

## BỆNH 1 – CHUYÊN KHOA 1

- Nam, 75 tuổi, Bình Thuận. trước đây làm nông hiện ở nhà.
- Ngày NV 20h40 ngày 07/03/2019 Ngày làm BA: 11/03/2019
- Lý do nhập viện: Vô niệu Lý do này là 0 điểm

Phải là lý do chuyển viện

Vô niệu đúng với Bắc Bình

Bình Thuận là Khó thở

Chợ Rẫy là Suy thận lên tuyến trên để chạy thận nhân tạo. (Đề vô niệu cũng có thể với điều kiện là ngày thứ 11) → VÔ NIỆU NGÀY THỨ 11.

Không còn thời gian test nước, test lasix gì được nữa. Khả năng là suy thận cấp tại thận. (giai đoạn maintenance rồi, tử vong cao nhất).

- Bệnh sử
  - o Bệnh nhân có tiền căn THA cách đây 2 năm
  - o Mổ phì đại tiền liệt tuyến cách đây 2 năm sau khi mổ xong đi tiểu như thế nào?
  - o Bệnh 11 ngày
  - o Trước đó không uống thuốc giảm đau, không ăn uống gì lạ, có uống thuốc huyết áp không rõ loại.

Cô nhận xét: mở đầu bệnh án bằng không thì hơi kỳ. Thông thường người ta mở đầu bằng có. Chẳng ai uống thuốc giảm đau như ăn kẹo, thức ăn lạ thì là thức ăn gì mới là lạ? Bỏ cái này đi.
  - o Ngày 1: bệnh nhân đau tức hạ vị, đột ngột không lan, đau âm ỉ, không yếu tố giảm đau. Tiểu lắt nhắt, mỗi lần chỉ ra ít nước tiểu, tổng lượng <50ml/24 giờ, không buốt, không bọt, không đục.

Vì bệnh sử nói đột ngột nên cô cần biết trước đó 1 ngày bệnh nhân như thế nào, tiểu ra làm sao, có gì bất thường không hay hoàn toàn bình thường.

Người trình trả lời: bệnh nhân bình thường, còn uống nước ít là đó giờ bệnh nhân uống nước ít rồi.

Cô hỏi: 1 đêm đi tiểu mấy lần, ngày đi tiểu mấy lần, đi tiểu có khó khăn không

→ Phải mô tả ra.

Ví dụ: bệnh nhân hoàn toàn bình thường cho đến lúc nhập viện, bệnh nhân đi tiểu mỗi ngày bao nhiêu? Bao nhiêu lần? Khó khăn không? Có khi mổ tiền liệt tuyến nhưng mà triệu chứng vẫn còn thôi. Vì ở bệnh án không ghi phương pháp mổ (nếu được nên ghi ra). Và sau khi mổ xong thì bệnh nhân đi tiểu như thế nào? Hết tiểu đêm, hết tiểu rặn không?

- **Ngày 2:** Bệnh nhân vẫn đau tức vùng hạ vị, tiểu với lượng ít tương tự → NV Bắc Bình. 2 ngày ở nhà uống khoảng 500ml/ngày. Ăn kém khoảng 1 chén cháo nhỏ/ngày. Đi cầu bón. Tại BV bắc bình chẩn đoán không rõ, không được truyền dịch, không đặt sonde tiểu. Được cho thuốc uống bằng 1 loại thuốc tiêm tĩnh mạch không rõ.

**Xử trí ở đây như vậy là sai.** Đứng trước 1 bệnh nhân đột ngột bị đau hạ vị, hoàn toàn không đi tiểu như thế này thì cần phải phân biệt bí tiểu hay vô niệu thực sự = sonde tiểu là bắt buộc.

Thuốc tĩnh mạch này có thể là Lợi tiểu? Vậy làm sao biết? Phải hỏi là khi xài xong rồi bệnh nhân đi tiểu có tăng lên hay không? → **phải ghi rõ vô bệnh án.**

- **Ngày 3 – 7,** vẫn đau tức hạ vị không giảm, tiểu ít <50ml/24 giờ.

Phải ghi là điều trị như cũ, ghi rõ ra.

**Vậy bây giờ từ ngày 3 – 7 ổng có phù được không?**

- Trong 5 ngày, uống vô 500 ml/ngày, mất ra là 500 ml/ngày, ăn cháo 250 ml/ngày x 5 = 1250 ml.

Một người tăng cân 2 kg = 2000 ml nước thì mới bắt đầu phát hiện được phù.

→ Vậy chưa hợp lí? Ông này còn phụ nhiều nữa ở ngày thứ 7

ở Bắc Bình không đánh giá gì xuất nhập gì hết???

- **Ngày 7,** bắt đầu phù mắt → chân và bụng, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau, tăng, dần.

Lúc này ĐAU HẠ VỊ của bệnh nhân như thế nào không thấy đề cập tới? Anh bổ sung là Ngày 9 – 10 nó giảm???

Phù này chứng tỏ là nước nhập nhiều hơn bệnh nhân khai.

Cô nghi ngờ người ta có truyền dịch (ít nhất mỗi ngày 1 chai)

Bệnh nhân này nếu rõ ràng không ai can thiệp dịch thì ổng chỉ có thiếu chứ không thể nào dư.

- Ngày 8, khó thở, 2 thì, tăng khi nằm → được đặt sonde tiểu → 50ml vàng sậm. Chuyển đa khoa Bình Thuận.

Trong thời gian nằm viện Bắc Bình, uống 500 ml/ ngày, ăn 1 chén yến khoảng 100ml/ ngày, ăn kém khoảng 1/2 chén cháo 1 ngày.

Không xét nghiệm gì cũng hơi lạ.

Bệnh nhân vô niệu suy thận cấp dù là nguyên nhân gì, nếu là trước hay sau thận thì phải can thiệp nhanh trong 48 giờ đầu. vì nó sẽ diễn tiến thành tại thận. Nên bất cứ bệnh nhân nào vô thì phải loại trừ 2 vị trí này trước. Mà sao Bắc Bình lại không nghĩ gì hết? Phải coi lại cách khai bệnh của ông, có thể có dấu hiệu làm người ta ko nghĩ.

Nhập 600 ml, nửa chén cháo là 150 ml → Khoảng 750 ml/ngày.

- Ngày 9, tại Bệnh viện đa khoa Bình Thuận → Bệnh nhân được chẩn đoán Suy thận cấp, thận ứ nước, tràn dịch đa màng. Được điều trị:

- Truyền 2 chai 500 ml, chai đầu truyền trong 1 giờ
- Siêu âm bụng: thận đa nang, ứ nước 2 thận, tràn dịch đa màng.

Siêu âm ra vừa có thận đa nang vừa có thận ứ nước có thể là Sai. Vì có thể nhầm lẫn giữa thận đa nang và thận ứ nước (người không có kinh nghiệm). 2 cái này phân biệt được vì:

- Thận ứ nước là không có vách, thông thương hết được.

Ở đây không nói ứ nước nhiều hay ít

→ Cần phải làm siêu âm lại.

Từ kết quả siêu âm này. Quay ngược lại chúng ta cần hỏi gì ở trên?

- Có đau bụng không, đau hông lưng không.
- Tiểu lắt nhắt.

- Ure 34 mmol/lít, không rõ Creatinine.

Nếu bệnh nhân vào Phòng cấp Cứu Bình Thuận mà người ta khó thở thì Mình nghĩ tại đó người ta làm gì?

- Thở oxy
- Chụp Xquang coi khó thở do tim hay do phổi.

Không nghe nói gì về vấn đề chụp Phim cả.

Suy thận cấp này là dựa vào đâu?

