

BỆNH ÁN

Chị Yến sửa 26/2/19

I. Hành chánh

Họ và tên: NGUYỄN THIÊN THANH

Tuổi: 28

Giới: Nữ

Địa chỉ: 124 đường 144, phường Tân Phú, quận 9, TPHCM

Nghề nghiệp: giáo viên

Ngày giờ nhập viện: 14h22, ngày 03/02/2019

Giường 51

Khoa Nội tiết Thận

Bệnh viện Nhân dân Gia Định

II. Lý do nhập viện: khó thở + sốt, bệnh 7 ngày

III. Bệnh sử:

N1-3: bệnh nhân cảm thấy khó thở 2 thì từ từ tăng dần, hầu như cả ngày, xảy ra ngay cả khi nghỉ, tăng lên khi hoạt động nặng và khi nằm, giảm ít khi ngồi, kèm cảm giác nặng ngực trái, hồi hộp đánh trống ngực. Bệnh nhân có thể chịu đựng được nên không đi khám bác sĩ

⇒ Khó thở do tim hay do phổi?

⇒ Khó thở mạn không rõ ràng, có thai tăng hoạt động mà bn không than khó thở, nghĩ nhiều đây là KT cấp → KT do tim, khám có thấy gợi ý gì không? Không có tiền căn, ytno gì hết, nghĩ viêm cơ tim. Cđoan bằng MRI, mà bvnđgd hok có nên dùng men tim tạm.

- Suy tim cấp: Thiếu máu đến các cơ quan

- Cđsb: Viêm cơ tim – lupus, (không cần ghi hp mổ lấy thai do sau 6w là cơ thể mẹ trở về bthg rồi).

N4-5: sáng thức dậy bệnh nhân thấy nặng 2 mi mắt kèm phù nhẹ 2 chân, phù trắng, ấn lõm, không đau, không thay đổi theo tư thế và theo thời gian trong ngày. Chiều N4, bệnh nhân xuất hiện sốt cao liên tục (không rõ nhiệt độ), đáp ứng với thuốc hạ sốt, kèm ho khan nhiều, tăng khi nằm, giảm khi ngồi. Bệnh nhân đi khám bác sĩ tư, được chẩn đoán và điều trị không rõ. Tình trạng khó thở, phù và sốt vẫn không giảm

N6: bệnh nhân khó thở tăng, phải ngồi để thở, đi lại khó thở nhiều hơn, nói chuyện không hết câu kèm nôn ói nhiều lần, nôn ra dịch lẫn ít thức ăn, không máu và tình trạng sốt không giảm, nên nhập khoa Nội tim mạch bệnh viện Nhân dân Gia Định

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân đi tiêu phân sệt 2 lần/ngày, không đau đầu, đau thượng vị âm ỉ, không chảy máu răng/chảy máu mũi, không tiêu phân đen, tiểu vàng trong, lượng nước tiểu không đổi, không tiểu gắt buốt

✚ Diễn tiến điều trị tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Nhân dân Gia Định: (03/02 – 18/02):

A. Tình trạng lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
Sinh hiệu: M: 88 lần/phút, Nhiệt độ: 37°C, HA: 140/90mmHg, Nhịp thở: 22 lần/phút, SpO₂ 96%/khí trời
Nói ngắt quãng từng câu
Da niêm nhợt, không nổi hồng ban
Phù mắt, phù chân ít
Tim đều, T1, T2 rõ, mỏm tim khe liên sườn V đường trung đòn T
Phổi trong
Bụng mềm, gan không sờ chạm
Dấu véo da âm tính, môi khô

B. Diễn tiến lâm sàng:

N2: Bệnh nhân hết sốt, còn khó thở, còn buồn nôn và nôn ra dịch trong

N6: Nổi ban ở mặt, lan ra 2 má, không ngứa, nổi nhiều sẩn ở lòng bàn tay bàn chân, ngứa

Khám: Bệnh tỉnh, tiếp xúc khá, tươi

M: 96 lần/phút

HA: 130/70mmHg

SpO₂ 97%

Từ sáng đến nay không ói thêm

Giảm đau bụng

Ho khan ít, đôi khi có đàm trắng

Tim đều

Phổi thô, không rale

Bụng mềm, gan không to

Hồng ban cánh bướm

N12: Ban ở mặt giảm, ở tay chân không giảm, phù mắt và 2 chân tăng dần, phù tay, tăng từ 46kg -> 50kg, khó thở giảm nhiều

