BỆNH ÁN

Sinh viên: Đặng Nguyễn Minh Hải

Lớp Y16A – Tổ 03

MSSV 111160075

Thời gian thực tập tại khoa Nội Phổi BVCR : 23/09/2019 – 05/10/2019

**I. HÀNH CHÍNH**

Bệnh nhân Phùng Xuân Khẩn

Năm sinh 1938 (81 tuổi). Đã nghỉ hưu.

Địa chỉ: thị trấn Đa Tẻh, Huyện Đa Tẻh, tỉnh Lâm Đồng.

Nhập viện 13.10pm ngày 23 tháng 9 năm 2019

**II. LÝ DO NHẬP VIỆN:** khó thở.

**III. BỆNH SỬ**

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD 5 năm, mỗi ngày xịt thuốc 1 lần.

Cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân có sốt, đổ mồ hôi, lạnh run, không dùng thuốc ngoài. Bệnh nhân có ho dữ dội, khi lạnh, ho về đêm gần sáng. Ho khạc đàm trắng đục. Khó thở cả 2 thì, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, giảm sau khi xịt thuốc, ngày xịt 3 lần. Bệnh nhân có đau ngực trái âm ỉ, không lan, tăng lên khi ho, khi xoay trở.

Cách nhập viện 03 ngày, bệnh nhân lên cơn khó thở, xịt thuốc không giảm, kèm ho với tính chất tương tự nhưng tăng tần suất ho => NV BV II Lâm Đồng.

*Chẩn đoán tuyến trước*: THA nguyên phát – Suy tim – COPD đợt cấp do bội nhiễm enterobacter kháng đa kháng sinh, chỉ nhạy colistin – Viêm dạ dày tá tràng.

*Điều trị tuyến trước*: curam, levofloxacin, giãn phế quản, hạ áp, statin.

*Cận lâm sàng tuyến trước*: ECG block nhánh phải không hoàn toàn, BTTMCB. WBC 10.94 K/uL, Neutro 85%. Cấy đàm enterobacter spp kháng đa kháng sinh, chỉ nhạy colistin.

Trong quá trình bệnh bệnh nhân không ợ nóng, ợ chua, ợ hơi, không buồn nôn, thấy chán ăn. Nước tiểu vàng trong lượng 1,5 lít một ngày. Phân vàng đóng khuôn.

***Tình trạng nhập viện***: nhịp thở 20 lần/phút, mạch 98/lần phút, huyết áp 110/60 mmHg, T 37°C, Cân nặng 51kg, SpO2 99% (FiO2: 33%). Ho đàm xanh, Phổi ran ẩm, ran ngáy. Thở oxy 3lit/phút.

***Diễn tiến bệnh:***

N1 sau NV: Ho đàm xanh, khó thở, không sốt, đau ngực trái. Ran ngáy ran ẩm 2 đáy phổi. Thở oxy 2lit/phút cannula.

N2 sau NV: Ho, ít đàm xanh, giảm khó thở, không sốt, giảm đau ngực trái. Ran ngáy, ran ẩm 2 đáy phổi.

N3 sau NV: Ho ít, không đàm, giảm khó thở, không sốt, giảm đau ngực trái. Ran ngáy 2 đáy phổi, không còn ran ẩm.

N4 sau NV: Ho ít, không đàm, giảm khó thở, không sốt, đau ngực trái ít. Ran ngáy 2 đáy phổi => Cho về.

**IV. TIỀN SỬ**

1. Nội khoa

- Bệnh nhân được chẩn đoán COPD cách đây 5 năm, ở BV II Lâm Đồng.

- Trong 12 tháng qua, bệnh nhân có nhập viện vào T2/2019 và T4/2019 với tính chất ho khạc đàm, khó thở, đau ngực tương tự, không sốt. Được chẩn đoán đợt cấp COPD, điều trị đã ổn.

- Bệnh nhân chưa từng đặt nội khí quản.

- Bệnh nhân có khó thở 5 năm nay. Ban đầu, bệnh nhân có khó thở khi gắng sức, khi nằm kê 2 gối để ngủ, vẫn đi tập thể dục bình thường. 1 năm nay, bệnh nhân chỉ sinh hoạt trong nhà, đi được dưới 100m thì thấy khó thở, vẫn tự sinh hoạt được. Có khó thở kịch phát về đêm. Ho khạc đàm trắng trong 5 năm.

