

Họ và tên: Nguyễn Thị Mỹ Duyên
Lớp – tổ: Y17D – 21

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. Hành chính:

- | | |
|--|--|
| - Họ và tên: Nguyễn Công D. | Giới tính: Nam |
| - Năm sinh: 1985 | Tuổi: 37 |
| - Nghề nghiệp: tài xế | Phòng: G19 - P311 - Nội thận – GD |
| - Địa chỉ: Bình Thạnh, TP.HCM | |
| - Thời gian nhập viện: 08 giờ 30 phút ngày 02 tháng 11 năm 2022 | |

II. Lý do nhập viện: phù toàn thân

III. Bệnh sử: Bệnh nhân là người khai bệnh

Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân ngủ dậy thấy nặng mi mắt, phù tay, phù chân tăng dần, đi lại khó khăn, tăng khoảng 8kg (62 -> 70) trong 2 tháng, phù đối xứng 2 bên, không thay đổi theo tư thế, không nóng đỏ đau, tiểu vàng nhạt, bọt nhiều, không gất buốt, lượng #2.5L/ngày (uống #3L/ngày), không sốt, không khó thở, ăn uống được, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/ngày.

- Khám PK tư (27/09), đo HA 130/80 mmHg chẩn đoán Thận mạn giai đoạn II, cho toa về Furosemid 40mg tối 1/2v x 1 (u) 14 ngày. Bệnh nhân uống thuốc thấy giảm phù ít nhưng không hết.
 - Khám BV ĐHYD khoa Thận (15/10, 29/10) được làm các xét nghiệm
 - ĐH 270 mg/dL, HbA1C 9.43%, TG 292 mg/dL, K 2.93 -> 3.36 mmol/L
 - Alb máu 2.51 g/dL, Ure 24.57 -> 28.76 mg/dL, Cre máu 1.8 -> 1.94 mg/dL, eGFR 43 -> 39 ml/ph/1.73m² da
 - TPTNT: pro 1000 mg/dL, blood 80 ery/uL, Alb/Cre 33.9 mg/mmoL, Pro/Cre 170 mg/mmoL
 - Soi cận lẳng NT: RBC 28.16, WBC 12.54, trụ hồng cầu (-), trụ bệnh lý 12.76
 - Hb 12.9 g/dL, WBC 10.74 G/L, CRP 13.6 mg/L, C3 1.46 g/L, C4 0.48 g/L, ANA (-), Anti dsDNA 2.21 IU/mL, Anti Nucleosome (-), KT kháng C1q (-), p-ANCA (-), cANCA (-)
 - SA bụng: nang thận P
 - Soi đáy mắt: bệnh võng mạc ĐTĐ tiền tăng sinh
- ⇒ Chẩn đoán HCTH nghi thứ phát do ĐTĐ2/ THA, ĐTĐ2, suy thận cấp
- ⇒ Toa về: Ketosteril 2vx3, Amlodipin 5mg 1vx2, Telmisartan 40mg 1vx1, Rosuvastatin 10mg 1vx1, Aspirin 81mg 1vx1, NaHCO₃ 500mg 1vx2, Bisoprolol 2.5mg 1vx2, Insulin sáng 14IU, chiều 10IU

Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân ngủ dậy thấy nặng mi mắt, phù tay, phù chân với tính chất phù tương tự nhưng phù nhiều hơn trước, kèm chóng mặt nhiều => khám BV ĐHYD được yêu cầu nhập viện nhưng vấn đề kinh phí nên bệnh nhân muốn nhập BV Gia Định.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân ăn uống được, tăng khoảng 8kg (62 -> 70), không ho, không sốt, không phát ban, không đau khớp, không đau ngực, không khó thở, không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiểu vàng nhạt, bọt nhiều, không gất buốt, lượng #2.5L/ngày (uống hơn 3L/ngày), tiêu phân vàng khuôn 1 ngày/ lần.

Lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Mạch: 75 lần/phút
- Huyết áp: 200/100 mmHg
- Nhiệt độ: 37 độ C
- Nhịp thở: 18 lần/phút
- SpO2: 99%/ khí trời
- Cân nặng: 70kg

Da niêm hồng, chi ấm, phù toàn thân

Tim đều rõ, phổi không ran, bụng mềm ấn không đau, không cầu bàng quang, cổ mềm

Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Sau nhập viện:

2/11: phù toàn thân, không sốt, HA 200/100 mmHg. CD: td TTTC/ HCTH thứ phát do ĐTĐ2 # nguyên phát, ĐTĐ2, cơn THA khẩn trương, RL lipid máu, bệnh vồng mạc ĐTĐ2 tiền tăng sinh.

Điều trị Furosemid, Captopril, Amlodipin, Atorvastatin, Aspirin, Mixtard, Bisoprolol

3/11: phù toàn thân (++), K+ 3.07 -> 2.66. CD: td TTTC/ HCTH thứ phát do ĐTĐ2 # nguyên phát, ĐTĐ2, cơn THA khẩn trương, RL lipid máu, bệnh vồng mạc ĐTĐ2 tiền tăng sinh, hạ K máu. Điều trị giữ nguyên

4-7/11: còn phù chân (++), thêm Methyldopa, Spironolacton, giảm liều Furosemid

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Nội khoa:
 - Chưa từng phù tương tự như vậy trước đây
 - ĐTĐ type 2 cách 1 tháng, được chẩn đoán ở BV ĐHYD với ĐH 270 mg/dL, HbA1C 9.43%, đang dùng Insulin chích sáng 14IU, chiều 10IU.
 - THA cách 6 tháng, được chẩn đoán ở PK tư, HA tâm thu cao nhất 190 mmHg, HA tâm thu dễ chịu 130-140 mmHg, đang dùng Amlodipin 5mg 1vx2, Telmisartan 40mg 1vx1, Rosuvastatin 10mg 1vx1, Aspirin 81mg 1vx1 (toa gần nhất ở BV ĐHYD).
 - Chưa ghi nhận tiền căn HCTH, bệnh thận mạn trước đó
 - Chưa ghi nhận tiền căn suy tim
 - Chưa ghi nhận tiền căn lao, hen, bệnh lý hô hấp trước đó
 - Chưa ghi nhận tiền căn bệnh gan – mật – tụy, VGSV B, C, chưa tiêm ngừa BGSV B.
 - Chưa ghi nhận tiền căn ung thư
 - Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng hay bệnh lý miễn dịch trước đó.

• Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn chấn thương
- Phẫu thuật đóng lỗ thông liên thất, cột ống động mạch cách 23 năm ở Viện tim, tái khám đều vài tháng sau đó thấy ổn nên ngưng, không điều trị gì thêm.

• Thói quen

- Dùng thuốc theo toa
- Ăn mặn
- Hút thuốc lá 10 gói.năm, hiện vẫn còn hút
- Rượu bia ít

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận tiền căn ung thư, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận.

V. Lược qua các cơ quan: 7g00 ngày 07/11/2022

- 1. Tim mạch:** không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp
- 2. Hô hấp:** ho khan ít, không khó thở, không sốt

3. **Tiêu hóa:** không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng khuôn 1 lần/ngày.
4. **Tiết niệu, sinh dục:** nước tiểu vàng nhạt, không tiểu gắt buốt, có bọt, lượng #1L/ngày
5. **Thần kinh:** không đau đầu, không chóng mặt, không hoa mắt
6. **Cơ, xương, khớp:** phù chân giảm, không nóng đỏ đau, không hạn chế vận động.

