

# BỆNH ÁN NỘI KHOA

## I/Hành chính:

Họ và tên: Dương Thị Tuyết      Tuổi: 70      Giới: Nữ  
Địa chỉ: P.12, Q.Gò Vấp  
Nghề nghiệp: Nội trợ  
Ngày nhập viện: 16h ngày 10/9/2016  
Giường: 12, phòng 311, khoa Thận – Nội Tiết BV NDGD

## II/Lý do nhập viện: Tiểu máu

## III/Bệnh sử:

Cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân tiểu gắt buốt, tiểuắt nhất (30ph-1h / 1 lần), tiểu gắp kèm cảm giác đau tức, liên tục vùng hạ vị, lan xuống cơ quan sinh dục ngoài mỗi khi đi tiểu, sau khi đi tiểu thì hết. Nước tiểu vàng trong, không lẫn máu, không hôi, bệnh nhân không nhớ rõ lượng. Các triệu chứng kéo dài liên tục trong 4 ngày, bệnh nhân không điều trị

Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân cảm thấy mệt, không đi đứng được. Sau đó bệnh nhân đi tiểu máu đỏ tươi, toàn dòng kèm cảm giác tiểu khó và đau tức vùng hạ vị dữ dội, liên tục → Nhập khoa cấp cứu BVNDGD, sinh hiệu lúc nhập viện: mạch: 86 l/ph, HA: 140/80 mmHg, nhiệt độ: 37<sup>0</sup>C, bệnh nhân mệt nhiều, vã mồ hôi, không lơ mơ, không mất tri giác, những lần đi tiểu tiếp theo lượng máu ít dần, có máu cục

Ngày thứ nhất sau nhập viện, bệnh nhân hết tiểu máu, tiểuắt nhất, không đau hạ vị, nước tiểu màu trắng đục, lượng 1l/ngày

Ngày thứ 2 sau nhập viện, bệnh nhân tiểuắt nhất, tiểu gắt trở lại, không tiểu máu, không đau hạ vị (giải thích: do NTT chưa ổn)

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không phù, không thiếu niệu, không tiểu đêm, không đau hông lưng, sụt cân không đáng kể

## IV/Tiền căn:

### 1/Bản thân:

#### a)Nội khoa:

-Cách đây 10 năm, bệnh nhân khám tổng quát phát hiện DTD type 2, RL lipid máu, bệnh nhân uống thuốc và tái khám đều đặn ở BVNDGD. DTD type 2 bệnh nhân dùng thuốc Metformin 850mg, uống 2 l/ngày, mức theo dõi đường huyết HbA1C (ngày mấ...) là...

-THA cách đây 8 năm, HA tối đa 150 mmHg, HA dễ chịu 120 mmHg, tuân thủ điều trị, dùng Lisinopiril 10mg 1 l/ngày.

-Phát hiện sỏi thận cách đây 7 năm qua siêu âm, tự điều trị, không tái khám

-Cách đây 4 năm, bệnh nhân tiểuắt nhất, tiểu gắt buốt, tiểu máu lượng ít cuối dòng, khám và được chuẩn đoán nhiễm trùng tiểu tại BVNDGD, điều trị khỏi sau 1 tuần

-Bệnh nhân có sử dụng Aspirin thời gian gần đây, không rõ liều lượng.

**b)Ngoại khoa:**

-Cách đây 13 năm, bệnh nhân mỗi lần hành kinh đều ra nhiều máu, khám và được mổ u nang buồng trứng tại BV CR. Bệnh nhân đã mổ VRT tại BVCR.

**c)Thói quen:**

-Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

**d)Sản phụ khoa:**

-PARA = 2002, sinh con 2 lần nặng lần lượt là 3kg và 3,2kg. Đã mãn kinh 10 năm nay

**2/Gia đình:**

-Chưa ghi nhận tiền căn DTD, BTM, THA...