**Sonde tiểu lúc chuyển viện có rút không?** Người ta vẫn giữ cho tới khi lên đến Chợ Rẫy luôn (4 ngày) như vậy là SAI. Nếu ở Bình Thuận người ta thấy sonde tiểu 24 tiếng mà không ra thì Bình Thuận phải rút thông tiểu chứ.

**Vấn đề truyền 500ml/h** đây là tốc độ truyền của CHOÁNG. Phải hỏi tình trạng choáng lúc nhập viện. Người nhà sẽ biết được → tri giác thay đổi? tay chân lạnh không? Bác sĩ có nói là tụt huyết áp không, vừa cứu qua cơn nguy kịch hay không?

**Người ta thấy ổng phù mà vẫn truyền dịch là khi nào?**

**Khi nào không đi tiểu được mà vẫn truyền?**

- Có dấu mất nước
- Hạ huyết áp, choáng được truyền mù.
- Chỉ có cấp cứu trước thận là được truyền mù (tình trạng giảm tưới máu – than chóng mặt khi thay đổi tư thế, ...)

Bài toán hồ nước của suy thận cấp rất quan trọng. Bệnh nhân này nước ra không có, nước nhập như cũ → nước trong hồ sẽ dâng lên bằng lượng nước nhập. Nếu bằng với mất không nhận biết → hồ không thay đổi → thiếu nước suy kiệt.

Trước khi muốn đổ nước vào thì phải biết ông này thiếu hay dư hay đủ nước.

Một người phù toàn thân như bệnh nhân này mà nhập ngay cấp cứu truyền dịch nhanh như vậy → Chỉ có thể là Choáng giảm thể tích thôi.

**Vấn đề ở đây là:**

- Người được phép chữa mù (test nước) ở đây là ở BV Bắc Bình chứ ko phải ở BV Bình Thuận? Vì sao: vì khi là người đầu tiên tiếp cận bệnh nhân có tình trạng bí tiểu/vô niệu như này thì mình có thể thử truyền 500 ml – 1000 ml dịch với điều kiện là phải đặt sonde tiểu theo dõi nước để coi tình trạng dịch của bệnh nhân. Đặt sonde tiểu còn là 1 cách giải quyết bế tắc nếu là tắc nghẽn sau thận thì 48 giờ đầu là thời gian vàng (BV Bắc Bình đã làm mất thời gian xử trí vàng này rồi).

- Tại bệnh viện Bình Thuận: đã qua thời gian vàng. Không còn test nước gì nữa. Đang phù đang khó thở → nghĩ có thể do quá tải tuần hoàn \*phù phổi, Hoặc viêm phổi bệnh viện (ở người già lại khó phát hiện, ko sốt, ko triệu chứng, biểu hiện nhiễm trùng bằng rối loạn tiêu hóa hoặc tri giác thôi, bạch cầu có thể không tăng. Nhưng Xquang phổi chắc chắn có tổn thương).  
Vậy phải khám lâm sàng đã, chụp phim phổi rồi mới xử lí. Còn người ta đã ko làm mà truyền dịch liền thì chỉ có thể là vô SỐC thôi.

- **Ngày 10**, phù tăng dần. Khó thở càng tăng và xuất hiện **ho đàm trắng đục**, không vướng máu lượng ít **lúc này phải ghi là không sốt hay sốt lun chứ đừng có gộp lại khúc sau vì nó rất có giá trị**. Được truyền: 2 chai 500 ml, thuốc tiêm không rõ. Bác sĩ tư vấn lên BV CR để chạy thận nhân tạo → BV Bình Thuận không có máy chạy thận. Bệnh nhân được cho ra viện, kèm giấy chuyển tuyến → vẫn giữ sonde tiểu khi về nhà và chuyển viện.

Phù tăng lên thì đương nhiên rồi → do cứ truyền dịch

Ngày 9 – 10 bệnh nhân ra khoảng 100 ml nước tiểu vàng sậm qua sonde. Uống nước khoảng 600 ml/ngày. Ăn kém khoảng nửa chén cháo 1 ngày. Đi cầu phân sệt ít 1 lần ngày.

Tổng cộng là truyền vô 2 lít trong 2 ngày, uống 600 ml x 2, nửa chén cháo 150 ml x 2  
→ Khoảng 3,5 lít mà tiểu vẫn rất ít 100ml/ngày.

Cho về nhà, trong khi còn khó thở, sonde tiểu, phù toàn thân nhiều → LẠ? tại sao?

Thực tế bệnh nhân này coi chừng không được chuyển viện, BV muốn giữ bệnh nhân lại. Nên bệnh nhân muốn về → nhận giấy xuất viện. Bệnh nhân không được hưởng bảo hiểm đúng tuyến nữa. Vậy bệnh nhân này có giấy chuyển viện không để xác định?

Vậy nếu mà có chuyển viện thật thì có thể xe chuyển viện đắt quá người ta về nhà lấy xe ở nhà cho đỡ tốn tiền hơn.

- **Ngày 11**, tự túc đi xe lên BV CR, lúc 20h40. Tỉnh tiếp xúc tốt, phù toàn thân, cân nặng 68 kg. Sinh hiệu là mạch 90 lần/phút, HA 110/90, tim đều rõ phổi trong. Sonde tiểu khoảng 100ml nước tiểu vàng đậm.  
Trong suốt quá trình bệnh không sốt, ko ói, không tiêu chảy. **Tăng 3 kg**, chủ yếu là do Bình Thuận.

**NOTE****Vấn đề 1: đau hạ vị**

- Có ở ngày thứ 1 rồi.

**Vấn đề 2: vô niệu hoàn toàn**

- <50 ml/ngày
- Mà thường thì <50 ml thì ít khi nào bệnh nhân đi tiểu lắm, cũng ít khi nào có cảm giác mắc tiểu. Nên ở đây đi tiểu lắt nhắt là không hợp lí mà là són ra ít nước tiểu thôi.  
Nên mình cần biết là Trước khi bị vô niệu lần này thì bệnh nhân đi tiểu có hoàn toàn bình thường không → CỰC KỲ QUAN TRỌNG.  
Làm cho người ta nghe vào nghĩ liền đến bệnh cảnh Bế tắc đường tiểu.  
Đặc trưng của tắc nghẽn sau thận → bí tiểu đột ngột, đang đi tiểu bình thường đột ngột thể tích nước tiểu bị giảm.  
Nên ghi là tiểu sonde thôi, có rặn không?
- Nếu 50 thì cũng không biết được là có tiểu đục hay không?  
Không tiểu máu, không tiểu buốt cũng có thể biết được.

Uống 500 ml 1 ngày là uống ít nhưng có thể là bình thường với bệnh nhân này.

- 
- ❖ Bệnh nhân này không thể nói là đột ngột được nếu như không có key sentence:
    - Không phải là không uống thuốc giảm đau, không ăn gì lạ.
    - **Mà là: Trước khi nhập viện bệnh nhân tiểu mỗi ngày như thế nào.**
  - ❖ Bệnh nhân này uống ít 500ml/ngày, có thể do ống không đi tiểu được nên uống ít, không biết được. Phải thêm: bệnh nhân vẫn uống 500ml/ngày như ngày thường (trước bệnh).
  - ❖ Tức là bình thường bệnh nhân uống không đủ
  - ❖ Tại sao ống uống có 500 ml, vậy ống có khát không → không vì ống quen rồi.
  - ❖ Bệnh nhân này uống vô 500 ml, mắt không nhận biết là 500 ml → nước tiểu không có gì.
  - ❖ Xuất nhập của bệnh nhân này:
    - Uống 500 ml
    - Ăn cháo 250 ml
    - ➔ 750 ml
  - Vậy thì ngày ống đi tiểu không thể nhiều được. Dữ lắm là 500 ml là nhiều lắm rồi.

