

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH
BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

BỆNH ÁN TRUYỀN NHIỄM

Lớp: Y2021C

Tổ: 8

I. HÀNH CHÍNH:

- Họ và tên Bệnh nhân: NGUYỄN THỊ L
- Sinh năm: 1955 (70 tuổi)
- Giới tính: Nữ
- Dân tộc: Kinh
- Nghề nghiệp: Lấy mủ vườn cao su → Không có nguy cơ sốt rét, vì muỗi Anopheles hoạt động vào ban đêm
- Địa chỉ: Ấp Trảng Lớn, xã Long Nguyên, huyện Bàu Bàng, tỉnh Bình Dương.
- Mã hồ sơ: 25.003703
- Phòng: A (khoa HSTC-CĐ NL)
- Giường: 4
- Ngày NV: 25/02/2025
- Ngày giờ làm BA: 10h ngày 01/03/2025.

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Sốt

III. BỆNH SỬ: Bệnh ngày 10

Con gái bệnh nhân là người khai bệnh

N1-N5:

- BN sốt từng cơn, lạnh run, không rõ nhiệt độ, hạ sốt sau khi dùng thuốc hạ sốt không rõ loại người nhà tự mua, cách khoảng từ 18-20 tiếng lại lên cơn sốt tiếp, trung bình 1 cơn sốt/ngày vào buổi tối, một cơn kéo dài bao lâu, uống hạ sốt có giảm, có vã mồ hôi sau cơn?
- Trong cơn sốt BN tỉnh, không co giật, không đau đầu, không chóng mặt, không đau họng, không ho, không khó thở, không đau ngực, không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn ói, không thấy nổi ban da. → Hướng đến tìm ổ nhiễm trùng

Ngoài cơn sốt nhiệt độ trở về bình thường, các triệu chứng cải thiện, không còn lạnh run, mệt mỏi, sinh hoạt lại như bình thường.

- Ngoài ra, BN đi tiểu ít hơn thường ngày, kèm theo tiểu gắt, tiểu buốt, nước tiểu màu vàng trà, không đau hai bên hông lưng. BN đi cầu bình thường, phân vàng đóng khuôn.

→ Hỏi tiểu ít như thế nào: bình thường tiểu bao nhiêu lần/ngày? Có tiểu gắt nhất?

→ Nếu khai thác 5N trong 1 lần thì rất dễ bỏ sót tiến triển triệu chứng, nên tách ra từng ngày để biết chính xác thời gian BN bắt đầu tiểu gắt, tiểu buốt

Diễn tiến các triệu chứng rất quan trọng, ví dụ:

- Sốt + đau đầu cùng lúc: NTTKTW

- Đau đầu sau đó 2N sau mới sốt: tại biên mạch máu não, tụ máu ngoài màng cứng
- Tiểu gắt tiểu buốt trước sốt: có thể ban đầu nhiễm trùng tiểu dưới, sau đó không điều trị nên tiến triển thành nhiễm trùng tiểu hệ thống và gây sốt.

- BN có cảm giác chán ăn, ăn uống ít hơn thường ngày, không sụt cân.

N6: Các triệu chứng trên vẫn diễn tiến với tính chất và cường độ tương tự. Bệnh nhân xuất hiện thêm tình trạng **ăn uống khó tiêu, cảm thấy đầy hơi, buồn nôn, nôn 2 lần/ngày** sau khi ăn, nôn ra thức ăn, giảm khi uống men tiêu hoá người nhà tự mua.

N7: Sốt tái đi tái lại kèm theo triệu chứng như trên → BN nhập viện ở Trung Tâm Y tế huyện Bàu Bàng được cho làm một số xét nghiệm và được chẩn đoán là **viêm đường tiểu, viêm đường ruột, nghi ngờ viêm gan**. Không rõ điều trị.

N8-N9: Tại Trung Tâm Y tế huyện Bàu Bàng, bệnh nhân bắt đầu xuất hiện **vàng mắt, vàng da**, xuất hiện một vài ~~mảng đỏ~~ **sẩn hồng ban (cần miêu tả rõ hơn cho BN để biết mảng đỏ như thế nào: hồng ban dát sẩn, tử ban, petechi,...? có chắc mảng đỏ lúc khám và lúc ở TTYT giống nhau?)** ở lưng, ngực, có ngứa. Sốt 1 cử/ ngày, không rõ nhiệt độ và có đáp ứng thuốc hạ sốt. Ngoài ra, bệnh nhân vẫn ăn uống kém, cảm thấy đầy hơi, khó tiêu, buồn nôn nhưng không nôn, không có cơn đau quặn mật. Vẫn còn tình trạng tiểu gắt, tiểu buốt, nước tiểu màu vàng trà, tiểu phân vàng đóng khuôn.

N10: Bệnh nhân vàng mắt vàng da tăng, mảng đỏ xuất hiện trên toàn thân kèm ngứa nhiều. Người nhà thấy bệnh nhân mệt nhiều, sốt cao tái đi tái lại, các triệu chứng trước đó không giảm (**cụ thể là triệu chứng nào không giảm?**) nên tự xin xuất viện, tự chuyển viện BV Bệnh Nhiệt đới.

Trong quá trình bệnh lý, BN tỉnh, không co giật, không đau đầu, không chóng mặt, không đau họng, không ho, không khó thở, không đau ngực, không đau bụng, không có cơn đau quặn mật, không đau hông lưng.

Tiếp cận bệnh nhân lúc nhập viện

- Sốt cơn lạnh run 10N
- Hội chứng niệu đạo cấp (>10N)
- Vàng da
- Sẩn hồng ban

Có nhiều vấn đề, chọn vấn đề nào để biện luận? 🙌 Thường sẽ chọn vấn đề xuất hiện xuyên suốt bệnh sử, hoặc một vấn đề mới xuất hiện nhưng nghiêm trọng (ví dụ hôn mê)

Sẩn hồng ban + ngứa có thể là do dị ứng thuốc, vì uống nhiều thuốc trước khi nhập BVBNĐ rồi (hội chứng AGEP)

→ Ở BN này, tiếp cận theo sốt + hội chứng niệu đạo cấp

Bước 1: Đánh giá tình trạng bệnh nặng

qSOFA, NEWS, MEWS, SIRS

Bước 2: Tìm ổ nhiễm trùng

Ngoài tiếp cận theo cơ quan, có thể tiếp cận theo vùng:

- Đầu
- Tai mũi họng
- Cổ: áp xe, hạch
- Ngực: phổi, tim
- Bụng: áp xe, kinh nguyệt, tiết niệu sinh dục
- Da mô mềm
- Cơ xương khớp

Đối với tính chất: sốt cơn, lạnh run thì phải chú ý 3 bệnh sau

- Sốt rét
- Viêm phổi ở thanh niên trẻ khỏe
- Nhiễm trùng tiêu ở nữ

Bước 3: Tìm sang thương da đi kèm

- Mụn nước chùm: Zona
- Mụn nước, mụn mủ nhiều lứa tuổi: Thủy đậu
- Hồng ban có khoảng da lành xen kẽ + Koplik: Sởi

Bước 4: Có vàng da không?

- Sốt rét
- Nhiễm Leptospira
- Viêm gan do thuốc

Chẩn đoán

Theo dõi NTH từ nhiễm trùng tiêu / Tăng men gan / Dị ứng thuốc

Điều trị

Dựa vào ổ nhiễm trùng, cơ địa đặc biệt, độ nặng của bệnh, tình trạng kháng thuốc tại khu vực

Nhiễm trùng tiêu: Carbapenem hoặc Piperacillin Tazobactam

● Tình trạng lúc NV:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Niêm hồng, chi ấm, CRT <2s.
- Sinh hiệu:
 - Mạch: 90 lần/phút.
 - **Nhiệt độ: 38,3 độ C.**
 - Huyết áp: 100/60 mmHg.
 - Nhịp thở: 20 lần/phút. (sốt 38,3 °C và SpO2 94% mà nhịp thở có 20 lần?)
 - **SpO2: 94-95%/FiO2 21%**
 - Cân nặng: 60kg.
- Vàng mắt, vàng da.
- Không phù.
- Hạch ngoại vi không sờ chạm.
- Sẩn hồng ban rải rác toàn thân.
- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.
- Tim đều, T1, T2 rõ
- Phổi không rale, âm phế bào đều 2 bên.
- Bụng mềm, ấn không đau, gan lách không sờ chạm.
- Không giới hạn vận động, sức cơ tứ chi 5/5.
- Cầu bàng quang âm tính.

*Diễn tiến từ lúc nhập viện đến lúc khám:

Ngày giờ	Diễn Tiến	Y Lệnh
----------	-----------	--------

25/02/20 25 Giờ 16h15	Ngày # 1 tuần BN tỉnh tiếp xúc tốt Vàng da mắt sẫm Họng sạch, đỏ không loét Sẩn hồng ban da 2 cánh tay, rải rác thân mình, ngứa Mạch 90 lần/ phút HA 100/60 mmHg Thở đều êm 20 lần/phút Nhiệt độ 38.3 độ C Chi ấm, CRT < 2s Không ói, ăn kém Ho khan Không đau ngực khó thở Tim đều Phổi không ran Bụng mềm, không đau, gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không đau đầu Tiêu tiểu thường. Không chảy máu bất thường mũi miệng. TC: Đái tháo đường type 2, cao HA đang dùng thuốc, không bệnh lý gan Uống thuốc của nhà thuốc không rõ 1 tuần trước vàng da Chẩn đoán: Viêm gan do thuốc, Cao huyết áp, Đái tháo đường type 2, Tđ suy thận cấp Chẩn đoán phân biệt: Bệnh thận mạn Viêm da dị ứng Nhiễm trùng tiểu WBC 14.18K/uL, N 84.5%, HCT 29%,	1. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML 1.00 Chai x 2.00 Lần TTM LX giọt/phút. 2. Silymax-F (Silymarin) 250mg 1 viên x 2 lần (uống) 3. Clorpheniramin (Chlorpheniramine maleate) 4mg 1.00 viên x 2.00 lần (uống) Lau mát, uống nhiều nước, nghỉ ngơi tại giường TD M - HA - T/ 6h NT-Sp02/6h Chăm sóc nội khoa 1800Kcal NK01, com-cháo-sữa Chăm sóc cấp 3 * Xét nghiệm 1. Định lượng Ure (Máu) 2. Điện giải đồ (Na K Cl)/máu 3. Tổng phân tích nước tiểu (Bằng máy tự động) 4. Định lượng Creatinin/máu 5. Xét nghiệm tế bào cận nước tiểu
--------------------------------------	---	--

	HGB 8.6g/dL, PLT 310K/uL AST/ALT/GGT 75/112/803 U/l Creatinin 154 umol/L, Bil TP/TT = 206/197 HBsAg, anti HCV âm tính SA bụng: Không tắc mật ngoài gan	
--	---	--

25/02/20 25 19h30	BN tỉnh Sốt cao, lạnh run Nhiệt độ 39.5 độ C Mạch rõ 100 lần/ phút Huyết áp 110/70 mmHg X-Quang phổi: chưa thấy tổn thương <i>Chẩn đoán</i> : TD nhiễm trùng huyết từ mật CrCl: 28.36 ml/phút => Nguy cơ nhóm 2	- Invez (Ertapenem) ½ lọ pha Natri Clorid 0,9% 100ml TTM XXX giọt/ phút - Paracetamol chai 100ml TTM C giọt/phút - Cây máu 2 vị trí, KSD khi (+) - Cây nước tiểu 2 vị trí, KSD khi (+) - Mixtard 30/70 (Insulin Regular 30% + Insulin Isophane 70%) - Paracetamol 325 mg
Ngày 26/02/20 25 6h00	TPTNT: Nitrit dương tính ĐHTG: 250 mg/dl BN tỉnh M, HA ổn Sốt 38.5 độ C Chẩn đoán: Nhiễm trùng tiểu	
26/02/20 25 9h30	BN Tỉnh Tiếp xúc tốt Vẻ đù Không buồn nôn/nôn Không đau bụng Than đầy hơi khó tiêu Không khó thở/đau ngực Không ho Đi tiểu vàng sậm không gắt buốt Đi tiêu phân xanh lỏng 02 lần/ngày không nhầy máu Da niêm hồng Chi ấm, CRT < 2s Mạch quay rõ, 95 lần/phút HA: 100/70 mmHg Thở êm, không co kéo cơ hô hấp phụ SpO2: 97% Ngày qua sốt 02 cử Tim đều rõ, không âm thổi Phổi không ran, âm phế bào đều 2 bên	Thuốc: 1. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML giọt/phút. 1.00 Chai x 2.00 Lần TTM XXX giọt/phút - 11:00 - 17:00 2. Invez (Ertapenem) 1g Lọ 0.5 Lọ x 1 Lần - 16:00 (N2) 3. Natri clorid 0,9% Chai 100ml 1.00 Chai x 1.00 Lần TTM XXX giọt/phút - 16:00 4. Silymax-F (Silymarin) 250mg 1.00 Viên x 2.00 Lần - 11:00 - 20:00 (uống) 5. Telfor (Fexofenadine hydrochloride) 60mg

