thở thì thở ra	Thở ra, hay cả 2 thì	Thường khó thở 2 thì
Đặc điểm	Tùng cơn, ngoài cơn bình thường	Liên tục, diễn tiến tăng dần theo thời gian	Liên tục, tăng lên khi gắng sức
Yếu tố tăng giảm	Cải thiện tự nhiên Đáp ứng thuốc dẫn PQ hoặc corticoid hít theo từng tuần	Không cải thiện tự nhiên Chỉ đáp ứng thuốc dẫn PQ tác dụng nhanh theo mức độ nhất định	Tăng: gắng sức, nằm hay nằm đầu bằng Giảm: ngồi nghỉ, nằm đầu cao, ngồi.
Mức độ khó thở (Khó thở như thế nào?)	Bệnh nói được từng từ, từng cụm từ hay cả câu. Ngồi cúi người ra trước hay thích nằm hơn thích ngồi		Dữ dội khiến bệnh nhân vã mồ hôi, ngồi cúi người ra trước trong phù phổi cấp

Triệu chứng kèm theo

Ho, khò khè, nặng ngực

+ Ho đàm mạn vào buổi sáng ngủ dậy hoặc ho khan
+ Đàm đặc hơn, lượng nhiều hơn, đổi màu đục hoặc xanh
+ Các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp: sốt, đau họng, sổ mũi, đau ngực kiểu màng phổi, môi khô, lưỡi dơ,...

+ Đau ngực (trong suy tim cấp do bệnh mạch vành, chèn ép tim cấp)
+ Thở khò khè (hen tim), khạc ra bọt hồng ở miệng (phù phổi cấp)
+ Mệt, yếu sức, suy kiệt
+ Phù chân
+ Ho tăng khi nằm, về đêm.
+ Hôi hộp
+ Xanh tím (hỏi người nhà bệnh nhân)
+ Tiểu đêm
+ Biểu hiện thần kinh: trầm cảm, lú lẫn, khó tập trung, hay quên, đau đầu, mất ngủ, lo lắng,...

Sau khi hỏi các câu hỏi về khó thở, ta sẽ hướng tới bệnh nào nhiều hơn thì hỏi tiếp các câu hỏi liên quan tới bệnh đó. (sẽ đề cập trong phần bệnh án mẫu của từng bệnh)

TIỀN CĂN-KHÁM LÂM SÀNG

Tùy vào hướng tới bệnh nào nhiều thì hỏi kỹ tiền căn khó thở liên quan tới bệnh đó hơn. Với 3 mục tiêu suy tim, cơn hen phế quản và COPD, phần tiền căn-khám lâm sàng ở các bài riêng cho các bệnh này sẽ được trình bày sau, ở bài này không nhắc lại để tránh nhầm lẫn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó thở cấp, lưu ý trong mục tiêu suy tim, nếu bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán suy tim theo Framingham thì mình đặt hội chứng suy tim, nếu chưa đủ thì đặt khó thở cấp.

Nếu SpO₂ <90% thì đặt luôn là *suy hô hấp cấp*.

Ngoài ra còn có vấn đề *khó thở cấp trên nền mạn*

BIỆN LUẬN

Nguyên nhân khó thở cấp hay suy hô hấp cấp có rất nhiều, nhưng trong bệnh án mình chỉ nêu 2 nhóm lớn là hô hấp và tim mạch. Đối với trại hô hấp, chị Tường thích đề nguyên nhân nào mình nghĩ nhiều nhất lên đầu tiên, rồi đến nghĩ ít hơn, và cái nào không nghĩ.

Tính chất của các nguyên nhân bên dưới nếu phù hợp với TCCN, tiền căn, TCTT của bệnh nhân thì nghĩ, nếu không phù hợp thì không nghĩ.

Phần này xem thêm trong bệnh án mẫu của các bệnh mục tiêu, ở đây chỉ nêu các dữ kiện để nghĩ nhiều hay ít mà thôi.

Hô hấp

Đợt cấp COPD

BN đã có COPD trước đó: có thể được bệnh viện chẩn đoán hoặc có triệu chứng bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính trước đó nhưng chưa được chẩn đoán, với trường hợp thứ hai, bệnh nhân đến với mình vào đợt cấp đầu tiên của COPD, nên mình phải chẩn đoán luôn cho bệnh nhân là đã bị COPD từ trước.

Tuổi khởi phát thường > 40t

Khó thở mạn diễn tiến tăng dần theo thời gian, ngoài đợt cấp vẫn có khó thở. Ho đàm mạn trên 3 tháng, tính chất đàm thay đổi nặng lên trong đợt cấp. Không đáp ứng tốt với thuốc dẫn PQ

Có kèm hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới: khám phổi nghe rale rít, rale ngáy

Tiền căn hút thuốc lá chủ động hoặc thụ động, môi trường sống ô nhiễm bụi, khí thải nhiên liệu...

Cơn hen phế quản

Tuổi khởi phát thường <20t

Khó thở thì thở ra. *Khó thở từng cơn, ngoài cơn bình thường*, không liên quan đến gắng sức mà liên quan đến tiếp xúc với yếu tố dị nguyên, môi trường thay đổi,... Khó thở kèm khò khè, nặng ngực, ho. Đáp ứng tốt với thuốc dẫn PQ.

Trong cơn khó thở cũng nghe được rale ngáy rale rít, nhưng khi hết cơn thì không nghe được rale nữa.

Tiền căn hen, dị ứng, chàm, có gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột,...) bị hen.

Đợt cấp dẫn phế quản

Tiêu chuẩn giống đợt cấp COPD. Đầu tiên phải có dẫn PQ mạn: BN thường ho đàm mạn nhiều, thường khạc đàm nhiều vào buổi sáng, có thể ho ra máu.

Trong đợt cấp có khó thở tăng lên, đàm đổi màu, khám phổi nghe rale rít, ngáy, rale ẩm. Ngón tay dùi trống

Có tiền căn lao phổi cũ

Viêm phổi nặng

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi khi có 2/4 tiêu chuẩn:

1. Sốt
2. Ho khạc đàm
3. Xquang ngực có tổn thương với hình ảnh mờ thâm nhiễm mới (tiêu chuẩn vàng)
4. Bạch cầu $>15000/\text{mm}^3$ hoặc $<3000/\text{mm}^3$

Ngoài ra, BN có thể đau ngực kiểu màng phổi, khám phổi: có thể có HC đông đặc, nghe phổi có rale nổ.

Viêm phổi dẫn đến khó thở, thường triệu chứng rất rõ ràng, bệnh sử viêm phổi dài ngày, không đáp ứng điều trị. Sốt cao kéo dài nhiều ngày không đáp ứng thuốc hạ sốt, người già có thể lú lẫn, mất định hướng, ho khạc đàm kéo dài, đàm đặc, màu xanh kèm theo đau ngực kiểu màng phổi. Khám thấy ran nổ ran, ẩm toàn bộ hai phổi. Nói chung bệnh lý viêm phổi khá điển hình.

Tràn dịch màng phổi lượng nhiều

Quan trọng nhất là **hội chứng ba giảm**: Giảm đục, rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm hoặc mất. Cùng với triệu chứng kèm theo: đau ngực kiểu màng phổi, tiếng thổi màng phổi, tiếng dề kêu, ngực thăm. Lồng ngực bên bệnh có thể căng phồng. Khí quản có thể bị đẩy lệch về bên đối diện (bên không tổn thương)

Dị vật đường thở

Ghi nhận nuốt sặc dị vật, tiền căn hôn mê, tai biến, say xỉn quá không biết. Có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới không lan tỏa: rale rít rale ngáy khu trú ở 1 bên phổi, không lan tỏa 2 phế trường như COPD hay Hen.

Phù nề thanh quản

Khó thở kèm ngứa mắt, ngứa mũi. Khám nghe tiếng rít thanh quản

Tràn khí màng phổi

Quan trọng có **HC tràn khí màng phổi**: Gõ vang, rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm. Triệu chứng kèm theo có thể có dấu lếp bẹp dưới da trong TKMP.

Thuyên tắc phổi

Tụt huyết áp, vã mồ hôi, ngất, ho ra máu,... Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ gây huyết khối TM sâu: nằm bất động lâu, dùng thuốc tăng đông, chấn thương,...

Đề nghị CLS: CT-scan ngực cản quang, D-Dimer.

Thông thường nếu tiền căn không ghi nhận ta loại luôn nguyên nhân này.

Tim mạch

Suy tim trái

Tiền căn bệnh nhân có khó thở từ trước, tăng lên khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi. Có thể khó thở khi nằm, giảm khi nằm đầu cao hay ngồi, có cơn hen tim trước đó.

Trong đợt nhập viện, khó thở đột ngột tăng lên do các yếu tố thúc đẩy suy tim (*xem thêm bệnh án mẫu suy tim*)

Khám lâm sàng: Tim to, mỏm tim nảy mạnh kéo dài, lệch khỏi đường trung đòn trái và ra ngoài. Áp lực tĩnh mạch cảnh tăng Nghe được tiếng T3, phổi có rale. Phù hai chân đối xứng thay đổi trong ngày và theo tư thế. Gan to, ấn bụng phồng căng

Bệnh mạch vành

BN có đau thắt ngực kiểu mạch vành tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ, khó thở, có thể đau tim (nếu mạch vành tắc hoàn toàn). Có yếu tố nguy cơ của bệnh.

Hẹp hai lá

Khám T1 đánh, rung tâm trường ở mỏm, clắc mở vale. Tiền sử thấp khớp cấp ở tuổi trẻ.

Phù phổi cấp

BN khó thở dữ dội, vã mồ hôi, ngồi cúi người ra trước để thở, thở khò khè, BN ho ra đàm bọt hồng. Khám phổi nghe rale ẩm, nổi đầy hai lá phổi từ dưới đáy phổi dâng lên như thủy triều.
Xquang phổi: Tổn thương hình cánh bướm, mất trong vài ngày sau đó.

Rối loạn nhịp tim

BN có hồi hộp, đánh trống ngực, nghe nhịp tim không đều.

Thiếu máu nặng

BN có hội chứng thiếu máu cấp, trước đó có phẫu thuật lớn mất máu nhiều, mất máu cấp qua đường tiêu hóa (trong XHTH), đường hô hấp (ho ra máu), đường niệu (tiểu máu).

Các nguyên nhân cần biện luận

Khó thở cấp	Khó thở cấp trên nền mạn	Suy hô hấp cấp
Đợt cấp COPD	Đợt cấp COPD	Đợt cấp COPD
Con hen phế quản	Hen tắc nghẽn cố định	Con hen phế quản
Đợt cấp dẫn phế quản	Đợt cấp dẫn phế quản	
Viêm phổi nặng		Viêm phổi nặng
Tràn dịch màng phổi lượng nhiều	Xơ phổi	
Dị vật đường thở		Dị vật đường thở
Phù nề thanh quản		
Tràn khí màng phổi		Tràn khí màng phổi
Thuyên tắc phổi		Thuyên tắc phổi
Suy tim trái	Đợt mất bù suy tim	Suy tim cấp
Bệnh mạch vành		Nhồi máu cơ tim
Hẹp van 2 lá		
Phù phổi cấp		Phù phổi cấp
Rối loạn nhịp tim		
Thiếu máu nặng		
		Tràn dịch màng ngoài tim

Trong các nguyên nhân trên thì **hen tắc nghẽn cố định** là nguyên nhân chưa được biện luận. Muốn chẩn đoán hen tắc nghẽn cố định đòi hỏi bệnh nhân phải có tiền căn hen trước đó và các yếu tố dẫn đến tắc nghẽn đường dẫn khí cố định như hen khởi phát lúc nhỏ với tình trạng khò khè thường diễn từ những năm đầu đời cho tới tuổi trưởng thành, hen kéo dài nhưng không được điều trị bằng ICS (thuốc ngừa cơn), hen khởi phát ở tuổi trưởng thành, và hen nặng hoặc hen khó trị. Ngoài ra trong GINA còn có thêm tình trạng tiếp xúc với khói thuốc lá, chất độc hại, phơi nhiễm nghề nghiệp. Ở đây không lặp lại cách biện luận tại sao nghĩ nhiều là hen.

HO VÀ HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP

NHỮNG ĐIỀU CẦN KHAI THÁC VỀ HO

Thời gian ho

Mới xuất hiện hay đã kéo dài (>3 tuần). Ho này là ho cấp <3 tuần, ho bán cấp 3-8 tuần hay ho mạn >8 tuần. Nếu kéo dài cần xác định tính chất ho có thay đổi gì không?

Ho thường xuyên hay không, nếu không thì thường xuất hiện lúc nào. Buổi sáng gặp bệnh nhân hen, kịch phát về đêm: suy tim trái

Tính chất ho

Ho khan hay ho có đàm? Nếu là ho có đàm phải khai thác tính chất của đàm.

Lượng đàm

Lượng đàm nhiều: áp xe phổi, giãn phế quản, phù phổi, ung thư phổi tế bào nhỏ.

Màu sắc

Đàm trắng hồng, xốp: phổi

Đàm vàng: nhầy mủ

Đàm xanh: mủ

Đàm đỏ, nâu hoặc màu gỉ sắt: có máu

Khi có đàm có thể gợi ý được vị trí nhiễm trùng hô hấp ở đoạn nào? Dịch tiết từ mũi thường gây nhầm lẫn với đàm nếu bệnh nhân không hỉ mũi và hít sâu sau đó khạc ra, cần hỏi để chẩn đoán phân biệt. Đàm và nhầy nhớt không có ở thanh quản do đoạn này không có tuyến nhầy. Đàm trắng trong là dấu hiệu gợi ý viêm đường hô hấp từ khí quản đến phế quản. Đàm trắng đục hoặc đổi màu gợi ý viêm phổi.

