

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Hen – chị Hòa sửa 20/2/2019

I) HÀNH CHÍNH:

Họ tên bệnh nhân: Võ Thị Như Y. Giới: Nữ Tuổi: 35

Nghề nghiệp: Nhân viên văn phòng

Địa chỉ: 162/42 Phan Đăng Lưu, Phường 3, Quận Phú Nhuận, TP Hồ Chí Minh

Thời điểm nhập viện: 7h 17/02/2019

Giường 41, phòng 406 khoa Nội Hô Hấp, bệnh viện Nhân Dân Gia Định

II) LÍ DO NHẬP VIỆN: Khó thở

III) BỆNH SỬ: bệnh nhân khai Chưa kỹ, mấy ngày nay có đi làm không? Làm gì?

Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân đi lại trong nhà thì cảm thấy khó thở, nặng ngực, ho đàm trắng trong, không khò khè, bệnh nhân không xử trí gì, các triệu chứng kéo dài không giảm.

Sáng ngày nhập viện, bệnh nhân khó thở nhiều hơn, nặng ngực và ho đàm tương tự, không khò khè, bệnh nhân không xử trí gì -> nhập viện BV ND Gia Định.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau ngực, không hít dị vật, không phù, ăn uống được, tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu vàng trong, lượng bình thường.

Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt **PHẢI GHI NHẬN SH Ở CẤP CỨU! NOT Ở KHOA HH**

+ Sinh hiệu: Mạch 116 lần/phút

HA 100/60 mmHg

Nhịp thở 22 lần/phút Nhiệt độ 37°C

+ SpO₂ 87% → CC đã cho thở oxy rồi sao lúc này còn tụt SpO₂? Ghi lộn?

+ Phổi ít ran ngáy

+ Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

IV) TIỀN CĂN:

BA Hen phải làm kỹ tiền căn, xem trch có phù hợp không, xuất hiện từ từ, thay đổi theo thời tiết

1) Nội khoa:

+ Cách nhập viện 3 năm: được chẩn đoán GERD, đã điều trị ổn. Ở đâu, dtri ổn ntn?

+ Cách nhập viện 3 năm, bệnh nhân đi ngang qua công trường xây dựng thì cảm thấy khó thở, khô khè, nặng ngực, ho khan, vã mồ hôi -> đến khám tại BV ND Gia Định, được làm Hồ hấp ký và chẩn đoán Hen bậc 3, điều trị Symbicort (S 1, C 1), Phagofi 10mg 10mg/ngày, bệnh nhân tái khám thường xuyên nhưng không tuân thủ điều trị (không sử dụng Symbicort theo toa). Bệnh nhân thường lên cơn khó thở khi tiếp xúc bụi, giữa các cơn bệnh nhân không khó thở, không ho, không khô khè, không nặng ngực.

BN trí thức sao lại không tuân thủ dtri? 3y này có trch gì không? Có khi không có nên bn chỉ xịt Symbicort khi lên cơn, không xịt mỗi ngày (Liệu pháp SMART, không cần dùng Ventolin cắt cơn) → Hỏi bn còn dtri gì khác không, có khi sốt.

+ CNV 4 ngày, bệnh nhân tái khám được chẩn đoán Hen + Nhịp nhanh xoang, điều trị:

Đưa vào bệnh sử, bn khám định kỳ hay do mệt hơn? Những ca này thường có tiền triệu trước, phải hỏi lại 4d này. Nhịp nhanh xoang phải tìm ng nhân chứ không khơi khơi vậy, có khi cơn hen cấp gây nhịp nhanh xoang.

- pms-Montelukast FC 10mg 1v tối

- Savi Ivabradine 7.5mg 2l/ngày (S, C)

- Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt)

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

- Ventolin Inhaler 100mcg 200Dose → chứng tỏ hen không ổn, sao tái khám mà ventolin nhiều vậy?

Xịt 3 lần, mỗi lần 2 nhát khi khó thở

+ Từ cách nhập viện 3 tháng đến nay, cạnh nhà bệnh nhân bắt đầu xây dựng, bệnh nhân thường xuyên lên cơn khó thở, hết khi xịt Ventolin. → để vào bệnh sử luôn. 3 tháng nay lên cơn ntn? Ventolin đâu ra??

+ 4 tuần qua bệnh nhân ban ngày lên cơn 2-3 lần/tuần, dùng Ventolin 2-3 lần/tuần, không khó thở về đêm, giới hạn vận động (leo 1 tầng lầu thì khó thở so với 3 tầng như trước đây).

