

# BỆNH ÁN NỘI KHOA

**Chị Yến 28-3-2019**

## I/. HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân: Nguyễn Thị Hạnh      Giới: Nữ      Tuổi: 52 tuổi

Nghề nghiệp: Buôn bán

Địa chỉ: 23/30 Đường 21, P. 8, Q. Gò Vấp, TP.HCM

Ngày nhập viện: 11g00 ngày 21/3/2019

Giường 27 Phòng 313 Khoa Nội tiết- Thận      BV Nhân Dân Gia Định

Số vào viện: 19.015757

## II/. LÝ DO VÀO VIỆN: Phù toàn thân

## III/. BỆNH SỬ

Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn - THA cách 1 năm. **Tại sao chẩn đoán BTM? BN viêm phổi, NV ở bvnđgd ở khoa nào? → quyết định chẩn đoán btm đúng or sai. Creatinin lúc đó là bnhiu? Phải đưa ra 1 dải creatinin, nên chú ý số thấp nhất → cho ng ta 1 hy vọng không bị btm :v**

**SÂB lúc cách đây 1 năm là bao nhiêu? Hgb lúc đó?**

**Phải quan tâm bs chẩn đoán đúng hay sai.**

Cách nhập viện 11 ngày, bệnh nhân sau khi thức dậy thì thấy nặng hai mi mắt, phù 2 chân rồi sau đó phù bụng, phù 2 tay, không đỏ, không đau, ấn vô lõm, phù tăng khi đi lại, và nhiều hơn vào buổi chiều → Bệnh nhân khám tại BV Gò Vấp cho điều trị ngoại trú

Cách nhập viện 7 ngày, bệnh nhân thấy triệu chứng phù không giảm, phù với tính chất tương tự như trên, nên bệnh nhân tái khám BV Gò Vấp → chuyển nhập bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân tăng 11 kg (46kg → 57kg). Kèm bệnh nhân cảm thấy xuất hiện khó thở, khó thở 2 thì, tăng khi nằm, phải ngồi dậy để thở. Làm việc nhẹ, sinh hoạt cũng cảm thấy khó thở. Không đau ngực, không ho, không sốt, không đau đầu chóng mặt, không đau bụng, ăn uống kém, buồn nôn nhiều, nhưng nôn ra ít thức ăn, không kèm máu, tiêu phân vàng đóng khuôn 1l/ngày, uống #500 ml nước/ngày, tiểu khoảng 500 ml/ngày ???, nước tiểu vàng trong, nhiều bọt, không tiểu gắt buốt, không đau hông lưng, kèm ngứa hai mu bàn chân.

Tình trạng lúc NV:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu: Mạch: 60 lần/ phút; HA: 130/70 mmHg;

Nhịp thở: 20 lần/phút; Nhiệt độ 37°C

Da niêm nhạt

Không vàng da, vàng mắt

Phù mắt, hai chân, đối xứng, ấn lõm, tay T > tay P

Cân nặng 57kg

-Diễn tiến sau nhập viện:

N1-4: Phù bụng, mặt và tay giảm, cân nặng giảm 2kg (55kg), vẫn còn khó thở nhiều, ngứa hai mu bàn chân không giảm.

#### IV/. TIỀN CĂN

##### 1. Bản thân

###### a. Nội khoa

**Bn nv ở đây mấy lần? Sao thiếu máu đến mức truyền máu?**

Cách nhập viện 1 năm, bệnh nhân được chẩn đoán THA, suy tim, suy thận mạn, GERD tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định:

+ THA: Huyết áp tâm thu cao nhất 150mmHg, huyết áp tâm thu dễ chịu 130mmHg, điều trị liên tục theo toa

**Chẩn đoán THA: >140/90 2 lần đo.**

+ Suy tim: EF = 37% tháng 12/2018. Khó thở khi nằm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức, leo 1 tầng lầu thì khó thở, nghỉ thì khó thở giảm

**Sao Gò Vấp dám giữ ca này?**

**Nghĩ suy tim do gì? THA phát hiện cùng lúc suy tim.**

**Đang đtri biso liều suy tim, chưa chắc đtri THA.**

+ Suy thận mạn: Creatinin: 1247,5 umol/L tháng 12/2018; đã phẫu thuật FAV tháng 8/2018 chưa chạy thận nhân tạo

+ GERD: bệnh nhân có ợ hơi ợ chua, buồn nôn, đợt bệnh này bệnh nhân cảm giác nôn lợ hơn, khó chịu hơn, ăn uống kém hơn.

