

## FORM COPD

### I. Hành chính:

Họ và tên:                      Tuổi:                      Giới:                        
Địa chỉ: TP. HCM  
Nghề nghiệp:  
Ngày nhập viện:  
Phòng Khoa: Nội hô hấp BV ND Gia Định

### II. Lý do nhập viện: Khó thở

### III. Bệnh sử:

Trong quá trình bệnh, bn ...

\* Tình trạng lúc nhập viện: bn tỉnh, tiếp xúc tốt.

Mạch: 112 lần/phút                      HA: 190/100 mmHg                      Nhịp thở: 48 lần/phút  
Nhiệt độ: 38.5 °C  
SpO<sub>2</sub>: (khí trời)

### IV. Tiền căn:

#### 1/ Bản thân:

##### a) Nội khoa: (BN khai)

1<sup>st</sup>: BN đã được Δ COPD vào lúc nào? Tại đâu? 0: seretide, berodual (không cần ghi số liều)

- Tiền căn Δ COPD trước đó. Nếu chưa được Δ, ghi rõ ho khạc đàm, khó thở ntn, xịt thuốc gì (chỉ quan tâm thuốc XIT), có toa đầy đủ thì tốt.
- Nhập viện mấy lần trong năm vừa qua.
- Toa thuốc những lần không NV, nếu có kháng sinh / corticoid → coi như là đợt cấp.
- Bệnh nhân có bao h đặt NKQ, thở máy?
- mMRC ngoài đợt cấp
- bệnh nội khoa đi kèm (xem toa thuốc THA, ĐTĐ, thiếu máu, tim, lao..?)
- HTL bao nhiêu pack-year? Dừng được bao lâu r? nếu còn hút thì hút bao nhiêu/ngày?
  - THA, ĐTĐ, RL lipid máu, COPD, bệnh lí tim mạch, lao, K.

##### b) Ngoại khoa: chưa ghi nhận

##### c) Thói quen:

- HTL:

- dị ứng, chàm, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, viêm da tiếp xúc.

## 2/ Gia đình:

- COPD, hen, THA, ĐTĐ, RLLM, K, sỏi niệu, bệnh thận, bệnh tim mạch (sớm).

## V. Lược qua các cơ quan:

-Tim mạch, hô hấp: không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực, ho khạc đàm trắng đục.

-Tiêu hóa: không đau bụng, không chán ăn, không buồn nôn, không nôn, Tiêu phân vàng đóng khuôn (Táo bón → rắn → găng sức → vào đợt cấp COPD)

-Tiết niệu: đau thốn vùng bẹn bìu, tiểu khó, tiểu gắt buốt, không còn tiểu lắt nhắt, không đau hông lưng, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường.

-Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.

-Cơ, xương, khớp: sờ thấy khối nhỏ ở khớp vai trái, khó chịu vai trái, không tê, yếu chi, không đau cơ xương khớp, không giới hạn vận động các khớp.

## VI. Khám lâm sàng:

### 1/ Tổng trạng:

- Bn tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Thể trạng bình thường: CN 56 kg, CC 1.68m => BMI = 19.8 kg/m<sup>2</sup>

- Sinh hiệu: Mạch: 110 lần/ phút, HA 120/70 mmHg

Nhịp thở 26 lần/phút, Nhiệt độ 38°C SpO<sub>2</sub>: 95% KHÍ TRỜI

- Nằm đầu cao, thở co kéo cơ hô hấp phụ.

- Da niêm hồng, mạch tứ chi đều rõ.

- Không phù, không vàng da, không THBH, không sao mạch.

Môi khô lưỡi dơ?

### 2/ Đầu – mặt – cổ:

- Cân đối tuyến giáp không to, môi khô, lưỡi dơ.

- Không TMCN /45°, phản hồi bụng cảnh (-).

### 3/ Lồng ngực:

- Cân đối, di động kém khi thở.

- Không lồng ngực hình thùng, cột sống không biến dạng, không u, không sẹo mổ.

- Kls giãn rộng.

**\* Tim:**

- Mỏm tim không sờ được, không rung miu, không dấu nầy trước ngực, không ổ đập bất thường.

- Tiếng tim

**\* Phổi:**

- RT đều 2 bên, gõ trong 2 phổi, RRPN giảm 2 phế trường.

- Rale rít, rale ngáy rải rác 2 phế trường.

