***Nhóm SV Y6***

*Võ Duy Khá*

*Ngô Thị Minh Thư*

*Tài Công Diễm Thúy*

Màu đỏ: thầy Vũ sửa

Màu xanh: Thư bổ sung

**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

1. **HÀNH CHÍNH:**

Họ và tên : Lê Đình Bê

Giới tính: Nam

Năm sinh: 1934 (86 tuổi )

Nghề nghiệp: tài xế ( đã nghĩ làm 21 năm )

Địa chỉ: huyện Tân Hưng, Long An

Ngày nhập viện: 9h, ngày 20/9/2020, Phòng 1, G2, khoa nội hô hấp BV Chợ Rẫy

1. **LÍ DO NHẬP VIỆN:** Khó Thở
2. **BỆNH SỬ:**

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD nhóm D tại BV Chợ Rẫy cách đây 7 năm, đang điều trị đều.

* Cách nhập viện 8 ngày, thời tiết trở lạnh, dấu hiệu nhiễm siêu vi hô hấp trên (đau họng, nghẹt mũi, sốt nhẹ, mệt mỏi, đau mỏi cơ toàn thân) bệnh nhân ho đàm tăng hơn so với thường ngày, đàm trắng đục=> chuyển vàng, bắt đầu khó thở tăng dần, khó thở liên tục hai thì ( thở ra khó hơn) tăng khi nằm, trong cơn khó thở khiến bệnh nhân không nói chuyện được, phải ngồi để ngủ. BN xịt 2 lần Berodual (4 nhát) nhưng không giảm khó thở nên được người nhà đưa đến BV tỉnh chẩn đoán và điều trị không rõ. BN nằm viện 4 ngày thì giảm khó thở nên được cho xuất viện, ở nhà 3 ngày.
* Ngày nhập viện, BN bắt đầu khó thở trở lại với tính chất như trên nên nhập BV tỉnh. Tại BV tỉnh: BN tỉnh tiếp xúc được, phổi: ran rít ran ngáy 2 bên.

H/A: 180/100mmHg Nhiệt độ: 37oC

M: 100 l/ph

SpO2: 80% (khí trời) co kéo cơ hô hấp phụ.

Chẩn đoán: suy hô hấp cấp/phù phổi/đợt cấp COPD/THA/thiếu máu cơ tim

KQ CLS: Creatinin 62 mcmol/l; troponin I 18pg/ml

Xử trí: Aminophylin 4,5% 5ml TTM 5.4ml/g; Vinsolon 40mg 1 1 lọ; Glycerin trinitrat 10mg/10ml TTM 3ml/g ; furosemid 20mg/2ml 4 ống.

Khó thở không giảm nên xin chuyển BV Chợ rẫy.

Trong quá trình bệnh BN không sốt, không đau họng, không sổ mũi,không khò khè,không đau ngực, không phù, đi tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, nước tiểu vàng trong, lượng khoảng 1,5l/ ngày.

Tình trạng lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, thở co kéo nhiều, chi ấm, mạch rõ, phổi ran rít ran ngáy hai phế trường

M: 110 lần/phút NT: 24 lần/ph

HA: 110/70 mmHg Nhiệt độ: **37oC**

SpO2: 95% ( thở oxy qua canula 3l/ph)

Liệu có thuyên tắc phổi không? BN hổm nằm 4 ngày trong BV rồi có huyết khối giờ chạy lên phổi không?

Nếu BN xài BB thì tiên lượng tử vong thấp hơn do BN phổi cho phun khí dung cái nhịp tim lên làm BN bị BTTMCB => BN nào đang xài BB thì cứ tiếp tục xài BB.

\*\* Diễn tiến sau nhập viện: BN có phù chân không? (để xem có liên quan tới cái thuyên tắc phổi mình nghĩ không?)

N1: vẫn còn khó thở

N1-N4: Khó thở giảm, ho đàm giảm, không sốt, không đau ngực

1. **TIỀN CĂN**:
2. **Bản thân:** Thầy thích ghi theo trình tự thời gian bắt đầu từ lúc hút thuốc lá luôn. Cách 45 năm HTL, cách 7 năm COPD, cách 3 năm phì đại TLT thì mình sẽ hỏi liệu trong mấy năm đó có xài kháng muscarinic không, nếu có thì có thể nó liên quan tới PĐTLT đó.

