**Orthopnea (khó thở phải ngồi)**

* Muốn tiếp cận khó thở thì đầu tiên BN phải có khó thở
* Định nghĩa, khó thở là cảm giác chủ quan của người bệnh, hay mình cũng vậy đôi khi cũng thấy khó thở khi mình chạy bộ -> khi mà BN cảm thấy mình đang thở (hay đối với mình cũng vậy) thì là có khó thở
* Nó có thể có nguyên nhân khách quan hoặc chủ quan hoặc về rối loạn tâm lý hoặc về rối loạn cung cầu oxy,…
* Trong cái khó thở thì mình phải tìm ra nguyên nhân, thì ví dụ bạn mình nói nó khó thở thì nó khó thở có thể đúng rồi đó, nó khó thở do lo lắng, tâm lý chứ đừng nói nó không khó thở, nó có khó thở đó nhưng mà khó thở do cái gì
* Khó thở phải ngồi là bệnh cảnh giai đoạn sau của bệnh lý trước đó, nó có thể biểu hiện là: khó thở gắng sức, khó thở khi vận động, khó thở khi đi bộ, sau đó thì gần như giai đoạn cuối nó mới ngồi nó thở. Bệnh nào cũng vậy, có thể bệnh tim hoặc không do tim
* Khi nằm thì nó sẽ bị giới hạn lồng ngực, cơ hô hấp không cử động được nên dù nguyên nhân nào đi nữa thì có khó thở đó nó có xu hướng phải ngồi dậy

1. **Khó thở về phổi**

* Phổi có: đường dẫn khí (chia làm 2 hệ thống: đường dẫn khí lớn và đường dẫn khí nhỏ), nhu mô phổi, mạch máu phổi, màng phổi

1. *Đường dẫn khí*

* Khó thở đường dẫn khí lớn

+ ở phần khí phế quản

+ thường thì nó ít khi nào hẹp luôn

+ Về tiền căn phải hỏi: trước đây có can thiệp phẫu thuật gì không? Có bị đặt nội khí quản trước đó gây sẹo không? Có mở đường thở ở khí quản không?

+ Dị vật

* Bình thường mình uống nước mà nó rơi vô đường thở thì mình sẽ sặc sụa -> gọi là phản ứng xâm nhập (hội chứng xâm nhập). Khi BN tỉnh táo thì có dị vật trong đường thở thì BN sẽ ho, sặc sụa dữ dội thì sau đó nó có thể không ra thì BN sẽ có khò khè (nghe tiếng stridor – tiếng rít ở thanh quản)
* Người già thì đôi khi họ không có phản xạ đó
* Khai thác bệnh sử phải hỏi: có sặc sụa? có khó thở đột ngột?

+ Câu mở đâu của mình trong phần bệnh sử phải cho thông tin về **thời điểm và hoàn cảnh**: CNV bao lâu BN đang làm gì thì bị khó thở

* Vd: ngày nhập viện BN đang ăn cơm thì đột ngột lên cơn sặc sụa, khó thở nhiều, vã mồ hôi, tím tái, khò khè, người nhà thấy tình trạng BN càng nặng nên đưa đi nhập viện cấp cứu
* Đường dẫn khí nhỏ: hen, COPD, khí phế thũng, dãn PQ -> nghe khò khè, rale rít, rale ngấy

+ tiếng rít (stridor) thì thường là đơn âm, ở trung tâm

+ COPD, hen thì nó tắc những đường dẫn khí nhỏ với kích thước khác nhau -> ngoại vi và đa âm

+ COPD:

* Hỏi: Ho khạc đàm? tiền căn HTL? Tiền căn được chẩn đoán COPD? Có sử dụng thuốc giãn PQ?
* Trên BN COPD cấp sẽ có 9 hội chứng: suy hô hấp, tắc nghẽn đường hô hấp dưới, nhiễm trung hô hấp, ứ khí PN, đa hồng cầu

+ Hen: hít phấn hoa, hít mùi lạ, ăn đồ biển lên cơn khò khè -> trong hen thì trong bệnh sử mình phải mô tả: hoàn cảnh khởi phát và cái khò khè

