

BỆNH ÁN

I. Hành chính

Họ và tên: Phan Thị Mỹ Lan

Nữ

Tuổi: 46 (1973)

Nghề nghiệp: phụ bán quán café.

Địa chỉ: 615 Điện Biên Phủ, Phường 1, Quận 3, TPHCM.

Ngày nhập viện: 16h45, 27/02/2019.

Khoa: Nội Hô Hấp giường 40 phòng 406 - BV Nhân Dân Gia Định.

Số vào viện: 11035.

II. Lí do nhập viện

Ho đàm + khó thở.

III. Bệnh sử

Có triệu chứng ho dai dẳng 1 tháng nay, theo thầy nên đưa vô BS do nghi dai dẳng

- Cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân xuất hiện ho nhiều, vướng đàm, không khạc được, dai dẳng cả ngày, không sốt, không đau ngực, không khó thở. Từ đó tới ngày nhập viện, tình trạng ho của bệnh nhân ngày một nhiều, thỉnh thoảng có ít đàm xanh, đặc. Bệnh nhân không đi khám hay điều trị gì
- Ngày nhập viện, tình trạng ho nhiều hơn kèm khó thở thì hít vào, ngồi dễ chịu hơn, hầu như liên tục không liên quan gắng sức, khó thở tăng dần → nhập viện Bình Thạnh, được làm xét nghiệm máu: WBC $17.99 \times 10^9/L$, Neu 82.6% và chụp XQ ngực thẳng: mờ $\frac{1}{2}$ dưới phổi, chẩn đoán Viêm phổi nặng, bệnh nhân và người nhà xin chuyển bệnh viện Nhân dân Gia Định

Khó thở là triệu chứng cơ năng và thực thể. Theo cái BS này thì nghe ca này KT cùng lắm đc 50% thôi. Ca này \pm . Cho dù có thì cũng là hậu quả thôi, ko phải nguyên nhân. Hậu quả \pm thì quan tâm chi, cứ dĩ vô nguyên nhân thôi. Đã mập mờ rồi còn đặt làm vấn đề số 1 phía dưới nữa, biện luận do tim do phổi lung tung cuối cùng còn méo biết có KT hay không. **Bị dẫn dắt đi lạc đề rồi.** Theo thầy cùng lắm theo dõi SHH thoy.

- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đi tiêu 2 ngày, tiểu vàng trong, lượng bình thường, không gắt buốt, không đau bụng, bệnh nhân ăn uống được, không sụt cân, không đổ mồ hôi trộm

Hỏi thi: BN ko khạc được đàm thì làm gì

- Phun khí dung gì đó cho đàm loãng dễ khạc

- Một số người nội soi bị kích thích thần kinh gì đó ngưng tim luôn → bước cuối.

Tình trạng lúc NV:

Nên đòi cái này do lúc này dầu sôi lửa bỏng.

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu:
 - o Mạch: 110 lần/phút
 - o Nhiệt độ: 37°C
 - o Huyết áp: 110/70mmHg
 - o Nhịp thở: 20 lần/phút
 - o SpO2 97%/khí trời
- Da niêm hồng
- Tim đều
- Phổi rale nổ ½ dưới phổi T
- Bụng mềm
- Họng sạch

Diễn tiến sau nhập viện

	28/2	1/3	2/3	4/3	5/3	6/3	7/3	8/3
Mạch	83 l/p	74 l/p	82 l/p	88 l/p	90 l/p	90 l/p	108 l/p	94 l/p
SpO ₂	97%/KT	98%/KT	97%/KT	98%/KT	98%/KT	90%/KT	96%/KT	98%/KT
Diễn tiến	Còn khó thở Còn ho đàm	Còn ho nhiều Hết khó thở	Thở êm Còn ho đàm	Ho đàm giảm nhiều	Ho đàm giảm nhiều	Hết ho, không sốt	Ho nhiều, không đàm, không sốt	Hết ho, không khó thở

Đôi khi thi bốc cho cái hồ sơ nằm lại 1 – 2 tháng dày cui, cũng chả ai cho cái diễn tiến đâu, đừng vẽ báng.