Vậy tại sao người già dù uống không nhiều nhưng người ta vẫn đi tiểu được 500 ml.

- Dù mắt nhận biết vẫn là 500 ml
- Quá trình lão hóa của ống thận, xơ dần teo đi. Nên thận của người già dễ mất nước và muối hơn người trẻ.
- Nếu họ kiêng nữa → rất dễ bị thiếu nước.
- Bệnh nhân này táo bón là đương nhiên, vì toàn bộ phân sẽ được giữ nước lại hết. Điều trị táo bón bệnh nhân này là tăng lượng nước toàn cơ thể lên.
- ❖ Ăn ít này là bình thường bệnh nhân đã ăn ít rồi.
- ❖ Phù này chưa chắc do thận có thể có suy dinh dưỡng.

#### Người già thiếu nước có dấu mất nước hay không?

- Dấu véo da: Trán, trước xương ức.
- Các dấu hiệu khát không có vì họ quen rồi.

#### Cô hỏi: có ai mặc dù uống 2 L nước 1 ngày mà vẫn khát nước không?

- Ăn mặn ngày hôm đó.
- Trời nóng
- Bình thường họ uống 3L
- Các bệnh lý khác

#### Cô hỏi: Ai sẽ là người uống ít nước:

- Rối loạn tri giác
- Ai sẽ là người được rót nước uống: người già, người liệt, con nít
- Người bị tâm thần (rare)
- Bệnh nhân phù (phản xạ uống ít nước)
- Suy tim (chế độ yêu cầu không uống nước nhiều).
- Người già đều ít uống nước vì tiểu đêm, vì đau nhức khớp.
- Người có bệnh lý đường tiểu: Nam tiền liệt tuyến, Nữ: sa tử cung, sa tầng sinh môn (sinh đẻ nhiều, táo bón kéo dài), u tử cung lớn chèn xuống.

- 
- ❖ Bệnh nhân này ăn kém, Mới có hay đã lâu? Nếu mới đau tức có 1 ngày thì ăn kém không thể làm bệnh nhân suy dinh dưỡng hay suy kiệt được được.

Người già ăn kém, giảm dinh dưỡng vì:

- Răng giả.
  - Giảm tiết toàn bộ men tiêu hóa (gai lưỡi teo, tuyến nước bọt giảm tiết, ...) → Giảm hấp thu, rối loạn tiêu hóa, bệnh tiêu hóa đi kèm.
  - Vị giác cũng bị rối loạn do mất gai lưỡi
    - Vị giác giảm → vị đắng tăng lên.
  - Bệnh lý mạn tính bắt phải kiêng.
    - Cũng là lí do bệnh nhân già khó tuân thủ điều trị.
    - Nên trong điều trị THA người già có khi người ta sử dụng lợi tiểu, để đánh đổi được dinh dưỡng bệnh nhân tốt hơn (ăn không bị quá lạt nữa → ăn tốt hơn).
- 

- ❖ Bệnh nhân vô niệu suy thận cấp dù là nguyên nhân gì, nếu là trước hay sau thận thì phải can thiệp nhanh trong 48 giờ đầu. vì nó sẽ diễn tiến thành tại thận. Nên bất cứ bệnh nhân nào vô thì phải loại trừ 2 vị trí này trước. Mà sao Bắc Bình lại không nghĩ gì hết? Phải coi lại cách khai bệnh của ông, có thể có dấu hiệu làm người ta ko nghĩ.
  - ❖ Sonde tiểu bệnh nhân này giữ tới 9 ngày.
    - Sonde tiểu nếu đặt để phân biệt bí tiểu hay vô niệu thì sau 24 giờ là biết
      - ➔ Chỉ lưu lại thêm nếu là bí tiểu.
      - ➔ Nếu vô niệu thì rút sau 24 giờ
    - Nếu lưu thêm thì phải giải thích vì sao lưu. Ở đây người ta nghĩ là vì thận ứ nước, nhưng mà đã đặt mà ko có nước tiểu thì tắc nghẽn đâu phải ở Bàng quang đâu có ý nghĩa gì.
    - Vậy bây giờ chắc chắn ông bị Nhiễm trùng tiểu thêm nữa rồi. Mà ca này điều trị nhiễm trùng tiểu rất là khó vì ông đang vô niệu.
    - Sonde 4 ngày là 80 90% là nhiễm trùng tiểu.
  - ❖ Suy thận cấp người ta theo guideline là hạn chế tối đa mọi thủ thuật xâm phạm đến người bệnh
    - ➔ vì suy thận cấp chết nhiều nhất là do nhiễm trùng.
- 

*Buổi trình bệnh tiếp theo của bệnh trên (bạn học tập trung) (Mượn ghi chép của Anh chị CK)*

- Người bình thường tăng 2 kg mới phát hiện được phù
- Bất cứ bệnh nhân nào vào viện đều phải loại trừ nguyên nhân trước và sau thận
- Đặt sonde tiểu sau 24h mà không có nước tiểu thì phải rút sonde
- Bệnh nhân phù được xử trí nhanh mù bằng truyền dịch khi có: dấu mất nước, tụt HA
- Người già viêm phổi thường biểu hiện qua RL tiêu hóa, RL tri giác
- Sonde tiểu để phân biệt vô niệu, bí tiểu



- Bế tắc đường tiểu dưới:
    - + rặn tiểu
    - + tiểu không hết
    - + tiểu đêm nhiều
    - + tiểu đêm: trên 2 lần/ đêm. Người già có tc tiểu đêm thì thận giảm khả năng cô đặc nước tiểu
    - + tia nước tiểu yếu
    - + tiểu phải ngồi ( nặng)
    - + thể tích nước tiểu tồn lưu > 50ml → mổ
  - Mono( công thức máu) tăng: thể hiện tình trạng viêm mạn
  - BUN/ Cre >20 chắc chắn suy thận cấp trước thận
  - Bun >100 hoặc cre > 10 → chỉ định chạy thận nhân tạo. nhưng nếu Kali bình thường có thể trì hoãn
  - Nếu bệnh nhân không ăn uống được: không chích Insulin, dù đang chích trước đó
  - Bệnh nhân lớn tuổi, chích calcium có thể gây thiếu máu cao
  - Bệnh nhân vào viện vì thiếu niệu/ vô niệu
    - + xử trí: đặt sonde tiểu, sau đó cần hỏi:
      - . có ra nước tiểu không?
      - . đặt khó không?
      - . khi nào rút sonde?
  - Tính delta tăng creatinin:  $\frac{16-1}{11} = 1,5$  ( ước đoán ban đầu cre nền là 1mg/dl)
  - Cre tăng mỗi ngày 0.5 mg/dl nguy cơ tử vong tăng 7 lần
  - Muốn biết bệnh nhân có BTM không phải hỏi lại bệnh nhân đi tiểu như thế nào sau mổ TLT
  - Thận ứ nước độ 3 mới có chỉ định can thiệp
  - Đặt sonde tiểu lưu lâu nhất là 48 giờ, nếu cần phải lưu lâu hơn phải theo dõi ( không lâu hơn quá 12 giờ)
-

