

# NHÓM 3.4

Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Khoa Y

Bộ môn Nội Tổng Quát



Nhóm 4



Phạm Thanh Duy 111160064 Y16A Tổ 5

Đặng Đăng Khôi 111160145 Y16A Tổ 5

## BÀI TẬP LÂM SÀNG Y6

Câu 1: Lý do nào giải thích tình trạng chóng mặt của bn? cần bổ sung lâm sàng và cận lâm sàng nào?

| <u>Aa</u><br>Kiểu<br>chóng<br>mặt |  Nguyên nhân  |  Lâm sàng  |
|-----------------------------------|--|---|
| <u>Xoay</u><br><u>tròn</u>        | Trung ương: nhồi máu hay xuất huyết tiểu não, thiếu máu do hẹp động mạch sống nền, Migraine tiền đình Ngoại biên: chóng mặt tư thế kích phát lạnh tính, viêm thần kinh tiền đình, bệnh Meniere | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nhồi máu hay xuất huyết tiểu não: bệnh nhân không chóng mặt đột ngột, mức độ không dữ dội, chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, khám lâm sàng không ghi nhận dấu thần kinh định vị gợi ý tiểu não Không nghĩ</li><li>• Thiếu máu do hẹp động mạch ống sống: bệnh nhân không nói khó, không nhìn đôi, không yếu vùng về tay chân không nghĩ</li><li>• Migraine tiền đình: bệnh nhân không đau đầu, không có tiền triệu sợ ánh sáng, sợ âm thanh nên không nghĩ</li><li>• Viêm thần kinh tiền đình: bệnh nhân không có cảm giác quay nặng, nôn ói, rung giật nhãn cầu không nghĩ</li><li>• Meniere: không ù tai, không giảm thính lực nên không nghĩ</li></ul> |
| <u>Té</u>                         | Thoái hóa tiểu não, thiếu vitamin B12, Parkinson   | Thoái hóa tiểu não: chưa ghi nhận tiền căn chóng mặt, có thể khám test Romberg Parkinson: đánh giá đáng đi, run tay không nghĩ  |
| <u>Tiền</u><br><u>ngất</u>        | Mất nước, hạ đường huyết, loạn nhịp tim  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mất nước: bilan xuất nhập – 2600 ml/18 giờ, khám có huyết áp 90/60 mmHg, cân nặng giảm trong vòng 2 ngày có thể giải thích tình trạng chóng mặt trên bệnh nhân</li><li>• Hạ đường huyết: bệnh nhân có ăn uống kém, tiêu chảy, triệu chứng cường giao cảm (nhịp tim nhanh, vã mồ hôi), glucose máu 100 mg% không loại trừ tình trạng hạ đường huyết gây ra chóng mặt</li><li>• Rối loạn nhịp tim: bổ sung lâm sàng tình trạng hồi hộp đánh trống ngực, bắt mạch, nghe tim</li></ul>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Aa</b><br>Kiểu<br>chóng<br>mặt              |  Nguyên nhân |  Lâm sàng |
| <b>Bập<br/>bệnh,<br/>không<br/>rõ<br/>ràng</b> | Trầm cảm, rối<br>loạn lo âu lan tỏa,<br>cơn Panic, rối<br>loạn dạng cơ thể                    | Ít nghĩ do tiền căn chưa ghi nhận  |

Qua dữ kiện lâm sàng thì nghĩ nhiều tình trạng chóng mặt của bệnh nhân là do tình trạng mất nước gây ra, chưa loại trừ tình trạng hạ đường huyết đi kèm

Bổ sung câu hỏi về lâm sàng và cận lâm sàng:

Bệnh sử:

- Kiểu chóng mặt (xoay tròn, té, tiền ngất, dao động bập bênh không rõ ràng)?
- Đánh giá bilan xuất nhập: ngoài ăn cháo có uống sữa, nước, nước yến, súp, ...
- Khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kích phát về đêm, tiền căn bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim)
- Thuốc đang sử dụng tại nhà (NSAIDs, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, thuốc nam, thuốc bắc)
- Tính chất phân: nhầy, máu?
- Triệu chứng tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, tiểu gấp? Đau hông lưng? Tiền căn sỏi?
- Tiền căn: khỏe mạnh? Có đi khám tổng quát hàng năm (xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, creatinine máu, siêu âm bụng)

Khám:

- Dấu hiệu thiếu máu mạn: da niêm, lông tóc móng
- Dấu thiếu nước: mắt trũng, khát nước, hõm nách khô, tĩnh mạch cổ xẹp, véo da, hạ huyết áp tư thế
- Dấu dư nước: phù ngoại biên, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, ran phổi
- Khám tim: mỏm tim, nghe tim, gallop T3, tiếng cọ màng ngoài tim, bắt mạch
- Cầu bàng quang