+ Hen tim/phù phổi cấp:

* Triệu chứng giống hen, khò khè, ran rít ran ngáy trong giai đoạn đầu của phù phổi; giai đoạn sau nó mới dâng nước thủy triều
* Suy tim làm tăng áp lực hậu mao mạch máu phổi -> dịch chạy ra mô kẽ
* Trên thành PNMM có 2 loại mô kẽ: mô kẽ lỏng lẻo (tồn tại ở cây khí phế quản); mô kẽ chặt (tồn tại xung quanh phế nang)
* Nước có xu hướng từ cao chảy xuống vùng thấp, nó sẽ len lỏi vào mô kẽ lỏng lẻo trước (do có áp lực thấp) -> đè ép các đường thở nhỏ từ thế hệ khí quản thứ 16 (không còn sụn) -> hẹp đường thở nhỏ -> nghe tiếng ngấy (wheezing) -> gọi là hen tim => GĐ đầu của suy tim: BN vã mồ hôi, tay chân lạnh, ngồi dậy để thở, nghe rale ngáy ở vùng giữa phổi hoặc đáy phổi
* Lúc sau khi mô kẽ lỏng lẻo đầy dịch thì sẽ chảy đến vùng mô kẽ chặt (không làm gì hết thì bệnh nó cũng tự diễn tiến nặng lên) -> dịch vào phế nang -> lúc này mình sẽ nghe ẩm (nó dâng nước thủy triều từ từ lên)
* Về mặt sinh lý thì hen và COPD là khó thở thì thở ra, tuy nhiên khi hỏi BN thì thường BN sẽ trả lời là khó thở thì hít vào, không hít vào được. Vậy làm sao biết BN khó thở thì thở ra?

+ về định nghĩa, khó thở thì thở ra khi thì thở ra kéo dài hơn 6-9 giây. Mà trong 1 phút BN khó thở thở 30-40 lần thì làm sao mà đủ cái đó

+ trên lâm sàng: thở chu môi, thở có dùng cơ thẳng bụng, thì hít vào rất ngắn và chủ yếu phía sau là thì thở ra -> BN có khó thở thì thở ra

* BN bị hen và COPD được điều trị từ 5-7 ngày thì triệu chứng rale rít, rale ngáy sẽ không còn -> bắt buộc phải làm nghiệm pháp FVC (force vital capacity)

+ dùng nghiệm pháp để coi BN có bị tắt nghẽn đường thở hay không

+ đưa tờ giấy trước mặt BN kêu BN hít vô rồi thở ra mạnh vài lần

* Để biện luận được thì phải đặt vấn đề là hội chứng tắt nghẽn đường hô hấp dưới, phải dựa vào phần khám để đặt vấn đề chứ không dựa vào phần bệnh sử, nên khi BN mất rale rít rale ngấy thì phải làm FVC để khám tắt nghẽn đường hô hấp dưới thì mới đặt vấn đề là tắt nghẽn đường hô hấp dưới được

1. *Nhu mô*

* Viêm phổi

+ BN nhập viện vì suy tim cấp thì bác sĩ nào cũng sẽ chẩn đoán thêm là viêm phổi

+ mình sẽ hỏi: sốt không? Ho đàm không?

+ nhìn XQ phổi có tổn thương hay không? -> khi BN bị thiếu nước thì trên XQ phổi nó chưa có tổn thương; BN già quá suy kiệt thì nó không có sốt do bạch cầu nó tăng không nổi

* Mình sẽ kết hợp lâm sàng (sốt, ho khạc đàm, phổi có rale, có tổn thương PN) và CLS (XQ ngực, bạch cầu) -> không phải lúc nào những yếu tố này cũng hiện diện cho mình biện luận, có thể nó không sốt, có thể ho khan, có thể nghe không có rale
* Thuyên tắc phổi

+ BN bị tai nạn giao thông -> té gãy cổ xương đùi -> BN nằm bất động -> BN than sưng chân sau đó đột ngột khó thở -> phải nghĩ liền là thuyên tắc phổi. Tuy nhiên BN lớn tuổi, có nhiều yếu tố tim mạch thì hội chứng vành cấp mình cũng không được loại trừ (BN than tức ngực, nặng ngực)

