

NHÓM 3.1

Nhóm 1: Nguyễn Khánh Dư- Châu Tấn Thanh- Lê Hồng Minh

BÀI LÀM AKI

Tóm tắt bệnh án: Bệnh nhân nữ 57 tuổi, nhập viện vì mệt và chóng mặt, bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

- TCCN:

+ Mệt, chóng mặt 2 ngày

+ Đau bụng quanh rốn

+ Tiêu phân lỏng toàn nước 5-6 lần/ngày

+ Ói 2 lần

+ Bilanz xuất/nhập:

Nhập: 400 ml

Mất: tiểu 300ml/18h, tiêu chảy 1,3-1,8 L, ói 0,4 L, tổng 2-2,5 L

- TCTT:

+ Vã mồ hôi, tay chân lạnh

+ Sinh hiệu: Mạch 110 lần/phút, huyết áp: 90/60 mmHg

+ Ấn đau vùng quanh rốn, không đề kháng

Phân tích CLS:

- Công thức máu:

+ Hb 12 g/dL, Hct 40% Hb giới hạn dưới, Hct tăng cao => Cô đặc máu.

+ Bạch cầu 14G/L, Neutrophil 90%, công thức bạch cầu tăng cao ưu thế neutrophil

+ Tiểu cầu 170G/L trong giới hạn bình thường

- BUN 40mg/dL và Creatinin máu 1,5 mg/dL máu tăng. $BUN/Cre = 26,7 > 20$

- Đường huyết 100mg/dL trong giới hạn bình thường
- Ion đồ (mMol/L): Na 140, Kali 3, Calci 2,2, Chlor 100.

+ Na, Ca, Cl trong giới hạn bình thường

+ K giảm

- TPTNT:

+ pH 6,5 (4.5-8)

+ d 1,030 (1.018-1.027) nước tiểu có tỷ trọng tăng

+ glucose (-)

+ Protein 100mg/dL bệnh nhân có tiểu đạm

+ Blood (-)

+ Leukoesterase (-) không có bạch cầu trong nước tiểu

+ Nitrit (-)

KL: bệnh nhân có tiểu đạm.

Đặt vấn đề:

1. Sốc giảm thể tích
2. Tiêu chảy cấp ngày 2
3. Tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu ngày 2
4. Hạ kali máu mức độ nhẹ

Câu 1: Lý do nào giải thích tình trạng chóng mặt của bn ? cần bổ sung lâm sàng và cận lâm sàng nào?

Lý do chóng mặt của bệnh nhân này là do tình trạng sốc giảm thể tích vì bệnh nhân có tình trạng cô đặc máu nghĩ nhiều do mất nước qua đường tiêu hoá và nôn ói, thể tích nước lòng mạch giảm làm cho mạch nhanh, huyết áp giảm, lưu lượng máu cung cấp cho não bị thiếu hụt.

- Nguyên nhân tiền đình: Bệnh nhân không ghi nhận các triệu chứng của tổn thương hệ thống tiền đình trung ương (không có các dấu thần kinh định vị như rung giật nhãn cầu, yếu liệt tay

chân...) và tiền đình ngoại biên (chấn thương va đập vào tai, ù tai, điếc tai...).

- Nhiễm trùng: cần phải theo dõi thêm vì bệnh nhân có CTM ghi nhận bạch cầu tăng ưu thế neutrophil
- Hạ đường huyết: Không nghĩ vì đường huyết 100 mg/dl
- Thuốc: Không nghĩ do bệnh nhân không sử dụng thuốc.

Chi tiết cần bổ sung:

Lâm sàng:

- Bệnh sử:

+Tính chất chóng mặt bệnh nhân: chóng mặt có đi kèm triệu chứng như ù tai, yếu liệt, méo miệng, mất thị giác, nhìn đôi, nói khó, tư thế tăng giảm chóng mặt

+Tính chất đau bụng: khởi phát, cường độ, hướng lan, yếu tố tăng giảm cơn đau phân biệt với các nguyên nhân đau bụng khác như viêm ruột thừa, viêm tụy cấp...