- Bệnh nhân có THA 10 năm, huyết áp bình thường 120-130/? mmHg, huyết áp tối đa 150/? mmHg, uống thuốc đều 1 lần buổi sáng 1 viên. Tháng 10/2018 có nhập viện vì huyết áp cao. Hiện đang điều trị ổn, dùng thuốc thường xuyên.

- Bệnh nhân có trĩ nội và phì đại tiền liệt tuyến, phát hiện cách đây 5 năm tại BV II Lâm Đồng, có khám định kì tại BV II Lâm Đồng.

- Chưa ghi nhận tiền căn lao và bệnh lý khác.

1. Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.
2. Thói quen, dị ứng:

- Hút thuốc lá 30 gói.năm (1 gói/ngày từ 30 – 60 tuổi, đã bỏ 21 năm).

- Uống rượu 150 ml/ngày trong 37 năm. (Năm 40 – 77 tuổi).

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn.

1. Gia đình: chưa ghi nhận tiền căn lao.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN**

1. Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực.

2. Hô hấp: không khó thở, có đau ngực, có ho, khạc đàm trắng đục.

3. Tiêu hoá: không đau bụng, ăn uống kém, tiêu phân vàng khuôn.

4. Tiết niệu: nước tiểu vàng trong, lượng 1,5lit/day.

5. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.

6. Cơ xương khớp: không đau khớp.

7. Chuyển hóa: không phù, không sốt.

**VI. KHÁM** (8am ngày 26/09/2019)

**1. Tổng trạng**

- Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, nói chuyện thành câu.

- Sinh hiệu: Mạch 80 lần/phút, HA 130/80mmHg, Nhịp thở 20 lần/phút, T 37oC, SpO2 95% (FiO2 = 21%)

- Thể trạng: chiều cao 1,62m ; cân nặng 51kg => BMI = 19,4 (thể trạng trung bình),

- Da niêm hồng, không môi khô, không lưỡi dơ.

- Có mảng bầm máu ở 2 cẳng tay.

- Không phù.

**2. Đầu mặt cổ**

- Cân đối, không biến dạng.

- Tuyến giáp không to.

- Khí quản không lệch.

- Tuyến mang tai không to.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

**3. Lồng ngực:**

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không sẹo mổ cũ, không lồng ngực hình thùng.

- Phổi: Rung thanh tăng bên phải. Gõ trong 2 bên phổi. Ran ngáy ở 2 đáy phổi.

- Tim mạch: Mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm

Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-).

T1 T2 đều mờ, tần số 80 lần/phút, không âm thổi.

**4. Bụng**

- Bụng cân đối 2 bên, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ.

- Nhu động ruột 6 lần/phút.

- Gõ trong, gõ đục vùng thấp (-).

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

Gan bờ trên liên sườn V bờ phải xương ức, bờ dưới không sờ chạm. Gan cao 9cm.

Rung gan (-), ấn kẽ sườn (-).

Lách, thận không sờ chạm.

**5. Thần kinh, cơ xương khớp.**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú.

- Không sưng, nóng đỏ khớp. Không giới hạn vận động khớp.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nam 81 tuổi, NV vì khó thở, bệnh 14 ngày.

*TCCN:*

Khó thở 2 thì, khi nằm, về đêm.

Ho khạc đàm trắng đục.

Sốt

Đau ngực trái, tăng khi ho, khi xoay trở.

TCTT

Rung thanh tăng bên phải.

Ran ngáy 2 đáy phổi.

Tiền căn

COPD 5 năm. Trong 12 tháng, nhập viện 2 lần vì đợt cấp COPD.

THA 10 năm.

Trĩ nội, phì đại tiền liệt tuyến 5 năm.

Hút thuốc lá 30 gói.năm.

Rượu 150ml/ngày trong 37 năm.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Khó thở cấp / Khó thở mạn.

2. Nhiễm trùng đường hô hấp dưới.

3. Tiền căn: COPD 5 năm, THA 10 năm

**IX. CHẨN ĐOÁN**

- Chẩn đoán sơ bộ: Đợt cấp COPD, mức độ nặng, nghĩ do viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình theo CURB65 / COPD nhóm D, THA .

