

# GIẢI ĐÁP UTI - 1

## BÀI TẬP TÌNH HUỐNG NHIỄM TRÙNG TIỂU

Bệnh nhân nam, 75 tuổi. Nghề nghiệp: làm vườn (đã nghỉ 5 năm). Nhập viện vì bí tiểu.

### Bệnh sử:

BN được chẩn đoán XHTH -THA cách 11 năm, biến chứng TBMMN cách 3 năm, gout 1 năm không điều trị và bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent – Suy thất trái (EF 37%)-Viêm phổi - Nhiễm trùng tiểu cách 1 tháng (BN có đặt sonde tiểu)-GERD- RL lipid máu hỗn hợp cách 1 tháng; chưa ghi nhận creatinine nền.

Thuốc đang dùng 1 tháng: Aspirin 81mg 1v, ticagrelor 90mg 1v x 2, Atorvastatin 20mg 1v, Spironolacton 50mg + Furosemide 20mg 1v, Pantoprazol 40mg 1v, Candesartan 4mg 1v, Isosorbide-5-mononitrat 60mg 1v.

Cách NV 14 ngày, BN xuất hiện tiểu khó, mỗi lần đi tiểu kéo dài 2 phút, phải rặn, tiểu xong còn cảm giác không hết nước tiểu, tia nước tiểu yếu, lượng 100 ml/lần, 8-9 lần/ngày, nước tiểu vàng trong, tiểu không gắt buốt, không sốt, không đau hông lưng, uống 1500 mL/ngày, ăn kém (cháo ít thịt băm+ 1 chai sữa ensure 240ml) tiêu phân vàng đóng khuôn, 1 lần/ngày kéo dài đến cách NV 3 ngày, BN đột ngột không đi tiểu kéo dài đến ngày NV, không có cảm giác mắc tiểu, không đau bụng, giảm uống nước còn 840 ml /ngày, BN cảm giác khát nước. BN tái khám tại BV Chợ Rẫy.

Xét nghiệm: TPTNT: pH 5, S.G 1.015, Glucose (-), protein 1+, bilirubin (-), Urobilinogen norm, Keton 5, blood (-), leukocytes (-), nitrite (-). Creatinin 3.9 mg/dL, BUN 46 mg/dL, eGFR (CKD-EPI): 14,14 ml/ph/1.73m<sup>2</sup> da; A.uric: 19,4 mg/dL.

Chẩn đoán: Đợt cấp/ bệnh thận mạn giai đoạn IV, THA vô căn, Gút, đau dây thần kinh tọa, bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt stent, u lành tuyến tiền liệt.

Thuốc toa về kèm thêm: bisoprolol 2.5mg ½ v, Febuxostat 40 mg 1 v, Methylprednisolon 4mg 1v, pregabalin 75 mg 1 v.

BN vẫn còn cảm giác căng tức vùng hạ vị, không đi tiểu được => BV Quân Y 120, không được làm xét nghiệm. Chẩn đoán: Đợt cấp suy thận mạn, bệnh mạch vành đã đặt stent ĐMV 3 nhánh (EF=32%). Xử trí: NaCl 0.9% 1000 mL TTM, thở oxy 3 lít/phút, đặt sonde tiểu ra # 1 L nước tiểu vàng sậm => chuyển BV Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không ho, không đau ngực, không đau đầu, không phù, không nặng mi mắt, không khó thở, không da vàng.

Tình trạng NV: Bệnh tình, tiếp xúc tốt. Mạch: 90 l/p, Huyết áp: 100/60 mmHg, Nhiệt độ: 37.0C, Nhịp thở: 20 lần/phút. Tim đều, phổi không rale, bụng mềm. Cầu bàng quang (-).

