

## BỆNH ÁN NỘI KHOA

Thầy Phúc sửa 19/3/19

Hỏi thi copd:

- Dựa vào đâu chẩn đoán: Mức độ - Nguyên nhân - yttđ- biến chứng – bệnh đi kèm – bệnh đồng mắc
- Đợt cấp: mức độ (loạn cào cào =)) ) – nguyên nhân (kể sha r chọn 1 cái lý luận sao cho gk tin)
- Đợt cấp copd
- Điều trị đợt cấp...

Cort trong hen/copd đường toàn thân (u) or chích. Đường khí dung: Nghiên cứu.

Phân độ nặng của đợt cấp COPD: Hiện còn chưa thống nhất nên yolo hoy.

- Tam chứng Anthonisen: hoàn toàn LS xếp theo nó cũng được, ý nghĩa là nặng về khả năng nhiễm trùng.
- 6 trchung SHH: 1 trong 6 là có shh → đã shh là nặng. (Anthonisen không cùng hệ quy chiếu vs cái này, 1 cái ntrung 1 cái shh)
- Bảng tổng hợp...
- Theo gì theo rồi cuối cùng tổng hợp đưa ra 1 cái quyết định (lấy cái nào nặng nhất)

### I. Hánh chính :

- Họ và tên : Trần Ngọc Thị Lý
- Giới : nữ
- Tuổi : 76
- Nghề nghiệp : nội trợ
- Địa chỉ : xã thuận mỹ, châu thành , long an
- Ngày giờ nhập viện 23 giờ ngày 10 tháng 3 năm 2019
- Số giường 39, phòng 406 , khoa nội hô hấp, bệnh viện nhân dân gia định

### II. Lý do nhập viện : khó thở + sốt

### III. Bệnh sử

Cách nhập viện 1 tuần , bệnh nhân thỉnh thoảng ho khan vài tiếng trong ngày, không có yếu tố tăng giảm, không kèm đau ngực, không khó thở không sốt → đi khám bệnh viện tỉnh , chẩn đoán viêm họng, điều trị không rõ , ho giảm sau 3 ngày dùng thuốc.

Cách nhập viện 4 ngày, bn ho khan nhiều hơn, tăng khi thay đổi tư thế, giảm khi nằm im, kèm khó thở thì hít vào, xuất hiện khi thay đổi tư thế, tăng khi nằm, giảm khi ngồi nhưng bệnh nhân vẫn ngủ được, ko kèm cảm giác nặng ngực, không sốt

Cùng ngày nhập viện , bn ho tương tự, khó thở hơn, bn thích ngồi hơn thích nằm, kèm sốt không rõ nhiệt độ ( bn ko cặp nhiệt ), không lạnh run, không vã mồ hôi, không cảm giác nặng ngực bn không uống thuốc hạ sốt → người nhà chuyển lên bv nhân dân gia định (vì có người quen)

Trong quá trình bệnh, BN ăn uống được, không sụt hay tăng cân, đi tiểu vàng trong, phân vàng đóng khuôn, không đau bụng, không nặng ngực hay đau ngực

Sau nhập viện

N 1 : bn được hút dịch màng phổi, bn giảm khó thở, giảm ho, bn hết sốt

N 2-4 : bn cảm thấy ho và khó thở như trước khi nhập viện

IV. Tiền căn :

a. Bản thân

1. Nội khoa

- PARA : 3003
- Mãn kinh năm 47 tuổi
- Cách nhập viện 20 năm, bn điều trị lao phổi 12 tháng tại bv phạm ngọc thạch.
- Không ghi nhận THA, ĐTĐ, COPD, hen
- Thường xuyên viêm họng tái đi tái lại nhiều lần
- Cách nhập viện 1 năm, điều trị viêm phổi ở bv thủ đức
- Thường xuyên đau nhức khớp, tự điều trị 2 tuần trước khi nhập viện, thuốc không rõ loại, nhưng tình trạng không giảm.
- 2. Ngoại khoa : chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật
- 3. Thói quen, di ứng : chưa ghi nhận tiền căn dị ứng, không hút thuốc lá, không rượu bia

b. Gia đình :

- Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, lao, ung thư

V. Lược qua các cơ quan

- Tim mạch : không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp : còn ho, khó thở khi thay đổi tư thế
- Tiêu hóa : không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn
- Thần kinh - cơ xương khớp : đau nhức các khớp, ko đau đầu
- Tiết niệu sinh dục : tiểu vàng trong, không tiểu gắt, tiểu buốt

VI. Khám

1. Tình trạng lúc nhập viện

- Bn tỉnh tiếp xúc tốt
- Bụng mềm
- Sinh hiệu : M = 108l/p, nhiệt độ = 39 độ, HA = 150/90 mmHg, NT : 25 l/p, SP02 : 92%
- Thở co kéo nhẹ gian sườn
- Phổi trong, giảm âm phế bên P
- Ran ẩm đáy phổi P

2. Khám sau nhập viện 4 ngày

a. Tổng trạng :

- Bn tỉnh tiếp xúc tốt, thể trạng gầy
- Sinh hiệu : M : 90 lần/phút, HA= 130/80 mmHg, nhiệt độ : 37 độ, NT 24l/p
- Chiều cao : 1m50 cân nặng : 37kg BMI 16,44
- Không dấu xuất huyết

- Không phù
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- b. Khám từng vùng
  - 1. Đầu mặt cổ :
    - Cân đối, không biến dạng
    - Môi không khô, lưỡi không dơ
    - Khí quản ko to, ko lệch
    - TMCN /45 độ (-)
    - Không chảy mủ tai, họng sạch
  - 2. Ngực
    - Lồng ngực lõm LN trong tđmp khu trú nhiều thì nó có thể phồng chỗ đó, còn lõm này lõm sẵn của bn òi., cân đối, KLS không giãn rộng, di động khi thở, không co kéo cơ gian sườn, không có sẹo mổ cũ, không sao mạch, không rạn da
    - Tim : mỏm tim KLS V , ĐTD T , diện đập 1x1cm2 , T1, T2 đều rõ, tần số 90 lần/phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường
    - Phổi :
      - o Rì rào phế nang giảm  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P < T
      - o Rung thanh giảm  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P < T
      - o Gõ đục  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P
      - o Không ran
      - o Không tiếng cọ màng phổi
    - 3. Bụng
      - Bụng mềm , cân đối, ko u, ko sẹo mổ cũ, rốn lõm, di động khi thở
      - Bụng ko có điểm đau
      - NDR : 4 lần/phút
      - Gan , lách, thận không sờ chạm
    - 4. Thần kinh- cơ xương khớp :
      - Cổ mềm
      - Hạn chế vận động các khớp

VII. Tóm tắt bệnh án

  - Bn nữ, 76 tuổi, nhập viện vì khó thở + sốt , bệnh 12 ngày ghi nhận
    - o TCCN :
      - Ho khan, ho tăng khi thay đổi tư thế
      - Khó thở thì hít vào, tăng khi thay đổi cơ thể, giảm khi ngồi im
      - Sốt
    - o TCTT :
      - Sinh hiệu lúc nhập viện : M 108, NĐ 39, NT 25, spO2 92%
      - Hội chứng 3 giảm  $\frac{1}{2}$  đáy phổi P
    - o Tiền căn : viêm họng tái đi tái lại nhiều lần

VIII. Đặt vấn đề :

  1. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
  2. Hội chứng 3 giảm  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P

Ca này phải BL \$ 3 giảm trước, SIRS chỉ hỗ trợ hoy. Đã có 3 giảm thì lúc nào cũng là trung tâm.

