

NHÓM 3.2

Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Khoa Y - Bộ môn Nội Tổng Quát

Trại Thận

Nguyễn Hoàng Dung -

111160048

Nguyễn Hoàng Nhi –

111160229

Nhóm 3.2

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP

1. Lý do nào giải thích tình trạng chóng mặt của BN? Cần bổ sung lâm sàng và cận lâm sàng nào?

Câu hỏi ban đầu đặt ra là đây có phải là chóng mặt thật sự (vertigo) hay là choáng váng hoặc rối loạn cân bằng? Ở bệnh nhân này chỉ ghi nhận được một chi tiết duy nhất là than chóng mặt, do đó mình không biết được chóng mặt này là kiểu nào.

Tuy nhiên, với một bệnh sử tiêu phân lỏng toàn nước 5-6 lần, khoảng 250-300 ml/1 lần, sau đó, ói 2 lần ra nước, 200mL/lần, mà lượng nước nhập chỉ ghi nhận uống nước cháo loãng khoảng 2 lần, mỗi lần 200mL. Như vậy, theo dữ kiện đó, mình có thể tính được bilan xuất nhập trong khoảng thời gian từ 18h hôm trước cho tới lúc trưa hôm sau (chưa tới 24h) tối thiểu là: 200×2 (uống cháo) – 5×250 (đi tiêu) – 2×200 (ói) – 300 (tiểu) – 500 (không tính được) = - 2050 ml => Bilan âm.

Như vậy thì bệnh nhân có tình trạng giảm thể tích nội mạch, tuy không có sự đột ngột sụt giảm mà các lần nôn ói, đi tiêu, giảm uống trải dài trong ngày nên mình khó phân độ choáng dựa vào thể tích nội mạch giảm mà cần đánh giá thêm trên lâm sàng. Bệnh nhân này có mệt nhiều, vã mồ hôi, tay chân lạnh, mạch > 100 l/p (110 l/p), huyết áp ở ranh giới 90/60 mmHg, Hct 40% và ngoài ra V nước tiểu ghi nhận 300ml/18h (0.32ml/kg/h) dù chưa tới đúng 24h mới đánh giá nhưng phải cảnh giác cao tới tình trạng giảm tưới máu cơ quan như thận (thiếu niệu), tim (thiếu máu cơ tim), não (rối loạn tri giác). Do vậy nên đặt ra vấn đề choáng

giảm thể tích mất bù do mất nước gây nên chóng mặt này và cần theo dõi sát hơn.

Ngoài ra các nguyên nhân gây chóng mặt có thể nghĩ tới là: ngộ độc thực phẩm, chóng mặt tư thế kịch phát lành tính, rối loạn tiền đình,... do đó cần phải hỏi thêm các dữ kiện.

Cần bổ sung:

- Lâm sàng:
Bệnh sử
- Khai thác kỹ lại đặc tính chóng mặt: khởi phát khi nào, chóng mặt kiểu gì (xoay tròn, choáng váng tối sầm, đi đứng không vững), chóng mặt có liên quan tư thế hay có các triệu chứng kèm theo như đau đầu, nhìn đôi, nói khó, tê yếu tay chân,..
- Tính chất phân lỏng toàn nước thì có máu không, tình trạng tiêu chảy, nôn còn tiếp diễn không, có giảm hay nhiều hơn không? Người nhà có ai có triệu chứng tương tự không?
- Đau bụng quanh rốn: các tính chất đau, có di chuyển vị trí, có đau quặn cơn hay đau liên tục, đi tiêu, nôn xong có giảm đau không?
- Bệnh nhân ngoài uống cháo loãng còn có ăn uống gì thêm không?
- Tình trạng đi tiểu: Thể tích nước tiểu trước đây như thế nào? Lần này có gì khác ngoài tình trạng nước tiểu ít hơn so trước (tính chất nước tiểu: cặn, bọt, máu, ...). Có tiểu gắt, buốt, lắt nhắt không, mắc tiểu mà không đi tiểu được, phải rặn?
- Có đi khám hay điều trị tình trạng hôm qua không? Chẩn đoán ra sao? Điều trị như thế nào? Có truyền nước hay gì không? Có đáp ứng với điều trị như thế nào?
- Có ghi nhận các triệu chứng khác: Sốt (tính chất sốt), khó thở (tính chất khó thở), đau ngực, đau đầu, ho, mỏi cơ, đau cơ gì không?

