

BA trình tập trung - Nhóm 2 - Lớp Y13A

Đợt 3 thực tập LS Nội BV Chợ Rẫy

GVHD: **chị Lan Anh - bệnh án Nhiễm trùng tiểu**

BỆNH ÁN NỘI THẬN

I. HÀNH CHÁNH

- Họ tên bệnh nhân : Đỗ Thị Ba - Tuổi 84 - Nữ
- Nghề nghiệp trước đây : Làm nông, đã nghỉ
- Địa chỉ : Gò Công, Tiền Giang
- Ngày giờ nhập viện: 12^h11 8/3/2019
- Khoa điều trị : Nội Thận - số giường: 1
- Số hồ sơ bệnh án: 21900 22926

II. LÝ DO VÀO VIỆN: đau hông lưng (P)

III. BỆNH SỬ: **bệnh sử này đọc lên có nghĩ gì khác ngoài NTT?**

- BN phát hiện THA - Bệnh tim thiếu máu cục bộ - ĐTĐ₂ 4 năm nay, đang điều trị: Amlodipine 5mg 1v, Nitroglycerine 2.6mg 1v, Metformin 850mg 1v, Gliclazid 30mg 1v.

- Bệnh 2 ngày, con ruột BN khai bệnh:

Ngày 1: 3h sáng BN đang ngủ thì đột ngột đau hông (P), lan sau lưng (P), đau tăng dần, liên tục, dữ dội, BN xoay trở nhưng không có tư thế giảm đau. BN buồn nôn, không nôn, không chướng bụng, không ợ nóng hay ợ chua. BN đi tiểu được 2 lần, vàng không rõ trong hay đục, không gắt buốt, không rõ lượng, không tiểu máu, không tiểu ra sỏi, sau tiểu BN vẫn đau liên tục. BN tỉnh, không sốt, không khó thở, chưa đi tiêu, không ra huyết trắng -> Nhập BV huyện, không rõ điều trị -> Chuyển đến BV Tiền Giang 10h cùng ngày. Đến tối BN tiêu phân vàng lỏng, lượng 100ml, 1 lần, giảm đau hông lưng, chỉ còn ê ẩm và giảm buồn nôn, BN ăn được nửa chén cháo, ngủ được.

Ngày 2: BN hết đau hông lưng và buồn nôn, bắt đầu sốt lạnh run, 1 cử, giảm sau dùng thuốc hạ sốt. BN vẫn tỉnh, bắt đầu cảm thấy **khó thở** 2 thì tăng dần, thở mệt, phải ngồi thở. BN không ho, không đau ngực, không phù, khám ở BV tỉnh ghi nhận HA 90/60 mmHg, mạch 120 lần/phút, tỉnh, tiếp xúc được, thở dễ -> BN tỉnh, đừ, thở nhanh nông, HA 70/40 mmHg, NĐ 38.5°C, chi mát, mạch nhẹ, tim đều, phổi thô, bụng mềm. **Choáng có thể gây khó thở không? Thở O₂ liều max mà vẫn không đáp ứng là ARDS, không cần phải có thở co kéo, thở hỗn hển như bên trại Hô hấp. BN tỉnh mà SpO₂ không đo được: do choáng và do thuốc vận mạch nên co mạch hết các đầu chi.**

KQXN tại BV Tiền Giang:

BC 21.4 K/uL, Neu 19.4 K/uL, HCT 31%, Hb 10 g/dL, PLT 289 K/uL **chắc chắn có nhiễm trùng**
Creatinin 119 umol/L # 1.34 mg/dL -> eGFR = 36 ml/min/1.73 m² (CKD-EPI) : **nếu không biết**
tiền căn bệnh thận trước đây -> nhầm mắt nói tổn thương thận cấp

AST 30 U/L, ALT 21.6 U/L, K 3.9 mmol/L, Na 130 mmol/L

Siêu âm bụng: **sỏi** niệu quản nội thành bàng quang P # 10mm, thận P ứ nước độ I, hemangioma gan P -> **sỏi: có tắc nghẽn đường tiểu, nhưng có bằng chứng nhiễm trùng từ đường tiểu? Không thấy TPTNT, cây nước tiểu. Nghi ngờ sỏi không phải yếu tố chính mà là làm nặng hơn tình trạng bí tiểu mạn sẵn có (sẽ nói phần sau).**

Xử trí:

Thở Oxy qua cannula

NaCl 0.9% 500ml TTM

Vicimlastatin 1g 1 lọ + NaCl 0.9% 100ml TTM (Imipenem-Cilastatin)

Fanlodo 500mg TTM (Levofloxacin)

Noradrenalin 4mg 3A + NaCl 0.9% 50ml SE 12.5 ml/h : **liều này là rất rất cao, da nổi bông, co mạch +++ -> thiếu tưới máu mô càng nặng.**

Pantoprazole 40mg TM

Đánh giá kháng sinh tuyến trước? BN này cơ địa ĐTĐ, bế tắc đường tiểu: nên xài luôn Carbapenem (trừ Ertapenem là kiểm khuẩn) và liều đầu loading dose phải full như người chức năng thận bình thường, 3g/ngày. Chỉ riêng Imipenem thì Vidal có 4 bảng: tùy tình trạng nhiễm trùng mà xài liều 1,2,3 hay 4g, sau đó dựa theo độ tuổi và eGFR. Ca này quyết 3g thì coi tuổi, cân nặng mà xem liều bao nhiêu.