=> Hiện đang điều trị:

+ Bisoprolol Plus HTC 2.5/6/25

1 viên x2 ( Sáng sau ăn, tối trước ngủ)

+ Furosemide 40mg

1 viên ( Sáng sau ăn)

+ Cinnarizine 25mg

1 viên ( Tối trước ngủ)

+ Domperidon 10mg

1 viên x2 (Sáng, chiều sau ăn)

**Toa thuốc thiếu nhiều. Chưa đtri đủ suy tim.**

**Coi chừng ng nhân là bệnh thận đa nang thì phải tư vấn gia đình đi tầm soát.**

b. Ngoại khoa:

Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

c. Thói quen:

- Hút thuốc lá: không

- Uống rượu bia: không

- Ăn uống: có thói quen ăn mặn

- Vận động: Ít vận động

- Không uống thuốc nam, thuốc bắc, nước lá.

d. Dị ứng

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng

## 2. Gia đình

Chưa ghi nhận tiền căn tăng huyết áp, ĐTĐ, bệnh thận mạn, tim mạch

## **V/. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7h00 ngày 25/03/2019)**

Tim mạch: khó thở khi nằm, khó thở về đêm

Hô hấp: không ho

Tiêu hóa: buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua, không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn

Tiết niệu: nước tiểu vàng, nhiều bọt, lượng 500ml/ngày, không gắt buốt

Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt

Cơ xương khớp: không đau nhức xương khớp.

Chuyển hóa: Phù giảm, ngứa

## **VI. KHÁM (7h30 ngày 25/3/2019)**

### **1. Tổng trạng**

Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt

Sinh hiệu:

Mạch: 80 lần/phút

HA: 140/90 mmHg

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 18 lần/phút

Không co kéo cơ hô hấp phụ

Mạch quay đều rõ

Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng

Móng sọc ???

Không sao mạch, không lòng bàn tay son

Cân nặng: 55 kg, chiều cao: 156 cm

Phù hai chân, bụng, tay, mềm, trắng, ấn lõm, không đau, đối xứng hai bên

Mảng bầm xuất huyết tại vị trí tiêm

### **2. Khám từng vùng**

#### **a. Đầu mặt cổ**

Cân đối

Môi không khô, lưỡi sạch

Họng không sung đỏ.

Tĩnh mạch cổ nổi 45 độ (+)

Tuyến giáp không to.

#### **b. Ngực**

Cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không u, không sẹo.

· Tim:

Mỏm tim khoảng liên sườn VI đường nách trước (T), diện đập mỏm tim 1x1 cm<sup>2</sup>

T1, T2 đều rõ, tần số: 80 lần/phút, không âm thổi, không tiếng tim bất thường

Hardzer (-), không dấu nẩy trước ngực, không ổ đập bất thường, không rung miu

· Phổi

Rung thanh giảm 2 đáy phổi

Gõ đục 2 đáy phổi

Rì rào phế nang giảm 2 đáy phổi

Rale ẩm 2 đáy phổi

#### c. Bụng

Bụng cân đối, bè hai bên, di động theo nhịp thở, không u, không tuần hoàn bàng hệ, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi, không sẹo mổ cũ

Âm ruột: 5 l/p, không âm thổi.

Gõ trong quanh rốn, gõ đục vùng thấp

Bụng mềm

Gan 2cm dưới bờ sườn P

Lách không sờ chạm

Chạm thận (-), rung thận (-)

#### d. Cơ xương khớp

Không giới hạn vận động

#### e. Thần kinh

Cổ mềm.