	Bụng mềm, không điểm đau khu trú Gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị, sản hồng ban rải rác toàn thân ngứa nhiều Kết quả xét nghiệm: Creatinin: 154 → 177 umol/l → CrCl: 24.68 umol/l Na/K: 121/4.44 mmol/l Bilirubin TP/TT: 206.2/197.6 umol/l Albumin: 28.9 g/l AST/ALT/GGT: 75/112.3/803.5 U/I HBsAg, anti HCV âm tính Siêu âm bụng: Gan nhiễm mỡ Xquang phổi: Đám mờ không đồng nhất ở đáy phổi (T) Cấy máu 2 vị trí trực trùng gram âm <i>Chẩn đoán:</i> Nhiễm trùng huyết do trực trùng gram âm - Viêm phổi - Nhiễm trùng tiêu Tồn thương thận cấp/TD Bệnh thận mạn Viêm gan do thuốc Tăng huyết áp Đái tháo đường type 2 Dị ứng da Rối loạn điện giải Rối loạn tiêu hóa Chỉnh liều KS CrCl: 24.68 ml/phút , Ertapenem 500mg q24h *BN HA dao động ~ 100/60 mmHg => Tạm ngưng các thuốc huyết áp	1.00 Viên x 2.00 Lần - 11:00 - 20:00 (uống) + ĐHTG 17h - 05h *Dặn BN ăn nhiều muối TD M, HA, NT. SpO2/3h, T/6h TD tri giác, nước tiểu/24h Chế độ nội khoa Chăm sóc cấp 3 • Thuốc 1. Mixtard (7001U+3001U)/10ml - UI 10.00 UI x 1.00 Lần - 17:00 2. Mixtard (7001U+3001U)/10ml - UI 15.00 UI x 1.00 Lần - 05:00 TDD Thêm Simethicone * Xét nghiệm 1. Định lượng Urê [Máu] - 05:00 2. Điện giải đồ (Na, K, Cl)/ máu - 05:00 3. Định lượng Creatinin / máu - 05:00 4. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser - 05:00
26/02/2025 13h30 18:00	BN tỉnh, tiếp xúc tốt Nhiệt độ 38.7 độ C Mạch, huyết áp ổn BN tỉnh, tiếp xúc tốt Không sốt Thở êm, SpO2 96% Mạch quay đều rõ 105 lần/ phút HA 120/70 mm/Hg Chi âm, CRT <2s	Thuốc Paracetamol 325mg 2 viên/1 lần Thuốc: 1. Enterogran (T24) -2 tỷ bào tử - Gói 1.00 Gói x 2.00 Lần - 18:00 - 06:00 uống

	Than sôi bụng, không đau bụng Tiêu lỏng 4 lần phân vàng nước, không thấy máu cùng lúc đi tiêu, lượng không rõ Chẩn đoán: Rối loạn tiêu hóa	2. Soshadra (Racecadotril) 30mg Gói 2.00 Gói x 2.00 Lần - 18:00 - 06:00 (uống) 3. Unikids Zinc (Kẽm Gluconat) 70 - 10mg - Gói 1.00 Gói x 2.00 Lần - 18:00 - 06:00 uống /2,7g - Gói 4. Oresol 245 gói 4.1g (T24) 520mg+ 580mg+ 300mg 2,7g - gói 5.00 gói x 1.00 lần
27/02/20 25 8h00	Bệnh ngày 9 BN tỉnh, tiếp xúc tốt Vết dờ Không buồn nôn/nôn Không đau bụng Than đầy hơi khó tiêu Không khó thở/đau ngực Không ho Đi tiêu vàng sậm không gắt buốt Đi tiêu phân xanh lỏng 12 lần/ngày không nhầy máu Da niêm hồng Phù mắt, loét trợt môi nhẹ Phù toàn thân, phù mềm ấn lõm Chi mát, CRT = 2s Mạch quay rõ, 116 lần/phút HA 90/50mmHg Thở nhanh, cơ kéo nhẹ cơ hô hấp phụ, 24 - 26 lần/phút SpO2: 93 - 95%/Khí trời Ngày qua sốt nhiều cơn T. 38 độ C (đã uống thuốc hạ sốt 06h 27/02) Tim đều rõ, không âm thổi Phổi không ran, âm phế bào đều 2 bên Bụng mềm, không điểm đau khu trú Gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị	Thuốc: 1. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML giọt/phút. 1.00 Chai x 2.00 Lần - 11:00 - 17:00 TTM XXX giọt/phút 2. Invanz (Ertapenem) - 1g Lọ 0.50 Lọ x 1.00 Lần - 16:00 (N2). 3. Natri clorid 0,9% Chai 100ml 1.00 Chai x 1.00 Lần - 16:00 TTM XXX giọt/phút. 4. (Diphenhydramine) -10mg/ml - ống 3.00 ống x 1.00 Lần - 08:00 TMC 5. Silymax-F (T24) (Silymarin) -250mg (trương đương 140mg Silym - - Viên) 1.00 Viên x 2.00 Lần - 11:00 - 20:00 (uống) 6. Telfor (Fexofenadine hydrochloride) 60mg Viên 1.00 Viên x 2.00 Lần - 11:00 - 20:00 (uống)

Ngày 27/02/20 25 7h00	sẩn hồng ban rải rác toàn thân ngứa nhiều + mụn mủ lấm tấm toàn thân, không sưng nóng đỏ đau ở rìa mụn mủ. Kết quả xét nghiệm: BC: 20.74 K/ul, NEU: 80.6% Hgb: 8.7 g/dl, PLT: 278 K/ul TQ: 61% Creatinin: 177 -> 179 umol/l -> CrCl: 24.4 umol/l Na/K: 125/4.18 mmol/ Bilirubin TP/TT: 206.2/197.6 umol/l Albumin: 28.9 g/l AST/ALT/GGT: 75/112.3/803.5 U/l HBsAg, anti HCV âm tính Siêu âm bụng: Gan nhiễm mỡ X-quang phổi: Đám mờ không đồng nhất ở đáy phổi (T) Cấy máu 2 vị trí ra trực trùng gram âm <i>Chẩn đoán:</i> Sốc giảm thể tích Nhiễm trùng huyết do trực trùng gram âm Viêm phổi Nhiễm trùng tiểu AKI, TD Bệnh thận mạn Viêm gan do thuốc - Suy gan cấp Rối loạn tiêu hóa Tăng huyết áp Đái tháo đường type 2 AGEP Rối loạn điện giải Chẩn đoán phân biệt: Shock nhiễm trùng Chỉnh liều KS CrCl: 24.68 ml/phút, Ertapenem 500mg q24h ĐHTG: 148 mg% ECG: tại giường, nhịp nhanh xoang, 114 lần/phút ST không chênh	7. Zentomyces (T24) -100mg - Gói 1.00 Gói x 2.00 Lần - 11:00 - 23:00 (uống) 8. Unikids Zinc (Kẽm Gluconat) 70 - 10mg - Gói 1.00 Gói x 2.00 Lần - 11:00 - 23:00 (uống) 9. Soshadra(Racecadotril) 30mg - Gói 2.00 Gói x 3.00 Lần - 11:00 - 19:00 - 03:00 (uống) 10. Oresol 245 gói 4,1g - 520mg + 580mg + 300mg 5.00 Gói x 1.00 Lần - 11:00 pha 01 lít nước uống dần ĐHTG 08h - 17h - 05h • CHUYỂN PHÒNG NẶNG THEO DÕI • Đo lại huyết áp sau 30 phút • Dặn BN ăn nhiều muối TD M, HA, NT, Sp02/3h, T/6h TD tri giác, nước tiểu/24h Chế độ cấp cứu Chăm sóc cấp 2 • Thuốc 1. Mixtard -(700 IU+300 IU)/10ml - - UI 10.00 UI x 1.00 Lần - 17:00 2. Mixtard -(700 IU+300 IU)/10ml - - UI 15.00 UI x 1.00 Lần - 05:00 TDD.
27/02/20 25 8h30	BN tỉnh tiếp xúc tốt Vẽ đờ, chi ấm CRT <2s	* Thuốc Natri clorid 0.9% 500ml

8h45	Mạch quay rõ 106 lần/ phút Huyết áp 100/55 mmHg Thở nhanh co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ 22-24 lần/ phút	Đo lại huyết áp sau khi hết chai NaCl 0,9%
9h30	Spo2 95%	
10h00	Nhiệt độ 38.5 độ C, uống hạ sốt lúc 6h 27/2	
12h00	<i>Chẩn đoán:</i> Sốc giảm thể tích Nhiễm trùng nặng do trực trùng gram âm Viêm phổi Nhiễm trùng tiểu Tổn thương thận cấp, theo dõi thận mạn Viêm gan do thuốc Suy gan cấp AGEP ĐTĐ type 2 Tăng huyết áp pH/ CO2/ pO2/ HCO3- : 7.374/ 23.8/ 84/ 13.8 Lactate động mạch 3.31 umol/L Na/K 120/3.88 mmol/l BN tỉnh , Huyết áp 110/70 mmHg Mạch 96 lần/phút, chi ấm Bn tỉnh tiếp xúc tốt mạch 100 lần/ phút Huyết áp 100/60 mmHg Thở nhanh nông 24-26 lần/ phút SpO2 95% khí phòng Da khô KMĐM:pH/ CO2/ pO2/ HCO3- : 7.374/ 23.8/ 84/ 13.8 Lactate: 3.31 umol/L Chẩn đoán: Theo dõi nhiễm toan ceton BN tỉnh tiếp xúc tốt Nhiệt độ 38.9 độ C Mạch 110 lần/ phút Huyết áp 130/80 mmHg SpO2 92% khí phòng Thở 24-26 lần/ phút, co kéo nhẹ	* Thuốc 1. Natri clorid 0.9% 500ml TTM 2. Natri clorid 0.9% 500ml TTM Xét nghiệm Khí máu động mạch Lactate động mạch Định lượng ceton Thuốc Paracetamol 325mg 2 viên

	Ceton âm tính	
--	---------------	--

27/02/2025 15h30	Tỉnh, tiếp xúc tốt Sốt 38 độ C Thở nhanh nông 36 lần/phút Spo2 96% Mạch rõ 110 lần/phút HA 90/50 mmHg Sáng giờ tiêu lỏng 1 lần không rõ lượng Tiểu nhiều → Có tình trạng sốc	Tăng tốc độ chại Natri clorid 0.9% đang truyền lên CCC giọt/phút
15h40	Bước 1: bù dịch trước 30ml/kg 3 giờ bằng dịch tinh thể (ưu tiên LR), XXX giọt/phút (tốc độ tối đa) Bước 2: Đánh giá đáp ứng bù dịch (thường dùng dIVC, siêu âm đánh giá TMC dưới)	Chai NaCl đã cho 19h lấy TTM CCC giọt/ phút
16h10	- Sau khi bù dịch xong mà HA ổn thì không gọi là SNT mà gọi là sốc giảm thể tích. - Không đáp ứng bù dịch → vận mạch Bước 3: Dùng vận mạch Bước 4: Điều trị nâng đỡ, triệu chứng, biến chứng Thời điểm xài corticoids: chưa thống nhất, sau 4 tiếng không giảm được liều vận mạch Xài Hydrocortisone đường tĩnh mạch với liều 200 mg/ngày tương đương 50 mg/6 giờ hoặc truyền liên tục - Thời điểm khởi động khi liều norepinephrine hoặc epinephrine $\geq 0,25$ mcg/kg/phút trong ít nhất 4 giờ sau khi bắt đầu để duy trì MAP mục tiêu. Bước 5: nếu dùng corticosteroids rồi mà vẫn không được thì dùng thêm vận mạch thứ 2: adrenalin (vasopressin ở VN không có) Bệnh tỉnh Mạch 110 lần/phút Chi ấm, CRT < 2s HA 100/50mmHg Phổi không rale *Chưa có KMĐM Bệnh tỉnh, đỡ Thở nhanh nông 36 lần/phút Spo2 94% Mạch quay rõ 110 lần/ phút HA 95/55mmHg Chi ấm CRT < 2s	Chai NaCl đã cho 15' lấy TTM CCC giọt/ phút Mời Bs khoa CCNL lên xem bệnh Ngưng các y lệnh thuốc và xét nghiệm còn lại Chuyển khoa CCNL

