

## ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Giảng viên hướng dẫn Bác sĩ Nguyễn Thị Thu Thủy  
Thực hiện bệnh án Nguyễn Đức Vượng Y14 với sự  
đóng góp của Nguyễn Hoàng Dung Y16 và ghi chú  
mục bình luận của Hồ Minh Triết Tun Visal Y14

Bệnh án cũng như phần ghi chú bình luận được thực hiện bởi các bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Mục bình luận được ghi bằng chữ đỏ, gạch chân.

# BỆNH ÁN

## I. HÀNH CHÁNH

Họ và tên: Thái K. T.

Giới: Nữ

Tuổi: 79 (sinh năm 1940)

Nghề nghiệp: Buôn bán, đã nghỉ 20 năm do tuổi già

Địa chỉ: Bà Rịa – Vũng Tàu

Ngày giờ nhập viện: 9h30 ngày 12-09-2019

Số nhập viện: 53...

Phòng 311 – Khoa Nội thận – BV Nhân dân Gia Định

## II. LÝ DO VÀO VIỆN

Phù toàn thân

## III. BỆNH SỬ

Bệnh nhân là người khai bệnh. Bệnh 10 ngày với các triệu chứng khó thở, ho, tiểu bọt và phù toàn thân. Cụ thể như sau

### ✓ Cách nhập viện 10 ngày

- **Bệnh nhân khó thở:** Khó thở 2 thì, khi gắng sức. Cụ thể là đi bộ tầm 20m thì phải dừng để nghỉ. Khi nghỉ giảm khó thở. Khó thở tăng khi nằm ngửa giảm khi ngồi hoặc nằm nghiêng 1 bên.

- **Kèm khó thở bệnh nhân ho:** Ho ngày vài lần thường vào ban đêm, mỗi lần chỉ ho 1, 2 cái rồi thôi. Ho khan không đàm không máu. Tăng khi nằm giảm khi ngồi.

✓ **Cách nhập viện 7 ngày**

- **Bệnh nhân phù:** Bắt đầu từ 2 mu bàn chân, sau đó lan nhanh lên đầu gối, 2 bàn tay và mi mắt. Phù nặng hơn khi đi lại. Rõ hơn vào buổi chiều. Đỡ vào buổi sáng sau khi ngủ dậy. Bn tăng từ 56 lên 60kg trong thời gian này.

- **Kèm phù có tiểu bọt lâu tan:** Tiểu bọt lâu tan với lượng nước tiểu ít hơn, khoảng 800ml / ngày dù lượng nước nhập vẫn như thường ngày, khoảng 1800ml /ngày. Tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong.

- **Đi khám:** Vì tình trạng phù không giảm nên đi khám ngoại trú tại BV Đại học Y Dược TpHCM và được chuyển nhập Nội Thận Gia Định với chẩn đoán: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (eGFR=11ml/ph/1.73m<sup>2</sup> da) - Tăng huyết áp - Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính - ĐTĐ type 2 - Thiếu máu mạn do thiếu sắt.

✓ **Trong quá trình bệnh**

- BN không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không nôn, buồn nôn, không đau bụng tiêu phân vàng đóng khuôn ngày 1 lần.

✓ **Tình trạng lúc nhập viện**

- Sinh hiệu

- + Mạch: 92l/phút
- + Nhiệt độ: 37<sup>0</sup>C
- + Huyết áp: 140/80mmHg
- + Nhịp thở: 20l/phút

- Nặng 60kg Cao 1m47 BMI 27 kg/m<sup>2</sup>

- Phù toàn thân

✓ **Diễn tiến sau NV 1 ngày:**

- BN thấy giảm khó thở, giảm ho và giảm phù.

- Điều trị với

- + Furosemide 20mg 2 ống x 2 (TMC) C,T
- + Kavasdine 5mg 1v x 2 (u) S,C
- + Imidu 60mg 1v (u) trưa
- + Agidopa 250mg 1v (u) T

- + Clopidogrel 75mg 1v (u) sau ăn trưa
- + Natri bicarbonat 2.5g 1 gói x 2 (u) Trưa, C
- + Chăm sóc cấp 2. Cơm bệnh viện TN07

## IV. TIỀN SỬ

### 1) Bản thân

#### a) Nội khoa

BN có tiền căn ĐTĐ, THA, xơ gan, STM, thường xuyên khó thở và phù chân. Hiện đang khám và điều trị thường xuyên tại Bệnh viện Đại học Y Dược TpHCM. Cụ thể như sau

- **ĐTĐ type II 30 năm:** Trước đây uống thuốc sau chuyển chỉc insulin khoảng 10 năm nay. Đường huyết đói hằng ngày thường <150 mg/dL. Được ghi nhận biến chứng tim và thận, cụ thể là bệnh mạch vành mạn và suy thận mạn. Mắt nhìn mờ trong 3 năm trở lại đây. Chưa từng có loét khó lành.
- **THA nguyên phát 20 năm:** HA cao nhất 170/90 mmHg. HA thường ngày sau dùng thuốc là 120/80 mmHg.
- **Xơ gan 10 năm:** Do nhiễm VGC, chỉ theo dõi bệnh không điều trị tiết căn.
- **Suy thận mạn 3 năm:** Creatinin nền 4.02 mg/dL (coi trong hồ sơ cũ), chưa chạy thận Chưa ghi nhận biến chứng.

#### Bình luận:

+ Ghi chưa chạy thận chứ không được ghi chưa có chỉ định chạy thận vì làm sao bệnh nhân biết được có chỉ định hay chưa.

+ Có bạn hỏi tại sao bệnh nhân biết suy thận từ ngày đầu ? Cô nói ca này khám bên phòng tim đại học YD, xét nghiệm ra creatinin cao rồi chuyển thận. Đó là thời điểm đầu tiên phát hiện suy thận.

	14/3/19	23/5/19	25/7/19	12/9/19
Tổng trạng	Ổn M 61 HA 130/60	Ổn M 70 HA 140/70	Ổn M 70 HA 120/65	Nhập viện M73 HA 160/90
BUN	97.07	98.27	113.25	104.26
Creatinin	3.84	3.61	4.02	5.24
eGFR	11	12	11	8
TPTNT (Pro)	1.0	3.0	3.0	3.0

- **Khó thở:** BN cũng thường xuyên khó thở khi gắng sức như đợt này. Trước đây 10 năm đi 50m thì khó thở. 5 năm gần đây đi 30m là khó thở. Đợt này đi 20m là khó thở. Đêm nằm 1 gối để ngủ. Chưa ghi nhận khó thở kịch phát về đêm.

Bình luận: Khó thở 10 năm trước diễn tiến liên tục hay chỉ khi bệnh nhân nhập viện mới khó thở ? Nếu liên tục thì mới nghĩ khó thở với ngưỡng gắng sức giảm dần.

- **Phù chân:** BN đã từng phù chân nhiều lần như đợt này. Thường khởi phát sau khi ăn mặn, giảm ngay sau khi ngừng ăn mặn 1-2 ngày.

