

## BỆNH ÁN

**BS Hoà 1/4/2019**

### I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên: Nguyễn Văn T.
- Giới tính: Nam
- Tuổi: 61
- Nghề nghiệp: Xây dựng (đã nghỉ)
- Địa chỉ: 64/3 Lê Trực, phường 7, quận Bình Thạnh, TPHCM
- Ngày giờ nhập viện: 9h14ph, 4/3/2019
- Khoa/phòng: G.32, phòng 405, khoa Nội E - BVNDGD

### II. LÝ DO NHẬP VIỆN

*KHÓ THỞ*

### III. BỆNH SỬ

Cách nhập viện 14 ngày, BN bắt đầu cảm thấy khó thở liên tục, khó thở 2 thì, không liên quan tư thế, tăng lên khi gắng sức, kèm theo ho, ho liên tục cả ngày, đàm màu vàng, lượng ít, không lẫn máu và cảm giác đau ngực khi BN ho, hít thở sâu → đi khám tại BV Bình Thạnh, chẩn đoán: T/d Viêm Phổi, CĐPB: lao phổi → chuyển Phạm Ngọc Thạch, chẩn đoán: Di chứng do lao, CLS: BC: 14.9K/uL, Neu: 79.3%, AFB đàm (-) 2 mẫu, điều trị Cefprozil, Tenoxicam, erdostein uống trong 7 ngày ở nhà.

Trong thời gian điều trị, BN ho đàm, đau ngực tăng, khó thở nhiều hơn, ngay cả khi nghỉ ngơi, **bn thấy khó thở không giảm, không thấy rõ lý do vào ndgd** → Nhập cấp cứu BVNDGD

Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không nặng ngực, đánh trống ngực, không nôn ói, không đau bụng, tiêu vàng trong, tiêu phân vàng.

Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu: Mạch: 109 lần/phút      NĐ: 37 độ C

HA: 150/70 mmHg      NT: 24 lần/phút

SpO<sub>2</sub>: 95% / KT

Da niêm hồng

Chi ấm, mạch rõ

Tim đều

Phổi thô, ran ngáy

Bụng mềm

**Diễn tiến sau nhập viện:**

- BN vẫn còn khó thở, ho đàm giảm dần, đàm màu vàng, lượng ít, đau ngực giảm, không sốt.

**IV. TIỀN CĂN**

1. Bản thân

a. Nội khoa

- Chưa ghi nhận những lần khó thở tương tự trước đây
- Chưa ghi nhận tiền căn khó thở ảnh hưởng tới hoạt động sinh hoạt hằng ngày của BN. BN không khó thở khi leo cầu thang. Tuy nhiên ghi nhận khó thở khi đi bộ chung với người cùng tuổi (mMRC = 2)
- Chưa ghi nhận tiền căn nhập viện vì khó thở.
- Thỉnh thoảng ho khạc đàm trắng trong buổi sáng sau khi thức dậy, lượng ít trong 2 năm gần đây.
- 10 năm trước, BN được chẩn đoán và điều trị lao trong vòng 6 tháng tại BV PNT.
- Chưa ghi nhận tiền căn: Hen, THA, ĐTĐ, bệnh ác tính (K,...), bệnh lý tim mạch....

b. Ngoại khoa

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương

c. Thói quen

- + Ăn uống được, mỗi ngày ăn 2-3 chén cơm với đầy đủ rau thịt cá kèm ăn ít trái cây. Không vận động tập thể dục thường xuyên
- + Hút thuốc lá 40 gói.năm (ngưng cách đây 2 tuần)
- + Không uống rượu bia.

d. Dị ứng

- + Không ghi nhận tiền căn dị ứng trước đây.

2. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý THA, ĐTĐ, bệnh lý di truyền.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (8h, 8/3/2019)**

Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp – đánh trống ngực

Hô hấp: khó thở, ho đàm vàng

Tiêu hóa: không tiêu lỏng, không đau bụng, không nôn, không buồn nôn

Thận: Tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt

Chuyển hóa: Không sốt, không vàng da.

## VI. KHÁM (8h, 8/3/2019)

### 1. Tổng quát

BN tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu:           NĐ: 37°C                   NT: 23 lần/phút

HA: 120/70 mmHg   Nhịp tim: 100 lần/phút

SpO<sub>2</sub>: 92%/KT

Tổng trạng trung bình, BMI 25kg/m<sup>2</sup>

CN: 73kg, CC: 170cm

Da niêm hồng

Kết mạc mắt không vàng

Không phù

### 2. Cơ quan

#### a. Đầu mặt cổ

Cân đối, không biến dạng.

Họng sạch

Tuyến giáp không to

Không TMCN tư thế 45 độ

#### b. Lồng ngực

Cân đối, không biến dạng, không lồng ngực hình thùng, di động đều theo nhịp thở, không ổ đập bất thường, không sọc. Co kéo nhẹ khoảng liên sườn.

Mỏm tim ở KLS V trên đường trung đòn (T), diện đập khoảng 1x1 cm<sup>2</sup>, không dấu nảy trước ngực, Hardzer (-).

T1, T2 đều, rõ, tần số 100 lần/phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường.

Phổi gõ trong, rale ngáy rải rác phế trường, rale nổ ½ dưới phổi (T)

#### c. Bụng

Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không THBH, không thấy u, không sọc.

Nhu động ruột 4 lần/phút. Không âm thổi.

Bụng mềm, không điểm đau.

Gan: bờ dưới gan không sờ chạm, bờ trên gan khoang liên sườn V, chiều cao gan đường trung đòn phải 9cm.

Rung gan (-), ấn kẽ sườn (-).