Có triệu chứng cơ năng gì sau NV cứ hỏi thôi, ko cần xin cái bảng này.

Ngày 6/3 có sụt SpO₂ ko viêm thì áp xe, hên xui nó sụt xuống ai biết =)))

IV. Tiền căn

1) Bản thân

a) Nội khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý hen, COPD, lao phổi, bệnh phổi nghề nghiệp trước đây
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường trước đây

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý miễn dịch, di truyền trước đây.

b) Ngoại khoa:

- chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

c) Thói quen:

- Thói quen: không hút thuốc lá, không uống rượu bia
- Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.

2) Gia đình

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý liên quan.

V. Lược qua các cơ quan (8/3/2019)

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: không ho, không khó thở
- Tiêu hóa: tiêu phân vàng đóng khuôn, không đau bụng
- Tiết niệu – sinh dục: tiểu vàng trong, lượng bình thường, không gắt buốt
- Thần kinh – cơ xương khớp: không đau đầu, không sưng nóng đỏ đau khớp.

VI. Khám

1) Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Da niêm hồng, không nhợt da, không xuất huyết dưới da
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Không phù, không dấu mất nước
- Cân nặng: 39kg, Chiều cao: 1m50 BMI: 17.2kg/m² → thiếu cân.

2) Sinh hiệu:

- Mạch: 94 lần/phút
- Nhiệt độ: 37°C
- Huyết áp: 120/70mmHg
- Nhịp thở: 20 lần/phút

3) Đầu mặt cổ

- Khí quản không lệch, tuyến giáp không to
- Hạch ngoại vi không sờ chạm
- Họng sạch, môi không khô, lưỡi không dơ.

4) Ngực

- Lồng ngực cân đối hai bên, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ **vẹo cột sống mà lồng ngực cân đối =)))**
- Không sẹo, không u, không tuần hoàn bàng hệ.
- Khoang liên sườn không dẫn rộng, không hẹp

- Vẹo cột sống để vô cơ xương khớp

a) Tim

- Mỏm tim liên sườn IV đường trung đòn trái, diện đập 1*1 cm. Không dấu nảy trước ngực, Harzer âm tính.
- Tim đều, T1 T2 đều rõ, không âm thổi.

b) Phổi

- Rung thanh giảm, gõ đục, phế âm giảm 1/2 dưới phổi (T).
- Rale nổ phổi (T).

5) Bụng

- Bụng mềm, cân đối di động đều theo nhịp thở.
- Không u sọ, không điểm đau
- Gõ trong
- Gan lách thận hạch bẹn không sờ chạm.

6) Thần kinh-cơ xương khớp

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.
- Không biến dạng xương khớp, không giới hạn vận động.

VII. Tóm tắt bệnh án

Một số giám khảo bắt đọc ngay từ đây luôn, đừng viết quá ngắn nhưng cũng đừng quá dài như bệnh sử.

Tóm tắt là ko đưa ý kiến của mình vào đây, và cũng ko sáng chế.

Bệnh nhân nữ 46 tuổi nhập viện vì lý do ho đàm+khó thở. Qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận các triệu chứng sau:

1) TCCN

- Khó thở
- Ho đàm xanh đặc tăng dần.
- Không sốt.
- Không đau ngực

2) TCTT

- Suy dinh dưỡng.
- Vẹo cột sống cột sống chỗ nào ghi cho rõ
- Hội chứng 3 giảm ½ dưới phổi (T)
- Rale nổ phổi (T)

3) Tiền sử

- Chưa ghi nhận bệnh lý hen, COPD, lao phổi.

VIII. Đặt vấn đề

- Phần này rất quan trọng. **Nhìn ko ra là bay sạch sẽ**
- Đừng ít quá nhưng cũng đừng nhiều quá. 3 cái ở đây nhìn cũng hợp
- Đưa vấn đề lên theo thứ tự quan trọng, nhưng khi biện luận thì tinh táo chọn cái nào gỡ rối dễ nhất mà b luận.
- Vấn đề nào chắc chắn rõ ràng thì trong chẩn đoán phải có, còn \pm thì chẩn đoán cũng \pm
- Trong vấn đề thường đặt hội chứng. Con đường đi ngắn nhất. Bí quá thì phải lấy triệu chứng.