+Hỏi bệnh nhân lượng nước nhập (ăn uống), lượng nước xuất (đi tiểu) bình thường trước đó bệnh nhân.

+Hỏi thêm bệnh nhân có triệu chứng bế tắc đường tiết niệu dưới: như đau hạ vị, đau hông lưng, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt..

- Tiền căn:

+Hỏi tiền căn bản thân và gia đình về bệnh thận, bệnh THA, tiểu đường, bệnh miễn dịch, bất thường cấu trúc hay chức năng của đường tiết niệu.

+Hỏi các thuốc đang sử dụng (aminoglycoside, NSAID, amphotericine B,...).

+Hỏi bệnh nhân có đi khám và điều trị trước khi nhập viện ở đâu, toa thuốc đã uống nếu có.

+Hỏi bệnh nhân về creatinin nền trước đó nếu có.

- Khám:

+Sinh hiệu cần khám thêm nhịp thở, nhiệt độ, SpO2

+Khám dấu hiệu mất nước: tri giác bệnh nhân có bức rức vật vã không, mắt trũng, nhãn cầu xẹp, mềm, da véo da, môi khô, lưỡi khô, tĩnh mạch cổ xẹp, hạ huyết áp tư thế, hõm nách khô.

+Khám tim và phổi và các cơ quan khác

Cận lâm sàng:

+ Lactat máu, CRP, AST, ALT

+ ECG, siêu âm tim

+ X-quang ngực

+ Cấy máu

+Thực hiện siêu âm bụng: khảo sát tình trạng đường tiêu hoá các cơ quan có bị viêm hay thủng tạng, loại trừ nguyên nhân bế tắc sau thận

Câu 2: Ghi chẩn đoán sơ bộ dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng tại cấp cứu.

Chẩn đoán sơ bộ: Sốc giảm thể tích do tiêu chảy cấp ngày 2- Tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu - hạ kali máu.

Chẩn đoán phân biệt:

+ Sốc giảm thể tích do tiêu chảy cấp ngày 2 -Tổn thương thận cấp trước thận/tại thận thể thiếu niệu - Hạ kali máu.

+ Theo dõi Sốc nhiễm trùng - Tiêu chảy cấp ngày 2 - Tổn thương thận cấp trước thận thể thiếu niệu - Hạ kali máu.

Biện luận:

- Sốc: bệnh nhân có mặt mờ chóng mặt, tay chân lạnh, thiếu niệu (tiểu 0,33 ml/kg/h trong 18h). Sinh hiệu không ổn định: mạch nhanh 110 lần/ phút, huyết áp tụt 90/60mmHg.

Nguyên nhân:

+ Sốc giảm thể tích: nghi nhiều nhất vì bệnh nhân có tình trạng mất nước nhiều (2,2-2,5 L) qua tiêu hóa do tiêu chảy, nôn ói và lượng nước bù vào thấp (0,4L). Công thức máu ghi nhận không thiếu máu và chỉ số Hct tăng cho thấy có sự cô đặc máu

+ Sốc nhiễm trùng: không thể loại trừ vì bệnh nhân có sự hiện diện ổ nhiễm khuẩn ở đường tiêu hoá, trên CTM ghi nhận có chỉ số bạch cầu tăng cao > 12000 G/L và ưu thế neutrophil. Nên cần phải theo dõi sát bệnh nhân và đánh giá việc đáp ứng truyền dịch và tình trạng tiêu chảy.

+ Sốc do tim: ít nghĩ do bệnh nhân không đau ngực, không ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch như bệnh van tim nặng, viêm cơ tim, rối loạn nhịp.

+ Sốc phản vệ: ít nghĩ do chưa ghi nhận bệnh nhân tiếp xúc dị nguyên (dùng thuốc, tiếp xúc chất độc,..), chưa ghi nhận ngứa, nổi mề đay, suy hô hấp.

