**BỆNH ÁN**

**I. HÀNH CHÍNH:**

Họ tên BN: Dương Văn C. Giới tính: Nam Năm sinh: 1939

Nghề nghiệp: nông dân (đã nghỉ)

Địa chỉ: Mỏ Cày Nam, Bến Tre

Ngày giờ NV: 12h45 ngày 21/5/2019

Số giường – khoa: giường 4 khoa Nội Hô hấp BVCR

**II. LÝ DO NHẬP VIỆN:** khó thở

**III. BỆNH SỬ:**

- Cách NV 1 tháng, BN sốt lạnh run không rõ nhiệt độ, từng cơn, khoảng 3 – 4 cơn/ngày kèm ho đàm trắng đục, khoảng 20 mL/ngày, ho không thay đổi theo tư thế hay thời gian trong ngày, không đau ngực, không khó thở, tiêu tiểu bình thường → NV BV huyện Mỏ Cày Nam được chẩn đoán: Viêm phổi, điều trị trong 10 ngày thì được xuất viện (không mang theo giấy xuất viện), ho giảm về lượng, đàm trắng loãng, hết sốt.

- Cách NV 18 ngày (sau xuất viện 2 ngày), BN sốt lạnh run không rõ nhiệt độ, từng cơn, khoảng 3 – 4 cơn/ngày kèm ho đàm trắng đục, khoảng 50 mL/ngày, ho không thay đổi theo tư thế hay thời gian trong ngày, khó thở xuất hiện sau ho khoảng 1 ngày, khó thở cả 2 thì, liên tục tăng dần, BN xoay trở nhưng khó thở không giảm, không liên quan gắng sức, không tím tái. Khó thở tăng dần trong 2 ngày → NV BV Nguyễn Đình Chiểu, điều trị trong 16 ngày.

- Tại BV Nguyễn Đình Chiểu:

+ BN sốt, ho đàm đục, khó thở nhiều, khám ghi nhận thở co kéo, phổi ran nổ. + Kết quả các xét nghiệm: WBC 16,85 K, Hb 115 g/L, PLT 259 K, Ure 3,6 mmol/L, Creatinin 58 μmol/L, Na+/K+ 129/3,5 mmol/L, CRP 40,2 mg/L, Albumin 21 g/L, Troponin I 0,14 ng/mL, proBNP 17,49 pg/mL, ALT 26 UI/L, XQ ngực thâm nhiễm 2 phế trường, cấy đàm không mọc.

+ Được chẩn đoán: Suy hô hấp – Viêm phổi nặng – Nhồi máu cơ tim cũ – Viêm loét dạ dày – Rối loạn lipid máu – Rối loạn điện giải.

+ Điều trị: đặt NKQ thở máy trong 2 tuần, KS Levofloxacin 750 mg/ngày + Basultam 2g x 2/ngày, Clopidogrel 75 mg/ngày, Atorvastatin 20 mg/ngày, Pantoprazole 40 mg/ngày, Ambroxol, Kaliclorid.

+ BN khó thở giảm, được rút NKQ sau 2 tuần nhưng vẫn còn khó thở, phải thở Oxy qua mask, sốt giảm hơn trước nhưng còn 1 – 2 cơn/ngày, ho đàm trắng đục với lượng và tính chất không đổi → chuyển BV Chợ Rẫy.

- Tình trạng lúc chuyển tuyến: Bệnh tỉnh, SpO2 98%/oxy qua canula, HA 11/7 cmHg.

- Trong quá trình bệnh, BN ăn uống kém, sụt cân không rõ, không đau ngực, tiêu phân vàng sệt 1 – 2 lần/ngày, tiểu vàng trong không buốt gắt, không lắt nhắt, không phù, không đau nhức chân.

- Tình trạng lúc NV: BN lơ mơ. Sinh hiệu: M 82 l/phút, T: 370C, HA : 13/8 cmHg, NT 20 l/phút, SpO2: 86%/oxy canula 6 l/phút.

- Diễn tiến sau NV: ngày 1: sốt 38 độ 1 cơn, ho đàm trắng đục, còn khó thở.