- **Thuốc đang uống:** Bình luận: Mục này đi thi chỉ cần ghi tên những thuốc bệnh nhân đang sử dụng. Không cần liệt kê chi tiết như vậy. Cô nói ca này bệnh nhân được điều trị với 3 loại thuốc huyết áp từ 09/05/2019.

	14/03/19	23/05/2019	25/07	12/09
	M 61 HA 130/60 Cho 4 tuần thuốc, mua thêm 4 tuần, tái khám sau 8 tuần vào 09/05	M 70 HA 140/70 Cho 4 tuần thuốc, mua thêm 4 tuần, tái khám sau 8 tuần vào 18/07	M 70 HA 120/65 Cho 4 tuần thuốc, mua thêm 4 tuần, tái khám sau 8 tuần vào 19/09	M73 HA 160/90 Cho thuốc 1 tuần đề nghị nhập viện
ĐTĐ	1) Insulin (Humalog mix 75/25 Kwipen 100U/ml 3ml) 1 bút, tiêm dưới da 10 đơn vị trước ăn sáng 5 phút 2) Linagliptin (Trajenta 5mg) 28v, 1v (u) sau ăn sáng.	1) Insulin (Humalog mix 75/25 Kwipen 100U/ml 3ml) 1 bút, tiêm dưới da 10 đơn vị trước ăn sáng 5 phút 2) Linagliptin (Trajenta 5mg) 28v, 1v (u) sau ăn sáng.	1) Insulin (Humalog mix 75/25 Kwipen 100U/ml 3ml) 1 bút, tiêm dưới da 10 đơn vị trước ăn sáng 5 phút 2) Linagliptin (Trajenta 5mg) 28v, 1v (u) sau ăn sáng.	
THA	1) Furosemide 40mg MKP 14v, 1/2v (u) sau ăn sáng.	1) Furosemide 40mg MKP 14v, 1/2v (u) sau ăn sáng.	1) Nebivolol (Mibetlet 5mg) 28v, 1v (u) sau ăn sáng. 2) S-amlodipin (Safeesem 5mg) 1v x 2 (u) sau ăn sáng chiều 3) Methyldopa (Dopegyt 250mg)	1) Furosemide 40mg MKP 14v, 1v x 2 (u) sau ăn sáng chiều

			28v, 1v (u) sau ăn chiều	
BMV			1) Atorvastatin (Lipidstad 20mg) 28v, 1v (u) sau ăn chiều 2) Clopidogrel (Sagason 75mg) 28v, 1v (u) sau ăn sáng	
STM	1) Mpg – Epoetin Beta (Miccera 50mcg) Tiêm thuốc dưới da tại phòng tiểu phẫu 1 ống (Không mua thêm) 2) Ketosteril 56v, 1v x 2 (u) sau ăn sáng chiều 3) HemoQ mom 56v, 1v x2 (u) sau ăn sáng chiều	1) Mpg – Epoetin Beta (Miccera 50mcg) Tiêm thuốc dưới da tại phòng tiểu phẫu 1 ống (Không mua thêm) 2) Ketosteril 56v, 1v x 2 (u) sau ăn sáng chiều 3) HemoQ mom 56v, 1v x2 (u) sau ăn sáng chiều		1) Ketosteril 14v, 1v x 2 (u) sau ăn sáng chiều Người bệnh còn thuốc nên không mua
Khác	1) Vitamin C MKP 28v, 1v (u) sau ăn sáng			1) Scanneuron 1v x 2(u) sau ăn sáng chiều

### b) Sản ngoại khoa

- PARA : 7007, tất cả đều sanh thường. Mãn kinh năm 40 tuổi.
- Mổ mắt trái vào 10 năm trước vì đục thủy tinh thể.

Bình luận thêm: Bệnh nhân có đục thủy tinh thể khó soi đáy mắt để phân biệt nguyên nhân suy thận mạn là do đái tháo đường hay tăng huyết áp.

### c) Thói quen

- Không hút thuốc lá, sử dụng rượu bia
- **Ăn mặn:** Thích ăn đồ kho mặn, đặc biệt là thịt kho. Thường hay phù sau ăn mặn

như đã mô tả ở trên.

#### d) Dự ứng

- Chưa ghi nhận tiền căn dự ứng thuốc, thức ăn.

#### 3) Gia đình

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch sớm, tăng huyết áp, đtđ, đột quy, bệnh lý thận niệu và ung thư.

### V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

13h ngày 13/9/2019 – 1 ngày sau nhập viện.

Ngoài khó thở ho và phù với tính chất mô tả trong bệnh sử, bệnh nhân không có than phiền gì thêm. Cụ thể là:

- Tim mạch: Khó thở khi đi 20m, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực.
- Hô hấp: Không khò khè, ho có nhày nhớt.
- Tiêu hoá: Không buồn nôn, không nôn, không tiêu chảy, tiêu ngày 1 lần phân màu vàng đóng khuôn.
- Tiết niệu: Không tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng 1l/ngày, nước nhập từ uống và ăn khoảng 1l/ngày. Phù toàn thân.
- Thần kinh, cơ xương khớp: Không nhức đầu, không chóng mặt, không mờ mắt, không đau khớp, không giới hạn vận động, không yếu liệt chân tay.

### VI. KHÁM

13h ngày 13/9/2019 – 1 ngày sau nhập viện.

#### A. Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu cao 1 gối, không khó thở
- Nặng 58 kg Cao 1m47 BMI 26.84 kg/m<sup>2</sup>. Trước phù nặng 56 kg BMI 25.91 (Béo phì độ 1 theo chuẩn Châu Á)
- Sinh hiệu: Mạch 90 l/ph HA 120/80 mmHg Nhịp thở 20l/ph Nhiệt độ 37 độ C
- **Da niêm nhạt**, kết mạc mắt không vàng.
- **Móng sọc mất bóng.**
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- **Phù chân độ 3. Phù đều đối xứng 2 bên, không đỏ, không đau, không thay đổi phân bố lông.**
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

## B. Khám vùng

### 1. Đầu mặt cổ

- Cân đối, không biến dạng, không vết thương, không sẹo
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch.
- Không có bệnh lý răng miệng, vùng hầu họng không thấy bất thường.
- Tĩnh mạch cổ không nổi tư thế 45 độ.

### 2. Ngực

Lồng ngực:

- + Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo các cơ hô hấp phụ, không có khoảng liên sườn dẫn rộng.

Tim:

- + Sờ mỏm tim đập ở liên sườn 5 trên đường trung đòn trái. **Mỏm tim nảy mạnh, diện đập 2x2cm<sup>2</sup>.**
- + Dấu nảy trước ngực (-), Hardzer(-).
- + Sờ không thấy ổ đập bất thường trên thành ngực.
- + T1, T2 nghe rõ, tần số 90l/ph, không có âm thổi tiếng tim bệnh lý.

