**Phân tích ca lâm sàng theo công cụ Vi-Med**

**1. Giới thiệu ca lâm sàng:**

**M1: Mẫu thu thập thông tin bệnh nhân**

Ngày tiến hành: 28/09/17

Họ và tên: PHAN THẾ CHÚNG Tuổi: 67 Nam

Cân nặng (kg): 42

Khoa: Nội tổng hợp Phòng:601 G: 01

Ngày vào viện: 22 /09 /17 Mã số: 17108092

Chẩn đoán: Đợt cấp COPD / Tăng huyết áp

**THÔNG TIN CHUNG**

Hút thuốc: 40 gói / năm

Lí do vào viện: Bệnh khởi phát cách 3 ngày nay vì khó thở cả 2 thì, tăng lên khi gắng sức kèm ho, khạc đàm, bệnh nhân có dùng thuốc không đỡ nên xin vào viện

Tiền sử cá nhân: Tăng huyết áp 5 năm điều trị thường xuyên. Phát hiện và điều trị COPD 3 năm, hút thuốc lá 40 gói/ năm

**THĂM KHÁM LÂM SÀNG**

Hô hấp: - Ho ít khạc đàm trắng đục bọt, khó thở từng cơn khi gắng sức, khó thở cả 2 thì

- Phổi giảm thông khí

- Rale rít, rale ngáy 2 bên phổi

**CẬN LÂM SÀNG – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH**

25/09/17: Kết quả

1. FEV1 / FVC **70% >= 70%**: Theo GOLD 2017 COPD mức độ nhẹ

Chỉ số Gaensler

FEV1: Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu: chỉ số quan trọng dùng để xác định tắc nghẽn, đánh giá mức độ tắc nghẽn và tiên lượng

FVC: Dung tích sống gắng sức. Ở người khỏe mạnh sẽ bằng VC (dung tích sống), nhỏ hơn VC nếu BN bị tắc nghẽn đường khí

FEF 25,75 33% < 60%

Lưu lượng thở ra gắng sức trong khoảng 25%-75% của dung tích sống gắng sức. Chỉ số phát hiện sớm tắc nghẽn bắt đầu ở đường dẫn khí nhỏ có đk<2mm

2. FVC 39% < 80%

FVC: Dung tích sống gắng sức. Ở người khỏe mạnh sẽ bằng VC (dung tích sống), nhỏ hơn VC nếu BN bị tắc nghẽn đường khí

⇨Kết luận : Tắc nghẽn đường khí

25/09/17: Siêu âm : Tim bình thường

XN vi sinh : AFB trực tiếp nhuộm Ziehl – Neelsen

Bệnh phẩm : Đàm. Tìm BK : AFB : Âm tính (-) BC (+)

Mục đích: Phát hiện các trực khuẩn bền vững với acid (AFB – acid fast bacillus) thuộc chi Mycobacterium (Bệnh về phổi nên làm xét nghiệm phát hiện vi khuẩn lao)

Nguyên lý: Do đặc tính kháng acid của AFB nên khi được nhuộm bằng phương pháp Ziehl-Neelsen và soi dưới kính hiển vi quang học, hình ảnh của AFB sẽ có màu đỏ, các vi khuẩn và các tế bào (nếu có) không có đặc tính kháng acid sẽ có màu xanh.

22/09/17: XN sinh hóa máu : Ure , Creatinin , SGOT , SGPT , Điện giải đồ , K+ bình thường, Na+: 124 ( 136 – 145 ) mmol/l ; Cl-: 89,6 ( (98,0 – 107,8 )mmol.

Khí máu : pCO2, pH , BE , SO2 bình thường

pO2 : 69,7 ( 83 – 108 ) mmHg; HCO3- : 26,8 ( 22 – 26 ) mmol/l ; BB : 48,7 ( 46 – 48,0 ) mmol/l

+ PO2: là áp lực riêng phần của O2 trong máu động mạch

- Phản ánh khả năng oxy hóa máu của phổi

- Giá trị bình thường: 85-95 mmHg, pO2 <80 mmHg được coi là giảm

- Nguyên nhân gây giảm pO2: Thông khí kém, khuếch tán kém, nối tắt động-tĩnh mạch, bất tương xứng thông khí-tưới máu

+ Bicarbonat (HCO3-): nồng độ thực tế HCO3- trong máu để trung hòa acid thâm nhập

- Giá trị bình thường: 22-26 mmol/l

- Dùng trong chuẩn đoán, phân loại, xác định nguyên nhân và quá trình bù trừ thăng bằng toan-kiềm

HCO3-: nhiễm kiềm chuyển hóa

+ Base dư (Base exess = BE) BE là sự chênh lệch giữa base đệm của bệnh nhân và base đệm của người bình thường.

