

## ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Giảng viên hướng dẫn Bác sĩ Lê Nguyễn Xuân Điền  
Thực hiện bệnh án Đinh Văn Thái Bảo, Phalla Dany,  
Trần Đình Hoàng Y2014. Ghi chú bình luận  
Nguyễn Đức Vượng Y2014.

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 chính:

- Họ và tên: Trương Văn S.
- Tuổi: 46
- Giới: Nam
- Nghề nghiệp: Buôn bán
- Địa chỉ: Bình Thạnh TpHCM
- Thời gian nhập viện: 10-9-2019 lúc 5h00
- Đang nằm tại giường 26, phòng 311, khoa Nội Tiết – Thận, bệnh viện Nhân Dân Gia Định

## II. Lý do nhập viện:

- Hôn mê

## III. Bệnh sử:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường 10 năm nay. Hiện đang điều trị và tái khám thường xuyên tại bệnh viện quận Bình Thạnh

- Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân thường cảm giác khó chịu trong bụng kèm nôn ói mỗi khi ăn xong, nôn ra toàn bộ thức ăn cũ không lẫn máu hay nhầy, sau nôn bệnh

nhân vẫn còn thấy khó chịu ở bụng. Bệnh nhân vẫn uống và làm việc được.

Ngày bao nhiêu lần, lượng bao nhiêu ? Nhìn chung cũng không nhiều do nhiều thì bệnh nhân đã đi khám luôn rồi.

- 5h sáng ngày nhập viện, người nhà lay gọi bệnh nhân không phản ứng, không mở mắt → bệnh viện nhân dân Gia Định  
Thời điểm là yếu tố quan trọng vì hôn mê lúc tỉnh có nguyên nhân khác, lúc ngủ có nguyên nhân khác.
- Trong quá trình bệnh, không chấn thương đầu, không có triệu chứng 4 nhiều, không đau đầu, không co giật, không bồng, không khó thở, không ho khạc đàm, không đau ngực, không sổ mũi, không đau họng, không tiểu đau, không tiểu gắt, không tiểu lắt nhắt, tiểu phân vàng đóng khuôn, tiểu 1 lít/ngày
- Tình trạng lúc nhập viện:
  - Lơ mơ
  - Tim đều, phổi trong, không dấu thần kinh định vị
  - Sinh hiệu:
    - Mạch: 98 lần/phút
    - Huyết áp: 150/100 mmHg
    - Nhịp thở: 12 lần/phút
    - Nhiệt độ: 37°C
    - Cân nặng: 67 kg
- Diễn tiến sau nhập viện: bệnh nhân được truyền Glucose 30% 250 ml/chai 100ml TTM CL giọt/phút và duy trì bằng Glucose 5%
  - Ngày 1: Sau nhập viện 1,5 giờ, bệnh nhân tỉnh lại, nói chuyện được nhưng không nhớ việc mình bị đưa vào bệnh viện. Tối lúc 20h bệnh nhân được đưa đi chạy thận, vẫn còn phù. Cả ngày bệnh nhân nhập 3 lít nước, tiểu 2,5 lít. Cân nặng 63 kg sau chạy thận.
  - Ngày 2-7: Bệnh nhân ăn uống lại được, không ói, không sốt, được chạy thận nhân tạo 3 lần. Nước nhập 3 lít, tiểu 2,5 lít

### 1) Hôn mê / ĐTĐ – THA – RLLM

- Hạ đường huyết: Bấm đường huyết mao mạch

+ Khám cũng không có dấu hiệu gì đặc biệt

+ Người đang thức: Diễn tiến từ từ mệt mỏi, vã mồ hôi, rồi xỉu (tam chứng whipple).

+ Người đang ngủ thì không khai thác rõ ràng được như vậy

+ Bất kỳ ca nào hôn mê vô cũng bấm ngay đường huyết mao mạch. Ca này hạ đường huyết được truyền đường ngay, sau đó tỉnh lại. Không có dấu tk định vị nào nên có thể nghĩ đây là nguyên nhân.

+ Tiếp theo là đi tìm tại sao hạ đường huyết.

- Tăng đường huyết: Bấm đường huyết mao mạch

+ Triệu chứng 4 nhiều

+ Khám toan CH sẽ có nhịp thở nhanh sâu Kussmal rất đặc trưng. Ca này nhịp thở có 12 nên ít nghi.

- Rối loạn điện giải: Ion đồ

+ Chỉ có hạ Na máu cấp mới gây hôn mê. Mạn sẽ dung nạp từ từ.

+ Khám có lơ mơ, co giật, hôn mê

- Tai biến mạch máu não: Lâm sàng nghi thì làm CT

+ Nhồi máu: Yếu liệt, dấu tk định vị

+ Xuất huyết: Có thêm dấu hiệu tăng áp lực nội sọ biểu hiện qua đau đầu, nôn ói rồi mới hôn mê. Nhưng nếu xuất huyết nặng có thể vô hôn mê luôn. Ca này nhiều yếu tố nguy cơ nên cũng có thể. Cần khám lâm sàng tìm yếu liệt nửa người, dấu tk định vị như trên.

- Nhồi máu cơ tim: Lâm sàng nghi thì làm ECG, men tim (CKMB Troponins)

+ Triệu chứng đau ngực

+ Nhiều yếu tố nguy cơ

+ Khám tim thường bình thường khi mới nhồi máu

- Chưa nghi HC ure huyết cao:

+ HC sẽ có nhiều triệu chứng.

+ Diễn tiến tăng từ từ chứ không đột ngột vô hôn mê liên.

+ HC này có ở STM cấp nặng và STM giai đoạn cuối

+ 2 tháng trước cre nền là 1.04 eGFR 70 nên ít nghi vô HC ure huyết từ ban đầu

+ Ca này cũng vậy, sau đó được làm XN thường quy mới phát hiện suy thận cấp.

Khi đó mới nghi tới HC ure huyết cao.

+ Chú ý lâm sàng không ai chỉ đi từ nôn ói mà ra được HC ure huyết cao.