Cepha 3 đầu tay thì hơi yếu đ/v BN này. BN có bế tắc -> tác nhân sẽ lạ, khác thông thường.

Levo: xài nếu nghi hô hấp nặng hơn thận. Còn thận nặng hơn thì nên dùng Cipro. Có thể chọn Amikacin.

BN được **đặt sonde tiểu ra 300 ml nước tiểu vàng đục, nhiều cặn** : 300ml là nhiều, gần bằng dung tích bàng quang -> **Coi chừng nền bí tiểu mạn. Lượng này có ráp RIFLE, AKIN vào được không? "Đục": nước tiểu nằm lâu rồi mới gây đục -> nghi nhiễm trùng tiểu từ lâu, hnay đau hông lưng do sỏi là mới. Lúc này chắc chắn chẩn đoán phải nghi tới đường tiểu -> Chuyển BVCR với CĐ TD Sốc nhiễm trùng từ đường niệu / Tăng huyết áp – Đái tháo đường type II.**

Tình trạng lúc chuyển viện: BN tỉnh đừ, thở nhanh nông, HA 130/80 mmHg, mạch 110 lần/phút, tim đều, phổi thô, bụng mềm. **Hỏi thêm nước tiểu ra được thêm bao nhiêu trên đoạn đường đi?**

Tình trạng lúc NV BVCR:

- BN lơ mơ, tiếp xúc chậm : **hàng loạt chẩn đoán phải nghi tới. Có thể đặt hội chứng sốc (sốc nhiễm trùng) luôn.**
- Mạch 92 lần/phút, HA 60/30 mmHg, nhịp thở 22 lần/phút, NĐ 37°C

- Tim đều, phổi không ran, bụng mềm, không dấu thần kinh định vị

* **Bí tiểu mạn:** triệu chứng của \$ này có nhạy và đặc hiệu (để phân biệt với nhiễm trùng) (bể tắc >< nhiễm trùng)? Liên quan khả năng tổng xuất của BQ ("BQ tràn đầy"). BN bí tiểu mạn (đa phần là BQ thần kinh) thì BQ cũng căng được nhưng tổng xuất thay vì ra hết 200ml thì chỉ ra 100ml, không tổng xuất hết ("nước tiểu tồn lưu") -> Đến lúc đủ nhiều thì thấy cầu BQ: là bí tiểu cấp trên nền mạn.

Khai thác: tia nước tiểu? tiểu ngắt quãng, nhỏ giọt, cuối dòng còn muốn đi tiểu?

Chẩn đoán: bằng siêu âm bụng đo V nước tiểu tồn lưu. Làm 2 thì: trước và sau khi đi tiểu, nếu trên 50-100ml là bất thường. CDXD BQ thần kinh bằng đo áp lực đồ BQ: giảm trương lực (khác vs BN ở khoa ngoại TK là bí tiểu cấp, tăng trương lực, không tổng xuất được và cũng ko căng được).

-> Nguồn gốc của nhiễm trùng.

Điều trị: đặt sonde tiểu giải áp và thay định kỳ. Nếu BN nam thì có thể mở BQ ra da nhưng nữ thì không.

Nãy giờ là nghi vấn. BN này nặng quá thì không thể đòi hỏi khai thác kĩ lúc cấp cứu nhưng khả năng là có bí tiểu mạn do có 2 YT thuận lợi: sỏi, BQ thần kinh.

IV. TIỀN CĂN

1/ Bản thân:

Nội khoa:

Cách 4 năm: tình cờ phát hiện THA, ĐTĐ 2, bệnh tim thiếu máu cục bộ. BN tái khám đều đặn mỗi tháng (có lấy máu tĩnh mạch thường xuyên hay chỉ bấm đường? có siêu âm bụng?) tại Trạm Y Tế xã Tân Thành, 2 năm nay điều trị thường xuyên với: Amlodipine 5mg 1v, Nitroglycerine 2.6mg 1v, Metformin 850mg 1v, Gliclazid 30mg 1v.

HA cao nhất 160 mmHg, không rõ HA thường ngày.