Phổi:

- + Thở êm, đều, không có kéo cơ hô hấp phụ.
- + Nhịp thở : 20l/ ph.
- + Di động lồng ngực đều hai bên.
- + Rung thanh đều, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu khắp hai phế trường
- + **Rale nổ đáy phổi hai bên.**

### 3. Bụng

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết.
- **Nhiều vết rạn da vùng hạ vị và quanh thắt lưng hai bên**
- **Có vết bầm máu cạnh rốn bên phải (vị trí bệnh nhân thường chích insulin)**
- Nhu động ruột: nghe đều khắp bụng, 5l/ph.
- Không nghe âm thổi bất thường.
- Gõ trong khắp bụng.
- Sờ bụng mềm, không đau.
- Gan, lách không sờ chạm.
- Phản hồi bụng tĩnh mạch cổ âm tính.
- Điểm đau niệu quản (-), chạm thận (-), rung thận (-)

### 4. Tứ chi- Cơ xương khớp

- Các khớp không sưng nóng đỏ đau, không biến dạng, không cử động bất thường. Không dấu gập dây chuông, không dấu se sẹo, không dấu xanhthoma.

## 5. Thần kinh

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

## VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ 76 tuổi, nhập viện ngày 12/9/2019 vì phù toàn thân, bệnh 10 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

### 1) TCCN

- **Khó thở 2 thì khi gắng sức**, cụ thể là đi bộ 20m. Khi nghỉ giảm khó thở. Khó thở tăng khi nằm ngửa giảm khi ngồi hoặc nằm nghiêng 1 bên.
- **Ho ngày vài lần** thường vào ban đêm, mỗi lần chỉ ho 1, 2 cái rồi thôi. Ho khan không đàm không máu. Tăng khi nằm giảm khi ngồi.
- **Tiểu bọt lâu tan** với lượng nước tiểu ít hơn, khoảng 800ml / ngày dù lượng nước nhập vẫn như thường ngày, khoảng 1500ml /ngày. Tiểu không gắt buốt, nước tiểu vàng trong.
- **Phù toàn thân** bắt đầu từ 2 mu bàn chân, sau đó lan nhanh lên đầu gối, 2 bàn tay và mi mắt. Phù nặng hơn khi đi lại. Rõ hơn vào buổi chiều. Đỡ vào buổi sáng sau khi ngủ dậy.

### 2) TCTT

- Bệnh tình, tiếp xúc tốt
- Nặng 58 kg Cao 1m47 BMI 26.84 kg/m<sup>2</sup>. Trước phù nặng 56 kg BMI 25.91 (Béo phì độ 1 theo chuẩn Châu Á)
- Sinh hiệu: Mạch 90 l/ph HA 140/80 mmHg Nhịp thở 20l/ph Nhiệt độ 37 độ C
- **Da niêm nhạt, móng sọc mất bóng.**
- **Phù chân độ 3.** Phù đều đối xứng 2 bên, không đỏ, không đau, không thay đổi phân bố lông.
- **Mỏm tim nảy mạnh, diện đập 2x2cm<sup>2</sup>.**
- **Rale nổ đáy phổi hai bên.**
- Nhiều vết rạn da vùng hạ vị và quanh thắt lưng hai bên
- Có vết bầm máu cạnh rốn bên phải (vị trí bệnh nhân thường chích insulin)

### 3) TC

- **ĐTĐ** type II 30 năm, biến chứng bệnh mạch vành và suy thận mạn.
- **THA** nguyên phát 20 năm
- **Xơ gan** 10 năm, nhiễm VGC chỉ theo dõi không điều trị
- **Suy thận mạn** 3 năm, chưa chạy thận, cre nền 4.02 mg/dL



- **Khó thở** với mức gắng sức giảm dần trong 10 năm từ 50m xuống 20m
- **Phù chân** nhiều lần như đợt này. Thường khởi phát sau khi ăn mặn, giảm ngay sau khi ngừng ăn mặn 1-2 ngày.
- **Ăn mặn:** Thích ăn đồ kho mặn. Thường hay phù sau ăn mặn

### VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hiện tại bệnh nhân có các vấn đề sau:

- 1) Khó thở cấp
- 2) Phù toàn thân
- 3) HC thiếu máu
- 4) Tiền căn: ĐTĐ típ 2 – THA – Xơ gan – Bệnh thận mạn giai đoạn 5 – Thích ăn mặn

### IX. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán sơ bộ

- Đợt mất bù cấp suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp dưới, ăn mặn / Suy tim trái NYHA III - Bệnh thận mạn giai đoạn cuối - Tăng huyết áp nguyên phát - Đái tháo đường type 2 - Xơ gan.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh thận mạn giai đoạn 5 tiến triển, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp dưới, ăn mặn, biến chứng thiếu máu mạn THA khó kiểm soát / Suy tim trái NYHA III - Tăng huyết áp nguyên phát - Đái tháo đường type 2 - Xơ gan.

### X. BIỆN LUẬN

#### 1. Khó thở cấp

Trên bệnh nhân này, những nguyên nhân có thể gây khó thở cấp là

##### a) Nguyên nhân tim mạch

- **Suy tim: Nghi ngờ nhiều vì**

- + BN có khó thở 2 thì khi gắng sức với mức gắng sức giảm dần trong 10 năm nay, từ đi bộ 50m còn 30m, đợt bệnh này là 20m. Khó thở thay đổi theo tư thế tăng khi nằm ngửa giảm khi nằm nghiêng hoặc ngồi.
- + Khó thở kèm phù toàn thân bắt đầu từ 2 mu bàn chân, sau đó lan nhanh lên đầu

gối, 2 bàn tay và mi mắt. Phù nặng hơn khi đi lại. Rõ hơn vào buổi chiều. Đỡ vào buổi sáng sau khi ngủ dậy.

- + Tiền căn có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (Nữ 76t, ĐTĐ, THA, BMV, STM),
- + Khám có móm tim nảy mạnh, diện đập 2x2cm<sup>2</sup> nhưng không thấy tĩnh mạch cổ nổi, móm tim kls 5 đường trung đòn trái, Hardzer (-) , Dấu nảy trước ngực (-)
- Đề nghị ECG, siêu âm tim, BNP, Xquang ngực thẳng

**- Hội chứng vành cấp: Ít nghi**

- + BN có khó thở diễn tiến nặng hơn thường ngày trong 10 ngày nay, không đau ngực nhưng không loại trừ vì đây là BN lớn tuổi, ĐTĐ nhiều năm, tiền căn bệnh mạch vành mạn, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.
- Đề nghị ECG, CK – MB, troponin T, siêu âm tim.

**- Tràn dịch màng ngoài tim: Ít nghi**

- + Không ghi nhận tiếng tim mờ, HA tụt nhưng không loại trừ tràn dịch lượng ít → Đề nghị siêu âm tim

**- Viêm màng ngoài tim: Không nghi**

- + BN không có đau ngực, không sốt, huyết áp không tụt, tĩnh mạch cổ không nổi, nghe tim không thấy tiếng cọ màng ngoài tim, không có tiếng tim mờ nên không nghi.