+ Chưa ghi nhận tiền căn nhập cấp cứu do cơn hen cấp.

+ Không ghi nhận tiền căn chàm, viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, bệnh lý tim mạch, THA, ĐTĐ.

2) Ngoại khoa: chưa ghi nhận

3) Bản thân:

a) Đi ứng:

- + Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, lông chó mèo.
- + Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc

b) Thói quen sinh hoạt: bệnh nhân không HTL, không uống rượu bia

V) LƯỚI QUA CÁC CƠ QUAN: (9h 18/2/2019)

- 1) Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực
- 2) Hô hấp: không khó thở, không khò khè, không ho, không khạc đàm
- 3) Tiêu hóa: không đau bụng, không ợ chua, tiêu phân vàng đóng khuôn
- 4) Tiết niệu: không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường
- 5) Thần kinh – cơ xương khớp: không đau, không giới hạn vận động

VI) KHÁM: (9h 18/2/2019)

1) Tổng trạng:

- + Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- + Môi hồng / khí trời
- + Chi ấm, mạch quay đều, rõ
- + Không co kéo cơ hô hấp phụ
- + Sinh hiệu: Mạch 102 lần/phút HA 110/70 mmHg
Nhịp thở 18 lần/phút SpO₂ 95% Nhiệt độ 37°C
- + Chiều cao: 1.5m, CN 50kg -> BMI = 22,22 (thể trạng trung bình)
- + Da niêm hồng, không xuất huyết dưới da.
- + Không phù.

2) Khám vùng:

a) Đầu – mắt – cổ:

- + Cân đối

+ Họng sạch, môi không khô, lưỡi không dơ

+ Khí quản không lệch

+ Hạch ngoại vi không sờ chạm

b) Lồng ngực:

+ Cân đối, di động đều theo nhịp thở.

+ Không vết thương, không u, không sẹo.

+ Khoang liên sườn không giãn.

* Tim:

+ Mỏm tim ở KLS V x ĐTD (T), diện đập 1 x 1 cm.

+ Không ổ đập bất thường, Harzer (-)

+ T1, T2 đều, rõ, tần số 102 lần/phút, không âm thổi

* Phổi:

+ Rung thanh đều 2 bên.

+ Gõ trong khắp phổi

+ Rì rào phế nang đều 2 phế trường

+ Ran ngáy 2 phế trường

c) Bụng:

+ Cân đối, di động theo nhịp thở, không u, không sẹo.

+ Bụng mềm, không điểm đau, gõ trong

+ Gan, lách, thận không sờ chạm

d) Thần kinh – cơ xương khớp:

+ Cổ mềm.

+ Không sưng, nóng, đỏ cơ khớp.

VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nữ, 35 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 ngày, ghi nhận:

* TCCN: khó thở, nặng ngực, ho đàm trắng trong.

* TCTT:

- SpO₂ 87% lúc nhập viện

- ran ngáy 2 phế trường

* Tiền căn:

+ Hen, nhịp nhanh xoang

+ Khó thở khi tiếp xúc với bụi

VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:

1) Suy hô hấp cấp

2) Hội chứng tắt nghẽn đường hô hấp dưới

3) Tiền căn: Hen, Nhịp nhanh xoang

IX) CHẨN ĐOÁN:

CĐXD: Con hen mức độ nặng **biến chứng suy hô hấp cấp (nặng nên phải ghi chung trc)**,
YTTĐ bụi xây dựng, ~~biến chứng suy hô hấp cấp~~/ Hen không kiểm soát – ~~Nhịp nhanh xoang~~

CĐPB: ~~Dẫn phế quản~~ / Hen không kiểm soát – ~~Nhịp nhanh xoang~~

→ DPQ không có SHH, không cdpb bệnh cấp (hen) với bệnh mạn (dpq)

CĐPB: TKMP, Thuyên tắc phổi

X) BIỆN LUẬN: **CHỊ HÒA KHÔNG XEM BIỆN LUẬN**

1) Suy hô hấp cấp + HC tắt nghẽn đường hô hấp dưới:

+ Lúc nhập viện bệnh nhân có thở nhanh (22 lần/phút), SpO₂ 87% nên nghĩ bệnh nhân suy hô hấp cấp

+ Khám thấy ran ngáy 2 phế trường nên nghĩ bệnh nhân có HC tắt nghẽn đường hô hấp dưới.