BN không đo đường huyết tại nhà, không rõ đường huyết cao nhất và đường huyết ổn định. Ghi nhận sổ khám bệnh ĐH đo được các lúc tái khám: 141, 128, 193, 134, 207 mg/dL : **đầu đó còn ngưỡng cao -> có thể nên đa niệu thẩm thấu, tiểu 2-3 lít/ngày (giả định)**. BN thường xuyên tê châm chít 2 bàn tay chân; 2 mắt nhìn mờ 1 năm nay.

Trước đợt bệnh BN tự vệ sinh, ăn uống, thay quần áo ở nhà, đi bộ # 30m quanh nhà, không nằm lâu. BN tiêu tiểu tự chủ, tự tiểu 5-6 lần/ngày, # 1 lít/ngày.

Không ghi nhận tiểu gắt buốt, tiểu máu, phù, bí tiểu, bệnh thận mạn, sỏi thận, bệnh cơ xương khớp trước đây.

Sản phụ khoa: PARA 10-0-0-10 : nữ, lớn tuổi, sinh đẻ nhiều -> ảnh hưởng bàng quang, có thể có bàng quang thần kinh, chưa kể còn ĐTĐ. Phải hỏi tiền căn bí tiểu mạn: BN vẫn đi tiểu được,

khám không có cầu bàng quang nhưng có BỂ TẮC (bể tắc 1 phần). Mãn kinh 30 năm nay. Không ghi nhận tiền căn bệnh phụ khoa.

Ngoại khoa: không ghi nhận tiền căn chấn thương, phẫu thuật, đặt sonde tiểu trước đây.

Thói quen: không uống rượu bia, không hút thuốc lá

Dị ứng : không ghi nhận

2/ Gia đình: Không ghi nhận bệnh tim mạch, ĐTĐ, sỏi thận, bệnh thận mạn.

V. Lược qua các cơ quan : lúc 19h ngày 8/3/2019 (7 giờ sau NV)

- Không đau ngực, hồi hộp, đánh trống ngực
- Không ho, đang thở oxy qua mask
- Không buồn nôn, nôn, đau bụng; chưa đi tiêu
- Sonde tiểu ra 1 lít nước tiểu vàng đục, có cặn (từ 9-19h cùng ngày): **phải để ở bệnh sử, 1000ml/10h # 100ml/h # 2ml/kg/h: thể không thiếu niệu -> Có phù hợp bệnh cảnh sốc nhiễm trùng? Phải hỏi lượng nước tiểu trước đó! Coi chừng 1L cũng đã là ít đ/v BN này. Nhưng cũng khó nói do 1L này là "1 lít có can thiệp" do đã điều trị tuyến dưới.**
- Không đau đầu, đau cơ xương khớp
- Không sốt

VI. Khám : lúc 19h ngày 8/3/2019 (7 giờ sau NV)

1. Tổng quát

- BN tỉnh, tiếp xúc được, nằm đầu ngang, hỏi trả lời đúng
- Sinh hiệu:

Mạch 130 l/p - huyết áp : 110/70 - nhiệt độ: 37 **sinh hiệu này phải ghi là đang xài vận mạch liều bao nhiêu**

Nhịp thở 20 l/p - SpO2 : 88% / Mask 10 l/ph có túi dự trữ

- Tổng trạng: chiều cao 1m5, cân nặng 51 kg, BMI 22.6 kg/m²
- BN thở co kéo cơ hô hấp phụ
- Chi ấm, mạch quay bắt được
- Niêm nhợt, môi khô, lưỡi dơ
- Không XH da niêm, không phù, hạch ngoại biên không sờ chạm
- Dấu thiếu nước: da véo da mất nhanh, không ghi nhận mắt trũng, nhãn cầu xẹp, hõm nách khô

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng

- Tuyến giáp không to
- Khí quản không lệch

3. Ngực:

- Cân đối, không biến dạng, không gù vẹo, không u sẹo
- Tim: mỏm tim KLS 4 đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm, không nảy mạnh, Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-). Tiếng T1 T2 đều rõ, không nghe âm thổi
- Phổi: rung thanh đối xứng 2 phế trường, gõ trong khắp phổi, rì rào phế nang êm dịu, không nghe ran

4. Bụng :

- Bụng cân đối, rốn không lồi, không u sẹo, di động theo nhịp thở
- Nhu động ruột 8 l/p
- Gõ trong khắp bụng
- Bụng mềm, ấn không đau
- Gan: bờ trên KLS 5, bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan 9 cm, rung gan (-), ấn kẽ sườn (-)
- Lách không sờ chạm
- Chạm thận (-), bập bênh thận (-)
- Rung thận: không khám được vì BN mệt nhiều, không ngồi được

5. Chuyên khoa:

- Cổ mềm, không dấu TK định vị
- Không yếu liệt, không biến dạng, không giới hạn vận động