1) Khó thở ca này ko rõ ràng thì cứ đi lướt lướt thôi, cùng lắm theo dõi SHH thôi, chứ nhào vô tìm phổi thần kinh thì banh cmn xác.

2) Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới ca này ko điển hình lắm, cỡ 50% thoy. Mấy vấn đề \pm thì có tác dụng hỗ trợ cho chẩn đoán thôi.

3) Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi Trái \leftarrow Đây sẽ là vấn đề chính. Khám nhưng mà tới lúc CLS mà ko ủng hộ thì chỉ có buxax thôi nha.

Ca này đặt lại:

1. Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi Trái

- Tại sao có 3 giảm
- Nguyên nhân: (SGK triệu chứng/83)
 - o TDMP: Ranh giới vùng 3 giảm sẽ thay đổi theo tư thế \rightarrow **rất có giá trị**. Thực sự khám ra cái này khó vcc. Cái gỡ đục vùng thấp của bụng bên bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa USA nghiên cứu gỡ ra đc có 50% so với siêu âm thôi, gỡ thêm cái ngực nữa là oof.
 - o Xẹp phổi: Xem lồng ngực: xẹp phổi/ dày dính sẽ xẹp lại, có kéo trung thất này nọ (khí quản, mỏm tim). Ca này khám lồng ngực ko bất thường nên có thể ít nghĩ.
 - o Dày dính màng phổi (na ná xẹp phổi)
 - o U phổi to, nằm gần thành ngực: không loại đc, nhưng u phổi một mình ko giải thích cái nhiễm trùng hô hấp nên để nó phía dưới.
 - o Áp xe phổi to, nằm gần thành ngực: ko loại đc, mớ BS dây dưa vcc (1 tháng chả biết đâu ra)
 - o Viêm phổi: đông đặc kèm tắc nghẽn. BS ngần ngại quá chọn cái này.

Ca này nghĩ nhiều nhất viêm phổi \rightarrow áp xe phổi \rightarrow tràn dịch màng phổi.

Nếu bản chất chưa rõ TDMP hay không thì đừng biện luận sâu vô

2. Hội chứng nhiễm trùng HH dưới

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình, biến chứng tràn dịch màng phổi cận viên lượng nhiều / suy dinh dưỡng.

Câu chẩn đoán có 5 thành phần:

- Tên bệnh: Viêm phổi
 - Mức độ
 - Nguyên nhân/YT thúc đẩy. Đang chẩn đoán lâm sàng. Mình chia VP thành VP cộng đồng và VP BV. Hồi xưa có VP LQCSYT. Chia nhóm là bao hàm nguyên nhân rồi. **Tác nhân cộng đồng/bệnh viện đi thi sẽ hỏi. Liên quan tới độc lực vi trùng. Không dựa vào màu đàm chẩn đoán vi sinh. Đi thi giám khảo hỏi cho vui thôi.**
 - o Đàm vàng: Klebsiella
 - o Đàm màu rỉ sét: phế cầu
 - o Đàm xanh: Pseudomonas
- VP LQCSYT hồi xưa nghĩ na ná cộng đồng, mà giờ cũng ngang ngửa BV nên coi như VP BV. Chẩn đoán thì phải có tiêu chuẩn.
- o VP cộng đồng là mắc trong cộng đồng. Trong nhóm này có cái bảng YTNC nhiễm VK kháng thuốc, có một số tiêu chuẩn trùng VP LQCSYT.
 - o VP BV là VP sau NV 48h. Nghe là biết kháng thuốc rồi.
 - o VP LQCSYT có 1 nùi tiêu chuẩn nhưng giờ người ta bỏ rồi.
- Biến chứng
 - Bệnh đi kèm

X. Chẩn đoán phân biệt

1. Viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình, biến chứng apxe hóa / suy dinh dưỡng. **bệnh sử 4 ngày nghĩ apxe hơi lạ.**
2. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều nghĩ do lao phổi-màng phổi / suy dinh dưỡng.