- Bình thường: BE = 0 (pH = 7,40; PaCO2= 40 mmHg; Hb toàn phần = 150 g/l, nhiệt độ 37OC).

- Sự thay đổi các thông số khí máu cho phép đánh giá tình trạng thiếu oxy máu và các bệnh có suy hô hấp.

23/09/17: XN sinh hóa máu : ALP (Akalin phosphatase ): 29 ( 25,0 – 100,0 ) U/l

- Xét nghiệm Alkaline Phosphatase nhằm mục đích kiểm tra hàm lượng enzyme ALP trong máu.

- Alkaline Phosphatase là một enzyme trong máu giúp phá hủy các protein trong cơ thể

- Nồng độ ALP thấp dưới ngưỡng bình thường thì có thể bạn bị suy dinh dưỡng hoặc thiếu vitamin, khoáng chất.

22/09/17: XN : Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser ( Bạch cầu, Neu %, Lym %, Mono%, EOS%, Hồng cầu, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, Tiểu cầu, MPV, POW ) bình thường

Đếm tế bào hồng cầu, hemoglobin và hematocrit: Nếu các số đo trong ba chỉ số này thấp hơn bình thường, bạn bị thiếu máu. Thiếu máu gây ra mệt mỏi và suy nhược. Thiếu máu có nhiều nguyên nhân bao gồm cả thiếu một số vitamin nhất định hoặc sắt, mất máu hoặc một bệnh tiềm ẩn. Số lượng tế bào hồng cầu cao hơn bình thường hoặc hemoglobin cao hoặc hematocrit cao có thể chỉ ra một bệnh tiềm ẩn chẳng hạn như bệnh đa hồng cầu hoặc bệnh tim.

Đếm tế bào bạch cầu: Số lượng tế bào bạch cầu thấp có thể được gây ra bởi một số tình trạng chẳng hạn như rối loạn tự miễn phá hủy các tế bào bạch cầu, các vấn đề về tủy xương hay ung thư. Một số thuốc cũng có thể làm cho số lượng tế bào bạch cầu thấp. Nếu số lượng tế bào bạch cầu cao hơn bình thường, bạn có thể bị nhiễm trùng hoặc viêm. Bên cạnh đó, tình trạng này có thể ám chỉ bạn mắc một rối loạn ở hệ miễn dịch hay một bệnh ở tủy xương. Số lượng tế bào bạch cầu cao cũng có thể là một phản ứng với thuốc.

Đếm tiểu cầu: Số lượng tiểu cầu thấp hơn bình thường hoặc cao hơn bình thường là dấu hiệu của một tình trạng sức khỏe tiềm ẩn hoặc có thể là tác dụng phụ từ thuốc. Nếu số lượng tiểu cầu nằm ngoài phạm vi bình thường, bạn có thể cần làm thêm các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân.

**CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ**

**Bảng 4.1. Các thuốc điều trị cho bệnh nhân**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên thuốc  (nồng độ / hàm lượng / dạng bào chế) | Ngày | | | | | |
| 22/9 | 23/9 | 24/9 | 25/9 | 26/9 | 27/9 |
| Ventolin MDI x 01 lọ xịt 3 nhát khi khó thở | 01 | + | + | + | + | + |
| Seretide 25/250mcg x 01 lọ xịt ngày 2 lần  ( Sáng 2 nhát – tối 2 nhát ) | 01 | + | + | + | + | + |
| ACC 200mgx gói | 02 | 02 | 02 | / | / | / |
| Cardivasor 5mgx viên uống sáng 8h | 01 | 01 | 01 | 01-1 | 01-1 | / |
| Vimotram 1,5g x lọ ( text )  TMC ( 8h – 16h ) | / | 1  2 | 2  2 | / | / | / |
| CKD- Ceftizoxim 1g x lọ  ( test ) TMC ( 8h – 16h) | / | / | / | 1  +2 | 2  2 | 3  2 |
| Coversyl 5mg x viên uống ( 20h ) | / | / | / | +1 | 1 | 1 |