Mùi

Mùi thối gợi ý nhiễm trùng vi khuẩn kỵ khí

Mức độ ho

Ho thành cơn xuất hiện trong ngày hay ho liên tục ?

Hoàn cảnh xuất hiện

Yếu tố làm tăng hay giảm ho

Triệu chứng đi kèm

Khàn tiếng

Viêm thanh quản, lao thanh quản, u thanh quản, u dây thanh và liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược.

Sốt cao

Viêm phổi nhiễm khuẩn, áp-xe phổi, mũ màng phổi.

Ho khan và đau ngực

Viêm màng phổi, ung thư phổi kèm di căn màng phổi, viêm phổi kèm viêm màng phổi, tràn khí màng phổi.

Ho ra máu

Giãn phế quản, lao phổi, ung thư phổi, tắc mạch phổi.

Đờm bọt hồng

Suy tim trái cấp.

Khò khè

Chảy nước mũi

Yếu tố nguy cơ

Hút thuốc, môi trường ô nhiễm gợi ý bệnh lý hen và COPD, bất động lâu gợi ý ho do ứ đọng đàm nhớt.

Tuổi, giới

Trẻ em thường gặp trường hợp dị vật khí quản, hạch to cạnh phế quản chèn ép. Thanh niên ho kéo dài: trong lao phổi, giãn phế quản. Nam giới trên 40 tuổi hút thuốc ho: viêm phế quản mạn tính, ung thư phổi.

BIỆN LUẬN NGUYÊN NHÂN

Ho là một triệu chứng không ai đem đi biện luận nó cả vì nguyên nhân gây ho rất phong phú, tính chất ho như ho đàm hay ho khan, ho cấp hay ho mạn không đặc hiệu cho bệnh lý nào. Bài viết dưới đây chỉ mang tính chất liệt kê lại nguyên nhân gây ho thường gặp và có trong mục tiêu, nhằm giúp các bạn có kiến thức về các đặc điểm của bệnh

gây ho hướng tới biến luận các vấn đề như hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới.

Ho cấp tính (<3 tuần)

Nguyên nhân không nhiễm trùng

Phù phổi cấp (xem phần tiếp cận bệnh nhân khó thở cấp)

Dị vật

Để chẩn đoán bệnh nhân bị dị vật cần có bệnh cảnh có *hội chứng xâm nhập* biểu hiện khó thở dữ dội, tím tái, ho sặc sụa... sau đó trở lại bình thường nên dễ bị bỏ qua. Quá trình bệnh ghi nhận hít sặc do hôn mê, tai biến, say sấn mất ý thức, trẻ em bị hóc dị vật.

Tràn dịch màng phổi

Tuỳ vào nguyên nhân mà xếp tràn dịch màng phổi vào ho cấp hay ho mạn. Thí dụ viêm phổi gây ho cấp, lao phổi gây ho mạn... Tính chất ho trong tràn dịch màng phổi thì ho khan thay đổi theo tư thế. Cơ chế chưa rõ, được qui cho rằng sự kích ứng màng phổi do viêm và

Nguyên nhân nhiễm trùng

Viêm họng, viêm thanh quản, viêm tai, viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi. *Mục tiêu bệnh viêm phổi sẽ được bàn sau.*

Ho mạn tính (>8 tuần)

Lao phổi

Nghĩ nhiều lao phổi khi bệnh nhân ho đàm mạn, sốt, tính chất lao phổi. Diễn tiến bán cấp tính: thường không sốt hoặc sốt nhẹ về chiều, có thể khạc đàm lẫn máu, đổ mồ hôi trộm, chán ăn, mệt mỏi. Diễn tiến cấp tính (10-20%) sốt cao, ho, đau ngực nhiều kèm khó thở.

Hội chứng nhiễm lao chung

Ho khạc đàm mạn, mệt mỏi, ăn kém, sụt cân, sốt nhẹ về chiều ($37.5-38^{\circ}\text{C}$), ra mồ hôi ban đêm, da xanh.

Triệu chứng cơ năng khác

Ho ra máu (10%): thường lượng ít, có đốm khảm huyết. Đau ngực khu trú, khó thở chỉ gặp trong tổn thương rộng ở phổi

Triệu chứng thực thể

Hội chứng đông đặc, ran nổ, ran ẩm, có thể có tiếng thổi hàng, thường ở vùng đỉnh phổi.

Cận lâm sàng

AFB đàm, ADA dịch màng phổi, PCR dịch màng phổi

Giãn phế quản

Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân ho khạc đàm thường xuyên, màu trắng đục, có thể có đàm mủ, có khi hôi thối do vi khuẩn kỵ khí, đàm bị tắc không ra được. Bệnh nhân thường sốt cao kéo dài, đợt cấp thường có sốt và khạc đàm nhiều

Ho máu thể trung bình, **tái phát nhiều lần**, kéo dài trong nhiều năm, có khi không khạc đàm mà chỉ khạc ra máu. Do áp lực động mạch phế quản cao làm vỡ chỗ nối động mạch phế quản-động mạch phổi, cũng có khi do loét niêm mạc phế quản

Tiền căn

Ghi nhận tiền căn viêm nhiễm đường hô hấp thường xuyên từ lúc trẻ, thường gặp ở bệnh nhân lao, COPD.

Triệu chứng thực thể

Ran không liên tục (ran ẩm) cả 2 thì hô hấp.

Cận lâm sàng

X quang phổi, chụp phế quản cản quang (hiện ít dùng), soi phế quản, CT scan ngực

K phế quản

Nghĩ nhiều khi bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng suy kiệt, tiền căn ghi nhận ho khan hoặc ho có đàm kéo dài, ho ra máu lượng ít.

COPD-Thể viêm phế quản mạn trội

Tiêu chuẩn trước đây xác định viêm phế quản mạn nhờ ho đàm mạn 3 tháng/năm, kéo dài 2 năm liên tiếp.

Bây giờ, người ta gộp viêm phế quản mạn và khí phế thũng thành một bệnh COPD, cho nên đối với mình (sinh viên Y3) không cần biết người này có bị viêm phế quản mạn hay không, chỉ cần biết và

nghe nhiều bệnh nhân này có mắc COPD hay không?

COPD nghe nhiều khi bệnh nhân > 40 tuổi, có tiền sử hút thuốc hoặc tiếp xúc khói bụi ô nhiễm kéo dài, khó thở liên tục, tăng dần, ho đàm mạn. Bệnh nhân thường ho nhiều vào buổi sáng, ho cơn hoặc ho húng hắng, có kèm khạc đàm hoặc không. Đàm thường nhầy trong, trừ một số trường hợp bội nhiễm thì màu trắng đục, xanh hoặc vàng

Hen

Nghe nhiều là hen khi bệnh nhân trẻ, triệu chứng thay đổi từng ngày, thường về đêm, sáng sớm, có tiền căn dị ứng, viêm khớp, gia đình có người bị hen. Cơn hen phế quản điển hình có tiền triệu là ho khan kèm với chảy nước mắt, nước mũi và thường kết thúc bằng ho, khạc đàm nhiều bọt, lợn cợn, trong và quánh sau đó đàm loãng dần.

TRIỆU CHỨNG VIÊM LONG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

Những triệu chứng chủ yếu của viêm long đường hô hấp trên: hắt hơi, sổ mũi, chảy mũi, nghẹt mũi, tắc mũi, đau rát họng, khàn tiếng, lạc tiếng có khi mất tiếng. Nguyên nhân gây ra triệu chứng thường do virus. Thông thường khi thì triệu chứng này sẽ được khai thác làm yếu tố thúc đẩy cho đợt cấp hen và COPD.

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

Điều kiện để đặt vấn đề

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + triệu chứng viêm long đường hô hấp trên.

Biện luận nguyên nhân

Phần này thuộc về Tai-Mũi-Họng khi đi thi gặp trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên, mình sẽ không biện luận.

Thông thường nhiễm trùng hô hấp trên sẽ gặp trong trường hợp nó là yếu tố thúc đẩy cơn hen phế quản hoặc đợt cấp COPD.

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI

Điều kiện để đặt vấn đề

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + các dấu chứng cho thấy có ổ nhiễm trùng ở đường hô hấp dưới.

Có dấu chứng đặc hiệu để nói có nhiễm trùng đường hô hấp dưới, có dấu chứng lại không cho nên tìm được càng nhiều dấu chứng càng tốt. Các dấu chứng giá trị cao bao gồm ho đàm, đau ngực kiểu màng phổi; ít giá trị: ho khan, ran nổ, ran ẩm.

Thông thường nhiễm trùng hô hấp dưới sẽ gặp trong trường hợp nó là yếu tố thúc đẩy cơn hen phế quản hoặc đợt cấp COPD hoặc bệnh mục tiêu viêm phổi.

Biện luận nguyên nhân

Viêm phế quản cấp

Triệu chứng cơ năng

Bắt đầu bằng viêm long đường hô hấp trên (hắt hơi, sổ mũi, viêm mũi họng) lan xuống đường hô hấp dưới xuất hiện ho khan, ho từng cơn.

Bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, có thể có đau ngực do căng cơ hô nhiều, đau ran hết lồng ngực, vị trí đau từ chính giữa lan ra hai bên, không phải đau 1 bên.

Sốt nhẹ từ 38-39 độ.

Triệu chứng thực thể

Ran nổ đầu thì hít vào.

Viêm phổi

Tam chứng trong viêm phổi

Lưu ý bệnh nhân lớn tuổi có thể ít có triệu chứng.

Sốt

Thường là sốt cao, có lạnh run gợi ý nhiễm khuẩn hơn là virus. Sốt thường hiện diện, tuy nhiên một số bệnh nhân hạ thân nhiệt (tiền lượng nặng), 20% không sốt lúc nhập viện

Đau ngực

Thường là **đau ngực kiểu màng phổi** (nhói như dao đâm, tăng khi hít vào và khi ho, ở một bên, thường khu trú) gợi ý viêm màng phổi đi kèm.

Ho khạc đàm

Có thể ho khan nhưng hầu hết là ho có đàm, trường hợp viêm phổi nhẹ, đàm trắng trong, nếu nặng đàm đục và có màu (nhầy hay mủ), đôi khi có đàm màu gỉ sét (phế cầu) hay lẫn máu, mùi có thể hôi (vi khuẩn kỵ khí).

Triệu chứng thực thể

Ran nổ ở vùng phổi tổn thương. Hội chứng đông đặc: gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm. Tiếng ngực thảm, tiếng vang phế quản. Tiếng cọ màng phổi (10%) gợi ý tổn thương màng phổi đi kèm.

Cận lâm sàng

Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán viêm phổi: X quang ngực. X quang ngực: viêm phổi thùy, phế quản phế viêm, tổn thương mô kẽ.

Công thức máu: bạch cầu $>15000/\text{mm}^3$ hoặc $<3000/\text{mm}^3$

Lao phổi

Xem phần ho đàm mạn

Áp xe phổi

Trước đây người ta đưa áp xe phổi là biến chứng của viêm phổi. Tuy nhiên hiện nay áp xe phổi được tách riêng ra thành một bệnh. Bệnh xảy ra trên nền viêm phổi cách đó nhiều tuần, nếu không có triệu chứng viêm thì loại trừ.

Yếu tố thuận lợi

Chấn thương lồng ngực, có mảnh đạn, dị vật trong phổi

Sau gây mê, đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy

Sau phẫu thuật vùng tai mũi họng- răng hàm mặt

Bệnh mạn tính: ĐTĐ, suy mòn, COPD, giãn phế quản, dùng corticoid, thuốc ức chế miễn dịch

Nghiện rượu, nghiện thuốc lá

Lưu catheter tĩnh mạch trung tâm lâu ngày

Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng của áp xe phổi giống như viêm phổi nhưng diễn biến nặng và rầm rộ hơn.

Tam chứng viêm phổi

Áp xe phổi vẫn có tam chứng của viêm phổi là sốt, đau ngực kiểu màng phổi và ho khạc đàm.

Nếu áp xe phổi do viêm phổi hoại tử, nhiễm trùng huyết thì khởi đầu cấp tính đột ngột, sốt cao lạnh run, thường rất nặng. Ho khạc đàm mủ hôi thối lượng vừa đến nhiều, đôi khi có ộc mủ, ho đàm lẫn máu nhưng có khi có nhiều máu.

Triệu chứng khác

Mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu từ nhiều tuần trước.

Triệu chứng thực thể

Hội chứng đông đặc (gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm). Hội chứng hang (gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm + tiếng thổi hang và tiếng ran hang)

Cận lâm sàng

X quang ngực: Tiêu chuẩn chẩn đoán áp xe phổi là ổ áp xe với hình ảnh mực nước hơi xung quang có hình ảnh đông đặc phế nang.

HỘI CHỨNG LÂM SÀNG HÔ HẤP

RAN PHỔI

RAN PHỔI	Ran liên tục	Ran rít	âm sắc cao, dạng âm nhạc
		Ran ngáy	âm sắc thấp, ít dạng âm nhạc
	Ran không liên tục	Ran nổ	âm sắc thanh, gọn, không bị thay đổi khi ho hoặc rõ hơn sau ho, dịch ít, dính.
		Ran ẩm	âm trầm, tè, tù, giảm hoặc mất khi ho, dịch nhiều trong phế nang

Ran liên tục

Ran liên tục có nguồn gốc từ hẹp lòng khí đạo. Khi khám cần nêu được 3 tính chất của ran liên tục bao gồm vị trí nghe lớn nhất ở đâu, thì hô hấp, khu trú hay lan tỏa.

Phân theo thì hô hấp

Thì thở ra

Tắc nghẽn đường dẫn khí nhỏ gặp trong hen, COPD, viêm tiểu phế quản tắc nghẽn.

Thì hít vào

Tiếng rít thanh quản (ran rít thì hít vào) gặp trong trường hợp tắc nghẽn đường dẫn khí ngoài lồng ngực như phù nề thanh quản.

