

BỆNH ÁN Y3

NỘI LS CR – ĐỢT 2

ĐÔI LỜI MỞ ĐẦU

4 tháng trôi qua thật nhanh, chúng ta đã dần tới chặng cuối của kì thực tập Nội lâm sàng lần này, và cũng là những tuần cuối của năm nay.

Trong một thời gian rất ngắn, BCS 2 lớp Y14E và Y14F đã làm việc hết công suất để tài liệu này được hoàn thành. BCS xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới những bạn đã tham gia biên soạn và chỉnh sửa BA.

Tài liệu được biên soạn bởi chính các bạn sinh viên trong đợt thực tập nên có thể mắc những lỗi nhất định, mong các bạn xem đây là một tài liệu tham khảo và vui lòng tự đánh giá nội dung.

Xin cảm ơn các bạn.

Nhóm tác giả

NHÓM TÁC GIẢ

Tổng hợp và biên soạn

Nguyễn Đức Vượng
Nguyễn Nhật Trường
Lê Nguyễn Diễm Quỳnh

Soạn thảo nội dung

Lê Huy Hoàng	Phạm Thị Minh Thuận	Nguyễn Thị Kim Yến
Trần Lê Quốc Khánh	Nguyễn Minh Quyền	Lê Thanh Hải
Nguyễn Quốc Vỹ	Trần Nhật Hạ	Lê Nhật Sang
Lê Quang Thành	Nguyễn Duy Thanh	Dương Thị Thùy Dung
Trần Thành Phát	Phạm Yến Nhi	Nguyễn Hồng Đức
Nguyễn Huỳnh Đăng Khoa	Danh Sóc Kha	Nguyễn Thị Ngọc Hân
Trần Duy Nguyên	Phạm Tùng Lâm	Đoàn Thị Thu Phòng
Phạm Long Bình	Lê Phương Vy	Đinh Thuận Thiên
Ung Phúc Vĩnh Thuyên	Lê Nguyễn Đình Hải	Châu Ngọc Hân
	Nguyễn Đặng Uyên Thùy	Nguyễn Nhật Hân

MỤC LỤC

MỤC LỤC	3
TRẠI TIM MẠCH.....	5
BS Cao Cường – Đau ngực – NMCT.....	6
BS Cao Cường - Đau ngực - NMCT	12
BS Cao Cường - Đau ngực – HC vành cấp	19
BS Thanh Tuấn – Khó thở - Suy tim.....	30
Bs Thủy - Khó thở - Hở 2 lá Suy tim	40
BS Thủy - THA	45
BS Trường Duy - Khó thở - Suy tim.....	50
TRẠI HÔ HẤP.....	59
BS Ngọc – Khó thở - HC 3 giảm – Xơ gan.....	60
BS Ngọc - Ho ra máu - dẫn phế quản – lao phổi cũ – u nấm phổi (P).....	69
BS Ngọc –Ho ra máu – K phổi.....	76
BS Ngọc - Ho ra máu - Lao.....	91
BS. Ngọc – Khó thở - Đợt cấp COPD.....	96
BS. Ngọc - Tiếp cận Khó thở - Đợt cấp COPD.....	104
BS Ngọc - Tiếp cận BN khó thở - Đợt cấp COPD	110
BS Ngọc - Khó thở cấp – Chưa tới chẩn đoán	127
BS Ngọc - Đau ngực – Viêm Phổi	130
Bs. Ngọc – Sốt - Viêm phổi.....	137
TRẠI TIÊU HÓA	142
BS Mỹ Dung - Lưu ý khi khám bụng.....	143
BS.Như – Đau quang rốn - Tiếp cận BN VTC.....	145
BS Như - Đau thượng vị - VTC	151
BS Thông - Đau thượng vị - VTC	156
BS Như – Đau 1/4 trên trái – viêm tụy cấp	162
BS Như - Tiêu phân đen – Loét DDTT	170
BS Thông - Tiếp cận Vàng da – U gan do SVB.....	175

BS Như - Đau bụng – Xơ gan	182
BS Như - Tiếp cận phù – Xơ gan	188
BS Mỹ Dung – Đau thượng vị - Chưa tới chẩn đoán.....	193
TRẠI THẬN	197
BS Sơn Lâm - Tiếp cận Nhiễm trùng tiểu	198
BS Sơn Lâm - Nhiễm trùng tiểu – Phức tạp.....	202
BS Sơn Lâm - Tiếp cận phù – HCTH	207
BS Sơn Lâm - Liên quan đến Tiểu Máu.....	214

TRẠI TIM MẠCH

<u>BS Cao Cường – Đau ngực – NMCT</u>	6
<u>BS Cao Cường - Đau ngực - NMCT</u>	12
<u>BS Cao Cường - Đau ngực – HC vành cấp</u>	19
<u>BS Thanh Tuấn – Khó thở - Suy tim</u>	30
<u>Bs Thủy - Khó thở - Hở 2 lá Suy tim</u>	40
<u>BS Thủy - THA</u>	45
<u>BS Trường Duy - Khó thở - Suy tim</u>	50

BỆNH ÁN NỘI KHOA TIM MẠCH

I. Hành chính:

Họ và tên: Hồ Thị S

Giới tính: Nữ

Năm sinh: 1948 (69t)

Nghề nghiệp: Nông dân (trồng lúa)

Dân tộc: Kinh.

Địa chỉ: BR-VT

Thời gian nhập viện: 17h ngày 28/3/2017

Phòng: 6 Giường: HL

Khoa: Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy

II. Lý do nhập viện: Đau ngực

III. Bệnh sử:

Cách nhập viện 8 ngày, bệnh nhân đang nằm nghỉ thì đột ngột thấy đau ngực cùng sau xương ức, đau nhiều thì lồi ra sau lưng, cảm giác nặng ngực, tăng dần khiến bệnh nhân xoay trở không ngủ được, không lan, không tư thế giảm đau, khoảng 10-15 phút sau thì bệnh nhân thấy khó thở cả 2 thì, lúc này vẫn còn đau ngực, khó thở tăng dần, khiến bệnh nhân phải thở bằng miệng, ngồi giảm khó thở kèm vã mồ hôi nhiều. Đau ngực và khó thở ngày càng nhiều khiến bệnh nhân nhập cấp cứu bệnh viện tỉnh BR-VT.

Trong quá trình bệnh, Bệnh nhân không sốt, không ho, không buồn nôn nôn ói, không đau bụng, không thấy phù, không ngất. Nửa năm gần đây bệnh nhân khai đi tiểu đêm nhiều lần (khoảng 4-5 lần/ 1 đêm) và mỗi lần đi tiểu nhiều hơn bình thường không rõ lượng, đi tiêu bình thường.

Tại bệnh viện tỉnh BR-VT: Tại khoa cấp cứu bệnh nhân được truyền dịch thì thấy giảm đau ngực và khó thở ngay. Sáng ngày hôm sau thì bệnh nhân hết đau ngực, còn khó thở. Khi nhập viện bệnh nhân bắt đầu ho khan ít và ngày càng tăng dần.

- Chẩn đoán khi chuyển tuyến: Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên Killip III ngày 8. Tăng huyết áp, Đái tháo đường type 2 mới phát hiện, theo dõi tăng sinh tủy.

-Xử trí: Hydroxyurea 0.5g 01 viên x2, Aspirin 0.081g 01 viên, Plavix 0.075g 01 viên, Dorotor 0.04g 01 viên, Candelong 0.008g 02 viên, Bisoprolol 0.005g 01viên x2, Imidu 0.06g 01 viên.

Ngày nhập viện, Bệnh nhân bắt đầu đau ngực, khó thở trở lại với tính chất tương tự như trên, kèm vã mồ hôi nhiều nên chuyển đến bệnh viện Chợ Rẫy.

Tình trạng bệnh nhân tại BV Chợ Rẫy:

Ngày 1 (28/3/2017): Tại khoa cấp cứu Bệnh nhân được truyền dịch thấy giảm đau ngực và khó thở ngay.

Sinh hiệu:

- Mạch: 101 l/phút
- Nhịp thở: 22l/phút.
- Nhiệt độ: 37 oC
- HA: 180/100 mmHg

Ngày 2 (29/3/2017): Bệnh nhân khai cả đêm ho khan tăng dần, ho từng cơn khoảng 5-10 phút, sau 30 phút thì ho lại, giảm khi ngồi, không ngủ nằm được phải ngủ ngồi. Kèm theo ho bệnh nhân có vã mồ hôi. Không còn đau ngực, không khó thở. Tiểu đêm ít lại. Không phù.

Ngày 3 (30/3/2017): Bệnh nhân giảm ho, không còn đau ngực, không khó thở.

III. Tiền căn:

- **Bản thân:**

- Nội khoa:
 - Tăng huyết áp : phát hiện 10 năm tại bệnh viện tỉnh qua khám sức khỏe, dùng thuốc Amdolipin 5mg x 2 uống hằng ngày, huyết áp cao nhất là 170 mmHg, huyết áp sinh hoạt dễ chịu: 130 mmHg, bệnh nhân tuân thủ điều trị, khám sức khỏe hàng tháng và chưa phát hiện biến chứng.
 - Đau khớp gối phát hiện cách 7 năm, chỉ điều trị khi đau bằng châm cứu hoặc dùng thuốc không rõ loại.
 - Cách đây 4 năm, từng có triệu chứng đau ngực và khó thở tương tự được chẩn đoán và điều trị khỏi tại bệnh viện tỉnh khoảng 1 năm (không rõ chẩn đoán) chỉ biết bệnh tim. Không có cơn khó thở đau ngực nào khác.
 - Cách 3 năm bệnh nhân bị tím chân tay, được khám tại bệnh viện chi nhánh Chợ Rẫy bệnh nhân không biết rõ chẩn đoán (theo lời bệnh nhân khai là dư máu nghĩ nhiều bệnh nhân bị tăng sinh tủy).
 - Đái tháo đường type 2: phát hiện vào tháng 7/2016, tại bệnh viện Chợ Rẫy điều trị trong vòng 3 tháng, không còn uống thuốc ĐTĐ.
 - Không ghi nhận tiền căn bệnh lao và bệnh hô hấp khác.
 - Không ghi nhận tiền căn các bệnh dạ dày thực quản.
- Ngoại khoa: không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, không ghi nhận tiền căn chấn thương
- PARA: 2002
- Thói quen: ăn mặn, không hút thuốc, uống rượu bia.
- Dự ứng: chưa ghi nhận

- **Gia đình:** không ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch sớm.

IV/. Lược qua các cơ quan:

- **Tim mạch:** không đau ngực, không khó thở, không vã mồ hôi, không đánh trống ngực.
- **Hô hấp:** ho khan thỉnh thoảng, không sốt.
- **Tiêu hóa:** không buồn nôn, nôn ói, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua.
- **Tiết niệu:** tiểu vàng trong, không gắt buốt, số lần tiểu đêm giảm (khoảng 2-3 lần), không phù.

- **Thần kinh:** hơi đau đầu, không chóng mặt.
- **Cơ xương khớp:** không đau khớp, không giới hạn vận động.

VI/ Khám lâm sàng: 7h ngày 30/3/2017 (sau nhập viện Chợ Rẫy 2 ngày)

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, Glasgow: 15 điểm, nằm đầu cao 2 gối thờ êm.
- Sinh hiệu:
 - o M: 80 l/phút
 - o HA: 160/90 mmHg
 - o Nhịp thở: 16 l/phút
 - o Nhiệt độ: 37oC
- Thể trạng: CN: 60kg CC: 1M57 => BMI: 24.3 kg/m2: Béo phì độ 1 (Theo hiệp hội Đái Tháo Đường Châu Á).
- Niêm nhật, không ngón tay dùi trống, không móng tay khum, khám không thấy dấu xe điều, không dấu gập dây chuông.
- Hạch ngoại vi không sờ chạm.
- Không phù, không dấu xuất huyết dưới da.

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, tuyến giáp không to
- Hạch cổ không sờ chạm
- TM cổ nổi tư thế 45 độ
- Không dấu Xanthelasma.

3. Ngực

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không dấu xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ.
- Không lồng ngực hình thùng, không khoảng liên sườn giãn rộng.

Tim:

- Mỏm tim ở KLS V đường trung đòn (T), diện đập: 2*2 cm²
- Không dấu nảy trước ngực, không dấu Hazer, không ổ đập bất thường
- Nhịp tim: 80 l/phút, T1, T2 đều rõ, T1 mạnh, không nghe âm thổi, tiếng tim bất thường.

Phổi:

- Thở êm, không khò khè, không co kéo cơ hô hấp phụ.
- Gõ trong, rung thanh đều, rì rào phế nang êm dịu, không ran.

4. Bụng:

- Cân đối, bụng béo, di động theo nhịp thở, 2 mảng bầm máu lớn sau tiêm cùng dưới rốn, không sẹo mổ cũ
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- Âm ruột: 12 l/phút.
- Gan: Bờ trên ở KLS 5 đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm. Chiều cao gan: 8cm
- Lách không sờ chạm

- Chạm thận (-), Rung thận (-)

5. Thần kinh- cơ xương khớp:

- Không dấu thần kinh- xương khớp
- Không sưng nóng đỏ các khớp, vận động khớp bình thường.
- Không dấu Xanthomas.

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nữ 69t, nhập viện vì đau ngực sau xương ức ngày thứ 8. Qua hỏi bệnh sử và thăm khám:

TCCN:

- Đau ngực sau xương ức
- Khó thở
- Vã mồ hôi
- Ho khan
- Tiểu đêm.

TCTT:

- Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt.
- Chi ấm.
- Sinh hiệu: Mạch: 80 l/phút, HA: 160/90 mmHg, nhịp thở 16 l/ phút, To: 37 oC
- Tim đều, T1 mạnh.
- Phổi trong không ran, rì rào phế nang êm dịu.
- Không phù.

Tiền căn:

- THA phát hiện 10 năm, tuân thủ điều trị
- ĐTĐ type 2 phát hiện 1 năm.
- Cách 4 năm từng có cơn đau ngực không rõ chẩn đoán.
- Thói quen ăn mặn

VIII. Đặt vấn đề:

- Đau ngực sau xương ức.
- Tiền căn: THA, ĐTĐ type 2, cơn đau ngực cách 4 năm

IX) Biện luận:

Đau ngực sau xương ức:

1. Nguyên nhân do tim:

- Bệnh nhân đau ngực kiểu mạch vành sau xương ức khi nghỉ, cảm giác đè nặng, tăng dần về cường độ, đau dữ dội và kéo dài thời gian, không giảm, kèm khó thở và vã mồ hôi. Bệnh nhân là nữ, 69t, mãn kinh và có tiền căn: THA, ĐTĐ, thói quen ăn mặn là những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành. Bệnh nhân từng có 1 cơn đau ngực tương tự cách 4 năm nghĩ nhiều bệnh nhân này có hội chứng mạch vành cấp.

- Ít nghĩ viêm màng ngoài tim cấp vì bệnh nhân không giảm đau khi cúi người ra trước, không đau tăng khi ho, khi hít thở sâu, khi xoay trở, không có tiếng cọ màng tim. Tuy nhiên để loại trừ ta cần làm thêm siêu âm tim.
- Ít nghĩ viêm cơ tim vì bệnh nhân không có nhiễm trùng siêu vi trước đó. Tuy nhiên bệnh viêm cơ tim đôi khi cũng có triệu chứng tương tự như bệnh mạch vành nên để loại trừ ta cần làm thêm men tim.
- Không nghĩ hẹp van động mạch chủ nặng vì nghe tim không có âm thổi tâm thu ở KLS 3 bên (T) và KLS 2 bên (P). Hẹp van động mạch chủ nặng thường có tam chứng: đau ngực khi gắng sức, khó thở khi gắng sức và ngất khi gắng sức. Ở bệnh nhân này đau ngực và khó thở khi nghỉ, không ngất nên không nghĩ bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ.

2. Nguyên nhân do phổi:

- Không nghĩ bệnh lý màng phổi (TDMP/TKMP) vì bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám phổi bình thường (không có hội chứng 3 giảm của TDMP, không có hội chứng TKMP)
- Không nghĩ viêm phổi vì không có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới, bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi. Mặc dù bệnh nhân có ran phổi khi mới nhập viện nhưng triệu chứng này không đặc hiệu cho viêm phổi mà còn có ở bệnh nhân bị suy tim.
- Không nghĩ thuyên tắc phổi vì bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi và không đau ngực kiểu màng phổi. Bệnh nhân cũng không có tiền căn bị huyết khối tĩnh mạch hay rối loạn đông máu.

3. Phình bóc tách động mạch chủ ngực:

- Ít nghĩ đến phình bóc tách động mạch chủ ngực vì bệnh nhân này đau ngực tăng dần, đau kiểu đè nặng , từng có cơn đau ngực trước đó, không đau xé, đau đột ngột dữ dội ngay khi khởi phát như trong phình bóc tách động mạch chủ ngực. Tuy nhiên đôi khi bệnh nhân có cơn đau nhói sau lưng và bệnh nhân cũng lớn tuổi, không loại trừ hoàn toàn phình bóc tách động mạch chủ nên cần xem X-quang ngực thẳng để xem trung thất có bung rộng không.

4. Nguyên nhân khác:

- Không nghĩ bệnh lý dạ dày tá tràng vì bệnh nhân không ợ chua, ợ hơi, không thấy đau nóng bỏng khó chịu ở sau xương ức và thượng vị sau ăn hay khi đói, không tiền căn bệnh lý dạ dày tá tràng từ trước.
- Không nghĩ bệnh lý cơ xương thành ngực vì khám không có điểm đau vùng ngực, không nổi bóng nước, ban đỏ. Bệnh nhân cũng không có tiền căn chấn thương.

Hội chứng vành cấp gồm: NMCT cấp và đau thắt ngực không ổn định. Hội chứng vành cấp này nghĩ nhiều là NMCT cấp vì tính chất đau dữ dội, bệnh nhân có nhiều triệu chứng đi kèm: khó thở, vã mồ hôi, ho khan. Tại thời điểm nhập viện, ta cần làm CKMB và Troponin I, ECG, men tim để chẩn đoán xác định.

- Thời điểm khởi phát đau ngực cách nhập viện 8 ngày →hội chứng vành cấp ngày thứ 8.
- Phân độ Killip: bệnh nhân được khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện còn khó thở, đêm ngày thứ 2 sau nhập viện Chợt Rầy bệnh nhân ho khan liên tục kéo dài khi ngủ, giảm khi

ngồi khiến bệnh nhân phải ngủ ngồi kèm vã mồ hôi nhiều. Khám thấy bệnh nhân trước đó có nghe ran ẩm 2 phổi => Killip II

- Biến chứng: Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, không nghe âm thổi ở tim, mạch đều, tim đều nên nghĩ chưa có biến chứng rối loạn nhịp tim.

X. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán sơ bộ: Nhồi máu cơ tim cấp ngày thứ 8, Killip II, **chưa biến chứng**, theo dõi THA độ II theo JNC VII, ĐTD type II.

2. Chẩn đoán phân biệt: Phình bóc tách động mạch chủ ngực, theo dõi THA độ II theo JNC VII, ĐTD type II.

XI. CẬN LÂM SÀNG

ĐỀ NGHỊ:

1/CLS chẩn đoán

- ECG 12 chuyển đạo: động học
- CKMB, Troponin I :động học
- XQ ngực thẳng

2/CLS thường quy:

- CTM, đường huyết
- Chức năng gan : AST, ALT, bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp.
- Chức năng thận: BUN, Creatinin
- Chức năng đông máu; PT, aPTT, Fibrinogen
- Ion đồ
- Bilan lipid máu: cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, Triglycerid
- TPTNT 10 thông số

BỆNH ÁN

HÀNH CHÍNH

Họ tên: Lê Thị D.

Tuổi: 1945 (72T)

Giới: Nữ

Địa chỉ: Bình Trung, xã Bình Thành, huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp.

Nghề nghiệp: ~~Nghỉ hưu (trước đó nội trợ)~~ **Ở nhà (bệnh tim mạch thường ít liên quan nghề nghiệp)**

Ngày NV: 20H30P ngày 06/06/2017

Ngày làm BA: 07/06/2017

Khoa: Nội tim mạch

Giường: BC phòng 3

LÝ DO NHẬP VIỆN: Đau ngực

BỆNH SỬ

- Cách NV 20 ngày, lúc 22 giờ khi đang ngủ, BN đột ngột đau ~~nặng~~ ngực (“đau ngực” : **thống nhất từ ngữ trong suốt bệnh sử**) vùng sau xương ức và ngực trái, cảm giác đè nặng, đau tăng dần, không tư thế giảm đau, không lan, kéo dài liên tục 1 tiếng, sau đó giảm dần, trong cơn kèm vã mồ hôi, khó thở hai thì, cảm giác bóp nghẹt → Bệnh viện Thanh Bình, chẩn đoán và điều trị nội trú 13 ngày xuất viện, BN hết đau ngực, khó thở.

- Cách NV 3 ngày, BN đau ngực với tính chất tương tự, kéo dài liên tục 1 tiếng → BV Đa Khoa Đồng Tháp, chẩn đoán NMCT cấp không ST chênh lệch ngày thứ 2/ ĐTĐ type 2, điều trị nội trú 3 ngày không rõ loại.

- Cách NV 6 giờ ngày nhập viện, khi BN đang nằm nghỉ ngơi tại BV Đa Khoa Đồng Tháp, BN **đau ngực với tính chất tương tự (đọc bệnh sử thấy cơn đau thắt ngực diễn ra liên tiếp nhau => mô tả kĩ tính chất của cơn đau thắt ngực “cách 6 giờ” tức là cơn đau thắt ngực gần nhất)** nhưng **cường độ dữ dội hơn, kéo dài 1-2 tiếng (dùng để định nguyên nhân)** → BV Chợ Rẫy

- Trong quá trình bệnh, BN thỉnh thoảng **ho khan (cần mốc thời gian)**, không liên quan tư thế, không yếu tố khởi phát, không sốt, không nôn ói, không phù, đi tiểu vàng trong lượng 1l/ ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ ngày.

- Tình trạng tại BV Đa Khoa Đồng Tháp:

- BN tỉnh, bớt ~~nặng~~ **đau** ngực.
- HA 120/70mmHg, Mạch 80 lần/ phút
- Tim đều, bụng mềm

- Xử trí: Lovenox 4000UI, Plavix 75mg, Aspirin 81mg, Atorvastatin 20mg (combo: 1 thuốc kháng đông + 2 chống kết tập tiểu cầu → mục đích không cho huyết khối hình thành hoặc khi đã hình thành rồi thì không được tạo ra thêm)

- Chuyển đến BV Chợ Rẫy trong vòng 6 tiếng (trong Đau thắt ngực, NMCT cấp tính theo từng giờ vì khoảng thời gian rất quan trọng trong việc xử trí)

- Tình trạng lúc NV:
- BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
- HA 100/60 mmHg, mạch 88l/p
- Nhịp thở 20 lần/ phút
- Nhiệt độ 37⁰C
- Thiếu “Diễn tiến sau nhập viện”

TIỀN CĂN

Cần khai thác tất cả các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành

1. Bản thân: nên sắp xếp Nội khoa → Ngoại khoa → Sản khoa

- Para:

- Chưa từng có cơn đau ngực nào trước đây.

- Tăng huyết áp 2 năm, điều trị liên tục ở bệnh viện địa phương với Amlodipin. Huyết áp bình thường 130 mmHg. Huyết áp cao nhất bệnh nhân không rõ (vì BN không nhớ nên phải tìm mọi cách để khai thác. Ví dụ hỏi: “HA trước giờ là bao nhiêu? Có khi nào tăng trên 200mmHg không?”)

} Đưa vào
“Nội
khoa”

- Nội khoa:

- Không có tiền căn ĐTD (được chẩn đoán ĐTD type II ở lần nhập viện gần đây cách NV 3 ngày → chi tiết này nên đặt ở bệnh sử “ Cách NV 3 ngày”), không có tiền căn rối loạn lipid máu.

- Không ghi nhận viêm loét dạ dày tá tràng trước đây.

- Ngoại khoa: chưa mổ lần nào.

- Không tiền căn: chấn thương, dị ứng thuốc và thức ăn

- Thói quen: không hút thuốc, không uống rượu

2. Gia đình:

- Không ghi nhận mắc bệnh tim mạch sớm.

LƯỢC SƠ CÁC CƠ QUAN

- Tim mạch: không khó thở, còn đau ngực 3/10 (nên đặt ở “Diễn tiến sau NV”), không hồi hộp không đánh trống ngực
- Hô hấp: không khó thở, thỉnh thoảng ho khan (đặt ở “Diễn tiến sau NV”).

- Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, tiêu phân vàng đóng khuôn
- Tiết niệu: tiểu vàng trong 1l/ngày, không gắt buốt, không tiểu lắt nhắt
- Thần kinh: tỉnh táo, tiếp xúc tốt.
- Cơ xương khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

KHÁM LÂM SÀNG: ~~lúc 16h ngày 7/6/2017~~ khám sau NV 1 ngày

A. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng, nằm đầu ngang.
- Mạch: 86 lần/phút Nhịp thở: 16 lần/phút
- Huyết áp: 120/70 mmHg Nhiệt độ: 37°C
- Cân nặng: 45kg, cao 1m55 → BMI= 18,7 kg/m² → thể trạng trung bình

- Niêm hồng, môi khô(-), lưỡi dơ (-), hạch ngoại vi không sờ chạm, không phù, không dấu xanthelasma, ~~không dấu xanthoma~~ (xem ở gân gót → thuộc phần khám tứ chi), ~~không dấu se sẹo, dấu giết dây chằng~~ (ở DM cánh tay → khám tứ chi).

B. Khám vùng :

1. Đầu mặt cổ

- Cân đối, tuyến giáp không to
- Hạch cổ không sờ chạm
- TM cổ không nổi không cần ghi bao nhiêu khi âm tính
- Không dấu Xanthelasma

2. Ngực:

• Tim:

- Lồng ngực cân đối, di động khi thở, THBH(-), co kéo cơ hô hấp phụ(-), không hình thùng, không khoảng liên sườn giãn rộng.
- Mỏm đập KLS 5 lệch 2cm đường trung đòn (T) khi cho nằm nghiêng trái, diện đập 2x2cm², dấu nảy trước ngực (-), dấu Harzer (-), không ồ đập bất thường.
- Tiếng T1, T2 đều rõ, 86 lần/ phút, âm thổi(-)

• Phổi:

- Rung thanh đều hai bên phế trường, gõ trong khắp hai bên phế trường, RRPN êm dịu 2 bên phế trường.

3. Bụng:

- Bụng cân đối, rốn lõm, di động đều khi thở, ~~se~~(-), THBH (-), sao mạch(-), âm thổi ĐMT, ĐMCB vùng bụng (-), nhu động ruột 8 l/ph, bụng mềm, ấn không đau, không có các điểm đau khu trú, không u.
- Gõ trong khắp bụng .
- Gan: bờ trên KLS 5 ĐTD (P), bờ dưới không sờ được, ~~gõ đục KLS 7~~, chiều cao gan ~ 7cm bằng phương pháp gõ, dấu rung gan(-), dấu ấn kẽ sườn(-), ~~phản hồi gan(-), TM cổ nổi(-)~~ nghiệm pháp phản hồi bụng-TM cánh (-)

- Lách: không sờ thấy
- Thận: **dấu** chạm thận(-), **dấu** rung thận(-). Cần ghi rõ “**dấu**”, “**nghiệm pháp**”
- Thần kinh – cơ xương khớp:
 - Không **dấu** thần kinh khu trú
 - Không sưng nóng đỏ các khớp, vận động khớp bình thường
 - Không **dấu** Xanthoma

TÓM TẮT BỆNH ÁN:

BN nữ, 72 tuổi, nhập viện vì đau ngực ~~giờ thứ 6~~ **ngày thứ 3**. Qua hỏi bệnh và thăm khám có các triệu chứng sau:

TCCN:

- Đau ngực sau xương ức và ngực trái
- Khó thở
- Vã mồ hôi

TCTT:

- Bệnh tỉnh
- Chi ấm, mạch rõ 86l/ph , HA:120/70mmHg
- Tim đều, tiếng cọ (-), mạch nghịch (-)
- Phổi không ran, rì rào phế nang đều 2 bên.

Tiền căn:

- THA 2 năm, điều trị liên tục với Amlodipin
- ~~— ĐTD type 2 vừa được chẩn đoán ở tuyến trước. không ghi chẩn đoán của tuyến trước vì không chắc đã chẩn đoán đúng hay sai~~

ĐẶT VẤN ĐỀ

4. Đau ngực cấp

CHẨN ĐOÁN:

5. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

Nhồi máu cơ tim cấp (**tắc 100% lòng động mạch**) ~~giờ thứ 6~~ **ngày thứ 3**, kilip I, chưa biến chứng / THA, ĐTD type II

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Phình bóc tách động mạch chủ / THA, ĐTD type 2.

Đau thắt ngực không ổn định (**tắc 90% lòng động mạch**), giờ thứ 6, chưa biến chứng. → ĐTN không ổn định nên là chẩn đoán phân biệt 1 rồi mới đến phình bóc tách ĐMC

BIỆN LUẬN:

1. Tim mạch: ~~nghiên nhiều do cơn đau của bệnh nhân không phụ thuộc vào gắng sức, đột ngột diễn tiến trong thời gian ngắn, không có yếu tố tăng giảm, đau ngực trong tim mạch có thể là:~~

- a. *Bệnh mạch vành*: BN đau sau xương ức, khởi phát khi nghỉ ngơi, có YTNC là THA, ĐTD mới được chẩn đoán nên thuộc bệnh cảnh của \$ vành cấp
- Đau thắt ngực ~~ổn định (sẽ không khởi phát khi nghỉ ngơi)~~: bệnh nhân đau không kèm gắng sức, đau kéo dài >20ph, không có yếu tố giảm đau, cơn đau xảy ra đột ngột BN không đoán trước được nên không nghĩ.
 - HC vành cấp: Cách NV 20 ngày, BN có những cơn đau thắt ngực, cảm giác đè nặng, kéo dài 1h thì tự hết, lần này đau xuất hiện tăng về cường độ và thời gian, không giảm, kèm vã mồ hôi và khó thở. Bệnh nhân lại có yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành (nữ, 72T, THA, ĐTD) → nghĩ nhiều BN này có hội chứng mạch vành cấp → ECG, CKMB, Troponin I
 - *VMNT cấp*: Không nghĩ viêm màng ngoài tim cấp vì bệnh nhân không giảm đau khi cúi người ra trước, không đau tăng khi ho, khi hít thở sâu, khám không nghe thấy tiếng cọ màng ngoài tim, không có mạch nghịch.
 - b. *Viêm cơ tim cấp*: Không nghĩ viêm cơ tim vì bệnh nhân không có nhiễm siêu vi trước đó, khám nhịp tim không đập nhanh bất thường, không thấy có dấu chứng của suy tim.
2. *Hẹp van ĐMC*: Không nghĩ hẹp van động mạch chủ nặng vì nghe tim không có âm thổi, lâm sàng BN không ngất, không có khó thở ~~khi nằm~~, khi gắng sức và ~~khó thở kịch phát về đêm~~.
3. Phổi:
- a. *Bệnh lý màng phổi*: Không nghĩ bệnh lý màng phổi vì khám phổi bình thường, bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi.
 - b. *Viêm phổi*: Không nghĩ viêm phổi vì không có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
 - c. *Thuyên tắc phổi*: Không nghĩ thuyên tắc phổi vì bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi như nằm bất động lâu dài, lâm sàng không ho ra máu.
4. Mạch máu:
- *Phình bóc tách động mạch chủ*: Ít nghĩ đến phình bóc tách động mạch chủ vì đau ngực khởi phát tăng dần, có nhiều cơn đau ngực trước khi có cơn đau nặng nhất. Tuy

nhiên vì bệnh nhân lớn tuổi **và có THA đi kèm**, không loại trừ hoàn toàn phình bóc tách động mạch chủ ~~nhân cần~~ → chụp X quang ngực thẳng ~~để kiểm tra~~

5. Nguyên nhân khác: (**trên lâm sàng có Viêm tụy cấp nhưng hiếm gặp nên ở đây không cần biện luận**)

- Không nghĩ bệnh lý dạ dày - tá tràng vì BN không có ợ chua, ợ hơi, không tiền căn bệnh lý dạ dày trước đây.
- Không nghĩ viêm túi mật cấp vì bệnh cảnh 3 ngày túi mật hoại tử và có phản ứng thành bụng.
- Không nghĩ bệnh lý cơ xương thành ngực vì khám không có điểm đau ~~vùng thành~~ ngực, không có tiền căn chấn thương trước đây.

=> Vậy từ vấn đề đau ngực ta có :

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. HC Vành cấp2. Phình bóc tách ĐMC |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|

1. HC Vành cấp: gồm NMCT và đau thắt ngực không ổn định.

- Đau thắt ngực không ổn định: BN có cơn đau ngực xảy ra ngẫu nhiên, không dự đoán trước được, xảy ra khi nghỉ ngơi thậm chí khi đang ngủ, kéo dài lâu hơn (~1-2H) cơn đau thắt ngực ổn định, mức độ trầm trọng hơn.
- NMCT: nghĩ nhiều là nhồi máu cơ tim cấp vì tính chất đau dữ dội, bệnh nhân có nhiều triệu chứng đi kèm như vã mồ hôi, khó thở → Đề nghị XN men tim: CKMB, troponin I/troponin T, ECG.
- Thời điểm khởi phát cơn đau ngực nặng nhất cách NV BV Chợ Rẫy 6 giờ → Hội chứng vành cấp giờ thứ 6
- Killip: BN được khám lâm sàng tại thời điểm NV còn đau ngực, không có triệu chứng của suy tim trái, không có ran ở phổi, không có gallop T3, không TMCN → Killip I.
- Biện chứng:
 - Bệnh nhân có sinh hiệu ổn, không nghe âm thổi ở tim, mạch đều, tim đều nên nghĩ chưa có biến chứng về mặt cơ học (Thủng van) và nhịp học (RL nhịp) và choáng tim.

● Yếu tố nguy cơ:

— BN nữ > 65 tuổi

— ĐTD type 2

—Tăng huyết áp.

CẬN LÂM SÀNG:

1/CLS Chẩn Đoán:

- ECG
- CKMB, Troponin I
- XQ Ngực thẳng

2/CLS thường quy:

- CTM, đường huyết
- Chức năng gan : AST, ALT, bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp.
- Chức năng thận: BUN, creatinin
- Chức năng đông máu; PT, aPTT, fibrinogen
- Ion đồ
- Bilan lipid máu: cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglycerid
- TPTNT 10 thông số

BỆNH ÁN ĐAU NGỰC

I. HÀNH CHÁNH:

Họ tên bệnh nhân: **Nguyễn Thị M**

Giới: **Nữ**

Tuổi: **72**

Nghề nghiệp: đánh cá đã nghỉ 20 năm

Địa chỉ: *Bình Thuận.*

Ngày giờ nhập viện: **21h ngày 25/04/2017**

Giường 36 – Phòng 5- Khoa nội tim mạch – BV Chợ Rẫy

II. LÝ DO VÀO VIỆN: đau ngực ~~sau xương ức~~ (**Anh kêu là không cần thiết ghi sau xương ức, tính chất sẽ khai thác trong bệnh sử, cái này tùy thầy cô**)

III. BỆNH SỬ:

Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân đang nằm nghỉ ngơi thì thấy đau âm ỉ sau xương ức, cảm giác nặng ngực, đè nén, bóp nghẹt, đau lan ra sau lưng vùng bả vai trái, đau không yếu tố tăng giảm, trong cơn đau bệnh nhân không vã mồ hôi, không khó thở, không buồn nôn, bệnh nhân vẫn tỉnh và nói chuyện bình thường. Bệnh nhân đau liên tục trong 30 phút rồi giảm dần và hết đau. Mỗi ngày bệnh nhân có 2-3 cơn, mỗi cơn kéo dài 30 phút, cơn cách nhau khoảng 4-5 tiếng, các cơn thường xảy ra vào buổi sáng 9-10h, liên tục trong 1 tuần, ngoài cơn thì bệnh nhân không đau. Đau tự giảm nên bệnh nhân không đi khám, không dùng thuốc gì thêm.

Cách nhập viện Chợ Rẫy 3 tiếng, sau ăn tối khoảng 30 phút, bn thấy hồi hộp đánh trống ngực, người nhà đỡ bệnh nhân nằm nghỉ thì cơn đau ngực xuất hiện với tính chất tương tự như trước nhưng tăng về cường độ (lúc trước 5-6 phần, lần này khoảng 10 phần), kèm theo vã mồ hôi trán, bệnh nhân thấy khó thở hai thì, liên tục, không yếu tố tăng giảm, ~~bệnh nhân mệt nhiều, nói chuyện khó khăn~~ (**sửa lại là khó thở không giảm, đau ngực không giảm, phải làm nổi bật lý do nhập viện**) => bệnh nhân nhập viện Bệnh viện Gò Vấp được chẩn đoán hội chứng vành cấp, cho thở oxy 3l/ph qua canula, captopril 25mg ngậm dưới lưỡi, Amlodipin, Nitronitrit, Aspirin uống => bệnh nhân thấy đỡ còn 7/10 phần => chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho đàm, ăn uống, ngủ nghỉ bình thường, tiểu vàng trong ~~không gắt buốt, tiểu phân vàng, đóng khuôn.~~ (không cần thiết, chỉ ghi các triệu chứng âm tính có giá trị cho loại trừ nguyên nhân đau ngực)

Tình trạng lúc nhập viện Gò Vấp: ~~bệnh nhân hồi hộp, đánh trống ngực~~ (bệnh nhân đau ngực) – giờ thứ 1: (chú ý trong HCVC thì phải ghi rõ giờ diễn tiến bệnh vì nó có ý nghĩa trong tiên lượng và điều trị).

Mạch: 110 l/p
Nhiệt độ: 37°C

Huyết áp: 230/110 mmHg,
Nhịp thở: 26 lần/p.

Tình trạng lúc nhập cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy – giờ thứ 3:
Mạch : 60 l/ ph
Nhiệt độ : 37°C

Huyết áp: 160/90 mmHg
Nhịp thở : 20 l/ph

Diễn tiến lâm sàng:

Giờ thứ 12, bệnh nhân được chuyển lên khoa nội tim mạch – bệnh viện Chợ Rẫy
Bệnh nhân hết đau ngực, hết khó thở, sinh hoạt bình thường.

IV. TIỀN SỬ:

1. Bản thân:

- **Bệnh nội khoa:**

- Đái tháo đường type 2 20 năm, được chẩn đoán tại bệnh viện tỉnh Bình Thuận, điều trị và tái khám thường xuyên.

- Cách nhập viện 3 tháng, bệnh nhân thấy nặng mi trên vào buổi sáng, sau đó thấy phù 2 chân phù đến cẳng chân, phù tăng khi đi lại, phù nhiều hơn vào buổi chiều, giảm khi nằm nghỉ => Bệnh nhân đi khám được chẩn đoán suy thận mạn ~~giai đoạn~~ (?), ~~chạy thận~~ (?). (Anh nói chi tiết nào không rõ thì bỏ qua luôn)

- Cách nhập viện 3 tháng, được chẩn đoán suy thận mạn (??) tại BV Chợ Rẫy, điều trị Prednisolon, Briozcal, Mircera, Keamine, Coveram, Fumafer, tái khám sau 1 tháng.

- Không ghi nhận tiền căn viêm loét dạ dày, tá tràng, không ợ hơi, ợ chua, chưa từng có cảm giác nóng rát sau xương ức trước đó.
- Không có chấn thương, té ngã trước đó.
- Không ghi nhận tình trạng tăng lipid máu.
- **Không THA.**

- Bệnh ngoại khoa:

- 3 năm trước nhập viện, mổ bắc cầu mạch vành tại Chợ Rẫy, hậu phẫu tốt, bệnh nhân tái khám thường xuyên.
- ~~— Từ 3 năm đến nay, bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, sinh hoạt cá nhân bình thường, bệnh nhân không làm nặng, hay gắng sức.~~

Thói quen: - không hút thuốc lá ~~chủ động, thụ động, không dùng~~ chất kích thích, ~~rượu bia.~~

~~Không có chế độ ăn riêng.~~ (**Ăn mặn**)

Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn và thuốc.

2. Gia đình: chưa ghi nhận các bệnh tim mạch **sớm**, tăng huyết áp, đột quỵ.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (**Chỉ ghi các than phiền khác ngoài lý do nhập viện của bệnh nhân ở các cơ quan khác)**

VD: Ngoài đau ngực ra bệnh nhân không than phiền gì thêm

- ~~— Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, tri giác ổn định, không đánh trống ngực, không hồi hộp, không hoa mắt, chóng mặt, đau đầu.~~
- ~~— Không ho, không khó thở, không đau ngực.~~
- ~~— Ăn uống được, không đau bụng, không buồn nôn, tiêu phân vàng, đóng khuôn.~~
- ~~— Tiểu nước tiểu vàng trong, lượng ít, không tiểu máu, không vẩn đục, không tiểu gắt buốt.~~
- ~~— Không đau nhức, không mỏi cơ, không yếu liệt chi, không giới hạn vận động.~~

VI. **KHÁM:** 7h ngày 26/04/2017 – giờ thứ 13

1. **Tổng quát:**

~~Tri giác, nhận thức:~~ bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Sinh hiệu:

Mạch: 90l/ph

Huyết áp: 140/70 mmHg

Nhịp thở: 20l/ph

Nhiệt độ: 37, 5 độ C

Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng.

Môi không khô, lưỡi không dơ.

~~Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ,~~ (không cần thiết, anh nhấn mạnh chỉ ghi những triệu chứng âm tính có ý nghĩa, không ghi lan man) không ngón tay dùi trống, không ngón tay khum.

Phù mắt, mi mắt, phù mềm 2 chân, đều, đối xứng hai bên, ấn lõm khoảng 0.5cm trước xương chày, sờ ấm, chi không đỏ, không đau, không bầm tím.

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

Cân nặng: 60 kg - Chiều cao: 1m60 - BMI: 23. Thể trạng trung bình

2. **Khám**

vùng:

Đầu mặt cổ

Cân đối, không biến dạng, ~~không vết thương, không sẹo~~

Tuyến giáp không to, khí quản không lệch.

~~Không có bệnh lý răng miệng, vùng hầu họng không thấy bất thường.~~

Tĩnh mạch cổ không nổi tư thế 45 độ. (khi nào nổi mới ghi

độ)

Không dấu Xanthelasma.

Ngực:

Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không xuất huyết dưới da, ~~không tuần hoàn bàng hệ~~, có sọ d=15cm ở đường giữa xương ức, sọ lành tốt. không co kéo các cơ hô hấp phụ, không có khoảng liên sườn giãn rộng.

Tim:

Nhìn không thấy mỏm tim đập, không thấy ổ đập bất thường trên thành ngực.

Sờ thấy mỏm tim đập ở liên sườn 5 lệch ngoài đường trung đòn 2cm tư thế nằm nghiêng trái. Dấu nảy trước ngực (-), Hardzer(-)

T1, T2 nghe rõ, tần số 90l/ph, không có âm thổi ~~bất thường~~
(**Anh sẽ hỏi âm thổi bình thường là gì? Bất thường là gì?**)

Phổi: ~~Thở êm, đều, không có kéo cơ hô hấp phụ.~~

~~Nhịp thở : 20l/ ph.~~

~~Di động lồng ngực đều hai bên.~~

Rung thanh đều, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu khắp hai phế trường

Không có tiếng thêm vào bất thường. Không rale.

Bụng:

Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết.

Nhu động ruột: nghe đều khắp bụng, ~~rõ ở van hồi manh tràng:~~
5l/ph.

~~Nghe ở vị trí động mạch thận, động mạch bẹn, động mạch chậu không thấy âm thổi bất thường.~~

Gõ trong khắp bụng.

Chiều cao gan: bờ trên gõ đục liên sườn 5 ĐTD Phải

Sờ bụng mềm, không đau.

Bờ dưới gan, lách không sờ chạm.

Nghiệm pháp gan tĩnh mạch cổ ~~hồi~~ âm tính.

Tiết niệu, sinh dục: điểm đau niệu quản (-), chạm thận (-), rung thận (-)

Tứ chi- Cơ xương khớp:- ~~phù mềm 2 chân, đều, đối xứng hai bên, ấn lõm khoảng 0.5cm trước xương chày, sờ ấm, chi không đỏ, không đau, không bầm tím.~~ (đã ghi ở trên không lặp lại)

- Các khớp không sưng nóng đỏ đau,

không biến dạng, không cử động bất thường. Không dấu

giật dây chuông, không dấu se sẹo, không dấu

xanthoma.

Thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bn nữ, 72 tuổi, nhập viện vì đau ngực bệnh 1 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận :

- Tr/ch cơ năng:
 - + Đau thắt sau xương ức, lan vai trái, đau từng cơn, mỗi cơn ~30 ph, 2-3 cơn/ ngày, cách cơn 4-5 tiếng.
 - + Khó thở
 - + Vã mồ hôi.

+Nặng mi, phù hai chân.

● Tr/ch thực thể:

+ Cơn THA: 230/110 mmHg

+ Bệnh tĩnh, huyết áp 140/70 mmHg, chi ấm, mạch rõ, đều.

+ Nhịp tim đều

+ Phổi không ran, rì rào phế nang đều hai bên.

+Phù toàn thân.

● Tiền căn:

+ Đái tháo đường type II đang điều trị.

+ Suy thận mạn. (?)

+ Mô bắc cầu mạch vành

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ: Lúc nhập viện Chợ Rẫy, bệnh nhân có các vấn đề sau:

- Đau ngực cấp
- Cơn tăng huyết áp cấp cứu
- ~~Phù:~~ (phù này đã được giải thích bằng suy thận mạn, không phải là lý do nhập viện, không liên quan đến đợt bệnh này, nên ko ĐVĐ)
- ĐTĐ type 2: 20 năm

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

- Chỉ cần chẩn đoán đến Hội chứng vành cấp không cần phân biệt CDTNKON và NMCT.

- Nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 3 killip II, chưa biến chứng – Cơn tăng huyết áp cấp cứu/ ĐTĐ type 2 – Suy thận mạn.

- Cơn đau thắt ngực không ổn định - cơn tăng huyết áp cấp cứu/ ĐTĐ type 2- Suy thận mạn

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Phình bóc tách động mạch chủ ngực/ ĐTĐ type 2- Suy thận mạn

XI. BIỆN LUẬN LÂM SÀNG :

1. Các nguyên nhân từ tim gây đau ngực cấp gồm:

- Nguyên nhân do tim:

- Hội chứng vành cấp : Nghĩ nhiều vì lâm sàng bệnh nhân có cơn đau thắt ngực điển hình cho mạch vành : đau thắt ngực xảy ra khi nghỉ ngơi, cảm giác đè nén, bóp nghẹt sau xương ức, đau lan lên vai, ra ~~sau lưng, lên hàm~~, kèm vã mồ hôi nhiều, giảm khi ngậm nitro glycerin. Nghĩ nhiều đây là lần cấp tính vì : khởi phát lúc nghỉ ngơi, kéo dài >30 phút, xuất hiện nhiều cơn đau trước đó, tự giảm, cơn đau lần này tăng nhiều về cường độ, thời gian và có kèm thêm khó thở. Ngoài ra, bệnh nhân còn có yếu tố nguy cơ của mạch vành : Bệnh nhân ~~nữ~~, lớn tuổi, ~~có cơn tăng huyết áp 230/160mmHg khi nhập viện Gò Vấp, tiền căn đái tháo đường 20 năm, suy thận mạn, mổ bắc cầu mạch vành~~ => đề nghị đo điện tâm đồ, xét nghiệm men tim CKMB, Troponin I, ~~pro~~BNP chẩn đoán.
- Bệnh lý động mạch chủ :
 - + Phình bóc tách động mạch chủ : Bệnh nhân không chấn thương, không có các bệnh lý về mô liên kết, đau không dữ dội đột ngột, huyết áp không tụt, khám không nghe âm thổi, nhưng trước đó bệnh nhân có cơn tăng huyết áp trên một bệnh nhân lớn tuổi=> không loại trừ => đề nghị X Quang ngực thẳng
 - + Hẹp van động mạch chủ nặng : bệnh nhân trước đó không có triệu chứng mệt, ngất, cơn đau không liên quan gắng sức, khám tim không to, không nghe âm thổi.=> không nghĩ.
- Viêm màng ngoài tim : Ít nghĩ vì cơn đau của bệnh nhân không đặc trưng cho VMNT : bệnh nhân đau từng cơn, không phải đau liên tục, đau không tăng khi hít vào, khi đi lại, khi xoay trở, không giảm khi cúi người ra trước, bệnh nhân không sốt, nghe tim không có tiếng cọ màng ngoài tim. => Đề nghị siêu âm tim để loại trừ.
- Viêm cơ tim cấp :**(thường gặp trên bn trẻ)** trước đó bệnh nhân không nhiễm siêu vi (không đau đầu, đau khớp, đau họng, tiêu chảy,... trước đó), khám tim không thấy bất thường về nhịp, không nghe âm thổi bất thường => không nghĩ.
- Nguyên nhân do phổi :
- Bệnh lý màng phổi : khám không thấy hội chứng tràn khí màng phổi, hội chứng đông đặc, bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, không nghe thấy tiếng thổi tiếng cọ màng phổi => không nghĩ.
- Viêm phổi : ~~Lâm sàng~~ bệnh nhân không ho đàm, không sốt, khám không thấy ran nổ, cơn đau ngực ~~không đặc trưng cho viêm phổi~~ **không đau ngực kiểu mp** nên không nghĩ.

- Thuyên tắc phổi : bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi như : nằm bất động lâu ngày, phẫu thuật chi dưới, các bệnh lý ác tính, không ghi nhận tiền căn suy tĩnh mạch, bệnh nhân tỉnh, không ho, không khó thở nhiều, khám thấy nhịp tim không nhanh => không nghĩ.
 - Nguyên nhân khác :
- Bệnh lý dạ dày- tá tràng : bệnh nhân không ợ chua, ợ hơi, không có tiền căn viêm loét dạ dày, trào ngược dạ dày thực quản trước đó, cơn đau không liên quan bữa ăn nên không nghĩ.
- Viêm túi mật cấp : Bệnh nhân đau trước nv 1 tuần, cơn đau không liên quan bữa ăn, không đau quặn cơn, không sốt, không có hội chứng nhiễm trùng => không nghĩ.
- Viêm tụy cấp : Bệnh nhân không chướng bụng, không nôn ói, không giảm khi cúi người ra trước, không liên quan bữa ăn => không nghĩ.
- Bệnh lý cơ- xương- khớp thành ngực : Nhìn ngực không có vết bầm tím, không chấn thương trước đó, không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp ức sườn, không có dấu bóng nước=> không nghĩ.

Vậy từ vấn đề đau ngực của bệnh nhân này, ta nghĩ, bệnh nhân có :

1. Hội chứng vành cấp.
 2. Bóc tách động mạch chủ.
- Hội chứng vành cấp gồm : nhồi máu cơ tim cấp và cơn đau thắt ngực không ổn định. Trên bệnh nhân này, nghĩ nhiều là cơn đau thắt ngực không ổn định, vì trước đó bệnh nhân có những cơn đau thắt ngực với tính chất tương tự khởi phát lúc nghỉ ngơi, không yếu tố tăng giảm, lâm sàng bệnh nhân tỉnh, đi lại được, không còn đau ngực hay khó thở, khám không thấy các biến chứng của nhồi máu cơ tim : mỗm tim không lệch, không tĩnh mạch cổ nổi, không nghe âm thổi bất thường, không loạn nhịp tim,.. nhưng lần nhập viện này, bệnh nhân đau với cường độ nhiều, kèm vã mồ hôi, khó thở nên không loại trừ một nhồi máu cơ tim nhỏ, chưa ảnh hưởng đến chức năng của tim. => Đề nghị CLS : Troponin I, CKMB, ECG 12 chuyển đạo để chẩn đoán.
 - Nhồi máu cơ tim : bệnh nhân được khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện không khó thở không nghe ran phổi => Killip I.
 - Bệnh nhân có sinh hiệu ổn, khám không thấy các biến chứng của nhồi máu cơ tim : mỗm tim không lệch, không tĩnh mạch cổ nổi, không nghe âm thổi bất thường, không loạn nhịp tim,.. => bệnh nhân chưa có biến chứng về mặt cơ học và nhịp học.

2. Biện luận phù :

- Bệnh nhân có phù ở mắt, nặng mi vào buổi sáng thức dậy sau đó diễn tiến phù hai chân, mức độ phù thay đổi theo thời gian trong ngày, theo hoạt động (tăng khi đi lại, tăng về chiều, giảm vào buổi sáng), bệnh nhân không có đau nhức chi, khám không sưng, nóng, đỏ, đau, lạnh, tím=> phù mềm, trắng => đây là tình trạng phù toàn thân do các bệnh lý hệ thống :

- Các nguyên nhân gây phù toàn thân gồm :

+ Suy tim phải : khám không thấy mỏm tim lệch, dấu Hazer (-), dấu nảy trước ngực (-), không tĩnh mạch cổ nổi, không gan to, không báng bụng. => không nghĩ.

+ Xơ gan : Bệnh nhân không có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, không hội chứng suy tế bào gan, không vàng da niêm, khám không thấy gan to => không nghĩ.

+ Bệnh thận : nghĩ nhiều vì diễn tiến phù phù hợp với suy thận (phù ở mắt trước, sau đó phù chân , thay đổi theo hoạt động và thời gian trong ngày), trước đó bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thận mạn, nên nghĩ phù do bệnh thận gây ra.

+ Suy dinh dưỡng nặng : không nghĩ.

3. Biện luận cơn tăng huyết áp :

- Bệnh nhân nhập viện Gò Vấp được đo huyết áp 230/110 mmHg > 180/100 mmHg => Bệnh nhân có cơn tăng huyết áp, kèm theo có tổn thương cơ quan đích, ở đây có thể là nhồi máu cơ tim hoặc một phình bóc tách động mạch chủ. => đây là cơn tăng huyết áp cấp cứu, biến chứng trên tim.

- Bệnh nhân được đo huyết áp lúc chuyển viện Chợ Rẫy : 160/90 mmHg, lúc khám đo 140/70 mmHg nhưng trước đó bệnh nhân chưa được chẩn đoán THA nên nghĩ THA mới khởi phát đây.

Nguyên nhân :

Do thuốc : nghĩ nhiều do bn có dùng nhiều thuốc phối hợp.

Các nguyên nhân còn lại : Hẹp eo đmc, bệnh nhu mô thận, bệnh mạch máu thận, bệnh nội tiết, không nghĩ.

Biến chứng : chưa có các dấu hiệu biến chứng trên não, thận, mắt => cần theo dõi thêm.

- CÁC CẬN LÂM SÀNG ĐỀ NGHỊ

1. Xét nghiệm chẩn đoán:

- Chẩn đoán: ECG 12 chuyển đạo, CKMB, Troponin I, XQ ngực thẳng

- CLS chẩn đoán biến chứng : Siêu âm tim

2. Xét nghiệm thường qui: Công thức máu, đường huyết

- Chức năng gan :AST, ALT, Bilirubin TT, GT, TP

- Chức năng thận : Creatinin, BUN.
- Chức năng đông máu :PT, aPTT, fibrinogen.
- Ion đồ.
- Bilan lipid máu : Cholesteron toàn phần, HDL-C, LDL- C, Triglyceride,
- TPTNT 10 thông số.

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên: Phạm Văn D

Giới tính: Nam

Năm sinh: 1943 (74 tuổi)

Quê quán: Trà Vinh

Nghề nghiệp: trước đây làm ruộng, đã nghỉ 2 năm

Thời gian nhập viện: 18h33' 10/4/2017

Khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Chợ Rẫy

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Khó thở

III. BỆNH SỬ

Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân thấy khó thở tăng dần, liên tục trong ngày.

Khó thở 2 thì, xảy ra khi bệnh nhân đi lại nhiều., tăng khi lên khi nằm và giảm khi ngồi. Buổi tối BN phải kê 2 gối để ngủ. BN thường xuyên đột ngột thức giấc sau khi ngủ từ 1-2h, mỗi lần như vậy bệnh nhân thấy vã mồ hôi và mệt nhiều. Bệnh nhân đi khám và được chẩn đoán là hở van 2 lá, tuy nhiên tình trạng khó thở tiếp tục diễn tiến khiến bệnh nhân phải nhập viện nhiều lần.

Phần này anh bảo nên đưa vào tiền căn vì thời gian đã là 2 năm, trong khi bệnh sử tối đa chỉ kéo dài 6 tháng

Cách nhập viện 17 ngày, BN thấy khó thở nhiều hơn, đi bộ khoảng 20m là bệnh nhân khó thở, khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi; mệt nhiều, hồi hộp kèm có ho có đàm ,đàm loãng, trắng nên BN nhập BVĐK Trà Vinh

Khó thở phải hỏi đủ các tính chất: hoàn cảnh khởi phát (đang ngủ, đang làm việc nhà,...), đột ngột/từ từ, thời gian, mức độ (ước lượng bằng khả năng nói chuyện, làm việc của BN), thì nào, yếu tố tăng giảm, diễn tiến, triệu chứng đi kèm. Ngoài ra cần chẩn đoán phân biệt mệt và khó thở: hỏi người nhà có thấy bn gồng cơ cổ, cơ bụng ko,...

Sửa (Đức sửa lại theo hướng dẫn của anh): Cách nhập viện 17 ngày, bệnh nhân đang nghỉ thì thấy khó thở, từ từ, 2 thì, đi bộ 20m là bệnh nhân thấy khó thở, khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi, khó thở tăng khi nằm giảm khi ngồi kèm mệt, hồi hộp,

ho đàm loãng trắng, không mùi, không vấy máu. Khó thở ngày càng tăng nên BN nhận BVĐK Trà Vinh

Điều trị tại BV Trà Vinh (từ ngày 24/3 đến ngày 10/4), BN phun khí dung 4 lần/ngày và có điều trị thuốc nhưng triệu chứng bệnh không giảm nên chuyển lên BV Chợ Rẫy.

