

## BỆNH ÁN

**22/2/2019 (ngày đầu đi LS =]])) – c Yên sửa**

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

### I/ HÀNH CHÍNH :

Họ và tên: Trần Văn H.

Tuổi: 40

Nghề nghiệp: In ấn – Thiết kế

Địa chỉ: 297 Đường D5, phường 25, quận Bình Thạnh, TPHCM

Ngày nhập viện: 16h ngày 28/01/2019

Giường 20 – Phòng 312 – Khoa Nội Tiết – Thận – BV Nhân Dân Gia Định

Số vào viện : 19.005572

Mã y tế : 701310.16021789

### II / LÝ DO NHẬP VIỆN : Phù toàn thân + Khó thở

### III / BỆNH SỬ: Bệnh 10 năm, bệnh nhân là người trực tiếp khai bệnh

Bệnh nhân đc chẩn đoán bệnh cầu thận – suy thận mạn độ 1 là gì? Bây giờ chỉ dùng từ “bệnh thận mạn”, suy thận là đđ 5 hiện nay theo KDIGO (trc đây suy thận là đđ3). NV vì báng bụng, có phù chân phù j không? → lúc đó có thật sự là bệnh thận hok hay bệnh khác? cách đây 10 năm tại bệnh viện nhân dân Gia Định (không rõ trị số creatinin nền), nhiều lần sau đó đi khám được đề nghị nhập viện điều trị nhưng bệnh nhân từ chối, chỉ đi khám bệnh khi có triệu chứng / mua thuốc dùng theo toa cũ.

THA được chẩn đoán tại BVNDGD không rõ thời gian, bệnh nhân không tuân thủ điều trị, huyết áp cao nhất là 180 mmHg, không rõ huyết áp dễ chịu.

Khoảng 2 năm nay, **đề xuống tiền căn, do bệnh nội khoa chủ yếu là bệnh mạn, chỉ lấy đợt khởi phát gần đây vào bệnh sử.** bệnh nhân nhiều lần thấy bụng to từ từ, tăng dần, buổi sáng sau khi tỉnh dậy, không kèm đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng sệt, ngoài ra thỉnh thoảng bệnh nhân cảm thấy đau nhức các khớp ở bàn tay, bàn chân, bệnh nhân vẫn ăn uống bình thường, không đau ngực, không khó thở, đi khám tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định chẩn đoán bệnh cầu thận mạn, điều trị theo toa :

Medrol 16 mg Sáng 2v (u)

Allopurinol 300mg : Sáng ½ v (u)

Omeprazol 20mg : Tối 1v (u)

Fenofibrat 16 mg : Tối 1v (u) **tại**

**sao có còn dùng thêm ator?**

Atorvastatin : Tối 2v (u)

Aspirin 81mg : Sáng 1v (u)

Furosemid 40mg ½ v (u)

Lisinopril 10 mg : Sáng ½ v (u)

Sau đơn thuốc trên tình trạng bụng to giảm bớt, bệnh nhân đi tái khám được bỏ Medrol và thay Lisinopril thành Amlodipine. Từ đó bệnh nhân không đi tái khám nữa ( do bệnh giảm ), tình trạng bụng to tái phát với tính chất như trên, bệnh nhân sử dụng đơn trên mua thuốc uống đến cách nhập viện 4 tháng → **dtri vô nghĩa, có thể có mọi biến chứng of bệnh thận, phải tiếp cận bn lại từ đầu, có thêm THA, phải hỏi all bchung of thận, THA.**

Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân sáng tỉnh dậy thấy phù ở 2 mu bàn chân, phù mềm, trắng, không đỏ, không đau, đối xứng, liên tục tăng dần đến cẳng chân, đến đùi. BN mặc quần, mang dép cảm thấy chật. Phù chân nặng hơn khi ngồi, đứng lâu, giảm bớt khi nằm. BN kèm với phù mắt, cảm giác nặng hai mi mắt. Bệnh nhân tự đi mua thuốc Furosemide 40mg 1v/ngày thì triệu chứng giảm. Nhưng ngưng thuốc thì triệu chứng xuất hiện trở lại. Ngoài ra, bệnh nhân có khó thở khi nằm đầu bằng, phải kê cao gối, đêm khi đang ngủ phải bật dậy vì khó thở đột ngột, liên tục, hai thì, thời gian khoảng vài phút, không kèm nặng ngực, không vã mồ hôi, không đau đầu, chóng mặt, bệnh nhân đi khám tại BVNDGD chẩn đoán suy thận mạn – THA – Tăng Kali – Thiếu máu với các CLS như dưới. Bệnh nhân không đồng ý nhập viện, điều trị ngoại trú với Furosemide 40 mg : Sáng 2v, chiều 2v (u), Fe sulfat + Axit folic : sáng 1v (u) trong 7 ngày, bệnh không giảm. Bệnh nhân không đi tái khám, đi khám ở phòng khám tư có làm một số xét nghiệm và điều trị thuốc không rõ, bệnh giảm nhưng không bớt

Cách nhập viện 2 tuần, bệnh nhân thấy bụng to dần, chướng hai bên, không kèm đau bụng. Các triệu chứng phù chân và phù mắt nặng hơn --> BN đi khám phòng khám tư ở trên, được chẩn đoán suy thận mạn, suy tim, thiếu máu, điều trị : Calcium Sandoz, Furosemide 40mg, Vastarel 35mg, Omeprazol 20mg. Sau điều trị trên tình trạng bệnh không giảm, bụng to nhiều hơn, phù chân và phù mắt nhiều, tình trạng khó thở nhiều và nặng hơn --> Bệnh nhân đi khám và nhập bệnh viện nhân dân Gia Định

	Ngày 18/10/2018 ( BVNDGD )	Ngày 20/11/2018 ( PK Tư )	Ngày 11/01/2019 ( PK Tư )	Giá trị bình thường
TPTNT				
<b>ERY</b>	<b>Trace-Lysed</b>	VẾT	VẾT	
NITRIT	NEG	NEG	NEG	
<b>GLU</b>	<b>14</b>	(-)	(-)	
<b>PRO</b>	<b>1.0 g/L</b>	(+++)>=300mg/dl	(+++)>=300mg/dl	
pH	6.5	6.0	6.0	
KETONE	NEG	NEG	NEG	
LEU	NEG	NEG	NEG	
Cặn lắng		NEG	NEG	
<b>Creatinin niệu</b>	<b>8457 <math>\mu</math>mol/L</b>			
CTM				
RBC	<b><u>2.59 T/L</u></b>	<b><u>2.31 T/L</u></b>	<b><u>2.98 T/L</u></b>	
Hgb	<b><u>80 g/dL</u></b>	<b><u>68 g/dL</u></b>	<b><u>82 g/dL</u></b>	
Hct	<b><u>24.3%</u></b>	<b><u>22.2%</u></b>	<b><u>27.5%</u></b>	
MCV	94.1 fL	96.5 fL	92.5 fL	
MCH	31.1pg	29.4 pg	27.5 pg	
MCHC	331 g/L	306 g/L	298 g/L	
Sinh hóa				

