

BỆNH ÁN HÔ HẤP

Copyright © - Ghi chép mỗi tay by Minh Hằng Y13 UMP

I.Hành chính:

Họ và tên: Phan Thanh H. Nam 54 tuổi (1965)

Nghề nghiệp: Công nhân dọn vệ sinh đã nghỉ hưu

Địa chỉ: 166/đường 28, Phường 6, Quận Bình Thạnh, TP HCM

Nhập viện lúc 17h ngày 8/02/2019 Khoa Cấp cứu BV NDGD

Số NV: 7090

II.LĐNV: Khó thở

III.Bệnh sử:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD nhóm D tháng 10/2018 ở BV NDGD đang điều trị ổn với: Seretide 25/250mcg 2 nhát sáng+2 nhát chiều, Spiriva 2.5mcg 2 nhát hít sáng; Berodual (khi có khó thở).

Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân khó thở **tăng lên so với trước**, khó thở liên tục, hai thì, ngay cả khi nghỉ ngơi. BN ho nhiều và đàm trắng đục **nhiều hơn bình thường**, cảm giác nặng ngực và mệt nhiều. BN sổ mũi ít, hơi rát họng, không sốt. Bệnh nhân xịt thuốc Berodual 2 nhát thì triệu chứng có giảm nhưng không hết khó thở.

Ngày nhập viện BN vẫn khó thở kèm các triệu chứng kể trên, tới chiều khó thở tăng nhiều, bứt rứt, xịt Berodual 3 lần không bớt nên người nhà đưa đi nhập cấp cứu BV NDGD.

Tình trạng nhập viện: BN lơ mơ, sinh hiệu: M 118 l/ph, HA 160/90 mmHg, NT 35 l/ph, NĐ 37°C, SpO2 50%/KT, phổi nhiều rale rít, rale ngáy 2 bên.

Trong 2 ngày bệnh, BN không sốt, không đau ngực, không phù, không hít phải dị vật, ăn uống được, tiêu tiểu bình thường.

IV.Tiền căn:

1. Bản thân:

-Nội khoa

+BN ho khạc đàm trắng trong vào buổi sáng #5 năm trở lại đây, khó thở khi đi bộ nhanh, làm việc nặng, tình trạng này tăng dần lên trong thời gian gần đây nên BN chỉ ở nhà, đi lại chưa được #100m hay vài phút thì khó thở. Tháng 10/2018 BN ho

Phạm Văn Mạnh
Tổ 9 – Y13B – ĐHYD
Nhóm 4

khắc đàm nhiều và khó thở nhiều, cả lúc nghỉ ngơi nên đi khám BV NDGD được chẩn đoán COPD nhóm D. BN đã nhập viện vì 2 lần vào đợt cấp vào 10/2018 và 1/2019.

+Chẩn đoán THA, ĐTĐ type 2 6 năm ở BV NDGD. HA trung bình #120/80 mmHg, đường huyết, HbA1C không rõ. Hiện điều trị theo toa

Telmisartan 40 mg 1 viên

Gliclazid 30mg 1 viên

Metformin 500 1 viên

+Chẩn đoán lao phổi 2 năm ở BV PNT uống thuốc 6 tháng, BV có XN đàm và chụp x quang kết luận đã khỏi sau điều trị.

-Ngoại khoa: Chưa từng chấn thương, phẫu thuật trước đây.

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

-Thói quen: **Hút thuốc lá**: từ năm 18 tuổi 1-2 gói/ngày, bỏ thuốc được 1 năm(72 gói.năm). Uống rượu bia ít.

2. Gia đình: Gia đình chưa ghi nhận ai COPD, hen.

V.Lược qua các cơ quan(8h 18/2/2019)

1. Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
2. Hô hấp: Không khó thở, còn ho đàm ít, không khò khè
3. Tiêu hóa: Không đau bụng, đi cầu phân vàng đóng khuôn, ăn uống được.
4. Tiết niệu: Không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong.
5. Cơ-xương-khớp: không đau, không giới hạn vận động.

VI.Khám: 8h 18/2/2019

1. Tổng trạng:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

Môi hồng với khí trời. Chi ấm, mạch rõ.

Da niêm hồng, không xuất huyết da niêm, không mỏng da.

Không phù.

