

TRÌNH BA CÔ BÍCH HƯƠNG (1) Y6

6/3/2019 - BTM

BN Ng V Bé nam, 68y, nông dân (cao su), Tây Ninh
2h 20/2
P9

Khó thở (MỘT ĐIỂM)

Sỏi thận P 10y (mỏ), tái phát ứ nước độ 2 -> CÁCH ĐÂY BAO LÂU? BỆNH VÀ THỜI GIAN đv mọi bệnh mạn. Thận P ứ nước độ 2 -> bệnh 1 thận (khác bệnh 2 thận: nguy cơ suy thận cao. Mỗi lần vào mỏ là rà soát lại hết). Em giới thiệu về bệnh mạn tính mà còn tồn tại đến thời điểm NV. CÂU ĐẦU TIÊN NÀY 1 ĐIỂM.

THA 4y

BTM 2m, ko rõ Creat (TỨC LÀ ko phân được giai đoạn -> bắt đầu NGHI NGỜ). KHÔNG RÕ CREAT -> ko tin! CD BTM chắc chắn bằng xét nghiệm. BN biết có SUY thận mạn thì hợp lý, khả năng cách 2m có chuyện gì đó nữa mà tìm ko ra. Tính ra là BTM 10y: thời điểm bắt đầu suy.

BỆNH SỬ 3 ĐIỂM: tả được LDNV và có thể định hướng ra điều trị. Chứ nếu ko điều trị được (phải biết đi tìm cái gì).

21d: mệt nhiều, bủn rủn tay chân, cả khi thay quần áo, giảm khi nghỉ ngơi (MỆT NÀY CÓ PHẢI KHÓ THỞ? Giả sử có thiếu máu là thiếu mức độ nặng).

Khám BV Trảng Bàng: CD sỏi thận P 3mm, thận P ứ nước độ 2, STM, THA. Khám đông y: toa 14 thang thuốc, uống 3 L nước/d, tiểu 2 L/d, tiêu phân 1 lần/d. MỆT DO GÌ? BN qua đông y khi tây y nói ko chữa đc nữa mà BN chưa muốn CTNT. Chuyện lạ, do 10y nay sỏi thận BN bám BV thì nay lại khám đông y. Mỗi thang là 1 chén -> LẠ! Uống đông y thì ít gây suy thận do cách uống của đông y: liều tải - giảm - duy trì. Báo cáo uống nước mà ko có nước uống thuốc là SAI. Nói tiêu phân bt mất ko bao h nên ko cần, chỉ tiêu lỏng mới mất nước. BV Trảng Bàng có gợi ý gì về CTNT? 3 lít này là do thầy đông y nói uống? Tự dưng ép 3L thì sẽ không uống được.

Chán ăn, ăn uống kém.

7d: uống thang thuốc khác thì phù mắt, mặt, 2 tay chân, phù trắng mềm ấn lõm không đau, nhiều vào buổi sáng, tăng dần -> tăng 15 kg (45 -> 60 /7d), tiểu vàng sậm 1L/d, uống 2L/d, ko đau bụng buồn nôn nôn, tiêu phân vàng. CHIEF COMPLAINT PHẢI THEO ĐUỔI, sau đông y có thay đổi ko? ĐỔI người hay đổi thang? HOÀN TOÀN CHƯA GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ. Lại xuất hiện thêm VĐ: phù nhưng nước tiểu giảm. BN mà thấy phù là sẽ tự: giảm nước, ăn nhạt, mua thuốc lợi tiểu uống. Tự nhiên nói thêm ko đau bụng để làm gì!!! CC là khó thở, not chán ăn. Tăng 15 kg rồi BN làm gì? Rất là lạ là thang sau này ko tả mấy thang, mấy chén -> Phải tả mấy d này uống thuốc bắc thế nào, nếu phù thì bn sẽ phản xạ ngưng. Ngoài ra có thể phù do BN? Eg ăn mặn

2d: còn phù, khó thở 2 thì, tăng khi nằm, giảm khi ngồi, tăng dần -> Tối ngày NV: khó thở dữ dội phải ngồi, ko yt tăng giảm kèm hồi hộp đánh trống ngực, vã mồ hôi, ko tím môi, ko ho, ko khạc đàm bọt hồng. Uống 2v Amlo 5mg cách 15ph -> cấp cứu BVCR. TẠI SAO VƯỢT TUYẾN, ko vào BV TB? Bệnh thận sẽ đc BHYT trả vs điều kiện đi đúng tuyến? Khúc này hoàn toàn ko logic. TẠI SAO uống Amlo? Có đo HA mà biết HA cao hay ko? Amlo tác dụng chậm, mấy tiếng sau mới có tác dụng và kéo dài 24-32h.

- M 84, HA 160/80, NT 26, SpO2 93% / cannula 3 L/ph. KHÁM PHỔI? Ko phải thở cannula, phải xem khám tim phổi ra làm sao. Được quyền hỏi tình trạng BN lúc NV.
- KHÔNG HỎI XỬ TRÍ LÚC NV (ko cần thiết đv thi Cô).

- Bệnh sử thiếu gì? BN biết có Amlor. BV Trảng Bàng có CD mà ko có xử lý -> có cầu kết với đông y?
- Phù bao nhiêu thì là vừa? Uống 2.5L, tiểu 1L, mắt ko nhận biết 500 như v mỗi ngày dư 1L, 7d dư 7kg. Như v có thể ko phải 7d mà đã kéo dài hơn. 15kg chỉ hợp lý khi biết 45k ở thời điểm khám BV TB (có cân ko?). Thấy ko hợp lý -> có thể rơi vào 15d, từ lúc uống thuốc bắc, hoặc 45 là con số lấy lâu quá.
- Thận ứ nước là PHẢI xử lý, để lâu quá thì hư luôn thận đó.
- Chẩn đoán BTM thế nào thì chắc chắn? BN này sỏi thận tái phát 10y nay.
- Nếu phải đọc tới tiền căn để làm rõ CD thì sẽ TRỪ ĐIỀM ***
- Bệnh án chỉ tả cảnh mà ko điều trị được là RỐT.
- Nghĩ khó thở này do gì?
- Mục tiêu Y6: ngay khúc đầu do sẽ là tuyến đầu.

TIỀN CĂN

1/ Bản thân

Nội khoa

4y: TNGT phát hiện THA, HA 220/? mmHg

2m: da xanh, yếu tay chân, mệt khi gắng sức -> khám BV 115, CD sỏi thận - BTM - THA. Toa thuốc 10d thì mệt, yếu tay chân còn, tự mua thuốc nam rễ cây về uống. 1 chén x3/d.

Ngoại khoa

20y: sỏi thận P, uống kim tiền thảo

10y: sỏi to 20mm mô Bình Dân sau đó tái phát, uống rễ cây, uống 3L nước/d

- KHÔNG AI LÀM VẬY. PHẢI ĐI TỪ XA -> GẦN: sỏi thận trước.