	Phổi không rale Chưa đi tiểu pH: 7.37, HCO3 13.5, pCO2 23.3, pO2 71 Hội chẩn qua điện thoại với bác sĩ khoa cấp cứu người lớn đồng ý về khoa cấp cứu người lớn điều trị tiếp <i>Chẩn đoán:</i> Shock nhiễm trùng do E.coli chưa có kháng sinh ĐTĐ type 2 Viêm phổi Nhiễm trùng tiểu Tổn thương thận cấp Suy gan cấp Tăng áp ĐTĐ type 2	
27/02/20 25 16h30	CCNL nhận bệnh Bệnh ngày 09 BN tỉnh, tiếp xúc tốt Vẻ dừ	Tiếp tục thuốc có sẵn Natri clorid 0.9% 500ml TTM LX giọt/phút ĐHTG 17h - 05h

	Ợ nóng, ợ chua Không buồn nôn, nôn Không đau bụng Ho vướng đàm khó khạc Không đau ngực khó thở Sáng giờ chưa đi tiêu Đi tiêu vàng trà Da niêm vàng Phù mi mắt giảm Sẩn hồng ban rải rác toàn thân ngứa ít, tẩm nhuộm, kèm mụn mủ rải rác toàn thân, không sưng nóng đỏ đau ở rìa các mụn mủ Chi ấm, CRT < 2 Mạch quay rõ, 110 lần/phút HA: 140/60 mmHg Thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, 20 lần/phút SpO2: 97%/khí trời T: 39.5 độ C Tim đều rõ, không âm thổi Phổi ran ngáy 2 phế trường, âm phế bào đều 2 bên Không thở rít Bụng mềm, không điểm đau khu trú Gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị Phù mềm ấn lõm toàn thân Không loét các lỗ tự nhiên Hăm da vùng mông d# 3 x 4 cm Kết quả xét nghiệm: pH/pCO2/pO2/HCO3 7.37/23.3/71/13.5 Lactate động mạch: 2.83 mmol/l <i>Chẩn đoán:</i> Nhiễm trùng huyết nặng do E.coli Viêm phổi Nhiễm trùng tiêu Tổn thương thận cấp/TD Bệnh thận mạn Suy gan cấp Viêm gan do thuốc Tăng huyết áp - ĐTĐ type 2 AGEP	Thở oxy qua cannula mũi 21 lần/phút Mắc monitor theo dõi M, HA, NT, SpO2, ECG TD M, HA/1h, NT, SpO2/3h, T/6h TD tri giác, xuất nhập/24h TD xuất huyết/24h Chế độ Hồi sức cấp cứu 1800kcal DDO1 cơm sữa ăn miệng tự túc Chăm sóc cấp 2
--	---	---

	Rối loạn tiêu hoá Rối loạn điện giải GERD Chẩn đoán phân biệt: SJS	
27/02/2025 17h00	Tiến hành đặt CVC 3 nòng ở Tĩnh mạch đùi (T) dưới hướng dẫn siêu âm Catheter thông tốt Cố định tối đa Sau thủ thuật không tai biến Đường huyết tại giường: 108 mg/dL	Đặt CVC 3 nòng 01 bao đầu dò siêu âm TD tiếp
18h30 27/02 22h00 22h30	Bn tỉnh, tiếp xúc tốt Mạch quay rõ, 112 lần/phút HA: 110/65mmHg Thở nhanh, co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ, 22-24 lần/phút SpO2: 97% / FiO2: 28% Đi tiêu phân đen lỏng, ~ 400 ml <i>Chẩn đoán:</i> Xuất huyết tiêu hoá trên nghi do loét dạ dày tá tràng Hct 27% Tỉnh Mạch quay đều rõ 96 lần/phút HA ổn Thở 23 lần/phút (FiO2 28%) SpO2 97% Hct 27% PO2 98, pCO2 26.4, pH 7.33, HCO3- 12.7 Lactate 2.23 umol/L	Thuốc 1. Solezol 40mg 2 Lọ × 1 lần 2. Solezol 40mg 2 Lọ × 1 lần Pha Nacl 0.9% đủ 50ml Ngưng Pantium (pantoprazole) HCT 18h30 - 22h - 02h - 05h
Ngày 28/2/2025 2h00 6h00	BN tỉnh Mạch rõ 92 lần/phút Nhiệt 37.5 độ C Nhịp thở 24 lần/phút SpO2 97% Hết Solezol BN tỉnh Mạch quay rõ Huyết áp ổn Thở nhanh co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ	Solezol 40mg 2 ống Natri Clorid 0,9% 500ml 1 chai

	20-22 lần/phút Bớt phù mi mắt SpO2 99%	
28/2/2025 8h00	Bệnh ngày 35 Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt Qua sốt, nhiều cử , đỉnh 39.5 độ Tiêu phân sệt đen (ngày qua) Không ho, không khó thở tự tiểu vàng trong Niêm hồng, vàng đa Phù toàn thân Sẩn hồng ban toàn thân, ngứa; có nhiều mụn mủ li ti ở vùng cổ ngực Loét môi Mạch quay rõ 100 lần/phút HA 115/60 mmHg Thở đều êm, 24 lần/phút, không co kéo SpO2 99%/ FiO2 28% Không sốt Tim T1, T2 đều rõ Phổi âm phế bào đều 2 bên, không ran Bụng mềm, không ấn đau Gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị Thăm hậu môn phân vàng theo găng Nhập: 900ml /14h Xuất 900 ml BC 26.06 k/uL, NEU 88.2%, EOS 0.9% Hb 7.7 g/dL, TC 326 k/uL pH/pCO2/pO2/HCO3 7.281/23.7/95/11.1 Lactate ĐM: 2.17 mmol/L. TQ 42% Na+/K+/Cl-/Ca2+/Mg2+ máu 127/4.64/101/0.86/0.58 mmol/L Creatinine máu: 168 umol/L Bilirubin TP: 175 mmol/L AST/ALT/GGT: 98/82/313 U/L <i>Chẩn đoán:</i> Dị ứng da chưa rõ dị nguyên - TD Hội chứng Stevens - Johnson Nhiễm trùng huyết từ nhiễm trùng tiểu do E.coli - TD Nhiễm trùng da Xuất huyết tiêu hóa trên nghi do loét dạ	Thuốc 1.Voxin 1g - lọ 1.5 lọ x 1.00 Lần 2.Nước cất ống nhựa 5ml 8 ống x 1.00 Lần - 10:00 3. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML 1.00 Chai x 1.00 Lần - 10:00 lấy 300ml, TTM XXX giọt/ phút 4. Voxin 1 - lọ 1.00 Lọ x 1.00 Lần - 10:00 5. Nước cất ống nhựa -5ml - ống 4.00 ống x 1.00 Lần - 10:00 6. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML 1.00 Chai x 1.00 Lần - 10:00 lấy 200ml, TTM XX giọt/phút. 7. Invanz -1g - lọ 0.50 Lọ x 1.00 Lần - 16:00 N4. 8. Natri clorid 0,9% Chai 100ml 1.00 Chai x 1.00 Lần - 16:00 TTM XXX giọt/phút 9. Natri Clorid 0,9% Chai 500ML 1.00 Chai x 2.00 L- 12:00 - 20:00 TTM XX giọt/phút. 10. 4.2% w/v Sodium Bicarbonate 250ml - Chai 1.00 Chai x 2.00 Lần - 10:00 - 14:00 TTM XX giọt/phút. 11. Danapha - Telfadin 180mg - Viên 1.00 Viên x 1.00 Lần - 13:00 uống Mời hội chẩn BS chuyên khoa da

	dày tá tràng Tăng huyết áp Đái tháo đường type 2 Ertapenem: 0.5g/24h Vancomycin LD 1500 mg. MD 1000mg/24h (đo lại Vancomycin đáy 9h30, 2/3) Bệnh nhân nhiễm trùng tiểu do E.coli, điều trị kháng sinh 3 ngày, còn sốt, nhiều mụn mủ ở vùng cổ ngực, chưa loại trừ tác nhân tụ cầu. BN vàng da. Tổn thương thận cấp, SOFA > 2đ, kiểm tra procalcitonin máu BN nhiễm trùng tiểu do E.coli, suy thận, phù toàn thân Đang sử dụng Ertapenem, còn sốt => Ngưng ertapenem, sử dụng Imipenem 500mg/6h	liều- BV da liễu Tiếp tục solesol 5ml/h Ngưng oxy mũi Chăm sóc cấp 1 Xét nghiệm 1. Định lượng Urê [Máu] - 05:00 2. Điện giải đồ (Na. K, Cl) / máu - 17:00 - 05:00 3. Định lượng Mg [Máu] - 05:00 4. Định lượng Creatinin/máu - 05:00 5. Khí máu động mạch - 17:00-05:00 6. Cây sang thương da tìm vi trùng - 10:00 KSD khi dương 7. Lactate động mạch - 17:00 - 05:00 8. Định lượng Procalcitonin [Máu] - 10:00 9. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm laser 10. Cây máu tự động vị trí 1 - 10:00 KIAKhi O 11. Cây máu tự động vị trí 2 - 10:00 Ngưng Ertapenem Imipenem cilastatin 500mg Albumin máu 05h
28/2/2025 12h00 14h00	BN tỉnh tiếp xúc tốt Mạch quay rõ 105 lần/ phút HA 120/70 mmHg SpO2 96% Khí phòng Sân hồng ban rải rác toàn thân bong vảy trắng Loét lở tự nhiên (môi, mũi) Hiện không tiêu phân đen thêm PCT: 34.46 ng/ml Tiếp hội chẩn Bệnh viện Da Liễu <i>Chẩn đoán:</i> AGEP/nhiễm trùng huyết Rx: 1/Solumedrol (methylprednisolon)	- Prednisone 40mg - Thuốc tím 1g - Bifacold (Acetylcysteine) 200mg

	40mg 2 lọ/ngày x 5-7N sau đó giảm liều nhanh 1 lọ/ngày chuyển uống 2/ Bilaxten(Kháng histamin) 20 mg 3/ Thuốc tím pha loãng màu hồng nhạt tắm 4/ Vaseline thoa môi, da khô toàn thân 5/ Fucicort thoa mỏng nơi da ngứa Chẩn đoán AGEP	
Ngày 28/02/20 25 18h00	Bệnh tình Ho đàm, tiêu phân xanh rêu Mạch 130 lần/phút HA ổn Chi ấm Sốt 38.8 độ C HCT 27% Bệnh nằm yên Thở êm Mạch huyết áp ổn Spo₂ 98% Khi máu pH 7.4, pO₂ 83, PaCO₂ 22.7, HCO₃- 14.1 Lactate 3.38 mmol/l	Đăng ký 1 đơn vị hồng cầu lắng 350ml: nhóm máu, phản ứng chéo
01/03/20 25 0h	Bệnh ngủ yên thở êm Mạch 110 lần/phút HA ổn Chi ấm SpO₂ 98%	Solezol 40mg/lọ 02 lọ NaCl 0,9% 50ml BTTM 5ml/h (8mg/h)
5h00	Bệnh nằm yên Thở êm Mạch, Huyết áp ổn Chi ấm SpO₂ 97% Hct 20% Hgb 6,4 g/dL	Đăng ký 1 đơn vị hồng cầu lắng 350ml - Nhóm máu - Phản ứng chéo
01/03/20 25 8h	Bệnh ngày 36 Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt Ngày qua sốt giảm, đỉnh 39 độ C Tiêu phân sệt xanh rêu	Tiếp tục các thuốc: - Voxin (Vancomycin) 1g - Natri clorid - Imipenem cilastatin