Cái này viết cũng đc, nhưng đừng phân biệt nguyên nhân. Tinh thần của chẩn đoán phân biệt là chẩn đoán bệnh, not nguyên nhân.

XI. Biện luận

1) Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới

Bệnh nhân ghi nhận có ho đàm tăng lượng và đổi màu đàm, khó thở tăng dần, không sốt, không đau ngực, khám có rale nổ nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới. Các nguyên nhân có thể gặp là:

a) Phế quản

- Viêm phế quản cấp: không nghĩ vì bệnh thường khởi phát cấp tính với triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên như hắt hơi, sổ mũi, nghẹt mũi, khàn giọng,

sốt, ho khan sau đó ho khạc đàm, bệnh thường do siêu vi nên nhẹ và tự giới hạn, Bn này không có nên không nghĩ. **Ran nổ rồi VPQ cấp gì nữa**

- Viêm phế quản cấp / mạn: không nghĩ vì viêm phế quản mạn phải có triệu chứng ho khạc đàm kéo dài 3 tháng/năm trong 2 năm liên tiếp, đàm trắng trong dính xuất hiện vào buổi sáng sau khi thức dậy, Bn này không có nên không nghĩ.
- Dẫn phế quản bội nhiễm: không nghĩ vì dẫn phế quản là bệnh mạn tính nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại, ho đàm nhiều mủ dính dai, ho ra máu, Bn này không có nên không nghĩ. **Bệnh cấp tính rồi dẫn phế quản gì nữa. Đừng biện luận mấy cái mạn tính**

b) Nhu mô phổi

- Apxe phổi: ít nghĩ do Bn không có cơ địa nhiễm trùng răng miệng, không tiền căn nghiện rượu, hôn mê, động kinh, Bn không sốt cao lạnh run không ọc đàm mủ hôi thối và để hình thành nên ổ apxe cần có thời gian Bn này bệnh đã được 4 ngày khám thấy HC 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi Trái nên không loại trừ → đề nghị XQ ngực thẳng.
- Lao phổi: ít nghĩ Bn không có triệu chứng chán ăn mất ngủ sụt cân sốt nhẹ về chiều, đổ mồ hôi trộm không tiền căn tiếp xúc với người nhiễm lao. Tuy nhiên Bn có cơ địa suy dinh dưỡng và Việt Nam là vùng dịch tễ của lao nên không loại trừ → rửa phế quản qua nội soi bằng ống soi mềm: soi AFP đàm, PCR lao, cấy đàm tìm BK.
- Viêm phổi: nghĩ nhiều do Bn khỏe mạnh trước giờ không có bệnh lý mạn tính ở phổi lần này bệnh chỉ 4 ngày ho đàm xanh sau đó khó thở khám thấy ran nổ phổi Trái XQ tuyến trước hình mờ $\frac{1}{2}$ dưới phổi Trái nghĩ nhiều có tổn thương nhu mô phổi, BC tăng Neutrophil chiếm ưu thế (WBC 17.99 x 10⁹/L, Neu 82.6%) nên nghĩ nhiều có tình trạng viêm. → XQ ngực thẳng, CTM, CPR, cấy đàm, cấy máu.
 - Mức độ: theo thang điểm CURB-65 (Tuổi <65 tuổi, Không rối loạn ý thức, Nhịp thở 20 lần/phút, Huyết áp 110/70mmHg) Bn này được 0 điểm có thể điều trị ngoại trú nhưng Bn này có cơ địa suy dinh dưỡng, được chuyển viện với XQ tổn thương 50% phổi Trái, bệnh diễn tiến nhanh trong 4 ngày nên cho nhập viện nghĩ nhiều mức độ Trung Bình.
 - Biến chứng: Hc 3 giảm / viêm phổi có thể do:
 - Tràn dịch màng phổi cận viêm: : nghĩ nhiều nhất → đề nghị XQ ngực thẳng, nếu dịch lượng nhiều đề nghị chọc dịch kiểm tra.
 - Apxe hóa: không loại trừ → đề nghị XQ ngực thẳng, nếu không rõ đề nghị CT Scan ngực kiểm tra.