- Bao lâu sau mổ thì phát hiện sỏi tái phát? Có lấy hết sỏi ko? Lấy sót sỏi là yếu tố thuận lợi của tái phát. Chắc chắn BV BD sẽ dẫn tái khám, uống nước nhiều. Tại sao ko theo BD nữa do BV là thuộc Sở, BN phải bỏ tiền ra để chữa. Như vậy có thể BN ko có tiền nên theo đông y. BN sẽ biết là rễ cây gì.
- Chế độ ăn của BN là gì? Nêm mặn, chắm nước. Ăn mặn là ĂN KHÔ, CÁC LOẠI MẮM, ăn các loại nước nhiều hơn (phở, bún). Còn không chắm thêm (1), ăn ở nhà (2) là nói ăn lạt. VÀ HỎI ĂN Ở BVCR ăn có ngon ko? Nếu ăn ko đc là bình thường ăn mặn.
- Yếu tay chân nghe là khó chịu rồi. Nông dân mà yếu chung chung, hay là liệt, chứ KHÔNG CHẤP NHẬN CHUYỂN YẾU, do nếu ko thì ko giải quyết đc.
- HA 200: có đau đầu ko, nếu ko thì lâu rồi. Phải hỏi kĩ.

TRÌNH CÔ BÍCH HƯƠNG (2) CK1

BN Ng V Bốn, 87y, Lâm Đồng
 Làm nông, nay ở nhà
 15h 22/2/19

BVĐK Lâm Đồng chuyển: STM - Suy tim - COPD

THA 5y, COPD 5y, STM 2y t/d BV Ng Trãi. NÓI THÊM đợt cấp COPD phải NV bao lâu trước lần này (7d, sau hít khói phải NV. XV thì phát hiện tình trạng phù).

- Ngày 1: đợt ngột khó thở 2 thì sau hít mùi thịt kho cháy và ăn cháo gà (NẤU CHÁO NHƯ THỂ NÀO), sau xịt Seretide 2 nhát 2 lần cách 15ph, PKD ventolin vẫn còn khó thở liên tục, mệt nhiều, tỉnh táo, nói đc từng cụm từ, ko tím, ho ít đàm trắng trong, ko máu ko đau ngực -> BV Đông Dương
- Ngày 2-7: ĐT ko rõ CĐ, XT. BN CĐ đợt cấp COPD, thuốc tiêm bắp 1 lần/d, PKD 3l/d, dịch 500ml/d. Giảm mệt, khó thở -> xuất viện. Uống 1L nước/d, tiểu ko rõ, k thay đổi so vs bt, ăn 3 chén cháo/d.
- Ngày 8: về nhà -> phù mắt, phù tay chân, ko đi tiểu từ 6h tới 14h, ngủ nhiều, gọi thì tỉnh, sau ngủ tiếp (NGỦ GÀ), ng nhà mua Furo 40mg cho uống 1v (VỢ GIỎI, BA KHÁ TỐT LÀ NHỜ NGƯỜI NHÀ, BS có quyền đổi người nhà). 16h tiểu 200ml, buồn nôn, nôn 3 lần tổng 400ml dịch thức ăn -> dịch lẫn máu bầm đen lượng ít 1 lần -> BV Đ.D, nôn 2 lần, vẫn máu bầm đen nhưng lượng giảm, lơ mơ, ko đặt sonde tiểu, BV truyền 500ml dịch giữ vein (truyền ko hết), ko tiêu lỏng, ko đau bụng. Ng nhà cho uống 500ml nước -> chuyển BV Lâm Đồng

- Ngày 9-10: nôn 1 lần ra dịch ko lẫn máu, vẫn ngủ gà, lơ mơ, phù tăng, truyền 500, uống 500, tiểu ra tã nên ko theo dõi đc. (VẤN ĐƯỢC: NGÀY BAO NHIÊU TÃ, TÃ CÓ NẶNG?). BS giải thích BN suy thận nặng, chuyển BVCR CĐ STM - COPD - Suy tim. Điều trị: kháng tiết, băng nm. Cre 11.35 mg/dL.

TTLNV: BN tỉnh, tiếp xúc chậm, niêm nhợt, M 66, NT 20, HA 120/80, 37, tim đều phổi trong bụng mềm cầu BQ (-).

KHÔNG DIỄN TIẾN! *** (điều trị độc lập với BV, phải matching vs chẩn đoán. Phải lưu ý LDNV của BN, đến CĐXĐ và điều trị phải có chief complaint dù đến lúc khám thì BN đã ổn, do toàn bộ CLS là lúc NV. Phải làm lúc NV: từ CĐ, đến CLS và điều trị. Kết nối liên tục 24-48h đầu hợp lý là được.

Cô:

- BA cỡ này trình được nhưng còn thiếu.

- N9-10: thiếu, trong khi lại là vấn đề chuyển lên CR, lẽ ra càng phải kỹ hơn. Sẽ phải có XN trước khi có ĐT. Phải ghi: XN thế này, CĐ thế này, ĐT thế này (theo thứ tự).

- Thịt kho cháy + thịt gà: có giá trị gì? KHÓI là yt gây COPD nặng hơn. Phải hỏi lúc đó vợ làm gì, đun củi hay than hay gas mà BN phải chạy xuống bếp tắt bếp. Cái cần tả: giả sử có ngộ độc thức ăn (mới/cũ, bao nhiêu ng ăn). Mô tả: sau tắt bếp BN bắt đầu khó thở (còn củi cháy? Tạo khói nhiều hơn?) hay do BN gắng sức (bay từ phòng khách ra bếp). KHÓI nhiều hay ít là QUAN TRỌNG. Tại sao cháo gà nằm cùng 1 chỗ? Phải tả nghe nó phù hợp. Để lần sau phòng ngừa lại, nói đổi qua gas (ko dùng dầu hôi: có vòng benzen mùi rất khó chịu). 2 ông bà ở với ai (PHẢI HỎI). Phải mô tả kĩ. Ho khạc đàm bình thường vẫn có. Như v ban đầu là có tác nhân CO.

- Ngày 2-7: đừng nói ko rõ CĐ và ĐT, ko có giấy tờ -> chắc chắn ra viện có toa. Cần biết ng ở nhà vs ông bà, chụp hình toa thuốc ở nhà. Ra viện phải hỏi hết khó thở chưa. Vấn đề là về lại cái bt của BN chưa. Nếu dùng thuốc tiêm bắp: có thể kháng sinh hoặc dẫn PQ. Vô có thở oxy? (Thường là có, có đc chụp phim phổi ko). Do đợt cấp COPD khó biết: đàm đổi màu là đợt bội nhiễm.

- V đề số 1 là khó thở. Đợt đầu thì ko nói bệnh thận gì hết. Lúc XV BN ra làm sao? Tri giác lúc XV: phải khẳng định là tỉnh, do có khoảng tỉnh. Chỉ khó thở khi gắng sức, lúc ra nói đc cả câu chưa?

- Về: phù -> Furo tiêu đc 200 nhưng BN có thêm nôn # 400 -> ldnv là nôn ra máu, vậy thì phải theo dõi XHTH -> BV Đ.D có xử trí như XHTH? Nếu là XHTH là BV sẽ đặt sonde mũi dạ dày, tháo lưu dịch, kiểm chứng xem có phải máu (Chuyện đầu tiên), có choáng mất máu thì thử máu, truyền dịch, truyền máu, phải hỏi đc phân mấy ngày trước thế nào. Cái phải hỏi là BV Đ.D đã xử trí gì. BV chuyển liên: lơ mơ + máu bần đen mà lại ko làm gì (Lạ). Sau đó lại ko đặt sonde tiểu.

- Y6: nếu ở tuyến này thì sẽ hỏi em làm gì? Sonde mũi dạ dày tháo bớt dịch thì BN bớt nôn và theo dõi đc lượng dịch mất. BN lơ mơ có thể sẽ ko hợp tác để đặt tube Levine.