+ Trên bệnh nhân suy hô hấp cấp + HC tắt nghẽn đường hô hấp dưới có thể do các nguyên nhân:

- Con hen:

* Chẩn đoán hen: 2 năm trước bệnh nhân có khó thở, khò khè, ho khan, nặng ngực; các triệu chứng xuất hiện khi tiếp xúc dị nguyên (bụi công trường); giữa các đợt bệnh bệnh nhân không có triệu chứng đường hô hấp; tuổi <40, đã được làm Hô hấp ký và chẩn đoán Hen tại BV Nhân Dân Gia Định nên nghĩ nhiều hen.

- Mức độ kiểm soát: trong 4 tuần gần đây bệnh nhân có triệu chứng ban ngày 2-3 lần/tuần, dùng thuốc cắt cơn 2-3 lần/tuần, có giới hạn vận động thể lực, không thức giấc vào ban đêm -> Hen không kiểm soát.

=> Nguyên nhân không kiểm soát của bệnh nhân có thể là: tiếp xúc với dị nguyên (bụi xây dựng), không tuân thủ điều trị (không dùng Symbicort theo toa).

- Biểu chứng:

+ Đa hồng cầu: bệnh nhân đỏ da mặt, da lòng bàn tay, không đau đầu, chóng mặt nên không nghĩ.

+ Tâm phế mạn: khám không ồ ập bất thường, Harzer (-), gan không to, không phù chân nên không nghĩ.

+ Suy hô hấp mạn: khám bệnh nhân không có ngón tay dùi trống, không dấu hiệu đa hồng cầu, ngoài cơn hen bệnh nhân khỏe, môi hồng, SpO₂ 95%/ khí trời nên không nghĩ.

+ Biểu chứng do corticoid kéo dài: chưa ghi nhận (không ghi nhận nám miện; không kiểu hình Cushing; da không mỏng; không rậm lông; không ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, đục thủy tinh thể).

* Chẩn đoán cơn hen: bệnh nhân có khó thở, nặng ngực tăng, khám thấy hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới trên bệnh Hen nên nghĩ đây là cơn hen cấp.

- Mức độ: bệnh nhân có SpO₂ = 87% <90% nên nghĩ mức độ nặng.

- Yếu tố thúc đẩy:

. Dị nguyên: nghĩ nhiều do bụi xây dựng

. Nhiễm trùng đường hô hấp dưới: bệnh nhân trẻ, không bệnh lý suy giảm miễn dịch, khám không có hội chứng nhiễm trùng (không sốt, không vết mặt nhiễm trùng, môi không khô, lưỡi không đỏ), không ran nổ, ran ẩm nên không nghĩ.

. Thời tiết, gắng sức, cảm xúc: không nghĩ

- Đợt cấp COPD: bệnh nhân <40 tuổi, không HTL nên không nghĩ.

- Hen tim: bệnh nhân trẻ tuổi, không có YTNC tim mạch, khám tim không ghi nhận bất thường nên không nghĩ.

- Dẫn phế quản: bệnh nhân có viêm phế quản tái đi tái lại (trong bệnh cảnh hen), có ho khạc đàm nên không loại trừ. → **Đẹp lun, do ho đàm trong bệnh cảnh hen rồi**

- Dị vật đường thở: bệnh nhân tỉnh, không ghi nhận hít dị vật, ran ngáy không khu trú, trước đó bệnh nhân không có hội chứng xâm nhập nên không nghĩ.

3) Tiền căn: Hen, nhịp nhanh xoang

XI) ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

1) CLS chẩn đoán: KMDM, Hô hấp ký, X-quang ngực thẳng, ECG

2) CLS thường quy: CTM, ion đồ, đường huyết, AST, ALT, Ure, Creatinin HT, TPTNT.

XII) KẾT QUẢ CLS: **THI ĐỌC NHANH, KHÔNG ĐỌC FULL NTN VÌ KHÔNG KỊP**

1) Khí máu động mạch:

pH	7.44	
PaCO ₂	23.7	mmHg
PaO ₂	66	mmHg
Hct	38	%
Hb	12.5	g/dl
Temp	37	0C
cHCO ₃	19.0	Mmol/L
cBase	-6.6	Mmol/L
ctCO ₂ (B)	14.1	Mmol/L
ctCO ₂ (P)	16.5	Mmol/L
Anion Gap	20.6	Mmol/L
Anion Gap (K)	23.9	Mmol/l
pO ₂ (A)	199	mmHg
pO ₂ (A-a)	132	mmHg
pO ₂ (a/A)	33.3	%
sO ₂	94.0	%
ctO ₂	16.4	Vol%
FO ₂	32	%
RI	200.1	%
cNa	146	Mmol/l
cK	3.27	Mmol/l
cCa ++	1.03	Mmol/l
cCl	109	Mmol/l
cLac	1.4	Mmol/l

a) O₂ máu:

- + $PaO_2/FiO_2 = 206.25 < 300$ -> giảm O_2 máu mức độ trung bình
- + $PaO_2 = 66 > 60$ mmHg với FiO_2 32% -> giảm O_2 máu đã được điều chỉnh
- + $AaDO_2$ tăng ($132 > 20$ mmHg) -> giảm O_2 máu do tổn thương tại phổi

=> Do PaO_2 giảm, $AaDO_2$ tăng và PaO_2 tăng với điều trị O_2 (dựa vào việc cải thiện SpO_2 từ 87% -> 95%) nghĩ nhiều do nguyên nhân bất xứng V/Q. Bất xứng V/Q trong bệnh cảnh ls này nghĩ nhiều do cơn hen cấp.

b) Toàn kiềm

+ $pH = 7.44$ trong giới hạn bình thường (7.35-7.45) nhưng $PaCO_2$ và HCO_3^- bất thường -> nghĩ nhiều có rối loạn hỗn hợp.

+ Rối loạn tiên phát: $PaCO_2 = 23.7$ mmHg < 35 mmHg (kiềm hô hấp), $HCO_3^- = 19$ mmol/l < 22 (toan chuyển hóa). Do pH nghiêng về hướng kiềm -> nghĩ nhiều kiềm hô hấp là chính, nghĩ do giảm oxy máu.

+ $\Delta pH/\Delta PaCO_2 = 0.0024 < 0.003$ -> có toan chuyển hóa kèm theo.

+ $AG = Na - Cl - HCO_3 = 18$ -> tăng AG. $\Delta AG/\Delta HCO_3 = 1.2 > 1$ -> toan chuyển hóa tăng AG đơn thuần.

=> Trên bệnh cảnh này nghĩ nhiều là toan acid lactic do giả oxy máu.

Suy thận: creatinin 66.8 μ mol/L = 0.75 mg/dl và GFR (MDRD) = 92.77 -> không nghĩ

=> Kết luận: giảm O_2 máu mức độ trung bình đã được điều chỉnh, rối loạn hỗn hợp gồm kiềm hô hấp và toan chuyển hóa, phù hợp với bệnh cảnh cơn hen biến chứng suy hô hấp cấp.

Hen chỉ cần bik có SHH or not, vậy hoy. Tiêu chuẩn vàng SHH là KMĐM

KL: SHH giảm oxy máu (type I), đtri rồi thì mục tiêu oxy duy trì 3 – 4 l

2) X quang ngực thẳng



Đọc lại, đọc tổn thương tre

Đám mờ không dc phát lờ → Viêm, lao, K. sợ lao → hỏi có dùng cort tăng lên gần đây? Hỏi tiền căn lao cũ, tổn thương phổi cũ.

Chụp lại CXR, chụp thêm CT scan

I/Hành chính:

-Họ tên: Võ Thị Như Ý, 35 tuổi

II/Chất lượng phim:

-Trơn láng, không trầy xước, hoen ố

-Thấy rõ độ tương phản của khí – mô mềm – xương

III/Kĩ thuật chụp: 4 yếu tố

a) Tư thế: đứng do góc hợp bởi thân đốt sống và gai đốt sống C7 có hình chữ A, 2 xương bả vai tách ra khỏi phế trường, bóng hơi dạ dày -> phim sau trước (PA)

b) Hít vào đủ sâu: thấy được 6 xương sườn trước, 9 xương sườn sau đều nằm trên cơ hoành.

c) Cân đối: do cột sống thẳng, chia lồng ngực thành 2 phần bằng nhau

IV/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: không lệch, góc carina trong giới hạn bình thường 70°

e) Nhu mô phổi: Đám mờ không đồng nhất ở ½ ngoài phổi (T), không có hình ảnh khí phế quản đồ, không co kéo hay đẩy lệch trung thất -> theo dõi viêm ½ ngoài phổi (T)