**b) Biện luận suy tim**

**- Nguyên nhân suy tim: THA, BMV**

- + Tăng huyết áp: Nghi nhiều vì BN có tiền căn THA 20 năm, khám thấy móm tim nảy mạnh, diện đập 2\*2 cm<sup>2</sup>.
- + Bệnh mạch vành: Nghi nhiều vì tiền căn ghi nhận BN có bệnh tim TMCB nhiều năm.
- + RLN: khám thấy nhịp tim đều, tiền căn chưa ghi nhận rối loạn nhịp trước đây nên ít nghi
- + Bệnh van tim: Khám không nghe âm thổi bất thường, tiền căn chưa ghi nhận nên ít nghi
- Đề nghị Siêu âm tim

**- Các yếu tố thúc đẩy suy tim trên BN này là: BMV, nhiễm trùng hô hấp dưới, ăn mặn**

- + Bệnh mạch vành: Đã biện luận ở trên
- + Nhiễm trùng: BN không sốt, ho khan, không đau ngực nhưng không loại trừ nhiễm trùng hô hấp dưới do khám phổi thấy ran nổ 2 đáy phổi, BN lớn tuổi, ĐTĐ nhiều năm. Chưa phát hiện các ổ nhiễm trùng khác (không đau đầu, không mụn nhọt, loét da, không đau bụng, buồn nôn, không hội chứng niệu đạo cấp,...) → Đề nghị CTM, CRP, XQ ngực thẳng
- + Cơn tăng huyết áp: ít nghi vì ngày nhập viện BN có HA 120/80 mmHg
- + Rối loạn nhịp: ít nghi vì BN có nhịp tim đều, 90 l/ph
- + Ăn mặn: BN có thói quen ăn mặn nên không loại trừ

+ Không tuân thủ điều trị: BN vẫn uống thuốc đều theo toa, chưa ghi nhận tiền căn uống thuốc ngoài toa hay bỏ trị nên không nghĩ.

**- Phân độ suy tim: NYHA III**

+ BN khó thở khi đi bộ 30 m trong giai đoạn ổn định trước đợt nhập viện → NYHA III

**b) Nguyên nhân do phổi**

- **Viêm phổi:** BN không sốt, không đau ngực nhưng có ho khan, nghe ran nổ 2 đáy phổi. BN lớn tuổi, ĐTĐ nhiều năm nên không loại trừ → Đề nghị CTM, CRP, XQ ngực thẳng
- **Tràn dịch màng phổi:** BN khó thở 2 thì, khó thở tăng dần so với thường ngày. Khám không thấy hội chứng 3 giảm nhưng có phù toàn thân nên không loại trừ → Đề nghị X quang ngực thẳng.
- Tràn khí màng phổi: BN khó thở từ từ tăng dần, không có đau ngực, khám không thấy dấu lép bép dưới da, chưa ghi nhận tiền căn chấn thương trước đó nên không nghĩ
- Thuyên tắc phổi: BN không đau ngực, không ho ra máu, khám không có mạch nhanh HA tụt, không tiền căn bất động > 3 ngày, phẫu thuật trong 4 tháng, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới nên không nghĩ.
- Dị vật đường thở: BN không hít sặc, không hôn mê, không sốt, ho không đàm. Khám không ghi nhận hội chứng xâm nhập nên không nghĩ.
- Hen: BN khó thở khi gắng sức, khởi phát trên 40 tuổi, không khò khè, không nặng ngực. Khám không thấy ran rít ran ngáy. Chưa ghi nhận tiền căn hen, chưa ghi nhận tiền căn dị ứng nên không nghĩ.
- COPD : BN khó thở khi gắng sức nhưng không ho khạc đàm mạn. Khám phổi không thấy lồng ngực hình thùng khoang gian sườn giãn rộng, không gõ vang, nghe phổi không thấy ran rít ran ngáy. Tiền căn không hút thuốc lá hay tiếp xúc khói bụi, môi trường lao động độc hại nên không nghĩ.

Bình luận phần biện luận

- Khó thở cấp có do tim, do phổi, do những nguyên nhân khác
- Do tim có màng tim, cơ tim, mạch máu tim.
- Do phổi có thần kinh cơ xương khớp, màng phổi, nhu mô phổi, đường dẫn khí, mạch máu phổi
- Do nguyên nhân khác có gerd, hysteria ...

Bình luận tiếp cận theo từng bước

- Bệnh nhân vô cấp cứu có khó thở thì làm gì ?
- Bước 1: Tính chất khó thở gợi ý nhóm nguyên nhân gì ?

- + Khó thở khi gắng sức, phù hợp thay đổi theo tư thế ... gợi ý nguyên nhân tim mạch, nghĩ nhiều nhất suy tim
- + Có ho khan mấy ngày nay, chưa thấy sốt nhưng bn lớn tuổi đái tháo đường nên không loại viêm phổi. Không phải viêm phổi thì có thể là nhiễm siêu vi thông thường
- Bước 2: Khám mong thấy cái gì ?
  - + Suy tim thì thấy dấu suy tim trái, ở bn này có móm rộng nảy mạn, nghe có rale nổ đáy phổi gợi ý sung huyết.
  - + Viêm phổi thì nghe có rale hay đáy phổi, cũng phù hợp.
- Bước 3: Cần thêm CLS gì
  - + Suy tim thì đề nghị X quang ngực thẳng, ECG, BNP
  - + Viêm phổi thì đề nghị X quang ngực thẳng.
- Bước 4: Đọc kết quả CLS
  - + Suy tim có không ? Viêm phổi có không ?
  - + Nếu không có viêm phổi thì có thể là nhiễm siêu vi đường hô hấp.
- Cô nói thêm về thuyên tắc phổi
  - + Bệnh nhân đột phổi khó thở, nghe phổi không ran, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở dữ dội, ho ra máu ...
  - + Đề nghị Xquang phổi, D-dimer, siêu âm tim, ECG. Xquang thấy dấu tam giác ngược vô mạch (mạch máu tắc không dẫn máu tiếp ra ngoại biên được nên trên Xquang thấy vùng vô mạch), siêu âm tim dẫn nhĩ phải tăng áp phổi.
  - + Nếu nghi quá và tình trạng nguy kịch mới dùng tới CT cản quang, do bệnh nhân suy thận dùng cản quang vào là nặng lên và phải chạy thận thải cản quang sau đó.
- Tóm lại khó thở này còn lại
  - + Suy tim
  - + Viêm phổi
  - + Nhiễm siêu vi hô hấp

## 2. Phù toàn thân

### a) Biện luận phù

Bệnh nhân phù từ 2 mu bàn chân, sau đó lan lên đầu gối, 2 bàn tay và mi mắt. Phù mềm, đối xứng 2 bên, không nóng đỏ đau, không thay đổi phân bố lông nên nghĩ là phù toàn thân, các nguyên nhân gây phù trên bệnh nhân này là:

- **Suy tim:** nghĩ nhiều đã biện luận ở trên.
- **Bệnh thận:** B. Các nguyên nhân gây phù do bệnh thận trên BN có thể là
  - + **HCTH:** BN tiểu bọt, tính chất phù phù hợp → Đề nghị TPTNT, đạm niệu 24h, albumin máu, bilan lipid

+ **Suy thận cấp:** BN phù toàn thân diễn tiến nhanh, tiểu ít hơn thường ngày → Đề nghị Creatinin

+ **Bệnh thận mạn diễn tiến:** BN đã có tiền căn suy thận mạn giai đoạn cuối được chẩn đoán 3 năm trước, eGFR tại phòng khám giảm từ 12ml/ph/1.73 m<sup>2</sup> da tới 8 ml/phút/1.73m<sup>2</sup> da trong 3 tháng gần đây, kèm khám thấy da niêm nhạt, móng sọc mất bóng nên nghĩ nhiều.

