

BỆNH ÁN

Thầy Bảo sửa 27/2/2019

Thầy chỉ đọc từ TTBA

I.Hành chính

Ho và tên: Võ Thi M

Giới nữ

Tuổi 63

Nghề nghiệp: làm rẫy đã nghỉ hưu

Địa chỉ: Huyện đất đỏ, tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu

Thời gian nhập viên: 15h45' ngày 19/02/2019

Số hồ sơ: 9328 Giường 47 phòng 406, khoa nội hô hấp BVNDGD

II.Lý do nhập viện: Khó thở

III. Bệnh sử

Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD 2 năm tại BVNDGD

Cách nhập viện 2 ngày, sau khi ngủ dậy bệnh nhân thấy khó thở liên tục, 2 thì từ từ tăng dần, tăng lên khi đi lại, giảm khi nghỉ ngơi, không thay đổi theo tư thế. BN ho đàm ít, đàm vàng đục, kèm cảm giác nặng ngực mỗi khi ho. Bệnh nhân xịt 2 nhát Berodual thì khó thở giảm nhưng vẫn còn.

Sáng cùng ngày nhập viện, khi ngủ dậy bệnh nhân thấy khó thở nhiều hơn, khó thở phải ngồi, liên tục 2 thì, tăng khi đi lại, không giảm khi nghỉ ngơi, kèm ho khạc đàm vàng, nặng ngực với tính chất tương tự. Bệnh nhân xit 2 nhát Berodual thì khó thở không giảm -> BVNDGD

-Tình trạng lúc nhập viện:

+ Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

+Sinh hiệu: Mach 132 l/p HA: 150/80 mmHg

Nhịp thở: 22l/p Nhiệt độ: 37.8oC

SpO2 92% với khí trời

+Phổi không ran, tim đều

+Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không đau ngực, không sốt, không phù, ăn uống được, tiêu tiểu bình thường

IV. Tiền căn

1. Tiền căn cá nhân:

a. Nội khoa

-Cách nhập viện 2 năm, bệnh nhân khó thở đi khám được chẩn đoán COPD nhóm (?) tại BVNDGD (có đo hô hấp ký), được điều trị:

+Seretide 2 nhát x2/ngày (S.C)

+Berodual khi khó thở

-Năm 2018, bệnh nhân nhập viện NDGD 2 lần vì đợt cấp COPD vào tháng 4 và tháng 6 (đều khó thở tăng, đàm vàng tương tự). BN tái khám không thường xuyên, hiện tái khám ở BV Bà rịa (lần gần nhất là tháng 8/2018), được điều trị:

+Seretide 2 nhát x2/ngày (S.C)

+Berodual khi khó thở

+Ventolin MDI khi khó thở nhiều

- Khoảng 3 tháng nay, BN khó thở khi nằm đầu bằng, nằm ngủ phải kê 2 gối, chưa ghi nhận thức giấc về đêm do khó thở.

-Cách nhập viện 2 tháng: BN phù 2 chân tăng khi đi lại, thường xuất hiện vào buổi chiều, giảm khi gác chân lên cao, BN cảm giác nặng, tê bì ở 2 bàn chân

-Hiện tại : bệnh nhân thấy khó thở khi đi bộ #20m hay khi thay quần áo (so với cách nhập viện 2 năm: tự đi chợ cách nhà 400m)

-Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu, bệnh lý mạch vành, suy tim, lao phổi

b, Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa

c, Sản phụ khoa: PARA 2002; Đã mãn kinh 10 năm

d, Thói quen sinh hoạt

-HTL 50 gói-năm trong 50 năm (đã bỏ 1 năm)

-Không uống rượu bia

-Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn, viêm mũi dị ứng, chàm da

2. Tiền căn gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ, Rối loạn lipid máu, bệnh lý tim mạch sớm, hen, COPD

V. Lược qua các cơ quan: 8h ngày 22/02/2019

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

Hô hấp: còn khó thở, ho khạc đàm giảm.