## BỆNH 2 – Y6

- Nam, 31 tuổi. Nghề nghiệp trước đây làm công nhân. Ở Gia Lai.
- NV: 20h – 25/2/2019, nội thận.
- Lí do: nôn ói.
- Bệnh sử: **(bệnh sử này là 0 điểm).**
  - Bệnh nền:
    - Bệnh thận mạn giai đoạn cuối cách đây 2 năm – creatinine > 5 mg%. Tư vấn mổ FAV. Nhưng sau xuất viện 1 tháng thì creatinine 3.3 mg%. Nên chẩn đoán là bệnh thận mạn giai đoạn 4 và điều trị tới giờ. Theo dõi BS chuyên khoa thận BV CR.
    - Tăng huyết áp cách đây 2 năm  
**Cô: Nói dài dòng quá. Nói**
      - Tăng huyết áp 2 năm
      - Bệnh thận mạn giai đoạn cuối 2 năm → mổ FAV, nhưng sau đó creatinine hồi phục → BTM giai đoạn 4.
  - Cách nhập viện 5 tuần, tái khám bệnh viện Chợ Rẫy → chẩn đoán BTM giai đoạn cuối creatinine 5.7, nhưng không chạy thận nhân tạo.
  - Cách nhập viện 1 tuần, tái khám → creatinine >8 được giải thích ghép thận, vẫn chưa chạy thận.
  - Cách nhập viện 4 ngày, buồn nôn nôn, 5 – 7 lần/ngày, dịch, không kèm thức ăn, không máu, lượng không rõ, ăn không ngon, mất ngủ. Không kèm ợ hơi ợ chua, không đau bụng, tiểu vàng trong lượng khoảng 500ml, tiêu ít.
- Bệnh nhân này vừa được ngưng FAV vì bị tắc.
  - Không phải vì mổ cách đây 2 năm không chạy mà tắc.
  - Bệnh nhân của cô sẽ được mổ FAV trước 1 năm, trước khi chạy thận nhân tạo.
  - Tắc hẹp FAV xảy ra trong 1 – 2 tháng đầu tiên nếu không xài, nếu mà nó đã tốt, 2 tuần sau khi mổ mà tốt thì sau đó sẽ tốt luôn. Bắt buộc phải khám lại FAV sau 2 tuần mổ.
- Bệnh sử thiếu: NƯỚC NHẬP:
  - Chỉ nói: tiểu ra 500ml, ói 5 lần ví dụ 100 ml 1 lần thì là 500ml, + mất không nhận biết 500 ml là mất 1500ml. Nếu không ăn mà kéo dài 4 ngày → chắc chắn suy thận cấp chồng lên. Nhưng không cung cấp nên không biết được.
- **Có bệnh nhân nào nôn mà không mất nước không?**
  - Nôn khan không ra gì.
  - Nôn mà ra nước, khám không có dấu mất nước → bù đủ nước.
- Bệnh nhân này vô đầu tiên vô là phải khám dấu mất nước. để bù nước.
  - Vậy lâm sàng có triệu chứng gì có thể có?
    - Đầu tiên là: Khát nước, môi khô.
- **Kể 10 dấu mất nước:**
  - Vật vã kích thích bứt rứt
  - Trán véo da dương tính
  - Mắt trũng
  - Môi khô lưỡi khô
  - Tĩnh mạch cổ xẹp
  - Hõm nách khô

- Huyết áp giảm hoặc giảm hạ tư thế
- Mạch nhanh
- Tiểu ít
- Sụt cân.
- Dấu nhẹ mà lúc nào cũng có: Khát nước, môi khô lưỡi khô
- Mất 1 lít trở lên là có rối loạn tất cả mọi thứ mà nhẹ thôi. 1.5 lít trở lên thì nặng hơn.
- Bệnh nhân có ói, có nước tiểu, trong khi đó trước đó là không ói mà không biết nước tiểu bao nhiêu. Không thể biết được tiểu ít từ bao lâu nay rồi hay sụp xuống tiểu ít từ khi bị mất nước.
- Vậy sửa lại bệnh sử:
  - Bệnh thận mãn giai đoạn 4 BVCR, mổ FAV (Mổ ở giai đoạn này được, nếu mổ càng sớm thì thời đến lúc chạy thận nhân tạo không cần phải đặt catheter đùi hay cổ, đời sống ổn định và tỉ lệ tử vong thấp hơn). Như vậy mình phải follow up cái FAV của bệnh này.
    - Giai đoạn 4 và 5 là giai đoạn rất dễ vào suy thận cấp vì không còn dự trữ nữa. Chức năng thận mất rất nhanh và có thể mất luôn trong 1 lần cấp.
    - Nhóm bệnh nhân rất thận trọng khi mổ FAV sớm nhóm có bệnh lý tim mạch vì lúc này mình tạo một SHUNT mới (trái phải) cho bệnh nhân làm tăng thêm gánh nặng về tim phải. Hoặc vừa mới NMCT, bệnh tim cấp tính xong.
      - Phải để bệnh nhân ổn định đã.
      - Phải hỏi Bs tim mạch, nếu trong trường hợp làm tăng tiền tải thì liệu bệnh nhân có vào NMCT lại hay không?
      - Nếu bệnh nhân mới vừa đặt 4 5 stent luôn thì cần 1 năm mới mổ FAV. Nguy cơ nhồi máu lại cao. Giá phải trả là trong suốt năm đó bệnh nhân phải rất ổn định về tim mạch, ko được để vào suy tim nặng lên → vào suy thận.
      - Nếu bệnh nhân đột ngột phải chạy thận nhân tạo thì phải đặt Catheter tĩnh mạch cảnh, nhưng với điều kiện là không OAP, khi đó phải làm catheter tĩnh mạch đùi.
- Giải sử là giai đoạn 4 (lúc 29 tuổi), creatinine là 3 mg% thì tính thử xem ĐTL creatinine ước đoán lúc đó là bệnh nhiều (CN 56 kg, chiều cao 1m69). → 29 → xếp giai đoạn 4 là hợp lí.
  - Cần giải để biết tốc độ nhanh hay chậm (Bảng nhiều màu).
    - Albumin (bệnh nhân không đem giấy tờ theo).
    - Số trong giai đoạn 4 chủ yếu là 4+.
  - Vậy bệnh nhân bắt đầu bệnh thận lúc nào?
    - Coi huyết áp: tiền căn bệnh nhân THA cao năm HA cao nhất là 220/120 mmHg, bình thường 160/110 mmHg → giảm ít nhất 10 ml/phút/năm.
    - Tức là khoảng năm 20 21 tuổi, độ lọc cầu thận bắt đầu giảm từ 18 – 20 tuổi. tiền căn lúc này có bệnh gì không?? → bệnh nhân trả lời không, vậy thì có tin không?
      - Phải hỏi là lúc BN đi làm công nhân là bao nhiêu tuổi. Lúc đó được khám sức khỏe không, ít nhất là được đo Huyết áp → có cao không? Ca này là tăng huyết áp người trẻ.
- Hoàn cảnh bệnh nhân có điều kiện không?

- Nếu thận >90 mm, mà creatinine 10 có thể là cấp hoặc cấp/mạn nhưng có thể là thận chưa chết hoàn toàn. Lúc này thì mình cần creatinine nền của bệnh nhân. Tìm coi có yếu tố nào làm cho bệnh nhân suy thận cấp không.
- Thận teo không sinh thiết:
  - Vì nó toàn là mô xơ thôi → chọc chảy máu nhiều hơn là mô thận thường.
  - Vùng chọc là vùng khá nông → có khi chọc vào đúng các nephron đang còn hoạt động. Thậm chí làm mất 10% chức năng thận còn lại của bệnh nhân.
- Vậy khi nào cần sinh thiết → khi thận còn to dù creatinine >10.
- Bệnh nhân bệnh thận mạn, ví dụ creatinine là 3 mg%, thì sáng sau bệnh nhân có thể thay đổi creatinine trong khoảng 20% (<20%) thì coi như là GFR không thay đổi.
- Một trong những thuốc làm cho bệnh nhân mất chức năng thận nhanh nhất là: ức chế men chuyển. Vậy bệnh thận mạn nào bắt buộc phải xài ức chế men chuyển: Có tiểu đái.
- Ức chế men chuyển rất khó khăn sử dụng cho bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn 4, dù không phải là chống chỉ định.
- Nhiễm trùng ở bệnh nhân bệnh thận đừng chỉ dựa vào số lượng bạch cầu mà hãy chú ý %NEU nữa, và CRP
- Bệnh nhân này nên hỏi cách đây 2 năm có uống ức chế men chuyển thụ thể gì hay không? Nếu có dùng đột ngột creatinine tăng lên thì chuyện gì xảy ra? tại sao đó họ sử dụng mà không sao? Vậy phải có yếu tố khác → ói, suy tim, ...
- Thuốc đang dùng của bệnh nhân là:
  - Nifedipine 30 mg 2v x 2 s c
  - Nebivolol 50 mg 1 v (u) sáng
  - Amlodipine
  - Clonidine 15 mg 2 v x 2 s c
  - Canxi carbonate + cholecalciferol 1v s
  - Fumarate 1v u sáng
  - EPO chích 1 tuần 1 lần.
  - ➔ Case này trẻ mà phải sử dụng 3 thuốc hạ huyết áp mà cũng không kiểm soát được. Vậy phải tầm soát coi có hẹp eo động mạch thận không, làm tptnt coi có tiểu đái nhiều hay không có bệnh cầu thận từ nhỏ. Hỏi cân nặng lúc sanh có nhỏ kg không, sanh non ...
  - ➔ Trẻ quá có thể là bệnh cầu thận mãn.

