

Nhóm 3 tổ 5 Y13A(Chí Trung, Anh Khoa, Duy Ngọc, Hoàng Oanh)
GV hướng dẫn: Cô Bích Hương

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I - HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Nguyễn Trí Dũng Tuổi: 32
Giới tính: Nam.
Nghề nghiệp: công nhân
Địa chỉ: Đắk Nông
Nhập viện lúc: 21h00 14/2/2019
Giường 43 phòng 8 khoa nội thận BV Chợ Rẫy

II - LÝ DO NHẬP VIỆN: bệnh viện Đa Khoa tỉnh Đắk Nông chuyển viện với chẩn đoán: theo dõi hội chứng gan thận type I/viêm gan siêu vi C/viêm phổi/chấn thương vùng đùi sau tai nạn giao thông

III - BỆNH SỬ

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận P cách đây 3 năm không rõ kích cỡ, không điều trị, chưa ghi nhận bệnh thận khác. Trước nhập viện bệnh nhân tiểu vàng trong, lượng khoảng 1 lít/ngày.

Bệnh 4 ngày

Ngày 1: bệnh nhân bị tai nạn giao thông xe máy trong trạng thái say rượu không rõ cơ chế chấn thương, sau tai nạn bệnh nhân bất tỉnh, nằm ngoài trời, không nhận được sự chăm sóc y tế. (lúc 2 giờ chiều)

Ngày 2: 19 giờ sau tai nạn (9 giờ sáng hôm sau) bệnh nhân được người thân tìm thấy và đưa đi cấp cứu ở bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Nông. Tình trạng lúc nhập viện: tri giác lơ mơ, tiếp xúc kém, đôi khi nói điều vô nghĩa, phù và vết bầm ở vùng bẹn đùi T (khai thác thêm các triệu chứng của choáng: tiền căn huyết áp thấp trước đó có không, tay chân lạnh, vã mồ hôi, khát nước), trầy xước ở 2 tay, thân mình và mặt, huyết áp 80/40 mmHg, mạch rõ, nhịp tim đều, phổi thông khí đều, bụng mềm. => cần khảo sát chấn thương vùng đùi kỹ càng, loại trừ hoặc chẩn đoán gãy xương lớn như xương đùi, xương chậu vì đây là 2 xương lớn, chảy máu nhiều, nếu chảy máu ở đây thì khả năng cao bị chèn ép khoang hoặc tổn thương mạch máu, cần khảo sát kỹ chân T về đau, vận động, cảm giác, mạch mu chân...

Bệnh nhân có tụt huyết áp => bị mất nhiều hơn 20% thể tích tuần hoàn, trong lúc bệnh nhân còn nói điều vô nghĩa, có than khát nước không?

Sau nhập viện, bệnh nhân có ho tăng dần, đàm trắng đục, bệnh nhân có được đặt sonde tiểu, ra nước tiểu màu xá xị, khoảng 100ml/ngày (lúc đầu đặt không ra nước tiểu, ra được 100 ml trong ngày đầu tiên), nước tiểu không có cặn, có nôn ói 2 lần trong ngày đầu tiên, đau vùng bẹn đùi T tăng dần, không cử động được khớp háng và khớp gối. ngày này bệnh nhân vào viện với choáng, cần được đặt 4 đường gồm 2 đường truyền TM, đường thở Oxy, và sonde tiểu để kiểm soát nước tiểu. Choáng ở giai đoạn đầu (co mạch ngoại biên) thì lúc đặt nước tiểu vẫn còn ra ngay 1 ml/kg/h do máu còn nuôi nội tạng, nếu ở giai đoạn sau, co mạch máu nội tạng, thiếu máu nuôi thận gây tổn thương thận cấp, thể tích nước tiểu sẽ giảm (<0.5ml /kg/h)

Cần hồi sức tích cực và để bệnh nhân ra khỏi choáng trong 6 giờ, đạt được các tiêu chuẩn về lâm sàng, huyết áp, sinh hiệu, lactate máu, khí máu động mạch. (ở VN không đạt được, Chợ Rẫy thì chắc tầm 12 h).