Glucose	4.63 mmol/L	5.0 mmol/L	5.17 mmol/L	3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	<b>46.1 mmol/L</b>	<b>37.1 mmol/L</b>	<b>49.47 mmol/L</b>	2.5 – 7.5 mmol/L
Creatinin	<b>994 <math>\mu</math>mol/L</b>	<b>671.84 <math>\mu</math>mol/L</b>	<b>919.36 <math>\mu</math>mol/L</b>	Nam : 62 – 120 $\mu$ mol/L
eGFR (MDRD4)	<b>5.42 ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da</b>	<b>8 ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da</b>	<b>5.5 ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da</b>	
Axit uric	<b>755.6 <math>\mu</math>mol/L</b>	<b>618.8 <math>\mu</math>mol/L</b>	<b>452.2 <math>\mu</math>mol/L</b>	180 – 420 $\mu$ mol/L
Albumin	33.0 g/L			35 – 50 g/L
Triglycerid	1.62 mmol/L	1.06 mmol/L	<b>2.01 mmol/L</b>	0.46 – 1.88 mmol/L
Cholesterol		4.05 mmol/L	4.06 mmol/L	
HDL-CHO	0.68 mmol/L			$\geq$ 0.9 mmol/L
LDL-CHO	2.31 mmol/L			$\leq$ 3.4 mmol/L
AST	12.1 UI/L	17 UI/L	31 UI/L	$\leq$ 37 UI/L
ALT	18.3 UI/L	22 UI/L	29 UI/L	$\leq$ 40 UI/L
Na <sup>+</sup>	135.8 mmol/L	139.9 mmol/L	142.2 mmol/L	135 – 145 mmol/L
K <sup>+</sup>	<b>5.86 mmol/L</b>	<b>5.94 mmol/L</b>	<b>6.19 mmol/L</b>	3.5 – 5.0 mmol/L
Cl <sup>-</sup>	111.1 mmol/L	111.6 mmol/L	112.7 mmol/L	97 – 111 mmol/L
Ca <sup>2+</sup> ion hóa		2.19 mmol/L	2.33 mmol/L	2.1 – 2.8 mmol/L

Trong quá trình bệnh, BN uống trung bình khoảng 500ml – 1000ml nước /ngày, tiểu ít đi so với trước đợt bệnh này, không rõ lượng, nước tiểu vàng sậm, trong, nhiều bọt. BN tăng khoảng 7kg/ 2 tuần (53kg --> 60kg). BN ăn uống kém, mỗi bữa chỉ ăn khoảng 1 chén cơm, chán ăn, giảm cảm giác ngon miệng. Ngoài ra bệnh nhân thấy đau ở vị trí các khớp bàn tay, bàn chân, thỉnh thoảng, BN cảm thấy buồn nôn, không nôn. BN không vàng da, không ho, không sốt; không ngứa, không đi tiêu phân đen, phân vàng sệt.

Tình trạng lúc nhập viện :

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được
- Sinh hiệu : Mạch 92 lần/phút, Nhiệt độ 37°C, HA: 120/80 mmHg, NT 18 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 95% ( Khí trời )
- Phù toàn thân nhiều, niêm hồng nhợt
- Âm phế bào giảm 2 đáy
- Bụng chướng, ascite (+).
- Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường

Xử trí tại thời điểm nhập viện :

- Furosemide 0.020g : 2 ống x 2 ( TMC )
- Emanera 0.020g : 1v (u)

Diễn tiến lâm sàng: từ lúc NV đến thời điểm thăm khám:

- Bệnh nhân vẫn còn khó thở, nằm đầu kê cao 1 gối dễ chịu
- Tình trạng phù chân và mặt ↓ hẳn.
- Cân nặng: ↓ 5kg/ 3 tuần
- Bụng vẫn còn căng tức ↓ đi một phần

- Ăn uống bình thường, ↓ chán ăn.
- Sau nhập viện 3 tuần, buổi sáng bệnh nhân chảy máu mũi 2 bên, lượng ít, tự cầm.

#### IV / TIỀN CĂN:

##### 1. Bản thân:

###### a. Nội khoa:

- Bệnh cầu thận, suy thận mạn độ I, được chẩn đoán tại BV NDGD ( không có creatinin nền ) cách đây 10 năm. BN không tuân thủ điều trị, nhiều lần khám được BS tư vấn nhưng BN từ chối nhập viện, không tái khám thường xuyên, tự mua thuốc theotoa cũ dùng
- THA chẩn đoán không rõ thời gian, không tuân thủ điều trị. Trị số huyết áp cao nhất là 180/120 mmHg, không rõ huyết áp dễ chịu. Bệnh nhân chưa từng nhập viện lần nào vì đột quỵ, mờ mắt, thiếu máu cơ tim, v.v...
- Bệnh nhân trước đây đã từng bị phù chân, phù mềm, trắng, không đau, đối xứng hai bên, không thay đổi theo tư thế, không thay đổi theo thời gian trong ngày. Tự điều trị với Furosemide 40mg 1v thì triệu chứng giảm. Sau khoảng 1-2 tháng thì bị trở lại. Trong khoảng thời gian 2 năm trở lại thì phù chân và bụng to xuất hiện nhiều hơn.
- Không tiền căn đái tháo đường, không tiền căn bệnh thiếu máu cơ tim, không có tiền căn bệnh lý hô hấp như Hen, COPD trước đây.
- Không có tiền căn vàng da, bệnh lý gan mật trước đây, đã chích ngừa viêm gan B.

###### b. Ngoại khoa : Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật trước đây

###### c. Thói quen :

- Bệnh nhân hút thuốc lá khoảng 1 gói/ngày từ 18 tuổi đến nay, hiện đang bỏ thuốc lá được 3-4 tháng
- Uống rượu để lượng nhiều 0,5 – 1 lít/ngày, khoảng 2-3 ngày/tuần. Hiện BN bỏ rượu được 1 năm
- Lối sống : Bệnh nhân ăn mặn, ít vận động, ngồi nhiều, không thường xuyên tập thể dục hay vận động
- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc và thức ăn

##### 2. Gia đình: chưa ghi nhận trong gia đình có ai có bệnh lý thận, THA, Lupus

#### V/ LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN : 8h 19/2/2018 – 24 ngày sau nhập viện

- Tim mạch : Không đau ngực, không hồi hộp, đánh trống ngực
- Hô hấp : Không ho, còn khó thở
- Tiêu hóa : Chán ăn, cảm giác buồn nôn, không nôn, bụng to nhiều, căng, không tiêu chảy, không táo bón
- Tiết niệu, sinh dục : Tiểu được, nước tiểu vàng sậm, không gắt, buốt, nhiều bọt **tiểu 1L/ngày**
- Thần kinh : Không chóng mặt, không yếu môi tay chân, không giới hạn vận động
- Chuyển hóa : Phù chân giảm, không sốt, không vàng da