### Tiền căn:

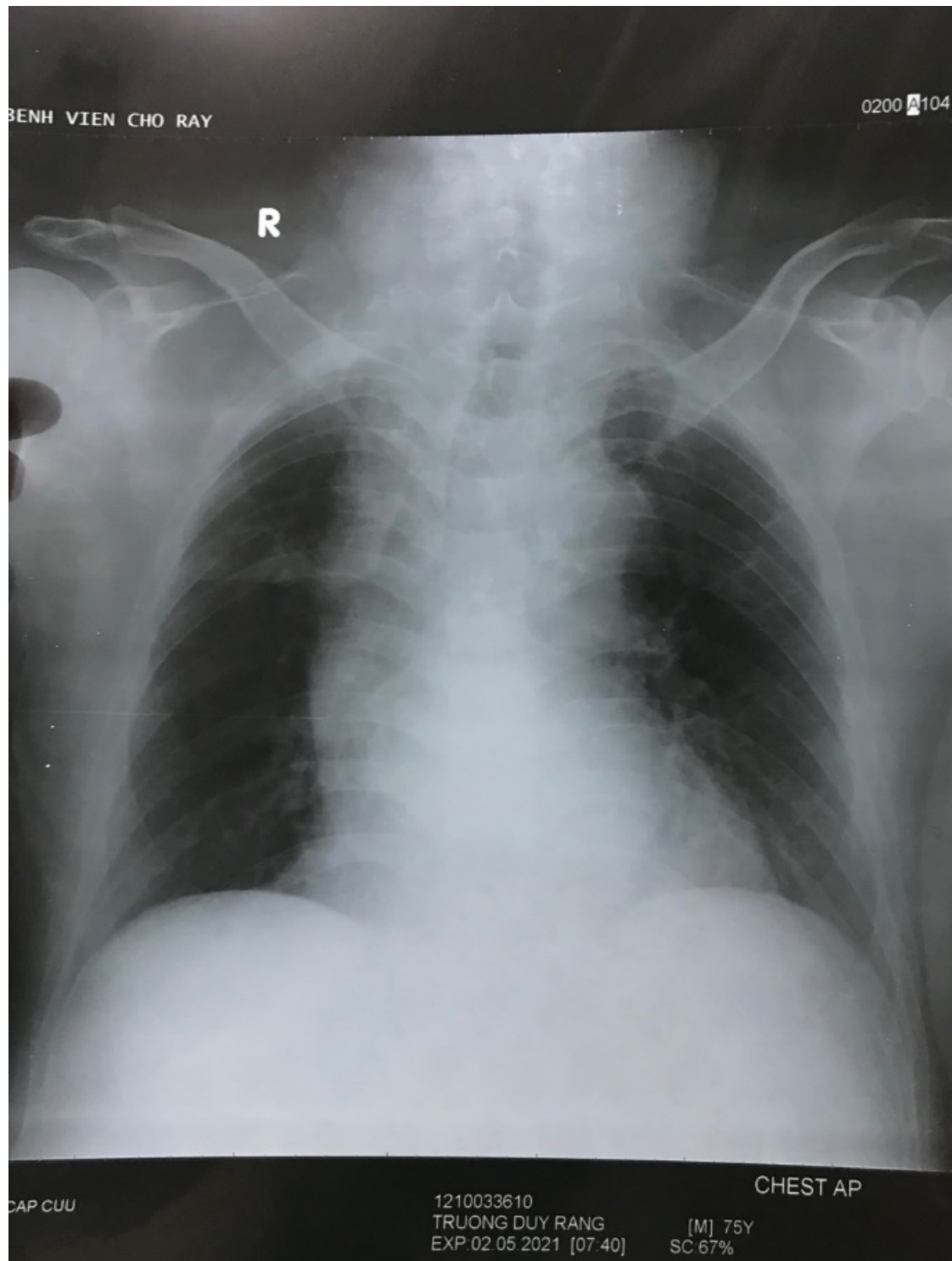
- Cách 11 năm: XHTH do loét dạ dày – tá tràng, được nội soi chẩn đoán và điều trị, Hp không rõ. BN đồng thời phát hiện THA, BN không theo dõi HA sau đó, không điều trị đến nay.
- Cách 6 năm: đau dây thần kinh tọa, được chẩn đoán và điều trị tại BV Quân Y bằng châm cứu, giảm đau nhưng không hết hoàn toàn, thỉnh thoảng tê hai chân, cảm giác châm chích.
- Cách 3 năm: đột ngột yếu tay (P) và chân (P), Chụp CT scan, chẩn đoán TBMMN, điều trị thuốc uống tại BV Quân Y 120. Sau điều trị, BN hết yếu tay nhưng còn yếu chân (P) kéo dài đến nay khiến BN đi lại khó khăn. Sau ra viện, BN chỉ uống thuốc theo toa 2 tuần, sau đó bỏ trị hoàn toàn.