Lách: không sờ chạm

Thận: chạm thận (-). Cầu bàng quang (-).

d. Thần kinh - Cơ xương khớp

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị, sức cơ 5/5.

Không giới hạn vận động.

## VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nam 61 tuổi, NV vì khó thở, bệnh 14 ngày, có các bất thường:

TCCN:

- Khó thở
- Ho đàm vàng
- Đau ngực, tăng lên khi ho và hít thở sâu
- Không sốt

TCTT:

- Co kéo nhẹ khoảng liên sườn
- Ran ngáy lan tỏa 2 phế trường
- Ran nổ ½ dưới phổi (T)

Tiền căn:

- Lao phổi đã điều trị
- Hút thuốc lá 40 gói/năm
- Ho khạc đàm trắng trong 2 năm nay
- Khó thở khi đi bộ chung với người cùng tuổi

## VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Khó thở cấp
2. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
3. Đau ngực kiểu màng phổi + Ho đàm vàng
4. Tiền căn: Lao Phổi cũ

## IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Viêm phổi cộng đồng, chưa biến chứng – theo dõi COPD – theo dõi Dẫn phế quản – Lao phổi cũ

## X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Đợt cấp COPD, mức độ nặng **nhẹ-tb**, chưa biến chứng **ko ghi vậ do có khi chưa tìm ra**/COPD nhóm B – theo dõi Dẫn phế quản – Lao phổi cũ
2. Lao phổi tái phát  
**Nghĩ lao do vp đtri 14d chưa hết**  
**Định nghĩa lao tái phát: 2y**  
**Nếu chỉ lao phổi thì không giải thích sao khó thở → lao+bội nhiễm or lao/copd**
3. Đợt cấp dẫn phế quản – Lao phổi cũ  
**Không có đợt cấp, lao làm xơ dẫn vậy lun.**  
**DPQ, ACO không là mục tiêu Y6, đừng ghi vào cđpb**

## XI. BIỆN LUẬN

### 1. Khó thở cấp/mạn (2y nay bị KT, bn không đi khám do nghĩ già)

Khó thở cấp do các nguyên nhân:

- Tim:
  - Con hen tim: không nghĩ. Do BN không khó thở đột ngột sau khi ngủ được 1-2 tiếng, thở khò khè; khám: tim nhanh, mồm tím xuống dưới ra ngoài, ngựa phi T3, ran ẩm theo tư thế; tiền sử mắc bệnh tim mạch hoặc cao huyết áp, các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.
  - Chèn ép tim: không nghĩ. Do BN không có khó thở kèm tĩnh mạch cổ nổi, gan to, dấu Kussmaul
  - Bệnh tim thiếu máu cục bộ: cũng có thể gây khó thở cấp nhưng thường kèm đau ngực và không kèm khò khè → ít nghĩ
- Phổi:
  - Co thắt phế quản (COPD, Hen)
    - **AeCOPD**: BN có khó thở cấp, kèm ho khạc đàm vàng, khám ghi nhận ran ngáy lan tỏa, tiền căn có ho khạc đàm trắng buổi sáng, hút thuốc lá 40 gói.năm → nghĩ đây là đợt cấp COPD
    - **Con Hen**: BN mới xuất hiện khó thở, tính chất khó thở không liên quan dị nguyên, xúc động hay gắng sức, không ghi nhận tiền căn dị ứng, gia đình không ai có bệnh hen → không nghĩ.
  - NTHH:
    - Viêm phổi: nghĩ nhiều. BN có khó thở cấp, kèm theo ho khạc đàm vàng, đau ngực kiểu màng phổi, khám BN thấy ran nổ ½ dưới phổi (T) → nghĩ nhiều
    - Lao phổi tái phát: BN ho khạc đàm vàng kèm theo đau ngực kiểu màng phổi + khám có rale nổ, tuy không ghi nhận HC nhiễm lao chung (ho kéo dài, ho khạc ra máu, sốt về chiều, đổ mồ hôi về đêm,...), nhưng BN có tiền căn lao cũ nên không loại trừ → AFB đàm 2 mẫu, PCR Lao, cấy Mgit.
    - Đợt cấp DPQ: BN khó thở cấp, kèm ho khạc đàm mù, đau ngực ở 1 vị trí, khám có ran ngáy, tiền căn: lao phổi → không loại trừ → CT-Scan ngực không cản quang.
  - Dị vật đường thở: Bệnh sử thường chỉ có khó thở. Bệnh sử sặc, hít phải dị vật, có hội chứng xâm nhập xảy ra sau đó (cơn ho dữ dội, ngạt thở cấp) → không nghĩ **bỏ**
  - Tràn khí màng phổi: Khó thở, đau ngực thường xuất hiện đột ngột. Dấu hiệu của TKMP ở một bên phổi (mất rì rào phế nang, lồng ngực giãn căng, gõ vang) kèm đẩy lệch trung thất sang bên đối diện có thể kèm theo tràn khí dưới da → không nghĩ **bỏ nhanh do được chụp cxr từ pnt r**
  - Thuyên tắc phổi: Khó thở, đau ngực, ho ra máu xuất hiện đột ngột. Tim nhanh, thở nhanh, khám thấy có huyết khối tĩnh mạch. Có yếu tố nguy cơ gây nhồi máu phổi (bất động kéo dài, bệnh lý đa hồng cầu...) → không nghĩ.