## BỆNH 2 – CHUYÊN KHOA 1

Bệnh án

Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Văn Non SN 1955(64 tuổi) giới tính : Nam

Địa chỉ Long An

Nghề nghiệp: làm ruộng

NV 00:54h ngày 7/3

LDNV: khó thở

Bệnh sử:

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ 2 cách nay 10 năm, điều trị tại BV Bến Lức Long An, THA 3 năm tự mua thuốc ở tiệm thuốc tây(u), chẩn đoán bệnh thận mạn cách nay 6-7 tháng

6 tháng trước nhập viện, bệnh nhân thấy phù 2 bàn chân, không phù mắt, không khó thở, có đi khám tại bệnh viện Bến Lức được bác sĩ giải thích suy thận nặng, giải thích chuyển viện Chợ Rẫy khám chuyên khoa thận, nhưng bệnh nhân không đi, về nhà uống thuốc theo toa bệnh viện Bến Lức, sau 1 tuần thấy hết phù. BN uống 1,5L nước/ ngày, tiểu 1L ngày, vàng trong, không bọt.

Lúc uống thuốc xong thì bệnh nhân có ghi nhận đi tiểu nhiều hơn trước không? → đi cũng vậy không khác biệt.

Cô đoán là thuốc ở Bến Lức khả năng là sẽ có thuốc hạ huyết áp, lợi tiểu. Táo máu có không?

Vậy bác sĩ thận cho thuốc chỗ này khác ở bác sĩ tim mạch chỗ nào

- Cho thuốc tạo máu, sắt Acid folic → chữa về tình trạng thiếu máu.
- Keto amino acid (dùng cho các bệnh nhân suy thận).
- Huyết áp lợi tiểu thì như bên tim mạch.

ở bệnh viện bến lức không có bác sĩ thận. Hơi lạ là Bến Lức không chuyển Long An (có khoa thận, chạy thận nhân tạo làm thẩm phân...).

Lúc ở 1 tháng có insuline → vậy ở 6 tháng có insuline ko → trả lời có → vậy phải nói ra.

Nên ghi là đổi qua insuline từ 6 tháng

1 tháng trước NV, BN thấy phù nhẹ 2 mu bàn chân kèm theo bệnh nhân thấy đêm nằm ngủ cảm thấy ngộp thở, phải nằm gối cao hơn bình thường ( bình thường nằm 1 gối → 2 gối) . Bệnh nhân lúc trước còn đi làm được, thời gian gần đây thấy mệt nên chỉ ở nhà đi lại trong nhà, vẫn tự sinh hoạt cá nhân được, lúc này bệnh nhân uống khoảng 1,5L, tiểu khoảng 1L, ăn uống kém ngon khoảng 2 chén cơm/

ngày, canh ½ chén x 2/ ngày. Bệnh nhân vẫn uống thuốc theo toa BV Bến Lức: chích insulin, uống thuốc THA không rõ, nhưng uống không đều, không theo dõi huyết áp

1 tuần cách nhập viện, bệnh nhân thấy phù chân vẫn còn, ngộp thở nhiều hơn khi nằm thấp, đi lại trong nhà thấy mệt nhiều hơn, BN uống khoảng 1,2L nước, tiểu khoảng 800ml/ ngày, vàng trong không bọt, ăn 2 chén cháo-súp/ ngày

3 ngày cách nhập viện, BN khai đêm khó thở liên tục phải ngồi, khó thở 2 thì, phải ngồi ngủ, phù chân tăng nhiều hơn, ho khan không đàm, không sốt, không đau ngực, bệnh nhân tiểu ít đi khoảng 500ml/ ngày, uống khoảng 1L/ ngày, ăn ít hơn khoảng 2 chén cháo/ ngày nên đi khám tại bệnh viện Bến Lức: chỉ thở Oxy qua canula, không truyền dịch, không uống thuốc chích thuốc sau đó chuyển bệnh viện Long An

Tại bệnh viện Long An: bệnh tình, niêm hồng nhạt

M: 110l/ph HA: 170/90mmHg T: 37 độ C

Phù 2 chân, tim đều, thở nhanh co kéo, phổi ran ẩm, ran ngáy, bụng mềm

XN: BC 17 G/L, %NEU: 75,2%, Cre: 767 mmol/l (9mg%), Ure: 17,23 mmol/L, Na: 134,6 mmol/L, K: 5,36 mmol/L, Cl: 102 mmol/L, Hs Tnl: 125,6 pg/ml, ProBNP > 3500 pg/mL

ECG: nhịp nhanh xoang. XQuang: mờ 2 rốn phổi, thâm nhiễm 2 phế trường

→ chẩn đoán: OAP-suy tim-THA-Viêm phổi-DDTDD2-COPD-BTM gđ5

Điều trị: O2: 2l/ph, NaCl 0.9% giữ mạch, fandolo 0.5g 1.5 chai TTM, cefepime 2g TMC, furosemide 20mg 1A TMC, Glycerin trinitrate 10mg/50ml NaCl 0.9% 6ml/h, combivent 2A x 3 PKD. Tại đây BN không được đặt sonde tiểu. Sau điều trị, bệnh nhân không tiểu thêm, giảm khó thở ít, BS giải thích tình trạng suy tim- suy thận nặng chuyển bệnh viện Chợ Rẫy

TTLNV: BN tỉnh

M: 96l/ph CN 48kg, CC 152cm

HA 130/70mmHg Chi ấm, mạch rõ

T: 37 độ C Niêm nhạt, phổi rale ẩm

NT: 20l/ph Tim đều

Diễn tiến bệnh phòng:

N1: BN được lọc thận cấp cứu, truyền 2 đơn vị HCL → giảm khó thở, nằm được, tiểu..., uống...

**VẬY BỆNH NHÂN NÀY ĐẾN BỆNH VIỆN CHỢ RẪY CÓ BAO NHIÊU VẤN ĐỀ/ cần xét nghiệm gì**

Ở chợ rẫy đâu có tăng huyết áp nên không đặt vấn đề tăng huyết áp. Đặt Tiền căn THA thì được.

1. **Khó thở cấp** (vì đó là lí do đưa bệnh nhân đến bệnh viện) /Suy hô hấp cấp cũng được  
Tức là nghĩ có thể có nhiều nguyên nhân phối hợp

Có người đặt KHÓ THỞ CẤP PHẢI NGỒI NGÀY THỨ 3 – OAP

Ghi khó thở cấp ngày 3 OK.

Có nên ghi OAP không?