Theo dõi lượng nước tiểu sau đó để đánh giá tái tưới máu thận và các cơ quan sau đó. ở bệnh nhân này có uống rượu, có tác dụng lợi tiểu nên khai thác triệu chứng nước tiểu lúc nhập viện (quần áo có hôi mùi khai ..)

Ngày 3-4: tri giác bệnh nhân tỉnh dần, hết nôn ói, vẫn còn ho từng cơn, khạc ra đàm trắng đục, lượng nước tiểu tăng dần(**tăng từ 100 ml lên 200ml/ngày**), tính chất nước tiểu không đổi, uống khoảng 400-500ml/ngày, vẫn còn phù(**cần trình bày rõ phù những gì, chắc chắn không phải chỉ phù chân T, lúc này tăng 10kg nên là phù toàn thân**), đau vùng đùi trái và không cử động được khớp háng, gối.

Cần tách ngày 3 và ngày 4 ra: các dịch bù và theo dõi lượng nước tiểu của 2 ngày 3 4, được chuyển vào chuyển ra khoa hồi sức lúc nào, khoa cấp cứu lúc nào, khoa nội lúc nào?

Cận lâm sàng ở bệnh viện tỉnh:

Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl (BUN: 106 mg/dl)

AST: 639 U/L, ALT : 885U/L **có suy gan có thể do viêm gan cấp do rượu hoặc thiếu máu nuôi trong sock**

có truyền máu không??

Có chỉ định chạy thận nhân tạo nhưng không được chạy do có thể không có máy hoặc bệnh viện ngại chạy do có viêm gan C kèm theo (thường khó nên đẩy về Chợ Rẫy)

**** đv bệnh nhiễm, thường chạy kèm chuyển sớm sang thẩm phân phúc mạc để giảm nguy cơ lây.**

Siêu âm vùng đùi trái: phần mềm trước trong đùi T phù rõ, ít dịch xen kẽ.

Bệnh nhân được điều trị với

Truyền dịch nhiều không rõ loại, có thể truyền đường ưu trương do bệnh nhân trước đó có say rượu, ăn uống ít trước đó.

Thở oxy

Cefotaxime 4g/ngày *3 ngày,

Levofloxacin 0.5g/ngày*3 ngày

Furosemide không rõ liều. **chống chỉ định của lợi tiểu khi HA thấp, chỉ sử dụng khi HA ổn định**

Đánh thuốc khó, do có tổn thương cả gan và thận, do đó lúc này cần hạn chế thuốc qua gan để gan hồi phục, dùng thuốc thải qua thận để có thể điều trị thận nhân tạo thay thế. ở đây dùng cefotaxime thải qua thận => hợp lý nhưng cần giảm liều còn 1g*2 /ngày.

Levo thải qua thận, thường dùng liều 750 mg/ngày nếu chức năng thận bình thường

Nếu eGFR >10 nhưng < 60, dùng 750 ngày 1 ngày 2 sau đó dùng 750 cách ngày (ngày 4 6 8)

Nếu eGFR <10 ngày 1 dùng liều 750 mg ngày 2 500mg sau đó liều 500 cách ngày (ngày 4 6 8)

Sau 3 ngày điều trị, bệnh nhân tri giác ổn định(**sinh hiệu có lẽ đã ổn từ ngày 2, sau đó mới được dùng lợi tiểu khi huyết áp đã ổn**), sinh hiệu ổn, tăng 10 kg so với trước đợt bệnh này(50 kg lên 60kg), bệnh nhân được rút sonde tiểu, lượng nước tiểu lúc này 200 ml/24h và tính chất nước tiểu không đổi. (**tính tổng lượng dịch lúc này: mất cả 3 ngày tầm 2.2 lít, uống 1 lít => bù khoảng 11 lít/3 ngày**

Sau đó chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán: theo dõi hội chứng gan thận Type I/viêm gan siêu vi C/viêm phổi/chấn thương vùng đùi sau tai nạn giao thông. **Viêm phổi nghĩ nhiều là viêm phổi hít, nếu bệnh nhân đứng → sẽ bị đáy phổi P do khí quản P ít gấp góc hơn, nếu bệnh nhân nằm → khả năng bị 2 phổi bằng nhau. Để chẩn đoán chắc chắn dùng nội soi phế quản thấy có lẫn thức ăn và nếu có phải rửa phế quản để giảm tiến triển của viêm phổi. (nội soi khi bn k có suy hô hấp)**

Hội chứng gan thận chẩn đoán sai do không có xơ gan.

-Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, phần đùi T sưng to (**to gấp bn lần đùi P**), không phù, trầy xước da vùng mặt, niêm hồng. **cần hỏi lại phù lúc này ở các màng hay ở mô mềm, có OAP hay không**

Sinh hiệu: Mạch: 92 lần/phút

Huyết áp: 120/70 mmHg

Nhiệt độ 37 °C

Nhịp thở: 20 lần/phút

Tim đều rõ, phổi trong, bụng mềm, cầu bàng quang (-), đùi T đang nẹp Cramer, cử động ngón chân được, cảm giác tốt, mạch mu chân rõ.

Diễn tiến lâm sàng:

Nước tiểu bệnh nhân nhạt màu dần qua các ngày, đạt 500 ml vào ngày thứ 13, 1 lít vào ngày 16 sau nhập viện.

Phù giảm dần, cân nặng bệnh nhân sau 16 ngày nhập viện còn 53 kg.

Đau chân giảm dần, cử động được khớp háng và đi lại được sau 10 ngày nhập viện

Các điều trị sau nhập viện:

Imipenem 0.5g pha 100 ml NaCl 0.9% đủ 100ml TTM

Moxifloxacin 0.4g pha 100 ml NaCl 0.9% đủ 100ml TTM

Metrodiazole: 0.25 g 1v*3

Natri bicarbonat 1.4% 250ml TTM

Alphachymotrypsin 4200 UI 2v*3

Esomeprazol 40mg 1v*2

Tranadol 50mg 1 ống *2 TB

Bệnh nhân được chạy thận cách ngày sau nhập viện

IV - TIỀN CĂN

1/ Bản thân

a) Nội khoa:

Phát hiện đợt cấp viêm gan C cách đây 1 năm tại bệnh viện Hòa Hảo, không điều trị đặc hiệu, tự điều trị thuốc đông y.

b) Ngoại khoa: sỏi thận P phát hiện cách đây 3 năm, không rõ kích thước, không điều trị.

c) Thói quen - Di ứng

- Uống rượu bia thường xuyên(khoảng 1- 2 lần /tuần)
- Không hút thuốc lá.
- Không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

V - LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7h ngày 19/02/2019 – Sau NV 6 ngày)

- Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: ho giảm nhiều, còn khạc đàm lượng ít,
- Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không chán ăn, không tiêu chảy
- Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu màu nâu đỏ khoảng 250-300 ml/ngày
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
- Cơ xương khớp: còn đau vùng bẹn đùi P, hạn chế cử động khớp háng,
- Phù toàn thân, phù nặng hơn ở chân T và tay T
- Không chảy máu răng, không chảy máu mũi.

VI - KHÁM LÂM SÀNG: (7h ngày 19/02/2019 - sau NV 6 ngày)

A) Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc được.
- Sinh hiệu:
 - NĐộ: 37 °C
 - Mạch: 88 lần/phút
 - HA: 110/60 mmHg

- Nhịp thở 22 lần/phút
 - BN nằm kê cao chân T
 - Niêm nhật, môi không khô, lưỡi không dơ.
 - Phù tay, chân, mặt độ I riêng chân T phù độ II, phù mềm, ấn lõm, không đau.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

B) Khám cơ quan

1. Đầu mặt cổ

- Cân đối, không biến dạng
- Khí quản không lệch
- Tuyến giáp không to
- TMCN/45 (-)

3. Lồng ngực

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sọc, không dấu sao mạch
- Tim: mỏm tim KLS V đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm, T1 T2 đều rõ tần số 80 l/ph, không âm thổi
- Phổi: Không rale, tiếng phổi thô, phế âm đều 2 bên.

