**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính**

Họ và tên: Phan Văn Dạnh Giới tính: Nam Tuổi: 72 (1950)

Địa chỉ: Đồng Tháp Nghề nghiệp: Bộ Đội – Cán bộ - Hưu

Ngày nhập viện: 18/06/2022 Khoa: Nội Hô Hấp, BV Đại học Y Dược

Phòng: 13-01A Giường: 02 Số hồ sơ: N16-0345806

1. **Lý do nhập viện:** Khó thở
2. **Bệnh sử**

* *BN được chẩn đoán và điều trị COPD cách đây 2 năm. (Ban đầu khó thở cả 2 thì, khi gắng sức kèm ho khan mỗi ngày, BN còn đi tập thể dục (>500m) được, không yếu tố khởi phát khó thở cơn. Khoảng 1 năm gần đây, BN khó thở tăng dần kèm ho khan nhiều. BN khó thở khi đi khoảng 20-30m. Trước giờ, BN không khó thở khi nằm đầu thấp (ngủ 1 gối), chưa từng ghi nhận tiền căn nhập viện vì đợt cấp COPD, tuy nhiên ghi nhận khoảng 2 đợt cấp COPD theo toa thuốc của BN. BN sử dụng bình xịt định liều chưa phù hợp không hít đủ sâu, không nín thở tối đau sau xịt thuốc).. Không ghi nhận được SpO2 lúc ở nhà.=> Phần này để phần Tiền căn mô tả)*
* Cách nhập viện 1 tuần, BN cảm thấy ho nhiều hơn thường ngày, cảm giác vướng đàm nhưng không khạc được, khó thở (phải mô tả đầy đủ tính chất khó thở) – *Khó thở 2 mức độ nhiều hơn bình thường, ngồi thì dễ thở hơn nằm, BN khó thở nhưng vẫn nói được thành câu, đứng hoặc đi vệ sinh cũng cảm giác khó thở, BN sử dụng thuốc xịt (loại gì, xịt bao nhiêu nhát, xịt ra sao, bao nhiêu nhát rồi nhập viện)* mà không giảm nên BN đi khám tại phòng khám hô hấp BV ĐHYD TP.HCM, được chẩn đoán là *Đợt cấp COPD nhóm D/ Đái tháo đường 2, Bệnh thận mạn, Gút, Lao phổi cũ (Câu chẩn đoán này chưa đúng và đủ cho chẩn đoán đợt cấp COPD)*. BN được cho thuốc điều trị (11-06):
  + Moxifloxacin 400mg 1 viên (u) sáng
  + Ambroxol 30mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
  + Bambuterol 10mg 1 viên (u) tối
  + Loratadin 10mg 1 viên (u) tối
  + Berodual 10ml MDI HFA 0.02 mg/0.05mg 2 nhát x 4 (xịt) sáng – trưa – chiều – tối.   
    *SABA + SAMA*
  + Tiotropium 0.0025mg 2 nhát (xịt) sáng LAMA
  + *Trước đó BN có sử dụng Ultibro (Glycopyrronium/Indacaterol 50mcg/100mcg) – ngày 14-05 LABA + LAMA*
* Sau khi điều trị, BN cảm thấy vướng đàm giảm đi, ho và khó thở không giảm sau xịt thuốc à Nhập cấp cứu BV ĐHYD TP.HCM
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không tím tái, không đau ngực, không buồn nôn, nôn ói, không đau đầu, không hoa mắt chóng mặt, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua, không nóng rát sau xương ức, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, tiểu được, nước tiểu vàng trong, không yếu liệt chi, không chán ăn, không sụt cân.
* Tình trạng lúc nhập viện:
  + Sinh hiệu: Mạch: 133 l/p, NT: 22l/p, HA: 140/100 mmHg, NĐ: 37.6 độ C, SpO2: 89%
  + Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm hồng
  + TM cổ nổi tư thế 45o
  + Thở co kéo nhẹ
  + Tim đều, phổi ran rít
* Diễn tiến sau NV:
  + Ngày 1-2: BN còn ho và khó thở, tình trạng không giảm đi nhiều.

1. **Tiền căn**
   1. Bản thân:
2. Nội khoa:

* Lao phổi cũ từ lúc còn trẻ, đã điều trị ổn, chưa ghi nhận di chứng khi khám định kỳ
* Đái tháo đường type 2, 4 năm, điều trị dùng thuốc uống theo toa phía dưới, đường huyết mao mạch sáng khi đói khoảng 7-8 mmol/L.
* Bệnh thận mạn do đái tháo đường, 4 năm, chẩn đoán sau Đái tháo đường type 2 khoảng 3-4 tháng.  
  19/03/22: Creatinin máu 1.88 mg/dL (# eGFR 35.39 ml/phút/1.73 m2 da); ACR 17mg/mmol  
  14/05/22: Creatinin máu 1.79 mg/dL (# eGFR 37 ml/phút/1.73 m2 da); ACR 17mg/mmol
* COPD: Chẩn đoán cách đây 2 năm, đã được đo Hô hấp ký (BN không mang theo), trước đây khoảng 2 năm, BN khó thở khi gắng sức, đi lại (tập thể dục) vẫn chưa khó thở (mMRC 1), sau đó khó thở từ từ tăng dần, hạn chế đi lại nhiều, đi khoảng 20-30m là mệt (mMRC 3) kèm với tình trạng ho khan kéo dài. Trong vòng 12 tháng qua, ghi nhận >= 3 lần đợt cấp COPD nhưng không cần nhập viện. Bệnh nhân sử dụng bình xịt định liều chưa phù hợp. BN không có tình trạng khó thở nghĩ do tim như: không khó thở khi nằm đầu thấp, không khó thở kịch phát về đêm, không phù chân  
  *(BỔ SUNG: Nhiều đợt cấp nhập viện (T3-T4-T5) được dùng kháng sinh nhưng cứ bị tái đi tái lại nhiều => điều trị chưa phù hợp / tác nhân có ở đây nghi ngờ lao phổi tái phát)*
* Gout: không rõ cụ thể thời gian chẩn đoán, BN hiện tại không than đau nhức khớp, đang điều trị thuốc theo toa.

1. Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương
2. Thói quen – sinh hoạt:

* Hút thuốc lá: 44 gói.năm, đã bỏ 10 năm
* Rượu bia: 500ml rượu x 2-3 lần mỗi tuần, trong 20 năm. Đã ngưng được 10 năm

1. Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn
2. Toa thuốc hiện đang sử dụng:

* Moxifloxacin 400mg 1 viên (u) sáng
* Ambroxol 30mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
* Bambuterol 10mg 1 viên (u) tối
* Loratadin 10mg 1 viên (u) tối
* Berodual 10ml MDI HFA 0.02 mg/0.05mg 2 nhát x 4 (xịt) sáng – trưa – chiều – tối.
* Tiotropium 0.0025mg 2 nhát (xịt) sáng
* Gliclazid 30 mg 1 viên (u) trước ăn sáng
* Atorvastatin 20mg 1 viên (u) sau ăn chiều
* Ketosteril 600mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
* Tardyferon B9 50/0.35mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
* Daflon 1000mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều sau ăn.
  1. Gia đình: Chưa ghi nhận tiền căn gia đình bị hen, COPD, THA, ĐTĐ…

1. **Lược qua các cơ quan**

* Tim mạch: không đau ngực, không vã mồ hôi, không đánh trống ngực
* Hô hấp: Còn ho, còn khó thở, không sổ mũi, nghẹt mũi
* Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, tiêu phân vàng đóng khuôn
* Tiết niệu: tiểu bình thường, không tiểu gắt buốt, lắt nhắt, nước tiểu vàng trong
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
* Cơ xương khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

1. **Khám** (9h ngày thứ 3 sau nhập viện – 20/06/2022)
2. Tổng quát:

* Tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: Mạch 90l/p; HA 121/71mmHg; Nhiệt độ 36.7oC; Nhịp thở 22 l/p   
  SpO2: 94% (Canula 1 l/p)
* Thể trạng thừa cân (chiều cao: 160cm, cân nặng: 65kg ð BMI: 25.4 kg/m2)
* Da niêm hồng, không xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không lòng bàn tay son.
* Không phù, không dấu mất nước.
* Không vàng da, vàng mắt
* Hạch ngoại biên không sờ chạm

1. Đầu mặt cổ:

* Mặt cân đối, không biến dạng,
* Môi không khô, lưỡi không dơ
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Tĩnh mạch cổ trong không nổi ở tư thế 45o.

1. Lồng ngực:

* Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không sao mạch, không THBH.
* Tim :
  + Mỏm tim khoang liên sườn IV đường trung đòn trái, diện đập 1.5x1.5cm.
  + Không ổ đập bất thường, dấu Harzer (-), dấu nẩy trước ngực (-).
  + Tim đều 90l/p, T1 T2 đều rõ, không âm thổi.
* Phổi:
  + Rung thanh đều 2 bên
  + Gõ trong khắp phổi
  + ***Rale ngáy, rale rít toàn thì thở ra, lan tỏa 2 phế trường***

1. Bụng:

* Bụng to bè, cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ.
* Nghe: nhu động ruột 5l/p, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng.
* Bụng mềm, không điểm đau.
* Gan lách không sờ chạm.
* Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

1. Thần kinh, cơ xương khớp:

* Cổ mềm.
* Không sưng nóng đỏ đau các cơ khớp, không giới hạn vận động.

1. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam, 72 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 1 tuần qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

* Khó thở tăng
* Ho nhiều hơn
* Điều trị trước đó không đáp ứng

TCTT (lúc nhập viện):

* Thở co kéo nhẹ
* Phổi ran rít. (Hiện tại phổi ran ngáy, ran rít 2 phế trường)
* Mạch 133 lần/phút, nhịp thở 22 lần/phút, SpO2: 89%
* HA 140/100 mmHg (lúc nhập viện)

TC:

* COPD nhóm D
* Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do đái tháo đường giai đoạn 3

1. **Đặt vấn đề**
   1. Khó thở cấp
   2. Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới
   3. Tiền căn: Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout
2. **Chẩn đoán**

Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD mức độ trung bình, phức tạp, yếu tố thúc đẩy: sử dụng thuốc sai cách, biến chứng cấp: không– COPD nhóm D, biến chứng mạn: không , Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout

Chẩn đoán phân biệt:

* Đợt cấp COPD mức độ trung bình, phức tạp, yếu tố thúc đẩy: nhiễm trùng đường hô hấp dưới, biến chứng cấp: không– COPD nhóm D, biến chứng mạn: không , Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout
* Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình - COPD nhóm D, biến chứng mạn: không- Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout
* *Lao phổi tái phát - COPD nhóm D, biến chứng mạn: không- Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout*
* Hội chứng vành cấp ngày 8 – COPD nhóm D, biến chứng mạn: không- Đái tháo đường type 2 biến chứng bệnh thận mạn do ĐTĐ giai đoạn 3, Gout

1. **Biện luận**
   1. Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

* COPD:
  + 2 năm nay, bệnh nhân khó thở tăng dần: khó thở khi gắng sức--> khi đi khoảng 20-30 m, ngoài cơn vẫn khó thở, ho khan mỗi ngày, triệu chứng khởi phát khi 70 tuổi + tiền căn hút thuốc nhiều 40 gói.năm, không ghi nhận tình trạng dị ứng, tiền căn hen + khám : có ran rít, ran ngáy 2 phổi à nghĩ nhiều có tình trạng COPD.
  + Bệnh nhân có thể thực hiện các sinh hoạt hằng ngày, đi bộ khoảng 20-30 m cảm thấy mệt à mMRC: 3. Đợt cấp nhập viện: 3 đợt cấp không nhập viện à COPD nhóm D
  + Biến chứng mạn:
    - Suy hô hấp mạn: không ghi nhận spO2 tại nhà--> đề nghị KMĐM
    - Đa hồng cầu: bệnh nhân không sung huyết da niêm, không lòng bàn tay son à Theo dõi CTM
    - Tâm phế mạn: bệnh nhân không khó thở khi nằm đầu thấp, không khó thở kích phát về đêm, không phù, không báng bụng, không tĩnh mạch cổ nổi tử thế 45 độ, không có tiếng T3, dấu Harzer(-) à không nghĩ
* Hen phế quản: Không nghĩ - do BN khó thở tăng dần, ngoài cơn BN vẫn khó thở, không có yếu tố dị nguyên kích phát cơn khó thở, thời điểm khởi phát khó thở: 70 tuổi, không ghi nhận tiền căn dị ứng, hen.
* Cơn hen tim: Không nghĩ- do bệnh nhân không khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khám tim ở khoang liên sườn 5, đường trung đòn, không có Gallop T3, không có âm thổi, khám phổi không có ran nổ.
* Dãn phế quản: Chưa loại trừ vì bệnh nhân mặc dù có ho đàm kéo dài, tuy nhiên đàm không phải đảm mủ, khám lâm sàng không ghi nhận hơi thở hôi nhưng có ran ngáy ran rít lan tỏa, tiền căn bệnh nhân có lao phổi cũ, và hút thuốc lá lâu năm à Đề nghị X quang ngực thẳng, CT ngực khong cản quang độ phân giải cao.
  1. Khó thở cấp
* Nguyên nhân do tim: (CHỈ NÊN TẬP TRUNG BIỆN LUẬN CÁC NGUYÊN NHÂN MÀ CÓ NHIỀU YẾU TỐ GỢI Ý HƠN)
  + HCVC: ít nghĩ 🡪 *Chưa loại trừ*- do bệnh nhân khó thở tăng 1 tuần nay, không kèm triệu chứng đau ngực, tuy nhiên bệnh nhân lớn tuổi + ĐTĐ type 2 à không loại trừ hội chứng vành cấp ð đề nghị Troponin T hs, điện tâm đồ, siêu âm tim. *(Chị Chi: bệnh cảnh hoàn toàn không điển hình của một cái HCVC nên hạn chế nghỉ, yếu tố không nghĩ nhiều hơn yếu tố nghĩ nên thành ra là chẩn đoán loại trừ)*
  + Suy tim cấp: không nghĩ - do bệnh nhân không có triệu chứng khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm + khám: *Phoi khong rale am (thay doi tu the, vo lung – khac dam),* tim không to, không tiếng T3 bệnh lí, không phù chi + Tiền căn: chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch trước đó.  
    *Rale của OAP khác Rale của Viêm phổi. Rale dọa OAP giai đoạn đầu là ẩm nổ ứ đọng, vỗ lưng và thay đổi tư thế sẽ làm mất tiếng rale. Còn Rale của OAP thì là rale ẩm triều dâng, không thay đổi nhiều khi vỗ lưng, nhưng nằm ngồi đôi khi có khác 1 chút. Rale ẩm nổ trong Viêm phổi thì không thay đổi dù đã vỗ lưng và thay đổi tư thế nằm ngồi*
  + *TDMNTim, Co that co tim, Viem co tim (benh canh kho 7 ngay),*
  + *Bệnh cảnh nên nghĩ đến: Viêm cơ tim: Không có tiền triệu nhiễm nhiêu vi trước đó (sốt, ho, sổ mũi, đau họng… - BS phải ghi), khám không ghi nhận triệu chứng của suy tim như TM cổ không nổi, không phù, không gallop T3, không có Rale ẩm nổ ở phổi*
* Nguyên nhân do phổi:
  + Co thắt phế quản: *BN khám lâm sàng ghi nhận tình trạng phổi rale rít rale ngáy lan tỏa 2 phế trường => nghĩ nhiều đến nguyên nhân đường dẫn khí nhỏ*
    - ~~Phản vệ: không nghĩ do bệnh nhân khó thở 1 tuần, không ban da, không tiền căn tiếp xúc dị nguyên trước khi lên cơn khó thở~~ (*nếu biện luận cái này thì ghi không ban da, không tiểu ít, không tiêu chảy, không khò khè, không tiếng rít thanh quản, khó thở kéo dài 1 tuần rồi chứ không phải đột ngột sau 1 yếu tố dị nguyên, không tiền căn dị ứng*)
    - Hen, Cơn hen cấp:
    - Đợt cấp COPD: Lần bệnh này, bệnh nhân có khó thở tăng, ho tăng, dieu tri khong dap ung + bệnh nền COPD đã biện luận à đợt cấp COPD
    - Mức độ: bệnh nhân đã khám tại bệnh viện ĐHYD được chẩn đoán Đợt cấp COPD mức độ trung bình cho thuốc về điều trị tại nhà nhưng không đáp ứng à có chỉ định nhập viện. BN > 65 tuổi, có sử dụng kháng sinh trong 3 tháng qua à Nhóm phức tạp
    - Yếu tố thúc đẩy:

Sử dụng thuốc sai cách: bệnh nhân xịt thuốc không đúng, không hít đủ sâu, không nín thở tối đau sau xịt thuốc.

Nhiễm trùng hô hấp dưới: bệnh nhân có khó thở tăng, ho khạc đàm tăng trùng lấp với triệu chứng của đợt cấp và nhiễm trùng hô hấp dưới, bệnh nhân không sốt, các dấu nhiễm trùng khác có thể do lớn tuổi+ bệnh nền ĐTĐ type 2 + Bn da duoc sd khang sinh truoc do , tuy nhiên nghe phổi không ran ẩm, ran nổ à đề nghị CTM, X quang ngực, CRP

* + - Biến chứng cấp:
    - Suy hô hấp: spO2 89% (kt), không tím tái, không dấu hiệu co kéo cơ hô hấp phụ. đề nghị KMĐM
    - TKMP: Không nghĩ- do khám không thấy dấu hiệu của TKMP (mất rì rào phế nang, lồng ngực giãn căng, gõ vang)
    - Xẹp phổi: Không nghĩ- khám không có hội chứng 3 giảm, khí quản không lệch
  + Nhiễm trùng hô hấp dưới: BN không có dấu hiệu sốt, ho có cảm giác vướng đàm nhưng không ghi nhận được tính chất đàm chuyển màu, hay đàm mủ tăng, khám không ghi nhận rale ẩm rale nổ. Tuy nhiên bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh trước đó, cơ địa bệnh nhân lớn tuổi + Đái tháo đường type 2 nên chưa loại trừ khả năng giảm biểu hiện dấu hiệu nhiễm trùng => Đề nghị CTM, X qang ngực thẳng, CRP, Nhuộm-soi-cấy-KSĐ đàm, AFB đàm
    - Nếu BN có nhiễm khuẩn hô hấp dưới thì nghĩ đến viêm phổi KHÔNG THỂ NÀO LOẠI TRỪ LAO PHỔI TRÊN BN vì: BN lớn tuổi, không sốt, ĐTĐ 2, Bệnh phổi cấu trúc => chưa loại trừ lao phổi tái phát => nên có 1 chẩn đoán phân biệt là lao phổi tái phát hơn là viêm phổi
  + ~~Dị vật đường thở: không nghĩ- do bệnh không khó thở đột ngột, không có bệnh sử sặc, hít phải dị vật, hay có hội chứng xâm nhập xảy ra sau đó (cơn ho dữ dội, ngạt thở cấp)~~
  + Tràn khí màng phổi: không nghĩ- do bệnh nhân không khó thở xuất hiện đột ngột , khám không thấy dấu hiệu của TKMP (mất rì rào phế nang, lồng ngực giãn căng, gõ vang) ð đề nghị X-quang ngực thẳng.
  + Thuyên tắc phổi: không nghĩ- do bệnh nhân không khó thở đột ngột, không có YTNC (bất động kéo dài, bệnh lí đa hồng cầu), khám không thấy sưng , ấn đau chi dưới( huyết khối TM chi dưới)
  1. Đái tháo đường type 2 – Bệnh thận mạn đái tháo đường giai đoạn 3 – Gout
* Đái tháo đường type 2 biến chứng Bệnh thận mạn đái tháo đường giai đoạn 3:
  + BN đã được chẩn đoán bệnh thận mạn do đái tháo đường và đái tháo đường type 2 khoảng 4 năm tại BV ĐHYD => Đề nghị Glucose máu, HbA1C, Creatinin máu, TPTNT, ACR
  + Đái tháo đường 2 đã có biến chứng trên thận cần tầm soát các biến chứng khác:
    - Mạch máu ngoại vi: Siêu âm mạch máu chi dưới
    - Tim: ECG, Troponin Ths
    - Não: BN không yếu liệt, không đau đầu, chóng mặt, không dấu thần kinh định vị => không nghĩ có biến chứng não
    - Mắt: BN không than nhìn mờ à Soi đáy mắt kiểm tra.
  + Gout: Hiện tại bệnh nhân không than đau nhức khớp nào cả. Đề nghị Acid Uric máu