Cách NV 45 năm, BN bắt đầu hút thuốc lá x gói/ngày …

Cách NV 7 năm, BN thấy khó thở đến khám tại BV X được chẩn đoán COPD (có làm hô hấp ký nhưng BN không đem), lúc đó BN thấy khó thở khi đi được …m. BN tái khám đều đặn mỗi tháng, uống thuốc theo toa. Toa thuốc hiện tại. Ho đàm?

Cách NV 3 năm, giảm khả năng gắng sức sao đó. Ho đàm?

Trong 1 năm qua, BN NV ? lần vì khó thở, được chẩn đoán đợt cấp COPD, có được đặt NKQ không, lần gần nhất cách đây ? tháng. Khả năng gắng sức của BN. Ho đàm?

Hiện tại, BN đi được bn thì khó thở khi đi bộ khoảng 50m, thường xuyên ho đàm trắng trong mỗi buổi sáng lượng khoảng 5ml/ngày. Cách dùng dụng cụ hít có chuẩn không?

Chưa ghi nhận tiền căn lao, hen, chàm, viêm mũi dị ứng, ung thư phổi, suy tim, BTTMCB, THA, ĐTĐ.

Rượu bia

Dị ứng

*a/.Nội khoa*:

* Cách nhập viện 7 năm, Bn thường xuyên ho khạc đàm trắng trong vào sáng sớm, kèm khó thở tăng dần nên BN đến khám tại BV Chợ Rẫy được chẩn đoán COPD, tái khám đều đặn.
* 1 năm trở lại đây BN đi được khoảng 100m thì khó thở, nhập viện 4 lần vì đợt cấp COPD trong năm qua, lần gần đây nhất là tháng 7/2020.
* Chưa ghi nhận tiền căn đặt NKQ.

\*\*\*Toa thuốc gần nhất khi tái BVCR ( Tháng 8 ):

1.Theophylin ( THEOSTAT 100mg ): 1v×2 (u)

2.Salbutamol + ipratropium (COMBIVENT SOL UDVS 2,5ml) + NaCl 0.9% 2ml. 1 ống ×2 ( phun khí dung)

3. Tiotropium ( SPIRIVA RESPIMAT 0,0025mg/lieu 4ml): 2 nhát xịt họng (Sáng)

4.Exforge v-10/160mg: 1/2v×2 ( Sáng-Chiều)

5.Pantoprazol 40mg: 1v sáng trước ăn

6.Plavix 75mg: 1v (u)

7.Rosuvastatin: 20mg ½ v (u)

8. Ivabradine 5mg: 1v×2 (u)

* Cách nhập viện 6 năm được chẩn đoán THA( 160/?), HA cao nhất 160, HATT dễ chịu 120-130mmHg, uống thuốc đều.
* Cách nhập viện 3 năm, BN đi tiểu lắt nhắt, tiểu buốt nên khám tại BV CR được chẩn đoán phì đại tuyến tiền liệt ( GPB: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt). mắc gì sinh thiết? Có khi nào nghi ung thư không? Có thật sự sinh thiết không hay cắt bỏ TLT luôn rồi. => Nhóm trình trả lời: sinh thiết qua trực tràng.
* Cách nhập viện 1 năm trước BN thấy khó thở, nặng ngực khi gắng sức nên đến khám tại BV CR được chẩn đoán BTTMCB.
* Chưa ghi nhận tiền căn lao, hen,ho ra máu, ĐTĐ,viêm mũi dị ứng,...

*b/. Ngoại khoa*: chưa từng chấn thương, phẫu thuật trước đây.

*c/. Thói quen:*

* Hút thuốc lá 1 gói/ngày×45 năm ( đã bỏ 21 năm)
* Thỉnh thoảng uống rượu khi có đám tiệc.

*d/. Dị ứng:* chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn, phấn hoa,...

1. **Gia đình:** chưa ghi nhận bệnh hen, COPD, lao,..
2. **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:**

* Khó thở giảm còn 2/10, ho khạc đàm trắng đục, không đau ngực
* Không nôn ói, đi tiêu phân vàng đóng khuôn.
* Tiểu qua sonde nước tiểu vàng trong lượng 2l/ngày
* Không đau nhức xương khớp,không chóng mặt,không nhức đầu.