	Ho đàm, khạc khá Tự tiểu vàng trong Niêm hồng Vàng da Phù toàn thân Sẩn hồng ban toàn thân, ngứa, có nhiều mụn mủ li ti ở vùng cổ ngực Loét môi Mạch quay rõ 106 lần/ phút HA 120/60 mmHg Thở đều êm, 24 lần/ phút, không co kéo SpO2 95% FiO2 21% Không sốt Tim T1, T2 đều rõ Phổi âm phế bào đều 2 bên, không ran Bụng mềm, không ấn đau Gan lách không sờ chạm Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị Nhập: 4450 ml Xuất: 2900 ml <i>Chẩn đoán:</i> Dị ứng da chưa rõ dị nguyên - AGEP Nhiễm trùng huyết từ nhiễm trùng tiêu do E.coli TD Nhiễm trùng da Xuất huyết tiêu hóa trên nghi do loét dạ dày tá tràng Tăng huyết áp Đái tháo đường type 2 Tổn thương thận cấp TD Rối loạn điện giải Liều kháng sinh: Imipenem 0.5g/12h Vancomycin LD 1500 mg, MD 1000 mg/24h (đo lại Vancomycin đáy 9h30, $\frac{2}{3}$) pH 7.46, pCO2 32 pO2 60 HCO3- 22.9 Na-K-Cl 136/ 4,05/ 99.9 Ure 10.5 mmol/L Cre 152 μmol/L Albumin 20.2 g/L Mg 0.69	- Pdsolone (Methylprednisolone) 40mg - Sodium bicarbonate - Brohexin Actavis (Bromhexine hydrochloride) Tiếp tục BTTM: Solezol (Esomeprazole) 5 ml/h (8 mg/h) N3 Bilastin 20 mg (cổ sẵn) 01 viên uống 17h Thuốc tím pha tắm Vaseline thoa môi, da khô toàn thân TD M, HA, NT, SpO2/03h, T/06h TD Tri giác, xuất nhập/24h NK01 - 1800kcal - cơm cháo sữa miệng tự túc Chế độ HSCC - Hct TG: 10h - 17h - 05h - ĐHTG: 10h - 17h - 05h Chăm sóc cấp 1
01/03/2025	BN tỉnh tiếp xúc tốt	Thêm nồng độ đáy vancomycin

9h00	Chi ấm Mạch rõ 100 lần/phút Huyết áp 120/70 Thở êm SpO2 95% khí trời Không sốt Sẩn hồng ban đã nhạt màu Tiêu phân xanh rêu	vào 9h30 ngày 02/03/2025
01/03/2025 9h00	Có 1 đơn vị hồng cầu lắng chiết suất từ 350ml máu toàn phần MS: V500 525 503 47200 E7426 V00 Nhóm máu B+ Nhóm máu bệnh nhân B Phản ứng chéo tại giường thuận hợp ĐHTG: 223 mg%	Lấy 1 đơn vị hồng cầu lắng Theo dõi cử Hct 10h sau truyền máu Theo dõi sinh hiệu trước và sau truyền máu Mixtard 30/70 10 UI x 3 TDD

IV. TIỀN CĂN VÀ DỊCH TỄ HỌC

A. Bản thân

1. Nội khoa:

- Tăng huyết áp #6 năm, hiện đang uống thuốc theo toa (Losartan 50mg, 1 viên sáng/ngày). Tái khám định kỳ mỗi tháng tại Trung tâm Y tế huyện Bàu Bàng. **Huyết áp nền là bao nhiêu?**
- Rối loạn lipid máu #6 năm hiện đang uống thuốc theo toa (Atorvastatin 10mg, 1 viên tối/ngày)
- Đái tháo đường type 2 #6 năm, hiện đang uống thuốc theo toa (Metformin 1g 2 viên sáng-tối/ngày, Gliclazide 60mg 1 viên sáng/ngày). Tái khám định kỳ mỗi tháng tại Trung tâm Y tế huyện Bàu Bàng.
- Bệnh Gout vô căn, điều trị với Allopurinol 300mg, 1 viên sáng/ngày
- Ngoài uống thuốc theo toa, BN còn thường xuyên mua thuốc không rõ loại ngoài tiệm thuốc uống kèm.
- Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B, C.
- Không té ngã, chấn thương gần đây.

2. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận bất thường.

3. Thói quen: Không uống rượu bia, không hút thuốc lá.

4. Dị ứng: không có dị ứng thuốc và thức ăn.

5. Sản khoa: PARA 2002, sinh thường.

B. Gia đình: Chị ruột mất do ung thư tủy xương.

V. DỊCH TỄ:

- Trong 6 tháng gần đây không di chuyển xa khỏi nơi cư trú, không tiêm chích (**liên**

quan đến sốt rét, viêm gan), không truyền máu, không bị sốt rét trong 2 năm gần đây

- Yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng tiểu: vệ sinh, uống thuốc SGLT-2, sỏi niệu?

- BN thường xuyên vào lô cao su lấy mũ cao su, chăn nuôi gà xung quanh nhà. - BN nấu nước lá ổi, lá vối uống mỗi ngày để trị bệnh tiểu đường.

VI. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:

- Hệ thần kinh: Không nhức đầu, không chóng mặt.
- Hệ hô hấp: Không đau ngực, không khò khè, khó thở, ho đàm vàng đục. - Hệ tim mạch: Không đau thắt ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực. - Hệ tiêu hóa: Đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn trái, thượng vị, không buồn nôn, không nôn. Tiêu phân sệt màu xanh.
- Hệ cơ xương khớp: Không đau nhức xương khớp, không yếu cơ. - Hệ tiết niệu: Tiểu vàng trong, không tiểu gắt buốt.

VII. KHÁM LÂM SÀNG: 10h00 ngày 01/03/2025

1. Tổng trạng:

- Chi ấm, CRT < 2s
- BN tỉnh, GCS = 13đ (E4V3M6) (nói sáng, trả lời lộn xộn)
- Sinh hiệu:
 - + Huyết áp: 130/70 mmHg
 - + Nhịp tim: 110 lần/phút
 - + Nhịp thở: 26 lần/phút
 - + SpO₂: 93% / Khí trời
 - + Nhiệt độ: 36,7 độ C
- Vàng da niêm, có tử ban dạng dát đỏ tím không loét ở tập trung nhiều phần cánh tay, lòng bàn tay, mặt, rải rác 2 chân bệnh nhân. Da toàn thân khô kèm bong tróc. Củng mạc mắt vàng.
- Cân nặng: 60 kg ; Cao: 1.55 m , BMI 25 kg/m² → Béo phì độ I theo IDI&WPRO.

2. Đầu mặt cổ:

- Đầu mặt: Không dị dạng, nổi ban đỏ tím
 - + Mắt: Củng mạc mắt vàng
 - + Tai: Không rỉ dịch
 - + Miệng: Môi khô kèm loét môi, lưỡi dơ
 - + Họng, mũi: Loét
- Cổ:
 - + Tuyến giáp không to.
 - + Hạch cổ, hạch thượng đòn không sờ chạm.
 - + Không tĩnh mạch cổ nổi

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối 2 bên, không dạng hình thùng, không có lõm ức gà, không dấu sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ. Thở co kéo cơ hô hấp phụ.
- Không có ổ đập bất thường, không sẹo mổ cũ.
- Sờ thấy mỏm tim khoang liên sườn VI , đường nách trước.
- Tim: đều, T1 T2 rõ.

- Phổi: âm phế bào 2 bên đều, rale ẩm, ngáy lan tỏa 2 phế trường, rì rào phế nang 2 bên không giảm.

4. Bụng:

- Bụng mềm, cân đối, không tuần hoàn bàng hệ, không sọc mổ cũ - Ấn đau vùng hạ sườn trái, thượng vị, chạp lách âm tính, gan không sờ chạm.
- Gõ trong khắp bụng.
- Nhu động ruột : 4 lần /phút.

5. Tiết niệu:

- Không cầu bàng quang.
- Dấu chạp thận âm tính.

6. Tứ chi:

- Chi trên:
 - + Chi ấm, không phù, tử ban dạng dát lan toả hai tay, không loét ở cánh tay và lòng bàn tay không đau.
 - + Động mạch quay, cánh tay đều, nảy nhẹ, đều 2 bên.
 - + Da khô.
- Chi dưới:
 - + Chi ấm, tử ban dạng dát lan toả hai tay, không loét không đau.
 - + Động mạch khoeo, mu chân rõ đều 2 bên.
 - + Phù trắng, mềm, ấn lõm, đối xứng 2 bên.

7. Thần kinh:

- Cổ mềm
- Dấu thần kinh định vị âm tính

8. Thăm khám đặc biệt khác: Không

VIII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, làm nghề lấy mũ cao su, sống ở ấp Trảng Lớn, xã Long Nguyên, huyện Bàu Bàng, tỉnh Bình Dương, nhập viện vì sốt, bệnh ngày 14, qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận:

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Sốt cơn , lạnh run, khoảng 1 cơn/ngày, đỉnh sốt 39.5 độ C
 - + Tiểu ít hơn bình thường, tiểu gắt, tiểu buốt, nước tiểu vàng trà, không đau 2 hông lưng.
 - + Ăn uống khó tiêu, chán ăn, đầy hơi, buồn nôn, nôn 2 lần/ ngày, uống men tiêu hóa thì giảm
 - + Vàng mắt, vàng da, xuất hiện sẩn mẩn đỏ toàn thân kèm ngứa nhiều. + Ho đàm vàng, đục
- Triệu chứng thực thể:
 - + Chi mát, CRT = 2s, mạch quay rõ 116 lần/phút, HA 90/50 mmHg, nhiệt độ 38 độ C, nhịp thở 24 - 26 lần/phút, thở nhanh nông, co kéo cơ hô hấp phụ (8h00 27/02/2025)
 - + Vàng mắt, vàng da
 - + Ấn đau vùng hạ sườn trái và thượng vị
 - + Môi khô loét, lưỡi dơ.
 - + Thở nhanh co kéo cơ hô hấp phụ 26 lần /phút.
 - + Phổi rale ẩm, ngáy 2 phế trường.

- + Không tỉnh mạch cổ nổi
- + Phù toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm
- + GCS = 13đ (E4V3M6)
- + Cổ mềm
- Tiền căn:
 - + Đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu 6 năm tuân thủ điều trị
 - + Bệnh Gout vô căn, điều trị với Allopurinol
 - + BN còn thường xuyên mua thuốc không rõ loại ngoài tiệm thuốc uống kèm.
 - + Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan siêu vi B, C.
 - + Không té ngã, chấn thương gần đây.
- Dịch tễ:
 - + Trong 6 tháng gần đây không di chuyển xa khỏi nơi cư trú, không tiêm chích, không truyền máu.
 - + BN thường xuyên vào vườn nhà lấy mủ cao su, chăn nuôi gà xung quanh nhà.
 - + BN nấu nước lá ổi, lá vối uống mỗi ngày để trị bệnh.

IX. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Sốt cấp tính, đỉnh nhiệt 39 độ C
- Chi mát, CRT = 2s, mạch quay rõ 116 lần/phút, HA 90/50 mmHg, nhiệt độ 38 độ C, nhịp thở 24 - 26 lần/phút, thở nhanh nông, co kéo cơ hô hấp phụ (8h00 27/02/2025)
- Môi khô, loét, lưỡi đỏ
- Tiểu ít, tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng sậm, không đau 2 hông lưng - Ho đàm, vàng đục. Thở nhanh 26 lần/phút kèm co kéo cơ hô hấp phụ. Phổi rale ẩm, ngáy 2 phế trường
- Rối loạn tri giác (GCS E4V3M6 = 13 điểm)
- Vàng mắt, vàng da, Đau âm ỉ vùng hạ sườn trái và thượng vị
- Loét các lỗ tự nhiên (mũi, họng, miệng)
- Tử ban dạng dát lan tỏa toàn thân
- Tiền căn: Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Gout.

X. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

- Sốc giảm thể tích - Nhiễm trùng huyết nặng suy đa cơ quan nghi do nhiễm trùng tiêu dưới
- TD suy hô hấp cấp / Viêm phổi bệnh viện nghi do vi trùng
- Viêm gan do thuốc
- Dị ứng da chưa rõ dị nguyên - AGEP- TD hội chứng Stevens Johnson - Tổn thương thận cấp
- Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Gout, Béo phì độ I.