HC 3 giảm:

1. Nguyên nhân:

- Tdmp
- Dày dính, xẹp phổi
- Đông đặc + xẹp
- Khối u lớn, ngoại biên: K, áp xe, u thành ngực

2. Dịch thấm hay dịch tiết:

- Trc mắt nghĩ dịch tiết, cái đông ng nhân học để thầy cô hỏi hót ra ==))
- Ca này định hướng là cận viêm, lao, K
- Đang tdmp P mà đòi viêm tụy cấp là trót quớt :v

SIRS:

- Nhiễm trùng: VK, virus, lao, nấm, kst
- Không nhiễm trùng: vtc, bông, chấn thương,... (giản đồ Venn medscape)
- Đã có sẵn 3 cđoan từ HC 3 giảm, phối hợp để chọn cđ.

IX. Chẩn đoán

Chẩn đoán sơ bộ : TDMP nghi do K phổi

Chẩn đoán phân biệt : TDMP nghi do lao

X. Biện luận

1. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

- Bn có : M 108 lần > 90, nhiệt độ 39 > 38 độ, nhịp thở 25 > 20 lần/phút nên nghĩ nhiều bệnh nhận có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Nguyên nhân của SIRS :
  - o Nhiễm trùng : bn không có dấu chỉ ổ nhiễm trùng trên lâm sàng : không đau đầu, không chảy mủ tai, không ho khạc đàm, không đau ngực, không đi tiểu gắt tiểu buốt, ko đau bụng nên không nghĩ.
  - o Lao : bn lớn tuổi, thể trạng gầy, bn ko có hội chứng nhiễm lao chung tuy nhiên việt nam nằm trong vùng dịch tễ nên không thể loại trừ
  - o Ung thư : bn lớn tuổi, thể trạng gầy, các nguyên nhân viêm nhiễm đã loại trừ nên không thể loại trừ trên lâm sàng → nghĩ nhiều. **Không có ngay**
  - o Miễn dịch dị ứng , tự miễn : chưa ghi nhận tiền căn dị ứng, tự miễn nên ko nghĩ

2. Hội chứng 3 giảm ½ dưới phổi P

- Có rung thanh giảm, rPn giảm, gõ đục ở ½ dưới phổi P → là hội chứng 3 giảm ½ dưới phổi P
- Các nguyên nhân gây hội chứng 3 giảm trên bn này có thể do :
  - o Thành ngực :
    - U thành ngực : bn khám ko thấy u nổi → nên không nghĩ
  - o Nhu mô phổi :