Triệu chứng bệnh không giảm: phải ghi rõ là triệu chứng nào, không giảm là tăng hay ko thay đổi

Chẩn đoán khi chuyển tuyến: Viêm phổi/ Rung nhĩ/ Cơn đau thắt ngực/ Tăng áp phổi/ Suy tim

Xử trí: Captopril 25mg, Isosorbide mononitrat 30mg, Clopidogrel 75 mg, Combinvent 2.5 mg, Moxifloxacilin 0.4g, Digoxin 0.25 mg.

Trong quá trình bệnh, BN ăn uống kém, không sốt, không phù, không đau ngực, không buồn nôn không nôn.

Tình trạng khi nhập viện: HA: 110/90 mmHg Mạch: 96 l/p
Nhịp thở: 16 l/p Nhiệt độ: 37°C

Diễn tiến sau nhập viện: Bệnh nhân còn khó thở và ho có đàm nhiều, hay phải ngồi dậy để giảm ho và khó thở, không đau ngực, không sốt.

IV. TIỀN CĂN

- **Bản thân:**

- Nội khoa:

- Lao phổi đã điều trị 10 năm trước.

TC lao phải hỏi: lao bao lâu, sao biết bị lao, điều trị bao lâu, có tái khám ko, kết quả ra sao, sau đó có các di chứng gì ko

- Ho: cách NV hơn 1 năm, BN bắt đầu ho với tính chất mô tả như trên bệnh sử, có sử dụng khí dung 3 lần/ngày.
 - Phù: người nhà khai thính thoảng chân BN có phù, lần gần đây nhất là tháng 12/2016, phù mềm, đối xứng, không đau từ gối xuống chân. Khi nào BN thấy mệt, khó thở sẽ thấy phù.
 - Không ghi nhận tiền căn thiếu máu, tăng huyết áp.

Bổ sung thêm các tiền căn: ĐTĐ, RL lipid máu, đau nhức khớp hồi nhỏ

- Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa
Tiền căn ngoại khoa bao gồm tiền căn phẫu thuật, bỏng, chấn thương.
- Thói quen:
 - Hút thuốc lá: 40 gói/ngày x năm. Đã bỏ hút thuốc được 2 năm
 - Ăn mặn
Bổ sung: uống rượu, stress, hoạt động thể lực.
Ăn mặn: ghi nhận khi BN thường xuyên chấm/chan thêm mắm vào thức ăn có sẵn hoặc được người nhà nói là ăn mặn
- Dị ứng: chưa ghi nhận.
- **Gia đình:** không ghi nhận tiền căn bệnh cơ tim, hen.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Tim mạch: không vã mồ hôi
- Hô hấp: ho đàm, không khò khè, không sốt
- Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn nôn ói, không ợ chua ợ hơi
- Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, không gắt buốt, không rở lượng
- Thần kinh: mệt, không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau khớp.

KHÁM

1. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được
Bổ sung tư thế bệnh nhân
- Sinh hiệu:
 - Mạch: 89 l/p
 - HA: 130/80 mmHg
 - Nhịp thở: 17 l/p
 - Nhiệt độ: 37⁰ C
Phần sinh hiệu: chỉ ghi chỉ số, không ghi tính chất. VD: Mạch: 89l/p, không đều=> Sai, chỉ ghi 89l/p.
- Thể trạng: CN: 52kg. CC: 1m70 => BMI=18 kg/m² : thiếu cân theo WHO
- Dấu giết dây chuông (+)
- Không phù, không ngón tay dùi trống, không tím.
Phần tổng trạng phải có các vấn đề sau:

- Tri giác, tư thế BN
- Sinh hiệu
- Thế trạng
- Da niêm, phù, tím, xuất huyết
- Co kéo cơ hô hấp phụ, kiểu thở bất thường?
- Hạch ngoại vi
- Chi ấm? Mạch chi?

2. Đầu mặt cổ

- Niêm hồng, kết mạc mắt không vàng
- Tĩnh mạch cổ nổi tư thế 60°
- Hạch ngoại vi không sờ chạm
- Tuyến giáp không to
- Không dấu xanthelasma

Bổ sung: đầu mặt cổ cân đối? Sẹo? Khí quản có di lệch không? AT đm cảnh?

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không dấu xuất huyết dưới da, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
- Khoang gian sườn giãn rộng
Khám KLS giãn rộng: cho ngón tay cái bệnh nhân sát vào KLS, nếu lẹt thì KLSGR(+)

Tim

- Mỏm tim ở KLS V trên đường trung đòn (T), diện đập 2x2 cm²
- Dấu nảy trước ngực (+), dấu Harzer (+)
- Rung miêu tâm thu sờ được ở mỏm tim
- Nhịp tim 92 l/p, nhịp không đều. P2 mạnh, T2 tách đôi nghe rõ ở KLS II bờ (T) xương ức
- Âm thổi tâm thu cường độ 5/6 nghe được ở mỏm tim, lan ra bờ trái xương ức, giảm cường độ khi bệnh nhân hít vào
Âm thổi tâm thu 2/6 ở phần thấp bờ (T) xương ức, không lan, tăng cường độ khi hít vào
Âm thổi BẮT BUỘC phải miêu tả được 7 tính chất: vị trí, hướng lan, hình dạng, âm sắc, thời gian, cường độ, yếu tố ảnh hưởng

Phổi

- Tần số thở 17 l/p, có nhịp thở Cheyne-Stokes. Không co kéo cơ hô hấp phụ

- Phổi vang. Rung thanh đều 2 bên. Ran nổ, ran rít nghe ở ngoại vi phổi (P), tăng lên khi nằm nghiêng (P)
RRPN êm dịu đều 2 phế trường.

4. Bụng:

- Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ.
- Âm ruột 6 l/p, không nghe âm thổi bất thường
Bụng bình thường không có âm thổi nên chỉ cần ghi “Không nghe âm thổi”. Các âm thổi cần nghe: AT đm chủ, đm thận, đm chậu, AT vùng gan.
- Gõ vang quanh rốn, không ghi nhận vùng đục bất thường
- Không điểm đau khu trú
- Gan: Bờ trên KLS 5 đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm. Chiều cao gan 11 cm trên đường trung đòn (P)
- Phản hồi bụng cứng (+)
Phản hồi bụng cứng phải nêu rõ tư thế thực hiện
- Lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), Rung thận (-)

5. Thần kinh: Cổ mềm, không dấu thần kinh đỉnh vị

6. Cơ xương khớp:

- Không sưng nóng đỏ các khớp, tầm hoạt động khớp bình thường, không yếu liệt chi
- Không dấu Xanthoma

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 74 tuổi, nhập viện vì khó thở. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

Bổ sung: bệnh 17 ngày

TCCN

- Khó thở
- Ho đàm

Anh kêu nên miêu tả tính chất nổi bật của TCCN. VD: ho đàm loãng, trắng trong, không mùi

TCTT

- Sinh hiệu: Mạch: 89 l/p, HA: 130/80 mmHg, nhịp thở 17 l/p, nhiệt độ 37⁰ C
- Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi bụng-cứng (+)
- Diện đập mỏm tim 2x2 cm² ở KLS 5 trên đường trung đòn (T)

- Khoảng gian sườn giãn rộng
- Nhịp tim 92 l/p, loạn nhịp hoàn toàn, T2 tách đôi, P2 mạnh
- Dấu nẩy trước ngực (+), Harzer (+)
- Âm thổi tâm thu cường độ 5/6 nghe được ở mỏm tim, lan ra bờ trái xương ức, giảm cường độ khi bệnh nhân hít vào
Âm thổi tâm thu 2/6 KLS VI bờ (T) xương ức, không lan, tăng cường độ khi hít vào
- Ran rít, ran nổ ở ngoại vi phổi (P)

Tiền căn

- Phù
- Lao phổi
- Hút thuốc lá
- Ho đàm
- Ăn mặn

Bổ sung: hở van 2 lá. Phù phải ghi rõ: Phù tái đi tái lại

VII. Đặt vấn đề

1. Khó thở
2. Hội chứng suy tim
3. Hội chứng van tim
4. Loạn nhịp hoàn toàn
5. Tăng áp phổi

Trên bệnh nhân này, khó thở chưa chắc là do tim nên phải để 1 vấn đề riêng và tách HC suy tim ra thành HC suy tim (P) (do đã đủ triệu chứng để đặt) và lớn thất (T) (không đủ để đặt HC suy tim (T)). Sửa lại:

1. Khó thở
2. HC suy tim P
3. Lớn thất T
4. HC van tim
5. Loạn nhịp hoàn toàn

VIII. Biện luận

1. Khó thở: có các nguyên nhân sau:

- Suy tim: Nghĩ nhiều do bệnh nhân có khó thở phù hợp với diễn tiến suy tim: khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm và khó thở kịch phát về đêm. Theo tiêu chuẩn Framingham, bệnh nhân có > 2 triệu chứng: Khó thở kịch phát về đêm/khó thở khi nằm, tĩnh mạch cổ nổi, tim to, ran phổi, phản hồi bụng cảnh

(+) => BN có suy tim. Đề nghị siêu âm tim, xét nghiệm men NT-proBNP để xác định chẩn đoán.

- Đợt cấp COPD: nghĩ nhiều do bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá, ho mạn, khám thấy khoang liên sườn giãn rộng, ran rít, ran nổ ở phổi. Các triệu chứng trầm trọng hơn trước nên nghĩ là đợt cấp COPD. Đề nghị cận lâm sàng để xác định chẩn đoán: Hô hấp ký, X-quang ngực thẳng, siêu âm tim.
- Hẹp van 2 lá: không nghĩ do không khám thấy rung tâm trương ở mỏm tim.
- Tràn dịch màng ngoài tim: không nghĩ do sờ được mỏm tim, nghe rõ T2, huyết áp bệnh nhân bình thường
- Viêm phổi: không nghĩ do bệnh nhân không có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới.

2. Hội chứng suy tim

- Chẩn đoán suy tim: đã biện luận
- Thể suy tim: nghĩ nhiều suy tim toàn bộ do có các TCLS của cả suy tim (T) và suy tim (P):
 - Suy tim (T): khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, diện đập mỏm tim rộng.
 - Suy tim (P): tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi bụng-cánh (+), dấu nẩy trước ngực (+), dấu Harzer (+), tiền căn phù trước đây.
- Phân độ
 - Độ IV theo NYHA vì bệnh nhân khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.
 - Giai đoạn C theo ACC/AHA vì bệnh nhân có biểu hiện các triệu chứng của suy tim và có bệnh tim cấu trúc (bệnh hở van 2 lá, được biện luận ở sau)
- Nguyên nhân:
 - Bệnh van tim: nghĩ nhiều do hở van 2 lá vì nghe âm thổi tâm thu cường độ 5/6 nghe được ở mỏm tim, lan ra bờ trái xương ức, giảm cường độ khi bệnh nhân hít vào =>Siêu âm tim để xác định chẩn đoán
 - Bệnh mạch vành: ít nghĩ do bệnh nhân không có đau ngực, tuy nhiên không loại trừ có thiếu máu cơ tim yên lặng vì bệnh nhân có yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch: >55 tuổi, nam giới, có tiền căn hút thuốc lá; dấu giạt dây chuông (+) gợi ý xơ vữa mạch ngoại biên
=>Holter ECG để chẩn đoán

- Tăng áp phổi: nghĩ đến do khám thấy T2 tách đôi, P2 mạnh. Bệnh nhân có COPD nên có thể gây tăng áp phổi. Đề nghị CLS để xác định chẩn đoán: đo áp lực ĐMP qua siêu âm.
- Tăng huyết áp: : không nghĩ do BN không có tiền căn THA, lần nhập viện này cũng không có THA.
- Bệnh cơ tim: đa số vô căn, gia đình không ghi nhận tiền căn bệnh lý, thường bị ở người trẻ → không nghĩ.
- Yếu tố thúc đẩy:
 - RL nhịp: nghĩ nhiều vì BN có loạn nhịp hoàn toàn, không tương xứng giữa nhịp tim và nhịp mạch. Đề nghị ECG để xác định loại rối loạn nhịp
 - HC vành cấp: không nghĩ, vì BN không có đau ngực
 - Nhiễm trùng: ít nghĩ, vì BN có ho đàm, nhưng đàm không đổi màu, không sốt. Phổi có ran nổ, nhưng ran nổ thay đổi theo tư thế nghĩ nhiều do suy tim không do nhiễm trùng.
 - BN chưa được chẩn đoán suy tim trước đây nên không liên quan đến điều trị.

3. Hội chứng van tim:

- a. ATTT cường độ 5/6 nghe được ở mỏm tim, lan ra bờ trái xương ức, giảm cường độ khi bệnh nhân hít vào => nghĩ nhiều là hở van 2 lá thực thể.

-Nguyên nhân:

- Vôì hóa vòng van/lá van: nghĩ nhiều do bệnh nhân lớn tuổi
- Thấp tim: ít nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn tổn thương tim mạch, đau khớp tuy nhiên cũng không loại trừ
- Bẩm sinh: Gia đình không ghi nhận bất thường bệnh tim mạch, nguyên nhân bẩm sinh thường gây biến chứng sớm hơn => không nghĩ.

- b. ATTT cường độ 2/6, nghe ở KLS 6 bờ trái xương ức, không lan=> Nghĩ nhiều đến hở 3 lá cơ năng, có thể do do lớn thất (P)

4. Loạn nhịp hoàn toàn: nghĩ rung nhĩ do loạn nhịp hoàn toàn, không tương xứng mạch giữa nhịp tim => ECG để xác định chẩn đoán

5. Tăng áp phổi: đã biện luận ở trên

Phần biện luận anh không sửa chi tiết mà chỉ nói 1 số vấn đề liên quan.

- Nếu biện luận ra suy tim toàn bộ thì phải biện luận nguyên nhân theo 3 hướng: suy tim (T) và (P) cùng lúc do BCT dẫn nở (đây là 1 chẩn đoán loại trừ, bệnh thường khởi phát sớm), suy 2 bên nhưng mỗi bên 1 nguyên nhân riêng biệt và suy tim P là hệ quả của suy tim (T). Nhưng với Y3 anh nói BL chung vẫn chấp nhận.

- Nguyên nhân gây ho trên 1 BN suy tim: 1. Ứ dịch ở mô kẽ phổi kích thích thụ thể ho 2. Do điều trị bằng thuốc UCMC 3. Do các bệnh khác đi kèm

- Bn có khó thở kèm ran rít ran ngáy thì nghĩ tới 4 nguyên nhân: hen PQ, đợt cấp COPD, Viêm PQ cấp và suy tim. Lưu ý: ran rít ran ngáy trong suy tim thường nghe nhiều ở bên phải hơn vì bên trái có hệ bạch huyết dẫn lưu=>Mức ứ dịch ít hơn

- Thứ tự biện luận nguyên nhân suy tim: Bệnh tim bẩm sinh-Bệnh van tim- Bệnh mạch vành- Tăng huyết áp- Bệnh cơ tim

-Nguyên nhân của RL nhịp:

+Tuổi: là chẩn đoán loại trừ

+Bệnh van tim: tất cả bệnh van tim đều có thể gây RL nhịp

+BMV

+THA

+COPD

+Cường giáp

-NMCT gây hở 2 lá cấp thường gây đứt cơ nhú sau do cơ nhú sau chỉ được nuôi bởi 1 nhánh mạch vành=>dễ bị thiếu O2

Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ: Suy tim toàn bộ độ IV (NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), do hở van 2 lá, yếu tố thúc đẩy: rung nhĩ/ Theo dõi COPD biến chứng tăng áp phổi
- Chẩn đoán phân biệt: Suy tim toàn bộ độ IV (NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), do thiếu máu cơ tim yên lặng, yếu tố thúc đẩy: rung nhĩ/ Theo dõi COPD biến chứng tăng áp phổi.

Sửa: CDSB: suy tim toàn bộ độ IV theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA, do hở 2 lá do BTTMCB biến chứng RL nhịp, yếu tố thúc đẩy: loạn nhịp hoàn toàn/ COPD theo dõi cường giáp

CĐPB: suy tim toàn bộ độ IV theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA, do hở 2 lá hậu thấp biến chứng RL nhịp, yếu tố thúc đẩy: loạn nhịp hoàn toàn/ COPD theo dõi cường giáp

Đề nghị CLS:

1. Cận lâm sàng chẩn đoán:
 - X – quang ngực thẳng
 - Siêu âm tim doppler màu
 - ECG 12 chuyển đạo, Holter ECG
 - Hô hấp ký
 - NT-proBNP
 - Bun, Creatinin, ion đồ máu
2. Cận lâm sàng thường quy:
 - Công thức máu
 - Glucose
 - Tổng phân tích nước tiểu.

Bệnh án

I. Hành chính:

- Họ tên: Nguyễn Diên G Giới: Nam
- Tuổi: 81
- Nghề nghiệp: Làm ruộng (đã nghỉ)
- Địa chỉ: Quảng Ngãi
- Ngày nhập viện: 19h51' ngày 2/5/2017
- Giường 9 phòng 2 khoa Nội Tim mạch BV Chợ Rẫy

II. Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 12 ngày, đi bộ 100m cảm thấy khó thở, ngồi nghỉ thì khó thở giảm dần. Bệnh nhân vẫn làm vệ sinh cá nhân được. Bệnh nhân khó thở khi nằm, mức độ tăng dần, nằm kê cao 2 gối. Bệnh nhân có những cơn khó thở về đêm gây mất ngủ, bệnh nhân uống thuốc theo toa và dùng thuốc xịt Đông Y (chưa rõ loại) cảm thấy giảm khó thở.
- Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân lên cơn khó thở khi đang ngồi uống trà, khó thở liên tục, 2 thì, tăng lên khi nằm, giảm khi ngồi nghỉ, uống thuốc giảm nhẹ, bệnh nhân không đi lại được, nói được từng cụm từ. Tối bệnh nhân khó thở khi nằm, không ngủ được, phải ngồi để giảm khó thở → Nhập viện Chợ Rẫy
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không: đau ngực, phù, xanh tím, khò khè, hồi hộp, đánh trống ngực, ngất, ho, ho ra máu, sổ mũi, đau họng, đau bụng; nước tiểu vàng trong, lượng 1.5l/ ngày, không gắt buốt, tiêu phân vàng đóng khuôn không dính máu. Bệnh nhân mệt mỏi, ăn uống kém, chưa ghi nhận sụt cân.
- Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
 - + Mạch 80 lần/ph + Thở: 20l/ph
 - + HA: 100/60 mmHg + Nhiệt độ: 37°C

IV. Tiền căn:

1. Tiền căn cá nhân:

A. Bệnh lý:

a. Nội:

- Cách nhập viện 3 tháng bệnh nhân lên cơn khó thở khi đang làm việc gắng sức, khó thở liên tục, khó thở 2 thì, giảm khi ngồi nghỉ, nói được từng câu → Nhập viện Trung ương Huế được chẩn đoán: Suy tim II, Hở 2 lá nặng điều trị 20 ngày và cấp toa thuốc về. Bệnh nhân thấy khó thở giảm nhẹ, thỉnh thoảng vẫn lên cơn khó thở khi gắng sức, uống thuốc thấy giảm khó thở.
- Chưa ghi nhận tiền căn: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, phù, đau nhức xương khớp, suy thận, COPD, hen, lao phổi trước đây.
 - b. Ngoại:
 - Chưa ghi nhận phẫu thuật trước đây
 - c. Thói quen và dị ứng:

- Không hút thuốc lá. Uống rượu bia ít
 - Không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn
2. Tiền căn gia đình: Không ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, suy tim, ĐTĐ, bệnh thân mạn
- V. Lược qua các cơ quan: 7h 3/5/2017**
- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
 - Hô hấp: khó thở theo tư thế, không ho
 - Tiêu hóa: không đau bụng, buồn nôn, nôn. Đi tiêu bình thường, phân vàng đóng khuôn
 - Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt, 1.5l/ngày
 - Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
 - Tứ chi: không đau nhức các khớp, cử động khó chân phải
- VI. Khám lâm sàng: 7h 3/5/2017**
1. Tổng trạng :
- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu cao 2 gối
 - Sinh hiệu :
Mạch : 76l/p HA : 100/60 mmHg
Nhiệt độ : 37°C
Chiều cao : 1m65 Cân nặng : 58kg
→BMI= 21.3 kg/m² Tổng trạng trung bình
 - Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng
 - Môi không khô, lưỡi không dơ
 - Không dấu móng trắng, không ngón tay dùi trống, không lòng bàn tay son, không dấu sao mạch.
 - Không phù. Hạch ngoại biên không sờ chạm
2. Đầu mặt cổ :
- Cân đối, không biến dạng
 - Không có bệnh lý răng miệng
 - Môi không khô, lưỡi không dơ
 - Tĩnh mạch cổ nổi 45° (-), phản hồi gan cảnh (-)
 - Tuyến giáp không to
 - Khí quản không lệch
3. Ngực:
- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không biến dạng, khoảng gian sườn không giãn rộng, không co kéo cơ hấp phụ, không gù vẹo, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
 - a. Tim:
 - Mỏm tim mờ ở KLS VI lệch ra ngoài đường trung đòn trái 3cm, diện đập 1x2cm²
 - Không dấu nảy trước ngực, dấu Harzer (-), không rung miêu, không ổ đập bất thường.
 - Tim đều tần số 76l/ph, T1, T2 rõ
 - Ổ ổ van 2 lá : Âm thổi toàn thì tâm thu, dạng tràn, cường độ 3/6, lan ra nách, tăng khi nằm nghiêng sang trái
 - b. Phổi:
 - Rung thanh đều. Gõ trong. Rì rào phế nang êm dịu. Không rale
4. Bụng:

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không sọc mổ cũ
- Nhu động ruột 5l/ph
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- Gõ trong khắp bụng
- Bờ trên gan KLS 5, bờ dưới gan không sờ chạm, rung gan (-) , ấn kẽ sườn (-)
- Lách không sờ chạm
- Chạm thận (-)
- 5. Thần kinh:
 - Cổ mềm không dấu thần kinh định vị
 - Không yếu liệt chi
- 6. Cơ xương khớp:
 - Không sưng nóng đỏ đau các khớp
 - Vận động khó chân phải

VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 81 tuổi, nhập viện vì khó thở, nhập viện ngày thứ 2 quan thăm khám và hỏi bệnh phát hiện:

- a. TCCN:
 - Khó thở gắng sức→khó thở khi nằm
 - Giảm ngưỡng gắng sức
 - Khó thở giảm khi ngồi tăng khi nằm
- b. TCTT:
 - Mỏm tim mờ ở KLS VI lệch ra ngoài đường trung đòn trái 3cm
 - Tim đều, tần số 76 l/p
 - Âm thổi toàn thì tâm thu tại ổ van 2 lá, cường độ 3/6, lan ra nách, tăng khi nghiêng trái

VIII. Đặt vấn đề:

1. HC van tim
2. HC suy tim

IX. Chẩn đoán sơ bộ: Suy tim độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA, nguyên nhân do hở van 2 lá thoái hoá yếu tố thúc đẩy là hở van 2 lá nặng do thoái hoá

X. Chẩn đoán phân biệt:

XI. Biện luận: (chị chưa sửa)

1. HC van tim:
 - Mỏm tim:
 - + Bệnh nhân có âm thổi toàn thì tâm thu, rõ hơn khi nghiêng trái nên nghĩ hở van 2 lá. Âm thổi này cường độ 3/6, lan ra nách nên nghĩ nhiều là hở thực thể.
 - + Nguyên nhân hở van 2 lá trên bệnh nhân này:
 - Vôĩ hoá: nghĩ nhiều do bệnh nhân lớn tuổi, mới xuất hiện khó thở 3 tháng
 - Hậu thấp: không nghĩ vì bệnh nhân lớn tuổi, chưa ghi nhận tiền căn đau nhức xương khớp trước đây, bệnh nhân cũng không viêm họng trong vòng 1 năm nay
2. HC suy tim:
 - Bệnh nhân có hội chứng suy tim theo tiêu chuẩn Framingham có:
 - + Tiêu chuẩn chính: Khó thở khi nằm, tim to

- + Tiêu chuẩn phụ: khó thở khi gắng sức
- Bệnh nhân có khó thở khi gắng sức, sau đó khó thở khi nằm, nằm kê cao 2 gối, khám thấy tim to → suy tim T
Bệnh nhân không có gan to, TMCN (-), không phù, dấu Harzer (-), dấu nẩy trước ngực âm tính nên không nghĩ có suy tim P
- Phân độ suy tim theo NYHA: Độ III vì khó thở khi bệnh nhân đi xung quanh nhà, khi nghỉ ngơi không khó thở
Phân độ suy tim theo ACC/AHA: Bệnh nhân có bệnh van tim và triệu chứng suy tim nên nghĩ giai đoạn C
- Nguyên nhân:
 - + Bệnh lý van tim: nghĩ nhiều do bệnh nhân có van 2 lá do thoái hoá đã biện luận ở trên
 - + Tăng huyết áp: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp, huyết áp lúc nhập viện và lúc đo là 100/60 mmHg
 - + Bệnh mạch vành: ít nghĩ do bệnh nhân không đau ngực nhưng không thể loại trừ bệnh mạch vành yên lặng do bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là lớn tuổi → đề nghị ECG, siêu âm tim
 - + Bệnh lý rối loạn nhịp: ít nghĩ do tim bệnh nhân vẫn đều nhịp tim 76l/p không nhanh không chậm
 - + Bệnh lý cơ tim: bệnh nhân lớn tuổi (81) không thể loại trừ → đề nghị siêu âm tim khảo sát bề dày tim
- Yếu tố thúc đẩy:
 - + Nhồi máu cơ tim: ít nghĩ, đã biện luận
 - + Rối loạn nhịp: ít nghĩ đã biện luận
 - + Tăng huyết áp: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn tăng huyết áp, huyết áp lúc nhập viện và lúc đo là 100/60 mmHg
 - + Không tuân thủ điều trị: không nghĩ do bệnh nhân vẫn uống thuốc theo toa đều đặn hằng ngày
 - + Bệnh ngoài tim:
 - Nhiễm trùng: không nghĩ do bệnh nhân không có sốt, môi không khô lưỡi không đỏ.
 - Cường giáp: không nghĩ do bệnh nhân không nói nhiều, không run tay, khám tuyến giáp không to, không có âm thổi vùng tuyến giáp
 - Thuyên tắc phổi: không nghĩ do bệnh nhân không ho ra máu không đau ngực, không có các yếu tố nguy cơ như khối tĩnh mạch sâu ...
 - Thiếu máu: không nghĩ do khám thấy da niêm hồng, thở 20l/ph

XII. Cận lâm sàng:

1. Cận lâm sàng chẩn đoán:
 - CTM
 - Albumin máu, Bilirubin, AST, ALT, PT, APTT
 - Bilan lipid máu
 - Troponin I, CK, CKMP
 - BNP, NT-proBNP

- TPTNT, BUN, creatinin huyết thanh
 - Xquang ngực thẳng
 - Siêu âm bụng
 - ECG, siêu âm tim
2. Cận lâm sàng thường qui: Đường huyết, ion đồ

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

Họ tên: Đoàn Thị Kim P. Tuổi: 49 Giới tính: Nữ
Nghề nghiệp: Làm ruộng
Địa chỉ: Ấp Phụng Thạnh, Thạnh Tiến, Vĩnh Thạnh, Cần Thơ
Ngày nhập viện: 20h29 ngày 4/5/2017.
Giường 44, phòng 6, khoa Nội Tim mạch, Bv Chợ Rẫy

II: Lý do vào viện: Đau đầu.

III: Bệnh sử:

- Cách nhập viện 20 ngày, sau khi ăn thịt kho BN đau đầu, đau nhiều vùng đỉnh lan trán và chẩm, từ từ tăng dần, đau liên tục, không yếu tố tăng giảm kèm vã mồ hôi, nôn ói ra hết thức ăn vừa mới ăn, không lẫn máu, cảm giác choáng váng, nhà cửa xoay liên tục, nhắm mắt lại thì giảm khiến BN không dám mở mắt, không đi lại được. BN vẫn còn nói được, không mê sảng, không ngất, không co giật, không yếu liệt. Cơn đau nhiều hơn vào buổi sáng, giảm khi về chiều → BN đi khám tư được tiêm thuốc không rõ loại.

- Cách nhập viện 17 ngày, các triệu chứng không thuyên giảm → BN nhập viện An Giang được đo huyết áp, HA tâm thu là 200mmHg và được chẩn đoán là Rối loạn tiền đình, ĐTĐ, Tăng huyết áp → được điều trị 17 ngày.

Trong quá trình nằm viện An Giang BN hết nôn ói nhưng vẫn còn đau đầu chóng mặt hoa mắt với mức độ tương tự không giảm → nhập viện Chợ Rẫy

- Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không đau ngực, không khó thở không ho, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không chảy máu cam, không yếu liệt cơ, đi tiểu dễ, không gắt buốt, lượng nước tiểu khoảng 1l/ngày, (uống 1,5l/ngày), không tiểu máu, đi tiêu phân vàng đóng khuôn.

- Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh tỉnh, tiếp xúc được

Sinh hiệu:

Mạch: 100 l/ph

Huyết áp: 210/120 mmHg

Nhiệt độ: 37 độ

Nhịp thở: 20l/ph

IV: Tiền căn:

1) Bản thân:

- Nội khoa

+ BN thỉnh thoảng có lên cơn đau đầu, chóng mặt với mức độ nhẹ hơn và hết khi dùng Amlodipine.

+ Tăng huyết áp 5 năm đang điều trị bằng thuốc Amlodipine 1v/ngày, điều trị không đều. Huyết áp tâm thu bình thường là 130mmHg, huyết áp tâm thu cao nhất là 190mmHg, huyết áp dễ chịu là 160 mmHg.

+ Uống thuốc tránh thai hằng ngày 20 năm đã ngưng 4 tháng

+ Chưa từng yếu liệt, co giật, ngất xỉu, đau ngực, tiểu máu.

+ Không sử dụng thuốc cam thảo, thuốc đau khớp,...

+ Không ghi nhận các bệnh lý tim mạch, hẹp eo ĐMC, bệnh thận, bệnh nội tiết, rối loạn lipid máu, ĐTĐ trước đó

- Ngoại khoa: Mổ cườm nước mắt (T) 3 tháng trước tại bệnh viện Mắt TP HCM

-Sản phụ khoa: PARA:3003

-Lối sống:

+ Không hút thuốc lá

+ Không uống rượu bia

+ Ăn mặn

+Không ghi nhận tiền căn dị ứng với thuốc, thức ăn, lông mèo, lông chó,...

2) Gia đình: Không ghi nhận các bệnh lý tim mạch sớm, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận đa nang...

V: Lược qua các cơ quan:

-Tim mạch: Không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau ngực

-Hô hấp: Không khó thở, không ho

-Tiêu hóa: Không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng, không nhày máu.

- Tiết niệu: Không tiểu gắt, không tiểu buốt, nước tiểu vàng trong, lượng khoảng 1l/ngày

-Thần kinh: Đau đầu giảm, chóng mặt giảm, hoa mắt giảm (còn 7/10 so với lúc nhập viện)

-Cơ xương khớp: Không yếu liệt chi, không đau xương khớp

VI. Khám bệnh (6h25 ngày 6/5/2017) (Sau nhập viện 2 ngày)

a) Toàn thân:

-Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không dám mở mắt.

-Sinh hiệu:

Mạch 100 l/ph;

HA: Tay (T): 180/90 mmHg ; Tay (P) : 180/90 mmHg

Nhiệt độ: 37 độ

Nhịp thở 21 l/p.

-BMI= 23,2 kg/m² (cân nặng: 58kg. chiều cao: 1,58m) → thể trạng thừa cân

-BN nằm đầu ngang

-Da niêm hồng, không tím môi đầu chi,

-Không phù, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da.

-Chi ấm, mạch quay 2 bên đều rõ, mạch mu chân đều rõ

-Không có ngón tay dùi trống, không móng tay khum.

-Dấu se điếu(-), dấu giết dây chuông(-), dấu Osler(-)

-Môi không khô, lưỡi không dơ

-Hạch ngoại vi không sờ chạm.

b) Khám vùng:

1) Đầu mặt cổ:

-Cân đối, không biến dạng, không vết thương, không u, không sẹo.

-Mắt nhìn mờ

-Tuyến giáp không to, khí quản không lệch

-Họng sạch

-Tĩnh mạch cổ nổi (-) (tư thế 45 độ)

2) Lồng ngực:

-Lồng ngực cân đối, di động đều 2 bên theo nhịp thở, thở êm, không gù vẹo không xuất huyết dưới da, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mổ cũ

•Tim:

-Mỏm tim ở khoang liên sườn V, trên đường trung đòn (T), diện đập 2x1 cm²

-Không có ổ đập bất thường

-Rung miêu(-), dấu nảy trước ngực(-), Harzer(-)

-Nhịp tim đều, tần số 100 l/ph, T1,T2 rõ, không âm thổi, không tiếng tim bệnh lí

•**Phổi:**

-Lồng ngực dẫn nở đối xứng 2 bên

-Rung thanh đều hai bên

-Gõ trong

-RRPN êm dịu, không rale.

3. **Bụng**

- Bụng phẳng, cân đối, không tuần hoàn bàng hệ, di động theo nhịp thở, không sọc, không vết rạn da, không cử động bụng ngực bất thường.

-Âm ruột: Âm sắc không cao, nhu động ruột 6l/ph

-Bụng mềm, ấn không đau.

-Bờ dưới gan không sờ chạm. Bờ trên gan ở KLS V trên đường trung đòn (P), chiều cao gan 7cm

-Lách không sờ chạm.

-Gõ trong khắp bụng.

-Chạm thận (-), Bập bênh thận (-)

4) **Thần kinh:** Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

5) **Cơ xương khớp:** Không đau xương khớp, không yếu liệt chi

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ, 49 tuổi, nhập viện vì đau đầu, bệnh 22 ngày. Qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận:

•**TCCN:**

-Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt.

•**TCTT:**

-Huyết áp lúc nhập viện: 210/120 mmHg

-Huyết áp lúc khám: 180/90 mmHg

•**Tiền căn:** Tăng huyết áp 5 năm điều trị không đều.

VIII: Đặt vấn đề:

-Con tăng huyết áp

IX: Chẩn đoán sơ bộ: Con tăng huyết áp khẩn cấp/Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC7, biến chứng mắt.

X: Chẩn đoán phân biệt:

XI: Biện luận:

-BN đã được chẩn đoán Tăng huyết áp nguyên phát 5 năm đang điều trị huyết áp tâm thu dễ chịu của BN là 160mmHg→Tăng huyết áp độ 2 theo JNC7

-BN ăn mặn, điều trị thuốc không đều. Lần này BN vào viện vì đau đầu, chóng mặt, hoa mắt, nôn ói, huyết áp lúc vào viện là 210/120mmHg, lúc khám là 180/90 mmHg. BN không có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích→BN có con tăng huyết áp khẩn cấp

-**Nguyên nhân tăng huyết áp:**

Thứ phát:

+Do thuốc: BN có dùng thuốc tránh thai nhưng đã nghỉ 4 tháng nay, gần đây BN không dùng thuốc cam thảo, không dùng corticoid hay bất kì thuốc gì→không nghĩ

+Hẹp eo ĐMC: BN 49 tuổi, không ghi nhận tiền căn hẹp eo ĐMC, cơ thể phát triển cân xứng, mạch chi trên chi dưới đều rõ, không dấu Suzman, thăm khám không có âm thổi vùng liên bả vai→không nghĩ

+Bệnh thận:

-Bệnh lý nhu mô thận:

- Bệnh thận đa nang:BN không có tiền căn bệnh thận trước đây, gia đình không ghi nhận bệnh thận đa nang, không tiểu máu, không có cơn đau quặn thận khám thận không có bất thường →không nghĩ đề nghị siêu âm bụng kiểm tra

- Thận ứ nước:BN không có tiền căn thận ứ nước, không có cơn đau quặn thận, không tiểu ít, không có bất thường khi khám→không nghĩ

- Viêm cầu thận:BN không tiểu máu, không tiểu ít, không có nhiễm trùng trước đó→không nghĩ

-Bệnh đường tiết niệu:Không ghi nhận tiền căn sỏi, u bướu đường niệu, không có cơn đau quặn thận, không tiểu ít, không tiểu rất buốt→ đề nghị siêu âm bụng kiểm tra

-Bệnh mạch máu thận: Không ghi nhận tiền căn hẹp hoặc dị dạng động mạch thận, không nghe âm thổi vùng bụng nhưng không thể loại trừ vì ở BN lớn tuổi, thể trạng thừa cân thì đây là nguyên nhân thường gặp→siêu âm Doppler mạch máu thận kiểm tra

+Bệnh nội tiết:

-Cường giáp:BN ,lâm sàng không có triệu chứng gợi ý(không sụt cân, mắt không lồi, tuyến giáp không to, không có bướu giáp mạch ,không kích động, không cảm giác nóng thường trực, không run tay,...) nhưng không loại trừ cường giáp giai đoạn sớm→đề nghị định lượng TSH, FT3, FT4 trong máu

-Nhược giáp:Lâm sàng không có triệu chứng gợi ý(không chậm chạp, không thấy lạnh thường xuyên, nhịp tim không chậm,...)→ít nghĩ→đề nghị siêu âm tuyến giáp, định lượng TSH, FT3,FT4 trong máu

-U túy thượng thận: BN 49 tuổi ,không có tiền triệu kiến bò, đau bụng,vết bẻ ở chân, không có cơn tăng huyết áp khởi phát sau xúc động, cười to trước đó→ít nghĩ→đề nghị định lượng metanephrin niệu 24h

-U vỏ thượng thận:BN không yếu liệt chi, không dị cảm→ít nghĩ→Ctscan tuyến thượng thận kiểm tra

-Hội chứng Cushing:BN không dùng corticoid lâu ngày, không có vẻ mặt Cushing, chân tay không khô không teo, không béo trung tâm→ít nghĩ→đề nghị định lượng 17-cetosteroid, 17-OH-corticosteroid

Nguyên phát: BN có nhiều yếu tố THA như ăn mặn, thể trạng thừa cân, đã được chẩn đoán THA cách đây 5 năm(lúc 44 tuổi) nhưng điều trị thuốc không đều. THA nguyên phát chiếm 90% trong số BN THA→ nghĩ nhiều.

-Biến chứng:

+Tại tim:

-Phì đại thất (T):Khám thấy mỏm tim ở KLS 3 trên đường trung đòn (T), mỏm không này mạnh kéo dài→ít nghĩ→đề nghị siêu âm tim

-Suy tim:BN không có khó thở khi gắng sức, không khó thở khi nằm, không khó thở kịch phát về đêm, thăm khám tim không thấy bất thường→không nghĩ

-Bệnh mạch vành:BN không có đau ngực kiểu mạch vành, không hồi hộp đánh trống ngực nhưng không thể loại trừ thiếu máu cơ tim yên lặng→ECG gắng sức để tầm soát BN

+Não:

-Đột quỵ, cơn thiếu máu não thoáng qua: BN không yếu liệt chi, không méo mặt, không nói khó, không lẫn lộn, hiện tại bệnh tình, tiếp xúc tốt→đề nghị CT-scan não kiểm tra

+Mắt:BN đã từng được chẩn đoán tăng nhãn áp và được mổ cách đây 3 tháng→nghĩ nhiều→đề nghị soi đáy mắt kiểm tra

- +Thận:BN không tiểu ít, không tiểu bọt, không tiểu máu→đề nghị tổng phân tích nước tiểu, BUN, creatinin
- +Mạch máu:
 - Xơ vữa ĐM: không có dấu se điều, osler, dấu giật dây chuông nên không nghĩ
 - Phình ĐMC ngực: BN không đau ngực, không có dấu hiệu chèn ép (khó thở, khàn tiếng, nên không nghĩ.
 - Phình bóc tách ĐMC:BN không đau ngực như xé, không đau bụng khám không có âm thổi vùng bụng→không nghĩ
 - Bệnh ĐM chi dưới: BN không đau cách hời nên không nghĩ

XII:Đề nghị cận lâm sàng

CLS chẩn đoán nguyên nhân:

- Siêu âm bụng, Siêu âm tuyến giáp
- ECG gắng sức
- Tổng phân tích nước tiểu, BUN, creatinin
- Siêu âm Dopler thận và động mạch thận
- Ctscan tuyến thượng thận
- Định lượng FT3,FT4, TSH máu, metanephrin niệu 24h, 17-cetosteroid và 17-OH-corticosteroid niệu 24h

CLS chẩn đoán biến chứng:

- Soi đáy mắt
- Siêu âm tim
- Siêu âm Dopler mạch máu chi dưới

B.CLS thường quy:

- Công thức máu, xét nghiệm đông máu
- Ion đồ, đường huyết
- Xét nghiệm men gan:AST,ALT

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên: Nguyễn Văn M.
2. Giới: Nam
3. Năm sinh: 74 tuổi.
4. Nghề nghiệp: Thợ hàn đã nghỉ 10 năm.
5. Địa chỉ: Đồng Nai.
6. Ngày giờ nhập viện: 17h ngày 26/4/2017
7. Giường 15: phòng 1, khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy.

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Khó thở

III. BỆNH SỬ:

-Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân cảm thấy khó thở liên tục khởi phát lúc đi khoảng 200m (**khó thở khi gắng sức**), hai thì kiểu bóp nghẹt, giảm khi nghỉ, bệnh nhân thường thức dậy giữa đêm vì khó thở, sau khi ngồi dậy thì giảm khó thở (**khó thở khi nằm**). Sau khi ăn (bò kho) vào buổi sáng, bệnh nhân cảm thấy chóng mặt, đi không vững, bệnh nhân không tự điều trị gì, thuốc huyết áp uống cách đó 13 giờ, được nhập cấp cứu bệnh viện Đồng Nai. Huyết áp bệnh nhân lúc nhập viện là 180/100 mmHg, chưa rõ chẩn đoán và điều trị. Trong 5 ngày nằm viện, huyết áp bệnh nhân được đo hằng ngày ở 130/70 mmHg không thấy có tình trạng huyết áp cao như lúc nhập viện, chóng mặt của bệnh nhân giảm còn 3/10 so với lúc nhập viện, khó thở giảm nên bệnh nhân xin xuất viện về nhà.

- Ngày nhập viện, bệnh nhân đi 100 m thì thấy khó thở liên tục hai thì, không giảm khi nghỉ ngơi, khó thở tăng dần khiến bệnh nhân không chịu nổi → nhập bệnh viện Chợ Rẫy.

- Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt.

Mạch 94 lần/phút

Huyết áp 150/90 mmHg (+180/100 → coi chừng suy tim diễn tiến xấu)

Nhiệt độ: 37 độ C

Nhịp thở: 25 lần/phút

SpO₂ = 96% thở khí trời.

- Trong quá trình bệnh 10 ngày, bệnh nhân vẫn sinh hoạt bình thường, vẫn còn khả năng làm việc nhà và vệ sinh cá nhân, không sụt cân, chán ăn, đau ngực, tím, phù, ho, ho khạc đàm, ho ra máu, khạc đàm vào buổi sáng, không mờ mắt. Nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt, thể tích nước tiểu 1.5-2 lít mỗi ngày. → **rất quan trọng**

IV. TIỀN CĂN:

1. Cá nhân

- **Nội khoa:**
 - + Cách 7 năm, bệnh nhân nhức đầu, chóng mặt đi khám ở bệnh viện Đồng Nai và được chẩn đoán là tăng huyết áp. Điều trị bằng thuốc Amlodipine 1v x 2. Trong 7 năm qua, BN không khó thở, không đau ngực, không yếu liệt, BN vẫn đang sinh hoạt bình thường. HA cao nhất là 170mmHg, HA dễ chịu là 130-140mmHg.
 - **THA : từ khi nào, HA cao nhất, HA dễ chịu, có điều trị ko, thuốc gì, uống có liên tục ko, có kiểm tra HA định kì ?**
 - BN lớn tuổi THA lâu năm → dẫn gốc ĐMC → coi chừng hở van ĐMC mà HA tâm trương cao (do áp lực máu dội vô thất trái tăng) → dễ OAP / hở van 2 lá + HA tâm thu cao → dễ OAP.**
 - + Cách 6 tháng, bệnh nhân khó thở khi gắng sức (khi bộ bộ 500m), khó thở khi nằm → khám ở bệnh viện Đồng Nai. Được chẩn đoán là hở van tim (, nang gan và nang thận (đặt vấn đề thận đa nang: là một bệnh di truyền, thường kèm theo nang gan).
 - + Trong thời gian này, bệnh nhân không dùng thuốc gì khác ngoài thuốc THA Amlodipine.
 - + Chưa từng chóng mặt và tăng huyết áp 180/100mmHg trước đây.
 - + Không ĐTĐ, NMCT
 - + Không lao COPD, hen
 - + Không cường giáp, nhược giáp, cường tuyến thượng thận, suy thận, rối loạn chuyển hóa lipid máu.
- **Ngoại khoa:** không ghi nhận phẫu thuật, thù thuật và chấn thương trước đây.
- **Sinh hoạt:**
 - + Ăn mặn. (**nhiều Na**)
 - **Bột nêm có chất điều vị E621 (Sodium glutamat), xí muối (có cam thảo), ngũ vị hương, muối, bột ngọt, đồ kho**
 - + Hút thuốc lá: trong 57 năm, mỗi ngày 1 gói (từ năm 17 tuổi tới năm 74 tuổi)→(không ghi cũng được) 57 gói.năm đã bỏ 7 ngày.
 - + Uống rượu: Mỗi ngày 80 g còn, một tuần 3 lần, uống từ năm 20 tuổi tới 67 tuổi) → bỏ đã bỏ 7 năm.
- **Dị ứng:** chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn (tôm cua, ghe: có chứa aa histydin, khi vào cơ thể sẽ được gan chuyển hóa thành histamine→ dị ứng)

2.Gia đình: Cha ruột, ông bà nội đã bị tăng huyết áp. (đã mất, chết vì biến chứng của THA)

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7 giờ ngày 27/4/2017) (triệu chứng lúc NV còn không ?

- Tim mạch: khó thở ít (còn 4/10 so với lúc NV), không hồi hộp, không đánh trống ngực.

- Hô hấp : không đau ngực, không ho.
- Tiêu hoá: không đau bụng , không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng, sệt, không nhày máu.
- Tiết niệu, sinh dục: Không tiểu gắt, không tiểu buốt, nước tiểu vàng trong.
- Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt, không mờ mắt, không tê tay chân..
- Cơ – xương khớp: Không đau nhức khớp.

→ chỉ cần ghi: Ngoài các triệu chứng trên, BN không than phiền gì thêm

VI. KHÁM: (7h ngày 27/4/2017, sau nhập viện 1 ngày)

1. Khám tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, môi không khô, lưỡi không dơ.
- Chi ấm, mạch đều rõ.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Không dấu xuất huyết dưới da
- Không ngón tay dùi trống
- Không có dấu se đỉu, không có dấu giạt dây chuông (dấu rắn bò), không có dấu xanthoma (u vàng), xanthelasma (ban vàng).
- Thể tạng thừa cân. BMI= 24,22 (cân nặng 70 kg, chiều cao 1.7 m)
- Sinh hiệu: HA: 130/90mmHg
Mạch: 90 lần/phút
Nhịp thở: 20 lần/ phút
Nhiệt độ: 37°C

Do BN có khó thở phù hợp với suy tim → thường có các NN (THA, van tim, BMV)

- BMV: BN có ytn (lớn tuổi, THA, hút thuốc lá >20g.n) → tìm dấu xơ vữa mm ngoại biên → dấu osler, dấu se đỉu, dấu giạt dây chuông, xanthoma, xanthelasma, cung mỡ ở mắt (trắng đục -> do tăng Cholesterol; vàng, xanh -> Wilson), dấu hiệu thùy tai (hay kèm BMV)

Khó thở trong suy tim do đa cơ chế:

- Do tình trạng sung huyết
- Do giảm tưới máu toàn thân → giảm tưới máu cơ hô hấp

2. Khám cơ quan

a. Đầu mặt cổ:

Cân đối, không biến dạng.

Tuyến giáp không to, khí quản không lệch.

Môi không tím, đầu ngón tay ngón chân không tím, không ngón tay dùi trống.

Không tĩnh mạch cổ nổi.

b. Lồng ngực:

Lồng ngực không biến dạng, cân xứng hai bên, di động theo nhịp thở, thở êm, không co kéo cơ hô hấp phụ, không lồng ngực hình thùng, không phù, không xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ, không gù vẹo, không u.

- Tim: -Diện đập mỏm tim không nhìn thấy.
 - Không ổ đập bất thường.
 - Mỏm tim KLS VI lệch ra ngoài đường trung đòn trái 2cm tư thế nằm nghiêng trái. Diện đập mỏm tim $2 \times 3 \text{ cm}^2$, nảy yếu.
 - Không rung miu.
 - Nhịp tim đều tần số 90 lần/phút, không tiếng tim bệnh lí.
 - Không âm thổi.
- Phổi: + Rung thanh đều 2 bên, gõ trong khắp phổi, RRPN êm dịu hai phế không ran bệnh lí.
 - + Cử động lồng ngực đều hai bên.

c. Bụng:

Bụng phẳng, cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sọc, không u sờ chạm.

Âm ruột: âm sắc bình thường, nhu động ruột 6 lần/phút.

Gõ trong khắp bụng .

Gan: Chiều cao gan 10 cm trên đường trung đòn phải, bờ dưới gan sờ chạm

- Lách: không sờ chạm
- Thận: Chạm thận (-)

d. Thần kinh: Cổ mềm

e. **Cơ xương khớp:** Không sưng nóng đỏ đau. Không biến dạng khớp. Không cử động bất thường. Không giới hạn vận động

f. **Chi.** – Chi trên: Mạch quay hai tay đều rõ tần số 90 lần/phút, không mạch huyệt, không dấu se sẹo, không dấu giât dây chuông. Chi ấm, không phù, không sưng, không loét.

- Chi dưới: Mạch mu chân, chày sau, khoeo, đùi hai bên đều rõ tần số 90 lần/phút. Chi ấm, không phù, không sưng, không đỏ, không loét.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam, 74 tuổi, nhập viện vì khó thở , bệnh 10 ngày, qua thăm khám phát hiện:

+ Triệu chứng cơ năng:

- Chóng mặt.
- Khó thở khi gắng sức, khó thờ khi nằm, khó thờ kịch phát về đêm.
- Huyết áp 180/100 mmHg.

+ Triệu chứng thực thể:

- + Không tĩnh mạch cổ nổi
- + Không phù.
- + Không lồng ngực hình thùng
- +Mỏm tim KLS VI lệch ra ngoài đường trung đòn trái 2 cm tư thế nằm nghiêng trái, diện đập $2 \times 3 \text{ cm}^2$, nảy yếu..
- + Không rung miu
- + Nhịp tim đều tần số 90 lần/phút, không tiếng tim bệnh lí. Không âm thổi.

+ Tiền căn:

- Tăng huyết áp 7 năm, tuân thủ điều trị.
- Hở van tim, nang gan, nang thận 6 tháng.
- Không ĐTĐ, NMCT.
- Không lao, hen COPD
- Không cường giáp, nhược giáp, không cường tuyến thượng thận, không suy thận, không rối loạn chuyển hóa lipid máu
- Ăn mặn
- Hút thuốc lá 57 gói. năm
- Uống rượu
- Tiền căn gia đình nhiều người mất vì tăng huyết áp.

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

1/ Khó thở. 2/ **HC suy tim (T)**

2/ **Tăng huyết áp → 3**

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ: Suy tim trái độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA yếu tố thúc đẩy ăn mặn, bỏ trị, huyết áp không kiểm soát do tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C.

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Đợt cấp COPD mức độ nhẹ yếu tố thúc đẩy THA trên nền COPD nhóm B GOLD 2017, chưa biến chứng/ Suy tim trái độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA yếu tố thúc đẩy ăn mặn, bỏ trị, huyết áp không kiểm soát do tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C.

XI. BIỆN LUẬN.

1. Tăng huyết áp:

- Huyết áp bệnh nhân khi nhập viện là 150/90 mmHg chưa uống thuốc, huyết áp lúc khám là 130/90 mmHg đã uống thuốc và đã được chẩn đoán tăng huyết áp cách đây 7 năm, dùng Amlodipine 2v/1 ngày, kiểm soát huyết áp tốt ở mức 130/90 mmHg → bệnh nhân tăng huyết áp.
- Bệnh nhân được chẩn đoán THA lúc 67 tuổi, nên có chỉ định tìm nguyên nhân:
 - Do thuốc: trong thời gian bệnh, bệnh nhân không dùng thuốc gì khác Amlodipine nên không nghĩ.
 - Hẹp eo động mạch chủ: bệnh nhân được phát hiện bệnh ở 67 tuổi, không có bất đối xứng cơ thể (phần trên cơ thể phát triển, phần dưới cơ thể kém phát triển), khám không nghe âm thổi ở khoảng liên bả vai, mạch bẹn hai bên đều mạnh nên không nghĩ.
 - Hẹp động mạch thận: Tuy không nghe âm thổi vùng động mạch thận, bệnh nhân đi tiểu 1,5-2 lít một ngày nhưng bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch: nam, 74 tuổi, hút thuốc lá 57 gói.năm, uống rượu nhiều nên không thể loại trừ. Đề nghị siêu âm Doppler động mạch thận hai bên.
 - Bệnh lý nhu mô thận:
 - + Bệnh thận đa nang: tuy bệnh nhân có đã được chẩn đoán là thận đa nang, gan đa nang ở tuyến trước, nhưng bệnh nhân phát bệnh lúc 67 tuổi, kèm khám không thấy thận to nên ít nghĩ. Đề nghị siêu âm bụng.
 - + Viêm cầu thận cấp: bệnh nhân có tăng huyết áp nhưng không có phù, không thiếu niệu, không tiểu máu đại thể nên ít nghĩ. Đề nghị TPTNT, BUN, Creatinin máu.
 - + Viêm cầu thận mạn: bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán bệnh thận trước đây, nhưng bệnh nhân có THA nên không thể loại trừ.

- + Lao thận: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn lao, không sụt cân, không sốt nên không nghĩ.
 - + K thận: bệnh nhân lớn tuổi nhưng bệnh nhân bệnh 10 ngày, không sụt cân, khám thận không phát hiện bất thường nên không thể loại trừ.
 - Bệnh lí chuyển hóa: khám tuyến giáp không to, không có dấu hiệu của bệnh chuyển hóa, không có tiền căn bệnh lí chuyển hóa trước đây nên không nghĩ.
 - Nguyên phát: nghĩ nhiều, do có thể trước đó bệnh nhân đã có tăng huyết áp nhưng không có đi khám sức khỏe định kì nên không được phát hiện bệnh, kèm nhiều yếu tố nguy cơ cao như: nam, 74 tuổi, hút thuốc lá 57 gói năm, uống rượu nhiều, tiền căn gia đình nhiều người bị tăng huyết áp.
- Huyết áp cao nhất của bệnh nhân là 170/100 mmHg → Tăng huyết áp độ 2 hai số theo JNC 7.
 - Biểu chứng:
 - + Thần kinh: bệnh nhân chưa từng bị đột quỵ hay ngất trước đây. Kèm không yếu liệt chi, khám vận động chi trong giới hạn bình thường, sức cơ bình thường nên không nghĩ biểu chứng nào.
 - + Mắt: Bệnh nhân không nhìn mờ, đề nghị CLS soi đáy mắt kiểm tra.
 - + Mạch máu: -Xơ vữa mạch máu: bệnh nhân chưa có biểu hiện triệu chứng gây ra bởi mảng xơ vữa trên lâm sàng, nhưng bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nên không loại trừ.
 - Phình bóc tách động mạch chủ ngực: tuy bệnh nhân già lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nhưng không có đau ngực, không có dấu hiệu thiếu máu chi, não nên chưa nghĩ đến.
 - Bệnh mạch máu chi dưới: khám thấy hai chi ấm, mạch mu chân, chày sau, khoe, đùi đều rõ, không đau, không tái, không loét, cơ không teo, sức cơ và cử động trong giới hạn bình thường nên chưa nghĩ biểu chứng bệnh mạch máu chi dưới.
 - + Tim: -Suy tim trái (như biện luận bên dưới).
 - Bệnh mạch vành: bệnh nhân không có triệu chứng gợi ý BMV nhưng bệnh nhân 74 tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nên không thể loại trừ BMV. Đề nghị ECG để tầm soát.
 - + Thận: Bệnh nhân tiểu nước tiểu vàng trong, không tiểu máu, lượng nước tiểu 1.5-2 lít trong quá trình bệnh nên ít nghĩ. Đề nghị TPTNT, siêu âm, Bun, Creatinin.
 - Đánh giá nguy cơ tim mạch: bệnh nhân đã có biểu hiện tổn thương cơ quan đích (suy tim trái) nên đánh giá nguy cơ C.
- Tóm lại: Bệnh nhân tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C biểu chứng suy tim trái.

2. Khó thở.

a. Bệnh tim mạch:

- + Suy tim trái: nghĩ nhiều do bệnh nhân bị tăng huyết áp 7 năm đang điều trị, khó thở diễn tiến phù hợp với suy tim, khám thấy mỏm tim KLS VI lệch ra ngoài đường trung đòn trái khi nằm nghiêng trái, diện đập mỏm tim 2x3 cm², nảy yếu. Đề nghị CLS siêu âm tim, Xquang ngực thẳng và NT-proBNP.
- + Hẹp van hai lá: Không nghĩ trên bệnh nhân này do khám không nghe âm thổi, clac mở van và rù tâm trương.

+ Chèn ép tim cấp: không nghĩ do bệnh nhân khó thở kéo dài diễn tiến phù hợp suy tim, kèm theo khám không có tĩnh mạch cổ nổi, không mạch nghịch.

b. Bệnh hô hấp

+ Đợt cấp COPD: bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá 57 gói/năm nhưng bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán COPD trước đây, không có tiền căn nhập viện vì đợt cấp, bệnh nhân không khạc đàm mạn, bình thường bn ko khó thở khám không có lồng ngực hình thùng, nghe phổi trong, không rale nên ít nghĩ. Đề nghị **đo chứng năng hô hấp có test dẫn phế quản**

+ Hen: bệnh nhân không có tiền căn mắc các bệnh dị ứng, gia đình không có ai bị hen kèm diễn tiến khó thở của bệnh nhân không có tính chất của hen: khó thở liên tục, hai thì, kéo dài bắt đầu từ khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm nên không nghĩ.

