**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

1. **HÀNH CHÍNH**:

Họ tên: Nguyễn Hoàng Sái nam 1949(72)

Địa chỉ: Cả Cát, Vĩnh Lợi, Tân Hưng, Long An

Nghề nghiệp : làm nông( đã nghỉ >10 năm)

Nhập viện : 13 g 26 ‘ ngày 15/3/2021

Giường 16 p2 8B1

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN**: sốt
2. **BỆNH SỬ** :

* Cách nhập viện 20 ngày, bệnh nhân bắt đầu ho đàm tăng dần đàm vàng nhầy lượng khoảng 20ml/ ngày vào buổi sáng. Kèm đau nhói ngực dưới trái không lan sau ho. Bệnh nhân sốt không rõ nhiệt độ vào buổi chiều tối khoảng 2 ngày/ 1 lần sốt không lạnh run không vã mồ hôi. khám tại phòng khám tư 2 lần được chẩn đoán viêm phổi. được xét nghiệm máu và chụp X-Quang ( không mang theo) được điều trị thuốc không rõ loại. tình trạng ho, sốt, đau nhói ngực không cải thiện.
* Cách nhập viện 4 ngày , bệnh nhân bắt đầu sốt 38-39 ° 3-4 lần trên ngày có giảm với thuốc hạ sốt. Đi khám tại bệnh viện đa khoa long an. Được làm các xét nghiệm: CTscan ngực( u phổi trái, dãn phế quản, nang thận P, ) BC 14,51 N 67% CRP 154mg/L. Chẩn đoán: u ác của phế quản, viêm phổi tác nhân không xác định, bệnh phổi tắc nghẽn mạn – dãn phế quản – tăng huyết áp)

Được điều trị : oxi, vinsulin, blumoxi ngày 3, long đàm, hạ sốt, giãn phế quản.

Bệnh nhân vẫn sốt cao , ho đàm tính chất không thay đổi kèm đau nhói ngực (T).

🡪Chuyển bệnh viện chợ rẫy

Trong quá trình bệnh, không khó thở, không viêm long đường hô hấp trên, không hồi hộp không đánh trống ngực, ăn uống được, tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu không gắt buốt, vàng trong lượng khoảng 700-800ml/ ngày. Chán ăn, không sụt cân

Tình trạng lúc nhập viện:

Tỉnh tiếp xúc được

M: 78 l/p HA: 110/70 mmHg

NT 28 l/p t°37,6

Khám: phổi thô, âm phổi giảm T>P

1. **TIỀN CĂN**

Bản thân:

* Nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày 10 năm
* Tăng huyết áp 3 năm huyết áp cao nhất 180 huyết áp bình thường 130-140 mmHg: amlodipine 5mg 2v/ngày
* Không ghi nhận bệnh lí mạch vành Đái tháo đường
* Không ghi nhận can thiệp ngoại khoa
* Không ghi nhận tiếp xúc lao
* Ho đàm trắng trong khoảng 1 năm nay lượng 10 ml /buổi sáng.
* Khó thở khi gắng sức, làm vườn, sinh hoạt trong nhà bình thường
* Thói quen:
  + - Hút thuốc lá >50 gói/ năm
    - Uống rượu khoảng 100g cồn / tuần
    - Không ghi nhận dị ứng thức ăn/ thuốc

Gia đình: không ghi nhận

1. **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN** (9 giờ sáng 16/3/2021)

Ho đàm, không khó thở

Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

Không buồn nôn, không ợ hơi ợ chua

Tiểu vàng trong không gắt buốt

Tiêu phân vàng đóng khuôn

1. **KHÁM**

Tổng quát - bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt

-da niêm hồng, chi ấm mạch quay rõ

- không co kéo cơ hô hấp phụ

- không phù, không dấu mất nước

- hạch ngoại biên không sờ chạm

- lưỡi dơ, môi khô

- M 80 l/p HA 130/80 mmHg

- NT 25 l/p nhiệt độ 37,5

SpO2 = 95% khí trời

Nặng 63 Kg cao 1,6m

Đầu mặt cổ:

* Cân đối không biến dạng
* Tuyến giáp không to

Ngực

* Gồ hình thùng, không sẹo, không u, không ổ đập bất thường, di động đều theo nhịp thở
* Mỏm tim KLS 5 trung đòn trái, diện đập 1x1 cm2
* T1 T2 đều rõ không âm thổi tần số 80 l/p
* Phổi rì rào phế nang giảm T>P
* Ran nổ đáy phổi T
* Gõ vang
* Rung thanh đều 2 bên

Bụng:

* Cân đối di động đều theo nhịp thở. Không u sẹo, không tuần hoàn bàng hệ
* Bụng mềm, không điểm đau khu trú
* Gan lách không sờ chạm
* Không sờ chạm u
* Gõ trong

Thần kịnh-Cơ xương khớp:

* Không giới hạn biên độ hoạt động khớp
* Sức cơ 5/5
* Cổ mềm
* Không dấu thần kinh định vị

