

Bệnh án

Thầy Bảo sửa 25/2/2019

- Trình bệnh đọc ê a từ trên xuống rất boring
- Đọc TTBA 1st cho gv rồi mới quay ngược hỏi lại bệnh sử
- TTBA tốt: Chi tiết cần cho biện luận, nếu không giúp cho cdsb or cdpb thì kick nó ra.

I. Hành chính

Họ và tên: Đặng Thu T. Giới: Nữ Tuổi: 63T

Địa chỉ: D2 P.25 Q.B.Thanh

Nghề nghiệp: Nội trợ

Ngày nhập viện: 19/02/2019

Số NV: 9359

II. Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử:

CNV 1 tuần, bệnh nhân đột ngột khởi phát → hỏi kỹ vì đọc đến đây nghĩ TKMP, PE, NMCT khó thở liên tục 2 thì, không thay đổi theo tư thế, không khó thở kích phát về đêm, kèm theo đau ngực sau xương ức → không phù hợp đau ngực kiểu mp, nghĩ do: tim, màng tim/ phế quản/ thực quản, đau nhói, liên tục, cường độ trung bình, tăng khi thay đổi tư thế → không phù hợp đau ngực kiểu mp, khi thở mạnh, lan ra sau lưng → không phù hợp đau ngực kiểu mp và sốt liên tục không rõ nhiệt độ → không giúp ích, hỏi thêm có lạnh run (sốt nhiễm trùng) hay sốt nhẹ nhẹ, đáp ứng với thuốc hạ sốt. Khó thở tăng dần về cường độ nên cùng ngày nhập viện, BN đi khám tại BV Quận Bình Thạnh, được chẩn đoán: Suy hô hấp – Viêm phổi – Theo dõi Hội chứng Cushing – THA, xử trí O2 cannula 5L/phút và chuyển đến BV Nhân dân Gia Định.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ho, không khạc đàm, không ho ra máu, không vã mồ hôi về đêm, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/ngày, tiểu vàng trong không gắt buốt lượng #1.2L/ngày.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh.
- Sinh hiệu: M: 110 l/phút, HA: 130/80mmHg; NT: 26 l/phút; T: 38°C, SpO2: 90%
- Tim đều, phổi rì rào phế nang giảm, bụng mềm.

Diễn tiến sau NV:

- N2: BN hết sốt, khó thở và đau ngực còn

- N3: Khó thở, đau ngực giảm còn 6/10

IV. Tiền căn:

1. Cá nhân:

a. Nội khoa:

Chưa từng khó thở hay đau ngực tương tự.

Cách nhập viện 3 năm, BN đau 2 khớp gối, đi khám bác sĩ tư, chẩn đoán không rõ, được điều trị chích thuốc giảm đau mỗi ngày. Cách nhập viện 1 năm, BN xuất hiện thêm đau cột sống vùng thắt lưng, chích thuốc giảm đau trong vòng 3 tháng nhưng không giảm nên bỏ chích, tự mua thuốc nam uống trong 2 tháng thì hết đau thắt lưng. Hiện tại BN đau khớp gối mỗi khi đứng nên chỉ còn sinh hoạt tại giường.

Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân phát hiện Tăng huyết áp tại phòng khám tư, không rõ trị số huyết áp, điều trị thuốc 1 viên, chỉ uống khi cảm thấy mệt.

Chưa ghi nhận lao, hen, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

b. Ngoại khoa

Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa

c. Sản khoa

PARA: 1001

Kinh nguyệt: Mãn kinh 10 năm, không huyết trắng hay xuất huyết âm đạo.

d. Thói quen sinh hoạt

Chưa ghi nhận dị ứng thức ăn, thuốc, phấn hoa, lông chó mèo

Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

2. Gia đình:

Chưa ghi nhận lao, hen, tăng huyết áp, đái tháo đường.