-

CTM 22/2: PLT 109

BUN 210 Cre 14.48 eGFR 2.66

Na 134 K 5.5 Cl 99

27/2 BUN 149 Cre 10.16 eGFR 4.08

K 143 K 3.8 Cl 108 Ca 1.9

TPTNT 28/2

pH 5.5 SG 1.015

Glu ++ 500 mg/dl

Pro +- 15 mg/dl

Blood ++ 50

Siêu âm bụng

Nang 2 thận / bệnh lý chủ mô thận mạn 2 bên

ĐVĐ: (Cô sửa)

LDNV lại là CĐ chuyển viện và CĐ này rất tệ: BN có suy tim ko? Ko có gì, điều trị cũng ko có j của suy tim. COPD là tiền căn. Eg suy thận mạn trên tiền căn suy tim và COPD (suy tim gđ mấy nếu stim mạn, còn ko phải cấp thì ko phải là ldnv, thì điều trị như cũ, ko đổi. COPD ko vào flare thì lấy thuốc cơ bản). Điều trị “kháng tiết, băng nm” lại hoàn toàn ko match -> bị trừ điểm vì LDNV. Nếu v lý do chuyển viện ca này là gì? “Phát hiện Crea cao”: đồng ý, là vđ số 1. Cre 11 là rất nặng. BV Lâm Đồng có máy chạy thận nhưng tại sao ko chạy do Cre trên 10. Vậy tại sao chuyển lên? Ng ta đang điều trị XHTH, làm sao khẳng định ổn? Có bao h XHTH mà sinh hiệu ổn? Sợ XHTH -> ghi XHTH trên, nhẹ, tạm ổn, nghi do viêm loét gì đó (ko bắt buộc phải đúng, có nghi thì sẽ điều trị được). Nếu đã ổn thì ko phải là lý do chuyển.

Cre cao: chỉ định chạy. Muốn chạy thì phải dùng kháng đông, như v thì BN này thành bệnh khó, nếu BV tỉnh ko có nguồn máu dự trữ thì chà chuyển lên CR. Nhưng BN có thể tử vong giữa đường. Cô làm 30 năm chưa thấy HC urea huyết cao gây lơ mơ -> PHẢI LOẠI TRỪ HẾT rồi mới nói do HC urea huyết, BN có tai biến v.v.? XHTH xuất hiện đồng thời với lơ mơ nhưng đã nói XHTH nhẹ. Ngủ gà suốt ngày -> còn chi tiết gì nữa ko? Giữa ngủ gà, lơ mơ và tỉnh, tiếp xúc chậm là có cải thiện -> vấn đề Rối loạn tri giác. XHTH muốn CĐ thì phải nội soi, mà BN này sẽ ko hợp tác nuốt ống soi. Phải suy nghĩ kĩ từng vấn đề rồi giải quyết hợp lý.

Tóm lại BV Lâm Đồng chẩn đoán thiếu. Mà có suy tim -> mà lại truyền dịch. Suy tim dù ko phù nhưng vẫn dùng lợi tiểu nhẹ nhàng để giảm tải. XHTH nhẹ thì chỉ cần truyền dịch để giữ vein. Ko bỏ chữ “nghi” do BN RLTV. Và RLTV KHÔNG CÓ DẤU THẬN KINH ĐỊNH VỊ thì phía sau mới nghi do chuyển hoá đc. Bệnh án phải khai thác dấu TK định vị vào bệnh sử chứ ko

phải “ngâm hiểu”. Ở phòng cấp cứu: giờ 2 tay 2 chân lên. Vào CR cũng ko ghi nhận dấu TKĐV. Ca này vô MẠCH CHẬM 66, có HA cao thì là HC tăng áp nội sọ.

Mạch CÓ KHUYNH HƯỚNG CHẬM (ko chỉ là “không tăng”) liên quan? 1/ HC TALNS (RLTG làm cho mạch chậm, nhưng HA ko cao). 2/ Rối loạn điện giải: tăng Kali, đo điện tim (T cao nhọn, QRS dẫn rộng. Nhịp chậm lq # block AV -> được quyền đoán là tăng Kali và xử trí luôn, cho canxi, mắc monitor theo dõi. Còn insulin thì do BN suy thận sẽ giữ insulin lại nên insulin td nhanh sẽ thành kéo dài. Phải bấm đường trước dùng. Nếu chỉ dùng đường mà ko có insulin thì ko hiệu quả do td chính là insulin. BN này lơ mơ sẵn nên rất dễ hạ ĐH mà ko ai biết, còn ko ăn gì nữa, rồi ko biết gan làm sao, còn dự trữ glycogen thế nào. Ở dưới truyền 500 ko biết đường hay muối, ko đc đặt tube Levine. Lẽ ra phải đặt Levine 1st: máu có đang tiếp diễn, súc rửa dạ dày lấy bớt máu bầm máu cũ, kiểm tra XH có tái phát, nuôi ăn. BN này dùng Insulin là ko có lợi. Thứ 1 là canxi, thứ 2 là FUROSEMIDE.

Furo? Chỉ định? Tiểu ít không phải là chỉ định Furo, tiểu ít phải KHÁM XEM BN dư nước hay thiếu nước. Hầu hết BS phản xạ rất kì là BN nói ko tiểu là chích Furo. BN này có phù toàn thân, nước tiểu ít, sinh hiệu ổn nên chích Furo được. Nếu đang XHTH ào ạt thì ko đc chích. Điều kiện để chích được Furo? HUYẾT ÁP PHẢI TỐT. 120/80 cũng cẩn thận, nên khởi đầu bằng liều thấp: 20mg vs ng có chức năng thận bt. Còn thận suy -> đc phép liều cao hơn: khởi đầu 40 (do suy thận nặng). Còn nhất tay thì chích 1 ống VÀ ĐẶT SONDE TIỂU THEO DÕI (bắt buộc).

Bicarbonate? Có toan chuyển hoá. Có toan thì mới đc dùng HCO₃. Chứ HCO₃ trên 20 thì ko truyền do nguy cơ quá tải tuần hoàn (BN đang thiếu niệu). Phải có KMDM hoặc khí máu TM chứ ko khơi khơi mà phun ra.

Nguyên nhân ngưng tim đột ngột nhiều nhất ở BN suy thận là TĂNG KALI.

Beta 2 agonist? Ventolin hoặc Salbutamol: PKD hiệu quả tương đương truyền hoặc tiêm dưới da.

Kayexalate? Nếu dùng seretide (có cor và salmeterol) thường xuyên thì có khả năng hạ K nhiều hơn là tăng K. Nếu BN chỉ tăng K vì tăng Crea, dùng mù đc ko? (Chưa có kết quả Kali): KHÔNG ĐƯỢC. Resin trả giá: tăng Na (gây THA 1 ít cũng đc), thủng ruột (biến chứng thủng ruột non do hoại tử, đã chứng minh thấy vùng hoại tử có kayexalate) -> KHÔNG DÙNG KAYEXALATE MÙ. Như v vô BVCR khoan cho thuốc gì.

- Cre tăng 11 mg% trên BN có tiền căn BTM. Phân loại giai đoạn là của BỆNH thận mạn, NOT SUY thận mạn. Phải ghi BỆNH thận mạn gđ 1-5. Chỉ riêng BTM gđ 5 tương đương STM gđ cuối.

- XHTH ...