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nữ, 87 tuổi, NV vì đau hông lưng P, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Đau hông lưng P lan sau lưng P
- Buồn nôn
- Sốt lạnh run 38.5°C
- Tỉnh, tiếp xúc được -> tỉnh, đờ -> lơ mơ, tiếp xúc chậm
- Khó thở, thở nhanh nông
- Tiểu vàng đục, có cặn, không gắt buốt, 1000ml/10 giờ

TCCT:

- HA 60/30 mmHg, mạch 92 lần/phút

- Chi mát, mạch đừ
- Thân nhiệt 38.5°C
- SpO2 88% / Mask có túi dự trữ 10 lít/phút
- Môi khô, lưỡi dơ
- Niêm nhợt

TC:

- THA, BTTMCB, ĐTD 2 4 năm, điều trị thường xuyên

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Sốc nhiễm trùng đang diễn tiến
2. Suy hô hấp cấp
3. Đau hông lưng P + Tiểu đục và cận : có thể đặt "Viêm đài bể thận cấp" luôn nếu chỉ nghĩ tới 1 chẩn đoán
4. Thiếu máu mạn : bỏ qua lúc đang cấp cứu cũng không sao
5. Tiền căn THA - BTTMCB - ĐTD₂

IX. CD

CDSB: Viêm đài bể thận P cấp lần đầu, phức tạp, ~~ngghi do sỏi niệu quản~~ (Sỏi chỉ là 1 yếu tố thúc đẩy trong nhiều YTTĐ của BN này (nữ, già, ĐTD) chứ ko phải nguyên nhân. Có thể ghi sỏi gây ứ nước thận P, nghi tác nhân gì), biến chứng sốc nhiễm trùng (cái gì nặng đề lên trước), tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu - Suy hô hấp cấp - THA - ĐTD₂ - Bệnh tim thiếu máu cục bộ

~~**CDPB:** Viêm đài bể thận P cấp lần đầu, phức tạp, nghi do sỏi niệu quản, biến chứng sốc nhiễm trùng Viêm phần phụ P Suy hô hấp cấp THA ĐTD₂ Bệnh tim thiếu máu cục bộ~~

X. BIỆN LUẬN

1. Sốc nhiễm trùng

- Nghi BN có hội chứng nhiễm trùng vì BN có sốt lạnh run, môi khô lưỡi dơ.
- Chưa nghi ngờ BN có ổ nhiễm trùng ở đường hô hấp (BN không ho, không đau ngực kiểu màng phổi, không khạc đàm, khám phổi không nghe ran nổ), tiêu hoá (BN không tiêu chảy, không nôn), da, tai mũi họng, sinh dục (huyết trắng, tiền căn bệnh phụ khoa).
- Nghi nhiều BN có ổ nhiễm trùng ở đường niệu vì BN đau hông lưng, tiểu nước tiểu vàng đục, có cận.
 - Nguyên nhân: nghi nhiều viêm đài bể thận cấp vì BN đột ngột đau hông lưng P kèm sốt lạnh run.

- Yếu tố thuận lợi: BN nữ, lớn tuổi, mắc ĐTĐ2.
- Tác nhân: BN nhiễm trùng tiểu ngoài cộng đồng nên có thể gặp tác nhân E.coli, Enterococcus. Ngoài ra BN này có biến chứng sốc nhiễm trùng nên có thể gặp vi khuẩn Gram âm đường ruột.
- Biến chứng:

- Sốc nhiễm trùng: nghĩ nhiều vì BN có HA tụt, mạch nhanh, nhẹ, chi mát, rối loạn tri giác, thở nhanh nông. Điều lạ là tại sao VĐBTC chỉ 1 bên mà vào sốc nhiễm trùng? -> **Nghi ngờ VĐBTC 2 bên: BQ thần kinh ngược dòng 2 bên luôn, nay có thêm sỏi gây bế tắc 1 bên. Phải nhấn mạnh yếu tố sỏi niệu quản bên P gây bế tắc.**

- Áp xe thận, quanh thận; Hoại tử gai thận; Viêm đài bể thận sinh hơi: BN bị ĐTĐ2, không đáp ứng với điều trị ban đầu nên nghi ngờ nhiều -> Đề nghị siêu âm bụng. Chụp CT scan bụng cản quang ở BN nên tránh vì BN lớn tuổi, có ĐTĐ, cần đo Creatinine huyết thanh trước chụp (nếu > 1.5 mg/dL -> chụp CT scan bụng không cản quang). **Đồng ý là BN có ĐTĐ nhưng các biến chứng này không xảy ra ngày 2 (và kèm điều trị kháng sinh không đáp ứng).**

- Suy thận cấp: BN không thiếu niệu, Creatinine tuyến dưới ghi nhận 1.34 mg/dL, không rõ Creatinine nền của BN -> đề nghị làm lại Creatinine huyết thanh, BUN.

2. Suy hô hấp cấp

BN khó thở, SpO2 88% / Mask có túi dự trữ 10 lít/phút -> nghĩ BN có suy hô hấp cấp. Đề nghị KMDM.

