

BỆNH ÁN

Bệnh này ưu tiên chọn thi Y6 :v

I. Hành chính

- Họ và tên bệnh nhân: Cao Chí H. Nam Tuổi: 38 tuổi
- Nghề nghiệp: làm hồ
- Địa chỉ: Biên Hoà – Đồng Nai
- Ngày giờ vào viện 14 giờ 30 phút chưa kịp có giấy ra viện → bắt quay về lấy giấy ra viện liền ngày 5 tháng 3 năm 2019 Giường 58 khoa Thận Nội tiết
- Số hồ sơ 12298

II. Lý do nhập viện: ho ra máu

III. Bệnh sử

Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân ho đàm trắng đục, lượng khoảng hơn 1 muỗng cafe, dây máu đỏ, mùi tanh, kèm đau tức ngực quá sơ sài, coi chừng có NmCT?? Ý kiến sv trình: đau kiểu màng phổi, 7 tính chất khi ho. Cảm giác mệt.

Ngày nhập viện, còn ho đàm, lượng nhiều hơn, dây máu, cảm giác đau tức ngực vẫn còn. Một nhiều, xuất hiện khó thở 2 thì, không tư thế tăng giảm, không liên quan gắng sức, còn đi lại được. Đến khám tại bệnh viện 512 Giường aka Đa khoa Bình Dương (tên chuối cả nải), tại đây bệnh nhân được chẩn đoán không rõ, phát hiện suy thận mạn giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo 1 lần, cảm thấy khoẻ hơn, không an tâm điều trị, xin xuất viện nhập viện Gia Định

Hồ sơ cũ đâu? Phải có giấy ra viện ở ca này, rất quan trọng

Ca này đoán xác suất là OAP do tim hay do HUS của stm? Nếu oap do hus thì ở dưới chạy thận thì giờ ok rồi. OAP do ứ muối nc, tăng P thủy tĩnh.

Trong quá trình bệnh bệnh nhân sốt một lần (?) ngày nào, lúc vào bv Bình Dương còn sốt không rõ nhiệt độ, không dùng thuốc gì, ăn uống bình thường, không sụt cân, tiểu vàng, lượng bình thường như mọi ngày. Tiểu phân vàng đóng khuôn. Chạy thận XN đông máu, vgB, C rồi chạy máy 30p nữa, không có chuyện vô bv 1 ngày chạy thận r chạy đi bv khác

Tình trạng lúc nhập viện

- Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được
- Sinh hiệu: mạch 80, nhiệt độ 37, huyết áp 110/60, nặng 46kg
- Nhịp thở, spo2? Ran ẩm lúc NV?
- Xquang tuyến tr?

Diễn tiến sau nhập viện 2 ngày

Khó thở: Vẫn sinh hoạt dc

- Còn ho đàm, đàm trắng đục, không lẫn máu
- Tiểu vàng lượng bình thường, có bọt, lâu tan

Phải hỏi trch của HUS có chưa để quyết định điều trị tiếp.

BS nói sao bn mới chịu chạy thận vì trc giờ bn khoẻ.

BN được XV do không có bhyt, cuối tháng mới có bhyt thì quay lại → thời điểm thi á ngar ==))

IV. Tiền căn

1. Bản thân

- Nội khoa: Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý nội khoa trước đây
- Ngoại khoa: Chưa ghi nhận bệnh lý ngoại khoa
- Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng
- Thói quen: hút thuốc lá 20 gói.năm trong 20 năm, thỉnh thoảng uống rượu bia

2. Gia đình

- Mẹ: bệnh thận không rõ, không chạy thận nhân tạo, bệnh lý tim mạch là bệnh j → **THA, mẹ phát hiện bệnh thận lúc bao nhiêu tuổi, hoàn cảnh phát hiện (nhiều khi do uống thuốc)? Có anh chị em ruột bị bệnh thận không?**
- Cha: tăng huyết áp

V. Lược qua các cơ quan 3 ngày sau nhập viện

- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: còn ho đàm, đau ngực khi ho
- Tiêu hoá: không đau bụng, tiêu phân vàng đóng khuôn
- Niệu sinh dục: nước tiểu vàng, nhiều bọt, tiểu dễ không gắt buốt
- Thần kinh – cơ xương khớp: tỉnh táo không đau đầu, không chóng mặt, không giới hạn vận động
- Chuyển hoá: không sốt, không phù