Không yếu liệt tay chân

Không dấu thần kinh định vị

### **VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 11 ngày, qua thăm khám ghi nhận:

· *TCCN:*

- Phù mắt, bụng, hai chân, hai tay, không đau, tăng dần về chiều
- Khó thở khi nằm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức
- Tiểu vàng, bọt, lượng 500ml/ngày
- Buồn nôn nhiều, nôn ra ít thức ăn
- Ngứa

· *TCTT*

- Niêm nhợt, móng sọc
- Tĩnh mạch cổ nổi 45 độ (+)
- Mỏm tim KLS VI, đường nách trước (T)
- Hội chứng 3 giảm 2 đáy phổi
- Phổi rale ẩm
- Phù toàn thân, trắng, mềm, ấn lõm, không đau, đối xứng

**Tồn thương da**

· *Tiền căn:*

- Bệnh thận mạn: Creatinin 1247 umol/L, đã phẫu thuật FAV
- THA
- Suy tim
- GERD

## **VIII/. ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Phù toàn thân
2. Khó thở
3. Tiền căn : Bệnh thận mạn, THA, Suy tim, GERD

**Sao chẩn đoán GERD. Coi chừng HUS cũng gây nôn ói.**

## **IX/. CHẨN ĐOÁN**

### **1.Chẩn đoán sơ bộ:**

Bệnh thận mạn giai đoạn 5 biến chứng thiếu máu mạn **yttd? C, G, A**  
, THA, Suy tim toàn bộ độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA- GERD

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Đợt mất bù suy tim/Bệnh thận mạn giai đoạn 5 biến chứng thiếu máu mạn, THA, Suy tim toàn bộ độ III theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA do THA- GERD

## X/ BIỆN LUẬN

1. Phù toàn thân: bệnh nhân nhập viện vì phù toàn thân (nặng mi mắt, phù 2 chân, phù 2 tay, phù bụng) phù mềm, trắng, ấn lõm không đau, đối xứng nên bệnh nhân có phù toàn thân. Trên bệnh nhân phù toàn thân có thể do những nguyên nhân:

-Xơ gan: Bệnh nhân không có các triệu chứng của hội chứng suy tể bào gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, không có tiền căn nghiện rượu, bệnh lý viêm gan siêu vi nên không nghĩ.

-Suy dinh dưỡng: trước khi phù bệnh nhân có cân nặng 46kg, chiều cao 156cm => BMI=18.9, không có ăn uống kém kéo dài nên không nghĩ

-Suy tim: bệnh nhân có khó thở khi nằm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức, kèm phù tăng dần về chiều, mồm tím nằm ở KLS VI đường nách trước (T) kèm có tĩnh mạch cổ nổi 45o (+) nên nghĩ nhiều

-Bệnh lý thận:

Bệnh thận mạn: Bệnh nhân có tình trạng phù toàn thân, phù tăng dần, kèm theo tiểu vàng, tiểu bọt, có chẩn đoán bệnh thận mạn cách nhập viện 1 năm nên nghĩ nhiều.

+Giai đoạn: Bệnh nhân có Creatinin tháng 12/2018 là 1247.5 umol/L **sao biết là nên? Nhỡ suy thận cấp thì sao?** => GFR= 2,9 ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> da, đã phẫu thuật FAV nên nghĩ nhiều là bệnh thận mạn giai đoạn 5

+Biến chứng: Bệnh nhân hiện suy thận mạn giai đoạn cuối, các biến chứng có thể bao gồm:

.Rối loạn điện giải: Cần làm Ion đồ để xác định

.Rối loạn toan kiềm: Bệnh nhân không có thở nhanh sâu, môi không đỏ nên ít nghĩ=> Đề nghị RA

.Rối loạn chức năng tim mạch:

Tăng huyết áp và dày thất (T): nghĩ nhiều vì khám trên lâm sàng ghi nhận mồm tím nằm ở KLS VI đường nách trước (T) và bệnh nhân có tiền căn THA 1 năm nay

Suy tim sung huyết: nghĩ nhiều

Bệnh lý mạch máu: Bệnh nhân chưa có tiền căn bệnh tim thiếu máu cục bộ, chưa từng đau ngực nên ít nghĩ

Bệnh lý ngoài tim: Không loại trừ hoàn toàn

.Rối loạn tiêu hóa- dinh dưỡng: Bệnh nhân ăn uống kém, cảm giác ăn uống không ngon miệng, nghĩ nhiều có biến chứng rối loạn tiêu hóa dinh dưỡng do tình trạng tăng ure huyết

.Rối loạn thần kinh- cơ: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, trương lực cơ bình thường, không có rung giật cơ nên không nghĩ