1. **Đề nghị cận lâm sàng**

* Cận lâm sàng chẩn đoán: KMĐM, Hô hấp kí (khi ổn định), X-quang ngực thẳng, công thức máu,Procalcitonin, Troponin T hs, điện tâm đồ, siêu âm tim, D-Dimer, CTM, Nhuộm-soi-cấy-KSĐ đàm, AFB đàm
* Cận lâm sàng cho bệnh nền: Glucose máu, HbA1C, Creatinin máu, TPTNT, ACR
* Cận lâm sàng thường quy: Đông máu toàn bộ (PT, aPTT, INR, Fibrinogen), ion đồ, AST, ALT, siêu âm bụng.

1. **Kết quả cận lâm sàng**
   1. Khí máu động mạch

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| To | 37 |  | FiO2 | 21 |  |
|  |  |  | Hct | 34.3 |  |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| PO2 | 77.9 |  | H+ | 43.7 |  |
| PCO2 | 38.7 |  | cHCO3- | 21.3 |  |
| pH | 7.36 |  | cHCO3st- | 21.3 |  |
| SO2 | 96.4 |  | BE | -3.7 |  |
| O2Hb | 94.5 |  | BE act | -3.5 |  |
| COHb | 1.3 |  | BE ecf | -4.1 |  |
| HHb | 3.5 |  | AG | 19.6 |  |
| MetHb | 0.6 |  | Ca 2+ | 1.17 |  |
|  |  |  | Na+ | 142.3 |  |
|  |  |  | K+ | 4.91 |  |
|  |  |  | Cl- | 106.2 |  |
|  |  |  | Glucose | 6.96 |  |
|  |  |  | Lac | 1.23 |  |
|  |  |  | Baro | 1014.69 |  |

KMĐM chính xác, tin cậy (tương thích bên trong, HCO3- dự đoán=24.2 mmHg, chênh với HCO3- thực (21.3)< 4 mmHg, tương thích bên ngoài- PaO2 77.9 mmHg (<5FiO2))