✓ Viêm phổi:

- Nghĩ nhiều là viêm phổi cộng đồng  
Tại sao nghĩ vpcđ? Ca này điều trị thuốc kháng sinh ở pnt trc rồi, mà nv lại → có cđoan vpcđ không? → phải cđoan vp không đáp ứng đtri.  
Bn có đau ngực → sợ TDMP (dù khám không thấy 3 giảm, có thể do dịch ít), đtri 14d nghĩ có thể có áp xe.
- Mức độ nặng: theo CURB – 65 → 0 điểm
- Chưa ghi nhận các biến chứng: suy hô hấp, TDMP, Abcess phổi, nhiễm trùng huyết

✓ COPD

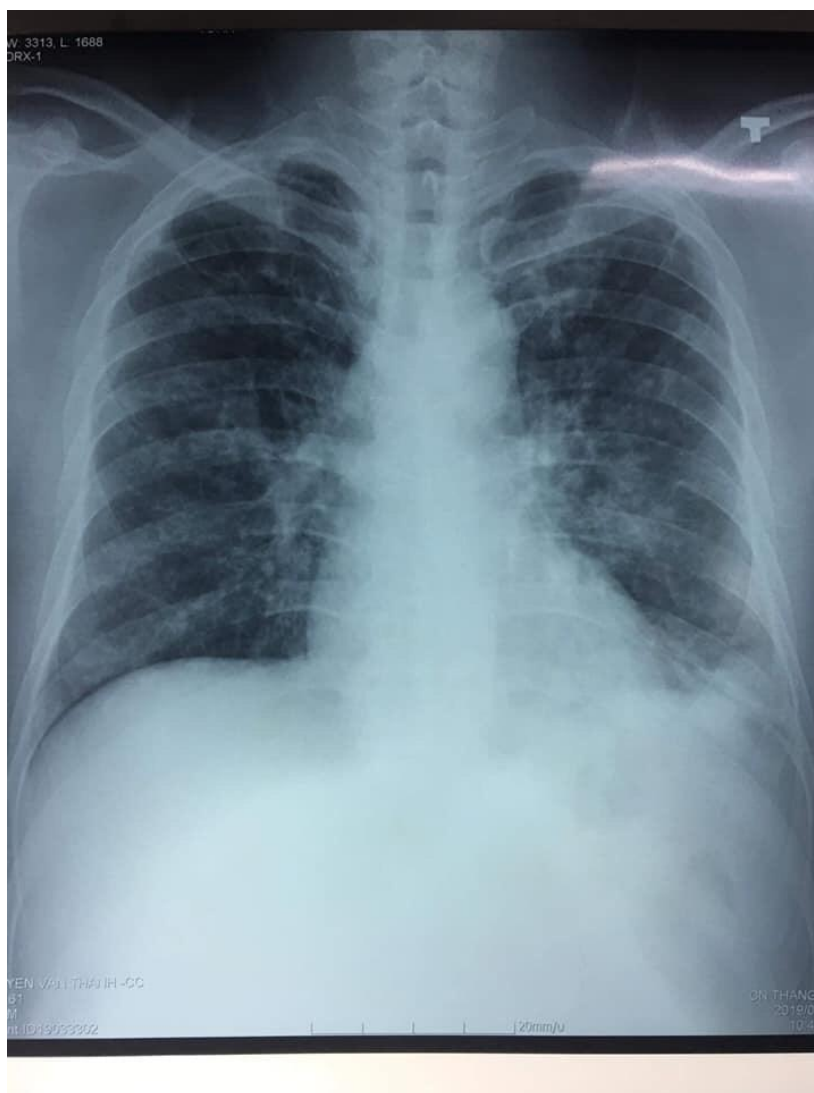
- Đợt cấp COPD
  - Mức độ: BN khó thở tăng, ho khạc đàm tăng, đổi màu → 3/3 tiêu chuẩn, tuổi < 65, không đợt kịch phát, không bệnh đồng mắc tim mạch → trung bình.
  - Yếu tố thúc đẩy: nghĩ nhiều do BN đang hút thuốc lá
  - Biến chứng: khám chưa ghi nhận các biến chứng TKMP, xẹp phổi, suy hô hấp cấp hay loạn nhịp tim.
- Nền COPD
  - Nhóm: BN khó thở khi đi bộ chung với người cùng tuổi → mMRC = 2, số đợt cấp trong năm  $\leq 1$  → COPD nhóm B
  - Tiền căn có lao, tổn thương phổi, sau di chứng lao bn có nguy cơ bị copd.
  - Bệnh đồng mắc:
    - Tim mạch: tuy BN không có tiền căn bệnh tim mạch, nhưng BN có yếu tố nguy cơ tim mạch (nam, > 55t, hút thuốc lá, không vận động thể lực) → ECG, Siêu âm tim.
    - Dẫn phế quản: BN có lao phổi, không loại trừ được → đề nghị CT – Scan
    - Chuyển hóa: tầm soát ĐTĐ cho bệnh nhân → ĐH đói

## XII.ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

- CLS chẩn đoán: Xquang phổi, CTM, CRP, Procalcitonin (why xin cả 2? Xin procalci khi nghi nt huyết, sx tại gan, bhyt ko trả. Đtri dựa trên giá trị. Dùng cho nthh khi nt nặng/ chưa đáp ứng đtri/ có biến chứng), soi cấy đàm, AFB 2 mẫu, HHK chưa làm lúc này, KMĐM (ko thấy shh thì khỏi lèm), PCR Lao đàm, cấy Mgit, CT-Scan ngực không cản quang, ECG, Troponin T hs, nt pro bnp, Siêu âm tim ct ngực chỉ định khi thấy vp không đáp ứng đtri (xem áp xe,...mà xin xquang trc rồi đọc xquang xog mới xin ct)
- Đi thi lúc nào cũng xin nhuộm gram.
- Tiêu chuẩn gram: >25bcdn, <10 tb biểu mô
- CLS thường quy: TPTNT, AST, ALT, Creatinine, BUN, Ion đồ

## XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

❖ X-Quang phổi



- Thâm nhiễm tăng đậm độ không đồng nhất ở dưới phổi (T), giới hạn không rõ, không co kéo cấu trúc gần kề.
- Thâm nhiễm dạng nốt, rải rác 2 phế trường
- Thâm nhiễm dạng hang, bờ rõ ở đỉnh phổi (T)

➔ Viêm Phổi – Lao Phổi Cũ

❖ CTM

XÉT NGHIỆM	4/3/2019	KHOẢNG THAM CHIẾU
WBC	<u>20.61</u>	4 - 10 K/uL
Neu%	<u>83.4</u>	40 - 77%
Lym%	8.2	16 - 44%
Mono%	4.3	0 - 10%
Eso%	1.3	0 - 7%
Baso%	0.5	0 - 1%
Luc%	2.2	0 - 4 %
Neu	<u>17.20</u>	2 - 7.5 K/uL
Lym	1.69	1 - 3.5 K/uL

<b>Mono</b>	0.89	0 - 1 K/uL
<b>Eso</b>	0.27	0 - 0.6 K/uL
<b>Baso</b>	0.10	0 - 0.1 K/uL
<b>Luc</b>	0.46	0 - 4 K/uL
<b>RBC</b>	4.06	4 - 5.8 T/L
<b>Hgb</b>	<b>125</b>	140 - 160 g/l
<b>Hct</b>	0.381	0.35 - 0.47 L/l
<b>MCV</b>	93.8	80 - 100 fL
<b>MCH</b>	30.9	26 - 34 pg
<b>CH</b>	30.6	
<b>CHCM</b>	328	
<b>MCHC</b>	329	310 - 360 pg
<b>RDW</b>	14.0	9 - 16 CV%
<b>PLT</b>	<b>539</b>	150 - 400 Giga/L
<b>MPV</b>	9.0	6 - 12 fL
<b>CRP</b>	<b>163.72</b>	NL: 0 - 5 mg/L

WBC tăng cao 20.61K/uL, trong đó Neu chiếm ưu thế 17.20 K/ul (83.4%). **Trong toa không có cort → không tăng bc do cort.**

Kèm theo CRP tăng cao 163.72 mg/L

→ Phù hợp với chẩn đoán viêm phổi.

#### ❖ NỘI SOI PHẾ QUẢN:

- Kết luận: nội soi phế quản bình thường ở những nơi ống soi có thể với đến được.
- Lấy mẫu bệnh phẩm: rửa phế quản phế nang S6 và S10 trái làm AFB, PCR lao, cấy Mgit.

#### ❖ VI SINH

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
<b>Đàm</b>	
<b>Vi khuẩn nhuộm soi_Gram</b>	Tế bào biểu mô: 10/quang trường 100X Bạch cầu: > 25/quang trường 100X Nấm men: Âm tính Sợi tơ nấm: Âm tính Cầu khuẩn Gram dương dạng chùm: Âm tính Cầu khuẩn Gram dương dạng chuỗi: Âm tính Cầu khuẩn Gram dương dạng đôi: 1+ Cầu khuẩn Gram âm xếp đôi: Âm tính Trục khuẩn Gram dương: Âm tính Trục khuẩn Gram âm: 2+



<b>Vi khuẩn nhuộm soi_AFB</b>	Âm tính
<b>Đàm nuôi cấy vi khuẩn</b>	Tạp khuẩn thường trú
<b>Dịch rửa phế quản</b>	
<b>Vi khuẩn nhuộm soi_AFB</b>	Âm tính

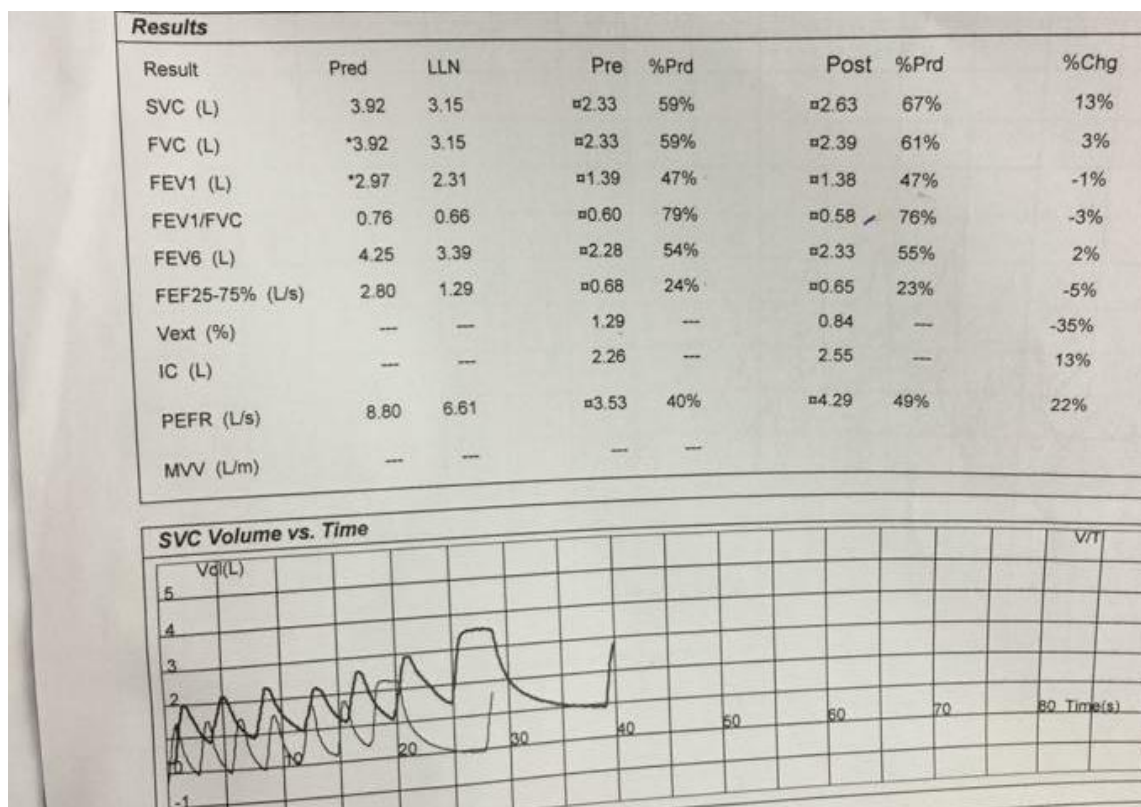
Cầu khuẩn Gr + dạng đôi → nghĩ nhiều đến phế cầu