- Không đủ tiêu chuẩn: mạch 96, HA 130 (không dựa vào HA để Chẩn đoán OAP)
- Dựa vào khó thở, ran ẩm 2 đáy phổi dân lên (tức là phải khám lại mỗi 30 phút), Chụp Xquang phổi liên.

Có thể đề **Khó thở cấp ngày thứ 3 theo dõi OAP** (vì nhờ vào máy cận lâm sàng tuyến trước).

Giúp thái độ xử trí sẽ khác, cho phép điều trị mù trong 12 tiếng đầu, có lợi cho bệnh nhân hơn là chờ.

Vậy đặt Suy tim cấp được không? → nó không thể nào là OAP hoàn toàn được. OAP có thể do tim hoặc không do tim.

Vậy xét nghiệm ngay là:

- SpO2
- Xquang phổi
- Khí máu động mạch
- OAP không có ai đo ECG (vì khó lắm).
- Lấy của Long An được không? Được, không cần làm khẩn cấp lại nữa.

## XỬ TRÍ VẤN ĐỀ 1 NÀY NHƯ THẾ NÀO?

- Cô không đồng ý cho sử dụng kháng sinh ngay lúc đầu vì chưa có bằng chứng gì hết. Cô không tin hết trong giấy chuyển viện. Cần phải cân nhắc việc kháng sinh
- Ca này mà vô nói cho chạy thận nhân tạo liên → **là cho rớt luôn**. Ko ai làm vậy hết. Vì chúng ta đang học là bác sĩ nội khoa, giả sử trường hợp không có máy ngay lúc đó thì sao? Phải biết cách điều trị nội khoa cho bệnh nhân.
- Thở oxy
- **(2) Nitroglycerin (giảm tiền tải)** nhưng nên cẩn thận vì huyết áp bệnh nhân đang xuống rồi.
- **(1) Furosemide**
  - **Liều khởi đầu thế nào?** Nếu có XN của Long An và đã dùng 1 ống không có nước tiểu thì liều khởi đầu là 2 ống thì hợp lí. Bệnh nhân suy thận càng nặng thì càng kém đáp ứng với Lợi tiểu. Nếu vô niệu thì càng ít đáp ứng với lợi tiểu hơn nữa.
  - **Tuy nhiên theo cô** thì cô sẽ xài 5 ống, 100 mg 1 lần .tại sao? Vì liều tối đa để nói Furosemide không có hiệu quả là 200 mg, đợt tăng từ từ thì đến khi nào, nên nếu 30 phút sau ko đáp ứng thì cho thêm 100 mg nếu k dc là đủ 200 báo cho bên chạy thận thì sẽ k bị từ chối nữa.. Liều cao như vậy còn phát huy tác dụng dẫn mạch tối đa nữa.
  - **Bao lâu sau tăng liều?** → 30 phút. Khám lại sau 30 phút coi bớt không? Huyết áp thế nào, tiểu thế nào? Nếu dè dặt nữa thì chờ đến 1 tiếng coi sao.
  - **Sau khi đã liều tối đa rồi** mà không có tác dụng thì nghĩ đến sử dụng MORPHINE với điều kiện là có sẵn đồ đặt nội khí quản rồi.
- **(3) Morphine** không bao giờ dùng ngay từ đầu → rớt. Bệnh nhân đang khó thở như vậy thì không có cho morphine liên ngày từ đầu như vậy.
  - Có tác dụng giảm tiền tải, dẫn mạch và hạ huyết áp dữ dội làm ngưng tim ngưng thở luôn suy hô hấp rất nhanh.
  - Phải đo SpO2 trước.
  - Liều thấp: ống 10mg 1/3 ống pha loãng ra 3cc 4cc rồi tiêm mạch chậm thôi.
  - **Cách pha:**

**Vấn đề là:** cơ bản là giảm tiền tải, sau đó là giảm hậu tải nếu mà HA cao, 2 cái xong rồi mà không đáp ứng rồi thì mới nghĩ đến cơ bản có bệnh tim mạch trước rồi → mới nghĩ đến dùng Dobutamine. Lợi tiểu là đi đầu.

- Nếu bệnh nhân ra được, thường sau 3 cái này ngay cả khi chưa đi tiểu. Nhưng trong khoảng 1 tiếng đồng hồ là bị lại. → chịu đựng được thoáng qua cho bệnh nhân thôi.  
Nếu máy chạy thận vẫn chưa có → thì phải làm lại lợi tiểu tiếp nhưng không quá 500 mg tổng liều.  
Nếu 3 cái không ra được thì phải chạy thận nhân tạo dù cho bệnh nhân không có suy thận đi nữa. Làm siêu lọc

## 2. Suy thận

- Vậy đặt phù tiểu ít hay là suy thận
  - o Phù này không nổi bật, có lúc nhiều lúc ít → chắc chắn không quan trọng
- Tiểu ít
  - o Vậy có bao giờ tiểu ít mà không suy thận không? Có, uống ít
  - o Có bao giờ suy thận mà không tiểu ít không? Có
- Vậy thì đặt Suy thận sẽ nói được hết vấn đề của bệnh nhân
  - o **Suy thận ghi luôn cả giá trị creatinine**
    - o Không ghi suy thận cấp hay suy thận mạn vì mình chưa có creatinine nền.
    - o Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mãn cách đây 6 tháng. Vậy thì đặt tổn thương thận cấp/suy thận mạn hay không? → được, vì giờ creatinine là 9, trước đó không biết, mà giờ còn có tiểu ít nữa.
    - o Nếu hướng là tổn thương thận cấp → đề nghị Bun creatinine 2 ngày liên tục. mạn không làm cái này.
      - Nghĩ đến các thứ bệnh nhân chết liền được đây? → đề nghị lon đồ (kali, natri quan trọng)
    - o Nếu mãn thì cần thêm Ca, Phospho, PTH
      - Muốn đọc được canxi là cần albumin protein máu.
        - Hiệu chỉnh là 1
        - Quan trọng nữa là muốn đọc phospho cần biết được tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân
          - o Hầu hết bệnh nhân VN chế độ ăn không có sữa, không cheese → nên tỉ lệ bệnh nhân tăng phospho không nhiều như dự đoán.
  - Người suy thận ăn tối đa 0.8g đạm/kg/ngày vì dụ người 50kg → 40 g đạm → 200 g thịt → cho nhà dinh dưỡng thì tính thịt ít hơn 200g vì tính luôn đạm trong các thứ khác chung với bữa ăn nữa. Bình thường bản thân mình người bình thường đã ăn ở cái mức này thì người suy thận ăn còn ít hơn nữa.
    - o Vậy suy thận mạn giai đoạn cuối uống sữa gì: sữa giảm phospho – mà nó là thành phần không thể thiếu của protein → giảm protein
      - Nepro 1: dùng cho pre dialysis
      - Nepro 2: hàm lượng protein cao hơn 1 – dùng cho post dialysis
      - 1 lon đắt khoảng 300 ngàn.