.Rối loạn huyết học:

Thiếu máu mạn: nghĩ nhiều vì bệnh nhân khám thấy có niêm nhợt, tiền căn thiếu máu mạn, từng truyền máu → đề nghị công thức máu. **Phải hỏi bn có truyền máu không, mỗi lần truyền mấy bịch? Bn này suy tim mà truyền HCL là rip do nó sẽ kéo nước vào, 1 HCL kéo 2 lần nước (vd 250 kéo 500). Bs quá can đảm khi truyền máu ca này. Không bao giờ stm đi truyền máu.**

Kiểm ng nhân mất máu:

- Xuất huyết
- Tán huyết
- Giảm nhập: ăn uống, bnhiu kg lúc đó, BMI nhiều, albumin lúc đó nhieu (coi lại xn cũ trên máy)
- HUS

**Chích EPO thì 2-3 tháng nó mới lên.**

Rối loạn đông máu: nghĩ nhiều vì bệnh nhân khám thấy có xuất huyết vị trí tiêm => Đề nghị làm bilan đông máu

Rối loạn chức năng bạch cầu: bệnh nhân hiện không có hội chứng nhiễm trùng, bệnh nhân không sốt nên ít nghĩ

.Rối loạn nội tiết- chuyển hóa: Bệnh nhân không có tiền căn ĐTĐ, hội chứng 4 nhiều nhưng không loại trừ được => Đề nghị làm đường huyết đói, HbA1c để loại trừ

.Tổn thương da: Bệnh nhân xuất hiện nhiều sang thương dát tăng sắc tố, phân bố khắp cơ thể, kích thước đa dạng nên nghĩ nhiều có sang thương da

Suy thận cấp/ Suy thận mạn: ít nghĩ nhưng không loại trừ được, cần theo dõi Creatinin của bệnh nhân sau 24-48h để loại trừ

2. Khó thở : Bệnh nhân có khó thở khi nằm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức, đợt bệnh này bệnh nhân khó thở nhiều, mệt nhiều → khó thở cấp/mạn :

- Khó thở mạn :



-Bệnh lý tim mạch: Bệnh nhân có hội chứng suy tim, bệnh nhân có khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi gắng sức, tĩnh mạch cổ nổi 45o (+), mỗm tim nằm ở KLS VI đường nách trước (T) nên nghĩ nhiều bệnh nhân có suy tim toàn bộ

-Phân độ suy tim: Bệnh nhân khó thở khi leo một tầng lầu nên nghĩ bệnh nhân suy tim độ 3 theo NYHA

-Nguyên nhân suy tim:

+Tăng huyết áp: bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nên nghĩ nhiều

+Bệnh mạch vành: ít nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý mạch vành, không đau ngực => Đề nghị làm Troponin, ECG để loại trừ

+Bệnh cơ tim: Không ghi nhận tiền căn gia đình có bệnh lý cơ tim, không có tiền căn nhiễm siêu vi trước đó, nhưng bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối nên không loại trừ bệnh thận mạn

+Bệnh van tim: Không nghe âm thổi tim nhưng không thể loại trừ => Đề nghị làm siêu âm tim để loại trừ

+Rối loạn nhịp tim: Không nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn hội hộp đánh trống ngực, khám lâm sàng mạch quay đều rõ, tiếng tim đều nên không nghĩ

-Giai đoạn suy tim: Bệnh nhân có triệu chứng suy tim nhưng còn đáp ứng điều trị nên xếp giai đoạn C theo ACC/AHA

-Yếu tố thúc đẩy: THA, bệnh thận mạn, thiếu máu mạn

-Khó thở cấp : trên bệnh nhân có các nguyên nhân :

- Tim mạch : đợt suy tim mất bù / suy tim mạn

- Phù phổi cấp : bệnh nhân khó thở nhiều phải ngồi dậy để thở, phổi rale ẩm- trên nền suy tim toàn bộ nên không thể loại trừ -> đề nghị XQ ngực

- Bệnh lý màng tim: tràn dịch màng tim, chèn ép tim cấp : bệnh nhân phù toàn thân, bệnh thận mạn có thể gây biến chứng tràn dịch màng tim → Siêu âm tim.

- Yếu tố thúc đẩy đợt suy tim mất bù : suy thận mạn, thiếu máu.