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình theo CURB65 / COPD nhóm D, THA.

+ Suy tim / COPD nhóm D, THA

**X. BIỆN LUẬN:**

**1. Khó thở cấp / mạn.**

BN được chẩn đoán COPD 5 năm, khó thở 5 năm.

BN có khó thở 2 thì, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm. Trong đợt bệnh, bệnh nhân xịt thuốc không giảm, khó thở tăng dần và nhập viện.

Các nguyên nhân có thể nghĩ đến:

**a. Tim:**

- ***Suy tim***: Bệnh nhân có tiền căn THA 10 năm, điều trị ổn. Bệnh nhân có khó thở tăng dần, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, không ho khạc đàm bọt hồng. Khám lâm sàng không thấy phù chân, không thấy Gallop T3, Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-), mỏm tim không lệch. Ít nghĩ suy tim trên bệnh nhân này, đề nghị siêu âm tim, X quang ngực thẳng, NT-proBNP.

- ***Hội chứng vành cấp:*** bệnh nhân nam 81 tuổi, THA 10 năm. NV có đau ngực, nhưng không điển hình cho hội chứng vành cấp (đau ngực sau xương ức, lan lên cổ hàm vai cánh tay), bệnh cảnh nhập viện vì khó thở nên ít nghĩ, đề nghị ECG, động học Troponin I, X quang ngực thẳng, siêu âm tim.

- ***Chèn ép tim cấp***: bệnh nhân không có mạch nhanh, không huyết áp tụt, không tĩnh mạch cảnh nổi, không tiếng cọ màng ngoài tim, không choáng váng, không ngất. Bệnh nhân có đau tức ngực trái, nhưng không phù hợp bệnh cảnh chèn ép tim cấp (đau khi nằm ngữa, giảm khi ngồi đứng hay chồm người về phía trước), không hồi hộp, không đánh trống ngực. Không nghĩ nguyên nhân chèn ép tim cấp ở bệnh nhân này.

**b. Phổi**

***- Hen***: bệnh nhân 81 tuổi, không ghi nhận tiền căn hen, khó thở mạn, không khó thở cơn, nên không nghĩ đến.

- ***Dị vật đường thở***: trước khó thở, bệnh nhân không hít sặc, không khó thở đột ngột, không khó thở cơn, nên không nghĩ đến.

- ***Phản ứng phản vệ***: bệnh nhân khó thở 10 ngày cách nhập viện, xịt thuốc có giảm mà không hết, không phù hợp với bệnh cảnh phản vệ (từ vài phút đến vài giờ, phù nề lưỡi – đường hô hấp, phát ban, phù mặt, sưng hầu họng) nên không nghĩ đến.

***- Nhiễm trùng hô hấp***: bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới (sốt, lạnh run, ho đàm trắng đục, đau ngực kiểu màng phổi), bệnh nhân có bệnh lí nền COPD nên nghĩ nhiều. Đề nghị làm X quang ngực thẳng, cấy đàm, Procalcitonin, CRP.

***- Thuyên tắc phổi***: bệnh nhân nam 81 tuổi có hút thuốc lá 30 gói.năm, không có tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, không bất động > 3 ngày, không nhịp tim > 100 lần/phút, không ho ra máu, không tiền căn bệnh lí ác tính. Vậy ít nghĩ đến thuyên tắc phổi trên bệnh nhân, nhưng không được loại trừ, nếu cận lâm sàng không giải thích được nguyên nhân khó thở ở bệnh nhân, đề nghị D-Dimer.

- ***COPD:*** Nam 81 tuổi, tiền căn COPD 5 năm, 12 tháng nay nhập viện 2 lần vì đợt cấp COPD, khó thở tăng dần (từ khó thở khi gắng sức, khi nằm thì 1 năm nay, bệnh nhân chỉ sinh hoạt trong nhà, đi được dưới 100m thì thấy khó thở) , ho khạc đàm mạn tính. Đợt bệnh này, bệnh nhân xịt thuốc không giảm khó thở. Nghĩ nhiều đợt cấp COPD/COPD mạn 5 năm.