N16: chuyển khoa Nội tiết Thận điều trị

Bilan xuất nhập:

Ngày	V nhập	V xuất
N7	1000mL	600mL
N9	1000mL	500mL
N10	1800mL	1000mL
N12	3.5L	1000mL
N16	1000mL	700mL

Bảng theo dõi bn mỗi ngày: HA, M, pee, nước nhập, nước xuất, ure, crea

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

a. Nội khoa:

- Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân khởi phát đau khớp cổ chân và bàn ngón 2 bên, đi khám và được chẩn đoán viêm khớp, không điều trị

- VKDT RF(+) chẩn đoán ở đâu, có giấy xuất viện không? → BS Điền lấy từ hồ sơ máy tính
- Cách nhập viện 3 tháng (đang mang thai 6 tháng), bệnh nhân đột ngột phù nhẹ 2 chân có thai lúc này cũng có thể gây phù rồi, hỏi huyết áp bn lúc đó là bnhiu, hỏi sổ khám thai bn, đây là con đầu nhưng sao chủ quan quá, phù trắng, ấn lõm, không đau, không thay đổi theo tư thế và thời gian trong ngày, kèm hay khó thở ít, tăng khi vận động nhiều, hoạt động nặng, bệnh nhân không đi khám
- Cách nhập viện 2 tháng (tháng thứ 7 thai kỳ), bệnh nhân thấy đau đầu, chóng mặt và tình trạng phù chân không giảm nên đi khám bác sĩ tư, đo huyết áp #160mmHg nên nhập viện Từ Dũ, được chẩn đoán: Tiền sản giật và được chỉ định mổ lấy thai 29 tuần (?)
- Chỉ định mổ lấy thai hơi sớm, lý do thật sự là j? Tỷ lệ tsg kéo tới lúc này ít. Có khi cđoan nhầm tsg với 1 bệnh khác
- → câu hỏi: có THA, VK, tiểu protein?
- Sau mổ lấy thai, bệnh nhân nằm điều trị ở bệnh viện 1 tuần, hết phù, hết khó thở, huyết áp lúc này không ổn định (không rõ chỉ số huyết áp), sau đó được bác sĩ giải thích và cho về điều trị ngoại trú bằng phương pháp không thuốc.
- Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường trước khi mang thai
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch, hô hấp, gan, thận trước đây
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tự miễn, di truyền trước đây

b. **Ngoại khoa:** Mổ lấy thai cách nhập viện 2 tháng

c. **Dị ứng:** chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

d. **Thói quen:** không hút thuốc lá, không uống rượu bia

2. **Gia đình:** cha bị tăng huyết áp, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý di truyền, bệnh tự miễn

V. **Lược qua các cơ quan** (ngày 18 sau nhập viện)

1. Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
2. Hô hấp: ho khan ít, khó thở giảm nhiều
3. Tiêu hóa: còn buồn nôn, tiêu phân sệt 1 lần/ngày, đau thượng vị
4. Tiết niệu – sinh dục: tiểu vàng trong, lượng 800mL (uống 1000mL), không gắt buốt
5. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
6. Cơ – xương – khớp: đau khớp cổ chân và bàn ngón 2 bên
7. Chuyển hóa: phù mắt, phù chân, không sốt

VI. **Khám lâm sàng:** (Ngày 18 sau nhập viện)

1. **Tổng trạng:**

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Tổng trạng trung bình, CC = 1m53, CN = 52kg
- Sinh hiệu:
Mạch: 87 lần/phút

Huyết áp: 130/80mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

- Niêm nhợt, không vàng da
- Phù mắt, bàn tay tới mu bàn tay 2 bên, 2 chân tới mắt cá chân, phù trắng, ấn lõm, không đau
- 2 hạch dọc cơ ức đòn chũm bên trái

2. Đầu mặt cổ:

- Môi khô, lưỡi không dơ
- Không loét miệng
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
- Mũi, tai không dịch tiết bất thường