## 2) Thực tế trên ca này

<u>Hạ đường huyết</u>	<u>- Trên ca này có thể có 5 nhóm nguyên nhân chính như cột bên</u> <u>- Tuy nhiên khi tiếp cận một ca hôn mê tại cấp cứu, bấm đường huyết mao mạch liên.</u> <u>- Thấy hạ truyền đường ngay bn tỉnh lại, không có dấu tk định vị nào cả thì ít nghi những nguyên nhân còn lại (tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, tăng đường huyết, rối loạn điện giải).</u> <u>- Chú ý chưa nghi được HC ure huyết cao tại thời điểm hiện tại. Chỉ nghi sau khi XN thường quy ra suy thận cấp.</u>
-----------------------	--

<u>Tăng đường huyết</u>	<u>- Bẩm ra hạ đường huyết</u>
<u>Rối loạn điện giải</u>	<u>- Natri bình thường, Kali tăng nên không nghĩ hôn mê do hạ Na</u>
<u>Tai biến mạch máu não</u>	<u>- Ls không dấu thần kinh định vị</u>
<u>Nhồi máu cơ tim</u>	<u>- Không nghĩ ?</u>

#### IV. Tiền căn:

##### 1. Bản thân:

##### a) Nội khoa:

- Chưa từng bị hôn mê trước đây
- ĐTĐ:
  - Cách nhập viện 10 năm, bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 và điều trị liên tục trong 8 năm. 2 năm nay bệnh nhân đổi sang điều trị tại bệnh viện Bình Thạnh, tái khám hàng tháng, đổi sang insulin chích 2 tháng nay.
  - Đường huyết kiểm soát không ổn định (HbA1C 9,6% ngày 9/7/2019)
  - Chưa từng hạ đường huyết hay nhập viện vì hôn mê trước đây
  - Biểu chứng của ĐTĐ:
    - Thận: Creatinin ngày 9/7/2019 (cách nhập viện 2 tháng) là 1,049 mg/dl → GFR=76.63 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> da → chưa ghi nhận
    - Mắt: bệnh võng mạc ĐTĐ → đã được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Mắt TP.HCM
    - TK ngoại biên: có cảm giác tê kiểu châm chích ở 2 lòng bàn chân 1 năm nay
    - Mạch máu lớn (mạch máu não, mạch vành, động mạch ngoại biên) → chưa có
    - TK tự chủ, bàn chân ĐTĐ: chưa ghi nhận
- Rối loạn lipid máu: được chẩn đoán cách đây 1 năm, chưa ghi nhận được chỉ số lipid máu. Đang điều trị với rosuvastatin 10mg 1v x 1 uống chiều
- Tăng huyết áp: 1 năm nay, huyết áp tâm thu cao nhất 160mmHg, bình thường 120-130mmHg
- Thường xuyên bị viêm họng, đặc biệt khi uống nhiều đá. Trong vòng 3 tuần trước nhập viện không ghi nhận viêm họng
- Đơn thuốc 1 tháng nay của bệnh nhân:
  - Insulin trộn hỗn hợp Mixtard 30/70 Sáng 35 đv Chiều 30 đv

– Metformin 850mg 1v x 2 uống sáng, chiều

– Rosuvastatin 10mg 1 v x 1 uống chiều

- Chưa ghi nhận tiền căn rối loạn nhịp tim,viêm gan B,C,xơ gan,tự miễn như lupus,Henoch cholein,bệnh thận,sử dụng thuốc kháng sinh gần đây,viêm họng hay nhiễm trùng da,không ghi nhận dung mật rắn,mật cá gần đây, không bị ong đốt hay rắn cắn.
- Chưa ghi nhận gout,bệnh lý tiền liệt tuyến.
- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc hay thức ăn.
- Chưa ghi nhận tiền căn thiếu máu theo công thức máu ngày 09/07/2019: Hgb 12 g/dl Hct:32.37% MCV,MCHC bình thường.
- Hút thuốc lá: 10 gói.năm Uống rượu bia: 1 lần/tuần khoảng 3-4 lon bia.
- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

b) Ngoại khoa: chưa ghi nhận

2. Gia đình:

- Mẹ và em trai bị ĐTĐ type 2

#### V. Lược qua các cơ quan:

- Tim mạch: không khó thở,không đau ngực,không hồi hộp đánh trống ngực.
- Hô hấp: không ho,không sốt, không khò khè khó thở.
- Tiêu hóa: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn.
- Thận-tiết niệu: tiểu 2.5L/ngày nước tiểu vàng,không gắt,không buốt.
- Thần kinh: không đau đầu,không chóng mặt.
- Cơ xương khớp: không đau nhức,không giới hạn vận động.

#### VI. Khám lâm sàng:

17h00 ngày 20/9/2019

##### 1. Tổng trạng:

- BN tỉnh tiếp xúc tốt, da niêm hồng.
- Sinh hiệu: Mạch: 100 lần/phút, Huyết áp: 140/80 mmHg, Nhiệt độ: 37.5°C, Nhịp thở: 14l/phút.
- Cân nặng: 63 kg, cao 167 cm →BMI==22,6 kg/m<sup>2</sup> →thể trạng trung bình.
- Không phù. Lúc nhập viện nặng 67 giờ nặng 63 chứng tỏ có phù. Lâm sàng có thể bn nhân không ra và bs cũng khám không ra vì lượng dịch tăng <5 kg. Check lại thông tin này.
- Véo da (-),không tụt huyết áp tư thế,hõm nách không khô,môi ẩm không khô,lưỡi sạch.

- Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không sao mạch, không vàng da, không dấu xuất huyết dưới da.
- Không hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa.

## 2. Cơ quan:

- Đầu mặt cổ:
  - + Cân đối, không biến dạng.
  - + Không tĩnh mạch cổ nổi
  - + Mắt không sưng.
  - + Cổ: mềm, không gượng.
  - + Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- Lồng ngực:

Nhìn: cân đối, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mỗ, không ghi nhận ổ đập bất thường.

### a. Tim:

- Mỏm tim: ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập  $1 \times 1 \text{ cm}^2$ .
- Harzer: âm tĩnh, dấu nảy trước ngực: âm tĩnh, không có rung miều, không ghi nhận ổ đập.
- Nghe: T1, T2 đều rõ tần số 100 lần/phút, chưa ghi nhận âm thổi.

### b. Phổi.

- Rung thanh đều 2 bên,
- Gõ trong khắp phổi.
- Nghe: rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không ran.

### • Bụng.

- Nhìn: cân đối, di động theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mỗ, không ghi nhận khối u, có vết chích insulin
- Nghe: nhu động ruột #6 lần/phút
- Gõ: trong khắp bụng.
- Sờ: mềm, ấn không ghi nhận điểm đau.

### a. Gan:

- Không sờ chạm bờ dưới của gan.
- Bờ trên ở khoảng liên sườn IV đường trung đòn P.
- Chiều cao gan: #8cm.

b. Lách: không sờ chạm lách.

c. Thận: chạm thận (-), rung thận (-).

- Thần kinh: cổ mềm, không gượng, không dấu thần kinh định vị.
- Cơ xương khớp – tứ chi:
  - Còn cảm giác nông sâu 2 bàn chân
  - Không sưng nóng đỏ đau các khớp

## VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 46 tuổi nhập viện vì hôn mê, bệnh 4 ngày, ghi nhận:

TCCN:

- Hôn mê, tỉnh lại sau 1 giờ, không kèm dấu thần kinh định vị
- Nôn ói ra toàn bộ thức ăn cũ không lẫn nhầy máu mỗi khi ăn, vẫn uống được

TCTT:

- Sinh hiệu lúc nhập viện: Mạch: 98 lần/phút, Huyết áp: 150/100 mmHg, Nhiệt độ: 37°C, Nhịp thở: 12 l/phút.