V. Lược qua các cơ quan:

- Tim mạch : không đánh trống ngực, không hồi hộp
- Hô hấp : Khó thở 6/10, đau ngực 6/10, không ho, không khạc đàm
- Tiêu hóa : không đau bụng, tiêu phân vàng khuôn
- Tiết niệu : không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong lượng #1.2L/ngày
- Thần kinh – cơ xương khớp : khớp không sưng, nóng, đỏ, đau

VI. Khám (8h 21/12/2019)

1. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu: M: 112 lần/phút HA: 110/70mmHg NT: 14 l/phút NĐ: 37°C
SpO2: 96%
- Chiều cao: 150cm CN: 50kg BMI: 22.2 kg/m² → thể trạng trung bình
- Môi hồng/O2 cannula 3L/phút, chi ấm, mạch quay đều rõ.
- Vẻ mặt trắng tròn, teo cơ tứ chi, da mỏng, rải rác vài mảng xuất huyết dưới da ở 2 bên cẳng tay.
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- Không phù, không vàng da, không lòng bàn tay son.

2. Khám vùng:

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối
- Khí quản không lệch
- Hạch đầu mặt cổ không sờ chạm

b. Lồng ngực

Cân đối, di động theo nhịp thở, không u, không sẹo, khoang liên sườn không dẫn, không co kéo cơ liên sườn

i. Tim:

- Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm², nảy nhẹ
- Dấu nảy trước ngực (-), Harzer (-)
- T1, T2 đều rõ 112 lần/phút, không âm thổi

ii. Phổi:

- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong khắp 2 phế trường
- Rì rào phế nang giảm phổi (P), ran nổ phổi (P)

c. Bụng

- Cân đối, di động theo nhịp thở, không u, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ
- Gõ trong khắp bụng
- Bụng mềm, không điểm đau
- Gan, lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), cầu bàng quang (-)

d. Thần kinh – cơ xương khớp

- Cổ mềm
- Không giới hạn vận động

VII. Tóm tắt bệnh án **Phải vừa đủ, không thiếu không thừa :v**

Bệnh nhân nữ, 63 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 1 tuần, ghi nhận:

TCCN:

- Sốt
Có lạnh run (sốt nhiễm trùng), kéo dài không? Lúc NV cấp nhiệt ở CC nhiều ghi lun
Thời điểm sốt (về chiều, cả ngày...)
- Đau ngực kiểu mp
- Khó thở

TCCT:

- M: 112 l/p; NT: 26 l/p có co kéo cơ HH phụ? (SHH); ND : 38°C ; SpO2 90% (khí trời)
- Vẻ mặt Cushing, tứ chi teo, ngực da mỏng, mảng xuất huyết
- Rì rào phế nang giảm phổi (P), ran nổ phổi (P)
Rung thanh, gõ ntn hả cu shoof?
RRPN giảm: VP, TDMP, TKMP, Ứ khí phế nang
BIỆN LUẬN RAN NỔ CỦA THẦY BẢO:
Ran nổ (như mô = phế nang + mô kẽ): Viêm phổi, DPQ, AXP, suy tim, xơ phổi, ứ đọng
đàm nhớt
 - DPQ: Giữa thì hít vào và giữa thì thở ra, do đàm nhớt trong PQ nhỏ di chuyển trên đường đi của khí
 - VP: Cuối thì hít vào do nở phế nang
 - Ứ đọng đàm nhớt: thay đổi theo tư thế hay sau khi vỗ lưng bn.
 - Suy tim: đều 2 bên đáy phổi, không khu trú

Ran nổ + ẩm: Ẩm nhiều là phế nang (trầm hơn), khô là mô kẽ (cao độ) → Phải biết dc 2 tiếng này

TC:

- Đau khớp 2 gối, đau cột sống vùng thắt lưng
- Dùng thuốc giảm đau, thuốc nam

VIII. Đặt vấn đề:

1. Suy hô hấp cấp
2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới
3. Hội chứng Cushing
4. Tiền căn: Đau khớp, Tăng huyết áp

IX. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán sơ bộ:

Suy hô hấp cấp – Viêm phổi cộng đồng – Hội chứng Cushing – Tăng huyết áp – Đau khớp

b. Chẩn đoán phân biệt:

1. Suy hô hấp cấp – Áp xe phổi – Hội chứng Cushing – Tăng huyết áp – Đau khớp

2. Suy hô hấp cấp – Suy tim cấp do hội chứng vành cấp – Hội chứng Cushing - Tăng huyết áp – Đau khớp

X. Biện luận

Thầy khảo sát 17 đứ thì đưa ra dc 9 cái chẩn đoán sau:

- Viêm phổi cộng đồng: Nghĩ nhiều do... (quá rõ)
- Áp xe phổi: \$ hang, \$ đông đặc?
- Thuyên tắc phổi: đánh Wells → Nếu risk thấp thì dùng D Dimer loại trừ (<500 là loại dc), risk cao thì CT scan ngực để cđoan
- Dẫn phế quản: Tiền căn bệnh phổi, ho ra máu, tchat ran nổ
- TDMP: Loại do không có \$ 3 giảm
- TKMP: Khám có thấy khí quản lệch, dấu lép lép dưới da (TK dưới da), âm phế bào giảm? BN có khó thở đột ngột... → Dùng LS và Xquang để loại trừ
- Lao phổi: Sốt về chiều? \$ nhiễm lao chung? Khám có nghĩ tổn thương đỉnh phổi? Tiền căn nhiễm lao?
- Suy tim cấp: phải thêm trchung tim vào TTBA (tim lớn, nhịp tim ntn, \$suy tim) → CLS: NT pro BNP
- Viêm màng ngoài tim cấp: đau khi 2 màng tim chạm nhau → bn cúi ng ra trước thở ra tối đa để xem có đau không.

1. Suy hô hấp cấp:

BN có khó thở trong 1 tuần, thở nhanh, SpO2 90% nên nghĩ BN có suy hô hấp cấp. Các nguyên nhân:

- Viêm phổi: BN có đau ngực kiểu MP, sốt liên tục, khám phổi có ran nổ nên nghĩ nhiều. BN không nằm trong viện hay nhà dưỡng lão nên viêm phổi cộng đồng.
- Tràn khí màng phổi: BN có đau ngực kiểu màng phổi, rì rào phế nang giảm nhưng khám không có gõ vang → không nghĩ
- Đợt cấp COPD: Trước đợt bệnh này không có khó thở mạn tính, không ho khạc đàm trắng vào buổi sáng, không hút thuốc lá → không nghĩ
- Cơn hen cấp: BN có khó thở nhưng trước đó không có tiền triệu chảy nước mắt, mũi, chưa ghi nhận tiền căn dị ứng, gia đình chưa ghi nhận hen, chưa từng khó thở tương tự → không nghĩ
- Suy tim cấp: BN có khó thở liên tục, có các ytn tim mạch: lớn tuổi, tăng huyết áp nên không loại trừ. Nguyên nhân suy tim cấp thường gặp là hội chứng vành cấp.

2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới:

BN có sốt liên tục, khó thở, đau ngực kiểu màng phổi nên nghĩ nhiều. Các nguyên nhân:

- Viêm phổi: đã biện luận
- Đợt cấp COPD: đã biện luận
- Viêm phế quản: thường không đau ngực kiểu màng phổi → không nghĩ

- Áp xe phổi: BN bệnh kéo dài 1 tuần, \$3 giảm có thể không có nếu áp xe không ở ngoại vi → không loại trừ

3. Hội chứng Cushing:

BN có vẻ mặt Cushing, da mỏng, xuất huyết rải rác nên nghĩ nhiều có hội chứng Cushing. Các nguyên nhân:

- Sử dụng thuốc chứa glucocorticoid: nghĩ nhiều do BN có tiền căn đau khớp, chích thuốc giảm đau được 2 năm
- Các nguyên nhân khác như u tuyến thượng thận, tuyến yên tăng tiết ACTH dù ít gặp hơn nhưng không loại trừ. Đề nghị cortisol máu kiểm tra.

4. Tăng huyết áp:

- Đánh giá lại huyết áp sau đợt bệnh cấp.

XI. Đề nghị CLS:

Nên trình CLS kiểu em cho X quang để xem có.... X quang kq là... chứ đừng ê a đọc y BA viết!