**2. Phân tích ca lâm sàng**

**2.1. Lựa chọn thuốc:**

BN phát hiện và điều trị COPD 3 năm, bệnh khởi phát cách 3 ngày nay vì khó thở cả 2 thì, tăng lên khi gắng sức kèm ho, khạc đàm⇨**Đợt cấp COPD nhẹ**.

a. Liệu pháp oxy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PaO2 (mmHg)** | **PaCO2 (mmHg)** | **pH** | **Chỉ định oxy** |
| > 60 | Bình thường | Bình thường | Không thay đổi lưu lượng |

b. Điều trị thuốc dãn phế quản: Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB 4 – 6 lần/ngày. Xem xét LABA kết hợp

c. Sử dụng corticoid: Uống methylprednison 40mg/ngày x 5 – 10 ngày nếu không cải thiện sau 1giờ dãn phế quản nhanh

d. Kháng sinh: BN ho, khạc đàm

⇨Dùng kháng sinh: Beta- lactam/betalactamase (amoxicilin-clavulanat; ampicilin-sulbactam) 3g/ngày hoặc cefuroxime 1,5g/ngày hoặc moxifloxacin 400mg/ngày hoặc levofloxacin 750mg/ngày

e. BN tăng huyết áp điều trị thường xuyên

- Thuốc hạ huyết áp: Perindopril là một chất ức chế men chuyển angiotensin. Amlodipine là một chất đối kháng canxi (thuộc về nhóm dihydropyridine). Perindopril và amlodipine hoạt động kết hợp để làm giãn và nới lỏng các mạch máu, điều này dẫn đến hạ huyết áp.

f. BN đàm

- Thuốc tiêu đàm: Acetylcystein làm giảm tỷ lệ đợt cấp COPD, cải thiện chức năng hô hấp (FEV1) và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD.

**Bảng 4.2. Các vấn đề lựa chọn thuốc**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Chỉ định | Nhận xét | Can thiệp dược |
| Ventolin MDI (Salbutamol sulfate) 100 mcg | Điều trị cơn cấp khó thở trong COPD | Hợp lý |  |
| Seretide 25/250 (Salmeterol: 25mcg/liều; Fluticasone: 250mcg/liều) | Điều trị khoang vùng cơn cấp khó thở trong COPD (điều trị nền) | Hợp lý |  |
| Cardivasor 5mg (Amlodipine) | Điều trị tăng huyết áp | Hợp lý |  |
| ACC (Acetylcystein 200mg) | Tiêu đờm | Hợp lý |  |
| Vimotram (Amoxicilin, Sulbactam) | Kháng sinh | Hợp lý |  |
| Ceftizoxim (cephalosporin thế hệ 3) | Kháng sinh | Hợp lý |  |
| Coversyl 5mg (Perindopril) | Điều trị tăng huyết áp | Chưa hợp lý | Perindopril là thuộc nhóm ức chế men chuyển angiotensin làm tăng triệu chứng ho, nên chọn nhóm khác như losartan, amlodipine,… |

**Nhận xét:** BN cải thiện sau khi dùng thuốc nhãn phế quản nhanh nên không sử dụng corticoid, đúng với hướng dẫn điều trị.

**2.2. Liều lượng**

**Bảng 4.3. Liều lượng các thuốc lựa chọn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều khuyến cáo | Liều kê | Nhận xét |
| Ventolin MDI (Salbutamol sulfate) 100 mcg | 100-200mcg/lần x 3-4 lần/ngày | 100mcg x 3 lần/ngày | Liều phù hợp |
| Seretide 25/250 (Salmeterol: 25mcg/liều; Fluticasone: 250mcg/liều) | 2 nhát xịt/lần x 2 lần/ngày | 2 nhát xịt/lần x 2 lần/ngày | Liều phù hợp |
| Cardivasor 5mg (Amlodipine) sáng 8h | 5-10mg/ngày | 5mg/ngày | Liều phù hợp |
| ACC (Acetylcystein 200mg) | 200mg/lần x 2-3 lần/ngày | 1 gói/lần x 2 lần/ngày | Liều phù hợp |
| Vimotram  (Amoxicilin, Sulbactam)  Sáng 8h – Chiều 16h | 1,5g/6-12h | 1,5g/lần x 2 lần/ngày | Liều phù hợp |
| Ceftizoxim  (cephalosporin thế hệ 3)  Sáng 8h – Chiều 16h | 1-2g/8-12h | 1g/lần x 2 lần/ngày | Liều phù hợp |
| Coversyl 5mg (Perindopril)  Tối 20h | 4-8mg/ngày | 5mg/ngày | Liều phù hợp |