XI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Sốc giảm thể tích - Nhiễm trùng huyết nặng suy đa cơ quan nghi do nhiễm trùng đường mật
2. Sốc nhiễm trùng - Nhiễm trùng huyết nặng suy đa cơ quan nghi do nhiễm trùng

- đường mật
3. Đợt bùng phát viêm gan B mạn

XII. BIỆN LUẬN LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, làm nghề lấy mủ cao su sống ở ấp Trảng Lớn, xã Long Nguyên, huyện Bàu Bàng, tỉnh Bình Dương, nghề nghiệp lấy mủ cao su, nhập viện vì sốt

A. BỆNH NGÀY 10 (NHẬP VIỆN BV BND KHOA NỘI B 25/2): 1/

Sốt ngày 10

- Dấu hiệu bệnh nặng:

+ Sinh hiệu ổn:

Mạch 90 lần/ phút
HA 100/60 mmHg
Thở đều êm 20 lần/phút
SpO₂: 94-95%/FiO₂ 21%
Nhiệt độ 38.3 độ C
Chi âm, CRT < 2s

+ qSOFA: 1 điểm

Huyết áp tâm thu 100 mmHg (1đ)
Không rối loạn tri giác
Nhịp thở 20 l/p

+ MEWS: 2 điểm

Tri giác: Tỉnh $\Rightarrow$ 0đ
Huyết áp tâm thu: 100mmHg $\Rightarrow$ 0đ
Huyết áp tâm trương: 60 mmHg $\Rightarrow$ 0đ
Nhịp tim: 90l/p $\Rightarrow$ 0đ
Nhịp thở: 20l/p $\Rightarrow$ 1đ
SpO₂: 95% $\Rightarrow$ 0đ
Nhiệt độ: 38,3 độ $\Rightarrow$ 1đ

- Tuy nhiên, bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền đi kèm (ĐTĐ, THA, RLLM, béo phì độ I), có tình trạng suy giảm miễn dịch do ĐTĐ nhưng các triệu chứng nhiễm trùng lại không mơ hồ mà rất rõ ràng thấy rõ là bệnh nhân sốt cao lạnh run, tiểu gắt, tiểu buốt.

$\Rightarrow$ Nghĩ nhiều bệnh nhân có thể nhiễm trùng nặng, diễn tiến phức tạp.

$\Rightarrow$ Nghi ngờ bệnh nhân có nhiễm trùng huyết

$\Rightarrow$ Đề nghị đánh giá rối loạn đa cơ quan (SOFA): khí máu động mạch, công thức máu, bilirubin, creatinin - theo dõi nhiễm trùng huyết.

- Ổ nhiễm trùng

+ Tiểu ít, tiểu gắt, tiểu buốt.

+ Không co giật, không đau đầu, không chóng mặt, không đau họng, không ho, không khó thở, không đau ngực, không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn ói, không thấy nổi ban da.

- ⇒ Nghi ngờ ổ nhiễm trùng là nhiễm trùng tiêu dưới
- ⇒ Cần làm cận lâm sàng: TPTNT, soi & cấy nước tiểu

2/ Vàng da niêm

- **Nguyên nhân trước gan:** Niêm nhạt, bệnh nhân không có truyền máu, không tiếp xúc chất độc, không có bệnh lý hồng cầu bẩm sinh, không sử dụng thuốc Rifampicin, Probenecid, Ribavirin.

⇒ Cần làm cận lâm sàng: CTM, bilan sắt, điện di protein để có thể chẩn đoán thiếu máu tán huyết

- **Nguyên nhân tại gan:** Bệnh nhân có đau bụng âm ỉ vùng thượng vị, sốt cao từng cơn còn tồn tại sau khi đã vàng da niêm

⇒ Nghi ngờ nhiễm trùng đường mật, sốt rét thể vàng da, Leptospirosis. Ít nghi ngờ vàng da do viêm gan siêu vi, viêm gan tự miễn; tuy nhiên cần làm thêm dấu ấn sinh học viêm gan siêu vi để loại trừ chẩn đoán.

⇒ Cần làm cận lâm sàng: CTM, AST/ALT/ALP/GGT, Bilirubin, siêu âm bụng, phết máu ngoại vi tìm KSTSR, HBsAg, Anti HBc Total, Anti HCV, Anti HAV, Anti HEV, cấy máu

- **Nguyên nhân sau gan:** Bệnh nhân không có cơn đau quặn mật, dấu Murphy âm tính, phân vàng đóng khuôn, chưa từng mắc các bệnh liên quan đến đường mật, tụy

⇒ Ít nghi ngờ vàng da do nguyên nhân tắc mật cơ học.

3/ Nhiễm trùng huyết nặng (severe sepsis)

Bệnh nhân có:

- Ổ nhiễm trùng gợi ý là nhiễm trùng tiêu nhưng triệu chứng chưa thật rõ ràng, thường bị chôn lấp nghi ngờ nhiều do bệnh nhân lớn tuổi và có đái tháo đường. - Biểu hiện rối loạn cơ quan: suy gan

- Lâm sàng BN lại có một số triệu chứng gợi ý: vàng da niêm, sốt, đau bụng âm ỉ ⇒ Nghi ngờ BN có **nhiễm trùng huyết nặng (severe sepsis)** trên cơ địa suy giảm miễn dịch do Đái Tháo Đường, nguy cơ nhiễm trùng cao, diễn tiến nặng bất thường, các triệu chứng chôn lấp không rõ ràng.

4/ Nhiễm trùng huyết chưa rõ ngõ vào

- Do BN có cơ địa suy giảm miễn dịch do đái tháo đường type 2, nhiễm trùng dễ xảy ra và diễn biến thường phức tạp, các triệu chứng có thể bị chôn lấp không rõ nên cần tầm soát các ổ nhiễm trùng có thể là ngõ vào:

- Trong 10 ngày đầu của bệnh:

- + Bệnh nhân không ho, không khó thở
- + Bệnh nhân không có sang thương, áp xe, loét, nốt trên da, mô mềm + Bệnh nhân không có âm thổi mới xuất hiện
- + Bệnh nhân không đau đầu, không chóng mặt, không co giật, không rối loạn ý thức
- + Bệnh nhân không đau bụng, không có tiêu chảy.

⇒ Đề nghị: XQ phổi, siêu âm bụng, Siêu âm tim, CT scan sọ não, nội soi đại trực tràng, máu ẩn trong phân.

B. BỆNH NGÀY 12 (CHUYỂN KHOA HSCCNL 27/2 - ngày khám 1/3): 1/
Sốc

Theo diễn tiến lâm sàng, lúc 8h00 ngày 27/2, ghi nhận:

- Đi tiêu phân xanh lỏng 12 lần không nhầy máu ngày qua
- BN có các dấu hiệu:
 - + Chi mát, CRT = 2s
 - + Mạch quay rõ, 116 lần/phút
 - + HA 90/50mmHg
 - + Thở nhanh, co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ, 24 - 26 lần/phút
 - + SpO₂: 93 - 95%/Khí trời

⇒ Bệnh nhân có tình trạng sốc, có đáp ứng với truyền dịch mà không phải dùng vận mạch để nâng huyết áp ⇒ Nghi ngờ bệnh nhân có sốc giảm thể tích. - Loại trừ sốc tim do bệnh nhân không có tiền căn suy tim, không tĩnh mạch cổ nổi, tim không âm thổi. ⇒ Cần làm cận lâm sàng: siêu âm tim để loại trừ Sốc tim

- Loại trừ sốc tắc nghẽn do bệnh nhân không có tiền căn bị hen suyễn, thuyên tắc phổi, nằm viện lâu ngày.
- Loại trừ sốc mất máu do trên lâm sàng chưa tìm được ổ mất máu và bệnh nhân không có da xanh, niêm nhạt.
- Chưa loại trừ sốc nhiễm trùng do bệnh nhân có nhiễm trùng huyết nặng trên cơ địa suy giảm miễn dịch do đái tháo đường. ⇒ Cần làm cận lâm sàng: Lactate máu

2/ Tổn thương đa cơ quan

- Tổn thương não: Bệnh nhân có rối loạn tri giác: nói sảng, GCS = 13đ (E4V3M6) ⇒ Cần làm cận lâm sàng: Ure máu, soi & cấy dịch não tủy (tế bào, sinh hoá, vi sinh)
- Tổn thương gan: Bệnh nhân có vàng da niêm, vàng củng mạc mắt, nước tiểu vàng sậm ⇒ Cần làm cận lâm sàng: AST/ALT/GGT, Bilirubin TP/TT/GT, INR, TQ, Protein máu.
- Tổn thương thận: Bệnh nhân có phù mềm ấn lõm toàn thân, phù mi mắt ⇒ Cần làm cận lâm sàng: Creatinine máu, CrCl

⇒ Nhiễm trùng huyết nặng + Tổn thương ≥ 2 cơ quan

⇒ Sốc nhiễm trùng - Nhiễm trùng huyết nặng tổn thương đa cơ quan.

3/ Suy hô hấp, Viêm phổi

- Lâm sàng bệnh nhân có dấu hiệu thở nhanh 24l/ph, có thở co kéo cơ liên sườn và hõm trên ức nhẹ, chi mát, CRT=2s ⇒ Theo dõi Suy hô hấp. Cần làm xét nghiệm khí máu động mạch để chẩn đoán và theo dõi điều trị suy hô hấp.
- Trước đợt bệnh, bệnh nhân không có triệu chứng hô hấp hay nhiễm trùng hô hấp như đau họng, ho đàm, khó thở, thở nhanh trước 48 giờ nhập trung tâm y tế huyện Bầu Bàng.
- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, xuất hiện sau hơn 48h điều trị nội trú tại cơ sở y tế (5 ngày tại trung tâm y tế huyện Bầu Bàng và 2 ngày tại BV BNĐ)
 - + Ho đàm vàng đục
 - + Phổi rale ẩm, ngáy lan tỏa 2 phế trường

⇒ Cần làm cận lâm sàng: CTM, CRP, Xquang ngực thẳng, soi & cấy đàm làm kháng sinh đồ.

4/ Ban da

- Sang thương da của bệnh nhân: Tử ban dạng dát - mảng tử ban > 5mm lan toả toàn thân bắt đầu từ ngực lưng, sau đó đến tay chân
- Nguyên nhân:
 - + Dị ứng chưa rõ nguyên nhân: BN có dùng thuốc hạ sốt (không rõ loại) trước khi vào viện và kháng sinh (không rõ loại) tại trung tâm y tế tuyến trước, mảng tử ban dạng dát xuất hiện sau khi nhập trung tâm y tế huyện Bàu Bàng, có ngứa, bắt đầu từ ngực lưng, sau đó đến tay chân. ⇒ Nghĩ nhiều có tình trạng dị ứng nhưng chưa rõ tác nhân dị ứng- TD hội chứng Stevens Johnson. Cần làm xét nghiệm TPTTBM xem có tăng Eosinophil; Test dị ứng da.
 - + Nhiễm trùng:
 - Não mô cầu: Ban da không có hoại tử trung tâm (dạng bản đồ), xung quanh bệnh nhân không có vụ dịch ⇒ Ít nghĩ đến tử ban do não mô cầu.
 - Streptococcus Suis: Bệnh nhân không tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (giết mổ, ăn thịt heo sống, buôn bán thịt heo) ⇒ Ít nghĩ đến tử ban do liên cầu lợn Suis.
 - Sốt xuất huyết: Ban da của bệnh nhân không phải dạng chấm xuất huyết điển hình của bệnh cảnh sốt xuất huyết ⇒ Loại trừ sốt xuất huyết Dengue
 - Nhiễm trùng huyết nặng +/- DIC: Hình dạng tử ban dạng dát giống với bệnh cảnh DIC. ⇒ Nghĩ nhiều có tình trạng DIC. Cần làm thêm bilan đông máu: PT, aPTT, D-dimer máu, Fibrinogen máu.