+ sau covid thì cũng có tăng đông nhiều hơn -> nằm bất động một chút xíu là thuyên tắc phổi

+ CLS: SA tim (đánh giá buồng tim phải); CT ĐMP (chẩn đoán xác định); XQ (dấu Hampton, Watermark)

+ BN thuyên tắc phổi sẽ than 2 nhóm triệu chứng

* Đau ngực: đau ngực ở ngoại vi; cơ chế là liên quan đến nhồi máu phổi làm kích ứng dây TK hoành cùng bên; đau ngực kiểu màng phổi -> nhồi máu ở ngoại vi, tắc nhánh mạch máu nhỏ. Đau ngực liên quan đến: tăng áp phổi, dãn thất phải gây thiếu máu thất phải
* Khó thở: cục máu ở dưới chân di chuyển lên TM chậu, TMC dưới, lên buồng tim phải lên ĐMP; nếu nó nhỏ thì ra ngoại vi mới tắt, nếu no lớn thì nó tắt ngay trung tâm thì BN sẽ than với mình là khó thở thậm chí nặng thì tụt HA (thiếu máu không lên được là bệnh cảnh thuyên tắc phổi cấp)
* Trong 5 nguyên nhân tiếp cận đau ngực cấp cứu thì có bệnh lý thuyên tắc phổi (nói chính xác là huyết khối ĐMP vì thuyên tắc phổi có nhiều nguyên nhân: huyết khối, khí, nước ối, mỡ,…)

+ đường kính ĐMP chỉ từ 2,8-3cm -> huyết khối không nhất thiết phải bằng mới lấp hoàn toàn, nó chỉ cần 40% đường kính cũng gây tắc bởi vì nó gây kích thích những cái chất gây co mạch (vd: endothelin, vasopressin) -> ảnh hưởng về mặt huyết động chứ không đòi hỏi cái cục huyết khối phải bự bằng cái ĐMP nó mới lấp hoàn toàn

+ đầu tiên phải nói về yếu tố nguy cơ

* Tăng đông -> tam chứng virchow: nằm lâu, tổn thương nội mạc, có yếu tố tăng đông (sử dụng chất ngừa thai, ung thư, bệnh lý di truyền đột biến gene liên quan protein C, protein S); có nhiều trường hợp huyết khối là biểu hiện đầu tiên của UT

1. **Khó thở về tim**

* Suy tim trái
* Hẹp van 2 lá
* Tràn dịch màng tim
* Tăng áp ĐMP

1. *Suy tim*

* Có suy tim hay không? -> hỏi (khó thở khi gắng sức, khó thở nằm, khó thở kịch phát về đêm); khám (hội chứng suy tim, gan to, TM cổ nổi, phù chân, báng bụng,…)
* Ví dụ bệnh sử mẫu [1]

+ tiền căn: BN được chẩn đoán suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ đã đặt stent cách đây 3 năm, điều trị thuốc tại phòng khám nội tim mạch bệnh viện CR  
+ CNV 5 ngày BN bắt đầu cảm thấy khó thở, đi bộ 100m thì phải ngồi nghỉ, tối BN phải nằm đầu cao bao nhiêu gối, thỉnh thoảng BN có những cơn khó thở phải ngồi dậy để thở, tình trạng khó thở ngày càng tăng dần nên BN được người nhà đưa đi nhập viện

+ trong quá tình bệnh BN có uống thuốc đều hay không, có ngưng thuốc hay không, có thúc đẩy của nhiễm trùng hay không. BN không sốt, không ho đàm không tiêu chảy, BN tăng bao nhiêu cân, có phù chân hay không, tiểu như thế nào

* Ví dụ bệnh sử mẫu [2]

+ cùng ngày NV, BN đang ngồi nghỉ thì đột ngột lên cơn khó thở nhiều, khó thở dữ dội, tím tái, nói thành từng từ, BN phải ngồi để thở, khó thở kéo dài 2 tiếng, tình trạng khó thở ngày càng tăng nên người nhà đưa BN đi cấp cứu