- Bệnh lý hô hấp: Bệnh nhân không sốt, không ho đàm, không đau ngực, không ho ra máu, không có tiền căn bệnh lý đường hô hấp nhưng có hội chứng 3 giảm ở 2 đáy phổi nên không loại trừ tràn dịch màng phổi trong biến chứng tràn dịch đa màng trên bệnh thận mạn => Đề nghị làm X-quang ngực kiểm tra

## **XI/. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**

- TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, đạm niệu 24h
- Albumin máu, protein máu
- Bilan lipid máu (HDL, LDL, tryglycerid, Cholesterol)
- Bilan đông máu (PT, INR, aPTT)
- Ure, Creatinin máu
- Công thức máu, Ion đồ
- X-quang ngực thẳng, siêu âm bụng
- ECG, NT-proBNP, Troponin, siêu âm tim
- Acid uric máu, AST, ALT, đường huyết

## **XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**

### **1. TPTNT 22/3/2019**

Xét nghiệm	Kết quả	
Ery	25	$\leq 10$ Ery/uL
Urobilinogen	3.2	$\leq 17$ umol/L
Bilirubin	Negative	$< 3.4$ umol/L
Nitrit	+	Negative
Ketons	Negative	$< 0.5$ mmol/L
Protein	1.0	$< 0.1$ g/L
Glucose	5.5	$< 1.7$ mmol/L
pH	5.5	4.8-7.5
S.G	1.010	1.000-1.025
Leukocytes	500	$< 10$ Leu/uL
Color	Yellow	

=>Kết luận:

Nitrit (+), leukocytes 500 mà lâm sàng không có triệu chứng của nhiễm trùng tiểu nên nghi ngờ là một nhiễm trùng tiểu không triệu chứng cơ địa người lớn tuổi=> đề nghị cấy nước tiểu.

Có đạm, máu trong nước tiểu phù hợp tình trạng suy thận mạn của bệnh nhân

### **2. Sinh hóa**

Xét nghiệm	21/3	22/3	Trị số bình thường
Glucose			3.9-6.1 mmol/l
Urea	<b>45.5</b>	<b>45.2</b>	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	<b>1486.6</b>	<b>1384.7</b>	Nam: 62-120; Nữ: 44-88 $\mu$ mol/L
Calci toàn phần		<b>1.36</b>	2.2-2.65mmol/L
Phosphorus		<b>2.36</b>	0.9-1.5mmol/L
GFR (MDRD4)	<b>2.39</b>	<b>2.59</b>	ml/ph/1.73m <sup>2</sup>
Na	137.9	137.5	135-145 mmol/L
K	<b>5.33</b>	4.39	3.5-5.0 mmol/L
Cl	109.1	108.6	97-111mmol/L
AST	19.4		$\leq \leq 31$ U/L
ALT	27.2		$\leq 41$ U/L
Albumin	<b>31.2</b>		35-50g/L
Protein Total	<b>56.1</b>		65-82g/L

