

# GIẢI ĐÁP CKD - 3

## Tình huống lâm sàng

Bn nam 38 tuổi. Nhập viện vì phù toàn thân.

CNV 3 tháng BN được chẩn đoán: Bệnh thận mạn giai đoạn 5-THA-thiếu máu mạn do thiếu sắt tại BV Nguyễn Tri Phương, không có Creatinin nền, BN không tuân thủ điều trị, tự ngưng thuốc sau khi hết phù.

CNV 3 ngày BN bắt đầu phù mắt cá chân tăng dần lên mu bàn chân, đối xứng, phù mềm, ấn lõm, không đau, tăng về chiều, tăng khi đi lại, giảm vào buổi sáng, bệnh nhân không rõ tăng bao nhiêu kg, uống khoảng 2000ml/ ngày, tiểu #1500ml/ngày, nước tiểu vàng trong, kèm khó thở khi đi 5-10m, khó thở 2 thì, giảm khi ngồi, ho khan ít → NV BV Tiền Giang.

Tại BV Tiền Giang: bệnh tĩnh, HA 130/80mmHg, thở co kéo nhẹ, ho khan, da niêm nhạt, tim đều, phổi ran ẩm ran nổ, bụng mềm.

CLS: WBC  $7 \times 10^3/\text{ml}$ , Hct 19%, Creatinin 10,74 mg/dl, K<sup>+</sup> 7 mmol/l, Lactate 4mmol/l, Ure 234 mg/dl.

Chẩn đoán: viêm phổi- bệnh thận mạn giai đoạn cuối- tăng K máu- thiếu máu nặng

Điều trị: Levofloxacin 0,5g 1 chai, Ceftriaxon 1g 2 lọ, Furosemide 20mg.

BN nhập viện Tiền Giang 1 ngày phù không giảm, khó thở không giảm, tiểu #1,5l/ngày → Chuyển BV CR

Tình trạng lúc nhập viện BVCR: Bệnh nhân tĩnh, tiếp xúc tốt. Da niêm nhạt. Phù chân.

Sinh hiệu: mạch 107 lần/phút, huyết áp: 160/110mmHg, nhịp thở: 20 lần/ phút, nhiệt độ: 37,80C

Tim đều, phổi ran nổ 2 bên.

## Tiền căn

- CNV 3 tháng BN phù như trên kèm khó thở khi đi lại 5-10m → NV Nguyễn Tri Phương được chẩn đoán Bệnh thận mạn, giai đoạn cuối-THA-thiếu máu mạn do thiếu sắt, điều trị nội trú 10 ngày, BN hết phù, hết khó thở → xuất viện uống thuốc theo toa: Amlodipin 5mg 2v\*2, Bidiferon (Fe 50mg + Acid Folic 0,35mg) 2v trong 5 ngày, BN tự ngưng thuốc, không tái khám. Từ sau xuất viện BN đi bộ 500-700m thì khó thở, dễ chịu khi nghỉ (bình thường đi 1-2km không khó thở) → BN nghỉ làm thợ sơn, nội trợ ở nhà.

- Chưa ghi nhận tiền căn đái tháo đường.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch.
- Hút thuốc lá nửa gói/ngày trong 20 năm (10 gói-năm)
- Không ghi nhận dùng các thuốc Bắc, thuốc gia truyền.