4. Bụng

- Bụng mềm, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở, không u sọc, không tuần hoàn bàng hệ
- Nhu động ruột 5 l/ph
- Bụng ấn không đau
- Gan lách không sờ chạm
- Thận: rung thận (-), chạm thận (-)

5. Cơ xương khớp:

- Sức cơ 5/5.
- Sưng đau khớp bẹn và gối T, hạn chế cử động.

6. Thần kinh

- Cổ mềm, không dấu màng não, không dấu thần kinh định vị.

VII - TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, nhập viện sau tai nạn giao thông, qua thăm khám ghi nhận:

Tiểu xá xỉ

Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl (BUN: 106 mg/dl)

AST: 639 U/L, ALT : 885U/L

Thiểu niệu ngày 8

Ho đàm trắng đục.

Nôn ói

Phù toàn thân

Niêm nhật

Đau vùng bẹn đùi T-hạn chế vận động

Tiền căn viêm gan C không điều trị đặc hiệu

VIII - ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tiểu xá xỉ + thiểu niệu ngày 8. **phân biệt tiểu đỏ do các nguyên nhân :**

Tiểu máu: soi nước tiểu, có nhiều hồng cầu tương ứng với kết quả TPTNT nhưng phải loại trừ chấn thương niệu đạo sau đặt sonde(nam, lậu, lớn tuổi có phì tiền liệt tuyến, bệnh lý hẹp niệu đạo)

Tiểu myo vs hemo k có hồng cầu trong nước tiểu

Phân biệt myo vs hemo: có thể dùng men cơ trong nước tiểu nhưng ít dùng trên lâm sàng
Quay ly tâm máu, tiểu hemo sẽ có huyết tương màu đỏ, trong khi tiểu myo sẽ có huyết tương màu vàng trong như bình thường.

Bảng chứng trực tiếp: men cơ tăng(CPK), tăng K +, hạ Calci máu, Cre tăng nhanh (>1.5 mg/l trong 1 ngày)

2. CIs tuyến trước: Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl (BUN: 106 mg/dl AST: 639 U/L, ALT : 885U/L
3. Phù toàn thân
4. Hạn chế cử động khớp
5. Choáng (đã khỏi)
6. Viêm gan C không điều trị

Đặt vấn đề theo cô:

1. Tồn thương thận cấp giai đoạn 3 thiếu niệu ngày 4 (có thể đặt suy thận cấp- là 1 dạng nặng của tổn thương thận cấp ở giai đoạn 3)(Cre >4 , khả năng tử vong cao gấp 20 lần) .
2. Tiểu xá xị nghi do tiểu myoglobin sau chấn thương đùi T sau tai nạn giao thông
3. Tăng men gan cấp/ viêm gan siêu vi C mạn.
4. Nhiễm trùng hô hấp dưới.
5. Phù toàn thân, tăng 10 kg sau 3 ngày
6. Tai nạn giao thông + rượu, sau tai nạn ngất.
7. Choáng đã ổn
 - Thiếu niệu không suy thận cấp: HCTH, nên đề vấn đề thiếu niệu khi chưa có Creatinin, ở bn này có Creatinin tuyến trước nên kết luận luôn là suy thận cấp.
 - Có thể có ngộ độc rượu gây ra tổn thương gan.