VI. Khám lâm sàng: 7g00 ngày 07/11/2022

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Sinh hiệu:
 - Mạch: 72 lần/phút
 - Huyết áp: 140/90 mmHg
 - Nhịp thở: 20 lần/phút
 - Nhiệt độ: 37⁰C
 - SpO2: 98%
 - Chiều cao: 160 cm
 - Cân nặng hiện tại: 66 kg
 - Cân nặng trước phù 62kg -> BMI trước phù 24.2 kg/m²
- Chi ấm, mạch quay đều rõ
- Phù 2 chân (++), phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau
- Không vàng da, không ngón tay dùi trống
- Hạch ngoại biên không sờ chạm

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, khí quản không lệch
- Tuyến giáp không to
- Kết mạc mắt không vàng, niêm mạc mắt hồng nhạt
- Niêm mạc dưới lưỡi không vàng, không khô
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Không tĩnh mạch cảnh nổi

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, không lồng ngực hình thùng, không gù vẹo cột sống, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da, không sao mạch, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ. Sẹo mổ giữa ngực ngay xương ức, KT #15x4 cm, lành tốt.
- Tim:
 - Mỏm tim không sờ chạm
 - Không dấu Harzer, không dấu nảy trước ngực
 - Không ồ đập bất thường, không điểm đau thành ngực
 - Nhịp tim: 72 l/phút, T1, T2 đều rõ, không tiếng tim bất thường, không âm thổi.
- Phổi:
 - Rung thanh đều
 - Gõ trong
 - Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.
 - Phổi không ran

4. Bụng:

- Cân đối, không to, di động theo nhịp thở, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mổ.
- Âm ruột: 8 lần/phút, không âm thổi động mạch vùng bụng
- Gõ trong

- Sờ bụng mềm, không điểm đau khu trú, không sờ thấy u
- Gan, lách không sờ chạm, chiều cao gan #10cm
- Chạm thận (-)

5. Tứ chi:

- Phù 2 chân, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau
- Không sưng nóng đỏ đau các khớp
- Không hạn chế vận động

6. Thần kinh: cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú

VII. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 37 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân. Bệnh 2 tháng.

Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

1. Triệu chứng cơ năng:

- Phù toàn thân
- Tiểu bọt

2. Triệu chứng thực thể:

- Phù toàn thân
- Niêm nhạt

3. Tiền căn

- ĐTĐ type 2
- THA
- Phẫu thuật đóng lỗ thông liên thất, cột ống động mạch

VIII. Đặt vấn đề:

- Phù toàn thân + tiểu bọt
- ĐTĐ type 2 kiểm soát chưa tốt

IX. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Hội chứng thận hư không thuần túy, nghĩ thứ phát do ĐTĐ2, theo dõi biến chứng tổn thương thận cấp/ THA/ ĐTĐ2

2. Chẩn đoán phân biệt:

Hội chứng thận hư không thuần túy, nghĩ nguyên phát, theo dõi biến chứng tổn thương thận cấp/ THA/ ĐTĐ2

X. Biện luận:

1. Phù toàn thân

- Bệnh nhân có phù mặt, tay, chân, đối xứng 2 bên, phù rõ vào sáng sau khi ngủ dậy, tăng 8kg/ 2 tháng, khám phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau nên nghĩ bệnh nhân có phù toàn thân

2. Nguyên nhân

- Suy tim: ít nghĩ vì tính chất phù không phù hợp (phù do tim thường phù nhiều 2 chân, tăng về chiều tối, sau khi bệnh nhân hoạt động, kèm khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm), khám không TMC nổi, không gan to, không báng bụng, tim đều rõ, không gallop T3, không dấu Hardzer/ dấu nẩy trước ngực nhưng bệnh nhân có YTNC tim mạch (THA, ĐTĐ, rượu bia, thuốc lá), tiền căn PT tim cách 23 năm => đề nghị ECG, siêu âm tim
- Xơ gan: không nghĩ vì tính chất phù không phù hợp (phù do gan thường báng bụng trước rồi phù chân), khám không dấu suy TB gan (vàng da, vàng mắt, LBTS, XHDD, sao mạch,...), không

dấu TATMC (THBH, gan to, lách to,...), không tiền căn bệnh lý gan mật trước đó => đề nghị SA bụng