VI. Khám lâm sàng 3 ngày sau nhập viện

1. Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Da niêm nhạt, móng nhạt
- Chi ấm, mạch quay đều rõ
- Sinh hiệu: mạch 70 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút
- Tổng trạng trung bình: cao 160cm, nặng 46kg BMI = 18 kg/m² **gầy**
- Catheter tĩnh mạch đùi lưu

2. Đầu mặt cổ

- Cân đối, không biến dạng, không phù mi
- Kết mạc không vàng
- Tai sạch, họng sạch, không đỏ, lưỡi không dơ
- Tuyến giáp, tuyến mang tai không to
- Khí quản không lệch, không tĩnh mạch cổ nổi

3. Ngực

- Lồng ngực cân đối di động đều theo nhịp thở
- Không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch
- Không u, sẹo mổ cũ
- Tim:
 - Không ồ đập bất thường
 - Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn trái
 - Rung miêu âm tính, harzer âm tính
 - T1, T2 đều rõ 70 lần/phút, không âm thổi
- Phổi
 - Rì rào phế nang êm dịu, không rale

4. Bụng

- Cân đối, không sọc mổ
- Bụng gõ vang
- Không điểm đau khu trú
- Gan không to, bờ trên gan khoảng gian sườn V đường trung đòn trái, bờ dưới gan không sờ chạm, chiều cao gan 10cm
- Lách, thận không sờ chạm

5. **Thần kinh**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

6. **Cơ xương khớp**

- Không đau nhức khớp, không giới hạn vận động

VII. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam nhập viện vì ho ra máu, bệnh 2 ngày, có các triệu chứng sau

- Cơ năng
 - o Mệt, khó thở
 - o Ho đàm trắng đục, dây máu, lượng ít, đau tức ngực khi ho
 - o Tiểu vàng, lượng bình thường, nhiều bọt
- Thực thể
 - o Niêm hồng nhạt, móng nhạt
 - o Catheter tĩnh mạch đùi lưu
- Tiền căn
 - o Suy thận mạn giai đoạn cuối (?) chạy thận nhân tạo 1 lần

VIII. **Đặt vấn đề đvđ kiểu này là chị Yên muốn cho rút r**

1. Ho ra máu lượng ít bn khó thở, đau ngực, thiếu trch HUS.
2. Hội chứng thiếu máu
3. Tiền căn: Suy thận mạn giai đoạn cuối (?) chạy thận nhân tạo 1 lần

BN này nên tiếp cận từ khó thở do tim, phổi, HUS

Ở bv trc có được sdung ksinh, thuốc j chưa. BN chưa được dùng → vpq, viêm phổi là loại shoy. VPQ do virus rất hiếm HRM

Giải quyết đau ngực kiểu mp (như khai thác)

Bn này có thể suy thận do đã được chạy thận, còn lại phải cđoan từ đầu do không có miếng giấy nào

IX. **Chẩn đoán sơ bộ**

Viêm phế quản cấp / suy thận mạn giai đoạn cuối biến chứng thiếu máu sao HRM???

Chẩn đoán phân biệt

Lao tiến triển / suy thận mạn giai đoạn cuối biến chứng thiếu máu

Hội chứng gôdpasture hc goodpasture không ăn nhập, KT kháng màng đáy cầu thận, biểu hiện HRM, không kèm đàm, nhiều đọt, thận: tiểu máu vi thể, đtri UCMD cort, thay huyết tương. Bn chưa được làm j hết mà lại không hrn nữa.