+ Viêm phổi: bệnh nhân không ho đàm, không sốt, khám phổi không nghe ran nổ nên không nghĩ.

+ Tràn dịch màng phổi: Khám không thấy HC ba giảm nên không nghĩ.

+ Tràn khí màng phổi: bệnh nhân nam, BMI=24, không gầy, không có tiền căn chấn thương hay làm thủ thuật trước đây kèm khám phổi không có hội chứng tràn khí màng phổi nên không nghĩ. → **chưa đặt dẫn lưu mà giảm khó thở nên ko nghĩ**

+ Thuyên tắc phổi: bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ như nằm bất động lâu ngày, gãy nhiều xương, gãy xương đùi, K, ... kèm sinh hiệu ổn, không có dấu hiệu suy hô hấp $SpO_2 = 96\%$ thở khí trời lúc nhập viện, khám phổi không nghe rale nên chưa nghĩ có thuyên tắc phổi.

c. Bệnh lý khác:

+ Trào ngược dạ dày tá tràng: không nghĩ do bệnh nhân không có đau ngực nóng rát sau xương ức sau ăn, kèm không có bệnh lý dạ dày tá tràng trước đây.

+ Nhược cơ: lồng ngực di động theo nhịp thở, tham gia thở tốt, sức cơ bệnh nhân trong giới hạn bình thường, kèm BMI =24.22 nên không nghĩ.

+ Thiếu máu nặng: Không nghĩ do niêm hồng.

→ Tóm lại từ khó thở, có hai nguyên nhân có thể ở bệnh nhân này là Suy tim trái và COPD.

- Biện luận suy tim:

+ Chẩn đoán suy tim trái: biện luận như trên.

+ Suy tim phải: nghe tim không âm thổi, không tĩnh mạch cổ nổi, không phù, không gan to, không lách to nên không nghĩ.

+ Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo Framingham:

- 1 tiêu chuẩn chính: khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm.
- 1 tiêu chuẩn phụ: khó thở khi gắng sức.

+ Phân độ suy tim:

- Bệnh nhân khó thở nhưng vẫn còn không giới hạn các hoạt động thường ngày, đi bộ 100 m thấy khó thở → Suy tim độ III theo NYHA..
- Bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc và có triệu chứng suy tim → giai đoạn C theo ACC/AHA.

+ Yếu tố thúc đẩy của đợt này là:

- Nhiễm trùng: không nghĩ do bệnh nhân không sốt, không ho khạc đàm, khám phổi bình thường.

- Bỏ trị: nghĩ nhiều do bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán suy tim trước đây nên không được điều trị thích hợp.
- Ăn mặn: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có ăn mặn.
- Tăng huyết áp: nghĩ nhiều do lúc nhập viện huyết áp bệnh nhân là 150/90 mmHg.
- Rối loạn nhịp. Không nghĩ do nhịp tim đều, không mạch hạt, không bất đồng tần số tim và tần số mạch.

+ Nguyên nhân:

- Nhồi máu cơ tim: bệnh nhân không có tiền căn đau ngực trước đây, nhưng bệnh nhân nhập viện vì khó thở có thể là một triệu chứng báo hiệu kèm có nhiều yếu tố nguy cơ như nam, 74 tuổi, hút thuốc lá 57 gói/năm, uống rượu nhiều nên không thể loại trừ. Đề nghị ECG và men tim troponin nhiều thời điểm.
- Tăng huyết áp: nghĩ nhiều (biện luận như trên)
- Bệnh van tim tắc nghẽn: không nghe âm thổi trên tim nên không nghĩ.
- Bệnh van tim do hở: khám không nghe âm thổi nên không nghĩ.
- Luồng thông trái phải: bệnh nhân khởi phát bệnh ở tuổi già, kèm không nghe âm thổi nên không nghĩ.
- Tâm phế: bệnh nhân khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần nhưng khám không ghi nhân lồng ngực hình thùng, không rale bệnh lí, không dấu hiệu tăng áp phổi như T2 mạnh, không dấu hiệu suy thất phải nên không nghĩ.
- Cường giáp: bệnh nhân không có tiền căn bị cường giáp, nhịp tim trong giới hạn bình thường, BMI = 24.22, khám giáp không to nên không nghĩ.
- Thiếu máu mạn: khám niêm không nhạt, giường móng hồng hào nên không nghĩ

→- Suy tim trái độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA yếu tố thúc đẩy ăn mặn, bỏ trị, huyết áp không kiểm soát do tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C.

- Biện luận COPD:

+Phân loại đợt cấp COPD: nhẹ vì bệnh nhân có diễn tiến khó thở tăng dần, khác biểu hiện thường ngày, khởi bệnh lúc tuổi già, không có tiền căn đợt cấp trong năm qua, kèm bệnh THA kiểm soát tốt.

+ Phân loại COPD: GOLD 2017 nhóm B (nhiều triệu chứng, nguy cơ thấp).

- ✓ Không có đợt cấp trong năm qua.
- ✓ mMRC: bệnh nhân khó thở đi được 100 m → mMRC=3.
- ✓ CAT: 10 điểm.
- Bệnh nhân không có ho: 0 đ
- Bệnh nhân không ho khạc đàm mạn: 0 đ
- Bệnh nhân không đau ngực: 0 đ
- Khó thở khi đi 100 m: 5 đ
- Không giới hạn hoạt động hằng ngày: 0 đ
- Tự có thể đi xa nhưng vẫn còn giới hạn vì bệnh: 1 đ
- Bệnh nhân thường thức dậy giữa đêm vì khó thở: 4đ
- Bệnh nhân thể trạng không suy kiệt: 0 đ

+ Yếu tố thúc đẩy:

- ThA nghĩ nhiều, do bệnh nhân nhập viện lần này huyết áp là 150/90mmHg
 - Nhiễm trùng hô hấp dưới: bệnh nhân không sốt, không ho khạc đàm, khám phổi không nghe rale nổi nên không nghĩ.
 - Dị nguyên: Không nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn dị ứng trước đây.
- + Biến chứng COPD:
- Suy hô hấp: không nghĩ do sinh hiệu bệnh nhân ổn, SpO₂ lúc nhập viện =96% thở khí trời, tri giác tỉnh tiếp xúc tốt.
 - Suy tim phải: không nghĩ.
- Đợt cấp COPD mức độ nhẹ yếu tố thúc đẩy THA trên nền COPD nhóm B theo GOLD 2017, chưa biến chứng.

Tóm lại:

Chẩn đoán sơ bộ: Suy tim trái độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA yếu tố thúc đẩy ăn mặn, bỏ trị, tăng huyết áp do tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C.

Chẩn đoán phân biệt: Đợt cấp COPD mức độ nhẹ yếu tố thúc đẩy THA trên nền COPD nhóm B GOLD 2017, chưa biến chứng/ Suy tim trái độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA yếu tố thúc đẩy ăn mặn, bỏ trị, tăng huyết áp do tăng huyết áp 2 số độ 2 theo JNC 7 nguy cơ C.

XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

A. CLS chẩn đoán:

- Siêu âm tim
- ECG, troponin I nhiều thời điểm
- X quang ngực thẳng
- NT-proBNP
- Soi đáy mắt
- TPTNT
- BUN, Creatinin

B. CLS thường qui

1. ion đồ, đường huyết, nhóm máu
2. Đông cầm máu
3. Xét nghiệm men gan: SGOT, SGPT
4. Công thức máu, hct
5. Bilan lipid máu.

TRẠI HỒ HẤP

<u>BS Ngọc – Khó thở - HC 3 giảm – Xơ gan</u>	60
<u>BS Ngọc - Ho ra máu - dẫn phế quản – lao phổi cũ – u nấm phổi (P)</u>	69
<u>BS Ngọc –Ho ra máu – K phổi</u>	76
<u>BS Ngọc - Ho ra máu - Lao</u>	91
<u>BS. Ngọc – Khó thở - Đợt cấp COPD</u>	96
<u>BS. Ngọc - Tiếp cận Khó thở - Đợt cấp COPD</u>	104
<u>BS Ngọc - Tiếp cận BN khó thở - Đợt cấp COPD</u>	110
<u>BS Ngọc - Khó thở cấp – Chưa tới chẩn đoán</u>	127
<u>BS Ngọc - Đau ngực – Viêm Phổi</u>	130
<u>Bs. Ngọc – Sốt - Viêm phổi</u>	137

BỆNH ÁN

1. Hành chính

- Họ và tên: Nguyễn Thu T. Phái: Nam 35 Tuổi
- Địa chỉ: Đồng Xoài, Bình Phước
- Nghề nghiệp: làm rẫy → hỏi kĩ hơn
- Ngày giờ nhập viện: 15h30h ngày 19/4/2017
- Số giường 5B Khoa: Nội hô hấp

2. Lí do nhập viện: Khó thở

Bn nam 35 tuổi, khó thở → nghĩ tới các nguyên nhân ở người trẻ tuổi

Phổi

Dị vật

Viêm phổi

Hen

TDMP/TKMP

Chấn thương ngực

Lao phổi

Tim

Nhồi máu cơ tim

Suy tim

Loạn dưỡng cơ

3. Bệnh sử

- Cách nhập viện 3 tháng bệnh nhân đột ngột vàng da (vàng da thường không đột ngột, thường do người nhà phát hiện ra), sốt (xác định thứ tự xuất hiện các triệu chứng sốt/vàng da/ đau nhức cơ), nước tiểu sậm màu, đau nhức cơ. BN đi khám ở bệnh viện nhiệt đới được chẩn đoán viêm gan siêu vi B đợt cấp, bn được điều trị tại bệnh viện một thời gian và sau đó được cho xuất viện và uống thuốc tại nhà. Triệu chứng đau nhức cơ, nước tiểu sậm màu sau đó không còn, vàng da giảm hẳn tuy nhiên sốt vẫn còn kéo dài cho tới thời điểm nhập viện.
- Cách nhập viện 7 tuần bệnh nhân bắt đầu ~~chướng bụng~~ **bụng to** (bụng chướng chỉ dành cho hơi)/(tính chất bụng to như thế nào??) căng tức, kèm theo phù 2 chân, phù không đau. (tính chất phù chưa khai thác rõ)/ **(sau bao lâu xuất hiện báng bụng thì phù chân → xem xét trình tự phù chân/ báng bụng, nếu trình tự khác biệt có thể do cơ chế khác nhau)**

(phù:

thời gian khởi phát nhanh, đột ngột trong vòng 1,2 ngày → thận

thời gian khởi phát chậm hơn → do tim, gan)

phù trong vòng bao lâu ??

buổi/ thời gian ??

nước tiểu ??

tư thế ??

- Tình trạng chướng bụng và phù diễn ra được vài ngày (**xác định rõ cách mấy ngày**) thì bệnh nhân bắt đầu khó thở liên tục 2 thì, mức độ **trung bình**. Khó thở giảm khi bệnh nhân nằm nghiêng trái, tăng khi bệnh nhân nằm nghiêng phải. Khi ngồi bệnh nhân cảm thấy bớt khó thở hơn khi nằm. Mức độ khó thở và ~~tần số các cơn khó thở~~ (**bn khó thở liên tục**) trong ngày tăng dần theo thời gian.

Các mức độ khó thở

Khó thở mức độ nhẹ: hoạt động thường ngày gây khó thở

Khó thở mức độ trung bình: hoạt động sinh hoạt cá nhân gây khó thở

Khó thở mức độ nặng: khó thở khi nghỉ

- Cách nhập viện 2 tuần, khó thở khiến bệnh nhân gặp khó khăn thực hiện các công việc dọn dẹp trong gia đình
- Cách nhập viện 1 tuần bệnh nhân có khó thở khi ngay cả nghỉ ngơi, không thể làm nổi việc nhà.
- Tình trạng khó thở, phù, bụng chướng khiến bệnh nhân đi khám tại bệnh viện CR 2 lần, lần lượt vào thời điểm cách nhập viện 2 tuần và 1 tuần. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan do siêu vi B và TDMP và được cho thuốc uống.
- Ở lần tái khám thứ 3, sau khi leo được một tầng lầu ở bệnh viện Chợ Rẫy để gặp bác sĩ, bệnh nhân đột ngột cảm thấy khó thở tăng nhiều, mệt mỏi phải tựa vào ghế ngồi nghỉ. Sau 10ph, khó thở có giảm nhưng không hết hoàn toàn. Bệnh nhân sau đó khám bệnh và được nhập bệnh viện CR cùng ngày
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ho, không vã mồ hôi, không đau ngực, không đau họng, không sổ mũi, không chảy mũi tai, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong, không rõ lượng, tiêu phân vàng (**tiêu có phân nước/ nhầy nhớt/máu mủ??**), không chán ăn, không nôn, buồn nôn, không tiêu chảy, không táo bón, không sụt cân

4. Tiền căn

- **Cá nhân**

Nội khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn lao phổi, hen, COPD, THA, tiểu đường, rối loạn lipid máu.
- **Tình trạng khó thở/ phù/ báng bụng trước đó có xảy ra hay ko ???**

Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

Thói quen sinh hoạt

- Hút thuốc lá: 1pack-year
- Uống rượu: trong vòng 2 năm nay mỗi ngày bệnh nhân uống 40g cồn, trước đó bệnh nhân uống ít không ghi nhận rõ lượng rượu sử dụng.
- Không ghi nhận tiền căn dị ứng

- Không ghi nhận tiền căn tiếp xúc với hóa chất độc hại như amiang, thuốc nhuộm (bn có làm các công việc như lợp tôn/ nhà máy xi măng/ nhà máy luyện thép/ luyện gang)

Dịch tễ

- Không ghi nhận từng tiếp xúc BN lao

Tiền sử tiềm chủng ?????

• Gia đình

- Mẹ bị tiểu đường(ĐTĐ) cách đây 3 tháng
- Ba từng bị xuất huyết tiêu hóa.

5. Lược qua các cơ quan

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: bệnh nhân vẫn khó thở liên tục 2 thì, mức độ khó thở không giảm
- Tiêu hóa: tình trạng chướng bụng(~~chướng bụng~~ **bụng căng to**) không giảm, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu: tiểu dễ, nước tiểu vàng trong, không rõ lượng
- Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau nhức

6. Khám lâm sàng 8g30 ngày 20/4/2017

• TỔNG QUÁT

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu bằng
- Da niêm: hồng hào, không vàng, không xanh, không tím, không xuất huyết dưới da
- BN phù toàn thân, phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau.
- ~~Đầu véo da (-)~~ **bn phù → chắc chắn ko có dấu hiệu mất nước**
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Dấu lòng bàn tay son (+)
- Sinh hiệu
 - Mạch 100l/ph
 - Nhiệt độ
 - Huyết áp 110/90
 - SpO2
 - Nhịp thở 26l/ph
- Thể trạng: chiều cao 1m68, cân nặng 55kg.
- **Kiểu thở bn ?? (ở bn này thở nhanh nông)**

• KHÁM TỪNG VÙNG

▪ ĐẦU MẶT CỔ

- Tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế đầu cao 45°, phản hồi gan-TM cổ âm tính
- Không âm thổi động mạch cảnh
- Mắt không lồi, nhìn rõ, niêm mạc dưới lưỡi vàng nhạt kết mạc mắt vàng nhạt
- Môi không khô, lưỡi sạch.
- Tuyến giáp không to
- Khí quản lệch sang phải

▪ NGỰC

Lồng ngực

- Lồng ngực cân đối, không dị dạng, di động **đều/ ko đều** theo nhịp thở. KLS không giãn rộng

- Có dấu sao mạch. Không vết thương, không sẹo mổ cũ, không xuất huyết, không u gồ bất thường.

Tim

- Mỏm tim: sờ mỏm tim ở KLS V **dọc bờ xương ức** bên P, diện đập 1x1 cm
- ~~Dấu này trước ngực (-)~~
- ~~Dấu harzer (-)~~ → **do tim lệch**
- Không có rung miều
- T1 rõ, T2 cường độ mạnh, tách đôi ở khoang liên sườn II bờ P xương ức, nhịp đều, tần số 100l/ph
- Không âm thổi tiếng tim bệnh lý

Phổi

- Rung thanh giảm phổi (T)
- Gõ đục phổi (T)
- RRPN phổi (T) giảm
- Tiếng dê kêu (+), không nghe rale
- **Giãn nở lồng ngực ????**
- **Tiếng ngực thăm/ tiếng vang phế quản ???**

▪ BỤNG

- Bụng to **báng (độ mẩy)**, bè 2 bên, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở. Không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, không sẹo mổ cũ
- Nhu động ruột: 3l/ph
Không nghe thấy âm thổi ở động mạch chủ bụng, động mạch thận 2 bên, âm thổi ở gan
- Dấu gõ đục vùng thấp (+), sóng vỗ (+), dấu vùng đục di chuyển (+)
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không khối u bất thường.
Gan: bờ trên KLS 4 bờ dưới không sờ chạm.
Lách khám không sờ chạm.
Dấu chạm thận (-)
Hậu môn -trực tràng
Thần kinh cơ xương khớp

7. Tóm tắt bệnh án

BN nam, 35 tuổi, nhập viện ngày 19/4/2017 vì khó thở, bệnh 1 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các bất thường

- TCCN
 - Khó thở (**mô tả tính chất**)
 - Chướng bụng → **bụng to**
 - ~~Sốt~~
 - Phù **toàn thân**
- TCTT
 - ~~Mạch 100l/ph~~
 - Nhịp thở 26l/ph
 - Niêm mạc mắt vàng
 - Tĩnh mạch cổ nổi
 - **Khí quản lệch sang phải/ tim lệch sang P**

- Dấu lòng bàn tay son
- Dấu sao mạch
- T2 mạnh, tách đôi
- HC 3 giảm (T)
- Tiếng dê kêu
- Báng bụng
- Phù
- Tiền căn
 - Viêm gan siêu vi B cấp
 - **Xơ gan do siêu vi B**

8. Đặt vấn đề

- HC 3 giảm (T) **+khí quản lệch P+ tim lệch P**
- HC suy tế bào gan
- ~~Hội chứng suy tim~~
- ~~Sốt kéo dài~~
- **Phù toàn thân**

Đặt vấn đề

1. HC 3 giảm+ khí quản lệch P+ tim lệch P
2. Phù toàn thân
3. H/c suy tế bào gan

9. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ TDMP (T) lượng nhiều, dịch thấm ngĩ do xơ gan do nhiễm HBV + sốt kéo dài do lao
- Chẩn đoán phân biệt
 - TDMP (T) lượng nhiều ngĩ do suy tim ứ huyết + sốt kéo dài do lao
 - TDMP (T) lượng nhiều ngĩ do lao phổi

CĐSB: TDMP (T) lượng nhiều, dịch thấm do xơ gan mất bù do HBV

CĐPB:

TDMP (T) lượng nhiều, dịch tiết ngĩ do lao màng phổi/ xơ gan mất bù do HBV

TDMP (T) lượng nhiều, dịch tiết ngĩ do K phổi di căn phổi/ xơ gan mất bù do HBV

TDMP (T) lượng nhiều, dịch tiết do HCTH

10. Biện luận

HỘI CHỨNG 3 GIẢM (T)

- Các nguyên nhân của hội chứng 3 giảm
- Thành ngực:
 - U thành ngực: không ngĩ do không sờ được, nhìn thấy được khối u
- Màng phổi
 - TDMP: ngĩ nhiều do bệnh nhân có hội chứng 3 giảm phổi T kèm khó thở, khám có tiếng dê kê.
 - Dày dính màng phổi: không ngĩ do trước đó bệnh nhân không có tiền căn tràn dịch màng phổi, không đau ngực kiểu màng phổi không ho khan
 - U màng phổi: ~~không ngĩ do bệnh nhân trẻ tuổi, không sụt cân, không suy kiệt~~

U nguyên phát: bn trẻ tuổi (35t). Bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá 1 gói- năm nên không xem hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ gây ung thư nguyên phát ở bn này. Tuy nhiên xuất độ ung thư ngày càng tăng ở người trẻ tuổi+ các triệu chứng của K phổi chỉ rõ rệt ở giai đoạn cuối→ không loại trừ.

U thứ phát: bn ko làm công việc như thợ mỏ/ nhà máy xi măng/ nhà máy luyện thép/ luyện gang trong thời gian dài vài chục năm nên không nghĩ

- Nhu mô phổi
 - Viêm phổi thùy kèm tắc lòng phế quản: bệnh nhân không ho, không đau ngực, môi không khô, lưỡi sạch, ~~bệnh nhân có sốt nhưng sốt kéo dài trên 3 tháng nên không nghĩ~~. Kèm theo Triệu chứng khó thở đã kéo dài trên 3 tuần, không phù hợp với tính chất khó thở có diễn tiến nhanh trong viêm phổi → không nghĩ
 - Áp xe phổi lớn ngoại biên: bn ko có tiền căn nhiễm trùng nha chu/ ko có tiền căn hít dịch nhiễm trùng vào nhu mô phổi (nghiện rượu, thuốc an thần, bệnh thần kinh, rối loạn ruột,...) + bệnh nhân không ho, không đau ngực, môi không khô, lưỡi sạch. Kèm theo Triệu chứng khó thở đã kéo dài trên 3 tuần không phù hợp với tính chất khó thở có diễn tiến nhanh trong viêm phổi → không nghĩ

DSM 5: TIÊU CHUẨN NGHIỆN RƯỢU ??

- Xẹp phổi: không nghĩ do khám không thấy lồng ngực xẹp, khoang liên sườn hẹp.
- K phổi ngoại biên: **biện luận tương tự như trên**

Anh giảng thêm: Nhóm nguyên nhân nhu mô bao gồm

- Viêm phổi thùy kèm tắc lòng phế quản
- K phổi vị trí ngoại biên
- Viêm phế quản phổi

- Bệnh nhân khám có hội chứng 3 giảm ở phổi bên T, kèm theo có tiếng dê kêu nên nghĩ nhiều bệnh nhân có **TDMP Trái**

Anh giảng thêm: Các nguyên nhân có thể gây hội chứng 3 giảm trên lâm sàng ở bn này

- **Tràn dịch MP:** nghĩ nhiều do khám HC 3 giảm (T) kèm khó thở, dễ thở hơn khi nằm nghiêng bên trái, khám có tiếng dê kêu, khí quản đẩy lệch sang P, mỏm tim nằm ở KLS V bên P.
- **Xẹp phổi:** không nghĩ do tim và khí quản được đẩy lệch sang bên đối diện, lồng ngực không xẹp, khoang liên sườn không hẹp
- **Dày dính màng phổi:** không nghĩ do KLS không hẹp khu trú, không đau ngực kiểu màng phổi, tiền căn bệnh lý màng phổi trước đó
- **Áp xe phổi ngoại biên** chưa vỡ mủ: bệnh nhân không có tiền căn nhiễm trùng nha chu như viêm lợi hay mủ lợi nhưng có nghiện rượu. Không ho, không đau ngực kiểu màng phổi, không mệt mỏi, không sụt cân không thiếu máu nhưng có sốt kéo dài nên không loại trừ. Đề nghị CLS X Quang phổi tìm hình ảnh mực nước hơi

- Khám thấy HC 3 giảm cả phổi (T), mỏm tim, khí quản đẩy lệch sang phải. Nên nghĩ **TDMP lượng nhiều**
- Nguyên nhân của TDMP ở BN:
BN có tràn dịch đa màng, phù toàn thân và có các triệu chứng gợi ý nguyên nhân là do **dịch thấm** (xơ gan, suy tim ứ huyết được biện luận ở dưới); tuy nhiên BN bị TDMP bên T, không

phù hợp với đặc điểm tràn dịch màng phổi dịch thấm là TDMP 2 bên hay bên P nên vẫn có nghĩ trường hợp BN TDMP **dịch tiết**.

Dịch thấm:

- Xơ gan: nghĩ nhiều có hội chứng suy tế bào gan, có báng bụng có thể do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, nguyên nhân xơ gan nghĩ nhiều là do virus do bệnh nhân đã được chẩn đoán có HBV
Anh giảng thêm: Các nguyên nhân gây xơ gan
 - Do virus: nghĩ nhiều do bệnh nhân đã được chẩn đoán có virus HBV
 - Do rượu: bệnh nhân có tiền căn uống rượu tuy nhiên chỉ uống nhiều trong thời gian gần 2 năm gần đây nên ít nghĩ.
 - Uống mật
- Suy tim: BN có TM cổ nổi, có khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần theo thời gian, khó thở khi nằm, nhưng không khó thở kịch phát về đêm. Có phù 2 chân, có tràn dịch màng phổi (đã biện luận ở trên) nên có nghĩ bệnh nhân bị suy tim (theo tiêu chuẩn Frammingham) → **BIỆN LUẬN THEO ESC**
- Viêm màng ngoài tim co thắt: không nghĩ do BN không đau ngực, không nghe tiếng có màng tim, tiếng tim không mờ
- HC thận hư: ~~không nghĩ do BN không phù mắt, phù không tăng vào buổi sáng, không phù tiến triển nhanh theo thời gian.~~ **Viêm gan B là một trong những yếu tố nguy cơ của HCTH+ bệnh nhân trẻ dễ bị HCTH → không loại trừ**
- Suy dinh dưỡng: không nghĩ do BN không có thể trạng suy kiệt, không thiếu ăn kéo dài, không có tiền căn cắt mất đoạn ruột

Dịch tiết

NHIỄM TRÙNG

- Lao phổi: bệnh nhân không ho, không đau ngực, không sụt cân, không chán ăn, đổ mồ hôi nhưng có sốt kéo dài. Kèm theo BN ở vùng dịch tễ lao do đó không loại trừ, đề nghị chọc dịch MP làm xét nghiệm ADA, XN tế bào dịch, PCR dịch.
(phân biệt lao phổi/ viêm phổi do lao)
- Nhiễm trùng:
 - Vi khuẩn: : **bệnh nhân không ho, không đau ngực, môi không khô, lưỡi sạch, .**
Kèm theo Triệu chứng khó thở đã kéo dài trên 3 tuần không phù hợp với tính chất khó thở có diễn tiến nhanh trong viêm phổi → không nghĩ
 - Virus: BN không có triệu chứng của nhiễm siêu vi (nhức mỏi cơ, đau khớp) trong đợt bệnh lần này nên không nghĩ, **thời gian nhiễm siêu vi ngắn (ngoại trừ một CMV, HSV)**
 - Nấm: **bệnh nhân không có cơ địa suy giảm miễn dịch nên ko nghĩ**

KHÔNG NHIỄM TRÙNG

- Ung thư màng phổi thứ phát: bl như trên
- Ung thư màng phổi thứ phát: bl như trên
- Bệnh lý tạo keo
 - Lupus ban đỏ: không nghĩ do bệnh nhân không có ~~biểu hiện xuất huyết phế nang~~ **(rất HIỂM khi biểu hiện xuất huyết phế nang)**, không có rụng lông rụng tóc, không có hồng ban dạng đĩa, hồng ban cánh bướm nên ko nghĩ
 - Viêm đa khớp dạng thấp: bệnh nhân không đau khớp, không teo cơ, không biến dạng khớp nên ko nghĩ.

- Thuyên tắc phổi: bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ như ngồi lâu, chấn thương, gãy xương, diễn tiến khó thở không đột ngột, không tím nên không nghĩ. (xơ gan → giảm các yếu tố đông máu → giảm nguy cơ tạo huyết khối)
- Chấn thương: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn chấn thương ngực.

SỐT KÉO DÀI

Triệu chứng sốt khởi phát từ lúc bệnh nhân bị viêm gan siêu vi B cấp và kéo dài hơn 3 tháng, tuy nhiên các bệnh do siêu vi thường rất ít khi sốt kéo dài nên nghĩ nhiều ngoài viêm gan siêu vi B bệnh nhân còn có một nguyên nhân khác gây sốt:

Các nguyên nhân gây sốt kéo dài

- Lao: bệnh nhân không có ho không đau ngực, không chán ăn không gầy sút sệt cân. Tuy nhiên bệnh nhân nằm trong vùng dịch tễ lao nên không loại trừ. đề nghị chọc dịch MP làm xét nghiệm ADA, XN tế bào dịch, PCR dịch.
- Sốt rét: không nghĩ do bệnh nhân không sốt cách 5-7 ngày.
- Siêu vi: không nghĩ do các bệnh nhiễm siêu vi thường ít khi sốt kéo dài.
- Ung thư: không nghĩ bệnh nhân trẻ tuổi (35t), thể trạng trung bình, không sụt cân, không chán ăn.
- Lupus ban đỏ: không nghĩ do bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết phế nang, không có rụng lông rụng tóc, không có hồng ban dạng đĩa, hồng ban cánh bướm nên ít nghĩ

Cận lâm sàng

- CLS chẩn đoán
 - X-quang ngực thẳng
 - Siêu âm ngực
 - chọc dò dịch màng phổi, xét nghiệm ADA, LDH, protein, dịch cấy màng phổi, PCR lao
- CLS chẩn đoán nguyên nhân:
 - XN Sinh hóa: bilirubin, phosphatase kiềm, gamma glutamyl transpeptidase, cholestesterone, AST, ALT, albumin, BNP, NT-pro BNP
 - Siêu âm tim
 - Chọc dịch màng bụng
 - Siêu âm bụng
 - Miễn dịch: HBsAg
- CLS thường quy
 - CTM
 - BUN máu, creatinin máu
 - aPTT, PT
 - TPTNT
 - ECG
 - Đường huyết
 - Ion đồ

CLS

Chuẩn đoán

- X quang ngực thẳng
- Siêu âm màng phổi

- Chọc dịch màng phổi

Chuẩn đoán nguyên nhân

- Sinh hóa (LDH/ protein/glucose/albumin/protid) TB dịch màng phổi
- Sinh thiết màng phổi
- AFB đàm
- Siêu âm bụng
- Chọc dịch màng bụng

CLS thường quy

- CTM
- BUN máu, creatinin máu
- aPTT, PT
- TPTNT
- ECG
- Đường huyết
- Ion đồ

BỆNH ÁN KHOA HÔ HẤP

I. Hành chính

Họ và tên: Đoàn Thị T

Giới: Nữ

Tuổi: 59T

Nghề nghiệp: nội trợ

Quê quán: huyện Ô Môn, tỉnh Cần Thơ

Khoa nội hô hấp bv Chợ Rẫy

Ngày nhập viện: 18h ngày 13/4/2017

II. Lý do nhập viện: Ho ra máu

III. Bệnh sử

- Cách nhập viện 2 tuần, vào buổi sáng BN đang ngồi nghỉ (**hoàn cảnh khởi phát, thời điểm**) thì thấy cảm giác tanh miệng (**tiền triệu**) sau đó ho ra máu đỏ tươi, lỏng, lẫn bọt, không lẫn đàm, không lẫn thức ăn, không mùi. Bn ho 1 cơn duy nhất, tổng lượng khoảng 100ml, lượng máu giảm dần sau mỗi lần ho. Bn được nhập bv Cần Thơ, được chẩn đoán, điều trị không rõ.
- Trong 2 tuần nằm viện tại cần thơ, #3 ngày bn ho ra máu 1 lần với tính chất tương tự lần đầu, lượng #180ml/lần. Ngày nhập viện, bn tiếp tục ho ra máu với tính chất tương tự, lượng #250ml → nhập Bv Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, Bn không sốt, không đau ngực, không ho khạc đàm, không khó thở, không ới, không chóng mặt, không chảy máu cam, không ngất, không tím tái, nước tiểu vàng trong lượng không thay đổi so với 2 tuần trước Nv, phân vàng.
- Tình trạng lúc nhập viện:
 - BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
 - HA: 100/60 mmHg.
 - M: 92 l/p.
 - NT: 20 l/p.
 - T⁰: 37⁰C.
- Diễn tiến sau nhập viện: sau nhập viện 6 ngày, bn ho ra máu 1 lần với tc tương tự lượng #100ml

IV. Tiền căn

1. Bản thân: (với mỗi bệnh, ngày xưa có triệu chứng gì khiến bệnh nhân phải đi khám?)

- Cách 20 năm, được chẩn đoán Lao phổi, điều trị 3 tháng (triệu chứng lúc đó ntn mà biết đi khám ra Lao?)
- Cách 14 năm, BN được chẩn đoán nấm phổi tại BV CR, điều trị cắt bỏ u nấm phổi.
- 14 năm nay Mỗi năm bn bị #4 đợt ho khạc đàm đổi màu từ xanh sang vàng có lẫn máu với tổng lượng 1 ngày không quá 2ml kèm sốt không rõ. Bn tự đi khám tư và khỏi sau #1 tuần.
- Cách 3 năm, bn được chẩn đoán THA, cao nhất #170mmHg, dễ chịu #110mmHg, điều trị đều.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch, ĐTĐ, hen PQ, COPD, K.
- Chưa ghi nhận tiền căn sử dụng các loại thuốc kháng đông, thuốc kết tập tiểu cầu. (lưu ý khai thác tiền sử dùng thuốc đặc biệt là kháng đông, kháng kết tập tiểu cầu khi tiếp cận BN ho ra máu)
 - Chưa ghi nhận tiền căn chấn thương
- Thói quen: không hút thuốc, không uống rượu

2. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch, THA, ĐTĐ, hen, COPD, K.

V. Lược qua các cơ quan

- Tim mạch: Không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp.
- Hô hấp: chưa ghi nhận ho ra máu, không khó thở.
- Tiêu hóa: Không đau bụng, không khó tiêu, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu: Không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong.
- Thần kinh: Không nhức đầu chóng mặt.
- Cơ xương khớp: Không đau nhức xương khớp, không yếu liệt chi, không giới hạn vận động.

VI. Khám lâm sàng (8h00 ngày 20/4/2017)

1. Tổng quan

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.
- Da niêm nhạt
- Chi ấm, mạch rõ.
- Sinh hiệu:
 - Huyết áp 110/70 mmHg.
 - T⁰: 37⁰C.
 - M: 80l/p.

- NT: 18l/p.
- Kết mạc mắt không vàng, môi không khô, lưỡi không dơ, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống, không dấu xuất huyết dưới da, không thở co kéo hô hấp phụ, không phù.
- 2. Khám cơ quan
- a. Đầu, mặt, cổ:
 - Cân đối, không biến dạng.
 - Tuyến giáp không to.
 - Khí quản không lệch(*Bn có tiền căn cắt u nấm, trên x quang có Khí quản lệch, khi khám cần thận*)
 - Không TM cổ nổi.
 - Khám vùng hầu họng không phát hiện sưng viêm hay chảy máu bất thường. (*khám LS BN ho ra máu phải khám thêm vùng hầu họng*)
- b. Lồng ngực:
 - Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, có sẹo mổ ở sau trên bên P dài 10cm
 - Tim:
 - Mỏm tim ở KLS V đường TĐ (T), nảy mạnh, diện đập 1x1cm².
 - Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miêu (-).
 - T1, T2 đều, rõ, tần số 75l/p.
 - Không ghi nhận tiếng tim bất thường, không âm thổi bệnh lý.
 - Phổi:
 - Gõ trong đều khắp 2 phổi.
 - RRPN êm dịu
 - Rale nổ ½ trên Phổi P
- c. Bụng:
 - Bụng phẳng, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không u, không vết rạn da, không tuần hoàn bàng hệ, không nữ hóa tuyến vú.
 - Nhu động ruột 5l/p, không âm thổi bất thường.
 - Gõ trong khắp bụng.
 - Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không u.
 - Gan: Bờ trên gan tại KLS V (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 10cm.
 - Lách không sờ chạm.
 - Chạm thận (-), Rung thận (-).
- d. Thần kinh: Cổ mềm, không yếu liệt, không dấu TK định vị.
- e. Cơ xương khớp: Không giới hạn vận động.

VII. Tóm tắt bệnh án

- BN nữ 52t, NV vì ho ra máu, bệnh 2 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:
 - TCCN: -Ho ra máu đỏ tươi lượng nhiều
 - không sốt, không ho khác đàm, không khó thở không đau ngực
 - TCTT: -da niêm nhạt
 - rale nổ ½ trên phổi P
 - không chảy máu vùng hầu họng
 - HA
 - Tiền căn:
 - 20 năm trước: Lao phổi, điều trị 3 tháng
 - 14 năm trước: cắt u nấm phổi
 - Ho đàm #4 lần 1 năm

VIII. Đặt vấn đề:

1. Ho ra máu.
2. Thiếu máu
3. Lao phổi cũ

IX. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ: Ho ra máu, lượng nhiều, chưa biến chứng, đang tiến triển, nguyên nhân do dẫn phế quản – lao phổi cũ – u nấm phổi (P).
- Chẩn đoán phân biệt:
 - Ho ra máu, lượng nhiều, chưa biến chứng, đang tiến triển, nguyên nhân do lao phổi tái phát
 - Ho ra máu, lượng ít, chưa biến chứng, đang tiến triển, nguyên nhân do u nấm phổi – lao phổi cũ – u nấm phổi (P).

X. Biện luận

1. Ho ra máu

- ❖ Bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý loét dạ dày tá tràng, không bệnh lý xơ gan. Ho ra máu đỏ tươi, lỏng, lẫn bọt, không lẫn đàm, không lẫn thức ăn, không mùi. Khám mũi và hầu họng không có tổn thương → bn ho ra máu thực sự
- ❖ Tổng lượng máu 1 ngày bệnh nhân ho ra trên 100ml nên nghĩ lượng nhiều
- ❖ Sau nhập viện 6 ngày bn ho ra máu với tc tương tự lần đầu nên nghĩ đang diễn tiến
- ❖ Bn có tiền căn phẫu thuật phổi bên P. Khám thấy bất thường bên P nên nghĩ nguồn gốc từ phổi P
- ❖ Bệnh nhân không khó thở không co kéo cơ hô hấp phụ, không vã mồ hôi, mạch 80l/p, HA:110/70, nhịp thở 18l/p, nhiệt độ 37°C nên nghĩ chưa có biến chứng

❖ Ho ra máu ở bn này nghĩ đến các nguyên nhân sau:

a. Nguyên nhân khí phế quản: Viêm phế quản cấp: Không nghĩ vì bệnh nhân không khởi phát bệnh bằng ho khan, không sốt, không có hội chứng nhiễm trùng hô hấp trên, khám không nghe thấy rale phổi.

- Viêm phế quản mạn: Không nghĩ vì bệnh nhân đã bỏ thuốc lá 10 năm, BN không có ho khạc đàm nhầy dính trắng vào buổi sáng kéo dài 3 tháng 1 năm và 2 năm liên tục, khám không thấy hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới, LN hình thùng.

- Dẫn phế quản: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân có tiền căn lao phổi, nấm phổi, ho ra máu dai dẳng. >>> Đề nghị CLS X-Quang ngực thẳng.

- Ung thư phế quản: Ít nghĩ vì bệnh nhân không chán ăn, không sụt cân không chủ ý gần đây, không hạch to, nhưng không loại trừ do BN lớn tuổi (52t), có tiền căn lao phổi, nấm phổi, ho ra máu dai dẳng.

>>> Đề nghị CLS X-Quang ngực thẳng, soi phế quản, Marker ung thư phế quản.

- **Dị vật đường thở: Không nghĩ vì BN không có hội chứng xâm nhập, không tiền căn hít sặc, ho sặc sụa dữ dội, tím tái.**

b. Nguyên nhân nhu mô phổi

- Viêm phổi: Không nghĩ vì BN không sốt, không khó thở, không nghe ran nổ ran ẩm.

- Lao phổi tái phát: Ít nghĩ vì BN không có hội chứng nhiễm lao chung (sốt về chiều, ớn lạnh, chán ăn, đổ mồ hôi, sụt cân), nhưng không loại trừ vì bệnh nhân sống ở VN là vùng dịch tễ lao, có tiền căn lao cách đây 13 năm.

>>> Đề nghị CLS X-Quang ngực thẳng, AFB đàm.

- Abscess phổi: Không nghĩ vì BN không sốt kéo dài, không ho ra đàm kèm mủ lượng lớn, **khám không thấy hội chứng 3 giảm (trong biện luận abscess phổi không được đưa hc 3 giảm vào vì khó phân biệt với tràn mủ màng phổi)**, không có các yếu tố nguy cơ như nhiễm trùng nha chu, nhiễm trùng đường hô hấp trên, không có yếu tố nguy cơ do hít các chất dịch nhiễm trùng.

- Ung thư phổi: Ít nghĩ vì bệnh nhân không sụt cân không chủ ý, không chán ăn, không hạch to, không khó thở, gia đình không có tiền căn ung thư, khám không thấy khò khè, không khàn tiếng, nhưng không loại trừ vì bệnh nhân có ho ra máu, tiền căn lao phổi, nấm phổi.

>>> Đề nghị CLS X-Quang ngực thẳng, CT-scan ngực.

- U nấm phổi tái phát: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân có tiền căn lao cách đây 13 năm, tiền căn nhiễm nấm phổi cách đây 8 năm.

>>> Đề nghị CLS X-Quang ngực thẳng, CT scan ngực.

c. Nguyên nhân do tim, mạch máu

- **Thuyên tắc phổi: Không nghĩ vì BN có điểm Wells score là 1đ: BN không có các triệu chứng như khó thở đột ngột khi nghỉ ngơi kèm đánh trống ngực, vã mồ hôi, ngất, tím,**

BN không có tiền căn huyết khối không có các yếu tố nguy cơ như gãy chi dưới gần đây, không có phẫu thuật gần đây, không nằm bất động lâu ngày. (thầy Ngọc thích chấm theo Wells score)

>>> Đề nghị CLS D-dimer, CT scan ngực.

- Tăng áp phổi: Không nghĩ vì BN không có tiền căn THA, không ho ra máu khi gắng sức, không suy tim trái, khám không sờ ổ van ĐMP ở KLS II bên trái, T2 bình thường (không mạnh, không tách đôi). (thường ho ra máu do tăng áp phổi là ho ra máu lượng ít xuất hiện khi gắng sức)
 - Phù phổi cấp: Ít nghĩ vì bệnh nhân không có cơn khó thở đột ngột, không ho khạc đàm bọt màu hồng, khám không phát hiện ran ẩm, BN không có suy tim trái.
 - Hẹp 2 lá: Ít nghĩ vì BN không có khó thở, khám không thấy T1 đanh, không clac mở van, không rù tâm trương.
- d. Chấn thương: Không nghĩ vì không ghi nhận tiền căn chấn thương ở BN (để khai thác nhưng dễ bỏ sót)
- e. Nguyên nhân do rối loạn đông máu:
- Xơ gan: Không nghĩ vì BN không có hội chứng suy tế bào gan, không có hội chứng tăng áp lực TM cửa.
 - Hemophilia A, B: Không nghĩ vì BN khởi phát ho ra máu năm 59 tuổi.
 - Hội chứng Goodpasture: Không nghĩ do BN không ho ra máu lượng nhiều, không tiểu máu.
 - Lupus: Không nghĩ vì BN nam, không có hồng ban cánh bướm, không rụng tóc, không nhức mỏi, đau khớp.
 - U hạt Wegener: Không nghĩ vì BN không chảy máu mũi, khám thấy vách mũi còn nguyên vẹn, không loét.

2. Thiếu máu

- ❖ *Thiếu máu cấp: bệnh nhân không kích thích, vật vã, lơ mơ, suy thận → không nghĩ*
- ❖ *Thiếu máu mạn:*
 - *tiền căn khó thở, mệt mỏi, tóc dễ rụng, móng tay dễ gãy,*
 - *Khám niêm nhạt, móng sọc*
 - *Nguyên nhân: Giảm sản xuất (suy đ, xơ gan, suy thận), tán huyết (da xanh, niêm nhạt, vàng da, lách to, hạch to), mất máu*

XI. Đề nghị CLS

1. CLS chẩn đoán

- X-Quang ngực thẳng.
- MSCT scan ngực.
- Nội soi phế quản. (chẩn đoán và điều trị)
- AFB đàm.

2. CLS thường quy

- CT máu, xét nghiệm đông máu. (đề nghị xét nghiệm đông máu khi tiếp cận BN ho ra máu)
- Ion đồ máu.
- TPTNT.
- AST, ALT.
- BUN máu, Creatinin máu.

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên: Trương Văn N
2. Giới: Nam
3. Năm sinh: 73 tuổi (sinh năm 1944)
4. Dân tộc: Kinh
5. Nghề nghiệp: trồng lúa.
6. Địa chỉ: Bạc Liêu.
7. Ngày giờ nhập viện: 12 h ngày 13/3/2017.
8. Giường: 1BC, phòng 1, bệnh viện Chợ Rẫy.

II. LÍ DO NHẬP VIỆN: Ho ra máu.

III. BỆNH SỬ:

- Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân bắt đầu ho khạc đàm trắng trong không lẫn thức ăn và máu với lượng khoảng nửa muỗng cà phê mỗi ngày 7-8 lần, không mùi, không yếu tố tăng giảm, bệnh nhân không có dùng thuốc giảm ho và diễn tiến tăng dần về tần số ho . -
- Sau đó 2 ngày thì bắt đầu ho ra máu đỏ tươi lẫn đàm có bọt, không lẫn thức ăn, không mùi hôi thối với lượng mỗi lần khoảng 1 muỗng cà phê (5ml) mỗi ngày khoảng 3-4 lần. Bệnh nhân ho ra máu tăng về thể tích và tần số ,kèm đau ngực phải, ê ẩm liên tục, tăng lên khi hít thở sâu và khi ho, giảm khi nằm nghiêng sang phải, đau lan ra sau lưng và lên vai phải, hạn chế đi lại do đau ngực, không có dùng thuốc để giảm đau. Bệnh nhân không sốt, không buồn nôn, nôn, sổ mũi, nghẹt mũi, viêm họng.
- Sau 4 ngày bệnh nhân đau ngực tính chất tương tự với cường độ đau tăng hơn nhưng bệnh nhân vẫn có thể chịu được kèm ho ra máu với tính chất tương tự nhưng màu sắc máu đỏ đậm hơn → nhập bệnh viện Bạc Liêu. Tại đây, bệnh nhân nằm viện 20 ngày, được chẩn đoán là viêm phổi, trong thời gian này bệnh nhân vẫn đau ngực và ho ra máu cùng tính chất. Sau đó bệnh nhân xin xuất viện và về nhà dùng thuốc nam trong vòng 1 tháng. Trong thời gian này, các triệu chứng đau ngực của bệnh nhân không thuyên giảm, ho ra máu vẫn xuất hiện với tính chất tương tự về lượng và tần suất.

- Ngày nhập viện, bệnh nhân thấy đau ngực cùng tính chất nhưng cường độ đau thì tăng dần nhưng vẫn còn khả năng chịu được. Nhưng ho ra máu đỏ sẫm với lượng máu tăng khoảng 2 muỗng cà phê và xảy ra 5-6 lần một ngày → nhập bệnh viện chờ rẫy.

- Tình trạng lúc nhập viện: bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng hào, mạch: 112 lần/phút, huyết áp: 130/80 mm Hg, nhiệt độ: 37 độ C, nhịp thở: 18 lần/phút, SpO₂: 96%

- Trong quá trình bệnh bệnh nhân sụt 15 kg /4 tháng (22%/4 tháng), bệnh nhân ăn uống kém. Bệnh nhân đi tiêu phân vàng, không tiêu chảy táo bón, nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt tiểu buốt, không lẫn máu.

- Diễn tiến từ lúc nhập viện: Ngày thứ 9 kể từ lúc nhập viện, bệnh nhân đau ngực với tính chất tương tự không thuyên giảm, nhưng ho ra máu giảm dần, lượng mỗi lần khoảng 1 muỗng cà phê, màu hồng nhạt mỗi ngày khoảng 2-3 lần. Bệnh nhân đi tiêu phân vàng, không tiêu chảy táo bón, nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt tiểu buốt, không lẫn máu.

IV. TIỀN CĂN:

1. Cá nhân

- Nội khoa:
 - Chưa từng ho ra máu trước đây.
 - Chưa ghi nhận tiền căn COPD, hen, lao phổi, tình trạng khạc đàm mạn, hội chứng Goodpasture, viêm loét dạ dày- tá tràng, xơ gan, ung thư, sử dụng thuốc chống đông, các bệnh lý huyết học và các bệnh lý di truyền về máu khác.
 - Không THA,, ĐTĐ
- Ngoại khoa: không ghi nhận tiền căn chấn thương, phẫu thuật trước đây.
- Cá nhân:- Hút thuốc lá 108 gói.năm hiện đã ngưng hai tháng.
 - Uống rượu bia.
 - Không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc và thức ăn như tôm, cua, hải sản,
 - Bệnh nhân sống cùng nhà với một người con trai, không còn người thân khác.

2. Gia đình: không ghi nhận tiền căn các bệnh lý về đường hô hấp như lao, hen, ung thư, THA, ĐTĐ, bệnh lý huyết học.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7 giờ ngày 22/3/2017)

- Hô hấp : ho khạc đàm máu khoảng 1 muỗng cà phê, màu hồng nhạt, có bọt
- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực, đau ngực.

- Tiêu hoá: không đau bụng , không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng, sệt, không nhày máu.
- Tiết niệu, sinh dục: Không tiểu gắt, không tiểu buốt, nước tiểu vàng trong.
- Thần kinh: Không đau đầu, không chóng mặt, không mờ mắt, không tê tay chân..
- Cơ – xương khớp: Không hạn chế vận động

VI. KHÁM: (7h ngày 22/3/2017)

3. Khám tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, môi không khô, lưỡi không dơ.
- Chi ấm, mạch đều rõ.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Không phù, không dấu xuất huyết dưới da
- Không ngón tay dùi trống
- Thể tạng tốt. BMI= 19.5 (cân nặng 53 kg, chiều cao 1.65 m)
- Sinh hiệu: HA: 110/70mmHg
Mạch: 90 lần/phút
Nhịp thở: 20 lần/ phút
Nhiệt độ: 37°C

4. Khám cơ quan

g. Đầu mắt cổ:

Cân đối, không biến dạng, không vết thương, không sẹo.

Tuyến giáp không to, khí quản không lệch.

Hầu họng không thấy có xuất huyết hay sưng hạch.

Mũi: không có máu khô, vách mũi lành lặn không loét không thủng.

h. Lồng ngực:

Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, thở êm, không co kéo cơ hô hấp phụ, không phù, không xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ, không gù vẹo, không u sẹo.

- Tim: Không thấy diện đập mỏm tim, không thấy ổ đập bất thường. Mỏm tim sờ thấy đập nhẹ ở KLS 5 đường trung đòn trái, diện đập mỏm tim 1 cm², Hazer (-), dấu nảy trước ngực(-), không rung miu. Nghe T1, T2 đều rõ, tần số 90 lần/phút, không âm thổi,.
- Phổi: + Rung thanh tăng ½ dưới phổi (P), ấn đau chói ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, gõ đục ½ dưới phổi (P), RRPN giảm bên P, ran nổ ½ dưới phổi (P), tiếng dê kêu và ngực thâm ½ dưới phải (+).

- + phổi trái: Rung thanh không tăng không giảm, không điểm đau chói khi ấn, rì rào phế nang êm dịu, không rale bệnh lí, gõ trong.
- + Cử động lồng ngực đều hai bên.

i. Bụng:

Bụng phẳng không có cử động ngực bụng nghịch thường, cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sọc, không u sờ chạm.

Âm ruột: âm sắc không cao, nhu động ruột 6 lần/phút.

Gõ trong khắp bụng .

Gan: Chiều cao gan 7 cm trên đường trung đòn phải, bờ dưới gan không sờ chạm.

- Lách: không sờ chạm
- Thận: Chạm thận (-)

j. Thần kinh: Cổ mềm

k. **Cơ xương khớp:** Không sưng nóng đỏ đau. Không biến dạng khớp. Không cử động bất thường. Không giới hạn vận động

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nam, 73 tuổi, nhập viện vì lí do ho ra máu , bệnh 2 tháng, qua thăm khám phát hiện:

+ Triệu chứng cơ năng:

- Ho ra máu đỏ tươi lẫn đàm có bọt, không lẫn thức ăn, không mùi hôi thối với lượng ít, đang tiến triển. không ho đàm mủ.
- Đau ngực phải, ê ẩm liên tục, tăng lên khi hít thở sâu và khi ho, giảm khi nằm nghiêng sang phải, đau lan ra sau lưng và lên vai phải, hạn chế đi lại do đau ngực, không có dùng thuốc để giảm đau.
- Không sốt, không buồn nôn, nôn.
- Nước tiểu vàng trong không lẫn máu.
- Tiêu phân vàng, không táo bón và tiêu chảy.
- Sụt cân 22% cân nặng/4 tháng

+ Triệu chứng thực thể:

- Rung thanh tăng ½ dưới phổi (P), ấn đau chói ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, gõ đục ½ dưới phổi (P), RRPN giảm bên P, ran nổ ½ dưới phổi (P), tiếng dê kêu và ngực thềm ½ dưới phải (+). Ran nổ ½ dưới phổi P.
- Phổi trái: Rung thanh không tăng không giảm, không điểm đau chói khi ấn, rì rào phế nang êm dịu, không rale bệnh lí, gõ trong .
- Cổ mềm

+ Tiền căn:

- Hút thuốc lá 108 gói.năm hiện đã ngưng hai tháng.
- Chưa từng bị ho ra máu trước đây.

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

1/ Ho ra máu

2/ Hội chứng đông đặc vùng đáy phổi p

- 3/ Đau ngực (P) kiểu màng phổi
- 4/ Sụt cân 22% cân nặng/4 tháng.
- 5/ Ấn đau chói ½ dưới phổi P.

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ: Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do K phổi.

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do lao phổi.
2. Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do viêm phổi liên quan chăm sóc y tế, mức độ trung bình, có chỉ định nhập viện, biến chứng ho ra máu và áp xe phổi.
3. Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do dẫn phế quản.

XI. BIỆN LUẬN:

1. Ho ra máu:

- Bệnh nhân ho ra máu đỏ tươi lẫn đàm, không lẫn thức ăn, có bọt. Khám thấy hầu họng không thấy có xuất huyết. và mũi không có máu khô, vách mũi lành lặn không loét không thủng. Bệnh nhân không có tiền căn loét dạ dày tá tràng hay xơ gan → bệnh nhân ho ra máu thật sự. Đề nghị nội soi phế quản.
- Mỗi lần ho với lượng đàm máu khoảng 2 muỗng cà phê (10 ml) , mỗi ngày khoảng 5-6 lần tương đương 50-60 ml/ngày → bệnh nhân ho ra máu lượng trung bình.
- Khám thấy bất thường bên phải nên nghĩ ho ra máu có nguồn gốc bên phải.
- Khám thấy da niêm bệnh nhân hồng, sinh hiệu ổn định, không có dấu hiệu của suy hô hấp và sốc mất máu trên lâm sàng (tri giác bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, da niêm hồng, không khó thở co kéo cơ hô hấp phụ) → nghĩ là ho ra máu chưa biến chứng bao gồm suy hô hấp và sốc mất máu. Nhưng cần theo dõi sát sinh hiệu và tri giác của bệnh nhân, đề phòng diễn tiến vào suy hô hấp cấp → Đề nghị lấy khí máu động mạch kiểm tra vì KMDM là tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp.
- Ho ra máu ở bệnh nhân này nghĩ có những nguyên nhân sau:
 - Nhóm nguyên nhân ung thư:
 - + K tuyến phế quản: bệnh nhân nam 73 tuổi , hút thuốc lá 108 gói.năm, ho ra máu lượng ít (5ml/ ngày , mỗi ngày 3-4 lần kéo dài trong 2 tháng, đau ngực kiểu màng phổi P kèm theo hội chứng đông đặc ½ dưới phổi P và ran nổ khắp ½ dưới phổi P. Bệnh nhân sụt cân 22% cân nặng/4 tháng → nghĩ nhiều là K tuyến phế quản. Đề nghị chụp Xquang phổi thẳng và Ctscan ngực kiểm tra. Khám chưa ghi nhận sờ chạm hạch ngoại biên, nhưng bệnh nhân có tình trạng đau ngực kiểu màng phổi P, giảm khi nằm nghiêng phải, đau ngực và khó thở tăng lên nhiều khi nằm ngửa và đau chói khi ấn ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, không loại trừ khả năng k di căn màng phổi gây TDMP phản ứng và di căn xương sườn. Đề nghị Ctscan ngực và xạ hình xương đánh giá mức độ di căn và nội soi phế quản sinh thiết.

+ K phổi: bệnh nhân nam 73 tuổi, hút thuốc lá 108 gói.năm, ho ra máu lượng ít (5ml/ ngày, mỗi ngày 3-4 lần kéo dài trong 2 tháng, đau ngực kiểu màng phổi P kèm theo hội chứng đông đặc ½ dưới phổi P và ran nổ khắp ½ dưới phổi P. Bệnh nhân sụt cân 22% cân nặng/4 tháng → nghĩ nhiều là K phổi. Đề nghị chụp Xquang phổi thẳng và Ctscan ngực kiểm tra. Khám chưa ghi nhận sờ chạm hạch ngoại biên, nhưng bệnh nhân có tình trạng đau ngực kiểu màng phổi P, giảm khi nằm nghiêng phải, đau ngực và khó thở tăng lên nhiều khi nằm ngửa và đau chói khi ấn ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, không loại trừ khả năng k di căn màng phổi gây TDMP phản ứng và di căn xương sườn. Đề nghị Ctscan ngực và xạ hình xương đánh giá mức độ di căn

+ K di căn từ nơi khác tới: qua thăm khám không ghi nhận bất thường trên các cơ quan khác ngoài phổi nên ít nghĩ là do u di căn từ nơi khác.

- Nhóm nguyên nhân do phổi:

+ Dẫn phế quản: Bệnh nhân lớn tuổi 73 tuổi, hút thuốc lá 108 gói.năm nhưng bệnh nhân ho khạc đàm máu chỉ mới 2 tháng nay, không mùi hôi thối (mủ) nên ít nghĩ là dẫn phế quản nguyên phát. Kèm theo bệnh nhân không có tiền căn ho khạc đàm mạn trước đây Nhưng không thể loại trừ trường hợp dẫn phế quản thứ phát từ lao phổi. Điều này càng đúng khi bệnh nhân chỉ ho máu đơn độc. Đề nghị Ctscan ngực kiểm tra.

+ Viêm phế quản cấp: bệnh diễn tiến 2 tháng nên ít nghĩ viêm phế quản cấp.

