

FORM BỆNH ÁN SUY THẬN CẤP

Đọc kỹ slide 2018 của cô Linh ngarr

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

II. LDNV:

- RL đi tiểu:

- Tiểu ít

Tiểu khó

- Tiểu gấp
- Tiểu gắt buốt, tiểu đau
- Tiểu lắt nhắt, nhiều lần, tiểu nhỏ giọt

- Cảm giác mắc tiểu sau khi đi
- Bí tiểu

- Nước tiểu: đục, có mủ, máu, tiểu sỏi

III. BỆNH SỬ: Ai khai

Đau hông lưng:

1. **Hoàn cảnh xuất hiện:** cơn đau bụng cấp
2. **Tính chất:** -Vị trí -Hướng lan -Cường độ -Quặn cơn
3. **Triệu chứng kèm** → NN gây đau

- Sốt: nếu BN sốt, đau do nhiễm trùng
- RL tiêu hóa: ói, buồn nôn, tiêu chảy, bón...
- RL đi tiểu, màu sắc, SL NT
- Hô hấp: Ho khạc đàm, máu ,

4. BN đã khám, được chẩn đoán và điều trị gì???

- Diễn tiến bệnh trong thời gian nằm viện

IV. TIỀN CĂN

A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:

- Bệnh lý nặng, nhiễm trùng
- Tiêu chảy, ói mửa, bệnh mất dịch qua khoang thứ 3
- THA, ĐTĐ, K, Thiếu máu
- Lupus, bệnh miễn dịch,...
- RL tâm thần: Ăn uống ít, ít than phiền, không nhận biết

2. Ngoại khoa:

Bỏng, chấn thương, phẫu thuật tim, PT lớn

3. Thói quen – dị ứng:

- Ăn uống, rượu bia, HTL,...

B. GIA ĐÌNH

- Bệnh tim mạch, ĐTĐ
- Bệnh thận mạn
- Bệnh miễn dịch: lupus, Henoch,....

V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim:
2. Hô hấp:
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục: nước tiểu, \$ niệu đạo cấp
5. Thần kinh:
6. Cơ xương khớp:
7. Chuyển hóa: Phù

VI. KHÁM

A. Tổng trạng:

- Tri giác,
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- BMI: phù thì không tính
- Da niêm, phù
- Chú ý có thiếu máu? (biến chứng đại tuần hoàn)

B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:
 - Cân đối không biến dạng
 - Dấu sao mạch
 - TMCN, hạch cổ
2. Ngực:

- Tim:
- Phổi:
- 3. Bụng:
Khám bụng, cầu bàng quang
Khám cqsđ
- 4. Thần kinh, cơ xương khớp:

VII. TTBA

VIII. ĐVĐ:

IX. CĐSB/CĐPB

Tổn thương thận cấp [ng nhân trc tại sau thận] [biến chứng]

X. BIỆN LUẬN

CĐXĐ STC:

KDIGO 2012:

1. Creatinin máu $\geq 0,3$ mg/dL within 48h or
2. Creatinin máu $\geq 1,5$ lần so với ban đầu within 7d hoặc
3. V nước tiểu $< 0,5$ ml/kg/h trong 6h

RIFFLE

Giai đoạn	Creatinine máu	V nước tiểu
Risk	- Tăng x 1.5 lần hoặc - GFR giảm $> 25\%$	$< 0,5\text{ml/kg /h} \times 6 \text{ h}$
Injury	-Tăng x 2 lần hoặc - GFR giảm $> 50\%$	$< 0,5\text{ml/kg /h} \times 12\text{h}$
Failure	- Tăng x 3 lần hoặc - GFR giảm $> 75\%$ hoặc - Cr $> 4\text{mg/dL}$ (với Cr tăng cấp tính $\geq 0.5 \text{ mg}\%$)	$< 0,3\text{ml/kg /h} \times 24\text{h}$ hoặc Vô niệu x 12h
Loss	Mất hoàn toàn CN thận kéo dài > 4 tuần	
End stage	Bệnh thận gđ cuối	