+ Đợt cấp COPD: Bệnh nhân có khó thở tăng dần, ho khạc đàm tăng, đàm trắng đục (đàm đổi màu từ trắng trong sang đục). Nghĩ nhiều đợt cấp COPD nặng

+ Yếu tố thúc đẩy đợt cấp COPD: bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, nghĩ nhiều.

+ COPD nền: mMRC nhóm 3 (đi bộ 100m thì khó thở, vẫn tự sinh hoạt được), 12 tháng gần đây có NV 2 lần vì đợt cấp COPD nên phân độ COPD nhóm D.

+ Biến chứng cấp:

Suy hô hấp cấp: bệnh nhân có nhiễm trùng, SpO2 99% (FiO2 = 33%) nên không loại trừ, cho làm KMDM.

TKMP : bệnh nhân có đau ngực. Cho làm X quang ngực thẳng.

Xẹp phổi: Khám không thấy 3 giảm, khí quản không lệch nên ít nghĩ.

+ Biến chứng mạn:

Suy hô hấp mạn: cho làm KMDM.

Tâm phế mạn: BN nam 81 tuổi, dù không ghi nhận dấu chứng suy tim phải, nhưng không loại trừ, cho làm ECG, siêu âm tim, X quang ngực thẳng.

Đa hồng cầu: không ghi nhận da niêm đỏ, không dấu tia huyết trên củng mạc mắt nên không nghĩ.

**2. Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới:** nghĩ đến do bệnh nhân có sốt lạnh run, ho khạc đàm tăng dần và thay đổi tính chất đàm, khó thở tăng dần.

***- Viêm phế quản cấp:*** không nghĩ vì bệnh thường khởi phát cấp tính với triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên như hắt hơi, sổ mũi, nghẹt mũi, khàn giọng, bệnh thường do siêu vi nên nhẹ và tự giới hạn, BN này không có nên không nghĩ.

***- Dãn phế quản bội nhiễm***: không nghĩ vì dãn phế quản là bệnh mạn tính nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại, ho đàm nhiều mủ dính dai, ho ra máu, Bn này không  
có nên không nghĩ

***- Áp xe phổi***: ít nghĩ do BN không có cơ địa nhiễm trùng răng miệng, không tiền căn hôn mê, động kinh, đề nghị X quang ngực thẳng.

***- Lao phổi***: ít nghĩ do BN không có triệu chứng chán ăn mất ngủ sụt cân sốt nhẹ về chiều, đổ mồ hôi trộm không tiền căn tiếp xúc với người nhiễm lao. Tuy nhiên, Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ của lao, nên không loại trừ => đề nghị soi AFB đàm, PCR lao, cấy đàm.

***- Viêm phổi***: nghĩ nhiều, do bệnh cảnh xảy ra cấp tính, sốt lạnh run, ho khạc đàm đổi màu,.

+ Mức độ: theo thang điểm CURB-65 (Tuổi > 65 tuổi, không rối loạn ý thức, nhịp thở 20 lần/phút, huyết áp 130/80mmHg) thì bệnh nhân có 1 điểm, có thể điều trị ngoại trú, nhưng do bệnh nhân có bệnh đồng mắc COPD và khó thở tăng dần nhập viện => Phân độ mức độ trung bình.

+ Biến chứng :

*Tại phổi :*

1. Suy hô hấp: SpO2 99% (FiO2 = 33%) nên không loại trừ, cho làm KMDM.

2. Áp xe phổi: : ít nghĩ do BN không có cơ địa nhiễm trùng răng miệng, không tiền căn hôn mê, động kinh, đề nghị X quang ngực thẳng

3. Tràn dịch, tràn mủ màng phổi: không nghĩ do BN khống đau ngực kiểu màng phổi, khám không thấy hội chứng 3 giảm.

*Ngoài phổi :*

1. Sốc nhiễm trùng: HA bệnh nhân bình thường, mạch không nhanh, chi ấm nên không nghĩ.

2. Nhiễm trùng huyết: BN thở 20 lần/phút, HATT 130mmHg, đã hết sốt khi nhập viện, nên không nghĩ đến.

**XI. CẬN LÂM SÀNG**

**1. Cận lâm sàng chẩn đoán:**

Khí máu động mạch.

X quang ngực thẳng.

Cấy đàm và kháng sinh đồ. AFB đàm.

D-Dimer.

ECG, Siêu âm tim, NT-proBNP, Động học troponin I.