Hai thì

Tắc nghẽn đường dẫn khí dưới nhưng không nhỏ lắm (trên vùng tổn thương do COPD, hen) hoặc có nhiều đàm nhớt.

Phân theo mức độ khu trú/lan tỏa

Nếu ran ngáy/rít lan tỏa, chứng tỏ có sự hẹp lan tỏa gặp trong trường hợp bệnh nhân bị hen hoặc COPD

Nếu ran ngáy/rít khu trú, chứng tỏ có sự hẹp khu trú gặp trong trường hợp bệnh nhân có u, sẹo đường hô hấp.

Ran liên tục trong bệnh mục tiêu: hen-COPD. Khi khám bệnh nhân bị hen và COPD, ran nghe được phải là ran liên tục, thường là ran ngáy nghe được ở thì thở ra; tính chất lan tỏa. Có thể gặp trường hợp nghe được ran liên tục cả 2 thì tức ngoài bệnh nhân bị hen/COPD còn bị ứ đọng đàm nhớt do nằm lâu, không khạc ra được.

Ran không liên tục

Khi nghe ran không liên tục cần miêu tả các tính chất sau: nghe được ở đâu, thì nào, đầu, giữa hay cuối thì đó. Lưu ý phần này rất quan trọng sẽ bị hỏi thì (Y3, Y4, Y6) nếu gặp chị Chi.

Đầu thì hít vào

Do bóc tách tiểu phế quản, thường gặp trong hội chứng tắc nghẽn đường thở nặng ở bệnh nhân viêm phế quản, COPD nặng và hen.

Giữa thì hít vào, có thể nghe được ở cả thì thở ra

Do ứ đọng đàm nhớt, cần vỗ lưng cho bệnh nhân coi có giảm không?

Cuối thì hít vào

Gặp trong bệnh lý phế nang như viêm phổi, xơ phổi, suy tim.

Cả thì hít vào, nổi trội giữa thì hít vào, cả thì thở ra

Gặp trong trường hợp giãn phế quản (thường là ran ẩm).

Ran không liên tục trong bệnh mục tiêu bao gồm: hen-COPD, viêm phế quản và viêm phổi. Trường hợp nghe được ran không liên tục ở đầu thì hít vào, thường nghĩ nhiều là viêm phế quản hơn là hen-COPD do ran không liên tục không phải đặc trưng cho hai bệnh này; hen-COPD chỉ có ran không liên tục ở đầu thì hít vào khi bệnh đã trở nặng. Viêm phế quản sẽ được ủng hộ hơn khi gặp trong bệnh cảnh có hội chứng đáp ứng viêm

toàn thân hoặc hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới mức độ nhẹ, thường do siêu vi gây ra.

Bệnh mục tiêu cuối cùng đó là *viêm phổi*. Có thể nói ran không liên tục là đặc điểm điển hình của viêm phổi. Lưu ý nếu biện luận viêm phổi mà ran không phải là ran cuối thì hít vào mà là đầu thì hít vào thì phải khám lại. Đã rơi vào đầu thì hít vào có nghĩa người chắm thì sẽ cho rằng bạn khám sai, vì ran này ủng hộ cho viêm phế quản.

RUNG THANH

Đề tay sau lồng ngực, bảo bệnh nhân đếm 1 2 3. Rung thanh phụ thuộc vào 2 yếu tố chính: hình thành và dẫn truyền.

Khi bệnh nhân nói 1 2 3, âm thanh từ 2 dây thanh, rung toàn bộ cây khí phế quản, nếu toàn bộ cây khí phế quản nguyên vẹn thì rung thanh bình thường. Chú ý: trong trường hợp *đông đặc phổi* nhưng *toàn bộ cây khí phế quản bình thường*, chỉ có phế nang bị tắc thì **rung thanh tăng**. Ngược lại *đông đặc phổi, tắc toàn bộ cây khí phế quản và phế nang* sẽ ảnh hưởng quá trình hình thành dẫn đến **rung thanh giảm**.

Tràn dịch màng phổi xuất hiện nước trong khoang màng phổi, đẩy xẹp nhu mô phổi, đẩy xẹp cây khí phế quản, ảnh hưởng quá trình hình thành dẫn đến rung thanh giảm.

RÌ RÀO PHẾ NANG

Tất cả bệnh lý đều làm giảm RRPN. Trong trường hợp, một bên phổi bị bệnh, bên còn lại sẽ tăng thông khí bù trừ dẫn đến bên tăng RRPN vẫn bình thường. Do đó ta kết luận bên giảm RRPN là bên bất thường.

Xác định bên bất thường

Khi khám bệnh nhân, các bạn sẽ gặp khó khăn không xác định được bên phổi tổn

thương là bên nào? Lồng ngực bên này phồng hay bên kia xẹp. Khí quản lệch do bên này kéo hay bên kia đẩy. Lúc này để xác định chính xác nhất, ta dựa vào RRPN, RRPN bên nào giảm thì bên đó bất thường.

HỘI CHỨNG 3 GIẢM

Cần lưu ý rằng hội chứng 3 giảm là cái tối cần thiếu khi gặp bệnh nhân TDMP trong mục tiêu, nếu không khám ra 3 giảm đồng nghĩa bạn sẽ rớt.

Triệu chứng chính để đặt vấn đề hội chứng 3 giảm

(1) rung thanh giảm + (2) gõ đục + (3) rì rào phế nang giảm / mất

Triệu chứng đi kèm

Nhìn – sờ

Lồng ngực bên tổn thương căng phồng ít di động, khí quản, mỏm tim lệch về bên đối diện.

Nghe

Tiếng thổi ống

Lấy ống nghe đặt lên cổ, cán xương ức, vùng liên sườn cột sống nghe tiếng phế quản. Đặt ống nghe ở *ngoại vi bất thường* nhưng nghe như tiếng giống tiếng phế quản, ta gọi đó là âm thổi ống (do nhu mô phổi đặc lại, chỉ còn cái ống là phế quản nên nghe âm truyền tới tai lớn)

Tiếng thổi màng phổi

Gần giống âm thổi ống, êm dịu hơn, nghe được ở *ranh giới của vùng tràn dịch*. Cơ chế được giải thích là do tràn dịch làm đẩy xẹp nhu mô phổi, còn mỗi ống là phế quản, nhưng có cản trở 1 lớp dịch bên ngoài cho nên âm nhỏ hơn, êm dịu hơn.

Tiếng dê kêu

Đặt ống nghe sau lưng bệnh nhân, bn nói iii thì nghe âyâây (chỉ nghe để kiểm tra lại vùng ranh giới, vùng bất thường)

Tiếng ngực thâm

Bệnh nhân nói thâm nhưng nghe rõ (kiểm tra lại vùng ranh giới, vùng bất thường)

Biện luận nguyên nhân

U thành ngực không nhìn thấy, không sờ được khối u → loại trừ

Tổn thương tại màng phổi

Tràn dịch màng phổi

HC 3 giảm, đau ngực kiểu màng phổi, ho khan khi thay đổi tư thế, có thể ho đàm, khó thở 2 thì, kiểu thở nhanh nông.

Dày dính màng phổi

Là biến chứng của tràn mủ hoặc tràn dịch màng phổi không được điều trị, tiền căn: bệnh lý màng phổi trước đó.

U màng phổi

Không có dấu hiệu suy kiệt, chán ăn, ho mạn tính dữ dội, không sờ, nhìn thấy u bất thường trên ngực → loại trừ

Tổn thương tại nhu mô phổi

Áp xe phổi ngoại biên giai đoạn chưa vỡ mủ

Điều kiện thuận lợi của hít (nghiện rượu, dùng thuốc an thần, hôn mê, gây mê), bệnh lý răng miệng (viêm lợi, mù lợi), HC nhiễm trùng, sốt ớn lạnh, sụt cân, thiếu máu, suy nhược cơ thể, khạc đàm, cơ địa suy giảm MD, ĐTD, xơ gan,...

Xẹp phổi do phế quản bị tắc (K, dị vật)

Lồng ngực xẹp, khí quản lệch, khoảng liên sườn nhỏ lại, tiền căn bệnh phổi trước đó.

K phế quản

K phế quản lớn ngoại biên: lớn tuổi, thể trạng suy kiệt

Viêm phổi thùy kèm tắc lòng phế quản

Sốt, ho khạc đàm, khám có môi khô, lưỡi đỏ (Viêm phổi có thể kết hợp với TDMP trong TDMP cận VP)

Hội chứng 3 giảm trong bệnh mục tiêu

Giống nhau

Đông đặc phổi (các nguyên nhân tổn thương tại nhu mô phổi) và **TDMP**: khám có HC 3 giảm

Khác nhau

Đông đặc phổi nghe tiếng dê kêu, tiếng ngực thâm khắp vùng đông đặc (khắp vùng có hội chứng 3 giảm). Gõ trực tiếp (đầu ngón tay gõ lên thành ngực bệnh nhân) vì nhu mô phổi còn tương đối đàn hồi, cảm nhận sức kháng lại ít hơn.

Tràn dịch màng phổi nghe tiếng dê kêu, tiếng ngực thâm ở ranh giới vùng tràn dịch. Gõ trực tiếp, sức đề kháng nhiều hơn, cảm tưởng như gõ trên miếng gỗ, trên đùi.

HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC

Triệu chứng chính để đặt vấn đề

(1) rung thanh tăng + (2) gõ đục + (3) RRPN giảm/ mất

Triệu chứng đi kèm

Nhìn – sờ

Lồng ngực bên tổn thương xẹp, ít di động, khí quản, mòm tim lệch về phía bên tổn thương.

Nghe

Tiếng thổi ống, tiếng vang phế quản, ran nổ hoặc ran ẩm vùng tổn thương.

Biện luận nguyên nhân

Áp xe phổi

Hội chứng nhiễm trùng, viêm phổi trước đó vài tuần, ho khạc đàm mủ, đàm có mùi hôi, ho ra máu, sốt, ớn lạnh.

Nhồi máu phổi

Khó thở đột ngột, xanh tím, đánh trống ngực, tiền căn bất động, nằm lâu, gãy xương lớn, phẫu thuật lớn, phù một chi, thuyên tắc tĩnh mạch sâu.

Xẹp phổi

Lồng ngực không đối xứng, khí quản không lệch không loại trừ

Do lao tắc không hoàn toàn đường dẫn khí: ho ra máu, hội chứng nhiễm lao chung : sốt về chiều, đổ mồ hôi trộm đêm, sụt cân, ho khạc đàm kéo dài > 3 tháng, tiền căn bệnh lao, tiếp xúc với người bệnh lao.

Do K phế quản, tắc không hoàn toàn đường dẫn khí: lớn tuổi, thể trạng suy kiệt.

Viêm phổi thùy không kèm tắc nghẽn đường dẫn khí

Hội chứng nhiễm trùng, sốt, ho đàm.

Bệnh mục tiêu viêm phổi.

Thông thường bệnh nhân viêm phổi ta ít khi nào đưa ra vấn đề *hội chứng đông đặc* để biện luận ra bệnh này mà thay vào đó sẽ đặt vấn đề *hội chứng đáp ứng viêm toàn thân* hoặc *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới*; hội chứng đông đặc nên đặt sau 2 vấn đề trên.

HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI

Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới có 4 nhóm nguyên nhân chính : viêm, u, dị vật và sẹo hẹp. Đường hô hấp dưới ngăn cách với đường hô hấp trên là nắp thanh môn, dưới nắp thanh môn: thanh quản, khí quản, phế quản, phổi và có 2 đoạn: đoạn trong lồng ngực: đường dẫn khí lớn và đường dẫn khí nhỏ, đường dẫn khí nhỏ xít (hen và COPD)

Triệu chứng chính để đặt vấn đề

Khó thở + âm bất thường dưới đây

Âm bất thường

Trong đó tùy vào đoạn tắc nghẽn sẽ cho âm bất thường khác nhau.

Tắc nghẽn đường dẫn khí lớn ngoài lồng ngực: tiếng rít thanh quản.

Tắc nghẽn đường dẫn khí lớn trong lồng ngực: khò khè cả hai thì hô hấp.

Tắc nghẽn đường dẫn khí nhỏ: ran rít, ran ngáy chủ yếu thì thở ra.

Bệnh mục tiêu hen và COPD . Thông thường hen và COPD, bệnh nhân sẽ có khó thở trong triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể có thể có ran rít, ran ngáy thì thở ra nếu bệnh trở nặng. Nếu bệnh nhân hen và COPD nhưng nghe được ran ngáy, ran rít 2 thì coi thử có ứ đọng đàm nhớt hay không, bằng cách vỗ lưng bệnh nhân rồi nghe lại, nếu ran rít, ran ngáy chỉ còn lại thì thở ra thì đàm nhớt (+); nếu ran rít

Biện luận nguyên nhân

Hen phế quản

Tuổi: <20, khó thở từng cơn, kèm khò khè, nặng ngực, nhiều về đêm và sáng sớm, ngoài cơn bình thường, tiền căn: hen, dị ứng khi tiếp xúc với dị nguyên, viêm mũi dị ứng, chàm, gia đình.

COPD

Tuổi >40, khó thở mạn, liên quan gắng sức, diễn tiến, liên tục, ho mạn, khạc đàm nhiều vào buổi sáng, ít vào ban đêm, ngoài cơn vẫn còn mệt, tiền căn COPD, khí phế thũng, viêm phế quản mạn, tiếp xúc độc chất (thuốc lá, chất thải), gia đình

U phế quản

Ran ngáy ran rít thường khu trú một bên, khó thở kéo dài tăng dần, ho đàm bọt hồng, sụt cân, chán ăn

Sẹo hẹp

Tiền căn đặt nội khí quản, bỏng cháy nhà, uống axit, tự tử.