Tiền căn:

- Trước giờ có tình trạng đi tiểu ít như vậy bao giờ chưa? Nếu có thì chẩn đoán – điều trị như thế nào?
- Trước giờ có ghi nhận bệnh lý nội khoa: tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim, tiểu đường, bệnh lý thận, bệnh lý tiêu hóa gì không?

- Có đang sử dụng thuốc (kháng sinh, hạ áp ACEI/ ARB) gì? Có toa không? Có sử dụng thuốc nam, thuốc bắc, rượu ngâm thuốc,.. gì gần đây không? Sử dụng bao lâu rồi.
- Có sử dụng rượu bia thuốc lá gì không? Chế độ ăn mỗi ngày?
- Có dị ứng gì không?

Khám:

- Nhiệt độ
- Tần số thở, kiểu thở, spO2
- Các dấu thiếu nước: môi khô, lưỡi khô, tĩnh mạch cổ xẹp, hõm nách khô, dấu véo da,...
- Khám tim: nhịp, đều hay không, có âm thổi bất thường không
- Cận lâm sàng:
- Khí máu động mạch
- Lactate máu
- Siêu âm bụng
- Soi cấy phân + cấy máu
- Ure niệu, Creatinine niệu, ion đồ niệu
- Đo áp lực thẩm thấu nước tiểu
- ECG
- Siêu âm tim
- Xquang ngực thẳng
- AST, ALT, Bilirubin (TP, TT, GT)

1. Ghi chẩn đoán sơ bộ dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng tại cấp cứu.

Choáng giảm thể tích mất bù do nhiễm trùng đường tiêu hóa
biến chứng tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu ngày 1
giai đoạn 2 theo KDIGO 2012 - Hạ Kali máu mức độ nhẹ

- Choáng giảm thể tích mất bù do nhiễm trùng đường tiêu hóa

- Vấn đề choáng đã bàn luận ở trên. Đối với nhiễm trùng đường tiêu hóa, do bệnh nhân ăn thức ăn không sạch (cũ, qua ngày) sau đó dẫn đến tiêu chảy, ói, đau bụng quanh rốn cùng với cận lâm sàng bạch cầu máu 14 g/L, neutrophil ưu thế (90%), đã đề nghị làm thêm soi cấy phân.
- Mặc dù mình nghĩ choáng do giảm thể tích nhưng cũng không loại được choáng cho nhiễm trùng đường tiêu hóa kèm theo nên phải chờ đợi kết quả cấy máu và đáp ứng sau điều trị.
- Tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu ngày 1 giai đoạn 2 theo KDIGO 2012 biến chứng hạ Kali máu
- Thể tích nước tiểu trong 18h là 300ml \Rightarrow $0.32\text{ml/kg/h} < 0.5\text{ml/kg/h}$: Tổn thương thận cấp thể thiếu niệu ngày 1 giai đoạn 2 theo KDIGO 2012.
- Suy thận cấp hay cấp/ mạn: nghĩ nhiều là cấp đơn thuần
 - + Bệnh nhân này chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận, bệnh lí huyết áp, tiểu đường trước đây
 - + Siêu âm bụng chưa có nên đã đề nghị làm thêm để coi hai thận như thế nào
 - + Công thức máu chưa ủng hộ có thiếu máu do biến chứng suy thận mạn
 - + Calci 2.2 mmol/L không giảm cũng không ủng hộ
 - + TPTNT chỉ ghi nhận có protein 100mg/dL cũng chưa khẳng định được, nên làm lại sau 24h để loại trừ tiểu protein thoáng qua
- Nguyên nhân tổn thương thận cấp:
 - + Trước thận: Nghĩ nhiều do bệnh nhân có tình trạng choáng giảm thể tích do tiêu chảy nhiễm trùng. Bilan âm (-2050ml). Và tỉ lệ $\text{BUN/Cre máu} = 26.7 > 20$, tỉ trọng nước tiểu 1.03 (cô đặc) nên ủng hộ nguyên nhân trước thận.
 - + Tại thận: Do tình trạng choáng suy giảm thể tích đã ảnh hưởng lên huyết động của bệnh nhân, cần làm thêm các xét nghiệm ure niệu, creatinine niệu, ion đồ niệu để có thêm dữ kiện để không bỏ sót.
 - + Sau thận: Ít nghĩ do lâm sàng không gợi ý các triệu chứng tắc nghẽn, cần loại trừ bằng siêu âm bụng.
- Biến chứng: A E O I U
 - + Acidosis: chưa nghĩ, đề nghị làm thêm khí máu