Nguyên nhân: nghĩ nhiều nằm trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng. Chưa tìm thấy nguyên nhân tại tim (suy tim, bệnh van tim), phổi (tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, phù phổi cấp, viêm phổi, co thắt phế quản).

3. Đau hông lưng P

Nghĩ nhiều trong bệnh cảnh viêm đài bể thận cấp P

Các nguyên nhân khác:

- Viêm ruột thừa cấp: BN đau hông P lan sau lưng P 1 ngày, sau đó ngày 2 hết đau và bắt đầu sốt, vào sốc nhiễm trùng, khám bụng mềm, không đề kháng -> diễn tiến không phù hợp nên không nghĩ.
- Viêm phần phụ P: không loại trừ được, đề nghị siêu âm bụng.
- Viêm đại tràng: tính chất đau đột ngột, dữ dội nhanh ít phù hợp, BN không tiêu chảy nên ít nghĩ.

4. Thiếu máu mạn: BN có niêm nhợt nghĩ có thiếu máu, lâm sàng không có đường mất máu cấp nên nghĩ đây là thiếu máu mạn. Đề nghị công thức máu.

5. Tiền căn THA, ĐTĐ 2, BTTMCB: Đề nghị xét nghiệm đường huyết nhiều thời điểm. Định lượng HbA1c. Theo dõi huyết áp.

XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

Tổng phân tích nước tiểu, soi nhuộm Gram và cấy nước tiểu - kháng sinh đồ : **những CLS nào đề nghị liên quan chẩn đoán phải nói lồng vào phần biện luận luôn**

BUN, Creatinine huyết thanh

Công thức máu, CRP, cấy máu - kháng sinh đồ

Khí máu động mạch

Đường huyết, HbA1c, Ceton máu

AST, ALT, Ion đồ

X-quang ngực, siêu âm bụng, ECG, CT scan bụng không cản quang

XII. BIỆN LUẬN KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

TPTNT

pH 8.0

Leukocyte 500 WBC/uL

SG 1.016

Nitrite (+) **quá điển hình của NTT**

Protein +++ 300 mg/dL

Glucose (-), Bilirubin (-), Ketone (-)

Blood 200 RBC/uL

-> BN có tiểu bạch cầu, có Nitrite (+): đủ chẩn đoán nhiễm trùng tiểu, nghĩ nhiều tác nhân Enterobacter (**là nhóm vi khuẩn thôi chứ chưa nói con nào**). BN có tiểu đạm, tiểu máu: nghĩ nhiều nằm trong bệnh cảnh viêm đài bể thận cấp tính. **Cần thử lại TPTNT** để theo dõi đáp ứng điều trị (lượng vi khuẩn trong nước tiểu) và diễn tiến đạm và máu khi bệnh nhiễm trùng ổn -> **Thái độ tiếp theo ko phải là thử lại mà phải là cấy nước tiểu, soi nhuộm Gram, cấy máu (Soi cận lâm thì ko hợp lý lúc cấp cứu).**

Kết quả sinh hóa:

Đường huyết	147 mg/dL (12h 37 8/3) 136 mg/dL (13h 8/3) 118 mg/dL (20h 8/3)	AST	63
Ceton máu	10 mg/dL	ALT	46
BUN	49 mg/dL	Na	132
Creatinine	1.88 mg/dL	K	4.2
eGFR	24.1 ml/min/1.73 m ²	Cl	103

Phân tích:

- Creatinine tuyến dưới 1.34 mg/dL

-> BVCR 1.88 mg/dL: tăng 0.54 mg/dL trong 24-48h

-> Nghĩ nhiều BN có tổn thương thận cấp, giai đoạn 1 (**Risk**) **Chỉ dùng 1 tiêu chuẩn, ca này failure luôn rồi. Nếu dùng RIFLE thì phải biết Creatinine nền nhưng đa phần BN ko biết nên khó dùng.** Gốc của RIFLE là ở BN ICU nhằm phát hiện sớm AKI, BN ở ICU thì trước đó Cre bình thường sau đó mới tăng dần, có thể theo dõi nước tiểu mỗi giờ. Dùng RIFLE không hợp lý trên ca này do ko có Cre nền ("Cre nền": phải chứng minh là ổn định từ trước và kéo dài ≥ 3 tháng). Nên dùng KDIGO (KDIGO là tiêu chuẩn thoái mái nhất), hoặc AKIN. Vấn đề bây giờ không phải phân giai đoạn mà là tìm nguyên nhân: trước thận / tại thận?

BUN/Cre = 26 > 20 ~~ghi nhận STC trước thận~~. BUN/Cre < 20 thì tại thận là đúng, nhưng > 20 thì có thể trước hoặc SAU thận (hay quên). Sau thận: vẫn tắc đường chung nhưng không cấp tính, đặt sonde tiểu ra 300ml là nghi.