+ Viêm cầu thận cấp: BN nhập viện với HA 140/80 mmHg, kèm đi tiểu thấy bọt, nhưng không tiểu máu, lượng nước tiểu khoảng 700ml, không phát ban không có tiền căn viêm họng, viêm da, bệnh tự miễn trước đó nên ít nghĩ.

- Xơ gan mất bù: BN có tiền căn xơ gan do siêu vi C không điều trị. Tuy nhiên đợt bệnh này, BN không vàng da, vàng mắt, khám chỉ thấy vết bầm da vùng chích insulin cạnh rốn bên phải, còn lại chưa ghi nhận có hội chứng suy tế bào gan như lòng bàn tay son, sao mạch hay các dấu hiệu của tăng áp tĩnh mạch cửa như lách to, xuất huyết tiêu hóa, trĩ, tuần hoàn hệ nên không nghĩ → Đề nghị SA Bụng, men gan.

- Suy dinh dưỡng: Bn không ăn uống kém, không có tiền căn cắt dạ dày hay hội chứng kém hấp thu, BMI trước phù 25.91 nên không nghĩ.

## b) Biện luận suy thận mạn

### ✓ Nguyên nhân có thể gây suy thận mạn: Bệnh thận ĐTD, bệnh mạch máu thận

- Bệnh thận ghép: không nghĩ do BN không ghép thận

- **Bệnh thận do ĐTD:** Do BN có tiền căn ĐTD 30 năm, ghi nhận mắt mờ 3 năm, ghi nhận biến chứng tim thận là bệnh vành mạn và bệnh thận mạn nên nghĩ nhiều.

- **Bệnh thận không do ĐTD**

+ **Bệnh mạch máu thận:** Khám không nghe thấy âm thổi vùng bụng nhưng không loại trừ, đề nghị siêu âm bụng xác định.

+ Bệnh cầu thận: ít nghĩ đã biện luận ở trên

+ Bệnh ống thận mô kẽ: BN không tiểu gắt buốt, đau hông lưng, không có phản ứng dị ứng thuốc thức ăn. Không sử dụng thuốc gì ngoài thuốc đang điều trị nên không nghĩ.

+ Bệnh nang thận: ít nghĩ vì khám không sờ chạm thận, đề nghị siêu âm bụng kiểm tra.

### ✓ Nguyên nhân làm nặng tình trạng suy thận mạn: Nhiễm trùng, THA

- **Nhiễm trùng:** Không loại trừ, đã biện luận ở trên.

- **Tăng huyết áp:** BN nhập viện với HA 140/80mmHg (kiểm soát không tốt dù đã điều trị với 3 loại thuốc), kèm thói quen ăn mặn nên nghĩ nhiều.

- Mất dịch: BN không khát nước, véo da (-), không ghi nhận TC nôn ói, tiểu chảy, tiểu nhiều, xuất huyết nên không nghĩ

- Dùng thuốc, độc chất: Không nghĩ, đã biện luận ở trên

- Tắc nghẽn đường tiểu: BN không đau quặn thận, không tiểu ít, không bí tiểu, chạm thận (-), cầu bàng quang (-).

✓ **Biến chứng suy thận mạn: THA khó kiểm soát, thiếu máu mạn**

- **Tăng huyết áp khó kiểm soát:** Nghĩ nhiều do BN điều trị thường xuyên nhưng HA không đạt mục tiêu, HA lúc NV 140/80mmg.

- **Thiếu máu mạn:** Nghĩ nhiều do khám da niêm nhợt nhạt, móng sọc, mất bóng.

→ Đề nghị CTM.

- Suy dinh dưỡng: Không ghi nhận TC teo cơ, sụt cân nên không nghĩ.

- Rối loạn chuyển hóa Calci và phospho: Không nghĩ vì BN không đau mỗi xương khớp, không giới hạn vận động. Đề nghị: ion đồ -calci phosphate.

- Thần kinh: Không nghĩ vì BN không hay đau đầu, không tê chân tay, vận động bình thường, khám không dấu thần kinh định vị.

### 3. HC thiếu máu

Hội chứng thiếu máu: trên BN này khám có niêm nhợt nên nghĩ nhiều BN có hội chứng thiếu máu. Các nguyên nhân có thể gặp là:

- **Suy thận mạn:** nghĩ nhiều do bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn.

- **Dinh dưỡng kém:** Không loại trừ do bệnh nhân hạn chế đạm.

- Xuất huyết: ít nghĩ do không ghi nhận tiền căn chảy máu, không nôn ra máu, không tiêu phân đen, không tiểu máu.

- Tán huyết: không nghĩ do BN không vàng da, nước tiểu không sậm màu, gan lách không to, tiền căn không ghi nhận bệnh lý huyết học.

## XI. CẬN LÂM SÀNG

### 1. CLS chẩn đoán

- TPTNT, đạm niệu 24h, albumin máu, bilan lipid

- BUN, Creatinin huyết thanh, siêu âm bụng

- Siêu âm tim, BNP, ECG, CK – MB, troponin T,

- CTM, CRP, XQ ngực thẳng

- Đường huyết, HBA1c

- Bình luận: Đi thi đề nghị cls đưa những cls quan trọng cho chẩn đoán lên trên cùng. Ca này nghĩ nhiều suy tim, phân biệt viêm phổi thì đưa Xquang, ECG, siêu âm lên trên cùng.

+ Xác định suy tim / viêm phổi: Xquang, ECG, Siêu âm tim

+ Xác định suy thận mạn và biến chứng: TPTNT, sinh hóa ion đồ, siêu âm bụng, CTM

### 3. CLS thường qui

- AST, ALT

## XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

### 1. Xquang phổi

#### a) Kết quả

- Bóng tim to
- Xơ 1/3 dưới phổi

#### b) Phân tích

- Bóng tim to phù hợp bệnh cảnh suy tim.
- Xơ 1/3 dưới phổi: Loại viêm phổi

Bình luận: Lần sau trình cần xuống phòng Xquang hoặc nhờ Bác sĩ tại khoa mở phần mềm ra cho chụp lại cái film do bây giờ film được lưu trên máy chứ không in ra.

### 2. Siêu âm tim

#### a) Kết quả

- Dẫn nhĩ trái, không huyết khối
- Trần dịch màng ngoài tim lượng ít
- Dây động tâm thất trái
- Không rối loạn vận động vùng
- Áp lực ĐMP không tăng
- Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF 68 %

Bình luận: EF68% có nghĩa là chức năng tổng máu chưa giảm. Đợt này phù do quá tải tuần hoàn.