Tiền căn:

- Đái tháo đường type 2: 10 năm nay
  - Đang điều trị với Metformin và insulin chích
  - Chưa từng hôn mê do hạ đường máu trước đây
  - Biến chứng: bệnh võng mạc do ĐTĐ, theo dõi biến chứng thận
- Tăng huyết áp
- Rối loạn lipid máu

## VIII. Đặt vấn đề:

- ~~1. Hôn mê~~
- ~~2. Đái tháo đường~~
- ~~3. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu~~

1. Hôn mê + nôn ói

2. TC: Đái tháo đường, THA, RLLM

## **ANH KHÔNG SỬA TRỰC TIẾP TRONG BỆNH ÁN**

**Sau phần này anh không sửa trực tiếp bệnh án mà sửa theo cách tiếp cận của anh.**  
**Dùng những thông tin từ bệnh án.**

## IX. Chẩn đoán sơ bộ:

Hôn mê do hạ đường huyết – ĐTĐ type II biến chứng bệnh võng mạc ĐTĐ, theo dõi biến chứng thận – THA – Rối loạn lipid máu – Viêm dạ dày.

## X. Chẩn đoán phân biệt:

Hôn mê trong bệnh cảnh não tăng ure huyết – Theo dõi tổn thương thận cấp – ĐTĐ type 2 biến chứng bệnh vớng mạc ĐTĐ, theo dõi biến chứng thận – THA – Rối loạn lipid máu – viêm dạ dày.

## XI. Biện luận:

### 1. Hôn mê: Nghĩ do các nguyên nhân sau

- Hạ đường huyết: nghĩ nhiều do bệnh nhân có ĐTĐ type II đang được điều trị với insulin và Metformin + ăn uống kém 2 ngày trước nhập viện → đề nghị đường huyết mao mạch tại giường + truyền TM nhanh 50ml Glucose 30%
  - Bệnh cảnh não do tăng ure huyết – tổn thương thận cấp (không nghĩ CKD):
    - Ít nghĩ do:
      - ♥ Bệnh nhân không có các dấu thần kinh ngoại biên và các dấu khác của hội chứng ure huyết trên lâm sàng + không tiểu ít
      - ♥ Tuy vậy tổn thương thận cấp chẩn đoán chủ yếu dựa vào CLS + 50% tổn thương thận cấp không có tiểu ít nên không loại trừ → đề nghị BUN, creatinin máu
  - Tăng đường huyết:
    - DKA: không nghĩ do bệnh nhân không có triệu chứng 4 nhiều trước nhập viện kèm không thở nhanh sâu lúc nhập cấp cứu (nhịp thở 12 l/ph) + bệnh nhân không có ĐTĐ type 1
    - Tăng áp lực thẩm thấu: không nghĩ do bệnh nhân không có triệu chứng 4 nhiều trước nhập viện + không có dấu mất nước lúc nhập cấp cứu
  - Hạ Natri máu:
    - Không thể loại trừ do bệnh nhân có tiền căn ăn uống kém 2 ngày nay → Đề nghị ion đồ
  - Do bệnh tim mạch: không nghĩ do bệnh nhân
    - Không có tiền căn rối loạn nhịp + khám nhịp tim đều
    - Không có triệu chứng gợi ý bệnh tim: không khó thở, không đau ngực.
    - Không có tụt HA lúc nhập viện
  - Tai biến mạch máu não: khám lúc nhập viện không có dấu thần kinh định vị nên không nghĩ
- ### 2. Đái tháo đường type II:
- Đã có tiền căn bệnh vớng mạc đái tháo đường



- Theo dõi biến chứng thận vì lúc này đã có biến chứng mắt rồi → tỉ số A/C niệu, TPTNT
  - Không nghĩ biến chứng mạch máu lớn: đã nói phần tiền căn
3. THA, rối loạn lipid máu: không phải vấn đề lúc cấp cứu

## XII. Cận lâm sàng:

- Thường quy: CTM, AST, ALT, BUN, Creatinin máu, ion đồ, ECG, Xquang ngực thẳng, đường huyết, TPTNT

- Chẩn đoán:

- Đường huyết mao mạch tại giường, ion đồ
- Creatinin, BUN máu
- Ion đồ niệu, tỉ số A/C niệu
- Siêu âm bụng
- Calci máu

## XIII. Kết quả CLS:

### 1. Đường huyết mao mạch tại giường:

- Lúc nhập cấp cứu: chưa ghi nhận

→ Tuy vậy bệnh nhân tỉnh lại trong 1,5 giờ sau khi truyền 100ml Glucose 30% nên nghĩ nhiều trong bệnh cảnh hạ đường huyết

- Theo dõi đường huyết:

- Ngày 10/9/2019: mg/dl

8h	11h	16h	21h
223	194	123	99

- Ngày 11/9/2019

5h	6h
64	125

- Ngày 13-14-15/9/2019:

16h	5h	16h	5h
295 mg/dl	270 mg/dl	454 mg/dl	296 mg/dl

→ Đường huyết kiểm soát không tốt. Theo dõi điều chỉnh liều insulin và thay đổi chế độ ăn cho phù hợp

## 2. Sinh hóa máu – ion đồ:

	10/9	11/9	12/9	13/9	14/9	16/9	18/9	19/9	20/9
Glucose	8.49								
Urea	30.23	29.5	29.5	26.7		21.5	20.9	17.5	14.3
Creatinine	926.1	734.4	765.5	656.9		282.1	230.5	160.6	104.9
BUN/Cre	8.1	9.95	9.5	10.1		18.88	22.46	27	33.8
Na	137.8	143.7	142.5	145.4	141.4	136.5	137.2	137.0	133.7
K	8.72	5.71	4.4	3.74	3.71	3.77	4.01	3.78	3.82
Cl(97-111)	97.1	98.6	104.7	108.2	101.3	102	99.3	102.3	103.1
AST	18.8								
ALT	29.3								
eGFR	5.69	7.44	7.09	8.46		22.44	28.33	42.98	70.27
Albumin (35-50)				39.4					
Protein(62- 82)				73.9					
RA(21-31)				17.6	17.8		19		
CRP(0-5)	20.2			11.99	10.79		3.24		
Ngày chạy thận	Anh nói nên thêm nhưng thông tin này vào								
Liều lợi tiểu									
Bilan nước									

→Glucose máu 8.49 mmol/l khi bệnh nhân đã được truyền Glucose rồi nên không mâu thuẫn chẩn đoán hạ đường huyết + giá trị glucose phù hợp bệnh cảnh ĐTĐ