- CLS chẩn đoán: KMĐM, ion đồ, X quang ngực thẳng, CTM, CRP, soi cấy đàm, hs Troponin T, CKMB, NT – proBNP, ECG, Siêu âm tim, Cortisol máu
- CLS thường quy: AST/ALT, BUN – Crea, TPTNT, đường huyết, siêu âm bụng tổng quát

XII. Kết quả CLS

Khí máu động mạch: 20/02

BN đang thở oxy cannula 3l/p

pH	7.51	
PaCO2	38.4	mmHg
PaO2	59	mmHg
Hct	47	%
Hb	15.2	g/dl
Temp	37	0C
cHCO3	31.2	Mmol/L
cBase	7.5	Mmol/L
ctCO2 (B)	26.0	Mmol/L
ctCO2 (P)	31.9	Mmol/L
Anion Gap	12.1	Mmol/L
Anion Gap (K)	15.0	Mmol/l
pO2(A)	180	mmHg
pO2(A-a)	121	mmHg
pO2(a/A)	33.0	%
sO2	92.8	%
ctO2	19.7	Vol%
FO2	32	%

RI	202.8	%
cNa	141	Mmol/l
cK	2.87	Mmol/l
cCa ++	1.01	Mmol/l
cCl	98	Mmol/l
cLac	3.1	Mmol/l

a) O₂ máu:

- PaO₂ = 59 < 60 (mmHg) → giảm O₂ máu chưa được điều chỉnh, AaDO₂ = 121 > 20 (mmHg) → giảm do tổn thương tại phổi hoặc tim.
- PaO₂/ FiO₂ = 184,375 < 200 → ARDS
- PaCO₂ = 38.4 < 45 (mmHg) → không tăng CO₂ máu

b) Toàn kiềm

- pH = 7.51 > 7.45 → Kiềm máu.
- Rối loạn tiên phát : HCO₃⁻ = 31.2 mmol/l > 26 → kiềm chuyển hóa
- PaCO₂ dự đoán = 0.7 x [HCO₃⁻] + 21 = 42,84 > 38,4 mmHg (PaCO₂ thật sự) → kiềm HH phối hợp

=> Kết luận: SHH giảm O₂ máu vừa, rối loạn hỗn hợp gồm kiềm chuyển hóa và kiềm HH, kết hợp LS nghĩ nhiều do viêm phổi.

Nguyên nhân kiềm hô hấp có thể do PaO₂ giảm thấp < 60 mmHg kích thích thụ thể ngoại biên làm tăng thông khí phế nang. Thực tế BN thở nhanh 26 l/phút → phù hợp.

Nguyên nhân làm kiềm chuyển hóa có thể do BN mắc hội chứng Cushing làm tăng hoạt tính Minerocorticoids và Kali máu thấp 3.04 mmol/L.

X quang ngực thẳng 19/02



Tia cứng: thấy được đốt sống sau bóng tim

- a) Tư thế: nằm do góc hợp bởi thân đốt sống và gai đốt sống C7 có hình dấu U, 2 xương bả vai không thấy rõ, không có bóng hơi dạ dày
- b) Hít vào chưa đủ sâu: 4 xương sườn trước, 8 xương sườn sau nằm trên cơ hoành.
- c) Cân đối: do cột sống thẳng, chia lồng ngực thành 2 phần bằng nhau

Phân tích phim:

- a) Mô mềm: không thấy tràn khí dưới da, không u, không abscess dưới da
- b) Xương: không gãy xương, không biến dạng xương: đòn, bả vai, cột sống, sườn
- c) Vòm hoành: vòm hoành trái thấp hơn vòm hoành phải <1,5cm- 2cm, góc sườn hoành nhọn

d) Trung thất:

+ Tim:

Bóng tim không to, chỉ số tim - lồng ngực : <0.5

Cung T có 3 bờ: cung ĐMC, cung ĐMP, thất T

Khí quản: lệch P

e) Nhu mô phổi: Đám mờ không đồng nhất ở $\frac{1}{2}$ trong phổi (P), xóa bờ tim (P), không có hình ảnh khí phế quản đồ

Độc rõ kls nào, phân thùy nào, trùng chỗ ran nổ trên LS không, nếu không coi chừng có ổ đốm mới. Vị trí phù hợp đau, RRPN giảm.

→ Loại dc tkmp, chưa loại dc suy tim

=> Kết luận: đám mờ không đồng nhất ở $\frac{1}{2}$ trong phổi (P), khí quản lệch (P).

Đám mờ không đồng nhất gợi ý viêm phổi, xẹp phổi hoặc phù phổi cấp do tim

Khí quản lệch (P) có thể do tư thế, hoặc xẹp phổi hoặc u phổi bị chèn ép ảnh hưởng vùng cung động mạch chủ → CT scan ngực có cản quang.

