**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

# HÀNH CHÍNH

* Họ và tên: Phan Đồng Th.
* Giới tính: Nam Tuổi: 65 (1954)
* Nghề nghiệp: sửa cân
* Địa chỉ: Bà Riạ.
* Nhập viện: 17h40 14/3/2019
* Phòng 4 – Khoa Nội Hô Hấp – BV Chợ Rẫy

# LÝ DO NHẬP VIỆN

Khó thở.

# BỆNH SỬ

BN khai bệnh là người khai bệnh:

* BN được chẩn đoán COPD cách 12 năm, đang điều trị và tái khám định kì tại BVĐK Bà Rịa.
* Cách nhập viện 2 tuần, BN thường xuyên có những con khó thở, xuất hiện đột ngột khi nghỉ, khó thở 2 thì, tăng khi nằm, giảm khi ngồi, tần suất khoảng 1lần/ngày sau đó tăng dần 2-3 lần/ngày. Mỗi khi khó thở, BN phun 2 nhát Beroterol (Fenoterol + ipratropium bromid) thì hết khó thở. Đồng thời, BN thấy phù tới mắt cá, đối xứng đều 2 bên, phù tăng vào buổi chiều, không nóng, không đỏ, không đau. BN không điều trị gì.
* Cách nhập viện 6 ngày, Bn đang ngủ thì đột ngột lên cơn khó thở với tính chất tương tự, khó thở nhiều hơn, xịt nhiều nhát Beroterol, kèm với phun khí dung combivent (sabutamol + ipratropium bromid) nhưng chỉ giảm 2/10. Sau 10 tiếng, khó thở không giảm nên nhập BV Bà Rịa.
* **Tại BV Bà Rịa:**
* Bn tỉnh, khó thở không đổi.
* NT: 28 l/p, SpO2: 90% với khí trời (tương đương PaO2 # 60 mmHg -> chưa đủ chẩn đoán SHH cấp) 🡪 SpO2 97% với FiO2 28%
* Co kéo cơ hô hấp phụ.
* Tĩnh mạch cổ nổi 45 độ.
* Tim đều.
* Phổi ran rít 2 bên.
* Bụng mềm.
* Sưng 2 chi dưới, phù mắt cá chân 2 bên.
* Cận lâm sàng:
* WBC: 19.7 G/L, Neu 83%, PLT: 218 G/L, CRP: 168.34 mg/dl. ĐH 144 mg/dl, Creatinin: 78.3 µmol/l (0.89mg/dl), BUN: 18.46 mg/dl.
* Tropnin I: 0.037 ng/ml, ECG: Block nhánh phải hoàn toàn. SA: EF: 60%, PAPs: 57mmHg, hở 3 lá 1.5/4.
* SA tĩnh mạch chi: xơ vữa động mạch chậu ngoài (T) 70%.
* TPTNT: BC niệu: +25i
* Chẩn đoán: Đợt cấp COPD bội nhiễm, tăng huyết áp, nhiễm trùng tiểu, viêm dạ dày, hẹp Đm chậu ngoài T.
* Điều trị:
* Solumedrol/Combivent PKD
* Ceftazidime 2g
* Kaleorid 0,6g 1v (u)
* Sau 6 ngày điều trị, còn phù chân, khó thở còn 7/10 🡪 Nhập Chợ Rẫy
* **Tình trạng lúc nhập viện Chợ Rẫy:**
* BN tỉnh.
* Mạch: 96 l/p, HA: 160/90 mmHg, NT: 26 l/p, t: 37 độ
* Phổi: ran ẩm, ran nổ hai phế trường.
* Tim đều.
* Phù 2 chân.
* Trong quá trình bệnh, BN ho khan ít, thường vào buổi sáng, không sốt, không đau ngực, sụt cân không rõ, ăn ít (1/2 chén cơm/buổi), không chảy mũi, không đau họng, không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không ợ hơi, ợ chua, không đau đầu, tiêu phân vàng, đóng khuôn, tiểu vàng trong, không gắt buốt.

