

GIẢI ĐÁP UTI - 3

Tình huống lâm sàng

BN nữ 53 tuổi. Nhập viện vì đau hông lưng (P). Bệnh 4 ngày.

BN chẩn đoán sỏi thận 2 bên cách đây 4 năm tại BV Lâm Đồng, nội soi ngược dòng tán sỏi bên (T). BN thường xuyên tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt 4 năm nay, tự điều trị thuốc không rõ loại. Chẩn đoán ĐTĐ type 2 3 năm nay, THA 2 năm nay tại BV huyện Đà Tẻh. Không có Creatinine nền.

Thuốc dùng đến hiện tại: Gliclazide 80mg + Metformin 500mg 1 viên uống, Amlodipine 5mg 1 viên uống.

N1: BN đang nằm nghỉ thì đột ngột đau hông lưng bên P, quặn cơn trên nền âm ỉ, mỗi cơn 10 phút, 4-5 cơn/ngày, mức độ trung bình, lan xuống hạ vị, kèm tiểu khó, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt #10 lần/ngày, không sốt, tiêu phân vàng đóng khuôn, uống #2L, tiểu vàng trong 1,5L/ngày.

→ BV huyện Đà Tẻh, xét nghiệm và điều trị ko rõ, nằm 1 ngày, đau hông lưng không đổi, đi tiểu tính chất không đổi, sốt liên tục 38 độ.

N2: BN đau hông lưng không đổi, sốt liên tục 38-39 độ, lạnh run, vã mồ hôi → chuyển BV Lâm Đồng.

Tại BV Lâm Đồng, BN có tiêu phân lỏng 3 lần/ngày, không nhầy máu, #200g/lần, còn tiểu khó, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt # 15 lần, tiểu vàng sậm 1L/ngày, uống 2 lít/ngày.

CLS: BC 9760/uL; Neu 90,1%, PLT 115 000/uL, CRP 16,47 mg/dL, BC niệu (+++), HC niệu (+++), Nitrite (+). N2: Creatinine 1,21 mg/dL -> N4: Creatinine 1,68 mg/dL

SÂ bụng: sỏi + thận (P) ứ nước độ I-II. Thận (T) ứ nước độ I.

CT bụng cản quang: Sỏi 2 thận. Thận (P) ứ nước độ I do sỏi niệu quản ngang L4 (d# 6x5 mm).

Chẩn đoán: Sỏi niệu quản (P), viêm thận bể thận (P), ĐTĐ typ 2, Tăng huyết áp.

Điều trị: Ertepenem 1g/ngày (3 ngày); Amikacin 500 mg/ngày (1 ngày), Sitagliptin 50mg/ngày, hạ sốt, statin. BN không được đặt sonde tiểu, không uống nước (BN được BS yêu cầu), được truyền dịch không rõ lượng.

N3-4: BN đau hông lưng còn 8/10- 5/10, còn sốt 39oC, đi tiêu lỏng #20 lần/ngày, #100g/lần, hết tiểu khó, tiểu gắt, đi tiểu chung với đi tiêu, tiểu vàng sậm 1L/ngày. BN khát nước nhiều, kích động -> chuyển BVCR.

Tình trạng lúc NV BVCR: Tỉnh, da môi khô, đau hông lưng (P). Mạch 90 lần/phút, HA 110/70 mmHg, nhiệt độ 36,5°C, nhịp thở 20 lần/phút. Ấn đau hông lưng (P), rung thận (P) dương tính. Cầu bàng quang âm tính. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Tiền căn:

1. Bản thân

- CNV 3 năm, uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều, sụt cân → chẩn đoán ĐTĐ2 tại BV Lâm Đồng, điều trị Metformin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày, tái khám mỗi tháng tại BV huyện, ĐH đói trung bình 140-160 mg/dl.
- CNV 2 năm, đau đầu vùng chẩm, đo HA tại BV huyện 190mmHg → chẩn đoán Tăng huyết áp- điều trị: Amlodipine 5mg 1 viên (u) tái khám mỗi tháng, HA trung bình 140-150mmHg
- CNV 4 năm, BN tiểu máu, tiểu khó, đau hông lưng T → chẩn đoán sỏi thận 2 bên tại BV Lâm Đồng, đc nội soi tán sỏi thận T. Từ đó đến nay, nhiều lần tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt, không sốt, không đau hông lưng (tần suất 2-3 tháng/lần, lần gần nhất cách đây 4-5 tháng). Mỗi lần tự dùng thuốc ko rõ loại 5 ngày, hết triệu chứng
- PARA 4004, mãn kinh 2 năm