1. **KHÁM:**  (8g ngày 25/9/2020)
2. Tổng trạng

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt
* Chi ấm, mạch rõ
* Da niêm hồng, môi không khô, lưỡi không dơ, hạch ngoại biên không sờ chạm, không tĩnh mạch cổ nổi, không dấu xuất huyết, không phù,không ngón tay dùi trống.
* Cái chân nói thêm không có thuyên tắc huyết khối gì hết để giảm nghĩ cái TTP
* Sinh hiệu:
  + Mạch 80 l/ph
  + HA 110/70mmHg
  + Nhịp thở 20l/ph, nhiệt độ 37oC
  + SpO2 97% khí trời
  + Cân nặng 55kg, cao 1m6=>> BMI 21.5 bình thường

1. Khám cơ quan
   1. Đầu mặt cổ: Khám môi lưỡi họng răng

* Mặt cân đối, hạch cổ không sờ chạm, tuyến giáp không to, khí quản không lệch.
* Không môi khô lưỡi dơ
* Họng sạch, không sâu răng, không viêm lợi
  1. Ngực: cân đối, không lồng ngực hình thùng, các khoang liên sườn không dãn rộng, di động theo nhịp thở, không bất thường thành ngực.
* Tim mạch: mỏm tim ở KLS V ĐTĐT diện đập 1×1cm2, không có ổ đập bất thường, dấu nẩy trước ngực(-), Harzer(-), T1,T2 đều rõ tần số 80l/ph, không có âm thổi.
* Hô hấp: rung thanh đều, gõ trong 2 phổi, rì rào phế nang giảm hai bên, ran rít ran ngáy thì thở ra lan tỏa hai phế trường. Phải ghi cả ran và RRPN
* Tim thể hiện rõ là không có mấy dấu suy tim
  1. Bụng: cân đối, di động theo nhịp thở, không bất thường thành bụng
* Nhu động ruột 8l/phút, không âm thổi ĐM chủ bụng, ĐM thận
* Gõ trong khắp bụng.
* Bụng mềm, ấn không đau
* Gan, lách không sờ chạm, chạm thận (-), bập bền thận (-).
  1. Thần kinh, cơ xương khớp: không yếu liệt chi, không hạn chế vận động xương khớp

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN**:

BN nam 86 tuổi nhập viện vì khó thở tăng dần trên nền COPD, bệnh 8 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* TCCN: + khó thở hai thì ( thì thở ra nhiều hơn ), liên tục tăng dần

+ Ho đàm tăng, thay đổi màu sắc: trắng đục=> vàng.

* TCTT: M: 110 lần/phút NT: 24 lần/ph

SpO2: 95% ( thở Oxy qua canula 3l/ph)

HA: 110/70 mmHg Nhiệt độ: 37oC

+ Thở co kéo hỏm ức, cơ liên sườn

+ Ran rít ran ngáy 2 thì thở ra, lan tỏa hai phế trường

* Tiền căn: COPD, THA, phì tuyến đại tiền liệt.

Tự nhiên điều trị về rồi quay lại thì luôn luôn mình phải nghĩ có nguyên nhân thực thể nào đó mình chưa giải quyết được, có kèm với suy tim gì đó không.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:** Nếu có lồng ngực hình thung, gõ vang thì đặt thêm HC khí phế thủng.

1. Ho khạc đàm mạn
2. Suy hô hấp cấp không được bỏ sót
3. Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới đối xứng (tại vì khu trú thì có thể do viêm u dị vật), ngoại biên (ngoại biên: hen COPD, trung tâm: u hẹp gây lan tiếng khò khè ra ngoại biên)
4. Tiền căn COPD nhóm D, THA, phì đại tiền liệt tuyến.

**IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**: Đợt cấp COPD mức độ nặng, phức tạp, YTTĐ do viêm phổi, biến chứng suy hô hấp cấp/ COPD nhóm D chưa biến chứng mạn/THA, BTTMCB, phì đại tuyến tiền liệt

**X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**: bệnh nền nào thì đợt cấp đó

1.~~Cơn hen cấp~~ Đợt cấp ACO mức độ nặng biến chứng SHH cấp / ~~COPD nhóm D chưa biến chứng mạn~~ ACO/ THA, BTTMCB, phì đại tuyến tiền liệt

2. Viêm phổi/ COPD nhóm D …

3.Thuyên tắc phổi/ COPD nhóm D chưa biến chứng mạn/ THA, BTTMCB, phì đại tuyến tiền liệt. Luôn tôn trọng tuyến trước, giữ chẩn đoán của người ta làm chẩn đoán phân biệt cho đến khi chắc chắn loại trừ

4. Suy tim gì đó

**XI. BIỆN LUẬN**:

1. ***Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới***:

- Nghĩ có TNHH dưới vì BN có khò khè không? khó thở, thì **thở ra** kéo dài, nghe phổi có ran ngáy ran rít lan toả 2 phế trường, thì thở ra chứng tỏ trong lồng ngực, đối xứng, ngoại vi nên nghĩ TNHHD. Ghi đầy đủ thế này mới được chỉ biện luận ngắn gọn mấy nguyên nhân này, chứ nếu không thì phải biện luận mọi nguyên nhân của hội chứng tắc nghẽn (cả lan tỏa và khu trú)

Các nguyên nhân có thể gây HC tắc nghẽn hô hấp dưới ở BN là:

* *Hen*: BN khó thở mạn tính tiến triển, kèm ho khạc đàm,ngoài cơn BN vẫn khó thở, và các triệu chứng khởi phát sau 40 tuổi, chưa ghi nhận tiền căn hen, dị ứng, GĐ không có ai bị hen, nhưng không loại trừ hen nội sinh khởi phát muộn. Thông thường thì bệnh nền là gì thì đợt cấp là nấy chứ nói đợt cấp hen trên COPD là không hợp lý. Trừ khi BN có ACO thì có thể tháng này lên đợt cấp COPD, tháng sau đợt cấp hen thì mới bàn tới chuyện đó.
* *Cơn hen tim*: khám không ghi nhận gan to, TM cổ nổi, tim:chưa ghi nhận lớn thất, T1,T2 đều rõ, không âm thổi, phổi không ran ẩm=> không nghĩ
* *~~Dãn phế quản~~*~~: chưa ghi nhận BN có ho khạc đàm mủ mạn tính, ho ra máu=> không nghĩ~~
* *COPD*: nghĩ nhiều vì BN có ho khạc đàm mạn, kèm khó thở mạn tính tiến triển, tiền căn có hút thuốc lá nhiều, đã được chẩn đoán COPD 7 năm trước, khám có ran ngáy ran rít lan tỏa 2 phế trường
* Phân nhóm COPD: BN có thở thường xuyên, đi bộ 100m thì phải nghỉ => mMRC 3đ đánh giá trước đợt nặng này kèm nhập viện 4 lần trong vòng 1 năm qua => COPD nhóm D
* *Biến chứng*:
* Tâm phế mạn: Khám không thấy gan to, không tĩnh mạch cổ nổi, Harzer (-),dấu nảy trước ngực (-) => X quang ngực thẳng, SÂ tim.
* Suy hô hấp mạn: Bn có khó thở mạn tính tiến triển,triệu chứng LS không rõ ràng => KMĐM, hô hấp kí khi TT bệnh ổn.
* Đa hồng cầu:BN không đau đầu chóng mặt, dị cảm, khám không thấy đỏ da ( vùng mặt và đầu chi), niêm mạc hồng nhưng không loại trừ bằng lâm sàng=> CTM
* Bệnh đồng mắc:
* ĐTĐ: chưa ghi nhận ĐTĐ trước đây => đường huyết đói, HbA1c
* K phổi:có nhiều YTNC K phổi: BN lớn tuổi, tiền căn hút thuốc lá. Thứ nhất nếu đã nghĩ tới K thì nó phải nằm trong chẩn đoán phân biệt. Thứ hai ông này bị lâu rồi gần đây trở nặng thôi mà tắc nghẽn lan tỏa nữa nên có quyền không nghĩ.
* **Đợt cấp COPD**: nghĩ nhiều do BN có khó thở tăng, ho đàm tăng, đàm thay đổi màu sắc: trắng trong=> trắng đục=> vàng
* Mức độ: ~~BN 86 tuổi, thở 24 lần/phút,~~ có 3/3 triệu chứng : khó thở tăng, ho đàm tăng, đàm thay đổi màu sắc, ~~nhập viện 4 lần trong năm qua~~ => Mức độ nặng
* Phức tạp: Do BN 86 tuổi (>65t), >4 đợt NV/năm, kèm bệnh nền