XIII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

1/ Cận lâm sàng chẩn đoán:

- Nhiễm trùng huyết (thang điểm SOFA): Khí máu động mạch, TPTTBM, Bilirubin, Creatinin - theo dõi nhiễm trùng huyết.
- Nhiễm trùng tiểu: TPTNT, soi cấy nước tiểu
- Vàng da trước gan (Thiếu máu tán huyết): TPTTBM, bilan sắt, điện di protein để có thể chẩn đoán thiếu máu tán huyết
- Vàng da tại gan (nhiễm trùng đường mật, sốt rét thể vàng da, leptospira): CTM, AST/ALT/ALP/GGT, Bilirubin, siêu âm bụng, phết máu ngoại vi tìm KSTSR, HBsAg, Anti HBc Total, Anti HCV, Anti HAV, Anti HEV, cấy máu tìm vi khuẩn leptospira
- Tầm soát các ổ nhiễm trùng khác: XQ phổi, siêu âm bụng, Siêu âm tim, CT scan sọ não, nội soi đại trực tràng, máu ẩn trong phân.
- Loại trừ sốc tim: Siêu âm tim
- Sốc nhiễm trùng: Lactate máu
- Tầm soát tổn thương não: Ure máu, soi & cấy dịch não tủy (tế bào, sinh hoá, vi sinh)
- Tầm soát tổn thương thận: Creatinine máu, CrCl
- Chẩn đoán viêm phổi: CTM, CRP, Xquang ngực thẳng, soi & cấy đàm làm kháng

sinh đồ

- Chẩn đoán phân biệt Dị ứng da & DIC: TPTTBM xem có tăng Eosinophil; bilan đông máu: PT, aPTT, D-dimer máu, Fibrinogen máu; Test dị ứng da.

2/ Cận lâm sàng thường quy: ECG, XQuang ngực thẳng, TPTTBM, TPTNT

3/ Cận lâm sàng theo dõi điều trị:

- Sốc nhiễm trùng: Lactate máu
- Khí máu động mạch
- Có truyền máu: TPTTBM
- Điện giải đồ

XIV. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. CÔNG THỨC MÁU:

Tên XN	25/02/2025	27/02/2025	28/02/2025	01/03/2025	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
WBC	14,18	20.74	26.06	23.52	4.5 – 11.0	K/uL
NEU%	84,5	88.6	88.2	76.5	40 – 70	%
LYM%	6,8	4.7	4.8	10	27.2 – 43.6	%
MONO%	3,5	2.5	1.8	2.7	4.4 – 11	%
EOS%	1	0.6	0.9	0.6	0,6 – 5,27	%
BASO%	0,4	0.3	0.4	1.1	0 – 2.5	%
LUC%	3,9	3.4	4.0	9.1		%
NEU	12,82	18.37	22.98	18	1.8 – 7.7	K/uL
LYM	1,03	0.98	1.24	2.34	1.0 – 4.8	K/uL
MONO	0,53	0.51	0.47	0.64	0.2 – 1.0	K/uL

EOS	0,16	0.12	0.23	0.15	0.03 – 0.58	K/uL
BASO	0,06	0.06	0.11	0.25	0 – 0.27	K/uL
LUC	0,59	0.7	1.03	2.14		K/uL
RBC	4,54	4.48	4.04	3.51	4.5 – 5.3	M/uL
HGB	8,6	8.7	7.7	6.4	13.0 – 16.0	g/dL
HCT	29	29.4	26.1	22.1	37 – 47	%

MCV	63,9	65.6	64.6	63	78 – 98	fL
MCH	18,9	19.4	19	18.2	25 – 35	pg
MCHC	29,6	29.5	29.4	28.9	31 – 37	g/dL
RDW	16,1	17.3	17.9	19	11.5 – 14.5	%
PLT	310	278	326	342	140 - 440	K/uL

2. NHÓM MÁU

Tên XN	Kết quả	Đơn vị	Khoảng tham chiếu
Định nhóm máu ABO	B		
Định nhóm Rh	DƯƠNG		

3. ĐÔNG MÁU

Tên XN	25/02/2025	28/02/2025	Đơn vị	Khoảng tham chiếu
TQ	18.2	21	giây	11 – 14
TQ%	61	50	%	70 – 140

TQ INR	1.4	1.64	giây	INR
--------	-----	------	------	-----

4. ĐIỆN GIẢI ĐỒ

Tên XN	26/02/2025	5h46 27/02/2025	8h12 27/02/2025	28/02/2025	01/03/2025	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
Na	121	125	120	127	136	135 – 145	mmol/L

K	4.44	4.18	3.88	4.64	4.05	3.5 – 4.7	mmol/ L
Cl	93.3	94.5	92.5	101.5	99.9	97 – 107	mmol/ L
Ca TP				0.86		2.1 – 2.55	mmol/ L
Magie				0.58	0.96	0.6 – 0.95	mmol/ L

5. SINH HÓA

Tên XN	25/02/ 20 25	26/02/2 025	27/02/20 25	28/02/2 02 5	01/03/2 025	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
Urea		5.9	6.5		10.5	2.5 – 6.4	mmol/L
Creatinine	154	177	179	168	152	Nữ: 44 – 97	umol/L

CrCl	28.36	24.68	24.4	26	28.74		ml/ph
Bilirubin TP	206.2			175.7		2 – 20	umol/L
Bilirubin TT	197.6					0 – 8.6	umol/L
Albumin	28.9					37 – 51	g/L
AST (GOT)	75					Nữ: 0 – 25	U/L

ALT (GPT)	112.3					Nữ: 0 – 25	U/L
GGT	803.5					Nữ: 7 – 32	U/L
PCT				34.46		<0.05	ng/ml
Định lượng Ceton			0.04			0.03 – 0.3	mmol/L

6. MIỄN DỊCH (25/02/2025)

Yêu cầu XN	Giá trị	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
HBsAg	0.493 Nonreactive	<1.0	C.O.I
ANTI-HCV	0.0443 Nonreactive	<1.0	C.O.I
ANTI-HBc (IgM)	0.0794 Nonreactive	<1.0	C.O.I

HbeAg	0.0831 Nonreactive	<1.0	C.O.I
AFP	1.67	<7.0	ng/mL
Troponin I	2.3	<15.6	pg/ml

7. KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH

Tên XN	9h34 27/02 /2025	16h39 27/02/ 20 25	22h05 27/02/ 20 25	06h38 28/02/ 20 25	18h09 28/02/ 20 25	01/03/ 20 25	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
pH	7.389	7.371	7.342	7.288	7.401	7.46		
PCO2	22.8	23.3	25.3	23.2	22.7	32.2		mm Hg

PO2	79	71	92	92	83	60		mm Hg
pH(T)	7.374	7.371	7.328	7.281	7.401	7.46	7.37 – 7.45	
PCO2(T)	23.8	23.3	26.4	23.7	22.7	32.2	32 – 46	mm Hg
PO2(T)	84	71	98	95	83	60	75 – 100	mm Hg
TCO2	14.5	14.2	14.5	11.8	14.8	23.9	24 – 28	mEq/L
HCO3	13.8	13.5	13.7	11.1	14.1	22.9	21 – 26	mEq/L
BEb	-10.0	-10.6	-10.9	-14.2	-9.7	-0.9	-2 – +2	mEq/L
BEecf	-11.4	-12.0	-12.2	-15.7	-10.9	-1.1	-2 – +2	mEq/L
SBC	17.1	16.6	16.4	13.9	17.4	24.2	22 – 26	mEq/L
%SO2c	95.8	94.1	96.9	96.4	96.5	92.2	94 – 98	%
O2ct	11.8	11.6	12	11.8	10.9	10.1		mL/d

								L
A-aDO2	38	51	71	78	40	51	94 – 98	mm Hg
RI	0.48	0.72	0.77	0.85	0.48	0.85		
Lactate	3.31	2.83	2.23	2.17	3.38	2.48	0.5 – 1.6	mmo l/L

8. TỔNG PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU (25/02/2025)

Yêu cầu XN	Giá trị	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
UGB	1.6	1.7 – 30	umol/L

Glucose	Neg	Neg	mmol/L
KET	0.5	Neg	mmol/L
Bilirubin	50	Neg	umol/L
Nitrit	Pos	Neg	
pH	5.5	5 – 6	
ERY	50	Neg	ery/ul
S.G	1.020	1.015 – 1.025	
LEU	75	Neg	leu/ul
ASC	Neg	Neg	

9. XÉT NGHIỆM TẾ BÀO CẶN NƯỚC TIỂU (BẢNG PHƯƠNG PHÁP THỦ CÔNG) (25/02/2025)

Yêu cầu XN	Giá trị	Khoảng tham chiếu
Hồng cầu	+	Neg
Bạch cầu	++	Neg
Tế bào thận	+	Neg
Tế bào thượng bì	++	Neg
Trụ	Trụ thô ++	Neg
Vi khuẩn	Neg	Neg
Tế bào nấm	Neg	Neg
Tinh thể	Neg	Neg

10. VI SINH (25/02/2025)

- **Yêu cầu vi sinh:** Cây máu tự động vị trí 1*

o Kết quả soi/ nhuộm: THẤY TRỰC TRÙNG GRAM ÂM

o Kết quả cấy: DƯỠNG TÍNH

▪ **Chủng vi sinh tìm thấy:** Escherichia coli

Nhóm KS	Tên kháng sinh	MIC (ug/mL)	SRI
B	Amoxicillin + Clavulanic acid	4	S
A	Gentamycin	≤ 1	S
B	Ceftriaxone	64	R
B	Cefotaxime	≥ 64	R

B	Ertapenem	≤ 0.12	S
B	Cefepim	2	S
B	Imipenem	≤ 0.25	S
B	Piperacillin + Tazobactam (TZP)	≤ 4	S

- **Yêu cầu vi sinh:** Cây máu tự động vị trí 2*

o Kết quả soi/ nhuộm: THẤY TRỰC TRÙNG GRAM ÂM

o Kết quả cấy: DƯỠNG TÍNH

- **Yêu cầu vi sinh:** Cây sang thương da tìm vi trùng

o Kết quả soi/ nhuộm: Không thấy vi trùng

o Kết quả cấy: ÂM TÍNH

11. X – quang ngực thẳng (KTS)

- Ngày 25/02/2025

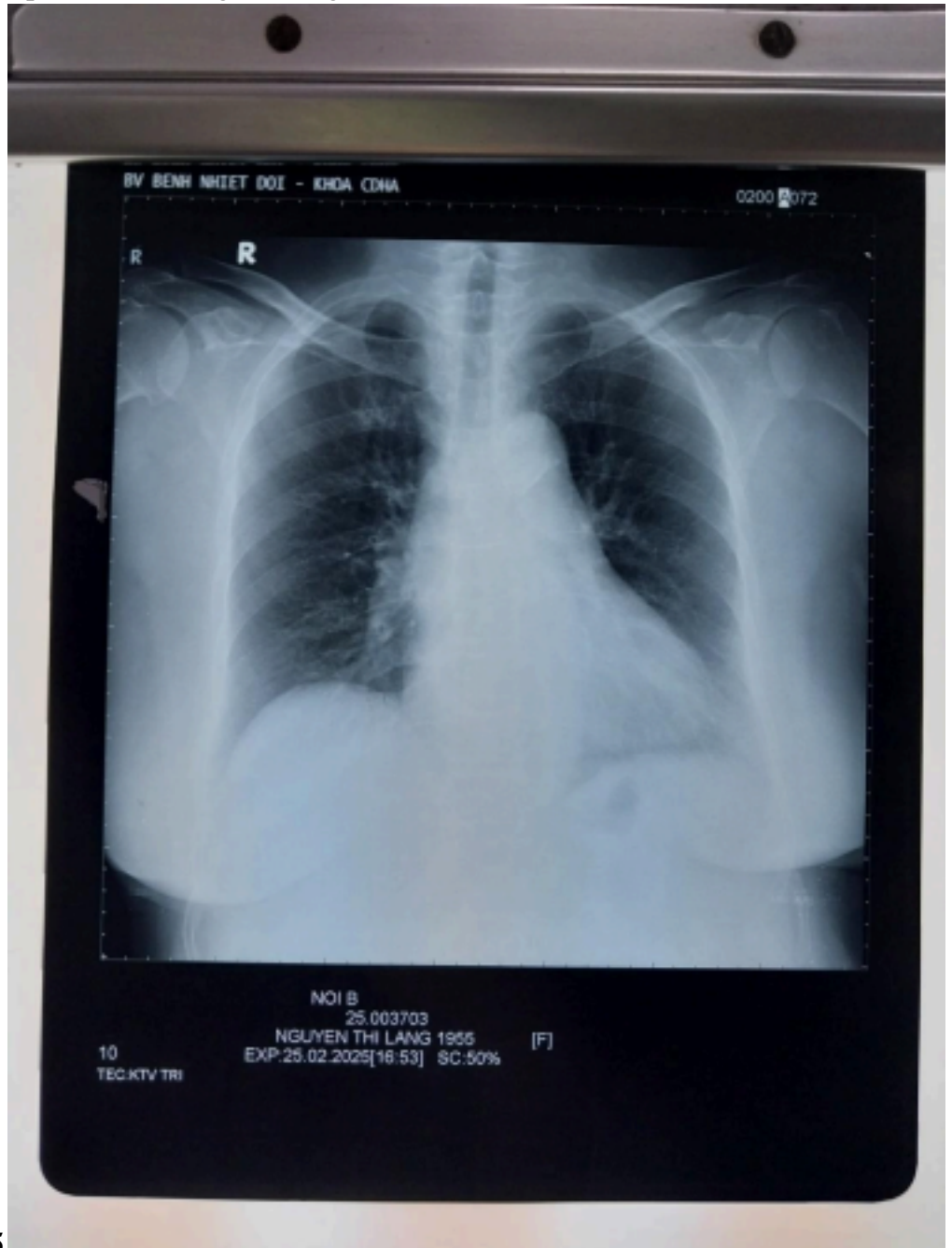
o **Mô tả:**

- Khung xương, mô mềm: Bình thường
- Màng phổi, vòm hoành: Bình thường
- Cung động mạch chủ: Đóng vôi