**V/Lược qua các cơ quan: (8h sáng ngày 12/9/2016)**

-Tim mạch: không khó thở, không hồi hộp, không đánh trống ngực

-Hô hấp: không ho khạc đàm, không đau ngực

-Tiêu hóa: không chán ăn, không buồn nôn, không nôn, không đau bụng

-Tiết niệu: không đau hông lưng, bệnh nhân tiểu gắt buốt, nước tiểu vàng trong, lượng bình thường

-Thần kinh: không chóng mặt, đau đầu

-Cơ, xương, khớp: không đau, không giới hạn vận động các khớp

-Chuyển hóa: không sốt, không phù, không vàng da

**VI/Khám lâm sàng: (8h sáng ngày 12/9/2016)**

**1/Tổng quát**

-Tinh, tiếp xúc tốt

-CC: 1m55 , CN: 66kg → BMI = 27.47, thể trạng béo phì

-Sinh hiệu: mạch: 80 l/ph, HA: 120/80 mmHg nhịp thở: 18 l/ph, nhiệt độ: 37<sup>0</sup>C.

-Nằm đầu ngang, thở êm, không co kéo cơ hô hấp phụ, da niêm hồng, không vàng da, không phù, không XHDD, không sao mạch, không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống, hạch ngoại biên không sờ chạm, mạch tứ chi rõ đều

**2/Đầu – mặt – cổ:**

-Cân đối, tuyến giáp không to, tuyến mang tai không to, môi không khô, lưỡi sạch

-Không TMCN /45<sup>0</sup>, phản hồi bụng cảnh (-)

**3/Lồng ngực:**

-Cân đối, di động khi thở tốt, không lồng ngực hình thùng, cột sống không biến dạng, khoang liên sườn không giãn rộng, không sẹo mổ, không THBH, không khối u

**\*Tim:** Không sờ được mỏm tim, không rung miêu, không ổ đập bất thường, không dấu nẩy trước ngực. T1, T2 rõ đều, tần số 80 l/ph.

**\*Phổi:** Gõ trong khắp phổi. RRPN + RT đều 2 bên. Phổi không rale

#### **4/Bụng:**

-Cân đối, di động khi thở tốt, không THBH, sẹo mổ u nang buồng trứng kích thước 2x6cm, sẹo tốt, không u

-Nhu động ruột 6 l/ph, không âm thổi động mạch vùng bụng.

-Bụng mềm, không có điểm đau

-Dấu sóng vỗ (-), gõ đục vùng thấp (-)

**\*Gan:** Bờ trên gan kls V DTD P, bờ dưới gan không sờ chạm. Ấn kẽ sườn (-), rung gan (-), không âm thổi, không tiếng cọ bao gan

**\*Lách:** Không sờ chạm

**\*Thận:** Chạm thận (-), bập bênh thận (-), rung thận (-), không cầu bàng quang.

#### **5/Thần kinh – cơ – xương – khớp:**

-Không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp, cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

### **VII/Tóm tắt bệnh án:**

-Bệnh nhân nữ 70 tuổi, nhập viện vì tiểu máu, bệnh 7 ngày. Qua thăm khám và hỏi bệnh sử, ghi nhận các bất thường sau:

#### **1/TCCN:**

-Tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu gấp kèm đau hạ vị, lan xuống cơ quan sinh dục ngoài

-Tiểu máu đại thể, toàn dòng

#### **2/TCTT:**

-Khám không có gì bất thường

#### **3/Tiền căn:**

-DTD type 2, RL lipid máu 10 năm, tuân thủ điều trị

-THA 8 năm, tuân thủ điều trị

-Tiền căn sỏi thận, nhiễm trùng tiểu

### **VIII/Đặt vấn đề:**

1/Hội chứng niệu đạo cấp

2/Tiểu máu

3/DTD type 2

4/RL lipid máu

5/THA

### **IX/Chuẩn đoán sơ bộ:**

Viêm bàng quang cấp, YTNC: nữ, 70 tuổi, tiền căn sỏi thận, DTD, chưa biến chứng – DTD type 2 – THA – RL lipid máu