XII. Đề nghị cận lâm sàng:

1) CLS chẩn đoán

- Viêm phổi: XQ ngực thẳng, Công thức máu, CRP, cấy đàm, cấy máu làm kháng sinh đồ
- Lao phổi: soi AFP đàm, PCR lao, cấy đàm tìm BK
- Biến chứng: Chọc dịch màng phổi, CT Scan ngực

2) CLS thường qui

- ECG.
- BUN, Creatinin
- Đường huyết, ion đồ máu
- AST, ALT
- Siêu âm bụng
- TPTNT

XIII. Kết quả CLS

1) Công thức máu

	28/02/2019	04/03/2019		
WBC	15.58	10.81	4-10	K/ul
Neu%	73.2	66.3	40-77	%
Lym%	15.7	22.4	16-44	%
Mono%	7.4	9.0	0-10	%
Eos%	0.9	1.9	0-7	%
Baso%	0.4	0.4	0-1	%
IG%			0-1	%
Neu	11.41	7.18	2-7.5	K/ul
Lym	2.45	2.42	1.3.5	K/ul
Mono	1.16	0.97	0-1	K/ul
Eos	0.14	0.2	0-0.6	K/ul
Baso	0.37	0.04	0-0,1	K/ul
IG			0-0,1	K/ul

RBC	3.87	3.98	3,6-5,5	T/L
Hgb	107	107	120-160	g/L
Hct	0.327	0.322	35-47	%
MCV	84.7	80.9	80-100	fL
MCH	27.6	26.9	26-34	pg
MCHC	326	332	310-360	g/L
RDW	13.2	12.9	9-16	%
PLT	351	465	150-400	K/uL
MPV	9.2	8.8	8-12	fL

2) Sinh hóa máu

	28/2	4/3		28/2	4/3
Glucose	5.74	7.2	K	3.73	3.7
Creatinin	62.8	87.7	Cl	102.9	102.3
eGFR	95.12	64.11	AST	19.5	
Ure	2.8		ALT	18.9	
Na	140.3	139.7	CRP	136	14.3

Kết luận:

- Bạch cầu tăng cao, Neutrophil ưu thế, CRP tăng cao → phù hợp chẩn đoán viêm phổi
- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ **ko giống suy DD lảm, thường kèm thiếu sắt này nọ**

Marker phản ứng viêm:

- CTM
- CRP
- Procalcitonin

Mấy cái này mà ngược chiều thì phải phối hợp mấy món khác để tới kết luận. Viêm thì do nhiễm trùng/không nhiễm trùng. Thường virus ko tăng rõ đâu. Muốn biết có nhiễm trùng hay ko thì xem thử lâm sàng VD: phản ánh ổ nhiễm đâu đó.

3) AFB đàm / nội soi phế quản

- Dịch đực
- AFB âm tính

Hai CLS hình ảnh thường bị dí sâu không trả lời đc là tiên lượng xấu: ECG, Xquang.

Đọc X quang thì cứ dí thẳng vô tổn thương.

4) X quang ngực thẳng



Nên xin cả nùi X quang xem diễn tiến. VP đặc biệt quan tâm.

Kết luận:

- Vẹo cột sống.
- Mờ không đồng nhất $\frac{1}{2}$ dưới phổi trái, giới hạn không rõ, không xóa bờ tim **khí ảnh nội phế quản?** (ổng thích chữ này)
- Nghĩ viêm phổi biến chứng absces hóa → đề nghị CT Scan ngực

X quang đc coi là **tiêu chuẩn vàng** cơ viêm phổi.

Dựa trên X quang (ko đưa lâm sàng vô), đưa ra chẩn đoán: (**Đưa cái gì hay ho sát thực tế đầu tiên điểm cao hơn**). Tràn dịch đồng nhất thấy cái hình này thì hơi quá.