Có Xquang khẳng định VP rồi thì làm tiếp XN đàm, CT scan ngực xem độ nặng of VP

Trên X quang này thấy tổn thương tăng đậm độ: VP (nghĩ nhiều), xẹp phổi (giảm V, co kéo không thấy nên loại), U phổi (ctscan xem), AXP (ls không có)

CT ngực có cản quang 19/02

- Hình ảnh kính mờ, xẹp phổi dưới màng phổi 2 đáy phổi → bệnh cảnh viêm phổi
- Không thấy hạch phì đại trung thất, không h/ả phình bóc tách đm chủ ngực
- Đk đm chủ ngực lên d = 32 mm, quai đm chủ d = 31 mm và đm chủ ngực xuống 27 mm
- TDMP 2 bên lượng rất ít, không TKMP
- Gãy cũ và tổn thương dạng mô mềm quanh ở cung sau x.sườn 9,10 (P) và 10,11 (T)
- Không thấy bất thường tuyến thượng thận 2 bên
- Thương tổn mô mềm ở vai T
- Loãng xương rất nặng gây xẹp lún thân sống L2, N6 và N4
- Tầng bụng: gan nhiễm mỡ lan tỏa

Kết luận: Viêm phổi, loãng xương, gan nhiễm mỡ, gãy cũ x.sườn và tổn thương mô mềm.

Loãng xương có thể do biến chứng sử dụng glucocorticoid

Công thức máu 19/02

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	12.87	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	81.6	(40.0-77.0) %
Lym %	12.6	(16.0-44.0) %
Mono %	3.3	(0-10) %
Eos %	0.1	(0.00-7.00) %
Baso %	0.3	(0.0-1.0) %
Luc %	1.8	(0.0-4.0) %
Neu	10.50	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	1.65	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.43	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.02	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.04	(0.0-0.1) K/ μ l
Luc	0.23	0.0-0.1K/mL
**RBC	5.60	(3.9-5.4) T/L
Hgb	118	(125-145)g/l
Hct	0.399	(0.350-0.470) L/l
MCV	71.2	(80-100) fL
MCH	21.1	(26.0-34.0) pg
MCHC	21.8	(310-360) g/L
RDW	17.7	(9.0-16.0) %CV
***PLT	702	(150-400) Giga/L
MPV	9.6	

→ BC tăng cao, Neu ưu thế, phù hợp tình trạng nhiễm trùng, nghĩ nhiều do viêm phổi.

TM HC nhỏ nhược sắc, kích thước không đều có thể do mất rỉ rả hoặc giảm nhập. Cần

tầm soát các ổ mất rỉ rả qua đường tiêu hóa, nước tiểu → soi phân tìm máu ẩn, TPTNT

Sinh hóa – miễn dịch 19/02

Glucose	21.93	3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	5.0	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	51.1	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 μ mol/L
GFR (MDRD)	112.17	
Na	135.9	135-145 mmol/L
K	3.04	3.5-5.0 mmol/L
Cl	91.4	97-111mmol/L
AST	59.1	≤ 31 U/L
ALT	66.2	≤ 31 U/L
CRP	80.67	0 – 5 mg/L
HbA1C	10.2	< 6.1%
Cortisol	5.76	
CKMB	9.44	<25 u/l
NT – Pro BNP	40.25	<125 pg/mL
Hs Troponin T	0.048	< 0.01 ng/mL

Glucose máu 21.93 mmol/L # 395mg/dl , HbA1C = 10.2% → theo ADA cần làm lại chính xét nghiệm bất thường → bấm lại đường huyết mao

mạch hoặc HbA1C.

CRP tăng cao phù hợp bệnh cảnh viêm phổi

Men gan tăng, AST/ALT < 1 → Viêm gan siêu vi, NAFLD, NASH → Đề nghị HBsAg, Anti-HCV, siêu âm bụng để tìm nguyên nhân