PaO2 = 77.9 mmHg < 80mmHg --> Giảm oxy máu nhẹ

AaDPO2= 23.45 > 20 --> Giảm oxy máu do nguyên nhân tại phổi

PaO2 máu > 60mmHg (FiO2 21%), PaCO2 < 50mmHg --> Không suy hô hấp cấp

Chỉ số oxy hoá máu: PaO2/FiO2 = 370 à Bình thường

pH 7,36 --> Trong giới hạn bình thường, nhưng hướng toan

HCO3- 21,3 < 22; PaCO2 38,7 trong giới hạn bình thường à Toan chuyển hoá

PaCO2 dự đoán = 39.95 mmHg; PaCO2 thực = 38.7 à Hô hấp bù trừ đủ

AG = 14.8 > 14 à Tăng AG

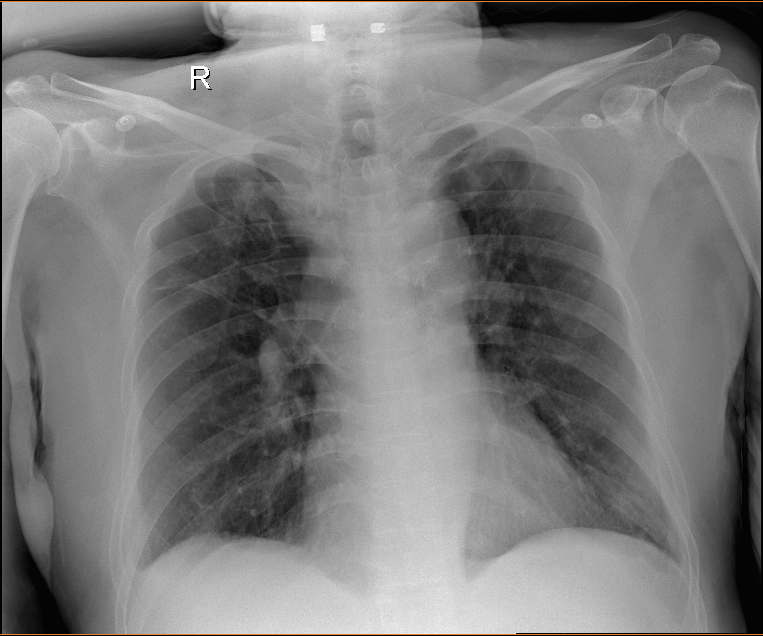
Delta AG/ Delta HCO3 = 1.04 à Toan chuyển hoá tăng AG đơn thuần

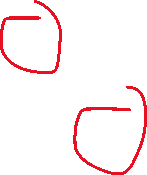
**Kết luận:** Không suy hô hấp, giảm oxy máu mức độ nhẹ, toan chuyển hoá tăng AG đơn thuần nghĩ do suy than

Toan chuyển hóa   
-Tăng AG: thường là do 1 ĐTĐ, 2 Suy thận, 3 là Nhiễm trùng, 4 là chuyển hóa yếm khí, 5 ngộ độc rượu, 6 Nhiễm ceton acid => tăng H+ cố định nào đó.

-KHông tăng AG: là do mất HCO3- (Thận tái hấp thu Cl- bù trừ): Tiêu chảy, dẫn lưu ruột non, mất ở Thận

* 1. X-quang ngực thẳng





**Đọc X quang ngực thẳng:**

BN Phạm Văn Danh, 72 tuổi, chụp ngày …

Phim không hoen ố, không trầy xước, thấy được toàn bộ khí quản và đáy phổi

Thế thẳng, nằm, AP; xoay trái ít; tia mềm; hít đủ sâu

Mô mềm, khung xương không bất thường

Khí quản không lệch, góc carina bình thường

Vòm hoành trái bình thường, tù góc sườn hoành bên phải

Nhu mô phổi:   
- Tổn thương dạng lưới 1/3 trên phổi P; 3 nốt mờ giới hạn không rõ, không đồng nhất, 1/3 trên phổi P, không KPQ đồ, không xoá bờ mạch máu trung thất, không co kéo trung thất  
- Khối mờ, đồng nhất, giới hạn rõ, ở 1/3 giữa phổi T tại vị trí rốn phổi, không xoá bờ tim và bờ mạch máu T, còn thấy mạch máu phía sau, có hình ảnh KPQ đồ, không co kéo trung thất;   
- Hình mờ đồng nhất đáy phổi T, giới hạn không rõ, xoá bờ tim T, không co kéo trung thất, không khí phế quản đồ, không phản ứng màng phổi

Tuần hoàn phổi bình thường

Bóng tim không to

Cung động mạch chủ bình thường

Trung thất không dãn rộng

**Kết luận**: Hình ảnh tổn thương dạng lưới và các nốt 1/3 trên phổi phải nghĩ tình trạng xơ phổi do lao phổi cũ; tù góc sườn hoành P nghĩ có tràn dịch màng phổi P lượng ít; khối mờ 1/3 giữa phổi T...; hình mờ đáy phổi T nghĩ do đông đặc

* 1. Công thức máu (18/6)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| WBC | 10.1 | 4-10 G/L | RBC | 3.99 | 3.8 - 5.5 T/L |
| NEU % | 67.7 | 45 - 75%N | ***HGB*** | ***107*** | 120 - 175 g/L |
| LYM % | 13.1 | 20 - 35% L | HCT | 0.333 | 0.35 - 0.53 L/L |
| MONO % | 11.3 | 4 - 10% M | MCV | 83.5 | 78 - 100 fL |
| EOS % | ***7.52*** | 1 - 8% E | MCH | 26.9 | 26.7 - 30.7 pG |
| BASO % | 0.409 | 0 - 2% B | PLT | 228 | 150 - 450 G/L |

Dòng WBC trong giới hạn bình thường, dòng hồng cầu có Hb (10,7 g/dl) giảm, MCV MCH bình thường, dòng tiểu cầu trong giới hạn bình thường --> Thiếu máu mức độ trung bình, đẳng sắc đẳng bào