- Cách NV 1 năm, BN đau-sưng các khớp gối, bàn chân, khuỷu tay hai bên, không đi khám, uống thuốc đông y không rõ loại, các khớp sưng đau giảm nhưng không hết, ngưng uống thuốc cách đây 6 tháng.
- Cách NV 1 tháng, BN đột ngột đau đầu, hoa mắt, nặng ngực, nhập BV 120 Quân Y, chẩn đoán: Cơn đau thắt ngực không ổn định, suy thất trái, THA, viêm phổi, Nhiễm trùng đường tiết niệu, Gút, Trào ngược dạ dày thực quản, được chỉ định chuyển BV Chợ rẫy để can thiệp tim mạch. Tại BV Chợ rẫy, BN được chụp mạch vành can thiệp, ghi nhận: LAD hẹp 90%, LCx hẹp 60-70%, RCA hẹp 95%, được đặt 2 stent Resolute tại nhánh LM và RCA, hẹn can thiệp sang thương còn lại sau đó. Chẩn đoán: cơn đau thắt ngực không ổn định, suy thất trái (EF=37%), THA vô căn, Viêm phổi do vi khuẩn, không phân loại; Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, không xác định vị trí- Bệnh gút không xác định- Bệnh trào ngược dạ dày- thực quản không có viêm thực quản- Tăng lipid máu hỗn hợp.
- Chưa ghi nhận tiền căn ĐTD, sỏi thận, lao phổi.
- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật hay chấn thương trước đây.
- Không uống rượu, không HTL.
- Không dị ứng thuốc, thức ăn.

**Cận lâm sàng lúc NV tại BVCR:**

BUN 72 mg/dL, creatinine 6.24 mg/dL, Na 127 mmol/L, Ka 3,4 mmol/L, Chlor 97 mmol/L, CaTP 2,4 mmol/L. Áp lực thẩm thấu máu 260 mosm/kgH<sub>2</sub>O.

CTM: Hgb 10 g/L, Hct 31%, MCV 93.2 fL, MCH 30 pg, WBC 6.47 G/L, NEU 65.2%, LYM 23 %, PLT 409 G/L



### CÂU HỎI

1. Các vấn đề tại BV Quân Y 120? Giải thích.
2. Các bạn có đồng ý với xử trí tại BV Quân Y 120 không? Giải thích. Vì sao BV Quân Y 120 chuyển BN đến BV CR mà không giữ BN lại điều trị tiếp?
3. Nêu **ít nhất** 2 chẩn đoán phù hợp nhất cho lý do nhập viện của bệnh nhân này.
4. Các vấn đề của bn tại BVCR là gì?

5. Phân tích CLS tại BVCR.
6. Lập bảng điều trị theo vấn đề trong vòng 48h đầu nhập viện BVCR.
7. Điều chỉnh toa thuốc cơ bản cho BN trước khi xuất viện.

**Câu 1: Vấn đề tại BV Quân Y 120**

1. Bí tiểu cấp
2. Theo dõi tổn thương thận cấp
3. Suy tim EF giảm (EF 37%)
4. Tăng huyết áp không kiểm soát có biến chứng tai biến mạch máu não
5. Bệnh mạch vành đã đặt 2 stent vào RCA và LM

**Câu 2: Điều trị tại BV Quân Y 120:**

- Điểm đồng ý: Đặt sonde tiểu lưu.
- Điểm không đồng ý:
- Không lấy nước tiểu ngay để làm TPTNT.
- Không làm xét nghiệm.
- Thở oxy: không thấy dấu hiệu suy hô hấp (thở nhanh, thở co kéo) -> có thể gây co thắt mạch vành
- Truyền dịch: 1000ml NaCl 0,9% / 3 giờ và không theo dõi LS (rale ở phổi, phù )

Đánh giá tình trạng dư nước (ngoại biên-rale phổi) - thiếu nước

Đánh giá hiệu quả/ tác dụng phụ của truyền dịch

Nguyên nhân AKI sau thận+ trước thận (thiếu dịch+suy tim EF 37%)

- Chờ hiệu quả của truyền dịch sau 24h
- Theo dõi: BUN, Creatinine máu giảm > 20% so với 3,9 mg/dL -> giữ lại điều trị tiếp.
- Chờ kết quả siêu âm bụng tổng quát (BN đang có sonde tiểu):

phì đại tiền liệt tuyến.

bàng quang thần kinh: siêu âm bụng đo RUV (thể tích nước tiểu tồn lưu).