=> Kết luận: đám mờ không đồng nhất ở ½ ngoài phổi (T), theo dõi viêm phổi

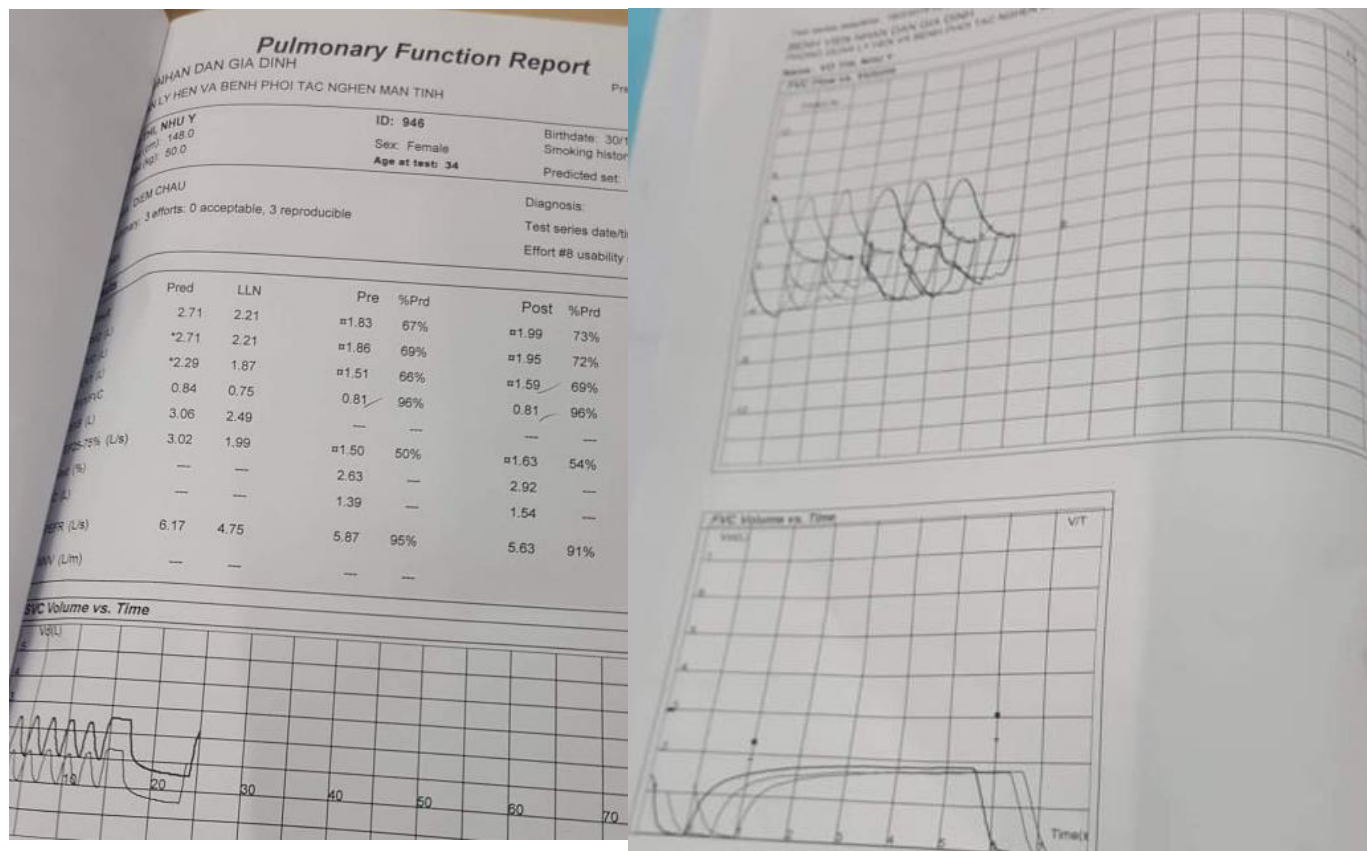
Tuy nhiên lâm sàng không phù hợp -> theo dõi + đề nghị làm thêm Procalcitonin.

3) Hô hấp kí:

Đo dc mấy lần? HHK cũ có ghi nhận hen? Nếu bn không mang theo thì ksao vì cdoan vẫn dùng LS.

HHK này: Làm 2d sau NV. Hoàn toàn bthg trong khi lúc NV SHH dùng dùng → Nguyên nhân khác hen?? Đo đúng chưa?