**VII. Tóm tắt bệnh án:**

Bệnh nhân nam, 76 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các triệu chứng và TC sau:

**1/ TCCN:**

- Sốt, ho, khạc đàm trắng đục

- Chảy nước mũi

- Đau thốn vùng bẹn bìu, tiểu khó, tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt.

**2/ TCTT:**

**3/ Tiền căn**

**VIII. Đặt vấn đề:**

1) Khó thở cấp

2) SHH cấp

3) Hội chứng nhiễm trùng

**IX. Chẩn đoán sơ bộ:**

**Đợt cấp COPD [mức độ], [YTTĐ], [biến chứng]/ COPD [nhóm]**

**X. Chẩn đoán phân biệt:**

- Cơ hen PQ

- ACO

- Viêm phổi

- ACS

- AECHF

**XI. Biện luận:**

**1. SHH cấp + HC tắc nghẽn HH dưới:**

- Cơ hen PQ

- aCOPD

- Cơ hen tim
- Dẫn PQ
- Dị vật đường thở

## 2. Khó thở cấp:

- **Đột cấp COPD:** khó thở tăng dần theo thời gian, thuốc lá, hóa chất độc hại, ho khạc đàm trắng vào buổi sáng, khám KLS dẫn rộng, lồng ngực hình thùng.
- **Cơ Hen phế quản:** LS (4 cái) + HHK tắc nghẽn thay đổi theo tgian + tiền căn dị ứng bản thân/gia đình
- **Viêm phổi:** sốt, ho khạc đàm → CLS: X quang ngực thẳng, CRP, PROCALCITONIN.
- **Tràn dịch MP:** khó thở cả 2 thì, đau ngực kiểu MP, \$ ba giảm
- **Dị vật đường thở:** hít sặc, hôn mê, \$ xâm nhập (ho kịch liệt, kthở dữ dội, khàn tiếng)
- **TKMP:** khó thở đột ngột, dấu lép búp dưới da, mất rung thanh, gõ vang, mất rì rào phế nang (\$ ứ khí phế nang)
- **Cơ hen tim:** khởi phát về đêm, ho đàm bọt hồng, kt khi nằm giảm khi ngồi
- **Đột mất bù của suy tim mạn**
- **Hội chứng vành cấp**
- **Thuyên tắc phổi:** khó thở cấp, đột ngột, kèm đau ngực, ho ra máu, Wells!!
- **Thiếu máu cấp:** không nghĩ do bệnh nhân không nhức đầu, hoa mắt, khám thấy da niêm hồng nên không nghĩ.

## 3. Hội chứng NT hô hấp dưới:

BN có sốt, ho khạc đàm vàng nên nghĩ có \$ NT HH dưới, các nguyên nhân:

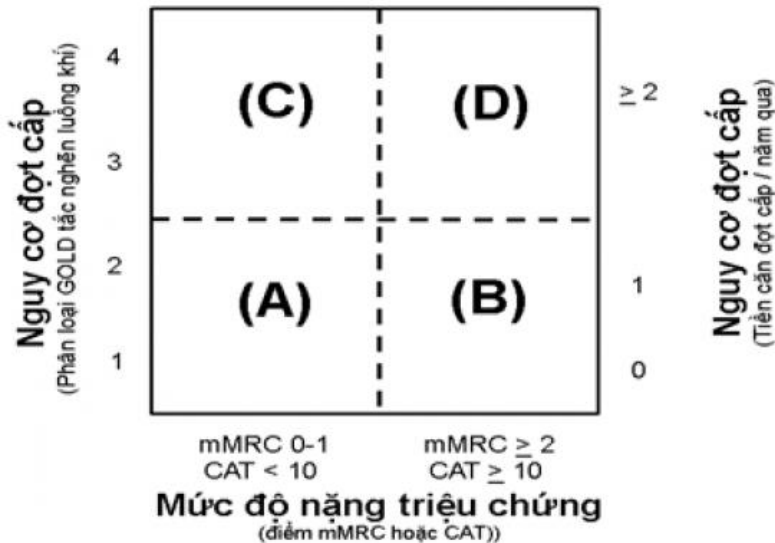
- **Viêm phế quản cấp:**
- **Viêm phổi:**
- **Áp xe phổi:** sốt kèm ớn lạnh, ho đàm vấy máu, mùi hôi
- **Lao phổi**

## \*\* BIỆN LUẬN RIÊNG COPD:

- **Chẩn đoán COPD vì**
  - >40t và có bất kỳ trch:
  - **LS:**
    - Khó thở: tăng dần, nặng hơn khi gắng sức, dai dẳng