# TIỀN CĂN

## Bản thân:

* Nội khoa:
* Cách 12 năm, BN bắt đầu thấy khó thở khi khuân vác đồ nặng, đi khám và đo hô hấp kí (không rõ kết quả) tại BV Bà Rịa 🡪 chẩn đoán: COPD, toa điều trị không rõ.
* Cách NV 3 năm, BN khó thở nhiều hơn, được chỉ định thở Oxy 1,5 l/p tại nhà vào mỗi tối.
* Cách 2 năm, BN khám định kì tại BV Bà Rịa: Tăng huyết áp nguyên phát, rối loạn lipid máu, cơn đau thắt ngực ổn định. Điều trị toa không rõ. Huyết áp tâm thu trung bình khoảng 140mmHg.
* Cách 1,5 năm, BN ho đàm, sốt kèm khó thở. Nhập viện Phạm Ngọc Thạch với chẩn đoán: viêm phổi A. baumannii/ bệnh phổi tác nghẽn mạn, THA.
* Trước đợt bệnh, BN vẫn đi lại được trong nhà, thay quần áo, làm việc nhẹ (ngồi sửa cân), đi lại khoảng 100m thì khó thở. Trong 1 năm nay, BN có 1 đợt khó thở tương tự phải nhập viện (5/2018), được chẩn đoán là đợt cấp COPD. Sau đó, BN tái khám và được đo lại hô hấp kí (không rõ kết quả). Từ đó đến nay, Bn sử dụng thuốc theo đơn:
* Tiotropium 2,5mcg: 2 nhát x 1 lần/ngày
* Budesonide + formoterol fumarate dihydrate 160 mcg+4,5mcg: 2 nhát x2 lần/ ngày
* Fenoterol + ipratroium bromid 50mcg + 20mcg/liều: 2 nhát khi khó thở
* Sabutamol + ipratropium bromid 2,5mg/500mcg PKD khi khó thở
* Nicorandil 5mg 1/2v x2
* Trimetazidin 35mg 1v x2
* Lanzoprazol 30mg 1v
* Simvastatin 20mg 1/2v
* Amlodipin 5mg 1v
* Chưa ghi nhận tiền căn lao, ho ra máu trước đây, không dị cảm tay chân, không nhức đầu.
* Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.
* Thói quen:
* Hút thuốc lá từ năm 14 tuổi, 2 gói/ ngày, từ 12 năm đến cách 2 năm nay giảm còn 1 gói/ ngày, đã ngưng thuốc lá 2 năm 🡪88 gói – năm.
* Không uống rượu bia.
* Không dị ứng thuốc, thức ăn.

## Gia đình:

Không ghi nhận tiền căn THA, bệnh lý tim mạch, lao phổi, u phổi.

1. **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (15 giờ, ngày 15/03/2019)**

* Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
* Khó thở giảm còn 4/10, ho khan ít.
* Không đau bụng, không ợ hơi ợ chua, không đau bụng, tiêu phân vàng.
* Tiểu vàng trong không gắt buốt, lượng bình thường.
* Không đau đầu, không chóng mặt.
* Không sốt, không đau nhức các khớp, còn sưng đến 2 cẳng chân.

# KHÁM (15 giờ, ngày 15/03/2019)

## Tổng trạng:

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
* Da niêm hồng.
* Chi ấm, mạch rõ.
* M: 96 lần/phút
* HA: 140/90mmHg
* NT: 24 lần/phút
* NĐ: 37OC
* SpO2: 96% canula 3l/p
* CC= 160 cm, CN=44kg 🡪 BMI= 17,18 kg/m2 🡪 Thể trạng nhẹ cân (WPRO)
* Phù 2 chân tới 1/3 dưới cẳng chân, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau.
* Không dấu xuất huyết, không đỏ da
* Ngón tay dùi trống.

## Đầu mặt cổ:

* Cân đối.
* Môi không khô, lưỡi sạch, họng sạch.
* Kết mạc mắt không vàng.
* Không tĩnh mạch cổ nổi.
* Tuyến giáp không to.
* Khí quản không lệch.

## Ngực:

* Ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, khoảng gian sườn giãn rộng.
* Không co kéo cơ hô hấp phụ.
* Không tuần hoàn bàng hệ, không ổ đập bất thường.

1. Tim:

* Mỏm tim nằm trên khoang liên sườn 5 đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm2.
* Hardzer (-), Dấu nảy trước ngực (+).
* Nhịp đều, T1, T2 rõ, không âm thổi.