**\*KẾT LUẬN**

Urê máu tăng phù hợp với bệnh cảnh suy thận mạn của bệnh nhân

Kali tăng, protein giảm, albumin giảm phù hợp bệnh cảnh suy thận mạn

Creatinin giảm nhưng nằm trong 10%  $\rightarrow$  không có suy thận cấp

**Biến chứng thường gặp nhất của BTM là tim mạch (THA > suy tim > ...)**

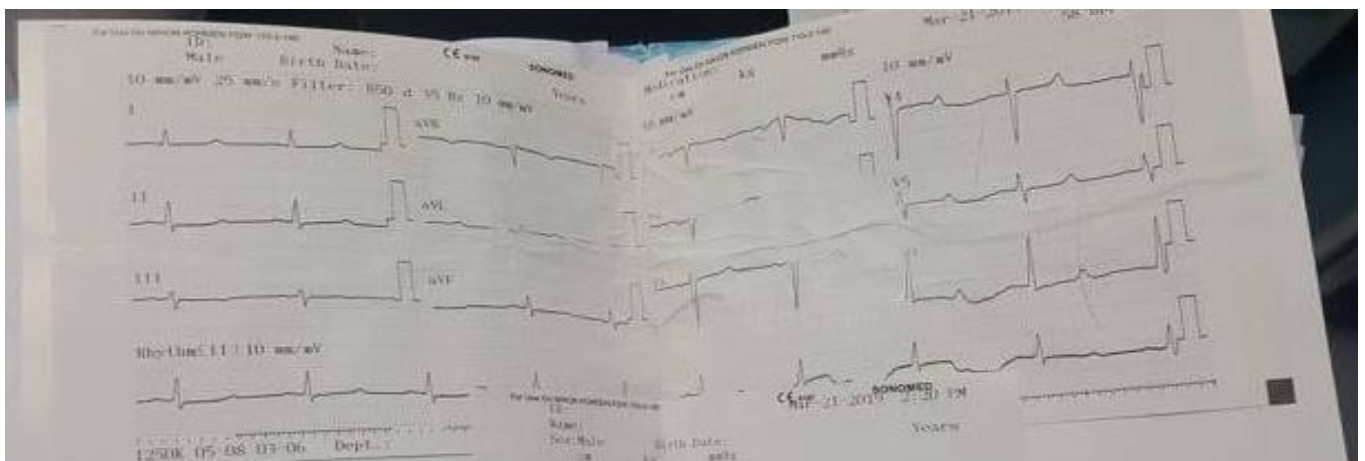
**Ca này phải tìm ytn, dự đoán diễn tiến, tâm soát biến chứng (THA đttrị mục tiêu theo pro niệu).**

**Sao Kali tụt được gần 1 meq/l. Do bs cho Kalimax rút kali đường ruột.**

**3. X-quang ngực:****KẾT QUẢ:**

Bóng tim lớn, tái phân bố tuần hoàn phổi

Theo dõi tràn dịch màng phổi 2 bên lượng ít

**4. ECG**

Kết quả:

Nhịp xoang đều, tần số 57 lần/phút

Trục trung gian

Sóng P biên độ 0,1 mV, thời gian 0.08s ở D2

Sóng P ở V1 âm biên độ 0.1mV nghi ngờ lớn nhĩ T

PR= 0,16s

Phức bộ QRS = 0,08s

Chuyển đạo trung gian V5

QTc = 0,43s

SV1 + RV5 = 1.8mV, R aVL = 0.2 mV

RV1 + SV5 < 1.1 mV

Sóng T dương ở DI, DII, V3-V6

T âm ở aVR

ST không chênh

Kết luận: theo dõi lớn nhĩ T

5. Siêu âm tim 21/3/2019

KẾT LUẬN:

-Dẫn lớn nhĩ trái

- Dày xơ hóa các lá van
- Không dịch màng ngoài tim
- Vô động vách liên thất, giảm động các thành tim còn lại
- Rối loạn chức năng tâm trương thất (T) độ II, LVEDP không tăng
- Hở van ĐMC nhẹ, VC<3mm
- Hở van 2 lá trung bình, VC=5mm, type I do dẫn vòng van
- Hở van 3 lá trung bình, VC=5mm. Áp lực ĐMP tăng (PAPs=41 mmHg)
- Chức năng tâm thu thất (T) giảm EF=25%, EF(sp)=33%, EF (BP) =36%

Không thấy bchung THA.

Nhìn là thấy có bệnh mạch vành → xem suy tim có phải do ng nhân này không, nhớ đtri combo mạch vành.

#### 6. Men tim 21/3/2019

NT-Pro BNP >35000 pg/mL (bình thường <125pg/mL), tăng rất cao nghĩ nhiều là đợt mất bù suy tim mạn

đề nghị Troponin T

#### 7. CTM 21/3/2019

	Kết quả	
WBC	4.15	4-10K/uL
Neu%	71.4	40-77%
Lym%	18.8	
Eos%	0.7	
RBC	<b>2.19</b>	
Hgb	<b>61</b>	
Hct	<b>0.199</b>	
MCV	90.9	
MCH	27.9	
MCHC	<b>307</b>	

PLT	186	
PT	14.4	
PT%	<b>70.2</b>	79-125%
INR	<b>1.22</b>	0.86-1.13
aPTT	29.40	26-37

22/3/2019

Sắt huyết thanh	15.0	7-26umol/L
Ferritin	<b>557.1</b>	20-300ng/mL

Bạch cầu trong giới hạn bình thường

Bệnh nhân thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nặng → do giảm erythroprotein trong suy thận mạn giai đoạn 5