Dị vật

Ghi nhận nuốt sặc dị vật, tiền căn hôn mê, tai biến, say xỉn quá không biết, ran ngáy ran rít thường một bên.

Dẫn phế quản

Ho khạc đàm mủ kéo dài, ho ra máu, tiền căn có bệnh phổi trước kia (lao phổi, COPD)

Con hen tim

Thường khó thở 2 thì, khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, phù thay đổi theo tư thế, khám thấy tim to, gallop T3. Có thể xuất hiện ở một người lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ tim mạch, mặc dù khám tim bình thường nên dễ không loại trừ nếu bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch.

HỘI CHỨNG Ứ KHÍ PHẾ NANG

Triệu chứng chính để đặt vấn đề

Gõ vang, RRPN + rung thanh giảm lan toả khắp 2 phế trường.

Triệu chứng đi kèm

Khó thở liên quan gắng sức, khó thở thì thở ra, lồng ngực hình thùng, khoảng liên sườn giãn rộng,

Biện luận nguyên nhân

Hen phế quản

Tuổi: <20, khó thở từng cơn, kèm khò khè, nặng ngực, nhiều về đêm và sáng sớm, ngoài cơn bình thường, tiền căn: hen, dị ứng khi tiếp xúc với dị nguyên, viêm mũi dị ứng, chàm, gia đình có người bị hen.

Khí phế thũng

Tuổi >40, khó thở mạn, liên quan gắng sức, diễn tiến, liên tục ngoài cơn vẫn còn mệt, tiền căn COPD, khí phế thũng, tiếp xúc độc chất (thuốc lá, chất thải), gia đình có người bị COPD

CÁC HỘI CHỨNG NGOÀI MỤC TIÊU

Hội chứng hang

Hội chứng hang giống hội chứng đông đặc, chỉ khác là có tiếng thổi hang và tiếng ran hang. Gặp trong các trường hợp tổn thương tạo hang như áp xe phổi đã vỡ tạo hang, lao phổi tạo hang, dẫn phế quản tạo kén,...

Hội chứng TKMP

Triệu chứng chính

Trường hợp RT giảm + gõ vang + RRPN giảm, ta có hai *hội chứng TKMP* hoặc *ứ khí phế nang*. Để biết đặt vấn đề nào cần xem lại vùng bất thường xảy ra trong phạm vi nào. Trong TKMP, khí ở màng phổi, bay đi lên, tập trung ở đỉnh nhiều hơn, ít khi 2 bên phổi, X-quang không thấy mao mạch phổi. Trong ứ khí phế nang, khí khắp phế nang, thường ở đáy, có thể 2 bên phổi, X-quang thấy mao mạch phổi. Ngoài ra bệnh nhân TKMP có thêm dấu lép bẹp dưới da.

Các loại TKMP

TKMP tự nhiên	tự nhiên tràn khí, không chấn thương, không thủ thuật
----------------------	---

TKMP không tự nhiên	do chấn thương, thủ thuật
----------------------------	---------------------------

TKMP nguyên phát	trên 1 phổi hoàn toàn khỏe mạnh, không có bệnh lý gì trước đó
-------------------------	---

TKMP thứ phát	có bệnh lý phổi trước đó
----------------------	--------------------------

Nam trẻ, ốm cao thường gặp TKMP tự nhiên, nguyên phát. Trên một người khỏe mạnh bị TKMP khó thở ngày càng giảm dần do tràn khí một bên, còn bên kia bù trừ. Trên một người đã có bệnh sẵn (như COPD), khó thở không giảm cần phải can thiệp

HEN PHẾ QUẢN

CHẨN ĐOÁN HEN

Hen là một bệnh được chẩn đoán dựa trên bệnh sử-tiền căn là chính, khám lâm sàng và cận lâm sàng chỉ góp phần củng cố chẩn đoán. Một chẩn đoán đầy đủ của cơn hen phế quản bao gồm

Con hen phế quản mức độ (I)_____, yếu tố thúc đẩy (II)_____, biến chứng (III)_____, hen kiểm soát triệu chứng (IV)_____.

Để đưa ra được đầy đủ các bộ phận trong chẩn đoán trên, đòi hỏi các bạn phải khai thác thông tin bệnh nhân một cách có “dụng ý” để phục vụ cho từng bộ phận chẩn đoán. Sau đây, mình sẽ đưa ra các gợi ý giúp các bạn tự tin hơn khi đề thi lâm sàng của mình là một bệnh nhân hen phế quản.

Đối với trại Hô hấp, sẽ không có tờ giấy đầu giường để cho các bạn xem bệnh nhân đó đã được chẩn đoán bệnh gì, điều này sẽ là thách thức cho sinh viên Y3. Khi tiếp cận bệnh nhân hen phế quản, thông thường mình sẽ gặp bệnh nhân có tiền căn hen trước đó, do vậy thay vì tiếp cận bệnh nhân bằng triệu chứng nhập viện như các bệnh khác, chúng ta sẽ hỏi ngay ***bệnh nhân đó giờ có bệnh hen hay COPD hay không, ngoài ra hỏi về việc tình trạng khó thở không hết với thuốc xịt, bệnh nhân xịt nhiều nhất rồi mà không hết khó thở để chắc chắn bệnh nhân vào đợt cấp COPD/hen nên nhập viện.***

Trong trường hợp câu trả lời là hen, bạn cũng đừng chủ quan vì có thể bệnh nhân bị chẩn đoán những lần trước sai hoặc có lần chẩn đoán hen, có lần chẩn đoán COPD.

Dù hen hay COPD, trong phần bệnh sử và tiền căn, bắt buộc mình phải khai thác được các triệu chứng, tiền căn để phục vụ **chẩn đoán sơ bộ** và **phân biệt** hai bệnh này (*phần COPD, xem bài COPD nhé!!*)

Đối với Y3, thuốc cắt cơn và thuốc ngừa cơn không phải là mục tiêu giảng viên đòi hỏi tuy nhiên nếu hỏi được thì càng tốt.

Thuốc cắt cơn

thường gặp nhất là *Ventolin*: có màu xanh hoặc trắng



Thuốc ngừa cơn

thường gặp nhất là *Seretide*: có màu tím hoặc trắng đuôi đỏ



HÀNH CHÍNH

Tuổi

Người trẻ < 20 tuổi, hoặc dưới 40 tuổi cũng chấp nhận được.

Nghề nghiệp

Bệnh hen phế quản nghề nghiệp gặp ở nhiều ngành nghề tiếp xúc với khói bụi, chất độc hại, ở đây đơn cử các ngành nghề thường gặp: Công việc sử dụng chất tẩy rửa-phẩm màu: thợ in, sản xuất giấy, công nghiệp chế biến (da, mỹ phẩm, cà phê, dược phẩm)

Công nghiệp: điện, luyện kim, phun sơn, chất dẻo, mạ hàn kim loại.
Nội trợ sử dụng bếp củi.
May mặc.

Lưu ý chỉ ghi nhận tên nghề nghiệp ở phần này thôi, nếu bệnh nhân nằm trong nhóm các ngành nghề này, ở phần tiền căn hãy khai thác tiếp.

LÍ DO NHẬP VIỆN

Thông thường lí do nhập viện của bệnh nhân hen là **khó thở**, bệnh nhân với tình trạng không hết khó thở không xịt thuốc nhiều nhất nên nhập viện (*Bảng không dám nói 100%, nhưng có thể nói 99% là vậy*).

BỆNH SỬ

Tứ chứng của hen phế quản

Tứ chứng có thể có trong cơn hen bao gồm: khó thở, khò khè, ho, nặng ngực.

Khó thở

Khó thở là triệu chứng quan trọng nhất khi khai thác bệnh sử của hen, đòi hỏi các bạn phải khai thác nó một cách kĩ càng. Khi thi giáo viên sẽ đánh mạnh vào triệu chứng này. Sau đây là các câu hỏi gợi ý khai thác:

Khó thở liên tục hay từng cơn?

Hoàn cảnh khởi phát: thường bệnh nhân hen phế quản lên cơn về đêm hoặc sau tiếp xúc với dị nguyên.

Khó thở thì nào?

Thời gian kéo dài bao nhiêu?

Mức độ khó thở ra sao? Bệnh nhân nói được từng cụm từ hay từng từ? Thích ngồi hơn thích nằm hay ngồi chồm ra phía trước để thở? (*Dữ kiện để đánh giá mức độ cơn hen*)

Có sử dụng thuốc để cắt cơn hay không? Xịt bao nhiêu nhất mà không bớt khó thở? (*Theo chỉ định nếu xịt 6 nhất mà không bớt khó thở thì phải nhập viện*).

Trước khi nhập viện có đặt nội khí quản, bóp bóng hay không? Có bất tỉnh, hôn mê hay không? *Nếu có trường hợp này khi đánh giá mức độ cơn hen sẽ là ác tính.*

Ho

Có đàm hay không có đàm? Đàm màu gì, lượng bao nhiêu, đặc hay loãng?

Thông thường hen phế quản là *ho khan*, nếu bệnh nhân khai là ho có đàm thì bệnh nhân sẽ khai tiếp *đàm sẽ có màu trắng trong và loãng* vì thật sự đó không phải là đàm mà là chất nhầy của đường hô hấp, có khi là nước bọt.

Yếu tố thúc đẩy vào cơn hen: nhiễm trùng hô hấp

Nếu chúng ta gặp trường hợp đàm có ít nhất 1 trong các tính chất sau: *đục, xanh và đặc* thì phải nghi ngờ đến *nhiễm trùng đường hô hấp trên/dưới* làm yếu tố thúc đẩy vào cơn hen, nếu kèm thêm *hội chứng đáp ứng viêm toàn thân* ở bệnh nhân này sẽ giúp ta nghĩ nhiều hơn nữa. Lưu ý nữa là khi gặp trường hợp này phải khai thác bệnh sử trước đó như thế nào, có ho, có sốt không? Có chuyển ho từ ho khan sang ho có đàm không? Có bị các triệu chứng của hội chứng viêm long đường hô hấp trên không?

Thông thường, các trường hợp vào cơn hen thường trước đó có nhiễm trùng hô hấp dưới, thường gặp nhất là **viêm phế quản do virus**. Trước khi viêm phế quản sẽ có triệu chứng viêm long đường hô hấp (ngứa mắt, ngứa mũi, chảy nước mũi,...), *xem lại phần viêm phế quản để khai thác vấn đề này*.

Các yếu tố thúc đẩy khác sẽ bàn sau, lưu ý nên khai thác chúng ở phần tiền căn.

Sinh hiệu nhập viện

Phần sinh hiệu lúc nhập viện trong trường hợp bệnh nhân bị hen có 3 ý nghĩa:

Đánh giá mức độ cơn hen

Thông thường ta sẽ gặp bệnh nhân với mức độ cơn hen trung bình, các trường hợp nhẹ và nặng ít gặp hơn. Khi đánh giá mức độ cơn hen lưu ý nếu trong phần bệnh sử, bệnh nhân có đặt nội khí quản hoặc ngưng thở, hôn mê; ta sẽ chẩn đoán **cơn hen ác tính**, không ghi **mức độ “nặng”**.

Nhẹ-trung bình	Nặng
Nói được từng cụm từ	Nói được từng từ

Thích ngồi hơn thích nằm	Ngồi chồm ra phía trước
Không kích động	Kích động
Nhịp thở 24-30 lần/phút	Nhịp thở ≥ 30 lần/phút
Không sử dụng cơ hô hấp phụ	Sử dụng cơ hô hấp phụ
Mạch 100-120 lần/phút	Nhịp tim > 120 lần/phút
SpO2 (khí trời) 90-95%	SpO2 (khí trời) $< 90\%$
PEF $> 50\%$ dự đoán hoặc tốt nhất	PEF $\leq 50\%$ dự đoán hoặc tốt nhất

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

Đánh giá xem có **hội chứng đáp ứng viêm toàn thân** hay không góp phần biện luận *yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp*.

Suy hô hấp cấp

Có suy hô hấp cấp hay không để biện luận biến chứng của cơn hen phế quản?

Để biết có suy hô hấp cấp không, ta dựa vào các dữ kiện sau như bệnh nhân có thở oxy hay không? Bệnh nhân có SpO2 $< 95\%$ đối với trẻ em và người lớn hoặc $< 90\%$ đối với người già.

TIỀN CẢN HEN

Tuổi chẩn đoán hen

Được chẩn đoán vào năm bao nhiêu tuổi.

Đánh giá nguy cơ vào đợt cấp trong tương lai

Thật ra rất nhiều mục cần đánh giá đối với Y3, hỏi được nội dung như bên dưới là tốt rồi.

Thuốc

Thuốc cắt cơn

Trong một tháng, sử dụng không mấy phần lọ thuốc cắt cơn? Nếu trong 1 tháng xài hết 1 lọ ~ 200 liều thì có ý nghĩa.

Thuốc ngừa cơn

Có xài thuốc ngừa cơn hay không, do thuốc ngừa cơn rất mắc, người nghèo có thể không có tiền mua thuốc này. Gần đây có ngưng sử dụng thuốc hay không? Có mua thuốc ngừa cơn ở ngoài, không theo chỉ định của bác sĩ

hay không? Cách sử dụng thuốc xịt như thế nào, có đúng không?

Đợt nhập viện

Có lần nào nhập viện phải đặt nội khí quản chưa? Số đợt nhập viện cách đây 1 năm.

Đánh giá mức độ kiểm soát triệu chứng hen

Hãy hỏi bệnh nhân cách đợt cấp 1 tháng, 4 câu hỏi sau đây:

Có triệu chứng hen ban ngày lớn hơn 2 lần/tuần hay không?

Có lần nào thức giấc ban đêm do hen hay không?

Có dùng thuốc cắt cơn lớn hơn 2 lần/tuần hay không?

Có bị giới hạn hoạt động nào do hen hay không?