3. Lồng ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Không u, sẹo, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

a. Khám tim:

- Không nhìn thấy ổ đập bất thường
- Mỏm tim ở khoang liên sườn VI, đường nách trước trái, diện đập 1x1cm²
- Dấu Hardzer âm tính, dấu nảy trước ngực âm tính
- Tim đều, tần số 90 lần/phút
- T1, T2 rõ
- Không tiếng tim/ âm thổi bất thường

b. Khám phổi:

- Phổi không rale
- Hội chứng 3 giảm đáy phổi trái

c. Bụng:

- Bụng cân đối, to, di động theo nhịp thở
- Không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi
- Vết mổ lấy thai 10cm ở bụng dưới, lành tốt
- Nhu động ruột 4 lần/phút
- Gõ đục vùng thấp
- Bụng mềm, Ấn đau thượng vị

- Khám gan:

- Chiều cao gan 13cm trên đường trung đòn phải, bờ dưới gan cách bờ sườn 2cm
- Bờ sắc, mật độ mềm, bề mặt trơn láng

- Khám lách: lách không to

- Khám thận: chạm thận âm tính

- Cầu bàng quang âm tính

d. Thần kinh – cơ xương khớp:

- Định hướng lực tốt, không dấu thần kinh định vị
- Không giới hạn vận động

- Đau khớp cổ chân và bàn ngón 2 bên, không sưng nóng

VII. **Tóm tắt bệnh án:** (đến ngày thứ 6 sau nhập viện)

Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, nhập viện vì khó thở + sốt, bệnh 7 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Khó thở
- Hồi hộp, đánh trống ngực
- Sốt
- Nôn ói
- Phù
- Hồng ban cánh bướm
- Ho khan
- Đau khớp
- Đau thượng vị

TCTT:

- Niêm nhợt
- Phù
- Hạch dọc cơ ức đòn chũm

Tiền căn:

- Viêm đa khớp dạng thấp RF (+)
- Tiền sản giật
- Mổ lấy thai 29 tuần

VIII. **Đặt vấn đề:** (ngày 6 sau nhập viện)

1. Khó thở
2. Hồng ban cánh bướm + đau khớp
3. Phù toàn thân
4. Thiếu máu mạn
5. Nôn ói + đau thượng vị

IX. **Chẩn đoán:**

1. Chẩn đoán sơ bộ:

Theo dõi Lupus đỏ hệ thống biến chứng da – khớp – thận – huyết học – Theo dõi suy tim cấp do viêm cơ tim – Viêm dạ dày/Tiền sản giật – Mổ lấy thai 29 tuần

Viêm cơ tim do j? Chu sinh, siêu vi, tự miễn?

THA do gì? Nghĩ nhiều THA từ lâu, nếu tâm huyết thì chạy qđ Từ Dũ mượn hồ sơ =))))

Lupus đỏ có những bchung j: Thận, da, khớp, huyết.

Tiêu chuẩn cđoán Lupus

Tán huyết có nội mô và nội mạch. Không phải all tán huyết gây vàng da

Bn này không rõ ràng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- a. Theo dõi Lupus đỏ hệ thống biến chứng da – khớp – huyết học – thận – Theo dõi bệnh cơ tim chu sinh – Viêm dạ dày/Tiền sản giật – Mổ lấy thai 29 tuần
- b. Theo dõi Lupus đỏ hệ thống biến chứng da – khớp – huyết học – Theo dõi đợt mất bù cấp/suy tim mạn – Viêm dạ dày/Tiền sản giật – Mổ lấy thai 29 tuần
- c. **Nên có cdoan khác lupus vì lỡ k phải lupus thì thấy pà.**

X. Biện luận:

1. Khó thở:

- Trên bệnh nhân này, tính chất khó thở tương tự với tính chất khó thở của suy tim (khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm) nhưng diễn tiến trong thời gian ngắn (7 ngày) nên có thể có các khả năng:
 - Bệnh lý cấp tính gây suy tim cấp: nghĩ nhiều đến các bệnh cơ tim cấp như viêm cơ tim => đề nghị siêu âm tim kiểm tra
 - Bệnh nhân trong giai đoạn chu sinh, tiền căn chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch nên có thể nghĩ đến bệnh cơ tim chu sinh => đề nghị siêu âm tim kiểm tra
 - Đợt mất bù cấp trên nền suy tim mạn chưa phát hiện: không thể loại trừ, yếu tố thúc đẩy trên bệnh nhân nghĩ nhiều là huyết áp không kiểm soát => đề nghị ECG, siêu âm tim, Troponin T, NTproBNP