1. Phổi:

* Rung thanh đều 2 bên phế trường.
* Gõ vang.
* Rì rào phế nang êm dịu 2 bên.
* Ran nổ 1/3 dưới đáy phổi 2 bên.

## Bụng:

* Bụng cân đối, di động theo nhịp thở.
* Không chướng, không u sẹo.
* Nhu động ruột 6 lần/phút, không âm thổi vùng bụng.
* Gõ trong khắp bụng.
* Ấn không có điểm đau.
* Bờ dưới gan, lách không sờ chạm.
* Chạm thận (-), cầu bàng quang (-).

## Thần kinh – Cơ – xương – khớp:

* Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.
* Teo cơ tứ chi.
* Sức cơ 5/5, không giới hạn vận động.

# TÓM TẮT BỆNH ÁN:

BN nam 65 tuổi, NV ngày 14/3/2019 vì khó thở, bệnh 2 tuần. Qua thăm khám và hỏi bệnh, ghi nhận:

TCCN:

* Khó thở tăng.
* Ho khan.
* Phù 2 chân.

TCTT:

* NV Bà Rịa: NT: 28 l/p, SpO2 90% khí trời, tĩnh mạch cổ nổi, ran rít
* NV Chợ Rẫy: HA: 160/90 mmHg, NT: 26 l/p, ran nổ ran ẩm 2 phế trường
* NT: 24l/p, nhẹ cân, Phù 1/3 dưới cẳng chân 2 bên, khoang gian sườn giãn rộng, dấu nảy trước ngực, ran nổ 1/3 dưới đáy phổi 2 bên, teo cơ

TC:

* COPD được chẩn đoán 12 năm trước.
* THA, cơn đau thắt ngực ổn định, rối loạn lipid máu 2 năm trước.

# ĐẶT VẤN ĐỀ:

1. ~~Suy hô hấp cấp~~ Khó thở cấp/ khó thở mạn
2. Ran nổ 2 đáy phổi
3. Hội chứng ứ khí phế nang
4. ~~Hội chứng suy tim~~ Phù 2 chân
5. Suy dinh dưỡng
6. ~~TC:~~ COPD, THA, BTTMCB, rối loạn lipid máu

Ran nổ/COPD: có thể là do tình trạng viêm mạn tính nên chưa chắc là tổn thương mới. Không phải có ran nổ là chẩn đoán viêm phổi. Cần dựa vào tổn thuơng mới xuất hiện trên hình ảnh học.

# CHẨN ĐOÁN:

## Sơ bộ:

Đợt cấp COPD phức tạp, mức độ nặng, chưa rõ yếu tố thức đẩy, biến chứng suy hô hấp cấp – Suy dinh dưỡng/ COPD, nhóm D, biến chứng tâm phế mạn, THA độ I (JNC VII), BTTMCB, rối loạn lipid máu.

## Phân biệt:

Viêm phổi cộng đồng, mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp – Suy dinh dưỡng/ COPD nhóm D biến chứng tâm phế mạn, THA độ I (JNC VII), BTTMCB, rối loạn lipid máu.

# BIỆN LUẬN:

## ~~Suy hô hấp cấp:~~ Khó thở cấp/khó thở mạn

BN NV vì khó thở, khám có nhịp thở nhanh, thở co kéo cơ hô hấp phụ, SpO2 90% khí trời nên nghĩ BN có suy hô hấp 🡪 đề nghị làm KMĐM.

Trên BN này có những nguyên nhân thường gặp sau:

* Đợt cấp COPD: nghĩ nhiều, do BN có tiền căn được chẩn đoán COPD cách đây 12 năm, đợt này có sự nặng lên các triệu chứng hằng ngày (khó thở tăng).
* Đợt cấp phức tạp vì có bệnh đồng mắc: BTTMCB, có sử dụng oxy tại nhà
* Mức độ nặng do BN 65 tuổi, có suy hô hấp, có bệnh đồng mắc đi kèm 🡪 NV
* Yếu tố thúc đẩy: hiện chưa rõ yếu tố thúc đẩy.
* Biến chứng cấp: suy hô hấp.
* Viêm phổi: BN tuy không sốt, không ho đàm, không đau ngực kiểu màng phổi, nhưng khám có ran nổ, hơn nữa CLS tại BV Bà Rịa có BC: 17,9 G/L, Neu 83%, CRP 168,34 mg/l nên không thể loại trừ.
* BN khởi phát triệu chứng tại nhà, không NV, chạy thận, sử dụng kháng sinh đường TM gần đây nên nghĩ viêm phổi cộng đồng.
* BN có suy hô hấp nên nghĩ mức độ nặng.
* ~~Theo CURB-65, BN không rối loạn tri giác, ure < 7mmol/l, NT: 26l/p, HA: 160/90 mmHg, 65 tuổi 🡪 1 đ~~
* ~~Theo thang điểm FINE: BN 65 tuổi, không có bệnh đồng thời cần đánh giá các cận lâm sàng khác 🡪 KMĐM, BUN, Ion đồ, Đường huyết, CTM, Xquang ngực thẳng.~~ Vì chưa chắc là có viêm phổi thật nên có thể phân độ và tính điểm sau
* Tác nhân: BN có bệnh nền COPD, suy dinh dưỡng 🡪 H. Influenza, S. peumoniae, tác nhân không điển và P. aeruginosa
* Biến chứng: BN có suy hô hấp.

## COPD 12 năm.

BN được chẩn đoán COPD (có làm hô hấp kí), vẫn đang điều trị trong 12 năm nay.

* mMRC là 3đ do BN có khó thở khi đi lại khoảng 100m, BN vẫn có thể tự sinh hoạt cá nhân. BN có 1 đợt cấp phải nhập viện trong năm 🡪 nhóm D
* Biến chứng mạn:
* Tâm phế mạn: BN có phù 2 chân, tĩnh mạch cổ nổi, dấu nảy trước ngực 🡪 nghĩ nhiều biến chứng suy tim phải. Đề nghị: XQ ngực thẳng, ECG, SA tim.
* Đa hồng cầu: không nghĩ do BN không có nhức đầu, đỏ da, dị cảm.
* Bệnh đồng mắc: BTTMCB.

## Hội chứng suy tim: đã biện luận.

1. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:**

* Chẩn đoán: KMĐM, Xquang ngực thẳng, CTM, CRP, Soi cấy đàm, BUN, Ion đồ, ECG, Siêu âm tim.
* Thường quy: AST, ALT, Creatine, TPTNT, đường huyết.

# CẬN LÂM SÀNG

## X Quang Ngực Thẳng

* Chụp ở tư thế nằm.
* Chưa ghi nhận bất thường mô mềm, xương sườn.
* Chỉ số tim lồng ngực 0.6, mỏm tim chếch xuống.
* Tỷ lệ nhĩ P/ đường kính ngang >1/3.
* Phổi tăng sáng phế trường (T), khoang liên sườn dãn rộng, vòm hoành dẹt.
* Hình ảnh đám mờ không đồng nhất phổi (P) và ½ trên phổi (T), không xóa bờ tim, không co kéo trung thất.
* Cảm nghĩ: Lớn nhĩ phải, viêm phổi, ứ khí.

## Khí máu động mạch: 9h 15/3/2019

* pH=7.521
* FiO2= 36%
* pCO2= 60.4 mmHg
* pO2=58.2 mmHg
* HCO3-=49.9 mmol/l
* BE ecf = 26.9 mmol/l
* BE b =23.5 mmol/l
* A-aDO2= 129.4 mmHg
* pO2/FiO2=161.6
* Kết luận: suy hô hấp trung bình thể giảm O2 và tăng CO2, pO2/FiO2= 161.6 =>ARDS, A-aDO2 tăng, giảm thông khí. Kiềm chuyển hóa kèm toan hô hấp.

## Công thức máu: (14/3/2019)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên xét nghiệm | Kết quả | Đơn vị | Giá trị bình thường |
| RBC | 4.60 | T/L | 3.8 – 5.5 |
| HGB | 123 | g/L | 120 – 170 |
| HCT | 40.2 | % | 34 – 50 |
| MCV | 86.5 | fL | 78 – 100 |
| MCH | 26.6 | Pg | 24 – 33 |
| MCHC | 304 | g/L | 315 – 355 |
| WBC | 17.40 | G/L | 4 – 11 |
| %NEU | 92.6 | % | 45 – 75 |
| NEU# | 16.10 | G/L | 1.8 – 8.25 |
| %LYM | 3.2 | % | 20 – 40 |
| LYM# | 0.56 | G/L | 0.8 – 4.4 |
| %MONO | 3.5 | % | 4 – 10 |
| MONO# | 0.60 | G/L | 0.16 – 1.1 |
| %EOS | 0.2 | % | 2 – 8 |
| EOS# | 0.03 | G/L | 0.08 – 0.88 |
| %BASO | 0 | % | 0 – 2 |
| BASO# | 0.01 |  | 0 – 0.22 |
| PLT | 283 | G/L | 200 – 400 |
| MPV | 8.5 | Fl | 7 - 12 |
| NucRBC | 0.00 |  |  |