Tiêu hóa: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn

Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng sậm, khoảng 600ml/ngày (dịch nhập #11/ngày)

Thần kinh, cơ xương khớp: không đau cơ khớp, không giới hạn vận động các khớp

VI. Khám:

1. Tổng trạng

+ Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

+ Môi hồng / khí trời

+ Chi ấm, mạch quay đều, rõ

+ Sinh hiệu: Mạch 96 lần/phút HA 130/80 mmHg

Nhịp thở 18 lần/phút SpO₂ 93%/khí trời Nhiệt độ 37°C

+ Chiều cao: 1.41m, CN 45kg -> BMI = 20,62 (thể trạng trung bình)

+ Da niêm hồng, không đỏ da mặt cổ, không sung huyết kết mạc mắt

+ Không ngón tay dùi trống

+ Hạch ngoại biên không sờ chạm

+ Phù chân (P) đến ½ cẳng chân, chân (T) đến mắt cá chân, phù mềm, ấn lõm, không sung nóng đỏ.

2. Khám vùng

a. Đầu mặt cổ:

+ Cân đối, khí quản không lệch

+ Không tĩnh mạch cổ nổi/45°

+ Họng sạch, môi không khô, lưỡi không dơ

b, Lồng ngực

+ Cân đối, di động đều khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ

+ Không u, không sẹo, không vết thương, khoang liên sườn không giãn

-Tim:

+ Mỏm tim ở KLS V giao đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm, không ổ đập bất thường

+ Không dấu nẩy trước ngực, Hazer (-)

+ T1, T2 đều rõ, tần số 96 lần/phút, không âm thổi hay tiếng tim lạ

-Phổi

+ Rung thanh đều 2 bên

- + Gõ trong khắp 2 phổi
- + Âm phế bào êm dịu 2 phế trường
- + Ran ngáy lan tỏa 2 phế trường

c. Bụng

- + Cân đối, di động đều theo nhịp thở
- + Không u, không sọc, không tuần hoàn bàng hệ
- + Gõ trong khắp bụng
- + Bụng mềm, không điểm đau khu trú
- + Gan, lách, thận không sờ chạm

d. Thần kinh – cơ xương khớp:

- + Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- + Không giới hạn vận động khớp

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ, 63 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 ngày, ghi nhận

TCCN:

-Khó thở liên tục, 2 thì, tăng khi đi lại, không giảm khi nghỉ ngơi (để so sánh so với trước, trc KT giảm khi nghỉ), không đáp ứng với Berodual, KT tăng so với bình thường (để cđoan dc đợt cấp)

-Ho nhiều, đàm vàng

TCTT:

-Rung thanh đều 2 bên, gõ vang 2 phổi, âm phế bào ~~êm dịu 2 phế trường~~ (không có ý nghĩa) **ÂPB không có/có mà giảm??**

-Ran ngáy lan tỏa 2 phế trường ở ngoại biên hay trung tâm (nghe vùng cổ). Ca này tổn thương PQ nhiều, so sánh ng biên vs center. Đường thở xa tổn thương sao không có ran rít, giảm APB? → có khi lan ra ngoại biên hoy, vỗ lưng cho đàm nhớt bớt rồi nghe lại.

-HA lúc nhập viện 150/80 mmHg, HA lúc khám 130/80 mmHg (đang điều trị

Amlor)

-Khám tim chưa ghi nhận bất thường → vẫn không loại dc suy tim đầu ngar!

-Phù 2 chi dưới, chân (P)>chân (T)

Đang hướng cđoan suy van TM. Phải ghi thêm khám: TM ngoại vi ntn, màu da (thường xám xám xin xin), đứng lên có nhức mỗi chân? Có tiền căn sinh con to, rụng rụng hok?

Tiền căn:

-COPD được chẩn đoán tại BVNDGD

-Năm trước nhập viện 2 lần vì đợt cấp COPD

-Hiện tại khó thở khi đi bộ 20m hay khi thay quần áo

- Cách nhập viện 3 tháng: khó thở khi nằm, không khó thở kịch phát về đêm

-Cách nhập viện 2 tháng: phù 2 chân tăng khi đi lại, giảm khi gác chân lên cao

-HTL 50 gói-năm <nữ 63t làm rầy da hell?>, có ho đàm hok?

