

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Chị Hòa sửa 21/02/2019

I) HÀNH CHÍNH:

Họ tên bệnh nhân: NGUYỄN THỊ N Giới: Nữ Tuổi: 70

Nghề nghiệp: Buôn bán

Địa chỉ: 160/36/8 Võ Thị Sáu, Phường 8, Quận 3, TP Hồ Chí Minh

Thời điểm nhập viện: 10h 18/02/2019

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

II) LÍ DO NHẬP VIỆN: khó thở

III) BỆNH SỬ: bệnh nhân khai bệnh

Cách nhập viện 2 tuần, bệnh nhân thường hay **sốt** về chiều tối, có khi sốt lúc sáng, sốt không rõ nhiệt độ kèm ớn lạnh, 2-3 cơn/ngày, mỗi cơn kéo dài 4-6h, có đáp ứng thuốc hạ sốt. Sốt liên tục trong 2 tuần với tính chất như trên.

Cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân **khó thở** 2 thì, liên tục, giảm khả năng gắng sức (bệnh nhân nghỉ buôn bán), khó thở không thay đổi theo tư thế, không khó thở nằm, không khó thở kịch phát về đêm. Khó thở tăng dần trong 1 tuần với tính chất như trên.

Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân **đau ngực (P)**, âm ỉ liên tục, cường độ trung bình, tăng khi thay đổi tư thế và khi nói chuyện, lan ra sau lưng. Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân khó thở nhiều hơn nên đi khám tại bệnh viện Quận 1, được chụp XQ phổi, chẩn đoán: TDMP / TD viêm phế quản phổi / THA, sau đó chuyển BVNDGD cùng ngày, ~~bệnh nhân không được xử trí gì.~~ **Bv Q1 xử trí đúng rồi**

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ho, không khạc đàm, không ho ra máu, không vã mồ hôi đêm, có **sụt cân không rõ, chán ăn, mất ngủ**, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/d, tiểu vàng trong không gắt buốt, lượng bình thường.

Tình trạng lúc nhập viện:

Tinh, ran nổ phổi (P), âm phế bào phổi (P) giảm

M: 83 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

Huyết áp: 120/60 mmHg

Nhịp thở: 20 lần/phút

SpO2: 92% (khí trời)

Diễn tiến sau NV: bệnh nhân được chọc dịch màng phổi, sau chọc giảm khó thở, giảm đau ngực

IV) TIỀN CĂN:

1) Nội khoa:

-THA phát hiện 10 năm, HA cao nhất 160/?? mmHg, HA dễ chịu 120-130/?? mmHg, đang điều trị thuốc đều đặn. Khoảng 2 tháng nay, bệnh nhân đau ngực sau xương ức, không lan, xuất hiện khi gắng sức, kéo dài 1-2ph, giảm khi nghỉ ngơi → Bệnh nhân đi khám, chẩn đoán THA – Cơ đau thắt ngực, đang điều trị theo toa: Amlodipin 5mg 1v /ngày, Atenolol 50mg 1/2v /ngày, Trimetazidine 35mg x 2 lần/ngày.

-Đau 2 khớp gối hơn 20 năm, điều trị thuốc giảm đau không rõ.

-Chưa ghi nhận tiền căn lao, hen, COPD, suy tim, đái tháo đường.

2) Ngoại khoa:

-Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.

3) Bản thân:

-Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc.

-Không hút thuốc lá, không uống rượu bia.

-Hàng xóm kể bên nhà đang điều trị lao phổi.

V) LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (9h 19/2/2019)

1) Tim mạch: không đánh trống ngực, không hồi hộp.

2) Hô hấp: khó thở ít, đau ngực (P), không ho, không khạc đàm.

3) Tiêu hóa: không đau bụng, không ợ chua, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/d.

4) Tiết niệu: không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường.

5) Thần kinh – cơ xương khớp: không đau, không giới hạn vận động.

VI) KHÁM:

1) Tổng trạng:

-Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

-Sinh hiệu: Mạch 90 lần/phút HA 130/80 mmHg

Nhịp thở 18 lần/phút

SpO₂ 92% (khí trời)

Nhiệt độ 37°C

-Môi hồng / khí trời, chi ấm, mạch quay đều, rõ. Không co kéo cơ hô hấp phụ, không xuất huyết dưới da, không phù.