Nói đúng cái mình cần để chứng minh cho chỗ đang biện luận thôi để tránh làm người ta nghĩ mình không thuộc bài

* Các YTTĐ trên BN này có thể là:
* Thay đổi thời tiết: nghĩ nhiều, do những đợt cấp nhập viện trước đây của BN đều có liên quan đến thay đổi thời tiết. Dị ứng với thời tiết là cách nói dân gian. Trong y khoa, dị ứng liên quan tới IgE, liên quan tới kháng nguyên, kháng nguyên thường là protein, không phải là không khí. Ví dụ mưa gió bão bùng thì gió nó có thể mang theo dị ứng nguyên tới chứ không khí không phải là dị ứng nguyên.
  + Dị ứng: ngứa mắt ngứa mũi, hắt hơi, không sốt. Nước mũi loãng trắng trong. Cái mũi nhọt nhạt
  + Nhiễm siêu vi: vẫn có thể đỏ mắt nhưng không ngứa mắt ngứa mũi, có sốt nhẹ, đau nhức cơ toàn thân. Nước mũi trắng đục, nhầy. Cái mũi đỏ.
* ~~Viêm phổi~~ Nhiễm trùng hô hấp dưới: ~~khám không ghi nhận các dấu hiệu nhiễm trùng,không đau ngực kiểu MP, khám phổi không ran nổ, nhưng BN có ho đàm tăng, đàm đổi màu, không loại trừ => X quang ngực thẳng, CTM, CRP~~ không sốt, không đau ngực nên không nghĩ
* Biến chứng:
* Suy hô hấp cấp: BN khó thở cấp, NT 24l/ph co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2 : 95% ( thở oxy qua canula 3l/ph) => có biến chứng SHH.
* TKMP: Không nghĩ do BN không có đau ngực kiểu màng phổi, khám không thấy lồng ngực hình thùng, không dãn các khoan liên sườn, gõ không vang.

**2. Suy hô hấp cấp:** các nguyên nhân có thể gây SHH cấp ở BN này là:

* Do Phổi:
* Đợt cấp COPD: đã biện luận
* ~~Hen: đã BL~~

Khó thở trên BN COPD cần loại trừ các nguyên nhân làm bệnh trở nặng khác:

* Viêm phổi: đã BL biện luận như Viêm phổi
* TKMP: ĐBL không gõ vang
* Thuyên tắc phổi:BN không đau ngực, không ho đàm bọt hồng, nhưng BN có YTNC: bất động lâu ngày, đánh giá thang điểm well = 1,5 => ít nghĩ =>D Dimer. Tại BN nằm trong BV, khó thở nữa nên khả năng sẽ không đi => có bất động nên mới nghĩ tới.
* Do tim: hen tim đã BL không ran ẩm nổ không đau ngực
* Thường mình đi từ bệnh nền để biện luận ra bệnh nền. Xong xuôi bệnh nền rồi thì mình chứng minh nó trở, rồi nói tại sao nó trở. Cho nên phải nói tại sao nghĩ là đợt cấp (nhiễm trùng phế quản) mà không phải viêm phổi (nhiễm trùng nặng hơn, lan tới nhu mô) (LS dựa vào ran nổ bất đối xứng bên nhiều bên ít, đau ngực kiểu màng phổi)

**XII. ĐỀ NGHỊ CLS**:

1. CLS chẩn đoán: X quang ngực thẳng,KMĐM, hô hấp ký, ECG, siêu âm tim, D Dimer, CTM, CRP, CT scan ngực
2. CLS thường quy: Ion đồ, đường huyết, AST, ALT, BUN, creatinin, TPTNT

**XIII. Kết quả CLS:**

X QUANG NGỰC THẲNG.



Ứ khí: đen hơn, ít mạch máu hơn (COPD) hoặc có thể thuyên tắc phổi.