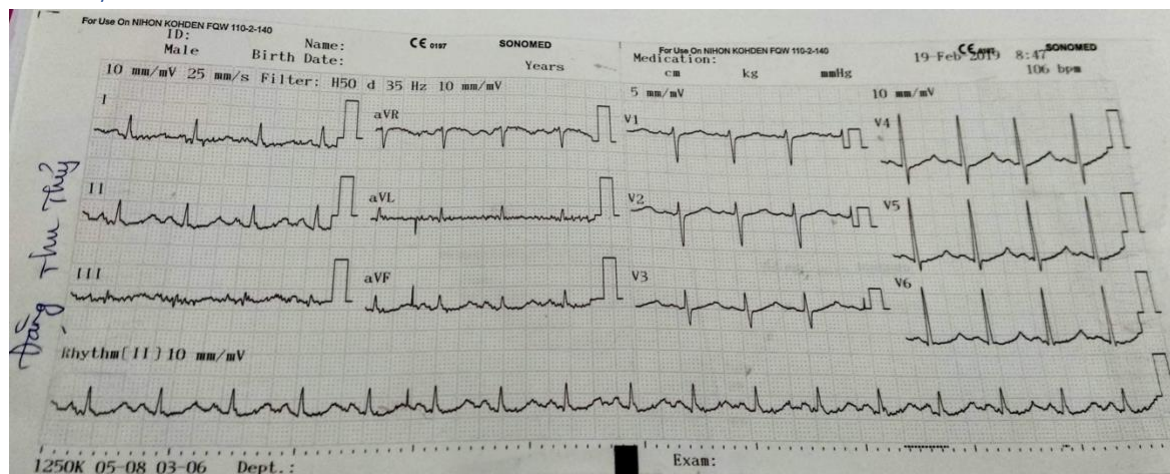
Kali giảm → trên bn này nghĩ nhiều nguyên nhân do hội chứng Cushing, dùng thuốc lợi tiểu khi mới nhập viện.

NT – proBNP thấp → loại suy tim, **cấp >200, mạn >300. Thầy hỏi dưới bnhiu là loại dc nà ní???**

Hs Troponin T tăng → Có tổn thương cơ tim. Chưa loại nhồi máu cơ tim. Cần làm lại sau 1h.

Cortisol máu 5.76 ug/dL (9h sáng) trong giới hạn bình thường → loại trừ các nguyên nhân không do thuốc.

ECG 19/02



* Nhịp :

- + Sóng P (+) ở DII, aVF, (-) ở aVR, tỉ lệ giữa sóng P và QRS là 1:1 → nhịp xoang.
- + Nhịp đều do khoảng RR dài nhất - khoảng RR ngắn nhất < 0.16s → tần số = $300/3 = 100$ l/ph.
- + Trục điện tim: trung gian
- + Sóng P (DII) biên độ < 2,5mm, thời gian 0.12s → không lớn nhĩ
- + QRS (DII) thời gian: 0,08s (bình thường)
- + Tiêu chuẩn Sokolow- Lyon: $SV_2 + RV_5 = 16 + 17 = 33$ mm, $RV_2 + SV_5 = 6 + 3 = 9$ mm
→ không lớn thất
- + Không có sóng Q hoại tử ở các chuyển đạo
- + QTc (DII) $= QT / \sqrt{RR} = 0.44s$ (bình thường)
- + Đoạn ST : Không ghi nhận ST chênh lên ở các chuyển đạo

Kết luận : chưa ghi nhận bất thường trên ECG

ECG bình thường, men tim tăng, đau ngực → làm lại men tim sau 1 h.

Siêu âm bụng 20/02

Gan nhiễm mỡ

TPTNT 20/02

Chưa ghi nhận bất thường

XIII. Chẩn đoán xác định

Suy hô hấp cấp **giảm oxy máu mức độ nặng** – Viêm phổi cộng đồng – Hội chứng Cushing do thuốc – Tăng huyết áp nguyên phát

XIV. Điều trị **Thầy bệnh nên không sửa phần này *ưỡn bụng***

1. Điều trị hiện tại:

- Thở oxy cannula 3L/phút
- Ceftriaxone 1g/lọ x 2 TTM
- Azithromycin 0.5g/viên x 1 (u)

2. Xử trí tiếp theo:

- Lâm sàng có cải thiện → tiếp tục sử dụng kháng sinh đủ 7 ngày.

XV. Tiên lượng

- Tiên lượng gần: Suy hô hấp cấp cải thiện trên LS, Viêm phổi có đáp ứng điều trị → tốt
- Tiên lượng xa: BN bị Cushing do thuốc, đau khớp hiện chỉ sinh hoạt tại giường → xấu