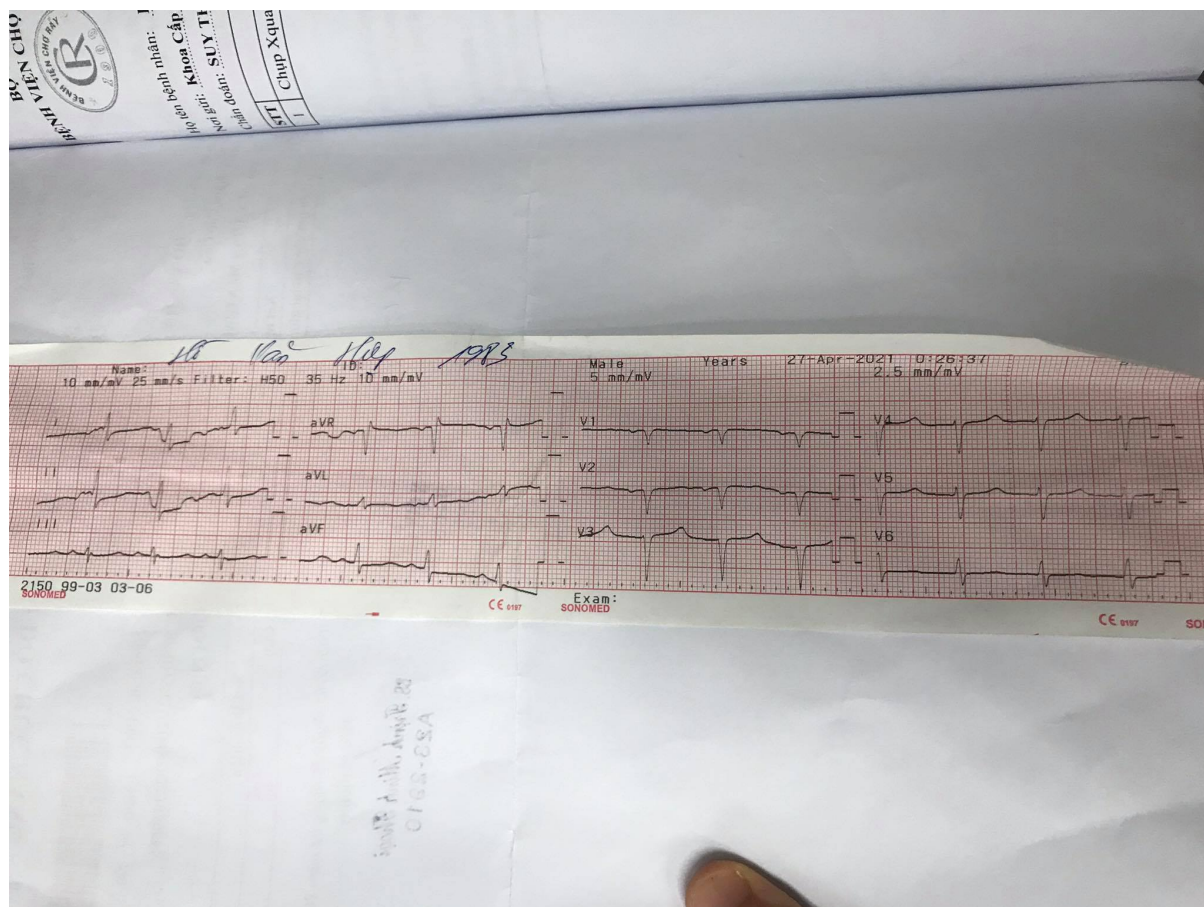
### CLS tại BVCR

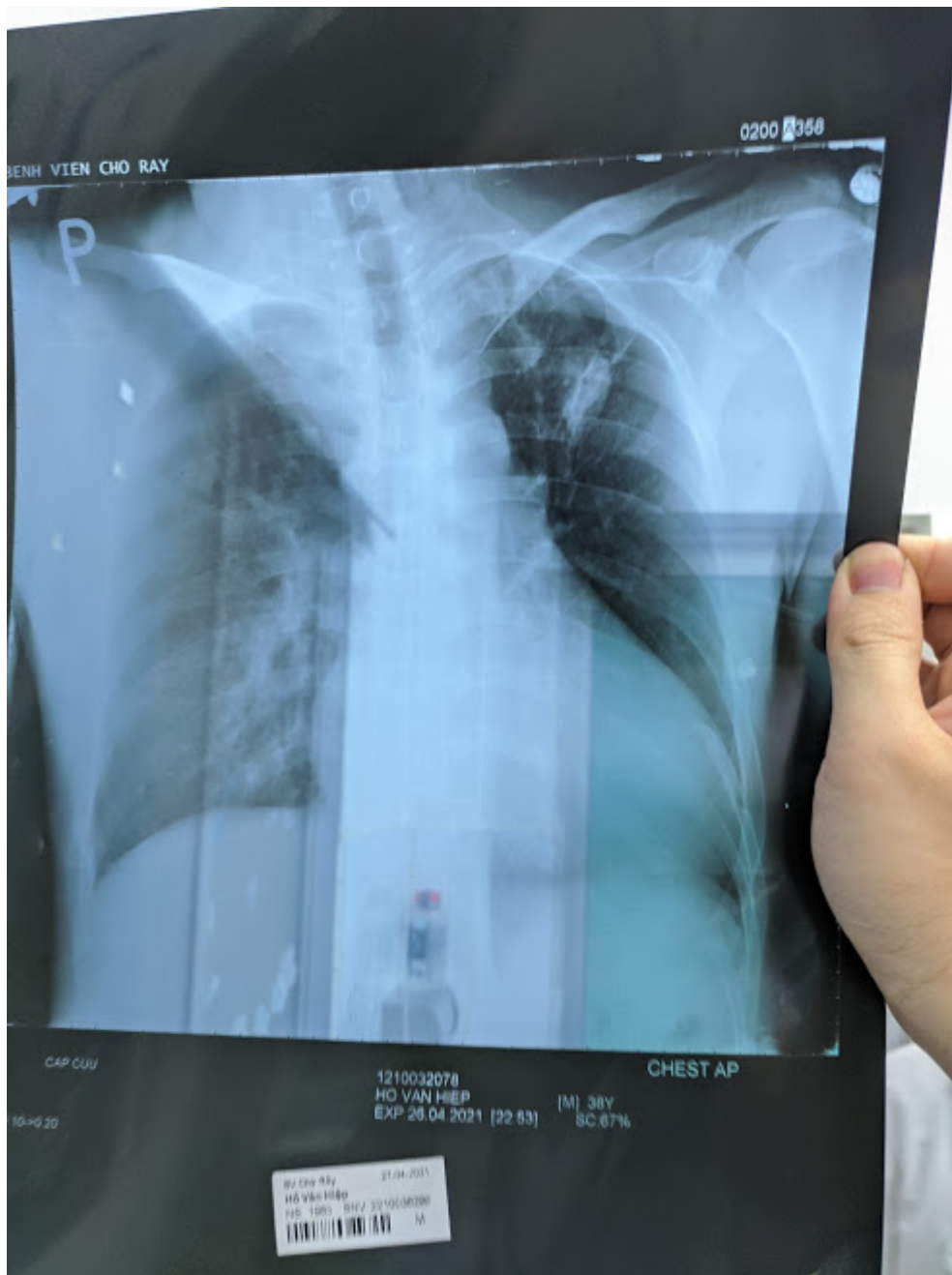
BUN 131 mg/dL, Creatinine 11,31 mg/dL, NA 131, K 6,7, Cl 103, Ca 1,8 mmol/L.

CTM: HGB 48G/L, Hct 16,9%, MCV 89 fL, MCH 25,3 pg, WBC 11,08 G/L, 88%NEU, PLT 229 G/L

TPTNT: pH 6,5, d 1,015, glucose 100mg/dL, protein 300mg/dL, HC 80/ $\mu$ L, BC neg, nitrite neg.

SA bụng: thận (P): 32\*87mm, thận (T) 35\*78mm. Mất giới hạn vỏ tủy.






### Câu hỏi:

1. BN có bao nhiêu vấn đề tại thời điểm nhập viện BVCR?
2. Nêu chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt tại thời điểm nhập BVCR?
3. Phân tích CLS tại BVCR?
4. Lập bảng điều trị theo vấn đề trong vòng 48h đầu nhập viện BVCR (vấn đề, nguyên tắc, chiến lược, mục tiêu, điều trị cụ thể, theo dõi).
5. Cần dự phòng điều gì cho bn khi ra viện?