* Hồng cầu và tiểu cầu trong giới hạn bình thường.
* Bạch cầu tăng ưu thế NEUTRO-> nghĩ do nhiễm trùng hô hấp dưới

## UntitledECG: 14/3/2019:

* Nhịp xoang đều, tần số 115 l/ph, trục tim lệch phải.
* Sóng P (D2) 0.06s, biên độ 3mV => lớn nhĩ phải.
* PR 0.12s
* QRS dãn (0.12s) (rối loạn dẫn truyền nội thất không đặc hiệu)
* RV1+ SV5= 36 mV => lớn thất phải (theo Sokolov Lyon).
* T cao nhọn đối xứng ở D2, D3, aVF, V4, V5, V6, T âm ở aVR, V1.
* Cảm nghĩ: lớn thất phải, nhĩ phải, thiếu máu cơ tim, rối loạn dẫn truyền nội thất không đặc hiệu

## Sinh hóa máu (14/3/2019):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tên xét nghiệm | Kết quả | Đơn vị | Giá trị bình thường |
| Đường huyết | 69 | mg/dL | 70 – 110 |
| ALT | 65 | U/L | 5 – 49 |
| AST | 29 | U/L | 9 – 48 |
| B.U.N | 16 | mg/dl | 7-20 |
| Creatinin | 0.63 | mg/dL | 0.7 – 4.5 |
| eGFR (CKD-EPI) | 103.42 | ml/min/1.73m2 | >=90 |
| Na+ | 144 | mmol/L | 135-150 |
| K+ | 3.9 | mmol/L | 3.5-5.5 |
| Cl- | 94 | mmol/L | 98-106 |

## Siêu âm Doppler mạch máu ổ bụng:

* Hệ động mạch chậu trong- chậu ngoài 2 bên và 2 chi dưới thành mạch dày, xơ vữa nhiều gây hẹp. Hẹp 70% đông mạch chậu ngoài bên trái.
* Không thông nối động –tĩnh mạch.

# CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Viêm phổi cộng đồng nhóm III (FINE), nghi do Pseudomonas aeruginosa, biến chứng suy hô hấp cấp giảm O2, tăng CO2, kiềm chuyển hóa, toan hô hấp – Suy dinh dưỡng/ COPD, nhóm D, biến chứng tâm phế mạn, THA độ I (JNC VII), BTMCTCB, rối loạn lipid máu.

# ĐIỀU TRỊ:

## Nguyên tắc điều trị:

* O2 liệu pháp mục tiêu SpO2 88-92%
* Dãn phế quản tác dụng ngắn.
* Kháng viêm Corticoid.
* Kháng sinh: nghĩ do H. Influenza, S. peumoniae, tác nhân không đặc hiệu, P. aeginosa.
* Dinh dưỡng đầy đủ.