2. Hồng ban cánh bướm + đau khớp:

- Bệnh nhân nữ trẻ có:
 - Đau khớp (đau trên 2 khớp)
 - Hồng ban cánh bướm

⇒ Thỏa 2/17 tiêu chuẩn của Lupus. Đề nghị làm thêm công thức máu, phết máu ngoại biên, Coomb test, đạm niệu 24h, cặn Addis, ANA, Anti ds DNA, C3, C4 để kiểm tra các tiêu chuẩn còn lại

- Biểu chứng của Lupus trên bệnh nhân: khám hiện tại ghi nhận:
 - Đau khớp => nghĩ nhiều đến biến chứng khớp
 - Thận => bệnh nhân có phù nên nghĩ bệnh nhân có biến chứng thận do Lupus
 - Huyết học => bệnh nhân khám thấy da niêm nhợt nên đề nghị công thức máu kiểm tra
 - Da => hồng ban cánh bướm
 - Thần kinh => bệnh tĩnh, tiếp xúc tốt nên không nghĩ
 - Thanh mạc => khám lâm sàng chưa ghi nhận nên không nghĩ

3. Phù toàn thân:

- Hiện tại trên bệnh nhân này đang theo dõi biến chứng thận do Lupus nên nghĩ nhiều phù do biến chứng thận => Đề nghị tổng phân tích nước tiểu, đạm niệu 24h, cặn Addis để kiểm tra

4. Nôn ói + đau thượng vị:

Nghĩ nhiều viêm dạ dày, đề nghị nội soi dạ dày

XI. Đề nghị cận lâm sàng:

1. Cận lâm sàng chẩn đoán:

- Chẩn đoán khó thở: ECG, siêu âm tim, XQ ngực, Troponin T, NTproBNP
- Chẩn đoán Lupus và biến chứng: công thức máu, phết máu ngoại biên, Coomb test, ANA, Anti ds DNA, đạm niệu 24h, cận Addis, BUN, creatinin, C3, C4
- Khác: siêu âm bụng, nội soi dạ dày (khi tình trạng ổn định)

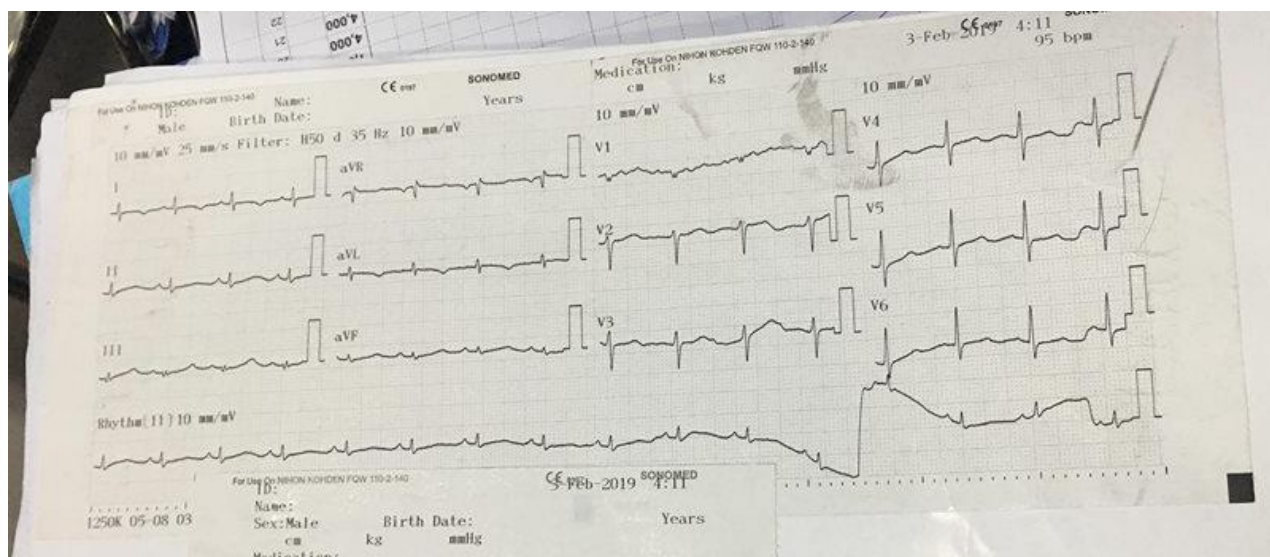
2. Thường quy:

Đường huyết, AST, ALT, Bilan Lipid máu, ion đồ máu

XII. Kết quả cận lâm sàng:

1. Khó thở:

a. ECG:



b. Siêu âm tim:

3/2	4/2	18/2
Các buồng tim không lớn	Dẫn buồng tim T	Dẫn buồng tim T
TDMN tim lớp mỏng	TDMN tim lượng ít, pb đều chưa thấy chèn ép tim cấp	TDMN tim lượng ít, pb đều
Không RL vận động vùng	Giảm động vùng đáy và giữ thành trước-thành bên-thành sau-thành dưới.	Giảm động thành trước-vùng bên-vùng đáy.
Hở van 2 lá, 3 lá nhẹ	Hở van 2 lá, 3 lá nhẹ.	Hở van ĐMC, 2 lá, 3 lá nhẹ
Áp lực ĐMP không tăng.	RL tâm trương thất T độ III, PASP 36mmHg	CN tâm thu thất T
CN tâm thu thất T bảo tồn EF=55%	CN tâm thu thất T giảm EF=31%	giảm EF=39%

	CN tâm thu thất P bảo tồn	RL CN tâm trương thất T độ 1
--	------------------------------	---------------------------------

- ⇒ ECG không thay đổi, ít nghĩ BMV
 ⇒ SÂ tim chủ quan, dễ sai, EF 55% hơi kì với suy tim cấp (<40%). Nên cho SÂ lại :v NtproBNP tăng
 ⇒ Bệnh cơ tim chu sinh thường xảy ra 5 tháng sau sanh, bn này nghĩ ng nhân siêu vi or tự miễn, đề nghị các xn đi tìm nguyên nhân

c. **Xquang ngực thẳng:**

9/2	11/2	13/2
Chưa ghi nhận bất thường	Chưa ghi nhận bất thường	Chưa ghi nhận bất thường

d. **Sinh hóa:**

	4/2	11/2	
CKMB	18,94		<25U/L
Troponin T	0,035		<0,01 ng/mL
NTproBNP	18905		

2. **Chẩn đoán Lupus và biến chứng:**

a. **Miễn dịch:**

C3: 25.9

C4: 3.1

Anti ds DNA: 60.1 > 1

Coomb test: trực tiếp âm tính; gián tiếp dương tính

⇒ C3, C4 giảm, Anti dsDNA (+)

Áp tiêu chuẩn vô, thiếu ANCA.

Bổ thể giảm, anti ds DNA >1.

Tán huyết do lupus là tán huyết miễn dịch → coombs GT ?? (Không nghe rõ)

b. **Tổn thương cơ quan:**

- Thận: **Chứng minh có HC, BC trong nước tiểu.**

Cặn Addis: Hồng cầu 17500, bạch cầu 6111, không trụ. **Cặn addis không chứng minh từ cầu thận.**

Tiểu đạm đặt ra là tiểu đạm thoáng qua hay tiểu đạm thực sự, bn có đang sốt?

Albumin máu: 20.5, 51, protein 50 giảm, tiểu đạm chưa ở ngưỡng thận hư.

V nước tiểu khi làm đạm niệu 24h là nhiêu? 700 ml (không thiếu niệu) → tiểu đạm có thể sai vì pp lấy, giữ nước tè không đủ.