IX - CHẨN ĐOÁN

CDSB: tổn thương thận cấp giai đoạn thiếu niệu ngày 8 do ly giải cơ vân sau tai nạn giao thông-viêm phổi-viêm gan siêu vi C mạn

CĐPB: viêm cầu thận cấp sau viêm gan siêu vi C-viêm phổi-chấn thương phần mềm sau tai nạn giao thông

X - BIÊN LUẬN xem cho vui chứ cô không sửa, hì hì

1. Choáng : BN nhập viện tỉnh với tình trạng lơ mơ, huyết áp 80/40, mạch nhẹ nên nghĩ nhiều bệnh nhân có choáng. Các nguyên nhân có thể có của choáng:

- Choáng phân bố: bệnh nhân có ho khạc đàm trắng đục, xảy ra sau chấn thương nên nghĩ do cả 2 nguyên nhân nhiễm trùng và chấn thương.
- Choáng giảm thể tích: bệnh nhân không xuất huyết, không nôn ói nhiều, chưa ghi nhận dấu mất nước nên không nghĩ
- Choáng tim: ít nghĩ do tim bệnh nhân đều, không có âm thổi, không tiếng tim bệnh lý, chưa ghi nhận dấu sung huyết => đề nghị ECG, đo CVP kiểm tra.

2. Thiếu niệu ngày 8:

Bệnh nhân có tiểu khoảng 200ml /ngày trong ngày đầu, 0.15ml/kg/h trong vòng 24h (<0,3ml/kg/h trong 24h). Vậy bệnh nhân này có suy thận (theo tiêu chuẩn KDIGO 2012), nghĩ nhiều là suy thận cấp vì chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận trước đây. Các nguyên nhân gây suy thận cấp có thể trên bệnh nhân này:

- Trước thận: bệnh nhân có choáng lúc nhập viện nên có nghĩ nguyên nhân suy thận do choáng trên bệnh nhân.
- Tại thận:
 - + Viêm cầu thận cấp, viêm ống thận mô kẽ : không nghĩ
 - + Hoại tử ống thận cấp:
 - o Do thiếu máu kéo dài: tiền căn chưa ghi nhận mất nước kéo dài, thiếu máu kéo dài, chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch, bệnh lý thận nên không nghĩ.
 - o Do độc chất: nghĩ nhiều. Bệnh nhân chấn thương đùi chèn ép và đụng dập phần mềm, nước tiểu màu nâu đỏ nghĩ có ly giải cơ vân sau chấn thương
- Sau thận: BN đã được chẩn đoán sỏi thận P cách đây 1 năm, nhưng bệnh nhân khởi phát sau chấn thương, vẫn còn nước tiểu được sau đó, không có đau hông lưng, không tiểu đau nên không nghĩ

Biến chứng của suy thận cấp:

Rối loạn nước điện giải: bệnh nhân có choáng và có hội chứng ly giải cơ vân cần ion đồ để kiểm tra

Biến chứng tim mạch: không đau ngực, không khó thở, khám tim chưa ghi nhận bất thường nên không nghĩ.

Rối loạn toan kiềm: trước đó bệnh nhân vào choáng kèm với biểu hiện viêm phổi nên cần khí máu động mạch kiểm tra

Biến chứng nhiễm trùng: nghĩ nhiều do trước đó bệnh nhân đã có chẩn đoán viêm phổi và được điều trị kháng sinh 4 ngày.

Thiếu máu: nghĩ nhiều do bệnh nhân chấn thương mô mềm, có vết bầm và sưng to vùng đùi kèm khi khám thấy bệnh nhân có niêm mạc.

XI - ĐỀ NGHỊ CLS

1. CLS chẩn đoán:

ECG, khí máu, siêu âm bụng, BUN, Cre máu, công thức máu, ion đồ, TPTNT, ASO, ANA, Anti DNA, anti HCV, đông máu toàn bộ,

2. CLS chẩn đoán biến chứng: đường huyết, HbA1C, AST, ALT, khí máu động mạch.

3. CLS theo dõi: BUN, Creatinin máu, ion đồ mỗi 2 ngày.

XII - BIỆN LUẬN CLS

1) **ECG 14/2/2019** : Mất sóng P, QRS dẫn rộng, sóng T cao nhọn => nghĩ nhiều có biến chứng tăng kali máu.