Sau 24h quyết định chuyển viện hay không.

**Câu 3: Chẩn đoán phù hợp với LDNV**

- Theo dõi tổn thương thận cấp sau thận thể không thiếu niệu nghĩ do phì đại tiền liệt tuyến chưa biến chứng – THA nguyên phát- Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent RCA, LM-Suy tim trái EF 37%- Gout – Di chứng tai biến mạch máu não.
- Theo dõi tổn thương thận cấp sau thận thể không thiếu niệu nghĩ do bàng quang thần kinh chưa biến chứng – THA nguyên phát- Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent RCA, LM-Suy tim trái EF 37%- Gout – Di chứng tai biến mạch máu não.
- Theo dõi tổn thương thận cấp sau thận thể không thiếu niệu nghĩ do sỏi kẹt cổ bàng quang chưa biến chứng – THA nguyên phát- Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent RCA, LM-Suy tim trái EF 37%- Gout – Di chứng tai biến mạch máu não.

- Theo dõi tổn thương thận cấp trước thận + sau thận ..... chưa biến chứng- THA nguyên phát- Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent RCA, LM-Suy tim trái EF 37%- Gout – Di chứng tai biến mạch máu não.
- Theo dõi tổn thương thận cấp trước thận + sau thận chưa biến chứng- THA nguyên phát- Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt 2 stent RCA, LM-Suy tim trái EF 37%- Gout – Di chứng tai biến mạch máu não.

#### Câu 4: Vấn đề tại BVCR

- Tổn thương thận cấp trước thận +sau thận giai đoạn 3 (theo KDIGO 2012) đã truyền 1000ml NaCl và đặt sonde tiểu lưu
- Suy tim EF giảm (EF 37%)
- Tăng huyết áp nguyên phát không kiểm soát có biến chứng tai biến mạch máu não
- Bệnh mạch vành đã đặt 2 stent vào RCA và LM

Aa Vấn đề	Chẩn đoán	Property	Biện luận cận lâm sàng
<u>Bí tiểu</u>	Tổn thương thận cấp trước thận +sau thận giai đoạn 3 (theo KDIGO 2012) đã truyền 1000ml NaCl và đặt sonde tiểu lưu	Chẩn đoán AKI giai đoạn 3	Cre: 3,9 mg/dL -> 6,24 mg/dL: tăng 1,5 lần trong 72h-> Delta tăng Cre = 60% > 20% -> AKI Cre 6,24 mg/dL > 4 mg/dL: AKI giai đoạn 3. Siêu âm bụng: Thận (P): 40 x 78 mm, giới hạn vỏ tủy không rõ, echo dày hơn gan Thận (T): 37 x 89 mm, giới hạn vỏ tủy không rõ, echo dày hơn gan • Thận teo-> theo dõi bệnh thận mạn • Đề nghị: Canxi, Phospho, PTH, CTM.