Không co kéo cơ hô hấp phụ

Mạch: 88 lần/phút

Thở: 20 l/p

Phạm Văn Mạnh
Tổ 9 – Y13B – ĐHYD
Nhóm 4

HA: 130/80 mmHg

T°: 37°C

Cân nặng: 76 kg, chiều cao: 1m72 → BMI=25,65 kg/m²: Béo phì

2. Đầu-mặt-cổ:

Khí quản không lệch, tuyến giáp không to

Không tĩnh mạch cổ nổi

Hạch ngoại vi không sờ chạm

Họng sạch, môi không khô, lưỡi không dơ.

3. Lồng ngực: Cân đối, tham gia thở tốt, không co kéo cơ hô hấp phụ, không giãn khoảng liên sườn không dấu sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo cũ, Không nữ hóa tuyến vú .

-Tim: Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập mỏm tim 1*1 cm, không ổ đập bất thường, Harzer (-). Tần số tim: 88 l/p, đều, tiếng tim T1 T2 mờ, không âm thổi.

-Phổi: Rung thanh đều 2 bên, gõ trong khắp phổi, rì rào phế nang đều 2 bên, không rale phổi.

4. Bụng:

Cân đối, tham gia thở tốt, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ, rốn lõm.

Bụng mềm, không điểm đau khu trú, gõ trong khắp bụng.

Gan, lách không sờ chạm. Chạm thận (-)

5. Thân kinh-Cơ xương khớp:

Các khớp không sưng, không đỏ, không đau, không giới hạn vận động

Không dấu cổ gượng

VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 54 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

-TCCN:

Khó thở nặng dần, khó thở liên tục, hai thì, không đáp ứng với thuốc dẫn phế quản

Ho nhiều, đàm nhiều hơn trước

Phạm Văn Mạnh
Tổ 9 – Y13B – ĐHYD
Nhóm 4

Sổ mũi, đau họng.

Mệt nhiều, nặng ngực

- TCTT:

Bứt rứt, xanh tím, lơ mơ

Sinh hiệu lúc nhập viện: Mạch 118 lần/phút HA 160/80 mmHg Thở 35 lần/phút
T°37°C

SpO2 50% với khí trời. Phổi nhiều rale rít, ngáy

- Tiền căn:

COPD nhóm D, tăng huyết áp, ĐTĐ type 2

Hút thuốc lá #72 gói.năm

VII. Đặt vấn đề:

1. Hội chứng suy hô hấp cấp

3. COPD nhóm D, THA, ĐTĐ type 2

VIII. Chuẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD mức độ nặng, BC suy hô hấp cấp, yếu tố thúc đẩy: nhiễm trùng hô hấp trên/COPD nhóm D-THA-ĐTĐ type 2.

IX. Chuẩn đoán phân biệt:

Suy tim cấp/COPD nhóm D-THA-ĐTĐ type 2

Viêm phổi, biến chứng SHH cấp/COPD nhóm D-THA-ĐTĐ type 2

Lao phổi tái phát BC SHH cấp-COPD nhóm D

IX. Biện luận:

1. Hội chứng suy hô hấp cấp + COPD nhóm D, THA, ĐTĐ type 2 đã chẩn đoán.

- COPD nhóm D

BN nam 54 tuổi, hút thuốc lá 72 gói.năm, ho khạc đàm kéo dài, khó thở khi gắng sức, tình trạng khó thở này tăng dần và đã được chẩn đoán COPD ở BV NDGD. Thời gian gần đây khó thở bệnh nhân đi lại chưa được #100m hay vài phút thì khó thở, có khi cả lúc nghỉ ngơi, trong vòng 5 tháng qua đã nhập viện 2 lần nên phù hợp với chẩn đoán COPD nhóm D.

Biến chứng bệnh COPD:

- + Suy hô hấp mạn: BN không có các triệu chứng của giảm oxy hay tăng CO₂ mạn như tím trung ương, ngón tay dùi trống, lơ mơ ngủ gà ngoài đợt cấp nhưng không loại trừ. Đề nghị KMDM để chẩn đoán.
- +Đa hồng cầu: bệnh nhân không có lòng bàn tay ửng đỏ, da mặt và vùng cổ ửng đỏ nhưng không loại trừ, đề nghị làm CTM.
- +Tâm phế mạn: khám không thấy gan to, không tĩnh mạch cổ nổi, khám tim không thấy bất thường nên ít nghĩ đến biến chứng bệnh tâm phế. Cần xem thêm kết quả ECG và XQ ngực.
- +BC của dùng corticoid kéo dài: BN không có tái phân bố mỡ, teo chân tay, phì đại tuyến vú, mỏng da nên không nghĩ tới biến chứng do dùng corticoid.