Procalcitonin, CRP.

**2. Cận lâm sàng thường quy:**

Công thức máu.

BUN, Creatinin máu, Bilirubin máu, AST, ALT, Ion đồ.

TPTNT.

**XII. PHÂN TÍCH CẬN LÂM SÀNG.**

**1. Xét nghiệm sinh hóa.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **N1 sau NV** | **Normal Value** | **Unit** |
| Đường huyết | 97 | 70 – 110 | mg/dL |
| ALT | 29 | 5 – 49 | U/L |
| AST | 37 | 9 – 48 | U/L |
| BUN | 18 | 7 – 20 | mg/dl |
| Creatinine | 1.15 | 0.7 – 1.5 | mg/dl |
| eGFR (CKD-EPI) | 59.35 | > 90 | ml/min/1,73 |
| CRP | 5.9 | < 6 | mg/L |
| Na+ | **133** | 135 – 150 | mmol/L |
| K+ | 3.5 | 3.5 – 5.5 | mmol/L |
| Cl- | 99 | 98 – 106 | mmol/L |
| Troponin I | 0.018 | < 0.2 | ng/mL |
| D-Dimer | **936** | 0 – 500 | ng/mL |

**Biện luận** : Troponin I trong giới hạn bình thường, nhưng cần đo lại troponin I để xem xét động học men tim. D-Dimer tăng cao, nghi ngờ thuyên tắc phổi. Đề nghị CT scan ngực cản quang.

BUN = 18mg/dL = 6.42 mmol/L < 7 mmol/L nên là thang điểm CURB65 được 1 điểm.

**2. Siêu âm tim** (N2 sau NV):

- Các buồng tim trong giới hạn bình thường.

- Các van tim cử động bình thường.

- Không hẹp – hở van 2 lá và van động mạch chủ.

- Tăng áp phổi PAPS = 44mmHg.

- Chưa thấy rối loạn vận động vùng.

- Vách liên thất – liên nhĩ nguyên vẹn.

- Chức năng tâm thu thất (T) bình thường, EF = 72%.

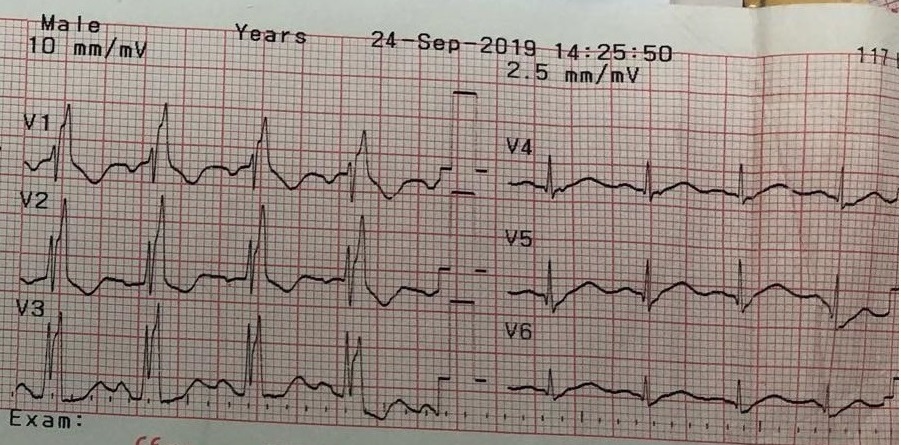
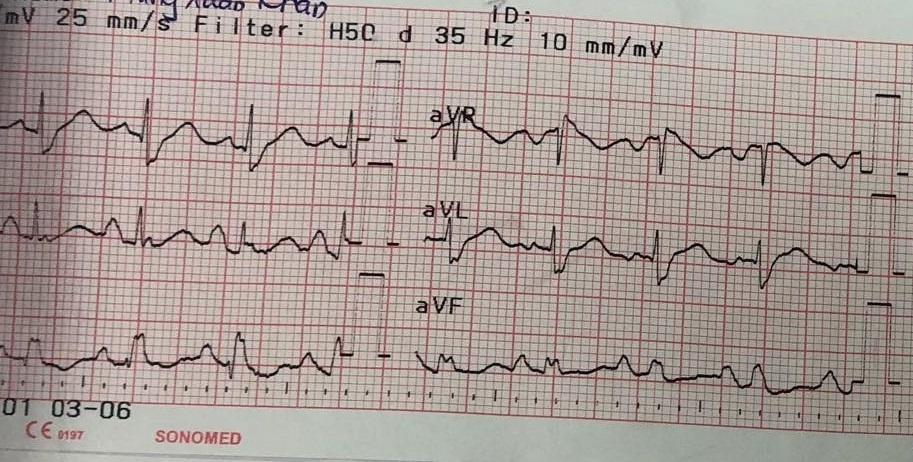
- Không thấy tràn dịch màng ngoài tim.