-Chiều cao: 1.63m, CN 70kg -> BMI = 26.3 kg/m² → **Thừa cân.**

2) Khám vùng:

a) Đầu – mặt – cổ:

-Cân đối, môi không khô, lưỡi sạch.

-Khí quản không lệch, hạch không sờ chạm.

b) Lồng ngực:

-Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo, khoang liên sườn không giãn.

***Tim:** Mỏm tim không sờ thấy (thành ngực dày).

T1, T2 đều, rõ, tần số 90 lần/phút, không âm thổi.

***Phổi: Âm phế bào, rung thanh, gõ đục ½ dưới phổi (P)**

Ran nổ phổi (P)

c) Bụng:

-Cân đối, di động theo nhịp thở, không u, không sẹo, bụng mềm, không điểm đau, gõ trong.

-Gan, lách, thận không sờ chạm.

d) Thần kinh – cơ xương khớp:

-Cổ mềm.

-Không sưng, nóng, đỏ cơ khớp.

VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các bất thường sau:

*** TCCN:**

-Sốt kéo dài

-Đau ngực (P)

-Khó thở

-Chán ăn, sụt cân

* TCTT:

-Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P)

-Ran nổ phổi (P)

* Tiền căn:

-THA, cơn đau thắt ngực đang điều trị.

-Có tiếp xúc người bị lao.

-Đau 2 khớp gối, điều trị không rõ.

VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:

1/Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P)

2/Khó thở → nếu nghĩ do 3 giảm thì khỏi đặt, còn cdpb suy tim thì phải có.

3/Hội chứng nhiễm trùng

4/Tiền căn: THA, tiền căn tiếp xúc người bị lao → hỏi kỹ tiếp xúc ntn, chị Hòa mỗi ngày tiếp xúc sao vẫn ok =))))

IX) CHẨN ĐOÁN:

CĐSB: Viêm phổi cộng đồng biến chứng tràn dịch màng phổi (P) / THA / BTTMCB / Đau khớp gối → quan trọng vẫn là VP

~~TDMP (P) lượng trung bình do lao màng phổi / THA / BTTMCB / Đau khớp gối~~

-CĐPB:

1/TDMP (P) cận viêm phổi, lượng trung bình / THA / BTTMCB / Đau khớp gối

2/TDMP (P) lượng trung bình do K **di căn** màng phổi / THA / BTTMCB / Đau khớp gối

K màng phổi = K nguyên phát tại màng phổi (từ tb màng phổi): tỉ lệ rất thấp, lquan nghề nghiệp tiếp xúc bụi, hóa chất, dịch tễ: nam lớn tuổi → không nghĩ trên ca này. K mp là K loại nhanh nhất.

Tìm các K nguyên phát chỗ khác: Hỏi trch mệt mỏi, sụt cân, bất thường kinh nguyệt,...cho SÂB, sâ phần phụ để tìm.

~~3/Viêm phổi cộng đồng biến chứng tràn mủ màng phổi (P) / THA / BTTMCB / Đau khớp gối~~ TDMP (P) lượng trung bình do lao màng phổi / THA / BTTMCB / Đau khớp gối

4/Áp xe phổi (P) / THA / BTTMCB / Đau khớp gối

Chẩn đoán này không có giải thích dc “dịch” của bn, bn đã dc chọc dịch rồi thì bỏ lun AXP. Nếu đvđ \$ 3 giảm chưa có chọc dịch thì phải cđpb AXP, dày dính MP, U mp

5/Suy tim **biến chứng** TDMP (P) do THA / BTTMCB / Đau khớp gối

Nếu ca này có suy tim thì là suy tim trái. Nếu THA đã có bchung tim mạch thì phải tìm những bchung khác nữa

Khớp đau khi nào? Coi chừng có nhiễm trùng ở khớp ảnh hưởng

X) BIỆN LUẬN:

1/Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P):

-Bệnh nhân đã được chọc dịch màng phổi rút ra dịch → **Bệnh nhân có tràn dịch màng phổi (P)**

-Hội chứng 3 giảm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P) + bệnh nhân có khó thở → **Mức độ trung bình – nhiều**

-TDMP dịch thấm: không gợi ý các nguyên nhân như HCTH, XG, suy tim, suy dinh dưỡng, viêm màng ngoài tim, suy thận → Trong các nguyên nhân TDMP dịch thấm trên bệnh nhân này thì chưa loại trừ được suy tim