#### b) Phân tích

- BN có dẫn nhĩ trái, dây động tâm thất trái, kèm bóng tim to trên Xquang ngực thẳng, khám thấy mỏm tim nảy mạnh 2\*2 cm<sup>2</sup> kèm các triệu chứng khó thở đợt này nên phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng suy tim → Chờ kết quả BNP của BN
- Tương tự TDMP lượng ít, BN có thêm TD màng ngoài tim lượng ít nên nghĩ nhiều do suy thận mạn giai đoạn cuối tiến triển, biến chứng tràn dịch đa màng.

### 3. ECG

- Bình luận: Chưa thấy ECG đợt này. Đi tìm lại. ECG cũ thì nhịp xoang không ghi nhận phì đại thất.

### 4. TPTNT

Kết quả	14/03	23/05	25/07	12/09	Khoảng tham khảo
Color	Màu vàng	Màu vàng	Màu vàng	Màu vàng	Vàng nhạt
CLARITY	Trong	trong	trong	Trong	Trong
GLU	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	<1.7mmol/l
BIL	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	<3.4umol/l
KET	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	<0.5mmol/l
SG	<b>1.006</b>	<b>1.008</b>	<b>1.008</b>	<b>1.008</b>	1.01-1.025
pH	7.5	6.5	6.5	6.5	4.8-7.5
Alb/Cre(bán định lượng)	<b>33.9</b>	<b>33.9</b>	<b>33.9</b>	<b>33.9</b>	<3.4mg/mmol
PRO	1.0	3.0	3.0	<b>3.0</b>	<0.1g/l
URO	3.2	3.2	3.2	3.2	<17umol/l
NIT	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính
LEU	70	125	15	70	<10/uL
BLOOD	vết	vết	<b>25</b>	<b>25</b>	<5Ery/uL
Pro/Cre	170	170	170	170	Mg/mmol

- Ery =25 Ery/ul: BN có tiểu máu → Đề nghị soi cặn lắng để xem nguồn gốc tiểu máu.
- Protein =3 g/l: BN có tiểu đạm → Làm đạm niệu 24h hoặc PCR. PCR vào 12/9 = 170 mg/mmol → Tiểu đạm thoáng qua có thể do nguyên nhân như suy tim, nhiễm trùng, ..
- Bệnh nhân có ACR=33.9 và PCR=170 → Bệnh thận mạn được phân loại là giai đoạn A2 theo albumin niệu.

#### Bình luận:

- + Điều thứ 1, ACR này theo đơn vị mg/mmol. Còn phân độ A1 A2 A3 là theo đơn vị mg/g. Ở bệnh nhân này ACR là 33.9, tính nhanh thì nhân 10 lên 339 mg/g → Bệnh nhân này phân độ A3 chứ không phải A2.
- + Điều thứ 2, TPTNT cho ra kết quả ACR bán định lượng dựa trên sự đổi màu que thử chứ không phải định lượng chính xác ACR.
- + Theo sinh lý bệnh, đái tháo đường có tiểu micro albumin sau chuyển tiểu albumin trung bình rồi nhiều. Khi tiểu albumin nhiều thì chức năng lọc thận mới giảm. Suy thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường thì thường tiểu đạm nhiều chứ sao A2 được. Nhìn vô biết sai rồi do tiểu protein trên suy thận mạn ĐTD tương quan với mức độ suy thận. Sai chỗ đơn vị mg/mmol nên phân độ sai đó.



- Tỷ trọng 1.008 giảm hơn so với bình thường, phù hợp do BN đang dùng thuốc lợi tiểu.
- Leukocyte: 70 nhưng nitrite âm tính, tuy nhiên không loại trừ được NTT ở BN lớn tuổi, ĐTD → Đề nghị cấy nước tiểu

Bình luận: Bạch cầu tăng nhưng không có dấu hiệu nhiễm trùng tiểu trên, CTM cũng không có bạch cầu tăng nên cùng lắm là nhiễm trùng tiểu dưới.

## 5. Sinh hóa

Kết quả	14/03	23/05	25/07	12/09	14/9	Khoảng tham chiếu
Tình trạng	Ổn	Ổn	Ổn	<b>Nhập viện</b>	<b>Nhập viện</b>	
Glucose	7.7	7.3	6.4	<b>3.3</b>	<b>6.5</b>	3.9-6.4mmol/L
	139	132	115	<b>59</b>	<b>117</b>	70-115mg/dL
Ure	<b>97.07</b>	<b>98.27</b>	<b>113.25</b>	<b>104.26</b>	<b>49.02</b>	10.2-49.7mg/dL
Creatinin	<b>3.84</b>	<b>3.61</b>	<b>4.03</b>	<b>5.24</b>	<b>5.31</b>	Nữ:0.66-1.09mg/dL
eGFR (MDRD)	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>8.4</b>	$\geq 60$ ml/phút/1.73m <sup>2</sup>
Natri	135	135	135	130		136-146mmol/L
Kali	4.49	4.45	4.22	3.58		3.4-5.1mmol/L
Clo	104	106	105	99		98-109mmol/L
Calci	2.25	2.22	2.19	2.14		2.10-2.55mmol/L

- STM: eGFR <15, phù hợp với suy thận mạn giai đoạn cuối (giai đoạn 5)
- Không nghĩ STC / Mạn do
- + Cre tăng 0.07 < 0.3 trong vòng 48 giờ
- + Cre không tăng 1.5 lần so với cre nền trong 7 ngày
- + V nước tiểu 800ml > 168ml (0.5ml/kg/h trong 6h x 56 kg)
- STM tiến triển nhanh: Trong 3 tháng eGFR giảm 4ml/ph/1,72m<sup>2</sup> da từ 12 xuống 8, kèm Creatinin tăng dần nên STM này kiểm soát không tốt, tiến triển nhanh
- Đề nghị theo dõi BUN, CRE các ngày kế tiếp.

Bình luận:

+ Ca này không nghĩ đợt cấp.

+ Thực ra cũng không dùng có khái niệm suy thận cấp / suy thận mạn giai đoạn cuối vì khi này chức năng thận tụt tụt lắm rồi, cre tăng thêm 0.3 cũng chẳng ý nghĩa gì lắm. 1 lên 1.3 thì nhiều chứ 10 lên 10.3 thì không thay đổi GFR nhiều.

+ Trong 10 ngày gần đây, creatinin tăng lên nghĩ do suy tim và quá tải dịch do ăn mặn. Nếu điều trị tốt thì cre sẽ về lại mức 3.84-4.02. Không kết luận suy thận mạn tiến triển nhanh được vì 8 đợt này cấp tính, chứ đều đều mấy tháng này là 11, điều trị nó sẽ về. Về nếu điều trị không tốt, không về 11 được thì phải chạy thận do thường chạy thận khi eGFR < 10

+ Còn suy thận mạn tiến triển nhanh là 5ml/năm và điều trị chẳng quay về.