**IV. TIỀN CĂN:**

1. Bản thân:

* Nội khoa:

- Cách NV 16 năm, khám sức khỏe tại trạm y tế xã được chẩn đoán THA, HA cao nhất 180/100 mmHg, điều trị không thường xuyên, HA dao động 150 – 160 mmHg các lần đi khám.

- Chưa ghi nhận tiền căn khó thở tương tự trước đây.

- Chưa ghi nhận tiền căn ho mạn tính, đàm dính vướng cổ buổi sáng hay ho ra máu trước đây.

- Chưa ghi nhận tiền căn sốt kéo dài, sốt về chiều hay sụt cân gần đây.

- Chưa ghi nhận tiền căn lao phổi, dãn phế quản, COPD, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

- Gần đây không phù hay đau nhức chân, không ho sặc sụa + tím tái sau ăn.

* Ngoại khoa: chưa ghi nhận phẫu thuật hay chấn thương trước đây.
* Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.
* Thói quen:

- Hút thuốc lào + thuốc lá từ năm 18 tuổi đến 70 tuổi, bỏ cách đây 10 năm.

- Uống rượu bia thỉnh thoảng.

- Thường xuyên ăn mặn.

- Không sử dụng các thuốc nam, thuốc bắc giảm đau khớp.

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận gia đình BN có người bị lao phổi gần đây.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:**

Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực, không xanh tím.

Hô hấp: khó thở 2 thì không thay đổi theo tư thế, ho đàm trắng đục.

Tiêu hóa: không đau bụng, tiêu phân vàng sệt 1 – 2 l/ngày, không nôn.

Tiết niệu – sinh dục: tiểu 1L/ngày vàng trong, không buốt gắt, không lắt nhắt.

Thần kinh, cơ xương khớp: không đau cơ xương khớp, không yếu tay chân.

Chuyển hóa: sốt lạnh run 38 độ 1 cơn/ngày, không phù, không vàng da.

**VI. KHÁM: Ngày 22/5/2019**

A. TỔNG QUÁT:

- Tỉnh, tiếp xúc chậm.

- Chiều cao: 155 cm, cân nặng: 47 kg 🡒 BMI: 19,56 kg/m2.

- Sinh hiệu: M 96 l/phút, T: 370C, HA : 12/7 cmHg, NT 22 l/phút, SpO2 = 94%/mask không thở lại 6 l/phút.

- Da niêm hồng nhạt, không xuất huyết dưới da

- Không ngón tay dùi trống.

- Không phù, dấu véo da mất nhanh.

B. KHÁM TỪNG VÙNG:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không phù.

- Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi dơ.

- Khí quản không lệch.

- Tĩnh mạch cổ nổi (-) tư thế 45 độ.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm, tuyến giáp không sờ chạm.

2. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không THBH, không sẹo mổ, không sao mạch, không XHDD, không ổ đập bất thường.

- Thở 22 l/phút đều, êm, biên độ bình thường, co kéo các khoảng gian sườn, khoảng gian sườn không dãn.

2.1. Tim:

- Mỏm tim KLS V ngoài ĐTĐ (T) 1 cm, nảy mạnh, diện đập 1,5 x 1,5 cm2.

- Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), không rung miêu.

- Tần số tim đều 90 l/phút, T1 T2 rõ.

- Không có tiếng T3, T4, không âm thổi bất thường.

2.2. Phổi

- Rung thanh đều 2 bên.

- Gõ trong.

- Ran nổ cuối thì hít vào đáy phổi 2 bên, (T) > (P).

- Không có tiếng thổi màng phổi, tiếng cọ màng phổi.

3. Bụng:

- Bụng phẳng, di động theo nhịp thở, không THBH, không sẹo mổ cũ, rốn lõm, không u gồ thành bụng, không thoát vị.

- Nhu động ruột 6 l/phút, âm ruột bình thường, không nghe thấy âm thổi vùng gan hay âm thổi động mạch.

- Gõ trong khắp bụng.

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không đề kháng thành bụng.

- Gan: bờ trên KLS V ĐTĐ (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 9 cm ĐTĐ (P).

- Lách không sờ chạm.

- Chạm thận (-), rung thận (-).

4. Cơ – xương – khớp:

- Cổ mềm, không yếu liệt chi.