Cận lâm sàng:

- Phân biệt AKI/CKD: siêu âm bụng, P, PTH

- Nguyên nhân AKI: ion đồ niệu ( $\text{Na}^+$ ), creatinine niệu, áp lực thẩm thấu nước tiểu
- CRP: đánh giá tình trạng viêm
- Soi-cấy phân + KSD
- ECG, Xquang ngực thẳng, siêu âm tim tại giường, AST, ALT

Câu 2: Ghi chẩn đoán sơ bộ dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng ở thời điểm cấp cứu?

Tổn thương thận cấp cấp thể thiếu niệu ngày thứ 1 giai đoạn 2 theo KDIGO 2012 nghĩ do nguyên nhân trước thận (thiếu dịch) biến chứng hạ kali máu – Nhiễm trùng đường tiêu hóa

- Thể tích nước tiểu 18 giờ ghi nhận: 300 ml = 0.32 ml/kg/h < 0.5 ml/kg/h trong vòng 18 giờ AKI giai đoạn 2 theo KDIGO 2012
- Phân biệt AKI hay AKI/CKD: nghĩ nhiều AKI
- Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý thận trước đó
- Tổng phân tích nước tiểu: protein (2+), blood (-), Leukocyte (-), Nitrite (-) bệnh nhân đang có nhiễm trùng đường tiêu hóa nên cần xét nghiệm lại và đánh giá sau đó
- Siêu âm bụng: cần đánh giá kích thước và phân biệt vỏ tủy
- Công thức máu: Hb 12g/dL, Hct 40%, Bạch cầu 14G/L, Neutrophil 90%, tiểu cầu 170G/L Không có thiếu máu
- Nguyên nhân AKI:
  - Sau thận: bệnh nhân không căng chướng tức vùng hạ vị, không có đau hông lưng, không có cầu bàng quang → dùng siêu âm bụng để loại trừ
  - Trước thận: nghĩ nhiều do
  - Bilan xuất nhập -2600 ml/18 giờ
  - BUN/creatinine máu = 26.67 > 20; tỷ trọng nước tiểu 1.03 > 1.02
  - Tại thận: cận lâm sàng không ủng hộ nên đề nghị thêm ion đồ niệu, creatinine niệu, áp lực thẩm thấu nước tiểu
- Biến chứng AKI:
  - A (Acidosis): đề nghị KMDM





- E (Electrolyte): K<sup>+</sup> 3 mmol/l hạ K<sup>+</sup> máu đề nghị ECG xem có bất thường rối loạn nhịp?
- O (Overload): bệnh nhân không khó thở, phổi không ran nên chưa nghĩ.
- I (Infection): bệnh nhân có tiêu chảy, nôn ói nhưng nghĩ nhiễm trùng đường tiêu hóa là nguyên nhân gây ra AKI
- U (Urê huyết cao): chưa ghi nhận các triệu chứng tiêu hóa, thần kinh nên chưa nghĩ




Chỉ số sốc (SI): M/HATT > 1 (Mạch 110 lần/phút. Huyết áp 90/60 mmHg) → Kết hợp lâm sàng chóng mặt, vã mồ hôi, chân tay lạnh → Theo dõi choáng giảm thể tích

Nhiễm trùng đường tiêu hóa: bệnh nhân ăn thức ăn cũ để trong tủ lạnh, sau đó bệnh nhân nôn ói, tiêu chảy và đau bụng, sau đi tiêu giảm đau bụng, kết hợp công thức máu có bạch cầu tăng, neutrophil ưu thế đề nghị CRP, soi cấy phân

Câu 3: Cần điều trị gì trong 48h đầu sau nhập viện? và theo dõi đáp ứng điều trị ra sao?

Chẩn đoán xác định: Tổn thương thận cấp thể thiếu niệu ngày 1 giai đoạn 2 theo KDIGO 12 biến chứng hạ kali máu - Theo dõi choáng giảm thể tích – Nhiễm trùng đường tiêu hóa