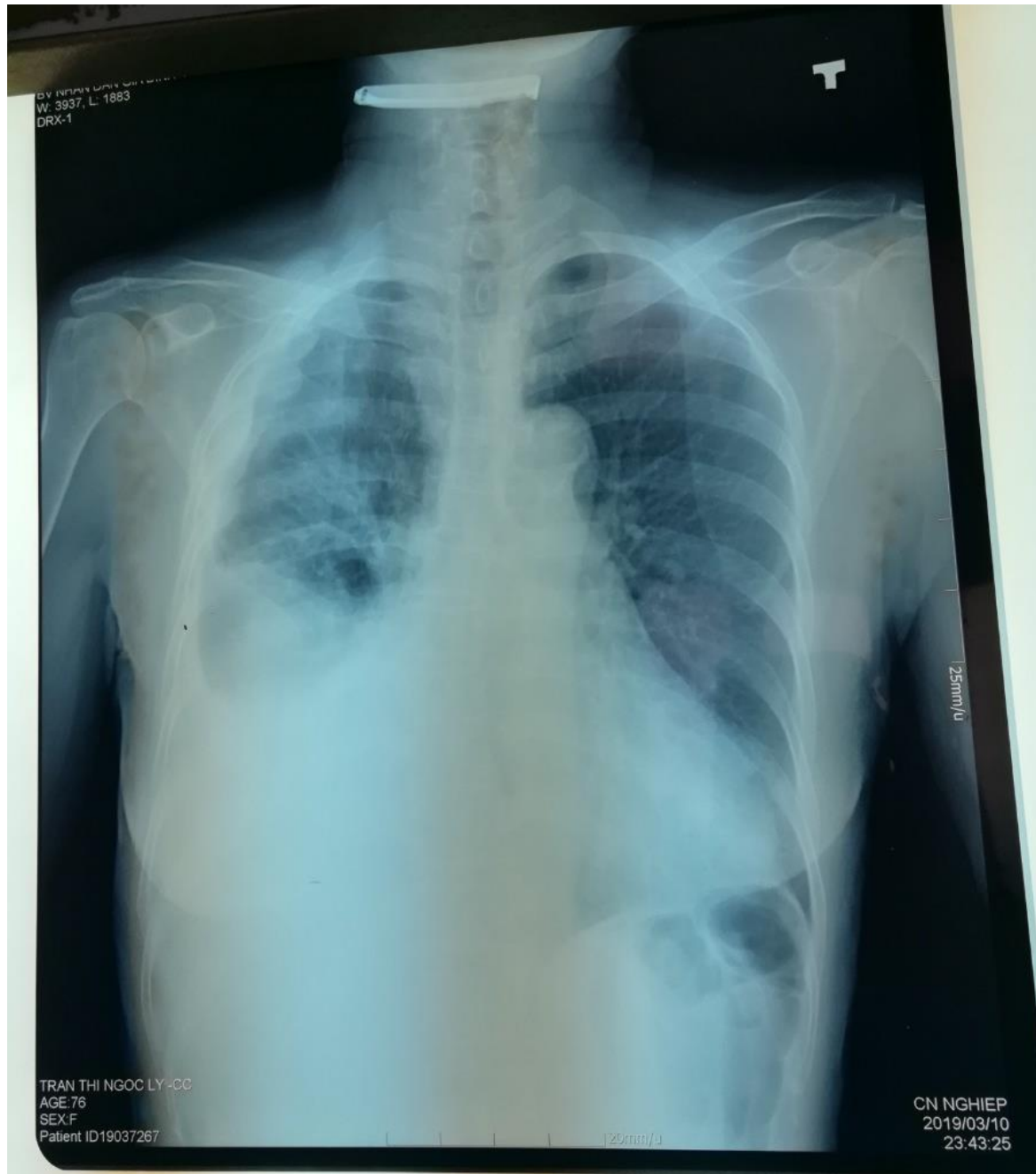
- Viêm phế quản phổi : bn ko có sốt hay ho khạc đàm , ko đau ngực nên ko nghĩ **bỏ nha**.
  - Áp xe phổi : ko nghĩ vì các triệu chứng ko rầm rộ, mới khởi phát sốt gần đây, bn ko đau ngực, ho đàm nên ko nghĩ **bệnh cảnh thường kéo dài, qua gđ viêm ms áp xe, ca này hok rõ nhưng không loại trừ**.
  - Xẹp phổi do lao hay K : lồng ngực 2 bên cân đối, tuy nhiên ko thể loại trừ **loại lun**.
  - K phổi : ko thể loại trừ
  - Màng phổi :
    - Dày dính màng phổi : chưa ghi nhận bn tiền căn sinh thiết, hút dịch màng phổi trước đây **không cần có tiền căn vẫn dày dính dc**
    - U màng phổi : không thể loại trừ
    - Tràn dịch màng phổi : nghĩ nhiều , bn có ho khan khi thay đổi tư thế , khó thở khi nằm.
  - Các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi :
    - Dịch thấm : ít nghĩ vì bn chỉ có 3 giảm khu trú ½ dưới phổi P mà dịch thấm thường tràn dịch đa màng , mặt khác khám ko có tim to, nhịp tim đều, không ghi nhận tiền căn tim mạch , không có hội chứng suy tế bào gan hay tăng áp cửa, tiểu bình thường.
    - Dịch tiết : nghĩ nhiều vì khu trú tại dưới đáy phổi P
      - Viêm nhiễm :
        - Do vi khuẩn : không nghĩ (đã biện luận trên )
        - Do lao : không thể loại trừ
      - Ung thư phổi hay màng phổi : ko thể loại trừ
      - Bệnh lý tự miễn :
        - Lupus : bn nữ, 76 tuổi, ko có hồng ban cánh bướm,, ko rụng tóc, không tổn thương miệng, tiền căn ko ghi nhận lupus, hay viêm đa khớp nên ko nghĩ
      - Viêm tụy : bn ko đau ngực nên ko nghĩ
      - Thuyên tắc động mạch : ko nghĩ vì bn vẫn đi lại được thường xuyên nên ko nghĩ
- XI. Đề nghị cận lâm sàng :
- CIs chẩn đoán :
    - Xquang ngực thẳng
    - Chọc hút dịch màng phổi : đường, đạm, tế bào, ADA ,lactate , LDH, PCR lao, cell block , tế bào ác tính
    - Xét nghiệm máu cùng lúc chọc dò : đường huyết, LDH, protein ,
    - Sinh thiết màng phổi, phổi
    - CRP
    - Đông máu toàn bộ
  - CLS thường quy : CTM, BUN, CREATININ, AST, ALT, SIÊU ÂM BỤNG, ION ĐỒ, TPTNT