- Không sưng nóng đỏ đau các khớp.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

BN nam, 80 tuổi, NV vì khó thở. Bệnh 1 tháng với các bất thường sau:

1. TCCN:

- Sốt.

- Ho đàm trắng đục.

- Khó thở.

- Ăn uống kém.

2. TCTT:

- SpO2 = 94%/mask không thở lại 6 l/phút.

- Vẻ mặt nhiễm trùng: môi khô, lưỡi dơ.

- Thở co kéo các khoảng gian sườn.

- Ran nổ cuối thì hít vào đáy phổi 2 bên, (T) > (P).

3. Tiền căn:

- Tăng huyết áp.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

1. Khó thở cấp.

2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới.

**IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:** Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (theo IDSA – ATS) biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết, thất bại đáp ứng điều trị muộn do bội nhiễm vi khuẩn kháng thuốc – Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC VII.

**X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

1.Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (theo IDSA – ATS) biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết/Lao phổi – Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC VII.

2.Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (theo IDSA – ATS) biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết thất bại đáp ứng điều trị muộn do áp xe phổi – Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC VII.

3. Thuyên tắc phổi – Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (theo IDSA – ATS) biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi nhiễm trùng huyết thất bại đáp ứng điều trị muộn nghi do bội nhiễm vi khuẩn kháng thuốc – Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC VII.

**XI. BIỆN LUẬN:**

1. HCNTHHD: do có sốt, ho khạc đàm đục, khám phổi ran nổ. HCNTHHD có thể gặp trong các bệnh sau:

- Viêm phế quản cấp: BN này không có tiền căn NTHHT, sốt + ho đàm kéo dài kém đáp ứng với điều trị, khó thở nhiều phải đặt nội khí quản, khám nghe ran nổ không phải ran rít của phế quản nên không nghĩ.

- Đợt cấp viêm phế quản mạn: mặc dù BN lớn tuổi, tiền căn hút thuốc lá nhiều tuy nhiên không ho khạc đàm dính vào buổi sáng sớm kéo dài ít nhất 3 tháng/năm trong 2 năm liên tục, khám không nghe ran rít ran ngáy nên không nghĩ.

- Lao phổi: BN không tiền căn bản thân và gia đình bị lao phổi, không ĐTĐ, không ho ra máu, khám thấy tổn thương ở đáy phổi nhưng BN tổng trạng gầy, sốt + ho kéo dài kém đáp ứng điều trị kháng sinh, ăn uống kém nên không loại trừ 🡒 Đề nghị AFB đàm 2 mẫu.

- Áp xe phổi: BN không ho đàm mủ lượng nhiều, khám phổi không thấy hội chứng đông đặc hay hội chứng 3 giảm nhưng hội chứng nhiễm trùng rõ, kéo dài, kém đáp ứng điều trị kháng sinh, khám thấy tri giác tiếp xúc chậm nên không loại trừ → Đề nghị XQ ngực thẳng – nghiêng, CT scan ngực.

- Dãn phế quản bội nhiễm: BN không có yếu tố nguy cơ của DPQ (lao, xơ nang, HIV) hay nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại, không ho ra máu hay ho đàm nhiều dai dẳng nhiều năm nhiều tháng 3 lớp bọt, nước, mủ, khám phổi không có ran ngáy, ran ẩm cả 2 thì lớn nhất ở giữa thì hít vào nên không nghĩ.

- Viêm phổi: BN sốt kèm ho đàm đổi đục, khám phổi có ran nổ cuối thì hít vào, kết quả CLS tuyến trước XQ có tổn thương thâm nhiễm nên nghĩ nhiều 🡒 Đề nghị XQ ngực thẳng – nghiêng, CTM, CRP, Procalcitonin, nhuộm Gram – cấy định lượng – định danh – kháng sinh đồ.

+ VPCĐ/BV: nghĩ nhiều là VPCĐ vì không thỏa tiêu chuẩn VPBV.

+ Mức độ: VP cần đặt nội khí quản thở máy tuyến trước 🡒 mức độ nặng theo IDSA - ATS.