+ Viêm phế quản cấp trên nền mạn: bệnh diễn tiến 2 tháng, không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phế quản mạn nên không nghĩ nguyên nhân là VPQ cấp trên nền mạn.

+ Viêm phế quản mạn: bệnh diễn tiến 2 tháng, không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phế quản mạn.

+ Thuyên tắc phổi: Bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ như nằm liệt giường, nằm bất động >3 ngày, gãy xương đùi, gãy nhiều xương, thuyên tắc TM sâu chi dưới ... kèm theo sinh hiệu bệnh nhân ổn định, bệnh tình, tiếp xúc tốt nên ít nghĩ thuyên tắc phổi.

- Nguyên nhân nhiễm trùng:

+ Lao phổi : bệnh nhân có sụt cân nhanh 22%/4 tháng nhưng không sốt có thể là do bệnh nhân lớn tuổi, dinh dưỡng kém nên suy giảm miễn dịch nên không có sốt trên lâm sàng kèm triệu chứng cơ năng bệnh nhân có ho dai dẳng kéo dài, từ đàm trắng sang đàm máu. Bệnh nhân là người Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lao nên cũng không thể loại trừ nguyên nhân ho ra máu là lao → đề nghị xét nghiệm AFB đàm.

+ Áp xe phổi: Bệnh nhân ho ra máu, khó thở diễn tiến tăng dần. Khám thấy hội chứng đông đặc ½ dưới phổi P kèm đau ngực kiểu màng phổi P nghĩ là ổ áp xe nằm sát thành ngực kèm ran nổ bệnh lí ½ dưới phổi P. Bệnh nhân có thể bị suy giảm miễn dịch do sụt cân nhanh và ăn uống kém nên không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân trên lâm sàng. Bệnh nhân có ho ra máu diễn tiến tăng dần, nghĩ đã vào giai đoạn áp xe phổi. Đề nghị cận lâm sàng CTM, CRP, procalcitonin và Xquang phổi thẳng, khí máu động mạch.

+ U nắm phổi: bệnh nhân không có tiền căn lao phổi trước đây nên ít nghĩ u nắm phổi.

- Nguyên nhân do tim

+ Hẹp van 2 lá: Khám không nghe T₁ đanh, rù tâm trương và clac mở van 2 lá, không âm thổi tâm trương nên ít nghĩ là hẹp van 2 lá.

- Nguyên nhân huyết học

+ gồm bệnh lí đông máu, rối loạn chức năng tiểu cầu, giảm tiểu cầu, đông máu nội mạch lan tỏa: bệnh nhân không có tiền căn bị các bệnh lí về động máu trước đây, kèm theo không có tiền căn gia đình về bệnh lí đông máu nên ít nghĩ.

- Nguyên nhân chấn thương:

+ Bệnh nhân đau ngực, tăng lên khi hít vào và khi ho kèm đau chói khi ấn ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P nhưng bệnh nhân không có tiền căn chấn thương ngực trước đó, nên ít nghĩ đau chói là do gãy xương sườn. → Đề nghị chụp Xquang ngực thẳng kiểm tra.

- Nguyên nhân mạch máu:

+ Tăng áp phổi: Khám không ghi nhận P₂ mạnh, T₂ tách đôi nghịch, dấu nẫy trước ngực (-), hazer(-), triệu chứng của suy tim phải như: tĩnh mạch cổ nổi, phù chân, gan to, .. nên ít nghĩ nguyên nhân do tăng áp phổi.

+ Dị dạng động tĩnh mạch: khám không ghi nhận tình trạng tím môi, tím đầu chi, ngón tay dùi trống, bệnh nhân không có tiền căn khó thở nhiều năm nên ít nghĩ.

+ Phình động mạch chủ: không loại trừ.

- Nguyên nhân do thuốc: bệnh nhân không có sử dụng các loại thuốc như aspirin, penicillamine, thuốc kháng đông, ... nên ít nghĩ.

- Nguyên nhân bệnh hệ thống:

+ Hội chứng Goodpastures: Bệnh nhân nam 73 tuổi, không có tiền căn tiếp xúc với hydrocacbon dạng khí, không tiểu máu đại thể, kèm ho ra máu lượng ít tới trung bình. Kèm trước đây chưa có bệnh lí về thận nên ít nghĩ nhưng cũng không thể loại trừ.

+ Lupus ban đỏ hệ thống: bệnh nhân nam 73 tuổi nên ít nguy cơ, khám không ghi nhận đau khớp, loét miệng không đau, rụng tóc, hồng ban cánh bướm trên mặt nên ít nghĩ.

+ Viêm mạch Wegener: bệnh nhân ho ra máu lượng ít tới trung bình, kèm sụt cân 22%/4 tháng nên không thể loại trừ.

- Nguyên nhân khác

+ Dị vật đường thở: bệnh nhân không có hội chứng xâm nhập nên ít nghĩ.

+ Viêm phổi do Serratina macesscens : bệnh nhân không được tiến hành các thủ thuật xâm lấn như đặt ống dẫn lưu, chọc dịch màng phổi,.. hay đặt ống thông tiêu, nuôi ăn bằng túi thức ăn, Kèm theo bệnh nhân không bị suy giảm miễn dịch nặng nề nên ít nghĩ.

2. Hội chứng đông đặc:

- Khám thấy rung thanh tăng 1/3 dưới phổi P, gõ đục 1/3 dưới phổi P, RRPN giảm 1/3 dưới phổi P → hội chứng đông đặc 1/3 dưới phổi P.

- Có thể có các nguyên nhân:
 - + Viêm phổi thùy: bệnh nhân 73 tuổi, có nằm viện 20 ngày trong 90 ngày qua, bệnh nhân ho ra máu, khó thở diễn tiến tăng dần. Khám thấy hội chứng đông đặc $\frac{1}{2}$ dưới phổi P kèm đau ngực kiểu màng phổi P nghĩ là ổ áp xe nằm sát thành ngực kèm ran nổ bệnh lý $\frac{1}{2}$ dưới phổi P. Bệnh nhân có thể bị suy giảm miễn dịch do sụt cân nhanh và ăn uống kém nên không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân trên lâm sàng nên nghĩ nhiều bệnh nhân bị viêm phổi thùy. Bệnh nhân có ho ra máu diễn tiến tăng dần, nghĩ đã vào giai đoạn áp xe phổi . Đề nghị cận lâm sàng Xquang ngực thẳng.
 - Phân loại viêm phổi: Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế (VPĐVYT) : bệnh nhân nằm viện 20 ngày trong 90 ngày qua.
 - Tiêu chuẩn nhập viện: tuổi >65 và tiền sử nhập viện trong năm qua,
 - Đánh giá độ nặng:
 - + Thang điểm PSI: bệnh nhân nam 73 tuổi , các tiêu chí khác bệnh nhân không có \rightarrow 73 điểm \rightarrow Nhóm III: nhập viện theo dõi trong thời gian ngắn. Nhưng dựa vài lâm sàng, bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nhập ICU.
 - Nguyên nhân:
 - + Staphylococcus pneumonia: nghĩ nhiều vì đây là tác nhân thường gặp.
 - + Ngoài ra có thể gặp tác nhân khác trên BN nội trú không nằm ICU như Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Haemophilus influenzae, Legionella species, virus hô hấp.
 - + Bệnh nhân có nguy cơ nhiễm phế cầu kháng thuốc: tuổi >65, nằm viện 20 ngày trong 90 ngày qua.
 - Biến chứng:
 - + Tại phổi:
 - Áp xe phổi: Bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ như: nhiễm trùng nha chu, hít sặc, hôn mê.....nhưng bệnh nhân có ho ra máu diễn tiến tăng dần kèm sụt cân nhanh nên cũng không loại trừ áp xe phổi.
 - Tràn mủ màng phổi: khám không có bất thường lồng ngực, khí quản không lệch, không có hội chứng ba giảm, nên ít nghĩ. Đề nghị Xquang ngực thẳng và nghiêng.
 - Tràn khí màng phổi: khám không có bất thường lồng ngực, khí quản không lệch, không có hội chứng TKMP, không có dấu hiệu suy hô hấp nên ít nghĩ.
 - + Hệ thống:
 - Suy hô hấp: ít nghĩ do lúc NV bệnh nhân thở 18 lần/phút, không lơ mơ, không khó thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, SpO₂=96%.

- Nhiễm trùng huyết: bệnh nhân không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, khám không phát hiện được ổ nhiễm trùng nên ít nghĩ.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: bệnh nhân không có bệnh tim trước đó, khám tim không nghe âm thổi, BN không có triệu chứng gì khác như xuất huyết tại da niêm, lách to, tiểu máu, điểm Roth ở mắt nên không nghĩ.
- Viêm màng não mủ: khám cổ mềm nên không nghĩ.
- Suy thận cấp: bệnh nhân chưa có thiếu niệu nên ít nghĩ. Đề nghị CLS BUN và Creatinin.

+ đề nghị cận lâm sàng: cấy đàm và kháng sinh đồ.

+ Xẹp phổi do lao nhưng không tắc hoàn toàn đường dẫn khí: bệnh nhân có sụt cân nhanh 22%/4 tháng nhưng không sốt có thể là do bệnh nhân lớn tuổi, dinh dưỡng kém nên suy giảm miễn dịch nên không có sốt trên lâm sàng kèm triệu chứng cơ năng bệnh nhân có ho dai dẳng kéo dài, từ đàm trắng sang đàm máu. Bệnh nhân là người Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lao nên cũng không thể loại trừ nguyên nhân ho ra máu là lao. Khám không ghi nhận khí quản lệch, lồng ngực bệnh nhân cân đối nên nghĩ là chỉ xẹp thùy dưới phổi P → đề nghị xét nghiệm BK đàm.

+ Xẹp phổi do K phế quản nhưng không tắc hoàn toàn đường dẫn khí: bệnh nhân nam 73 tuổi, hút thuốc lá 108 gói.năm, ho ra máu lượng ít (5ml/ ngày, mỗi ngày 3-4 lần kéo dài trong 2 tháng, đau ngực kiểu màng phổi P kèm theo hội chứng đông đặc ½ dưới phổi P và ran nổ khắp ½ dưới phổi P. Bệnh nhân sụt cân 22% cân nặng/4 tháng → nghĩ nhiều là K tuyến phế quản. Đề nghị chụp Xquang phổi thẳng và Ctscan ngực kiểm tra. Khám chưa ghi nhận sờ chạm hạch ngoại biên, nhưng bệnh nhân có tình trạng đau ngực kiểu màng phổi P, giảm khi nằm nghiêng phải, đau ngực và khó thở tăng lên nhiều khi nằm ngửa và đau chói khi ấn ½ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, không loại trừ khả năng k di căn màng phổi gây TDMP phản ứng và di căn xương sườn. Đề nghị làm xạ hình xương đánh giá mức độ di căn.

3. **Ấn đau chói ½ dưới phổi P**

Có thể có các nguyên nhân sau:

+ Nhóm nguyên nhân thành ngực:

- Gãy xương sườn: không ghi nhận tiền căn chấn thương và bệnh loãng xương trước đây nên không nghĩ.
- Herpes Zoster: bệnh nhân đau ngực nhưng không phải tính chất của Herpes Zoster (đau theo khoang da, không lan theo rễ thần kinh), khám không thấy bóng nước, không có dấu hiệu viêm tại chỗ nên không nghĩ.
- Mỏi cơ: Nghĩ nhiều do bệnh nhân ho nhiều 7-8 lần/ ngày trong vòng hai tháng qua kèm bệnh nhân sụt cân nhiều.

+ Nhóm nguyên nhân tại lồng ngực:

- Ung thư di căn xương sườn: bệnh nhân nam 73 tuổi, hút thuốc lá 108 gói.năm, ho ra máu lượng ít (5ml/ ngày, mỗi ngày 3-4 lần kéo dài trong 2

tháng, đau ngực kiểu màng phổi P kèm theo hội chứng đông đặc $\frac{1}{2}$ dưới phổi P và ran nổ khắp $\frac{1}{2}$ dưới phổi P. Bệnh nhân sụt cân 22% cân nặng/4 tháng → nghĩ nhiều là K tuyến phế quản. Đề nghị chụp Xquang phổi thẳng và Ctscan ngực kiểm tra. Khám chưa ghi nhận sờ chạm hạch ngoại biên, nhưng bệnh nhân có tình trạng đau ngực kiểu màng phổi P, giảm khi nằm nghiêng phải, đau ngực và khó thở tăng lên nhiều khi nằm ngửa và đau chói khi ấn $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P) phía sau và mặt ngoài ngực P, không loại trừ khả năng k di căn màng phổi và di căn xương sườn. Đề nghị xạ hình xương.

→Tóm lại:

- Chẩn đoán sơ bộ: Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do K phổi, đã di căn xương sườn.
- Chẩn đoán phân biệt: + Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do lao phổi..
 - + Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do viêm phổi liên quan chăm sóc y tế, mức độ trung bình, có chỉ định nhập viện, biến chứng ho ra máu và áp xe phổi.
 - + Ho ra máu lượng trung bình, đang tiến triển, chưa biến chứng, nghi bên phải, nguyên nhân do dẫn phế quản.

XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

C. CLS chẩn đoán:

- CLS Chẩn đoán xác định: +Nội soi phế quản.
- CLS chẩn đoán mức độ: + Xquang phổi.
 - + CTM
 - + KMĐM
- CLS chẩn đoán biến chứng: +KMĐM
- CLS chẩn đoán nguyên nhân: + Ctscan ngực độ phân giải cao.
 - + Nội soi phế quản sinh thiết gửi giải phẫu bệnh.
 - + AFB đàm.
 - + cấy đàm và kháng sinh đồ.
 - + Cấy máu
 - + CTM, procalcitonin, CRP
- Khí máu động mạch.

D. CLS thường qui

6. ion đồ, đường huyết, nhóm máu
7. Đông cầm máu
8. Xét nghiệm men gan: SGOT, SGPT
9. BUN, Creatinin

10. Tổng phân tích nước tiểu

11. ECG

XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:

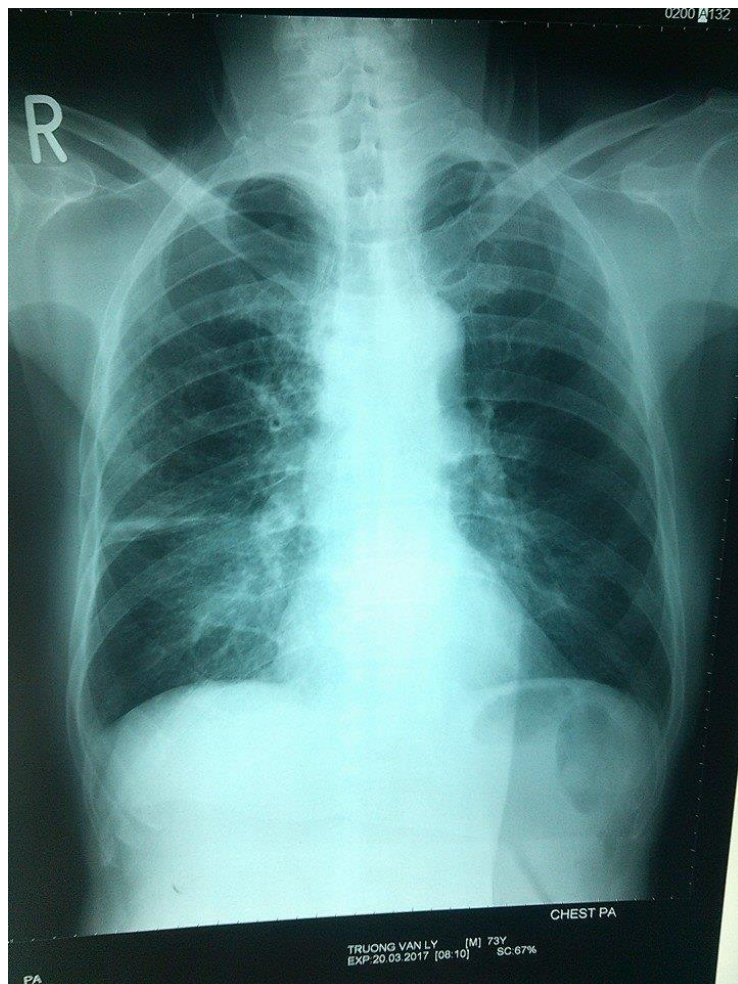
1. Xquang ngực thẳng.

A. Chụp ngày 20/3/2017

- Tổn thương phế nang 1/3 dưới phổi P, khả năng viêm phổi
- Tràn dịch màng phổi lượng ít
- Xơ + dẫn phế quản thùy trên phổi P.

B. Chụp ngày 22/3/2017

- Tổn thương phế nang 1/3 giữa phổi P.
- Tràn dịch màng phổi P.



2. Ctscan ngực

Mô tả:

+ phổi: Khí phế thũng hai phổi. Xơ kèm dẫn nhẹ phế quản thùy trên phổi P. Xẹp thụ động nhu mô đáy sau phổi hai bên.

+ trung thất:

- Khí phế quản: bình thường
- Mạch máu: bình thường
- Nhiều hạch lớn trung thất sau-giữa cạnh P khí quản, rốn phổi P, hạch lớn nhất vùng trung thất sau # 4-7cm, bắt thuốc kém, giới hạn với thực quản không rõ.

+ màng phổi: không thấy bất thường.

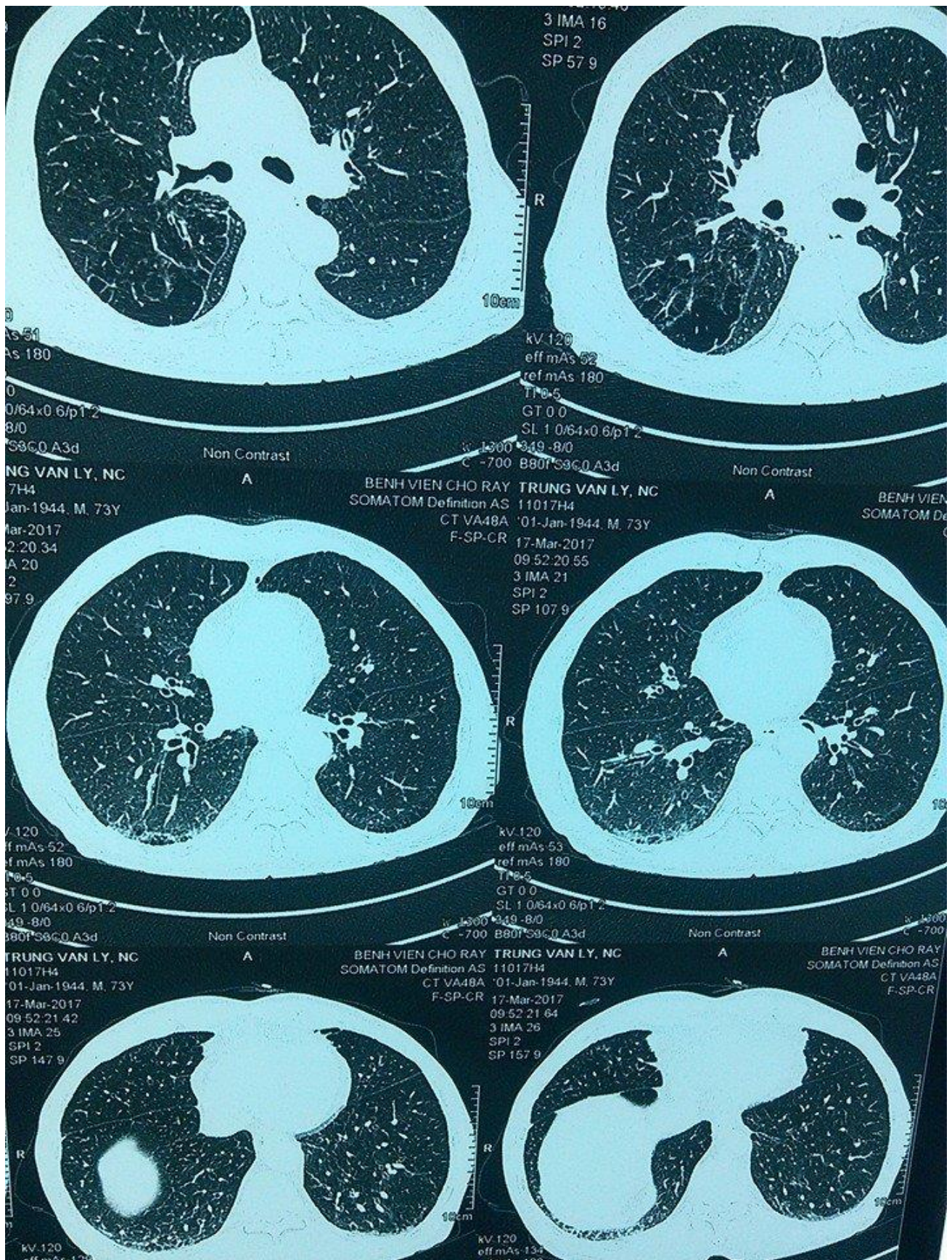
+ thành ngực:

- Mô mềm: bình thường
- Khung xương lồng ngực: bình thường.

Kết luận:

- Nhiều hạch lớn dạng ác tính trung thất sau-giữa cạnh p khí quản, rốn phổi, theo dõi lymphoma.
- Khí phế thũng hai phổi
- Xơ kềm dẫn nhẹ phế quản thùy trên thùy trên phổi p
- Xẹp thụ động nhu mô đáy phổi sau phổi hai bên.





3. Phân tích dịch rửa phế quản và cấy đàm

+ phân tích dịch rửa phế quản

- hồng cầu: có ít
- số lượng tế bào: nhiều

Công thức tế bào

- Neutrophil: 75%
- Tế bào liên võng: 3%
- Tế bào bì lông chuyển: 3%
- Tế bào thoái hóa: 19%

+ PCR lao: âm tính.

4. Xét nghiệm hóa sinh

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Giá trị bình thường
Đường huyết	116	Mg/dL	70-110
ALT(SGPT)	90	U/L	5-49
AST(SGOT)	53	U/L	9-48
Billirubin-total	1.18	Mg/dL	0.2-1
Bilirubin- direct	0.47	Mg/dL	0.0-0.2
Billirubin-indirect	0.71	Mg/dL	0.2-0.8
BUN	12	Mg/dL	7-20
Creatinin	1.22	Mg/dL	0.7-1.5
eGFR(MDRD)	≥ 60	$\geq 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$	
Ion đồ			
Na	128	Mmol/L	135-150
K	3.6	Mmol/L	3.5-5.5
Cl	95	Mmol/L	98-106

5. kết quả nội soi khí phế quản phổi

- hầu họng: bình thường

-thanh quản: hai dây thanh trơn láng, hoạt động khép mở tốt

-khí quản: thông thoáng, niêm mạc bình thường

-carina: niêm mạc trơn láng bình thường

-phế quản T; có lẽ thông thương, niêm mạc bình thường không u

-phế quản P: có lẽ thông thương, niêm mạc bình thường không u

PQ-PN: thủy dưới phải làm BK, PCR lao, cấy vi trùng, tế bào

→kết luận: nội soi thanh khí phế quản bình thường, không thấy điểm chảy máu.

6.công thức máu.

Bảng công thức máu ngoại vi (dùng máy đếm laser)			
RBC	4.24	T/L	3.8 - 5.5
HGB	136	g/L	120 - 170
HCT	40.0	%	34 - 50
MCV	94.3	fL	78 - 100
MCH	32.1	pg	24 - 33
MCHC	340	g/L	315 - 355
CHCM	332	g/l	310 - 360
WBC	17.66	G/L	4 - 11
%NEU	80.8	%	45 - 75
NEU#	14.26		
%LYM	12.2	%	20 - 40
LYM#	2.16		
%MONO	4.0	%	4 - 10
MONO#	0.71		
%EOS	1.7	%	2 - 8
EOS#	0.30		
%BASO	0.4	%	0 - 2
BASO#	0.07		
%LUC	0.9	%	0 - 4
%NRBC	0	%	0 - 0.1
#N-RBC	0	G/L	0 - 0.001
PLT	208	G/L	200 - 400
MPV	7.6	fL	7 - 12
LS	+		
Đông máu PT	16.4	giây	10-13
INR	1.32		1-1.2
FIB	3.71	g/L	2-4
APTT	36.7	giây	26-37

IX. chẩn đoán xác định:

BS Ngọc - Ho ra máu - Lao

I) Hành chính

Họ tên: Trần Văn P. Tuổi: 52. Nơi ở: Bạc Liêu

Nghề nghiệp: làm vườn

Ngày NV: 25/5/2017

II) Lý do nhập viện: ho ra máu

III) Bệnh sử

Cách NV 12 ngày, buổi sáng BN ho đàm trắng trong lượng ít, không lẫn máu, không hôi, không thay đổi lượng và tính chất trong ngày, lặp lại 9-10 lần trong ngày, BN không khó thở, không đau ngực, không sốt, không ho.

Cách NV 11 ngày, buổi sáng BN ho nhiều và mạnh, lúc đầu có đàm trắng, sau đó đàm lẫn máu tươi, và vài lần là toàn máu tươi không bọt, không hôi, lượng ½ muỗng cafe/lần, ho nhiều làm BN đau ran khắp ngực, không lan, không tư thế giảm đau, không khó thở, ho ra máu trong ngày gần 50ml => BV Bạc Liêu, tại đây chẩn đoán và điều trị không rõ. Sau điều trị 6 ngày, hết đau ngực, ho chuyển từ ho ra máu tươi đến ho ra máu cục, máu đen kèm ít đàm, đến ngày 7 thì BN hết ho ra máu, ho đàm trong và được xuất viện.

Cách NV 2 ngày, sau ăn trưa BN đột ngột ho ra máu tươi, tính chất như lần đầu, lượng 100ml, kèm vã mồ hôi hoa mắt => BV Bạc Liêu, chẩn đoán và điều trị không rõ, BN vẫn còn ho ra máu => BV Chợ Rẫy

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau bụng, không ợ hơi, không ợ chua, không đau họng, không chảy máu chân răng, không chảy máu mũi, tiểu vàng lợt 1l/ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn

Diễn tiến LS:

Tình trạng BN lúc NV: tỉnh, tiếp xúc tốt, còn ho ra máu tươi lẫn máu cục và đàm trắng, tim đều phổi trong

Sinh hiệu:

M: 70l/p

HA: 110/80 mmHg

NT: 20l/p

Nhiệt độ: 37 độ C

SpO₂: 97% khí trời

Diễn tiến sau NV: BN ho ra máu cũ màu đỏ sậm, không đau ngực, không khó thở, không sốt.

IV) Tiền căn:

1) Bản thân:

a) Bệnh lý:

-Chưa ghi nhận tiền căn ho ra máu trước đây

-Chưa ghi nhận bệnh lý nội khoa

b) Thói quen:

-Thuốc lá: 36 gói/năm

-Rượu: 50g cồn/tuần trong 30 năm

2) Gia đình: Chưa ghi nhận bất thường.

V) Lược qua các cơ quan:

-Không đau ngực, không khó thở, ho đàm lẫn máu đen, không hồi hộp – đánh trống ngực.

-Không đau bụng, không ợ hơi, không ợ chua, không nôn,

-Tiểu vàng lợt, 200ml/lần, không tiểu buốt

-Không nhức đầu, không chóng mặt, cơ xương khớp không đau nhức

-Không sốt, không phù, da không vàng

VI) Khám: (25/5/2017)

1) Tổng quát:

-Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, thở đều, êm, nằm kê 1 gối.

-Sinh hiệu:

+Mạch: 74 lần/p

+Huyết áp: 110/70mmHg

+Nhiệt độ: 37 độ C

+Nhịp thở: 14 lần/p

-Cân nặng: 59kg

-BMI: 21,16 kg²/cm²

-Da niêm hồng, chi ấm, mạch rõ, môi không khô, lưỡi không dơ

-Sao mạch (+), lòng bàn tay son (+), vàng da (-), kết mạc mắt không vàng, ngón tay dùi trống (-), phù (-), ko CHDD, ko báng bụng, ko sẹo mỡ cũ, ko tím.

-Hạch ngoại biên không sờ chạm

2) Đầu mặt cổ:

Cân đối, khí quản không lệch, tuyến giáp không to, tuyến mang tai không to

Mũi, họng không loét, không xuất huyết

Tĩnh mạch cổ không nổi ở tư thế 45 độ

Không dấu xanthelasma

3) Ngực:

Cân đối, di động khi thở, sao mạch (+), không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo cơ hô hấp phụ, không sẹo, không lồi lõm bất thường, không gù vẹo cột sống, khoang liên sườn không giãn, không điểm đau khu trú.

a) Tim:

-Mỏm tim: KLS V +ĐTĐ (T), diện đập 1x1 cm², nảy rõ

-T1, T2 rõ đều, tần số: 74 lần/p

-Dấu Harter(-), dấu nảy trước ngực (-).

-Không nghe thấy âm thổi, tiếng tim bất thường.

- b) Phổi: gõ trong, rung thanh đều, âm phế bào êm dịu 2 phế trường
- 4) Bụng: cân đối, di động khi thở, không sọc, không tuần hoàn bàng hệ, không quai ruột nổi, không vết rạn da, không u, không nốt lõm bất thường, không xuất huyết dưới da, không nghe thấy âm thổi, nhu động ruột: 5 lần/p. Gõ trong. Bụng mềm, không điểm đau khu trú

-Gan: không sờ chạm, bờ trên gan gõ đục ở KLS V + ĐTD P, bờ dưới gan gõ đục ở KLS VIII + ĐTD P, chiều cao gan: 9cm, không nghe thấy âm thổi, không nghe thấy tiếng cọ màng gan. Ấn kẻ sườn (-), rung gan (-)

-Túi mật: không sờ thấy.

-Lách: không sờ chạm

-Thận: chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-)

- 5) Thần kinh: không dấu thần kinh định vị, cổ mềm

- 6) Tứ chi, cơ xương khớp: không biến dạng trục chi, khớp không sưng, nóng, đỏ, đau.

VII) Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 52 tuổi, nhập viện 22/5/2017, vì ho ra máu. Bệnh 12 ngày, qua thăm khám ghi nhận các bất thường:

- 1) TCCN:

-Ho ra máu

- 2) TCCTT: sao mạch (+), lòng bàn tay son (+)

- 3) Tiền căn:

-Thuốc lá 36 gói/năm

-Rượu: 50g cồn/tuần/năm

VIII) Đặt vấn đề:

- 1) Ho ra máu

IX) Chẩn đoán sơ bộ: Ho ra máu lượng nhiều, tạm ổn, chưa biến chứng do lao, theo dõi xơ gan còn bù

X) Chẩn đoán phân biệt:

- 1) Ho ra máu lượng nhiều, tạm ổn, chưa biến chứng do viêm phế quản cấp, theo dõi xơ gan còn bù
- 2) Ho ra máu lượng nhiều, tạm ổn, chưa biến chứng do K phế quản nguyên phát, theo dõi xơ gan còn bù
- 3) Ho ra máu lượng nhiều, tạm ổn, chưa biến chứng do rối loạn đông máu do xơ gan

XI) Biện luận:

- 1) Ho ra máu:

-BN ho ra máu không đau họng, không chảy máu chân răng, không chảy máu mũi, khám không thấy loét hay xuất huyết hầu họng => không nghi máu từ đường hô hấp trên

-Nghĩ nhiều máu từ đường hô hấp dưới vì BN ho ra máu lẫn đàm trong, liên tục, máu xuất hiện sau khi ho đàm mạnh một lúc.

*Các vấn đề của ho ra máu:

- a) Vị trí: không xác định được máu xuất nguồn từ bên phổi nào do BN đau cả 2 ngực, khám không thấy bên nào bất thường so với bên còn lại. Cần nội soi phế quản đánh giá vị trí tổn thương
- b) Mức độ: >100ml => nhiều
- c) Bn tỉnh, tri giác không lơ mơ, mạch không nhanh, HA không tụt, không khó thở, hiện tại còn đàm lẫn ít máu cục đỏ sẫm => tạm ổn

d) Biểu chứng:

-Suy hô hấp cấp: không nghĩ vì BN không tím tái, nhịp thở không tăng, không khó thở, không có kéo cơ hô hấp phụ, không vật vã, lơ mơ.

-Choáng: không nghĩ vì HA bình thường, da niêm BN hồng hào, chi ấm.

a) Nguyên nhân:

-Khí phế quản:

+Viêm phế quản cấp: không có HC nhiễm trùng hô hấp trên, nhưng BN diễn tiến từ ho khan đến ho đàm nên không loại trừ => nội soi khí phế quản

+Viêm phế quản mạn: BN có tiền căn hút thuốc lá 36 gói.năm, nhưng không ho khạc đàm kéo dài, diễn tiến bệnh ngắn 12 ngày nên không nghĩ

+Dẫn PQ: không nghĩ do BN không có nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại nhiều lần, lâm sàng không có ho khạc đàm kéo dài, đàm không lẫn mủ, không hôi, không có những đợt ho ra máu tái đi tái lại.

+K phế quản: BN nam 52 tuổi, hút thuốc lá nhiều, nên không thể loại trừ, nếu có nghĩ nguyên phát => X-quang ngực quy ước, soi phế quản.

+Dị vật: không nghĩ, vì BN không có hội chứng xâm nhập (hít sặc, ho sặc sụa dữ dội, tím tái)

-Nhu mô phổi:

+Viêm phổi: không nghĩ vì bệnh nhân tuy có ho khạc đàm, nhưng không có sốt, không đau ngực kiểu màng phổi, không có rale bệnh lý.

+Áp xe phổi: không nghĩ, vì BN không có viêm phổi kéo dài không điều trị, lâm sàng không có ho ọc mủ, không hôi thối, không sốt lạnh run

+Lao phổi: Bn không có sốt về chiều, không mệt mỏi chán ăn, nhưng ho khạc đàm lẫn máu và VN là dịch tễ lao => không loại trừ, AFB đàm, X- quang ngực qui ước.

+Nấm: không nghĩ, BN không có suy giảm MD, không dùng thuốc ức chế MD

-Tim, mạch máu phổi:

- +Thuyên tắc phổi: không nghĩ, vì BN không có các yếu tố nguy cơ như nằm lâu, COPD, béo phì, huyết khối tĩnh mạch, suy tim sung huyết, chấn thương, lâm sàng không đau ngực, nhịp tim không nhanh
- +Dị dạng mạch máu phổi: không nghĩ, vì bệnh thường xuất hiện từ nhỏ
- +Tăng áp động mạch phổi: không nghĩ, vì BN không có suy tim trái, không có dấu hiệu khó thở khi gắng sức
- +Phù phổi cấp: không nghĩ, vì BN không có tiền sử bệnh tim mạch, không phù chân, không đau ngực, không khó thở
- +Hẹp 2 lá: không nghĩ, do BN không khó thở, khám không thấy T1 đanh, rù tâm trương, ho ra máu thường lượng ít đàm vấy máu.
- Toàn thân:
 - +Rối loạn đông máu: BN uống rượu nhiều, lâm sàng có dấu sao mạch, lòng bàn tay son, nghĩ do suy tế bào gan nên không thể loại trừ => siêu âm bụng, AST, ALT
 - +HC Goodpasture: không nghĩ, BN không tiếp xúc với các hóa chất hidriocacbon kéo dài, và bệnh cảnh này thường rất rõ ràng.
 - +Hemophelia A,B: không nghĩ, vì BN khởi phát ho ra máu sớm, khám không có xuất huyết khớp, xuất huyết cơ.
 - +Lupus: không nghĩ, vì BN không thấy có hồng ban cánh bướm, không rụng tóc, bệnh cảnh thường rất nặng
 - +U hạt Wegener: không nghĩ, vì BN không chảy máu mũi, không thấy vách mũi còn nguyên vẹn, không loét.
 - +Chấn thương: không nghĩ vì BN không có tiền căn chấn thương.

XII) Đề nghị CLS:

1) CLS chẩn đoán:

- Nội soi khí phế quản, AFB đàm, siêu âm bụng, AST, ALT, HbsAg, anti-HCV, CTM
- X-quang ngực qui ước, CT-scan ngực, TQ, aPTTT

2) CLS thường qui: TPTNT, ECG, đường huyết, BUN, Creatinine, Ion đồ

BS. Ngọc – Khó thở - Đợt cấp COPD

BỆNH ÁN

I.HÀNH CHÍNH

Họ và tên:Ngô V Giới:nam

Địa chỉ:Tân Hoà ,Vĩnh Long

Tuổi:84(1933)

Nghề nghiệp:Chở nông sản(đã nghỉ)

Ngày giờ nv:2h ,20/05/2017

Giường:40BC ,Nội hô hấp,bv Chợ Rẫy

II.LÝ DO NHẬP VIỆN: Khó thở

Lý do nhập viện nên rõ ràng là khó thở cấp hay mạn

III.BỆNH SỬ

- Cách nv 16 ngày,trong lúc đang xem tivi,bn thấy khó thở,khó thở liên tục,hai thì cả ngày và đêm,không liên quan tư thế,tăng dần,khó thở nhiều hơn thường ngày. Bn ho khạc đàm nhầy,trắng,đục, không máu, ho khạc đàm và lượng nhiều hơn thường ngày,khạc đàm ra bn thấy dễ chịu.Bn không khò khè,không sốt,không đau ngực, không đau họng ,không sổ mũi,không nghẹt mũi,bn không điều trị gì.

Cần làm rõ tính chất khởi phát của khó thở:từ từ,nhanh,đột ngột.Thứ tự xuất hiện của triệu chứng ho khạc đàm và khó thở,cái nào có trước,hay đồng thời.

- Sáng hôm sau,khó thở với tính chất như trên nhưng mức độ nhiều hơn khiến bn không thể nói hết câu.Bn xịt 2 nhát Buto-asma(Salbutamol sulfate) ,khó thở giảm chút ít rồi trở lại với tính chất như trên,đến trưa cùng ngày bn không chịu được nên nhập bv Vĩnh Long.Tại đây,bn ngắt và được chuyển vào khoa Hồi sức, sau đó tình trạng bn ổn,bn được đưa lên trại hô hấp, chẩn đoán và điều trị không rõ,sau 2 tuần điều trị ,bệnh nhân tỉnh táo,tiếp xúc tốt nhưng ho khạc đàm ,khó thở không thay đổi →bv Chợ Rẫy.

Thương ngày xịt mấy nhát.Tại sao hôm trước khó thở bn không xịt (cái này mình khai thác chưa kĩ .Bn ngắt lúc nào?

Anh nói: Phát đồ điều trị là dặn bệnh nhân khi lên cơn khó thở xịt 3 lần cách nhau 20 phút,mỗi lần 2 nhát.

- Trong quá trình bệnh ,bn không khò khè,không sốt,không phù,không sụt cân ,không chán ăn,không buồn nôn,không nôn,không ợ chua, không lạnh run ,không vã mồ,không đau ngực,không hồi hộp đánh trống ngực, không đau họng ,không sổ mũi,không nghẹt mũi, tiểu không gắt buốt,nước tiểu vàng sậm,tiêu phân vàng đóng khuôn 2 ngày 1 lần.

Ho khạc đàm màu gì?

-Tình trạng lúc nv:

+Mạch:100 lần/ph

+HA:130/90mmHg

+NĐ:37⁰C

+NT:24l/ph

+SpO₂:97% khí trời

-Diễn tiến sau nv:bệnh nhân tỉnh táo,khó thở,ho khạc đàm với tính chất như trên nhưng giảm, bn ăn uống được,không sốt,không phù,không đau ngực,tiểu không gắt buốt,tiêu phân vàng đóng khuôn 1lần/ng

IV.TIỀN CĂN

1.Bản thân

a.Bệnh lý nội khoa

- Khoảng 70 tuổi,bn bắt đầu ho khạc đàm kèm khó thở liên tục cả ngày, dai dẳng,tăng khi gắng sức,không liên quan đến cảm xúc,tăng dần qua các năm, lúc đầu bn phải ngừng nghỉ sau vài phút đi bộ,về sau khó thở khiến bn không ra khỏi nhà.

- Cách 10 năm, chẩn đoán và điều trị lao 9 tháng tại bv Phạm Ngọc Thạch,đã khỏi;chẩn đoán và điều trị COPD tại bv Chợ Rẫy, sau đó chuyển về địa phương điều trị,tái khám và nhận thuốc.

10 năm trước bị sao mà đi khám và được chẩn đoán lao,COPD; từ đó tới nay điều trị COPD ra sao.

Anh giảng về hỏi tiền căn COPD:

- Có được làm hô hấp kí (hỏi bn có được ngâm ống)
- Năm vừa rồi nhập viện mấy lần?
- Dùng thuốc gì?
- Khó thở nhiều hơn vào mùa nào?

- Cách nv 9 tháng,bn phải nhập viện Vĩnh Long vì khó thở với tính chất như trên,chẩn đoán và điều trị không rõ,khó thở giảm ,bn được xuất viện.

Sau đó có tái khám thường xuyên.

- Không ghi nhận tiền căn có khó thở kịch phát về đêm,khó thở nằm.
- Chưa ghi nhận tiền căn hen
- Chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ,THA
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch ,các bệnh lý nội khoa khác.

b.Ngoại khoa:chưa ghi nhận tiền căn chấn thương vùng ngực,gãy xương,phẫu thuật.

c.Thói quen-dị ứng

- Hút thuốc lá 70 gói.năm,đã ngưng cách đây 2 năm
- Không uống rượu bia
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

2.Gia đình:Chưa ghi nhận có ai bị COPD,hen,lao,ung thư.

V.LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Tim mạch: không đau ngực, không nặng ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp
- Hô hấp: còn khó thở, ho khạc đàm nhầy, trắng, đục
- Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, chưa đi tiêu từ ngày nhập viện.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng sậm, không tiểu gắt, tiểu buốt, 1 L/ngày
- Thần kinh: không đau đầu, cổ mềm.
- Cơ, xương khớp: không đau nhức cơ, xương, khớp
- Chuyển hóa: không phù, không sốt, không vàng da.

VI. KHÁM LÂM SÀNG (7H30, 22/05/2017)

1. Tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, thích ngồi hơn nằm.
- Sinh hiệu: M: 100 lần/phút HA: 130/80 mmHg
NT: 20 lần/phút NĐ: 37 °C

- Niêm mạc mắt hồng, không kiễu thờ bất thường, môi không khô, lưỡi không dơ, tứ chi ấm, đầu chi, môi, niêm mạc không tím. Thể trạng: cc 160cm, cân nặng: 50kg, BMI=19,5 kg/m²

- Không vàng da, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống, không móng trắng, móng sọc.

2. Khám từng vùng

a. Đầu mặt cổ

- Cân đối.
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Không TM cổ nổi tư thế 45 độ

b. Ngực

Lồng ngực: Cân đối, di động khi thở, không gù vẹo, không ngực ức gà, không ngực lõm, không lồng ngực hình thùng, KLS không dẫn rộng, không co kéo cơ hô hấp phụ.

Tim:

- Mỏm tim khoảng liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm²
- Dấu nảy trước ngực (-), dấu Harzer (-)
- Không sờ thấy rung miêu, không sờ thấy ổ đập bất thường
- T1, T2 đều rõ, tần số tim 100 lần/phút, gallop T3 (-)
- Không âm thổi, không tiếng tim bất thường

Phổi:

- Rung thanh đều hai bên
- Gõ trong khắp phổi
- Rì rào phế nang giảm, ran ngáy cuối thì thở ra lan toả cả 2 phế trường

Bụng:

- Cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc, không u, không ổ đập bất thường.

Không cử động bụng ngược nghịch thường

- Nhu động ruột 4 lần/phút, âm sắc không réo rắt, không âm thổi
- Gõ trong khắp bụng.
- Bụng mềm, không ấn đau thượng vị, phản ứng thành bụng (-), cảm ứng phúc mạc (-)
- Gan:

+ Bờ trên khoang liên sườn V, đường trung đòn (P). bờ dưới không sờ chạm, ở khoang liên sườn VIII, đường trung đòn (P), chiều cao gan 8cm.

+ Rung gan (-), ấn kẻ sườn (-), không tiếng cọ, không âm thổi, phản hồi G-C (-).

- Thận: dấu chạm thận (-), rung thận (-).

- Lách: không sờ chạm

c. thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

d. cơ xương khớp: không yếu liệt chi, không giới hạn vận động

VII.TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bn nam, 84 tuổi, nhập viện vì khó thở cấp, bệnh được 2 tuần, qua hỏi bệnh sử và thăm khám ghi nhận các bất thường sau:

TCCN

- Khó thở, liên tục, hai thì, tăng so với thường ngày.

Khó thở khởi phát khi nghỉ ngơi, liên tục, hai thì, tăng so với thường ngày.

- Ho khạc đàm nhầy, trắng, đục, tăng so với thường ngày.

- Ngát.

Ngát này không rõ, cần phải khai thác kĩ hơn.

TCTT

- RRPN giảm, ran ngáy lan toả hai phổi.

TC

- COPD

- Trong năm qua có lần nhập viện vì khó thở cấp.

- Hút thuốc lá 70 gói.năm

Lao phổi đã khỏi.

VIII.ĐẶT VẤN ĐỀ:

1.Suy hô hấp cấp

2.Khó thở cấp

3.Khó thở mạn

4.Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

5.Tiền căn COPD.

Suy hô hấp cấp: Nếu các tính chất của ngắt khai thác được và khai thác kĩ thì đưa vào, ở đây nếu chọn vị trí tiếp cận bệnh nhân tại bv Chợ Rẫy nên không cần đưa vào.

Bệnh nhân lớn tuổi không sốt, không đau ngực không ran nổ, ở bn này có ho khạc đàm không loại trừ có nhiễm trùng hô hấp dưới.

Tóm lại bn có các vấn đề sau:

- 1. Khó thở cấp/khó thở mạn +ho khạc đàm mạn*
- 2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới.*
- 3. Tiền căn COPD, lao phổi đã khỏi.*

IX. BIỆN LUẬN

1. Khó thở mạn

Anh giảng: các nguyên nhân gây khó thở mạn :

Hô hấp: COPD, hen phế quản, dẫn phế quản, bệnh phổi mô kẽ, tăng áp phổi (khó thở, ho ra máu, không ho khạc đàm, khám có T2 đanh).

Tim mạch: phù phổi cấp, suy tim cấp/suy tim mạn.

Bn bắt đầu khó thở cách đây 14 năm, khó thở khi gắng sức, 2 thì, diễn tiến liên tục, nặng dần qua từng năm nên nghĩ bn có khó thở mạn. Các nguyên nhân gây khó thở mạn khó thể gặp trên bn này là:

Hô hấp

- Dẫn phế quản: không nghĩ vì bn không ho khạc đàm nhầy mủ, không ho ra máu.

Bn tiền căn không có nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại nhiều lần, không ho ra máu, nhưng không loại trừ vì bn có tiền căn hút thuốc lá, lao phổi, bn có ho khạc đàm mủ.

- Hen phế quản: không nghĩ vì bn khởi phát các triệu chứng ho khạc đàm, khó thở khi lớn tuổi (70), các triệu chứng ít thay đổi mà liên tục dai dẳng, không liên quan đến cảm xúc, tiền căn chưa ghi nhận dị ứng, chưa ghi nhận hen, gia đình chưa ghi nhận có ai bị hen.

- COPD: nghĩ nhiều vì bn khó thở khi gắng sức, 2 thì, diễn tiến liên tục, nặng dần qua từng năm kèm ho khạc đàm nhầy mạn. Bn khởi phát bệnh lúc 70 tuổi (>40), tiền căn hút thuốc lá 70 gói năm, được chẩn đoán COPD cách đây 9 năm, khám ls có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới.

Phân nhóm COPD:

+mMRC=4(khó thở làm bn không thể ra khỏi nhà)

+Trong 12 tháng qua, có 1 lần bn nv vì đợt cấp

→ Theo GOLD 2017 xếp bn COPD nhóm D (nguy cơ cao, nhiều triệu chứng)

Biến chứng COPD:

- Biến chứng cấp:

+Suy hô hấp cấp: nghĩ nhiều vì bn lúc lên cơn khó thở có ngắt phải nằm hồi sức tại bv Vĩnh Long. Đề nghị khí máu động mạch để chẩn đoán.

Cần nêu được các triệu chứng của ứ CO₂ máu, triệu chứng của giảm O₂ máu.

+Tràn khí màng phổi:bn không khó thở đột ngột, không đau ngực ,khám không thấy hội chứng tràn khí màng phổi, khí quản không di lệch,lồng ngực cân đối nên không nghĩ.

- Biến chứng mạn:

+ Suy hô hấp mạn:ít nghĩ vì bn da niêm hồng,không nhức đầu,lơ mơ ,ngủ gà.Đề nghị khí máu động mạch để tầm soát.

+ Đa hồng cầu: không loại trừ.Đề nghị CTM.

Các triệu chứng của đa hồng cầu là gì?

+ Tâm phế mạn:không nghĩ vì bn không phù,gan không to,TMCN/45^O(-),khám ls dấu Hardzer(-),dấu nầy trước ngực(-)

Tim mạch

- Suy tim:Ít nghĩ vì bn không khó thở nằm,không có những lần khó thở kịch phát về đêm,khám không thấy mỏm tim lệch xuống dưới ra ngoài đường trung đòn T ,không gallop T3 nhưng bn có khó thở khi gắng sức ,nhịp tim nhanh (100 l/ph)nên không loại trừ.Đề nghị ECG,siêu âm tim,NT-pro BNP.

c.Hẹp 2 lá:không nghĩ vì khám không thấy T1 đanh,không Clac mở vang,không rung tâm trương.

2.Khó thở cấp:

Các nguyên nhân gây khó thở cấp có thể trên bn này:

- Tràn khí màng phổi:đã biện luận.

- Viêm phổi:ít nghĩ vì bn không sốt,không lạnh run,môi không khô ,lưỡi không dơ,không đau ngực kiểu màng phổi, nhưng bệnh nhân có khạc đàm mur nên không loại trừ.Đề nghị cấy đàm,x-quang ngực thẳng.

- Dị vật phế quản:không nghĩ do BN không có hội chứng xâm nhập,không ho sặc sụa, không hít sặc.

- Thuyên tắc phổi: ít nghĩ vì bn không có ho ra máu,không đau ngực,không có tiền căn nằm bất động lâu ngày không suy tim phải,không huyết khối tĩnh mạch sâu, không có gãy xương hay phẫu thuật xương trước đây.Đề nghị D-dimer,CT ngực để loại trừ.

Đợt cấp dẫn phế quản: bn phải có tiền căn dẫn phế quản trước đó,ở trên không loại trừ bn có dẫn phế quản nên cũng không loại trừ bn có đợt cấp dẫn phế quản.

- Đợt cấp COPD:ngĩ nhiều vì bn được chẩn đoán COPD tại bv Chợ Rẫy 10 năm trước, khởi phát khi lớn tuổi,hút thuốc lá 70 gói.năm,tiền căn khó thở khi gắng sức, ho khạc đàm mạn,lần này khó thở tăng ,ho khạc đàm tăng,lượng đàm tăng so với thường ngày.Đề nghị hô hấp kí,test dẫn phế quản để chẩn đoán.

Yếu tố thúc đẩy đợt cấp:

- Nhiễm trùng hô hấp(viêm phổi): đã biện luận

Nhiễm trùng đường thở(Cần hỏi tính chất đàm đổi màu).

- Dự ứng: ít nghĩ vì tiền căn bn không có dự ứng, môi trường sống bn không khói bụi, không hoá chất độc hại nhưng không loại trừ.

- Nặng hơn của các bệnh đồng mắc: ít nghĩ vì chưa ghi nhận bệnh đồng mắc nhưng không loại trừ.

- Không xác định: nghĩ nhiều

Biến chứng đợt cấp COPD:

- Suy hô hấp cấp: đã biến luận

- Tràn khí màng phổi: đã biến luận

Mức độ đợt cấp:

- Bn có suy hô hấp cấp nên nghĩ mức độ nặng.

Thiếu phân biến luận Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới. Sau khi biến luận ta sẽ có được 2 chẩn đoán là viêm phổi và lao phổi tái phát.

X. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Đợt cấp COPD mức độ nặng- yếu tố thúc đẩy không xác định- COPD nhóm D- biến chứng suy hô hấp cấp.

Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD mức độ nặng- yếu tố thúc đẩy không xác định- COPD nhóm D- chưa biến chứng.

XI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Đợt cấp COPD mức độ nặng, yếu tố thúc đẩy do viêm phổi - COPD nhóm D- biến chứng suy hô hấp cấp.

2. Thuyên tắc phổi, biến chứng suy hô hấp cấp- COPD nhóm D.

Các chẩn đoán phân biệt:

1. *Đợt cấp dẫn phế quản- COPD nhóm D- chưa biến chứng.*
2. *Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng do Pseudomonas aeruginosa- COPD nhóm D- chưa biến chứng. (nghĩ do Pseudomonas aeruginosa là vi bệnh nhân có bệnh phổi cấu trúc trước đó là COPD)*
3. *Lao phổi tái phát- COPD nhóm D- chưa biến chứng.*

XII. ĐỀ NGHỊ CLS

1. CLS chẩn đoán:

- X-quang phổi
- AFB đàm
- Khí máu động mạch.
- CTM
- CRP
- CT scan ngực.
- Cây đàm, kháng sinh đồ.

2.CLS thường quy:

- CTM,Ion đồ,ECG,Đường huyết ,BUN,Creatinin huyết thanh,ALT,AST,TPTNT,siêu âm bụng.

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

- Họ và tên bệnh nhân: Nguyễn Thị N Giới tính: Nữ Tuổi: 64
- Địa chỉ: Vũng Tàu
- Nghề nghiệp: nội trợ
- Ngày nhập viện: 11h40' 7/4/2017.
- Giường 11, phòng 2, khoa Hô Hấp BV Chợ Rẫy.

II. Lí do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 16 ngày, bệnh nhân đang nằm nghỉ ngơi thì bắt đầu khó thở, khó thở khởi phát từ từ, khó thở từng cơn mỗi cơn kéo dài #10ph, tăng dần, thở ra khó hơn, đi lại khó khăn, trước đây đi cầu thang hay đi bộ #50m bệnh nhân thường lên cơn khó thở, khó thở kèm ho khạc đàm màu xanh, nhầy, không lẫn máu, không mùi, ho từng cơn kéo dài #5ph, bệnh nhân dùng máy phun khí dung (chưa rõ thuốc) và uống thuốc theo toa trước đó giảm ho và khó thở.
- Cách nhập viện 14 ngày bệnh nhân khó thở tăng lên về cường độ, cơn khó thở kéo dài hơn, nói được từng từ và ho khạc đàm với tính chất tương tự, bệnh nhân phun khí dung nhưng không giảm=> Nhập viện Lê Lợi, sau 7 ngày nhập viện bệnh nhân khó thở không giảm, ho tăng về cường độ và tần số, chẩn đoán đợt cấp COPD bội nhiễm/ĐTĐ type II, RLCH lipid, điều trị thuốc kháng sinh (chưa rõ loại), hạ áp và hạ đường huyết.
- Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân ho khạc đàm giảm, khó thở không giảm => Xin chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, không đau ngực, không sốt, không sổ mũi, không đau họng, không đau bụng, đi tiêu phân vàng đóng khuôn, không lẫn máu, tiểu vàng trong không gắt buốt, lượng 1L/ ngày.
- Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, môi khô lưỡi đỏ, da niêm nhạt.
Mạch: 102 l/p Huyết áp: 100/60 mmHg,
Nhiệt độ: 37°C Nhịp thở: 26 lần/p.
SpO2: 96% (oxy canula 2l/ph)
- Diễn tiến bệnh:
N1-N6: bệnh nhân khó thở giảm, thở qua cannula 2L/ph, ho khạc đàm xanh giảm, không lẫn máu, không có mùi hôi thối, ăn uống kém, tiêu phân vàng đóng khuôn không lẫn máu, tiểu vàng trong không gắt buốt
N7: bệnh nhân giảm khó thở và ho đàm, không thở qua cannula.

IV. Tiền căn:

1. Tiền căn cá nhân:

A. Bệnh lý:

a. Nội:

- Trong năm 2016 tới nay bệnh nhân không nhập viện với tình trạng tương tự. Ở nhà bệnh nhân đi cầu thang hoặc đi bộ xa 50m thấy khó thở phun khí dung giảm khó thở.

- Cách 5 năm, bệnh nhân nhập viện với tình trạng khó thở và ho khạc đàm được chẩn đoán COPD/ ĐTD type II điều trị thuốc giảm và được làm hô hấp ký.
- Cách 15 năm, bệnh nhân khám tại bệnh viện Lê Lợi chẩn đoán ĐTD type II đang dùng thuốc điều trị, tái khám 1 lần/ tháng.
- Chưa ghi nhận hen, K phổi, lao phổi, THA

b. Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận
- Sản phụ khoa:
 - PARA: 6006

c. Thói quen:

- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

d. Dị ứng: Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, phấn hoa, lông chó mèo

2. Gia đình: chồng có hút thuốc lá (không rõ số gói.năm), không phát hiện bệnh lý về hô hấp, ĐTD, tăng huyết áp, lao phổi, K phổi.

V. Lược qua các cơ quan: 7h ngày 15/4/2017

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
- Hô hấp: khó thở giảm 6/10, ho có đàm xanh giảm 7/10.
- Tiêu hóa: tiêu phân vàng đóng khuôn, không buồn nôn, nôn.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt, lượng nước tiểu #1L/ngày.
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
- Tứ chi: không giới hạn vận động, không yếu liệt chi.

VI. Khám LS: 7h ngày 15/4/2017

1. Tổng trạng:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang, không co kéo cơ hô hấp phụ.
- Sinh hiệu:

M: 92 l/p	HA: 110/70 mmHg	
Nhiệt độ: 37 °C	Nhịp thở: 20 l/p	SpO ₂ :96% khí trời.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, môi không khô, lưỡi không dơ.
- Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không THBH, không xuất huyết dưới da, không ngón tay dùi trống.
- CC: 1,6 m CN: 48 kg BMI: 18,75kg/m² =>Thể trạng trung bình

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Không có bệnh lý răng miệng
- Tĩnh mạch cổ không nổi, phản hồi gan cảnh (-)
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, không biến dạng, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không gù vẹo, không sẹo mổ cũ
- Tim:

Mỏ tim KLS V, đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm²

Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), không rung miêu

T1, T2 đều rõ, tần số 92 l/p, không có âm thổi, không T3,T4.