- THA, ĐTD type 2

BN đã được chẩn đoán THA, ĐTD type 2 6 năm, đang điều trị theo toa bệnh viện, hiện tại bệnh nhân không đau ngực, không phù, không tĩnh mạch cổ nổi, khám tim bình thường, không nhìn mờ, không tiểu ít, không dấu hiệu thiếu máu nên ít nghĩ nhưng không loại trừ, đề nghị làm thêm CLS để tầm soát biến chứng: ECG, SA doppler tim, X quang ngực thẳng, BUN, creatinin, TPTNT, soi đáy mắt; đường huyết tĩnh mạch, HbA1c.

- Hội chứng SHH cấp

BN có khó thở, bứt rứt, xanh tím, lơ mơ, mệt, nặng ngực, SpO₂ lúc NV 50% với khí trời nên BN có suy hô hấp cấp. Đề nghị làm KMDM để xác định chẩn đoán. Nguyên nhân SHH cấp có thể có trên BN này:

- +Đợt cấp COPD: BN khó thở tăng, ho đàm tăng thỏa 2/3 tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp của Anthonisen nên nghĩ nhiều là đợt cấp COPD. Đợt cấp này thỏa 2 tiêu chuẩn Anthonisen nhưng suy hô hấp nặng, cơ địa có nhiều bệnh đồng mắc nên mức độ là nặng.
- +Viêm phổi: BN không có dấu hiệu nhiễm trùng rõ trên lâm sàng như sốt lạnh run, môi khô lưỡi đỏ về mặt nhiễm trùng, khám không thấy rale ẩm nổ nên ít nghĩ tới viêm phổi, tuy nhiên không loại trừ. Đề nghị làm x quang ngực thẳng, CRP, CTM để chẩn đoán.
- +Tràn khí màng phổi: BN khó thở, ho khạc đàm diễn tiến nặng dần trong 2 ngày, khám tại thời điểm cấp cứu không ghi nhận hội chứng tràn khí màng phổi nên không nghĩ.
- +Thuyên tắc phổi: BN không đau ngực, không ho ra máu, không bất động lâu ngày, không huyết khối tĩnh mạch sâu nên ít nghĩ. Đề nghị làm thêm D-dimer để chẩn đoán.

+Lao phổi tái phát: BN không có hội chứng nhiễm lao chung nhưng không loại trừ, làm X quang ngực thẳng để chẩn đoán.

+Suy tim cấp: Trên cơ địa BN THA-ĐTĐ type 2 suy tim cấp có thể do hội chứng vành cấp hay tăng huyết áp cấp cứu. BN hiện không đau ngực, HA nhập viện trong giới hạn bình thường nên ít nghĩ nhưng không loại trừ, đề nghị làm ECG, troponin I.

X. Đề nghị CLS:

- Thường quy: công thức máu, AST, ALT, BUN, Creatinin, đường huyết TM, ion đồ, TPTNT.

-Chẩn đoán: XQ ngực thẳng, KMDM, CRP, ECG, SA doppler tim, D-dimer, troponin I, HbA1c

XI.Kết quả:

1. KMDM (08/02/19):

#tHb A	8.1	g/dl
Nhiệt độ	37	oC
pH	7.252	7.35 – 7.45
PaCO2	40,9	35-45 mmHg
PaO2	112,3	>80mmHg
O2Sat	97.2	%
HCO3-	18	22-26 mmol/L
BE	-8.3	Mmol/L
BB	36.8	Mmol/L
tCO2	19.3	24-32mmol/L
O2cont	11.3	Vol%
AaDO2	197.6	mmHg
FiO2	50	
BP?	758	mmHg
SBE	-08.1	

PaO2 112.3mmHg, PaCO2 40.9 mmHg không phù hợp suy hô hấp nhưng là do khí máu động mạch làm ở thời điểm BN đã thở oxy với FiO2 50%. Tỉ số $PaO2/FiO2 = 112,3/0.5 = 224,6 < 400$ nên bệnh nhân này có giảm oxy máu. Vậy kết luận là BN suy hô hấp giảm oxy máu có đáp ứng với oxy liệu pháp.

pH<7.35 và HCO3- 18 nên có tình trạng toan chuyển hóa> PaCO2 dự đoán

$1.5 \times 18 + 8 = 35 < PaCO2$ thực tế nên có tình trạng toan hô hấp đi kèm . Không tính được AG do chưa có ion đồ. Kết quả này không ủng hộ cho tình trạng của BN do suy hô hấp do AECOPD CTM (08/02/2019):

2. XQ:



Phế trường 2 bên có nhiều dải tăng đậm độ nghĩ là dải xơ

Vòm hoành 2 bên dẹt nghĩ là do khí phế thũng

Bóng tim không to, cung động mạch phổi không lớn nên không lớn

*Kết luận: Phim phổi không thấy tổn thương gợi ý viêm phổi, tâm phế mạn và phù hợp BN COPD, tiền căn lao phổi cũ.