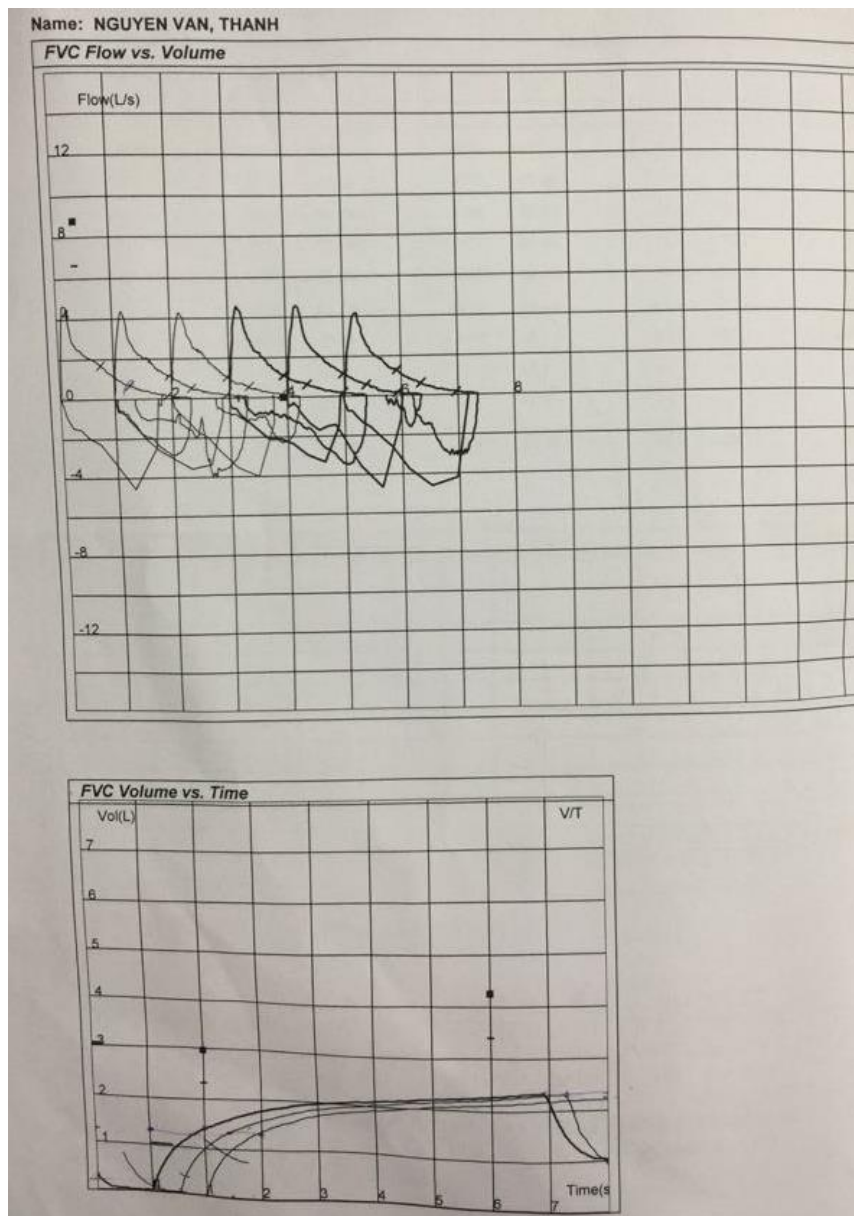
Trực khuẩn Gr - → nghĩ nhiều đến Pseudomonas Aeruginosae

**KẾT LUẬN: BN có viêm phổi, tác nhân nghĩ nhiều đến là phế cầu, Pseudomonas**

Tuy nhiên trên BN này, mức độ khó thở không phù hợp với tổn thương viêm phổi trên LS (không sốt, không vết mặt nhiễm trùng) và trên phim XQ, hơn nữa, sau khi điều trị với kháng sinh, BN giảm ho đàm nhưng khó thở không giảm → nghĩ BN có bệnh khác kèm theo làm cho BN khó thở nhiều, cụ thể là COPD. Cần thêm các xét nghiệm chẩn đoán COPD để xác định.

## ❖ HÔ HẤP KÝ





- ✓ Tiêu chuẩn chấp nhận
  - Thể tích ngoại suy < 5%
  - Không bị nhiễu
    - Không ho trong giây đầu
    - Không rỉ khí
    - Bình nguyên < 1s → làm sai số FVC
- ✓ Tiêu chuẩn lặp lại
  - 2 giá trị FVC lớn nhất không khác nhau 150ml
- ✓ Đọc HHK
  - FEV1/FVC 0.58 (sau test) → tắc nghẽn không hồi phục
  - Test DPQ → không đáp ứng
  - Mức độ tắc nghẽn: FEV1 (sau test) 47% → trung bình

- ✓ KẾT LUẬN: Phối hợp bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng và hô hấp ký trên BN này → chẩn đoán COPD

Bn đang viêm phổi có thể tiết dịch, ntrung → tắc nghẽn.