- Bóng tim, trung thất: Bóng tim to
- Nhu mô phổi: Bình thường
- Bất thường khác: Không

o Kết luận:

- Theo dõi viêm phổi
- Bóng tim to
- Đề nghị kết hợp thêm lâm sàng + xét nghiệm khác



- Ngày 27/02/2025

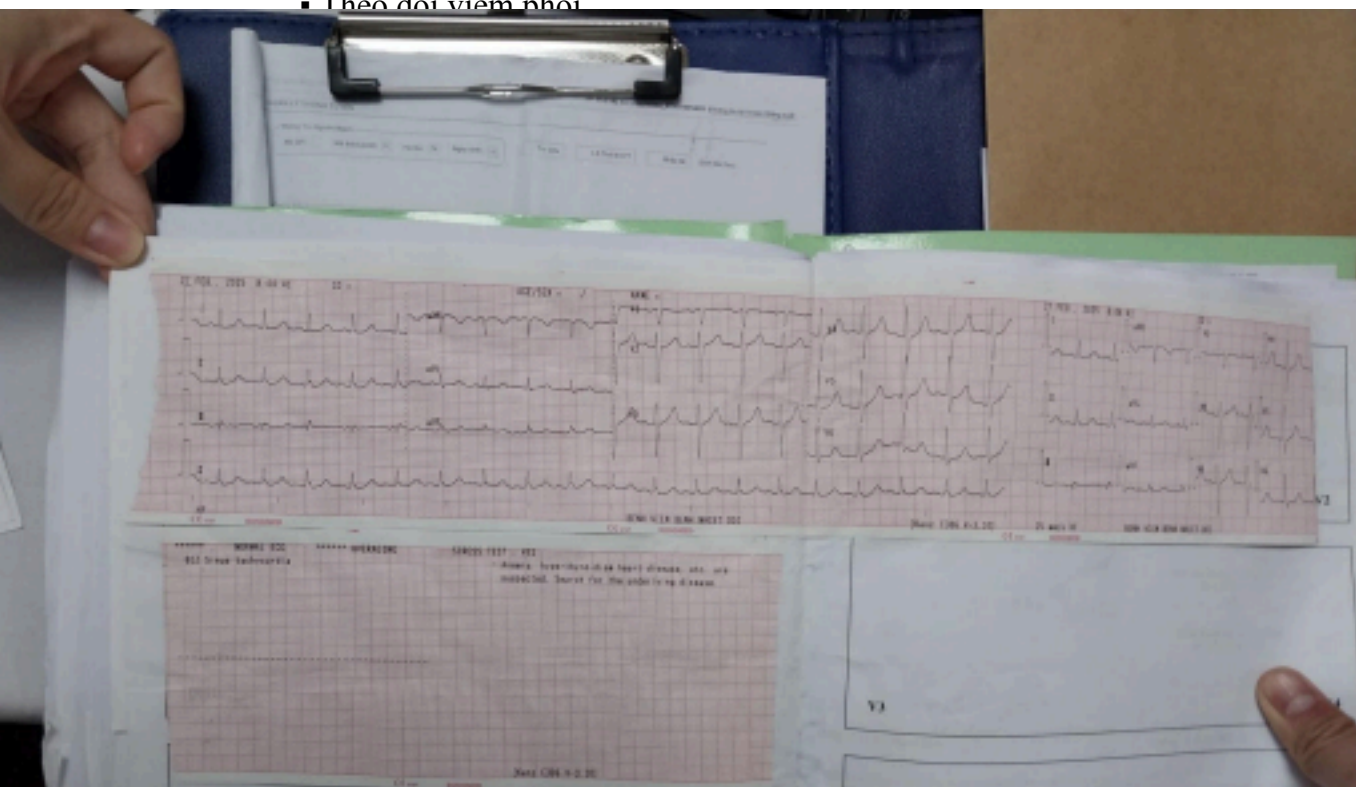


o **Mô tả:**

- Khung xương, mô mềm: Bình thường
- Màng phổi, vòm hoành: Bình thường
- Cung động mạch chủ: Bình thường
- Bóng tim, trung thất: Bóng tim to
- Nhu mô phổi: **Đám mờ không đồng nhất vùng cạnh rốn phổi (P)**
- Bất thường khác: Không

o **Kết luận:**

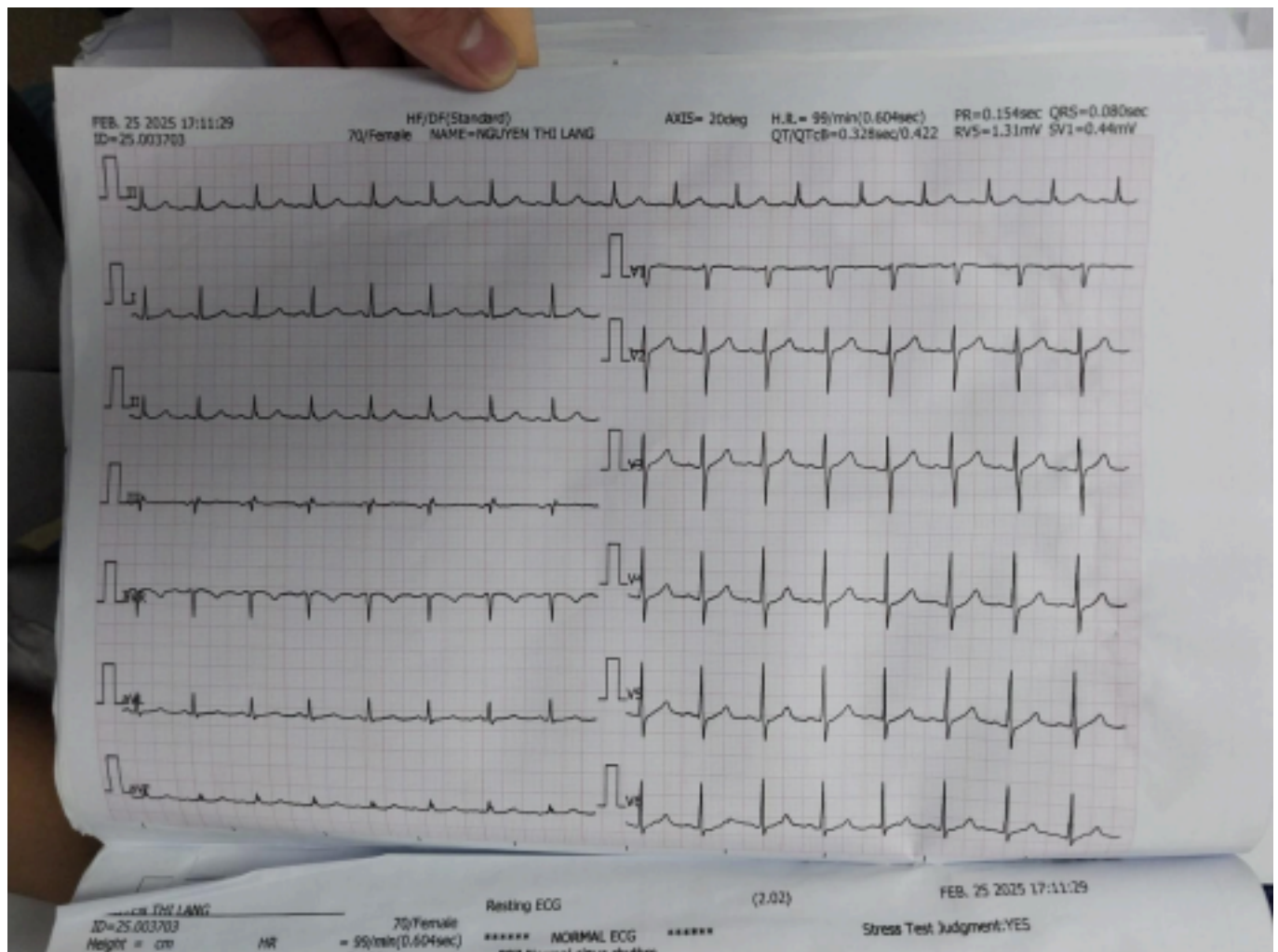
- Theo dõi viêm phổi



12. ECG

- Ngày

27/02/2025



- Ngày 25/02/2025

(26/02/2025)

- MÔ TẢ:

o TM:

- RVDd (đường kính thất P cuối tâm trương) : // cm ▪
- AO root (đường kính gốc van ĐMC): 3.5 cm
- LA (đường kính nhĩ T): 3.5 cm
- IVSd (chiều dày vách liên thất cuối tâm trương): 0.7 cm ▪
- IVSs (chiều dày vách liên thất cuối tâm thu): 1.2 cm ▪
- LVIDd (đường kính thất T cuối tâm trương): 5.0 cm ▪
- LVIDs (đường kính thất T cuối tâm thu): 3.1 cm
- LVPWd (bề dày thành sau thất T cuối tâm trương): 0.8cm ▪
- LVPWs (bề dày thành sau thất T cuối tâm thu): 1.1 cm ▪ CO
- (cung lượng tim): cm
- CI chỉ số tim:
- SV (stroke volume): 80 ml
- EF (phân suất phụ): 68%
- FS (phân suất co thắt): 38%
- E/A <1

o 2D:

- Thành tim co bóp: đồng bộ
- Van tim : không sùi, dày + vôi hóa van 2 lá
- Tràn dịch màng tim : không

o DOPPLER:

- Dòng qua van 2 lá: 0.7 m/s, hở van 2 lá 2/4
- Dòng hở qua van 3 lá : 2.3 m/s, hở van 3 lá 2/4, PAPS = 26 mmHg ▪
- Dòng qua van ĐMC: 1.3 m/s
- Dòng qua van ĐMP: 1.1 m/s

- KẾT LUẬN:

- o CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT (T): EF = 68%
- o RỐI LOẠN THƯ GIÃN THẤT (T)
- o KHÔNG SÙI CÁC VAN TIM
- o HỞ VAN 2 LÁ 2/4
- o HỞ VAN 3 LÁ 2/4, PAPS = 26 mmHg

14. SIÊU ÂM TIM (27/02/2025)

- MÔ TẢ:

o TM:

- RVDd (đường kính thất P cuối tâm trương) : // cm
- AO root (đường kính gốc van ĐMC): cm
- LA (đường kính nhĩ T): cm
- IVSd (chiều dày vách liên thất cuối tâm trương): cm
- IVSs (chiều dày vách liên thất cuối tâm thu): cm