**Kết luận:** Thiếu máu mức độ nhẹ, đẳng sắc đẳng bào phù hợp với bệnh thận mạn

***Tăng EOS > 100 => Đợt cấp COPD mà trước đó có dùng LABA-****LAMA => cần bổ sung ICS*

* 1. AFP đàm: âm tính
  2. Sinh hóa máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| Glucose | 133 | 70-115 mg/dL | Natri | 140 | 136-146 mmol/L |
| HbA1c | 6.16 | 4.4 – 6.0% | Kali | 4.65 | 3.4-5.1 mmol/L |
| Ure | **62.92** | 10.2-49.7 mg/dL | Clo | 108 | 98-109 mmol/L |
| Creatinine | **2.22** | 0.72-1.18 mg/dL | Calci TP | 2.22 | 2.10-2.55 mmol/L |
| eGFR | **29** | >= 60 ml/p/1.73m2 | AST | 25 | < 40 U/L |
| Troponin T hs | **27.1** | < 14 ng/L | ALT | 27 | < 41 U/L |
| NT-proBNP | 88 | < 125 ng/L | Bili TP | 0.48 | < 1.02 mg/dL |
| Pro-Calcitonin | 0.413 | <0.5 ng/mL | Bili TT | 2.6 | < 0.3 mg/dL |

PCT < 0.5 ng/mL => không dấu chỉ gợi ý nhiễm trùng

Đường huyết TM tăng nhưng không quá 140 mg/dL. HbA1c 6.16% à BN kiểm soát tốt đường huyết.

Creatinin 2.22 mg/dL kết hợp với mức Creatinin nền trước đó của bệnh nhân khoảng 1.79 – 1.88 mg/dL => Theo dõi một tổn thương thận cấp thể không thiểu niệu/Bệnh thận thận mạn giai đoạn 3. => Đề nghị làm lại Creatinin máu sau 48h. BUN/Cre = 13.22. chưa loại trừ nguyên nhân tổn thương thận cấp trước thận hay tai thận. *(Trong bệnh cảnh BN vào COPD, ho, khó thở nhiều 🡪 khả năng mất nước nhiều do hô hấp và uống nước kém => tổn thương thận cấp trước thận là chủ yếu => BÙ nước lại thì BN có thể tăng lại CN thận sớm thôi. Thực tế ca này, sau khi bù nước lại thì eGFR tăng lại lên 31 rồi 34 từ từ)*

Troponin T hs 27,1 tăng nhưng trong bệnh cảnh bệnh thận mạn, Troponin Ths có thể tăng nhẹ do giảm đào thải. => Cần thực hiện lại Troponin T hs để quan sát động học.

NT-proBNP < 125 ng/L, lâm sàng không yếu tố gợi ý suy tim => Loại trừ Suy tim và Tâm phế mạn.

* 1. Tổng phân tích nước tiểu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Color | Màu vàng | Alb/Cre | 17 mg/mmol |
| Clarity | trong | Pro | 0.15 |
| Glu | 5.5 | Uro | 3.2umol/L |
| Bil | âm | NIT | Âm tính |
| Ket | âm | Leu | Âm tính |
| SG | 1.014 | Blood | 200 |
| pH | 5.5 | Pro/Cre | 33.9 mg/mmol |

Nước tiểu có Glu (+) à Tuy tình trạng Glucose trong máu không quá cao (133mg/dL), nhưng bệnh nhân có bệnh thận nền nên có thể có Glucose trong nước tiểu dù Glucose máu chưa đạt ngưỡng để xuất hiện trong nước tiểu. (Đối chiếu đường huyết mao mạch sáng sớm 19/6 – cùng ngày làm TPTNT, là 8.6 mmol/L thì giải thích cũng tương tự)

Pro/Cre 33,9 mg/mmol = 0,3 mg/mg, ACR 17 mg/mmol = 150mg/g --> nghĩ bệnh thận ĐTĐ A2

Blood (+)

Các thông số khác âm tính/ trong giới hạn bình thường

**Kết luận:** Tiểu albumin vi thể, glu + à Bệnh thận ĐTĐ A2; Blood (+) đề nghị soi cặn lắng nước tiểu, *Làm lại TPTNT để xem có tiểu máu thoáng qua hay có tiểu Glucose thoáng qua hay không?*

* 1. Siêu âm bụng:

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

Bệnh nhân có bệnh thận mạn:

Thận kích thước không teo - do tình trạng ĐTĐ có thể làm thận không teo

Phân biệt vỏ tuỷ không rõ - phù hợp tình trạng bệnh thận mạn

Tổn thương thận cấp: Không ghi nhận dấu hiệu dãn niệu quản, thận ứ nước… không có sỏi và u bướu => không nghĩ AKI sau thận.