Nếu:

0 điều nào: hen kiểm soát tốt triệu chứng

1-2 điều: hen kiểm soát 1 phần triệu chứng

3-4 điều: hen không kiểm soát triệu chứng

Các bệnh đồng mắc

Các bệnh đồng mắc ở hen được xem là yếu tố nguy cơ dẫn đến một người bị hen thông qua các phản ứng dị ứng.

khai thác các bệnh bao gồm béo phì, viêm xoang, viêm mũi dị ứng, chàm, tiền căn dị ứng với thức ăn, thuốc.

Tiền căn tiếp xúc với các chất độc hại-nghề nghiệp

Nghề nghiệp

Xem lại phần nghề nghiệp ở phần hành chính.

Độc chất, khói bụi

Khói thuốc lá

Bao gồm tiền căn hút thuốc lá chủ động hoặc thụ động.

Yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp

Các bạn nên hỏi bệnh nhân theo thứ tự dưới đây, lưu ý nguyên nhân *nhiễm trùng hô hấp* nên khai thác ở phần bệnh sử.

Nhiễm trùng hô hấp

Sốt, ho khạc đàm tăng lên, đàm đổi màu; triệu chứng viêm long đường hô hấp trên.

Vấn đề điều trị

Lạm dụng thuốc corticoid, không tuân thủ điều trị: bệnh nhân có sử dụng thuốc xịt quá liều không? Có quên uống thuốc điều trị hay không?

Dị ứng

trong thời gian gần đây ở gần nhà có công trình xây dựng gì không, có gây ô nhiễm môi trường không? Tiếp xúc với các độc chất gì không như khói thuốc lá?

Stress

Gần đây có buồn phiền chuyện gia đình gì không? Có bị áp lực trong công việc hay không? Có bị mất ngủ, nóng giận gì không?

Hoạt động gắng sức

Thuốc

Gần đợt cấp nếu có uống bất kể thuốc gì, đặc biệt là tự đi mua, *nếu loại trừ được các nguyên nhân nên nghĩ nhiều đến nó.*

Thời tiết

Trời lạnh thường làm bệnh nhân tái phát cơn hen, hỏi xem bệnh nhân có cơn hen cùng thời điểm trời lạnh trong những năm đó hay không? *Yếu tố này là yếu tố cuối cùng nếu không qui cho yếu tố nào phía trên nó được.*

Gia đình

Có ai bị hen không? Lưu ý di truyền trực hệ mẹ-con, cha-con mới có ý nghĩa nhiều đó với hen.

KHÁM

Do mục đích khi thi, ta chỉ tiếp cận bệnh hen ngoài cơn đã đi vào ổn định, việc khám không đòi hỏi nhiều chủ yếu tìm ra được các triệu chứng thực thể để biện luận các vấn đề sau:

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân/ Hội chứng nhiễm trùng

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) thường lấy sinh hiệu ở cấp cứu, khám ở bệnh nhân đã đi vào ổn định ít có ý nghĩa hơn.

Hội chứng nhiễm trùng bao gồm SIRS và một tình trạng biểu hiện nhiễm trùng bao gồm sốt cao, lạnh run, môi khô, lưỡi đỏ, ... kèm theo

triệu chứng nhiễm trùng của một cơ quan hoặc đang nghi ngờ. Đối với trại Hô Hấp ngoài SIRS và tình trạng biểu hiện nhiễm trùng, ta phải tìm thêm cần thêm ho đàm, đau ngực kiểu màng phổi, ran nổ, ran ẩm, triệu chứng viêm long đường hô hấp trên.

Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

Được đưa ra vấn đề này, mình cần hai triệu chứng là khó thở và ran rít/ngáy *thì thở ra*. đương nhiên bệnh nhân hen chắc chắn sẽ có khó thở ở phần triệu chứng cơ năng, chỉ còn việc kiểm được *ran rít, ran ngáy thì thở ra* để đặt được vấn đề này.

Hội chứng ứ khí phế nang

Hội chứng này thường dễ nhầm với hội chứng TKMP (RT↓, Gõ ↑, RRPN↓) trong sách Triệu chứng học, sự khác nhau ở đây là hội chứng ứ khí phế nang vùng bị ứ khí lan tỏa khắp phổi, còn đối với TKMP, khi khám vùng bất thường nằm ở đỉnh phổi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó thở cấp

Thông thường đối với bệnh hen, vấn đề được đặt ra lúc nào cũng là **khó thở cấp**, vì đây là lí do nhập viện của bệnh nhân, và là chìa khóa để mình biện luận ra bệnh này.

Suy hô hấp cấp

Nếu hen có SpO₂<90% đối với người già hoặc <95% với trẻ em, người trưởng thành thì đặt thêm vấn đề suy hô hấp cấp. Tuy nhiên trong biến chứng của hen đã có đề cập đến phần suy hô hấp cấp, trong trường hợp có vấn đề suy hô hấp cấp, thì khi tới biện luận vấn đề này, chúng ta chỉ cần ghi từ **“đã biện luận”**

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân/ Hội chứng nhiễm trùng

Một số trường hợp nếu có yếu tố thúc đẩy là *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên/dưới; hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, sốt* có thể đặt thêm vấn đề này, để biện luận ra bệnh. Nếu là *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên*, tốt nhất không biện luận vì chưa có kiến thức về bệnh của Tai-Mũi-Họng và

trường hợp này khi biện luận nó ở mục *yếu tố thúc đẩy vào cơn hen* chỉ cần ghi các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên và nghĩ nhiều có nó. Sau đó khi đến vấn đề *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên* chỉ cần ghi từ “*đã biện luận*”

Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

Hội chứng ứ khí phế nang

BIỆN LUẬN

Có phải có cơn hen phế quản hay không?

Những lí do giúp mình nghĩ nhiều đến bệnh nhân bị hen phế quản

Tuổi

Bệnh nhân ≤ 20 tuổi, nếu trên 20 tuổi và dưới 40 tuổi vẫn được xem là bằng chứng hướng đến hen.

Tử chứng của hen

Khó thở, khò khè, nặng ngực, ho. Khó thở trong hen thì khó thở thì thở ra, hoàn cảnh khởi phát thường về đêm. Tính chất ho là ho khan, ho ra nhầy nhớt trắng trong.

Yếu tố nguy cơ

Các bệnh đồng mắc cho thấy cơ địa dị ứng: chàm, viêm mũi dị ứng, viêm xoang.

Tiếp xúc với các chất độc hại

Nghề nghiệp

Tiền căn hen

Chẩn đoán năm mấy tuổi, gia đình có người bị hen.

Đánh giá mức độ kiểm soát triệu chứng hen

Hen này là hen kiểm soát tốt triệu chứng/ 1 phần triệu chứng/ không kiểm soát.

Đánh giá mức độ cơn hen

Nhẹ/ trung bình/ nặng / ác tính. Việc đánh giá này chỉ mang tính chất tham khảo. Trường hợp phân độ cơn hen ác tính khi bệnh nhân phải đặt nội khí quản, hôn mê. Phân độ hen

nhẹ/trung bình/nặng thường ưu tiên theo SpO₂, nhịp thở, mạch do độ tin cậy cao.

Yếu tố thúc đẩy

Yếu tố nguy cơ vào đợt cấp trong tương lai

Thuốc-Hen không tuân thủ điều trị

Thuốc cắt cơn sử dụng hết 1 lọ/tháng. Thuốc ngừa cơn không sử dụng hoặc ngưng thuốc. Sử dụng thuốc không theo chỉ định bác sĩ. Cách xịt thuốc không đúng.

Đợt nhập viện

Có từng đặt nội khí quản. Số lần nhập viện ≥ 1 cách đây 12 tháng

Hen không kiểm soát

Bệnh đồng mắc

Bao gồm béo phì, viêm xoang, viêm mũi dị ứng, dị ứng với thức ăn.

Tình trạng tiếp xúc khói thuốc lá và dị ứng nguyên vẫn còn.

Bệnh nhân trường hợp này có hút thuốc chủ/thụ động hay vẫn còn làm nghề nghiệp có nguy cơ gây hen.

Vấn đề về tâm lý, kinh tế-xã hội

Xem phần yếu tố thúc đẩy

Biến chứng

Biến chứng cấp

Bao gồm: suy hô hấp cấp, tràn khí màng phổi, xẹp phổi. Trong đó thường gặp nhất là suy hô hấp cấp.

Biến chứng mạn

Bao gồm: suy hô hấp mạn, đa hồng cầu. Cả hai đều hiếm gặp.

CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

X-quang ngực thẳng

Xem có biến chứng tràn khí màng phổi hay không?

Hô hấp kí ngoài cơn, test dẫn phế quản

Gọi ý hen nếu có tắc nghẽn và đáp ứng với test dẫn phế quản, tuy nhiên nếu không đáp ứng cũng không loại trừ hen.

Khí máu động mạch

Trong trường hợp hen nặng, có kèm suy hô hấp cần đề nghị cận lâm sàng này.

Công thức máu

Xem bạch cầu có tăng không? Gọi ý nguyên nhân nhiễm trùng làm yếu tố thúc đẩy vào cơn hen.

Cấy-nhuộm-soi đàm

Nếu bệnh sử có ho đàm, có nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp dưới thì đề nghị cận lâm sàng này.

CHẨN ĐOÁN COPD

Một chẩn đoán đầy đủ của đợt cấp COPD

ĐỢT CẤP COPD MỨC ĐỘ (?), YẾU TỐ THỨC ĐẨY (?), BIẾN CHỨNG (?), COPD NHÓM (?), BỆNH ĐỒNG MẮC (?)

Để chẩn đoán đợt cấp COPD cần chẩn đoán BN bị COPD trước.

HÀNH CHÍNH

Tuổi

Bệnh nhân COPD thường khởi phát >40 tuổi

Nghề nghiệp

Đối với COPD, nghề nghiệp tiếp xúc với khói bụi, chất độc hại cũng góp phần gây ra bệnh COPD nói chung và viêm phế quản mạn nói riêng. Yếu tố nguy cơ nghề nghiệp của COPD có mối quan hệ mật thiết với hen, nên mình có thể đánh đồng các nhóm nghề gây hen cũng gây COPD. *Xem lại phần nghề nghiệp của hen nhé.*

LÍ DO NHẬP VIỆN

Thông thường lí do nhập viện của bệnh nhân hen/COPD là *khó thở*, đòi hỏi mình phải khai thác bệnh sử triệu chứng khó thở hết sức kĩ càng.

Tuy nhiên ở *bệnh nhân COPD với viêm phế quản mạn là chính*, khi vào đợt cấp, chúng ta sẽ gặp trường hợp bệnh nhân có thể nhập viện vì triệu chứng nhiễm trùng hô hấp của viêm phổi, viêm phế quản cấp như *sốt, ho (đàm)* mà không phải là khó thở. Viêm phế quản cấp thường do virus, bệnh nhẹ tự giới hạn thường là yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp, trong khi đó viêm phổi có thể làm ta lúng túng, nên hãy thận trọng với nó vì có thể làm ta phân vân giữa hai trường hợp là *đợt cấp COPD-yếu tố thúc đẩy viêm phổi, viêm phổi trên nền COPD ổn* nếu bệnh nhân đến vì *sốt hoặc ho (đàm)*. Sau đây là vài gợi ý giúp ta nghĩ nhiều đến trường hợp nào

Đợt cấp COPD-yếu tố thúc đẩy viêm phổi

Triệu chứng khó thở thường gặp, là lý do bệnh nhân tìm đến chăm sóc y tế, phần nào nói lên triệu chứng khó thở là chính. Nếu kèm theo suy hô hấp thì chắc chắn sẽ nghĩ đợt cấp COPD

Viêm phổi trên nền COPD ổn

Khó thở là triệu chứng xuất hiện trong bệnh cảnh viêm phổi nặng không đáp ứng điều trị hoặc không được phát hiện để chữa trị

Ho khan hoặc ho có đàm nhiều năm khi vào đợt cấp ho tăng đàm tăng. Đàm tăng lên không nhiều so với hằng ngày.

Ho khạc đàm cấp, xảy ra trong thời gian vài tuần. Đàm tăng lên rõ rệt theo diễn tiến bệnh

Hội chứng nhiễm trùng mờ nhạt. Sốt nhẹ không lạnh run, môi không khô, lưỡi không đỏ, diễn tiến sốt trong quá trình nhập viện hết nhanh.

Hội chứng nhiễm trùng nổi bật. Sốt cao lạnh run, môi khô, lưỡi đỏ, khi nhập viện diễn tiến sốt kéo dài nhiều ngày chưa khỏi.

Khám ít khi có ran nổ, ran ẩm nếu có chỉ ở đáy phổi.

Khám có ran nổ, ran ẩm, hội chứng động đặc

Khám thấy ran rít, ran ngáy

Khám không có ran rít, ran ngáy

BỆNH SỬ

Cần khai thác được các thông tin

Đợt cấp COPD

Vì sao bạn nghĩ là đợt cấp COPD? Trong bệnh sử cần tìm những triệu chứng để chứng minh điều này:

Tiêu chuẩn chính

Gồm 3 triệu chứng chính: *Ho và đàm tăng; đàm đổi màu; khó thở tăng.*

Khó thở

Hoàn cảnh khởi phát.?

Liên tục hay từng cơn?

Khó thở thì nào? (*theo lý thuyết thì COPD là bệnh đường dẫn khí nhỏ nên sẽ khó thở thì thở ra, tuy*

nhiên trên thực tế nghiên cứu của thầy Thượng Vũ thì BN thường khó thở cả 2 thì)

Thời gian kéo dài bao nhiêu?

Bệnh nhân nói được cả câu hay nói từng cụm từ?