- Phổi:
 - Rung thanh đều đối xứng 2 bên phế trường
 - Gõ trong
 - RRPN giảm 2 phế trường
 - Rale nổ ở 1/3 dưới 2 bên phổi nghe rõ ở đầu thì hít vào rõ hơn ở phổi P.
 - Rale ngáy ở 2 bên phổi nghe rõ ở thì thở ra
 - Tiếng dê kêu (-), tiếng ngực thâm (-)
- 4. Bụng
 - Cân đối, di động theo nhịp thở
 - Không cử động bụng ngực nghịch thường
 - Nhu động ruột 5 l/p không âm thổi
 - Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
 - Gan: chiều cao gan 7 cm, bờ trên KLS 5 đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm, rung gan (-).
 - Lách: không sờ chạm
 - Chạm thận (-), rung thận (-)
- 5. Thần kinh: Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.
- 6. Cơ xương khớp: không giới hạn vận động, không yếu liệt.

VII. Tóm tắt bệnh án: bệnh nhân nữ 64 tuổi nhập viện ngày thứ 16 vì khó thở qua thăm khám và hỏi bệnh phát hiện:

1. TCCN:
 - + Khó thở từng cơn
 - + Ho khạc đàm xanh
2. TCTT:
 - + Mạch: 102 l/p
 - + Huyết áp: 100/60 mmHg,
 - + Nhiệt độ: 37°C
 - + Nhịp thở: 26 lần/p.
 - + SpO2: 96% (oxy máy 2l/ph)
 - + Môi khô, lưỡi đỏ
 - + Rale ngáy và rale nổ ở 2 bên phổi
3. Tiền căn :
 - + COPD
 - + ĐTĐ type II
 - + Không hút thuốc lá, có chồng hút thuốc lá

VIII. Đặt vấn đề:

1. Khó thở cấp
2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới
3. Tiền căn COPD, ĐTĐ type II

IX. Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD, mức độ vừa, nhóm B, yếu tố thúc đẩy là viêm phổi chưa biến chứng / COPD - ĐTĐ type 2

X. Chẩn đoán phân biệt:

1) Đợt cấp COPD, mức độ vừa, nhóm B, không yếu tố thúc đẩy, chưa biến chứng + Viêm phổi cộng đồng mức độ vừa chưa có biến chứng / COPD - ĐTĐ type 2

2) Đợt cấp COPD, mức độ vừa, nhóm B, không yếu tố thúc đẩy, chưa biến chứng + Lao phổi chưa có biến chứng / COPD - ĐTĐ type 2

XI. Biện luận:

1. Khó thở cấp :

- Bệnh nhân lên cơn khó thở 16 ngày trước nhập viện, lúc đầu có đáp ứng với thuốc phun khí dung. Mạch 102 lần/ph, thở 26 l/ph
- ❖ Khó thở cấp thường có các nguyên nhân :
 - Suy tim trái : bệnh nhân có khó thở khi gắng sức, không khó thở kịch phát về đêm, khám tim không có Gallop T3, không có âm thổi, tim không to nên không nghĩ
 - Hẹp van 2 lá : bệnh nhân có khó thở khi gắng sức nhưng không có khó thở kịch phát về đêm, khám tim không có rù tâm trường, Clack mở van, T1 đều rõ nên không nghĩ
 - Thành ngực : Bệnh nhân không có chấn thương thành ngực, ấn không đau, không có trầy xước, xuất huyết dưới da ở ngực nên không nghĩ
 - Tràn dịch màng phổi : bệnh nhân ho khạc đàm khám không thấy hội chứng 3 giảm, lồng ngực di động đều theo nhịp thở, khoang liên sườn không giãn rộng, khí quản k di lệch nên không nghĩ
 - Tràn khí màng phổi : khám không có hội chứng tràn khí màng phổi, không nghe tiếng thổi vò, tiếng thổi bình kim khí, bệnh nhân không có chấn thương hay làm thủ thuật trước đó, không đau ngực, không tụt huyết áp nên không nghĩ.
 - Viêm phổi thùy : bệnh nhân không có sốt, ho đàm xuất hiện cách nhập viện 7 ngày, không đau ngực, khám không thấy hội chứng đông đặc, rale nổ ở 2 bên phổi chưa thể loại trừ
 - Thuyên tắc phổi : bệnh nhân không có tình trạng ho ra máu, không đánh trống ngực, không tụt huyết áp, không ngất; không có yếu tố thuận lợi như ứ máu tĩnh mạch (rung nhĩ, huyết khối TM sâu, suy tim trái, bất động, tiền căn huyết khối TM sâu), tăng đông (không ghi nhận tiền căn K, không dùng estrogen, không chấn thương), chấn thương mạch máu (chấn thương, phẫu thuật, xạ trị) nên không nghĩ.
 - Dị vật phế quản : bệnh nhân không có hội chứng xâm nhập, không hít sặc nên không nghĩ
 - Hen : bệnh nhân lớn tuổi, khó thở tăng dần, ngoài cơn vẫn có khó thở gắng sức, đo hô hấp ký chức năng hô hấp giảm trung bình ; không có tiền căn dị ứng, gia đình không có người bị hen nên không nghĩ
 - Đợt cấp COPD : bệnh nhân có tiền căn COPD cách 5 năm, khó thở tiến triển tăng dần, khó thở khi gắng sức, ho đàm tăng, bệnh nhân được đo hô hấp ký chức năng hô hấp giảm trung bình nên nghĩ nhiều bệnh nhân có đợt cấp COPD
- ❖ Phân loại đợt cấp COPD : Vừa
 - Bệnh nhân khó thở, ho khạc đàm tăng
 - Bệnh nhân 64 tuổi
 - Không có cơn kịch phát trong năm
- ❖ Phân nhóm COPD: Nhóm B (GOLD 2017)
 - Bệnh nhân không có đợt cấp trong năm vừa qua (≤ 1)
 - mMRC = 3 (bệnh nhân khó thở khi đi được 50m)
- ❖ Yếu tố thúc đẩy:
 - Nhiễm trùng hô hấp dưới: do nhịp thở 26 lần/phút, mạch 102 lần/phút, môi khô, lưỡi dơ, ho khạc đàm nên nghĩ nhiều.
 - Nhiễm trùng hô hấp trên: bệnh nhân không đau họng, sưng họng, sưng amidan nên không nghĩ

- Nâng lên của bệnh đồng mắc: bệnh nhân không có tiền căn bệnh tăng huyết áp, huyết áp lúc nhập viện 100/60 nên không nghĩ
- Dị ứng nguyên: ít nghĩ do trước đó bệnh nhân không tiếp xúc phấn hoa, bụi gỗ, không có tiền căn dị ứng nhưng không loại trừ.
- Dùng thuốc xịt không đúng: bệnh nhân không sử dụng thuốc xịt.
- ❖ **Biến chứng đợt cấp COPD:**
 - Suy hô hấp cấp: bệnh nhân có khó thở cấp, không co kéo cơ hấp phụ, bệnh nhân tỉnh => khí máu động mạch
 - Tràn khí màng phổi: đã biện luận ở trên

2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới :

- Bệnh nhân có triệu chứng ho khạc đàm xanh, rì rào phế nang giảm ở 1/3 dưới phổi P, rale nổ 2 bên, không có triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên (sổ mũi, nghẹt mũi, đau họng) nên nghĩ nhiều bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới

❖ Các nguyên nhân thường gặp của nhiễm trùng đường hô hấp dưới :

- Viêm phổi thùy: Bệnh nhân có những triệu chứng của tình trạng viêm phổi = ho khạc đàm xanh, kèm rale nổ 1/3 dưới 2 bên phổi => nghĩ nhiều
- Lao phổi : bệnh nhân ho khạc đàm tuy nhiên chưa ghi nhận tiền căn lao phổi trước đây, bệnh nhân không gầy ốm sút cân, mệt mỏi ăn uống kèm đồ mỡ hôi trộn => chưa loại trừ nguyên nhân do lao
- Áp xe phổi : bệnh diễn tiến 16 ngày, không có yếu tố thuận lợi như nghiện rượu, dùng thuốc an thần, không gây tê, gây mê, bệnh thần kinh, không có bệnh răng miệng (sâu răng, viêm nướu), nha chu ; không ho đàm mủ hôi thối, không lẫn máu, không ọc mủ, không có bệnh phổi trước đó nên không nghĩ
- Viêm phế quản cấp : bệnh nhân ho có đàm, không có rale phế quản, có rale nổ nên nghĩ nhiều tới bệnh lý do nhu mô phổi
- Đợt cấp COPD : bệnh nhân không có tiền căn hút thuốc lá, bệnh nhân có tiền căn COPD cách 5 năm, khó thở tiến triển tăng dần, khó thở khi gắng sức, ho đàm tăng, bệnh nhân được đo hô hấp ký chức năng hô hấp giảm trung bình nên nghĩ nhiều bệnh nhân có đợt cấp COPD

❖ **Phân loại viêm phổi :**

Viêm phổi cộng đồng : nghĩ nhiều vì tình trạng ho khạc đàm xanh trước khi nhập viện tuy nhiên bệnh nhân có nhập viện 14 ngày trước đó nên chưa thể loại trừ viêm phổi cộng đồng.

❖ **Tiêu chuẩn nhập viện :**

- Tuổi > 65 (81 tuổi)
- Có bệnh đồng thời: COPD, ĐTĐ type II

❖ **Biến chứng :**

+ Tại phổi :

- Áp xe phổi : Bệnh nhân có khạc đàm nhưng không có mùi hôi, vấy máu hay ọc ra mủ. Bệnh diễn tiến 16 ngày không có yếu tố nguy cơ của hít dịch nhiễm trùng vào nhu mô phổi và bệnh nha chu, không suy kiệt, không môi khô lưỡi dơ => ít nghĩ có biến chứng áp xe phổi
- Tràn mủ màng phổi : Không khám thấy hội chứng 3 giảm, ít nghĩ => XQ ngực thẳng, nghiêng nhằm phát hiện nếu có dịch lượng ít
- Tràn khí màng phổi : Không khám thấy hội chứng tràn khí màng phổi và dấu lép bẹp dưới da => không nghĩ có biến chứng TKMP

+ Hệ thống :

- Suy hô hấp cấp: bệnh nhân có khó thở cấp, không co kéo cơ hấp phụ, bệnh nhân tỉnh => khí máu động mạch
- Nhiễm trùng huyết : bệnh nhân không sốt, môi khô lưỡi dơ và ổ nhiễm trùng rõ ràng nên ít nghĩ => cấy máu xét nghiệm

- Sốc Nhiễm trùng : Bệnh nhân có hội chứng đáp ứng nhiễm trùng tuy nhiên khám thấy bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt không có dấu hiệu suy đa cơ quan, HATT=100 nên không nghĩ
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng : Khám tim không nghe âm thổi, không xuất huyết da niêm, lách không to, không tiểu máu. Bệnh nhân không có bệnh tim trước đó=> không nghĩ
- Viêm màng não mủ : khám bệnh nhân cổ mềm, không nhức đầu=> không nghĩ
- Suy thận cấp : bệnh nhân không thiếu niệu=> không nghĩ

XIII. Cận lâm sàng :

1. Xét nghiệm chẩn đoán:

- + XQ phổi thẳng + nghiêng, CT máu, CRP, Pro-calcitonin: Chuẩn đoán viêm phổi, COPD
- + Siêu âm tim: phát hiện các nguyên nhân do tim, tăng áp phổi
- + Hô hấp ký: đánh giá tiên lượng mức độ tắc nghẽn
- + Khí máu động mạch: kiểm tra biến chứng suy hô hấp
- + Soi đàm, AFB Gram, cấy đàm Kháng sinh đồ => chuẩn đoán tác nhân gây viêm phổi

2. Xét nghiệm thường qui: Sinh hóa máu (men gan, đường huyết, BUN, Creatinin, Ion đồ), ECG.

BỆNH ÁN

1: HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Trương Văn H

Giới tính: Nam Sinh năm: 1953 (64 tuổi)

Địa chỉ: Đồng Nai

Nghề nghiệp: đi biển từ năm 15 tuổi, đến năm 40 tuổi thì nghỉ, ở nhà làm việc nhà

Tại sao 40 tuổi BN lại nghỉ ở nhà, BN xuất hiện triệu chứng gì, biến cố gì. Mình hỏi thì BN nói là có vợ và con đi làm nên NB ở nhà làm việc nhà nhưng vẫn chưa cho thấy bản chất vấn đề, cần hỏi sâu hơn nữa, nếu không sẽ bị bắt lỗi chỗ này

Ngày giờ nhập viện: 15h30' ngày 28/04/2017

Giường 41 phòng 4B Khoa: Nội hô hấp

2: LÝ DO NHẬP VIỆN: khó thở

Có thể ghi khó thở cấp hay mạn hay khó thở cấp/mạn khi đã xác định hay chỉ cần ghi khó thở nhưng khi biện luận thì chắc chắn sẽ đi từ khó thở nên việc xác định phải đúng, nếu xác định sai thì đi cả BA vì cây biện luận khó thở cấp và mạn hoàn toàn khác nhau

3: BỆNH SỬ: bệnh nhân là người khai bệnh

- Cách nhập viện 5 tuần, bệnh nhân đột ngột khó thở tăng lên khi đang nghỉ ngơi, khó thở cả 2 thì, bệnh nhân gặp người lại thì giảm khó thở, kèm mệt mỏi, ho khạc đàm trắng đục. Bệnh nhân tự xịt thuốc tại nhà, không rõ loại, không giảm khó thở nên bệnh nhân nhập viện bệnh viện Huyện Xuân Lộc-Tỉnh Đồng Nai, chẩn đoán không rõ. Bệnh nhân điều trị tại bệnh viện

Huyện Xuân Lộc 27 ngày, điều trị không rõ, Triệu chứng khó thở và ho khạc đàm giảm, bệnh nhân được xuất viện.

-Khó thở: thiếu tính chất: thay đổi trong ngày, KT khi nằm, KT kịch phát về đêm, khó thở là triệu chứng rất quan trọng và triệu chứng chính, không được thiếu. BN miêu tả khó thở đột ngột nhưng hỏi kỹ thì xác định được là từ từ, SV được phép khai khác lời khai của BN, một số tính chất do SV xác định chứ không phải BN.

-BN có thể có nhiều tư thế giảm khó thở (mỗi BN thường chỉ có 1 tư thế giảm khó thở thôi nhưng tư thế giảm khó thở mỗi BN có thể khác nhau), với tư thế gập người anh lý giải là tư thế này làm Xương sườn lên cao hơn, thể tích lồng ngực tăng lên một tí, góp phần làm giảm khó thở

-Triệu chứng ho khạc đàm giảm => BN xuất viện: hỏi kỹ điều trị của BN: số lần xịt có giảm không, BN thực sự đã khỏi bệnh?, và phải hỏi =?/10 so với lúc nhiều nhất

-Cách NV 5 tuần: cái này là quan trọng nhất và quyết định luôn cả Bs và BA. Bởi vì xác định BN đã điều trị ổn lần này và mới về nhà nên ta sẽ cho nó vào tiền căn, còn nếu giữ lại ở BS thì khó thở 5 tuần là mạn tính (mốc phân biệt cấp tính và mạn tính là 3 tuần), khi đó BL sẽ là khó thở mạn, sẽ chỉ là COPD mà không thể nói là đợt cấp COPD (đợt cấp COPD là khó thở cấp/mạn, hay nói đúng hơn đợt cấp này là khó thở cấp) và trong biện luận khó thở mạn sẽ có suy tim, trong khi khó thở cấp sẽ không có, rất khác: phải hỏi kỹ BN về mật độ xịt thuốc, đeo máy thở, BN có giảm liều từ từ, được bỏ máy thở trước khi xuất viện không

Bệnh nhân tự xịt thuốc tại nhà, không rõ loại, không giảm khó thở: chú ý chi tiết này, nó cho thấy BN không đáp ứng với điều trị BN đã áp dụng trước giờ và vẫn đang áp dụng với lần này, cho thấy BN nặng lên và là yếu tố quan trọng để đánh giá đúng tình hình BN, nó cũng là lý do thôi thúc BN đến BV vì trước giờ BN vẫn xịt thuốc, nếu đáp ứng thì không tới BV làm gì

-Với 1 BN khó thở hay đau ngực hay gì khác, phải xác định được BN đó có chịu được hay không hay vật vã, không thể chịu được: cái này tùy ý kiến BS, anh Ngọc rất thích triệu chứng này, BS mà không có thì ảnh sẽ hỏi

- 1 tuần trước nhập viện Bệnh nhân lên cơn khó thở tương tự như lần trước nhưng mức độ khó thở và ho khạc đàm tăng lên,bệnh nhân dùng thuốc xịt tại nhà nhưng không giảm nên đã nhập viện bệnh viện phổi Long Thành-Đồng Nai .chẩn đoán không rõ,bệnh nhân được cho thở khí dung,khó thở và ho khạc đàm tăng lên,bệnh nhân lên cơn khó thở 3 lần nữa nên bệnh nhân được chuyển tuyến đến bệnh viện Tỉnh Đồng Nai 1 ngày sau đó(6 ngày trước nhập viện).Tại bệnh viện Tỉnh Đồng Nai Bệnh nhân được chẩn đoán COPD,cho thở khí dung,triệu chứng khó thở và ho khạc đàm không giảm,bệnh nhân lên cơn khó thở 2-3 lần/ngày,bệnh nhân cảm giác nặng ngực khi ho nhiều

-Mở ngoặc và nói thêm để người theo dõi biết là 1 tuần trước nhập viện=sau khi BN xuất viện 1 ngày,đừng để người đọc phải tự tính,như BN sinh năm 1953,phải tính ra luôn BN 64 tuổi,đừng bao giờ để người đọc phải lấy 2017-1953 rồi suy ra tuổi BN

Tại bệnh viện Tỉnh Đồng Nai Bệnh nhân được chẩn đoán COPD:anh nghe phần đọc chẩn đoán của BV tuyến dưới chỉ nói không quan tâm,tức ý anh là chẩn đoán tuyến dưới hay trước đó nữa chỉ có giá trị tham khảo thôi chứ không thể dựa vào đó để mà chẩn đoán,gia trị triệu chứng không cao,phải dựa vào triệu chứng của COPD . Ví dụ như phải nói em nghĩ BN bị COPD vì BN có lồng ngực hình thùng bla bla chứ không thể nói em nghĩ BN bị COPD vì tuyến trước chẩn đoán BN bị COPD,nó có thể góp vào các triệu chứng mà mình dùng để khẳng định BN bị COPD để tăng đội mạnh thì được

bệnh nhân cảm giác nặng ngực khi ho nhiều:phải phân biệt nặng ngực với đau ngực,nặng ngực có thể là triệu chứng kèm theo(phụ) của khó thở có ho khạc đàm còn đau ngực là một triệu chứng chính riêng biệt với khó thở,ghi vô là phải miêu tả hết tính chất của khó thở và coi chừng phải biện luận đau ngực nữa,bị bẻ lại là chết.Với bản chất ho nhiều thì nặng ngực thôi còn thực sự không có đau ngực gì hết,nếu ghi đau ngực thay vì nặng ngực anh sẽ biết là SV viết bệnh sử mà không phân biệt được đau ngực và nặng ngực

- 2 ngày trước nhập viện bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện kháng thuốc, triệu chứng khó thở và ho khạc đàm, nặng ngực tăng lên, bệnh nhân vẫn còn lên cơn khó thở 2-3 lần/ngày nên bệnh viện tỉnh Đồng Nai chuyển tuyến bệnh nhân lên bệnh viện Chợ Rẫy-khoa nội hô hấp vào lúc 15h30' ngày 28/04/2017
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, giảm cân từ 49 kg còn 44 kg trong vòng 5 tuần, không sốt, không phù, không đau họng, không sổ mũi, tiểu dễ, nước tiểu vàng trong, không rõ lượng, tiêu phân vàng, đóng khuôn, không tiêu chảy, không táo bón, không đau ngực, không buồn nôn, không nôn
- Tình trạng lúc nhập viện: chưa ghi nhận
- Diễn tiến sau nhập viện: bệnh nhân lên cơn khó thở 1 lần trong vòng 6 ngày, khó thở, ho và đàm giảm, đàm chuyển từ màu trắng đục sang màu vàng sau đó lại chuyển sang màu trắng đục

khó thở, ho và đàm giảm: còn ?/10 so với lúc nặng nhất

4: TIỀN CĂN

Bản thân

Nội khoa

- 9 năm trước bệnh nhân được bệnh viện Phạm Ngọc Thạch chẩn đoán lao phổi, điều trị chích thuốc mông 2 tháng, chích mông và uống thuốc 6 tháng (điều trị 8 tháng)
- 9 năm trước bệnh nhân có triệu chứng gì được bệnh viện Phạm Ngọc Thạch chẩn đoán lao phổi, anh rất quan trọng triệu chứng này, đừng nên bỏ qua điều trị chích thuốc mông 2 tháng, ~~chích mông và~~ uống thuốc 6 tháng (điều trị 8 tháng): 6 tháng sau uống thuốc, không còn chích mông nữa. một vấn đề quan trọng nữa là mặc dù BN đã điều trị đúng thời gian và tuân thủ điều trị nhưng bệnh lao có thực sự đã hết?, cho nên phải hỏi triệu chứng sau đó của BN và BN có đi kiểm

tra,xét nghiệm lao lại không hay bỏ qua luôn,cái này mình thấy không phải quan điểm của riêng anh mà nhiều Bác Sĩ khác cũng quan tâm như vậy

- 10 năm trước bệnh nhân khó thở nhập viện bệnh viện Tỉnh Đồng Nai được chẩn đoán COPD ,6 tháng gần đây nhập viện nhiều lần vì lên cơn khó thở

-10 năm trước bệnh nhân khó,NV BV tỉnh Đồng Nai:cho thấy triệu chứng => NV,chẩn đoán:mặc dù chẩn đoán tuyến trước không thật sự quan trọng nhưng trường hợp này sẽ cho thấy thời gian BN được chẩn đoán là bao nhiêu năm

-6 tháng gần đây nhập viện nhiều lần vì lên cơn khó thở:hỏi số lần BN nhập viện trong 1 năm,có vai trò trong chẩn đoán,nhưng vì trong 1 năm trước thì 6 tháng đầu BN không NV còn 6 tháng sau BN NV nhiều lần nên mình sử dụng 6 tháng,nhưng phải giải thích rõ ra,không cứ sử dụng 1 năm,và phải ghi rõ số lần NV trong 1 năm,ở đây là 4 lần

- Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp,đái tháo đường,rối loạn lipid máu

rối loạn lipid máu:không cần nhắc tới vì BN quá ốm

- Chưa ghi nhận bệnh lý hô hấp lúc nhỏ

-Cái này muốn nói tới tiền căn của hen,nhưng thật ra rất khó xác định,có thể không nhắc đến,hoặc là xác định là lúc nhỏ BN có quen mặt BS nào không(NV nhiều lần vì lên cơn hen nhiều lần) nên sẽ quen với BS

-Sử dụng 1 tiền căn khác là tiền căn nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại nhiều lần:nếu xác định rõ viêm PQ hay viêm phổi hay gì đó thì tốt hơn nữa

Ngoại khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

Thói quen sinh hoạt

- Hút thuốc láo từ năm 9 tuổi,bỏ 10 năm nay(hút 45 năm),hút lượng lớn

-Ở đây xảy ra trường hợp đặc biệt vì BN hút thuốc lòn chứ không hút thuốc lá nên không thể tính gói-năm, phải hỏi là một ngày BN hút bao nhiêu lần, một lần kéo bao nhiêu cái, hút thường xuyên không

- Uống rượu:thỉnh thoảng, không rõ lượng
- Bệnh nhân khó thở khi làm việc nhà, khâu vá 10 năm nay, nửa năm trở lại đây Bệnh nhân khó thở khi đi vệ sinh, gần đây khó thở cả khi nghỉ ngơi
- Ngủ kê 2 gối:thói quen từ trước tới giờ

Dị ứng:chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn,thuốc

- Gia đình
- chưa ghi nhận bất thường

Thiếu tiền căn ho khạc đàm mạn:đối với COPD thì 2 tiền căn quan trọng nhất là khó thở mạn(Khí phế thũng) và ho khạc đàm mạn(Viêm PQ mạn),nếu là BA COPD thì bao giờ cũng phải nhắc tới,mặc dù nói không cần phân biệt 2 thể lâm sàng này nhưng 2 tiền căn này có giá trị rất quan trọng trong chẩn đoán COPD,ít nhất phải có 1 trong 2,nếu có cả 2 thì càng tốt,còn không có cái nào thì nên xem lại chẩn đoán,với đi thi BS nghe không có cái nào sẽ xoáy vào chỗ này=> tự biết

5:lược qua các cơ quan

- Tim mạch:không đau ngực,không hồi hộp,không đánh trống ngực
- Hô hấp:bệnh vẫn khó thở 2 thì,mức độ khó thở giảm,ho ,đàm,nặng ngực giảm

-BN có khó thở khi nằm,đáng lẽ KT khi nằm và KT kịch phát về đêm phải miêu tả ngay từ ban đầu

-Còn ?/10

- Tiêu hóa:không đau bụng,không buồn nôn nôn ói,không ợ chua ợ hơi
- Tiết niệu:nước tiểu vàng trong,tiểu dễ,không rõ lượng

- Thần kinh:mệt, không đau đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau khớp

6: khám lâm sàng 7h30' ngày 5/5/2017

- TỔNG QUÁT
 - Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu kê 2 gối
 - Da niêm : hồng hào, không xuất huyết dưới da
 - Bệnh nhân không phù
 - Dấu véo da ?
 - Ngón tay dùi trống
 - Hạch ngoại biên không sờ chạm
 - Không sao mạch, không lờn bàn tay son
 - Sinh hiệu
 - Mạch : 120 l/p
 - Huyết áp: 130/80 mmHg
 - Nhịp thở: 20 l/p
 - Nhiệt độ: 37°C
 - SpO2 : 88%
 - Thể trạng: CN : 44 kg . CC: 1m62 => BMI=16,8: thiếu cân theo WHO

-BN đã cân từ khi nào (độ tin cậy của cân nặng mà BN cung cấp), càng chính xác càng tốt

- KHÁM TỪNG VÙNG

- ĐÀU MẶT CỔ

- Niêm hồng đậm,niêm mạc lưỡi đỏ rực
- Không tĩnh mạch cổ nổi
- Không âm thổi động mạch cảnh
- Tuyến giáp không to
- Hạch ngoại vi không sờ chạm
- Khí quản không lệch

- NGỰC

- Lồng ngực cân đối,di động theo nhịp thở,không dấu xuất huyết dưới da,không dấu sao mạch,không sẹo mổ cũ,không tuần hoàn bàng hệ,không u gồ bất thường
- Khoang liên sườn giãn rộng
- Lồng ngực hình thùng
- Không co kéo hõm ức,cơ hô hấp phụ
- Không thở bụng nghịch thường
- Thì thở ra kéo dài

Tim

- Mỏm tim ở KLS V trên đường trung đòn (T),diện đập 1x1 cm²,nảy nhẹ
- Không ổ đập bất thường,không rung miêu
- Không sờ thấy dấu nảy trước ngực,dấu harzer
- Nhịp tim 120 l/p,nhịp tim đều,T1,T2 đều rõ
- không nghe âm thổi,tiếng tim bất thường

Phổi

- Rung thanh giảm đều, đối xứng 2 bên
- Gõ vang khắp 2 phổi
- Nghe ran ngáy thì thở ra ở 2 phế trường, rì rào phế nang giảm

Bụng

- Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ
- Âm ruột 6 l/p, không nghe âm thổi bất thường
- Gõ vang quanh rốn, không ghi nhận vùng đục ở bụng
- Không điểm đau khu trú
- Gan: Bờ trên KLS V đường trung đòn(P), bờ dưới khoogn sờ chạm, chiều cao gan 9 cm trên đường trung đòn (P)=>gan không to
- Phản hồi bụng cảnh(-)
- Lách không sờ chạm
- Chạm thận(-), rung thận(-)

Thần kinh

- cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

Cơ xương khớp

- Không sưng nóng đỏ các khớp, tầm hoạt động khớp bình thường, không yếu liệt chi
- Không dấu xanthoma

-Anh sẽ hỏi xoáy vào dấu Xanthoma là gì,tại sao lại nói trong BA:vấn đề ở đây là BN rất ốm,thiếu cân suy dinh dưỡng thì làm sao có dấu Xanthoma được=>không nên nhắc tới

7:TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam,74 tuổi,nhập viện ngày 28/04/2017 vì khó thở,bệnh 5 tuần,qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các bất thường

- TCCN

- Khó thở
- Ho khạc đàm
- Mệt mỏi
- Chán ăn
- Sụt cân

- TCTT

- Mạch:120 l/p
- SpO2:88%
- Niêm mạc lưỡi đỏ rực
- Ngón Tay dùi trống
- Khoang liên sườn giãn rộng
- Lồng ngực hình thùng
- Rung thanh giảm đều,đối xứng 2 bên
- Gõ vang khắp 2 phổi
- Nghe ran ngáy thì thở ra ở 2 phế trường,rì rào phế nang giảm

- Tiền căn

- Lao phổi 9 năm,
- COPD 7 năm

8:ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó Thở

HC ứ khí phế nang

Khó thở cấp

HC ứ khí phế nang

HC tắc nghẽn đường hô hấp dưới

Suy hô hấp cấp

Đa hồng cầu

9:CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

- Đợt cấp COPD –mức độ nặng,biến chứng suy hô hấp cấp,yếu tố thúc đẩy :điều trị không đúng cách+nhiễm trùng đường hô hấp dưới bệnh viện-COPD nhóm D-biến chứng đa hồng cầu-bệnh đồng mắc:không có

Đợt cấp COPD –mức độ nặng,biến chứng suy hô hấp cấp,yếu tố thúc đẩy :nhiễm trùng đường hô hấp dưới –biến chứng suy hô hấp cấp-COPD nhóm D-biến chứng đa hồng cầu-bệnh đồng mắc:không có

Yếu tố thúc đẩy:phần lớn là nhiễm trùng đường hô hấp dưới,nên phải đặt trong CDSB là nhiễm trùng đường hô hấp dưới trừ khi có yếu tố khác nổi trội làm nghĩ nhiều hơn.BN này đã được chẩn đoán nhiễm khuẩn BV kháng thuốc nhưng đợt cấp khởi phát trước khi BN NV,nên có thể là yếu tố thúc đẩy là nhiễm khuẩn cộng đồng hay BV trước đó nữa,nhưng không cần phân biệt,chỉ cần ghi nhiễm trùng đường hô hấp dưới.Mặc dù BN khai do BN thay đổi thuốc điều trị nhưng không được chấp nhận,CDSB chỉ ghi 1 YTTĐ

10:CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đợt cấp COPD –mức độ nặng,biến chứng suy hô hấp cấp ,yếu tố thúc đẩy :điều trị không đúng cách-COPD nhóm D-biến chứng đa hồng cầu-bệnh đồng mắc:không có

TKMP

Hen

Viêm phổi

Thuyên tắc phổi

Đợt cấp COPD –mức độ nặng,biến chứng suy hô hấp cấp ,yếu tố thúc đẩy :điều trị không đúng cách -COPD nhóm D-biến chứng đa hồng cầu-bệnh đồng mắc:không có

11:BIỆN LUẬN

A:biện luận khó thở cấp

Các nguyên nhân có thể nghĩ trên bệnh nhân này

HÔ HẤP:MP,Khí phế quản,nhu mô phổi,mạch máu phổi,tắc nghẽn đường thở

Màng phổi

- Tràn khí màng phổi:BN có khó thở,phổi gõ vang nhưng cả 2 phổi,lồng ngực 2 bên cân đối,khí quản không lệch,BN không có đau ngực kiểu màng phổi,không có tiền căn chấn thương hay phẫu thuật vùng ngực trước đó nên ít nghĩ tới
- Tràn dịch màng phổi: bệnh nhân khó thở cấp,khám lâm sàng không ghi nhân HC 3 giảm,khí quản không lệch,gõ vang cả 2 phổi nên không nghĩ

Tràn dịch màng phổi: bệnh nhân khó thở cấp, khám lâm sàng không ghi nhận HC 3 giảm, không tiếng dè kêu, ngực thềm, khí quản không lệch, gõ vang cả 2 phổi nên không nghĩ

Nhu mô

Khí Phế quản

- Đợt cấp COPD: BN có tình trạng khó thở mạn tính liên tục 7 năm nay, đã được chẩn đoán COPD, ho khạc đàm trắng đục. BN lớn tuổi, hút thuốc lượng nhiều, khám thấy HC ứ khí phế nang: lồng ngực hình thùng, khoang gian sườn giãn rộng, gõ vang Đợt này BN khó thở nhiều hơn, lượng đàm tăng nhiều, không đáp ứng với điều trị tuyến dưới nên nghĩ nhiều BN này vào đợt cấp COPD

Đợt cấp COPD: BN có tình trạng khó thở mạn tính liên tục, tăng dần 10 năm nay, đã được chẩn đoán COPD. BN lớn tuổi, hút thuốc lượng nhiều, khám thấy HC ứ khí phế nang + HC Tắc nghẽn đường hô hấp dưới. Đợt này BN khó thở nhiều hơn, lượng đàm tăng nhiều, không đáp ứng với điều trị tuyến dưới nên nghĩ nhiều BN này vào đợt cấp COPD

- Cơ Hen cấp: Ở BN này ghi nhận tình trạng khó thở cả 2 thì, ho khạc đàm, khám gõ vang, có ran ngáy 2 phế trường nên nghĩ đến bệnh cảnh hen nhưng BN này xuất hiện triệu chứng khó thở muộn (sau 40 tuổi), không ghi nhận tiền căn bệnh lý nhiễm trùng lúc nhỏ, chưa ghi nhận tiền v = căn dị ứng, tình trạng khó thở mạn tính qua nhiều năm tiến triển tăng dần, khám thấy lồng ngực hình thùng, khoang gian sườn giãn rộng, gõ vang nên ít nghĩ

Cơ Hen cấp: Ở BN này ghi nhận tình trạng khó thở cả 2 thì, ho khạc đàm, có ran ngáy 2 phế trường nên nghĩ đến bệnh cảnh hen nhưng BN này xuất hiện triệu chứng khó thở muộn (sau 40 tuổi), chưa ghi nhận tiền căn dị ứng, tình trạng khó thở mạn tính qua nhiều năm tiến triển tăng dần, khám thấy lồng ngực hình thùng, khoang gian sườn giãn rộng nên ít nghĩ

COPD và hen luôn để CDPB, phải ít nghĩ, không được ghi không nghĩ

- Viêm phổi:BN có ho khạc đàm trắng đục nhưng không sốt,khong đau ngực kiểu màng phổi,khám không ghi nhận hội chứng đông đặc nên ít nghĩ

Nhu mô phổi

Viêm phổi:BN có ho khạc đàm trắng đục nhưng không sốt,không đau ngực kiểu màng phổi,khám không ghi nhận hội chứng đông đặc nên ít nghĩ

Yếu tố thúc đẩy COPD chủ yếu là Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới,BN vào đợt cấp vì khó thở tăng,ho khạc đàm tăng nên sẽ không lại trừ được viêm phổi

Mạch máu phổi

- Thuyên tắc phổi:BN không đau ngực,không có yếu tố nguy cơ của thuyên tắc phổi là chấn thương hay phẫu thuật nằm lâu ngày nên không nghĩ
- Dị vật phế quản:BN còn tỉnh táo,không hít sặc,không đau họng,không khàn tiếng,không ho dữ dội,không nghe tiếng rít thanh quản nên không nghĩ

Thuyên tắc phổi:BN nằm viện 4 tháng trước khi lên cơn khó thở lần này nên không loại trừ

Tắc nghẽn đường thở

Tắc nghẽn đường hô hấp trên:BN không có nghẹt mũi,sổ mũi,viêm xoang nên không nghĩ

Dị Vật:BN không có HC xâm nhập nên không nghĩ

TIM MẠCH:Suy tim cấp,chèn ép tim cấp,NMCT cấp

- Suy tim T:BN có khó thở khi gắng sức,mức gắng sức giảm dần nhưng khám thấy mỏm tim ở khoang liên sườn V trên đường trung đòn (T),T1,T2 đều,rõ,không sờ thấy dấu harzer,dấu nảy trước ngực,tĩnh mạch cổ nổi,gan to,báng bụng,phù chân nên không nghĩ
- Hẹp van 2 lá:biện luận TCCN giống suy tim ,khám T1,T2 đều,rõ,không có âm thổi bất thường nên không nghĩ

Không BL, khó thở mạn

Không biện luận

- Chèn ép tim cấp: nghe T1, T2 đều, rõ nên không nghĩ
- Viêm màng ngoài tim co thắt: không nghe tiếng cọ màng ngoài tim, T1, T2 đều rõ nên không nghĩ

VMNT co thắt: KT mạn tính nên không cần biện luận

Thành ngực, cơ hô hấp

Gù vẹo cột sống: loại trừ

Tổn thương tủy sống: loại trừ

Liệt cơ hô hấp 2 bên: BN khoogn có cử động ngực-bụng nghịch thường nên không nghĩ

Thiếu máu: Niêm hồng đậm, niêm mạc dưới lưỡi đỏ rực, gần đây BN không chóng mặt, đau đầu nên không nghĩ

HC Ứ KHÍ PHẾ NANG + HC TẮC NGHẼN HÔ HẤP DƯỚI: GỒM CÓ 2 NGUYÊN NHÂN HEN VÀ COPD, ĐÃ BIỆN LUẬN

Đánh giá đợt cấp

- Mức độ: nặng
- BN có khó thở tăng, lượng đàm tăng, nhịp tim nhanh 120 l/p, suy hô hấp, 6 tháng gần đây nhập viện nhiều lần vì khó thở nên đánh giá mức độ nặng

1 năm gần đây NV 4 lần

Yếu tố thúc đẩy đợt cấp

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện kháng thuốc nên nghĩ nhiều nhưng trước đó BN đã lên cơn khó thở nhiều lần nên nghĩ đến yếu tố thúc đẩy khác

- Bệnh nhân thường hay điều trị tại nhà khi lên cơn khó thở, có ra tiệm thuốc mua thuốc không rõ loại uống và xịt nên nghĩ nhiều đến không tuân thủ điều trị, dùng thuốc không đúng cách
- Không loại trừ tiếp xúc dị nguyên, không khí ô nhiễm

Phân nhóm: COPD nhóm D (nhiều triệu chứng, nguy cơ cao)

- Số đợt cấp trong năm: 4
- mMRC 3: BN khó thở khi làm công việc trong nhà, sau đó khó thở khi đi vệ sinh
- CAT: 23
- Ho nhiều: 4
- Nhiều đàm: 3
- Có cảm giác nặng ngực: 1
- Khó thở khi lên dốc, 1 tầng lầu: 5
- Hạn chế các hoạt động trong nhà: 3
- Yên tâm ra khỏi nhà: 2
- Có khó thở về đêm: 2
- Cảm giác mệt mỏi, không khỏe: 3

Có dấu hiệu của suy hô hấp

Không nhất thiết phải tính CAT và mMRC

Biến chứng: có thể gặp các biến chứng sau

- Cấp tính
 - Suy hô hấp cấp: SpO₂ 88%, giảm oxy máu trung bình, suy hô hấp giảm oxy => đề nghị khí máu động mạch

- Tràn khí màng phổi: đã biện luận ở trên, không loại trừ TKMP lượng ít do biến chứng khí phế thũng
- Mạn tính
- Đa hồng cầu: nghĩ nhiều do BN có da niêm hồng, niêm mạc lưỡi đỏ rực

Đây là 1 biến chứng hiếm gặp, nên nếu không gặp có thể không nhắc tới

- Suy hô hấp mạn: BN bị bệnh mạn tính nhiều năm nên nghĩ nhiều

Biểu hiện của suy hô hấp mạn rất mơ hồ, không cần BL

- Suy tim phải: ít nghĩ do khám không thấy dấu hiệu của suy tim phải: dấu harzer, dấu nẫy trước ngực, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù chân nên ít nghĩ =>
- Tăng áp phổi: không sờ thấy P2 nẫy mạnh nên ít nghĩ =>
- Tâm Phế mạn: không khám thấy dấu hiệu của suy tim phải: dấu nẫy trước ngực, dấu harzer, không phù, không TMCN => SA, ECG

12: Đề nghị CLS

- CLS thường quy: CTM, BUN máu, creatinin máu, aPTT, PT, TPTNT, ECG, đường huyết, ion đồ
- CLS chẩn đoán và CDPB:
- CLS chẩn đoán biến chứng: khí máu động mạch

BS Ngọc - Khó thở cấp – Chưa tới chẩn đoán

BỆNH ÁN

I.HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên: Cao Văn M
- Giới tính: Nam
- Năm sinh: 1966 (51 tuổi)
- Nghề nghiệp: Nông dân trồng mía
- Địa chỉ: Phú Yên
- Ngày giờ nhập viện: 20h ngày 19/04/2017

II. LDNV: Khó thở cấp

III.Bệnh sử

-Cách nhập viện 7 ngày, bn đang làm việc thì sốt, sốt không rõ nhiệt độ, kèm vã mồ hôi, không lạnh run, bn uống thuốc hạ sốt và nghỉ ngơi thì 1 giờ sau hết sốt -> 10 giờ sau, bn đang ngủ thì sốt không rõ nhiệt độ, vã mồ hôi kèm lạnh run, bn có uống thuốc hạ sốt 30 phút sau thì giảm sốt

-Cách nhập viện 6 ngày, bn vừa ngủ dậy thì cảm thấy khó thở, khó thở từ từ, liên tục, 2 thì, mức độ khó thở tăng dần, không tư thế giảm khó thở, kúc này bn vẫn còn sốt nhẹ, không vã mồ hôi không lạnh run. Khó thở tăng dần => nhập bv huyện Đồng Sơn

-Tại bv huyện: bn được chẩn đoán và điều trị không rõ, hết sốt, khó thở không tăng không giảm. bn có đi tiêu ra máu đỏ tươi lẫn máu bầm, phân đen sệt, mùi tanh, 2lần/ngày, trước và sau đi tiêu bn khô hoa mắt, không chóng mặt=>chuyển bv tỉnh

-Tại bv tỉnh: khó thở không giảm, sốt cao 38-39⁰C,vã mồ hôi, lạnh run, đáp ứng với thuốc hạ sốt, hết thuốc sốt lại.BN vẫn còn đi tiêu ra máu đỏ tươi, lẫn máu bầm,phân đen sệt, lượng không rõ, 3lần/ ngày, sau đi tiêu bn thấy hoa mắt chóng mặt nhiều.Kèm đau âm ỉ khắp bụng, đau không thay đổi theo tư thế, không yếu tố tăng giảm, không thay đổi trước và sau đi tiêu, bn tự thấy bụng to lên và da hơi vàng => chuyển bv CR

-Ngày nv, bn sốt 38,5⁰c, lạnh run và khó thở nhiều

-SH lúc nhập viện:

M:78lần/phút HA: 120/80 mmHg T: 38,5⁰c nhịp thở 24lần/phút SpO2: 84% qua mask

-Trong quá trình bệnh,BN có mệt mỏi, chán ăn,không nôn ói, sụt 4kg/7ngày, có ho khan, đôi khi có đàm, đàm trắng trong, tiểu dễ, nước tiểu vàng sậm hơn trước,#500ml/ngày

IV.TIỀN CĂN:

1.Bản thân:

-Bệnh lý:Chưa ghi nhận tiền căn bệnh tương tự trước đây.

-Ngoại khoa: mổ cắt ruột thừa cách 2 năm, mổ hở, sẹo 8cm,lành tốt

-Nội khoa

+Chưa ới ra máu bao giờ

+Không THA, không ĐTĐ

+Chưa ghi nhận tiền căn truyền máu trước đây, chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi C, chưa chích ngừa viêm gan B, chưa ghi nhận tiền căn sử dụng thuốc nam/bắc kéo dài

-Dị ứng: Chưa ghi nhận dị ứng thuốc.

-Thói quen: không hút thuốc lá, không uống rượu bia

2. Gia đình:

chưa ghi nhận

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

BN còn khó thở nhiều, còn đau bụng mức độ không giảm, không đi tiêu ra máu nữa, hết sốt, ngoài ra bn không than phiền gì thêm

VI. KHÁM LÂM SÀNG: (07h ngày 20/4/2017)

1. Tổng trạng:

-Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, tư thế ngồi, thở oxi mask 10lít/phút

-Sinh hiệu: Mạch 88 lần/phút

Huyết áp 120/70 mmHg

Nhiệt độ 37°C

Nhịp thở 25 lần/phút

-Da niêm hồng, kết mạc mắt vàng nhạt, dấu bấm móng <2s

-Không có dấu hiệu môi khô lưỡi đỏ

-Không phù, không lòng bàn tay son, không xuất huyết dưới da, không tím

-Hạch nách bên P 1x1cm và 1x0,5cm, di động mật độ chắc không đau.

2. Đầu mặt cổ :

-Cân đối, không sẹ, họng co kéo cơ ức đòn chũm

-Tuyến giáp không to, khí quản không lệch

3. Lồng Ngực

-LN bình thường, cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, không u, không sẹ mỡ cũ, không lồng ngực hình thùng, không sao mạch, khoang LX không dẫn

-Tim: +Mỏm tim đập ở KLS 5, TĐT, diện đập mỏm tim 1x2cm, mỏm tim nảy mạnh

+Nhịp tim 88l/p, T1 T2 đều rõ, không âm thổi tiếng tim bất thường

-Phổi: +RT đều 2 bên

+gõ trong 2 phổi

+Ran nổ ½ trên 2 phổi, Bên P>T, ran rít rải rác khắp 2 phổi

4. Bụng

-Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không thở ngực bụng nghịch thường rốn lõm, sẹ mỡ cũ 8cm ở hcp, không XH dưới da, không THBH, không sao mạch, không u, không ổ đập bất thường

-Bụng gồng nhẹ, âm ruột 6 l/p

-ấn đau khắp bụng

-gan: bờ trên gan ở KLS 5 TDP, bờ dưới gan cách HSP 2cm, chiều cao gan 13cm –Lách to độ 2, dưới HST 2cm

-thận không sờ chạm

-Khám HM-TT: phân vàng theo găng

4.Cơ xương khớp: không giới hạn vận động

VII.TÓM TẮT BA:

BN nam 51t, nhập viện vì khó thở, bệnh 7 này, qua thăm khám ghi nhận:

TCCN: -khó thở+ sốt+ ho khan

-bụng to

-Tiêu phân đen có máu đỏ tươi lẫn máu bầm

TCTT: -nhịp thở 25l/p, co kéo cơ ức đòn chũm

-kết mạc mắt vàng

-gan to+lách to

-Ran nổ+ran rít

VIII.DVĐ

1.Khó thở cấp

2.XHTH dưới

3.HC vàng da

(Anh Ngọc chỉ sửa tới đây)

BỆNH ÁN NỘI KHOA HÔ HẤP

I) **Hành chính:**

Bệnh nhân: Nguyễn Văn H

Năm sinh 1930 (87 tuổi)

Giới tính: nam

Nghề nghiệp: nông dân (già)

Địa chỉ: An Giang

Ngày giờ nhập viện: 22 giờ 00 phút, ngày 15/05/2017.

Phòng 1, giường 4, khoa nội hô hấp BV Chợ Rẫy

II) **Lý do nhập viện:** đau ngực

III) **Bệnh sử:**

Cách NV 8 ngày, BN sốt liên tục không rõ độ kèm lạnh run, không vã mồ hôi, giảm nhẹ sau khi uống thuốc hạ sốt tự mua, tăng lại khi thuốc hết tác dụng, BN không đau họng, hắt hơi, chảy mủ tai, sổ mũi. Ngày hôm sau, sốt vẫn còn với tính chất như ban đầu, BN thấy khó thở liên tục, thì hít vào, tăng khi nằm giảm gần hết khi ngồi, cùng lúc BN ho khan kèm vài lần có ít đàm trắng đục không lẫn máu, không hôi, 7-8 lần trong ngày, không liên quan tư thế. Ngày thứ ba, khi ho BN đau nhói ngực bên trái nhiều hơn bên phải, không lan, không tư thế giảm đau, tăng khi hít sâu, xoay trở và ho, triệu chứng sốt và khó thở vẫn còn với tính chất và mức độ tương tự. Ngày thứ 4, sốt, ho, khó thở không thay đổi, đau ngực với tính chất tương tự nhưng nhiều hơn nên khám BV tỉnh và nhập viện.

Tại BV tỉnh, BN được chẩn đoán và điều trị không rõ, sau 4 ngày BN hết sốt, còn khó thở và ho với tính chất như tương tự nhưng mức độ giảm, đau ngực không giảm nên BN nhập BV Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, BN không đau bụng, không nôn ói, không tiêu chảy, tiểu vàng trong không buốt 1l/ngày, tiểu phân vàng khuôn 1 lần/ngày, không chán ăn, sụt cân 2kg, không mất ngủ, không phù, không hồi hộp đánh trống ngực, không tiểu đêm, không chấn thương.

• Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt

Mạch 100 lần/phút

Nhiệt độ 37°C

Huyết áp 100/80 mmHg

Nhịp thở 20 lần/phút

SpO₂=99% khí trời.

- Diễn tiến sau nhập viện: BN tỉnh, ho khạc đàm trắng đục vài lần, không sốt, còn đau ngực khi ho hay hít sâu, khó thở tăng khi nằm.

IV) Tiền căn:

1) Bản thân:

- Bệnh lý:

- Chưa ghi nhận tiền căn tiếp xúc với người nhiễm lao, đi du lịch trong vòng vài tháng nay.
 - Không ghi nhận tiền căn ĐTD, THA, tiếp xúc phân chim, phân dơi, nghề nghiệp tiếp xúc silic, amiang.
 - Không ghi nhận tiền căn khó thở, khó thở khi gắng sức hay kịch phát về đêm trước đây.
 - Không ghi nhận tiền căn ho khạc đàm trắng trong mỗi buổi sáng, khó thở kéo dài, không đau ngực trước đây.
 - Không nằm viện trong vòng 90 ngày trước nhập viện.
 - Tiền căn đau nhức khớp, uống thuốc trị đau khớp không rõ loại kéo dài (thuốc nam và thuốc tự mua).
 - Sụt 5kg trong 3 tháng nay.
 - Chưa từng phẫu thuật trước đây.
 - Không tiền căn chấn thương ngực.
- Thói quen: rượu 10g/ngày/50 năm, thuốc lá 0.2 gói x 50 năm, đã ngưng hút 1 tháng nay.
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, dị ứng thuốc trước đây.

2) Gia đình:

Chưa ghi nhận tiền căn gia đình có lao phổi, ung thư phổi.

V) Lược qua các cơ quan: (3 ngày sau nhập viện)

- Tim mạch: không hồi hộp đánh trống ngực, đau ngực T >P.
- Hô hấp: ho khan kèm ít đàm trắng trong, khó thở nhiều hơn khi nằm.
- Tiêu hóa: không chán ăn, không nôn ói, chưa đi tiêu.
- Tiết niệu: tiểu gần 1L/ngày, nước tiểu vàng trong, không gắt buốt, tiểu dễ, tự chủ.
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không đau nhức khớp.

VI) Khám (3 ngày sau nhập viện):

1) Tổng trạng:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt.

Thể trạng trung bình, cân nặng 60kg, cao 1m60 BMI=23.4kg/m².

Sinh hiệu:

Mạch 80 lần/phút

Huyết áp 110/80 mmHg

Nhiệt độ 37°C

Nhịp thở 20 lần/phút.

SpO₂=96%, khí trời.

Mặt đỏ ửng, da niêm hồng nhạt, kết mạc không vàng.

Môi khô, lưỡi dơ (+)
Dấu mất nước (-), phù (-).
Sao mạch (-), lòng bàn tay son (-), móng trắng (-), không xuất huyết dưới da.
Hạch ngoại vi không sờ chạm.
Kiểu hình Cushing.
Thở êm không kiểu thở bất thường.

2) Đầu mặt cổ:

Kiểu hình Cushing
Tuyến giáp không to
Khí quản không lệch.
Tĩnh mạch cổ nổi ở 45 độ (-)

3) Ngực

Lồng ngực cân đối, bên phải di động kém hơn bên T, không co kéo cơ hô hấp phụ, ngực không phồng, khoang liên sườn không dẫn, không xẹp, không sẹo, không xuất huyết da, không vết thương, không hình thùng, không gù vẹo, không u bướu, THBH(-), phù áo khoác(-)

○ Tim

- Không ổ đập bất thường.
- Mỏm tim liên sườn V, đường trung đòn T, diện đập $1 \times 2 \text{ cm}^2$, Hardzer (-), nảy trước ngực (-), rung miều (-).
- T1, T2 đều, tần số 80 lần/phút, không tiếng tim-âm thổi bệnh lý.

○ Phổi:

- Gõ đục 1/2 dưới phổi P
- Rung thanh giảm 1/2 dưới phổi P
- Rì rào phế nang giảm 1/2 dưới phổi P.
- Tiếng dê kêu ở 1/2 dưới phổi P.
- Rale nổ 1/2 trên phổi P và phổi T

4) Bụng

Cân to cân đối, tham gia nhịp thở tốt, rốn không lồi, không ổ đập bất thường, không sẹo, không xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ, nhiều mỡ, da mỏng.

Nhu động ruột 6 lần/phút, không âm thổi.

Gõ trong, không báng.

Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

Gan

- Bờ trên gan gõ đục liên sườn V đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm.
- Rung gan (-), ấn kẽ sườn (-).

Lách: không sờ chạm.

Chạm thận (-), Rung thận (-).

5) Thần kinh:

Không dấu thần kinh khu trú

6) Cơ xương khớp:

Không sưng, đau, giới hạn vận động các khớp.

VII) Tóm tắt bệnh án

BN nam, 87 tuổi, NV 15/5/2017, vì đau ngực , có các vấn đề sau:

TCCN:

- Đau ngực kiểu màng phổi.
- Sốt
- Ho khan, thỉnh thoảng ít đàm trắng lỏng.
- Khó thở khi nằm, thì hít vào, liên tục.

TCTT:

- Gõ đục, RT giảm, RRPN giảm, tiếng dê kêu ½ dưới phổi P
- Ran nổ rải rác 2 phổi
- KH Cushing

Tiền căn:

- Hút thuốc lá nhiều năm.

VIII) Đặt vấn đề:

- 1) Hội chứng ba giảm ½ dưới phổi P
- 2) Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
- 3) Hội chứng Cushing thứ phát.

IX) Chẩn đoán:

Chẩn đoán sơ bộ:

VP cộng đồng mức độ trung bình nghi do phế cầu biến chứng TDMP?HC Cushing.

Chẩn đoán phân biệt:

1. Lao mp/HC Cushing.
2. Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình, nghi do phế cầu. TDMP do K di căn màng phổi/ HC Cushing .

X) Biện luận:

- 1) Hội chứng ba giảm.

Hội chứng ba giảm do khám thấy rung thanh giảm, gõ đục, RRPN giảm, tiếng dê kêu ở ½ phổi P thường gặp do các nguyên nhân sau:

- A. Dày dính màng phổi: dày dính màng phổi xảy ra trên những người có tiền căn bệnh lý màng phổi trước đó, lâm sàng biểu hiện bởi lồng ngực xẹp, khoang liên sườn hẹp khu trú → không phù hợp trên bệnh nhân này nên không nghĩ.
- B. Xẹp phổi: xẹp phổi trên lâm sàng thường có hội chứng ba giảm khu trú hoặc toàn bộ phổi bị xẹp, kèm theo lồng ngực xẹp, khoang liên sườn hẹp, co kéo khí quản về bên phổi xẹp → trên bệnh nhân này không có nên không nghĩ.

C. Tràn dịch màng phổi:

Bệnh nhân có hội chứng ba giảm rõ trên vùng rộng, ho khan, đau ngực kiểu màng phổi, giảm di động ngực là phù hợp trong bệnh cảnh tràn dịch màng phổi. Đề nghị Xquang ngực thẳng.

Hội chứng ba giảm ở 1/2 dưới phổi (P), BN có khó thở khi nằm nên đây là tràn dịch màng phổi (P) lượng trung bình.

Bệnh nhân có tràn dịch màng phổi 1 bên, trên bệnh nhân không có các triệu chứng của các bệnh lý gây tràn dịch màng phổi dịch thấm như: xơ gan, suy dinh dưỡng, hội chứng thận hư, suy tim, viêm màng ngoài tim co thắt, suy thận mãn,... nên nghĩ nhiều là tràn dịch màng phổi dịch tiết.

Tràn dịch màng phổi dịch tiết có thể do các nguyên nhân:

a) Nhiễm trùng:

- Lao màng phổi: thường tràn dịch màng phổi với dịch thành lập chậm (> 1 tháng trong 2/3 trường hợp) tiền căn chưa ghi nhận các triệu chứng như ho đàm máu, sốt về chiều, vã mồ hôi trộm về đêm, mất ngủ, tiếp xúc với người bệnh lao gần đây nên ít nghĩ. Đề nghị AFB đàm.
- Virus: thường tràn dịch lượng ít và tự giới hạn, BN không có dấu hiệu của nhiễm siêu vi (đau cơ, sốt, mệt mỏi) nên không nghĩ.
- Nấm: thường gặp trên cơ địa suy giảm miễn dịch, điều trị thuốc ức chế miễn dịch nên không nghĩ.
- KST:
 - o Vỡ ổ abscess từ gan do amibe: BN không tiền căn ăn sau sống, không đau HSP, trên lâm sàng chưa ghi nhận gan to, đau, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-) nên không nghĩ.
 - o Sán lá phổi: BN không sống trong vùng dịch tễ, không ăn cua nướng nên không nghĩ.
- Vỡ abscess phổi vào khoang MP: BN không tiền căn nhiễm trùng hô hấp kéo dài không được điều trị hiệu quả, không SGMD, không yếu tố nguy cơ của hít (nằm lâu, lú lẫn,..), không ộc mủ lượng nhiều, khám không thấy sụt cân, đau ngực, hơi thở hôi nên không nghĩ.
- Nhiễm vi trùng thường: tràn dịch màng phổi cận viêm phổi, bệnh nhân có kèm hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới với sốt, đau ngực kiểu màng phổi, ho ít đàm, nghe có ran nổ hai bên phổi, nghĩ nhiều trên bệnh nhân này. Đề nghị: chọc dịch màng phổi xét nghiệm: protein, LDH, pH, bạch cầu, cấy , CTM.

b) Các nguyên nhân gây không do nhiễm trùng như:

- Viêm đa khớp dạng thấp: BN không đau khớp, biến dạng, hạn chế cử động khớp nên không nghĩ.