HHK chỉ làm ở phòng khám or đtri vp ổn, hết ho sốt,...mà còn viêm phổi.

Đề nghị làm lại hhk → xv chỉ cho berodual cắt cơn chứ chưa có bằng chứng dùng Laba; lama

❖ KMDM ngày 8/3/2019

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	ĐƠN VỊ
pH	7.45	
PaCO <sub>2</sub>	<u>31.7</u>	mmHg
PaO <sub>2</sub>	<u>72</u>	mmHg
Hct	48	%
Temp	37.0	°C
ctHb	15.6	g/dL
cHCO <sub>3</sub>	23.8	mmol/L
cBase	-0.6	mmol/L
ctCO <sub>2</sub> (B)	18.6	mmol/L
ctCO <sub>2</sub> (P)	22.9	mmol/L
Anion Gap	16.4	mmol/L
Anion Gap (K)	<u>21.1</u>	mmol/L
pO <sub>2</sub> (A)	110	mmHg
pO <sub>2</sub> (A-a)	<u>38</u>	mmHg
pO <sub>2</sub> (a/A)	<u>65.1</u>	%
sO <sub>2</sub>	95.2	%
ctO <sub>2</sub>	20.7	Vol%
FO <sub>2</sub>	<u>21</u>	%
R1	<u>53.5</u>	%
cNa	136	mmol/L
cK	<u>4.73</u>	mmol/L
cCa <sup>++</sup>	<u>1.09</u>	mmol/L
cCl	98	mmol/L
cLac	0.8	mmol/L

- ✓ Kiểm tra tương thích bên trong
- Đánh giá chuyển hóa gián tiếp
    - PaCO<sub>2</sub> giảm # 8.3mmHg → pH dự kiến tăng # 0.083
    - pH dự kiến > pH thực 0.033 → kèm kiểm chuyển hóa → HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> tăng.
  - Quy luật số 8
    - HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> tính toán = PaCO<sub>2</sub> x 5/8 = 31.7 x 5/8 = 19.8

- $\text{HCO}_3^-$  tính toán –  $\text{HCO}_3^-$  bệnh nhân =  $23.8 - 19.8 = 4$
- Phương trình Anderson Hasselbalch cải biên
  - $\frac{24 \times \text{PaCO}_2}{[\text{HCO}_3^-]} = [\text{H}^+]$
  - $\text{H}^+ = 32 \rightarrow \text{pH} \# 7.5$
- ✓ Kiểm tra tương thích bên ngoài
  - $\text{PaO}_2 > 500 \times \text{FiO}_2$
- ✓ Đánh giá oxy hóa máu
  - $\text{P(A-a)O}_2 = \text{PAO}_2 - \text{PaO}_2 = 38.1 \rightarrow$  tăng
  - $\text{PaO}_2$  72mmHg với  $\text{FiO}_2$  21%  $\rightarrow$  giảm oxy máu nhẹ
  - BN giảm oxy máu do phổi hoặc do tim
  - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 342$ , có giảm nhưng chưa đủ để chẩn đoán tổn thương phổi cấp
  - **AaDO<sub>2</sub> tăng trong vp lần cấp, không biết được.**
- ✓ Đánh giá cân bằng toan kiềm
  - $\text{pH} = 7.45$ , giới hạn trên
  - $\text{pH}$  tăng,  $\text{PaCO}_2 < 35 \rightarrow$  BN có kiềm hô hấp
  - $\Delta\text{pH}/\Delta\text{PaCO}_2 = 0.006 \rightarrow$  kiềm hô hấp cấp/mãn
- ➔ BN COPD thường tăng  $\text{CO}_2$  (sai), trên BN này giảm  $\text{CO}_2$ , AaDPO<sub>2</sub> tăng  $\rightarrow$  có nguyên nhân khác kèm theo  $\rightarrow$  nghĩ nhiều là viêm phổi

❖ CT – Scan ngực có cản quang nếu chụp trễ thì có thể hết tổn thương vp

- Mô tả
  - Xơ phổi, dẫn phế quản dạng ống ú dịch
  - Các bóng khí thũng dưới màng phổi các thùy 2 phổi
  - Không thấy hạch phì đại ở trung thất
  - Không thấy hình ảnh phình, bóc tách ĐMC ngực
  - Không thấy TDMP 2 bên
  - Không thấy TKMP
  - Không thấy bất thường tuyến thượng thận 2 bên
- Kết luận
  - Lao phổi cũ với di chứng xơ phổi, dẫn phế quản dạng ống ú dịch
  - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

❖ Các CLS khác

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
Ngày 4/3/2019		
Glucose	<u>6.36</u>	NL: 3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	5.0	1.7 – 8.3 mmol/L
Creatinine	89.7	NL (Nam): 62 – 106 umol/L
eGFR (MDRD4)	79	
Ion đồ (Na, K, Cl)		