* [1] là nó từ từ sau đó nó mất bù; [2] không từ từ, đang bth vậy đột ngột lên cơn khó thở suy tim cấp
* Từ từ lại chia làm 2 nhóm: từ từ mất bù đột ngột; từ từ có kế hoạch. Từ từ theo kiểu chủ động (người ta biết khó thở, mấy ngày nay mệt mệt cái người ta đi khám) hay bị động (khó thở từ từ đó nhưng cái ngày nhập viện là mệt quá chịu không nổi nên mới đi cấp cứu)
* Từ từ nhưng thuộc nhóm nào vì đó cũng là một trong những yếu tố thúc đẩy. BN suy tim mình có chữ **CHAMP: C** (conory: mạch vành), **H** (hypertension: cao HA), **A** (arrhythmia: loạn nhịp), **M** (mechanical: cơ học), **P** (pulmonary embolism: thuyên tắc phổi); người VN thì có thêm là có tuân thủ điều trị hay không, có bệnh nền, có uống thuốc đều không, đợt này có ăn mặn nhiều không
* Đặt vấn đề mình có thể đặt

+ khó thở cấp

+ hội chứng suy tim – suy tim trái hay phải – yếu tố thúc đẩy là gì – nguyên nhân của suy tim là gì

* Trong khó thở mình phải ví dụ cho BN cái khoảng cách mà mình ước lượng: đi chợ được không? Đi vòng vòng nhà? Lên được bao lầu?
* BN tăng áp ĐMP, tràn dịch MNT mà nó từ từ lên thì cái bệnh sử của nó cũng giống suy tim thôi

**Platypnea (khó thở phải nằm)**

1. **U nhầy nhĩ**

* Thường u nhầy trong tim nằm bên trái
* U nhầy này có đặc điểm là có cuống

+ có cuống nên di động được -> thay đổi theo trọng lực; xu hướng di chuyển theo dòng máu

+ dòng máu theo hướng từ nhĩ trái đổ về thất trái và theo trọng lực -> khi BN đứng hoặc ngồi thì u có xu hướng trôi về bên thất trái, về phía lỗ mở của van 2 lá

-> khi đó mình sẽ có cái bệnh cảnh giống hẹp van 2 lá

+ khi BN nằm thì có sự thay đổi của trọng lực -> u văng ra khỏi vị trí tắt nghẽn -> BN dễ thở hơn

* Khó thở khi ngồi và dễ thở khi nằm, khó thở phải nằm đầu ngang

1. **Hội chứng gan phổi**

* Bệnh gan làm ảnh hưởng đến phổi làm thiếu oxy
* Sinh lý trao đổi khí qua màng phế nang mao mạch

+ Oxy đi từ khí quản đến màng PNMM

+ Ở màng PNMM gồm có 7 lớp, một trong các lớp mà quyết định sự trao đổi oxy là khoảng cách từ hồng cầu đến màng PNMM

+ bình thường, gần như HC sẽ len lỏi qua màng PNMM ở phổi để gia tăng diện tích tiếp xúc là lớn nhất

* Sinh lý bệnh

+ Bn xơ gan có tăng tiết NO làm giãn mạch ở nhiều nơi trong đó có hệ thống mạch máu phổi

+ khi có NO thì gây giãn mạch -> đường kính mạch máu phổi tăng lên (khoảng 50um), trong khi đường kính lõm của HC chỉ 8-12um -> HC thay vì đi qua một mạch máu rất là hẹp thì sẽ đi qua mạch máu rộng hơn -> khoảng cách trao đổi PNMM rộng ra

+ khi BN ngồi, máu có xu hướng ở phần thấp -> phân bố NO ở mạch máu phổi không đều. Khi BN nằm thì NO phân bố đều hơn nên tác dụng của NO lên giường mao mạch phổi ít hơn -> diện tích tiếp xúc ngắn lại và dễ trao đổi oxy hơn

* BN hội chứng gan phổi có xu hướng nằm để dễ thở hơn

**Trepopnea (khó thở phải nằm nghiêng)**

* BN than nằm nghiêng bên trái hoặc nghiêng bên phải thì dễ thở hơn
* Ví dụ: suy tim trái nặng, tràn dịch màng phổi