Bài sửa

6. Vấn đề tại BVCR
7. Viêm phổi cộng đồng đã điều trị Levofloxacin, Ceftriaxon 1 ngày, theo dõi nhiễm trùng huyết
8. Bệnh thận mạn giai đoạn 5 có biến chứng tăng kali máu nặng
9. Suy tim NYHA II
10. Tăng huyết áp tự ý ngưng điều trị
11. Thiếu máu mạn mức độ nặng/ thiếu máu thiếu sắt
12. Chẩn đoán:
  - Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng theo dõi nhiễm trùng huyết -Bệnh thận mạn giai đoạn 5 nghĩ do viêm cầu thận mạn, biến chứng tăng kali máu nặng
  - Tăng huyết áp - Đợt mất bù của suy tim mạn NYHA II nghĩ do tăng huyết áp - Thiếu máu mạn mức độ nặng/thiếu máu thiếu sắt
  - Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng theo dõi nhiễm trùng huyết /Tổn thương thận cấp thể không thiếu niệu nghĩ do trước thận- Đợt mất bù của suy tim mạn NYHA II nghĩ do THA- thiếu máu mạn mức độ nặng/ thiếu máu thiếu sắt.
13. Biện luận CLS






 CHẨN ĐOÁN	 KQ CLS và BIỆN LUẬN	 Đề nghị thêm
---	---	--

Aa CHẨN ĐOÁN	☰ KQ CLS và BIỆN LUẬN	☰ Đề nghị thêm
<p><u>Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng theo dõi biến chứng nhiễm trùng huyết</u></p>	<p>XQuang ngực thẳng: Đám mờ không đồng nhất thùy trên phổi trái + bóng tim to (lưu ý kỹ thuật chụp phim). Đám mờ không đồng nhất ở 2/3 giữa dưới phổi phải, lan từ phần rốn phổi, không co kéo. Có hình ảnh khí phế quản đồ bên phế trường (P) • CTM: WBC 11.08 G/L, 88%NEU, RBC 1.9 T/L, <b>HGB 48G/L</b>, <b>Hct 16.9%</b>, MCV 89 fL, MCH 25.3 pg, PLT 229 G/L → Số lượng bạch cầu tăng ưu thế neutrophil (phù hợp nhiễm trùng), số lượng tiểu cầu bình thường. Thiếu máu mức độ nặng. ⇒ <i>Tại sao VP mức độ nặng vì đây trên một bệnh nhân có CKD giai đoạn cuối. Trên bệnh nhân này có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân? SIRS? Trên các cơ địa suy giảm miễn dịch (bệnh gan, bệnh thận mạn các giai đoạn, ĐTD,...) bạn phải thấy được yếu tố SGMD trên ca này. Vì cơ địa SGMD nên bệnh nhân có thể không sốt. Nếu không xử trí tích cực thì bệnh nhân rất dễ rơi vào tình trạng nặng. Luôn nhìn ở bệnh nhân ở mức độ nặng nhất ⇒ sau đó xuống dần. Nhiệt độ 37.8 độ C là gần đủ tiêu chuẩn rồi, có tổn thương phổi trên CXR, một bệnh nhân có tổn thương phổi &gt; 50% phế trường rồi + có bệnh nền ⇒ được quyền nghĩ là mức độ nặng. Đây là kinh nghiệm lâm sàng. Lâm sàng trên bệnh nhân CKD cần phải nhìn rất kỹ mới có thể nhìn ra nhiễm trùng, vì triệu chứng nó không hề điển hình</i></p>	<p>Cấy đàm Cấy máu KMĐM, CRP Lactate</p>