- E > A

**Kết luận**: Chức năng tâm thu thất trái bình thường. Không lớn buồng tim.

Vậy lâm sàng và cận lâm sàng đều không ủng hộ suy tim.

**3. ECG** (N1 sau NV)



- Nhịp: sóng P (+) ở DI, DII, aVF, sóng P (-) ở aVR. Theo sau sóng P là phức bộ QRS nên nhịp xoang.

- Các khoảng RR đều nhau trên tất cả chuyển đạo, tần số 1500/13 = 115 lần/phút, nhịp nhanh xoang.

- Khoảng PR 0.18s < 0.26s nên không có rối loạn dẫn truyền nhĩ thất.

- Trục điện tim: phức bộ QRS (+) ở DI, DII, aVF nên trục trung gian.

- Sóng P ở DII có biên độ 2mm, thời gian 0.08s, hình dạng 1 đỉnh => Sóng P bình thường, 2 buồng nhĩ không lớn.

- Phức bộ QRS ở DII có thời gian là 0.12s, ghi nhận hình dạng rSR’ở chuyển đạo V1, V2, V3. Có Block nhánh phải không hoàn toàn (thường ít có ý nghĩa). Biên độ:

+ Thất trái: theo Sokolow – Lyon: vì SV1 + RV5 = 18mm < 35mm, RV5 = 16mm < 26mm. Theo Cornell: RaVL + SV3 = 3mm < 28mm. Nên kết luận không có lớn thất trái trên ECG.

+ Thất phải: theo Sokolow – Lyon RV1 + SV5 = 15mm > 11mm. Ở V1 có sóng R = 7mm > 5mm, nhưng trục điện tim không lệch phải, bệnh nhân có block nhánh phải không hoàn toàn. Nên kết luận không có lớn thất trái trên ECG, cần kiểm tra lại trên siêu âm tim.

- Khoảng QT: ở DII có QT = 0.32s và RR=0.52s, nên và 0,443 > 0,44 (ở nam) nên QTc bình thường.

- Đoạn ST: không ghi nhận ST chênh lên hay ST chên xuống.

- Sóng T: (+): DI, DII, aVL, V3, V4, V5, V6

(-): DIII, aVR, V1, V2

Biên độ < 5mm ở chuyển đạo DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF và <10mm ở V1 – V6.

Sóng T < ¾ sóng R tương ứng.

- Không thấy sóng Q hoại tử.

**Kết luận:** Nhịp nhanh xoang, block nhánh phải không hoàn toàn.

ECG gợi ý đến thuyên tắc phổi.

**4**. Không có KMDM, không có cấy đàm và kháng sinh đồ, không có X quang ngực thẳng.

**5. X quang ngực thẳng** (Ngày NV, không có phim) : Xơ xẹp thùy trên phổi phải, kéo lệch khí phế quản sang phải.

**Kết luận:** Có xơ phổi + xẹp phổi, nghĩ nhiều do tổn thương viêm phổi và nghĩ bệnh nhân từng nhiễm lao trước đó, không loại trừ u phổi. Đề nghị cấy đàm AFB và chụp CT Scan ngực cản quang.

**XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Đợt cấp COPD, mức độ nặng, nghĩ do viêm phổi cộng đồng, chưa rõ biến chứng suy hô hấp và rối loạn toan kiềm / Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình, COPD nhóm D, THA, theo dõi thuyên tắc phổi, u phổi, lao phổi.

Chờ kết quả X quang ngực thẳng, khí máu động mạch, cấy đàm kháng sinh đồ, AFB đàm.

Đề nghị CT scan ngực cản quang để theo dõi thuyên tắc phổi, u phổi, lao phổi.