- Tiêu chảy cấp: bệnh nhân có tình trạng tiêu phân lỏng toàn nước 5-6 lần, khoảng 250-300 ml/lần ngày thứ 2

Nguyên nhân tiêu chảy: Nghĩ nhiều là do tác nhân vi khuẩn vì trên CTM cho thấy BC tăng cao 15000G/L, ưu thế Neutrophil.

Mức độ tiêu chảy: có mất nước hoặc mất nước nặng cần phải đánh giá các dấu mất nước để phân độ bệnh nhân.

Biến chứng:

+ Ghi nhận sốc giảm thể tích, tổn thương thận cấp, rối loạn điện giải (hạ kali máu).

+ Hạ đường huyết: không đường huyết bệnh nhân 100 mg/dl

+ Rối loạn toan kiềm: thực hiện khí máu động mạch

- Tổn thương thận cấp: Vì bệnh nhân có thể tích nước tiểu 300ml/18h => 0,33 ml/kg/h < 0,5 ml/kg/h trong 18 h (thỏa KDIGO 2012) và có sự tăng BUN 40 mg/dl tăng, Creatinine máu 1,5 mg/dl. Nên cần theo dõi bilan nước xuất/nhập, lập lại BUN và creatinin máu mỗi 24h.

Giai đoạn II vì thể tích nước tiểu 300ml/18h => 0,33 ml/kg/h < 0,5 ml/kg/h trong 18h (>12h)

Thể thiếu niệu vì thể tích nước tiểu 300ml < 400ml/ngày

Nguyên nhân tổn thương thận cấp:

- + Trước thận: nghĩ nhiều do bệnh nhân có tình trạng tiêu chảy cấp biến chứng gây shock giảm thể tích làm giảm lượng máu đến lọc tại cầu thận. Cận lâm sàng ghi nhận bệnh nhân có tỷ trọng nước tiểu tăng $1,030 > 1,018$ và tỷ số $BUN/Cre = 26.7 > 20$, sụt cân 2kg.
- + Tại thận: ít nghĩ do $BUN/Cre > 20$ và tỷ trọng nước tiểu $1,030 > 1,010$ nhưng chưa thể loại trừ trên bệnh nhân này có kèm theo tổn thương tại thận do giảm tưới máu thận. Nên cần phải theo dõi thêm.
- + Sau thận: không nghĩ vì bệnh nhân chưa ghi nhận các triệu chứng và tiền căn của sự bế tắc đường tiểu hay sự bất thường cấu trúc đường tiết niệu. Nên cần hỏi thêm triệu chứng bế tắc đường tiết niệu dưới và làm thêm siêu âm bụng loại trừ.

3. Cần điều trị gì trong 48h đầu sau nhập viện? và theo dõi đáp ứng điều trị ra sao?

Aa Vấn đề	≡ Mục tiêu điều trị	≡ Chiến lược điều trị	≡ Điều trị cụ thể	≡ Theo dõi
<u>Shock giảm thể tích do tiêu chảy cấp</u>	Bồi hoàn thể tích Bilan +3000, theo dõi mạch, HA, tưới máu chi	Bilan xuất-nhập hiện tại: -2600 Dừng dung dịch NaCl 0.9%	NaCl 0,9% 500ml 6 chai, truyền nhanh 1L (2 chai)DCLXVI giọt/phút trong vòng 30p, 4 chai 500ml trong 5h tiếp theo	Bilan nước xuất nhập, lượng nước tiểu 24h, theo dõi HA, ran phổi, phù, nước tiểu sau 30 phút truyền nhanh và mỗi 3h. Xn lactate máu
<u>Tổn thương thận cấp trước thận ngày 2</u>	Trước thận: Bồi hoàn thể tích dịch. -Ngưng thuốc độc thận NSAID, ức chế thụ thể, thuốc cản quang, kháng sinh nhóm aminoglycosides.	Theo dõi creatinin huyết thanh 24h, làm ion đồ niệu Cân bằng bilan nước: Nhập = Xuất -500	NaCl 0,9% như trên	Bilan nước xuất nhập, lượng nước tiểu 24h, theo dõi HA, ran phổi, phù, nước tiểu sau 30 phút truyền nhanh và mỗi 3h.