-TDMP dịch tiết: TDMP 1 bên, không phù các vị trí khác, bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, có đau ngực kiểu màng phổi

-Các nguyên nhân gây TDMP dịch tiết:

+Lao màng phổi: nghĩ nhiều do có tiếp xúc người bị lao, sốt kéo dài > 2w, sốt về chiều, kèm chán ăn

+K màng phổi: lớn tuổi, sụt cân, triệu chứng kéo dài nên không loại trừ

+TDMP cận viêm phổi: bệnh có hội chứng nhiễm trùng, có đau ngực kiểu màng phổi, khám có ran nổ nên có nghĩ

+Virus: bệnh tự giới hạn, lượng dịch thường ít nên không nghĩ

+Lupus, VDKDT, hội chứng Demons-Meigs: không nghĩ

2/Khó thở: khó thở có thể có các nguyên nhân sau

a)Tim: bệnh nhân không có khó thở nằm, không có khó thở kịch phát về đêm, nhưng bệnh nhân có nhiều YTNC tim mạch (nữ, 70 tuổi, THA, mãn kinh, thừa cân, có bệnh mạch vành), có khó thở gắng sức nên không loại trừ → ECG, siêu âm tim, NT-proBNP

-Suy tim T: không loại trừ

-Hẹp van 2 lá: không nghĩ do không nghe âm thổi, T1 đánh, clack mở van, bệnh nhân đã 70 tuổi

b)Phổi:

-TDMP: đã BL

-Viêm phổi: đã BL

-Thuyên tắc phổi: BN không có YTNC tăng đông (bất động kéo dài, bệnh lý đông máu, suy van tĩnh mạch), bệnh cảnh không cấp tính, khám không có nhịp tim nhanh, SpO2 không giảm nên không nghĩ

-TKMP: không nghĩ

-Hen, COPD: khám không ghi nhận hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới (rale ngáy, rale rít) nên không nghĩ

3/Hội chứng nhiễm trùng:

-Bệnh nhân sốt 2 tuần, ghi nhận có 2 cơ quan bất thường (khớp, đường hô hấp dưới), có thể nghĩ đến các nguyên nhân sau:

.Viêm khớp: không loại trừ

.Lao: đã BL

.Viêm phổi: đã BL

.Áp xe phổi: bệnh nhân sụt cân, chán ăn nên không loại trừ

.K

XI) ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

1) CLS chẩn đoán:

.XQ ngực thẳng, SA màng phổi

.AFB đàm, PCR đàm

.CTM, CRP, NT-proBNP, siêu âm tim, ECG

-Xét nghiệm dịch màng phổi:

.Xin pH, glucose

→ Xem tràn dịch có biến chứng chưa? pH quan trọng hơn, phải đo pH = máy đo KMĐM không phải giấy quỳ, không có pH thì xem Glu, Glu dịch < 3 mmol là có bchung. Có bchung thì dẫn lưu (ngoại khoa làm)

Tế bào, LDH, Protein (Protein + LDH máu cùng thời điểm)

.Cellblock, sinh thiết màng phổi

.ADA, PCR lao → PCR không có sens và spec, không có bhyt trong dịch mp nên khỏi làm. Khi nào có đàm mới làm pcr