Aa Vấn đề	Chẩn đoán	Property	Biện luận cận lâm sàng
Untitled		Chẩn đoán nguyên nhân AKI Sau thận: Phì đại tuyến tiền liệt CDPB Bàng quang thần kinh Sỏi kẹt cổ bàng quang Trước thận: Thiếu nước Suy tim EF 37%	Siêu âm bụng: TLT to (V # 37 mL) - ??? kích thước dài x rộng x dày Bàng quang: vách dày, cột hãm – RUV chưa đo Sỏi (-) • Nghĩ nhiều TLT, không loại trừ BQ thần kinh - > đề nghị: đo RUV trên siêu âm bụng (sau khi rút sonde tiểu). BUN 72 mg/dL Cre 6,24 mg/dL • BUN/Cre = 11,5 < 20 -> AKI tại thận • Đề nghị CLS: soi cặn lắng nước tiểu (không tìm được trụ hạt nâu bùn.....), ion đồ niệu, creatinine niệu, ure niệu, tỷ trọng nước tiểu, ALTT niệu, ALTT máu. d=1,015 -> AKI tại thận • <b>Đề nghị TPTNT:</b> (cách NV 3 ngày, hiện tại chưa làm khi NV): pH 5, S.G 1.015, Glucose (-), protein 1+, bilirubin (-), Urobilinogen norm, Keton 5, blood (-), leukocytes (-), nitrite (-) • Protein 1+: có tiểu đạm lượng ít, phù hợp BTM do tăng huyết áp không kiểm soát => đề nghị ACR, Keton 5: có thể do BN ăn uống kém, nhịn đói hoặc do ĐTĐ, do rượu => BN đường huyết 96 mg/dL, không ăn uống kém, không uống rượu. • Kết luận: BN không nhiễm trùng tiểu, có tiểu protein 1+ có thể do BTM, Keton tăng chưa rõ nguyên nhân, đề nghị làm lại TPTNT. • AKI trước thận + sau thận -> tại thận • AKI trên nền CKD • HC trung gian??? (Ls trước thận, CLS tại thận) Intermediate syndrome
Untitled		Chẩn đoán biến chứng AKI	• Na 127 K 3,4 Chlor 97 Ca TP 2,4-> ALTT máu: 260: Hạ natri máu thực sự • Na giảm, K bình thường (dùng lợi tiểu giữ kali- lợi tiểu quai): Kali có khuynh hướng giới hạn dưới • Phù (-): không nghĩ do pha loãng • Thăng bằng kiềm toan: kiểm chuyển hóa (ko nôn, ko tiêu chảy, ko dịch dạ dày-> thuốc men) • Toan chuyển hóa: <b>Tiếp cận hạ natri máu: ALTT máu (tính)= 2Na+ Glucose+ Ure (mmol)= 300</b> Đánh giá tình trạng dịch: Hypovolemic Nôn ói, tiêu chảy (-) Lợi tiểu SIADH: nhiễm trùng hô hấp
Theo dõi viêm phổi	Theo dõi viêm phổi	Theo dõi viêm phổi	<b>CTM:</b> RBC 3.32 K/uL, Hgb 10 g/L, Hct 31%, MCV 93.2 fL, MCH 30 Pg, WBC 6.47 K/uL, NEU 65.2%, LYM 23 %, PLT 409 G/L Bạch cầu bình thường. Tiểu cầu: bình thường BN thiếu máu mức độ trung bình theo WHO 2011, đẳng sắc đẳng bào: nghĩ nhiều do bệnh thận mạn nhưng <b>không loại trừ do giảm ăn uống, suy tuỷ =&gt; đề nghị Hồng cầu lưới, phết máu ngoại biên.</b> Đọc Xquang ngực

#### Câu 6. Bảng điều trị theo vấn đề:

Chẩn đoán xác định: Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 3 (KDIGO 2012) do trước thận (thiếu dịch, suy tim) + sau thận (phì đại tuyến tiền liệt, theo dõi bàng quang thần kinh), hạ natri máu/theo dõi bệnh thận mạn– Theo dõi viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình– Thiếu máu mạn mức độ trung bình - THA nguyên phát không kiểm soát có biến chứng TBMMN - bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt stent RCA và LM - Suy tim EF giảm (EF 37%).