* 1. Điện tâm đồ

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

Nhịp xoang đều tần số 132 l/p

Trục trung gian

Sóng P bình thường, không lớn nhĩ

PR bình thường 0.18 s--> không block nhĩ thất

Phức bộ QRS bình thường --> không block nhánh

Không lớn thất

QTc= 0.45s--> bình thường

ST bình thường

Sóng T cao nhọn đối xứng ở V2,V3,V4 nghĩ có thiếu máu cơ tim ở chuyển đạo V2,V3,V4

**Kết luận:** Nhịp nhanh xoang, thiếu máu cơ tim ở chuyển đạo V2, V3, V4

1. **Chẩn đoán xác định**

Đợt cấp COPD mức độ trung bình, phức tạp, YTTĐ là sử dụng thuốc không đúng cách – chưa loại trừ nhiễm trùng hô hấp dưới và lao, chưa biến chứng/ COPD nhóm D chưa biến chứng, Theo dõi tổn thương thận cấp trước thận/Bệnh thận mạn do đái tháo đường G3 A2 biến chứng thiếu máu mạn mức độ trung bình, Đái tháo đường type 2, Gout

1. **Điều trị**
2. Mục tiêu điều trị
   1. Đợt cấp COPD
      * Hỗ trợ Oxy: 94-98% (BN bị ứ CO2 thì mới mục tiêu là 88 – 92%. Nếu mà không ứ CO2 thì mục tiêu theo ATS là 94-98%)
      * Thuốc

* Dãn phế quản tác dụng ngắn: SABA-SAMA
* Kháng sinh:
* Corticoid
  + - Không thuốc
  1. COPD nhóm D giai đoạn ổn định
     + LAMA + LABA + ICS (do EOS > 300/uL)
     + Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc.
  2. Tổn thương thận cấp - Bệnh thận mạn do đái tháo đường – Đái tháo đường type 2
     + AKI: uống đủ nước, theo dõi lượng nước tiểu, theo dõi CLS
     + Kiểm soát bệnh nền và các yếu tố liên quan:
* HbA1C < 7%
* HA < 140/90 mmHg
* Đạm niệu < 0.5g/24h
* LDL-C < 70mg/dL, HDL-C > 40mg/dL
  + - Điều trị biến chứng
    - Thay đổi lối sống
  1. Gout
     + Giảm đau

1. Điều trị đợt cấp

* Oxy Canula 2 l/p, duy trì SpO2 khoảng 94-98%
* Combivent 0.5mg/2.5ml 1 tép + NaCl 0.9% 2ml x 3 PKD (Cách mỗi 20p)
* Methylprenisolone 40mg 1 lọ TMC
* Tazocin (Piperacillin/tazobactam) 4,5g + NaCl 100 ml x 4 TTM 20 giọt/ phút mỗi 6h *(Chinh liểu trên BN suy thận – đánh giá chức năng thận eGFR < 50 .. tra bảng – chị không yêu cầu nhớ nhưng phải biết là cần chỉnh liều cho BN)*
* ~~Levofloxacin 750mg/ 100 ml 1 túi x 1 TTM 20 giọt/ phút~~ *(BN nghi nhiễm lao mà trước đó xài Moxifloxacin rồi thì khả năng lao kháng FQ rồi, còn nguy cơ Pseu khi mà xài kháng sinh trong 3 tháng, bệnh phổi cấu trúc, lớn tuổi, cơ địa SGMD – ĐTĐ … => có khả năng. Đánh giá Pseu kháng thuốc thì coi có dùng thuốc KS đường tĩnh mạch 3 tháng qua, nhập viện,… mà BN này không có nên nghĩ nếu có Pseu cũng chưa tới mức kháng thuốc)*
* Mixtard 30/70 Sáng 6UI – chiều 6UI TDD *(theo dõi sát đường huyết do có thể có hiện tượng tăng đường huyết do sử dụng cort, do đó nếu sau khi ngưng còn mà còn xài thì nên kiểm tra để chỉnh liều cho phù hợp)*
* Acetylcystein 200mg 1 gói x 3 uống
* Atorvastatin 20mg 1 viên uống chiều

1. Điều trị duy trì

* Cắt cơn: Berodual 2 nhát mỗi khi có cơn
* Symbicort (budesonide+formoterol) 160mcg/4.5mcg 1 nhát x2 (dam gia BN hit khong tot chuyen Seretide +/- buong dem) *(Chị Chi: CHú ý về loại MDI hay PDI, Đánh giá BN hít tốt không? Nếu hít tốt thì dùng Symbicort được, còn không tốt thì nên dùng seretide +/- buồng đệm)???*
* Spiriva (Tiotropium) 18mg 1 viên hít 2 nhát sáng
* Gliclazid 30 mg 1 viên (u) trước ăn sáng

🡪Được thì có thể chuyển sang dapagliflozin 10mg uống sẽ hợp hơn vừa cho ĐTĐ vừa cho BTM

* Atorvastatin 20mg 1 viên (u) sau ăn chiều
* Ketosteril 600mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
* Tardyferon B9 50/0.35mg 1 viên x 2 (u) sáng – chiều
  + - Tư vấn, hướng dẫn cách dùng thuốc
    - Chích ngừa cúm, chích ngừa phế cầu
    - Rửa tay thường xuyên, đeo khẩu trang, tránh người có dấu hiệu nhiễm trùng
    - Ho hiệu quả
    - Uống nhiều nước, theo dõi lượng nước tiểu

1. **Tiên lượng**

Dè dặt