### **X/Chuẩn đoán phân biệt:**

Sỏi thận biến chứng viêm BQ cấp – DTD type 2 – THA – RL lipid máu

K bàng quang – DTD type 2 – THA – RL lipid máu

### **XI/Biện luận:**

**1/Hội chứng niệu đạo cấp:** bệnh nhân có tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, tiểu buốt nên bệnh nhân có hội chứng niệu đạo cấp, có thể do các nguyên nhân sau:

-Chấn thương niệu dục: bệnh nhân không có chấn thương trước đó → Không nghĩ

-Viêm âm đạo: bệnh nhân không ra huyết trắng bất thường, không quan hệ tình dục → Đề nghị khám phụ khoa kiểm tra

-Nhiễm trùng tiểu: bệnh nhân có đau vùng hạ vị, tiểu máu, tiền căn sỏi thận, nhiễm trùng tiểu, ngoài ra bệnh nhân còn có các yếu tố nguy cơ của NTT như: giới nữ, lớn tuổi, DTD, sỏi thận → Nghĩ nhiều bệnh nhân có nhiễm trùng tiểu

#### **\*\*\*Nhiễm trùng tiểu:**

##### **a)Vị trí:**

\*\*\*NNT trên: bệnh nhân không sốt lạnh run, không đau hông lưng, rung thận (-) → Không nghĩ

\*\*\*NTT dưới: bệnh nhân đau hạ vị, không sốt lạnh run, không đau hông lưng, có hội chứng niệu đạo cấp nên nghĩ nhiều:

-Viêm bàng quang cấp: bệnh nhân có hội chứng niệu đạo cấp, đau vùng hạ vị, tiểu máu, tiểu đục, ngoài ra không có sốt lạnh run, không đau hông lưng → Nghĩ nhiều

-Viêm niệu đạo cấp: bệnh nhân có hội chứng niệu đạo cấp, tiểu đục phù hợp với viêm niệu đạo cấp, tuy nhiên tiền căn không có huyết trắng bất thường, QHTD trước đợt bệnh, không phù hợp với tiểu máu đại thể toàn dòng → Ít nghĩ

##### **b)Biến chứng của NTT:**

-NT huyết: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không co giật, không thở nhanh, nhịp tim không nhanh, không có biểu hiện cơ quan → Không nghĩ.

-Abscess thận và quanh thận: bệnh nhân không đau hông lưng, sốt lạnh run, rung thận (-), chạm thận (-) → Không nghĩ

-Hoại tử gai thận: tuy bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là DTD type 2 nhưng không có biểu hiện sốt cao kèm lạnh run, không đau hông lưng khám rung thận (-), chạm thận (-) → Không nghĩ

-Viêm bàng quang sinh hơi, viêm đài bể thận sinh hơi: tuy bệnh nhân có yếu tố nguy cơ DTD nhưng lâm sàng không có sốt cao kèm lạnh run, không đau hông lưng khám rung thận (-), chạm thận (-) → Không nghĩ

**c) NTT trên bệnh nhân này là NTT phức tạp do:**

-Lớn tuổi (70t)

-Bệnh nội khoa đồng mắc: DTD type 2, THA, rối loạn lipid máu

-Có thể có máu đông làm tắc nghẽn đường niệu

**d) Tác nhân:**

-NTT trên bệnh nhân DTD thường là E.coli → Đề nghị cấy nước tiểu, làm kháng sinh đồ

**2/Tiểu máu:**

-Bệnh nhân tiểu máu đỏ tươi, có kèm máu cục → Bệnh nhân có tiểu máu, là tiểu hồng cầu

-Không ghi nhận các nguyên nhân gây tiểu máu thoáng qua ở bệnh nhân: kinh nguyệt, gắng sức, QHTD, chấn thương, xạ trị, đặt sonde tiểu, nhiễm siêu vi...