- Ho mạn: có thể ngắt quãng/ ko khạc đàm
- Khạc đàm kinh niên (sáng sớm)
- **Tiền căn:** Hút thuốc lá 10 p-y, bụi bặm môi trng 60 giờ-năm , gia đình có ng bị copd
- **HHK:** FEV1/FVC < LLN sau test dpq, tắc nghẽn luồng khí cố định

• **Phân nhóm COPD:**



Bảng điểm đánh giá khó thở MRC	Điểm
Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hoặc đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi (vì khó thở) hoặc phải dừng lại để thở khi đi với tốc độ chậm này trên đường bằng	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100 m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà và/hoặc khi giặt/thay quần áo	4

• **Biến chứng:**

- TKMP
- Suy HH: SpO2, thở oxy → CLS: KMĐM
- Xẹp phổi: \$ đông đặc
- Tâm phế mạn: theo dõi tâm phế mạn → CLS: ECG, siêu âm tim.

- o Đa hồng cầu: ngứa, nhức đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác, THA, da niêm đỏ sậm
- o BC của dùng corticoid kéo dài: tái phân bố mỡ, teo chân tay, phì đại tuyến vú, mỏng da, dấu XH da niêm.
- **Đợt cấp COPD vì**  
Khó thở tăng dần, ho nhiều, khạc đàm trắng đục, không còn đáp ứng với thuốc dẫn phế quản
- **Mức độ:**  
Hiện còn chưa thống nhất nên yolo hoy.
- **Tam chứng Anthonisen:** hoàn toàn LS, ý nghĩa: nặng về nhiễm trùng.
  - o Khó thở tăng
  - o Đàm tăng
  - o Đàm đổi màu
- **6 trchung SHH:** 1 trong 6 là có shh → đã shh là nặng. (Anthonisen không cùng hệ quy chiếu vs cái này, 1 cái ntrung 1 cái shh)
  - o Sử dụng cơ hô hấp phụ.
  - o Di chuyển ngực bụng nghịch thường.
  - o Tím tái trung ương vừa xuất hiện hay nặng thêm lên.
  - o Phù ngoại biên.
  - o Huyết động không ổn định.
  - o Rối loạn tri giác.
- **Bảng tổng hợp:**
  - o **Tri giác:** (+) là shh đe dọa tính mạng
  - o Cơ HH phụ: (+) là shh
  - o Nhịp thở: >30 là shh
  - o **Hạ oxy:** Giảm oxy máu có hồi phục với venturi 28-35% (không shh), venturi 25-30% (shh không đe dọa), giảm oxy máu không hồi phục vs FiO2 40%.
  - o **Tăng PCO2:** 50-60mmHg là shh không đe dọa, >60 or toan pH <7.25 là đe dọa.
- **Tiêu chuẩn đợt cấp COPD cần nhập viện:**

- TCCN tăng nặng về cường độ: khó thở cả khi nghỉ ngơi
- TCTT mới xuất hiện: tím tái trung ương, phù ngoại biên
- Bệnh nền tăng COPD nặng
- Bệnh đồng mắc nặng (suy tim/ rối loạn nhịp mới)
- Đợt cấp thường xuyên
- Thất bại điều trị ngoại trú
- Tuổi già
- Không đủ nhân lực và trang bị chăm sóc tại nhà.

▪ **Tiêu chuẩn đợt cấp BPTNMT phải nhập ICU:**

- Khó thở nặng không đáp ứng đầy đủ với điều trị cấp cứu ban đầu.
- Thay đổi tình trạng tri giác (lú lẫn, lơ mơ, hôn mê).
- $\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg} \pm \text{pH} < 7,25$  kéo dài hoặc  $\uparrow$  thêm dù đã thở oxy, thở máy không xâm lấn. Có chỉ định thở máy xâm lấn.
- Huyết động không ổn định – cần dùng vận mạch.