Ứ khí do COPD: đen khắp 2 phế trường

Thuyên tắc phổi: đen một chỗ => giảm tưới máu phổi khu trú => đừng quên thuyên tắc phổi.

Phim này bên phải có vẻ sáng hơn, dò từ rốn phổi đi ra xem có dấu cắt cụt không? Không có

Hồi nãy mình có sợ phù phổi và viêm phổi, suy tim => đi tìm

Phù phổi không thấy hình ảnh cánh bướm

Không viêm phổi

Bóng tim hơi hơi to thôi tư thế nằm nữa không giúp nhiều chẩn đoán suy tim

=> Kết luận: phần nhiều là đợt cấp, thuyên tắc thì chưa loại trừ được

KẾT LUẬN:

* Phim chụp tư thế nằm, cường độ tia đạt, BN hít không đủ sâu
* Chưa ghi nhận bất thường mô mềm, thành ngực, xương sườn
* Khí quản không lệch, bóng tim không to, chưa ghi nhận bất thường trung thất, nhu mô phổi, góc sườn hoành thấy hình ảnh ứ khí hai đáy phổi.

**D-DIMER**(20/09): 695 mg/ml, d-dimer tăng (<860 mg/ml so sánh với tuổi x10)=> ít nghĩ thuyên tắc phổi là đúng rồi

**HÔ HẤP KÍ**: 9h31 20/09/2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| K | 4.6 | mmol/L | 3.5-4.9 |
| Na | 137 | mmol/L | 138-146 |
| ICA | 0.97 | mmol/L | 1.12-1.32 |
| **PH** | **7.414** |  |  |
| **TCO2** | **22** | mmol/L | 23-27 |
| PO2 | 164 | mmol/L | 80-105 |
| **PCO2** | **32.6** | mmol/L | 35-45 |
| BE | -3 | mmol/L | (-2)-3 |
| **HCO3** | **20.8** | mmol/L | 22-26 |
| SO2 | 100 | % | 95-98 |
| HB | 10.5 | g/dL | 12-17 |
| HCT | 31 | %PCV | 38-51 |
|  |  |  |  |

Kết luận: hiện tại BN đang thở qua canula 3 lít/phút

O2 máu không giảm, PaO2/FiO2=512,5 bình thường

PH=7.414 bình thường hướng kiềm.

PCO2 =32.6 🡺 kiềm hô hấp

X==0.0001<0.003 => có toan chuyển hóa kèm theo

Vậy trên BN này có kiềm hô hấp kèm toan chuyển hóa

CÔNG THỨC MÁU.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ngày 23/09 | Ngày 20/09 |  |
| RBC | 2.97 | 3.19 | T/L |
| HGB | 94 | 101 | g/L |
| HCT | 29.4 | 31.1 | % |
| MCV | 98.8 | 97.6 | Fl |
| MCH | 31.5 | 31.6 | Pg |
| MCHC | 319 | 323 | g/L |
| WBC | 6.73 | 6.73 | G/L |
| %NEU | 92.4 | 89.0 | % |
| NEU# | 6.22 | 5.99 | G/L |
| %LYM | 4.2 | 7.1 | % |
| LYM# | 0.28 | 0.48 | G/L |
| %MONO | 0.2 | 2.9 | % |
| MONO# | 0.15 | 0.20 | G/L |
| %EOS | 0.3 | 0.2 | % |
| ESO# | 0.02 | 0.01 | G/L |
| %BASO | 0.1 | 0.1 | % |
| BASO# | 0 | 0.01 | G/L |
| %N-RBC | 0 | 0 | % |
| PLT | 159 | 206 | G/L |
| MPV | 7.0 | 7.4 | Fl |
| RDW-CV | 14.6 | 14.4 | % |
| #N-RBC | 0 | 0 | 0 |
| Đông máu PT | 11.2 |  |  |
| INR | 1.02 |  |  |

BÀN LUẬN:

* HC trong giới hạn bình thường
* Tiểu cầu trong giới hạn bình thường
* Bạch cầu không tăng, Neu ưu thế.