Chức năng phổi về lại bthg sau cơn hen cấp ít nhất 1 tháng, sau aeCOPD ít nhất 3 tháng



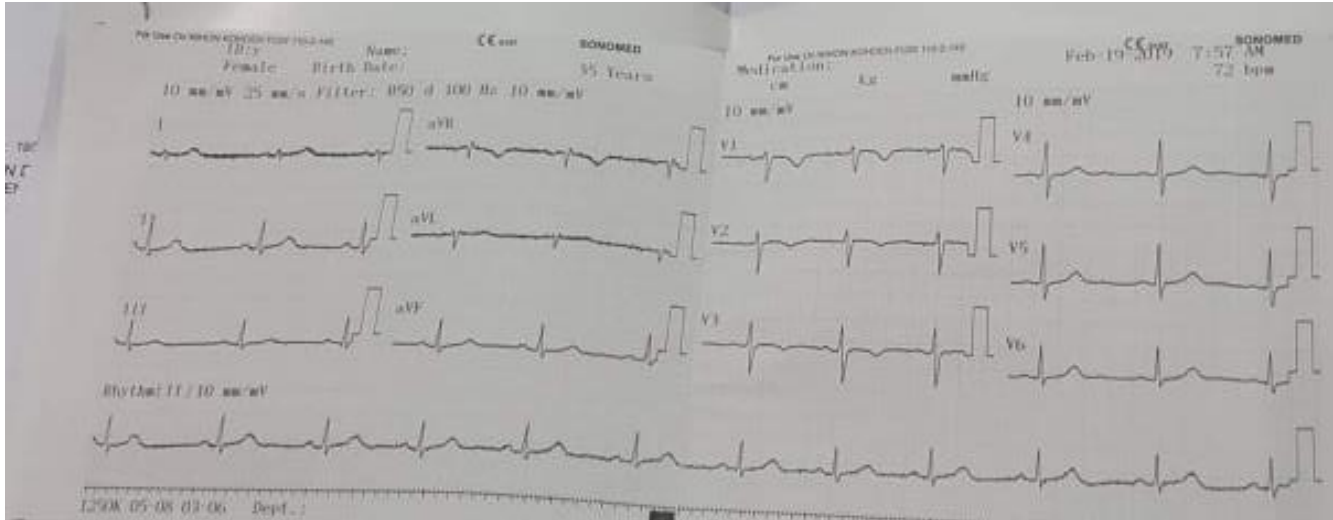
a) Chất lượng:

- + Tiêu chuẩn chấp nhận: khởi đầu tốt, không ho, không rỉ khí, không kết thúc sớm, có gắng sức, thời gian thở ra **chưa đủ 6s** nhưng có đoạn bình nguyên trên biểu đồ thể tích-thời gian -> chấp nhận được **coi chừng ảnh hưởng chất lượng → không phân tích**
 - + Tiêu chuẩn lặp lại: chênh lệch FVC, FEV1 trong 3 lần thở chênh lệch nhau không quá 150ml
- => HHK có chất lượng tốt.

b) Phân tích

- + FVC/FEV1 pre test = 0.81 > 0.7 và > LLN -> không có hội chứng tắc nghẽn.
- + FVC/ SVC (chọn trị số lớn hơn) : FVC pre = 69% < 80% -> có hội chứng hạn chế, mức độ nhẹ.
- + FEV1 tăng 5% và 80ml sau test DPQ -> không đáp ứng với test DPQ

- + Hiện tại PEF pred của BN = 95% >60-80% nên chức năng phổi của BN cải thiện tốt
- Kết luận: BN có RLTK kiểu hạn chế, không đáp ứng với thuốc DPQ



4) ECG:

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

Không phải nhịp nhanh xoang, nếu NNX phải kiểm ng nhân (nữ trẻ → nội tiết, tim, hồi kinh nguyệt,...)

* Nhịp :

- + DII có sóng P, 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 = $300/4=75$ 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: $SV2+RV5=12$ mm, $RV1+SV5=5$ mm
- Tiêu chuẩn cornell: $SV3+RaVL=9$ 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