## Điều trị cụ thể:

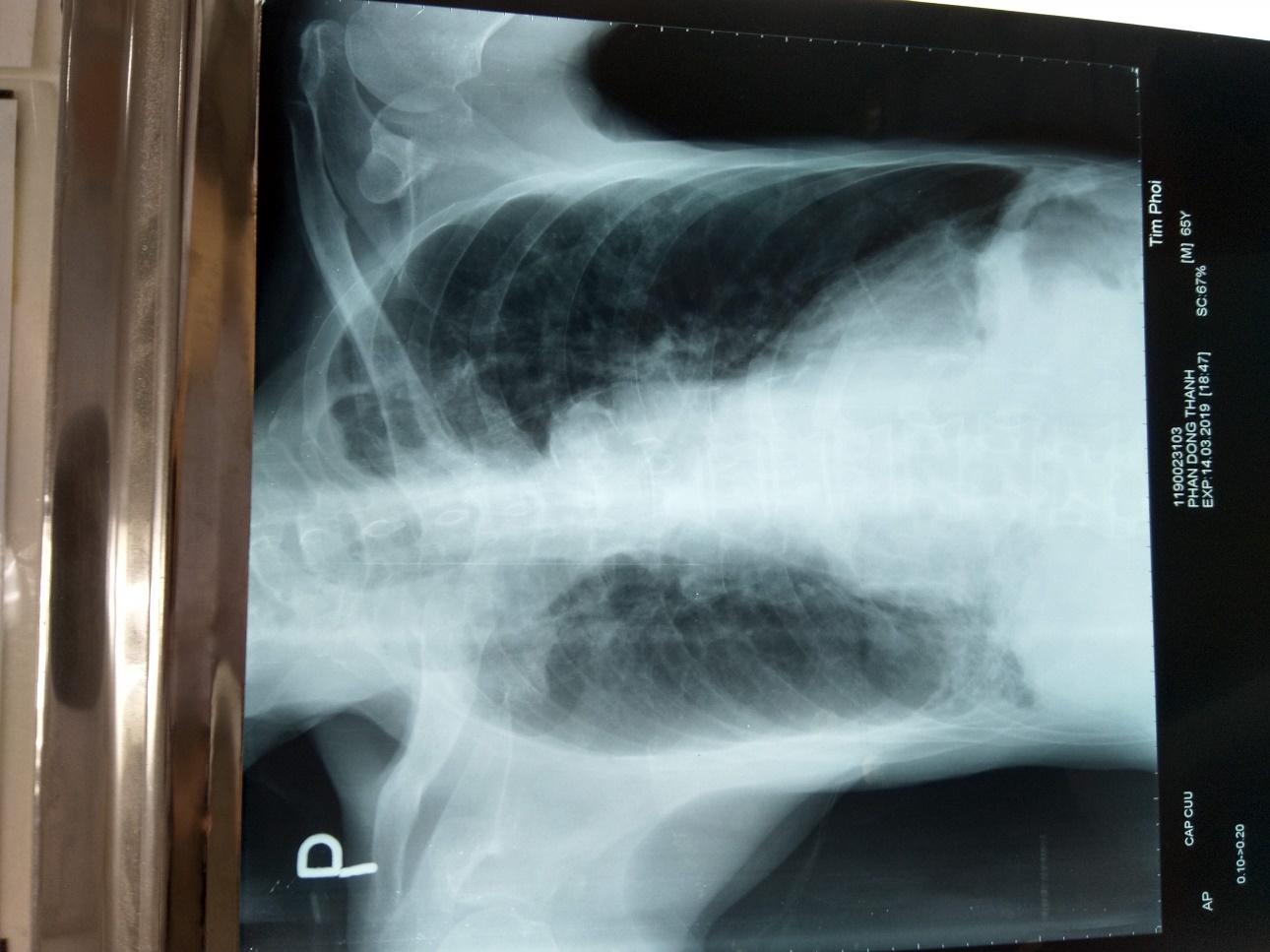
* O2 canula 3 l/phút
* Combivent 1 tép / NaCl 0.9% 2ml x4 PKD
* Methylprenisolone 40mg 1 lọ TMC
* ~~Ciprofloxacin 0.2g/100mL 2lọ x 3 TMC~~ Chuyển sang Macrolide để phòng lao kháng thuốc
* Piperacillin/ Tazolactam 4,5g 1 lọ/ 100ml NaCl 0,9% x 4 lần/ngày
* Furosemide 40mg 1v (u)
* Aspirin 81mg 1v (u)
* Enalapril 5mg 1 v (u)
* Simvastatin 20mg 1/2v
* PHCN Hô hấp
* Phòng ngừa thuyên tắc phổi

# TIÊN LƯỢNG:

* Gần: hiện tại BN tỉnh, còn thở nhanh, thở oxy, viêm phổi trên nền chức năng phổi kém, biến chứng suy hô hấp, nguy cơ khó đáp ứng điều trị, có thể nằm viện kéo dài, tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Tiên lượng gần: nặng.
* Xa: BN COPD nhóm D, gây giảm ngưỡng gắng sức nhiều, ảnh hưởng sinh hoạt, kèm nguy cơ cao vào các đợt cấp trong tương lai càng làm chức năng phổi xấu hơn. Tiên lượng xa: nặng.