2) **Sinh hóa máu :**

	15/2(trước chạy thận)	16/2	17/2(trước chạy thận)	19/2	25/2	27/2
BUN	104	96	100	53	76	56
Creatinin	9.88	9.88	11.28	7.72	9.64	7.81
AST	935		369	97		
ALT	1424		501	204		
Na	124	131	129	131	139	141
K	5.8	4.5	4.6	4.7	4.1	4.1
Cl	95	94	94	98	101	103
eGFR	6.22	6.22	5.3	8.38	1.83	1.9
CKMB		865				
Troponin I		2.218				
CPK		26130				

Glucose/máu	93	
-------------	----	--

BUN/Creatinin # 10 : tổn thương thực thể tại thận, sau đó <10 phù hợp với tình trạng ly giải cơ vân. ở tình trạng vô niệu không cần quan tâm eGFR do có thể Cre chưa tăng kịp (bth thì 1mg/dl 1 ngày, ly giải cơ vân 1.5-2 mg/dl 1 ngày) nhưng lúc này chắc chắn eGFR <10, quan tâm tới tỉ lệ tăng của cre: >0.5 so với cre ngày trước thì tỉ lệ từ vong tăng gấp 7 lần

Chú ý khi đi thi hồi kỹ ngày chạy thận để tránh biến luận các ngày chạy thận(hoặc phải biết trước hay sau chạy thận để biến luận)

Phù hợp với bệnh lý suy thận cấp do ly giải cơ vân do có CPK cao.

Tăng K máu, Hạ Na, HC Tăng ure huyết

3) Công thức máu

Ngày	14/2	16/2	17/2	19/2	25/2	
WBC	11.35	10.3	12.9	15.81	13.3	4 – 10
NEU%	82.6	81.3	77	74.9	83.7	40 – 77
LYM%	10.6	10.1	12.8	12.7	7.9	16 – 44
MONO%	4.1	5.9	7.8	9.4	6.1	0 – 10
EOS%	1.0	1.0	2.2	2.9	1.1	0 – 7
BASO%	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	0 – 1
IG%						0 – 1
NEU	9.37	8.4	9.93	11.84	11.1	2 – 7.5
LYM	1.21	1.0	1.65	2.00	1.0	1 – 3.5
MONO	0.47	0.6	1.01	1.49	0.8	0 – 1
EOS	0.11	0.1	0.28	0.46	0.1	0 – 0.6

BASO	0.03	0	0.03	0.02	0	0 – 0.1
IG						0 – 0.1
RBC	4.71	4.19	4.16	3.59	1.97	3.6 – 5.5
Hgb	119	106	106	91	49	120 – 160
Hct	38.3	31.9	31.0	27.2	16.2	0.35 – 0.47
MCV	81.4	76.2	74.5	75.8	82.3	80 – 100
MCH	25.2	25.3	25.5	25.3	24.7	26 – 34
MCHC	310	332	342	335	300	310 – 360
RDW						9 – 16
PLT	105	100	128	75	170	150 – 400
MPV					9.7	6 – 12
CRP			41.4			

Bạch cầu tăng nhẹ, ưu thế Neu, Thiếu máu hồng cầu nhỏ đẳng sắc mức độ nhẹ, giảm Tiểu cầu nghi do nhiễm trùng. BC vẫn còn ở giới hạn cao

Hgb 11.9 là ổn định cho nam

Có tiểu cầu giảm: không nghi do bệnh gan khi có cường lách(khám có lách to, giảm 3 dòng tế bào)

Nghi nhiều do đang nhiễm trùng -> bệnh nhân chưa được kiểm soát nhiễm trùng. Cần làm thêm CRP khảo sát.

Tốt nhất dựa vào so sánh Xquang của Bv tĩnh và Bv Chợ Rẫy (ca này k có Xquang Bv tĩnh nên k làm được)

⇒ Cần đổi kháng sinh ở ca này.