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nam 72 tuổi nhập viện vì sốt bệnh 20 ngày. Qua hỏi bệnh và khám ghi nhận

TCCN:

* Sốt
* Ho đàm
* Khó thở
* Đau ngực

TCTT:

* Sốt
* Môi khô lưỡi dơ
* Lồng ngực hình thùng
* Rì rào phế nang giảm T>P
* Ran nổ phổi trái

Tiền căn :

* Tăng huyết áp

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**
2. Nhiễm trùng hô hấp dưới
3. COPD nhóm A
4. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ** : viêm phổi cộng đồng mức độ nặng chưa biến chứng / COPD nhóm A - THA độ 3 ( ESC 2018)

**CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**: lao phổi / COPD nhóm A - THA độ 3 ( ESC 2018)

1. **BIỆN LUẬN**

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

BN có sốt lạnh run, nhiệt độ 39oC,NT 28 l/p, môi khô lưỡi dơ nên nghĩ BN có nhiễm trùng, kèm với triệu chứng HH là ho khạc đàm vàng, khám có ran nổ phổi T nên nghĩ BN có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

Trên BN này có những nguyên nhân thường gặp sau:

- Viêm phế quản cấp: BN không có hội chứng viêm long đường hô hấp trên như hắt hơi, sổ mũi, viêm mũi họng trước đó nên không nghĩ.

- Đợt cấp dãn phế quản: BN không ho đàm lượng nhiều 100ml>24h, không có tiền căn ho ra máu, nhiễm trùng tái đi tái lại, lao phổi nên không nghĩ.

- Viêm phổi: BN có đau ngực kiểu màng phổi, sốt 39oC kèm ho đàm vàng, khám có ran nổ nên nghĩ nhiều BN có viêm phổi. Đề nghị X-quang ngực thẳng, CTM, CRP.

* Phân loại viêm phổi: viêm phổi cộng đồng vì bệnh nhân khởi phát sốt, ho 20 ngày => NV, không ở trong bệnh viện, nhà điều dưỡng hay đơn vị chăm sóc, không dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong 90 ngày trước đó, không hóa trị
* Thang điểm PSI= 92 => Độ IV

Đánh giá mức độ viêm phổi : nặng

* Thang điểm IDSA-ATS 2007:
* Bệnh nhân không cần thở máy, không sốc nhiễm trùng cần dùng vận mạch
* Nhịp thở 28 lần/phút (<30 lần/phút)
* HATT >90 mmHg, HATTR>60 mmHg
* Không lơ mơ, không lú lẫn, không mất định hướng
* Không hạ huyết áp cần truyền dịch nhiều
* Không say rượu, không cai rượu, không xơ gan, không cắt lách

Bệnh nhân không có tiêu chuẩn cần phải nhập IC

Tác nhân

- Nguy cơ nhiễm Phế cầu kháng PNC và kháng thuốc: có vì bệnh nhân > 65 tuổi, điều trị Moxifloxacin 3 ngày không giảm => đề nghị cấy đàm + KSD

- Nhiễm MRSA:không có vì BN không sử dụng kháng sinh gần đây, chưa ghi nhận tiền căn nhiễm MRSA (có bằng chứng vi sinh) trước đây, không có tổn thương da, loét, nhọt

- Pseudomonas: chưa loại trừ vì ls nghĩ bệnh nhân có (COPD,hút thuốc lá) , tiền căn sử dụng kháng sinh gần đây => đề nghị cấy đàm + KSD

-Lao phổi: BN không có chán ăn, sụt cân, vã mồ hôi trộm nhưng BN có sốt về chiều, kèm theo sốt kéo dài 20 ngày chưa giảm nên không loại trừ. Đề nghị AFB đàm

o Biến chứng:

· Tại phổi:

+ Áp xe phổi:BN sốt kèm ho đàm 20 ngày chưa giảm không loại trừ BN đã diễn tiến thành áp xe phổi. Đề nghị X quang ngực thẳng.

+ TDMP: BN không khó thở, khám không có hội chứng 3 giảm nên không nghĩ.

+ Suy hô hấp: BN không khó thở, không vật vã, lơ mơ, không tím môi và đầu chi nên không nghĩ.

· Ngoài phổi:

+ Nhiễm trùng huyết: qSOFA=1đ (GCS = 15đ, Nhịp thở >22l/ph, huyết áp tâm thu > 100mmHg) nên không nghĩ.

+ Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: BN không có tiền căn bệnh lý van tim, không có chấm xuất huyết dưới da, khám lách không to nên không nghĩ.

+ Viêm màng ngoài tim: BN không đau ngực, khám T1, T2 rõ, không có tiếng cọ màng tim nên không nghĩ.