→ Theo dõi theo dõi cuối cùng tổng hợp đưa ra 1 cái quyết định (lấy cái nặng nhất)

• **Yếu tố thúc đẩy:**

- Nhiễm trùng HH:  $\geq 2/3$  tam chứng Anthonisen
- Thay đổi thời tiết
- Dị nguyên/ô nhiễm
- RL nước, ion (esp hạ  $\text{K}^+$  máu)
- Stress (thể chất/tâm lý)
- Không tuân thủ

**XII. CLS:**

• **Xquang ngực thẳng:**

- Tiêu chuẩn phim: chụp ntn, hít đủ sâu, tia (0,5đ)
- KLS dẫn rộng, tim giọt nước, ứ khí (khí phế thủng)
- biến chứng TKMP
- YTTĐ nhiễm trùng (có thể không thấy trên ls mà chụp ra viêm tè le, nằm trong sâu nên không biểu hiện trên ls)
- cđpb suy tim

- **KMĐM:** Giảm oxy máu và tăng  $\text{co}_2$  trong shh. Đọc đủ

- **HHK:** Làm sau đợt cấp 1-3 tháng để đo lại chắc chắn, trong đợt cấp không làm do giá trị đo không cao, nếu đo không thấy trong đợt cấp thì không phải copd.
  - Tiêu chuẩn chấp nhận (0,5đ),
  - \$ tắc nghẽn: KHÔNG HỒI PHỤC (phải ghi nếu đọc cho copd) - mức độ - đáp ứng vs thuốc dpq
  - \$ hạn chế: có/không – mức độ. COPD đừng đại nói \$ hạn chế. Phân độ GOLD
- **Công thức máu, CRP:** xem có viêm (yttđ), đa hồng cầu
- **ECG:** Khí phế thũng, tâm phế mạn (phì đại thất P nhĩ P rl nhĩ), cđpb tim mạch. Slide thầy Bảo.
- **SÂ tim, NT pro BNP:** check stim
- **Men tim:** làm nếu sợ nmct/stim mạn

### XIII. CĐXD:

**Đợt cấp COPD [mức độ], [YTTĐ], [biến chứng]/ COPD [nhóm]**

### 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)

#### CỤ THỂ:



**a) Điều trị cấp cứu:** *Không cần ghi, chỉ ghi diễn biến tại*

- Thông thoáng đường thở, hút đàm.
- Thở oxy canula 3l/phút
- Cort toàn thân

**Solumedrol 40mg 1 lọ (TM)**

- Dẫn PQ Ventolin/Combivent 1 ống pha NaCl 0,9% đủ 5ml pkd q4h

**b) Điều trị hiện tại:**

- Pulmicort 0,5ml PKD q6h/Prednisone 5mg 1v x 2 (u)/ Solumedrol 40mg 1 lọ (TM)
- Ventolin/Combivent pha NaCl 0,9% đủ 5ml pkd q6h
- Theo dõi sinh hiệu, SpO2 mỗi 12h

**c) Điều trị ở nhà:**

**Nhóm B:**

Mới vô: LABA or LAMA Spiriva

Thay thế LABA + LAMA: **Ultibro 110/50 mcg xịt 1 lần/ngày**

**Nhóm C:**

Đầu tiên LABA + ICS/ LAMA: Symbicort, Spiriva

LABA + LAMA: Ultibro

**Nhóm D:**

Triple therapy: Eos > 300 + FeNO > 50 → rất nhạy ics

- **Symbicort 160/4.5 mcg**  
**Xịt 2 nhát/ lần, 2 lần /ngày**
- **Spiriva respimat 2,5mcg**  
**Xịt 2 nhát/lần, 1 lần/ngày**

**LABA + LAMA + ...:** Eos < 100 + FeNO < 50 → ICS không ý nghĩa

- **Ultibro 110/50 mcg xịt 1 lần/ngày**
- **Roflumilast:** FEV1 < 50% + vpp mạn (PDE4)
- **Azithromycin 1g 1v (u):** tiền căn HTL

Cắt cơn:

- Vai trò dpq, cort (đánh vào viêm qua trung gian eosinophil)
- Ngưng thuốc lá:

**Varenicline (CHAMPIX):** 21mg dán → 14mg → 7mg

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

Nicotine thay thế (HABITROL)

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

#### **d) Tiêu chuẩn XV:**

- Lâm sàng + KMĐM ổn định 12 – 24 giờ.
- Có thể dùng thuốc giãn phế quản đường xịt.
- Nhu cầu dùng thuốc giảm triệu chứng < 1 lần mỗi 4 giờ.
- Có thể đi lại (nếu trước đợt cấp đã làm được).
- Ăn uống, ngủ nghỉ không bị khó thở làm gián đoạn.
- Bệnh nhân và gia đình hiểu rõ cách dùng thuốc.
- Có phương tiện chăm sóc tại nhà.
- Bệnh nhân, gia đình, bác sỹ có lòng tin điều trị tại nhà.