- Suy dinh dưỡng: không nghĩ vì vì tính chất phù không phù hợp (phù do SDD thường phù mu bàn tay, mu bàn chân trước), bệnh nhân ăn uống được, BMI trước phù 24 kg/m², không có hội chứng kém hấp thu (tiêu chảy kéo dài, tiêu phân mỡ,...), khám cơ quan khác không ghi nhận teo cơ, teo mỡ dưới da, giảm chu vi vòng cánh tay.
- Do thận: nghĩ nhiều vì vì tính chất phù phù hợp (phù mi mắt, phù tay, chân, phù vào sáng sớm sau khi ngủ dậy), kèm tiểu bọt => đề nghị TPTNT, SA bụng đánh giá thận

Phù do thận có các nguyên nhân sau

- HCTH: nghĩ nhiều vì bệnh nhân có phù toàn thân kiểu thận + tiểu bọt. Nghĩ HCTH không thuần túy vì bệnh nhân có THA => đề nghị TPTNT, Đạm niệu 24h, Albumin máu, Protein máu, Bilan lipid máu
- Viêm cầu thận cấp: ít nghĩ do bệnh nhân chỉ có phù toàn thân, bệnh kéo dài 2 tháng mà VCTC thường 4-6 tuần + chưa ghi nhận tiền căn viêm họng, viêm da trước đó, gia đình chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận
- Viêm cầu thận tiến triển nhanh => động học Creatinin

3. Biện luận HCTH

- Nguyên nhân
 - Thứ phát
 - Hậu nhiễm trùng: không sốt, không đau họng, không viêm da, chưa ghi nhận tiền căn VGSV B,C và chưa tiêm ngừa VGSV B => đề nghị HbsAg, anti HCV
 - Lupus ban đỏ hệ thống: không phát ban, không đau khớp, không loét miệng hay rụng tóc, chưa ghi nhận tiền căn dị ứng hay bệnh lý miễn dịch trước đây, tiền căn gia đình cũng chưa ghi nhận lupus => đề nghị ANA, anti-dsDNA
 - Ung thư: trẻ 37 tuổi, tổng trạng trước phù tốt, hạch ngoại biên không sờ chạm, chưa ghi nhận tiền căn ung thư, gia đình chưa ghi nhận tiền căn ung thư nhưng không thể loại trừ do K có thể diễn tiến âm thầm
 - ĐTĐ type 2: nghĩ nhiều do bệnh nhân có ĐTĐ2 vừa phát hiện cách 1 tháng, nhưng biến chứng có thể xảy ra ngay khi phát hiện ĐTĐ2 => đề nghị Glucose máu, HbA1c, soi đáy mắt, Albumin máu, Albumin niệu, BUN, Creatinin máu
 - Do thuốc: không nghĩ
 - Dị ứng: không nghĩ
 - Nguyên phát: trẻ tuổi, bị lần đầu, chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận trước đó => nghĩ nhiều sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát
- Biểu chứng
 - Cấp
 - Tồn thương thận cấp: bệnh nhân không tiểu ít nhưng không thể loại trừ, có thể là TTTC thể không thiểu niệu + CLS ở ĐHYD có Creatinin máu 1.8 -> 1.94 mg/dL => đề nghị BUN, Creatinin máu
 - Nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt, không ho, không đau bụng, không tiểu gắt buốt, khám không môi khô lưỡi dơ => TPTTBM
 - Tắc mạch: bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, không đau đầu nhưng bệnh nhân có phù chân => đề nghị SA Doppler mạch máu chi dưới
 - Mạn: đây là HCTH lần đầu nên chưa đánh giá được biến chứng mạn

XI. Cận lâm sàng:

1. Cận lâm sàng chẩn đoán:

- TPTNT 10 thông số + soi cận lắng nước tiểu, đạm niệu 24h
- Albumin máu, Protein máu, BUN, creatinin máu
- Cholesterol toàn phần, HDL, LDL, TG