Aa CHẨN ĐOÁN	☰ KQ CLS và BIỆN LUẬN	☰ Đề nghị thêm
<p><u>Bệnh thận mạn giai đoạn 5 do viêm cầu thận mạn biến chứng tăng kali máu nặng</u></p>	<p>• Creatinine (26/4) 11.31mg/dl, BN không có Creatinine nền. Ở mức độ Creatinine này, delta Cre &gt; 0,3 mg/dL (hoặc delta &gt; 20%) không có giá trị trong chẩn đoán AKI. ⇒ <i>Creatinine không phải là một dấu hiệu nhạy của AKI, đó là lí do người ta nghĩ ra những biomarkers. Lí do thứ 2 hầu hết BN đến BV CR là đã giai đoạn nặng, HTOT cấp diễn tiến một cách kinh điển là Creatinine tăng, bình nguyên, sau đó xuống, ví dụ creatinine đi ngang ở gđ bình nguyên thì creatinine tăng ít, nhưng ở mức cao (trong TH không biết tiền căn SIÊU ÂM THẬN) thì chúng ta có thể nghĩ đến AKI trong bệnh cảnh này. đối với Creatinine &lt; 2 thì sử dụng mức delta 0,3 là ok, nhưng nếu creatinine tăng càng cao, thì cái delta 0,3 không còn ý nghĩa nữa. Lúc này sẽ sử dụng giá trị delta 20%. Trong vòng 24h đầu đối với ca này, thì vấn đề chẩn đoán là AKI hay CKD gđ cuối không khác biệt về mặt xử trí. Bệnh nhân CKD gđ cuối thì BN rất dễ đi vào đợt cấp AKI/CKD thúc đẩy BN vào chỉ định chạy thận nhân tạo sớm hơn. Chỉ định TNT ở gđ 5 về mặt độ lọc cầu thận rất dao động. Bây giờ AKI hay CKD gđ 5 không quan trọng nữa vì mình đã lên plan chạy thận cho bệnh nhân này, vấn đề chỉ là mặt thời gian. Em đưa chẩn đoán nào lúc này thì chị cũng cho trọn điểm. Nếu bạn chẩn đoán AKI, bạn đề nghị CLS phân biệt trước thận hay tại thận thì các bạn phải dự đoán được kết quả như thế nào, biện luận như thế nào và có ảnh hưởng đến cục diện hay không.</i></p> <p>• SA bụng: thận (P): 32*87mm, thận (T) 35*78mm, mất giới hạn vỏ tủy → kích thước 2 thận nhỏ nghĩ nhiều bệnh thận mạn</p> <p>• Ion đồ: Na 131 mmol/l, K 6.7 mmol/l, Cl- 103 mmol/l, Ca 1.8 → có biến chứng tăng K nặng, hạ Natri máu nhẹ, giảm canxi máu</p> <p>ECG: không có dấu hiệu của tăng Kali máu</p> <p>TPTNT: glucose 100mg/dL, protein 300mg/dL, HC 80/μL</p> <p>Gợi ý hội chứng viêm cầu thận mạn (tiểu protein+ tiểu máu cầu thận, glucose niệu là bằng chứng tổn thương ống thận)</p>	<p>KMĐM Soi cặn lắng nước tiểu Phospho PTH Albumin máu Protid máu</p>
<p><u>Đợt mất bù của suy tim mạn NYHA II nghĩ do tăng huyết áp</u></p>	<p>XQ ngực: bóng tim to, mờ tim xuống dưới ra ngoài + Lâm sàng khó thở cấp/mạn, Khám mờ tim khoang liên sườn VI, đường nách trước, nẩy nhẹ, diện đập 1x2cm → Nghĩ nhiều có suy tim trái - ECG: + Cornell: SV3 + RaVL &lt; 28mm + Sokolow-lyon: SV1+RV5&lt;35mm → không có phì đại thất trái R cắt cụt: cần lưu ý biên độ của chuyển đạo trước ngực, ngoại biên khác nhau?</p>	<p>SA tim NT-proBNP Khảo sát bilan lipid máu (Ctp, TG, LDLc, HDLc)</p>

 CHẨN ĐOÁN	 KQ CLS và BIỆN LUẬN	 Đề nghị thêm
<u>Thiếu máu mạn mức độ nặng/thiếu máu thiếu sắt</u>	RBC 1.9 T/L, <b>HGB 48G/L</b> , Hct 16.9%, MCV 89 fL, MCH 25.3 pg Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào	Tìm nguyên nhân thiếu máu Bilan sắt (sắt huyết thanh, ferritin, độ bão hòa transferrin, transferrin) Máu ẩn trong phân hoặc quay lại toucher rectal? Test de coombs