Các nguyên nhân: thiếu nước (nghĩ nhiều: BN rối loạn tri giác, mạch nhanh, huyết áp tụt, môi khô; BN giảm ăn uống). Biểu chứng: rối loạn điện giải (BN có hạ Natri máu nhẹ), toan chuyển hoá (để nghi KMDM).

* **AKI:**

- FENa: không làm thường quy. Làm khi còn lần cần trước hay tại thận. Bảng so sánh giữa trước & tại thận: độ nhạy và đặc hiệu chỉ là tương đối do không có tiêu chuẩn vàng (sinh thiết thận) để đối chứng. Nói được trước hay tại là dựa vào đáp ứng, bù dịch mà đáp ứng thì là trước thận, còn ko thì nghĩ nhiều hoại tử ống thận cấp. Ca này lớn tuổi nên có thể đã có thay đổi cấu trúc ống thận (giảm chức năng tái hấp thu). Chỉ một mình FENa thì không đủ, phải làm tất cả rồi đưa lên bàn cân. Ca này có hoại tử ống thận cấp do: AKI trước thận, nhiễm trùng, sốc; thậm chí có AKI sau thận nữa (do nhiễm trùng ngược dòng).

- AKI: định nghĩa là Cre tăng bao nhiêu chứ ko hề nói giảm bao nhiêu, nhưng Cre mà giảm thì nghĩ nhiều AKI rồi.

- AKI trước thận: thận hoàn toàn bình thường, nếu thiếu nước thì ống thận sẽ cô đặc -> Na niệu thấp, nước tiểu cô đặc. Thở không thiếu niệu: chức năng ống thận còn, "không thiếu niệu" chỉ là phân loại dựa trên V nước tiểu chứ không phân định được nguyên nhân.

- Thiếu niệu phải chuyển sang không thiếu niệu để giảm biểu chứng bằng test Lasix nhưng trên thực tế khoa không xài (lợi tiểu liều cao).

- Đường huyết của BN không quá cao, kết hợp bệnh cảnh sốc nhiễm trùng, BN lơ mơ -> ngưng điều trị ĐTĐ2 lúc này. Cetone máu tăng -> nghĩ do BN giảm nhập đường kéo dài : **đúng, chứ ko phải hôn mê do nhiễm cetone.**

- Natri giảm nhẹ -> có thể trong bệnh cảnh thiếu nước của BN. Kali và Clo trong giới hạn bình thường.

Huyết học:

Công thức máu:

RBC: 3.38 T/L, Hct: 27.7%, Hb: 8.9 g/dL

MCV: 82 fL, MCH 26.3 pg, MCHC 321 g/L

WBC: 20.86 G/L, Neutro: 90.3%, 18.82 G/L, Lympho: 4.7%, 0.99 G/L

PLT: 183 K/uL

KQXN tuyến trước: BC 21.4 K/uL, Neu 19.4 K/uL, HCT 31%, Hb 10 g/dL, PLT 289 K/uL

Phân tích

Thiếu máu mức độ trung bình, đẳng sắc đẳng bào. Có thể phù hợp với bệnh cảnh bệnh thận mạn ở BN có THA, ĐTĐ2.

Bạch cầu tăng rất cao, Neutrophil ưu thế, tiểu cầu giảm 289 -> 183 K/uL -> nhiễm trùng nặng.

KMDM (12h38 8/3/2019)

PaO₂ 61 mmHg, FiO₂ 32%

-> PaO₂/FiO₂ = 190 < 200 -> BN giảm oxy máu rất nặng, có hội chứng nguy kịch hô hấp cấp.

pH 7.309

PaCO₂ 16.1 mmHg

HCO₃ 8.1 mmol/L có chỉ định bù bicarb liên? pH \leq 7.2 thì sẽ bù. Bù khi toan, mà ca này toan do nhiễm trùng huyết. Nếu không giải quyết nhiễm trùng huyết là gốc thì bù cũng không lên được mà sẽ tiếp tục mất. HCO₃ 8.1 mà pH 7.3 là hô hấp đang bù trừ.