<u>Aa</u> Vấn đề	<u>M</u> Mục tiêu điều trị	<u>C</u> Chiến lược điều trị	<u>Đ</u> Điều trị cụ thể	<u>T</u> Theo dõi
<u>Hạ kali máu mức độ nhẹ</u>	Giữ mức Kali từ 3.5-5.0, theo dõi mức độ K, ECG, tiền căn tim mạch.	Thay đổi chế độ ăn, kiểm soát thức ăn chứa Kali. Bù Kali đường uống, kiểm soát chặt khi Kali dưới 3.0	-Cho ăn thức ăn giàu Kali -Sando-K đường uống 2 viên/ 1 lần, 3 lần/ngày	Ion đồ mỗi ngày 1 lần, ECG khi có K dưới 3.0, có triệu chứng tim lâm sàng.

4.Cần hướng dẫn dự phòng gì cho bệnh nhân để tránh bệnh tái phát?

- Tư vấn phòng ngừa tiêu chảy, nôn ói: thay đổi thói quen ăn uống và sinh hoạt: Giữ vệ sinh để ngăn ngừa thức ăn bị ô nhiễm. Bảo quản riêng thực phẩm sống và thức ăn chín để tránh lây nhiễm chéo. Nấu kỹ thức ăn để giết chết vi sinh vật. Bảo quản thức ăn ở nhiệt độ phù hợp để ngăn vi khuẩn phát triển. Dùng nước sạch và thực phẩm tươi sống an toàn để tránh thức ăn bị ô nhiễm. Khi có tiêu chảy nôn ói, nếu uống được cần bù nước qua đường uống.
- Tư vấn phòng ngừa tổn thương thận cấp:
- Tránh tình trạng giảm tưới máu thận: bệnh nhân khi có tình trạng mất nước (như tiêu chảy, nôn ói, bỏng,..) hoặc tình trạng đột ngột giảm lượng nước tiểu, cần phải đến bệnh viện khám điều trị kịp thời, theo dõi lượng nước tiểu, bù đủ nước, cần xét nghiệm đánh giá BUN, creatinine, độ lọc cầu thận ít nhất 3 tháng để xác định bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, bắt đầu một mức độ mới của suy thận.
- Thận trọng dùng thuốc:cần có sự tư vấn từ bác sĩ trước khi dùng thuốc như thuốc kháng sinh nhóm aminoglycoside, NSAID, thuốc ức chế miễn dịch, amphotericine B, chất cản quang.
- Nếu buộc phải dùng thuốc như aminoglycoside: thay đổi kháng sinh khác, giảm liều khi suy thận, bù nước đầy đủ.
- Phòng ngừa tổn thương thận cấp do thuốc cản quang: thận trọng khi GFR <45-60 ml/phút/m²da, bệnh nhân đã có tình trạng suy thận cấp => nguy cơ cao, dùng liều cản quang thấp nhất. Có thể dùng Acetylcystein 600mg uống x 2 lần trong 2-3 ngày, bù đủ nước trước và sau khi chụp cản quang, nếu có sử dụng metformin ngưng 48h trước và sau thủ thuật
- Phòng ngừa tổn thương thận cấp do nguyên nhân khác như: +suy thận cấp do ly giải cơ vân, tán huyết: truyền dịch tích cực, bicarbonate ngừa kết tủa thành trụ

trong ống thận. +Suy thận cấp do tăng acid uric máu: Truyền dịch tích cực, uống nhiều nước, Allopurinol 300mg/ngày.

- Điều trị và theo dõi các bệnh đồng mắc nếu có. Đặc biệt là các bệnh ảnh hưởng lên chức năng thận như tăng huyết áp, suy tim, đái tháo đường,.. Để có chẩn đoán điều trị tránh ảnh hưởng suy giảm chức năng thận.