→Na tri máu không giảm nên loại trừ hôn mê do hạ Na máu, Kali máu tăng sẽ biến loạn bên dưới

→RA giảm nhưng chưa <15 →nghĩ do cơ chế bù trừ trong tăng Kali máu làm Kali vào nội bào và H<sup>+</sup> ra ngoài

→Chức năng gan, Albumin và protein trong giới hạn bình thường

→ Bệnh nhân có eGFR lúc nhập viện 5.69 ml/ph/1.73m<sup>2</sup> da:

- Có chỉ định chạy thận nhân tạo khẩn cấp
- Bệnh nhân đang có suy thận:
  - Nghĩ nhiều tổn thương thận cấp vì:
    - Chức năng thận cách nhập viện 2 tháng là 76.63 ml/phút (lúc này đang đi tái khám và không có bệnh lý cấp tính) kèm theo chưa có tiền căn bệnh thận mạn  
→ lúc nhập viện đề nghị Canxi máu, CTM, cận lắng nước tiểu để phân biệt chính xác suy thận cấp và mạn
    - Theo dõi thấy chức năng thận hồi phục dần
  - Giai đoạn: lúc cấp cứu nghĩ nhiều giai đoạn thiếu niệu do bệnh nhân đã có phù + tăng cân trước đó
  - Nguyên nhân:
    - Sau thận: không nghĩ do:
      - Bệnh nhân vẫn còn đi tiểu được
      - Không có cầu bàng quang lúc nhập viện
      - Không có tiền căn hẹp đường tiết niệu hay u bướu vùng lân cận  
→ đề nghị siêu âm bụng loại trừ
    - Trước thận và tại thận:
      - Không nghĩ trước thận vì:
        - Lâm sàng:
          - Không có dấu mất nước lúc cấp cứu
          - Không tụt HA/HA kẹp
          - Không có sử dụng thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, NSAIDs
          - Không dùng thuốc hạ áp
          - Không cải thiện chức năng thận sau truyền dịch và chạy thận ở những ngày đầu
        - Cận lâm sàng:
          - BUN/Creatinin <20 trong những ngày đầu  
→ phản ánh giảm chức năng ngay tại thận → không nghĩ trước thận (và >20 khi chức năng thận đã dần cải thiện trong những ngày sau)  
→ đề nghị FeNa, áp suất thẩm thấu nước tiểu, ion đồ niệu, creatinin niệu, cận lắng nước tiểu để khẳng định
      - Hiện tại nghĩ nhiều nguyên nhân tại thận:
        - Cầu thận:
          - Viêm cầu thận cấp: không tiểu máu, không có tiền căn viêm họng 2-3 tuần nay nhưng bệnh nhân từng có nhiều lần viêm họng từ trước +

HA lúc nhập viện 150/100 mmHg → không loại trừ → đề nghị ASO, C3, C4, ANA, anti ds-DNA

- Hội chứng thận hư: đợt này có nghi ngờ phù (do cân nặng lúc nhập viện 67 kg tăng 3 kg so với bình thường) + ca này có ĐTĐ 10 năm nay (mà HCTH do ĐTĐ thường phù từ từ) → đợi tổng phân tích nước tiểu
- Mạch máu:
  - Tăng huyết áp: bệnh nhân có tăng huyết áp lúc nhập viện (150/100 mmHg) nhưng không phải THA ác tính nên không nghi
- Ống thận mô kẽ:
  - Không nghi do bệnh nhân không sốt, đau hông lưng (Viêm đài bể thận cấp) + không uống thuốc dị ứng + không có phản ứng dị ứng (sốt, đau khớp, phát ban)
- Ống thận: nghi nhiều
  - Hoại tử ống thận cấp: đề nghị soi cặn lắng
  - Nguyên nhân:
    - Nhiễm trùng: đợi công thức máu nhưng tạm thời không nghi do bệnh nhân không sốt lúc nhập viện
    - Thiếu máu:
      - Choáng giảm thể tích
      - Tụt HA
        - không nghi do huyết áp bệnh nhân lúc nhập viện 150/90
    - Độc chất:
      - Ngoại sinh: không nghi do bệnh nhân không bị rắn cắn, ong đốt, ăn mật cá, không có uống kháng sinh, cản quang, kháng virus, thuốc ức chế miễn dịch
      - Nội sinh:
        - Hemoglobin: không có tiểu xá xị, không có triệu chứng thiếu máu, không vàng da, không có tiền căn bệnh tán huyết
          - không nghi → đề nghị TPTNT
        - Myoglobin: thường trên cơ địa động kinh, hôn mê

có lý giải cơ → có

ngữ → TPTNT tìm Ery

- Đa u tủy: không nghĩ do bệnh nhân không thiếu máu, không bệnh về xương, không có dấu tăng Canxi máu, không có dấu TK
- Tăng acid uric máu: không nghĩ do không có tiền căn K + không có suy kiệt, không có đau khớp + không có tiền căn Gout

#### **Biến chứng:**

- Tim mạch:
  - Tăng huyết áp: huyết áp lúc nhập viện 150/90 mmHg → có nghĩ
  - Suy tim: không nghĩ do HA không tụt, không khó thở, phổi không rale, không gallop T3, T4
- Rối loạn toan kiềm: toan chuyển hóa không nghĩ do không thở nhanh sâu lúc nhập viện
- Rối loạn điện giải:
  - Tăng kali máu: theo ion đồ có tăng Kali 8.72 mmol/l → đề nghị ECG và bắt đầu điều trị hạ Kali
- Nhiễm trùng: hiện tại chưa nghĩ, đợi công thức máu

### **TIẾP CẬN SUY THÂN CẤP**

Anh nói trường hợp kiểu bệnh nhân này rất nhiều. Vô vi hôn mê hạ đường huyết. Xét nghiệm ra thấy suy thận. Lý do suy thận thải insulin kém hơn, insulin ứ lại làm hạ đường huyết. Tình trạng càng dễ xảy ra trên BN đái tháo đường đang sẵn có insulin đang chích

#### 1) Có suy thận hay không ?

- Ngày nhập viện, Ure 30.23, Cre 926.1, eGFR 6.59 nên có suy thận.

#### 2) Cấp, mạn hay cấp trên nền mạn ?

- Cre nền ghi nhận 2 tháng trước là 1.04 hay khoảng 90 → Thảo tiêu chuẩn tăng 1.5 lần cre nền trong 7 ngày. Xác định có suy thận cấp.