-Tiểu máu trên bệnh nhân này có thể do 3 nguyên nhân:

+Tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận: thường không có máu cục, bệnh nhân không phù, không thiếu niệu → Không nghĩ

+Tiểu máu do rối loạn đông máu: bệnh nhân có sử dụng thuốc kết tập tiểu cầu là Aspirin, tuy nhiên Aspirin không gây tiểu máu đại thể toàn dòng được, không chảy thận nhân tạo, không bầm máu, không XHDD, không chảy máu răng → Không nghĩ

+Tiểu máu có nguồn gốc không từ cầu thận: phù hợp trên bệnh nhân này do tiểu máu đại thể, có máu cục, kèm hội chứng niệu đạo cấp, bí tiểu, tiền căn sỏi thận, nhiễm trùng tiểu → Nghĩ nhiều

-Nguyên nhân gây tiểu máu có nguồn gốc không từ cầu thận trên bệnh nhân:

+NTT: đã biện luận ở trên

+Sỏi niệu: bệnh nhân có tiền căn sỏi niệu, tự điều trị, sỏi nhỏ có thể gây tiểu máu và gây biến chứng NTT → Không loại trừ → CLS: CT-scan, KUB, UIV, canxi niệu, acid uric niệu

+Bướu thận và K BQ: bệnh nhân lớn tuổi, tiểu máu đại thể, NTT lần 2 → Không loại trừ → CLS: tế bào học nước tiểu, BTA, siêu âm bụng, UIV, CT-scan, soi BQ

+THA ác tính: lúc nhập viện HA bệnh nhân là 140/80 mmHg, bệnh nhân không tổn thương mắt và các cơ quan khác → Không nghĩ

**3/DTD type 2:**

**4/THA:**

\*\*\*Bệnh nhân có thực sự là THA? → Bệnh nhân được chuẩn đoán THA tại....., HA sau khi sử dụng thuốc Lisinipril là 120/80mmHg → Bệnh nhân có THA

\*\*\*THA này là nguyên phát hay thứ phát? → Nghi ngờ là nguyên phát, không có dấu hiệu cho biết thứ phát....

\*\*\*Phân độ THA: không phân độ do bệnh nhân đang được điều trị.

\*\*\*Tầm soát biến chứng của THA

**a)Tim:**

+Suy tim trái: bệnh nhân không khó thở gắng sức, không khó thở về đêm, không Gallop T3 → Không nghi

+Bệnh mạch vành: bệnh nhân nv đợt này không có đau thắt ngực, tuy nhiên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ XVD (nữ mãn kinh, DTD, THA, RL lipid máu) → Ít nghi, đề nghị CLS ECG gắng sức

**b)Thần kinh:**

+Não: chưa ghi nhận ngất, lơ mơ và tiền căn tai biến mạch máu não, không yếu liệt chi → Không nghi

**c)Thận:** bệnh nhân đi tiểu bình thường, chưa ghi nhận bất thường → ít nghi → Đề nghị BUN, Creatinin, TPTNT, siêu âm bụng, ion đồ

**d)Mắt:** bệnh nhân không nhìn mờ → Đề nghị soi đáy mắt

**e)Bệnh mạch máu:**

+Bóc tác động mạch chủ ngực: bệnh nhân không có đau ngực dữ dội → không nghi

+Bệnh động mạch chi dưới: bệnh nhân không đau cách hồi, mạch chi dưới rõ đều. Khám không ghi nhận dấu giập dây chằng và dấu se sẹo → không nghi

**5/RL LP máu:**

**6/Tiền căn sỏi thận:**

**XII/Đề nghị CLS:**

-CLS thường quy: CTM, ECG, XQ phổi thẳng, ion đồ

-CLS chuẩn đoán: TPTNT, cấy nước tiểu, BUN, creatinin, canxi niệu, acid uric niệu

**XIII/Kết quả CLS:**

**1/TPTNT:**

Ery	25
Urobilinogen	3,2
Bilirubin	bt
Nitrit	Positive

Ketone	vết
<b>Protein</b>	<b>0.3 mg/dl</b>
Glu	(-)
pH	error
<b>Leukocyte</b>	<b>500</b>
<b>Color</b>	<b>đỏ</b>
<b>Clarity</b>	<b>đục</b>

-Ery = 25 phù hợp chuẩn đoán NTT, sỏi thận

-Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của NTT, nitrit (+) và có bạch cầu trong nước tiểu, đủ 3/3 tiêu chuẩn chuẩn đoán bệnh nhân bị NTT → Đề nghị cấy nước tiểu, làm kháng sinh đồ

-Protein 0.3 mg/dl của bệnh nhân có thể do bệnh nhân đang stress và đây là mẫu nước tiểu lấy bất kì trong ngày nên không có ý nghĩa.