**Cải thiện máu không đáng tin do kq này sao khi bn đã truyền máu.**

Đông máu: có rối loạn đông máu do biến chứng của suy thận mạn

8. Nhóm máu: Nhóm máu A Rh+

### XIII/. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Đợt suy tim mất bù/Bệnh thận mạn giai đoạn 5 biến chứng thiếu máu mạn, tăng kali máu **HUS??**, Suy tim toàn bộ độ 3 theo NYHA, giai đoạn C theo ACC/AHA, THA-GERD - Nhiễm trùng tiêu.

### XIV/. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị : bệnh thận mạn giai đoạn cuối điều trị bệnh căn nguyên không còn cần thiết, chỉ điều trị làm chậm diễn tiến của bệnh và điều trị biến chứng, điều trị bệnh đi kèm.

- Giảm dịch nhập. Furo xài không đủ bị rebound phù lại.
- Bchung thiếu máu: do thiếu epo? Phải thêm xn ferritin, ...Đang suy tim EF 33%, có thể truyền máu nâng Hb lên 9g/dl để giảm khó thở, nhớ theo dõi có oap không.
- Sau đó điều trị EPO để nâng Hb lên 11-12 g/dl
- RL điện giải: Kali, canxi (canxi gluconat).
- Sao STM canxi giảm?

- Bn hạ Ca, tăng P → đtri tăng P trc = giảm ăn trứng, sữa rồi đtri hạ Ca = Ca gluconat, Phospholugel (Al(oh)3), maloc (vừa Ca, P), sevelamer (không gây tích Canxi làm cứng xương).
- Toan kiềm: Phải xin RA
- HUS: Bn chưa chạy TNT hồi tháng 8 lúc GFR = 4. Cách duy nhất đtri là giảm ủa huyết xuống.
- Ca này nên thăm phân PM vì TNT sẽ làm suy tim nặng hơn.
- Ca này xài ucmc được, nên xài statin để LdL < 70 do bn có stm gđ cuối là nguy cơ tim mạch.
- Eprex: tính liều theo kg (phải ghi cụ thể tên thuốc)
- Lợi tiểu uống or chích? Chích là tác dụng lẹ, dẫn mạch nhanh. Ca này chưa oap nên uống được.
- Nhiễm trùng tiểu:
  - Đủ tiêu chuẩn rồi (không trch)
  - Trên or dưới
  - Lần đầu hay tái phát: check lại hồ sơ
  - Đơn giản or phức tạp:
  - Tác nhân: E.coli → ntt dưới: nitro/bactrim/ciproflox... Nếu có thai thì mới thay bằng cefuroxim (ksinh cho thai đều nhóm B lên). Ktra bằng cấy. Cấy ra đa kháng coi churng ngoại nhiễm or lộn mẫu nước tiểu.
  - Ca này NTT không trch, không cần đtri gấp, nên cấy nc tiểu lại lần 2. NTT không trch gặp ở đđđ, thai kỳ.

Ca này để lâu HUS gây:

- Tán huyết
- Rlđm do giảm tiểu cầu, bầm máu trên tay chân.
- Loét dd
- Nôn ói, ăn uống kém, sdd
- điều trị thay thế thận
- kiểm soát huyết áp
- điều trị suy tim
- điều trị thiếu máu
- rối loạn điện giải
- GERD
- Nhiễm trùng tiểu

Y lệnh :

Furosemide	2A x 2 TMC
Amlordipin 5mg	2v u sáng

Esomeprazole 20mg                      1 v u sáng trước ăn **nếu cho sai sẽ gặp ADR: tăng thiếu máu do giảm toan dạ dày → không hấp thu sắt được; bn loãng xương (đã btm r mà còn loãng thêm :v).**

EPO 2000                                      1 A      TDD

Cefuroxim 500mg                              1 v x2 uống

Bệnh nhân có chỉ định thay thế thận

#### **XV) TIỀN LƯỢNG:**

Bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, huyết áp kiểm soát tốt tuy nhiên suy thận mạn giai đoạn cuối nhiều biến chứng điều trị không hiệu quả, suy tim nặng → tiên lượng xấu