### 3) Nguyên nhân suy thân cấp

Làm đúng theo chu trình cô Linh đã dạy: Sau thân, trước thân, tại thân

#### 3.1 Sau thân

- Khám không cầu bằng quang. Không căng tức hạ vị
- Siêu âm bụng không tắc nghẽn
- Loại trừ sau thân

#### 3.2 Trước thân

- Giảm cung lượng tim: Suy tim hoặc chèn ép tim cấp. Chèn ép tim cấp có tam chứng Beck: TM cổ nổi, tut HA, tiếng tim mờ xa xăm.
- Giảm tuần hoàn hiệu quả
- Rối loạn cơ chế điều hòa thân: Thuốc Corticoid, Nsaids. Ức chế men chuyển, ức chế thụ thể. Cản quang.
- Dẫn mạch ngoại biên: Nhiễm trùng. Tut HA do thuốc
- Hình như anh nói còn 1 cơ chế nữa. Về check lại.
- Ca này không có những cái trên, CLS thấy BUN/Cre <20, TPTNT tỷ trọng bình thường không bị cô đặc
- Khả năng không phải là trước thân.

#### 3.3 Tại thân

##### - Mạch máu

- + THA ác tính: HA 180/90. Lúc vô ca này không tới nên ít nghĩ
- + Nhồi máu thân: Đau hông lưng, vô niệu, giảm kali. Máu không tới được thì vô niệu. Đồng thời gây tăng hoạt hệ RAS nên có **giảm Kali**.
- + TMA: Sau đh mới được học

##### - Cầu thận

- + Viêm CT cấp: Dùng điểm 4 triệu chứng THA tiểu máu phù tiểu ít, từ 2 trở lên thì nghĩ. Ca này THA do tiền căn nên không tính điểm. TPTNT không có máu cho 0 điểm. Nên không nghĩ
- + HCTH: Không nghĩ do phù không dữ lắm. TPTNT cũng không tiểu đàm nhiều

##### - Ống thận

- + Thiếu máu trước thân kéo dài dẫn tới hoại tử ống thận cấp. Ca này ít nghĩ do cũng mới
- + Độc chất gây tổn thương ống thận cấp: Nghĩ nhiều do trước đó bệnh nhân đột ngột nôn ói mấy ngày. Đái tháo đường hay được bày uống lá này lá no thuốc nam thuốc bắc lắm.
- Tiền căn cần hỏi được những thuốc BN uống và gần đây có uống cái gì lạ không, ban trình bệnh án không nghĩ tới nên chưa hỏi ra.

+ Độc chất có nội sinh ngoại sinh. Cái trên ngoại sinh. Nội sinh ca này ít nghĩ do không có yếu tố gợi ý lý giải cơ. Nhưng BS cho làm luôn cái Ck ra 563 U/L > 190. Thầy nói cũng ít nghĩ, về **tham khảo thang điểm Mc.Mahorn (không cần học)**  
+ Thường CK sẽ tăng 10 lần, một số nước chấp nhận 2-3 lần. Nên bản chất mình CK không đủ nói AKI do myoglobin. Do đó người ra đưa ra một thang điểm để thêm những yếu tố khác.

#### - Mô kẽ

+ Có viêm mô kẽ cấp và mạn. Cấp thì STC, mạn thì gây STM  
+ Cấp thì có tam chứng sốt phát ban đau khớp còn mạn thì không có tam chứng rõ ràng như vậy  
+ Do kháng sinh, nsaid.

→ Giả sử ca này do độc chất như phân tích bên trên, vậy bệnh nhân suy thận bao nhiêu ngày rồi ? Biết Cre hôm nay tầm 10mg/dl

+ Cre bình thường là 0.8 – 1.2 hay mỗi ngày cơ thể thải trung bình 1mg/dl  
+ Như vậy ca này 10, thì 10 ngày trước có suy thận, 10 ngày ứ lên 10  
+ Tuy nhiên nếu do ngộ độc mấy thuốc gây di hóa cơ (làm hủy cơ) như statin, ...  
**Về coi trong KDIGO** một khúc nhỏ trong bài suy thận do độc chất. Thay vì tăng 1 thì nó tăng 2-3 mg/dl một ngày. Khoảng 3-4 ngày là lên tới 10 rồi

#### 4. Biện chứng AEIOU

##### - Acidosis:

+ Toan chuyển hóa → Ls có Kussmal, CLS có Ra dư trữ kiềm giảm. Ca này 13/09 là 17.6 chứng tỏ ngày nhập viện 10/09 phải thấp hơn nữa.  
+ Khi đó cũng có thể toan chuyển hóa và hải có nhịp thở Kussmal → Lúc đó có thể đếm nhịp thở sai.

##### - Electrolyte: Ion đồ.

+ Ra Kali tăng 8+ > 5.5, làm liền cái ECG xem có T cao đối xứng nhịp chậm không thì T cao lớn hơn 1/3 phức bộ QRS trước đó. Đối xứng ca này không rõ. Nhịp chậm ca này cũng không chậm → Có tăng Kali nhưng không cấp bách tử vong.  
+ Do ECG chưa đổi nhiều. Nếu tăng Kali nhẹ mà ECG đổi rồi thì phải vắt chân lên cổ mà làm không là rung thất chết.

- Infection: CTM, CRP. Ca này CTM tăng, BC neu ưu thế luôn nhưng chưa rõ ổ nhiễm trùng. Ca này CRP không cao (<50) nhưng cũng không loại trừ nhiễm trùng, BS điều trị vẫn cho kháng sinh. Trên ca này, cũng có thể tăng BC không do nhiễm trùng, về coi trong Harison có bài tăng BC đơn độc, ví dụ như:

- + Dùng corticoid kéo dài: BC neu tăng cao. Bn uống thuốc nam thuốc bắc thì cái này cũng phù hợp
- + HC ure huyết cao:

- Overload: THA, phù, OAP ... Có nghĩ do ghi nhận thay đổi cân nặng sau nhập viện và đánh lợi tiểu.
- Uremia: Lơ mơ, ói, tim mạch .... Không nghĩ do nó phải từ từ, chân không yên này kia mới vô hôn mê.

### 5) Chỉ định chạy thận: Cũng AEIOU

- Lý thuyết là khi Cre > 10mg/dl hoặc thiếu niệu vô niệu.
- Với thiếu niệu vô niệu chạy thận luôn chứ giờ không dùng test lasix chuyển dạng thiếu niệu sang có nước tiểu vì nó không tăng dư hậu nhưng lại tăng độc tính.
- Cũng dùng AEIOU
  - + Acidodosis không đáp ứng với điều trị nội khoa. Làm quá trời rồi còn thì chạy chứ không có thời gian cụ thể.
  - + Electolyte: Mục tiêu 24h về bình thường mà 12h chả hạ thì đi chạy thận. Cũng không có giờ cụ thể
  - + Intoxication: Độc chất. Ca này nghi do độc chất nên có chỉ định chạy thận sớm bất kể Cre. Ngay cả khi Cre 3-4 là chạy được rồi. Để lâu sơ tổn thương thận nhiều hơn đưa tới tổn thương vĩnh viễn sau này.
  - + Electrolyte: Không đáp ứng điều trị nội khoa.
  - + Uremia sundrome: Tiếng co màng ngoài tim, viêm màng ngoài tim, hôn mê mới chạy. Ca này hôn mê do cái nguyên nhân khác nên chưa xét chỉ định chạy thận vì HC Ure huyết cao.
- Đi thi khả năng cao hỏi điều trị hạ kali máu và chỉ định chạy thận cấp cứu.