- HbsAg, anti HCV, ANA, anti-dsDNA, Glucose máu, HbA1C, soi đáy mắt
- TPTTBM, SA Doppler mạch máu chi dưới
- ECG, siêu âm tim, siêu âm bụng

2. Cận lâm sàng thường quy:

- Ion đồ
- AST, ALT
- Xquang ngực thẳng

XII. Kết quả CLS

1. TPTNT:

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
Ery	25	
Uro	3.2	umol/L
Bili	(-)	
Nitrit	(-)	
Keton	(-)	
Pro	3.0	g/L
Glu	5.5	mmol/L
pH	6.0	
Tỉ trọng	1.007	
Leu	(-)	
Đại thể	Màu vàng	

⇒ Tiểu đạm => đạm niệu 24h

Ery 25 => soi cặn lắng nước tiểu

2. Soi cặn lắng nước tiểu

Thông số	Kết quả
Hồng cầu	55555
BC + TB thượng bì	2777
Trụ	0

⇒ Tiểu máu vi thể nhưng không có trụ hồng cầu, phù hợp HCTH không thuần túy

3. Protein niệu 24h

Thông số	Kết quả
Protein niệu	3.05 g/L
V nước tiểu	4.5 L
Protein niệu 24h	13.725 g/24h

⇒ Protein niệu 24h 13.725 > 3g/24h => có tiểu đạm ngưỡng thận hư

4. Động học Creatinin

	15/10	29/10	02/11	04/11	05/11	07/11
Ure (mg/dL)	24.57	28.76	39.08		42.02	59.72
Creatinin (mg/dL)	1.8	1.94	2.02	2.07	2.29	2.33

eGFR	43 (CKD-EPI)	39	39.72 (MDRD4)	38.69	34.32	33.69
------	-----------------	----	------------------	-------	-------	-------

⇒ Creatinin máu tăng phù hợp tổn thương thận cấp, nghĩ trước thận do giảm Albumin máu
eGFR giảm gần 10ml/phút/1.73m² da trong 3 tuần (15/10 -> 07/11) => gợi ý suy thận tiến triển nhanh

5. Sinh hoá

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
Albumin máu	25.9	g/L
Protein TP máu	50.7	g/L
Đường huyết	132	mg/dL
HbA1C	7.5	%
ALT (SGPT)	34.1	U/L
AST (SGOT)	16.9	U/L
Cholesterol	4.63	mmol/L
HDL-C	0.97	mmol/L
LDL-C	3.01	mmol/L
TG	3.3	mmol/L

Phân tích:

- Albumin máu 2.59 g/dL < 3 g/dL => giảm
- Protein TP máu 5.07 g/dL < 6 g/dL => giảm
⇒ Kết hợp tiểu đạm ngưỡng thận hư, phù hợp HCTH
- Đường huyết 132 mg/dL, HbA1C 7.5% => ĐTĐ2 chưa kiểm soát tốt
- ALT, AST trong giới hạn bình thường => không tổn thương gan
- Bilan lipid máu có TG 3.3 mmol/L > 1.88 mmol/L => tăng TG => RL lipid máu

6. Miễn dịch

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
C3	1.46	g/L
C4	0.48	g/L
ANA	(-)	
Anti-dsANA	(-)	
HbsAg	(-)	
Anti HCV	(-)	
Cholesterol	4.63	mmol/L
HDL-C	0.97	mmol/L
LDL-C	3.01	mmol/L
TG	3.3	mmol/L