CLS tại BVCR

TPTNT: pH 7,0, SG 1,009; Glucose (-), protein (-), Keton 15, Blood (-), Leukocyte 70 WBC /uL, Nitrite (-)

CTM: Hgb HGB 112g/L, HCT 35,6 %, MCV 68,5fl, MCH 21,6 pg, WBC 12,04 G/L, Neu 84,2%, Lym 9,8%, PLT 50 G/L. CRP 250 mg/dL, ALT 58 UI/L, AST 62 UI/L Bilirubin TP 0,76 mg/dL, bilirubin TT 0,39 mg/dL

Đường huyết 96 mg/dL. BUN 23 mgd/L Creatinine 1,59 mg/dL Na 131 K 3,7 Cl 107 Ca 2.1 mmol/L.

Siêu âm bụng: Thận (T) ứ nước độ 1, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy rõ, echo kém hơn gan. Thận (P) ứ nước độ 1, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy rõ, echo kém hơn gan. Niệu quản 2 bên d#4-8mm, khảo sát được đoạn đầu. Bàng quang: bình thường

KUB: không thấy sỏi cản quang đường niệu

Câu hỏi

1. BN có bao nhiêu vấn đề tại thời điểm nhập viện BVCR?

2. Nêu **ít nhất** 2 chẩn đoán phù hợp nhất cho lý do nhập viện của bệnh nhân này.
3. Các bạn có đồng ý với xử trí tại BV Lâm Đồng không? Giải thích. Theo các bạn, có nên chuyển BN lên BVCR trong vòng 24h đầu không? Tại sao?
4. Phân tích CLS tại BVCR.
5. Lập bảng điều trị theo vấn đề trong vòng 48h đầu nhập viện BVCR (vấn đề, nguyên tắc, chiến lược, mục tiêu, điều trị cụ thể, theo dõi).
6. Cần dự phòng điều gì cho bn khi ra viện?

Bài sửa

1. Vấn đề ở BVCR
2. Viêm đài bể thận cấp (P) phức tạp đã dùng ertapenem N3+Amikacin N1
3. Sỏi niệu quản (P)
4. Hai thận ứ nước độ I
5. Tiêu chảy cấp mất nước nặng
6. Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012)
7. Tăng huyết áp kiểm soát kém, hiện không dùng thuốc
8. Đái tháo đường type 2 kiểm soát kém, đã dùng sitagliptin 50mg/ngày
9. Chẩn đoán:
 - Viêm thận bể thận (P) cấp phức tạp theo dõi nhiễm trùng huyết, sỏi niệu quản (P), hai thận ứ nước độ I, Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012) nghĩ do tại thận +sau thận, ĐTĐ typ 2, Tăng huyết áp.
 - Viêm thận bể thận (P) cấp phức tạp theo dõi nhiễm trùng huyết, sỏi niệu quản (P), hai thận ứ nước độ I, Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012) nghĩ do sau thận, ĐTĐ typ 2, Tăng huyết áp.
1. Ý kiến về điều trị tuyến trước
 - đồng ý phối hợp kháng sinh: nhưng nên là Imipenem 500 mg q8h + Amikacin 500 mg q12h
 - đồng ý thuốc hạ sốt, statin.
 - Theo dõi đường huyết. Không đồng ý dùng thuốc hạ đường huyết uống.
 - Theo dõi huyết áp, đo huyết áp tư thế. Không dùng thuốc hạ áp.

- Đặt sonde tiểu lưu và TD lượng nước tiểu 24h.
- Truyền dịch: tổng lượng dịch ~ 3000ml/ngày (PO 1000 IV 2000 (500ml kháng sinh + 2500ml NaCl 0,9%))

Không nên chuyển ngay 24h. Cần:

1. Ổn định nhiễm trùng
2. Ổn định tình trạng mất nước
3. Ổn định ĐH và HA
4. CLS tại BVCR.