#### VI / KHÁM LÂM SÀNG : 8h ngày 19/02/2019

##### 1. Tổng trạng:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt, GCS = 15 điểm. Nằm đầu kê cao 1 gối bệnh nhân dễ chịu **còn khó thở phải kê đầu cao**
- Tổng trạng trung bình, cân đối (Không tính BMI do hiện bệnh nhân có phù )
- Sinh hiệu : HA: 124/96 mmHg, mạch 88 lần/phút, nhịp thở 18 lần/phút, nhiệt độ 37°C
- Phù mềm, ấn lõm, không đau đối xứng ở hai bên mu bàn chân đến mắt cá chân
- Niêm mạc mắt nhợt, không vàng da
- Nhiều sang thương da dạng dát, màu nâu sẫm, kích thước không đều, không đau, không ngứa, không tróc vảy, phân bố khắp người **????**

- Không sao mạch, không lòng bàn tay son
- Không móng trắng, móng sọc, không gãy rụng móng
- 2. Khám từng cơ quan :
  - a. Đầu Mặt Cổ:
    - Tóc không rụng; môi không khô, lưỡi không dơ.
    - Hạch cổ, thượng đòn không sờ chạm, tuyến giáp không to, khí quản không lệch.
    - Tĩnh mạch cổ nổi (+), không làm được phản hồi gan-cảnh do bụng báng căng
  - b. Lồng Ngực :
    - Lồng ngực cân đối, tham gia hô hấp tốt, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
    - Không u, không sẹo, không tuần hoàn bàng hệ
    - Khám tim :
      - Không nhìn thấy ổ đập bất thường.
      - Mỏm tim nảy mạnh, diện đập 2x2 cm<sup>2</sup>, nằm ở KLS VI đường nách trước; không ổ đập bất thường; không rung miu; Harzer (-).
      - T1, T2 đều, rõ. Âm thổi tâm thu dạng tràn, cường độ 3/6, nghe ở cạnh bờ trái xương ức KLS IV-V, 2/6 ở mỏm tim, không rõ hướng lan. Không gallop T3.
    - Khám phổi
      - Rung thanh đều 2 bên phổi.
      - Gõ trong 2 bên phổi
      - Rì rào phế nang, êm dịu phế trường 2 bên.
  - c. Bụng
    - Bụng cân đối, căng to, không bè sang hai bên, di động đều theo nhịp thở, không vết rạn da, không sẹo mổ cũ, không dấu rắn bò, tuần hoàn bàng hệ chủ- chủ 2 bên, rốn không lồi.
    - Nhu động ruột 5 lần/phút
    - Báng bụng lượng vừa. Gõ vang vùng quanh rốn. Gõ đục vùng thấp (+), sóng vỗ (-). Dấu chạm cục nước đá (-)
    - Chiều cao gan khoảng 9 cm trên đường trung đòn P, không sờ thấy cực dưới do bụng báng; Lách không to.
    - Chạm thận (-).
  - d. Thần Kinh – Cơ Xương Khớp
    - Bệnh nhân tỉnh táo, định hướng không gian, thời gian tốt. Trả lời được đúng câu hỏi và thực hiện tốt theo yêu cầu
    - Không yếu liệt chi
    - Không dấu thần kinh định vị
    - Không sưng, nóng, đỏ, đau các khớp, không giới hạn vận động khớp

## VI/ TÓM TẮT BỆNH ÁN :

BN nam, 40 tuổi, NV vì lý do khó thở, bệnh 4 tháng, qua hỏi bệnh sử và thăm khám ghi nhận:

- Triệu chứng cơ năng: **Chỉ ghi trich, không ghi tính chất, trừ khi tính chất quá key vd “phù toàn thân”**

Khó thở khi nằm, khó thở về đêm

Tiểu ít, tiểu bọt, màu vàng sậm.

Phù mềm trắng, không đau, đối xứng từ cẳng chân --> đùi, phù mắt, nặng mi mắt

Bụng to dần

- Triệu chứng thực thể :

Niêm hồng nhợt

Tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45° (+)

Phù mắt, phù chân, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau, đối xứng hai bên

Bụng báng căng, độ II, gõ đục vùng thấp (+), sóng vồ (-), dấu chày cục nước đá (-)

Mỏm tim ở KLS VI ở đường nách trước, diện đập khoảng 2x2 cm<sup>2</sup>

Âm thổi tâm thu, cường độ 3/6 nghe rõ vùng KLS IV-V bờ trái xương ức, dạng tràn, không rõ hướng lan

Nhiều sang thương da dạng dát, màu nâu sẫm, kích thước không đều, không đau, không ngứa, không tróc vảy, phân bố khắp người

- Tiền căn:

Bệnh cầu thận, suy thận mạn độ I chẩn đoán tại BV NDGD cách đây 10 năm, không rõ trị số Creatinin nền, bệnh nhân không tuân thủ điều trị

THA phát hiện cách đây 10 năm, huyết áp cao nhất là 180 mmHg, không rõ huyết áp dễ chịu, bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

Không tiền căn đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ

Không có tiền căn bệnh lý gan mật, đã chích ngừa viêm gan B

Thói quen : Uống rượu nhiều, hút thuốc lá

## VI / ĐẶT VẤN ĐỀ :

1. Phù toàn thân
2. Khó thở cấp → đưa lên trước
3. Hội chứng van tim
4. Hội chứng suy tim
5. THA
6. Hội chứng thiếu máu mạn
7. Tiền căn?

Về quan trọng, nguy hiểm hơn phải đề lên trc, bn vô viện vì khó thở phải đề lên trc. Thận thường nó ở dưới, là nên, BL sau nhưng vẫn phải BL.

## VII / CHẨN ĐOÁN :

CĐSB : Bệnh thận mạn C( bệnh cầu thận )G5A3, biến chứng suy tim, phù phổi cấp, THA, tăng Kali máu, thiếu máu mạn – Suy tim toàn bộ độ III (NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), nguyên nhân nghĩ do hở valve 2 lá, yếu tố thúc đẩy : bệnh thận mạn, thiếu máu, THA, ăn mặn

CĐPB : - Bệnh thận mạn C( bệnh ống thận mô kẽ mạn )G5A3, biến chứng suy tim, phù phổi cấp, THA, tăng Kali máu, thiếu máu mạn – Suy tim toàn bộ độ III(NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), nguyên nhân nghĩ do hở valve 2 lá, yếu tố thúc đẩy : bệnh thận mạn, thiếu máu, THA, ăn mặn

- Suy thận cấp/ Bệnh thận mạn C( bệnh cầu thận )G5A3, biến chứng suy tim, phù phổi cấp, THA, tăng Kali máu, thiếu máu mạn – Suy tim toàn bộ độ III (NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), nguyên nhân nghĩ do hở valve 2 lá, yếu tố thúc đẩy : bệnh thận mạn, thiếu máu, THA, ăn mặn