XII. Kết quả cls :

ECG vs xquang always hỏi thi

1. Xquang ngực thẳng :

- Đọc là “mờ đồng nhất 1/3 dưới phổi P” (không tụ tập nên không gọi là đám mờ)
- Phía trên có vẻ không đồng nhất lắm
- Hình ảnh khí phế quản đồ không thấy
- Đường cong không rõ, ở trên có cái đám mờ gì đó
- Xoá bờ tim ời nên hok đọc chỉ số tim ngực ngar.
- X quang tổn thương mờ nghĩ các khả năng: TDMP + viêm phổi, TDMP + u phổi/áp xe phổi



- Đường cong damoiseau ở  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P, mờ đồng nhất  $\rightarrow$  TDMP lượng trung bình trở lên
  - o Đề nghị siêu âm màng phổi để đánh giá lượng dịch và chọc dò
- Đám mờ đồng nhất, đáy phổi P, bờ rõ, giới hạn dưới bị che mờ, bờ trên giới hạn rõ
  - o Nghi ngờ đây có thể là một khối u phổi, xẹp phổi. xẹp phổi tuy ko thấy hình ảnh khí quản bị co kéo nhưng có thể xẹp đáy phổi phải + hình tràn

dịch che lấp khiến không thể thấy cơ hoành bên kéo cao lên hơn so với bình thường nên loại trừ.

2. **Siêu âm màng phổi:** (11/03/2019)

- TDMP (P) lượng nhiều.
- Đã định vị chọc dò ở tư thế ngồi kim vuông góc với mặt da.
- Dịch cách mặt phẳng da # 9mm, vào trung tâm ổ tụ dịch #37mm, vào đối diện ổ tụ dịch # 71mm.
- Thùy dưới phổi (P) có nốt phản âm kém KT # 23 x 25 mm.
- **Nếu gợi ý dịch tiết sẽ ghi dịch lợn cợn.**

3. **Dịch màng phổi:** (11h15 12/03/2019)

**4 nhóm XN:**

- Sinh hoá (lquan tchuan Light, nhớ đề nghị máu cùng thời điểm, phụ thêm là amylase, đường trấp)
- TB: Hc nhiều quá sẽ làm hct lun, bc đọc rõ số lượng – thành phần đa nhân nhiều thì nghĩ VK đơn nhân là lao-K, tb lạ
- Vi khuẩn: soi cấy vk, BK, cấy lâu.
- Cell block: đông khối tb
- Nghĩ TDMP do lao: ADA

Xét nghiệm	Kết quả
ADA	<b>22.8</b>
Protein	342.1 g/L
LDH	342.1 U/L
Loại dịch	Dịch màng phổi có lẫn máu
Màu sắc – Độ đục	Vàng, trong
<b>Bạch cầu</b>	2073
Đa nhân%	46.4
Đơn nhân%	53.6
Tế bào khác%	00