Aa Vấn đề	Chẩn đoán	Biện luận CLS	Property
<u>Đau hông lưng, sốt, HC niệu đạo cấp</u>	Viêm đài bể thận cấp (P) phức tạp đã điều trị ertapenem 3 ngày + amikacin 1 ngày Theo dõi bc nhiễm trùng huyết	Viêm đài bể thận cấp P, phức tạp	-TPTNT BV Lâm Đồng: BC niệu (+++), HC niệu (+++), Nitrit (+) có nhiễm trùng tiểu TPTNT : pH 7,0, SG 1,009; Glucose (-), protein (-), Bilirubin (-), Urobilinogen bình thường, Keton 15, Blood (-), Leukocyte 70 WBC /uL, Nitrit (-) • Nitrit (+)-> (-): giảm nhập, đã điều trị kháng sinh. • Có BC trong nước tiểu nghi do nhiễm trùng tiểu đề nghị cấy nước tiểu Cấy nước tiểu: Không thấy vi khuẩn mọc đề nghị cấy máu Cấy máu: chưa có kết quả • Hồng cầu (3+)->(-): sỏi niệu quản di chuyển -> TPTNT, soi cận lắt nước tiểu • Ceton 15 → nghi BN nhịn ăn lâu ngày, phù hợp vì tại BVLD, BN không được ăn uống gì, chưa loại trừ đái tháo đường nhiễm ceton acid vì BN đang có ĐTĐ kiểm soát kém ⇒ xem kết quả đường huyết • ĐH tĩnh mạch: 126 mg/dL → loại trừ nguyên nhân nhiễm ceton acid • CTM (BVLD): BC 9 Neu 90% PLT 115 CTM: HGB 112g/L, HCT 35,6 %, MCV 68,5fl, MCH 21,6 pg, WBC 12,04 G/L, Neu 84,2%, Lym 9,8%, PLT 50 G/L CRP 249,5 mg/dL Thiếu máu mức độ nhẹ, hồng cầu nhỏ nhược sắc ⇒ đề nghị Ferritin, Fe huyết thanh, độ bão hòa transferrin tìm nguyên nhân • Bạch cầu máu tăng nhẹ, ưu thế neutrophil; CRP tăng cao (gấp 40 lần) → chưa loại trừ nhiễm trùng huyết ⇒ chờ kết quả cấy máu • Tiểu cầu giảm + BN có vết bầm máu nơi tiêm chích phù hợp với lâm sàng nghi do ức chế tủy do nhiễm trùng huyết. • Không loại trừ sốt xuất huyết ALT 58 UI/L AST 62 UI/L Bilirubin TP: 0,76 mg/dL bilirubin không tăng






<u>Aa</u> Vấn đề	 Chẩn đoán	 Biện luận CLS	 Property
			<p>Bilirubin TT: 0,39 md/dL • Nghĩ tăng men gan do nhiễm trùng huyết hoặc giảm tưới máu đến gan trong bệnh cảnh giảm thể tích tuần hoàn (do tiêu chảy) • Không loại trừ có bệnh gan mạn từ trước • Đề nghị: đông máu toàn bộ, albumin máu, protid máu, GGT, ALP (alkaline phosphatase), LDH, NH3, đường huyết, BUN thấp ---- siêu âm hình thái gan. Đề nghị: NS1Ag, huyết thanh chẩn đoán Dengue (IgG, IgM), HBsAg, AntiHCV. Siêu âm: Thận (T) ứ nước độ 1, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy rõ, echo kém hơn gan Thận (P) ứ nước độ 1, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy rõ, echo kém hơn gan Niệu quản 2 bên d#4-8mm, khảo sát được đoạn đầu Bàng quang: bình thường -> không loại trừ bàng quang thần kinh -> đề nghị đo RUV không thấy khối áp xe, không thấy sinh hơi nghĩ không có áp xe thận, không có viêm đài bể thận sinh hơi. KUB: không thấy sỏi cản quang đường niệu • Sỏi không cản quang (sỏi urate), hoặc sỏi niệu quản di chuyển.</p>
<u>Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012).</u>	Tổn thương thận cấp ngày 3 thể không thiếu niệu giai đoạn 1, nghĩ do nguyên nhân trước thận và tại thận – sau thận	Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1	<p>N0 (27/4) BVLĐN2 (29/4) BVLĐN3 (30/4) BVCRCreatinin1,211,681,59BUN23BUN/Cre14,5 Cre (N2-N0) = 0,47 > 0,3mg/dL đủ tiêu chuẩn chẩn đoán AKI giai đoạn 1 theo KDIGO 2012 BUN/Cre = 14,5 ⇒ đề nghị ion đồ niệu, ion đồ máu, creatinin niệu, soi cận lẳng nước tiểu, áp lực thẩm thấu máu. TPTNT có SG 1,009 < 1,010 chưa loại trừ nguyên nhân HTOTC hoặc uống/truyền nhiều nước ⇒ đánh giá ion đồ niệu, creatinin niệu</p>
<u>Untitled</u>		Nguyên nhân TTTC	<p>Trước thận: tiêu chảy cấp mất nước nặng BUN/Cre Sau thận: 2 thận ứ nước độ 1. Tại thận: hoại tử ống thận cấp (ischemia, toxic (nhiễm trùng, thuốc????) Tại thận: soi cận lẳng nước tiểu, ion đồ niệu, creatinin niệu</p>