<b>Sodium (Na)</b>	135.2	135 – 145 mmol/L
<b>Potassium (K)</b>	3.62	3.5 – 5.0 mmol/L
<b>Chloride</b>	97.5	97 – 111 mmol/L
<b>AST (SGOT)</b>	<b>42.1</b>	Nam: $\leq 37$ U/L
<b>ALT (SGPT)</b>	<b>167.8</b>	Nam: $\leq 41$ U/L
<i>Ngày 6/3/2019</i>		
<b>Albumin</b>	<b><u>29.3</u></b>	35 – 50 g/L
<b>Protein, Total</b>	68.6	65 – 82 g/L
<i>Ngày 8/3/2019</i>		
<b>Bilirubin Total</b>	12.51	$\leq 17$ umol/L
<b>Bilirubin Direct</b>	3.51	$\leq 4.3$ umol/L
<b>Cholesterol</b>	<b><u>5.51</u></b>	3.9 – 5.2 mmol/L
<b>Triglycerid</b>	<b><u>2.04</u></b>	0.46 – 1.88 mmol/L
<b>HDL-Cholesterol</b>	<b><u>0.74</u></b>	$\geq 0.9$ mmol/L
<b>LDL-Cholesterol</b>	<b><u>4.00</u></b>	$\leq 3.4$ mmol/L
<b>MIỄN DỊCH (mẫu máu tĩnh mạch) ngày 4/3/2019</b>		
<b>NT-ProBNP</b>	<b><u>384.7</u></b>	< 125 pg/mL
<b>Troponin T, high sensitive</b>	<b><u>0.021</u></b>	< 0.01 ng/mL
<b>CKMB</b>	14.18	< 25 U/L
<b>Đông máu toàn bộ</b>		
<b>*PT (TQ)</b>		
<b>PT (TQ)</b>	14.9	11.33 – 14.87 giây
<b>PT% (tỷ lệ Prothrombin)</b>	86	79 – 125%
<b>INR</b>	1.10	0.86 – 1.13
<b>APTT (TCK)</b>	29.6	26 – 37 giây

## ❖ TPTNT (6/3/2019)

<b>Ery</b>	Negative	Negative, $\leq 10$ Ery/uL
<b>Urobilinogen</b>	32	Normal, $\leq 17$ umol/L
<b>Bilirubin</b>	Negative	Negative, $\leq 3.4$ umol/L
<b>Nitrite</b>	Negative	Negative
<b>Ketones</b>	Negative	Negative, <0.5umol/L
<b>Protein</b>	Negative	Negative, <0.1g/L
<b>Glucose</b>	Negative	Normal, <17mmol/L
<b>pH</b>	7.5	4.8 - 7.5
<b>S.G (tỷ trọng)</b>	1.010	1.000 – 1.025
<b>Leukocytes</b>	Negative	Negative, <10Leu/uL
<b>Color</b>	Yellow	Pale Yellow

❖ HUYẾT THANH MIỄN DỊCH

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
HbsAg miễn dịch tự động	Âm tính 0.433	< 1.0 S/CO
Anti – HBs định lượng	669.9	< 10.0 mUI/mL
Anti – HCV miễn dịch tự động	Âm tính 0.028	< 1.0 S/CO

❖ Siêu âm bụng

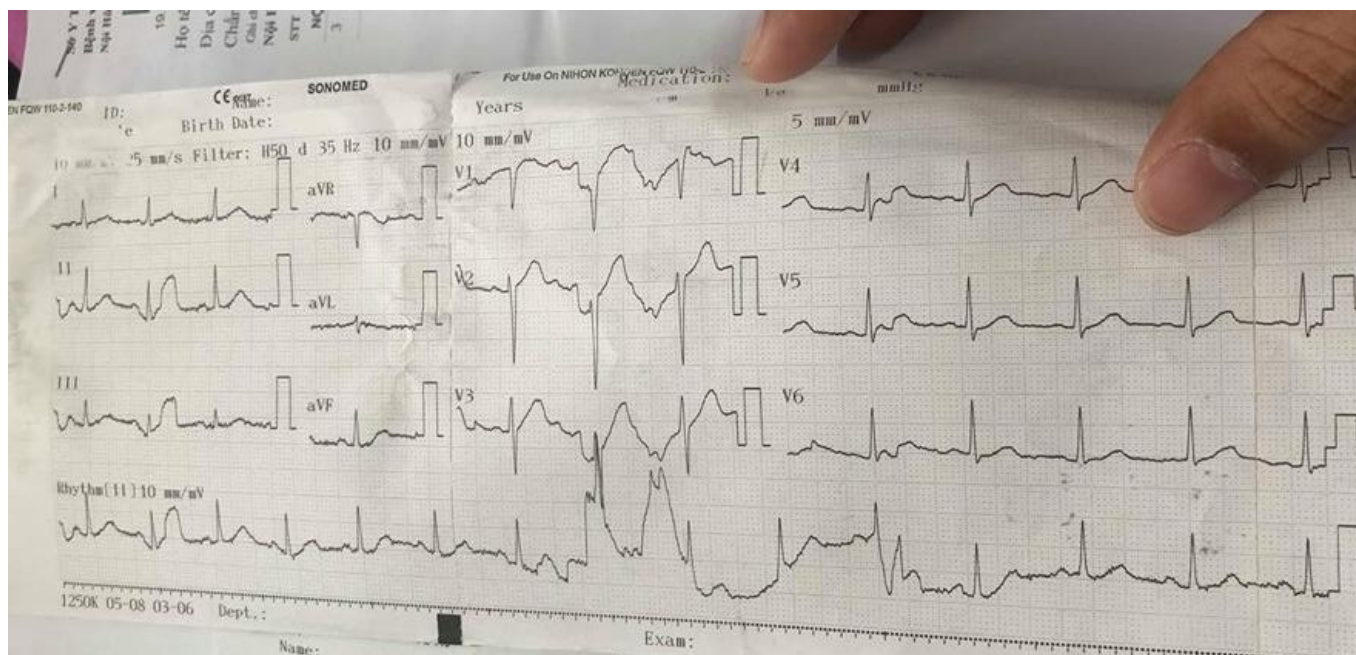
Mô tả :