+ Suy thận cấp: BN không thiểu niệu, không có triệu chứng của hội chứng urê huyết cao như buồn nôn, chán ăn, rối loạn tri giác, liệt ruột,… nên không nghĩ

2.COPD

Nghĩ nhiều do bệnh nhân có ho khạc đàm mạn, hút thuốc lá  > 50 gói năm , khám có gõ vang ,lồng ngực hình thùng, => đề nghị hô hấp ký xác định chẩn đoán

mMRC là 0đ do BN chỉ khó thở khi làm việc nặng. BN không có cơn khó thở phải nhập viện trong năm => nhóm A

- Biến chứng mạn:

o Tâm phế mạn: không nghĩ do BN không có phù 2 chân, không tĩnh mạch cổ nổi, khám gan không to, không dấu nảy trước ngực.

o Đa hồng cầu: không nghĩ do BN không có nhức đầu, đỏ da, dị cảm.

o Suy hô hấp mạn: BN không khó thở, mMRC 0đ, không bứt rứt, thở không co kéo, không ngón tay dùi trống nên không nghĩ

1. **ĐỀ NGHỊ CLS**:

* CLS chẩn đoán : XQ ngực thẳng, CTM, CRP, AFB đàm, soi đàm, cấy đàm, kháng sinh đồ
* CLS hỗ trợ : AST, ALT, BUN, Creatinin máu, Ion đồ, ECG, glucose

1. **KẾT QUẢ CLS**
2. Công thức máu :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chỉ số | Kết quả | Đơn vị |
| **WBC** | **12.04** | x103/µL |
| %NEUT | **81.3** | % |
| %LYMPH | 11.2 | % |
| %BASO | 0.5 | % |
| %EOS | 0.5 | % |
| %MONO | 5 | % |
| **RBC** | 3.7 | 1012/L |
| HGB | 122 | g/dL |
| HCT | 37.5 | % |
| MCV | 101.2 | fL |
| MCH | 32.9 | Pg |
| MCHC | 32.5 | g/dL |
| RDW-CV | 14.1 | % |
| **PLT** | **431** | x103/µL |
| MPV | 7.4 | fL |
| RDW-CV | 14.1 | % |

Bạch cầu tăng ưu thế neutron gợi ý nhiễm trùng phù hợp với tình trạng bệnh nhân

Hồng cầu trong giới hạn bình thường

Tiểu cầu tăng nhẹ nghĩ do tăng phản ứng sau nhiễm trùng

1. XQ ngực thẳng:

A picture containing text, nature, X-ray film

Description automatically generated

* Tổn thương dạng đám mờ đồng nhất giữa phổi trái giới hạn không rõ . nghĩ nhều viêm phổi.

Vòm hoành trái nâng cao, khoang liên sườn T kéo xẹp nghĩ xẹp phổi. không loại trừ u phổi 🡪 đề nghị CT scan ngực có cản quang, nội soi phế quản :sinh thiết/ lấy dịch rửa phế quản làm tế bào/ vi khuẩn

* Khoang liên sườn dãn, bóng tim nhỏ nghĩ nhiều trong bệnh cảnh khí phế thũng của COPD

1. CTscan:

* đông đặc thùy trên phổi T, bắt thuốc cản quang khả năng 1/ viêm 2/ CĐPB u
* Tổn thương hình mờ thùy trên, thùy lưỡi- theo dõi viêm

1. Sinh hóa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Xét nghiệm | Kết quả | Đơn vị |
| Glucose | 81 | mg/dL |
| BUN | 8 | mg/dL |
| Định lượng creatinin | 0.89 | mg/dL |
| eGFR( CKD-EPI) | 85.42 | mL/mi/1,73m2 |
| AST | 46 |  |
| ALT | 28 |  |
| Na | 128 | Mmol/L |
| K | 4.1 |  |
| Cl | 97 |  |

Natri máu giảm nhẹ có thể do SIADH trong bệnh cảnh viêm phổi

1. ECG nhịp xoang đều 87 l/ phút
2. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng (PSI), chưa biến chứng/ COPD nhóm A - THA độ 3 ( ESC 2018)

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng, hỗ trợ

- Kháng sinh: Điều trị Pseudomonas / Phế cầu kháng PNC

- Dinh dưỡng đầy đủ

- Điều trị bệnh nền

1. Điều trị cụ thể:

- Panadol 0,5 g 1v (u) khi sốt

- Piperacillin/Tazobactam 4,5g 1 lọ/100ml + NaCl 0,9% TTM XX g/ph x 4lần/ngày.

- Levofloxacin 0.75g/100ml 1 chai TTM XXg/ph.

- Acetylcystein 200mg 1g x 3 u

- Amlodipine 5mg 2v/ngày

1. **TIÊN LƯỢNG**

- Gần: hiện tại BN tỉnh, không cần thở oxy, viêm phổi trên nền chức năng phổi giảm, PSI = 92 => nặng

- Xa: BN COPD nhóm A, chưa biến chứng suy hô hấp mạn, không ảnh hưởng khả năng gắng sức nhiều, chưa từng có đợt cấp phải vào viện => Trung bình