- RLTG (-) TKĐV

- Phù TOÀN THÂN (chỉ “phù” thì ko có điểm). Có đi chung vs thiếu niệu? Cái nào có trước? Coi lại ngày 2-7: uống 1L/d mà tiểu ko rõ (key ở chỗ này). Coi như trước đó bt, sau đó phù rồi mới thiếu niệu. Như vậy phù toàn thân + thiếu niệu. Ngày mấy? Ngày 3 (đếm ngày do biến chứng phụ thuộc ngày). Lúc NV BN còn phù? -> Phải hỏi người nhà. Nếu nằm liệt hay sinh hoạt thì (lơ

mơ đã 3d thì ko đi đâu -> tiểu bằng cách nào. BN này k thể nào tự sinh hoạt nên hỏi ng nhà thay tã thế nào) phù lúc nào rõ hơn? Lúc nhập CR ko ghi nhận phù. Nên để dấu chấm hỏi, nghĩ ngày NV đầu tiên BN vẫn còn phù.

- Mạch khuynh hướng chậm
- Thiếu máu mạn (từ từ chữa. Nếu ko phải do XHTH thì ko có chỉ định truyền máu liên - theo CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ)
- Tiền căn THA, COPD (có cơn kịch phát gần đây sau hít khói).

Bây giờ CLS:

- Bắt buộc đầy đủ: làm lại BUN Cre (phải thử lại). BUN đọc trước 210, Cre 14.48 (KHÔNG ĐỌC eGFR: nhắm mắt cũng biết dưới 10. Và nếu nghĩ suy thận cấp thì eGFR ko ảnh hưởng gì tới diễn tiến). Có những lúc eGFR là crucial, nhưng có lúc nó bậy bạ. Lúc này BN có chỉ định chạy thận.
- Từ 11 tuyến dưới lên 14 CR thì có nói STC đc ko? KHÔNG, do Cre quá cao. Cre tăng 0.3 thì chỉ có ý nghĩa vs Cre dưới 2. Như vậy phải xem GFR có giảm dưới 50%. Như vậy lúc này TTTC phải dựa vào nước tiểu (0.5 ml/kg/h trong 6h), nhưng như vậy lúc này là quá trễ. Bây giờ muốn biết phải TTTC ko thì phải gọi điện xuống BV Đông Dương đầu tiên xem Cre bao nhiêu.
- Tính máy ra ca này Cre 0.7 thì ở BV tuyến dưới sẽ ko nghĩ suy thận. Phải load công thức eGFR. Với Cre dưới 2 thì eGFR thực sự có vai trò. Nếu BV Ng Trãi đã CĐ suy thận thì BN Cre ít nhất 1.5. 90% bác sĩ nội khoa thì 2 là chắc chắn suy thận (gặp BS ngoại là mời BS nội liên). Nếu BN ko có Cre nền cách đây 2y thì khó lòng nói BTM gđ 3. Nếu Cre 2 thì eGFR đã 20 là GĐ 4. Cộng thêm “cái gì đó” của COPD gây suy thận nặng hơn: nhiễm trùng, thiếu nước (lo thờ mà ko lo ăn uống nên tăng mất nước ko nhận biết -> phải truyền đủ nước). Mà COPD vào đợt cấp có thể suy tim P nên tuyến dưới ko truyền nước.
- Chạy thận nhân tạo khẩn cấp để cứu mạng BN.
- Kali 5.5: ko đủ đôi nhịp tim. Có tăng nhưng ko tăng quá nhiều để ảnh hưởng mạch. Như vậy chắc chắn đo ECG: nhịp xoang 90, ko có sóng T cao nhọn: hợp lý K 5.5.
- Giờ dựa vào đâu để biết cấp hay mạn: siêu âm bụng. Nhưng trước đó BTM 4 thì có thể thận nhỏ. Ca này đo kích thước thận KHÔNG TEO -> đặt dấu chấm hỏi: lúc này là cấp. Ko có ca nào BTM gđ 4 mà thận ko teo (trừ khi ĐTĐ, thận đa nang, lupus, đa u tủy, HIV, thoái biến dạng bột). (HIV tiến triển nhanh). Ca này bắt buộc TTTC gđ 3 trở lên (thiếu niệu ngày ?). Ngày nào? Phải biết khởi đầu từ lúc nào, tốc độ tăng bao nhiêu thì ko biết. 2 ngày tăng 3 mà ko biết Cre nền. (Đi thi phải biết lấy Cre nền). Ca này là STC trong bệnh viện.
- Ngoài cộng đồng chết 30-40%, BV 50-60%, ICU 80-90% do kèm suy đa tạng. Nên BN nằm ở đâu thì phải biết. Ca này chắc đã phù lúc đợt cấp COPD.

Tóm lại: BA này khá hay mới phân tích được.

Học bám sát định nghĩa.

Phân xét điều trị tuyến trước chứ đừng mù quáng.

TRÌNH CÔ BÍCH HƯƠNG (3) Y6

BN Ng V Kiều, Nam, 54y

Tiền Giang

Nông dân

22/2/19

G47 P8

Nôn + tiêu chảy

BN phát hiện THA, ĐTĐ cách 10y, kiểm soát không tốt. Có biến chứng mắt, tim, TK. Creatinine nền 1.2 mg/dL (CrCl 63 ml/min/1.73 -> LỖI SAI LỚN, ko dùng Cockcroft Gault để ra eGFR). Co Gault là ước đoán độ thanh lọc Creatinine, sẽ lớn hơn GFR. Có tới 10 công thức ước đoán thanh lọc Creatinine. Co Gault là 2 giáo sư người Canada. Cô thấy công thức Nhật có hàm lũy thừa, nam nữ riêng, tương quan tốt vs ng Việt hơn nhưng quá phức tạp nên vẫn xài Co Gault do đi tới mọi cấp cơ sở vẫn có thể làm đc.

Khác nhau giữa eGFR và CrCl? Cockcroft Gault ko đoán eGFR mà là Clearance Cre 24h, thay vì giữ nước tiểu 24h làm CT UV/P thì dùng Cockcroft-Gault. Nhưng CrCl Cre 24h ko phải là GFR, do nó sẽ lớn hơn GFR thực sự (bài tiết thêm). GFR thực sự phải dựa vào Inulin (hâm nóng, chờ en plateau, đo khó, chỉ trong PTN chứ ko thể ra lâm sàng), clearance Inulin # 99% so với GFR. Chính xác nhất là đồng vị phóng xạ I 125 iodthalamate (chỉ có ở Mỹ, tiêm vào, đo nồng độ trong máu & nước tiểu, vẫn là UV/P nhiều thời điểm và lấy trung bình cộng: lấy cái “vàng”). Lấy tuổi, giới, chủng tộc để làm thành công thức, đoán đc con số trực tiếp GFR).

Cách NV 3d, BN nôn dịch vàng lẫn thức ăn # 700ml, tiêu chảy phân lỏng vàng ko nhầy máu # 400ml. Đau bụng quặn cơn âm ỉ, giảm sau đi tiêu. Sốt nhẹ ko rõ NĐ. BN ăn kém # 150 ml cháo/d. Tiểu 400ml nước tiểu vàng sậm, ko bọt, ko đục. NV BV Cai Lậy, nằm 2d. Trong quá trình nằm viện, BN hết sốt, giảm nôn, tiêu chảy giảm # 200ml/d, ăn uống kém hơn 50 ml cháo, tiểu ngày càng sậm màu, dưới 100ml/d.