## 2/Siêu âm bụng:

-Kết quả:

- +Dày lan tỏa thành bàng quang, theo dõi viêm bàng quang
- +Theo dõi máu cục trong lòng bàng quang
- +Gan nhiễm mỡ

-Biện luận kết quả: Siêu âm bụng phù hợp với VBC cấp, không thấy sỏi, tuy nhiên không loại trừ được sỏi → Đề nghị KUB, nếu KUB vẫn không có sỏi → Đề nghị UIV

## 3/CTM:

<b>WBC</b>	<b>12.1</b>
<b>Neu</b>	<b>8.5</b>
Lym	2.5
Mono	1
Eos	0.1
Baso	0.1
RBC	4
<b>Hb</b>	<b>116</b>
Hct	0.36
MCV	89.8
MCH	29.1
MCHC	324
RDW	12.6

PLT 339

MPV 8.4

-Bạch cầu tăng cao, chủ yếu là BCDNTT phù hợp trong bệnh cảnh NTT

-Bệnh nhân có thiếu Hb nhẹ

#### 4/Sinh hóa máu:

**HbA1C 6.5**

Ure 4.9

Creatinin 96.7 → GFR = 70 ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> da.

**Cholesterol 5.57**

TG 1.87

HDL-Cholesterol 1.4

**LDL-Cholesterol 3.77**

AST 18.2

ALT 19.0

-HbA1C tăng cao do bệnh nhân có DTD

-Tăng cao Cholesterol và LDL-Cholesterol máu → Phù hợp với bệnh cảnh bệnh nhân bị rối loạn mỡ máu

### Rút ra sau khi sửa bệnh án:

-NTT đặc biệt phải hỏi có điều trị kháng sinh trước đó không → Ảnh hưởng TPTNT

-Bí tiểu là triệu chứng thực thể, trong bệnh sử nên ghi tiểu khó

-Thường thì tiểu máu ít khi đến mức thiếu máu, trừ chấn thương thận gây tiểu toàn máu toàn dòng, bệnh nhân sock giảm V, HHA...

-Hỏi bệnh về DTD nên ghi lại HbA1C, không nên ghi đường huyết đói

-Bệnh nhân được sử dụng Aspirin lý do là có 3 yếu tố nguy cơ lớn nhất của NMCT là THA, DTD, RL LP máu.

-Tuổi tiền mãn kinh, có nang buồng trứng thường là lành tính, không cần xử trí. Chỉ xử trí khi “cường kinh” – tức là ra máu nhiều lúc hết kinh.

-Sẹo mổ cũ chỉ cần ghi tốt hay không thôi. Không cần ghi chảy dịch, chảy mủ gì hết, vì nếu có thì là vấn đề hoàn toàn khác, nếu nhiễm trùng vết mổ thì đã xảy ra ngày xưa rồi

-Tiền căn sỏi thận thì đặt vấn đề, tiền căn NTT thì không cần

-Aspirin và Clopidogrel thường không gây tiểu máu toàn dòng được. Chỉ có thuốc Wafarin là coi chừng (kháng VitK)



-Không phân độ THA khi:

+THA thứ phát

+Bệnh nhân < 18t

+Đang điều trị

+Có bệnh lý cấp tính đi kèm

-Khám gõ đục vùng thấp làm dấu sóng võ để phân biệt mờ hay dịch.

-Khám gõ đục vùng thấp (-) ko cần làm dấu sóng võ.

TỔ 9 Y2013 YDS