- Đường huyết bệnh nhân lúc nhập viện giảm. Sau đó tăng lại sắp xỉ mức bình thường.
- Ion đồ trong giới hạn bình thường

## 6. Siêu âm bụng

### a) Kết quả

- Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất
- Thận phải : 75\*37mm, không sỏi, không ứ nước, phân biệt vỏ tủy không rõ
- Thận trái: 94\*50 mm, không sỏi, không ứ nước
- Dịch tự do ổ bụng lượng ít
- Trần dịch màng phổi hai bên lượng ít
- Các cấu trúc và phần phụ khác chưa ghi nhận bất thường.

### b) Phân tích

- Phù hợp với tiêu chuẩn STM : Thận không teo, phân biệt vỏ tủy không rõ phù hợp với bệnh thận mạn do ĐTĐ. Có sự chênh lệch kích thước giữa hai thận (2cm), có thể có hẹp ĐMT bẩm sinh → Đề nghị Siêu âm Doppler mạch máu thận.

Bình luận: 2 thận lệch kích thước nhau > 2cm nên có thể có nguyên nhân mạch máu. Ca này thận trái không teo → Chỉ nói không phải ĐTĐ nào thận cũng phải teo, cũng có ca không teo.

- TDMP hai bên lượng ít, dịch tự do ổ bụng lượng ít, trên lâm sàng chưa ghi nhận gì khác, phù hợp với bệnh cảnh phù toàn thân do suy thận mạn giai đoạn cuối tiến triển, biến chứng tràn dịch đa màng.

## 7. Công thức máu

Kết quả	14/03	23/05	25/07	12/09	14/09	Khoảng tham khảo
WBC	9.82	9.30	7.80	9.30	7.68	4-10G/L
NEU%	45.2	43.4	42.1	59.6	54.7	45-75%N
NEU#	4.44	4.03	3.29	5.54	29.9	1.8-7.5N
LYM%	40.7	43.4	41.7	31.3	9.2	20-35%L
LYM#	4.00	4.04	3.25	2.91	5.6	0.8-3.5L
MONO%	8.4	5.4	8.5	7.5	0.5	4-10%M
MONO#	0.82	0.50	0.66	0.70	4.19	0.16-1.0M
EOS%	5.3	5.8	7.3	1.3	2.3	1-8%E
EOS#	0.52	0.54	0.57	0.12	0.71	0.01-0.8E

BASO%	0.4	0.3	0.4	0.3	0.43	0-2%B
BASO#	0.04	0.03	0.03	0.03	0.04	0-0.2B
LUC%						
LUC#						
IG%	0.2		0.1	0.3		0.16-0.61%
RBC	<b>3,21</b>	<b>3.39</b>	<b>3.20</b>	<b>3.03</b>	<b>2.75</b>	3.8-5.5T/L
HGB	<b>96</b>	<b>97</b>	<b>95</b>	<b>91</b>	<b>82</b>	120-175g/L
HCT	<b>0.290</b>	<b>0.305</b>	<b>0.299</b>	<b>0.275</b>	<b>0.242</b>	0.35-0.53L/L
MCV	90.3	90.2	93.4	90.8	88	78-100fL
MCH	29.9	28.6	29.7	30.0	29	26.7-30.7pG
MCHC	331	317	318	331	339	320-350g/L
RDW	12.1	12.5	12.6	12.7	13	12-20%
NRBC%	0	0	0	0		0.0-0.2%
NRBC#	0	0	0	0		0.0-0.2G/L
PLT	203	177	198	210	199	150-450G/L
MPV	10.9	9.4	10.8	10.8	11	7-12fL
PDW		52.7				

- BC không tăng, Neu không tăng, lâm sàng ít nghi BN có nhiễm trùng, tuy nhiên BN có cơ địa ĐTĐ nên không loại trừ → Đề nghị CRP do BN này

- BN có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mạn, hai dòng tb còn lại bình thường. Lâm sàng không chảy máu, không xuất huyết, khám lách không to nên nghi thiếu máu là biến chứng của suy thận mạn → Đề nghị Ferritin, transferrin, độ bão hòa transferrin.

Bình luận: Xét nghiệm trên máy Hb 88, Ferritin 214

### XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Bệnh thận mạn giai đoạn 5 phân loại A2 đang tiến triển nhanh, biến chứng tràn dịch đa màng, thiếu máu mạn / Suy tim trái NYHA III EF bảo tồn – Tăng huyết áp nguyên phát - Đái tháo đường type 2 - Xơ gan - Xơ phổi cũ.

Bình luận chẩn đoán của chị: Đợt mất bù cấp của suy tim mạn, yếu tố thúc đẩy nhiễm siêu vi đường hô hấp ăn mặn - Suy thận mạn giai đoạn 5 phân loại A3 do đái tháo đường tăng huyết áp, biến chứng tràn dịch đa màng, thiếu máu mạn - Suy tim trái NYHA III EF bảo tồn – Tăng huyết áp nguyên phát - Đái tháo đường type 2 - Xơ phổi cũ.

## **XIV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị:**

- Bệnh căn nguyên: BN này eGFR = 11ml/ph/1.73m<sup>2</sup> → không có chỉ định tìm nguyên nhân.
- Ngăn ngừa các yếu tố thúc đẩy suy thận trên BN này:
  - + Cần kiểm soát tốt HA bệnh nhân này.
  - + Giáo dục BN theo chế độ dinh dưỡng phù hợp
- Làm chậm diễn tiến bệnh thận mạn: BN đã vào suy thận mạn giai đoạn cuối nên xem xét chạy thận nhân tạo và phòng ngừa biến chứng.
- Điều trị biến chứng trên BN này: cần điều trị thiếu máu trên BN này.
- Điều trị chạy thận cấp cứu: BN chưa có chỉ định chạy thận cấp cứu.

### **2. Mục tiêu điều trị:**

- HA > 140/80
- HbA1c < 8%
- Hb 11-12g/dl
- LDL < 70mg%
- Đạm niệu < 0.5g /24h
- Điều trị suy tim.
- Thay đổi lối sống:
  - + Chế độ ăn: Na < 6g/ngày
  - + Giảm mỡ bão hòa, cholesterol
  - + Giảm đạm, giảm Kali.

### **3. Điều trị cụ thể:**

- Furosemide 20mg 2 ống x 2 (TMC) chiều, tối
- Kavasine 5mg 1v x 2 (u) sáng, chiều
- Imidu 60mg 1v (u) trưa
- Linagliptin 5mg 1v (u) sau ăn sáng
- Agidopa 250mg 1v (u) tối
- Clopidogrel 75mg 1v (u) sau ăn trưa
- Natri bicarbonat 2.5g 1 gói x 2 (u) trưa, chiều
- Clopheniramin 4mg 1v (u) tối
- Acetylcystein 0.2g 1 gói x 3 (u) sáng trưa chiều
- Chăm sóc cấp 2. Cơm bệnh viện TN07

## Bình luận phân tích điều trị. Trên bệnh nhân cần điều trị

- Đợt cấp suy tim mạn
- Suy thận mạn và biến chứng
- + Tăng huyết áp
- + Đái tháo đường
- + Mỡ máu
- Tư vấn chuẩn bị chạy thận

### 1) Đợt cấp suy tim mạn

#### - Lợi tiểu

- + Furosemide do bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối ( $GFR < 30$ ) nên không dùng được lợi tiểu thiazide và lợi tiểu giữ kali
- + Liều sử dụng dựa vào:
  - (1) Mức đáp ứng của bệnh nhân, nguyên tắc dùng liều thấp tăng dần. Suy thận mạn giai đoạn cuối đáp ứng ít với lợi tiểu nên thường dùng  $>1$  ống (20mg).
  - (2) Liều lợi tiểu bệnh nhân đã dùng và đáp ứng trước đó: Trước đó bệnh nhân dùng 40mg uống (tương đương 1 ống 20mg chích) vẫn phù nên giờ phải dùng 40mg chích (2 ống 20mg)
- + Mục tiêu giảm 0.5-1kg / ngày
- + Nếu lợi tiểu quá tay là chức năng thận xấu đi do đó trong quá trình điều trị cần theo dõi cân nặng và bilan nước của bệnh nhân mỗi ngày để cân chỉnh liều lợi tiểu cho phù hợp.