### 3. TPTNT (10/9/2019)

Ery	200	< 10Ery/ $\mu$ L
Urobilinogen	3.2	< 17 $\mu$ mol/L
Bilirubin	-	
Nitrite	-	
Ketones	Vết	
Protein	1.0	<0.1 g/l
Glucose	14	
pH	7	



Tỷ trọng	1.010	
Leu	-	
Màu	Vàng	

Protein 1g/L chưa đạt ngưỡng HCTH, nghĩ do bệnh thận ĐTĐ

Ery 200 → đề nghị soi cận lẳng tìm Myoglobin/hemoglobin hay hồng cầu (hồng cầu có giống trong viêm cầu thận cấp không: đa hình dạng, đa kích thước)

#### 4. Ion đồ niệu: (18/9/2019)

Creatinin	5670	1500-8100 umol/l
Na	30	64-172 mmol/l
K	18	17-71 mmol/l
Cl	15	54-158 mmol/l

→ Na, K, Cl trong nước tiểu thấp nghĩ do pha loãng vì bệnh nhân thời điểm này 1 ngày tiểu 2,5 lít

Creatinin niệu bình thường. FeNa = 0.009 → phù hợp chức năng thận bắt đầu cải thiện

#### 5. HbA1c (10/9/2019): 7.6 % → không kiểm soát tốt đường huyết

#### 6. Công thức máu:

Xét nghiệm	10/9	13/09	14/09	18/9	Khoảng tham chiếu
<b>WBC</b>	<b>16.25</b>	8.32	8.97	<b>10.71</b>	4-10K/ul
Neu%	<b>77.9</b>	65.6	70.6	59.8	40-77%
Lym%	13.8	22.1	20.1	29.3	16.0-44.0%
Mono%	6.1	10.6	7.2	6.4	0-10%
Eos%	6.0	0.8	1.6	3.3	0.00-7.00%
Baso%	1.0	0.5	0.3	0.8	0 – 1 %
Neu	<b>12.67</b>	5.46	6.33	6.4	2 – 7.5 K/ul
Lym	2.24	1.84	1.8	3.14	1 – 3.5 K/ul
Mono	1	0.88	0.65	0.69	0 – 1 K/ul
Eos	0.03	0.07	0.14	0.35	0 – 0.6 K/ul
Baso	0.06	0.04	0.03	0.09	0- 0.1 K/ul
<b>RBC</b>	4.48	<b>3.89</b>	3.98	3.95	3.9-5.4T/L
Hgb	118	<b>106</b>	110	111	125-145g/L
Hct	38.3	<b>32.1</b>	33.3	33.7	35-47%

MCV	87.8	82.5	83.7	85.3	80-100
MCH	28.5	27.2	27.6	28.1	26-34
MCHC	309	330	330	329	310-360
RDW	15.6	13.1	126	12.4	9.0-16.0
<b>PLT</b>	369	222	236	314	150-400
MPV	9.2	9.9	10.3	10.9	6.0 -12

CRP(0-5)	20.2 (10/9)			11.99 (13/9)	10.79 (14/9)		3.24 (18/9)		0-5 mg/l
----------	-------------	--	--	--------------	--------------	--	-------------	--	----------

→ngày nhập viện thấy bạch cầu tăng ưu thế neutrophil và CRP tăng→gợi ý có đáp ứng viêm→đề nghị cấy máu tìm ổ nhiễm (không cấy nước tiểu vì không triệu chứng và TPTNT không gợi ý)→**CÓ THỂ NHIỄM TRÙNG CŨNG LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY SUY THẬN CẤP LÚC NÀY.**

Thiếu máu mức độ nhẹ hồng cầu đẳng sắc đẳng bào→tuy vậy ở giá trị Hb này chưa rõ ràng để hướng đến bệnh thận mạn + có creatinin nên cách nhập viện 2 tháng không phải bệnh thận mạn

Tiểu cầu bình thường

7. Chức năng đông máu: 10/9/2019

PT	16.1	11.33-14.87
PT%	71	79-125%
INR	1.26	0.8-1.2
Anti-HCV	Âm tính	
HbsAg	Âm tính	

8. CK: 13/9/2019 563.0 (24-190) U/L

**→GỢI Ý CÓ LY GIẢI CƠ LÀM TĂNG MYOGLOBIN**

9. Marker ung thư: bình thường ngoại trừ Cyfra 21.1 = 9.19 (<3.3 ng/ml)

10. Troponin T-hs:

• 0.113 ng/ml (<0.01 ng/ml)

11. Cấy máu 10/9/2019: âm tính

12. Siêu âm bụng:

- Gan và hệ mật:
  - o Gan không to, bờ đều, nhu mô echo dày sáng. Giảm âm vùng sâu
  - o Đường mật trong và ngoài gan không dẫn
  - o Túi mật thành không dày, lòng không có sỏi
- Tụy: không to, cấu trúc đồng nhất.
- Lách: không to, cấu trúc đồng nhất.
- Thận
  - o **Thận(P): không có sỏi, không ứ nước.**
  - o **Thận(T): không có sỏi, không ứ nước.**
  - o **Chủ mô hai thận phân biệt rõ với trung tâm.**
- Bàng quang: Thành không dày, không có sỏi.
- Tiền liệt tuyến: không to, đồng nhất
- Các bất thường khác:
  - o Không dịch ổ bụng
  - o Không dịch màng phổi 2 bên