Có sử dụng thuốc để cắt cơn hay không? Xịt bao nhiêu nhất mà không bớt khó thở? *(Theo chỉ định nếu xịt 10 nhất mà không bớt khó thở thì phải nhập viện)*

Trước khi nhập viện có đặt nội khí quản, bóp bóng hay không? Có bất tỉnh, hôn mê hay không? Nếu có trường hợp này khi đánh giá mức độ COPD sẽ là nặng. Cho dù đây là lần thứ mấy nhập viện trong năm.

Ho

Có đàm hay không có đàm? Ho trong COPD nếu không phải là do nhiễm trùng hô hấp vẫn có thể là ho khan hoặc ho có đàm do viêm phế quản mạn.

Ho nhiều lần không, ho cơn hay ho liên tục? Lượng bao nhiêu? Màu gì? Có mùi không? Có giống ngày thường không? *(cần khai thác kỹ vì có thể có nhiễm trùng làm thúc đẩy vào đợt cấp)*

Tiêu chuẩn phụ

Thở khò khè, đau họng, ho và các triệu chứng của cảm lạnh thông thường như nghẹt hoặc chảy nước mũi.

Yếu tố thúc đẩy

Nguyên nhân phổ biến nhất gây đợt cấp COPD là nhiễm trùng đường hô hấp do vi khuẩn hoặc virus. *(xem bài nhiễm trùng đường hô hấp dưới)*

Tác nhân vi khuẩn thường gặp là *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* và *Moraxella catarrhalis*. Trực khuẩn Gram âm và *Pseudomonas aeruginosa* thường gặp ở các bệnh nhân có bệnh nền COPD nặng, tiền sử dùng steroids toàn thân và kháng sinh trong 3 tháng trước đó.

Sinh hiệu lúc nhập viện

Phần sinh hiệu lúc nhập viện trong trường hợp bệnh nhân bị COPD có 2 ý nghĩa:

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

Đánh giá xem có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân hay không góp phần biện luận yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp.

Suy hô hấp cấp

Để biết có suy hô hấp cấp không, ta dựa vào các dữ kiện sau như bệnh nhân có thở oxy hay không? Đối SpO2 ở đợt cấp COPD, chỉ mang giá trị tương đối; thứ nhất, bệnh nhân nhóm C-D có SpO2 từ 88-92% thì chấp nhận được; còn nhóm A-B thì phải cao hơn. Thứ hai, ngoài suy hô hấp do thiếu O2 máu dẫn đến SpO2 giảm, thì nguyên nhân rối loạn CO2 *(trong trường hợp COPD, CO2 bị ứ lại)* cũng gây suy hô hấp. Do vậy trong bệnh cảnh trong trường hợp SpO2 >90% ta không thể loại trừ không có suy hô hấp, phải làm khí máu động mạch mới chắc chắn được. Thứ ba, bệnh nhân xuất viện với SpO2 <90% chứng tỏ có suy hô hấp mạn, lần này nhập viện SpO2 < 90% mình không thể kết luận là có suy hô hấp cấp, cần biết SpO2 ở nhà bình thường bao nhiêu, lúc nhập viện bao nhiêu nếu chênh lệch 5% mới có ý nghĩa.

TIỀN CĂN COPD

Chẩn đoán COPD năm mấy tuổi?

Triệu chứng ngoài đợt cấp

Cần khai thác triệu chứng hằng ngày của bệnh nhân COPD như thế nào?

Khó thở

Tiến triển nặng dần, khó thở nặng hơn khi gắng sức, ngoài cơn vẫn khó thở, có ngày khỏe, có ngày mệt

Ho và ho có đàm

Ho từng cơn hay ho liên tục? Có ho khan hay ho có đàm? Sáng dậy có ho đàm không? Trước khi khó thở có ho đàm không?

Ở bệnh nhân COPD sẽ vẫn có triệu chứng mạn dù điều trị. Có ngày khỏe và ngày mệt nhưng triệu chứng luôn luôn có mỗi ngày. Ho đàm mạn trước khó thở, không liên quan yếu tố khởi phát. Bệnh diễn tiến ngày một tăng dần, trầm trọng hơn.

Theo GOLD, ho trong COPD thường là ho cơn và ho khan kéo dài, triệu chứng bất cứ kiểu ho đàm mạn nào cũng có thể gọi ý COPD.

Phân nhóm COPD theo GOLD trước 2017

Trước 2017, phân nhóm bệnh nhân COPD của GOLD sẽ gồm 4 tiêu chí: chức năng hô hấp, số đợt cấp trong năm, mMRC và CAT.

Chức năng hô hấp

Nội dung này không yêu cầu do có cận lâm sàng, nhưng vẫn học để hỏi thi.

Bệnh nhân có FEV1/FVC <0,7 và nếu
FEV1 ≥ 80% dự đoán: GOLD1
50% ≤ FEV1 < 80% dự đoán : GOLD2
30% ≤ FEV1 < 50% dự đoán: GOLD3
FEV1 < 30% dự đoán: GOLD4

Thang điểm mMRC

Mức độ khó thở (xác định bằng hỏi)	Điểm
Khó thở khi gắng sức thể lực mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hoặc đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng với tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

Số đợt nhập viện

Số lần nhập viện trong năm qua, ở bệnh viện nào, lần đó nếu có nhiễm trùng thì cấy ra con gì?

Bộ câu hỏi CAT

Phần này không yêu cầu sinh viên lúc thi.

Bảng phân nhóm bệnh nhân

Nhóm bệnh nhân	Đặc trưng	Phân loại đo chức năng phổi	Số đợt cấp trong năm	mMRC	CAT
A	Nguy cơ thấp, ít triệu chứng	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	< 10
B	Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Nguy cơ cao, ít triệu chứng	GOLD 3-4	≥ 2	0-1	< 10
D	Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

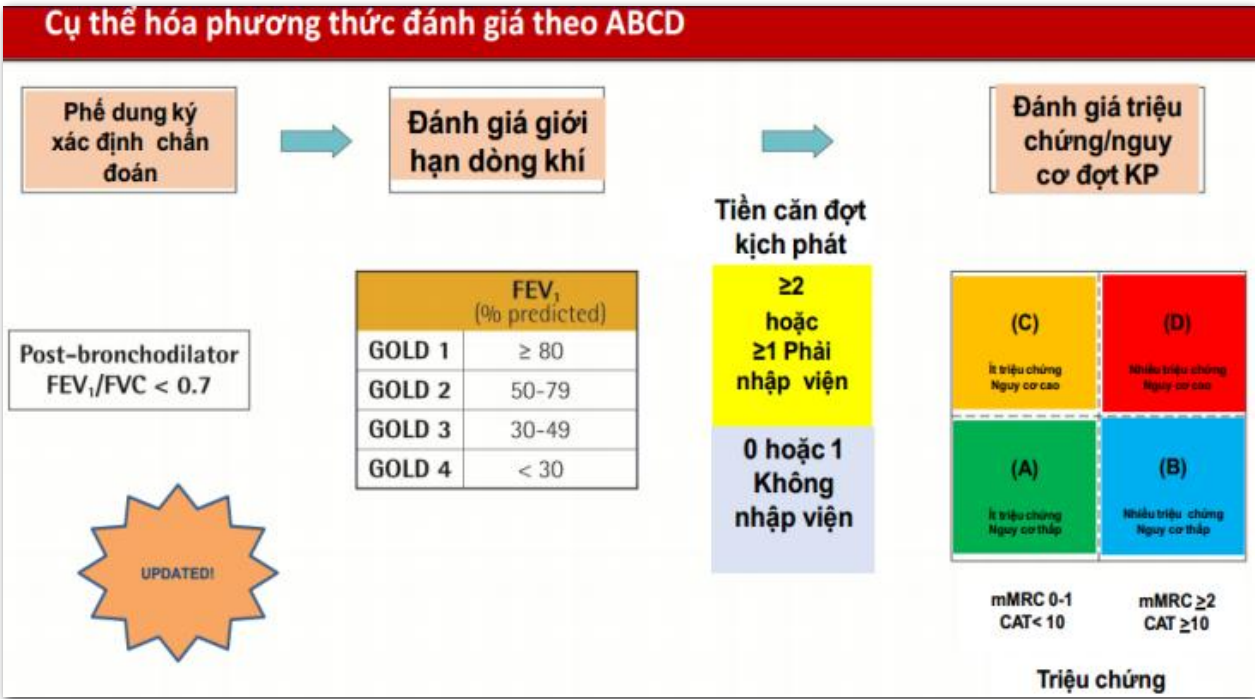
Phân nhóm COPD theo GOLD 2017

Trong năm 2017, GOLD đã có những thay đổi trong việc phân nhóm bệnh nhân COPD, do tình trạng khó thở của bệnh nhân không tương quan với mức độ tắc nghẽn (FEV1).

Theo đó để phân nhóm COPD, ta chỉ dựa vào số đợt cấp trong năm và CAT và mMRC. Cụ thể như sau:

Nhóm bệnh nhân	Số đợt cấp trong năm	mMRC	CAT
A	≤ 1	0-1	< 10
B	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	≥ 2	0-1	< 10
D	≥ 2	≥ 2	≥ 10

Tuy nhiên khi thi thang điểm CAT không yêu cầu cộng với việc tiêu chuẩn chức năng hô hấp GOLD



chưa có, ta chỉ quan tâm hai dữ kiện số đợt cấp trong năm và mMRC để phân nhóm bệnh nhân

Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán hen: BN COPD điển hình thường có tiền căn hút trên 10 gói-năm. Tuy nhiên đây là con số di động, tùy vào tác giả và nguồn tham khảo sẽ có những con số khác nhau. Nên nhớ rằng khi đặt ra con số gói-năm càng cao thì độ đặc hiệu để phát hiện bệnh nhân bị COPD càng cao; ngược lại nếu đặt ra con số gói-năm càng thấp thì độ nhạy để phát hiện bệnh nhân bị COPD càng thấp.

Yếu tố thúc đẩy

Trong phần tiền căn cần khai thác các yếu tố phục vụ cho việc tìm yếu tố thúc đẩy nếu không phải do nhiễm trùng hô hấp trên. Việc sử dụng thuốc cần hỏi cách sử dụng như thế nào để đánh giá đúng sai? Thị lực như thế nào vì một số BN giảm thị lực hoặc không phân biệt được màu dẫn đến sử dụng sai thuốc?

Bệnh đồng mắc

Tim mạch

Thường gặp nhất và quan trọng nhất. Bao gồm tăng huyết áp (thường gặp nhất), rối loạn nhịp tim (rung nhĩ), TMCT, NMCT, suy tim.

Hô hấp

Hen, viêm phổi, thuyên tắc phổi, tăng áp động mạch phổi, giãn phế quản, ung thư phế quản, hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA)

Tiêu hóa

Viêm loét dạ dày tá tràng, trào ngược dạ dày thực quản (GERD), hội chứng đại tràng chức năng

Cơ – xương khớp

Teo cơ, loãng xương

Mắt

Đục thủy tinh thể

Chuyển hóa

Đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa (Hội chứng X)

Huyết học

Thiếu máu

Tâm thần kinh

Trầm cảm; lo âu

Tiền căn gia đình có người bị COPD

KHÁM LÂM SÀNG

Lồng ngực

Lồng ngực hình thùng, khoang liên sườn giãn rộng.

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân/ Hội chứng nhiễm trùng

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) thường lấy sinh hiệu ở cấp cứu, khám ở bệnh nhân đã đi vào ổn định ít có ý nghĩa hơn.

Hội chứng nhiễm trùng bao gồm SIRS và một tình trạng biểu hiện nhiễm trùng bao gồm sốt cao, lạnh run, môi khô, lưỡi đỏ,... kèm theo triệu chứng nhiễm trùng của một cơ quan hoặc đang nghi ngờ.

Nhiễm khuẩn hô hấp	Viêm phế quản cấp do virus hoặc vi khuẩn Viêm phổi do virus hoặc vi khuẩn
Do dùng thuốc	Dùng thuốc an thần, thuốc chẹn β (thuốc nhỏ mắt...) Thở oxy không đúng (lưu lượng cao)
Các bệnh lý hô hấp không phải nhiễm khuẩn	Tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi Mệt cơ hô hấp
Các bệnh lý khác	Suy tim trái Rối loạn nhịp tim (nguyên nhân hoặc hậu quả của suy hô hấp) Các rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng các cơ quan khác
Yếu tố môi trường	Thay đổi thời tiết, căng thẳng tâm lý Tiếp xúc ô nhiễm môi trường, khói thuốc
Điều trị	Không tuân thủ điều trị hoặc sử dụng thuốc không đúng

Đối với trại Hô Hấp ngoài SIRS và tình trạng biểu hiện nhiễm trùng, ta phải tìm thêm căn thêm ho đàm, đau ngực kiểu màng phổi, ran nổ, ran ẩm, triệu chứng viêm long đường hô hấp trên.

Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

Được đưa ra vấn đề này, mình cần hai triệu chứng là khó thở và ran rít/ngáy *thì thở ra*. Đương nhiên bệnh nhân COPD chắc chắn sẽ có khó thở ở phần triệu chứng cơ năng, chỉ còn việc kiểm được *ran rít, ran ngáy thì thở ra* để đặt được vấn đề này.

Hội chứng ứ khí phế nang

Hội chứng này thường dễ nhầm với hội chứng TKMP (RT↓, Gõ ↑, RRPN↓) trong sách Triệu chứng học, sự khác nhau ở đây là hội chứng ứ khí phế nang vùng bị ứ khí lan tỏa khắp phổi, còn đối với TKMP, khi khám vùng bất thường nằm ở đỉnh phổi.

Biến chứng tâm phế mạn

Phù, gan to, TMCN/45 (+), dấu Hardzer, dấu nảy trước ngực dương tính.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó thở cấp/Khó thở cấp trên nền mạn
Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới
Hội chứng ứ khí phế nang

BIỆN LUẬN

Ở đây chỉ biện luận sâu về đợt cấp COPD; các nguyên nhân khác xem lại phần biện luận các bài trước.