- + Electrolyte: K máu 3.0 mmol/L (<3.5) là đã hạ Kali. Cần làm thêm ECG để xem tình trạng hạ Kali này có ảnh hưởng đến tim chưa. Kali này nghĩ nhiều là hạ kali do tiêu chảy nhiễm trùng
- + Overload: Không có tình trạng ứ dịch, quá tải dịch nên chưa nghĩ
- + Infection: Chưa nghĩ

+ Uremia: Chưa nghĩ do không ghi nhận các triệu chứng như xuất huyết tiêu hóa, rối loạn tri giác, xét nghiệm không thấy tình trạng BUN > 100 mg/dL

1.

2. **Cần điều trị gì trong 48h đầu sau nhập viện? và theo dõi đáp ứng điều trị ra sao?**

<u>Aa</u> Vấn đề	<u>≡</u> Nguyên tắc	<u>≡</u> Mục tiêu	<u>≡</u> Điều trị cụ thể	<u>≡</u> Theo dõi
<u>Choáng giảm thể tích mất bù do nhiễm trùng tiêu hóa</u>	+ Nhập ICU + Cung cấp oxy + Bù đủ dịch + Điều trị nguyên nhân + Điều chỉnh nếu rối loạn điện giải, kiểm toan nếu kèm theo	+ Đẩy ra choáng + Bilan âm (-2050ml) => Bilan phải + 1000 ml	+ Thở oxy qua canula 4 l/p + Truyền bolus 1000ml NaCl 0.9% sau đó điều chỉnh tùy đáp ứng (tổng thể tích phải bù dao động khoảng 3000ml trừ đi các dịch truyền khác) + Ciprofloxacin 200mg 100ml 1 chai x 2 TTM XXX giọt/phút	LS: Sinh hiệu, tổng trạng mỗi 30p, V nước tiểu, theo dõi dấu hiệu quá tải dịch sau truyền, tình trạng nôn, tiêu chảy 24h CLS: CTM, Hct, BUN, Creatinin sau, Ion đồ 24h Chờ đợi kết quả soi cấy phân, cấy máu

<u>Aa</u> Vấn đề	<u>≡</u> Nguyên tắc	<u>≡</u> Mục tiêu	<u>≡</u> Điều trị cụ thể	<u>≡</u> Theo dõi
<u>Tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu ngày 1 do choáng giảm thể tích</u>	+ Cân bằng nước xuất nhập + Điều trị nguyên nhân (Tiêu chảy + nôn ói => choáng giảm thể tích) + Ngưng các thuốc độc thận nếu có	Can thiệp kịp thời tránh làm nặng hơn tình trạng suy thận	Đặt sonde tiểu theo dõi tình trạng nước tiểu	LS: Theo dõi tình trạng đi tiểu, đáp ứng sau bù nước CLS: BUN, Creatinine sau 24h
<u>Biến chứng hạ Kali máu nhẹ</u>	+ Điều trị tiêu chảy + Bù Kali trong thức ăn giàu Kali (nho, chuối) + Bù Kali bằng đường uống		Kali chloride 0.6g/viên (2 viên x 3 lần/ngày)	CLS: ion đồ, ECG 24h cho tới khi Kali máu > 3.5 mmol/L

1. Cần hướng dẫn dự phòng gì cho BN để tránh bệnh tái phát?

- Cần bù đủ lượng nước ở các trường hợp nôn ói, tiêu chảy nhiều lần như vậy
- Thận trọng khi sử dụng các thuốc kháng viêm NSAIDs, ACEI, ARB, lợi tiểu khi có tình trạng ăn uống kém, giảm nhập
- Bệnh nhân này 57 tuổi, cũng sắp vào nhóm tuổi cao tuổi nên tránh sử dụng các thuốc độc thận: thuốc cản quang, kháng sinh aminoglycoside, thuốc nam thuốc bắc không rõ loại,..
- Tái khám mỗi tháng, đánh giá lại thận có hồi phục hoàn toàn hay diễn tiến suy thận mạn.