Bảng điều trị trong 48h đầu

 Vấn đề	 Nguyên tắc điều trị	 Mục tiêu điều trị	 Điều trị cụ thể	 Theo dõi điều trị



<u>Aa</u> Vấn đề	 Nguyên tắc điều trị	 Mục tiêu điều trị	 Điều trị cụ thể	 Theo dõi điều trị
<u>Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng TD biến chứng nhiễm trùng huyết</u>	-Kháng sinh phổ rộng, theo kinh nghiệm, phối hợp. -Diệt khuẩn bằng kháng sinh phổ rộng, đường tĩnh mạch. - Đổi ceftriaxon qua carbapenem (có thể chọn meropenem vì thể tích pha truyền ít hơn so với imipenem), giữ nguyên Levofloxacin Chỉn liều với ClCr < 10: Meropenem 1g q 24h Levofloxacin 750mg N1, sau đó 500mg q48h	-Khống chế biến chứng nhiễm trùng huyết - Diệt khuẩn bằng phối hợp kháng sinh từ đầu	Meropenem 1g + NaCl 0.9% 100ml TTM XXX giọt/phút Levofloxacin 500mg 100ml N1: 1,5 chai TTM XXX giọt/phút N2: 1 chai TTM XXX giọt/phút N3: ngưng levofloxacin	LS: sinh hiệu, tri giác, SpO2 CLS: CTM, CRP sau 48h, đón kết quả cấy. Chụp Xquang sau 3 ngày
<u>Bệnh thận mạn giai đoạn 5 nghi do viêm cầu thận mạn, biến chứng tăng kali máu nặng</u>	<b>Chạy thận cấp cứu Bảo vệ tính mạng bệnh nhân Điều trị tăng kali máu nội khoa Kiểm soát nguyên nhân gây AKI</b>	Hạ kali máu về < 5.5 mmol/L Calcium gluconate đường tĩnh mạch để bảo vệ tế bào cơ tim Lợi tiểu quai đường tĩnh mạch Resin trao đổi ion Actrapid truyền tĩnh mạch (pha với glucose 20% tỷ lệ 1:5)	Chạy thận cấp cứu Mắc monitor theo dõi Calcium chlorua 10% 1 ống pha loãng TMC Furosemide 20 mg 2 ống TMC Kayexalate 15g 3 gói + Sorbitol 5g 1 gói pha nước uống. Actrapid 10 UI pha với Glucose 20% 250 ml TTM XXX giọt/phút	TD nhịp tim trên máy monitor. Vnt và tình trạng khó thở. CLS: KMĐM ngay, ion đồ sau truyền insulin 12h,



<b>Aa</b> Vấn đề	<b>Nguyên tắc điều trị</b>	<b>Mục tiêu điều trị</b>	<b>Điều trị cụ thể</b>	<b>Theo dõi điều trị</b>
<u>Đợt mất bù của suy tim mạn NYHA II nghĩ do tăng huyết áp</u>	<b>Ổn định huyết áp Điều trị yếu tố thúc đẩy suy tim Giảm tiền tải Giảm hậu tải</b>	HA $\leq$ 140/90 mmHg	Furosemide 20mg 2 ống TMC Nifedipine 20mg 1 viên x2 Chạy thận nhân tạo cấp cứu	Đo HA sau 30-60 phút, sau 4-6h và dẫn ra 8-12h.
<u>Thiếu máu mạn mức độ nặng/thiếu máu thiếu sắt</u>	<b>Tầm soát nguyên nhân và điều trị nguyên nhân</b>	Hgb $\geq$ 90 g/L	Truyền 2 đơn vị HC lắng (350ml) trong CTNT	CTM sau 24h Đón kết quả xn tìm nguyên nhân thiếu máu