Coi có trụ HC không (từ cầu thận)

Đạm niệu 24h: 1.281g/24h /1.73m² da

⇒ Có cặn lắng nước tiểu bất thường và đạm niệu >0.5g/24h

- **Huyết học:**

	3/2	4/2	5/2	6/2	8/2	13/2	14/2	16/2	18/2
WBC	2,41	2,5	2,2	2,69	2,32	2,42	2,93	4,65	5,57
%NEU	60,6	62,8	63,2	63,2	60,4	56,4	61,8	72,2	86,7

%LYM	32	30	29,1	29	28,9	23	24,2	16,9	9,9
%MONO	6,6	6,8	7,7	7,4	10,3	15,8	14	8	3,4
%EOS	0,4	0,4	0	0	0	0,3	0	0,3	0
%BASO	0,4	0	0	0,4	0,4	0,3	0	0,4	0
NEU	1,46	1,57	1,39	1,7	1,4	1,37	1,81	3,36	4,83
LYM	0,77	0,75	0,64	0,78	0,67	0,56	0,71	0,78	0,55
MONO	0,16	0,17	0,17	0,2	0,24	0,38	0,41	0,37	0,19
EOS	0,01	0,01	0	0	0	0,01	0	0,01	0
BASO	0,01	0	0	0,01	0,01	0,01	0	0,02	0
RBC	2,32	2,53	2,41	2,46	2,61	2,08	1,98	2,08	1,86
Hb	69	77	72	72	78	62	58	63	57
Hct	0,211	0,226	0,218	0,228	0,239	0,19	0,191	0,195	0,18
MCV	91	89,3	90,5	92,7	91,6	91,3	96,5	93,5	96,8
MCH	29,7	30,4	30	29,3	29,9	29,6	29,3	30,3	30,6
MCHC	327	341	330	316	326	324	304	324	317
PLT	21	32	33	36	43	52	56	48	30

Phết máu ngoại biên: hình dạng và kích thước hồng cầu bình thường

⇒ Có giảm 3 dòng tế bào máu

Nhiễm siêu vi có thể giảm bc, tiểu cầu nhưng HC phải tăng do cô đặc máu.

PMNB: tìm HC non

Kết luận: Bệnh nhân thỏa 7/17 tiêu chuẩn chẩn đoán Lupus đỏ hệ thống theo SLICC 2012, trong đó thỏa 5 tiêu chuẩn lâm sàng và 2 tiêu chuẩn miễn dịch:

1. Tổn thương da cấp tính
2. Viêm khớp
3. Tổn thương thận
4. Bạch cầu giảm
5. Tiểu cầu giảm
6. Anti dsDNA (+)
7. Giảm C3, C4

⇒ Phù hợp chẩn đoán Lupus biến chứng đa cơ quan

3. Phù toàn thân

a. TPTNT:

	5/2	16/2
ERY	200	200
URO	3,2	3,2
BILI	-	-
NIT	-	-
KET	-	-
PRO	3	3
GLU	-	-
pH	5	6
SG	1,015	1,015
LEU	70	-

COLOR	VÀNG	Vàng
-------	------	------

⇒ Ghi nhận có protein nước tiểu và tiểu máu vi thể => nghĩ nhiều tổn thương cầu thận

b. **Sinh hóa** (Creatinin đến ngày chuyển khoa Nội tiết Thận)

	3/2	4/2	6/2	8/2	10/2	11/2	12/2	13/2	14/2	16/2	18/2
Ure		17,3	18,9			27,6		27,8	25,2	22,9	23,5
Creatinin		130,3	156,8			226,5		257,7	238	220,7	241,2
eGFR	43,32	45	36,26	28,11	25,73	23,72	29,91	20,44	22,4	24,44	22,06

- 4/2 => 6/2: Creatinin tăng = $156.8 - 130.3 = 26.5 \mu\text{mol/L} \sim 0.3 \text{mg/dL}$

⇒ Thỏa tiêu chuẩn AKIN: tăng $\geq 0,3 \text{mg/dL}$ trong 48 h => tổn thương thận cấp

- Nhưng: đến ngày 18/2 (15 ngày sau nhập viện), chức năng thận của bệnh nhân tiếp tục suy giảm nên nghĩ đến tình trạng suy thận tiến triển nhanh (suy giảm chức năng thận > 2 tuần)

- Bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán Lupus trước đây nên nghĩ đây đợt bùng phát Lupus đỏ hệ thống mức độ nặng

BN stc = st trong vài giờ vài ngày,

St tiến triển nhanh sẽ hồi phục nếu đtri kịp thời (4w), phải đtri UCMD asap, liều cao → bn dễ bị nhiễm trùng.