# DIỄN TIẾN BỆNH PHÒNG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ngày giờ | Diễn tiến | Y lệnh |
| 10h- 15/3 | Bênh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Tim đều nhanh 110 l/ph  HA=140/80 mmHg, thở co kéo nhẹ  Phổi rale rít 2 bên  Bụng mềm,không sờ chạm gan  Phù 2 chân | Oxy canula 3l/ph  Piper/ Tazo 4.5g 1 lọ+ Nacl 0.9% 100ml  x3 TTM XX giọt/ph  Ciprobay 200mg 2 chai x2 TTM XX giọt/ph  Solumedrol 40 mg 1 lọ TMC  Edizone 40 mg 1 lọ TMC  Kalidoride 0.6g 1 viên X2 (uống) Plavix 75 mg 1 viên (uống)  Ventolin 2,5 ml +nacl 0,9 % đủ 4ml x5 PKD  Diuretar 40 mg ½ viên x2 (uống)  Theo dõi sinh hiệu mỗi 8h |
| 10h- 16/3 | Bênh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Tim đều nhanh 110 l/ph  HA=150/80 mmHg  Spo2=96%, thở co kéo nhẹ  Phổi rale rít 2 bên  Bụng mềm,không sờ chạm gan  Phù 2 chân | Oxy canula 3l/ph  Piper/ Tazo 4.5g 1 lọ+ Nacl 0.9% 100ml  x3 TTM XX giọt/ph  Ciprobay 200mg 2 chai x2 TTM XX giọt/ph  Solumedrol 40 mg 1 lọ TMC  Edizone 40 mg 1 lọ TMC  Kalidoride 0.6g 1 viên X2 (uống) Plavix 75 mg 1 viên (uống)  Ventolin 2,5 ml +NaCl 0,9 % đủ 4ml x5 PKD  Diuretar 40 mg ½ viên x2 (uống)  Theo dõi sinh hiệu mỗi 8h |
| 9h-17/3 | Bênh nhân tỉnh, tiếp xúc được  Tim đều nhanh 100 l/ph  HA=140/80 mmHg  Spo2=96%, thở co kéo nhẹ  Phổi rale nổ 2 đáy  Bụng mềm,không sờ chạm gan  Phù 2 chân | Oxy canula 3l/ph  Piper/ Tazo 4.5g 1 lọ+ Nacl 0.9% 100ml  x3 TTM XX giọt/ph  Ciprobay 200mg 2 chai x2 TTM XX giọt/ph  Solumedrol 40 mg 1 lọ TMC  Edizone 40 mg 1 lọ TMC  Kalidoride 0.6g 1 viên X2 (uống) Plavix 75 mg 1 viên (uống)  Ventolin 2,5 ml +nacl 0,9 % đủ 4ml x5 PKD  Diuretar 40 mg ½ viên x2 (uống)  Theo dõi sinh hiệu mỗi 8h |
| 8h/18/3 | Bệnh nhân tỉnh  Không ho đàm  Khó thở , nặng ngực  Ăn khó tiêu  Tim đều, phổi rale nổ 2 đáy  Bụng mềm  Chẩn đoán: đợt cấp COPD/ suy hô hấp/ bệnh tim thiếu máu cục bộ. | Oxy canula 3l/ph  Piper/ Tazo 4.5g 1 lọ+ Nacl 0.9% 100ml  x3 TTM XX giọt/ph  Ciprobay 200mg 2 chai x2 TTM XX giọt/ph  Prednisone 5mg 1 viên x 2 uống  Edizone 40 mg 1 lọ TMC  Herbesser (diltiazem) 60 mg ½ viên x 3 uống  Kalidoride 0.6g 1 viên X2 (uống) Plavix 75 mg 1 viên (uống)  Ventolin 2,5 ml + Pulmicort 0,5g/2ml x5 PKD  Diuretar 40 mg ½ viên x2 (uống)  Theo dõi sinh hiệu mỗi 8h |



Tổn thương giới hạn rõ ở đỉnh phổi (P), theo dõi xẹp phổi – lao phổi.

Tổn thương đám mờ không đồng nhất đáy phổi (P) và rốn phổi (T), nghĩ tổn thương mới.