X. **Biện luận**

Suy thận của bn:

- Ytnc: thận độc nhất, HTL (nếu thận độc nhất thì sẽ thường có THA → hỏi bn có uống thuốc HA trc đó chưa)
- STC or stm/ st tiến triển nhanh/ stc trên nền mạn
- Trchung: Thiếu máu ntn? Có tương ứng vs gđ nặng không, Có HC lưới hok (pmnb), phải mô tả mấy ở XH khác (ói, tiêu, hematome,...), giảm Canxi nhưng phải kèm tăng Photpho, tăng PTH, acid uric ntn
- SÂ 1 thận, mất ghan vỏ tuỷ → nghĩ có nền mạn, giờ xem có đọt cấp không
- Nếu stc thận độc nhất thì nó sẽ tăng lọc → Tiểu đạm, tiểu máu,...Ca này có khả năng stc trên nền mạn, nền mạn RIP do có nhiều rối loạn
- Nếu vô niệu thì crea tăng 1mg/dl per day, có dị hoá thì sẽ tăng nhiều hơn
- Chỉ định chạy thận nhân tạo định kỳ:
 - eGFR: <6.8 → tìm biến chứng: Tim (dẫn thất T, suy tim,...), ion (K, Ca, P, PTH), RA (kiềm), thiếu máu (nhớ bilan sắt, bilan lipid), nhiễm trùng

- đtri:

- Tim
- RL lipid máu
-

➤ **Vấn đề ho ra máu**

- **Có ho ra máu:** bệnh nhân ho đàm, có gắng sức ho, đay máu, mùi tanh, không lần thức ăn, ngày nhập viện khám không thấy máu ở mũi, thành sau họng
- **Ho ra máu lượng ít:** <50 ml
- **Nguyên nhân:**
 - a. Rối loạn đông máu: chưa ghi nhận tiền căn xuất huyết, chảy máu lâu cầm trước đây → không nghĩ **bệnh thận mạn?**
 - b. Tim:
 - Sung huyết phổi thường gặp trong suy tim, bệnh nhân không có triệu chứng mệt, khó thở, giảm khả năng gắng sức kéo dài trước đây → không nghĩ
 - Hẹp khít van 2 lá gây sung huyết phổi nặng có ho đàm kèm đàm bọt hồng, bệnh nhân này có ho đàm, tuy nhiên đàm đay máu đỏ, độ nặng khó thở không tương xứng trong bệnh cảnh này, ngày nhập viện khám không thấy rale phổi → không nghĩ
 - c. Phổi
 - i. Phế quản: dẫn phế quản, viêm PQ cấp/mạn,
 1. Viêm phế quản cấp: có hc nhiễm siêu vi hô hấp trên kéo dài hơn 1 tuần, sau đó chuyển sang ho có đàm; ho ra máu ít dính với đàm. Ở bệnh nhân có ho đàm lượng ít, tuy tiền triệu nhiễm siêu vi không rõ nhưng diễn tiến sau 1 ngày nhập viện ho đàm không còn lẫn máu → nghĩ nhiều
 2. Viêm phế quản mạn, dẫn phế quản: có tiền căn hút thuốc tuy nhiên không ho khạc đàm mạn trước đây, ít nghĩ
 - ii. Chủ mô:
 1. Nhiễm trùng: viêm phổi (vk, siêu vi, nấm, ký sinh trùng), lao phổi
 - Viêm phổi: gây ho ra máu hiếm khi ho ra máu đối với vi khuẩn thường. Thường gặp viêm phổi sau chỗ tắc do ung thư hay vi khuẩn Staphylococcus, Influenza, Klebsiella, như vậy hội chứng nhiễm trùng phải rõ, trên bệnh nhân không có → không nghĩ. Đề nghị CTM, CRP, Xquang phổi loại trừ
 - Lao phổi: VN trong vùng dịch tễ lao, bệnh nhân có ho ra máu, không có các triệu chứng chán ăn, sụt cân, sốt nhẹ, tuy nhiên các triệu chứng này không đặc hiệu, biểu hiện lâm sàng không rõ ràng → chưa loại trừ lao phổi. Đề nghị Xquang ngực thẳng, 3 lần AFB đàm.
 2. Bệnh hệ thống:
 - Goodpasture: kháng thể kháng màng đáy; biểu hiện ở phổi có thể là ho ra máu, trên thận có thể chỉ có tiểu máu vi thể, hoặc hiện diện trong tình trạng suy giảm chức năng thận

nặng, đột ngột. Bệnh cảnh trên bệnh nhân là phù hợp khởi phát cấp tính ho ra máu lượng ít, suy thận mạn giai đoạn cuối vừa phát hiện, khó thở do thiếu máu trên lâm sàng. Tuy nhiên đây là nguyên nhân rất hiếm gặp, và lâm sàng sau nhập viện không còn ho máu nữa dù không điều trị đặc hiệu, nên ít nghĩ, đề nghị làm TPTNT, Bun, creatinine, Anti GMB, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies ANCA, C3,C4, ANA, HBsAg, HCV – DNA, ASO, đông máu toàn bộ