3. ECG



Nhịp xoang đều tần số 90 lần/phút, trục QRS trung gian; V1 có sóng q nhỏ nhưng V2, V3 không có nên không nghĩ nhồi máu cơ tim cũ, RV1 cao nhưng RV2 RV3 thấp trục QRS trung gian, SV5, SV6 không âm nhiều, không hình ảnh lớn nhĩ phải>> nên không nghĩ lớn thất phải.; Có 1 ngoại tâm thu trên thất.

*Kết luận: Các buồng tim không lớn, không hình ảnh gợi ý tâm phế mạn; Ngoại tâm thu trên thất.

4. Các xét nghiệm khác như CTM, CRP, đường huyết TM, AST, ALT, BUN, creatinin, ion đồ, TPTNT, SA doppler tim, D-dimer, Troponin I, HbA1c chưa làm.

XII. Chẩn đoán xác định: Đợt cấp COPD mức độ nặng, BC suy hô hấp cấp, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp trên/ COPD nhóm D-THA-ĐTĐ type 2

XIII. Điều trị

1. Điều trị đợt cấp

- Nhập viện:

BN cần nhập cấp cứu vì có tình trạng suy hô hấp, thay đổi tri giác, SpO2 thấp 50%

- BN suy hô hấp rối loạn tri giác có chỉ định thở máy. Mục tiêu duy trì SpO2 88-92%

- Thuốc giãn phế quản: SABA+SAMA tác dụng ngắn, phun khí dung

-> Combivent (Salbutamol + Ipratropium)

- Corticoid đường toàn thân: giảm thời gian điều trị, cải thiện FEV1, giảm nguy cơ tái phát sớm và nguy cơ thất bại điều trị, rút ngắn thời gian điều trị

-> Prednisolone (Medrol, Solumedrol) uống, kèm thuốc ức chế bơm proton.

Phạm Văn Mạnh
Tổ 9 – Y13B – ĐHYD

Nhóm 4

- Kháng sinh: AECOPD mức độ nặng, cơ địa nhiều bệnh đồng mắc, có yếu tố nguy cơ của viêm phổi liên quan chăm sóc y tế → nên sử dụng thêm kháng sinh trong vòng 5-10 ngày. Kháng sinh nên chọn là Flouroquinolone hoặc betalactam-betalactamase inhibitor

- Tiếp tục thuốc THA ĐTD

- Điều trị hỗ trợ: loãng đờm, hỗ trợ dinh dưỡng

=> Điều trị cụ thể:

- Combivent 2,5 ml/ống + Natri Clorua 0,9% 2ml Phun khí dung mỗi 4h

- Solumedrol 40 mg 1 lọ TMC Sáng hoặc Medrol 16 mg 1 v*2 (u).
Tính lại liều theo prednisolone.

- Levofloxacin 0,75mg/100ml NaCl 0.9% 1 chai TTM XXX giọt/phút

- Amlodipine 5mg 1 viên uống sáng

- Gliclazide 30mg 1 viên uống sáng+theo dõi sát LS

- Pantoprazole 40mg 1 viên uống trước ăn 30 phút

- Vacomuc 0,2g 1 gói*3 uống sáng, chiều, đêm.

- CS 1, theo dõi sinh hiệu, SpO2 mỗi 30 phút

2. Điều trị phòng ngừa.

Tiếp tục điều trị COPD nhóm D-THA-ĐTD type 2 sau khi hết đợt cấp, tiếp tục thuốc hiện tại: Symbicort + Spiniva, Berodual khi có khó thở, thuốc THA, ĐTD type 2 như trên

3. Xuất viện khi:

- Có khả năng sử dụng LABA hoặc LAMA

- Cần SABA > 4h/lần

- Có khả năng đi lại trong phòng

- Có khả năng ăn ngủ mà không bị thức giấc do khó thở

- Ổn định LS và khí máu động mạch 12-24h

- BN biết cách sử dụng thuốc đúng đắn

- Sắp xếp tái khám và chăm sóc tại nhà hoàn chỉnh. BN thân thiện và có thể xử trí đúng tại nhà.

Phạm Văn Mạnh
Tổ 9 – Y13B – ĐHYD
Nhóm 4