#### - Giãn mạch

- + Có cần dùng nitroglycerine đường chích tĩnh mạch? Ca này như phân tích ở trên, phù do cơ chế chính là quá tải dịch nên dùng lợi tiểu đường tĩnh mạch còn giãn mạch đường uống được rồi.

#### - Digoxin ?

- + Ca này suy thận mạn giai đoạn cuối, sợ ngộ độc, Trong khi digoxin không giúp cải thiện tử vong nên không dùng

### 3) Suy thận mạn

- Mục tiêu điều trị: Như ban đề cập
- Chế độ ăn: Như ban đề cập
- THA

+ Ca này vô HA 140/80 là đạt mục tiêu nên tiếp tục giữ thuốc bệnh nhân đang sử dụng

+ Ca này suy thận mạn giai đoạn cuối nên chỉ còn vài thuốc dùng được, không có chống chỉ định.

+ Lợi tiểu có khả năng hạ áp không nhiều, lại làm giảm tuần hoàn hiệu quả → Giảm phù là chính chứ không phải hạ áp là chính

+ Methyldopa: Tác dụng phụ là gây đau đầu buồn ngủ, nhưng bệnh nhân này dung nạp thuốc tốt, không ghi nhận mấy cái tác dụng phụ trên nên dùng được

+ Ức chế calci dạng DHP không phải là chống chỉ định tuyệt đối trong đợt cấp suy tim nên cũng dùng được. Amlol tác dụng chậm dùng được trên bệnh nhân suy thận, nife thì hơi mạnh hơn.

+ Không dùng tới Hydralazine vì nó phải dùng kèm Isosorbide 5 mononitrate mới có hiệu quả và phải dùng ngày 4 lần, quá phức tạp để bệnh nhân sử dụng. Dùng cái gì đơn giản thôi: tối giảm liều điều trị, giảm số lần uống thuốc trong ngày, không cần uống chung với thuốc khác.

#### - ĐTĐ

+ Bệnh thận mạn, thận giảm thải Insulin nên bệnh nhân có nguy cơ cao vô hạ đường huyết. Mục tiêu HbA1c 8% chứ không phải <7%. Đường huyết đói <190, đường huyết sau ăn <180.

+ Bằng chứng lúc vô Bn có hạ đường huyết, HbA1c chỉ 6.6

+ Bn lớn tuổi có suy tim cấp suy thận mạn gđ cuối nhập viện nên đợt này chỉ dùng thuốc uống chưa cần chích

#### - Thiếu máu

+ Mục tiêu đạt 11-12 g/dl. Bệnh nhân này chưa đạt mục tiêu

+ Ca này trước đó đã được dùng thuốc tạo máu. Dùng vậy đủ liều chưa ?

+ Cần làm lại xN bilan sắt để tiến hành bù EPO. Coi lại coi mục tiêu Ferritin bao nhiêu.

+ Liều trong sách là liều của EPO tác dụng ngắn, hiện mình dùng EPO tác dụng dài nên coi lại coi liều gì.

+ Thường chỉ khởi đầu 100mg/kg. Bệnh nhân này 56kg nên khoảng 6000 đơn vị trên tuần chia 2-3 lần.

+ Thuốc có ống 2000, ống 4000 đơn vị. Bệnh nặng nên dùng liều thấp để coi

chứng biến chứng như THA do tăng quá nhiều HB và HC trong thời gian ngắn.  
+ Dùng ống 2000 đơn vị thì tiêm dưới da thứ 2-4-6. Đánh giá lại sau 2-4 tuần điều trị.

- Mỡ máu

+ Theo khuyến cáo trên bn stm giai đoạn cuối, nếu trước đó chưa dùng statin thì không cần dùng nữa. Còn nếu dùng rồi thì tiếp tục dùng  
+ Ca này trước đã dùng atorvastatin rồi và có thêm chỉ định dùng statin để giảm lipid máu và dùng trong bệnh mạch vành với mục đích ổn định mảng xơ vữa.  
+ Mục tiêu LDL < 70 mg/dl, HDL > 40 mg/dl

- Biến chứng rối loạn điện giải không có. Chỉ nói thêm về tăng kali

+ Calci gluconate không thải kali ra ngoài mà giúp ổn định dẫn truyền tim duy trì mạng sống. Đây là bước điều trị đầu tiên trong tăng kali máu  
+ Dùng khi Kali >6 hoặc có biến đổi trên ECG  
+ Phải pha loãng, chích chậm, không được chích ra ngoài vì nếu nó ra ngoài sẽ gây hoại tử mô xung quanh.

- Biến chứng rối loạn toan kiềm:

+ Chỉ nói chỉ sẽ về xem lại mức dự trữ kiềm RA là bao nhiêu thì bù Natri bicarbonate, chưa có khuyến cáo rõ ràng

- Chuẩn bị thay thế thận

+ Có thể thẩm phân phúc mạc hoặc đặt FAV thông nối động tĩnh mạch  
+ Bệnh nhân có tiền căn gan nên thẩm phân cũng khó  
+ Thông nối cũng khó do làm nặng thêm tình trạng THA và suy tim.  
+ Do đó ca này cố gắng điều trị bảo tồn. Nhưng vẫn phải tư vấn người nhà chuẩn bị trước tinh thần đến khi cần chạy thận thì dễ cho mình hơn.

## **XV. TIÊN LƯỢNG**

**- Dè dặt**

+ Tuy Bệnh nhân có phù toàn thân đáp ứng điều trị  
+ Nhưng bệnh nhân lớn tuổi, suy thận mạn giai đoạn cuối với tiền căn nhiều bệnh lý nội khoa mạn tính gồm ĐTĐ 30 năm, THA BMV 20 năm, Xơ gan 10 năm.

## **XVI. TƯ VẤN BỆNH NHÂN**

- Chế độ ăn phù hợp: Hạn chế ăn mặn, hạn chế ăn trái cây nhiều kali (cam, ổi, bưởi ...)
- Tư vấn chuẩn bị chạy thận

**Thành phố Hồ Chí Minh 21/09/19**  
**Tổng hợp và hoàn thành ghi chú**  
**Nguyễn Đức Vương Y2014**