Aa Vấn đề	Chẩn đoán	Cận lâm sàng	Nguyên tắc điều trị	Mục tiêu	Điều trị cụ thể	Theo dõi
-----------	-----------	--------------	---------------------	----------	-----------------	----------

Vấn đề	Chẩn đoán	Cận lâm sàng	Nguyên tắc điều trị	Mục tiêu	Điều trị cụ thể	Theo dõi
<u>Tổn thương thận cấp trước thận + sau thận giai đoạn 3 (theo KDIGO 2012). đã truyền 1000ml NaCl và đặt sonde tiểu lưu</u>	Tổn thương thận cấp giai đoạn 3 (KDIGO 2012) do trước thận (thiếu dịch, suy tim?) + sau thận (phì đại tuyến liên liệt, theo dõi BQTK), hạ natri máu/theo dõi bệnh thận mạn	BUN 46 Creatinine 3.9 Na 127 K 3,4 BUN 72 Creatinine 6,24 HCO3	Trước thận: bù đủ dịch (HA hiện tại 100/60mmHg) Sau thận: giải quyết bế tắc đường niệu, tránh dùng các thuốc gây phì đại tuyến tiền liệt. Tránh dùng các thuốc độc thận Bilan nước xuất nhập 24h trước NV: Tổng Xuất: 1500ml Nước tiểu: 1000 ml Mất không nhận biết: 500ml Tổng Nhập: 1840 ml PO (Uống 840 + Ăn...?): 840 ml IV 1000 ml	Trước thận: Bilan xuất nhập + 1000ml Sau thận: giải quyết bế tắc đường niệu.	NaCl 0.9% 500 mL 2 chai LX giọt/phút (Test nước) Ngưng candesartan, lợi tiểu, ức chế beta. Chỉ định chạy thận nhân tạo khi có dấu hiệu quá tải thể tích tuần hoàn. Lưu sonde tiểu và hội chẩn ngoại niệu	LS: Theo dõi lượng và màu nước tiểu qua sonde mỗi ngày, dấu hiệu dư dịch (ran phổi, phù, TMCN, gan to) CLS: theo dõi BUN, creatinine, ion đồ sau 24h. XN thêm: PSA Free PSA, SA bụng đo RUV, khí máu động mạch
<u>Theo dõi viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình.</u>	Theo dõi viêm phổi cộng đồng, mức độ trung bình	CTM: BC 6.47 Neu 65.2 CRP: chưa làm Xquang phổi: thâm nhiễm ở đáy phổi Cấy đàm, cấy máu: chưa làm	Kháng sinh phổ rộng, theo kinh nghiệm, phổi hợp. Diệt khuẩn bằng kháng sinh phổ rộng, đường tĩnh mạch. Kháng sinh theo kinh nghiệm, phổ rộng, đường TM: ceftriaxone + levofloxacin	Chỉnh liều theo chức năng thận (CreatinineHT=-6,24mg/dL) -> ClCr (Cockcroft Gault = 9,3 ml/ph/1,73m2) ceftriaxone 2g q24h, levofloxacin 750 mg N1, 500 mg cách ngày (q48h) Thời gian điều trị KS: 5 Ngày	Ceftriaxone 1g 2 lọ (TMC) Cefoperazone 1g 1 lọ x 2 Ceftazidime 1g 1 lọ x 2 Levofloxacin 500 mg 100ml N1: 1,5 chai TTM XXX giọt/phút N2: 1 chai TTM XXX giọt/phút N3: Ngưng Levofloxacin N4: 1 chai TTM XXX giọt/phút N5: ngưng Levofloxacin.	LS: sốt? ho? Khó thở? Đau ngực kiểu màng phổi? CLS: Đợi kết quả CRP, cấy đàm/máu. Lặp lại CTM, CRP, Xquang phổi sau 48h.