Bn này st tt nhanh hay stc? Do đtri khác nhau

Nếu stm mà hồi phục thì là cđoan sai, không phải stm

Ca này nên sinh thiết thận xem có viêm thận lupus

Xài ucmd ở lupus phải bik biến chứng là gì, cấp mấy vì mỗi cái 1 liều khác nhau.

4. Khác:

	3/2	9/2	13/2
Gan Túi mật Thận	Không sỏi, không ứ nước.	Không sỏi, không ứ nước.	To Cận bùn túi mật Thận: P: KT #106x45mm. Không sỏi, không ứ nước. T: KT #110x58mm. Không sỏi, không ứ nước. Chủ mô thận echo dày, còn pb vỏ tủy.
	Lớp dịch mỏng dưới gan P	Ít dịch len lõi trong mô mềm thành bụng vị trí	

		vết mổ cũ vùng hạ vị	Dịch tự do ổ bụng lượng ít
--	--	----------------------	----------------------------

5. Thường quy:

	3/2	4/2	6/2	8/2	10/2	11/2	12/2	13/2	14/2	16/2	18/2
Na	127,4	128,8	128,8			130		138,9	139,6	136,5	134
K	4,68	4,65	4,24			4,5		3,87	3,8	3,54	4,38
Cl	101,3	101,7	98,3			96	95,5	97,9	97,3	99,3	100,7
HCO ₃	16,9	16,6	16,7			21,8	21,1	27,7	27,8		23,8

XIII. Chẩn đoán xác định:

Đợt bùng phát Lupus đỏ hệ thống mức độ nặng, biến chứng thận – huyết học – khớp – da – Viêm cơ tim EF 30%/Tiền sản giật – mổ lấy thai 29 tuần

XIV. Điều trị:

Mục tiêu đtri:

- Suy tim 1st
- Lupus bchung thận, da, khớp. Chì không hồi đtri lupus sâu. Bchung thận of lupus có 6 nhóm, nhóm nguy hiểm nhất là nhóm 4 (lan toả), nhóm 3 là khu trú
- THA
- Ca này phải sinh thiết thận do suy thận tiến triển nhanh, nhưng ca này có suy tim, không nằm sắp được 30p để sinh thiết.
- Có bầu —> tăng cung cấp máu cho các cơ quan —> tăng...?
-

1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị:

- Điều trị tấn công để nhanh chóng đạt được đợt lui bệnh về lâm sàng
- Điều trị duy trì để giữ tình trạng lui bệnh được ổn định, không tái phát

2. Điều trị không thuốc:

- Điều chỉnh huyết áp ở mức ổn định, giảm ăn mặn, kiểm soát dịch nhập, giảm đạm
- Tránh tiếp xúc ánh sáng mặt trời
- Súc miệng với nước muối sinh lý

3. Điều trị dùng thuốc

a. Kiểm soát huyết áp:

- Hydralazine 25mg
1/3 viên x 3(u)
- Concor 2.5mg
½ viên (u) sáng

b. Kiểm soát đợt bùng phát Lupus:

- Prednisone 5mg
9 viên (u) sáng
- Solumedrol 40mg 1 lọ
- Natri Chloride 9‰ 100mL 1 chai

TTM XXXg/p

c. Kiểm soát triệu chứng:

- Furosemide 40 mg
½ viên x 2 (u) S – C

d. Chế độ chăm sóc:

Theo dõi sinh hiệu
Ăn nhạt
Theo dõi xuất nhập 24h

XV. Tiên lượng:

- **Tiên lượng gần:**

Bệnh chưa được kiểm soát ổn định
Đợt bùng phát nặng, tổn thương đa cơ quan
⇒ Nặng

- **Tiên lượng xa:** bệnh mạn tính không chữa khỏi hoàn toàn, khả năng không kiểm soát được những đợt bùng phát tương tự
⇒ Nặng