Sinh hóa- miễn dịch

– HbsAg (-), HCV-RNA 8.24E+6 (6.92), Anti HIV (-) => VGSV C

Siêu âm đùi T : (14/2/2019) Vùng đùi T mô cơ mặt trong echo dày không đồng nhất lan toả nghi Hematoma

X quang ngực thẳng (14/2/2019) : TDMP (T), tổn thương phế nang 2 phổi

Bilan đông cầm máu: (14/2/2019)

– APTT: 30.5

Siêu âm bụng ngày 27/2: tràn dịch màng phổi 2 bên lượng ít, sỏi thận P, theo dõi bệnh lý nhu mô thận mãn 2 bên, động mạch thận 2 bên có kháng lực cao.

XIII: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: tổn thương thận cấp giai đoạn thiếu niệu ngày 8 do ly giải cơ vân sau tai nạn giao thông biến chứng tăng Kali máu- viêm phổi-viêm gan siêu vi C mạn

XIV: ĐIỀU TRỊ

1.Nguyên tắc điều trị

Điều trị nguyên nhân

Tiết chế ăn uống

Điều trị biến chứng

Điều trị phòng ngừa.

2.Điều trị cụ thể:

Vấn đề	Lâm sàng	Cận lâm sàng	Chẩn đoán	Mục tiêu điều trị	Chiến lược điều trị	Điều trị cụ thể	Kế hoạch theo dõi
Tổn thương thận cấp	Tiểu ít, tiểu xá xỉ,	Bun: 105 mg/dl Creatinin: 9.88 mg/dl BUN/Cre=10.6	Suy thận cấp giai đoạn vô niệu hoàn toàn N8	Giảm lượng độc chất gây độc thận Hồi phục chức năng thận.	1	Bệnh nhân có chỉ định chạy thận nhân tạo (BUN >100, Creatinin>8) Hạn chế lượng nước nhập mỗi ngày	Theo dõi chức năng thận mỗi 2 ngày, lượng và tính chất nước tiểu mỗi 24 giờ.
Viêm phổi	Bệnh nhân có ho khạc đàm trắng đục, sốt không rõ.	Xquang có thâm nhiễm, tổn thương phế nang 2 phổi.	Viêm phổi cộng đồng, đã điều trị với Cefotaxime, Levofloxacin	Sử dụng kháng sinh tiếp tục để không chế viêm phổi. Không chế không xuất hiện ổ nhiễm mới.	2	Imipenem Moxifloxacin Cấy máu và cấy đàm định danh vi khuẩn nếu không đáp ứng điều trị Đôi kháng sinh do không đáp ứng điều trị, còn moxi chung nhóm với levo nhưng thái quan gan -> không nên đổi.	Đánh giá lâm sàng mỗi ngày, Chụp Xquang lại sau 5 ngày dùng kháng sinh.
Quá tải tuần hoàn	Bệnh nhân có phù toàn thân, phù nhiều hơn ở chân T, bệnh nhân có tăng 10kg lúc nhập viện.		Phù toàn thân độ 2 Không phù phổi	Giảm phù dần cho bệnh nhân để đạt cân nặng thô ban đầu	3	Chạy thận nhân tạo (nằm trong điều trị tổn thương thận cấp) do lợi tiểu không còn tác dụng ở thiểu niệu kéo dài, Chỉ dùng lợi tiểu ở ngày đầu thiểu niệu, ngày sau k còn hiệu quả, có thể tích tụ gây độc, gây rối loạn điện giải ở giai đoạn hồi phục. Giảm lượng nước nhập, tiết chế ăn	Đánh giá lâm sàng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu và cân nặng.