- Lupus, viêm da cơ tự miễn (viêm da cơ tự miễn 70% tổn thương đầu tiên tại phổi bằng tổn thương mô kẽ): bệnh sử không - rụng tóc, ban da, đau khớp nên loại trừ

iii. Mạch máu: truyền tắc phổi, dị dạng mạch máu, dò động tĩnh mạch, Hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT; còn gọi là Osler–Weber–Rendu): ngoài ho ra máu còn khó thở phải nặng → không nghĩ

- **Vấn đề: Hội chứng thiếu máu - mạn:** giải thích bằng cảm giác mệt khó thở, khám thấy niêm nhạt, móng nhạt. Mạn tính: không thấy mức độ ho ra máu nặng, khám thấy mất móng mất bóng, không ồ xuất huyết nơi khác nên loại trừ cấp tính
- **Tiền căn Suy thận mạn giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo 1 lần, chưa rõ chẩn đoán.** Lâm sàng thiếu máu mạn (triệu chứng, biến chứng); tiểu vàng trong, nhiều bọt, lâu tan. Tuy nhiên cần cận lâm sàng xác minh chẩn đoán
Đề nghị: Công thức máu, BUN, Creatinin, ion đồ, Calci, Phospho, TPTNT, Siêu âm bụng

XI. Đề nghị cận lâm sàng

- Cận lâm sàng chẩn đoán:
 - Xquang phổi, 3 AFB đàm, Công thức máu, CRP
 - TPTNT, Bun, creatinine, Anti GMB, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies ANCA, C3,C4, ANA, HBsAg, HCV – DNA, ASO, đông máu toàn bộ
 - Công thức máu, BUN, Creatinin, ion đồ, Calci, Phospho, TPTNT, Siêu âm bụng
- Cận lâm sàng thường quy: AST, ALT

XII. Kết quả cận lâm sàng

- **Chẩn đoán Lao phổi:**
 - **6/3 X-Quang ngực thẳng** không thấy tổn thương nhu mô phổi
 - **7h 6/3 AFB** đàm nhuộm soi vi khuẩn âm tính
Lao phổi gây ho ra máu là lao phổi đang hoạt động, có thể thấy hình ảnh (thâm nhiễm, nốt, hang, xơ). Tuy nhiên, Xquang ngực thẳng ngày 6/3 không thấy tổn thương nhu mô, AFB đàm âm tính nên loại trừ
- **Chẩn đoán Viêm phế quản cấp - suy thận mạn giai đoạn cuối - biến chứng thiếu máu **HrM?****
 - Viêm phế quản
 - *Bạch cầu trong giới hạn bình thường ($WBC = 9.0 K/uL$, neu 84.4%), không hình ảnh đặc hiệu trên Xquang. Phù hợp chẩn đoán viêm phế quản cấp*

- Chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối
 - Creatinin = 748.2 umol/L (bình thường 62-106 umol/L) ~ eGFR = 7.47. *Bệnh nhân có suy thận*

- Ure máu tăng

Ure	25.2	2.5-7.5 mmol/L
-----	------	----------------

- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào

RBC	2.47	4 - 5.8 T/L
Hgb	76	140 - 160 g/l
Hct	0.230	0.35 - 0.47 L/l
MCV	93.4	80 - 100 fL
MCH	30.6	26 - 34 pg
MCHC	328	310 - 360 pg
RDW	13.1	9 - 16 CV%

Bn có thể thiếu máu mạn, chịu được nên mới không than trich nào, vẫn làm hồ phà phà → HUS kín đáo, phải đi khám, nghe lại khúc 40p c nói j đó đang lo ra.