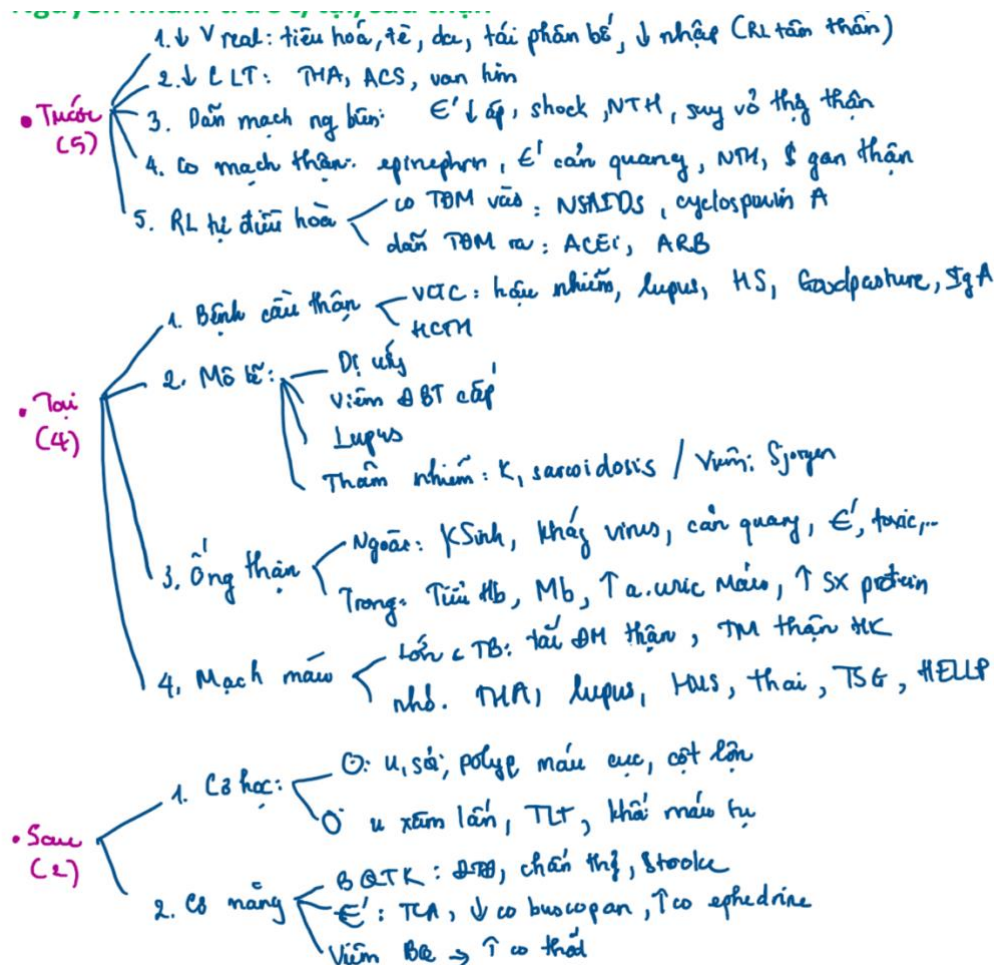
Giai đoạn:

Phân loại mức độ nặng nhẹ của tổn thương thận cấp AKIN (Acute Kidney Injury Network)

GĐ	Creatinine	V nước tiểu
1	- Tăng $\geq 0,3$ mg/dL hoặc - Tăng $> 1,5$ -2 lần giá trị ban đầu	$< 0,5\text{ml/kg/h} \times 6\text{h}$
2	Tăng > 2 -3 lần giá trị ban đầu	$< 0,5\text{ml/kg/h} \times 12\text{h}$
3	- Tăng > 3 lần giá trị ban đầu hoặc - Cr $> 4\text{mg/dL}$ (với Cr tăng cấp tính $\geq 0.5\text{ mg\%}$) hoặc - Được điều trị thay thế thân	$< 0,3\text{ml/kg/h} \times 24\text{h}$ hoặc Vô niệu $\times 12\text{h}$