Cre 7.27 mg/dL

WBC 10.2 K (Nói là CÔNG THỨC MÁU, chứ chỉ nói bạch cầu thì ko biết bạch cầu ở đâu). HbA1c 12.52%. ECG: NMCT dưới nội mạc.

CD: STM gđ 5, NMCT dưới nội mạc, ĐTĐ2, tiêu chảy nhiễm trùng, RLLM.

ĐT: NaCl 0.9% ko rõ bao nhiêu chai (HỎI BỆNH NHÂN ngày truyền mấy chai to chai nhỏ, kiểm giấy đóng tiền). Furo 20mg. Clopidogrel 75mg. Cipro 0.5g. Ator 20mg

Furo: viên 40mg hoặc 1 ống 20mg.

Bổ sung những cái mình biết eg Clopi 1v 75mg (u)

Humulin R 70/30, sáng 15 chiều 8

BN ko đau ngực, ko khó thở, ko chóng mặt, sụt 2 kg/3d.

TTLNV BVCR (TẠI SAO CHUYỂN? BS tuyển dưới tư vấn BN nặng nên chuyển -> RỐT...)

Tình tx tốt

Niêm nhạt, ko phù

Tim đều phổi trong bụng mềm cầu BQ (-)

Bệnh án này là RỐT. Mỗi triệu chứng đều thiếu tính chất, ko giúp định hướng. Chẳng hạn đau bụng hoàn toàn ko biết là gì, là hậu quả, nguyên nhân hay nhồi máu, ko rõ vị trí. Đến Bv tỉnh lại có NMCT dưới nội mạc -> phải quay ngược lại tìm giá trị gợi ý. Viêm dạ dày, viêm tụy cấp, NMCT, ngộ độc thực phẩm. Có rối loạn tiêu hoá, ăn uống gì lạ 3d nay. Có những cái nôn cả tuần mà ko NV: mức độ nhẹ, tự giới hạn rồi bị lại, và bị lâu rồi. BN này bệnh ngắn ngày: còn khó hơn. Ngày hôm đó có ăn uống gì lạ ko (PHẢI NÓI ĐƯỢC), có ai ăn chung ko, bệnh cảnh thế nào. BN có uống nước không.

Điểm cao nếu biết hỏi lại. Chứ nếu ko thì BN khai bao nhiêu ghi bấy nhiêu.

Câu đầu tiên “kiểm soát ko tốt”? BN bệnh lâu năm là có thuốc nền -> phải chịu khó tìm hiểu thuốc nền của BN. Tỷ lệ kiểm soát tốt rất là thấp, nên chuyện BN kiểm soát ko tốt là chuyện bình thường. BN mất 500 là đã khát rồi, hạ HA tư thế, có chóng mặt khi thay đổi tư thế: là TrC có thể hỏi BN được. BN mất hơn 1000 mà ko chóng mặt -> MISSING DATA: uống thêm, hoặc mất ít hơn thực tế. Nhưng ko đc quyền gom hết tất cả 1 lần, eg 1 lần ào ra, hay ói rất nhiều lần nên nước mất ko nhiều nhưng BN rất mệt. Lượng thì nói tổng sau khi nói số lần (ói 7-8 lần, tiêu chảy 4 lần, tổng lượng mất là 400ml. Nếu phân 100 ml/lần là phân ko nhiều, mà ghi “phân lỏng” là ước đoán sai.

Sốt nhẹ: có trời mới biết phải sốt hay ko.

Làm sao biết nhập BV Cai Lậy có tình trạng mất nước không? Nhẹ 500, nặng 1000, trung bình 500-1000. Biểu hiện đo được (measurable): sốc, mạch nhanh, HA tụt. Xử trí ngay phòng cấp cứu là la lên, cắm 2 đường truyền, thở oxy, theo dõi HA thường xuyên, ko tháo máy đo HA ra luôn. Còn nếu ko có gì hết là xuất nhập ko tin được.

Nhập BV Cai Lậy: gom vô chung 2 ngày là sai. BS sẽ giải thích, nói ng nhà bệnh nặng lắm, nếu hồi sức ko đc thì sẽ chuyển để ng nhà chuẩn bị. BN sẽ đc nằm ở phòng cấp cứu, hoặc phòng lưu - > HỎI: BN có được chuyển đi đâu ko? Muốn nói STC thì Cre là vứt đi. Nước tiểu giảm là có thể nói STC đc rồi. Hoàn toàn ko biết tri giác BN. Sốt nhẹ nên “hết” thì ko biết phải rõ ko.

Lý do nào vào Cai Lậy? Cai Lậy có chữa đc rối loạn tiêu hoá? Được, thấy BN hết sốt, giảm nôn, giảm tiêu chảy. Đau bụng giảm ko thì ko biết. Như vậy thì kiểm soát đc hết: bù nước (đúng). Cách hỏi sao cho biết bù dịch thế nào? 2 hay 1 đường truyền, chảy nhanh hay ko, bao lâu thay 1 chai, hỏi người nhà do người nhà lúc đó chỉ còn ngồi canh BN, nghe BS nói. Bắt buộc phải hỏi đc, trừ khi BN vào ICU.

Nhìn vào đây thấy có gì lạ? Vấn đề số 1: rối loạn tiêu hoá. Cái thứ 2: vấn đề nổi bật là có NMCT dưới nội mạc (ko biết cấp, bán cấp, mạn). Thiếu rất nhiều, ko có men tim, hs Troponin... BVĐKKV Cai Lậy là BV huyện, có thể ko làm được men. Còn thời gian vàng, bạc j ko? NMCT ??? nhưng chết nhanh lắm nên phải loại trừ đầu tiên ở phòng cấp cứu.

Vấn đề thứ 3: thiếu niệu đi đến vô niệu ngày 3. TẠI SAO KHÔNG ĐẶT SONDE TIỂU? Phải ghi “BN KHÔNG ĐƯỢC ĐẶT SONDE TIỂU” thì còn có điểm. Sonde tiểu ko đc lưu nhưng có giá trị rất quan trọng, nếu không làm là có chuyện. Chứng tỏ lúc NV BN đã có tình trạng vô niệu. Tiêu chảy mà vô niệu -> mất nước phải nặng. Ngoại trừ sinh hiệu chưa biết. Phải xem có choáng, tụt HA, ở đây ko cho biết HA. Đơn giản nhất là ng nhà nắm bóp tay chân: hỏi có lạnh tay chân, mát, GIẢM TUỔI MÁU THẬN. Tại sao CẦN HỎI, CẦN TÌM BN CÓ CHOÁNG KHÔNG (xây xẩm, chóng mặt, tụt HA, BS giải thích bệnh nặng). PHẢI TÌM 1 SỰ TƯƠNG QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG MẤT NƯỚC VÀ SUY THẬN. Nếu nước mất ko nhiều mà STC thì STC ko phải do mất nước, mà nếu v thì do cái gì. KEY LÀ PHẢI TÌM CHO RA TỔNG LƯỢNG NƯỚC MẤT, TRÊN 1000 LÀ KHẢ NĂNG GÂY STC. Ngày mới tới BV chỉ mới thiếu niệu, sau đó nằm trong BV mà vô niệu luôn -> có SỐC NHIỄM TRÙNG KO? (mất nước do vào khoang thứ 3, dù có thể tổng lượng mất ko nhiều).