- Hầu hết bệnh nhân Vn bị thiếu vitamin D nhiều. Hầu hết cô sẽ cho vitamin D dạng hoạt tính cho bệnh nhân
  - Trong chế độ ăn quan trọng nhất cô muốn nói là MUỐI – ra thì cô muốn nghe
    - o Vì bản thân nước ngoài chỉ có 6 -7 g muối thôi.
    - o Còn người Việt Nam là 13 g muối/ngày quá cao.
  - Bệnh nhân này BUN 141, creatinine 8.6 → suy thận cấp tại thận.
    - o Tốc độ tăng của BUN đã nhanh hơn creatinine dù tỉ lệ <20 → vì ước đoán BUN theo creatinine tăng sẽ khoảng 86 90 (vì BUN thường sẽ gấp 10 lần creatinine). Kết luận là suy thận rất nặng → không biết cấp hay mạn giả định là cấp trên nền mạn.
    - o Điều trị nội khoa thất bại rất cao → chỉ định chạy thận nhân tạo.
  - Kali tăng nhẹ có thể điều trị nội khoa
    - o Nếu BUN quá cao có chỉ định của chạy thận nhân tạo
  - 3 cái điều trị cấp cứu phía trên có lợi tiểu là ảnh hưởng đến ion nếu bệnh nhân có đi tiểu được. Mặc dù không đi tiểu nhưng có dùng lợi tiểu kiểm soát được OAP ko → có vì có tác dụng dẫn mạch
- Muốn thải được kali là phải đi tiểu được
- Vậy có điều trị nội khoa với tăng Kali này không?
- o Không truyền đường, insuline vì bệnh nhân đang dư dịch
  - o Không bicar, không kayxalate
  - o Trước khi chích canxi thì mình cho ECG → chờ, theo dõi. Ko cần chích mù.
  - o **Cùng lắm thì dùng Calcium**
- **Bệnh nhân này ngưng hết toàn bộ dịch truyền.**

## TIỀN CĂN

### 1 . bản thân:

- ĐTĐ 2, phát hiện tình cờ qua XN máu cách đây 10 năm, theo dõi và điều trị tại BV Bến Lức, chỉ uống Metformin, theo dõi ĐH ~ 200-100mg%
- Cách nay 1 năm, được giải thích do suy thận nên ngưng uống chuyển sang chích insulin 10UI (S)-7UI (C), không cơn hạ đường huyết, không nhập viện vì tăng ĐH. Chưa ghi nhận biến chứng thần kinh, mắt, mạch máu.
- THA cách nay 3 năm, HA tối đa đo 180/ mmHg. Bệnh nhân tự mua thuốc ở tiệm thuốc tây (u), uống không đều
- HTL 20 gói năm, đã ngưng 1 năm
- Không uống rượu
- Không tiền căn bệnh ngoại khoa

### 2. gia đình:

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận
-

## PHÂN TÍCH VẤN ĐỀ BỆNH NHÂN

- Câu hỏi đặt ra là sau khi chạy thận nhân tạo, làm sao mình biết được tổn thương thận cấp lần này có hồi phục hay không
  - Đầu tiên chỉ có cách chờ thôi. Nếu sau vài lần chạy thận thì mà bệnh nhân hồi phục, không chạy thận nữa vẫn ổn thì mình kết luận là Tổn thương thận cấp.
  - Nếu bệnh nhân có bệnh thận mạn nhưng không phải giai đoạn suy thận (tức là giai đoạn 1 2) thì khả năng hồi phục cao. Bệnh nhân ở giai đoạn 3 4 5, càng gần về giai đoạn 5 thì khả năng hồi phục càng kém.
  - Cái giúp SUY ĐOÁN khả năng hồi phục của bệnh nhân là creatinine nền. (bệnh nhân của mình không có – chỉ biết là phát hiện bệnh thận mạn cách đây 6 tháng thôi – mà lúc đó không nghe nói tư vấn mổ FAV hay tư vấn điều trị thay thế thận gì cả thì khả năng cũng có là từ giai đoạn 3).
  - Xét về vấn đề tổn thương thận cấp: Vậy tổn thương thận cấp này là tổn thương trước thận, tại thận hay sau thận.
    - Trước thận và sau thận: khả năng hồi phục cao
    - Tại thận thì khả năng hồi phục rất kém vì bản thân thận của bệnh nhân đã suy rồi, giờ chông lên 1 tình trạng tổn thương thận cấp tại thận nữa.
    - **Các nguyên nhân suy thận cấp trước thận là gì (4 nhóm nguyên nhân – THI SẼ HỎI)**
      1. Giảm thể tích (nguyên nhân hay gặp nhất – cần phải tìm đầu tiên).
        - *Mất nước*: nôn ói nhiều, tiêu chảy nhiều. Đối với bệnh nhân ở giai đoạn 5 thì chỉ cần mất ít cũng có thể bị STC, còn ở giai đoạn nhỏ hơn thì có thể phải cần mất ít nhất là 1 lít dịch.
        - *Mất máu*: xuất huyết, chấn thương,...
        - *Mất dịch vào khoang thứ ba*: viêm tụy cấp, tắc ruột, giảm albumin HCTH...
        - *Mất huyết tương*: bông nặng.

**Các tính trạng này hồi phục rất nhanh sau khi bồi hoàn đủ dịch (24 – 48 tiếng).**
      2. Giảm cung lượng tim

- Suy tim, tràn dịch màng ngoài tim,...

### 3. Co mạch thận

- Các bệnh cảnh như: tụt huyết áp, choáng, hội chứng gan thận, tăng canxi trong bệnh cảnh ác tính (như Kahler,...)
- Cần phải truyền dịch tích cực mới mong cứu sống bệnh nhân.

### 4. Rối loạn cơ chế tự điều hòa ở cầu thận.

- Dẫn tiểu động mạch ra: thuốc Ức chế men chuyển, ức chế thụ thể,...
- Dẫn tiểu động mạch vào: NSAID...

- Vậy thì bệnh nhân này muốn xét là liệu có hồi phục hay không thì mình cần xem bệnh nhân có rơi vào nhóm nguyên nhân nào trong 4 nhóm trên hay không? Và nếu có thì thời gian để suy thận cấp trước thận hồi phục là 24 – 48 tiếng.

- Nếu ca này thực sự có suy thận cấp trước thận thì đã là 3 ngày rồi → Khả năng đã diễn tiến đến suy thận cấp tại thận (hoại tử ống thận cấp). Nếu là bệnh nhân trẻ, ít bệnh mạn tính thì còn có thể chịu đựng được 72 giờ mà k có tình trạng HTOTC, tuy nhiên bệnh nhân này lớn tuổi, nhiều bệnh mạn tính.
- Nhóm nguyên nhân 1: bệnh nhân này không có nôn ói gì nhiều, không mất nước → Không nghĩ .
- Nhóm 2: có khả năng là có một đợt suy tim nặng lên, vì bệnh nhân vào với bệnh cảnh là OAP.
- Nhóm 3: bệnh nhân không tụt huyết áp, không các bệnh cảnh choáng, ... cũng không nghĩ
- Nhóm 4: thì không biết được, vì chưa biết bệnh nhân đã sử dụng thuốc gì. Nên không loại trừ.

Vậy bệnh nhân này khả năng là có Suy thận cấp trước thận, và khả năng hồi phục kém vì đã 3 ngày rồi có thể đã diễn tiến đến tại thận.

- **Vậy có cách nào để biết bệnh nhân có hoại tử ống thận cấp sớm hơn không?**

- **Soi cận lắng nước tiểu:** tìm trụ hạt nâu bùn (trụ hạt màu sậm, là sắc chất của các tế bào trẻ bị hoại tử). *Nhưng thường người ta chỉ làm dipstick mà bỏ qua xét nghiệm này.*

- Liệu đây có phải là tổn thương thận cấp cách đây 3 ngày không và ước đoán lúc 3 ngày trước creatinine là bao nhiêu?

- Creatinine hiện tại của bệnh nhân là 8.6 mg%
- Đối với một người vô niệu thì creatinine tăng mỗi ngày sẽ bằng với giá trị bình thường của creatinine (0.8 – 1.2) người ta thường lấy là 1 mg%.
- Vậy nếu không có gì thì 3 ngày trước → 5.6 mg%.
- Còn tăng nhanh 1.5 mg%/ ngày khi nào
  - Khi có tình trạng nhiễm trùng chồng lên ở đâu đó. Hoặc có hoại tử mô (như dập nát, hoại tử chấn thương, sau mổ,...)
- Bệnh nhân có nhiễm trùng không? Làm sao xác định?
  - Xquang ngực thẳng, CTM, CRP (lúc ở tuyến trước người ta có nói là viêm phổi, mình cần chú ý và xác định lại).