+ Biến chứng:

* Tại chỗ:
  + Tràn dịch màng phổi: BN khó thở nhiều nhưng không liên quan tư thế, khám không thấy hội chứng 3 giảm nên không nghĩ.
  + Áp xe phổi: đã biện luận ở trên.
  + Suy hô hấp: lúc NV tuyến trước BN cần đặt nội khí quản thở máy, hiện tại khám BN tri giác tiếp xúc chậm, thở co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2 = 94% với mask không thở lại 6 l/phút nên nghĩ nhiều → Đề nghị KMĐM, ion đồ máu.
* Toàn thân:
  + Nhiễm trùng huyết: BN này hiện tại chưa nghĩ suy cơ quan khác ngoài phổi (thận, gan, tim mạch) nhưng nhiễm trùng kéo dài, không thể loại trừ → Đề nghị Cấy máu + KSĐ.

+ BN này vẫn còn sốt kéo dài sau 7 ngày điều trị với kháng sinh đủ liều → nghĩ nhiều kém đáp ứng với điều trị muộn. Nguyên nhân của thất bại đáp ứng điều trị có thể là:

* + Bội nhiễm vi khuẩn kháng thuốc: nghĩ nhiều do ban đầu BN đã có đáp ứng điều trị (ho giảm về lượng và loãng, hết sốt) nhưng sau đó sốt + ho lại.
  + Lao phổi: không loại trừ được viêm phổi trên nền lao phổi.
  + Biến chứng của VP: không nghĩ tràn dịch, chưa loại trừ áp xe phổi.

+ Tác nhân: không loại trừ được Pseudomonas + Gram âm (dùng KS), MRSA (đặt NKQ thở máy, VP diễn tiến nhanh đến suy hô hấp).

2. Khó thở cấp: có thể nằm trong cùng bệnh cảnh với viêm phổi hoặc do bệnh khác gây ra

- Do viêm phổi: BN có thể khó thở do viêm phổi nặng, tràn dịch màng phổi cận viêm, nếu điều trị nhiễm trùng ổn thì khó thở phải giảm song song. Ở BN này diễn tiến phù hợp nên nghĩ nhiều.

- Do bệnh khác:

+ Tim mạch: BN này khám không có ran ẩm 2 đáy, không có dấu hiệu của suy tim trái (mỏm tim lệch ra ngoài) hay hẹp 2 lá (âm thổi tâm trương, T1 đanh) nên không nghĩ.

+ Thuyên tắc phổi: BN tiền căn và lâm sàng không đau nhức chân, không phù chân, khám không có dấu hiệu của suy tim (P): mạch nhanh, phù chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, Harzer hay dấy nảy trước ngực nhưng có nằm bất động lâu ngày (thở máy) nên không thể loại trừ 🡒 Đề nghị CT scan động mạch phổi có cản quang.

+ Tràn dịch màng phổi: đã biện luận.

**XII. ĐỀ NGHỊ CLS:**

1. Cận lâm sàng chẩn đoán: XQ ngực thẳng – nghiêng, công thức máu, CRP, Procalcitonin, nhuộm Gram đàm – cấy đàm định lượng – định danh vi trùng – kháng sinh đồ, khí máu động mạch, ion đồ máu, cấy máu – kháng sinh đồ, CT scan động mạch phổi có cản quang, AFB đàm 2 mẫu.

2. Cận lâm sàng thường quy: ECG, đông máu toàn bộ, định lượng BUN, creatinin máu, AST, ALT, glucose máu.

**XIII. KẾT QUẢ CLS:**

XQ NGỰC:

- Phim chụp tư thế nằm, trước sau, cường độ tia cứng, hít vào không đủ sâu (7 cung sườn sau).

- Khí quản không lệch, góc carina rộng.

- Bóng tim không to (chỉ số tim – lồng ngực = 0,5), rốn phổi không đậm.

- Vòm hoành bình thường, không mờ 2 góc sườn hoành.

- Tổn thương dạng đám mờ không đồng nhất 1/3 trên phổi (T) + đáy phổi 2 bên, không có hình ảnh khí phế quản đồ.

- Không thấy hình ảnh hang.

→ Tổn thương phế nang phù hợp viêm phổi. Loại trừ áp xe phổi.