Tam chứng anthonisen đủ, còn nghĩ đợt cấp phức tạp nữa, nhưng bạch cầu bình thường do tuyến trước đã điều trị kháng sinh (chứ nói già quá BC không tăng cũng kỳ còn CRP còn tăng nổi mà) Mình phải giải thích như vậy vì do nếu bình thường hết thì vậy người ta sẽ nói có khi nào là thuyên tắc phổi hơn không.

SINH HÓA MÁU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TÊN XÉT NGHIÊM | 23/09 | 22/09 | 21/09 | 20/9 | ĐƠN VỊ |
| Đường huyết |  |  |  | 101 | mg/dL |
| ALT |  |  |  | 37 | U/L |
| AST |  |  |  | 30 | U/L |
| Bilirubin total |  |  |  | 0.47 | mg/dL |
| Bilirubin direct |  |  |  | 0.14 | mg/dL |
| B.U.N | **51** | **53** | **45** | **26** | mg/dL |
| Creatinin | **1.83** | **2.08** | **2.06** | **1.76** | mg/dL |
| eGFR (CKD-EPI) | **32.68** | **27.99** | **28.32** | **34.25** | mL/min/1.73m2 |
| Na+ | 140 | 136 |  | 134 | mmol/L |
| K+ | 4.7 | 4.8 |  | 4.7 | mmol/L |
| Cl- | 105 | 102 |  | 98 | mmol/L |
| CRP |  |  | **15.7** |  | mg/dL |
| theophyline |  |  | 9,37 |  | ug/dL |
| CK-MB |  |  |  | 33.67 | U/L |
| Troponin I |  |  |  | 0.071 | ng/mL |

Kết luận: độ lọc cầu thận bệnh nhân giảm, theo dõi bệnh thận mạn.

TỔNG PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU

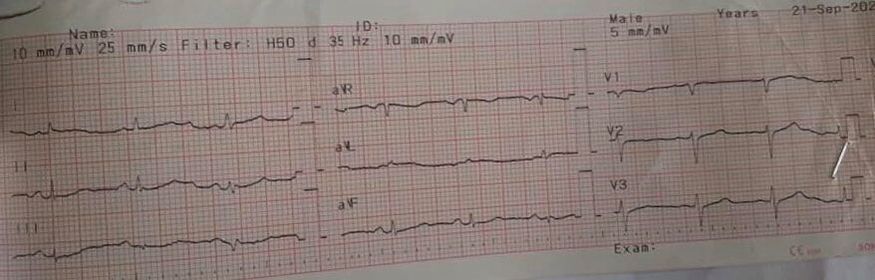
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tỉ số A/C niệu |  | mg/g |
| Ph | 5.0 |  |
| S.G | 1.009 |  |
| Glucose | Neg | mg/dL |
| Protein NT | +30 | mg/dL |
| Bilirubin | Neg | mg/dL |
| Urobilinogen | Norm | mg/dL |
| Ketone | Neg |  |
| Blood | 80 | RBC/Ul |
| Leukocytes | 500 | WBC/Ul |
| Nitrite | Neg |  |

Kết luận: có blood 80 RBC/Ul, Leukocytes 500 WBC/Ul, Protein NT, kèm CRP tăng => nghĩ nhiều BN có nhiễm trung tiểu do BN có nhiều YTNC: tắc nghẽn do phì đại TTL, đặt sonde dẫn lưu nước tiểu.

Nitrite âm tính thầy loại nhiễm trùng tiểu luôn rồi. Tuyến trước điều trị 7 ngày rồi tuy nhiên người ta có triệu chứng hô hấp còn không có triệu chứng đường tiểu gì hết thì nghĩ NTT hơi vô duyên

Nghĩ nhiều có viêm tiền liệt tuyến mãn (thực tế phải touchee rectal để phân biệt viêm TLT mãn)

ECG:



Đọc kết quả:

* Nhịp xoang ,đều, tần số 78 lần/phút.
* Trục trung gian
* Sóng P và đoạn PR trong giới hạn bình thường.
* Phức bộ QRs không giãn rộng, trong giới hạn bình thường
* QT< ½ RR=> QT không dài
* ST trong giới hạn bình thường.
* Sóng T dẹt ở D I, II, II, aVL, V1

BÀN LUẬN: Nghĩ BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Giấu mẹ V4-V6 sao đọc được lớn thất đây =))))))