<u>Aa</u> Vấn đề	Chẩn đoán	Biện luận CLS	Property
<u>Untitled</u>		Biến chứng RL điện giải-kiềm toan	Ion đồ: Na+ 131 mmol/L, K+ 3,7 mmol/L , Cl- 107 mmol/L BUN 23 mg/dL, Creatinin 1,59 mg/dL Hạ Na+ máu nhẹ cần đánh giá thêm: áp lực thẩm thấu máu, ion đồ niệu, cortisol máu, FT3, FT4, TSH. KMDM đánh giá toan kiềm: chưa làm
<u>Tăng huyết áp kiểm soát kém đang ngưng amlodipine</u>			HA 110/70 mmHg đánh giá HA tư thế, đề nghị ECG, siêu âm tim, XQuang ngực thẳng Đề nghị thêm các xét nghiệm khác xét nghiệm tầm soát bệnh đồng mắc và biến chứng THA: biland lipid máu, TPTNT, soi đáy mắt.
<u>Đái tháo đường type 2 kiểm soát kém đã dùng sitaplipitin</u>			ĐH tĩnh mạch (2h30): 126 mg/dL ĐH mao mạch (3h): 102 mg/dL BN ăn uống kém, ĐH dễ chịu 140-160 có nguy cơ hạ ĐH theo dõi ĐH đói, và ĐHsau ăn 2h mỗi ngày



1. Xử trí trong 48h

<u>Aa</u> Vấn đề	Chẩn đoán	Chiến lược	Mục tiêu	Điều trị cụ thể	Theo dõi
<u>Viêm đài bể thận cấp (P) phức tạp đã điều trị ertapenem 3 ngày + amikacin 1 ngày.</u>	Viêm đài bể thận cấp bên P, phức tạp, theo dõi nhiễm trùng huyết	Điều trị nguyên nhân, biến chứng nhiễm trùng tiểu Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch: Creatinin 1,59 eGFR ~ 45 ml/ph/1,73m2 Meropenem - CrCl > 50 ml/ph: 0,5-1g TTM q8h -	Diệt VK đường tiểu Giảm sốt Phòng ngừa BC NTT (nhiễm trùng huyết, áp xe thận) Loại bỏ ổ nhiễm nguyên phát Loại bỏ VK từ nguồn xung quanh đường tiểu Giảm đau, hạ sốt	• Meropenem 1g + NaCl 0,9% 100ml x 2 TTM XX giọt/phút • Ciprofloxacin 400mg/200ml 1 chai x 2 TTM XXX giọt/phút • Paracetamol 500 mg (u) mỗi khi BN sốt >38,5 độ	LS: Theo dõi sinh hiệu (M, HA, To), đau hông lưng P mỗi 24h CLS: CTM, CRP, TPTNT. Đón cấy nước tiểu, cấy máu-

Aa Vấn đề	☰ Chẩn đoán	☰ Chiến lược	☰ Mục tiêu	☰ Điều trị cụ thể	☰ Theo dõi
		<p>CrCl 26-50 ml/ph: 0,5-1g TTM q12h -</p> <p>CrCl 10-25 ml/ph: 0,25-0,5g TTM q12h -</p> <p>CrCl < 10 ml/ph: 0,25-0,5g TM q24h</p> <p>Ciprofloxacin -</p> <p>CrCl 30-50ml/ph: 400mg TM q8-12h -</p> <p>CrCl < 30 ml/ph: 200-400 TM q12-24h</p> <p>Không nên dùng ngay</p> <p>Vancomycin N1 2g q24h (ClCr 50-90)</p> <p>ClCr 10-50: 1g q 24h (Load 1g, duy trì 1g q24)</p> <p>Kiểm tra nồng độ</p> <p>Vancomycin làm 5h sáng ngày 3</p> <p>Vancomycin.</p> <p>Điều trị triệu chứng</p>			