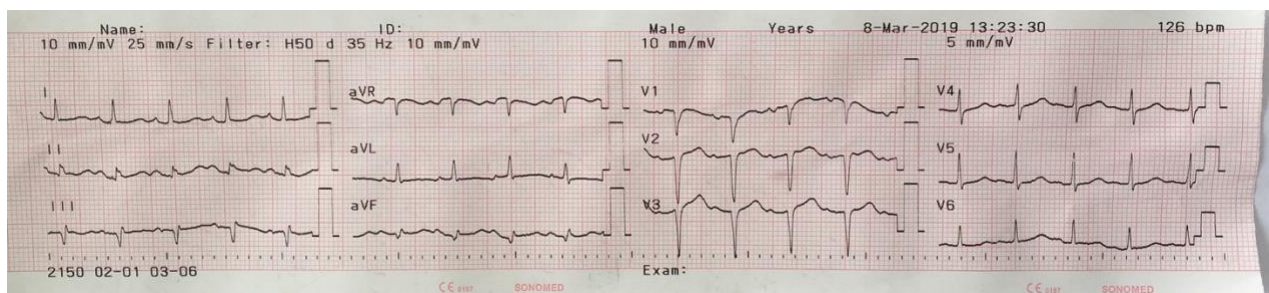
BEecf -18 mmol/L

Na 133, K 4.0, Ca 0.93

-> Toan chuyển hoá tăng anion gap phối hợp kiềm hô hấp. HCO₃ < 15 mmol/L -> toan chuyển hoá nặng, nghĩ nhiều toan acid lactic trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng, suy thận cấp.

X-quang ngực thẳng : vòm hoành P cao, phổi bình thường ???

ECG:



- Nhịp xoang, đều, 140 lần/phút

- Trục trung gian

- T dẹt ở DIII, aVL, V6 -> Nghĩ nhiều do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

CT scan bụng chậu cản quang : lợi ích chưa thấy nhưng bất lợi là cản quang, do bác sĩ cấp cứu đặt vấn đề có cần can thiệp ngoại khoa hay ko

Gan không lớn, bờ đều. Gan nhiễm mỡ. Lipoma nhỏ hạ phân thùy I.

Dẫn nhẹ đài bể thận niệu quản P, thành dày, bắt thuốc cản quang, bàng quang xẹp, sỏi bàng quang kích thước 5mm. Vài nang nhỏ 2 thân

Dày đều thành đại tràng P, thâm nhiễm mỡ nhẹ xung quanh

Nang buồng trứng T # 4.5cm

KL:

Dẫn nhẹ đài bể thận niệu quản P nghi viêm/sỏi bàng quang

Vài nang nhỏ 2 thân.

Dày đều thành ĐT P nghi viêm.

Lipoma nhỏ HPT I

Nang buồng trứng T

-> Nguyên nhân của VĐBT cấp: do sỏi. Chưa ghi nhận biến chứng áp xe thận, quanh thận; hoại tử gai thận; viêm đài bể thận sinh hơi.

XI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Viêm đài bể thận cấp P nghi do sỏi đoạn niệu quản – bàng quang (P), lần đầu, phức tạp, biến chứng sốc nhiễm trùng, ARDS, AKI giai đoạn 1, không thiếu niệu ngày 1 - Tăng huyết áp – ĐTĐ 2 - Bệnh tim thiếu máu cục bộ

XII. ĐIỀU TRỊ (trang cuối)

1. Mục tiêu điều trị:

Hồi sức chống sốc, hỗ trợ hô hấp

Điều trị diệt khuẩn đường tiểu bằng kháng sinh

Tìm và điều chỉnh yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng tiểu

2. Dấu hiệu cần theo dõi:

Tri giác, mạch, HA, SpO2 mỗi 15-30 phút

Nước tiểu qua sonde tiểu

Cả này lẽ ra phải có CVP mới biết dịch đủ hay không. Mục tiêu 8-12 cm H₂O. Dùng Noradrenaline luôn như tuyến trước mà bù không đủ dịch thì HA sẽ tụt rất nặng. Rất nghi ngờ chuyển thiếu dịch trên ca này do: vào sốc nhanh mà tiền căn THA, không ăn uống được.

XIII. TIỀN LƯỢNG

BN nữ, lớn tuổi, bệnh nền THA và ĐTĐ2, lần này vào sốc nhiễm trùng và ARDS vì viêm đài bể thận cấp, hiện BN tiếp xúc chậm, tri giác kém, toan chuyển hoá nặng -> tiên lượng tử vong.

XIV: DIỄN TIẾN

	DIỄN TIẾN – ĐÁNH GIÁ	ĐIỀU TRỊ
8/3/2019 12h11	BN tỉnh, tiếp xúc chậm HA 60/30 mmHg Mạch 92 l/ph	Nằm đầu cao Thở Oxy cannula 3 l/ph Ringerfundin 500ml 2 chai TTM C g/p Invanz 1g 1 lọ + NaCl 0.9% 100ml Metronidazol 500mg/1000ml 1 chai TTM XXX g/p Noradrenalin 4mg 2 ống + Glucose 5% đủ 50ml BTĐ 5ml/h Monitor, SpO2, HA Hồi sức chống sốc < 8h
13h10	Bệnh thở oxy 3 l/ph, SpO2 86%	Thở Oxy 10 l/p mask có túi dự trữ
14h40	Bệnh tỉnh, HA 60/30 mmHg, M 92 l/ph	Tăng liều Noradrenalin 5ml/h -> 10 ml/h
17h30	Bệnh tỉnh, HA 90/60 mmHg, M 100	Khám Nội thận
18h20	Bệnh tỉnh, HA 80/60 mmHg, M 100 l/ph	Tăng liều Noradrenalin 10 ml/h -> 15 ml/h
19h	Nhập Nội Thận HA 110/70 mmHg	Raxadin 0.5g + NaCl 0.9% 100 ml TTM XXX g/p Ciprobay 0.2g 2 chai TTM XXX g/p NaCl 0.9% 500ml 1 chai TTM XXX g/p Noradrenalin 4mg 2 ống + NaCl 0.9% 50ml BTĐ 10 ml/h
9/3/19 2h	BN ngưng tim M = 0, HA = 0	Đặt nội khí quản 7.5, hút đàm Adrenalin 1mg 1ml 2 ống x 2 (qua NKQ) Adrenalin 1mg 1 ml 2 ống x 7 (TMC) Xoa bóp tim ngoài lồng ngực
2h30	BN mê, mạch rời rạc, HA khó đo, thở bóp bóng	Noradrenalin 4mg 1 ống + NaCl 0.9% 500ml TTM XXX g/p