5) Công thức máu: 4h 18/02/2019

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	13.35	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	59.6	(40.0-77.0) %
Lym %	28.9	(16.0-44.0) %
Mono %	3.5	(0-10) %
Eos %	7.6	(0.00-7.00) %
Baso %	0.4	(0.0-1.0) %
IG%	0.7	0.0-1.0%
Neu	7.95	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	3.86	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.47	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	1.02	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.05	(0.0-0.1) K/ μ l
IG#	0.1	0.0-0.1K/mL
**RBC	4.06	(3.6-5.5) T/L
Hgb	120	(120-160)g/l
Hct	0.345	(0.350-0.470) L/l
MCV	87.2	(80-100) fL
MCH	29.6	(26.0-34.0) pg
MCHC	339	
RDW	12.7	(9.0-16.0) %CV
***PLT	378	(150-400) Giga/L
MPV	9.6	
Sinh hóa máu		
Urea	3.3	2.5-7.5 mmol/L
Creatinin	66.8	Nam: 62-120; Nữ: 53-100 mmol/L
GFR (MDRD)	92.77	
Glucose	9.21	3.9-6.1 mmol/l
Ion đồ		
Na	138.5	135-145 mmol/L
K	3.16	3.5-5.0 mmol/L
Cl	104.5	97-111mmol/L
AST	10.9	\leq 37 U/L
ALT	9.5	\leq 40 U/L
CRP	13.9	0-5 mg/L

* Tế bào:

+ Neu tăng nhẹ ghi vậy c hỏi bnhiu là nhẹ ==)) nghĩ do BN đang điều trị corticoid toàn thân (đang điều trị solumedrol). LS BN không sốt, không hội chứng nhiễm trùng, CRP tăng nhẹ nên không nghĩ tình trạng nhiễm trùng.

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

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

CDPB Eos tăng: ABPA, \$ Loeffler, KST

+ HC và TC trong giới hạn bình thường

* Sinh hóa máu: glucose 9.21 mmol/l= 165.78 mg/dl. BN không có tiền căn ĐTD, không có hội chứng 4 nhiều (ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều, uống nhiều) nên nghĩ ĐH này tăng do tác dụng của corticoid toàn thân (đang điều trị solumedrol).

* Ion đồ: K máu giảm <3.5, BN không mất K qua đường tiêu hóa (không tiêu chảy), không mất K qua thận (không dùng lợi tiểu thiazide hay lợi tiểu quai), BN ăn uống đầy đủ nhưng do đang điều trị SABA và solumedrol nên nghĩ hạ K máu do tác dụng phụ của SABA và solumedrol.

6) TPTNT: 7h50p 19/02:

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
Ery	25	Negative, ≤ 10 Ery/ μ l
Urobilinogen	3.2	Normal, ≤ 17 μ mol/L
Bilirubin	Negative	Negative, < 3.4 μ mol/L
Nitrite	Positive	
Ketones	Negative	Negative, < 0.5 mmol/L
Protein	Negative	Negative, < 0.1 g/L
Glucose	Negative	Normal, < 1.7 mmol/L
pH	6.0	4.8-7.5
SG (tỷ trọng)	1.005	1.000-1.025
Leukocytes	Negative	Negative, < 10 Leu/ μ L
Color	Yellow	

Nitrit (+) và Leu (-), BN không có triệu chứng LS của nhiễm trùng tiểu (không có hội chứng niệu đạo cấp: không tiểu gắt buốt, tiểu lát nhất, không tiểu đục) -> không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NTT nhưng không loại trừ tình trạng NTT không triệu chứng->đề nghị cấy nước tiểu kiểm tra

Ery = 25: nghĩ tiểu máu này thoát qua trên bệnh cảnh NTT → **HỘI KINH NGUYỆT.**
Làm lại tptnt

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: Con hen mức độ nặng, YTTĐ bụi xây dựng, biến chứng suy hô hấp cấp/ Hen không kiểm soát – Nhịp nhanh xoang – T/d Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng

XIV) ĐIỀU TRỊ:

1) Mục tiêu điều trị:

- + Ổn định suy hô hấp (SpO_2 mục tiêu 93-95%), cắt cơn hen
- + Điều trị biến chứng do thuốc, nhịp nhanh xoang
- + Tăng khả năng kiểm soát hen, giảm thiểu nguy cơ vào cơn hen kế tiếp

2) Điều trị cụ thể:

a) Điều trị cấp cứu: **Không cần ghi, chỉ ghi diễn biến tại**

- Nhập cấp cứu, nằm đầu cao 30° **xà m =)) không có yếu tố làm hít sặc**
- Thông thoáng đường thở, hút đàm.
- Thở oxy canula 3l/phút
- Thuốc:

+ Solumedrol 40mg

1 lọ (TMC)

+ Pulmicort 0.5 mg x 1 ống + Combivent 2.5ml x 1 ống

→ **Why chọn cả 2? Pulmi liều giống đtri kiểm soát (liều symbicort)??**

PKD cách nhau 30p

- Đánh giá lại tri giác, sinh hiệu, SpO_2 sau 20-30 phút.

b) Điều trị hiện tại:

+ Solumedrol 40 mg

1 ống (TMC)

+ Kaliclorid 0.5g

2v (u)

+ Pulmicort 0.5 mg **Đã chỉch solu toàn thân thì không phun Pulmi**

1 ống x 2 (PKD)/12h

+ Combivent 2.5ml + Sodium Chloride 0.9% đủ 5ml

PKD / 6h

+ ~~Savi Ivabradine 7.5mg~~ - Không dùng do làm mất nhịp nhanh xoang giả tạo, khó tìm ng nhân, Ventolin cũng gây NNX

+ Theo dõi sinh hiệu, SpO₂ mỗi 12h.