- **Giảm calci máu**

Ca toàn phần	2.18	2.2-2.6 mmol/L
--------------	-------------	----------------

- **Siêu âm 6/3/2019**

THẬN (P) kích thước #34x96 mm không sỏi, không ứ nước

Chủ mô thận echo dày phân biệt tuỷ vỏ không rõ

THẬN (T) không thấy trong hố thận

Kết luận

- Theo dõi bệnh lý chủ mô thận mạn thận (P)
- Thận trái không thấy trong hố thận

Siêu âm thận vỏ tuỷ không phân biệt rõ, có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, giảm calci máu ủng hộ chẩn đoán suy thận mạn. Tuy nhiên kích thước thận 34x96 mm > 90 mm, có thể do bệnh lý thận bẩm sinh. Thận to gợi ý một số nguyên nhân STM: ĐTD, lupus, HIV

Kích thước thận chỉ tương đối, không dùng để chẩn đoán, bn này cao 1m60 thì kích thước này bình thường

- Chẩn đoán biến chứng:
 - i. Thiếu máu như trên
 - ii. Ion đồ bình thường, hạ calci máu

Ion đồ		
Na+	130	135-145 mmol/L
K+	4.38	3.5-5.0 mmol/L

Cl-	96.9	97-111 mmol/L
Ca toàn phần	2.18 ~ 8.72 mg/dl	2.2-2.6 mmol/L
Ferritin	465.2	10-322 ng/ml

• Theo dõi biến chứng tim mạch – chưa suy tim

- Siêu âm tim 6/3 (1 ngày sau nhập viện)
- Các buồng tim không lớn
- Không dịch màng ngoài tim
- Giảm động nhẹ vách liên thất vùng đáy vùng giữa
- Hở van động mạch chủ độ I
- Hở van 2 lá nhẹ, VC < 3mm
- Hở van 3 lá nhẹ VC < 3mm. Áp lực động mạch phổi không tăng (PÁP = 29 mmHg)
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF=58%, EF (sp4) = 56%

- Chẩn đoán hội chứng Goodpasture

TPTNT: 7h 6/3/2019 (1 ngày sau nhập viện)

XN	KQ	Khoảng tham chiếu
TPTNT 10 thông số		
Ery	80	Negative, ≤ 10 Ery/UI
Urobilinogen	3.2	NORMAL, ≤ 17 umol/L
Bilirubin	Negative	Negative, < 3.4 umol/L
Nitrite	Negative	Negative
Ketones	Negative	Negative, <0.5 mmol/L
Protein	1.0	Negative, <0.1 g/L
Glucose	Negative	NORMAL, <17mmol/L
Ph	6.5	4.8-7.5
S.G	1.006	1.000-1.025
Leukocytes	15	Negative, <10 Leu/UI
Color	Yellow	Pale Yellow

TPTNT có tiểu máu, tiểu đạm, tiểu bạch cầu

Protein có 2+ mà sao nhiều bọt?

Có những thay đổi phù hợp với những thay đổi trong hội chứng Goodpasture, tiểu đạm tiểu, tiểu máu. Nhưng không giải thích được tiểu bạch cầu, nên chưa loại trừ nhiễm trùng đường niệu. Nên làm lại TPTNT sau 1 ngày

Về hội chứng này cần thêm các xét nghiệm miễn dịch khác để chẩn đoán: Anti GMB, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies ANCA, C3, C4, ANA, HBsAg, HCV – DNA, ASO, đông máu toàn bộ

XIII. Chẩn đoán xác định

Viêm phế quản cấp / suy thận mạn giai đoạn cuối - biến chứng thiếu máu

Theo dõi hội chứng Goodpasture

XIV. Điều trị

- Nguyên tắc điều trị
 - o Viêm phế quản cấp: điều trị triệu chứng ho
- Suy thận mạn giai đoạn cuối

Copyright © - Ghi chép mỗi tay by Minh Hằng Y13 UMP

- Theo dõi và điều trị biến chứng: thiếu máu, hạ Calci
- Điều trị thay thế thận

Bn này không cần đtri HA

Kali: 4,9 ULN → phải phòng ngừa, nên ăn thức ăn gì ? (Có cái bảng)