Furo??? Tại sao chính? Ca này chính vì ko có nước tiểu. Mà ầu, lỡ BN có u TLT. Cầu bàng quang khám Cô ko tin. Cô kể ngày xưa có BN nữ 84 y, mẹ của 9 bác sĩ, BN nặng, lúc sau cô phát hiện BN 3 tháng nay đã CD STM gđ cuối, nhưng 84y nên từ chối ko muốn chạy thận. Nội trú khám: cre 6, người khô lắm, mà tiểu đc 1 lít, tiền căn THA. Sao biết tiểu 1L: cân tã áng chừng. Có thể rơi vào nhóm bệnh thận mất muối: bệnh của ông thận (suy thận rất nặng nhưng vẫn tiểu được). BN bụng bèo nhèo, cô nghi ngờ có cầu bàng quang. Từ chối đặt tube Levine. Giờ làm gì? Siêu âm thì thấy có nước tiểu nhưng ko nói bí tiểu hay ko. PHẢI ĐẶT SONDE TIỂU: ngày hôm sau ra 2L, hôm sau 4L -> phải truyền nước xối xả. Sau nằm 1 tháng, đo áp lực đồ BA thì thấy BQ giảm trương lực nặng, nhưng do khô nên thận ko ứ nước -> SUY THẬN VỪA TRƯỚC VỪA SAU THẬN (khi đó thận ko ứ nước). Sau XV 1 tháng Cre chỉ còn 2 như vậy BN từ chối chạy thận là đúng. Như vậy có nhiều cái hoàn toàn ko biết được. BN cấp trên nền mạn, hồi phục đc. Bí tiểu mạn do tiểu được ngày 1 lít -> BQ phải căng quá, vượt quá áp lực cơ thắt vân nên sẽ tiểu ra, nhưng k bao h cảm giác hết, bà quá già nên ko than phiền và tình trạng kéo dài quá lâu. (“STC ở người lớn tuổi”, tạp chí y học). Mọi BN trong đầu có nghĩ STC thì VIỆC BẮT BUỘC PHẢI LÀM LÀ ĐẶT SONDE TIỂU THEO DÕI NƯỚC TIỂU MỖI GIỜ. Đầu tiên: loại bí tiểu. Thứ 2: chẩn đoán sớm hơn cả Creatinine.

Cre BN này là 7 và nghĩ mọi chuyện cách đây 3 ngày: đúng hay sai? 1 ngày ko thể nào lên 6 được! Nếu vậy thì vào Chợ Rẫy Cre sẽ là 13. Ca này lúc NV BUN (BUN NÓI TRƯỚC) 84, Cre 8.08: tăng # 1: từ 1.2 lên 7 mất 6 ngày. Như vậy bệnh sử 3 ngày là ko chính xác. Chuyện gì xảy ra trước ngày 3? Ngày 1 tiêu chảy, ngày 2 vào Cai Lậy, ngày 3 làm XN -> nếu mỗi ngày tăng tới 2 thì phải có cái gì khác mất nước. Nếu do suy thận thì mỗi ngày chỉ tăng 1. Nếu tăng nhiều hơn 1-1.5 thì có chồng thêm 1 bệnh nữa đi kèm, eg hoại tử cơ, nhiễm trùng. Nhiễm trùng bất cứ cơ quan nào: làm tốc độ tăng Cre nhanh hơn, do huỷ mô, làm SP azote tăng nhiều hơn. Thấy từ dưới 7.2 lên BVCR 8 thì là phù hợp suy thận. Như vậy ở dưới có MISSING DATA.

Ở dưới Furo là bậy rồi. Ko thể vừa truyền vừa lấy nước ra, khi nào hồ mới đầy. “Bài toán hồ nước”: đầu tiên là đang thiếu, đủ hay dư nước. Coi vòi ra: có bao nhiêu, tự nhiên hay bệnh lý (tiểu, da, tiêu hoá, ống dẫn lưu). Đường vô: tự nhiên (uống ăn) hay can thiệp (truyền dịch). Tui ko biết dưới Cai Lậy làm gì, thì ko biết có tụt HA hay ko. Nhập M 80, HA 140/80. Ở Cai Lậy BN mất nước, vô niệu thì tính nhập xuất sao? Tiểu 100, nôn 200, mất ko nhận biết 500, tiêu chảy 200 -> mất 1L. Bây giờ hồ còn hay thiếu nước? Ở Cai Lậy thì khả năng thiếu nước, ĐTD 10 năm có biến chứng thần kinh nên nếu có chóng mặt sẽ là dấu quan trọng. Nếu bây h có chóng mặt, HA 140/70 mà THA thì ko chắc HA này là ko thiếu nước. (Mạch thì ko chính xác, lờ BN dùng ức chế beta chẳng hạn, Đ.D đo mạch ko chính xác) -> Việc này xác định bằng cho BN ngồi dậy đo HA ngồi. **NẾU BN CÓ TIỀN CẢN THA, KHI THIẾU NƯỚC THÌ CÓ THỂ** tăng HA (co mạch), giảm HA (mất quá nhiều) như vậy ở BN THA **KHÔNG ĐƯỢC NÓI HA NÀY BÌNH THƯỜNG HOẶC CAO NÊN SUY RA BN MẤT NƯỚC KO NHIỀU** (câu này có thể đúng nếu trước đây không THA). Gđ sớm co mạch, HA cao hơn nữa (140 h lên tới 180) -> cho hạ áp, dẫn mạch -> HA tụt lên, =0. Lúc này BS nói ủa sao kì vậy, do thuốc này trước giờ BN xài. Do quên rằng thuốc dẫn mạch lúc này tác động trên lòng mạch mà thê tích trống không.

Để tránh sai lầm này: Trước khi quyết định sử dụng thuốc hạ áp trên BN tiền căn THA, bệnh sử có thiếu nước -> **PHẢI ĐO HA TỰ THỂ**, bất kể lúc đó HA bình thường hay cao. Phản xạ: khám có dấu mất nước thì làm Tilt test (ngồi thông chân), vd HA 180 còn 140 -> truyền 1 lít nước muối, đo lại HA 150. Ngày hôm sau truyền tiếp 1 lít, HA còn 140. Đọc lóm hồ sơ: “điều trị THA bằng nước muối”. Phải khám mọi BN. Nếu ko tiểu ra do mất nước thì truyền nước vào là nhanh nhất để có nước tiểu. Tilt giảm 10 mmHg (nằm 140 thì ngồi sẽ là 150 đv ng bình thường: **Y NĂM THỨ 2**). Bây h nằm 140 mà ngồi 130 là phải truyền ít nhất 1 lít trong 24h và khám lại sau 8h. Đáp ứng BN vs truyền dịch chỉ được khi đặt sonde tiểu). 24h sau rút sonde tiểu. **NHƯNG KHÔNG ĐẶT ĐƯỢC KHÔNG?** Được. Đặt, nếu có dấu mất nước trên LS thì **BẮT BUỘC ĐẶT**. Cái phát hiện sớm nhất hiệu quả truyền nước là nước tiểu.

BMI KHÔNG BAO GIỜ TÍNH TRONG GIAI ĐOẠN CẤP. Làm ở phòng khám. Vào BV thì ko bắt buộc tính BMI. Để cân nặng, chiều cao thì có điểm, mà có BMI thì lại mất điểm.

TRÌNH BỆNH CÔ BÍCH HƯƠNG (4) Y6

- Không đổi mốc thời gian bệnh.
- BN càng nhiều bệnh thì vấn đề càng nhiều, dễ đặt sót.
- Thi: cô ko bao h chọn BN nhiều bệnh để đi thi.