Combivent chỉ chọn khi thất bại với ventolin

Combi: 2,5 mg salbu + 0,5 mg ipra (SAMA ở VN CHỈ có ipra)

Ventolin: 5 mg salbu

Ở nhà dùng ventolin rồi hoặc hen không ksoat, ở nhà đã dùng combi (ipra) thì vào viện dùng combivent

c) Điều trị sau xuất viện:

* Hen:

a) Dùng thuốc: bệnh nhân đang điều trị hen-bậc 3 ~~bỏ bậc 3~~ **bỏ bậc hen rồi** (Montelukast + ICS/LABA liều thấp), không kiểm soát được hen:

+ Tiếp tục toa cũ: **Ghi tên thuốc học, không ghi tên thương mại**

- pms-Montelukast FC 10mg 1v tối

Montelukast đtri theo bước, ca này bước 3: Liều ICS tăng, Budesonide liều 400 800.

Có tiền căn dị ứng rõ ràng thì cho Monte or not thì tăng liều Symbicort (eos tăng nhiều đáp ứng với ICS rất tốt), khoan cho monte

Ca này phải lên bậc đtri trong 1w, đo HHK ổn thì giảm liều.

Phòng ngừa: Nếu xài 1-2 thì tăng symbicort + cho thêm Ventolin.

- Symbicort Turbuhaler 60Dose (xịt)

1 nhát x 2 (S, C), súc họng sau xịt

- Ventolin Inhaler 100mcg 200Dose

Xịt 3 lần, mỗi lần 2 nhát khi khó thở

+ Kiểm tra, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng bình xịt định liều đúng cách.

+ Dặn dò, giải thích rõ để tăng khả năng tuân thủ điều trị.

+ Tránh tiếp xúc với dị nguyên: mang khẩu trang khi ra khỏi nhà hoặc khi có khả năng tiếp xúc với bụi công trường, thay đổi chỗ ở tạm thời nếu có điều kiện.

+ Sau đó nếu vẫn không kiểm soát: xem xét tăng lên bậc 4

b) Không dùng thuốc:

+ Vận động thể lực

+ Ăn nhiều rau, trái cây

+ Tránh lại gần công trường xây dựng, mang khẩu trang khi có nguy cơ tiếp xúc bụi công trường.

+ Tham khảo ý kiến bác sĩ khi sử dụng NSAIDs. → chị hỏi e là BS sẽ tư vấn ntn?
Tỉ lệ hen lquan NSAIDs là bnhiu % (tốt nhất dẹp ý này lun đi :v)

Chích ngừa cúm, phế cầu

* ~~Nhịp nhanh xoang: Savi Ivabradine 7.5mg~~

~~1v x 2 (S, C sau ăn)~~

* Tái khám sau 1 tuần.

Hiện đã bỏ bậc hen

XV) TIỀN LƯỢNG:

1) Bệnh nhân đợt cấp nặng / hen không kiểm soát -> tiên lượng nặng

2) Cụ thể:

+ Nguy cơ vào cơn hen: bệnh nhân hen không kiểm soát, không tuân thủ điều trị, tăng eosinophil máu, có 1 cơn hen nặng trong 12 tháng gần đây -> nguy cơ vào cơn hen cao

+ Nguy cơ tác nghẽn cố định: bệnh nhân không tuân thủ điều trị ICS, eosinophil máu cao -> nguy cơ tác nghẽn cố định cao

+ Nguy cơ tác dụng phụ của thuốc: bệnh nhân cơn hen cấp nặng phải dùng corticoid toàn thân -> nguy cơ tác dụng phụ cao

Tóm lại:

- Ca này có VP không? VP do tăng eos (cũng gây SHH) không? → làm lại ctm xem eos, chụp lại CXR
- Coi chừng K, lao
- Không có cls ủng hộ hen, HHK hạn chế nhẹ và không đạt chuẩn
- Ls hen chưa mô tả kỹ