VIII. Đặt vấn đề:

- 1) Khó thở cấp / mạn
- 2) HC tắt nghẽn đường hô hấp dưới
- 3) THA
- 4) Phù chân (P)>chân (T)
- 5) Tiền căn COPD

IX. Chẩn đoán

1) Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD mức độ trung bình, yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp/ COPD nhóm D chưa biến chứng- THA độ 1 (JNC7) chưa biến chứng- Suy van tĩnh mạch chi dưới

2) Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình / COPD nhóm D chưa biến chứng- THA- suy van tĩnh mạch chi dưới

- Thuyên tắc phổi/ COPD nhóm D chưa biến chứng-THA- Suy van tĩnh mạch chi dưới

- Đợt mất bù suy tim (T), yếu tố thúc đẩy viêm phế quản cấp/ Suy tim NYHA IV, giai đoạn C theo ACC/AHA, nguyên nhân do THA / COPD nhóm D chưa biến chứng- Suy van tĩnh mạch chi dưới

X. Biện luận:

Thầy không đọc lun, chỉ đọc cdsb r biện luận từng cái để đoán

1. DPQ: Tiền căn bệnh phổi cũ, lao → TTBA phải có ghi tiền căn này nếu có cdsb DPQ

2. VP: Sốt, ho đàm vàng → phải cdsb do bệnh nặng. CLS: Xquang

3. PE: Wells 4đ → D-Dimer trước (do xuất tiền nhiệm cao dùng d-dimer loại trừ méo hủi lắm hìhì)

4. Đợt mất bù suy tim: Không loại trừ → Dùng Xquang, NT pro BNP, SÂ tim

5. ACOS: Hỏi kỹ tiền căn hen

1) Khó thở cấp / mạn:

* Khó thở mạn:

+ Bệnh nhân >40 tuổi, khó thở khi gắng sức, tăng dần theo thời gian, tiền căn HTL 50 gói- năm, đã được làm hô hấp ký và chẩn đoán COPD tại bệnh viện NDGD → nghĩ nhiều do COPD.

- Bệnh nhân mMRC 4, năm vừa rồi có 2 đợt cấp phải nhập viện: COPD nhóm D

- Chưa ghi nhận biến chứng tâm phế mạn, đa hồng cầu, tác dụng phụ corticoid.

+ Tuy nhiên trên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (63 tuổi, HTL, THA, ít vận động thể lực), có khó thở khi gắng sức, khám thấy phù 2 chi dưới → có thể do suy tim đi kèm.

- Suy tim NYHA 4, giai đoạn C (ACC/AHA)

- Nguyên nhân: nghĩ nhiều do THA

* Khó thở cấp: có thể do các nguyên nhân

+ Đợt cấp COPD: bệnh nhân có bệnh nền COPD, khám thấy hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới nên nghĩ nhiều..

- Bệnh nhân có khó thở tăng, khạc đàm vàng → mức độ trung bình

- Yếu tố thúc đẩy: bệnh nhân có ho khạc đàm vàng, sốt nhẹ lúc nhập viện -

> nghĩ do viêm phế quản.

+ Suy tim mất bù cấp: khám thấy hội chứng TNĐHHD, bệnh nhân có thể có suy tim đi kèm nên không loại trừ khó thở cấp do hen tim.

- YTTĐ: nghĩ nhiều do viêm phổi

+ TKMP: không ghi nhận hội chứng TKMP, không lép bép dưới da nên không nghĩ.

+ Viêm phổi: nghĩ do lúc nhập viện bệnh nhân có sốt, khạc đàm vàng.

+ Thuyên tắc phổi: bệnh nhân có 4.5 điểm theo tiêu chuẩn WELL (phù chân, mạch lúc nhập viện 132 lần/phút), chỉ vận động tại giường nên nghỉ nhiều.

+ Nhồi máu cơ tim cấp: bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, lớn tuổi nên có thể không có triệu chứng đau ngực -> không loại trừ.

2) Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới: trên bệnh nhân nghĩ do đợt cấp COPD hoặc hen tim (đã biện luận trên)

3) THA: huyết áp lúc nhập viện 150/80 mmHg, HA lúc khám 130/80 mmHg dù đang điều trị thuốc hạ áp nên nghĩ bệnh nhân có tăng huyết áp.

+ Bệnh nhân THA độ 1 theo JNC 7, nghĩ THA vô căn

+ Biến chứng: khám chưa ghi nhận biến chứng, nhưng cần tầm soát.