						uống.	
Tăng Kali máu		Định lượng ion đồ K+: 5.8mg/l ECG: T cao nhọn	Tăng Kali máu mức độ nhẹ. Từ suy thận và từ ly giải cơ vân	Giảm lượng kali máu về mức bình thường	4	Tiết chế ăn uống. Hàng đầu là chạy thận nhân tạo. Có thể dùng kayexalate hoặc tiêm calcium để bảo vệ tim do đã có thay đổi trên ECG (calium kéo dài thời gian tri hoãn 30 phút, nên sẽ chích lại sau 30 phút, bắt moniter thoe dõi đến khi k còn rối loạn trên ECG) NaHCO ₃ 1.4% 250 ml TTM không nên truyền vào thời điểm này vì còn quá tải tuần hoàn, tăng Kali máu mức độ nhẹ.	Theo dõi ion đồ mỗi 2 ngày.
Tổn thương vùng đùi T có ly giải cơ vân	Đùi T phù, đau, hạn chế vận động khớp háng và gối	Siêu âm: vùng đùi T mô cơ mặt trong echo dày không đồng nhất lan toả nghĩ Hematoma	Tổn thương phần mềm vùng đùi T có ly giải cơ vân, k tổn thương xương	Giảm đau, vận động khớp bình thường	5	Tramadol Hội chẩn khoa chấn thương chỉnh hình. Chú ý khi đã vào giai đoạn suy thận cấp k truyền xối xả dịch Nếu chưa vào suy thận cấp phải truyền cực nhanh 200-500ml/h trong 24 giờ đầu tiên để loại trừ bít tắc ống thận do myo nhưng phải loại trừ	

						chấn thương phổi để k vào phù phổi cấp.	
Viêm gan siêu vi C	Đã được chẩn đoán cách đây 1 năm, không điều trị	AST: 638 ALT: 835 HCV -RNA: 8.24 E+6(6.92) IU/ml				K dùng các thuốc qua gan Nếu có tiền căn uống rượu cần nghi ngờ có viêm gan do rượu , có thể dùng đường huyết để theo dõi, Có thể dùng các vitamin liều cao: B1 : 250 mg, B6 250 mg, vit C 1g, dùng đường uống (dùng chích có thể sock) Nếu nồng độ rượu trong máu cao thì cũng phải chạy thận sớm.	

Tổn thương thận cấp giai đoạn 3 thiếu niệu ngày 4 cộng thêm bệnh nhân có phù, có tăng cân nhiều, việc đầu tiên cần làm là tiết chế nước: nước nhập= 200 ml tiểu + 500 k nhận biết

Tổng nước uống có thể là 700.

xem xét duy trì kháng sinh cũ hay đổi dựa đáp ứng điều trị sau 3 ngày(đối với bệnh nặng cần khảo sát sau 2 ngày) (khảo sát dựa vào công thức máu, CRP và Xquang phổi

Ở bn này nên đổi sang nhóm carbapenem : teanem 0.5 g 1 lọ pha NS 100 ml * 2 lần/ngày, có thể giữ nguyên levofloxacin.

Tiết chế: tổng nhập 700, trong đó có kháng sinh 300 (teanem 200, levo 100) nên chỉ được uống 400 (ăn 2 chén canh, không được uống)

Tuy nhiên không nên tiết chế quá nhiều, sợ bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

Các chỉ định chạy thận nhân tạo trên bn này: BUN > 100, Cre >8, Kali máu tăng nhưng quá tải tuần hoàn, không điều trị nội khoa được. Ngoài ra có hạ Natri máu (124 <125), có phù toàn thân=> chạy thận nhân tạo giải quyết được nhiều vấn đề.

➔ Bệnh nhân cần được chạy thận 2 ngày liên tiếp sau nhập viện để tránh mất quân bình (tránh việc chạy nhiều ngay lần đầu sẽ gây ra rối loạn điện giải các ion và sinh hóa máu trong cơ thể gây ra rối loạn tri giác lại, nên chạy cầm chừng ở 2 lần chạy đầu liên tiếp). cần theo dõi sau chạy thận: mạch, huyết áp, ion đồ, chức năng thận, cân nặng, nước tiểu...

Do đã rút được lượng nước đáng kể nhờ chạy thận nhân tạo nên có thể cho bệnh nhân uống nước nhưng k quá nhiều(< 1 lít) và có thể dùng thuốc qua đường truyền tĩnh mạch.

Cần theo dõi nhiễm trùng kỹ trên ca này do bệnh nhân có thêm 1 ổ nhiễm từ đùi do chạy thận nhân tạo.

XV: TIÊN LƯỢNG.

Tiên lượng gần: nặng

Tiên lượng xa: trung bình