**VIII / BIÊN LUẬN :** **bn là thể thống nhất, BL theo mỗi bn chứ không automatic trả bài cành cây. Bệnh án này Focus biến chứng, cdoan lâu rồi, không có cành cây nữa**

1. **Phù toàn thân :** Bệnh nhân nhập viện vì tình trạng phù toàn thân (phù chân, phù bụng, phù mắt, nặng mi mắt), phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau, đối xứng nên nghĩ nhiều phù toàn thân. Trên bệnh nhân những nguyên nhân có thể có :
  - a. ~~Xơ gan :~~ Bệnh nhân không có các triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan (vàng da, sao mạch, lòng bàn tay son), hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, không có tiền căn bệnh lý gan mật, đã chích ngừa viêm gan B nên hiện không nghĩ
  - b. ~~Suy dinh dưỡng :~~ Bệnh nhân không có tiền căn ăn uống đói kém kéo dài, không có tiền căn phẫu thuật dạ dày, ruột, không có bệnh lý nhiễm trùng mạn tính như tiêu chảy kéo dài, khám không thấy cơ teo, phù không xuất hiện vùng mu bàn tay trước nên không nghĩ
  - c. **Suy tim :** Bệnh nhân phù đột này thay đổi theo tư thế, nặng hơn khi ngồi, đứng lâu, giảm xuống khi bệnh nhân nằm kê chân, tuy nhiên phù nặng hơn vào buổi sáng, chiều không giảm bớt, có triệu chứng lâm sàng của hội chứng suy tim, khám thấy có TMCN (+), nên nghĩ nhiều.
  - d. **Bệnh lý thận :** Bệnh nhân có tình trạng phù toàn thân, phù mắt, mi mắt và phù chân tăng dần, phù nặng hơn vào buổi sáng, không mất đi vào buổi chiều, kèm theo tiểu ít, nước tiểu vàng sậm, nhiều bọt, tiền căn có bệnh lý thận mạn 10 năm không tuân thủ điều trị nên nghĩ nhiều. Các nguyên nhân có thể nghĩ :
 

**Bn 10 năm rồi thì nghĩ luôn là bệnh thận mạn, sau đó mới tìm lại ng nhân bệnh thận mạn (cái đám vct hctg gom vào bệnh cầu thận lun rồi), dựa vào eGFR để BL luôn đi, phải ngắn gọn**

    - i. Viêm cầu thận cấp **10 năm rồi còn vctc gì nữa, y6 chỉ chọn những cái possible nhất thôi :** Bệnh nhân không có tiểu máu, THA đã có trước đó và đột này ghi nhận sinh hiệu lúc nhập viện huyết áp bình thường, không tiểu máu, bệnh thận mạn đã có trước đó, không có tiền căn nhiễm trùng da, nhiễm trùng hầu họng, không ho ra máu trước đó nên ít nghĩ
    - ii. Hội chứng thận hư : Bệnh nhân phù đột ngọt, phù nhanh, nhiều, nước tiểu vàng sậm, nhiều bọt, nên nghĩ nhiều. Đề nghị : TPTNT, đạm niệu 24h, Alb máu, Protein máu, Bilan lipid máu để chẩn đoán
    - iii. Suy thận mạn : Bệnh nhân có tiền căn chẩn đoán bệnh cầu thận – Suy thận mạn độ I cách đây 10 năm tại BV NDGD, khám lâm sàng ghi nhận hội chứng thiếu máu mạn, biểu hiện sang thương da nghĩ nhiều do hội chứng ure huyết, siêu âm ghi nhận thận teo nhỏ nên nghĩ nhiều
      - Nguyên nhân **không quan trọng, tập trung vào bchung** : do bệnh nhân không có tiền căn đái tháo đường, kết quả xét nghiệm đường huyết tại thời điểm cách 2 tháng đường huyết bình thường nên không nghĩ do đái tháo đường. Các nguyên nhân không do đái tháo đường bao gồm :
        - a. Bệnh cầu thận : nghĩ nhiều do bệnh nhân phù nhanh, nhiều, nước tiểu vàng sậm, nhiều bọt, kết quả xét nghiệm nước tiểu cách 2 tháng thấy có đạm trong nước tiểu nên nghĩ nhiều
        - b. Bệnh ống thận – mô kẽ : Bệnh nhân không có tiền căn dùng thuốc giảm đau kéo dài, không có tiền căn viêm nhiễm đường niệu mạn tính ( không đau hông lưng, không tiểu gắt, tiểu buốt ), không tiểu nhiều, tiểu đêm, tuy nhiên bệnh nhân có tăng axit uric máu --> không loại trừ do nguyên nhân này
        - c. Bệnh lý mạch máu thận : Hẹp động mạch thận : Ít nghĩ không loại trừ do bệnh nhân có bệnh lý THA trước



đó kéo dài và không điều trị tuân thủ kiểm soát huyết áp tốt.

d. Bệnh lý di truyền : Hiện chưa nghĩ

e. Giai đoạn : G5A3 vì eGFR < 15 ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da và có TPTNT gây nhúng đạm niệu (3+)

• **Biến chứng FOCUS:** bệnh nhân hiện suy thận mạn giai đoạn cuối, các biến chứng có thể có bao gồm :

a. Rối loạn điện giải : Nghĩ nhiều vì kết quả xét nghiệm bệnh nhân có tăng Kali máu

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

c. Rối loạn chức năng tim mạch :

i. THA và dày thất (T) : Nghĩ nhiều vì khám trên lâm sàng ghi nhận mỏm tim lệch ra đường nách trước và bệnh nhân có tiền căn THA nhiều năm nay

ii. Suy tim sung huyết : Nghĩ nhiều

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

iv. Bệnh lý màng ngoài tim : Không loại trừ hoàn toàn

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

e. Rối loạn thần kinh – cơ : Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, trương lực cơ bình thường, không rung giật cơ nên không nghĩ. Tuy nhiên do bệnh nhân có đau nhức các khớp ở bàn tay, bàn chân nên có thể là tổn thương khớp do tăng axit uric --> Đề nghị axit uric máu

f. Rối loạn huyết học :

i. Thiếu máu mạn : Nghĩ nhiều vì bệnh nhân khám thấy có niêm nhợt.

ii. Rối loạn đông máu : Bệnh nhân có chảy máu mũi tự phát nhưng tự cầm một vài lần --> Đề nghị bilan đông máu

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

g. Rối loạn nội tiết- chuyển hóa : XN đường huyết trong giới hạn bình thường nên chưa nghĩ có biến chứng hạ đường huyết do rối loạn nội tiết

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

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

2. Khó thở cấp : trên bệnh nhân có thể nghĩ đến nguyên nhân:

1 bn có thể xảy ra nhiều bệnh, không nên loại kiểu 2 bệnh trên cùng 1 bn :v :v bn có thể vừa phù do sthan và stim, phù do 2 cơ chế.

a. BL Tim mạch :