➔ **KẾT LUẬN: Gan nhiễm mỡ**

➔ **Loại trừ nguyên nhân tổn thương thận cấp sau thận**

#### Anh nói thêm

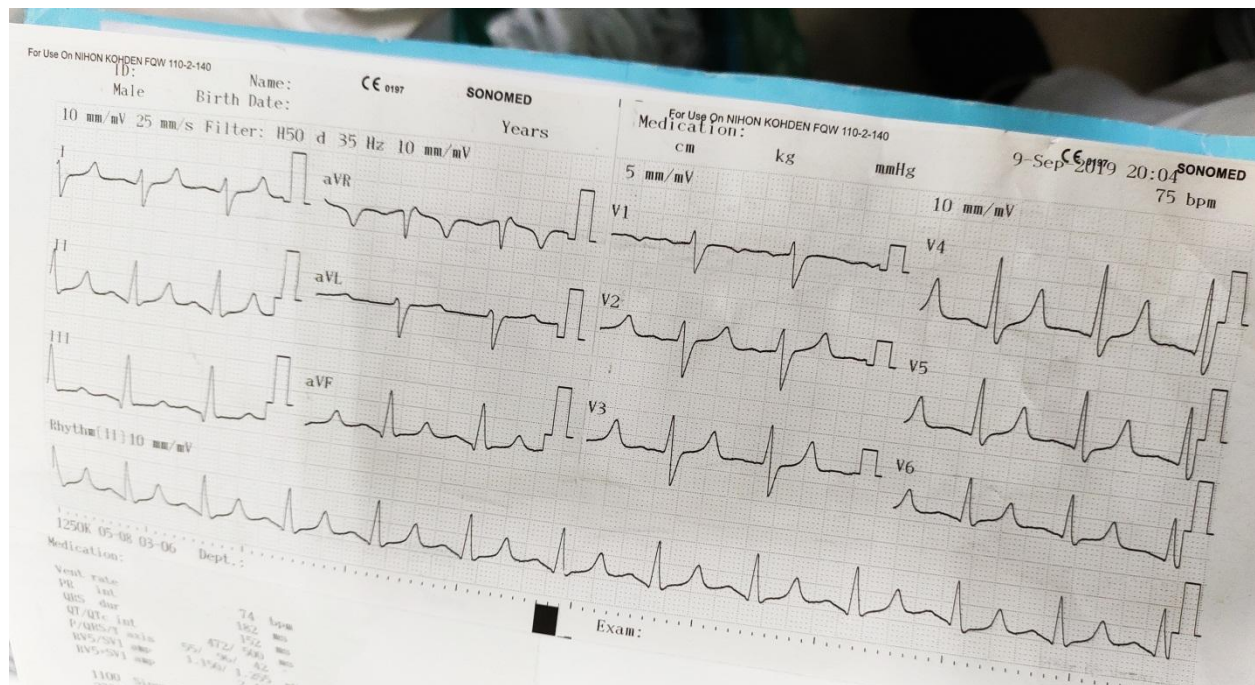
- ĐTĐ tổn thương mm lớn và nhỏ. MM nhỏ thường tổn thương toàn thân. MM lớn thì chỗ có chỗ không. Ca này ĐTĐ có tổn thương mm nhỏ là mất nên nhiều khả năng có tổn thương thận chứ không phải 100% là có tổn thương thận.

- Cần làm thêm tỷ lệ ACR để tìm microalbumin vì lượng chứ đôi khi TPTNT và siêu âm chưa phát hiện ra. Ca này làm nếu ra tiểu Albumin vì lượng thì có thể là đã có bệnh thận mạn. Khi đó chẩn đoán TTT cấp / bệnh thận mạn là hợp lý. Chứ bây giờ chỉ dùng mỗi cái tổn thương mạch máu võng mạc để nói luôn có bệnh thận mạn là chưa được, phải làm thêm ACR.

13. X quang ngực: chưa ghi nhận bất thường

14. ECG:

♥ Lúc nhập viện:



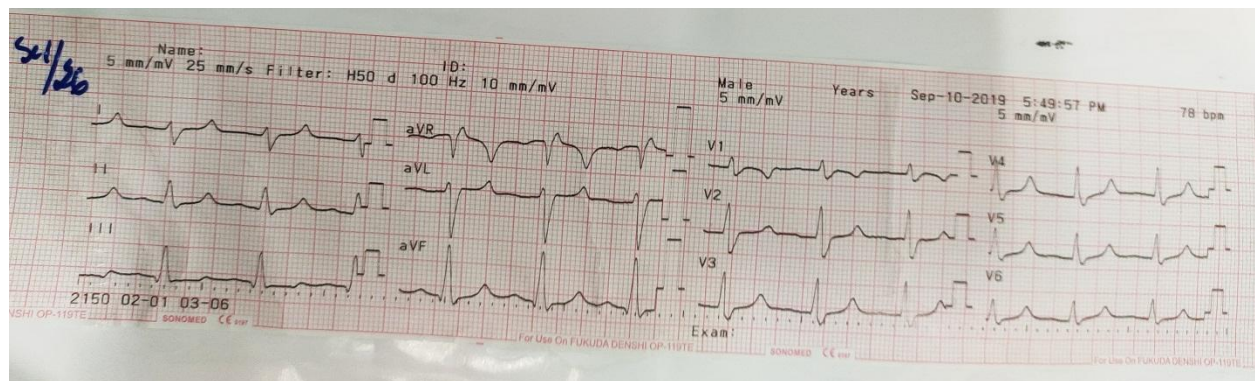
Nhịp xoang tần số 75 lần/phút

Trục lệch phải

QRS dẫn rộng lan tỏa, T cao nhọn đối xứng lan tỏa.

Không lớn thất trái, chưa ghi nhận dấu hiệu thiếu máu cơ tim

♥ Sau đó: 1 ngày



T vẫn còn cao nhọn đối xứng, QRS vẫn còn dẫn rộng

A/C NIỆU CÓ CẦN THIẾT??

#### XIV. Chẩn đoán xác định:

Hôn mê do hạ đường huyết – Tổn thương thận cấp có chỉ định chạy thận cấp cứu do hoại tử ống thận cấp do tăng myoglobin (chưa loại trừ do nhiễm trùng) biến chứng

tăng Kali máu, tăng huyết áp – Nhiễm trùng chưa rõ ổ nhiễm - Đái tháo đường type II biến chứng bệnh võng mạc ĐTĐ, theo dõi biến chứng thận – Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu

Chẩn đoán xác định: Hôn mê do hạ đường huyết – Tổn thương thận cấp tại thận do độc chất biến chứng tăng Kali máu, phù – Đái tháo đường type II biến chứng bệnh võng mạc ĐTĐ, theo dõi biến chứng thận – Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu

## XV. Điều trị:

### 1. Cấp cứu:

- Truyền nhanh đường cho bệnh nhân:
    - Glucose 30% 50ml TTM CXL giọt/phút
    - Duy trì Glucose 5% 500ml/chai 1 chai x1 TTM XXX giọt/phút
  - Hạ Kali máu: phối hợp
    - ♥ Kalimate 5g x 3 gói                      x3
    - ♥ Sorbitol 5g x 1 gói                      }
    - Pha nước uống mỗi 4h
    - ♥ Calci chloride 500mg/5ml x 2 ống + nước cất đủ 20ml → x1 BTTĐ 40ml/giờ
- (Calci gluconate 10% 5 ml 2 ống TMC → lặp lại sau 10 phút nếu ECG không thay đổi)
- ♥ Actrapid 10đv + glucose 10% 250ml TTM XXX giọt/phút
  - ♥ Natri bicarbonate 4.2% 250 ml TTM XL giọt/phút
  - ♥ AT-Furosemide 20mg 1 ống TMC
- ♥ Bắt đầu cho bệnh nhân đi chạy thận nhân tạo do đã thỏa chỉ định:
  - GFR <10 l/phút
  - Tăng huyết áp kèm tăng Kali (dự báo khó kiểm soát nội khoa)