CĐPB ST loại gì: CẤP vs MẠN

Nguyên nhân: trước/tại/sau thận



Biến chứng: AEIOU

- Acidosis: Toan hóa máu với AG tăng
- Electrolyte: Tăng K, P, Mg, a.uric; Giảm: Calci, Natri
- Infection: Thường gặp (50 – 90%) và tiên lượng xấu (75% ded).
- Overload: tim mạch (THA, NMCT, suy tim, OAP, VMNT, TDMNT,...)
- Uremia: HC ure huyết (bệnh cảnh não)
- Hematology: Thiếu máu nhẹ.
- Nutrient: Chán ăn, tăng dị hóa đạm,...

XI. CLS:

CĐXD: BUN – Crea, TPTNT

Cd nguyên nhân: ion đồ (canxi), siêu âm bụng (tắc nghẽn sau thận, pb BTM), ctm, TPTNT, cận lằng, Na niệu, Crea niệu

$$\text{Cách tính FE Na} = \frac{\text{Na niệu} \times \text{Cr máu}}{\text{Na máu} \times \text{Cr niệu}} \times 100$$

(Fraction Excretion of sodium)

1. Thiếu máu	Không (trừ trường hợp mất máu cấp, tán huyết)
2. Siêu âm bụng	Vỏ tùy phân biệt rõ. Thận to, phù nề
3. Tổng PTNT	-Sạch, ít trụ trong, trừ trường hợp + STC do BCT cấp: tiểu đạm, trụ HC + STC do hoại tử OT cấp: trụ hạt nâu bùn
4. RL điện giải	Canxi bình thường (có thể giảm trong STC do ly giải bứu, hủy cơ vân, viêm tụy cấp...)
5. Tiền căn	- Không bệnh thận hoặc các bệnh khác: BL tim mạch, ĐTĐ, THA (thường gây biến chứng thận) - Creatinin máu, GFR trước đó bình thường
6. Diễn tiến sau điều trị	- Creatinin máu, GFR về bình thường sau điều trị - 10% tiến triển đến bệnh thận mạn

Xét nghiệm	Trước thận	Hoại tử ống thận cấp
P thẩm thấu NT	> 500 mos/kg H ₂ O	< 350 mOs/kg H ₂ O
Na niệu	< 20 mEq	> 40 mEq
Phân suất thải Na (Fe Na)	< 1%	> 1-2%
Tỉ lệ BUN/creatinin	> 20, càng cao càng có giá trị	< 10-15
Tỉ lệ creatinin niệu/creatinin máu	> 40	< 20
Cặn lắng NT	Bình thường, trụ trong	Trụ hạt nâu bùn, tế bào biểu mô
d NT	Tăng	

XII. CĐXĐ

Tổn thương thận cấp [ng nhân trc tại sau thận] [biến chứng]

XIII. ĐIỀU TRỊ

MỤC TIÊU:

- Giảm tối đa tổn thương = dtri sớm
- Dtri và phòng ngừa biến chứng
- Điều chỉnh kịp thời thay đổi diễn tiến bệnh trong gdoan đa niệu đến khi hoàn toàn khỏi bệnh.
- PHÒNG NGỪA HƠN ĐIỀU TRỊ

THEO DÕI:

- Lượng nước xuất-nhập/ngày, cân nặng/ngày
- Tránh hạ HA do thuốc
- Tránh thuốc độc thận
- Cân nhắc bù dịch, ion

CỤ THỂ:

- Ngừng ngay các thuốc độc thận, độc chất đang sử dụng
- **BÙ DỊCH:** Thiếu dịch nào bù dịch đó
 - Mất máu: **Truyền máu**
 - VPM, VTC, truyền lằm nhóm máu: **Huyết tương, NaCl 0,9%**