- i. Phù phổi cấp : Khám tại thời điểm nhập viện có giảm âm phế bào 2 đáy phổi, bệnh nhân có hội chứng suy tim toàn bộ nên nghĩ nhiều --> Đề nghị X-Quang ngực thẳng **OAP thường khó thở đột ngột, APB giảm phải làm rõ vấn đề này do ng nhân j chứ không phải cái j cũng thấy phù hợp. APB không đặc trưng cho oap, phải là ran ẩm dăng như thủy triều.**
  - ii. Bệnh lý màng tim : Tràn dịch màng ngoài tim, chèn ép tim cấp : Không loại trừ do trong bệnh cảnh tràn dịch đa màng, đặc biệt là trong bệnh thận mạn có thể có biến chứng gây tràn dịch màng ngoài tim --> Đề nghị siêu âm tim để kiểm tra
- b. Bệnh lý hô hấp :
  - i. Nhóm bệnh lý khí-phế quản : Không nghĩ do cơn hen cấp, COPD do bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý hô hấp, khám lâm sàng không ghi nhận rale bất thường.
  - ii. Viêm phổi : Không nghĩ vì bệnh nhân không sốt, không ho đàm, không có vẻ mặt nhiễm trùng, khám không ghi nhận hội chứng nhiễm trùng, nghe phổi không có rale --> Loại trừ bằng CTM, X-Quang phổi
  - iii. Thuyên tắc phổi : Không nghĩ vì bệnh nhân không ho ra máu, không đau ngực đột ngột
  - iv. Tràn dịch màng phổi : Không loại trừ trong bệnh cảnh tràn dịch đa màng ở trên
3. Hội chứng van tim : Bệnh nhân có âm thổi tâm thu, cường độ 3/6 nghe rõ vùng KLS IV-V bờ trái xương ức, dạng tràn, không rõ hướng lan.
  - a. Đây là âm thổi thực thể và các nguyên nhân có thể nghĩ đến :
    - i. Hẹp valve 2 lá : Ít nghĩ vì âm thổi thường nghe rõ hơn ở mỏm tim, lan ra nách, trên bệnh nhân này tuy không rõ hướng lan nhưng âm thổi không nghe rõ ở mỏm tim
    - ii. Hẹp valve 3 lá : Nghĩ nhiều vì âm thổi tâm thu, dạng tràn, vị trí thường ở dọc bờ trái xương ức.
    - iii. Hẹp valve động mạch chủ : Không nghĩ vì âm thổi này vị trí không phù hợp, và dạng tràn không phải âm thổi dạng phụt. Không nghe được âm thổi ở KLS II bên (P)

➔ Để chẩn đoán chính xác : Đề nghị siêu âm tim kiểm tra
- b. Nguyên nhân :
  - i. Hậu thấp : Ít nghĩ vì bệnh nhân nam, không có tiền căn thoái hóa khớp
  - ii. Thoái hóa valve : Nghĩ nhiều
  - iii. Bẩm sinh : Ít nghĩ do bệnh nhân lớn tuổi, không có tiền căn bệnh lý tim bẩm sinh trước đó
  - iv. Thiếu máu cơ tim : Bệnh nhân không có tiền căn đau ngực, không có tiền sử bệnh lý mạch vành nên ít nghĩ
- c. Biến chứng : Suy tim (P) : Bệnh nhân này nghĩ nhiều có suy tim (P) vì bệnh nhân có tình trạng phù toàn thân, TMCN(+), khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm
4. Hội chứng suy tim : Trên bệnh nhân này có hội chứng suy tim, bệnh nhân có khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm, TMCN(+), nên nghĩ nhiều bệnh nhân có hội chứng suy tim :
  - a. Nghĩ nhiều là suy tim toàn bộ vì :
    - i. Suy tim (T) : Khám lâm sàng ghi nhận mỏm tim nẩy mạnh, mỏm tim nằm ở KLS V đường nách trước
    - ii. Suy tim (P) : Bệnh nhân có phù toàn thân ( không loại trừ hoàn toàn có thể do nguyên nhân bệnh lý thận ), gan to, TMCN(+)

- b. Phân độ suy tim : Bệnh nhân mệt, khó thở khi đi khoảng 100 mét nên nghĩ bệnh nhân suy tim độ III ( theo Framingham )
  - c. Nguyên nhân suy tim :
    - i. Bệnh mạch vành : Ít nghĩ do bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạch vành, không có cơn đau thắt ngực điển hình kiểu mạch vành. Đề nghị : ECG, Troponin
    - ii. THA : Bệnh nhân được chẩn đoán THA không rõ thời gian, huyết áp cao nhất 180 mmHg, không tuân thủ điều trị, ăn mặn và lối sống ít vận động nên có nghĩ đến nguyên nhân này
    - iii. Bệnh cơ tim : Không ghi nhận tiền căn gia đình có bệnh lý cơ tim, không có tiền căn nhiễm siêu vi trước đó, tuy nhiên bệnh nhân có bệnh thận mạn 10 năm điều trị không tuân thủ, nên không loại trừ hoàn toàn có thể do nguyên nhân bệnh thận mạn gây ra.
    - iv. Bệnh van tim : Nghĩ nhiều do bệnh nhân có âm thổi âm thu 3/6 ở vùng KLS IV-V bờ trái xương ức. **Hở 3 lá là kết cục of suy tim toàn bộ (bchung từ bệnh thận mạn) nên khỏi cần BL → hở 3 lá cơ năng. Bn cũng không ded vì hở van 3 lá.**
    - v. Rối loạn nhịp tim : Không nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn hồi hộp, đánh trống ngực, khám lâm sàng mạch đều, không có rối loạn nhịp tim
  - d. Giai đoạn suy tim : bệnh nhân có bệnh lý tim cấu trúc và có triệu chứng suy tim nên xếp giai đoạn C ( theo ACC/AHA )
  - e. Yếu tố thúc đẩy suy tim : Ăn mặn, THA, bệnh thận mạn, thiếu máu
5. THA : bệnh nhân chẩn đoán THA không rõ thời gian trong 10 năm từ lúc được chẩn đoán bệnh thận mạn, huyết áp cao nhất là 180 mmHg
- Trên bệnh nhân bệnh thận mạn có thiếu máu mạn, có 2 khả năng xảy ra :
    - o THA là hậu quả của bệnh thận : Nghĩ nhiều
    - o THA do nguyên nhân khác : Bệnh nhân có 2 bệnh cùng lúc hiếm gặp nên không nghĩ
  - Tầm soát các biến chứng của THA trên bệnh nhân này :
    - o Tim : Suy tim toàn bộ ( đã biện luận ở trên )
    - o Thần kinh : Bệnh nhân không có tiền căn đột quỵ, không có những cơn chóng mặt do thiếu máu não thoáng qua --> Không nghĩ
    - o Mắt : Bệnh nhân hiện không nhìn mờ nhưng do bệnh diễn tiến lâu ngày, không kiểm soát huyết áp tốt --> Đề nghị soi đáy mắt
    - o Mạch máu :
      - Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạch vành, không có triệu chứng như đau cách hồi, cảm giác tê, châm chích, dị cảm ở chi --> Không nghĩ
      - Thận : THA không kiểm soát góp phần làm nặng thêm bệnh thận mạn của bệnh nhân
6. Hội chứng thiếu máu mạn : Bệnh nhân không có tình trạng mất máu cấp tính ( không nôn máu, không tiêu ra máu, tiêu phân đen, không tiểu ra máu, không vàng da ), lâm sàng không có mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng nên nghĩ bệnh nhân có tình trạng thiếu máu mạn.
- Trên bệnh nhân suy thận mạn, thiếu máu có thể do những nguyên nhân :
- Thiếu máu mạn do dinh dưỡng kém : Gần đây bệnh nhân ăn uống kém
  - Thiếu máu mạn do thiếu Erythropoietin : Nghĩ nhiều, đề nghị công thức máu
  - Thiếu máu mạn do nhiễm trùng mạn tính : Không nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn lao, không có tiền căn nhiễm trùng mạn tính. Đề nghị thêm Fe huyết thanh, Ferritin