BN Ngôn, Nam, 42y

Đồng Tháp

Phụ hồ

G48 P8

4/3/19

BV Sa Đéc chuyển: STM gđ cuối - Tăng K máu

BN CĐ STM gđ cuối cách 6m tại BVCR, ko rõ Cre, chưa đc tư vấn điều trị RRT, tự bỏ đt 1 m.
Bệnh 12d

N1-7: phù 2 chân từ cẳng chân trở xuống, mềm, đối xứng, ấn lõm, ko đau kèm buồn nôn nhiều, nôn thức ăn dịch xanh 3 lần/d, tổng 400ml. BN không sốt, đau ngực, khó thở, nhập 1L/d, tiểu vàng trong 1L/d, ko gất buốt.

N8: mệt nhiều, phù tăng, tiểu 500ml/d, nhập như cũ -> NV BVĐK Sa Đéc: truyền 2 chai NaCl 0.9% 500ml, tiêm ko rõ, thấy giảm phù, đỡ mệt, ko còn nôn, ho giảm. Tiểu 1L/d. Uống 500 ml/d.

N11: sốt 38, tiêu lỏng 3 l/d tổng 500ml. ĐT hạ sốt, truyền 1 chai NaCl 500ml, đặt catheter đùi và CTNT.

N12: hết sốt, phù giảm, tiêu lỏng 2 l/d, 500ml. BS giải thích bệnh nặng -> chuyển BVCR.

CLS ghi nhận Cre 18.44, BUN 160, K 7.3 -> chạy thận: 4. ĐT Furo 2 ống x2, kalimate 5g 1 gói x3 (u), methyldopa 250mg 1v x3 (u). BN ăn uống 400ml cháo/d, sụt 4 kg/12d.

Nhập BVCR: tỉnh, tx tốt. M 80, HA 140/90, 20, 37.5. Gallop T3, mỏm tim KLS 7 ngoài 2 cm. Phổi trong. Da xanh niêm nhạt. Phù nhẹ 2 chân. Cầu bq (-). 59kg, 1m55.

- N11: sốt, tiêu chảy. Lúc mới vào chỉ có phù và mệt. “Mệt” này có khó thở ko? Vào NV thì nói diễn tiến liên, chắc chắn XN liên, có thể N9 ra kết quả. N10 cũng ko làm gì, chỉ truyền nước. Đến N11 mới can thiệp, mà XN chắc chắn làm ngày đầu tiên -> LẠ QUÁ. Kali máu tăng là khẩn cấp rồi. May mà có tiêu chảy nên Kali tăng (tiêu chảy làm mất Kali). BUN và Crea phải ghi lúc ngay trước chạy thận. Đôi khi BN từ chối, ko muốn chạy thận nhưng mỗi ngày BS hỏi lại, BN đồng ý. Khi chạy thì chắc chắn BN rút nước. Nhưng BN ngoài phù (vấn đề N1-7), mệt (vấn đề 2,

làm BN ko đi làm nổi nữa nên phải khám). Vào Sa Đéc có 2 vấn đề, tại sao lại thêm vấn đề 2. Nghĩ chính Furo nên BN giảm phù, giảm mệt (cô chỉ bám vào vở chính của BN).

- Kết quả nghĩ 48h đầu, nếu v thì ngày 10 đã có chỉ định chạy thận. Thì tại sao N11 mới chạy? Thường CTNT là chạy theo ca, có khi chủ nhật có người trực nhưng ko máy nào chạy (do ca 2-4-6 và 3-5-7, còn CN là ngày rửa máy). Quan trọng là BN có đc giải thích chạy và đồng ý chạy hay không. Kali 7,3 mà đi tiểu đc, chưa đt nội khoa gì cả. Kali có cao bao nhiêu thì chạy NẾU ko đáp ứng điều trị nội khoa. Lúc này có thể cho calci clorid, resin. RESIN chỉ có thể có tác dụng khi đi kèm Sorbitol -> nên BN PHẢI TIÊU CHẢY ĐƯỢC NÊN MỚI LẤY RA ĐƯỢC. Như v BN NV rồi tiêu chảy là do bệnh hay do thuốc? Phải chăng tiêu chảy này là mục tiêu của BS (Kayexalate + Sorbitol). Như vậy hỏi xem trước chạy thận có uống gói này, chứ nếu ko phải tiêu chảy do ngộ độc thực phẩm, hay nhiễm trùng bệnh viện, hay HC ure huyết cao.

- Như vậy tiêu chảy là iatrogenic hay bệnh khác? Nếu bệnh khác thì vấn đề là cầm hay ko cầm? Phải ko cầm để kéo bớt Kali ra. Nhưng tiêu chảy mà có sốt: nghĩ tổn thương niêm mạc ruột thì dùng Kayexalate + Sorbitol là ko nên, ko có hiệu quả. Lúc đó vẫn xét dùng kháng sinh. Nhiễm trùng mà tăng chuyển hoá là Kali máu còn tăng nữa. Overlap tiêu chảy + sốt -> như vậy hỏi cái nào trước. Tiêu chảy trước, sau uống thuốc gói thì vẫn tiếp tục dùng. Ko đc loại cái phổi do mòm tim kls 7.

- Sốt chỉ 1 ngày nên đặt dấu chấm hỏi. Cân nặng? Cân khác nhau thì khó tin. Sụt 4kg trong 12 ngày: lạ! Do BN phù, ban đầu là tăng, sau đó giảm bớt. Sụt 4kg/12d: nếu BN ko phù thì hiểu, chứ nay ko biết so ntn.

- Vấn đề: sốt, tiêu chảy, tăng Kali đã chạy thận (ngày 11). Ngày 12 còn tiêu chảy, ngày 13 lên CR thì có gì: có tăng Kali? Không -> NÊN KHÔNG THỂ NÀO NÀM TRONG LD CHUYÊN VIỆN. LD chuyên sẽ là STM GDC cần chạy fistule.

- Tóm lại: 1/ Phù giảm, 2/ Mệt, cải thiện, 3/ Sốt, hết sốt rồi, 4/ Tiêu chảy, giảm rồi. 5/ Tăng Kali máu, đã giải quyết rồi -> Vấn đề 6 là STM GDC đã chạy thận nhân tạo 1 lần qua catheter TM đùi. Nếu chạy 1 lần đc thì chạy lần 2 dễ hơn. Hay đặt đùi P (dễ đặt hơn do góc chéch luôn catheter và BS thuận tay P. Cái gì bên P cũng dễ hơn. Có thể do bên P làm trụ nên máu đi dễ, ít nhánh hơn).

- Nếu đã đặt catheter thì cần biết đã mấy ngày do nguy cơ nhiễm trùng khi lên BVCR. Phải ghi “catheter đặt đc 2 ngày”. Giả sử vài nữa trên CR sốt thì: catheter ko đc để quá 7 ngày (có khi lâu hơn do ko còn đường nào khác làm). Catheter đùi cho tối đa 3-7 ngày (nước ngoài: 3 ngày). Cổ: catheter TM cảnh, để đc 3 tuần. Xưa: BN XV có catheter cảnh, cứng, rỏ tiền. 3 năm nay có catheter mềm, có khắc để luôn dưới da, nên 1 đầu trong TM, 1 đoạn dưới da và hết khắc là trôi khỏi mặt da nên sẽ tránh nhiễm trùng. Nay gọi catheter đường hầm (tunnel), đoạn đường hầm ngắn, có thể lưu ít nhất 3m. Có BN giữ tới 6m (suy thận tiến triển nhanh, chạy 6m, sau đó chức năng thận hồi phục lại!).