- Viêm phổi: nếu ko đồng nhất coi chừng **VP hoại tử**. (VP mô kẽ là hình ảnh lưới nốt)
- Áp xe phổi (nghĩ VP hoại tử rồi thì đưa thẳng này lên thứ 2)
- U phổi/ U phổi hoại tử gì đó ai biết đc =))
- Lao phổi

Cái này mập mờ vcl, đầu dăm loại 4 cái trên đầu, thêm cái BS ko rõ ràng → chụp CT.

Một người giỏi nữa sẽ bàn luận VP có rõ ko. Ca này thực sự ko rõ: LS hội chứng nhiễm trùng cũng ấ ơ, X quang cũng lạ lẫm. Phải giải thích why:

- ~~Tác nhân ko điển hình~~: phải đưa ra 3 con. Nên nhớ **lâm sàng ko điển hình <> tác nhân ko điển hình**. KHÁC NHAU HOÀN TOÀN. Lâm sàng ko điển hình do cơ địa người đó. Viêm là có tương tác vật chủ - kí chủ. Đừng bao giờ dự đoán vi sinh =)))
- Sử dụng kháng sinh trước đó. **Che mờ BS**.
- Coi chừng suy giảm miễn dịch. (Tiền căn SDD này nọ)
- Dị tật bẩm sinh. (ca này có mà ko rõ gì đó, thấy méo ghi trên kia)
- Gù vẹo cột sống: Bệnh phổi hạn chế. Lưu ý nhóm này vì trong điều trị O2 sẽ phân ra có bệnh phổi mạn hay không. Trong bệnh phổi mạn có 2 nhóm:
 - o Bệnh phổi tắc nghẽn (COPD gì đó)
 - o Bệnh phổi hạn chế. Nhóm này nhiều lắm nhưng mình ko học. Gù vẹo cột sống, xơ xẹp phổi nặng, di chứng lao tá lả. Cũng khó thở gắng sức, kéo dài này nọ.

5) CT Scan ngực

Thằng này đương nhiên ăn đứt X quang [Vàng vèo cl gì ko biết]

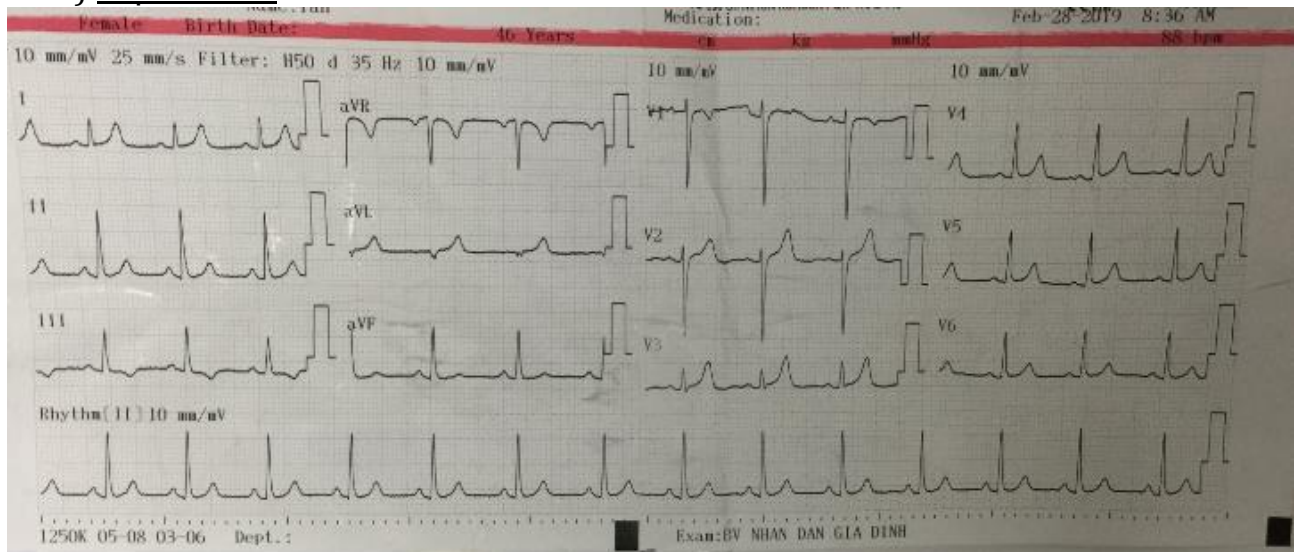
- Hình ảnh đông đặc và hoại tử tạo các ổ tụ dịch bên trong ở phân thùy S6 phổi T
- Không thấy phì đại hạch trung thất