Lý do nghĩ nhiều đợt cấp COPD

Tuổi

Tuổi khởi phát bệnh >40 tuổi.

Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng ngoài đợt cấp: khó thở tăng dần, ngoài cơn vẫn khó thở, khó thở khi gắng sức, ho khan/ho đàm mạn.

Triệu chứng thực thể

Khoang liên sườn giãn rộng, lồng ngực hình thùng,

Tiền căn

Được chẩn đoán COPD, gia đình có người bị COPD. Tiền căn hút thuốc lá và các bụi hoá chất nghề nghiệp...

Lý do nghĩ nhiều đợt cấp COPD

Trong đợt cấp này, bệnh nhân ho và đàm tăng, đàm đổi màu, khó thở, có hội chứng ứ khí phế nang, hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới.

Mức độ tắc nghẽn

Mức độ tắc nghẽn nhẹ trung bình: triệu chứng thực thể không rõ.

Mức độ tắc nghẽn nặng nếu có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau: *co kéo cơ hô hấp phụ, hội chứng ứ khí phế nang, hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới; suy tim phải như phù, TMC nổi, gan to; tim nhanh, T2 mạnh tách đôi, Harzer (+).*

Bài thi không đòi hỏi phần này, nếu còn thời gian hãy biện luận.

Mức độ triệu chứng

Dựa vào mMRC và CAT nhưng không cần thiết phải biện luận vì CAT đã giảm tải.

Mức độ đợt cấp

Theo sách giáo khoa

Bảng này các bạn nên sử dụng khi thi vì nó có phần trùng lặp với nội dung phân nhóm COPD.

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Triệu chứng	1/3	2/3	3/3
Tuổi	Bất kỳ	Bất kỳ	> 65
FEV ₁	> 80%	50- 80%	< 50%
Cơn kịch phát/năm		≤ 4	>4
Bệnh đồng mắc	Không	Không	Rõ

Triệu chứng gồm: ho tăng, đàm tăng; đàm đổi màu; khó thở.

Theo GOLD 2017

Nhẹ: chỉ cần dùng dẫn phế quản tác dụng ngắn

Trung bình: dẫn phế quản tác dụng ngắn, thêm kháng sinh hoặc corticoid đường uống

Nặng: bệnh nhân cần phải nhập viện hoặc phòng cấp cứu, liên quan đến suy hô hấp nặng

Nội dung khó khai thác vì bệnh nhân không rõ thuốc nếu rơi vào trường hợp nhẹ hoặc trung bình, nên tốt nhất khi thi không sử dụng bảng này

Phân nhóm COPD

Nhóm bệnh nhân	Đặc trưng	Số đợt cấp trong năm	mMRC
A	Nguy cơ thấp, ít triệu chứng	≤ 1	0-1
B	Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng	≤ 1	≥ 2
C	Nguy cơ cao, ít triệu chứng	≥ 2	0-1
D	Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng	≥ 2	≥ 2

Yếu tố thúc đẩy

Bệnh đồng mắc

Biến chứng

Biến chứng cấp

Suy hô hấp cấp

Tràn khí màng phổi

Biến chứng mạn

Suy hô hấp mạn: nhức đầu, ngủ gà (dễ bù ngủ)

Đa hồng cầu: ngứa sau khi tắm, nhức đầu, tăng huyết áp, viêm giác mạc đỏ mắt.

Tâm phế mạn: phù, TMC nổi, gan to; tim nhanh, T2 mạnh tách đôi, Harzer (+).

CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Đo hô hấp kí ngoài con, X quang ngực

Đánh giá biến chứng

Suy hô hấp cấp, mạn: khí máu động mạch

Tràn khí màng phổi: X quang ngực

Đa hồng cầu: công thức máu

Tâm phế mạn: siêu âm tim

VIÊM PHỔI

KHÁI NIỆM

Viêm phổi bệnh viện

Xảy ra sau 48 giờ nhập viện mà trước đó không có triệu chứng hô hấp hay nhiễm trùng.

Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế

Đã nhập viện > 48 giờ trong vòng 90 ngày
Cư trú trong nhà dưỡng lão hay trung tâm chăm sóc dài hạn.

Được điều trị kháng sinh tiêm mạch, hóa trị trong thời gian gần đây hay chăm sóc vết thương trong vòng 30 ngày.

Chạy thận nhân tạo tại bệnh viện hay tại đơn vị chạy thận.

Viêm phổi cộng đồng

Chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng khi loại trừ viêm phổi bệnh viện và liên quan chăm sóc y tế. *Thông thường mình thì là thì viêm phổi cộng đồng.*

TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

Tiêu chuẩn nhập viện

Tiêu chuẩn CURB-65

Tiêu chuẩn IDSA-ATS 2007

3 tiêu chuẩn này xem sách Bệnh học Nội nhằm đánh giá mức độ nặng của viêm phổi hoặc chỉ định nhập viện ICU, nội trú hay ngoại trú.

DỊCH TỄ HỌC

Tác nhân gây viêm phổi

Nhớ rằng khi biện luận viêm phổi, mình không đá động gì đến tác nhân cả, tác nhân chỉ xác định khi có cận lâm sàng.

Viêm phổi cộng đồng

Tác nhân điển hình : gram dương : *phế cầu* (phổ biến nhất), *H.influenza*, *Moraxella cattarrhalis*; gram âm: *Klebsiella pneumoniae*.

Tác nhân không điển hình : *Mycoplasma*, *Chlamydia* và *Legionella pneumophila*

Lưu ý, không thể phân biệt được hai tác nhân điển hình và không điển hình trên lâm sàng.

Phương pháp nhuộm gram vi khuẩn dựa trên thành phần vách tế bào của vi khuẩn gram âm và gram dương cho màu khác nhau. Ở 3 loài *vi khuẩn không điển hình* do thành phần vách tế bào của vi khuẩn khác với các *vi khuẩn điển hình* khác cho nên hình ảnh nhuộm gram quan sát không thấy gì hoặc không giống ai và người ta gọi nó là *vi khuẩn không điển hình*. Trong đó *Mycoplasma pneumophila* không có thành tế bào nên không bắt màu khi nhuộm gram ; *Chlamydia pneumophila* có vách tế bào giống vi khuẩn gram âm nhưng không có peptidoglycan của vi khuẩn chủ yếu là tetrapeptid; *Legionella pneumophila* chỉ có thành phần liposaccharide.

Viêm phổi bệnh viện

Tác nhân thường gặp : *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *E.coli*, *Staphylococcus*.

Yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng với các vi khuẩn đặc biệt

Phế cầu kháng PNC và kháng thuốc, vi khuẩn gram âm, Pseudomonas aeruginosa xem sách Bệnh học Nội.

HÀNH CHÍNH

Tuổi

Bệnh nhân lớn tuổi là đối tượng nguy cơ cao với bệnh viêm phổi. Nên thận trọng với người già vì họ thường không có triệu chứng sốt. Tiên lượng nặng của bệnh viêm phổi khi người già có tri giác lú lẫn, mất định hướng ; đối với người trẻ là khó thở.

Ngoài ra, trên 65 tuổi sẽ có ý nghĩa trong việc đánh giá tiêu chuẩn nhập viện, CURB-65, tiêu chuẩn IDSA-ATS 2007.

Nghề nghiệp

Nhân viên y tế, người nhà nuôi bệnh là các đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh viêm phổi

bệnh viện. Gặp các đối tượng này, trong phần tiền căn, biện luận phải làm rõ để viêm phổi này là viêm phổi cộng đồng/liên quan chăm sóc y tế/bệnh viện.

LÍ DO NHẬP VIỆN

Lí do nhập viện có thể là sốt, ho (đàm), đau ngực. Trong đó sốt và ho (đàm) là 2 triệu chứng thường gặp và đi trước triệu chứng đau ngực. Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực kiểu màng phổi hoặc khó thở thì hãy đề phòng viêm phổi đã nặng và tiến triển đặc biệt là khó thở.

BỆNH SỬ

Mục tiêu của phần này nhằm tìm ra được *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới > hội chứng đáp ứng viêm toàn thân > sốt* để biện luận cho ra viêm phổi. Xem lại cách đặt vấn đề *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân*.

Tam chứng của viêm phổi

Bao gồm *sốt, ho khạc đàm và đau ngực kiểu màng phổi*.

Sốt

Theo cơn/liên tục, số cơn/ngày, thời gian mỗi cơn, sốt bao nhiêu độ, khi sốt có kèm ớn lạnh, lạnh run, vã mồ hôi. Tác nhân gây viêm phổi là *vi khuẩn* thường sốt cao kèm ớn lạnh, người già có thể không sốt. Tác nhân gây viêm phổi là virus thường sốt nhẹ, kết hợp triệu chứng của hội chứng giả cúm.

Hội chứng giả cúm

Triệu chứng của hội chứng này cho biết cơ thể có thể có virus xâm nhập. Cơ thể thường mệt mỏi toàn thân, đau nhức cơ xương khớp, chán ăn, sốt nhẹ không kèm lạnh run giống như tình trạng cảm cúm.

Ho khạc đàm

Ho theo cơn hay dai dẳng cả ngày, số cơn/ngày, khan/đàm, tính chất đàm (màu, trong/đục, mùi, đặc/loãng/nhầy, khó khạc, có vẩy máu, mũi không), yếu tố thúc đẩy (sáng sớm, tối, trời lạnh, khói bụi...), yếu tố tăng

giảm (tư thế...), TC kèm theo (khó thở, đau ngực, nóng rát sau xương ức...). Khai thác tính chất đàm là một điều quan trọng đối với bệnh nhân viêm phổi, là *dấu chỉ điểm cho nhiễm trùng đường hô hấp dưới*, khi kết hợp với *hội chứng đáp ứng viêm toàn thân* ta được *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới* biện luận ra *bệnh viêm phổi*. Màu đàm phần nào gợi ý tác nhân gây bệnh, mức độ nặng cũng.

Đau ngực kiểu màng phổi

Vị trí, hướng lan, kiểu đau, khởi phát, cường độ, thời gian, yếu tố tăng giảm. Thường bệnh nhân viêm hay gặp *đau ngực kiểu màng phổi* (bảo BN hít sâu, nếu BN ngừng hít đột ngột thì nghĩ nhiều đau kiểu màng phổi), cần phân biệt với đau ngực do ho làm căng cơ; đau từ đường giữa lan sang hai bên, hỏi bệnh nhân có đau ngực khi ho nhiều không? Có đau nhiều lên khi ho mạnh không? Nếu được bảo bệnh nhân ho thử để chẩn đoán phân biệt. Viêm phổi thật sự không gây đau ngực, đau ngực xảy ra do vùng viêm đã mở rộng lan tới màng phổi. Đã có đau ngực rồi cần lưu ý biến chứng tràn dịch màng phổi (hội chứng 3 giảm) xem có khám được hay không?

Khó thở

Khởi phát, hít vào/thở ra, yếu tố tăng giảm (tư thế), TC kèm theo, mức độ khó thở (khi khó thở có nói được trọn câu/từng từ/không nói được, có đi lại được không...). Khó thở là một dấu hiệu tiên lượng xấu cho bệnh nhân viêm phổi, người bị viêm phổi nhẹ ít khi khó thở cho nên gặp *trường hợp bệnh nhân không khó thở là điều bình thường, các bạn không việc gì lo lắng*. Nguyên nhân chính là do màng phế nang-mao mạch bị hư hại dẫn đến quá trình trao đổi khí hạn chế làm khó thở.

Sinh hiệu nhập viện

Ngoài việc khai thác các triệu chứng của hội chứng này, **dấu sinh hiệu lúc nhập viện** có ý nghĩa rất lớn để ta có được hội chứng đáp ứng viêm toàn thân; đánh giá tri giác lúc nhập viện, các dữ kiện đánh giá tiêu chuẩn nhập viện, CURB-65, IDSA-ATS 2007.

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (≥ 2 tiêu chuẩn sau đây)

Sốt $>38^{\circ}\text{C}$ hay $<36^{\circ}\text{C}$.
Nhịp tim >90 lần/phút.
Nhịp thở >20 /phút; hoặc $\text{PaCO}_2 <32\text{mmHg}$.
 $\text{BC} >12.000/\text{mm}^3$ hay $<4000/\text{mm}^3$, hoặc dạng non $>10\%$.

Suy hô hấp

Vì chưa có công cụ cận lâm sàng cho nên ta chỉ có thể dựa vào SpO_2 để đánh giá, nếu người trẻ $<95\%$ (khí trời) hay người già $<90\%$ (khí trời) hoặc thở oxy thì xem như có suy hô hấp.

Tri giác

Tri giác lúc nhập viện nếu có lú lẫn, mất định hướng là tiên lượng xấu cho người già, ngoài ra còn là dữ kiện góp phần đánh giá các tiêu chuẩn.

TIỀN CĂN

Tiền căn bệnh viêm phổi

Bệnh viêm phổi

Trước đây có bị viêm phổi lần nào chưa? Lúc đó đã chữa khỏi chưa? Bác sĩ cho thuốc về nhà uống có đều đặn không, có bỏ thuốc giữ chừng không?

Bệnh nhân còn có triệu chứng ho khạc đàm, đau ngực khi hít thở sâu không? Lâu lâu có bị sốt không?

Biến chứng viêm phổi

Có lần nào nhập viện thở máy vì viêm phổi hay không? Có lần nào phải chọc kim rút dịch sau lưng hay không?

Tiền căn tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan chăm sóc y tế, viêm phổi bệnh viện.