Vấn đề	Chẩn đoán	Cận lâm sàng	Nguyên tắc điều trị	Mục tiêu	Điều trị cụ thể	Theo dõi
<u>Suy tim trái EF 37%</u>	Suy tim Trái EF 37%.	Xquang ngực NTproBNP: chưa có	Giảm triệu chứng Giảm tử vong	Giảm tiền tải: Giảm hậu tải: Tăng sức co bóp cơ tim:	<b>ClCr &lt; 25:</b> ngưng Spironolactone <b>Ngưng ức chế beta vì ảnh hưởng đến huyết áp.</b>	LS: theo dõi khó thở. CLS: siêu âm tim đánh giá EF, PAPs, RL vận động vùng, hồ van tim (2 lá). NT proBNP
<u>Tăng huyết áp không kiểm soát có biến chứng tại biến mạch máu não</u>	THA nguyên phát không kiểm soát có biến chứng TBMMN, biến chứng tim	ECG: tăng gánh thất trái Xquang phổi bóng tim to	HA: 100/60 mmHg Mạch: 90 lần/phút	HA duy trì <140/90 mmHg	Ngưng thuốc gây hạ áp: Spironolactone, Furosemide, candesartan, isosorbide mononitrat, bisoprolol.	LS: Theo dõi HA mỗi 12h
<u>Bệnh mạch vành đã đặt 2 stent vào RCA và LM</u>	Bệnh 3 nhánh mạch vành đã đặt stent cách 1 tháng	Men tim?	Ngăn ngừa HCVC, phòng NMCT Giảm đau ngực nếu có	Ngừa biến chứng: kháng kết tập tiểu cầu kép, statin. Ngừa XHTH	Atorvastatin 20mg 1v Aspirin 81mg 1v Ticagrelor 90mg 1v x 2 Pantoprazol 40mg 1v	LS: theo dõi đau ngực. CLS: động học men tim?

#### Câu 7: Điều chỉnh toa ra viện

Thuốc đang dùng cách 1 tháng: Aspirin 81mg 1v, ticagrelor 90mg 1v x 2, Atorvastatin 20mg 1v, Spironolacton 50mg + Furosemide 20mg 1v, Pantoprazol 40mg 1v, Candesartan 4mg 1v, Isosorbide-5-mononitrat 60mg 1v.

- **Ngưng Spironolacton, candesartan, Isosorbide-5-mononitrat**
- Giữ nguyên liều Aspirin, Ticagrelor, atorvastatin, pantoprazole
- Dừng Spironolacton khi ClCr xuất viện > 30 ml (**thời gian ít nhất 3 lần tái khám**).
- Chưa dừng lại Candesartan vì Creatinine của BN chưa ổn định.
- **Chưa dừng lại Furosemide vì BN vừa bị AKI trước thận do thiếu dịch**

#### GIẢI ĐÁP THẮC MẮC

1/ Tại sao bệnh nhân này chị lại nghĩ bệnh nhân có bàng quang thần kinh?

Mặc dù bệnh nhân không có ĐTĐ hay tổn thương tủy sống nhưng yếu tố người lớn tuổi phải nghĩ đến.



Bàng quang thần kinh có 2 dạng: tăng trương lực và giảm trương lực

- Tăng trương lực trong ĐTĐ, tổn thương tủy
- Giảm trương lực ở người già

Cần nghĩ đến mới có động tác quyết định như sau: khi bệnh nhân này vừa xử trí bù dịch do phân vân mất nước hay dư nước (test nước) nhưng cần trọng theo dõi rất sát 30-60 phút khám lại xem có ran phổi, TMC nổ, bệnh nhân không thể nằm được. Đồng thời có nghĩ đến bế tắc nên có động thái đặt sonde tiểu lưu

Tuy nhiên nếu đúng thật sự bế tắc gây AKI thì sau 24h thì thử lại BUN creatinine máu thì phải giảm còn nếu nó vẫn như vậy hay tăng lên nữa là không đúng bế tắc

Khi không đúng bế tắc mà mình nghĩ đến trường hợp bàng quang thần kinh có nghĩ đến mình mới có chỉ định đo thể tích nước tiểu tồn lưu

Mà trên bệnh nhân đang đặt sonde tiểu thì không đo được thể tích nước tiểu tồn lưu do đó muốn đi đo phải làm 1 động tác rút sonde tiểu. Bệnh nhân nếu có bế tắc 14 ngày hay 3 ngày rồi giờ mình cũng không sợ cho lắm, nhưng thái độ cần gọi xuống khoa siêu âm nói cần đo RUV gấp

Nếu bệnh nhân ra thật là bàng quang thần kinh thì để phân biệt tăng hay giảm trương lực bàng quang thì mình phải hội chuẩn Ngoại niệu làm xét nghiệm đo áp lực đồ bàng quang khi đảm bảo bệnh nhân không có nhiễm trùng tiểu

Trên bệnh nhân này mà mình chần chừ không rút sonde để đo RUV thì để sonde tiểu càng lâu thì càng dễ NTT thì người ta không đi làm đo áp lực bàng quang được