- Không thấy hình ảnh bóc tách động mạch chủ ngực
- Không thấy tràn dịch màng phổi 2 bên
- Không thấy tràn khí màng phổi
- Không thấy bất thường tuyến thượng thận 2 bên

Kết luận

- viêm phổi hoại tử, theo dõi tạo abscess hóa
- CĐPB: theo dõi lao phổi

6) Điện tâm đồ



- Nhịp xoang đều, tần số 88 l/p
- Trục trung gian
- Phức bộ QRS = 0,08s
- PR = 0,12s
- QTc = 0,33
- P biên độ 1 mV
- SV1 + RV5 = 30 mV → Không dày thất trái
- RV1 + SV5 = 2 mV → Không dày thất phải
- ST không chênh lên ở các chuyển đạo

Kết luận:

- Nhịp xoang 88 lần/phút
- Chưa ghi nhận bất thường

7) Siêu âm bụng

- Chưa ghi nhận bất thường.

8) Tổng phân tích nước tiểu

S.G	1.008	Protein	Negative
-----	-------	---------	----------

pH	6.5	Glucose	Negative
Erythrocyte	Negative	Ketone	Negative
Leukocyte	Negative	Bilirubin	Negative
Nitrite	Negative	Urobilinogen	Negative

XIV. Chẩn đoán xác định

Viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình, biến chứng abces hóa / Suy dinh dưỡng – thiếu máu mạn.

Mức độ viêm phổi: Có nhiều bằng → đưa ra tiên lượng → xử trí. Có nhiều bằng nên có cả có cái nào là chân lý. Nhớ đc cái nào hay cái đó. Những cái bằng này dành cho Viêm phổi **cộng đồng**. Bệnh viện auto nặng rồi, đừng sa vô đánh mức độ.

ATS (ổng có vẻ ham cái này). 2 chính 9 phụ. 1 chính/3 phụ. Chỉ đánh giá nặng/không nặng. Cứ đưa mức độ ra, đừng nói theo cái gì, tới lúc đi thi hỏi cái gì thì nói ra. BN này ko thỏa gì cả.

CURB – 65 0 – 1; 2; ≥ 3. Thang điểm chỉ nói nên ngoại trú/nội trú/ICU. Mình bí quá thì sáng chế ra mức độ. BN này ko thỏa gì cả.

Giờ đánh mức nào. Theo thầy cái này nhạy cảm thì đừng nói [ĐM]. Cái này VP biến chứng rồi, ko phải lĩnh vực VP đơn thuần. Hơn nữa cái chữ “**cộng đồng**” nghĩa là cái cơ địa bệnh nhân ko có bệnh mãn tính (BN là người khỏe mạnh). Chữ mấy ca Viêm phổi mà STM giai đoạn V, Xơ gan child C thì nát bét rồi. Thích dùng thì cứ dùng. Nghe mấy ca VPCĐ/ COPD thấy ngộ ngộ tai rồi. Nhưng bị dí quá thì thôi cứ để “trung bình – nặng” [ĐMMMMMMMMMMMM]. Đương nhiên ko thể nào mà “VPCĐ mức độ nhẹ biến chứng áp xe phổi” =))).