Thực tế khi thi mình sẽ ít gặp trường hợp *viêm phổi bệnh viện* do là bệnh thứ phát trong quá trình nhập viện, mục tiêu sinh viên Y3 chỉ giải quyết các vấn đề tại thời điểm cấp cứu thôi, nên mình chỉ đề cập đến các yếu tố nguy cơ *viêm phổi liên quan chăm sóc y tế*. Hãy hỏi

bệnh nhân để xem họ có lọt vào các ý của khái niệm *viêm phổi liên quan chăm sóc y tế*.

Đã nhập viện > 48 giờ trong vòng 90 ngày

Cư trú trong nhà dưỡng lão hay trung tâm chăm sóc dài hạn.

Được điều trị kháng sinh tiêm mạch, hóa trị trong thời gian gần đây hay chăm sóc vết thương trong vòng 30 ngày.

Chạy thận nhân tạo tại bệnh viện hay tại đơn vị chạy thận.

Các bệnh đồng mắc

Các bệnh hô hấp

COPD, dẫn phế quản.

Các bệnh suy giảm miễn dịch

Đái tháo đường, ung thư, sau mổ cắt lách

Các bệnh suy cơ quan

Suy thận mạn, suy tim, suy gan, tai biến mạch não.

KHÁM LÂM SÀNG

Dấu sinh hiệu

Tương tự như sinh hiệu lúc nhập viện nhưng ít có ý nghĩa do bệnh nhân đã đi vào ổn định.

Tổng quát

Các dấu hiệu toàn thân cho thấy có hội chứng nhiễm trùng như môi khô, lưỡi dơ.

Khám phổi

Ran nổ, ran ẩm cuối thì hít vào.

Hội chứng đông đặc

Hội chứng 3 giảm (khi có TDMP)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các vấn đề thường đặt trong bệnh án viêm phổi:

Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới.

Hội chứng đông đặc.

Hội chứng 3 giảm

Theo anh Kha, ưu tiên biện luận vấn đề quan trọng nhất là *hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới*.

CHẨN ĐOÁN

Một chẩn đoán viêm phổi đầy đủ bao gồm:

Viêm phổi bệnh viện/cộng đồng/liên quan chăm sóc y tế, điều trị ngoại trú/ nội trú/nhập ICU, biến chứng (?)

Chẩn đoán viêm phổi cần trả lời 5 câu hỏi:

Có phải là viêm phổi hay không?

Biện luận đi từ hội chứng đáp ứng viêm toàn thân hoặc hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới, kèm tam chứng viêm phổi (sốt, ho khạc đàm, đau ngực kiểu màng phổi), khám có ran không liên tục cuối thì hít vào.

Viêm phổi loại nào?

Viêm phổi cộng đồng, bệnh viện, liên quan đến chăm sóc y tế. Cần loại trừ các yếu tố nguy cơ liên quan viêm phổi liên quan chăm sóc y tế nếu nghi ngờ là viêm phổi cộng đồng.

Mức độ/Đánh giá độ nặng cần điều trị ở đâu?

Ở Gia Định, thầy cô yêu cầu đánh giá viêm phổi này cần điều trị ở đâu, ngoại trú, nội trú hay nhập ICU hơn là xác định mức độ nặng của viêm phổi bằng cách dựa vào 3 tiêu chuẩn: *tiêu chuẩn nhập viện, tiêu chuẩn CURB-65, tiêu chuẩn IDSA-ATS 2007*

*** NOTE:** Nói chung phân độ nặng VP có nhiều tiêu chuẩn, tùy trường hợp lựa chọn tiêu chuẩn nào, cũng không nhất thiết phải áp đặt cứng nhắc vào các tiêu chuẩn, anh Ngọc bảo chỉ cần mình biện luận hợp lý vì sao nghĩ ca này nặng/nhẹ (dựa vào tuổi tác, triệu chứng có nặng dần hay giảm dần, có suy hô hấp, nhiễm trùng huyết hay biến chứng gì không?)
Cái nữa theo anh Kha thì sau Tết đảm bảo BVCR sẽ quá tải bệnh, BN nào điều trị hồi phục tốt thì cho xuất viện, BN nào cần ở viện nhưng bệnh nhẹ thì đẩy qua 30/4, chắc chắn những người còn nằm ở CR để mình khám toàn là nặng thôi, tha hồ chém gió.

Tác nhân là gì?

Tác nhân chỉ xác định được khi có cận lâm sàng cho nên phần này không đưa vào biện luận viêm phổi.

Biến chứng có hay chưa?

Tại phổi

Abcess phổi

Viêm phổi diễn tiến thời gian dài, không đáp ứng điều trị, sốt cao lạnh run liên tục, đàm đổi màu, thể trạng suy kiệt. Áp xe thường xảy ra ở 1 bên phổi.

Tràn dịch màng phổi

Khám thấy hội chứng 3 giảm, ho khan thay đổi theo tư thế, đau ngực kiểu màng phổi.

Suy hô hấp

Khó thở, có kéo cơ hô hấp phụ, thở 30l/ph, sinh hiệu NV SpO2 < 90%

Ngoài phổi

Nhiễm trùng huyết

Bệnh nhân sốt cao kèm lạnh run, tri giác lơ mơ, tiếp xúc không tốt.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

Bệnh nhân có tiền căn bệnh lý van tim từ trước, tiêm chích ma túy đường tĩnh mạch, chấm xuất huyết dưới da, lách to.

Viêm màng ngoài tim

Bệnh nhân đau ngực sau xương ức, tăng khi hít sâu giảm khi cúi người ra trước, khám lâm sàng có tiếng cọ màng tim, tiếng tim mờ.

Suy thận cấp

Bệnh nhân thiểu niệu, hội chứng urê huyết cao.

CLS CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán nhiễm trùng: CT máu, CRP, procalcitonin

Chẩn đoán xác định viêm phổi: X quang ngực
Đánh giá độ nặng, biến chứng: Khí máu ĐM, cấy máu, BUN máu, creatinin máu, ion đồ.

Chẩn đoán nguyên nhân: Cấy đàm, soi, nhuộm gram.

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

LÝ DO NHẬP VIỆN

Thường bệnh nhân nhập viện vì đau ngực, nếu TDMP lượng nhiều thì sẽ có khó thở.

NGUYÊN NHÂN

Trước khi vào phần bệnh sử, chúng ta sẽ đi qua các nguyên nhân gây ra TDMP để làm định hướng hỏi bệnh sử và tiền căn cũng như khám lâm sàng.

TDMP được phân ra thành TDMP dịch thấm và TDMP dịch tiết, ở bệnh viện NDGD bệnh nhân nằm ở trại Hô hấp bị TDMP thì thường đó là *TDMP dịch tiết* và nguyên nhân hầu hết là do *lao phổi và ung thư màng phổi*, cho nên trong phần bệnh sử-tiền căn cần xoay vào hai nguyên nhân này.

Tràn dịch màng phổi dịch tiết

Nghĩ nhiều là TDMP dịch tiết khi TDMP 1 bên, đau ngực kiểu màng phổi, không biểu hiện bệnh lý toàn thân gây TDMP (suy tim trái, viêm màng tim co thắt, xơ gan, HCTH, suy dinh dưỡng).

Nhiễm trùng

Lao phổi

HC nhiễm lao chung: sốt về chiều, ho khạc đàm mạn, đổ mồ hôi trộm, tiền căn bị lao (tăng khả năng nhiễm lao so với người chưa từng nhiễm lao), tiền căn tiếp xúc với người bị lao.

Viêm phổi

Sốt, ho đàm/khan, môi khô, lưỡi dơ, khám phổi có rale nổ, rale ẩm.

Ung thư màng phổi

Thường là ung thư phổi di căn màng phổi nên không loại được, chủ yếu dựa vào tiền căn.

Thuyên tắc phổi

Yếu tố nguy cơ: gãy xương lớn, phù 1 chân, bất động lâu, phẫu thuật lớn, xơ gan, bệnh lý tăng

đông, suy van tĩnh mạch), triệu chứng vã mồ hôi, đánh trống ngực, tụt HA.

Tràn dịch màng phổi dịch thấm

Suy tim trái

Đau ngực, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, tím ngoại biên, gallop T3, TMCN (+), khám thấy tim to.

Xơ gan

Triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Hội chứng thận hư

Thường nhanh, phù mắt trước, phù chân sau, phù nhiều vào buổi sáng, nước tiểu có nhiều bọt.

Suy dinh dưỡng

Ăn uống kém trong 1 thời gian dài, phù mu bàn tay, mu bàn chân.

BỆNH SỬ

TDMP thường biểu hiện bằng 3 triệu chứng cơ năng: *đau ngực, ho khan và khó thở*.

Đau ngực

Đau ngực trong TDMP là đau ngực kiểu màng phổi.

Vị trí

Bên trái hay phải, gợi ý bên nào bị tràn dịch.

Tính chất đau

Đau nhói, đau nông.

Yếu tố tăng giảm

Tăng khi hít thở sâu hay ho.

Ngoài ra bệnh nhân cũng có thể không đau ngực kiểu màng phổi mà có tức, khó chịu hoặc không triệu chứng.

Ho khan

Ho khan trong TDMP tăng khi thay đổi tư thế do làm dịch di chuyển kích ứng màng phổi gây ho.

Nếu ho đàm, cần khai thác tính chất đàm như: đặc hay loãng, màu gì? Hỏi xem bệnh nhân có sốt không? Nghi ngờ viêm phổi hay phế quản kèm theo TDMP.

Khó thở

Khai thác tính chất của khó thở: Hoàn cảnh khởi phát? Thì nào? Từng cơn hay liên tục? Thời gian khó thở bao lâu? Đánh giá mức độ: nói được thành câu? Từng từ? Không nói được?

Các triệu chứng gợi ý nguyên nhân

Hội chứng nhiễm lao chung

Hỏi các triệu chứng nhiễm lao chung: sốt nhẹ về chiều, ho đàm kéo dài, đổ mồ hôi trộm.

Viêm phổi

Ho đàm, sốt, đau ngực

Ung thư màng phổi

Sụt cân nhanh, chán ăn, tổng trạng suy kiệt nhanh.

Suy tim trái

Khó thở khi gắng sức, khó thở kịch phát về đêm, đau ngực

Xơ gan

Triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Hội chứng thận hư

Phù, tiểu bọt.

Sinh hiệu lúc nhập viện

Sinh hiệu lúc nhập viện trong trường hợp này gợi ý có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân hay không, nhằm mục đích biện luận nguyên nhân viêm phổi gây ra tràn dịch màng phổi.

TIỀN CĂN

Tiền căn TDMP

Có từng bị TDMP lần nào chưa, cách đây mấy năm rồi? Có điều trị không, người ta có lấy kim đâm vào lưng rút dịch ra chưa? Lần đó chẩn đoán TDMP do bệnh gì? TDMP phía bên nào hay hai bên?

Tiền căn bệnh lý có khả năng gây TDMP

Ưu tiên tiền căn các bệnh lao phổi, viêm phổi. Tiếp đó hãy hỏi tiền căn của các bệnh ung thư màng phổi, suy tim, xơ gan, hội chứng thận hư. Phần này mình sẽ không nói nhiều chỉ lưu ý các bạn một số vấn đề

KHÁM LÂM SÀNG

Tổng quát

Chú ý dấu hiệu khó thở (nằm đầu bằng hay cao), dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi đỏ). Chỉ số BMI gợi ý thể trạng suy kiệt do ung thư, suy dinh dưỡng.

Đầu mặt cổ

Chú ý khí quản có lệch không? Thường tràn dịch màng phổi lượng nhiều đơn thuần (không có xẹp phổi đi cùng) thì khí quản sẽ bị đẩy về bên không tràn dịch.

Lồng ngực

Quan sát xem lồng ngực có cân đối không? TDMP lượng nhiều thì bên tràn dịch lồng ngực có thể phồng lên.

Tim

Các dấu hiệu của suy tim trái như tim to, gallop T3. Mờ tim lệch sang bên đối diện do TDMP trái.

Phổi

Hội chứng 3 giảm

Phải khám ra hội chứng 3 giảm: rung thanh giảm, gõ đục, RRPN giảm, rất quan trọng để chẩn đoán TDMP. Ngoài ra cần phải làm tìm thêm các triệu chứng đi kèm khác.

Ran và âm phổi bất thường

Ran nổ, ran ẩm cuối thì hít vào: gợi ý nguyên nhân viêm phổi làm TDMP.

Tiếng thổi màng phổi, tiếng dê kêu, tiếng ngực thăm: ủng hộ thêm đây là hội chứng 3 giảm.

Bụng

Các dấu hiệu của hội chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với bệnh án TDMP, HC 3 giảm chắc chắn phải có, ngoài ra có thể có các vấn đề như hội chứng nhiễm trùng, khó thở cấp,...

CHẨN ĐOÁN

TDMP bên trái / phải / 2 bên, lượng ít / nhiều, nguyên nhân.

Trong đó lượng ít khi khám lâm sàng, lượng dịch không quá 1/2 phổi, thường là đáy phổi; lượng nhiều khi lượng dịch quá 1/2 phổi.

CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

X-quang ngực, siêu âm ngực

Chẩn đoán nguyên nhân

Xét nghiệm trước khi chọc dịch màng phổi

Gồm các xét nghiệm đông-cầm máu: TQ, TCK, INR.

Chọc dịch màng phổi và xét nghiệm dịch màng phổi

Protein và LDH

Xác định tràn dịch màng phổi dịch tiết hay dịch thấm dựa vào tiêu chuẩn Light. Dịch màng phổi là dịch tiết khi thoả ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

Protein dịch màng phổi/protein máu >0,5

LDH dịch màng phổi/LDH máu >0,6

LDH dịch màng phổi >2/3 giá trị bình thường cao của LDH máu

Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân

Viêm phổi

Công thức máu, cấy-nhuộm-soi dịch màng phổi

Lao

ADA, PCR dịch màng phổi, AFB đàm

Ung thư màng phổi

Sinh thiết màng phổi, cell block.