⇒ Vấn đề chạy thận nhân tạo: Bệnh nhân chưa có đường mạch máu, bệnh nhân đã được tư vấn chạy thận nhân tạo hay chưa? bệnh nhân này cho thấy không có niềm tin vào NVYT, bằng chứng là bệnh nhân bỏ điều trị sau khi triệu chứng cải thiện đợt trước. Bệnh nhân mình rất sợ việc chạy thận, nhiều BN thà chết chứ không chạy thận. BS bên NTP đã giải thích việc chạy thận nhân tạo hay chưa? BN VN có sức chịu đựng rất lớn, họ cứ chịu đựng những cái triệu chứng mạn tính này.

⇒ Truyền máu thì bên cạnh phải có thận NT, bệnh nhân này đang có tình trạng quá tải tuần hoàn. Chỉ đặt tình huống này tại BV CR, chế phẩm máu tại BV CR là 350 ml lặn, chi phí truyền máu cực kì tốn kém, truyền bao nhiêu thì còn phụ thuộc vào mình đang có gì. Nếu chưa tính thể tích máu trên ca này, thì chị đã truyền kháng sinh cho ca này KS 200 ml, astrapid 250 ml, BN tiểu 1,5 L, ⇒ nước mất 2L, 24h đầu thì không ăn uống được gì đâu, bệnh nhân có dư nước trên LS: phù (2L) + Truyền (500), ít nhất bệnh nhân đã dư 2 kg, nếu các bạn truyền máu theo tiêu chuẩn: truyền 1L HCL thì bệnh nhân này là +1,5L. Trong khi chưa biết mình có xin chạy thận được nhanh hay không. TNT không phải giờ nào cũng làm việc, tại BV CR thì chạy max là 5 ca bắt đầu từ 5h sáng, chạy 1 ca 4h thì tầm 12h là khoa nghỉ. Nếu BN này vào ban đêm, lúc này khoa TNT không mở cửa, thì chắc chắn không dám truyền 1L HCL cho bệnh nhân này. Bây giờ cho truyền 2 đơn vị 250, tiếp theo truyền 2 đơn vị 250 tại

*TNT nữa. Bệnh nhân này thiếu máu mạn tính rồi, không phải truyền 1 lần là cải thiện hết.*

*⇒ Tiếp theo truyền bao nhiêu nữa, thì còn phụ thuộc vô TNT, mỗi lần chạy rút ra khoảng 200-300 ml rất dễ bị tụt huyết áp. Bên cạnh đó là một số biến chứng liên quan đến chạy thận NT. Hội chứng mất cân bằng, giảm ure huyết, đưa bệnh nhân vô phù não (cái này thì nghe thôi, chị không hỏi). Chạy thận lần đầu có thể sẽ không đạt được mục tiêu như mình đặt ra, cần phải chạy nhiều lần.*

*⇒ Phải loại trừ XHTH trên bệnh nhân này*

Dự phòng khi xuất viện

- Chuẩn bị đường lấy máu vĩnh viễn: mổ fistule. Hướng dẫn bn cách chăm sóc và theo dõi fistule (không đo huyết áp, không lấy máu, không tiêm chích vào tay dự trữ mổ fistule).
- Dự phòng các biến cố tim mạch: suy tim, cơn tăng huyết áp có thể đưa bệnh nhân vào tử vong và tái nhập viện.
- Giáo dục bệnh nhân tầm quan trọng của tuân thủ điều trị.
- Tư vấn cai thuốc lá, hướng dẫn chế độ ăn nhạt và tiết chế nước hợp lý.
- Dự phòng biến cố nhiễm trùng (đặc biệt là đường hô hấp): chích ngừa cúm.
- Kiểm tra HbsAb trước khi quyết định chích ngừa viêm gan siêu vi B trước khi vào chạy thận nhân tạo định kỳ
- Điều chỉnh tối ưu tình trạng thiếu máu
- Giáo dục bệnh nhân cách theo dõi và đánh giá tình trạng dịch cơ thể để tự điều chỉnh lượng nước uống