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  Vấn đề |  Mục đích - Mục tiêu – Chiến lược điều trị |  Điều trị cụ thể |  Theo dõi |
|--|---|---|--|

| <u>Aa</u> Vấn đề  |  Mục đích - Mục tiêu – Chiến lược điều trị   |  Điều trị cụ thể  |  Theo dõi   |
|---|---|--|--|
| <u>Tổn thương thận cấp thể thiếu niệu ngày 1 giai đoạn 2 theo KDIGO 2012 do nguyên nhân trước thận biến chứng hạ kali máu - Theo dõi choáng giảm thể tích</u> | Bilan xâm nhập: -2600 ml CLS: BUN 40 creatinine 1.5 Na 140 K 3 Cl 100 eGFR (CKD-EPI) = 38 ml/phút/1.73 m <sup>2</sup> da Mục đích: • Bảo vệ tính mạng bệnh nhân • Tạo điều kiện cho thận hồi phục • Giảm thiểu diễn tiến thành bệnh thận mạn • Tránh sử dụng thuốc độc thận • Xem xét chỉ định chạy thận nhân tạo cấp cứu Mục tiêu: • Bilan xuất nhập + 1000 ml • Điều trị biến chứng hạ kali máu: nâng K <sup>+</sup> máu 4 mmol/l Chiến lược: • Truyền dịch: 2600 + 1000 (ml) • Bù kali uống, chế độ ăn thức ăn có kali, loại bỏ tác nhân làm hạ kali máu | Ăn uống đủ 1 lít nước Natri clorua 0.9% 500 ml 2 chai TTM C giọt/phút Natri clorua 0.9% 500 ml 3 chai TTM XXX giọt/phút Chế độ ăn thực phẩm có chứa kali như chuối, nước dừa Kali chlorua 0.5 g 6 viên/ngày (uống) Chưa có chỉ định chạy thận nhân tạo cấp cứu | Theo dõi sau truyền dịch: màu sắc, lượng nước tiểu, dấu hiệu quá tải dịch (khó thở phải ngồi, ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi) Theo dõi CLS: BUN, creatinine máu, ion đồ (Na, K, Cl), ECG sau 24h Đánh giá xét nghiệm: ion đồ niệu, creatinine niệu, áp lực thẩm thấu nước tiểu |
| <u>Nhiễm trùng đường tiêu hóa</u>   | Bạch cầu 14G/L, Neutrophil 90% eGFR (CKD-EPI) = 38 ml/phút/1.73 m <sup>2</sup> da Chiến lược điều trị: • Dùng phối hợp 2 kháng sinh phổ rộng, đường tĩnh mạch, chỉnh liều theo chức năng thận: Ciprofloxacin + Cefoperazone/sulbactam • Điều trị triệu chứng: tiêu chảy, nôn ói   | Ciprofloxacin 400 mg/100 ml 1 chai x 2 lần/ngày TTM XXX giọt/phút Sulperazone 2 g 1 lọ x 2 lần/ngày TMC  | Theo dõi lâm sàng: đau bụng, tiêu chảy, nôn ói, sốt Theo dõi CLS: CTM, CRP Chờ kết quả soi cấy phân KSD → Thay đổi lên thang hay giữ nguyên kháng sinh   |

Câu 4: Cần hướng dẫn dự phòng gì cho bn để tránh bệnh tái phát?

|                  |  |
|------------------|--|
| <u>Aa</u> Vấn đề |  Phương pháp dự phòng |
|------------------|--|

|  |   |
|--|---|
| <u>Aa</u> Vấn đề   | ☰ Phương pháp dự phòng  |
| <u>Phòng tránh tổn thương thận cấp tái phát</u>          | Phòng tránh giảm thể tích dịch (nôn ói, tiêu chảy, ...) phải điều trị bù dịch kịp thời, đầy đủ. Nếu có mất dịch thì cần liên hệ bác sĩ để chỉnh lại toa thuốc ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể nếu có. Nếu có suy tim thì tuân thủ điều trị suy tim Nếu có tăng huyết áp tuân thủ điều trị tránh tăng hạ huyết áp quá mức. Không tùy ý sử dụng thuốc giảm đau NSAID, thuốc nam, thuốc bắc mà không có chỉ định của BS. Nếu có dấu hiệu bí tiểu, đau hông lưng thì cần đi khám để điều trị kịp thời |
| <u>Tầm soát nguy cơ và điều trị bệnh thận mạn nếu có</u> | Tái khám mỗi 3 tháng để đánh giá hồi phục chức năng thận: BUN, creatinine máu, TPTNT Để xem có chuyển sang bệnh thận mạn hay không và sớm điều trị Tầm soát bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường: nếu có thì tầm soát chức năng thận theo quản lý từng nguyên nhân, nếu không thì cũng nên tầm soát chức năng thận mỗi năm   |
| <u>Phòng tránh nhiễm trùng đường tiêu hoá</u>            | Rửa tay vệ sinh sạch sẽ trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh Ăn chín uống sôi, uống đủ nước Không dùng thức ăn để qua đêm, ôi thiu, quá hạn.  |