	<p>Thân nhân xin không tiếp tục hồi sức và xin về</p>	<p>Cho về theo yêu cầu</p> <p>Tổng kết xuất viện</p> <p>CĐ ra viện: Choáng nhiễm trùng từ đường niệu – Viêm đài bể thận cấp P – Sỏi bàng quang – Đái tháo đường type 2 – Suy thận cấp</p>
--	---	---

Vấn đề	LS	CLS	CĐ	Mục tiêu DT	Chiến lược DT	Cụ thể
Sốc nhiễm trùng	HA tụt, mạch nhanh nhẹ, chi mát, rối loạn tri giác, thở nhanh nông, sốt lạnh run, môi khô lưỡi đỏ	CTM: WBC: 20.86 G/L, Neutro: 90.3% KMĐM: toan chuyển hoá nặng	Sốc nhiễm trùng từ viêm đài bể thận cấp	HATT \geq 90 mmHg CVP \geq 8 mmHg BN này lẽ ra phải đặt CVP Tri giác cải thiện	1	NaCl 0.9% 500ml 2 chai TTM C g/p phải bù dịch theo CVP chứ ko phải auto 1000ml Norepinephrine 4mg 2 ống + Glucose 5% đủ 50ml BTĐ 5ml/h, tăng liều dần nếu sốc không cải thiện liều khởi đầu là 2-5 mcg/kg/ph, ca này nặng: 5 luôn NaHCO ₃ 4.2% 250ml 2 chai TTM XXX g/p
Suy hô hấp cấp	BN khó thở, thở co kéo, SpO ₂ 88% / Mask có túi dự trữ 10 lít/phút	KMĐM: ARDS	Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp	Giảm triệu chứng khó thở, cải thiện tri giác SpO ₂ > 95%	1	Nằm đầu bằng O ₂ mask thở lại 10 lít/phút Nếu tri giác BN kém dần -> an thần, đặt nội khí quản, bóp bóng, thở máy
Đau hông lưng P	BN đau hông P, lan sau lưng, liên tục, dữ dội ngày 1, ngày 2 hết	SÂ+CT: sỏi bàng quang, thận P ứ nước độ I TPTNT: Leukocyte 500 WBC/uL, Nitrite (+) Cre 1.34 -> 1.88 mg/dL, BUN/Cre > 20	Viêm đài bể thận cấp P lần đầu, phức tạp do sỏi, tác nhân E.coli, biến chứng sốc NT, suy thận cấp	Diệt khuẩn đường tiểu Bù đủ dịch tuần hoàn	1	Imipenem/cilastatin 0.5g + NaCl 0.9% 100ml TTM XXX g/p x4 : cấp cứu được quyền full liều, sau đó ổn thì chỉnh theo chức năng thận. Đặc biệt đối với Imipenem thì chỉnh liều theo Vidal: tổng liều 1 ngày là bao nhiêu chứ ko nói 0.5g mỗi 6h. Ciprofloxacin 0.2g 2 chai TTM XXX g/p x2 (400mg mỗi 12h)

Thiếu máu mạn	Niêm nhật	CTM: thiếu máu đăng sắc đăng bào, Hb 8.9 g/dL	Thiếu máu mạn mức độ trung bình	Mục tiêu: tối thiểu Hb 8-9 g/dL (nếu bệnh tim thì 7-8 là OK)	2	Không truyền máu do BN đang có ARDS
THA, ĐTĐ 2, BTTMCB		Đường huyết mao mạch: 147 -> 136 -> 118 mg/dL	THA, ĐTĐ 2, BTTMCB		3	Theo dõi HA mỗi 30', đường huyết ít nhất 2 lần (nên thêm 1 lần ban đêm). Nếu đặt sonde dạ dày thì có thể 2 lần/ngày (BN này có chỉ định đặt sonde do lơ mơ)