- Dịch dạ dày: ói mửa , tiêu chảy. **NaCl 0,9% + KCl 10% 10-20ml/L**
- Mất dịch ruột non, dịch mật: **NaCl 0,9% + NaHCO₃**
- Tiêu chảy: **dextrose 5%, KCl 40 mEq/L + NaHCO₃**
- Nước mất không nhận biết bù bằng **dextrose 5- 10%**

- **DINH DƯỠNG:**

- Insulin duy trì đường huyết 110 – 149 mg% ở bn nặng (2C)
- 20-30 kcal/kg/d ở bất cứ giai đoạn nào AKI.
- Carbohydrate 3-5g/kg/d.
- Mỡ 0,8-1g/kg/d
- Chất đạm:
 - 0.8-1g/kg/d ở BN không tăng chuyển hoá, chưa chạy TNT
 - 1-1.5g/kg/d ở BN điều trị thay thế thận. Max 1.7g/kg/d ở BN điều trị thay thế thận liên tục (CRRT) và BN tăng chuyển hoá.

- **BIẾN CHỨNG:**

- **Acidosis:** Toan hóa máu, đtri khi RA < 15 mEq/L hoặc pH < 7,2
- **Electrolyte:**
 - Tăng Na: Na nhập = Na niệu → đo Na máu/2 ngày. NaCl 0,45%
 - Hạ Ca ít gặp, nhẹ, nếu nặng thì: Ca gluconate 10% 1-2 ống (TMC)
 - Tăng P: Tránh dùng phosphalugel, varogel
 - K máu: ion đồ + ECG:
 - Calci gluconate 10% 0,5ml 2 ống TMC. Repeat 5-15' nếu ECG không thay đổi
 - Insulin R 5-10 đv TM + glucoza 25-50g TM (glucoza 30% 100ml TTM) hoặc Insulin 5-10đv pha vào chai glucose 30% 100ml TTM
 - NaHCO₃ 5% 100ml TTM (#60 meq HCO₃)
 - Kayexalate 15 g 1-2 gói + sorbitol 5g 2 gói pha nước (u) x 3-4 lần/ngày
 - Albuterol 10 mg + 4 ml NaCl 0,9% (PKD). Ventolin 1 ml 0,5 mg (TM, TB)
 - Lọc máu
- **Infection:** đtri theo cơ quan
- **Overload:** hạn chế muối < 2g/d

- **Uremia:** a.uric < 15mg% thì không đtri
- **Hematology:** nhẹ, ít cần đtri
- **NGUYÊN NHÂN KHÁC:**
 - **STC do ly giải cơ vân, tán huyết:**
 - Truyền dịch tích cực 200-1000ml/giờ
 - Bicarbonate ngừa kết tủa thành trụ trong ống thận.
 - Mục tiêu: nước tiểu > 100ml/giờ, pH > 6,5
 - **STC do tăng acid uric máu: gout, HC ly giải bướt**
 - Thường kèm tăng P, giảm Ca máu
 - Truyền dịch tích cực, uống nhiều nước
 - Allopurinol 300mg/ngày
 - Kiểm hóa nước tiểu (NaHCO_3^-) → tránh kết tủa tinh thể urate tại thận.
- **CHỈ ĐỊNH THAY THẾ THẬN:**
 - **Cấp cứu:**
 - Tăng K máu không đáp ứng điều trị nội khoa
 - Toan hóa máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa
 - Phù phổi cấp
 - Biến chứng HUS: động kinh, co giật, lơ mơ- hôn mê (bệnh cảnh não), viêm màng ngoài tim, xuất huyết
 - **Không cấp cứu:**
 - Kiểm soát chất hòa tan
 - Loại bỏ dịch dư khỏi cơ thể
 - Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan
 - **Hỗ trợ thận:**
 - Kiểm soát V dịch
 - Dinh dưỡng
 - Phân bố thuốc
 - Điều hòa toan kiềm, ion
- **PHÒNG NGỪA:**
 - Thuốc độc thận: AMG, cản quang, lợi tiểu, ACEi, ARBs

XIV. TIỀN LƯỢNG