Why bn đi tiểu bthg mà tăng Kali? Coi chừng có TCH RA, làm tăng kali máu, kéo kali từ nội bào ra

Chị Yến thường hỏi cđoan, ít hỏi đtri :v

Thiếu máu: bổ sung Erythropoetin, liều EPO

Hạ canxi trong stm cơ chế:

- Tăng phospho làm giảm canxi → phải hạ phospho nếu phospho tăng
- Cường tuyến cận giáp thứ phát
- Giảm chuyển hoá D2 thành D3 , phải bù D3

Phospho không tăng có bù Canxi không? Tại sao không xài do nó không thiếu → lắng đọng canxi ở mô mềm, mạch máu, gây xơ cứng mạch → THA

Bổ sung sắt II ở BN STM, còn mekoferrat thì là sắt fumarate → y6 bik phải bổ sung sắt mấy là ok rồi.

Phương pháp	Lý do điều trị	Mục tiêu kiểm soát	Lựa chọn thuốc	Theo dõi
Chỉnh liều thuốc	- Các thuốc không được thải qua thận gây tác dụng kéo dài - Các thuốc gây độc thận		- Ưu tiên thuốc >70% thải qua gan - Các thuốc CCD: Metformin, Mepiridine ủa xài chi? , thuốc viên hạ ĐH thải qua thận, NSAID - Các thuốc cần chỉnh liều: KS, hạ áp, hạ lipid máu, chống loạn nhịp	
Điều chỉnh cân bằng nước	Ổn định cân bằng nước		- Uống H ₂ O theo nhu cầu - Tránh dùng lợi tiểu quá mức gây mất H ₂ O - Tiết chế H ₂ O nếu BN hạ Na ⁺ máu	- Khám LS: khát nước, không mồ hôi, TM cổ xẹp, hạ HA tư thế - Cân nặng - CVP - Ion đồ theo dõi Na ⁺ máu mỗi 2d
Điều trị thiếu máu	Thiếu máu làm nặng lên HF	- Hb: 11-12 g/dL - Tốc độ cải thiện: Hb tăng <2 g/dl/4w Chú ý: bù đủ sắt, B12, Folic trước khi dùng EPO - Ferritin >500 ng/ml - TSAT > 30%	1) Bổ sung Fe: - Liều Fe nguyên tố 2 mg/kg/d - Loại: FeSO ₄ 200mg (có 65mg Fe nguyên tố) <u>Y lệnh:</u> Mekoferrat 200mg 1v x 2 (u) 2) EPO - Loại: EPO tái tổ hợp - Liều: + TDD: 80-120 UI/kg/w (6000 UI/w dùng 1 lần hoặc chia làm 2-3 lần) hoặc + TM 120-180 UI/kg/w (9000 UI/w chia 3 liều) - Nếu Hb tăng >2 g/dl/4w hoặc đã đạt mục tiêu: giảm 25% liều <u>Y lệnh:</u> Eprix 6000 UI/0.6ml TDD	- HC lưới, Hb, Hct mỗi 1-2w trong tháng đầu, sau đó q1m khi đã đạt mục tiêu
Điều trị hạ Calci	Hạ Calci gây cường cận giáp thứ phát	Calci hiệu chỉnh = [0.8 x (Albumin BT – Albumin BN) + Calci huyết thanh - GD 3,4: 8.4-10.2 mg/dL - GD 5: 8.4-9.5 mg/dL	- Kiểm soát tăng phospho: + Calci carbonate trong bữa ăn + Bù calci cấp cứu nếu có TCLS hạ calci - Không tăng phospho: + Bù calci ngoài bữa ăn + Dùng Calcitriol nếu BN thiếu Calcitriol	Calci máu