4. Xét nghiệm máu cùng lúc chọc dò



Protein máu 12/03/2019	76.6	65 – 82 g/L
LDH máu 12/03/2019	195.6	< 248 U/L

- Protein DMP/protein máu =  $342/76 > 0,5$
- LDH DMP/ LDH máu =  $342/195,6 > 0,6$
- LDH DMP > 2/3 giới hạn trên của LDH máu
  - thỏa tiêu chuẩn light → là dịch tiết **độc đủ ngar**
- ADA 22,8 < 40 , nhưng ko thể loại trừ lao và ADA có thể tăng trong ung thư phổi.
- Bạch cầu DMP tăng, Dịch có lẫn máu, LDH tăng, nghĩ nhiều TDMP nghi do K. đề nghị cell block.
  - Đề nghị sinh thiết phổi, màng phổi.
  - Ct scan ngực
- 5. PCR lao (-) : → loại trừ lao phổi.
- 6. CT- Scanner: (7h30 12/03/2019)

Mô tả :

- khối choán chỗ thùy giữa phổi P, kích thước 53x63x56mm, bắt thuốc mạnh không đồng nhất, gây cắt cụt nhánh phế quản tương ứng, dính vào màng phổi trung thất
- tràn dịch màng phổi P lượng nhiều kèm dày màng phổi dạng nốt và dạng mảng, bắt thuốc mạnh
- vài hạch cạnh khí quản, cạnh tĩnh mạch chủ trên, carina, dmax #10mm, bắt mạnh không đồng nhất
- không thấy hình ảnh phình bóc tách ĐMC ngực
- không thấy hình ảnh tràn khí màng phổi
- không thấy hình ảnh bất thường tuyến thượng thận 2 bên
- Không thấy tổn thương xương nghi ngờ ác tính trong vùng khảo sát

Kết luận :

- K thùy giữa phổi (P) di căn hạch trung thất và màng phổi (P).
- TDMP (P) lượng nhiều.

→ phù hợp với chẩn đoán K, đề nghị sinh thiết phổi, màng phổi làm GPB để chẩn đoán xác định, kèm marker CEA để ủng hộ thêm chẩn đoán

7. Giải phẫu bệnh **cái này là cell block nè hihi**
  - Đại thể :dịch vàng trong khoảng 50ml , 1 tiêu bản nhuộm HE
  - Vi thể
    - Dịch màng phổi : hineej diện nheiefu tế bào không điển hình nghĩ nhiều trung mạc phản ứng, chưa loại trừ carcinon tuyến di căn, đề nghị hóa mô miễn dịch để hỗ trợ chẩn đoán .
8. Công thức máu 4:00 11/3/2019

Xét nghiệm	4h 11/03/2019	Khoảng tham chiếu
**WBC	9.14	4.0-10.0 K/ul

Neu%	76.3	40-77 %
Lym%	13.6	16-44 %
Mono%	5.7	0-10 %
Eos%	3.1	0-7 %
Baso%	0.2	0-1 %
Neu	6.97	2-7.5 K/ul
Lym	1.24	1-3.5 K/ul
Mono	0.52	0-1 K/ul
Eos	0.29	0-0.6 K/ul
Baso	0.02	0-0.1 K/ul
**RBC	3.62	3.6-5.5 T/L
Hgb	109	120-160 g/l
Hct	0.333	0.35-0.47 L/l
MCV	92.1	80-100 fL
MCH	30.1	26-34 pg
MCHC	327	310-360 g/L
**PLT	358	150-400 giga/l
MPV	10.1	6.0 – 12.0 fL
*PT(TQ)		
PT(TQ)	14.5	11.33 – 14.87 giây
PT%	90	79 – 125%
INR	1.07	0.86 – 1.13

- BC máu BN không tăng=> không nghĩ tới tình trạng nhiễm trùng
- BN có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ → có thể xảy ra trong bệnh cảnh hội chứng cận ung, xuất huyết rỉ rả, mất khác có thể do ăn uống.
- Tiểu cầu trong giới hạn bình thường
- **Đã có số lượng BC thì ok không cần nói nhiều thêm, thiếu máu nhẹ hay lướt qua ih =))**

- LS +/- SIRS, BC không nghĩ SIRS nếu còn tha thiết sirs thì đòi thêm CRP, procalcitonin.