4) Phù chân (P) > chân (T): có thể do các nguyên nhân

+ Suy van tĩnh mạch: bệnh nhân phù không đối xứng, nặng hơn về chiều hoặc khi đi lại, phù giảm khi gác chân lên cao nên nghĩ nhiều.

+ Tim mạch: tuy tính chất không điển hình nhưng bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, có khó thở khi gắng sức nên không loại trừ.

+ Không nghĩ phù do gan hay thận.

XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

1) CLS chẩn đoán: X-quang ngực thẳng, ECG, NT-proBNP, siêu âm tim, CTM, CRP, CT scan ngực, SÂ doppler tĩnh mạch chi dưới; soi đáy mắt, Ure, Creatinin HT.

2) CLS thường quy: đường huyết, ion đồ, AST, ALT, TPTNT.

XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:

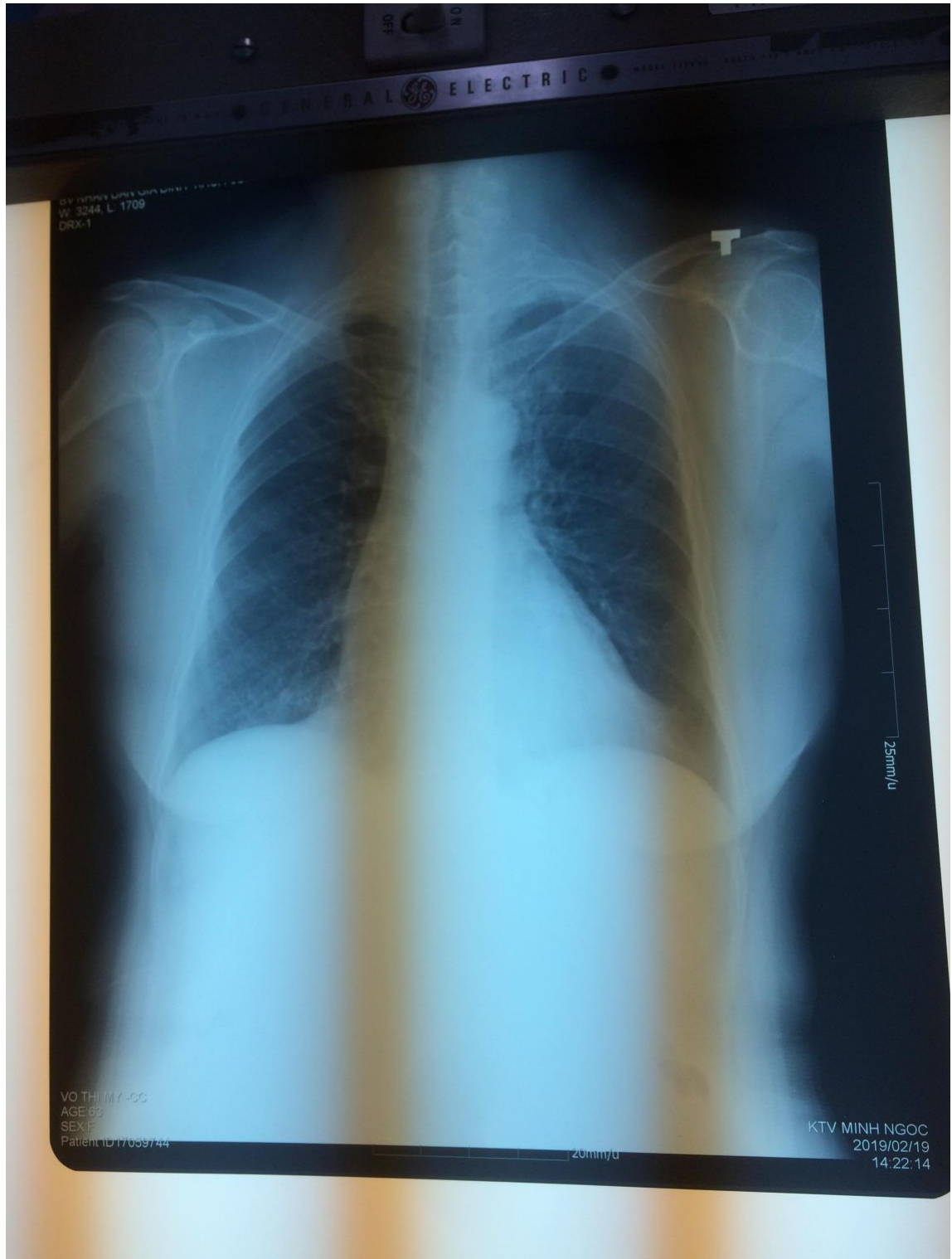
1) X quang ngực thẳng (17/2/2019)