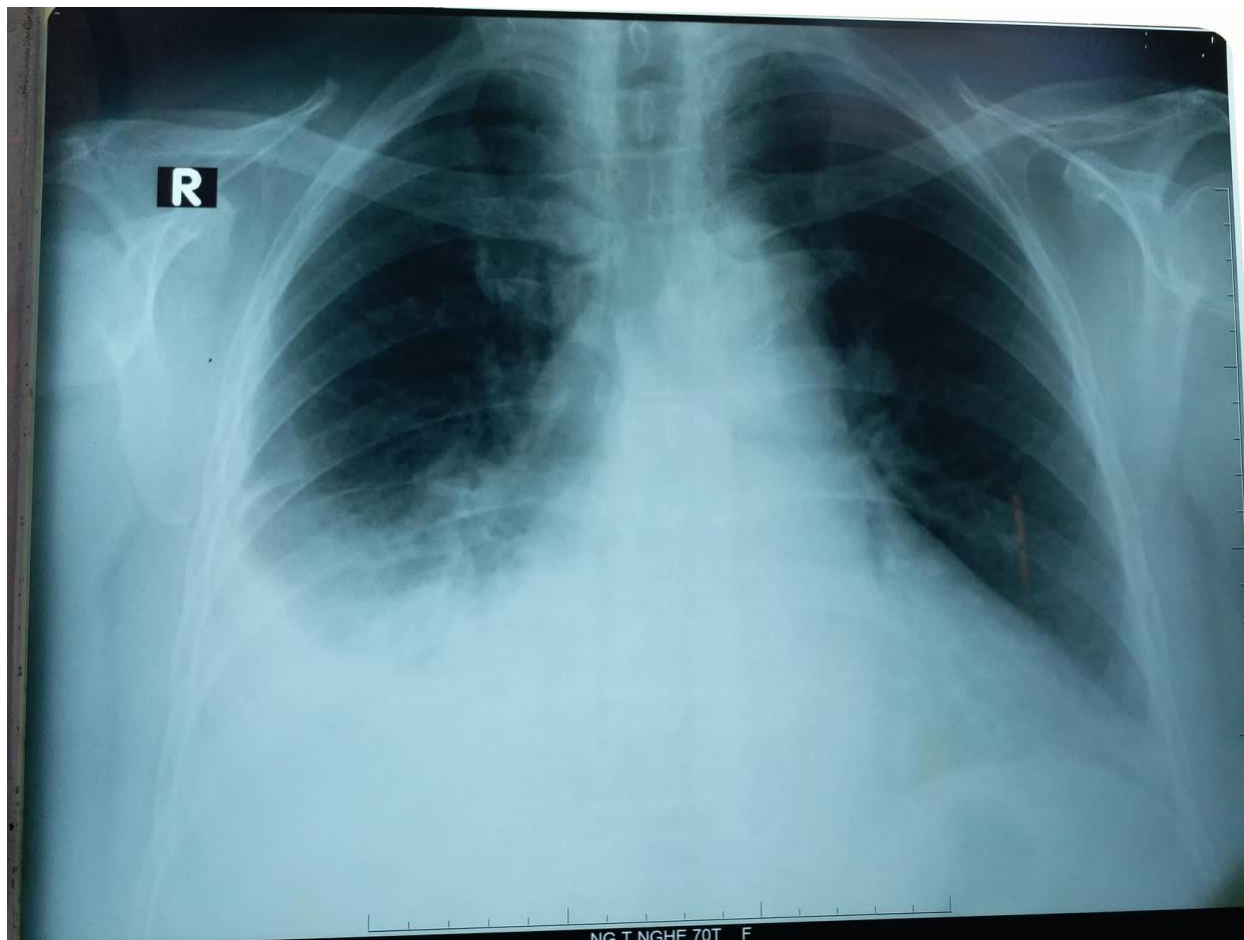
.Soi, nhuộm Gram, cấy dịch màng phổi

2) CLS thường quy:

-AST, ALT, BUN, Creatinin, TPTNT, đường huyết đói, Tryglyceride, LDL-C, HDL-C

XII) KẾT QUẢ CLS:

1/XQ ngực thẳng:



-Bất thường:

.Đám mờ đồng nhất $\frac{1}{2}$ giữa và dưới phổi (P) → không nghĩ lao, bờ rõ, xóa bờ vòm hoành, xóa bờ tim, có giới hạn trên là đường cong Damoiseau → TDMP (P)

Nếu đẩy trung thất thì phải đẩy luôn khí quản

.Đám mờ không đồng nhất, bờ không rõ, $\frac{1}{2}$ dưới phổi (P) → Viêm phổi (CDPB: lao phổi)

2/Siêu âm màng phổi:

- Tràn dịch màng phổi (P) lượng ít → Why lượng ít, không tương xứng hình ảnh film quang → coi chừng có u, viêm ở dưới gây mờ. Chọc dịch dc bao nhiêu ml?

3/Đông máu:

Chọc dịch chỉ cần thử tiểu cầu, TC < 50 mới hạn chế chọc dịch, làm đông máu toàn bộ để nhắm sinh thiết màng phổi.

Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
PT (TQ)	15	11.33-14.87 giây
PT% (TQ)	85	79-125 %
INR	1.11	0.86-1.13
APTT	26.2	26.37 giây

→ Bệnh nhân không có bất thường đông máu

4/Dịch màng phổi:

Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	
Sinh hóa			
ADA dịch	45.4 → không loại dc lao, K	< 24 U/L	
Protein dịch	45	g/L	Protein máu: 71
Glucose dịch	5.08	mmol/L	Glucose máu: 4.3
LDH dịch	725.3	U/L	LDH máu: 226.1
Tế bào			
Màu sắc – độ đục	Vàng chanh, đục ++		
Bạch cầu	76358	< 10 BC/mm ³	
Đa nhân	55.6	%	
Đơn nhân	44.4	%	
Tế bào khác	0	%	

-Màu vàng chanh, đục → Gợi ý lao hoặc ~~tràn mủ màng phổi~~ **mủ màu trắng đục/ trắng xanh. Màu sắc không có ý nghĩa để gợi ý, chỉ ý nghĩa khi thấy mủ → mủ NLN dẫn lưu / trắng (dưỡng trấp) → xn Tri, amylase tụy**

-Tiêu chuẩn Light:

$$\text{Protein dịch} / \text{Protein máu} = 45/71 = 0.63 > 0.5$$

$$\text{LDH dịch} / \text{LDH máu} = 725/226 = 3.2 > 0.6$$

.LDH dịch > 2/3 GTBT trên của LDH máu (248 x 2/3)

~~.LS không gợi ý TDMP dịch thấm~~ đang biện luận CLS mà không nói linh tinh

→ Thỏa tiêu chuẩn Light: nên đây là TDMP dịch tiết

-ADA tăng > 40 U/L gặp trong:

.Lao: nghĩ nhiều

.Tràn mủ MP: chọc dịch vàng đục nên có nghĩ

~~.Viêm khớp dạng thấp: bệnh cảnh không điển hình nên không nghĩ~~ LS không thấy thì không ghi, ghi là bị hỏi đi về VKDT

.K màng phổi: chưa loại trừ → Cellblock, sinh thiết màng phổi

-Tế bào học:

.WBC = ~~76358 BC/mm³~~ → Tràn mủ màng phổi BC tăng không có mủ, chỉ cần tăng, số lượng không qtrọng, ghi BC tăng, nếu ưu thế → Ng nhân: TDMP cận viêm, không loại dc lao gđ sớm, K do tb đơn nhân gần 50% mà chưa có cell block. Nếu là tràn mủ MP quan trọng là pH và Glucose để quyết định điều trị.

.Tế bào đơn nhân 44.4%: mức này thường gặp trong K màng phổi hơn là lao màng phổi

.Tế bào đa nhân 55.6%, gồm Neutrophil, Basophil, Esophil

~~+Nếu Eos ưu thế:~~ không trả bài, đi thi viết không kịp

~~.Tràn khí — tràn máu màng phổi: không nghĩ~~

~~.Ngoài ra còn: cận viêm phổi, ác tính, KST, Lymphoma, nhồi máu phổi~~

+Nếu Neu ưu thế:

.TDMP cận viêm phổi

.Thuyên tắc phổi

.Lao giai đoạn sớm < 2w

5/Công thức máu:

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
------------	---------	--------------------

* WBC	9.4 không nhất thiết phải tăng, không tăng trong VP sớm, VP do lao	(4.0-10.0) K/ μ l
Neu %	68.8	(40.0-77.0) %
Lym %	23.0	(16.0-44.0) %
Mono %	5.3	(0-10) %
Eos %	0.7	(0.00-7.00) %
Baso %	0.6	(0.0-1.0) %
Luc %	1.6	(0.0-4.0) %
Neu	6.46	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	2.16	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.49	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.07	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.06	(0.0-0.1) K/ μ l
Luc	0.15	0.0-0.1 K/mL
**RBC	4.17	(3.9-5.4) T/L
Hgb	122	(125-145)g/l
Hct	0.373	(0.350-0.470) L/l
MCV	89.5	(80-100) fL
MCH	29.2	(26.0-34.0) pg
MCHC	327	(310-360) g/L
RDW	12.6	(9.0-16.0) %CV
***PLT	360	(150-400) Giga/L
MPV	9.6	

-->Công thức máu:		
Bạch cầu không tăng, cũng không loại trừ nhiễm trùng, lao		
Hồng cầu, tiểu cầu bình thường		
Urea	4.4	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	80.4	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 μ mol/L
GFR (MDRD)	65.08	0-5 mg/L
Glucose	9.46	3.9-6.1 mmol/l
Cholesterol	4.83	3.9-5.2 mmol/L
Triglyceride	1.44	0.46-1.88 mmol/L
HDL – cholesterol	1.22	\geq 0.9 mmol/L
LDL – cholesterol	3.23	\leq 3.4 mmol/L
Na	139.5	135-145 mmol/L
K	3.47	3.5-5.0 mmol/L
Cl	109	97-111mmol/L
AST	15.8	\leq 31 U/L
ALT	16.1	\leq 31 U/L