XV. Điều trị

1) Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi.
- Thuốc long đờm giảm ho.
- Vật lý trị liệu hô hấp .
- Điều trị kháng sinh ít nhất 4 tuần (có thể kéo dài đến 6 tuần tùy theo diễn tiến lâm sàng và XQ phổi)

2) Điều trị cụ thể

a) Thuốc

- Amoxicilin+Acid Clavulanid 1g x 3 lần/ngày TM
- Azitromycine 0,5 g: 1 lọ / ngày TTM

Mức độ nhẹ

- Beta lactam + ức chế men; nhẹ ngoại trú thì cho uống. VD: Amox + Clavu (Augmentin)
- Thay thế: Quinolones hô hấp/Macrolide thể hệ mới : Macrolide truyền ở đây ít hàng. Quinolones có Levofloxacin 750mg 1 lần/ngày (Có viên 0.5mg thì lấy 1.5 viên).

Mức độ trung bình: nâng cao lên 1 chút, dùng đường tĩnh mạch. Thường phối hợp luôn betalactam với macrolide/quinolones HH.

- Piperacillin/Tazobactam (Tazocin) 4.5g truyền TM 3 lần/ngày. Người ta thích truyền hơn bolus tại được động học này nọ.
- Cephalosporin thể hệ 3 – 4. Cũng coi chừng kháng sạch hết ời. Đừng xài mấy cái như ceftriaxone kháng hết ời.
 - o Ceftazidim: 1g/lọ x 3 lần/ngày TMC
 - o Cefepim: ít hàng. 2 – 4g/ngày TMC

Mức độ nặng: buff lên bậc cao nhất:

- Meropenem: 1g x 3 lần/ngày TTM (maximum 6g cho mấy ca VMN)
 - Imipenem 0.5g (hoặc 1g)/lọ xài 3 – 6g/ngày. Có thể 0.5g 1 lọ x 4 lần/ngày hoặc 2 lọ x 3.
 - Quinolones HH/Macrolide thể hệ mới.
- Quảng đại bác rồi xuống thang dần dần.

Tất nhiên phải cấy kiết rồi mới đánh ks. 48 – 72h sau đánh giá lại. Lúc này có kq vi sinh về rồi. Nước ngoài sẽ tin KQ vi sinh, ko có là ko có vi sinh. VN mình cấy âm cũng méo tin đâu.

- Lâm sàng ok rồi, marker đỡ rồi, X quang đỡ luôn thì xuống thang: đánh khu trú 1 con như phế cầu, chuyển từ chích sang uống, đi betalactam đi xuống. Làm vậy tránh hiện tượng kháng thuốc. [theo lycan phải có kết quả cấy – dunno]
- Lâm sàng tệ, cấy ra con gì đó thì đổi thuốc theo kháng sinh đồ.
- Lâm sàng cải thiện, cấy vi khuẩn (-). Trường hợp này nước ngoài ngưng kháng sinh luôn và chẩn đoán lại. VN thì tùy [uhhhhhhhhh]. Có thể đánh kháng sinh ngắn ngày. Bình thường 7 – 10 ngày nhưng có biến chứng như áp xe hay nặng quá, vi khuẩn là pseudomonas gì đó thì ko ngắn đâu.
- Lâm sàng tệ, cấy (-). Xem lại chẩn đoán. Coi chừng cái cục mờ mờ trên X quang là u phổi hoại tử ra, kiểm ổ khác đi. Hoặc là lao.

Áp xe phổi: Tác nhân kị khí. Nguồn gốc là từ hầu họng. Răng ko sâu ko loại đc. CT có rồi chả lẽ đợi răng sâu mới nghĩ áp xe.

- Metronidazole: Kị khí nguồn gốc đường tiêu hóa.
- Clindamycin: 0.6g/lọ x 3 – 4 lần/ngày TTM

Ca này: Carbapenem + Quinolones HH + Clindamycin.

b) Hỗ trợ

- Bromhexin 8mg 1 viên x 3 uống
- Dinh dưỡng: hội chẩn khoa dinh dưỡng.

XVI. Tiên lượng

- Gần: trung bình. Ghi đè đặt thoy, biết đâu trở nặng tụt SpO2 tùm lum.
- Xa: bệnh cấp tính, điều trị ổn không để lại di chứng → khá ko cần tiên lượng xa đâu. Viêm phổi ngã ngũ rồi xa gì nữa.