-Bất thường:

Đám mờ không đồng nhất $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T), không có hình ảnh khí phế quản đồ, không có kéo hay đẩy lệch trung thất, bờ không rõ, không xóa bờ vòm hoành, có xóa bờ tim -> theo dõi viêm $\frac{1}{2}$ dưới phổi (T)

-> đề nghị CT scan để xác định chẩn đoán

Xem tổn thương khám dc LS có trùng vị trí của tổn thương trên film hok.



2) Công thức máu: 19/2/2019

Xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường
* WBC	13.56 tăng do cort	(4.0-10.0) K/ μ l

Neu %	77.7	(40.0-77.0) %
Lym %	17.3	(16.0-44.0) %
Mono %	4.4	(0-10) %
Eos %	0.4	(0.00-7.00) %
Baso %	0.2	(0.0-1.0) %
IG%	1.2	0.0-1.0%
Neu	10.54	(2.00-7.50) K/ μ l
Lym	2.35	(1.00-3.50) K/ μ l
Mono	0.59	(0.00-1.00) K/ μ l
Eos	0.05	(0.0-0.6) K/ μ l
Baso	0.03	(0.0-0.1) K/ μ l
IG#	0.16	0.0-0.1K/mL
**RBC	4.00	(3.6-5.5) T/L
Hgb	128	(120-160)g/l
Hct	0.388	(0.350-0.470) L/l
MCV	97.0	(80-100) fL
MCH	32.0	(26.0-34.0) pg
MCHC	330	
RDW	13.9	(9.0-16.0) %CV
***PLT	127	(150-400) Giga/L
MPV	10.2	
Sinh hóa máu		
Urea	5.0	2.5-7.5 mmol/L
Creatinin	70.2	NL (Nữ) 44-88 μ mol/L
Glucose	10.66	3.9-6.1 mmol/l
eGFR (MDRD4)	77.75	
Ion đồ		
Na	139.1	135-145 mmol/L
K	3.2	3.5-5.0 mmol/L
Cl	96.5	97-111mmol/L
AST	28.3	\leq 37 U/L
ALT	46.9	\leq 40 U/L
CRP	14.48 không tăng nhiều nên không nghĩ viêm phổi	0-5 mg/L

* Tế bào:

+ Bạch cầu tăng, Neu ưu thế, nhưng do BN đang điều trị corticoid toàn thân (BN đang điều trị solumedrol) nên không phản ánh chính xác tình trạng nhiễm trùng. CRP tăng <20 mg/L, LS BN sốt nhẹ, khám không ghi nhận hội chứng đông đặc, không ghi nhận ran nổ, kết hợp với XQ nên ít nghĩ BN có viêm phổi .

+ HC và TC trong giới hạn bình thường

* Sinh hóa máu: glucose 10.66 mmol/l= 191.88 mg/dl. BN không có tiền căn ĐTD, không có hội chứng 4 nhiều (ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều, uống nhiều) nên nghĩ ĐH này tăng do stress (BN vô đột cấp của COPD) nhưng vẫn không loại trừ được tình trạng đtd của BN -> đề nghị làm ĐH đói, HbA1c để xác định chẩn đoán

+ Chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường

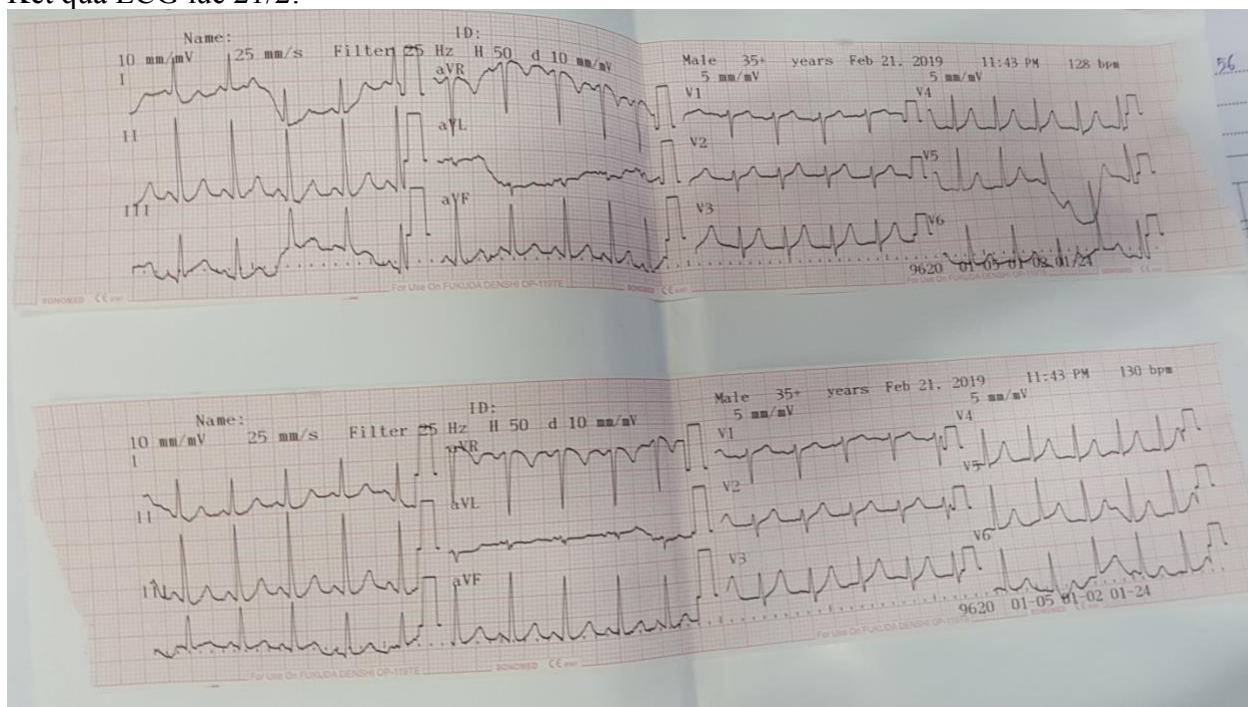
* Ion đồ: K máu giảm <3.5, BN không mất K qua đường tiêu hóa (không tiêu chảy), không mất K qua thận (không dùng lợi tiểu thiazide hay lợi tiểu quai), BN ăn uống đầy đủ nhưng do đang điều trị SABA nên nghĩ hạ K máu do tác dụng phụ của SABA

3) Ion đồ ngày 21/2/2019

Ion đồ		
Na	140.1	135-145 mmol/L
K	5.94	3.5-5.0 mmol/L
Cl	100.06	97-111mmol/L

K máu 5.94 -> tăng K máu -> đề nghị đo ECG.

4) Kết quả ECG lúc 21/2:



ECG ghi nhận sóng T cao nhọn ở V1, V2, V3. Phức bộ QRS và PR trong giới hạn bình thường, sóng P bình thường -> nghĩ nhiều có thay đổi ECG do tăng K máu. Khi đó điều trị cấp cứu tăng K máu.

Nguyên nhân tăng K máu trên BN này:

Tăng nhập K: BN ăn uống bình thường, 2 ngày trước chỉ bù KCl 0,5g 4 viên nên không nghĩ

Di chuyển K từ nội bào ra ngoại bào: các nguyên nhân như ly giải cơ vân, nhiễm trùng nặng, tán huyết...-> không nghĩ

Giảm bài tiết K tại thận: nghĩ nhiều do thời điểm này BN có tiểu ít hơn bình thường -> đề nghị làm BUN, cretinin máu để xác định

Tăng K máu giả tạo do lấy máu sai kĩ thuật, máu để lâu... gây tán huyết là nguyên nhân nghĩ sau cùng khi đã loại trừ tất cả các nguyên nhân khác

5) NT-proBNP: 106.6 pg/ml (21/2) -> loại trừ khó thở do suy tim

6) SA tim 22/2/2019

Dày van 2 lá

Không dịch màng ngoài tim
Không rối loạn vận động vùng
Hở van 2 lá nhẹ, VC>3mm
CHức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF= 57% **vẫn cần thận nếu chưa có NT-pro BNP
không nên loại lun suy tim**