- Lupus: BN nam không có hồng ban, loét miệng, viêm thanh mạc, nhạy cảm ánh sáng, bệnh TK-huyết học-MD nên không nghĩ.
- Viêm tụy cấp: không đau bụng kiểu tụy không nghĩ
- Hội chứng Dressler: không tiền căn đau ngực kiểu mạch vành hay NMCT. Lâm sàng không phù hợp nên ít nghĩ.

c) Tràn dịch màng phổi có nguyên nhân ác tính:

- Tràn dịch màng phổi do K màng phổi nguyên phát: bệnh cảnh này thường hiếm, BN không có tiền căn tiếp xúc amiang, nhưng dịch màng phổi thành lập với lượng nhiều, tốc độ nhanh, BN lớn tuổi và có dấu hiệu sụt cân nên không thể loại trừ: Đề nghị X quang ngực quy ước, Biopsy màng phổi.
- Tràn dịch màng phổi do K di căn màng phổi: BN lớn tuổi có HTL, nhưng khám không thấy hạch to, không tìm thấy dấu hiệu của ổ nguyên phát tại phổi (HC đông đặc), BN không HC cận ung → không phù hợp trên bệnh nhân này nên không nghĩ.

2) Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:

BN có HCNTHHD do BN sốt lạnh run, ho khạc đàm (dù ít), đau ngực kiểu màng phổi, khám phổi thấy ran nổ. HCNTHHD có thể gặp trong các bệnh lý sau:

- Viêm phế quản cấp: không nghĩ do BN không tiền căn nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Đợt cấp viêm phế quản mạn: không nghĩ dù BN lớn tuổi có tiền căn hút thuốc lá, nhưng không ho khạc đàm trắng trong dính vào buổi sáng sớm kéo dài ít nhất 3 tháng/năm trong 2 năm liên tục, trước đợt nhập viện BN không khó thở,
- Lao phổi: ít nghĩ, đã biện luận.
- Nấm phổi: đã biện luận
- Áp xe phổi: BN không có yếu tố nguy cơ của hít, không suy giảm miễn dịch, không có một nền VP không được điều trị hay điều trị không đủ, lâm sàng sốt không quá cao, không ho khạc đàm mủ lượng nhiều diễn tiến nhanh, không có dấu hiệu nhiễm trùng nặng: tri giác lơ mơ, vẻ mặt nhiễm trùng, hơi thở hôi. Khám thấy HC ba giảm $\frac{1}{2}$ phổi thì abscess phải to và triệu chứng phải rầm rộ nên không nghĩ.
- Đợt cấp của dẫn PQ: BN không có tiền căn lao phổi, xơ nang, không được chẩn đoán dẫn phế quản trước đó, lâm sàng không ho ra máu, đàm không mùi hôi, khám phổi không có ran ngáy nên không nghĩ.
- Viêm phổi: nghĩ nhiều (đã biện luận). Các vấn đề về viêm phổi trên BN này:
 - Cộng đồng: vì BN không có tiền căn nằm viện trong 90 ngày qua.
 - Mức độ: trung bình
 - Thỏa tiêu chuẩn NV: >65t
 - CURB-65: 1đ
 - FINE: 97đ (87t + 10đ TDMP)

- Tác nhân: nghĩ nhiều Streptococcus pneumoniae do BN không nghiện rượu, không tiền căn COPD, không bệnh lý áp xe phổi, dẫn phế quản.
- Biểu chứng:
 - Tại phổi: TDMP cận VP (đã biện luận),
 - Biểu chứng suy hô hấp: BN không khó thở hay thở nhanh, kích thích vật vã, không xanh tím, vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp phụ....
 - Abscess hóa không nghĩ: đã biện luận
 - Ngoài phổi: không nghĩ vì không có dấu hiệu của các biểu chứng như shock NT, DIC, RLDM, VNTMNT ...

3) HC Cushing thứ phát do thuốc.

XI) Đề nghị cận lâm sàng:

- 1) Thường quy: CTM, AST, ALT, BUN, creatine, TPTNT, X quang phổi, ECG, đông máu toàn bộ.
- 2) Chẩn đoán:
 - CĐXD: xquang ngực quy ước, SA màng phổi
 - CDPB: AFB đàm
 - CĐNN: cấy đàm-KS đồ, CT scan ngực, sinh thiết MP, cellblock dịch MP, tế bào học dịch mp
 - CĐBC: siêu âm màng phổi.

BỆNH ÁN

IV. Hành chính:

- Họ và tên bệnh nhân: Đỗ Thị Kim C Giới tính: Nữ Tuổi: 55
- Địa chỉ: Kiên Giang
- Nghề nghiệp: buôn bán tại nhà
- Ngày nhập viện: 4h56' 27/3/2017.
- Giường 50, phòng 6, khoa Hô Hấp BV Chợ Rẫy.

V. Lí do nhập viện: Sốt

VI. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 8 ngày, bệnh nhân thấy sốt (không rõ nhiệt độ), sốt liên tục, lạnh run không đổ mồ hôi, kèm ho khạc đàm xanh, nhầy, không mùi, không lẫn máu, lượng 5 ml, ho từng cơn, mỗi cơn kéo dài khoảng 5 phút, ho tăng khi nằm hoặc khi hít sâu, không đau ngực, không khó thở. Bệnh nhân có mua thuốc uống nhưng không giảm ho sốt.
- Cách nhập viện 3 ngày bệnh nhân thấy sốt cao hơn, sốt ớn lạnh vã mồ hôi kèm khó thở liên tục, khó thở 2 thì, mức độ nhiều, không yếu tố tăng giảm, ho khạc đàm xanh tính chất tương tự => nhập BV tỉnh Kiên Giang nhiệt độ: 40 °C, chẩn đoán viêm phổi, điều trị bằng kháng sinh và thở oxy liệu pháp
- Sau 2 ngày điều trị với kháng sinh, bệnh nhân vẫn còn sốt cao, khó thở giảm dần, ho khạc đàm xanh với tính chất tương tự người nhà xin chuyển bệnh viện Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, không đau bụng, đi tiêu phân lỏng 3 lần/ ngày, vàng nhiều nước không nhầy nhớt, tiểu vàng trong không gắt buốt.
- Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
Mạch: 100 l/p Huyết áp: 120/70 mmHg,
Nhiệt độ: 38.5°C Nhịp thở: 26 lần/p.
- Trong thời gian nhập viện, bệnh nhân giảm sốt, hết khó thở, còn ho khạc đàm xanh, không thở oxy qua cannula, ăn uống tốt, tiêu phân lỏng 3 lần/ngày.

IV. Tiền căn:

3. Tiền căn cá nhân:

B. Bệnh lý:

e. Nội:

- Bệnh nhân chưa nhập viện với tình trạng tương tự trước đây.
- Cách 2 năm, bệnh nhân khám tại bệnh viện Kiên Giang vì đau khớp cổ chân, cổ tay và khớp gối chẩn đoán viêm đa khớp dạng thấp và uống thuốc điều trị ngoại trú, bệnh nhân không đi tái khám và tự ngưng điều trị.
- Cách 2 năm, bệnh nhân khám tại bệnh viện Kiên Giang chẩn đoán tăng huyết áp đang uống thuốc điều trị (2 loại thuốc) huyết áp cao nhất là 160, huyết áp trung bình là 120 và tái khám 3 lần ở phòng mạch tư.

- Cách 1,5 năm, bệnh nhân đau họng, ho khan kéo dài khám tại phòng khám tư chẩn đoán viêm họng hạt mạn uống thuốc điều trị 1 tháng sau đó tái khám 1 lần ở phòng mạch tư đã ngừng uống thuốc điều trị 1 năm.
- Chưa ghi nhận đái tháo đường, lao phổi

f. Ngoại khoa:

- Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân mô cắt bướu ở vú P, có nạo hạch ở ngực và nách.
- Sản phụ khoa:
 - PARA: 2042
 - Cách nhập viện 25 năm, bệnh nhân mô cắt thai ngoài tử cung tại bệnh viện tỉnh Kiên Giang

g. Thói quen:

- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

h. Dị ứng: Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, phấn hoa, lông chó mèo

4. Gia đình: không phát hiện bệnh lý về hô hấp, ĐTĐ, tăng huyết áp, lao phổi, K phổi.

V. Lược qua các cơ quan: 10h 28/3/2017

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
- Hô hấp: Ho có đàm nhầy xanh, không khó thở.
- Tiêu hóa: tiêu chảy 3 lần/ ngày, dịch lỏng màu vàng, không buồn nôn, nôn.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt, đi tiểu 3 lần/ngày.
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
- Tứ chi: đau ở các khớp cổ tay, cổ chân, khớp gối, khớp khuỷu, khớp vai, vận động cổ tay, cổ chân khó, không yếu liệt chi.

VI. Khám LS: 10h ngày 28/3/2017

7. Tổng trạng:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang, không co kéo cơ hô hấp phụ.
- Sinh hiệu:

M: 84 l/p	HA: 120/70 mmHg	
Nhiệt độ: 37,5 °C	Nhịp thở: 20 l/p	SpO ₂ : 98% khí trời.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, môi không khô, lưỡi không dơ.
- Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không THBH, không xuất huyết dưới da, không ngón tay dùi trống, không phù.
- CC: 1,62 m CN: 55 kg BMI: 20,95 =>Thể trạng trung bình

8. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Không có bệnh lý răng miệng
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Tĩnh mạch cổ không nổi, phản hồi gan cảnh (-)
- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch

9. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, không biến dạng, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không gù vẹo, sẹo mổ cũ #8x10cm ngực P lành tốt.
- Tim:

Mỏ tim KLS V, đường trung đòn T, diện đập 1x2 cm²

Harzer (-), dấu nẩy trước ngực (-), không rung miêu

T1, T2 đều rõ, tần số 84 l/p, không có âm thổi, không T3, T4.

- Phổi:

Rung thanh tăng 1/3 dưới phổi T

Gõ đục 1/3 dưới phổi T

RRPN giảm 1/3 dưới phổi T

Rale nổ ở 1/3 dưới 2 bên phổi nghe rõ ở giữa và cuối thì hít vào. Cường độ rale ở phổi T > phổi P

Tiếng vang phế quản (+), Tiếng dê kêu (-), tiếng ngực thảm (-)

10. Bụng

- Cân đối, di động theo nhịp thở, đường mỏ dưới rốn dài #10cm lành tốt

- Không cử động bụng ngực nghịch thường

- Nhu động ruột 5 l/p không âm thổi

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

- Gan: chiều cao gan 7 cm, bờ trên KLS 5 đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm, rung gan (-).

- Lách: không sờ chạm

- Chạm thận (-), rung thận (-)

11. Thần kinh: Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

12. Cơ xương khớp: đau ở các khớp cổ tay, cổ chân, khớp gối, khớp khuỷu, khớp vai, vận động cổ tay, cổ chân khó, không yếu liệt.

VII. Tóm tắt bệnh án: bệnh nhân nữ 55 tuổi nhập viện ngày thứ 2 vì sốt qua thăm khám và hỏi bệnh phát hiện:

4. TCCN:

+ Sốt lạnh run liên tục

+ Ho đàm xanh

+ Khó thở 2 thì liên tục, giảm sau khi giảm sốt

5. TCTT:

+ Sốt 38,5°C

+ Rung thanh tăng, gõ đục, RRPN giảm 1/3 dưới phổi T

+ Rale nổ ở 2 bên phổi, phổi T > P

+ Tiếng vang phế quản

6. Tiền căn : Viêm họng hạt mạn, tăng huyết áp, viêm đa khớp dạng thấp

VIII. Đặt vấn đề:

4. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới

5. Hội chứng đông đặc 1/3 dưới phổi T

6. Tiền căn viêm họng hạt mạn, tăng huyết áp, viêm đa khớp dạng thấp

IX. Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình chưa có biến chứng / tăng huyết áp - viêm đa khớp dạng thấp- viêm họng mạn

X. Chẩn đoán phân biệt:

1) Lao phổi chưa có biến chứng / tăng huyết áp, viêm đa khớp dạng thấp, viêm họng mạn

XI. Biện luận:

3. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới :

- Bệnh nhân có triệu chứng sốt cao, ho khạc đàm xanh, rì rào phế nang giảm ở 1/3 dưới phổi T, rale nổ 2 bên, phổi T>P, không có triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên (sổ mũi, nghẹt mũi, đau họng) nên nghĩ nhiều bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới

❖ Các nguyên nhân thường gặp của nhiễm trùng đường hô hấp dưới :

- Viêm phổi thùy: Bệnh nhân có những triệu chứng của tình trạng viêm phổi điển hình như sốt 38,5°C, ho khạc đàm xanh, kèm rale nổ 1/3 dưới 2 bên phổi, phổi T>P, kèm theo hội chứng đông đặc => nghĩ nhiều nhất
- Lao phổi : bệnh nhân có sốt và ho khạc đàm tuy nhiên chưa ghi nhận tiền căn lao phổi trước đây, bệnh nhân không gầy ốm sụt cân, mệt mỏi ăn uống kèm đổ mồ hôi trộm => chưa loại trừ nguyên nhân do lao
- Áp xe phổi : bệnh diễn tiến 8 ngày, không có yếu tố thuận lợi như nghiện rượu, dùng thuốc an thần, không gây tê, gây mê, bệnh thần kinh, không có bệnh răng miệng (sâu răng, viêm nướu), nha chu ; không ho đàm mủ hôi thối, không lẫn máu, không ọc mủ, không có bệnh phổi trước đó nên không nghĩ
- Viêm phế quản cấp : bệnh nhân ho có đàm, không có rale phế quản, có rale nổ nên nghĩ nhiều tới bệnh lý do nhu mô phổi
- Đợt cấp COPD : bệnh nhân không có tiền căn hút thuốc lá, COPD trước đây, khó thở giảm sau khi hết sốt nên ít nghĩ

4. Hội chứng đông đặc ở 1/3 dưới phổi T: khám thấy trên bệnh nhân có triệu chứng rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm ở 1/3 phổi T, rale nổ ở 2 bên phổi, T>P, tiếng vang phế quản.

❖ Hội chứng đông đặc có những nguyên nhân sau :

- Viêm phổi thùy không tắc nghẽn đường dẫn khí : nghĩ nhiều vì bệnh nhân có sốt 38,5°C, ho đàm xanh, rale nổ 2 bên.
 - Áp xe phổi : bệnh diễn tiến 8 ngày, không có yếu tố thuận lợi như nghiện rượu, dùng thuốc an thần, không gây tê, gây mê, bệnh thần kinh, không có bệnh răng miệng (sâu răng, viêm nướu), nha chu ; không ho đàm mủ hôi thối, không lẫn máu, không ọc mủ, không có bệnh phổi trước đó nên không nghĩ
 - Nhồi máu phổi : bệnh nhân không có tình trạng ho ra máu, không đánh trống ngực, không tụt huyết áp, không ngất; không có yếu tố thuận lợi như ứ máu tĩnh mạch (rung nhĩ, huyết khối TM sâu, suy tim trái, bất động, tiền căn huyết khối TM sâu), tăng đông (không ghi nhận tiền căn K, không dùng estrogen, không chấn thương), chấn thương mạch máu (chấn thương, phẫu thuật, xạ trị) nên không nghĩ.
 - Xẹp phổi :
 - + Do lao phổi : bệnh nhân có sốt và ho khạc đàm tuy nhiên chưa ghi nhận tiền căn lao phổi trước đây, bệnh nhân không gầy ốm sụt cân, mệt mỏi ăn uống kèm đổ mồ hôi trộm => chưa loại trừ nguyên nhân do lao
 - + Do K phế quản tắc không hoàn toàn đường dẫn khí : bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng trung bình, không có sụt cân, cắt buồng vú cách 2 năm không có chẩn đoán ung thư nên ít nghĩ K vú di căn phổi
- => Từ 2 hội chứng nghĩ nhiều bệnh nhân bị viêm phổi cộng đồng

❖ Phân loại viêm phổi :

Viêm phổi cộng đồng : nghĩ nhiều vì bệnh nhân không nằm viện quá 2 ngày trong vòng 90 ngày trước khởi phát viêm phổi, không sống ở nhà điều dưỡng hay đơn vị chăm sóc hàng ngày, không dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong 30 ngày, không chạy thận, không hoá trị trong vòng 30 ngày gần đây.

❖ Tiêu chuẩn nhập viện :

- Bệnh nhân:
 - + Nhập viện Kiên Giang sốt 40°C, thở oxy liệu pháp

❖ Biện chứng :

- + Tại phổi :

- Áp xe phổi : Bệnh nhân có khạc đàm nhưng không có mùi hôi, vẩy máu hay ọc ra mủ. Bệnh diễn tiến 8 ngày không có yếu tố nguy cơ của hít dịch nhiễm trùng vào nhu mô phổi và bệnh nha chu, không suy kiệt, không môi khô lưỡi dơ => ít nghĩ có biến chứng áp xe phổi
- Tràn mủ màng phổi : Không khám thấy hội chứng 3 giảm, ít nghĩ => XQ ngực thẳng, nghiêng nhằm phát hiện nếu có dịch lượng ít
- Tràn khí màng phổi : Không khám thấy hội chứng tràn khí màng phổi và dấu lép bẹp dưới da => không nghĩ có biến chứng TKMP

+ Hệ thống :

- Suy hô hấp cấp: Tình trạng lúc nhập viện bệnh nhân sốt 38,5° thở 26 l/ph, khám không co kéo hô hấp phụ, bệnh nhân tỉnh, SpO2=98%, khí trời => ít nghĩ biến chứng suy hô hấp => Đề nghị khí máu động mạch
- Nhiễm trùng huyết : bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân nhưng không có môi khô lưỡi dơ và ô nhiễm trùng rõ ràng nên ít nghĩ => cấy máu xét nghiệm
- Sốc Nhiễm trùng : Bệnh nhân có hội chứng đáp ứng nhiễm trùng tuy nhiên khám thấy bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt không có dấu hiệu suy đa cơ quan (HATT=120, SpO2=98%) nên không nghĩ
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng : Khám tim không nghe âm thổi, không xuất huyết da niêm, lách không to, không tiểu máu. Bệnh nhân không có bệnh tim trước đó=> không nghĩ
- Viêm màng não mủ : khám bệnh nhân cổ mềm, không nhúc đầu=> không nghĩ
- Suy thận cấp : bệnh nhân không thiếu niệu=> không nghĩ
- Nhiễm trùng khớp : bệnh nhân đau ở các khớp nhưng khám không thấy sưng đỏ khớp nên ít nghĩ

XIII. Cận lâm sàng :

3. Xét nghiệm chẩn đoán:

- + XQ phổi thẳng + nghiêng, CT máu, CRP, Pro-calcitonin: Chuẩn đoán viêm phổi
- + Khí máu động mạch: kiểm tra biến chứng suy hô hấp
- + Soi đàm, AFB đàm, nhuộm Gram, cấy đàm Kháng sinh đồ => chuẩn đoán tác nhân

4. Xét nghiệm thường qui: Sinh hóa máu (men gan, đường huyết, BUN, Creatinin, Ion đồ), ECG.

TRẠI TIÊU HÓA

<u>BS Mỹ Dung - Lưu ý khi khám bụng.....</u>	143
<u>BS.Như – Đau quang rốn - Tiếp cận BN VTC.....</u>	145
<u>BS Như - Đau thương vị - VTC</u>	151
<u>BS Thông - Đau thương vị - VTC</u>	156
<u>BS Như – Đau 1/4 trên trái – viêm tụy cấp.....</u>	162
<u>BS Như - Tiêu phân đen – Loét DDTT.....</u>	170
<u>BS Thông - Tiếp cận Vàng da – U gan do SVB.....</u>	175
<u>BS Như - Đau bụng – Xơ gan</u>	182
<u>BS Như - Tiếp cận phù – Xơ gan</u>	188
<u>BS Mỹ Dung – Đau thương vị - Chưa tới chẩn đoán.....</u>	193

BS Mỹ Dung - Lưu ý khi khám bụng.

1. Dựa vào những đặc điểm nào để biết bệnh nhân có bang bụng?

- Da bụng
- Vị trí gõ đục.
- Dấu song vỗ (khi có báng bụng độ 3)
- Rôn lòi/lồm (thường không chính xác)

2. Dựa vào lâm sàng để phân độ báng bụng:

- Báng bụng độ 1: thường không nhận biết được trên lâm sàng.
- Báng bụng độ 2: da bụng chưa căng, rốn phẳng, sờ bụng còn mềm, gõ đục vùng thấp.
- Báng bụng độ 3: da bụng căng, rốn thường lồi, sờ bụng căng cứng, gõ đục khắp bụng, dấu song vỗ (+), không sờ được các tạng nên làm được nghiệm pháp chạm cục nước đá.

3. Khám thận ở bệnh nhân báng bụng:

- Thông thường trong bệnh án, chúng ta thường miêu tả khám thận theo 3 dấu hiệu: chạm thận, bập bênh thận, rung thận.
- Ở BN báng bụng, ta không làm được nghiệm pháp chạm thận và bập bênh thận mà chỉ làm được rung thận → chỉ mô tả nghiệm pháp rung thận.

4. Khám túi mật (ở BN nghi ngờ có viêm túi mật cấp)

- Mô tả: Túi mật: không to, không có điểm Murphy, nghiệm pháp Murphy (-).
- Điểm Murphy là điểm nào?
 - + Giao điểm của bờ sườn (P) với bờ ngoài cơ thẳng bụng (P).
 - + Giao điểm của bờ sườn (P) với đường nối rốn và gai chậu trước trên (T).
- Điểm Murphy và nghiệm pháp Murphy giống và khác nhau điểm nào?
 - + Giống: về ý nghĩa đều chỉ ra điểm đau túi mật.
 - + Khác: Nghiệm pháp Murphy, khi làm có sự tham gia của hít thở; điểm Murphy khám không cần hít thở (Xem lại cách khám).

- Khi khám thấy gan to mà còn làm nghiệm pháp Murphy, tìm điểm Murphy là SAI HOÀN TOÀN, vì lúc này túi mật không còn ở vị trí như bình thường.

5. Có mấy kiểu phân khu vùng bụng, dùng kiểu phân khu nào thì đúng?

- Có 2 kiểu: theo 4 vùng và theo 9 vùng.

- Dùng kiểu phân khu nào là tùy vào vùng đau mà BN mô tả sao cho phù hợp.

6. Trong các tính chất của đau bụng, tính chất nào quan trọng nhất, tính chất nào kém chính xác:

- Quan trọng nhất: vị trí đau.

- Kém chính xác: cường độ đau, vì triệu chứng của mỗi người tùy thuộc vào thể trạng, tuổi (già/trẻ) và bệnh lý nền đi kèm.

7. Ở BN tiêu phân đen, làm sao để biết được máu là của hôm qua hay hôm nay (máu cũ/ máu mới → để đánh giá diễn tiến XHTH):

- Máu cũ: đi tiêu phân đen ít lần hơn, giảm lượng phân đen mỗi lần, tính chất phân đặc, cứng hơn.

- Máu mới: đi tiêu phân đen còn nhiều, lượng phân mỗi lần nhiều và phân có thể còn lỏng/sệt.

8. Chỉ định nội soi đại trực tràng:

- Có tiền căn tiêu máu, bệnh lý đại trực tràng.

- Sụt cân có ý nghĩa khiến BN chú ý.

- Đau bụng mạn.

- Tiêu ra máu.

BỆNH ÁN

I. Hành chính :

- Họ và tên : Nguyễn Thị M. Giới: Nữ Tuổi : 1965(52t)
- Địa chỉ : kp3, phường 2, Cai Lậy, Tiền Giang
- Nghề nghiệp : Nội trợ
- Ngày, giờ NV : 14h41p ngày 20/5/2017
- Giường : 55 Phòng : 8 khoa Tiêu Hóa BV CR

II . Lý do nhập viện : Đau quanh rốn

III . Bệnh sử :

Cách NV 10h(vào lúc 4h30p), sau khi ngủ dậy, bệnh nhân đau quanh rốn đột ngột, liên tục, **đặc điểm đau?**, tăng dần, không lan, không yếu tố giảm đau, đau tăng khi BN vận động như hít thở sâu, ho, khiến BN chỉ nằm im. Cách NV 8h(đến 6h sang), BN đến BS tư SA được chẩn đoán đau dạ dày và cho thuốc uống. BN ăn được nửa tô cháo rồi uống thuốc, vài phút sau nôn ra thuốc cùng với cháo đã ăn, không lẫn thức ăn cũ ngày trước. Sau nôn không giảm đau → NV BV Thị Xã, chẩn đoán và điều trị không rõ(BN được cho uống thuốc [2 viên thuốc màu vàng, 2 gói thuốc...], uống xong BN nôn ra ngay dịch màu vàng(của viên thuốc), lượng không rõ, không mùi, không lẫn thức ăn, lúc này đau không giảm, tăng hơn nên được chuyển lên CC BV CR.

Trong quá trình bệnh, BN có sốt nhẹ (nêu rõ tc) lúc khởi phát đau, không rõ nhiệt độ, sau khi nhập BV CR thì hết (*chuyển lên phần trên*). BN không đau ngực, không khó thở, không ợ nóng, không nuốt khó, da không vàng, không chướng bụng.

Tình trạng lúc nhập viện :

+ Mach: 86 l/p +NT: 20 l/p

+HA: 120/80 +Nhiệt độ: 37⁰C

Diễn tiến sau NV: Cường độ đau giảm (**giảm ?/10**), âm ỉ khắp bụng, đau nhiều ở quanh rốn, hông trái, thượng vị, lan ra sau lưng. Nôn nhiều lần, ngay sau ăn, uống nước khiến BN không dám ăn, uống. Nôn ra dịch trong, không mùi, không lẫn thức ăn, lượng và số lần nôn bệnh nhân không nhớ được. Không ăn uống gì thì không nôn. BN không sốt, chưa đi tiêu, trung tiện được, tiểu lượng ít hơn thường ngày (BN không ước lượng được).

IV . Tiền căn :

1. Cá nhân:

- Không ghi nhận cơn đau tương tự trước đây.
- Bệnh lý nội khoa:

5 năm trước, dân TM chi dưới đã điều trị hết.

1 tuần trước NV, BN đi khám tổng quát tại địa phương, được chẩn đoán:

▪ THA đang điều trị (HA cao nhất 150/80, HA dễ chịu 120/70) (hỏi kỹ thuốc đã dùng, vì có loai thuốc hạ áp gây VTC → thường trong vòng 2 tháng sau uống thuốc)

- Tăng lipid máu
- Gan nhiễm mỡ

Chưa ghi nhận TC: viêm loét dạ dày tá tràng, sỏi mật, viêm gan B (đã tiêm ngừa), C, truyền máu, sốt rét. Không ĐTĐ.

- Bệnh lý ngoại khoa: không ghi nhận
- Sản phụ khoa: PARA = 3003, không sử dụng thuốc ngừa thai.
- Thói quen: không sử dụng rượu, bia, thuốc lá.
- Dị ứng: chưa ghi nhận.

2. Tiền căn gia đình: chưa ghi nhận.

V. Lược qua các cơ quan :

- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau ngực.
- Hô hấp: không khó thở, không ho, không tím tái.
- Tiêu hóa: đau âm ỉ khắp bụng, liên tục, nôn nhiều lần, không nôn ra máu, chưa đi tiêu, không có cảm giác bụng chướng.
- Tiết niệu: tiểu ít hơn BT, vàng trong, lượng không rõ.
- Cơ, xương, khớp: không giới hạn vận động.
- Thần kinh: không đau đầu, chóng mặt.
- Chuyển hóa: không phù, không sốt, không vàng da.

VI. Khám : 7h ngày 22/5/2017

1. Tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.
- Sinh hiệu : M: 96 lần/ phút HA: 140/80
NT: 20 lần/ phút T: 37⁰C
- Thể trạng: CN: 60kg, CC: 155cm → BMI: 25 kg/m², béo phì độ 1 theo Asia-Pacific
- Da, niêm hồng, môi không khô, lưỡi không dơ.
- Chi ấm, mạch rõ.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Phù (-), XHDD (-), ngón tay dùi trống (-), sao mạch (-), THBH (-)

2. Khám cơ quan:

- Đầu, mặt, cổ:
 - Cân đối, không biến dạng.
 - Không tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45°.
 - Tuyến giáp không to.
 - Khí quản không di lệch.
- Ngực:
 - Lồng ngực: cân đối, di động khi thở, không biến dạng, không sẹo mổ cũ, cử động khung sườn đều 2 bên.

- Tim: + Không thấy diện đập mỏm tim, không thấy ở đập bất thường.
 - + Mỏm tim khoảng liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm²
 - + Dấu nảy trước ngực (-), dấu Harzer (-).
 - + Nhịp tim 96 l/p, đều. T1,T2 rõ.
- Phổi: rung thanh đều 2 bên, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.
 - Bụng:
 - Cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc, không u, không dấu rắn bờ, không quai ruột nổi, không ở đập bất thường, **dấu Cullen (-), dấu Grey Turner (-)**
 - Nhu động ruột : 2l/p, không âm thổi vùng bụng.
 - Gõ trong.
 - Bụng mềm, ấn đau thượng vị, hông trái, quanh rốn, Murphy (-), Mayo Robson (-).
 - Gan: + Bờ trên KLS V, ĐTĐ (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 8cm.
 - + Rung gan (-), ấn kê sườn (-), không tiếng cọ, không âm thổi, phản hồi BC (-).
 - Lách, thận không sờ chạm.
 - Thần kinh: Cổ mềm, không dấu TK định vị.
 - Cơ, xương, khớp: Không sưng, nóng, đỏ, đau khớp, tầm vđ các khớp bt, không yếu liệt chi.

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nữ, 52 tuổi, nhập viện vì đau quanh rốn , bệnh 3 ngày, qua hỏi bệnh và khám ghi nhận:

- TCCN:
 - + Đau quanh rốn, liên tục, khởi phát đột ngột, lan khắp bụng, sau lưng, không yếu tổ giảm đau.
 - + Nôn, sau nôn không giảm đau.
 - + Không sốt, không đau ngực ,không ho, không khó thở ,không vàng da.
- TCTT:
 - + Nhu động ruột 2l/p.
 - + Ấn đau thượng vị, hông trái, quanh rốn.
 - + Bụng mềm, Murphy (-), Mayo Robson (-).
- TC: + RL lipid máu.
 - + Tăng huyết áp.

VIII. Đặt vấn đề:

Đau quanh rốn cấp + nôn

IX. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán sơ bộ: VTC ngày 3, mức độ nhẹ, do tăng TG, chưa biến chứng.
2. Chẩn đoán phân biệt:
 - VTC ngày 3, mức độ nhẹ, do sỏi mật, chưa biến chứng.
 - VTC ngày 3, mức độ nhẹ, do ung thư tụy, chưa biến chứng.
 - Viêm loét dạ dày tt— (thường kéo dài, không đột ngột)

X. Biện luận:

Bệnh nhân đau quanh rốn lan ra khắp bụng + sau lưng, các nguyên nhân có thể gặp trên bệnh nhân này:

1. Ngoại khoa:

- Thủng ổ loét dạ dày- tá tràng: BN không có tiền căn loét DD-TT trước đây, có khởi phát cấp tính của đau bụng đột ngột vùng quanh rốn, mức độ đau không dữ dội, ngày NV đau không lan, khám không có thở nhanh nông, nhịp tim không nhanh, bụng mềm, không mất vùng đục trước gan → không nghĩ.

-Tắc ruột: BN không có tiền căn phẫu thuật vùng bụng, đau liên tục không đau quặn từng cơn, nôn nhiều, nôn xong không giảm đau, khám nghe có âm ruột giảm, âm sắc không cao, bụng không trướng →không nghĩ.

- Viêm túi mật cấp: BN không có tiền căn sỏi TM trước đây, không sốt, **không vàng da**, Murphy (-) → không nghĩ.

- Phình bóc tách động mạch chủ: BN có yếu tố nguy cơ là THA, RLLP máu mới phát hiện gần đây, không có cơn đau dữ dội vùng giữa bụng, **không đau như xé**, khám không thấy khối phồng đập theo nhịp tim, không nghe âm thổi →không nghĩ.

- Nhồi máu mạc treo: BN không có các yếu tố thuận lợi như RLN, không có cơ địa tăng đông, không sử dụng thuốc gây đông máu, cường độ đau không dữ dội, **(cường độ đau dữ dội nhưng không tương xứng với tình trạng bụng của BN, đi tiêu nhầy nhớt như máu cá)** không tiêu chảy, không tiêu phân đen, không có dấu hiệu choáng →không nghĩ.

- Nhiễm trùng đường mật: BN k có tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da) →không nghĩ.

- Viêm ruột thừa cấp: BN có sốt nhẹ lúc khởi phát, nhưng bụng mềm, phản ứng dội (-), **không ấn đau hố chậu p, MacBurney (-)** →không nghĩ.

2. Nội khoa

—NMCT: BN có yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành như THA. RLLP máu, không đau ngực kiểu mạch vành, đau kèm nôn ới nhiều, lan khắp bụng, khám tim k ghi nhận bất thường →**k nghĩ (NMCT thành dưới thì có đau thượng vị, ở BN này đau quanh rốn không nghĩ**

NMCT)

- Viêm loét dạ dày – tá tràng: BN không có tiền căn viêm loét DD-TT, không uống NSAIDS, không hút thuốc, đau bụng bắt đầu ở vùng quanh rốn, đau liên tục, sau nôn không giảm đau → ít nghĩ nhưng không loại trừ được.

- Nhiễm toan -ceton do đái tháo đường: BN không có tiền căn đái tháo đường mới khám cách NV 1 tuần → không nghĩ.

- Viêm tụy cấp: BN có RLLP máu (không rõ tăng loại nào), đau đột ngột quanh rốn lan khắp bụng + sau lưng, liên tục, tăng dần, không tư thế giảm đau, sốt nhẹ lúc mới khởi phát, buồn nôn và nôn, nôn xong không giảm đau. Khám có ấn đau ở thượng vị, quanh rốn, hông lưng T, âm ruột giảm → nghĩ nhiều.

Nguyên nhân có thể gây VTC trên BN này:

- + Sỏi mật: BN không có TC sỏi mật, có yếu tố nguy cơ nữ, 52t, RLLP máu, thể trạng thừa cân, không có cơn đau quặn mật **tái đi tái lại, không có tình trạng nhiễm trùng đường mật.** Đây là nguyên nhân hàng đầu gây VTC → Không loại trừ được. Dùng CT-scan xác nguyên nhân.
- + Ung thư tụy: BN nữ 52t, không sụt cân → không loại trừ được.
- + Tăng TG: BN có thể trạng thừa cân (BMI 25), có được chẩn đoán RLLP máu → không loại trừ được.
- + Rượu: không nghĩ vì BN không uống rượu.
- + Tăng canxi máu: BN không chán ăn, không khát nước, đi tiểu bình thường, không đau nhức cơ → k nghĩ.
- + Nhiễm trùng: BN không có dấu hiệu nhiễm trùng gì trước đó, VTC thường không phải biểu hiện đầu tiên.
- + Thuốc: xảy ra trong vòng 2 tháng từ khi bắt đầu sử dụng thuốc hoặc khi tăng liều → k nghĩ.

BC có thể trên BN:

- BC tại tụy:
 - + Tụ dịch cấp tính tại tụy: khó đánh giá trên LS. Đề nghị CLS siêu âm
 - + Hoại tử: sau 48h, BN không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân → không nghĩ
 - + Báng bụng: gõ bụng không đục nhưng cũng không loại trừ.

- Mạch máu:

+ Tắc TM lách: không nghĩ do khám không thấy lách to.

+ Tắc TM mạc treo tràng trên: Khám không có bụng chướng, không XHTH, không đau dữ dội → không nghĩ.

- Tắc nghẽn dd-ruột: BN không có bí trung đại tiện, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi, gõ trong khắp bụng, nhu động ruột 2 lần/ph nên không nghĩ.
- Biến chứng hệ thống:

+ Phổi:

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp(ARDS): bn tỉnh, tiếp xúc tốt, không khó thở, không kiểu thở bất thường, không co kéo cơ hô hấp phụ, không tím môi, đầu chi → không nghĩ.

Xẹp phổi: bn không khó thở, khám khí quản không di lệch, không có hội chứng đông đặc → không nghĩ.

Tràn dịch màng phổi: BN không ho khan, không khó thở, khám không thấy hội chứng 3 giảm → không nghĩ.

+ Hoại tử chỏm xương đùi: BN không đau, không giới hạn khi vận động → không nghĩ.

+ Tổn thương thận cấp: BN có tiểu ít nhưng chưa đến mức tiểu ít do thận, mà do không uống nước và mất dịch qua nôn.

+ Xuất huyết tiêu hoá: không nôn ra máu, không tiêu ra máu nên không nghĩ.

+ Rối loạn đông máu: không nghĩ do không thấy mảng bầm tím, vết xuất huyết.

Mức độ: BN không có suy đa cơ quan, không biến chứng tại chỗ, không biến chứng hệ thống → VTC nhẹ. (VTC nặng khi chỉ cần 1 BC)

XI. Đề nghị cận lâm sàng:

1) CLS chẩn đoán:

- Amylase máu, lipase máu.
- Bilan lipit máu.
- SA bụng.
- CT scan bụng. (ngghi ngờ VTC thể nặng, tình trạng bụng chướng hơi,...thì mới làm)

2) CLS thường quy:

- CTM
- Ion đồ
- Đường huyết
- ECG
- BUN, Creatinin, TPTNT
- AST, ALT, Bilirubin

BS Như - Đau thượng vị - VTC

XIII) Hành chính

Họ tên: Đỗ Văn D Tuổi: 47. Nơi ở: Bình Định

Nghề nghiệp: làm vườn

Ngày NV: 16/4/2017

XIV) Lý do nhập viện: đau thượng vị

XV) Bệnh sử

Cách nhập viện 20 giờ, bệnh nhân đau thượng vị sau ăn tối 2 tiếng, liên tục, âm ỉ, lan xuống rốn, không liên quan hô hấp, không tư thế giảm đau, không đau ngực, không buồn nôn, không nôn, không ho, không sốt

Cách nhập viện 5 giờ, bệnh nhân đau thượng vị, liên tục, dữ dội, lan xuống rốn, vùng hông lưng 2 bên và lan khắp ngực, không lan lên hàm, bờ trụ cánh tay trái, không tư thế giảm đau, không buồn nôn, không nôn, không ho, không sốt, sau 30p đau thượng vị tăng nhiều hơn → BV Chợ Rẫy

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ợ hơi, không ợ chua, không hoa mắt, không vã mồ hôi, không đại tiện, trung tiện được, tiểu vàng lượng 200ml/lần x2.

Diễn tiến LS: đau thượng vị giảm, hết đau ngực, chưa đại tiện, trung tiện được, tiểu vàng lượng 1l/ngày

XVI) Tiền căn:

3) Bản thân:

c) Bệnh lý

-Cách 5 tháng, bệnh nhân đau bụng thượng vị, liên tục, dữ dội → bệnh viện tỉnh Bình Định chẩn đoán viêm tụy cấp, điều trị không rõ

-Chưa ghi nhận tiền căn đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, viêm dạ dày

-Chưa ghi nhận tiền căn có cơn đau quặn mật, vàng da từng đợt

-Chưa ghi nhận tiền căn rối loạn tiêu hóa kéo dài, đi tiêu phân lẫn nhầy máu.

-Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý rối loạn đông máu, rung nhĩ.

-Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

d) Thói quen:

- Thuốc lá: 20 gói.năm
- Rượu: 140g cồn/ngày trong 20 năm
- 4) Gia đình: Chưa ghi nhận bất thường.

XVII) Lược qua các cơ quan:

- Không đau ngực, không khó thở, không ho, không hồi hộp – đánh trống ngực.
- Không đau bụng, không ợ hơi, không ợ chua, không nôn,
- Tiểu vàng lợt, 200ml/lần, không tiểu buốt
- Không nhức đầu, không chóng mặt, cơ xương khớp không đau nhức
- Không sốt, không phù, da không vàng

XVIII) Khám: (18/4/2017)

7) Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu:
 - +Mạch: 70 lần/p
 - +Huyết áp: 110/70mmHg
 - +Nhiệt độ: 37 độ C
 - +Nhịp thở: 18 lần/p
- Cân nặng: 55kg
- BMI: 18.4 kg²/cm
- Da niêm hồng, chi ấm, mạch rõ.
- Không vàng da, không phù

8) Đầu mặt cổ:

Cân đối, khí quản không lệch, tuyến giáp không to, tuyến mang tai không to
Niêm hồng, môi không khô, lưỡi không dơ, không mất gai.
Tĩnh mạch cổ không nổi ở tư thế 45 độ
Không dấu xanthelasma

9) Ngực:

Cân đối, di động khi thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo cơ hô hấp phụ, không sẹo, không lồi lõm bất thường.

c) Tim:

- Mỏm tim: KLS V +ĐTĐ (T), diện đập 1x1 cm², nảy rõ
- T1, T2 rõ đều, tần số: 70 lần/p
- Dấu Har er(-), dấu nảy trước ngực (-).
- Không nghe thấy âm thổi, tiếng tim bất thường.

d) Phổi: gõ trong, rung thanh đều, âm phế bào êm dịu 2 phế trường

10)Bụng: cân đối, di động khi thở, không sẹo , không tuần hoàn bàng hệ, không quai ruột nổi, không vết rạn da, không u, không lồi lõm bất thường, không xuất huyết dưới da, không nghe thấy âm thổi, nhu động ruột: 10 lần/p. Gõ trong. Bụng mềm, ấn đau nhẹ thượng vị, McBurney (-), Mayo Robson (-), Murphy (-)

-Gan: không sờ chạm, bờ trên gan gõ đục ở KLS V + ĐTD P, bờ dưới gan gõ đục ở KLS VIII + ĐTD P, chiều cao gan: 9cm, không nghe thấy âm thổi, không nghe thấy tiếng cọ màng gan. Ấn kẻ sườn (-), rung gan (-)

-Túi mật: không sờ thấy.

-Lách: không sờ chạm

-Thận: chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-)

11) Thần kinh: không dấu thần kinh định vị, cổ mềm

12) Tứ chi, cơ xương khớp: không biến dạng trục chi, khớp không sưng, nóng, đỏ, đau.

XIX) Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 47 tuổi, nhập viện 16/4/2017 vì đau thượng vị, bệnh 1 ngày có các bất thường:

4) TCCN:

-Đau thượng vị dữ dội, lan xuống rốn, hông lưng, khắp ngực, nôn không giảm đau

5) TCTT: đau thượng vị

6) Tiền căn:

-Viêm tụy cấp cách đây 5 tháng

-Thuốc lá 20 gói/năm

-Rượu: 140g cồn/ngày

XX) Đặt vấn đề:

2) Đau thượng vị cấp

XXI) Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp do rượu, mức độ nhẹ, ngày thứ 4, chưa biến chứng.

XXII) Chẩn đoán phân biệt:

4) Nhồi máu cơ tim, giờ thứ 5, Killip I, chưa biến chứng

5) Viêm tụy cấp do sỏi OMC, mức độ nhẹ, ngày thứ 4, chưa biến chứng

6) Viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu, mức độ nhẹ, ngày thứ 4, chưa biến chứng.

7) Viêm loét dạ dày – tá tràng.

XXIII) Biện luận:

2) Đau thượng vị cấp:

Bệnh nhân đau thượng vị liên tục, dữ dội, lan xuống rốn và 2 bên hông lưng, lan lên 2 ngực bệnh khởi phát 1 ngày nên nghĩ bệnh nhân đau thượng vị cấp. Các nguyên nhân gây đau thượng vị cấp:

- Ngoại khoa:

-Thủng ổ loét dạ dày – tá tràng: không nghĩ, bệnh nhân không có tiền căn đau dạ dày, không sử dụng thuốc kháng viêm,... lâm sàng bệnh nhân đau vật vã, khám thấy bụng

mềm, bụng không gồng cứng, không cảm ứng phúc mạc, gõ không mất vùng đục trước gan.

-Nhồi máu mạc treo: không nghĩ, bệnh nhân không có suy tim, rối loạn nhịp, không nằm lâu, không các bệnh lý huyết học. Lâm sàng khám mức độ không tương xứng với cơn đau của bệnh nhân

-Tắc ruột: không nghĩ, bệnh nhân không có tiền căn phẫu thuật, lâm sàng bệnh nhân không đau quặn từng cơn, không nôn, không bí chương khám không thấy dấu rắn bò, dấu quai ruột nổi, bụng không chướng,

-Phình bóc tách động mạch chủ: không nghĩ, bệnh nhân không lớn tuổi, không béo phì, không tiền căn xơ vữa mạch máu, không tăng huyết áp, bệnh nhân không đau như xé dọc cột sống, khám không thấy huyết áp cao hay tụt huyết áp

-Viêm túi mật cấp: không nghĩ, bệnh nhân không có tiền căn cơn đau quặn mật, không có những đợt vàng da tái diễn, lâm sàng không sốt, không đau hạ sườn phải, khám không thấy túi mật to, Murphy (-)

-Viêm ruột thừa cấp: không nghĩ, do lâm sàng vùng đau không di chuyển qua hố chậu phải sau 6-8 tiếng, bệnh nhân không sốt, McBurney (-).

Nội khoa:

-Nhồi máu cơ tim: không loại trừ, vì bệnh nhân nam 47t, hút thuốc lá và uống rượu nhiều là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, bệnh nhân đau thượng vị tăng dần, kèm đau ngực dữ dội→xét nghiệm men tim, ECG.

-Nhiễm toan ceton – đái tháo đường: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn đái tháo đường, không có tiền căn tiểu nhiều, ăn nhiều, uống nhiều, gầy nhiều, lâm sàng không có kiểu thở Kussmaul.

-Viêm loét dạ dày – tá tràng: ít nghĩ, bệnh nhân có tiền căn uống rượu nhiều, không ợ hơi, không ợ chua, lâm sàng bệnh nhân đau thượng vị dữ dội lan xuống rốn, quanh hông, lên ngực → nội soi dạ dày, tá tràng

-Viêm phổi: không nghĩ, bệnh nhân không sốt, không ho, đau không liên quan hô hấp, khám không nghe rale.

-Viêm tụy cấp: nghĩ nhiều, bệnh cảnh viêm tụy cấp giải thích được cơn đau liên tục thượng vị, lan xuống rốn, 2 hông lưng, có thể lan lên ngực.

- Bệnh ngày thứ 4
- Nguyên nhân:

-Tắc nghẽn do sỏi: ít nghĩ, bệnh nhân không có tiền căn cơn đau quặn mật, không sốt, không vàng da, nước tiểu không sậm màu. Tuy nhiên vẫn không thể loại trừ vì sỏi là nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm tụy cấp→siêu âm bụng

-Rượu: nghĩ nhiều, bệnh nhân có tiền căn uống nhiều rượu.

-Tăng triglycerid máu: ít nghĩ, bệnh nhân không béo phì, không đái tháo đường, tuy nhiên có uống rượu nhiều nên không thể loại trừ→định lượng triglycerid máu

- **Biến chứng:**

- **Tại tụy:**

-Bệnh nhân không sốt, không có triệu chứng đáp ứng viêm toàn thân, không có hội chứng nhiễm trùng nên không nghĩ đến biến chứng hoại tử, viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.

-Bệnh cấp tính, trong 4 ngày nên không nghĩ đến biến chứng nang tụy, áp xe tụy

-Chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc nên không nghĩ đến biến chứng băng bụng

- **Ngoài tụy:**

-Biến chứng tim mạch: không nghĩ, bệnh nhân không tăng huyết áp, (tĩnh mạch gồm tắc tĩnh mạch lách, tắc tĩnh mạch mạc treo) khám không thấy lách to, bụng không chướng, nhu động ruột còn, (động mạch) không có xuất huyết.

-Biến chứng hô hấp: ADRS không nghĩ, tuy bệnh nhân có khó thở trên lâm sàng, nhưng triệu chứng đã hết, khám phổi không thấy hội chứng đông đặc, hội chứng ba giảm.

-Biến chứng tiết niệu: suy thận cấp không nghĩ, bệnh nhân không tiểu ít, không vô niệu

-Biến chứng tiêu hóa: không nghĩ

+Xuất huyết tiêu hóa: không nôn ra máu, tiêu phân bình thường.

+Tắc nghẽn dạ dày – ruột: không nghĩ, vì bệnh nhân vẫn có nhu động ruột, không có tình trạng liệt ruột

-Biến chứng thần kinh: không nghĩ, bệnh nhân không hôn mê, lú lẫn, không mù thoáng qua.

- **Mức độ:** bệnh nhân chưa có biến chứng → nhẹ

XXIV) Đề nghị CLS:

3) CLS chẩn đoán:

-Amilase, lipase

-Siêu âm bụng, AST, ALT, bilirubin máu

-ECG, men tim

-Nội soi dạ dày, tá tràng

4) CLS thường qui: TPTNT, CTM, đường huyết, X Quang ngực thẳng, BUN, Creatinine, Ion đồ

BS Thông - Đau thượng vị - VTC

BỆNH ÁN

I.HÀNH CHÍNH

- Họ và tên:Huỳnh Văn K
- Giới :nam
- Tuổi :35(1982)
- Nghề nghiệp:cán bộ chăm sóc sức khoẻ
- Địa chỉ: Mỹ Xuyên,Sóc Trăng
- Ngày giờ nv:5h ngày 16/04/2017
- Giường:băng ca,phòng 1,khoa nội tiêu hoá gan mật,bv Chợ Rẫy

II.LÝ DO NHẬP VIỆN: đau thượng vị

III.BỆNH SỬ

- Cách nv 6 ngày,trong lúc đang uống bia (trước đó 1 ngày bn cũng có uống bia),bn đau thượng vị ,liên tục ,âm ỉ, lan hạ sườn T rồi lan khắp bụng, không liên quan hô hấp, không tư thế giảm đau.Bn uống phosphalugel nhưng đau không thay đổi.
- Cách nv 3 ngày,bn đau khắp bụng,liên tục, âm ỉ,sau ăn sáng 30 phút,bn nôn 500ml dịch lẫn thức ăn ,không máu, nôn xong không giảm đau.Sau nôn 30ph,bn đau quặn từng cơn,mỗi cơn 1-2ph,mỗi đợt cách nhau 30ph.
- Cách nv 1 ngày, bn không buồn nôn ,không nôn, đau khắp bụng, đau quặn từng cơn trên nền liên tục, dữ dội, tăng dần=> nhập bv đk Bạc Liêu , được chụp CT và chẩn đoán :viêm tụy cấp thể phù.Bn không muốn điều trị tại đây nên nhập bv Chợ Rẫy.
- Trong thời gian bệnh,bn không sốt,không đau ngực, không ho, không khó thở,da không vàng,tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng lợt, 1l/ngày, đi tiêu 2 ngày/lần,phân vàng,sệt,không máu, trung tiện được.
- Tình trạng lúc nv:
 - + Mạch 86 lần/ph
 - + Huyết áp 120/80mmHg
 - + Nhiệt độ 37°C
 - + Nhịp thở 18l/ph
- Diễn tiến sau nv:
 - +Ngày 1: đau giảm,không buồn nôn,không nôn,không đau ngực,không ho không sốt,không khó thở, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng lợt, 800ml/ngày,chưa đi tiêu,trung tiện được.
 - +Ngày 2: đau thượng vị ,liên tục, âm ỉ, không buồn nôn,không nôn,không đau ngực,không ho không sốt,không khó thở, tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng lợt, 800ml/ngày, chưa đi tiêu,trung tiện được.

IV. TIỀN CĂN

1. Bản thân:

a. Nội khoa

- Viêm sung huyết hang vị, cách 5 năm, được chẩn đoán tại bv Thống Nhất, điều trị ổn.
- Tăng triglyceride máu (không rõ bao nhiêu), cách đây 1 năm, có uống thuốc (không rõ loại), khám định kỳ kiểm tra lại thì giảm ít.
- Viêm tụy cấp, cách 5 tháng, được chẩn đoán và điều trị tại bv Chợ Rẫy.

Kết quả điều trị như thế nào?

- Khám sức khỏe định kỳ 2 lần/năm. Lần gần nhất cách nv 1 tháng, được xét nghiệm máu, chụp x quang, kết quả :TG cao (không rõ bao nhiêu), sỏi bìn thận.
- Chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ, THA.
- Chưa ghi nhận tiền căn sỏi túi mật, sỏi gan.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch, hô hấp.
- Chưa ghi nhận nhiễm siêu vi B, C (chưa tiêm ngừa).
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

b. Ngoại khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- Chưa ghi nhận tiền căn can thiệp gan mật.

c. Thói quen

- Không hút thuốc lá
- Uống bia 3-4 lần/tuần, mỗi lần 150g cồn, trong 10 năm.
- Ăn nhiều chất béo.

2. Gia đình: chưa ghi nhận

V. Lướt qua các cơ quan:

- Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp
 - Hô hấp: không ho, không khó thở
 - Tiêu hóa: đau thượng vị, âm ỉ, liên tục, không buồn nôn, không nôn, chưa đi tiêu từ ngày nhập viện.
- Tiết niệu: nước tiểu vàng sậm, không tiểu gắt, tiểu buốt, 1 L/ngày
- Thần kinh: không đau đầu
- Cơ, xương khớp: không đau cơ, xương, khớp
- Chuyển hóa: không phù, không sốt, không vàng da.

VI. Khám bệnh: 7h ngày 18/04/2017

1. Tổng quát:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang
- Sinh hiệu: M: 76 lần/phút HA: 130/90 mmHg
 NT: 18 lần/phút ND: 37 °C

- Niêm mạc mắt hồng, thở êm, môi không khô, lưỡi không dơ, tứ chi ấm, không tím.

Chiều cao: 170cm, cân nặng: 80kg, BMI=27.7 kg/m²

Nhận xét bn béo phì độ I theo tiêu chuẩn châu Á.

- Không vàng da, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống

2. Khám từng vùng

a. Đầu mặt cổ

- Cân đối.

- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch

- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

- Không TM cổ nổi tư thế 45 độ

b. Ngực

Lồng ngực: Cân đối, di động theo nhịp thở

Tim: - Mỏm tim khoảng liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm²

- Dấu nảy trước ngực (-), dấu Harzer (-)

- Không sờ thấy rung miêu, không sờ thấy ổ đập bất thường

- T1, T2 đều rõ, tần số tim 80 lần/phút

- Không âm bệnh lí

Phổi:

- Không co kéo cơ hô hấp phụ

- Rung thanh đều hai bên

- Gõ trong khắp phổi

- Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.

Bụng: - Cân đối, di động theo nhịp thở, không sọc, không u, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi, không ổ đập bất thường.

- Nhu động ruột 4 lần/phút, âm sắc không róc rắt, không âm thổi

- Gõ trong khắp bụng.

- Bụng mềm, ấn đau thượng vị, phản ứng thành bụng (-), cảm ứng phúc mạc (-), Murphy (-), Mayo Robson (-).

Làm thêm nghiệm pháp Mc Burney để loại trừ viêm ruột thừa cấp.

- Gan: + bờ trên khoang liên sườn V, đường trung đòn (P). bờ dưới không sờ chạm, ở khoang liên sườn VIII, đường trung đòn (P), chiều cao gan 8cm.

+ Rung gan (-), ấn kẻ sườn (-), không tiếng cọ, không âm thổi, phản hồi G-C (-).

- Thận: dấu chạm thận (-), rung thận (-).

- Lách: không sờ chạm

- c. thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- d. cơ xương khớp: không yếu liệt chi, không giới hạn vận động

VII.TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bn nam ,35 tuổi nv vì đau bụng,bệnh đc 6 ngày,qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận được:

- TCCN:+ Đau thượng vị ,liên tục,âm ỉ,lan khắp bụng,quặn từng cơn.
 - + Nôn,nôn xong không giảm đau
 - + Không sốt,không đau ngực ,không ho,không khó thở ,không vàng da,tiểu

1l/ngày.

- TCTT:+Ấn đau thượng vị
 - + Cảm ứng pm(-),đề kháng thành bụng (-),Murphy(-),Myo-Robson(-)

VIII.ĐẶT VẤN ĐỀ

- 1.Đau thượng vị + nôn
- 2.Tiền căn viêm tụy

IX.BIỆN LUẬN

Bệnh nhân đau thượng vị lan hạ sườn trái lan ra khắp bụng, các nguyên nhân có thể gặp trên bệnh nhân này:

1. Ngoại khoa

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng: không nghĩ do bệnh nhân không có khởi phát đột ngột, cường độ đau không dữ dội, không thấy co cứng thành bụng
- Tắc ruột: không nghĩ do bệnh nhân không bí trung đại tiện, nôn xong không giảm đau, khám không thấy dấu rắn bò, không có tiền căn phẫu thuật vùng bụng
- Viêm túi mật cấp: không nghĩ do bệnh nhân không sốt, không đau hạ sườn phải, Murphy (-). Cách 1 tháng bệnh nhân có siêu âm tổng quát thì không có sỏi túi mật
- Phình bóc tách động mạch chủ: không nghĩ vì bệnh nhân không đau cạnh cột sống, không đau vùng hông, tiền căn không tăng huyết áp, khám không thấy ổ đập vùng bụng và không nghe âm thổi.
- Nhồi máu mạc treo: không nghĩ vì bệnh nhân không đau đột ngột, cường độ đau không dữ dội, không tiêu chảy, không tiêu phân đen, không có dấu hiệu choáng, bệnh nhân không có các yếu tố thuận lợi như rối loạn nhịp, không có cơ địa tăng đông, không sử dụng thuốc gây đông máu.

2.Nội khoa

- Nhồi máu cơ tim vùng hoành:không nghĩ vì bn không lớn tuổi,không hút thuốc lá,không THA, không đau ngực,khám tim không thấy bất thường.
- Viêm loét dạ dày – tá tràng: ít nghĩ vì BN nôn không giảm đau, dùng phosphalugel không giảm đau, tuy nhiên không loại trừ vì BN có tiền căn viêm sung huyết hang vị.