**IX / ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG :**

- TPTNT, soi cận lắng nước tiểu, đạm niệu 24h
- Albumin máu, protein máu
- Bilan lipid máu (HDL, LDL, Triglycerid, Cholesterol)
- Bilan đông máu (PT, INR, aPTT)
- Ure, Creatinin máu
- Công thức máu, X-Quang ngực thẳng,
- ECG, NT-proBNP, siêu âm tim, siêu âm bụng
- Acid uric máu, men gan, đường huyết

**X / KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG :****1. TPTNT:**

**Lấn lộn tiền sử và cls → quãng vào tiền sử (khác cô Linh thì để vào cls lun).**

eGFR mỗi năm mất 7ml là mất nhanh → coi chừng có STC/STM. Phải có dải diễn tiến crea. Tại sao bn không được chạy thận nhân tạo? Do bn đã được thăm phân phúc mạc

Tại sao lại tăng kali?

Bệnh nhân có bệnh mạch vành không?

	Ngày 18/10/2018 ( BVNDGD )	Ngày 20/11/2018 ( PK Tư )	Ngày 11/01/2019 ( PK Tư )	Ngày 29/01/2019 (BVNDGD)	Giá trị bình thường
TPTNT					
<b>ERY</b>	<b>Trace-Lysed</b>	VẾT	VẾT	<b>25</b>	NEG, ≤10ERY/μ L
NITRIT	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG
<b>GLU</b>	<b>14</b>	(-)	(-)	<b>5.5</b>	Normal, ≤1.7mmol/L
<b>PRO</b>	<b>1.0 g/L</b>	(+++)>= 300mg/dl	(+++)>= 300mg/dl	<b>1.0 g/L</b>	NEG, < 0.1g/L
pH	6.5	6.0	6.0	6.0	4.8 – 7.5
KETONE	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG, < 0.5mmol/L
LEU	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG, < 10LEU/ μ L
Cặn lắng		NEG	NEG		
<b>Creatinin niệu</b>	<b>8457 μmol/L</b>				

→ - Tổng phân tích nước tiểu ghi nhận có đạm niệu trong nước tiểu, có máu trong nước tiểu. Nghi ngờ nhiều bệnh cầu thận, tuy nhiên không loại trừ được hoàn toàn bệnh lý ống thận-mô kẽ mạn tính do có đường trong nước tiểu ở 2 lần XN.

- Tuy nhiên do thành phần đạm ưu thế hơn nên ít nghi ngờ viêm cầu thận cấp, nghi ngờ hội chứng thận hư --> Đề nghị đạm niệu 24h, Protein máu, albumin máu kiểm tra

- Cần soi thêm cận lắng nước tiểu, tìm trụ hồng cầu, trụ hạt, trụ rộng v.v..hồng cầu biến dạng v.v.. để đưa ra chẩn đoán chính xác nguồn gốc tiểu máu này

## 2. Nghiệm sinh hóa :

Protein máu : 63.1 g/L

Albumin máu : 33.8 g/L

Đạm niệu 24h : Không làm

HbA1C:

Alb niệu

TPTNT

Ery

Pro 3g/l

Đường (-)

Máu:

Đg huyết

Crea 309,5 mmol/l

Bilan mỡ:

Cho 6,94

Tri 9,25 mmol/l

HDL 1,11

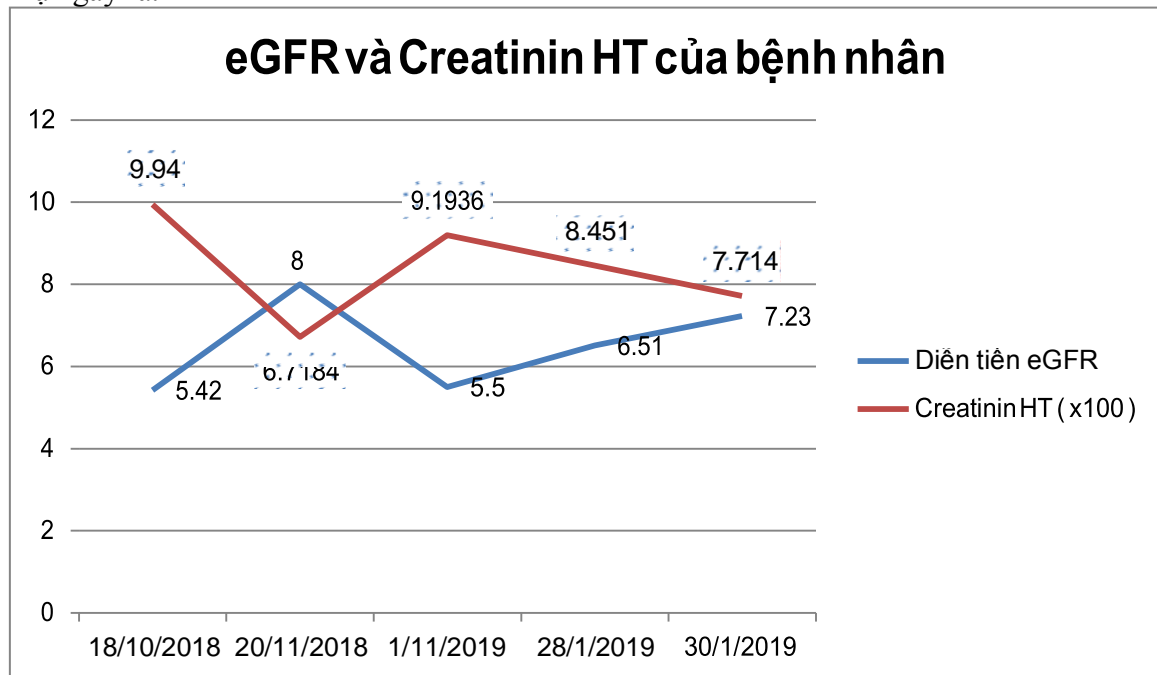
LDL 3,9

AST ALT bthg

	18/10/2018	20/11/2018	11/1/2019	28/1/2018	30/1/2019	Giá trị bình thường
Glucose	4.63	5.0	5.17	5.66		3.9 – 6.1 mmol/L
Urea	<b><u>46.1</u></b>	<b><u>37.1</u></b>	<b><u>49.47</u></b>	<b><u>50.0</u></b>	<b><u>45.9</u></b>	2.5 – 7.5 mmol/L
Creatinin	<b><u>994</u></b>	<b><u>671.84</u></b>	<b><u>919.36</u></b>	<b><u>845.1</u></b>	<b><u>771.4</u></b>	Nam : 62 – 120 $\mu$ mol/L
eGFR (MDRD4) ml/phút/1.73 m <sup>2</sup> da	<b><u>5.42</u></b>	<b><u>8</u></b>	<b><u>5.5</u></b>	<b><u>6.51</u></b>	<b><u>7.23</u></b>	
Axit uric	<b><u>755.6</u></b>	<b><u>618.8</u></b>	<b><u>452.2</u></b>			180 – 420 $\mu$ mol/L
Albumin	33.0 g/L					35 – 50 g/L
Triglycerid	1.62	1.06	<b><u>2.01</u></b>	1.21		0.46 – 1.88 mmol/L
Cholesterol		4.05	4.06			
HDL-CHO	0.68					$\geq$ 0.9 mmol/L
LDL-CHO	2.31					$\leq$ 3.4 mmol/L
AST	12.1	17	31	33.9		$\leq$ 37 UI/L
ALT	18.3	22	29	33.9		$\leq$ 40 UI/L
Na+	135.8	139.9	142.2	134.6	139.1	135 – 145 mmol/L
K+	<b><u>5.86</u></b>	<b><u>5.94</u></b>	<b><u>6.19</u></b>	<b><u>6.49</u></b>	4.78	3.5 – 5.0 mmol/L
Cl-	111.1	111.6	112.7	109.7	106.8	97 – 111 mmol/L

Ca <sup>2+</sup> ion hóa		2.19	2.33			2.1 – 2.8 mmol/L
--------------------------	--	------	------	--	--	------------------

➔ Tuy bệnh nhân có đạm niệu trong nước tiểu, nhưng đạm máu, protid máu chỉ giảm nhẹ, không rối loạn lipid máu --> Không nghĩ hội chứng thận hư mà nghĩ nhiều là do suy thận mạn gây ra.



➔ Kết quả ion đồ ghi nhận :

- Tăng Kali máu : phù hợp với suy thận mạn giai đoạn cuối, **chưa tới ngưỡng cấp cứu (6,5)**
- Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup> : Bình thường
- Ca<sup>2+</sup> ion hóa ở giới hạn bình thường thấp : Theo dõi biến chứng cấp hạ Canxi máu

### 3. Như tử kiểm tra RA:

	16/10/2018	28/1/2019	30/1/2019	11/02/2019	GTBT
RA	<b>8.7</b>	<b>8.1</b>	<b>11.6</b>	<b>16.5</b>	21 – 31 mmol/L

➔ Bệnh nhân có tình trạng toan hóa máu, dù chưa có biểu hiện trên lâm sàng

### 4. Siêu âm bụng:

- Gan to h(P) = 180 mm, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều. Tĩnh mạch gan dẫn = 12 mm
- Lách : Không to, đồng nhất
- Thận : Chủ mô 2 thận echo dày, phân biệt vỏ - tủy kém
  - + Thận (P) : KT = 67 mm x 37 mm, không sỏi, không ứ nước. Có nang d=17mm, echo trống, vỏ mỏng, không chồi vách
  - + Thận (T) : KT = 69 mm x 35 mm, không sỏi, không ứ nước.
- Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường
- Dịch tự do ổ bụng lượng vừa

- Không dịch màng phổi 2 bên

Kết luận : Theo dõi bệnh lý gan tim

Nang thận (P)

Bệnh lý chủ mô thận mạn 2 bên

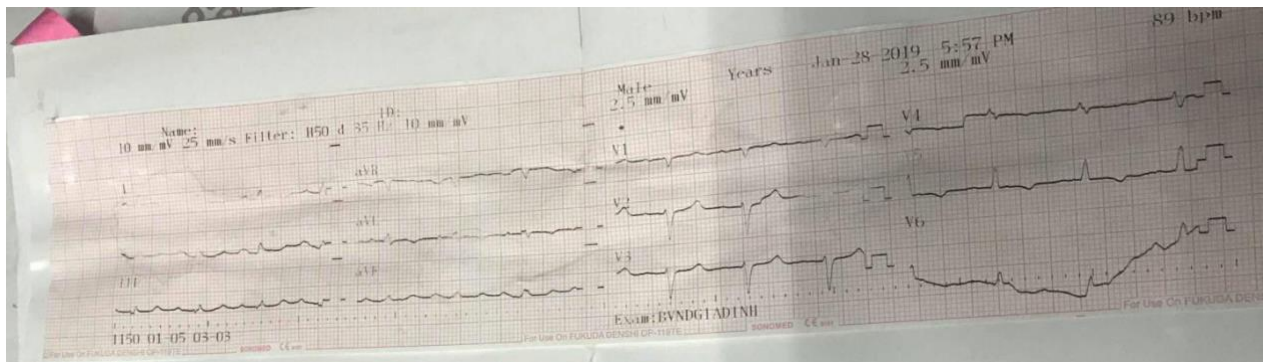
Dịch tự do ổ bụng lượng vừa

--> Kích thước hai thận teo nhỏ - giới hạn vỏ - tuy không phân biệt : Phù hợp với bệnh cảnh suy thận mạn.

### **5. X-Quang ngực thẳng :**

- Bóng tim to
- Không thấy tổn thương nhu mô phổi trên phim, không thấy hình ảnh tổn thương mô kẽ
- Không có dấu hiệu tái phân bố tuần hoàn, không thấy đường Kerley (B)

### **6. ECG :**



- Nhịp xoang, đều, tần số khoảng 90 lần/phút.
- Trục tim trung gian
- Đoạn PR dài khoảng 200 ms, không thấy hình ảnh lớn nhĩ (P), nhĩ (T), sóng P dẹt
- Phức bộ QRS thời gian và hình dạng không ghi nhận bất thường. Không có hình ảnh sóng Q bệnh lý, ST không chênh .Sóng T âm ở chuyển đạo V5, V6, gợi ý có tình trạng thiếu máu cơ tim cục bộ
- Thời gian QT = 0,37s, QTc 0.42s --> QT không dài **không nghĩ bchung hạ Canxi máu**

### **7. Men tim :**

NT-Pro BNP > 35000 ( Bình thường : < 125 pg/mL )

hs Troponin-T 0.184 ( Bình thường : < 0.01 ng/mL )

CKMB 20.92 ( Bình thường : < 25UI/L )

➔ NT-pro BNP tăng rất cao > 450 pg/mL ( BN 40 tuổi ), nghĩ nhiều khó thở cấp lần này là do cơn hen tim, biến chứng của suy tim.

hs-Troponin tăng : nhưng bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng của cơn đau thắt ngực, kết hợp với ECG nghĩ nhiều là có tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim.