- Bệnh nhân này CTM:

Hgb: 54 g/L, Hct 18.4%, MCV 97.5, MCH 27.4, MCHC 293.

Thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào. Mạn vì không có than phiền gì cả.

Làm sao biết mức độ (cô không dựa vào Hgb)? Dựa vào khả năng sinh hoạt của bệnh nhân trước đó.

- Xã hội: bệnh nhân đã nghỉ làm, ít ra ngoài.
- Gia đình: không rõ
- Cá nhân: có tự sinh hoạt cá nhân được không.

*Bệnh nhân này thường chỉ ngồi ở nhà coi. Nói chung chưa đánh giá được sự hết được khả năng gắng sức của bệnh nhân. Phân trung bình nặng.*

WBC: 7.84 G/L (đọc là giga lít – phải đọc cho đúng)

NEU% 94.4% (nhiễm trùng cấp ở đâu đó)

PLT 118 G/L

*Có giảm BC, nhưng NEU vẫn ưu thế, PLT giảm.* Lí giải: khả năng bệnh nhân có nhiễm trùng ở đâu đó. Tiểu cầu giảm trong bệnh cảnh nhiễm trùng nặng là do tăng tiêu thụ tiểu cầu ở chỗ nhiễm để cô lập ở nhiễm trùng.

Bạch cầu không tăng mà Neu ưu thế → cần thêm CRP. Vậy nếu như CRP ở chỗ mình không có thì làm gì? Lúc đó mình sẽ làm lại CTM sau 12 giờ (lâu lắm là 24 giờ thôi) để đánh giá sự thay đổi.

Xquang quang phổi case này → Trước khi chạy thận là có cánh bướm → OAP, sau chạy bình thường lại vậy thì nghĩ là do OAP.

- Nhiễm trùng tiểu: nam thì khá khó bị, trừ khi có tắc nghẽn chích hẹp, bế tắc. → Đề nghị tổng phân tích nước tiểu (ca này không được làm – cũng như không 😊).
- Vậy ca này không loại trừ được hoàn toàn nhiễm trùng. Lại có quá nhiều yếu tố để nhiễm trùng không lộ rõ. Vừa đái tháo đường, vừa suy thận nặng, bạch cầu trong môi trường đường cao, ure máu cao → bị tê liệt hết.

- Vấn đề thiếu máu của bệnh nhân:

- Ca này Hgb 54 g/L không phù hợp với thiếu máu chỉ do STM gây ra (thường là mức 8 – 9), do đó cần phải tìm coi có chớng nguyên nhân nào khác làm bệnh nhân thiếu máu mạn không? (vậy bệnh sử bị thiếu không đề cập gì đến tình trạng thiếu máu của bệnh nhân cả).
  - Cần làm bilang sắt.
  - Tìm máu trong phân
  - Có kèm bệnh gì làm thiếu máu mạn không (KST,...)
- CLS:
  - Fe 10 umol/L (giảm)
  - Ferritin 44.1 (bình thường mà giới hạn dưới)
  - Transferrin 223 mg% (bình thường mà ở giới hạn dưới)

Rối loạn sắt không nhiều nhưng dự trữ không dư. Nếu sử dụng EPO vào thì chắc chắn sẽ gây ra thiếu sắt ngay. Nên bù sắt truyền sắt cho bệnh nhân hoặc truyền máu luôn. Tuy nhiên ngày OAP thì không có truyền máu liền cho bệnh nhân.

- Nếu mình đặt giả thuyết ca này có nhiễm trùng đi kèm. Thì nếu tổn thương thận cấp → mỗi ngày tăng creatinine ít nhất là 1.5 mg% → cách đây 3 ngày creatinine bệnh nhân là 4.1 (4) mg%. Vậy thì ước đoán độ lọc cầu thận bệnh nhân trước khi vào đợt cấp này là bao nhiêu?
  - Creatinine 4 mg% , cân nặng 48kg , chiều cao 1m52, tuổi 64.
    - ➔ Khoảng 13 ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da. ➔ **giai đoạn cuối.**
  - Nếu này chứng đó thì trước khi bệnh nhân vào với mình thì giai đoạn 4 hoặc 5 rồi. **Khả năng không hồi phục điều trị chạy thận thôi**

### ĐIỀU TRỊ TIẾP CHO CASE NÀY:

- Kháng sinh không? Nhiễm trùng chưa biết nằm ở đâu. Nghĩ là ở Phổi Xquang phổi chưa rõ ràng → thử CRP, làm lại CTM theo dõi nếu BC lên thì cho kháng sinh. Chọn kháng sinh gì? Chọn cái nào đến được nơi nhiễm trùng và đường thải là qua gan (chứ không phải nói kháng sinh thải qua gan). (ví dụ như ở nhiễm là ở đường tiểu thì chọn thải qua thận).
- Vấn đề 2 là tổn thương thận cấp
- Vấn đề 3 là theo dõi nhiễm trùng
- Vấn đề 4 là tăng huyết áp
  - Vào là 130/70 nghĩa là dưới mục tiêu rồi (140/90 – giai đoạn 5). Vậy chủ yếu theo dõi, không điều trị gì hết. Khi nào trên 140 thì mới dùng, nếu như lên thì mình sử dụng gì?
    - Lợi tiểu: tốt cho tim, bệnh nhân cũng đang phù, hỗ trợ kiểm soát các điện giải. Nhưng có cái là hay đề kháng ở bệnh nhân này.
    - Ước chế canxi thì chắc chắn có tác dụng liền dù phù hay không phù.
- Vấn đề 5 là đái tháo đường
  - Đường huyết lúc nhập viện là 377 mg%. Không ăn mà đường cao vì tình trạng stress, tăng hoạt tính của catecholamine, cường giao cảm. Vậy làm sao mình biết là do cái này? Không làm gì hết, kiểm soát cấp tính của bệnh nhân. Mà bệnh nhân này là chạy thận nhân tạo, qua chạy thận sẽ làm giảm được đường. Cần hỏi tiền căn có hạ đường huyết không? Để trong chạy thận nhân tạo phải theo dõi đường. vì khi làm siêu lọc thì nó rút nước và cả đường luôn. Sau 1 tiếng chạy là phải thử lại đường, sau chạy thận xong cũng phải thử lại.
  - **Tuy nhiên bệnh nhân không ăn gì hết → không sử dụng insulin, chủ yếu là theo dõi không làm gì hết.** Đặc biệt là không ăn mà chạy thận → tụt đường vì đường lọc qua màng lọc (phải canh tụt đường).

**Nói tóm lại thì nguyên tắc chung là:** bảo tồn tính mạng bệnh nhân, ưu tiên cấp cứu ABCD, và tìm ra 1 phương án nào giải quyết được nhiều thứ. Ví dụ chạy thận nhân tạo trường hợp này: giải quyết OAP, kiểm soát được đường, điện giải và trong thận nhân tạo có thể truyền máu được. Bệnh nhân vô niệu chỉ có chạy thận được mới được truyền máu thôi. Không truyền khi đang OAP.

Nên nhớ là trước khi truyền gì cho bệnh nhân suy thận mạn, phải hỏi bệnh nhân có tiểu được không? Bệnh nhân có đáp ứng lợi tiểu không (trước và sau khi dùng thêm được bao nhiêu). Trường hợp tăng nước tiểu lên thì ít nhất phải bằng với dịch mà mình truyền vào nếu không ít quá là vô OAP. Nếu không thì truyền trong thận nhân tạo vì trong thận nhân tạo 1 tiếng có thể lấy được tối đa 1000 ml.