-- Viêm phổi: BN không sốt, không lạnh run, không ho khạc đàm, không đau ngực kiểu màng phổi, khám không thấy rale nổi nên không nghĩ.

- Nhiễm toan -ceton do đái tháo đường:bn không có tiền căn đái tháo đường,cách đây 1 tháng có làm xN máu thì đường huyết không tăng, khám bệnh nhân không có kiểu thở Kussmaul nên không nghĩ.

-- Viêm tụy cấp: nghĩ nhiều vì BN có đau thượng vị tăng dần lan khắp bụng kèm nôn, nôn xong không bớt đau, BN đã được chẩn đoán VTC thể phù tại BV Bạc Liêu.

Anh giảng:viêm tụy cấp là một chẩn đoán loại trừ,vì phải thoả ít nhất 2/3 tiêu chuẩn,mà trong 3 tiêu chuẩn chẩn đoán,chỉ có 1 tiêu chuẩn xác định được trên lâm sàng.

Các nguyên nhân có thể gây VTC trên BN này:

- Tắc nghẽn do sỏi: không nghĩ vì BN trẻ, không có cơn đau quặn mật (đau thượng vị hoặc HSP, liên tục, sau ăn, tự hết trong 6h) trước khi bệnh, k sốt, k vàng da, tiền căn và khám TQ cách 5 tháng chưa ghi nhận sỏi mật.

- Tắc nghẽn do u: bn không có vàng da, không chán ăn, thể trạng không gầy sút nên không nghĩ.

- Rượu : nghĩ nhiều vì lúc khởi phát đau, bn đang uống bia, tiền căn uống 150g/l + tuần 2-3/lần trong 10 năm.

-Tăng TG máu:nhĩ nhiều do BN có tiền căn tăng TG máu,chế độ ăn nhiều chất béo, thể trạng béo phì độ I (BMI =27,7).

Giữa nguyên nhân do rượu và tăng TG nên nghĩ cái nào nhiều hơn.Nếu do rượu thì tại sao bn vẫn uống rượu nhiều kể từ lần viêm tụy trước đến giờ đã 5 tháng mới tái phát viêm tụy cấp,do đó nghĩ nhiều hơn do tăng TG không kiểm soát tốt.

Biến chứng có thể có trên BN:

BC tại tụy:

+ Tự dịch cấp tính tại tụy: khó đánh giá trên LS. Đề nghị CLS siêu âm

+ Hoại tử: sau 48h,BN k có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân -> k nghĩ

+ Báng bụng:gõ bụng không đục nhưng cũng không loại trừ.

Mạch máu:

+ Tắc tĩnh mạch lách: không nghĩ do khám không thấy lách to.

+ Tắc nghẽn dd-ruột:bn không có bí trung đại tiện, không dấu rấn bò, không quai ruột nổi,gõ trong khắp bụng,nhu động ruột 4 lần/ph nên không nghĩ.

Biến chứng hệ thống:

Phổi:

+ Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp(ARDS): bn tỉnh,tiếp xúc tốt,không khó thở,không kiểu thở bất thường, không co kéo cơ hô hấp phụ,không tím môi,đầu chi nên không nghĩ.

+ Xếp phổi:bn không khó thở,khám khí quản không di lệch,không có hội chứng đông đặc nên không nghĩ.

+ Tràn dịch màng phổi:bn không ho khan,không khó thở,khám không thấy hội chứng 3 giảm nên không nghĩ.

- Hoại tử chòm xương đùi: bn không đau,không giới hạn khi vận động nên không nghĩ.
- Tổn thương thận cấp:bn không thiếu niệu nên không nghĩ
- Xuất huyết tiêu hoá:không nôn ra máu,không tiêu ra máu nên không nghĩ
- Rối loạn đông máu: không nghĩ do không thấy mảng tím,vết xuất huyết

Mức độ: Bn không có suy đa cơ quan ,không biến chứng tại chỗ ,không biến chứng hệ thống=> VTC nhẹ

X.CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ :Viêm tụy cấp ngày thứ 6,mức độ nhẹ,do rượu,chưa biến chứng

CDSB:Viêm tụy cấp ngày thứ 6,mức độ nhẹ,do tăng TG,chưa biến chứng

XI.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1.Viêm tụy cấp ngày thứ 6,mức độ nhẹ,do tăng TG,chưa biến chứng.

1.Viêm tụy cấp ngày thứ 6,mức độ nhẹ,do tăng rượu,chưa biến chứng.

2.Viêm loét dd-tt

XII.ĐỀ NGHỊ CLS

1.CLS chẩn đoán

- Amylase máu,lipase máu
- Bilan lipid máu
- Men tim.
- Siêu âm bụng.

2. CLS thường quy

- Công thức máu
- Ion đồ
- ECG
- Đường huyết
- BUN,Creatinin máu
- TPTNT 10ts
- ALT,AST

BS Như – Đau 1/4 trên trái – viêm tụy cấp

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

- | | | | |
|---|--------------------------------------------|---------------|------------|
| – | Họ và tên: Nguyễn Thị T | Giới tính: Nữ | Tuổi: 51 |
| – | Nghề nghiệp: Hộ sinh | | |
| – | Địa chỉ: Trà Vinh | | |
| – | Ngày giờ nhập viện: 13h00, ngày 09/06/2017 | | |
| – | Khoa: Nội Tiêu Hóa | Phòng: 5 | Giường: 46 |

II. Lí do nhập viện: Đau ¼ trên trái (thường dùng phân khu 9 vùng để dễ khu trú nguyên nhân, một số trường hợp có thể dùng phân 4 vùng tuy nhiên nên hạn chế)

III. Bệnh sử:

- Cách nhập viện 1 ngày, sau ăn chiều 6h, bệnh nhân đột ngột đau ¼ trên trái bụng, đau liên tục dữ dội như dao đâm, nhói ra sau lưng, không yếu tố tăng giảm, chướng ½ trên bụng. Kèm theo bệnh nhân có nôn nhiều lần ra thức ăn lẫn dịch, không lẫn máu, tổng lượng khoảng 500ml, sau nôn không giảm đau, chua miệng. Đau bụng nhiều hơn ~~không đi lại được~~ *(ghi rõ ràng hơn là bệnh nhân xoay trở nhiều tìm tư thế giảm đau, nếu ghi không đi lại được sẽ dễ nhầm lẫn sang viêm phúc mạc)* → Nhập bệnh viện tỉnh Trà Vinh. *(nhớ bổ sung sau bao nhiêu giờ thì nhập viện, vì viêm tụy có tính chất cấp tính)*
- Tại bệnh viện tỉnh Trà Vinh, bệnh nhân còn đau bụng nhiều, không thay đổi tính chất và cường độ, còn chướng bụng nhiều, không nôn, được chẩn đoán viêm tụy cấp theo dõi biến chứng hoại tử, xử trí không rõ. → chuyển tuyến Chợ Rẫy
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không vàng da, không đau ngực, không khó thở, không chóng mặt, bệnh nhân không đi tiêu, không trung tiện, không chán ăn, không sụt cân. Tiểu vàng trong không lẫn máu, không gắt buốt.
- Tình trạng lúc nhập viện:
 - Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
 - Sinh hiệu: mạch 80 lần/p, nhịp thở 20 lần/p, nhiệt độ: 37⁰C, huyết áp: 120/80 mmHg
 - Bệnh nhân giảm đau bụng còn 8 phần so với lúc phát bệnh, còn chướng bụng nhiều, không nôn. Tại cấp cứu được truyền dịch, kháng sinh và đặt sonde dạ dày.
- Diễn tiến lâm sàng: Bệnh nhân đau bụng giảm còn 5 phần so với lúc phát bệnh, bụng chướng nhẹ, không nôn, không đi tiêu, không trung tiện. Không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, không lẫn máu, lượng 1000ml/ ngày.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Không có tiền căn đau bụng, nôn tương tự.
- Bệnh lý nội khoa:
 - Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân khám sức khỏe tổng quát tại bệnh viện Chợ Rẫy và được chẩn đoán rối loạn lipid máu không rõ thể, đái tháo đường type 2 không rõ điều trị. Siêu âm bụng tổng quát không phát hiện sỏi mật.
 - Không có tiền căn THA, COPD, viêm loét dạ dày tá tràng, cường cận giáp,.
- Ngoại khoa: Không có tiền căn phẫu thuật chấn thương trước đây.
- Sản khoa: PARA 2002, sinh thường, không có tiền sản giật.
- Chưa chủng ngừa viêm gan B, C. Không có tiền căn truyền máu gần đây
- Thói quen: không dùng rượu bia, hút thuốc lá.
- Dị ứng: không có tiền căn dị ứng với thuốc và thức ăn trước đây

2. Gia đình: Không có thành viên nào trong gia đình mắc các bệnh lý về gan mật tụy, không THA, ĐTD, COPD.

V. Lược qua các cơ quan:

- Thần kinh: không đau đầu, không yếu liệt
- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp
- Hô hấp: không khó thở, không ho
- Tiêu hóa: đau bụng, chướng nhẹ, không nôn ói, không đi tiêu
- Niệu dục: không tiểu gắt buốt, không tiểu khó
- Cơ – xương – khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

VI. Khám lâm sàng: lúc 16h00 ngày 12/06/2017

1. Tổng quát:

- Tri giác: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu mạch 90 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, HA 120/70mmHg, nhiệt độ 37°C
- Niêm mạc mắt hồng, không xuất huyết dưới da
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- Chi ấm, mạch quay bắt rõ
- Không phù, da véo da (-)
- Không ngón tay dùi trống, không lòng bàn tay son
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Thể trạng: cao 1m55, nặng 58kg → BMI = 24,1 kg/m² → thể trạng thừa cân theo tiêu chuẩn Châu Á

2. Đầu – mặt – cổ:

- Đầu mặt cân đối, không biến dạng, không chảy dịch bất thường, không sưng
- Tuyến mang tai không to, không sưng viêm

- Khí quản không lệch
- Tuyến giáp không to, không viêm

3. Lồng ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không sẹp, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không u, không xuất huyết dưới da
- Tim:
 - Mỏm tim nằm ở khoang liên sườn 5 giao với đường trung đòn trái, diện tích 1x1 cm², nảy yếu
 - Không sờ thấy rung miều, không ổ đập bất thường, không dấu nảy trước ngực, Harzer (-)
 - T1, T2 đều, rõ, tần số 90 lần/phút, không âm thổi
- Phổi: gõ trong, rung thanh đều 2 bên, rì rào phế nang êm dịu, không rale, không tiếng thở bất thường.

4. Bụng:

- Bụng lõm, cân đối, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, không sẹp, rốn lõm, không vết rạn da, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi, không dấu Cullen, không dấu Grey-Tunner
- Nhu động ruột 4 lần/phút, âm sắc trung bình. Không âm thổi động mạch, không dấu óc ách, không tiếng cọ màng bao gan, bao lách.
- Gõ vang thượng vị, không gõ đục vùng thấp
- Bụng mềm, không đề kháng thành bụng, không cảm ứng phúc mạc, ấn đau nhẹ vùng thượng vị, không sờ thấy u. Điểm đau Murphy (-), điểm MacBurney (-), phản ứng dới (-), điểm đau Mayo-Robson (+)
- Gan không sờ thấy bờ dưới, bờ trên gõ đục khoang liên sườn 6 → chiều cao gan 8 cm trên đường trung đòn phải. Túi mật không to. Lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), rung thận (-)

5. Tay – chân

- Không giới hạn vận động

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ 51 tuổi, nhập viện vì đau ¼ trên trái bụng, bệnh diễn tiến 3 ngày. Sau thăm khám lâm sàng ghi nhận:

Triệu chứng cơ năng:

- Đau ¼ trên trái bụng, đau liên tục, dữ dội như dao đâm, nhói ra sau lưng, không yếu tố tăng giảm đau
- Chướng ½ trên bụng, chướng nhiều

- Nôn nhiều lần, nôn ra thức ăn lẫn dịch, tổng lượng khoảng 500ml, sau nôn không giảm đau, thấy chua miệng.
- *Bệnh nhân không trung tiện, không đi tiêu được → nghi ngờ kiết ruột do viêm phúc mạc hóa học*

Triệu chứng thực thể:

- Sinh hiệu: mạch 90 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, HA 120/70 mmHg, nhiệt độ 37°C
- Bụng mềm, không đề kháng, không cảm ứng phúc mạc, phản ứng dội (-)
- Gõ vang vùng thượng vị
- Ấn đau nhẹ vùng thượng vị, điểm đau Mayo-Robson (+)

Tiền căn:

- Chẩn đoán rối loạn lipid máu không rõ thể, đái tháo đường type 2 cách nhập viện 2 năm
- Siêu âm bụng tổng quát không phát hiện sỏi túi mật, sỏi mật
- Chưa tiêm chủng viêm gan B,C

VIII. Đặt vấn đề

~~Đau ¼ trên trái + chướng bụng + nôn~~

Đau ¼ trên trái cấp + nôn

Chướng bụng + bí trung đại tiện

IX. Biện luận

Bệnh nhân đau ¼ trên trái bụng, đau liên tục, dữ dội như dao đâm, nhói ra sau lưng. Trên bệnh nhân này nghĩ đến các nguyên nhân sau đây

- Ngoại khoa:
 - Thủng dạ dày tá tràng: bệnh nhân không có tiền căn đau bụng, không viêm loét dạ dày tá tràng trước đây, khám bụng mềm, không co cứng, không đề kháng → không nghĩ
 - Tắc ruột: bệnh nhân không đau quặn cơn, đau bụng dữ dội liên tục như dao đâm, tuy nhiên bệnh nhân có trướng bụng nhiều, bí trung đại tiện nên không loại trừ → đề nghị X quang bụng đứng không sửa soạn
 - Viêm ruột thừa cấp: bệnh nhân không sốt, khám không ấn đau hố chậu phải, bụng mềm, không đề kháng, phản ứng dội (-), điểm MacBurney (-) → không nghĩ
 - Viêm túi mật cấp: bệnh nhân không sốt, khám không ấn đau hạ sườn phải, bụng mềm, không đề kháng, túi mật không to, điểm Murphy (-) → không nghĩ
 - Viêm đường mật cấp: bệnh nhân không có tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da) → không nghĩ

- Nhồi máu mạc treo: bệnh nhân không tiêu máu đại thể, ~~khám bụng mềm, không đề kháng~~ (câu kinh điển: BN đau bụng dữ dội không tương xứng với mức độ đề kháng thành bụng) → không nghĩ
 - Phình bóc tách động mạch chủ bụng: bệnh nhân không có tiền căn THA, khám không có u đập theo nhịp thở, không âm thổi động mạch, da niêm hồng, mạch 80 lần/phút, HA 120/80 mmHg → không nghĩ
- Nội khoa
- Nhồi máu cơ tim cấp thành dưới: bệnh nhân có tiền căn rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2, thể trạng béo phì, tuy nhiên bệnh nhân không đau ngực, đau bụng không liên quan gắng sức → ít nghĩ, đề nghị ECG, định lượng CKMB, troponin I
 - Viêm đáy phổi: bệnh nhân không khó thở, không ho khạc đàm, không sốt, khám phổi không thấy ran ẩm, ran nổ → không nghĩ
 - Nhiễm toan ceton do đái tháo đường: ~~bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường type 2, tuy nhiên đau bụng do nhiễm toan ceton máu thường đau mơ hồ khắp bụng, đau không dữ dội, bệnh nhân không có kiểu thở Kussmaul, không hơi thở mùi ceton~~ → không nghĩ (nhiễm ceton do đái tháo đường thường xảy ra đái tháo đường type 1, bệnh nhân đái tháo đường type 2 thường gây tăng nồng độ thẩm thấu)
 - Viêm tụy cấp: bệnh nhân có ~~tiền căn rối loạn lipid máu~~ (thường dùng để biện luận nguyên nhân viêm tụy cấp), đau bụng dữ dội ¼ trên trái, nhói ra sau lưng kèm nôn nhiều, khám thấy ấn đau thượng vị, điều đau Mayo-Robson (+) → nghĩ nhiều, đề nghị amylase máu, lipase máu, amylase nước tiểu, siêu âm bụng tổng quát, CT-scan bụng có cản quang
 - Loét dạ dày tá tràng: bệnh nhân không có tiền căn đau bụng, không viêm loét dạ dày tá tràng trước đây, bệnh nhân đau bụng dữ dội, liên tục, không đau quặn cơn, không nóng rát, nôn không giảm đau → không nghĩ
 - Viêm túi thừa: bệnh nhân không sốt, bệnh nhân đau bụng đột ngột dữ dội, khám bụng mềm, không đề kháng, phản ứng dội (+) → không nghĩ

Biện luận viêm tụy cấp:

- Biện luận nguyên nhân viêm tụy cấp:
- Sỏi mật: bệnh nhân nữ, 51 tuổi, thể trạng mập, bệnh nhân không có cơn đau quặn mật, không tiền căn vàng da trước đây, không sốt, → không loại trừ, đề nghị siêu âm bụng tổng quát, CT-scan bụng
 - Ung thu tụy: bệnh nhân không chán ăn, không sụt cân, thể trạng không suy kiệt, không tiền căn sử dụng thuốc lá, rượu bia, nhưng bệnh nhân đã 51 tuổi → không loại trừ, đề nghị CA 19.9, CT-scan bụng
 - Rượu: bệnh nhân không sử dụng rượu bia → không nghĩ

- Độc chất và thuốc: bệnh nhân không sử dụng thuốc như ức chế men chuyển, thuốc ngừa thai, ..., không tiếp xúc với độc chất như thuốc trừ sâu, không bị rắn cắn trong vòng 2 tháng → không nghĩ
 - Tăng tryglycerid máu: bệnh nhân có tiền căn rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2, thể trạng mập → nghĩ nhiều, đề nghị bilan lipid máu
 - Tăng canxi máu: bệnh nhân không chán ăn, không khát nước, đi tiểu bình thường, không đau nhức cơ → không nghĩ
 - ~~Nhiễm Cocksackie B, virus quai bị: bệnh nhân không sưng to tuyến mang tai → không nghĩ~~
 - Nhiễm virus viêm gan B,C: bệnh nhân chưa tiêm chủng viêm gan B, C, công việc thường xuyên tiếp xúc với máu, Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ của viêm gan B,C → không thể loại trừ, đề nghị HBsAg, anti – HbsAg, anti-HBc, HBC-RNA *(thường xảy ra thứ phát, sau tình trạng viêm gan, sau vàng da, đau bụng, ...)*
 - Thủng mắt sau dạ dày tá tràng: đã biện luận, không nghĩ
- Biện luận biến chứng
- Tại tụy
 - Tự dịch cấp tính: khó đánh giá trên lâm sàng, đề nghị CT-scan bụng
 - Hoại tử: bệnh diễn tiến 3 ngày, không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, không có dấu hiệu suy đa cơ quan → không loại trừ, đề nghị CT-scan bụng
 - Hoại tử nhiễm trùng: thường xảy ra sau 10-14 ngày, bệnh nhân không sốt cao, không suy đa cơ quan → không nghĩ
 - Nang giả tụy, abcess tụy: thường xảy ra sau 4 tuần, khám không thấy khối u hay khối lũng nhưng ở tụy → không nghĩ
 - Ngoài tụy
 - Tắc tĩnh mạch lách: khám lách không to → không nghĩ
 - Tắc mạch mạc treo tràng trên: bệnh nhân không tiêu máu đại thể, không sốt, bụng mềm, không đề kháng → không nghĩ
 - Tắc nghẽn dạ dày – ruột: ~~bệnh nhân có đau bụng, nôn nhiều, trướng 1/2 trên bụng, không trung đại tiện → có nghĩ, đề nghị X-quang bụng đứng không sửa soạn~~ *(thường xảy ra khi tụy rất to, hoặc trường hợp có nang giả tụy to chèn ép vào tá tràng)*
 - Liệt ruột do viêm phúc mạc: bệnh nhân không sốt, không cảm ứng phúc mạc, không co cứng thành bụng, không đề kháng thành bụng, nhu động ruột 4 lần/phút → không nghĩ
 - Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp ở người lớn: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không khó thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không xanh tím, không vã mồ hôi, nhịp thở 20 lần/phút → không nghĩ

- Tràn dịch màng phổi: bệnh nhân không khó thở, khám không thấy hội chứng 3 giảm → không nghĩ
- Viêm đáy phổi: đã biện luận
- Hoại tử chỏm xương đùi, hoại tử bao hoạt dịch: bệnh nhân không đau khớp, không giới hạn vận động khớp → không nghĩ
- Hoại tử tai giữa: bệnh nhân không điếc → không nghĩ
- Hoại tử mỡ dưới da: không viêm loét → không nghĩ
- Đông máu nội mạch rải rác: bệnh nhân không mảng bầm, không xuất huyết dưới da, không ho ra máu, không xuất huyết tiêu hóa, nước tiểu không lẫn máu → không nghĩ
- Xuất huyết tiêu hóa: bệnh nhân không nôn ra máu, không đi tiêu, khám niêm hồng hào, mạch 90 lần/phút, HA 120/70 mmHg → không nghĩ
- Nghĩ nhiều viêm tụy cấp mức độ nặng do xuất hiện biến chứng tắc dạ dày ruột

X. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp, ngày thứ 3, mức độ ~~nặng~~ **nhẹ**, nguyên nhân tăng tryglyceride máu, ~~biến chứng hoại tử và tắc nghẽn dạ dày ruột~~ **chưa biến chứng**.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tụy cấp, ngày thứ 3, mức độ ~~nặng~~ **nhẹ**, nguyên nhân sỏi mật, ~~biến chứng hoại tử và tắc nghẽn dạ dày ruột~~ **chưa biến chứng**
- ~~Viêm tụy cấp, ngày thứ 3, mức độ nặng, nguyên nhân nhiễm virus viêm gan B,C, biến chứng hoại tử và tắc nghẽn dạ dày ruột~~
- ~~Tắc ruột~~
- ~~Nhồi máu cơ tim cấp thành dưới~~

Thường chẩn đoán tại thời điểm làm bệnh án, nên những chẩn đoán phân biệt trên đã loại trừ được nhờ diễn tiến lâm sàng nên không cần đưa vào

XI. Đề nghị cận lâm sàng

1. Cận lâm sàng chẩn đoán

- Amylase máu, amylase niệu, lipase máu
- CT-scan bụng có cản quang
- Siêu âm bụng tổng quát
- Bilan lipid máu
- ~~HbsAg, anti-HbsAg, anti-HbcAg, HBC-DNA, HCV-DNA~~
- **HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, HBC-DNA, HCV-RNA**
- X quang bụng đứng không sửa soạn

- ECG, định lượng CLMB, troponin T

2. Cận lâm sàng thường quy

- Công thức máu
- Ion đồ
- ALT, AST, bilirubin
- BUN, creatinine
- Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số máy
- X quang ngực thẳng

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

Họ tên: Nguyễn Thị H.

Nữ 47 tuổi

Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: Bình Thuận

Ngày giờ NV: 24/3/2017

Giường: 69 phòng 9 - Khoa: Nội tiêu hoá BVCR

Ngày làm BA: 8h 27/3/2017

II. Lí do nhập viện: tiêu phân đen

III. Bệnh sử:

- Cách NV 4 ngày, BN đau thượng vị liên tục, âm ỉ, mức độ nhẹ, không lan, khởi phát khi đói, ~~đau không tăng~~, hết đau sau khi tiêu phân đen hoặc ăn 1 ít thức ăn. Phân đen, sệt bóng, mùi hôi tanh, khoảng 250ml x 1lần/ngày. Sau đi tiêu, BN thấy mệt mỏi, chóng mặt, hoa mắt, vã mồ hôi (+). “**cần khai thác lí do tại sao BN vẫn chưa đến BV**”
- Cách NV 3 ngày, BN **đau TV tăng dần**, vẫn tiêu phân đen với tính chất tương tự không giảm → NV BV Bình Thuận với mạch 108 lần/phút, HA 90/60mmHg (**HA thấp ở đây có 2 vấn đề đặt ra: BN có tiền căn THA? Hay có sử dụng thuốc?**), chẩn đoán không rõ, điều trị 1 ngày và truyền 3 đơn vị máu, BN bớt mệt, chóng mặt nhưng còn đi tiêu phân đen, ~~không giảm~~ **số lượng có tăng không? Tính chất ra sao? → chuyển BV CR.**
- Bệnh sử còn thiếu 1 ngày, hoặc sửa lại “**Cách NV 3 ngày → cách NV 2 ngày → Ngày NV**”
- Ngày NV: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da hồng niêm nhợt.
 - Mạch: 72 lần/phút
 - NT: 20 lần/phút
 - HA: 100/60 mmHg
 - NĐ: 37°C
 - SpO2: 98%

Diễn tiến sau NV: BN đi tiêu 1 lần/ngày, phân nâu đen, sệt, bớt mùi tanh (**cần theo dõi mỗi ngày: đau TV có tăng không? Tính chất và số lượng phân tăng hay giảm?**)

- Trong thời gian bệnh, BN sốt (-), chán ăn, ăn uống kém. BN buồn nôn (-), nôn (-), ợ (-), nước tiểu vàng trong, 1 lít/ngày
- Tình trạng hiện tại: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm ấm hồng, thay đổi tư thế thì chóng mặt.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

Nội khoa : - PARA: 5005

- Chưa từng tiêu phân đen trước đây

- 2 năm trước, được chẩn đoán rong kinh, điều trị giảm, không rõ loại thuốc, ~~có thể đã sử dụng NSAIDs~~ + nội soi dạ dày, tá tràng bình thường, Hp(-) **tại thời điểm đó**
- Không THA, ĐTĐ

- **Hỏi thêm BN từng có triệu chứng đau TV, hay bất kì triệu chứng liên quan đến viêm-loét DD-TT trước đây?**

Ngoại khoa: không ghi nhận

Thói quen, sinh hoạt (thuốc lá, rượu bia, dị ứng):

- ~~Nhịn ăn~~ **Chán ăn**
- Không rượu bia, thuốc lá
- Không ghi nhận dị ứng

2. Gia đình: không ghi nhận bất thường (**K dạ dày có liên quan đến yếu tố di truyền**)

V. Lược qua các cơ quan:

- ❖ **Tim mạch**: không đau ngực, không hồi hộp. không đánh trống ngực.
- ❖ **Hô hấp**: không ho, không khó thở.
- ❖ **Tiêu hoá**: tiêu phân vàng, sệt, ăn uống được nhưng không thèm ăn. BN đau thượng vị giảm, BN đi tiêu phân vàng, sệt.
- ❖ **Tiết niệu**: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong khoảng 1lit/ngày
- ❖ **Thần kinh**: không nhức đầu, không chóng mặt.
- ❖ **Cơ – Xương – Khớp**: không đau nhức.
- ❖ **Chuyển hoá**: sốt (-), phù (-)

VI. Khám lâm sàng

1. Tổng quát:

- Tri giác: BN tỉnh tiếp xúc tốt, da niêm hồng, kết mạc mắt vàng (-), sao mạch (-), ngón tay dùi trống (-), XHDD (-), hạch (-), không khó thở khi nằm đầu ngang, thể trạng trung bình (~~không rõ BMI~~)
- Sinh hiệu: ~~M: mạch đập vừa 96 lần/phút~~
NT: 20 lần/phút
ND: 37°C
HA: 110/68 mmHg khi nằm, 100/60 mmHg ~~———— khi ngồi~~

Khi nằm: HA: 110/68 mmHg + Mạch: 96l/p

Khi ngồi: HA: 100/60mmHg + Mạch: ?? (chưa đo) l/p (nếu mạch tăng >15nhịp/p, HATT giảm >10mmHg → thay đổi huyết động tư thế)

- **Thiếu Cân nặng, chiều cao, BMI**

2. Khám từng vùng:

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối
- Tuyến giáp to (-)
- Khí quản lệch (-)
- Tuyến mang tai to (-)

- TM cổ nổi/45° (-)
- b. *Ngực:*
- *Lồng ngực:* cân đối, di động khi nhịp thở, THBH (-), co kéo cơ hô hấp phụ (-)
 - *Tim:*
 - Mỏm tim: đập KLS 5 đường trung đòn (T), diện đập $1 \times 1 \text{ cm}^2$, Hardzer (-)
 - Không ồ đập bất thường.
 - T1, T2 đều, rõ, nhịp 96 lần/phút, âm thổi (-)
 - *Phổi:*
 - Thở đều, f=20 lần/phút
 - KLS dẫn rộng (-), rung thanh đều 2 phế trường, giãn nở lồng ngực đều, đối xứng.
 - RRPN êm dịu 2 phế trường.
- c. *Bụng:*
- Cân đối, không to, di động theo nhịp thở, rốn lõm (-), THBH(-), sọc (-), vết rạn da nửa dưới bụng
 - Nhu động ruột: 6 lần/phút, âm sắc bình thường. Âm thổi (-)
 - Gõ vang quanh rốn.
 - Bụng mềm, ~~ấn không đau~~ không điểm đau khu trú, co cứng thành bụng (-), u (-).
 - Gan: bờ trên gõ đục KLS 5 đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 7cm ĐTD (P), ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), **móc gan (-) dùng khi BN béo phì**
 - Túi mật: không to
 - Lách: không sờ chạm
 - Thận: chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-).
- d. *Thần kinh:* cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- e. *Cơ xương khớp:* không giới hạn vận động, không yếu liệt chi.

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nữ, 47 tuổi, NV ngày 27/3/2017 vì tiêu phân đen. Bệnh 4 ngày, qua hỏi bệnh và khám có các bất thường sau

TCCN:

- Tiêu phân đen (**cần mô tả sơ lược tính chất phân**)
- Đau thượng vị, ~~sau đi tiêu phân thì hết đau~~ (**vì ý này không quan trọng = “khởi phát khi đói, giảm khi ăn”**)
- Chóng mặt, mệt, chán ăn

TCTT: bổ sung Sinh hiệu tại BV Bình Thuận

- Hạ HA tư thế (nằm: 100/68 mmHg, ngồi 90/60 mmHg + **phải có mạch lúc ngồi và nằm**)
- ~~M: 96 lần/phút, HA 100/60 mmHg~~, nhu động ruột 6 lần/phút

Tiền căn: chán ăn

VIII. Đặt vấn đề:

- 1) XHTH trên
- 2) Đau TV cấp (cấp: nếu tiền căn BN chưa có triệu chứng của viêm loét DD-TT, ngoài ra “Đau TV” có “cấp/mạn” + kèm nguyên nhân của “cấp/mạn”)
- 3) ~~Hạ huyết áp tư thế~~: nếu do XHTH thì không phải là 1 vấn đề riêng có thể ĐVD: “chán ăn” (với điều kiện chán ăn KHÔNG LIÊN QUAN đến XHTH, Chán ăn kèm Sụt cân thì mới có ý nghĩa nghĩ đến 1 nguyên nhân ác tính nào đó như K, v.v...)

IX. Biện luận: “ít nghĩ” → đưa vào chẩn đoán phân biệt

- BN đi cầu phân đen, với tính chất: sệt, dính bóng, mùi tanh hôi → nghĩ BN bị XHTH trên
- Phân độ (tại thời điểm “đang xuất huyết”): XHTH độ 2, ~~HA tâm thu giới hạn dưới bình thường HA 90/60 mmHg, mạch nhanh vừa Mạch 108 l/p~~ (Sinh hiệu ở thời điểm “đang xuất huyết” → có nghĩa là tại BV Bình Thuận), đồ mờ hôi, thở 20 lần/phút, nước tiểu bình thường, BN tỉnh.
- Các nguyên nhân XHTH trên BN này:
 - Loét DD-TT: nghĩ nhiều do triệu chứng lâm sàng của viêm loét DD-TT: đau thượng vị, âm ỉ liên tục, không lan, khởi phát khi đói, đau không tăng, hết đau sau khi tiêu phân đen hoặc ăn 1 ít thức ăn. Ngoài ra, tiền căn BN hay nhin ăn, ăn uống kém, không có triệu chứng lâm sàng của xơ gan, TALTMC **nhưng nghiêng về Loét TT hơn loét DD**
 - Viêm loét dạ dày xuất huyết: ít **không** nghĩ do BN không sử dụng NSAIDs gần đây, không rượu bia, không stress.
 - Vỡ dẫn TM thực quản: ít nghĩ nhiều do BN không nôn ra máu (trường hợp búi TM giãn gần tâm vị và vỡ vào dạ dày đôi khi không gây ối ra máu mà làm đi tiêu phân đen), không tiêu máu đỏ hay bầm. Không có dấu chứng của xơ gan như TALTMC và suy tế bào gan.
 - K dạ dày (lượng máu chảy rỉ rả gây tiêu máu ần hoặc phân đen, có thể thiếu máu mạn): ~~không ít~~ nghĩ do thể trạng BN không suy sụp, khám không thấy khối u thượng vị, từng nội soi dạ dày-tá tràng cách 2 năm bình thường, tiền căn gia đình không phát hiện K. **không loại trừ được**
 - Hội chứng Mallory-Weiss: không nghĩ do BN trước đây không ợ, nôn ới nhiều lần.
- XHTH đã ổn:
 - Tính chất phân: phân vàng, sệt sau 48h từ lúc NV
 - Sinh hiệu ổn
 - Nhu động ruột bình thường
 - **Da niêm?**

X. Chẩn đoán sơ bộ:

XHTH trên, độ II, ổn, nghĩ do Loét ~~dạ dày~~-tá tràng

XI. Chẩn đoán phân biệt:

1. XHTH trên, độ II, ổn, do loét DD
2. XHTH trên, độ II, ổn, do K dạ dày
3. XHTH trên, độ II, ổn, do vỡ dẫn TM TQ

XII. Đề nghị CLS:

- CLS thường qui:
CT máu, đường huyết, BUN máu, Creatinin máu, ion đồ, TPTNT
- CLS chẩn đoán:

Nội soi dạ dày – tá tràng

BỆNH ÁN

11. Hành chính

- Họ và tên: Văn Thị L Phái: Nữ Sinh năm: 1942 (75 tuổi)
- Địa chỉ: Bến Tre
- Nghề nghiệp: buôn bán
- Ngày giờ nhập viện: 8h ngày 23/05/2017
- Số giường: 71BC Khoa: Nội tiêu hóa BV Chợ Rẫy

12. Lí do nhập viện: Vàng da

13. Bệnh sử:

- Cách NV 1 tháng, bệnh nhân bắt đầu thấy ngứa toàn thân, ngứa nhiều khiến bệnh nhân không ngủ được, kèm phù từ từ, bắt đầu từ 2 bàn chân đến cẳng chân, phù đối xứng, không đỏ, không nóng, không đau, **không thay đổi theo tư thế, không yếu tố tăng giảm**, không phù mắt, không phù tay. BN tiểu sậm màu, không gắt buốt, lượng khoảng 1l/ngày, không để ý màu sắc da và tính chất phân, chán ăn, không sốt, không đau bụng. BN không đi khám.
- Cách nhập viện 1 tuần, BN thấy da vàng, mắt vàng, nước tiểu sậm màu hơn trước, phù và ngứa với tính chất tương tự như trên, không để ý tính chất phân, chán ăn, mệt mỏi, không sốt, không đau bụng.
- Sáng ngày nhập viện, bệnh nhân thấy vàng da không giảm-> nhập BV Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không buồn nôn, không nôn, không đầy bụng, không ăn nhiều cà rốt, cà chua, không dùng vitamin A, không đau ngực, không khó thở, không nhức đầu, không chóng mặt, hoa mắt, ù tai, BN không theo dõi cân nặng.
- Sinh hiệu lúc nhập viện:
HA: 100/60 mmHg Nhịp thở: 21 l/ph
Mạch: 80 l/ph Nhiệt độ: 37°C
- Diễn tiến LS:
Da niêm vàng không giảm, tiểu sậm màu, 1l/ngày, không gắt buốt, tiêu chảy, đi tiêu 5 lần /ngày, phân bạc màu. Còn ngứa, phù giảm.

VD trước gan: thường gặp ở người trẻ tuổi, nữ nhiều hơn nam, thiếu máu tán huyết. Ngoài ra có một số bệnh lý di truyền gây vàng da. BN này 75 tuổi, ít nghĩ nguyên nhân vàng da trước gan.

Chú ý ĐN VD dưới lâm sàng và vàng da lâm sàng.

Tăng bili gián tiếp, do bili gián tiếp phải được vận chuyển vào gan để chuyển thành bili trực tiếp, nhưng do lượng bili gián tiếp quá tải nên không chuyển hết được thành bili trực tiếp.

VD tại gan:

Báng bụng: có 2 cơ chế trong suy tế bào gan và TALTMC.

Trong suy tb gan: do cơ chế giảm albumin máu->giảm áp lực keo, giữ nước nên báng bụng trước phù chân sau.

VD sau gan: ngoài triệu chứng chung của vàng da, tùy theo một số bệnh, biểu hiện trên lâm sàng khác nhau, có thể đi kèm sốt, đau thượng vị, ...

Vàng da đột ngột thường gặp trong sau gan: do tắc nghẽn như sỏi

Vàng da từ từ: thường gặp trong bệnh cảnh vd trước gan, tại gan.

Bệnh thận mạn: phù liên tục trong ngày, không tăng giảm, do mất đạm qua nước tiểu.

14. Tiền căn

- **Cá nhân**

PARA: 1001, mãn kinh 20 năm.

- **Bệnh lý:**

- Không ghi nhận vàng da, phù trước đây. Không tiền căn đau nhức xương khớp, không XHTH, không chảy máu chân răng –chảy máu cam.
- Không ghi nhận tiền căn tiêm chích, truyền máu, xăm mình.
- Không ghi nhận tiền căn viêm gan do HBV, HCV. BN chưa chích ngừa VG.
- Không ghi nhận tiền căn các bệnh lý huyết học.
- Không ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường.
- Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.

- **Thói quen sinh hoạt**

- Không uống rượu, hút thuốc.
- Không ghi nhận tiền căn sử dụng thuốc trước đó.
- Không ghi nhận tiền căn dị ứng.

- **Gia đình**

- Mẹ bị ung thư gan đã mất. **đa phần do VGB, VGC: lây truyền dọc (mẹ-con)**
- Không ghi nhận tiền căn bệnh lý gan mật khác.

15. Lược qua các cơ quan

- Tim mạch: không đau ngực, không ngất, không xanh tím, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
- Hô hấp: không khó thở, không ho.
- Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu chảy, 5 lần/ngày, phân bạc màu.
- Tiết niệu: tiểu sậm màu, lượng 1l/ngày, không đau, không gắt buốt.
- Thần kinh- cơ xương khớp: không đau đầu, chóng mặt, không hoa mắt, không đau cơ xương khớp.
- Chuyển hóa: không sốt, phù hai chân, da vàng, sụt 1,5kg/ 1 tuần.

16. Khám lâm sàng 7h ngày 29/05/2017. (sau NV 1 tuần)

- **TỔNG QUÁT**

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu bằng, thở êm, không bứt rứt, không vật vã.

- Sinh hiệu
 - Mạch 71l/ph Nhiệt độ: 37°C
 - Huyết áp 90/50 mmHg
 - Nhịp thở 21l/ph
 - Thể trạng: chiều cao 1m50, cân nặng 46kg. => BMI= 20.4 kg/m² (anh bảo BN phù nhưng vẫn phải tính BMI ra để xem thể trạng bệnh nhân, có suy dinh dưỡng hay không?...)
- Da niêm vàng, sao mạch, có vết bầm máu nơi tiêm chích (không có giá trị chẩn đoán, vì ở người già, tình trạng này thường gặp; phải hỏi thêm bệnh nhân có chảy máu chân răng, chảy máu cam ko? BN này không), không dấu xuất huyết, không dấu xanthoma, xantholasma.
- Phù đến 2 cẳng chân, phù trắng, ấn lõm, không đau.
- Không tím đầu chi, không móng trắng, không ngón tay dùi trống, không lòng bàn tay son.
- Không tuần hoàn bàng hệ.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- KHÁM TỪNG VÙNG
 - ĐẦU MẶT CỔ
 - Kết mạc mắt vàng.
 - Môi không khô, lưỡi sạch.
 - Khí quản không di lệch
 - Tuyến giáp không to, tuyến mang tai không to.
 - TM cổ nổi (-)
 - Phản hồi gan- TMC (-)
 - NGỰC

Lồng ngực

 - Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở. KLS không giãn rộng
 - Không vết thương, không sẹo mổ cũ, không xuất huyết, không u gồ bất thường.

Tim

 - Mỏm tim: sờ mỏm tim ở KLS V đường trung đòn trái, diện đập 2x1cm²
 - Dấu náy trước ngực (-)
 - Dấu Harzer (-)
 - Không có rung miêu
 - T1, T2 đều, rõ, tần số 71 l/ph.
 - Không âm thổi.

Phổi

 - Rung thanh đều hai bên.
 - Gõ trong.
 - RRPN êm dịu hai phế trường.

- LN giãn nở đều hai bên.

▪ BỤNG

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không vết rạn da, không tuân hoàn bàng hệ, nhiều vết xước do gãi, không sọc, rốn lõm (-), không dấu rấn bờ, không quai ruột nổi.
- Nhu động ruột: 4l/ph, không nghe thấy âm thổi, không tiếng óc ách
- Gõ trong.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không u.
- Gan: bờ trên gõ đục KLS 4 đường trung đòn P, bờ dưới cách bờ sườn 6cm, chiều cao gan: 14cm, bờ tù, bề mặt trơn láng, mật độ mềm, ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), âm thổi (-), murphy (-).
- ~~Túi mật to.~~ (trên lâm sàng không sờ được túi mật, muốn biết túi mật to hay không phải dựa vào CLS. Nghiệm pháp murphy chỉ là gián tiếp để xác định xem có tình trạng viêm túi mật hay không?)
- Lách khám không sờ chạm.
- Thận: chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-).

- CƠ XƯƠNG KHỚP: không đau, không giới hạn vận động.

17. Tóm tắt bệnh án

- BN nữ, 75 tuổi, nhập viện ngày 23/05/2017 vì vàng da, qua thăm khám ghi nhận các bất thường:
 - TCCN
 - Da vàng
 - Tiểu sậm màu.
 - Tiêu phân bạc màu.
 - Ngứa.
 - Phù.
 - Chán ăn.
 - TCTT
 - Vàng da, vàng niêm, vàng kết mạc mắt.
 - Gan to, bờ tù, bề mặt trơn láng, mật độ mềm.
 - ~~Túi mật to.~~
 - Sao mạch, ~~vết bầm nơi tiêm chích.~~
 - Phù đến 2 cẳng chân, 2 bên, đối xứng, phù trắng, ấn lõm, không đau.
 - Ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), murphy (-).
 - Tiền căn
 - Mẹ bị ung thư gan.
 - Chưa chích ngừa viêm gan.

18. Đặt vấn đề

- HC vàng da- tắc mật.

- ~~HC suy tế bào gan.~~ (bệnh nhân này chưa đủ triệu chứng để đặt HC suy tế bào gan)
- Gan to.
- Phù

19. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ:
U gan nghi do VGSV.
- Chẩn đoán phân biệt
Xơ gan còn bù nghi do VGSV.
VG mạn.
U đường mật
U quanh bóng vater

20. Biện luận. *Dung biện luận theo hướng túi mật to, mà anh đã bỏ cái đó trên phần khám nên dưới này BL sai rồi. Nói chung là trên BN này nghi nhiều do u gan, vì BN chưa chích ngừa, thêm tc mẹ bị ung thư gan nữa nên nghi. (Anh nói thêm là kháng thể không tồn tại suốt đời, cần phải tiêm nhắc lại.)*

- **HC vàng da- tắc mật.** *phải biện luận cả nguyên nhân tại gan và sau gan.*

Bệnh nhân có vàng da, vàng kết mạc mắt, tiểu sậm màu, tiểu phân bạc màu nên nghi BN có hội chứng vàng da tắc mật.

Các nguyên nhân thường gặp của HC Vàng da- tắc mật:

Sau gan:

- o Sỏi đường mật: Bn có yếu tố nguy cơ là nữ, lớn tuổi, khám thấy túi mật to, tuy nhiên không sỏi, không đau hạ sườn (P), chưa bao giờ vàng da tái đi tái lại nhiều lần nên không nghi. **Không có tam chứng Charcot nên không nghi.**
- o K đường mật: BN lớn tuổi, ăn uống kém, mệt mỏi, vàng da từ từ, khám thấy túi mật to, gan to, nên không loại trừ.
- o U quanh bóng vater: gồm :
 - U đầu tụy: BN không đau bụng, không có hội chứng tắc nghẽn làm trống dạ dày (buồn nôn, nôn, chướng hơi), khám không sờ thấy u nên không nghi. **Thường kèm theo đau, có thể gây VTC.**
 - U bóng vater: thường có xuất huyết tiêu hóa đi kèm, bệnh nhân không có nên ít nghi. **Vàng da thường lúc tăng lúc giảm, có thể gây VTC.**
 - U đoạn cuối ống mật chủ và u tá tràng: tần suất ít nên không nghi.

- **HC suy tế bào gan**

Bệnh nhân có vàng da, phù chân, sao mạch, có biểu hiện của rối loạn đông máu, mệt mỏi, chán ăn nên nghi bệnh nhân có HC suy tb gan.

Nguyên nhân

- Viêm gan cấp: bệnh nhân không truyền máu, không xăm mình, không uống rượu, không tiền căn sử dụng thuốc trước đó, không tiền căn nhiễm virus, khám không có các triệu chứng của nhiễm siêu vi: sốt, nhức cơ, bệnh nhân này có phù chân không phù hợp với VG cấp, nên không nghĩ.
- Viêm gan mạn: Bệnh cảnh này thường diễn tiến âm thầm đến khi phát hiện là nhờ các triệu chứng của xơ gan hay ung thư gan, bệnh nhân này chưa chích ngừa viêm gan B,C nên không loại trừ.
- Xơ gan: bệnh nhân không uống rượu, không có tiền căn VGB, C tuy nhiên bệnh nhân chưa chích ngừa, khám thấy các triệu chứng của HC suy tế bào gan như vàng da, sao mạch, phù chân, có các mảng bầm máu ở vị trí tiêm chích, ăn uống kém, mệt mỏi, gan to, bờ tù, bề mặt nhẵn, mật độ mềm nên nghĩ nhiều.
- Ung thư gan: tiền căn mẹ bị ung thư gan, bệnh nhân có mệt mỏi, ăn uống kém, khám thấy gan to nên không loại trừ.

Xơ gan: Trên lâm sàng chỉ xác định BN có xơ gan khi và chỉ khi có đầy đủ 2 hội chứng suy tế bào gan và TALTMC. Nếu chỉ có HC, phải dựa vào CLS.

Xơ gan còn bù vì chưa có biến chứng.

Xơ gan có thể do các nguyên nhân sau:

- Rượu: ít nghĩ do BN uống không uống rượu bia.
- VGSV B,C: ít nghĩ vì bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ: tiêm chích, xăm mình, truyền máu tuy nhiên không loại trừ
- Xơ gan ứ mật thứ phát: nghĩ nhiều do bệnh nhân có hội chứng vàng da tắc mật (đã biện luận).

Biến chứng:

- Báng bụng: gõ mềm, cân đối, gõ trong khắp bụng nên không nghĩ.
- XHTH do vỡ dẫn TMTQ: không nghĩ do BN không có tiền căn XHTH trước đây, không ói ra máu, đi tiêu phân bạc màu.
- VPMNKNP: BN không sốt, không đau bụng, không XHTH, không buồn nôn, BN tỉnh táo tiếp xúc tốt tuy nhiên bệnh nhân có tiêu chảy nên cũng không thể loại trừ
- HC gan thận: ít nghĩ do BN không tiểu ít hơn thường ngày, nước tiểu bình thường => BUN, creatinine để chẩn đoán
- HC gan-phổi: không nghĩ do bệnh nhân không khó thở.
- Bệnh não gan: không nghĩ vì BN tỉnh táo tiếp xúc tốt
- K gan: đã biện luận.

21. Cận lâm sàng

- CLS chẩn đoán
 - Sinh hoá: AST, ALT, ALP, AFP, creatinin huyết thanh, **Albumin**
 - Miễn dịch: HBsAg, anti-HCV, ~~HCV-RNA~~ (**chứng nào anti-HCV (+) mới làm tiếp HCV-RNA**)
 - Siêu âm bụng
- CLS thường quy
 - CTM
 - BUN máu, creatinin máu.
 - aPTT, PT
 - TPTNT
 - ECG
 - X- quang ngực thẳng
 - Đường huyết
 - Ion đồ

BỆNH ÁN NỘI KHOA TIÊU HÓA

I. Hành chính:

1. Họ tên: Vũ Minh H
2. Giới: Nam
3. Năm sinh: 1967
4. Địa chỉ: Bình Phước
5. Nghề nghiệp: Nông dân
6. Thời gian nhập viện: 25/4/2017
7. Khoa phòng: giường phòng 1 khoa Nội tiêu hóa BV Chợ Rẫy

II. Lý do nhập viện: ~~đau tức bụng~~ **đau bụng**

III. Bệnh sử:

Cách nhập viện 1 tháng, BN thấy bụng căng to hơn mức to thường ngày, cảm giác nặng hơn khi đứng, không thay đổi mức độ trong ngày, BN không đi khám hay mua thuốc uống. Mỗi ngày BN tiểu 500ml vàng sậm. Trong vòng 1 tháng BN tăng 6kg do bụng to. **Lượng nước nhập, phù chân, vàng da, vàng mắt?**

Cách nhập viện hai ngày, bụng BN căng to nhiều hơn, BN đau tức khắp bụng, đau âm ỉ, liên tục, không lan, đau tăng khi đứng, ngồi hay hít sâu, giảm khi nằm ngửa. BN nhập BV Bình Phước với chẩn đoán không rõ, được điều trị bằng lợi tiểu, BN tiểu 1l/ngày, vàng sậm. Sau hai ngày điều trị BN không giảm căng tức bụng → nhập BV Chợ Rẫy.

Trong thời gian bệnh, BN không đau ngực, BN không khó thở, không da vàng, không chảy máu mũi, chảy máu răng, không sốt, tiêu phân vàng khuôn **1 lần/ngày**, không kém ăn.

Diễn tiến lâm sàng:

Ngày 1: BN đau căng tức bụng với tính chất và mức độ tương tự, phân vàng khuôn, tiểu 1l vàng sậm, không khó thở, không chảy máu mũi - chảy máu răng, không sốt.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

a. Nội khoa: **(Tiền căn XHTH? Vỡ giãn TMTQ)**

- Hai năm trước NV, BN phát hiện bụng to dần và khó thở xuất hiện phải nhập BVCR, chẩn đoán TDMP phải và xơ gan do rượu, được chọc giải áp màng phổi bên P, sau điều trị BN hết khó thở, bụng nhỏ lại một phần. Xuất viện BN khám và điều trị xơ gan ở BV tỉnh, tái khám theo lịch.
- 15 tháng trước NV, BN thường xuyên chảy máu răng khi đánh răng và chảy máu cam, một lần BN bị đứt tay chảy máu không cầm được BV tỉnh chẩn đoán rối loạn đông máu, sau điều trị đã hết chảy máu.
- Một năm trước NV, BN nhập BVCR vì bụng to và khó thở, tính chất và mức độ tương tự lần trước, BN được chẩn đoán và điều trị như lần trước. Sau điều trị BN hết khó thở, bụng nhỏ lại một phần. Đến lần nhập viện này BN không khó thở thêm lần nào.

- Một năm trước BN có đợt vàng da, vàng mắt, tiểu vàng sậm, ngứa, không sốt, không đau bụng, không điều trị, tự hết sau 10 ngày.
- Viêm dạ dày một năm nay, đã điều trị ổn.
- Chưa ghi tiêm vaccin VG B, chưa truyền máu. Xăm mình cách đây 35 năm.
- Không dùng thuốc kéo dài trước khi chẩn đoán xơ gan.
- Không ghi nhận tiền căn tiêu phân đen, ói ra máu.
- b. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật.
- c. Dị ứng: Chưa ghi nhận BN có dị ứng với thuốc và thức ăn.
- d. Thói quen sinh hoạt:
 - Rượu bia: 150g cồn/ngày trong 30 năm, bỏ rượu bia cách NV 06tháng.
 - Thuốc lá: 10 gói.năm.
- 2. Gia đình: Chưa ghi nhận bệnh lý liên quan.

V. Lược qua các cơ quan:

Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp.
 Hô hấp: không khó thở, không ho.
 Tiêu hóa: phân vàng khuôn, không nôn ói.
 Tiết niệu – sinh dục: tiểu vàng sậm, không buốt gắt 1000 ml/ngày
 Thần kinh: không đau đầu chóng mặt
 Cơ – xương khớp: không giới hạn vận động, không đau khớp

VI. Khám lâm sàng: 8h ngày 26/04/2017

A. Tổng trạng:

- BN Tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu: NT: 20 l/phút, T: 37°C, M: 80 l/phút, HA: 100/70 mmHg.
- Cân nặng 56kg, trước khi bụng to nhiều:50kg. chiều cao 1m65.
- Nằm đầu ngang, thở đều, êm, biên độ bình thường, không co kéo cơ hô hấp phụ.
- Móng trắng +, sao mạch +, ngón tay dùi trống +, lòng bàn tay son -, da vàng, kết mạc mắt vàng.
- Dấu véo da -, dấu rung vẩy-.
- Teo cơ, thay đổi phân bố lông.
- Vùng trước xương chày phù đối xứng độ 1, mềm, ấn lõm, không nóng, đỏ, đau.

B. Khám cơ quan:

1. Đầu – mặt – cổ:

- Cân đối.
- Lưỡi không dơ, môi không khô
- Tuyến mang tai không to.
- Hạch và tuyến giáp không sờ chạm
- Khí quản không lệch.
- TMCN -.

2. Lồng ngực:

- Di động theo nhịp thở.
- Nữ hóa tuyến vú hai bên, mức độ vừa, sờ thấy khối chắc bên dưới kích thước 2x2.
- Sao mạch+, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, không sẹo.

- Không ồ đập bất thường.

2.1. TIM:

- Mỏm tim KLS V, ĐTĐ (T)
- Không đau này trước ngực, Hardzer (-), không rung miều.
- T1, T2 đều, rõ, tần số 80 l/phút
- Không tiếng tim, âm thổi bệnh lý.

2.2. PHỔI:

- Rung thanh đều 2 bên
- Gõ trong khắp phổi
- Không rale, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

3. BỤNG:

- Bụng to bè hai bên, căng trướng, nhô cao, rốn lõm, tuần hoàn bàng hệ cửa chủ +, không xuất huyết dưới da, không sẹo.
- Không nghe thấy âm thổi động mạch bất thường, nhu động ruột 8 l/phút, âm ruột bình thường.
- Gõ đục vùng thấp, vùng đục thay đổi theo tư thế +.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
- Dấu sóng vỗ +. Chạm cục nước đá -.
- Gan: KLS V ĐTĐ (P), bờ dưới không sờ chạm, cao 8cm. Phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh (-)
- Lách không sờ thấy do bóng bụng lượng nhiều
- Chạm thận (-), rung thận -.

4. Thần kinh: không dấu thần kinh định vị

6. Cơ – xương khớp: không yếu liệt, giới hạn vận động.

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nam 50 tuổi nhập viện vì ~~căng tức bụng~~ **đau bụng**. Qua hỏi bệnh và thăm khám BN phát hiện:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau ~~căng tức~~ khắp bụng, liên tục, âm ỉ, không lan, giảm khi nằm, tăng khi đứng-ngồi-hít sâu-xoay trở.

2. Triệu chứng thực thể:

- Da vàng, kết mạc vàng, nữ hóa tuyến vú, sao mạch, móng trắng, ngón tay dùi trống, bóng bụng, phù chân, teo cơ, thay đổi phân bố lông.
- Tuần hoàn bàng hệ cửa chủ, dấu sóng vỗ +.

3. Tiền căn:

- BVCR chẩn đoán xơ gan 2 năm trước.
- TDMP phải do xơ gan 2 lần.
- Rối loạn đông máu.
- Viêm dạ dày.
- Chưa tiêm vaccin VG B, có xăm mình.
- Uống rượu 150g cồn/ngày trong 30 năm.
- Hút thuốc lá 10 gói.năm.

VIII. Đặt vấn đề:

1. Đau bụng

2. Hội chứng suy tế bào gan

3. Hội chứng tăng áp cửa

IX. Biện luận:

1. Hội chứng suy tế bào gan:

BN có da vàng, kết mạc vàng, nữ hóa tuyến vú, sao mạch, móng trắng, ngón tay dùi trống, báng bụng toàn thể lượng nhiều, phù chân, teo cơ, thay đổi phân bố lông nghĩ nhiều đến hội chứng suy tế bào gan mạn. Các nguyên nhân có thể gây hội chứng này:

- Viêm gan mạn: không loại trừ vì BN này chưa tiêm vaccin viêm gan B, tiền căn uống nhiều rượu, xăm mình, có một đợt vàng da vàng mắt tiểu vàng nghĩ đợt cấp trên nền mạn. Đề nghị xét nghiệm HbSAg, **HBsAg**, anti HCV, HCV-ARN.
- Viêm gan cấp: không nghĩ vì viêm gan cấp không có triệu chứng suy tế bào gan mạn.
- Ung thư gan: ít nghĩ vì khám không thấy gan to-bề mặt lổn nhổn, nhưng không loại trừ vì BN đã được chẩn đoán xơ gan có thể diễn tiến qua ung thư gan, khám thấy ~~teo cơ, thay đổi phân bố lông~~. Cần định lượng AFP và CT Scan bụng cản quang.
- Xơ gan: nghĩ nhiều do BN có tiền căn uống rượu 150g/ngày trong 30 năm, đã được chẩn đoán xơ gan tại BVCR. Tình trạng của BN nghĩ nhiều đến xơ gan mất bù do BN báng bụng lượng nhiều, sau điều trị không hết báng bụng hoàn toàn, hai lần TDMP phải do xơ gan, lần nhập viện này BN có triệu chứng phù chân. Đề nghị siêu âm bụng.