T dẹt lan tỏa đổ cho BTTMCB hơi bị sai lầm vì COPD hay bị rối loạn điện giải lắm, cần làm ion đồ, Ca, Mg

SIÊU ÂM TIM:

Chức năng tâm thu thất trái EF=56%

Các buồng tim không dãn

Không rối loạn vận động vùng

Vách liên thất và vách liên nhỉ không phì đại

Các van tim mềm mại

Không huyết khối lớn hơn 3mm trong buồng tim

Không dịch khoang màng ngoài tim

BÀN LUẬN: Chức năng tâm thu thất trái bình thường

Không có rối loạn vận động vùng nữa nên mình có thể nói coi chừng cái t dẹt đó không phải do TMCB đâu .

SIÊU ÂM BỤNG:

Thận (P): bất thường: kích thước 86\*47mm, giới hạn vỏ tủy không rõ, độ echogen dày hơn gan.

Thận (T): bất thường: kích thước 85\*46mm, giới hạn vỏ tủy không rõ, độ echogen dày hơn

gan.

Tuyến tiền liệt to V= 46 ml

Kết luận: bệnh lý chủ mô thận mạn 2 bên- tiến tuyền liệt to.

Không có tắc nghẽn (quan tâm vì tắc nghẽn lâu ngày có thể gây viêm đài bể thận mạn gây suy thận mạn)

**XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**: Đợt cấp COPD mức độ nặng, phức tạp, yếu tố thúc đẩy do nhiễm trùng chưa kiểm soát (trước đó cần nghĩ mình bỏ sót nhiễm trùng, bỏ sót thuyên tắc phổi, bỏ sót suy tim) biến chứng suy hô hấp cấp/ COPD nhóm D chưa biến chứng mạn/THA, BTTMCB, phì đại tuyến tiền liệt tiền liệt, theo dõi bệnh thận mạn, ~~nhiễm trùng tiểu~~.

Cần đánh giá bù đủ nước chưa để bù rồi đánh giá lại cái thận, nên xem nó như cấp để giải quyết.

**XV. ĐIỀU TRỊ**:

Điều trị đợt cấp COPD:

Nằm đầu cao 30 độ.

Tiếp tục thở oxy qua canula 3l/phút.

Đợt cấp: Corticoid, Kháng sinh, SABA + SAMA

SABA + SAMA: Salbutamol 2.5 mg + Ipratropium 0.5 mg ( **Combivent 2.5 ml 1A + NaCl 0/9% 2 ml)** phun khí dung.

Levofloxacin 500mg 1,5 chai TTM XL g/ph

Ceftriaxone 1g 2lọ×2 TTM tùy theo KS đã dùng ở tuyến dưới và đáp ứng của BN

Corticoid phun khí dụng : Pulmicort 1mg\*1A còn tranh cãi

Methylpredmisolone (**Solumedrol 40mg\* 1 lọ TMC**).

Điều trị bệnh kèm theo: xem lại chẩn đoán BTTCB vì sao SÂ ko có RLVĐ vùng

Exforge (valsartan,amlodipine) v-5/80mg: 1v×2 ( Sáng-Chiều) amlo không kiểm soát được nhịp tim mà vô đợt cấp nhịp tim hay nhanh nên có thể chuyển. Nhưng non DHP thì tương tác thuốc nhiều lắm, phải cẩn thận.

Pantoprazol 40mg: 1v sáng trước ăn

Plavix(clopidogrel) 75mg: 1v (u)

Atorvastatin: 20mg 1 v (u)

**XVI. TIÊN LƯỢNG:**

Bệnh nhân COPD nhóm D trong 1 năm nhập viện 4 lần vì đợt cấp COPD, THA, bệnh thận mạn=> tiên lượng nặng.

Phải hỏi 4 lần nhập viện đó là do cái gì, có phải chỉ đơn thuần là đợt cấp không?

2 đợt cấp gần nhau quá có khởi động lại cort toàn thân: Chứng cứ gần đây cho thấy bệnh có vẻ hơi đề kháng rồi tuy nhiên đợt cấp thì cort toàn thân tương đương với giảm thất bại điều trị. Hồi xưa từng xài với Solumedrol 40mgx3 luôn nên mình vẫn có thể cho.