-Bệnh nhân có đường huyết tăng → Cần làm lại đường huyết đói hoặc HbA1C

RÁNG XIN CRP

7/Tổng phân tích nước tiểu

Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
Ery	Negative	Negative, \leq 10 Ery/ μ l
Urobilinogen	16	Normal, \leq 17 μ mol/L
Bilirubin	Negative	Negative , $<$ 3.4 μ mol/L
Nitrite	Negative	

Ketones	Negative	Negative , < 0.5 mmol/L
Protein	0.15	Negative , < 0.1 g/L
Glucose	14	Normal, <1.7 mmol/L
pH	6.0	4.8-7.5
SG (tỷ trọng)	1.025	1.000-1.025
Leukocytes	70	Negative , < 10 Leu/ μ L
Color	Yellow	

8/Siêu âm tim:

- Các buồng tim không lớn
- Không tràn dịch màng ngoài tim
- Không rối loạn vận động vùng
- Không hẹp hở các van tim
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF = 75%

Cần đề nghị thêm:

- Tầm soát K: SÂB, CT ngực (K phổi, VP có nặng tương xứng TDMP, có lao không), khám vú
- Trước khi sinh thiết mp thì chọc dịch lại xem tb, làm cell block
- Đang TDMP cận viêm thì đợi 3 – 5 ngày đtri ổn, đỡ sốt. MP đang viêm, có mủ thì không nên sinh thiết. dùng KS mà có khuynh hướng giảm thì không cần sinh thiết

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Tràn dịch màng phổi (P) lượng trung bình cận viêm phổi / THA / BTTMCB / Đau khớp gối

XIV) ĐIỀU TRỊ:

1/Điều trị hiện tại: đtri VPCĐ

-Ceftriaxone 1g/1 lọ x 2 TTM → liều cao của VMN mủ nà nì??

-Azithromycin 0.5g + NaCl 0.9% 100ml x 2 TTM XXX g/ph

→ không có Azith truyền. Azith 500 mg x 1 (u) (còn hơi nhẹ). Macrolide đánh vk không điển hình,, còn tdoi do vk gram (-), (+)

-Amplodipin 5mg 1v /ngày

-Altenolol 50mg 1/2v /ngày → coi chừng b-blocker khoan dùng vì bn còn khó thở

-Trimetazidine 35mg x 2 lần/ngày

-Tập vật lý trị liệu hô hấp → đtri hết ổn đợt cấp rồi mới tập. ca này: SÂ + Chọc tháo dịch tối đa chống dày dính

CDPB Viêm vs lao: AFB đàm, soi cấy đàm

2/Hướng xử trí tiếp theo:

-Chờ kết quả vi khuẩn học của dịch màng phổi

-Đánh giá đáp ứng điều trị viêm phổi sau 3-5 ngày, nếu không đáp ứng cần loại trừ lao phổi / lao màng phổi: PCR dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, chọc dịch màng phổi lần 2, hút đàm làm AFB

XV) TIỀN LƯỢNG:

-VP có biến chứng TDMP là viêm phổi nặng, bệnh nhân có bệnh tim mạch kèm theo (THA, bệnh tim thiếu máu cục bộ) → Tiên lượng nặng

Tóm lại:

- Chưa loại K phổi do giờ lquan gen giếc trẻ hóa, không loại trừ bất cứ ai khi bn đã >30t
- Đề nghị thêm ct-scan ngực
- ADA # 40 – 50 không dc phán lao liên, phải cẩn thận cdpb K. ADA >70 → gợi ý nhiều lao. K di căn ADA << 40 (kinh nghiệm).
- Nghi lao không CCĐ Quinolone vì có khi chết vì VP trc khi vì lao, quinolone dùng ngắn 5 -7d đtri viêm phổi thì ok.
- Quinolone/lao: Làm đàm không ra, lao đa kháng.
- Nếu không dùng quinolone → nâng C3 lên C4 hoặc Ivanz (ertapenem), Tazocim