7) SA tĩnh mạch chi dưới

Suy van tĩnh mạch nông 2 chi dưới

8) TPTNT

TPTNT chưa ghi nhận bất thường

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Đợt cấp COPD ~~mức độ trung bình~~ **không SHH OR có SHH đe dọa tính mạng/không đe dọa tính mạng**, yếu tố thúc đẩy ~~viêm phế quản vi trùng~~ **(NTHH)**, thời tiết/ COPD nhóm D chưa biến chứng- THA độ 1 (JNC7) chưa biến chứng- Suy van tĩnh mạch sâu

GOLD 2019 **cđoan đợt cấp: Anthonisen bỏ lâu lắm shoy!!**

However, YTTĐ nhiễm trùng thì dùng tchuan Anthonisen 3 trchung (2/3, must có đàm đổi màu) (GOLD 2019)

XIV) ĐIỀU TRỊ:

Mục tiêu

1. Không để ded: Oxy 1st, xem có chỉ định oxy, chỉ định thở máy blah blah

2. Giảm trchung: DPQ

3. Ngăn trchung mới xuất hiện:

○ Cort:

- Toàn thân hay tại chỗ?
- Uống = chích
- PKD liều cao 2,5 mg x 3
- Tgian: 5d
- Không dùng khi: loét dd, dpq, chảy máu

○ Kháng sinh:

- Không có ytn nhiễm pseudo: B-lactam + macrolide
- Có ytn nhiễm pseudo (FEV1 giảm nặng, NV nhiều lần, sd KS nhiều, đợt này cần thở máy cơ học): Ceftazidim/Ticar/Piper, FQ: Cipro (400 mg x 3) > Levo (750 mg), carbapenem nhóm 2: Mero, imi (nhóm 1 erta không dc)

4. Điều trị phòng ngừa:

- GOLD 2019 đại pháp

- Vai trò dpq, cort (đánh vào viêm qua trung gian eosinophil)

- Eos > 300 + FeNO > 50 → rất nhạy ics

- Eos < 100 + FeNO < 50 → ICS không ý nghĩa

- Ngưng thuốc lá:

Varenicline (CHAMPIX): 21mg dần → 14mg → 7mg

Bupropion (ZYBAM) : 150mg x 2/d 7 – 9w

Nicotine thay thế (HABITROL)

- PHCN hô hấp: Cho đi tới đi lui, vận động tay chân, cơ hô hấp,...
- Tiêm ngừa cúm (mỗi 1y), phế cầu (mỗi 5y)

1) Nguyên tắc điều trị:

- + Điều trị đợt cấp và yếu tố thúc đẩy
- + Tăng khả năng kiểm soát COPD, giảm nguy cơ vào đợt cấp
- + Điều trị bệnh đồng mắc

2) Điều trị hiện tại:

- + Combivent 2.5ml + NaCl 0.9% đủ 5ml PKD

→ phải ghi rõ dùng mấy lần, cách bao lâu

- + Solumedrol 40mg

1 ống (TMC)

- + Fugentin 1g ghi tên hoạt chất trực tiếp mới tên thương mại

1v x 2 (u) S, C

- + Amlor 5mg

1v (u)

- + Theo dõi mạch, nhiệt độ, SpO2/12h

3) Điều trị sau xuất viện (GOLD 2019):

+ Bệnh nhân đang điều trị LABA, LAMA, ICS, nhiều lần nhập viện vì viêm phổi, eosinophil 50/mcL <300/mcL => xem xét ngưng ICS, kiểm soát bằng LABA + LAMA (spiolto: olo + tio, ultibro: 85 indaca + 43 glycopyrronium) → ulti đã có ở khoa HH). Nếu eos > 200 mà đang dtri ICS + LABA thì nâng lên triple therapy

- + Berodual khi khó thở

- + Tiêm ngừa cúm, phế cầu

XV) TIỀN LƯỢNG:

1) Tiên lượng gần:

+ Bệnh chẩn đoán được, chưa biến chứng, có thể điều trị, đáp ứng điều trị tốt -> tiên lượng gần tốt.

2) Tiên lượng xa: COPD nhóm D, có THA đi kèm -> tiên lượng xấu