Aa Vấn đề	 Chẩn đoán	 Chiến lược	 Mục tiêu	 Điều trị cụ thể	 Theo dõi
<p><u>- Sỏi niệu quản (P).</u> <u>phát hiện siêu âm bụng- Hai thận ứ nước độ I phát hiện trên Siêu âm bụng</u></p>	Sỏi niệu quản bên (P), hai thận ứ nước độ I	Điều trị lấy sỏi/tán sỏi Giảm đau bằng cách giảm co thắt	Điều trị lấy sỏi/tán sỏi Giảm đau bằng cách giảm co thắt Phòng ngừa sỏi tái phát	Hội chẩn ngoại tiết niệu sau khi ổn định NTT: BN có sỏi thận, sỏi niệu quản 2 bên + NTT trên → có chỉ định điều trị ngoại khoa khi điều trị NTT tạm ổn. Nospa 40mg/2ml 1 ống x 2 TB Hoặc Tramadol 100mg 1 ống x 2 TMC. Uống nhiều nước (đảm bảo bài tiết 1,5L nước tiểu/ngày), hạn chế ăn mặn, protein	Theo dõi LS: đau hông lưng

Aa Vấn đề	 Chẩn đoán	 Chiến lược	 Mục tiêu	 Điều trị cụ thể	 Theo dõi
<u>Tiêu chảy cấp mất nước nặng</u>	Nhiễm trùng tiêu hóa mất nước nặng	Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch, chống gram âm đường ruột, phổ rộng, phổi hợp, thời gian 10-14 ngày Creatinin 1,59 eGFR ~ 45 ml/ph/1,73m2 Ciprofoxacin 400mg q12h TTM Meropenem 1g q12h		<ul style="list-style-type: none"> • Meropenem 1g + NaCl 0,9% 100ml x2 TTM XX giọt/phút • Ciprofloxacin 400mg/200ml 1 chai x2 TTM XXX giọt/phút Chống tiêu chảy: <ul style="list-style-type: none"> • Smecta 1 gói x3 (u) 	Theo dõi đi tiêu mỗi 24h CLS: CTM sau 48h, AST, ALT, BUN, Cre, ion đồ, canxi sau 24h. Kết quả soi phân, cấy máu
<u>Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012).</u>	Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu giai đoạn 1 (KDIGO 2012), nghi do nguyên nhân trước thận và tại thận, sau thận	<ul style="list-style-type: none"> • Cân bằng nước xuất nhập: Lượng xuất = phân lỏng + nước tiểu + sốt + 500ml = 2000 + 1000 + 200 + 500 = 3700ml Lượng nhập = 300ml Bilan xuất nhập dự đoán: -3400 ml • Điều trị nguyên nhân AKI: nhiễm trùng tiểu, tiêu chảy nhiễm trùng, cản quang • Ngưng thuốc độc thận: amikacin • Đặt sonde tiểu lưu 	Bilan: + 1000ml Nhập: 4500ml PO: 2500ml IV: Dịch truyền 1400ml Kháng sinh: 600ml Mất: 3500 Tiều 1000+500ml=1500 Tiêu chảy: 2000ml	<ul style="list-style-type: none"> • NaCl 0,9% 500ml 1 chai x 2-3 chai TTM XXX giọt/phút • Uống 2,5 L nước/ngày • Đặt sonde tiểu lưu 	Theo dõi mạch, HA, HA tư thế, lượng nước tiểu 24h Theo dõi lượng tiêu chảy - CLS: BUN, creatinine, ion đồ mỗi 24h

<u>Aa</u> Vấn đề	 Chẩn đoán	 Chiến lược	 Mục tiêu	 Điều trị cụ thể	 Theo dõi
<u>HA</u> <u>110/70mmHg</u>	Tăng huyết áp hiện không dùng hạ áp	Dùng lại amlodipine nếu HA tăng > 140/90 mmHg	HA 130-140/80-90 mmHg	Không dùng hạ áp	Theo dõi HA mỗi ngày, hạ HA tư thế
<u>ĐH bất kỳ:</u> <u>126mg/dL</u>	ĐTĐ type 2 đã dùng sinagliptin 50 mg/ngày	Tránh hạ đường huyết Ngưng Sinagliptin hoặc những thuốc hạ đường huyết cơ bản	Duy trì ĐH 150-200	Không điều trị	ĐHMM đói, sau ăn 2h, đêm (5h-17h-22h)

1. Dự phòng khi xuất viện

- Dự phòng nhiễm trùng tiểu tái phát
- Dự phòng sỏi tái phát
- Dự phòng AKI tái phát