### 2. Duy trì:

- Hạ Kali máu: phối hợp
    - ♥ Kalimate 5g x 3 gói                      x3
    - ♥ Sorbitol 5g x 1 gói                      }
    - Pha nước uống mỗi 4h
    - ♥ Calci chloride 500mg/5ml x 2 ống + nước cất đủ 20ml → x1 BTTĐ 40ml/giờ
- (Calci gluconate 10% 5 ml 2 ống TMC → lặp lại sau 10 phút nếu ECG không thay đổi)
- ♥ Natri bicarbonate 4.2% 250 ml TTM XL giọt/phút
  - ♥ AT-Furosemide 20mg 1 ống TMC

→Hiện tại Kali máu đã ổn nên em sẽ ngừng việc điều trị hạ Kali máu

- Hạ HA: HA lúc khám 140/80 mmHg  
→Kavasdin 5 mg 1 viên uống
- Điều trị nhiễm trùng:
  - ♥ Vicimlastatin 1g/lọ x 1 lọ + NaCl 0.9% 100ml  
→ x2 TTM XXX giọt/phút mỗi 12h
- Điều trị rối loạn lipid máu:
  - Lipitor 10mg (forvastin 10mg) 1 v uống chiều
- Điều trị ĐTĐ:
  - Theo dõi đường huyết và chỉnh liều insulin cho phù hợp
  - Điều trị tại bệnh viện lúc này:
    - Humulin 70/30
      - Sáng 20 đv
      - Chiều 18 đv
- Chống nôn: Moticlopramide 10mg 1 v x 3 uống sáng, trưa, chiều trước ăn

### **ĐIỀU TRỊ CHÍNH ĐƯỜNG HUYẾT**

- Nếu không năng thì xài thuốc giống ở nhà. Nếu nhiễm trùng, năng thì dùng Insulin chích
- Ca này liều 35/30 là cao vô hạ đường huyết rồi nên cần chỉnh lại liều Insulin

- + Dùng cân nặng (cách dễ ăn điểm nhất khi đi thi)
- + Chỉnh liều (trên lâm sàng cũng dùng được)

#### - Dùng cân nặng

- + 0.5 IU/ kg / ngày. Ca này 60kg nên tổng ngày cho 30 IU. 2/3 sáng 1/3 chiều ra 20 IU sáng 10 IU chiều. Theo dõi diễn tiến những ngày tiếp theo để chỉnh liều

#### - Chỉnh liều hiện tại

- + Giảm 10-20 IU
- + Ca này hiện tại 35 sáng giảm còn 15-25, 30 chiều giảm còn 10.-20

## **ĐIỀU TRỊ TĂNG KALI MÁU**

### 1) Xác định tăng Kali máu

- Ion đồ  $> 5.5$ , ECG thay đổi T cao đối xứng nhịp chậm ...
- Nếu ECG thay đổi đạt mức nặng thì phải giảm nhanh kali không BN chết
- Mục tiêu đưa về 4-5 trong 1 ngày.

### 2) Bảo vệ cơ tim

- Ca này chích 1 ống không cần truyền liên tục vì Ecg chưa thay đổi nhiều
- Nếu nặng thì chích liên tục tới khi nào ECG bình thường thì thôi

### 3) Đưa kali vào tế bào

- Ca này hạ đường huyết rồi nên không truyền insulin nhưng vẫn truyền đường. Để đường cao thì cũng đưa Kali vào tb được một ít.
- Cần làm Natribicar để truyền Natribicar có công thức riêng khác với truyền trong toan chuyển hóa: Truyền bao nhiêu Bicar thì giảm được 1meq Kali.
- Đồng vận beta, phun khí dung ventoline LS không xài vì nặng ai đợi PKD

### 4) Hạ kali máu thực sự

- Lợi tiểu: Hạ 1.5meq / ngày
  - + Khi phù hoặc THA. Tut Hạ thì không dùng. BN tăng HA nên dùng được
  - + Dùng lợi tiểu cần quan tâm Natri và Kali. Nếu Natri bình thường thì dùng lợi tiểu hạ được nhiều. Nếu Natri hạ rồi thì không hạ được nhiều, do đánh lợi tiểu hạ nhiều hạ luôn Natri cũng vô hôn mê.
  - + Liều thường dùng 120 tới 200 mg/ ngày hay 6-10 ống / ngày thì hạ được 1-1.5 meq Kali. Lợi tiểu tut Kali thì vô rối loạn nhịp cũng không lo lắm nên khi natri bình thường dùng lợi tiểu hạ Kali tốt.
  - + Y lệnh Furosemide 20mg 2 ống / giờ x 3. **Check lại liều này, hình như nghe nhầm.** Ca này  $8 - 1.5 = 6.5$  còn 1.5 nữa thì dùng resin trao đổi ion

#### - Resin trao đổi kali

- + Kalimab Ca / Kayaxelate Na. Giờ ưu tiên cái Kalimab chứa Ca hơn
- + Kayaxelate 60mg hạ được 1 meq, 1 gói 15mg. Muốn hạ được 2 thì phải 8 gói. Y lệnh cụ thể Kayaxelate 15g 2 gói + Sorbitol 5g 1 gói x 4
- + Kalimab 15-30g hạ được 1meq Kali, liều ít hơn, gói 15g. Muốn hạ được 2 thì phải dùng 4 gói. Lý do khác vì  $Na^+$  còn  $Ca^{2+}$  nên khả năng trao đổi ion khác nhau. Y lệnh cụ thể Kalimab 15g 2 gói + Sorbitol 5g 1 gói x 4
- + Sorbitol có nguy cơ hoại tử ruột khi BN tắc ruột, nó ứ lại. Hoặc khi thụt tháo, bơm vào một thời gian. Còn uống giúp tiêu chảy đưa phân ra ngoài, sorbitol không ứ lại.
- + Sau khi trao đổi ion với resin, kali sẽ nằm trong lòng ruột. Sorbitol sẽ đưa phân có kali ra ngoài. Nếu không kali lại đi ngược vào. Đó là lý do dùng sorbitol.



- Lọc máu: Có chỉ định không ?

+ Ca này điều trị đáp ứng nên chưa có chỉ định lọc máu vì tăng kali. Nhưng có chỉ định lọc máu vì nghĩ nguyên nhân AKI là do độc chất.

- Giải quyết nguyên nhân tăng Kali: Tán huyết, ly giải cơ, suy thận cấp ...

**Thành phố Hồ Chí Minh 04/10/19**  
**Tổng hợp và hoàn thành ghi chú**  
**Nguyễn Đức Vượng Y2014**