Y lệnh cụ thể

- Mekoferrat 200mg 1v x 2 (u)
- Acetylcystein 0,2 g 1 gói uống (ho nhiều) **trót quớt**
- **Thiếu EPO**
- **Xem có đúng HUS**
- **1 lần chạy thận có bhyt là 560k, thêm vật tư này kia 700k**
- **Muốn ghép thận thì phải làm j**
- **Ông này thợ hồ dễ nhiễm trùng, nguy cơ khi thăm phân phức tạp. TPPM thì ăn uống tè tiểu ion ok nhưng phải SẠCH, tuân thủ tốt. TNT thì hạn chế nước, ăn uống, trái cây, giảm chức năng thận tồn lưu nhưng được nvyt lo hết, không sợ nhiễm trùng**
- **Chính liều ks khi chạy thận: CN thận tồn lưu? Nếu đã zero thì khỏi care cứ dùng; Thuốc có qua màng lọc không?**
- **Đề nghị CLS**
 - TPTNT
 - Ion đồ
 - Anti GMB, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies ANCA, C3,C4, ANA, HBsAg, HCV – DNA, ASO,
 - Đông máu toàn bộ

XV. Tiên lượng

Bệnh thận mạn diễn tiến đến suy thận mạn giai đoạn cuối biến chứng thiếu máu mạn, chưa biến chứng tăng huyết áp, các bệnh lý tim mạch khác – tiên lượng gần trung bình
Suy thận mạn giai đoạn cuối cần điều trị thay thế thận, nhanh chóng dẫn đến biến chứng tim mạch, nguy cơ tử vong cao – tiên lượng xa nặng

XÉT NGHIỆM	16h 5/3/19	KHOẢNG THAM CHIẾU
WBC	9.0	4 - 10 K/uL
Neu%	84.9	40 - 77%
Lym%	7.9	16 - 44%
Mono%	4.9	0 - 10%
Eso%	2.0	0 - 7%
Baso%	0.3	0 - 1%
Neu	7.6	2 - 7.5 K/uL
Lym	0.7	1 - 3.5 K/uL

Mono	0.4	0 - 1 K/uL
Eso	0.2	0 - 0.6 K/uL
Baso	0.00	0 - 0.1 K/uL
RBC	2.47	4 - 5.8 T/L
Hgb	76	140 - 160 g/l
Hct	0.230	0.35 - 0.47 L/l
MCV	93.4	80 - 100 fL
MCH	30.6	26 - 34 pg
MCHC	328	310 - 360 pg
RDW	13.1	9 - 16 CV%
PLT	166	150 - 400 Giga/L
MPV	8.5	6 - 12 fL

Xét nghiệm sinh hoá

Tên XN	16h 5/3/2019	Trị số bình thường
Creatinin	748.2	62-106 umol/L
Ure	25.2	2.5-7.5 mmol/L
AST	11.5	≤ 37 U/L
ALT	7.4	≤ 40 U/L
Ion đồ		
Na+	130	135-145 mmol/L
K+	4.38	3.5-5.0 mmol/L
Cl-	96.9	97-111 mmol/L
Ca toàn phần	2.18	2.2-2.6 mmol/L
Ferritin	465.2	10-322 ng/ml
eGFR	7.57	

Siêu âm tim 6/3 (1 ngày sau nhập viện)

Các buồng tim không lớn
Không dịch màng ngoài tim
Giảm động nhẹ vách liên thất vùng đáy
vùng giữa
Hở van động mạch chủ độ I
Hở van 2 lá nhẹ, VC < 3mm
Hở van 3 lá nhẹ VC < 3mm. Áp lực động
mạch phổi không tăng (PÁP = 29 mmHg)
Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn
EF=58%, EF (sp4) = 56%

Siêu âm bụng 6/3//2019 (1 ngày sau nhập viện)

GAN VÀ HỆ MẬT:

Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn

Túi mật thành không dày, lòng không sỏi

TỤY: không to, cấu trúc đồng nhất

LÁCH: không to, cấu trúc đồng nhất

THẬN (P) kích thước #34x96 mm không sỏi, không ứ nước

Chủ mô thận echo dày phân biệt tuỷ vỏ không rõ

THẬN (T) không thấy trong hố thận

BÀNG QUANG: xẹp

TIỀN LIỆT TUYẾN: không to

CÁC BẤT THƯỜNG KHÁC:

Không dịch ổ bụng

Không dịch màng phổi 2 bên

Kết luận

- Theo dõi bệnh lý chủ mô thận mạn thận (P)
- Thận trái không thấy trong hố thận

eGFR: 10h 5/3 8.5 mg/dL

9h 7/3: 9.2 mg/dL