- LVIDd (đường kính thất T cuối tâm trương): cm
- LVIDs (đường kính thất T cuối tâm thu): cm
- LVPWd (bề dày thành sau thất T cuối tâm trương): cm
- LVPWs (bề dày thành sau thất T cuối tâm thu): cm
- EF (phân suất phụ): 65%
- o 2D:
 - Thành tim co bóp: đồng bộ
 - Van tim: không sùi, vôi hóa lá sau van 2 lá
 - Tràn dịch màng tim : không
- o DOPPLER:
 - Dòng qua van 2 lá: 0.9 m/s, E/A < 1, hở van 2 lá 2/4
 - Dòng hở qua van 3 lá : 2.7 m/s, hở van 3 lá 2/4, PAPS = 35 mmHg ▪
 - Dòng qua van ĐMC: 1.2 m/s, hở van ĐMC nhẹ
 - Dòng qua van ĐMP: 1.0 m/s, hở van ĐMP (+)
- **KẾT LUẬN:**
 - o CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT (T): EF = 65%
 - o RỐI LOẠN THU GIẢN THẤT (T)
 - o KHÔNG SÙI CÁC VAN TIM
 - o HỞ VAN 2 LÁ 2/4, VÔI HÓA LÁ SAU VAN 2 LÁ
 - o HỞ VAN 3 LÁ 2/4, PAPS = 35 MMHG
 - o HỞ VAN ĐMC NHẸ
 - o HỞ VAN ĐMP (+)

15. SIÊU ÂM BỤNG (25/2/2025)

- GAN: chiều cao 13.9, bờ đều, phản âm dày
- TÚI MẬT: xẹp, khó khảo sát
- ĐƯỜNG MẬT: không dẫn
- TUY: không to, đồng dạng
- LÁCH: chiều dài 11.5cm, đồng dạng
- THẬN PHẢI: không sỏi, không ứ nước
- THẬN TRÁI: không sỏi, không ứ nước
- BÀNG QUANG: ít nước tiểu
- DỊCH MÀNG BỤNG, DỊCH MÀNG PHỔI: không có
- ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG: không phình
- CƠ QUAN KHÁC Ở VÙNG CHẬU: khó khảo sát

KẾT LUẬN:

- **GAN NHIỄM MỠ**
- **KHÔNG TẮC MẬT NGOÀI GAN**

XV. BIỆN LUẬN CẬN LÂM SÀNG:

SOFA (ngày 27/2):

- Tri giác: Bệnh nhân tỉnh (GCS = 15đ) $\Rightarrow$ 0đ
- Tiểu cầu: 278 k/ul (ngày 27/2) $\Rightarrow$ 0đ
- Huyết áp trung bình: MAP 63mmHg $\Rightarrow$ 1đ
- Hô hấp: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 71/0,21 = 338 \Rightarrow$ 1đ
- Thận: Creatinine = 179 $\mu\text{mol/l} = 2,02 \text{ mg/dl} \Rightarrow$ 2đ
- Gan: Bilirubin = 206.2 $\text{mmol/l} \Rightarrow$ 4đ

⇒ Thang điểm SOFA = 8đ (>2đ) so với nền, nghĩ nhiều có tình trạng nhiễm trùng huyết nặng.

Ghi nhận bệnh nhân có tăng lactate máu (27/2/2025) là 3.31 mmol/l, huyết áp lúc này là 90/50mmHg, MAP 63 dù đang truyền dịch NaCl, tuy nhiên không ghi nhận bệnh nhân có dùng vận mạch để duy trì huyết áp → Sốc giảm thể tích - Theo dõi sốc nhiễm trùng .

- Tổn thương gan:

Vàng da mắt sẫm, nước tiểu màu vàng trà.

Nhiệt độ 38.3 độ C

Công thức máu ghi nhận:

WBC: 14.18K/uL NEU: 84.5%

Siêu âm bụng không tắc mật ngoài gan và lâm sàng không ghi nhận có cơn đau quặn mật

⇒ Ít nghĩ đến do nhiễm trùng đường mật ngoài gan.

Bilirubin TP	206.2
Bilirubin TT	197.6
Albumin	28.9
AST (GOT)	75
ALT (GPT)	112.3
GGT	803.5
TQ	18.2
TQ%	61

- Có sự tăng ALT, AST <5 ULN.
- Tăng Bilirubin TP và bilirubin TT chiếm ưu thế >80%.
- Albumin giảm, kèm TQ kéo dài.

⇒ Nghĩ có tình trạng tổn thương tế bào gan và suy chức năng gan.

HBsAg	0.493 Nonreactive	<1.0
ANTI-HCV	0.0443 Nonreactive	<1.0

ANTI-HBc (IgM)	0.0794 Nonreactive	<1.0
HbeAg	0.0831 Nonreactive	<1.0

=> Loại trừ trường hợp viêm gan cấp do viêm gan siêu vi B và viêm gan siêu vi C.
=> Tiền căn có sử dụng Losartan, Atorvastatin, Metformin, Gliclazide, Allopurinol và BN còn thường xuyên mua thuốc không rõ loại ngoài tiệm thuốc uống kèm

=> Nghi BN viêm gan do thuốc.

- **Tổn thương thận:** Creatinine máu ghi nhận ngày 1 là 1.74 mg/dl, xét là mức creatinine nền, ngày 2 là 2mg/dl, ngày 3 là 2.02 mg/dl, ngày 4 là 1.9 mg/dl, ngày 5 là 1.72 mg/dl xét theo tiêu chuẩn KDIGO chưa đủ để kết luận có tổn thương thận cấp (tăng 0.3 mg/dl trong 48h), tuy vậy ghi nhận CrCl của bệnh nhân trong 5 ngày đều dưới 30ml/phút, Ure trong máu (1/3/2025) là 10.5 (tăng) kết hợp trên lâm sàng ghi nhận bệnh nhân có phù → Nghi đến bệnh nhân có thể có tình trạng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân trên nền có nhiễm trùng huyết.

- Kết quả cấy máu ghi nhận (25/2/2025) trực trùng gram âm dương tính, cấy ra E. Coli => Nghi nhiều nguyên nhân nhiễm trùng huyết do E.coli.

- Lâm sàng bệnh nhân có sốt kèm tiểu gắt tiểu buốt, công thức máu ghi nhận có bạch cầu tăng cao, Neu% chiếm ưu thế, tổng phân tích nước tiểu ghi nhận Nitrit (+), Leu 75 uL; soi cặn lắng nước tiểu ghi nhận trụ bạch cầu (++). Siêu âm bụng không ghi nhận hình ảnh bất thường (thận trái-phải không có sỏi, không ứ nước, không dẫn bàng quang)

=> Nghi nhiều bệnh nhân có nhiễm trùng tiểu dưới.

- Khí máu động mạch ghi nhận:

9h34p 27/02/2025:

pH=7.374

pCO₂=23.8 (giảm)

HCO₃=13.8 (giảm)

Lactate máu 3.31 mmol/l:

Ion đồ (27/2/2025): Na=120; Cl=92.5;

=> Theo dõi bệnh nhân có thể có tình trạng toan chuyển hóa tăng anion gap nghi do tăng lactate máu (với AG=13.7, phù hợp với bệnh cảnh bệnh nhân đang trong tình trạng nhiễm trùng huyết suy đa cơ quan.

28/2/2025:

pH=7.281 (giảm),

pCO₂=23.7 (giảm),

HCO₃=11.1 (giảm),

Lactat máu = 2.17(tăng nhẹ) mmol/l;

Ion đồ (28/2/2025): Na=127; Cl= 101.5

=> Bệnh nhân có tình trạng toan chuyển hóa tăng anion gap (anion gap = 14.4 >

12) nghĩ các nguyên nhân có thể đến từ tình trạng tăng lactat máu; có thể toan chuyển hóa tăng anion gap do bệnh nhân có tình trạng suy thận cấp trong nhiễm trùng huyết.

1/3/2025

- pO₂ = 60mmHg

pCO₂ = 32.2 mmHg

FiO₂ = 21% (bệnh nhân đang thở khí trời)

=> pO₂/FiO₂ = 286 (<300) → Bệnh nhân có tình trạng thiếu oxy máu mức độ nhẹ

AaDO₂ = 50 (>21,5) → Nguyên nhân tại phổi

→ Bệnh nhân có tình trạng giảm oxy máu mức độ nhẹ nghĩ nhiều nguyên nhân tại phổi
Kết hợp lâm sàng bệnh nhân có thở nhanh 26 lần/phút co kéo nhẹ cơ hô hấp phụ
SpO₂:93% → Theo dõi suy hô hấp cấp ở bệnh nhân

- Kết quả X quang phổi (27/2/2025) ghi nhận có hình ảnh đám mờ không đồng nhất cạnh rốn phổi (P), lâm sàng ghi nhận bệnh nhân có sốt kèm ho đàm khó khạc trong quá trình diễn tiến bệnh ở Nhiệt Đới (xuất hiện ở ngày thứ 2 khi nhập BVND và trước đó đã nằm ở trung tâm y tế Bàu Bàng), khám phổi nghe rale nổ ở phổi (P) → Bệnh nhân có viêm phổi bệnh viện

- Công thức máu của bệnh nhân ghi nhận HGB(ngày 01/03) = 6.4 g/dL, RBC= 3.51 M/uL, và HCT = 22.1 nên nghĩ bệnh nhân có thiếu máu mạn - mức độ trung bình - thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

- Ngày 27/02 bệnh nhân có tiêu phân đen lỏng lượng 400ml, xét nghiệm đông máu ngày 28/02 có TQ = 21s - tăng (tham chiếu 11-14) và TQ = 50% (tham chiếu 70-140%) nghĩ bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa do suy chức năng gan nên các yếu tố đông máu bị ảnh hưởng gây ra tình trạng xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân.

XVI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Sốc giảm thể tích - Nhiễm trùng huyết nặng suy đa cơ quan nghĩ do nhiễm trùng tiêu dưới- Suy hô hấp cấp /Viêm phổi bệnh viện nghĩ do vi trùng.

Viêm gan do thuốc - Dị ứng da chưa rõ dị nguyên - AGEP- TD hội chứng Stevens Johnson -Tổn thương thận cấp - Tăng huyết áp - Đái tháo đường - Rối loạn lipid máu - Gout - Béo phì độ I.

XVII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

- Hiện tại ghi nhận bệnh nhân có các vấn đề:.

1. Theo dõi suy hô hấp cấp:

- Dự trữ thở oxy cannula 6L/phút khi lâm sàng có dấu hiệu suy hô hấp cấp như nhịp thở > 30 lần/phút, thở co kéo cơ hô hấp phụ,...

2. Nhiễm trùng huyết:

- Giai đoạn đầu (25/2-28/2): do bệnh nhân có điều trị tại các cơ sở y tế trong vòng 90 ngày trước đó (điều trị ở Bàu Bàng trước nhập viện Nhiệt Đới), có sử dụng thủ thuật xâm lấn (lập đường truyền tĩnh mạch ở Bàu Bàng), bệnh nhân 70 tuổi (>65 tuổi) và có bệnh nền kèm theo (ĐTĐ type 2,THA), qSOFA = 1đ (nhịp thở 24 lần/phút) sử dụng Ertapenem (Carbapenem).

- Giai đoạn sau (28/2 tới sau): Xét đến cả thời gian bệnh nhân nằm ở Bàu Bàng thì tổng thời gian bệnh nhân nằm viện > 5 ngày, bệnh nhân vẫn còn tình trạng nhiễm trùng sau khi sử dụng Ertapenem nên ngưng Ertapenem chuyển sang Vancomycin và Imipenem cilastatin.

- Điều trị truyền dịch hỗ trợ: NaCl 500ml 0.9%

3. Dị ứng da:

- Kháng histamin H1 (Clorpheniramin, Fexofenadine,
- Corticosteroid: Methylprednisolone; Fucicort (bôi da)
- Điều trị hỗ trợ: vaseline thoa môi, da khô toàn thân, thuốc tím, 4.

Xuất huyết tiêu hóa:

- Đã tự cầm được nên điều trị hỗ trợ: PPI (Esomeprazole)

5. Điều trị tiêu chảy:

- Oresol pha uống dần
- Kẽm Gluconat
- Racecadotril

6. Điều trị thiếu máu

- Truyền 1 đơn vị lắng hồng cầu

7. Điều trị tiểu đường:

- Chuyển sang insulin tiêm: Mixtard 30/70

8. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ:

- Silymax-F - Điều trị viêm gan nhiễm trùng, bảo vệ tế bào gan -
- Paracetamol giảm đau - Hạ sốt
- Simethicone - Điều trị đầy hơi khó tiêu
- Thuốc Zentomices - Men vi sinh