⇒ Loại trừ các nguyên nhân thứ phát khác của HCTH

7. Soi đáy mắt: Bệnh võng mạc ĐTĐ tiền tăng sinh => gợi ý nguyên nhân do ĐTĐ2

8. TPTTBM:

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
RBC	3.6	T/L
HGB	104	g/L
HCT	32.2	%
MCV	89.4	fL
MCH	28.8	pg
MCHC	341	g/L
WBC	8.44	G/L
%NEU	68.2	%
NEU#	5.75	G/L
%LYM	24.1	%
LYM#	2.03	G/L
%MONO	5.0	%
MONO#	0.42	G/L
%ESO	1.3	%
ESO#	0.11	G/L
%BASO	0.2	%
BASO#	0.02	G/L
PLT	267	G/L
MPV	8.6	fL
RDW-CV	13.3	%

Phân tích:

- Hb 10.4 g/dL < 12 g/dL, Hct 32.2%, MCV 89.4 fL > 80 fL, MCH 28.8 pg => thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ, nhưng TPTTBM 29/10 có Hb 12.9 g/dL => không nghĩ thiếu máu do bệnh thận mạn
- WBC 8.44 G/L => không nghĩ nhiễm trùng
- PLT 267 G/L => tiểu cầu trong giới hạn bình thường

9. Siêu âm bụng

Mô tả kết quả:

- Gan: không to, bờ đều, đồng dạng, phản âm bình thường
- TM cửa, TM trên gan, nhánh gan phải/trái: không dẫn
- Túi mật: không to, vách mỏng, không sỏi
- Ống mật chủ: không dẫn, không sỏi
- Lách: không to, đồng nhất
- Tụy: không to, đồng nhất
- Thận:
 - Thận (P):
 - Kích thước bình thường, giới hạn vỏ/tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.
 - Có nang d#11mm
 - Niệu quản P không dẫn, thượng thận không thấy
 - Thận (T):

- Kích thước bình thường, giới hạn vỏ/tủy rõ, không ứ nước, không sỏi
- Niệu quản T không dẫn, thượng thận không thấy
- Bàng quang: ít nước tiểu khảo sát
- Tiền liệt tuyến: khảo sát giới hạn
- Chưa ghi nhận vấn đề nào khác

Kết luận: Nang thận phải

10. Siêu âm tim:

Mô tả kết quả:

- Dày thất trái
- Không dịch màng ngoài tim
- Giảm động nhẹ vách liên thất
- Hở van 2 lá nhẹ VC < 3mm
- Hở van ĐMC nhẹ VC < 3mm
- Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF = 54%
- Chức năng tâm thu thất phải bảo tồn TAPSE = 22mm

11. Ion đồ máu

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị
Na+	139.9	mmol/L
K+	3.03	mmol/L
Cl-	108.3	mmol/L

⇒ K 3.03 mmol/L < 3.5 mmol/L => hạ K máu

12. ECG: chưa ghi nhận bất thường

XIII. Chẩn đoán xác định

Hội chứng thận hư không thuần túy, nghi thứ phát do ĐTĐ2, biến chứng tổn thương thận cấp – Hạ K máu – THA – ĐTĐ2 – Rối loạn lipid máu – Bệnh vồng mạc ĐTĐ tiền tăng sinh

XIV. Mục tiêu điều trị

- Giảm phù, giảm đạm niệu (<0.5g/24h), nâng Albumin máu
- Kiểm soát huyết áp < 140/80 mmHg
- Kiểm soát đường huyết với HbA1C < 6.5%
- Kiểm soát lipid máu
- Bù điện giải đầy đủ
- Phòng ngừa nhiễm trùng, tắc mạch & biến chứng xa

XV. Điều trị

- Hạn chế muối (2-3g/ngày), giảm đạm (#28g/ngày ~ 2 quả trứng / 150gr thịt)
- Furosemide 20 mg 1 ống x 2 (TMC)
- Aldactone 25 mg 1v x 1 (u)
- Amlodipin 5mg 1v x 2 (u)
- Bisoprolol 2.5mg 1v x 1 (u)
- Aspirin 81mg 1v x 1(u)
- Atorvastatin 20mg 1v x 2 (u)
- Mixtard 30/70 sáng 14IU, chiều 6IU (TDD trước ăn 30p)