9. Đông máu toàn bộ : trong giới hạn bình thường

#### 10. Sinh Hóa Máu:

Xét nghiệm	h 11/03/2019	Khoảng tham chiếu
Urea	29	2.5-7.5 mmol/L
Creatinine	69.5	am: 62-120; Nữ: 53-100 $\mu$ mol/L
Bilirubin Total	9.98	$\leq 17 \mu$ mol/L
Bilirubin Direct	1,4	$\leq 4.3 \mu$ mol/L
<b>Ion đồ</b>		
Na	138.1	135-145 mmol/L
K	<b>3.45</b>	3.5-5.0 mmol/L
Cl	101.2	97-111 mmol/L
AST(SGOT)	13.7	$\leq 37$ U/L
ALT(SGPT)	6.7	$\leq 31$ U/L

#### 11. TPTNT:

Xét nghiệm	6h 11/03/2019	Khoảng tham chiếu
Ery	Neg	Neg, $\leq 10$ Ery/ $\mu$ l
Urobilinogen	3.2	Normal, $\leq 17 \mu$ mol/L
Bilirubin	Neg	Neg, $\leq 3.4 \mu$ mol/L
Nitrite	Neg	Neg
Ketones	Neg	Neg, $< 0.5$ mmol/l
Protein	Neg	Neg, $< 0.1$ g/l
Glucose	Neg	Normal, $< 1.7$ mmol/l
pH	6.0	4.8 – 7.5

S.G	1.005	1,000 – 1.025
Leukocytes	Neg	Neg, <10 Leu/ul
Color	Yellow	Pale Yellow

TPTNT chưa ghi nhận bất thường.

**12. Siêu âm tim Doppler: (11h 11/03/2019)**

- Các buồng tim không lớn.
- Không dịch màng ngoài tim.
- Không rối loạn vận động vùng.
- Hở van 3 lá nhẹ VC < 3mm. Áp lực ĐMP tăng nhẹ (PAPs = 37 mmHg).
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF = 64%.

**XIII. Chẩn đoán xác định :**

- TDMP (P) lượng nhiều nghi do K thùy giữa phổi (P) di căn hạch trung thất và màng phổi (P)

Nội soi PQ cũng được, làm rõ K thì cho lè m vs thêm sinh thiết mp, marker K.

**XIV. Điều Trị:**

- Mời hội chẩn Ung bướu.
- Điều trị triệu chứng:
  - BN TDMP lượng nhiều, chưa có biến chứng. Chọc dò, lấy dịch giải áp lun
  - Lợi tiểu: này là dịch tiết, không đúng cơ chế lợi tiểu là dịch thẩm
  - Mấy dịch do K thành lập rất nhanh, chọc cái lại đầy lại → làm xơ, dày dính mp cho nó khỏi tiết dịch, bằng bột Talc or neomycin.
- Giảm đau Opioid: Tramadol 100mg/2ml 1 ống x 2 NOPE Tdmp nhiều nguy cơ SHH, chích morphine càng mau ức chế hô hấp :v
- Ultracet: para + codein; đtri trchung đau hoy.
- Dolargan: giống morphine, ít gây nghiện giảm đau là chính. (heroin là nghiện phê nhiều nhất > morphine > dolargan)
- Giảm ho : terpin codein 1 v x 2
- Tập vật lý trị liệu.
- Nguyên tắc điều trị K phổi (phải bik sơ sơ, sdh mới học cụ thể):
  - Sinh thiết, gpb hoá mô miễn dịch
  - Đtri trúng đích
  - Phẫu thuật/ hoá trị/ xạ trị (tùy loại)

Ca này lượng nhiều hay tb thì tùy ghi sao cũng được =)) theo thầy thì 2/3 là nhiều

Nếu lao rõ ghi lao phổi – mp , tdmp rõ thì ghi tdmp di káo

**XV. Tiên lượng:**

- Bệnh nhân lớn tuổi, TDMP (P) nghi do K, Tiên lượng kém **XẤU – tính bằng tháng.**