### **8. Siêu âm tim :**

- Lớn 4 buồng tim
- Không dịch màng ngoài tim
- Giảm động các thành thất trái, loạn động vách liên thất

- Hở valve ĐMC độ I
- Hở valve 2 lá trung bình, VC = 6 mm
- Hở valve 3 lá nặng VC = 14 mm. Áp lực ĐMP tăng PAPs = 62 mmHg
- Hở valve ĐMP nhẹ
- Chức năng tâm thu thất trái EF = 24%

### **9. Xét nghiệm chẩn đoán thiếu máu :**

CTM :

WBC	8.34 K/ $\mu$ L	4 – 10 K/ $\mu$ L
Neu%	83.7 %	40-77 %
Lym%	5.4%	16-44%
Eos%	3.4%	0-7.0%
RBC	2.65 T/L	4.0 – 5.8 T/L
Hgb	78 g/L	140 – 160 g/L
Hct	25.3%	35 – 47%
MCV	95.7 fL	80 – 100 fL
MCH	29.5 pg	26 – 34 pg
MCHC	308 g/L	310 – 360 g/L
PLT	318 G/L	150 – 400 G/L
Hồng cầu to		
Hồng cầu kích thước không đều	(+)	
Hồng cầu nhược sắc	(+)	

Fe ht	<b>3.2</b> $\mu$ mol/L	11 – 27 $\mu$ mol/L
Ferritin	<b>364.2</b> ng/mL	10 – 322 ng/mL

PT	<b>21.0</b>	11.33 – 14.87 giây
PT%	<b>54%</b>	79 – 125%
INR	<b>1.54</b>	0.86 – 1.13
TCK	<b>37.1</b>	26 – 37 giây

- Công thức máu :
  - Bạch cầu trong giới hạn bình thường, tuy nhiên dòng Neutro ưu thế. Cần theo dõi sát tình trạng nhiễm trùng ở bệnh nhân
  - Chẩn đoán xác định có thiếu máu mạn : Hb < 13 g/dL ( ở bệnh nhân 7.8 g/dL ), mức độ trung bình. Bệnh nhân vừa có thiếu máu hồng cầu to, vừa có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc
    - TM hồng cầu to : Nghĩ nhiều do bệnh nhân dùng rượu lâu ngày



- TM hồng cầu đẳng sắc đẳng bào : Phù hợp với tình trạng suy thận mạn giai đoạn cuối của bệnh nhân thiếu Erythropoetin
- TM hồng nhỏ nhược sắc : Có thể do giảm nhập ( ăn uống kém ), hoặc do nguyên nhân nhiễm trùng mạn tính :
  - Fe huyết thanh giảm : Nghĩ nhiều thiếu máu thiếu sắt, tuy nhiên Ferritin tăng có thể do nhiều nguyên nhân khác.
- Bộ đông máu : Bệnh nhân có tình trạng rối loạn đông máu nội sinh, tuy nhiên tiền sử trước đây không ghi nhận các bệnh lý chảy máu trước đó. Gia đình không có tiền căn bệnh lý huyết học --> Nghĩ nhiều rối loạn đông máu là hậu quả của suy thận mạn giai đoạn cuối

### **K/ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Phù phổi cấp - Suy thận mạn giai đoạn cuối : C(cầu thận)G5A3 – Biểu chứng tăng Kali máu, toan chuyển hóa, THA, suy tim, thiếu máu mức độ trung bình, rối loạn đông máu, tăng axit uric máu – THA – Suy tim toàn bộ độ III (NYHA), giai đoạn C (ACC/AHA), nguyên nhân nghĩ do hở valve 3 lá, bệnh mạch vành, yếu tố thúc đẩy : ăn mặn, THA, suy thận mạn – Bệnh tim thiếu máu cục bộ

**Homework: Viết điều trị cho bn này theo từng vấn đề.**

### **XII/ ĐIỀU TRỊ:**

- Nguyên tắc điều trị :
  - Điều trị bệnh căn nguyên : Bệnh nhân đã vào suy thận mạn giai đoạn cuối với mức Creatinin nền đo được khoảng --> điều trị bệnh lý căn nguyên trở nên khó khăn và kém hiệu quả, không còn cần thiết
  - Điều trị yếu tố thúc đẩy làm suy thận trở nên nặng thêm : Ở bệnh nhân này THA không kiểm soát, lối sống ăn mặn, hút thuốc lá, rượu là những yếu tố làm bệnh thận nặng thêm --> Phải kiểm soát được các yếu tố này
  - Điều trị làm chậm diễn tiến bệnh thận mạn : Bệnh nhân đã vào suy thận giai đoạn cuối --> Ưu tiên điều trị thay thế thận và điều trị biến chứng
  - Điều trị biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối : Trên bệnh nhân này, các mục tiêu cần điều trị gồm điều trị thiếu máu, rối loạn điện giải ( tăng Kali ), rối loạn kiềm toan, THA, tăng axit uric máu
  - Điều trị thay thế thận : Bệnh nhân này có chỉ định điều trị thay thế thận
- Mục tiêu điều trị :
  - Giảm toan máu, giảm Kali máu
  - Kiểm soát huyết áp : Mục tiêu đạt được 140/90 mmHg ( BN không ĐTD ) : T
  - Điều trị thiếu máu : Hb 11 – 12 g/dL, Hct 33 – 36%
  - Điều trị tăng axit uric máu
  - Điều trị suy tim
  - Thay đổi lối sống :
    - Ngừng HTL, uống rượu
    - Chế độ ăn :
      - Ăn nhạt, giảm muối : < 2g Natri ( < 5g NaCl)
      - Giảm mỡ bão hòa và Cholesterol
      - Giảm đạm, giảm Kali
    - Tập thể dục phù hợp với tình trạng tim mạch và khả năng chịu đựng : 20 - 30p / ngày, tối thiểu 5 ngày/tuần
- Y lệnh điều trị :
  - Furosemid 20mg : 2A x 3 (TMC) S,C,Đ

- {
- {
- Recormon 2000 UI : 1A ( TDD)
- {
- Amlordipin 5 mg : 2v x 1 (u) S
- Bidiferon 1v x 2 (u) S,C ( trước ăn )
- Imidu 60mg : 1v x 1 (u) S
- Forvastin 20mg : 1v (u)
- Allopurinol 300mg : 1/2v x 1 (u)

**NI / TIÊN LƯỢNG :**

- Tiên lượng gần : Hiện tại bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, bệnh chẩn đoán được, tuy nhiên điều trị gặp nhiều khó khăn, không hiệu quả, nhiều biến chứng --> Tiên lượng trung bình
- Tiên lượng xa : Bệnh nhân đã suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định điều trị thay thế thận, nhiều biến chứng --> Tiên lượng dè dặt