Các nguyên nhân xơ gan:

- Tim: không nghĩ vì BN phải có suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ trước đó, diễn tiến đến xơ gan cần thời gian dài, khám không thấy tim to, dấu Harzer-, nảy trước ngực-, TMCN-.
- Ứ mật: không nghĩ do BN không vàng da mức độ nặng tăng dần, ứ mật kéo dài sẽ làm BN chết vì Bilirubin trong máu cao.
- Thuốc: không nghĩ do BN không dùng thuốc kéo dài trước khi có các triệu chứng xơ gan.
- Rối loạn chuyển hóa:
 - Đồng: không nghĩ do đây là bệnh di truyền có thể ảnh hưởng trên những người trong gia đình, thường khởi phát bệnh trong độ tuổi <30t, kèm những bất thường thần kinh. Khám không thấy vòng Kayser Fleischer.
 - Sắt: không nghĩ do BN không có thiếu máu mạn, khám không thấy sạm da, tổn thương cơ quan khác như tim, thận, tụy.
- Ký sinh trùng: không nghĩ do BN không sống trong vùng dịch tễ sán máng.
- NASH: không nghĩ do BN không phải phụ nữ béo phì, tiền căn rối loạn lipid máu, ĐTD.
- Virus: không loại trừ vì BN có tiền căn xăm mình, không tiêm phòng viêm gan, VN là vùng dịch tễ của viêm gan siêu vi B, đề nghị xét nghiệm HbSAg, anti HCV, HCV-ARN.
- Rượu: nghĩ nhiều do BN có tiền căn uống 150g cồn/ngày trong 30 năm, đã được chẩn đoán xơ gan do rượu.

Biến chứng:

- XHTH do vỡ dẫn TMTQ: không nghĩ do BN không có tiền căn tiêu phân đen, ói máu đỏ.
- VPM nhiễm khuẩn nguyên phát: không nghĩ do BN không có → đau bụng kiểu VPM, XHTH, nôn, tiêu chảy, sốt, bệnh não gan, shock nhiễm trùng.
- Bệnh não gan: không nghĩ do BN tỉnh táo, không lơ mơ, ngủ gà, không có dấu rung vẩy.
- Hội chứng gan-thận: không nghĩ do BN không có tình trạng suy thận cấp, không thiếu niệu.
- Ung thư gan: đã biện luận ở trên
- Báng bụng khó chữa: nghĩ nhiều do bụng BN to kéo dài, nhiều lần điều trị chỉ làm giảm phần nào kích thước vòng bụng, không chữa hết hoàn toàn.

2. Hội chứng tăng áp cửa:

BN có tuần hoàn bàng hệ cửa chủ, báng bụng toàn thể lượng nhiều nghĩ có hội chứng tăng áp cửa. Lâm sàng khám không thấy lách ~~to có thể do dịch bụng nhiều~~, đề nghị siêu âm bụng đánh giá tình trạng lách.

Các nguyên nhân của hội chứng tăng áp cửa

- Trước gan:
 - Hẹp TMC bẩm sinh: không nghĩ vì thường gây tăng áp cửa ngay khi còn bé.
 - Tắc TMC hay TM lách (HC Banti): không nghĩ vì BN không có nguy cơ (phụ nữ mang thai, người già, hậu sản, nhiễm trùng nặng)
 - Khối u chèn ép hệ cửa: không nghĩ vì không khám thấy khối u, nếu khối u gây chèn đến giai đoạn này BN đã vào giai đoạn cuối của ung thư với hội chứng cận ung rõ.
- Tại gan:
 - Xơ gan: nghĩ nhiều nhất (đã biện luận)
 - Ung thư gan: ít nghĩ (đã biện luận)
 - Viêm gan: ít nghĩ (đã biện luận)
 - KST: sản Manson (đã biện luận)
- Sau gan:
 - HC Budd-Chiari: không nghĩ do BN không có các yếu tố nguy cơ (PT, già nằm lâu, đa hồng cầu, Leukemia)
 - Viêm màng ngoài tim co thắt: không nghĩ do khám không nghe thấy tiếng cọ MNT, BN không có TC lâm sàng.

X. Chẩn đoán sơ bộ: Xơ gan mất bù do rượu biến chứng báng bụng ~~khó chữa~~, **theo dõi VPMKNKP**

XI. Chẩn đoán phân biệt:

- Xơ gan mất bù do viêm gan virus biến chứng báng bụng khó chữa.
- Ung thư gan sau xơ gan do rượu/virus.
- Viêm gan mạn do virus/rượu.

XII. Đề nghị cận lâm sàng:

- CLS thường quy: CTM, BUN, Creatinin, Ion đồ, ~~AST, ALT, bilirubin TT GT TP~~, **đường huyết, TPTNT, ECG, XQ ngực thẳng**

- CLS chẩn đoán: siêu âm bụng, AFP, HbSAg, anti HCV, HCV-ARN, ~~CT Scan bụng cản quang~~. **Chọc dò
màng bụng, XN chức năng gan**

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. Hành chính:

Họ và tên: Lâm Sơn L.

Nam 75 tuổi (1942)

Nghề nghiệp: Già (trước đây: Khuân vác)

Địa chỉ: Đồng Nai

Ngày NV: 27/03/2017

Giường: 7 BC

Ngày làm BA: 31/03/2017

II. Lí do nhập viện: Phù toàn thân

III. Bệnh sử:

- Cách NV 2 tháng, BN thấy bụng to hơn bình thường, bụng to tăng dần, không điều trị, không khó thở, không căng tức, không phù chân tay, đi tiêu phân vàng đóng khuôn, 1 lần / ngày.
- Cách NV 15 ngày ,BN đi tiêu ra máu đỏ tươi ~200ml/ 3 lần, cách ngày , phân nâu đen, hòn cứng, **không lòi búi trĩ**, không đau bụng. **Sau khi đi** BN mệt mỏi, không đau rát hậu môn, không khát nước, bụng to tăng dần, không khó thở, không phù chân tay.
- Cách NV 10 ngày, BN vẫn đi tiêu ra máu với tính chất tương tự không giảm, mệt mỏi tăng dần → BVĐN, BN có **NS Đợt tràng và NS dạ dày**, chẩn đoán Trĩ nội + Viêm dạ dày, điều trị nội trú 10 ngày không rõ loại.
- Cách NV 4 ngày, tình trạng BB không thay đổi kèm theo đó **phù mu bàn chân, đối xứng, phù tăng dần ấn không đau (mô tả kĩ tc phù)**, BN đi cầu phân vàng đóng khuôn.
- Ngày NV, BN thấy bụng to kèm theo cảm giác căng tức, không khó thở, phù đến cẳng chân, phù mu bàn tay, đối xứng, ấn không đau → BVCR.
- Trong quá trình bệnh, **BN đi tiểu 1 lít / ngày (hỏi kĩ trên BN BB)**, nước tiểu vàng trong, gắt buốt, cân nặng không theo dõi, không sốt, không XHDD, không chảy máu răng, không chảy máu nướu, không nôn ói, không chảy máu cam, không ngủ gà, không lơ mơ, người nhà và BN không ghi nhận vàng da vàng mắt.
- TT lúc NV: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng.
Mạch: 90l/p T°: 37°C (**dưới 35°C → hạ thân nhiệt**)
HA: 100/60mmHg Thở: 20l/p
- Diễn tiến trong thời gian NV: BN chán ăn, ăn kém, không đi tiêu, trung tiện, bụng to căng tức, khó thở khi nằm ,phù tay chân tăng dần, BN nằm nhiều, ít vận động.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

* Nội khoa:

- Chưa từng tiêu ra máu trước đây.
- 13 năm trước: phát hiện VGB và điều trị ngoại trú tại BV Hòa Hảo, uống thuốc thường xuyên.
- 3 tháng trước: BN hay ợ chua, buồn nôn → đc chẩn đoán viêm dạ dày có điều trị thuốc không rõ loại, sau đó hết ợ chua, buồn nôn, tự ngưng thuốc. Cùng thời điểm đó đc BN ngưng → chẩn đoán viêm dạ dày, có điều trị thuốc không rõ loại tại BS tư nhân, nhưng không hết.
- 3 tháng trước: **Tăng HA (không rõ HA cao nhất)**, điều trị thuốc không rõ loại tại BVĐN, tái khám thường xuyên + siêu âm phát hiện gan nhiễm mỡ.
- Không có tiền căn ĐTĐ, không có tiền căn lao, chưa ghi nhận tiền căn truyền máu trước đây.

* Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.

* Thói quen, sinh hoạt: Không hút thuốc, không uống rượu, bia. Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.

2. Gia đình: chưa ghi nhận các bệnh lí RLCH di truyền, các bệnh gan mật bất thường, các bệnh đại tràng.

V. Lược qua các cơ quan:

- Tim mạch: không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp.
- Hô hấp: không ho, cảm giác khó thở khi nằm.
- Tiêu hóa: Bụng to không giảm, không đau bụng, không buồn nôn, không ợ chua ợ hơi.
- Tiết niệu: không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong lượng 1 lít / ngày.
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
- Chuyển hóa: không sốt, phù mu bàn tay, phù đến 2 cẳng chân, đối xứng.

VI. Khám lâm sàng:

1. Tổng quát:

BN tỉnh, tiếp xúc được.

SH : Mạch: 100l/p T°: 37°C CC: 1,6m

HA: 100/70mmHg Thở: 24l/p CN: 60kg

Da vàng (-), KMM vàng, niêm mạc đáy lưỡi vàng, sao mạch, teo cơ, môi khô, lưỡi đỏ, không ngón tay dùi trống, không móng trắng, không XHDD, không lòng bàn tay son, không vòng Kayser Feicher, không dấu run vẩy, phù 2 bàn tay, phù đến 2 cẳng chân, tăng từ từ, ấn lõm, đối xứng, không đau.

2. Khám từng vùng:

a. ĐMC:

- Cân đối
- Không Khí quản lệch
- Không TM cổ nổi /45°
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không to

b. *Ngực:*

- Lồng ngực: Cân đối, di động đều khi thở, sao mạch vùng cổ, không THBH, không XHDD, không vú to.
- Tim:
 - Mỏm tim: KLS V đường trung đòn trái, mỏm nảy nhẹ, diện đập 1x1 cm². Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), ổ đập bất thường (-)
 - T1, T2 đều rõ, tần số 90l/ph.
 - Không âm thổi, không tiếng tim bất thường.
- Phổi:
 - Cân đối, di động khi thở.
 - RT đều hai bên PT
 - Gõ trong khắp phổi
 - RRPN êm dịu hai phế trường, không rale

c. *Bụng:*

- Bụng to, bè 2 bên, rốn lõm, di động khi thở, THBH cửa chủ, không sọc, không vết rạn da.
- Nhu động ruột 10 lần/p, âm sắc BT, không âm thổi
- Gõ đục vùng thấp, gõ trong quanh rốn, vùng đục di chuyển, dấu sóng vỗ (-) → BB tự do, lượng TB.
- Bụng mềm, không có các điểm đau khu trú, không u
- Gan: bờ trên gõ đục LS 5 ĐTD (P), bờ dưới không sờ chạm, gõ đục LS 8, chiều cao gan ~ 8cm, ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), móc gan (-).
- Lách: không sờ chạm.
- Thận: Rung thận (-)
- e. *TK:* cổ mềm, không dấu TK định vị.
- f. *Cơ-xương- khớp:* không yếu liệt chi, không giới hạn vận động.
- g. *Hậu môn – TT :*

VII. Tóm tắt bệnh án:

BN nam, 75 tuổi, NV ngày 27/03/2017 vì phù toàn thân. Bệnh khởi phát 2 tháng, qua hỏi bệnh và thăm khám có:

TCCN:

- Bụng to tăng dần, khó thở khi nằm
- Tiêu máu đỏ tươi.
- Phù tay, chân
- Ngứa
- Chán ăn, ăn kém

TCTT:

- KMM vàng, niêm mạc đáy lưỡi vàng, sao mạch.
- Teo cơ
- BB tự do, lượng trung bình, THBH cửa- chủ

Tiền căn:

- VGB 13 năm đang điều trị.
- Tăng HA, gan nhiễm mỡ 3 tháng trước đang điều trị.
- VDD 3 tháng trước đã điều trị.

VIII. Đặt vấn đề:

1. *XHTH dưới*
2. HC STBG
3. *HC TALTMC*

IX. Biên luận:

- BN này có các triệu chứng đi tiêu ra máu đỏ tươi, phân nâu đen, hòn cứng, sau khi tiêu mệt mỏi, không lòi búi trĩ, không đau rát hậu môn, BN không sụt cân kéo dài, không có tiền căn gia đình về bệnh đại-tt, khám không sờ thấy u, BN đã được NS Đại tràng tại BVĐN chẩn đoán Trĩ nội → nghĩ nhiều XHTH dưới do Trĩ nội **độ 1**.
- Trên BN này có các triệu chứng của HC STBG (Chán ăn, ăn kém, BB, sao mạch, KMM vàng, NMDL vàng, phù tay chân) và HC TALTMC (THBH cửa- chủ, BB, Trĩ) → *nghĩ nhiều đến Xơ gan*.
- **Còn bù/ mất bù:** Xơ gan trên BN này là mất bù vì BN có Báng Bụng và theo dõi biến chứng XHTH dưới.
- **Các biến chứng:**
 - + XHTH do vỡ dẫn TMTQ: không nghĩ vì BN không ói ra máu đỏ, lượng nhiều trước đây.
 - + VPMNKNP: ít nghĩ vì BN không có biểu hiện của sốt ,không có triệu chứng của hôn mê gan, không tiêu chảy, không đau bụng tuy nhiên vẫn không thể loại trừ vì BN xơ gan, BB, môi khô, lưỡi dơ bọt trắng → đề nghị chọc dò dịch báng.
 - + HC gan thận: Không nghĩ vì BN không có ngủ gà, không run vẩy.
 - + Gan thận: Không nghĩ vì BN không thiếu niệu.
 - + K gan: ít nghĩ BN không có tổng trạng suy sụp, không có tổn thương ở cơ quan khác, nhưng khám lâm sàng không sờ được gan nên không loại trừ → Đề nghị XN AFP.
- Các **nguyên nhân** Xơ gan trên BN này có thể là: **(8)**
 - + VGVR B mạn: *nghĩ nhiều* vì BN có tiền căn nhiễm VGB từ trước.
 - + Rượu: không nghĩ vì BN không uống rượu, hút thuốc trước đây.
 - + Ứ mật: ít nghĩ vì BN không vàng da kéo dài, nước tiểu vàng trong và không đi tiêu phân trắng, tuy nhiên BN có ngứa, KMM vàng, NMDL vàng nên không loại trừ hoàn toàn → XN Sinh Hóa + Siêu âm để chẩn đoán.
 - + RLCH: Sắt: Không nghĩ vì BN không có da sạm đen, tiền căn gia đình không ghi nhận bị bệnh ứ sắt.
 - Đồng: Không nghĩ vì BN không có vòng Kayser Feicher ở mắt.
 - + Suy tim (P): Không nghĩ vì BN đi tiểu 1l/ngày, Hadrzer (-), không âm thổi, BB trước phù chân.
 - + SDD: không nghĩ vì BN không có tiền căn ăn uống kém kéo dài, BB trước phù chân.
 - + Gan nhiễm mỡ không do rượu: *ít nghĩ* vì BN không có tiền căn ĐTĐ, RLCH do mỡ tuy nhiên BN có tiền căn gan nhiễm mỡ + VGB nên không loại trừ.
 - + VG tự miễn: không nghĩ vì BN nam, có tiền căn VGB mạn từ trước.

X. Chẩn đoán sơ bộ:

Xơ gan mất bù do viêm gan virus B mạn/ trữ nội độ 1 xuất huyết.

XI. Chẩn đoán phân biệt:

Xơ gan mất bù do ứ mật/ trữ nội độ 1 xuất huyết biến chứng VPMNKNP

Xơ gan mất bù do gan nhiễm mỡ không do rượu / trữ nội độ 1 xuất huyết biến chứng VPMNKNP

Xơ gan mất bù do ứ mật/ trữ nội độ 1 xuất huyết biến chứng K gan

Xơ gan mất bù do gan nhiễm mỡ không do rượu / trữ nội độ 1 xuất huyết biến chứng K gan

XII. Đề nghị CLS:

- *Cận lâm sàng chẩn đoán:*

+ Miễn dịch: HBsAg, HBeAg, HBV-DNA, anti HCV, HCV-RNA, AFP.

+ Sinh hoá: AST, ALT, GGT, albumin máu, bilirubin huyết thanh, PT, aPTT, INR, triglyceride máu.

+ Hình ảnh: chọc dịch màng bụng, siêu âm, CT scan, NS DD-TT.

+ Xét nghiệm dịch báng: albumin, protein, đếm tế bào, glucose, LDH, SAAG.

- *Cận lâm sàng thường quy:*

+ Công thức máu, ion đồ, Urê, Creatinin máu, BUN máu, đường huyết, X-Quang ngực thẳng, siêu âm bụng, tổng phân tích nước tiểu, ECG

BS Mỹ Dung – Đau thượng vị - Chưa tới chẩn đoán

BA được sửa quá nhiều nên mình soạn luôn bản sửa cuối cùng của cô.
Cô tập trung vào việc sửa các tính chất của triệu chứng.

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên: Võ Văn T. Giới tính: Nam
- Nghề nghiệp; Thợ hồ (nghỉ 4 năm) Tuổi: 45
- Địa chỉ: Bình Chánh, TPHCM
- Ngày nhập viện: 8h, 21/5/2017 Ngày làm bệnh án: 24/5/2017
- Giường 17, Phòng 2, Lầu 8B3, Khoa Nội Tiêu hóa, BV Chợ Rẫy.

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Đau thượng vị

III. BỆNH SỬ

- Tối trước ngày NV, BN ăn tối và có uống rượu bia, BN không đau bụng, không nôn , không buồn nôn, không sốt, không thấy bụng căng tức.
- Sáng ngày nhập viện, sau khi ngủ dậy, BN đau thượng vị, , đau liên tục, âm ỉ, không lan, không có yếu tố tăng giảm, không nôn, không điều trị.
- Cách nhập viện 1h, sau khi ăn sáng 10 phút, BN đột ngột đau thượng vị dữ dội hơn và lan ra sau lưng, BN bứt đầu khi nằm yên và co gối, kèm cảm thấy bụng căng, tức và nôn dịch lần thức ăn, không lẫn máu, lượng 200ml, nôn xong không giảm đau → nôn lần 2, nôn ra dịch xanh nhạt, vị đắng, lượng 30ml → nôn lần 3 với tính chất tương tự. Trong cơn đau bệnh nhân có vã mồ hôi, choáng váng, mệt. Đau thượng vị ngày càng tăng nên BN nhập BVCR.
- Trong thời gian bệnh, BN không ợ chua , không nóng rát sau xương ức, không sốt, không ớn lạnh, không ho, không đau ngực không khó thở, tiêu phân vàng 1lần/ngày, không da vàng, tiểu vàng lợt.
- Sinh hiệu lúc nhập viện:

Mạch: 84 l/phút

HA: 170/110 mmHg

Nhịp thở: 20l/phút

Nhiệt độ: 37°C

- DTLS: sau nhập viện 30ph khi nhập cấp cứu 30ph được tiêm thuốc giảm đau và truyền nước, bn cảm thấy bớt đau, đau còn 5/10 so với lúc ban đầu, không còn buồn nôn, nôn ói, bớt choáng váng, mệt. Sau nhập viện 1 ngày, bụng BN bớt căng chướng, mềm dần. Sau nhập viện 2 ngày, đau còn 2/10, bệnh nhân xì hơi nhưng không đi tiêu được. Những ngày sau BN vẫn không đi tiêu được.

IV. TIỀN CĂN

1. Bản thân

a) Nội khoa:

+ Từng nhập viện 3 lần vì viêm tụy cấp tại BVCR trong 4 năm nay.

+ 5-6 tháng nay, bệnh nhân thường đau âm ỉ vùng thượng vị, không lan, kéo dài 1h, trung bình mỗi tuần 1lần về đêm và cũng xảy ra khi ăn uống không đều độ, ăn xong giảm đau,. Tình trạng đau khiến bệnh nhân mua thuốc bên ngoài k rõ loại và đau đáp ứng với thuốc

+ Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu.

b) Ngoại khoa: BN từng xạ trị K vòm họng cách đây 5 năm

c) Thói quen, sinh hoạt: BN hút thuốc lá 24 gói-năm, BN thường xuyên uống 2 xị rượu mỗi ngày

d) Dị ứng: Chưa ghi nhận.

2. Gia đình: Chị gái mất vì K gan.

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Tuần hoàn: Khó thở (-), xanh tím (-), đau ngực (-), đánh trống ngực (-), ho (-), ngất (-)

- Hô hấp: ho (-), khó thở (-), Ho ra máu (-), xanh tím (-), đau ngực (-), sốt (-)

- Tiêu hóa: BN đau bụng (+), trung tiện (-), buồn nôn (-), ợ nóng (-).

- Tiết niệu: Nước tiểu vàng trong, tiểu gắt, buốt (-).

- Thần kinh - Cơ xương khớp: BN không đau khớp, không đau đầu, không yếu liệt chi.

VI. KHÁM LÂM SÀNG

1. Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm nhợt, không tím, không phù. BN nằm đầu ngang. Thể trạng trung bình.

- Sinh hiệu:

Mạch: 80 lần/phút

Huyết áp: 120/70 mmHg

Nhịp thở: 20 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

Cân nặng: 48 kg

Chiều cao: 1,55m

BMI: 20 kg/m²

- Môi không khô, lưỡi không dơ

- Niêm nhợt, da vàng (-)

- Chi ấm, mạch đều rõ

- BTS(-), Móng trắng (-), ngón tay dùi trống (-), phù (-)

2. Đầu mặt cổ

- Cân đối, hạch ngoại biên không sờ chạm.

- Khí quản không di lệch, tuyến giáp không to, không tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45°, không âm thổi ĐM cảnh

3. Lồng ngực

- Cân đối, đều hai bên, không gù vẹo cột sống, lồng ngực di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, có sẹo mổ cũ.

- **Tim:** + Nhịp tim đều, tần số 86 lần/min, mỏm tim đập ở KLS IV đường trung đòn (T), diện đập 1x2 cm², dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), không rung miêu, không ổ đập bất thường.

+ T1, T2 đều rõ, không âm thổi.

- **Phổi:** + Không co kéo cơ hô hấp phụ, nhịp thở đều, tần số 20 lần/phút.

+ Khung sườn cử động đều 2 bên

+ Rung thanh đều hai phế trường

+ Gõ trong, đều hai phế trường.

+ RRPN êm dịu, đều hai phế trường, không rale.

4. Bụng

- Bụng không to, đối xứng, di động khi thở, không sọc, không tuần hoàn bàng hệ, rốn lõm, quai ruột (-), dấu rốn bờ (-), Cullen (-), Gray-Turner (-), không vết rạn da, không xuất huyết dưới da, không phát hiện khối thoát vị hay ổ đập.

- Không âm thổi, không tiếng óc ách, NĐR 4l/phút.

- Gõ trong, không phát hiện vùng gõ bất thường.

- Bụng mềm, ấn đau thượng vị, các điểm đau khu trú khác (-), không u.

- **Gan:** Bờ trên ở KLS V đường trung đòn (P), bờ dưới mấp mé bờ sườn, chiều cao gan: 10cm, ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), ấn gan phong cảnh (-), âm thổi (-), TCMBG (-)

- **Túi mật:** không sờ chạm, điểm đau Murphy (-), nghiệm pháp Murphy (-)

- **Lách:** không sờ chạm, không phát hiện to bằng phương pháp gõ.

- **Thận:** dấu chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-)

5. Thần kinh-Cơ xương khớp

- Không dấu thần kinh định vị, không cổ gượng.

- Các khớp không sưng, nóng, đỏ, đau, các khớp trong giới hạn vận động bình thường

TRẠI THẬN

<u>BS Sơn Lâm - Tiếp cận Nhiễm trùng tiêu</u>	198
<u>BS Sơn Lâm - Nhiễm trùng tiêu – Phức tạp</u>	202
<u>BS Sơn Lâm - Tiếp cận phù – HCTH</u>	207
<u>BS Sơn Lâm - Liên quan đến Tiêu Máu</u>	214

CHẨN ĐOÁN BN NHIỄM TRÙNG TIỂU

Tiếp cận 1 BN nhiễm trùng tiểu phải trả lời được các câu hỏi:

- 1/ BN có thật sự NT tiểu?
- 2/ NT tiểu trên hay dưới? Bên nào?
- 3/ Nguyên nhân gây NT tiểu?
- 4/ Biểu chứng ?
- 5/ NT tiểu đơn giản hay phức tạp?
- 6/ NT tiểu cấp hay mạn?
- 7/ NT tiểu lần đầu/ tái phát/ tái nhiễm ?

1/ BN CÓ THẬT SỰ NT TIỂU:

Phải loại trừ các ổ nhiễm trùng ở nơi khác gồm:

- +Hô hấp (Sốt, ho khạc đàm, đau ngực kiểu MP, sổ mũi ...)
- +Tiêu hóa (tiêu chảy, mót rặn, đi phân nhày máu ...)
- +Da niêm (Viêm loét ...)
- +Sinh dục (quan trọng) (đối với BN nữ phải hỏi huyết trắng, TC các bệnh phụ khoa, QHTD, vệ sinh sinh dục, ...)

Tiêu chuẩn CD HC niệu đạo cấp: Khi có 2/3 triệu chứng gồm tiểu gắt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt.

2/ TRÊN/ DƯỚI ? BÊN NÀO?

_Có thể dựa vào triệu chứng đau. Đau lan dọc đường đi của niệu quản, lan đến đâu thì vị trí tắc nghẽn có thể đến đó. Đau bên nào, có thể gợi ý bên đó nhiều hơn (có thể không cần chẩn đoán đau bên nào)

_CĐ NT tiểu trên hay dưới về triệu chứng LS có trong sách.

_Lưu ý: NT tiểu trên có thể không đau gặp trong các bệnh lý về thận mãn tính như bệnh thận ĐTD, thận ứ nước mãn tính ...

3/ NGUYÊN NHÂN: (Sách)

4/ BIỂU CHỨNG (Sách)

5/ ĐƠN GIẢN HAY PHỨC TẠP:

NTT phức tạp là NTT có kèm:

- +Có thai
- +Người lớn tuổi có các bệnh nội khoa phối hợp.
- +Tắc nghẽn đường tiểu (do sỏi, nang, u)
- +Bệnh thận đa nang.
- +Bất thường giải phẫu đường niệu.
- +RL chức năng bàng quang (BQ thần kinh)
- +Ngoại vật trong đường tiểu (VD thông tiểu, ống JJ, ...)
- +Đái tháo đường
- +Thuốc UCMD
- +Suy thận, ghép thận.
- +Bệnh lý mạch máu, thần kinh.

Lưu ý:

1/ Đái tháo đường gây NT tiểu phức tạp vì:

- +Đường huyết trong nước tiểu là điều kiện thuận lợi cho VK phát triển.

+Liên quan đến Bàng quang thần kinh → ứ đọng nước tiểu.

2/ Bệnh thận đa nang là 1 yếu tố NTT phức tạp do:

+ĐB gen di truyền liên quan đến tổng hợp collagen → màng đáy cầu thận yếu hơn → dễ tạo nang.

+Có thể kèm phình vỡ các mạch máu.

6/NT TIỂU CẤP HAY MẠN:

Chưa có tiêu chuẩn phân loại cấp hay mạn theo thời gian. Một số dữ kiện gợi ý cho NTT mạn:

+NTT tái đi tái lại.

+Tiểu đục nhiều lần.

+Có biến chứng hoặc không, triệu chứng mơ hồ.

+Xét nghiệm WBC trong nước tiểu lâu.

7/ LÀN ĐẦU/ TÁI NHIỄM/ TÁI PHÁT.

_Định nghĩa ở trong sách.

_Cái này dựa vào kháng sinh đồ mới biết được.

_Chú ý vào thời gian :Nếu NTT trên hết và ngưng thuốc mà bị lại trong vòng 15 ngày thì gọi là tái phát. Và khi đã CD là NTT tái phát thì đó là NTT phức tạp và phải đi tìm nguyên nhân.

MỘT SỐ KIẾN THỨC ANH GIẢNG THÊM.

_ Đau do tắc nghẽn phải hỏi diễn tiến cơn đau, lúc nào giảm đau, cường độ đau.

_Tốc độ tắc nghẽn quan trọng đến cảm giác đau: Tắc nghẽn nhanh → không thích nghi kịp → đau nhiều.

_Tắc nghẽn hoàn toàn hay không hoàn toàn ít ảnh hưởng đến cảm giác đau, nếu như có tắc nghẽn không hoàn toàn mà mới xuất hiện thì vẫn đau. (vì vậy trong những nguyên nhân gây tắc nghẽn do u hay tiền liệt tuyến chèn ép thì không gây đau).

_Đau thận có 2 loại:

+Đau do nhu mô thận: Vì TK cảm giác ở bao thận → căng đột ngột bao gây đau → đau liên tục.

+Đau do niệu quản: TK ở thành niệu quản → Đau cơn hoặc đau cơn trên nền đau âm ỉ.

TIỂU LẮT NHẤT

- Phụ nữ có thai có thể tiểu lắt nhắt mà không có NT tiểu.
- Tiểu lắt nhắt là tiểu >7 lần/ ngày.
- Nguyên nhân:

_Do bàng quang:

+Tăng co thắt.

+Không dẫn được: gặp trong viêm bàng quang tái đi tái lại, Xơ hóa BQ, BQTK, chèn ép BQ.

_Mức tạo nước tiểu nhiều hơn bình thường,

_Có nhiễm trùng xung quanh hệ niệu.

BỆNH ÁN

I. Hành chính:

Họ tên bệnh nhân: Hà Thị Hồng L.

Tuổi: 49 (1968)

Giới tính: Nữ

Nghề: trồng thanh long

Địa chỉ: Huyện Hàm Thuận Nam – Tỉnh Bình Thuận

Ngày nhập viện: 22h – 06/04/2017
BV Chợ Rẫy

Phòng- Giường: 4- 2x Khoa: nội thận

II. Lý do nhập viện: sốt

III. Bệnh sử: BN khai

Cách nhập viện 9 ngày, BN đi tiểu gắt buốt, tiểu gắt cuối giữa – cuối dòng, nước tiểu vàng trong, mùi không tanh, không bọt, không cợn. BN tự mua thuốc đtri NTT k rõ loại sau 2 ngày hết tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, không cợn, không bọt, lượng như 2 ngày trước. BN không tiểu mủ buổi sáng, không tiểu đục/ tiểu máu cuối dòng. *Ngoài ra BN k sốt, k đau lưng hông.*

Cách nhập viện 5 ngày, lúc 4h sáng BN đột ngột đau lưng hông T, đau âm ỉ, liên tục, tăng dần, *đau khu trú ở hông lưng*, k tư thế giảm đau, k đau bụng, không t/c kèm theo *không nôn, không ói* và k tự điều trị -> 12 h cùng ngày, bắt đầu sốt nhẹ, tăng dần, ko t/c kèm theo -> 15h cùng ngày, sốt cao 39 độ, từng cơn k rõ độ dài cơn kèm lạnh run, vã mồ hôi cùng cơn đau tăng lên, t/c kèm theo: chán ăn, buồn nôn -> ăn cơm nhưng nôn hết ngay sau ăn, lượng 6 muỗng canh, nôn ra thức ăn, k kèm máu hay đuiôi khái huyết, nôn xong k đỡ đau -> tự dùng thuốc hạ sốt + kháng sinh k r loại -> sốt giảm + đau hông lưng giảm còn 2/10. 1 ngày sau BN sốt lại với t/c và tr/c đi kèm tương tự như trước-> NV BV huyện Hàm thuận Nam đtri trong 2 ngày = ks đường uống k rõ tên -> đau và sốt giảm nhưng k dứt, hết thuốc thì tăng lên, BN tự bỏ về nhà tự điều trị.

Anh giảng thêm: BN này có BS nghĩ nhiều là NTT trên do viêm thận bể thận do bệnh này thường có sốt cao, phải phân biệt với NTT dưới trong 1 trường hợp đặc biệt là bệnh viêm tiền liệt tuyến cũng có sốt. VTBT phải có ổ thuận lợi, do đó BS phải khác thác thường trước khi có đau hông lưng, BN đã có HC niệu đạo cấp trước đó 2-3 ngày mà BN k để ý, gợi ý NTT dưới ngược dòng -> NTT trên

Cách nhập viện 10h, BN lên cơn sốt cao 39 độ, lạnh run, vã mồ hôi kèm theo đau lưng hông với t.c như đã mô tả ở trên dùng thuốc k giảm -> 22h ngày 6/4/2017 nhập cấp cứu ở BV CRAY.

Trong thời gian bệnh, BN mệt, mõi toàn thân, chán ăn, môi khô kèm nuốt đắng, tiểu buốt đôi khi, nước tiểu vàng trong, k bọt, k cợn, k cục máu đông, lượng >1l/ ngày – uống >1,5l/ngày. tiêu phân vàng khuôn, k nhầy nhớt, k máu. BN k ho, k đau họng, k nhiễm trùng da, k đau phần phụ, k khó thở, không đau khớp, k đau đầu, không nôn vọt,

Diễn tiến sau nhập viện:

+ Ngày 1: BN sốt nhẹ 38,5*, đau hông lưng giảm, uống nhiều >1,5l/ ngày, tiểu >1,5l/ ngày. BN ăn ít, k còn buồn nôn / nôn

+ Ngày 2: BN sốt giảm, đau hông lưng mất, uống nhiều, tiểu như ngày 1

IV. Tiền căn:

1- Bản thân:

a) Sản phụ: PARA 3003

Kinh nguyệt đều

Không rong kinh, k huyết trắng.

Đang uống thuốc ngừa thai k rõ loại

b) Nội khoa:

NTT 2 năm trước có tiểu gắt buốt, k đau hông lưng, k rõ nguyên nhân, điều trị thuốc uống/ 7 ngày -> hết. *(cần hỏi về diễn tiến điều trị, uống 7 ngày xong hết liền hay từ từ mới hết, lặp lại tiểu gắt buốt?)*

Chưa ghi nhận cơn đau hông lưng trước đây

Viêm tá tràng 6 tháng điều trị ổn

Chưa ghi nhận bệnh lý ở thận, tim, phổi trước đây

Chưa ghi nhận bệnh lý ĐTĐ, THA

Chưa ghi nhận tiền căn VGSV B, C

Chưa ghi nhận lao hay tiếp xúc với người bị lao

6 tháng trở lại không đi xa

Chưa ghi nhận tiền căn giang mai, lậu, bạch hầu

Chưa ghi nhận chấn thương vùng hông lưng

c) Ngoại khoa:

Mổ giãn TM chân (P) 4 tháng, k biến chứng

Mổ nội soi Cắt túi mật viêm 3 năm, k biến chứng

d) thói quen:

BN không sử dụng rượu bia, thuốc lá

hỏi hoạt động tình dục? (thường xuyên? có dùng biện pháp bảo vệ?, ...) vì bệnh NTT ở nữ có thể từ chồng lây sang

2- Gia đình: Chưa ghi nhận người nhà bị bệnh thận, giang mai, lậu, herpes, HIV.

Chồng có bị bệnh sinh dục?

V. Lược qua các cơ quan: 7h30 ngày 8/4/2017

- Tim mạch: không hồi hộp, đánh trống ngực, không đau ngực
- Hô hấp: không khó thở, không ho
- Tiêu hóa: không tiêu chảy, không tiêu phân đen, ăn uống được
- Tiết niệu: tiểu gắt đôi khi, nước tiểu vàng trong, k bọt, k cặn
- Thần kinh: tỉnh táo, k chóng mặt, nhức đầu
- Cơ xương khớp: k đau khớp

VI. Khám lâm sàng:

A- Tổng trạng:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, ngồi trả lời

Sinh hiệu:

Mạch: 88l/p

Nhịp thở: 20l/p

T°: 38 độ C

Thể trạng: + Cân : 45kg

+ Chiều cao: 1m56

+ BMI: 18,4

=> *Khám dấu mắt nước*

B. Khám cơ quan:

1. Đầu- mặt- cổ:

+ Môi khô, lưỡi dơ

- + Khí quản k lệch
- + Kết mạc mắt k vàng
- + Hạch cổ, hạch thượng đòn k sờ chạm
- + Tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45 độ (-)
- + Tuyến giáp k to
- + Tuyến mang tai k to

2. *Ngực:*

- a) Lồng ngực: cân đối, di động theo nhịp thở, k sẹo mổ cũ, k sao mạch
- b) Tim: +Mỏm tim KLS 5 đường TĐ trái, S đập = 1,5 x 1 cm²
 - + T1, T2 nghe rõ, f = 88l/p
 - + Ổ đập bất thường (-), Hardzer (-)
- c) Phổi:
 - + Rung thanh đều 2 bên,
 - + Gõ trong. Rì rào PN êm dịu 2 PT

3. *Bụng:*

- + Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, k thấy u, rỗng k lồi, sẹo mổ túi mật 2x2 cm k sưng-đỏ-đau
- + Bụng mềm ấn k điểm đau, gõ trong quanh rốn, k gõ đục vùng thấp
- + Nhu động ruột 6l/p
- + Cầu bàng quang (-)
- + Gan: h=9cm, bờ dưới k sờ chạm , rung gan (-) , ấn kẽ sườn (-)
- + Lách k sờ chạm
- + Thận: Chạm thận (-), Rung thận (-)

4. *Cơ xương khớp:*

- + k đau khớp, k giới hạn vận động
- + sẹo mổ giảm tm chân (p) nhỏ, lành tốt

5. *Thần kinh:*

- + Cổ mềm, k dấu tk định vị

VI. Tóm tắt bệnh án:

BN nữ 49 tuổi nhập viện vì sốt, bệnh 5 ngày

TCCN:

- + Sốt, lạnh run, vã mồ hôi, môi khô, nuốt đắng

- + Tiểu gắt buốt
- + Đau hông lưng T
- + Buồn nôn, nôn

TCTT:

- + Môi khô, lưỡi dơ
- + **Dấu mất nước**

Tiền căn: NTT 2 năm

VII. Đặt vấn đề:

1. Hội chứng nhiễm trùng
2. Hội chứng niệu đạo cấp
3. Đau hông lưng T
4. TC: NTT 2 năm

VIII. Chẩn đoán sơ bộ: NTT trên + dưới, cấp, tái nhiễm, k phức tạp trên cơ địa nữ lớn tuổi, chưa biến chứng

BỆNH ÁN

I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Thị T Giới: Nữ
Tuổi: 44
Nghề nghiệp: Công nhân làm đồ gỗ
Địa chỉ: An Giang
Ngày nhập viện: 1/6/2017
Giường số 19, phòng số 4, Khoa nội Thận, BVCR

II. Lý do nhập viện: Phù

III. Bệnh sử.

Cách nhập viện 14 ngày, BN ngủ thức dậy vào buổi sáng thấy đột ngột phù mắt sau đó thấy bụng to dần, phù trắng mềm, đối xứng, ấn lõm, không nóng, không đau, tăng nhiều về sáng. Bệnh nhân đi tiểu ngày 6 lần, mỗi lần 50 ml, nước tiểu vàng có gợn đục, nhiều bọt, tiểu không gắt buốt. Bệnh nhân không sốt, không khó thở, không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp, không vàng da niêm, không đi cầu phân đen, không nôn ói ra máu. Bệnh nhân không điều trị gì mà tự theo dõi tại nhà.

Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân thấy đau âm ỉ vùng trán và vùng cằm, đau nhiều vào buổi sáng, giảm khi nằm, tăng khi ngồi dậy hay đi lại kèm chóng mặt, không nôn ói. Tình trạng phù mắt bụng to như cách đó 4 ngày, xuất hiện phù 2 chân: phù tới 1/3 dưới xương chày với tính chất phù tương tự. Bệnh nhân có ra tiệm mua thuốc về uống trị đau đầu nhưng tình trạng đau đầu không giảm. Lượng nước tiểu và tính chất nước tiểu không thay đổi so với 4 ngày trước đó.

Cách nhập viện 6 ngày, bệnh nhân thấy khó thở mỗi khi nằm xuống do bụng to lên nhiều, phù mắt, phù 2 chân nhiều hơn so với trước nhưng tính chất không đổi → Nhập viện An Giang. HA lúc nhập viện An Giang ghi nhận là 150/90 mmHg và được chẩn đoán suy thận mạn. Điều trị ở bệnh viện An Giang được 5 ngày thì tình trạng đau đầu chóng mặt hết nhưng tình trạng phù không giảm → Chuyển BVCR

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống kém, đi tiểu ít khoảng 300ml/24h, hằng ngày lượng nước bệnh nhân nhập vào qua ăn uống khoảng 1500 ml, không tiểu gắt buốt, không tiểu máu, nước tiểu có vẩn đục, nhiều bọt. Bệnh nhân tăng 10 Kg (từ 55 kg → 65 kg). Bệnh nhân đi cầu không táo bón, tiêu chảy, phân vàng đóng khuôn, không khó thở khi gắng sức, không khó thở kịch phát về đêm, không vàng da niêm, không ngứa khắp ngứa,

không mất ngủ, không sốt, không sợ nóng, không chảy máu mũi, không ho ra máu, không khạc ra máu.

IV. Tiền căn

1. Cá nhân:

- Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân có bị phù toàn thân với tính chất phù trắng mềm, không nóng đỏ, không đau, tăng về sáng kèm tiểu ít lượng chừng 400ml/ 24h được nhập viện An Giang với chẩn đoán không rõ, được điều trị hết phù và xuất viện.
- Cách nhập viện 4 tuần, bệnh nhân có viêm họng kèm sốt 38 độ, kèm đau đầu. Bệnh nhân có đi mua thuốc tiệm về uống thì hết viêm họng, hết đau đầu.
- Bệnh nhân trước đây chưa ghi nhận ĐTĐ, THA, bệnh lý tim mạch, bệnh gan mật, viêm khớp trước đây
- PARA 4004
- BN chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương trước đây
- Không hút thuốc lá, không dùng rượu bia.
- Không ghi nhận dị ứng với thuốc, đồ biển, long chó mèo, phấn hoa trước đây.

2. Gia đình:

Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý di truyền, bệnh truyền nhiễm.

V. Lược qua các cơ quan.

Bệnh nhân tiểu ít lượng 300 ml/24h, nước tiểu vàng lẫn vẩn đục, 2 chân còn phù 2/10 so với trước nhập viện, bụng to còn 2/10 so với trước nhập viện. Ngoài ra không ghi nhận thêm than phiền ở các hệ cơ quan khác.

VI. Khám: 8h sáng ngày 2/6/2017

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang
- Da niêm hồng, không xuất huyết dưới da, không ban xuất huyết sờ được.
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Không tĩnh mạch cổ nổi khi nằm nghiêng 45 độ, phản hồi gan tĩnh mạch cảnh âm tính
- Sinh hiệu:
Mạch: 100 l/ph HA: 130/80 mmHg
Thân nhiệt: 37 độ C Thở: 16 l/ph
- Không ngón tay dùi trống, không bàn tay son, không móng trắng.
- Không sờ chạm hạch ngoại biên
- Dấu xe điếu (-), dấu giật dây chuông (-)
- Cân nặng 65 kg, cao 1,55 m

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng, không hồng ban cánh bướm, không u sẹo
- Mắt không lồi, không phù 2 mí mắt
- Khí quản không lệch, tuyến giáp không sờ chạm
- 2. Ngực
 - Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không dấu sao mạch, không THBH, không u sẹo mổ cũ, không lồng ngực hình thùng, không gù vẹo cột sống, khoang liên sườn không giãn rộng.
 - a. Tim

Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn T, diện đập $1 \times 2 \text{ cm}^2$, không ổ đập bất thường, dấu Harzer (-), không rung miêu T1, T2 đều rõ, tần số 100 L/ph, không nghe thấy âm bất thường
 - b. Phổi

Rung thanh đều 2 phế trường
Gõ trong khắp phổi
Rì rào phế nang êm rìu 2 bên, không nghe thấy ran phổi
- 3. Bụng
 - Bụng to, cân đối, di động đều theo nhịp thở, không vết rạn da, không nổi u bất thường, không sẹo mổ cũ, không THBH, không dấu xuất huyết dưới da.
 - Nhu động ruột 4 l/ph, âm sắc êm rìu
 - Bụng mềm, ấn không đau khắp bụng
 - Gõ đục khắp bụng
 - Gan : Bờ trên liên sườn 5 đường trung đòn P, bờ dưới không sờ chạm dưới bờ hạ sườn chiều cao gan 10 cm trên đường trung đòn P
 - Lách không sờ chạm
 - Chạm thân(-), Bập bênh thân (-), Rung thận (-)
 - 4. Tứ chi- thân kinh
 - Tứ chi cân đối, không yếu liệt không giới hạn vận động, phù nhẹ 2 chân tới mắt cá trong, ấn lõm, không nóng đỏ, không đau.
 - Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

VII. Tóm tắt bệnh án.

Bệnh nhân nữ 44 tuổi nhập viện CR ngày thứ 2 với lý do phù toàn thân qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

1. TTCN:

- Phù mắt, sau đó bụng to dần rồi phù 2 chân với tính chất: Phù trắng mềm, đối xứng ấn lõm, không đau, không nóng đỏ, tăng vào buổi sang
- Đau đầu, chóng mặt
- Tiểu ít lượng 300 ml/24h, kèm nước tiểu vàng vẩn đục, nhiều bọt.
- Huyết áp lúc nhập viện An Giang : 150/90 mmHg

2. TCTT:

- Phù toàn thân
- Gõ đục khắp bụng

3. Tiền căn

- Viêm họng trước khi phù mắt 2 tuần
- Từng được chẩn đoán Suy thận mãn 2 tháng trước.

VIII. Đặt vấn đề

- Phù toàn thân
- Tiểu ít
- Tăng huyết áp.

IX. Chẩn đoán sơ bộ

- HCTH thứ phát không thuần túy sau nhiễm liên cầu trùng chưa biến chứng

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng chưa biến chứng
- Suy thận cấp
- Suy thận mạn

X. Biện luận:

- Phù toàn thân:
 - Bệnh nhân phù mắt, phù 2 chân đến 1/3 dưới cẳng chân, bụng to, gõ đục khắp bụng, phù trắng, mềm, đối xứng, ấn lõm, không đau, không nóng đỏ nên nghĩ là phù toàn thân
 - Các nguyên nhân phù toàn thân trên bệnh nhân này :
 - + Suy tim: Bệnh nhân không khó thở diễn tiến theo suy tim, không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực, tĩnh mạch cổ không nổi, gan không to, không ồ đập bất thường, mỏm tim không lệch, diện đập bình thường, Harzer(-), không rung miu, không loạn nhịp, không âm bất thường, tình trạng phù cũng không phải phù 2 chân trước, không tăng về chiều tối, không giảm vào buổi sáng nên không nghĩ
 - + Xơ gan: Bệnh nhân không có triệu chứng có hội chứng suy tế bào gan như vàng da niêm, không long bàn tay son, không dấu sao mạch,.. Không có triệu chứng của HC tăng áp cửa, diễn tiến phù không phù hợp với xơ gan là bang bụng trước nên không nghĩ.
 - + Suy dinh dưỡng: Bệnh nhân thể trạng bình thường, không có chế độ ăn kiêng đặc biệt, bệnh nhân không có phù mu bàn tay trước nên không nghĩ
 - + Bệnh thận: Nghĩ nhiều vì tình trạng phù của bệnh nhân đột ngột, tăng nhiều vào buổi sáng, phù mắt trước rồi bang bụng rồi phù 2 chân, thiếu niệu lượng chừng 300ml/24h, nước tiểu vẩn đục, nhiều bọt.
 - Các bệnh thân gây phù bệnh nhân có thể gặp là:
 - + Suy thận cấp: Bệnh nhân có thiếu niệu và không thể loại trừ trên lâm sàng → đề nghị BUN máu, Creatinin máu, đo độ lọc cầu thận GFR

+ Suy thận mạn: Bệnh nhân từng có tiền căn được chẩn đoán suy thận mạn cách đó 2 tháng, bây giờ có tình trạng thiếu niệu kéo dài nên không loại trừ

+ Viêm cầu thận cấp

a. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng: Trước phù bệnh nhân có viêm họng kèm đau đầu cách đó 2 tuần, thiếu niệu kéo dài, từng ghi nhận huyết áp 150/90 mmHg lúc nhập viện An Giang (không loại trừ khả năng có tăng huyết áp), không thấy tiểu máu đại thể nhưng không loại trừ tiểu máu vi thể, bệnh nhân có tình trạng phù toàn thân nên không loại trừ được trên lâm sàng → Đề nghị TPTNT, soi cặn lắng, ASO.

b. Bệnh thận IgA: Không tiểu máu đại thể, không nhiễm trùng hô hấp trên cách đó 1 -3 ngày trước khi phù nên ít nghĩ.

c. Hội chứng Henoch-Schonlein: Không ban xuất huyết sờ được, không đau khớp, không đau bụng nên không nghĩ.

d. Hội chứng Goodpasture: Bệnh nhân không ho ra máu nên không nghĩ.

+ Hội chứng thận hư: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân có tình trạng phù đột ngột toàn thân, không loại trừ có tình trạng tăng huyết áp (vì từng đo huyết áp 150/90 mmHg khi nhập viện An Giang), thiếu niệu kèm nước tiểu nhiều bọt → Đề nghị TPTNT, đạm niệu 24 giờ, soi cặn lắng nước tiểu, điện di đạm niệu, albumin máu, protein máu, bilan lipid máu.

Các nguyên nhân gây hội chứng thận hư có thể gặp ở bệnh nhân này là:

* Thứ phát:

+ Thuốc: không có tiền căn sử dụng thuốc (NSAIDs, lithium, captopril, thuốc cản quang,...) nên không nghĩ.

+ Dị ứng: Không bị ong đốt, rắn cắn, tiêm ngừa nên không nghĩ

+ Nhiễm trùng:

VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng: đã BL.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: không có hội chứng nhiễm trùng, tim không có âm thổi nên không nghĩ.

Lao: Không có hội chứng nhiễm lao chung nên không nghĩ.

Phong: không có tổn thương da, tổn thương thần kinh nên không nghĩ

Viêm gan siêu vi B, C: tiền căn chưa ghi nhận nhưng không thể loại trừ → HbsAg, anti-HCV

Sốt rét: bệnh nhân không sốt nên không nghĩ.

+ Bệnh hệ thống:

Lupus đỏ hệ thống: Bệnh nhân nữ 44 tuổi không có tiêu chuẩn LS của Lupus như hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, loét miệng,

viêm thanh mạc, nhạy cảm ánh sáng, viêm đa khớp, rối loạn thần kinh nên ít nghĩ → đề nghị ANA, anti-dsDNA.

Viêm khớp dạng thấp: không đau khớp, không cứng khớp vào buổi sáng sau khi ngủ dậy nên không nghĩ.

+ Ung thư: Bệnh nhân nữ 44 tuổi đã mãn kinh, tuy không có tiền căn tiếp xúc độc chất, phóng xạ trước đây, không có tình trạng sụt cân bất thường nhưng không loại trừ trên LS → Đề nghị CT scan ngực – bụng- chậu

+ Di truyền:

Hội chứng Alport: không ghi nhận tiền căn gia đình, không điếc, không giảm thính lực nên không nghĩ.

+ Chuyển hóa:

Đái tháo đường: Bệnh nhân không có 4 triệu chứng lớn của ĐTĐ: ăn nhiều, sút cân nhiều, tiểu nhiều, khát nhiều nhưng bệnh nhân chưa từng tầm soát ĐTĐ trước đây nên ít nghĩ → Đề nghị đường huyết đói, HbA1c.

* Nguyên phát:

- (Bệnh cầu thận sang thương tối thiểu, Xơ chai cầu thận khu trú từng vùng, Bệnh cầu thận màng, Viêm cầu thận tăng sinh màng, Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch, Viêm cầu thận xơ huyết & dạng miễn dịch, Viêm cầu thận tiến triển nhanh & viêm cầu thận liềm) thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi, phù đột ngột, chưa ghi nhận tiền căn bị HCTH trước đây → ít nghĩ

* Bệnh nhân này nghĩ nhiều là HCTH không thuần túy vì không loại trừ tình trạng tăng huyết áp, có thể có tình trạng tiểu máu vi thể → đề nghị soi cặn lắng Addis, holter HA 24h

Biến chứng của HCTH

* Biến chứng cấp:

- Suy thận cấp: đề nghị BUN, creatinine máu, đo độ lọc cầu thận

- Tắc mạch: Bệnh nhân không có các triệu chứng của thuyên tắc TM sâu chi dưới, thuyên tắc phổi, tắc mạch não, nhồi máu mạch treo, nhồi máu cơ tim nên không nghĩ

- Viêm mô tế bào: vùng phù không sưng, nóng, đỏ, đau nên không nghĩ.

- VPMNKNP: Bệnh nhân không sốt cao, không lạnh run, không đau bụng lan tỏa nên không nghĩ

* Biến chứng mạn:

- Tăng huyết áp: không loại trừ đề nghị Holter HA 24h
- Xơ vữa ĐM, TM ngoại biên: Dấu se điếu(-), Dấu giật dây chuông(-), chưa ghi nhận tiền căn rối loạn lipid máu trước đây nên không nghĩ
- Suy thận mạn: Không loại trừ trên lâm sàng đề nghị BUN, creatinin.

XI. Cận lâm sàng

1. CLS chẩn đoán

- BUN, creatinine máu
- TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, điện di đạm niệu
- Albumin máu, protein máu, bilan lipid máu.
- Đường huyết đói, HbA1c.
- ASO.
- HbsAg, anti-HCV
- ANA, anti-dsDNA.
- Sinh thiết thận nếu thấy cần thiết xác định dạng tổn thương mô học.

2. CLS thường quy

- ECG.
- X quang ngực thẳng.
- Siêu âm bụng.
- AST, ALT.
- Ion đồ.

BS Sơn Lâm - Liên quan đến Tiểu Máu

1. Đau hông lưng 1 bên--> nguồn gốc ko từ cầu thận.
 2. Tiểu máu từ cầu thận không giờ gây thiếu máu và sụt cân.
 3. Học tên 4 con sán máng. Con Hematobium gây Viêm BQ xuất huyết.
 4. Chẩn đoán: K đường niệu, Lao đường niệu hoặc Rối loạn yếu tố đông máu, giảm tiểu cầu hoặc suy dinh dưỡng.
 5. Hỏi BN? Chảy máu chỗ nào ? Đi cầu ? Ói? Bầm máu? Xem list thuốc của BN có thuốc nào gây RL đông máu ko? Có thiếu vtm K ko?
 6. Nghi ngờ K: khám TLT, khám HMTT, hạch bẹn (sờ hạch cổ là giai đoạn trễ rồi)
 7. Tiểu gắt có thể do tiểu máu đại thể.
 8. Phân độ mất máu như XHTH.
 9. Tiểu bọt / BN tiểu máu có thể do tiểu máu đại thể=> sau 2 tuần xét nghiệm lại.
 10. Tiểu máu+ Thiếu máu có thể là tiểu máu đại thể hoặc do nguyên nhân khác như là biến chứng của lupus, huyết học .
 11. Các vấn đề trên BN này
 1. RLĐông máu,
 - 2.Nhiễm trùng,
 3. K gan di căn
 12. NT niệu đạo ko bao giờ gây tiểu máu toàn dòng, có HC niệu đạo cấp.
 13. NT TLT rất ít tiểu máu đại thể, thường vi thể
 14. Các yếu tố tiền căn có thể gợi ý nguyên nhân tiểu máu (tiền căn NTT, sỏi thận, rối loạn đông máu, NMCT, sán máng haemotobium --> bàng quang xuất huyết)
- Gợi ý tiểu máu cầu thận

- Mức độ tiểu máu: không kèm thiếu máu (có thể tiểu máu kèm thiếu máu trước đó)

- Tiểu máu toàn dòng, màu đỏ tươi, sậm, vàng nâu...

- Không có cục máu đông (nếu có cục máu đông do các yếu tố đông máu chảy theo, tiểu máu cầu thận không cho các yếu tố đông máu lọt qua màng đáy)

- Có thể kèm tiểu bọt

- Không sụt cân

15. Gợi ý tiểu máu không từ cầu thận

- Cục máu thôn dài

- Chảy máu cả hồng cầu và huyết tương → có cả cục huyết tương

- Chỉ có máu ở bàng quang mới có cục tròn; từ niệu quản , ống thận có hình thôn dài.

- Có thể có sụt cân.

*** 3 nguyên nhân tiểu máu không từ cầu thận thường gặp: nhiễm trùng, sỏi, ung thư

- sụt cân --> nghi ung thư đường niệu

- xơ gan --> sụt cân, rối loạn đông máu

- lao đường niệu: suy kiệt.

- đau hông lưng 1 bên --> sỏi (sỏi dù kích thước nào cũng có thể gây tiểu máu)

→ Nếu rl đông máu do xơ gan, còn có dấu hiệu chảy máu ở nơi khác: ói, đi cầu, dấu xuất huyết , vết chích thuốc bầm máu,..., có dùng thuốc ảnh hưởng tới rl đông máu?

→ Ung thư: cao tuổi, tiểu máu lần đầu, sụt cân --> nghi nhiều

→ Nhiễm trùng đường niệu: ko thể là tiểu máu toàn dòng

- viêm BQ xuất huyết: HC niệu đạo cấp (tiểu đau, buốt, lắt nhắt), đau hạ vị, tiểu máu đại thể.

- nếu từ niệu đạo, chấn thương ... : HC niệu đạo cấp.

→ Tiền liệt tuyến: có thể tiểu mủ, thường tiểu máu vi thể

- K TLT có thể di căn bàng quang chảy máu --> khám hạch bẹn, hạch cùng đôn trái. Xác định bằng hình ảnh học (siêu âm, CT) → do đó cần khám TLT ở nam, khám âm đạo trực tràng ở nữ .

16. Đau hông lưng có thể do:

- tắc nghẽn thận 1 bên

- do sỏi kẹt làm chảy máu, tắc nghẽn --> đau thêm

--> xét nghiệm, CDHA để xác định.

17. Tiểu bọt ở BN tiểu máu (đặc biệt là tiểu máu không từ cầu thận) có thể do BN tiểu máu kèm huyết tương chứa protein.