- Nguyên tắc: thấy ống nào trên người là phải biết nó đã mấy ngày.

- Tóm lại: hết sốt, HA cũng Ok, chỉ có cái gallop. Thêm vấn đề 7 là TIM TO, có thể có suy tim. Mà tim trái to, suy tim phải có TCLS, mà mấy nay truyền nước tá là mà ko sao.

- Vấn đề 8: thiếu máu.

CÁC VẤN ĐỀ:

- Phù toàn thân CÓ ĐÁP ỨNG LỢI TIỂU VÀ TIẾT CHẾ NƯỚC NHẬP (ghi vậy mới điều trị được). BN chích lợi tiểu rất rõ. Nếu đề “phù giảm” ko thôi thì ko biết làm gì tiếp. Còn ghi như trên thì biết nếu ko cần thì ko truyền normal saline. BN vô cr tiểu 500ml/d, còn tiêu chảy ngày 2 lần 500ml -> ĐƯỢC QUYỀN UỐNG? Có thể dùng lợi tiểu và tiết chế nước.
- Một giảm, vậy là cái gì? Khó thở do suy tim? (Phải rất rõ) BN suy thận mạn gđ cuối thì suy tim rất cao. Nên chưa biết chữa gì, nếu biết suy tim (khám thêm, CLS thêm: sung huyết phổi, bóng tim, ECG) để biết giữ lại hay bỏ luôn vấn đề này. Suy tim thì chữa lợi tiểu và tiết chế nước là đc.
- Sốt: vào BVCR là 37.5, nếu là chiều thì bt, nhưng sáng thì theo dõi -> theo dõi nhiễm trùng do BV tình ko cho KS. Phải khám LS toàn diện tìm ổ nhiễm, CTM, CRP (CTM bình thường thì làm CRP). 37.5 ko cần chp thuốc hay lau, chỉ cần theo dõi nhiệt độ 2 lần/ngày. Chụp Xq loại đc viêm phổi và khó thở do phổi.
- Tiêu chảy CẤP, NGÀY THỨ 3, KHÔNG MẤT NƯỚC (dưới 500): điều trị bù nước bằng đường uống theo yêu cầu (do ko phù). Cần CTM, XN phân (phân có bạch cầu thì dùng KS. BC tăng nhẹ thì KS uống, ko cần chích. Cần Ion đồ, do đang tiêu chảy mà muốn dùng lợi tiểu thì phải cân BN mỗi ngày. Cái mà Cô sợ nhất ở BN thận mạn là rối loạn tiêu hoá, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hoá.
- Kali tăng và đã được điều trị. VẬY CÓ TĂNG LẠI KO? Có thể. Cái gì làm tăng lại? 1/ Toan chuyển hoá, nhiễm trùng ko kiểm soát. 2/ BN ko đc chạy thận nữa -> Đến BVCR phải thử lại Kali, KMDM. Và Kali rất cần do BN đang dùng thuốc mất Kali. Ca này Kali tăng trên một cái tim ko bình thường -> rất có thể ngưng. Lúc vào BVCR K là 3.8: nếu dùng lợi tiểu, tiêu chảy nữa thì K sẽ giảm, lúc này có thể lại bù Kali (KHÓ).
- STM GĐC đã chạy 1 lần. Bt nếu chạy 1 lần thì Cre bớt đc bao nhiêu? Tuỳ theo số giờ chạy, và Cre bđ cao quá nên lần đầu chạy nhẹ nhàng, 2h, xuống còn 15-16 là giỏi. Có catheter -> XN lại BUN, Cre: BUN 179, Cre 14.41: HỢP LÝ, ở dưới có chạy. Như vậy vào viện là phải chạy cho BN luôn rồi, lần 2 có thể chạy 3 tiếng. Sau đó lên lịch chạy định kỳ.
- Tim to: nếu tiền căn ghi 2m nay một thì dòng đầu tiên của BS PHẢI BAO GỒM LUÔN. “STM GĐC 6m, một khó thở 2m nay”. Tim to trên LS -> cần XQ: chỉ 1 XQ nhưng giải quyết đc tim, phổi (viêm, sung huyết), ECG và siêu âm tim. Ở CR có thể thêm NT-proBNP (BVCR 1 tuần chỉ làm có ngày thứ 4 thôi, do chạy 1 bộ kit). Phải đi từ XN đơn giản, cơ bản nhất, chứ đừng nói tim to mà mới vô siêu âm tim. Và tim đập nhanh quá thì SÂ tim cũng khó. Cái nhanh, có liên thì làm trước. Đây là suy tim MẠN.
- Thiếu máu MẠN. Cần CTM. CTM giúp loại trừ nhiễm trùng. Hb 5.7, MCV 71.9, HCT 19.1, MCH 21.4, MCHC 298 g/dL. Nặng nhược sắc. STM dù vào gđ cuối thì Hb cũng cỡ 8. BN

này chỉ 5 thì chắc chắn có NN khác gây thiếu máu. Tiêu ko ra máu. Hồng cầu nhỏ nhược sắc nữa -> thiếu Fe hoặc RL sử dụng sắt (viêm mạn, nhiễm trùng mạn, thiếu transferrin). Thiếu Fe do giảm nhập, hay tăng sử dụng (nhu cầu: có thai, em bé). Chứ đừng biện luận: từ thiếu sắt mà bay qua con giun móc. Mặc dù biết chủ yếu là do tăng mất (mất máu rỉ rả -> phải đi hỏi). Hb mà 5 thì điều trị: có cần truyền máu? Lỡ vào phù phổi? -> Truyền trong lúc chạy thận. Nếu BN này ko suy thận thì phù do suy tim, sau lợi tiểu đáp ứng tiểu nhiều hơn thì có thể truyền máu (MÁU CHÓT LÀ PHẢI CÓ ĐƯỜNG RA NẾU MUỐN TRUYỀN MÁU). Thực tế vấn đề 6 (ESRD) là vấn đề số MỘT. Nếu BV Sa Đéc ghi kĩ về điều trị thì lên đây chép y chang. Nếu ở dưới truyền ngày 500 dù BN suy tim mà ko sao thì có thể ở đây truyền máu cũng đc. Vd muốn truyền thì chụp cái Xq xem có sung huyết phổi. Hb 5 mà mạn thì sách nói ko cần truyền máu, chỉ cầm bù sắt. Nhưng nếu Hb 5 mà BN suy tim, suy thận cần chạy thận, đang thiếu niệu thì chỉ định truyền máu của ca này là bắt buộc. Do chạy thận là rút máu BN ra, sẽ trở nên nguy hiểm. CTNT sẽ nói tui chỉ chạy nếu anh có máu truyền liền. Như vậy cần truyền máu. Nếu Cre 60, BUN 70, chưa có chỉ định chạy thận thì phải xem lại chuyện truyền máu và khẳng định lại chuyện tim.

Ko có BN nào ESRD mà ko có biến chứng. Chỉ cần 1 BN STM là hỏi được rất nhiều thứ: THA, suy tim, nhiễm trùng thì thêm kháng sinh, thêm ĐTĐ.
Còn khuyên: tìm những BN tương đối đơn giản và phân tích tới nơi tới chốn.