CÔNG THỨC MÁU:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 21/05 | Bình thường | Đơn vị |
| RBC | **3.66** | 3.8-5.5 | T/L |
| HGB | **117** | 120-170 | g/L |
| HCT | **34.5** | 35-50 | % |
| MCV | 94.3 | 78-100 | fL |
| MCH | 31.8 | 24-33 | pg |
| MCHC | 338 | 315-355 | g/L |
| WBC | **11.73** | 4-11 | G/L |
| %NEU | **78.5** | 45-75 | % |
| NEU | **9.21** |  |  |
| %LYM | **13.1** | 20-40 | % |
| LYM | 1.54 |  |  |
| %MONO | 5.8 | 4-10 | % |
| MONO | 0.68 |  |  |
| %EOS | **0.1** | 2-8 | % |
| EOS | **0.02** |  |  |
| %BASO | 0.7 | 0-2 | % |
| BASO | 0.08 |  |  |
| PLT | 216 | 200-400 | G/L |
| MPV | 8.4 | 7-12 | fL |
| PT | **13.9** | 10-13 | giây |
| INR | 1.05 | 1-1.2 |  |
| FIB | 3.94 | 2-4 | g/L |
| APTT | 35.4 | 26-37 | giây |

🡒 Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào. Bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng cấp tính.

KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 22/5 | Bình thường | Đơn vị |
| PAT.TEMP | 37 |  | C |
| Hb | 11.5 |  | g/dL |
| FIO2 | 44 |  | % |
| pH | **7.595** | 7.35-7.45 | mmHg |
| PCO2 | **33.6** | 35-45 | mmHg |
| PO2 | **53.9** | 80-100 | mmHg |
| HCO3 | **32.9** | 22-26 | mmol/L |
| BEb | 11.4 |  | mmol/L |
| BEecf | 11.1 |  | mmol/L |
| SBC | **35** | 22-26 | mmol/L |
| A-aDO2 | **220.8** |  | mmHg |

🡒 Suy hô hấp giảm oxy máu mức độ nặng.

SINH HÓA: 21/5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kết quả | Bình thường | Đơn vị |
| Đường huyết | 70 | 70-110 | mg/dL |
| ALT | 45 | 5-49 | U/L |
| AST | **89** | 9-48 | U/L |
| Bilirubin total | 1.00 | 0.2-1 | mg/dL |
| BUN | 14 | 7-20 | mg/dL |
| Creatinin | 0.74 | 0.7-1.5 | mg/dL |
| eGFR(CKD-EPI) | 87.12 | ≥60mL/min/1.73m2 | |
| Na+ | **126** | 135-150 | mmol/L |
| K+ | **3.0** | 3.5-5.5 | mmol/L |
| Cl- | **91** | 98-106 | mmol/L |
| CRP | 6 | <6 | mg/L |

🡒 Chức năng gan, thận bình thường.

**XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:** Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (theo IDSA – ATS) biến chứng suy hô hấp cấp, thất bại đáp ứng điều trị muộn do bội nhiễm vi khuẩn kháng thuốc – Tăng huyết áp nguyên phát độ II theo JNC VII.

**XV. ĐIỀU TRỊ:**

1. Nguyên tắc điều trị:

- Oxy liệu pháp mục tiêu SpO2 ≥ 90%

- Kháng sinh phổ rộng, kết hợp, bao phủ được Gram âm, Pseudomonas, MRSA.

- Đánh giá đáp ứng điều trị: theo dõi sinh hiệu/12h, sốt, ho đàm, khó thở/24h, CTM, CRP, XQ ngực thẳng sau 48 – 72h.

2. Điều trị cụ thể:

- Thở oxy qua mask không thở lại 6 lít/phút.

- (Meropenem 1g 1 lọ pha NaCl 0,9% 100 mL) x 3 TTM XX giọt/phút.

- Linezolid 0,6g 1 chai x 2 TTT XX giọt/phút.

- Theo dõi sinh hiệu mỗi 12h.

**XVI. TIÊN LƯỢNG:**

Tiên lượng gần: nặng vì VP mức độ nặng, nghi VK kháng thuốc + suy hô hấp chưa đáp ứng với oxy canula.

Tiên lượng xa: trung bình vì nếu điều trị khỏi ít để lại di chứng.