- Gan và hệ mật
  - Gan to H (P) # 174mm, bờ đều, nhu mô echo dày sáng
  - Đường mật trong và ngoài gan không dẫn
  - Túi mật co nhỏ, thành dày # 8mm, bên trong có các nang nhỏ
- Tụy: không to, cấu trúc đồng nhất
- Lách: không to, cấu trúc đồng nhất
- Thận
  - Phải: không có sỏi, không ứ nước
  - Trái: không có sỏi, không ứ nước. Có nang d # 19mm, echo trống, vỏ mỏng, không chồi vách
  - Chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm
- Bàng quang: thành không dày, không sỏi
- Tiền liệt tuyến: không to
- Các bất thường khác
  - Không dịch ổ bụng
  - Không dịch màng phổi 2 bên

Kết luận

- Gan to, nhiễm mỡ nhẹ
- Theo dõi bệnh cơ tuyến túi mật
- Nang thận (T)

❖ Điện tâm đồ



- Nhịp xoang 100 lần/phút, có vài ngoại tâm thu
- Trục trung gian 60 độ
- R/S V1 < 1, R/S V6 > 1, không p phé

#### XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH :

**Đợt cấp COPD, mức độ nặng, chưa biến chứng/ theo doxi COPD nhóm D - Viêm Phổi Cộng Đồng mức độ trung bình, chưa biến chứng – Dẫn phế quản – Lao Phổi Cũ – Rối loạn lipid**

**Vpct cộng đồng chưa đáp ứng đtri [ghi luôn vs thuốc j] CII, mức độ ... – đợt cấp copd... KHÔNG GHI TÁC NHÂN. – theo dõi copd... - xơ xẹp dpq – lao phổi cũ.**

**Mẫu đàm chỉ tham khảo, không dùng để chẩn đoán tác nhân, chỉ để NGHI.**

**Nghi pseudo do bệnh phổi cấu trúc (KPT, xẹp phổi), dùng ksinh lâu ngày.**

**Nếu vpct thì dùng tác nhân gì: PC, Hib, moraxella.**

#### XV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Mục tiêu:

###### a. Viêm phổi

- Điều trị sớm
- Dùng kháng sinh: 7-10 ngày

###### b. COPD

- Giảm thiểu tác động đợt cấp hiện tại
- Phòng ngừa đợt cấp thứ phát: điều trị bệnh nền
- Chích ngừa cúm, phế cầu
- Dẫn dò bệnh nhân sau khi xuất viện.



Cho thuốc kiểm soát ntn? Đợi hkh confirm có copd r mới chia nhóm để đtri.

2. Điều trị cụ thể:

- Cefepim 1g x 2,3 lần/ngày TM
- Ciprofloxacin 0,2g: 2 lọ x 3 TTM/ngày
- Ksinh này trót quớt vs phế cầu, pseudo. Tại sao kết hợp ksinh vì levo đánh đơn độc được? Ca này dùng levo đơn độc or ceftazidime (đánh pseudo) + macrolide (trc đó dùng C2 mạnh hơn macro rồi thì nên nâng lên levo luôn). Có nguy cơ nhiễm pseudo, đã đtri ks trc nên có thể kết hợp ksinh.
- Ca này đang nghi lao nên hạn chế FQ.
- Ceftazidime đánh được pseudo nhưng đánh gram dương yếu hơn ceftriaxone.
- Levo đánh gram dương mạnh hơn C3.
- Ca này nên dùng cefta vs levo.
- Combivent 2.5ml 1 tép + NaCl 0.9% 2ml x 6 PKD
- Solumedrol 40mg TMC dùng 3-5d, chưa khó thở lắm nên dùng đg uống được.
- Atorvastatin 20mg 2 viên (u)

## XVI. TIỀN LƯỢNG

- Tiên lượng gần: đợt cấp COPD, mức độ trung bình, trên nền COPD nhóm A, BN có viêm phổi → tiên lượng **khá**
- Tiên lượng xa: COPD nhóm D: Đây là đợt NV đầu tiên, hoạt động sinh hoạt hằng ngày không bị ảnh hưởng, tuy nhiên có bệnh đồng mắc là dân phế quản/lao phổi cũ → tiên lượng trung bình.

Pbiet viêm phổi vs copd;

- Ls
- Xquang: nếu copd ứ khí không đọc ra → xin tiếp ct scan.
- Kmdm: vp là kiểm, giảm o2 máu. Copd kiểm, nếu lâu năm thì tăng co2 TỪ ĐẦU
- Bất cứ tình trạng shh nào cũng tăng co2 (vp shh kiểm giảm o2 r ms tăng co2).

Vp có men gan cao thì coi chừng có nt huyết or dùng thuốc tăng men gan or bệnh gan mạn → thử lại men gan, có thể xin thêm sâb, marker viêm gan không bluan tùm lum xơ gan này kia.

Vp có copd thì nên phủ pseudo luôn

Còn nếu chỉ aeCOPD thì coi có cần dùng ksinh trong ae?

- Đàm tăng
- Đàm đổi màu (quan trọng)
- Thở máy
- NV nhiều lần trong năm



- Dùng ks gần đây
- Dùng cort 10d gần
- Chức năng phổi xấu quá (hhk)
- Vừa mới xv.
  - ⇒ Ksinh phủ pseudo (mero, imi, ceftazi, tazocim, cipro ko dùng đơn độc). Nếu chưa nặng thì dùng đơn độc.
  - ⇒ Tác nhân gây đợt cấp copd: phế cầu, hib, moraxella; tác nhân không điển hình ÍT GẶP.
- Ca này nếu confirm copd nhóm B thì cho ULTIBRO ❤️, không qtam eos do không dùng cort
- Có lao mà đợt cấp copd vẫn dùng cort, không ccd. Thuốc lao vẫn uống.