I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Thị Thi Sinh năm 1966 (66 tuổi)

Nghề nghiệp: Hưu Địa chỉ: TPHCM

Ngày Nhập viện: 3/6/2022 Khoa: Nội tiết, BV Đại học Y Dược

Phòng: 9-22A Giường: 01 Số hồ sơ: N17-042173

II. Lý do nhập viện:

Phù toàn thân

III. Bệnh sử

Bệnh nền

Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán cách đây 22 năm, đường huyết đói tại nhà từ 300-500mg/dL

Tăng huyết áp áp chẩn đoán cách đây 10 năm, huyết áp đo tại nhà từ 140-200 mmHg, chưa từng nhập viện vi tăng huyết áp cấp cứu

Hội chứng thận hư được chẩn đoán từ năm 2017,

Bệnh thận mạn được chẩn đoán từ tháng 10/2021 (eGFR: 49)

Từ 2017 tới 4/2022, bệnh nhân theo dõi và điều trị tại BV DHYD,

Vào tháng 4/2021, bệnh nhân chuyển sang BV Quân Y 175 để tiếp tục khám ngoại trú (lí do chi phí ở BV ĐHYD cao), với toa thuốc ghi nhận:

Insulin glargine (Basaglar) 28 UI lúc 21 giờ tối

1. Dapagliflozin 5m

g 2 viên sáng

Clopidogrel 75mg 1 viên sáng

Prednisolon 5mg 1 viên sáng, ½ viên chiều

Pravastatin 20mg 1 viên tối

Diosmin 600mg 1 viên sáng

Cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân bắt đầu phù 2 mu bàn chân, phù đối xứng, mềm, trắng, ấn lõm, không đau, không thay đổi trong ngày. Phù càng ngày càng nhiều hơn lan lên cẳng chân, bụng to dần. Bệnh nhân ghi nhận tăng 7kg (55kg – 62kg).

Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân thấy tình trạng phù nhiều, nên nhập BV DHYD.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân có các triệu chứng buồn nôn, nôn, sổ mũi, đau ngực, khó thở, vã mồ hôi, chóng mặt. Bệnh nhân đi tiêu phân vàng, đóng khuôn, tiểu khoảng 1000 mL/ngày, nước tiểu vàng trong, không bọt, không tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt.

Tình trạng lúc nhập viện

Nhập khoa Nội tiết, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng, chấm mảng xuất huyết ở 2 tay, kích thước khoảng 2cm, phù toàn thân.

Mạch: 89 lần/phút Huyết áp: 180/70 mmHg Nhiệt độ: 37oC

Nhip thở: 20 lần/phút SpO2 98% khí trời

Chiều cao: 145cm Cân nặng (trước phù): 55kg Cân nặng (sau phù): 62kg BMI: 26

Đường huyết lúc nhập viện: 554 mg/dL

Diễn tiến sau nhập viện

Ngày 1-2: Bệnh nhân đi cầu phân sệt,

Ngày 3-5: Bệnh nhân giảm phù 3/10

Theo dõi xuất nhập (ngày 6/6/2022)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 6/6/2022 | 7/6/2022 |
| Tổng nhập | 500mL | 500mL |
| Tổng xuất | 2000mL | 1000mL |
| Cân bằng xuất nhập | -1500mL | -500mL |

1. Huyết áp và đường huyết

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 15h 3/6 | 18h 3/6 | 22h 3/6 |
| Đường huyết | 554 | 545 | 306 |
| Điều trị | Insulin glargin 25 UI  Insulin Actrapid 12UI | Insulin Actrapid 4UI | Insulin Actrapid 4UI |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 6h 4/6 | 11h 5/6 |
| Đường huyết | 108 | 94 |
| Điều trị | Insulin glargine 25UI x 1 TDD chiều  Insulin Actrapid 6UI x 3 TDD,  Sáng trưa chiều, trước ăn 30 phút | Insulin glargine 25UI x 1 TDD chiều  Insulin Actrapid 4UI x 2 TDD,  Sáng chiều, trước ăn 30 phút |

IV. Tiền căn

1. Bản thân

a. Nội khoa

Hội chứng thận hư thứ phát chuẩn đoán từ năm 2017, tại BV ĐHYD.

Bệnh thận mạn giai đoạn 3a (eGFR 39ml/phút/1.73m2da) được chuẩn đoán và điều trị ngoại trú từ 2 năm trước tại khoa nội thận BV ĐHYD, mức creatinin nền ghi nhận là 1.02 mg/dL. Bệnh nhân đã được tư vấn thay thế thận. Toa thuốc BV DHYD gần nhất 12/4/2022 đang được điều trị với Forusemide 40mg 1 viên sáng chiều:

Ketosteril 600mg 2 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều

Tarfloz 300mg 1 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều

Agifuros (furosemid) 40mg 1 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều

Caldihasan 1 viên x 1 lần (u) sáng

Tăng huyết áp 22 năm, được theo dõi tại BV DHYD từ năm 2017, mức huyết áp chưa đạt mục tiêu, dao động từ 140-200mmHg. Toa thuốc BV DHYD gần nhất 12/4/2022, bệnh nhân đang điều trị thuốc lợi tiểu giữ kali amiloride, ARB telmisartan và TZD hydrochlorothiazide:

Ezvasten (Atorvastatin) 1 viên x 1 (u)

Amilor cap (Amiloride) 5mg 1 viên x 1(u)

Ridlor 75mg 1 viên x 1(u)

Tolucombi (telmisartan, hydrochlorothiazide ) 40/125mg 1 viên x 1(u)

Đái tháo đường type 2, 10 năm, được theo dõi tại BV ĐHYD từ năm 2017, chưa đạt mục tiêu (HbA1c: 9.5, glucose 148, ngày 24/1/2022). Bệnh nhân đã được soi đáy mắt, bệnh võng mạc tăng sinh. Toa thuốc BV ĐHYD gần nhất 12/4/2022:

Victoza (Insulin Liraglutide) 6mg/ml 3ml Tiêm dưới da 7 giờ sáng 0.6mg

Diosfort 600mg 1 viên x 2 (u) sau ăn sáng, chiều

Toujeo solotar (Insulin glarrgine) 300U/mL Tiêm dưới da 7 giờ sáng: 28UI

Sovepred (Prednisolone) 5mg 1 viên sáng, ½ viên chiều

Hội chứng Cushing do thuốc, Suy tĩnh mạch 2 chi dưới, Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

Mức nền creatinin và độ lọc cầu thận hồi cứu bệnh án:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3/8/2020 | 7/2/2020 | 21/12/2020 | 8/2/2021 | 13/4/2021 | 27/4/2021 | 10/5/2021 |
| Creatinin | 1.20 | 1.08 | 1.25 | 1.19 | 1.45 | 1.3 | 1.11 |
| eGFR | 45 | 51 | 43.16 | 46 | 36 | 41 | 49 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 25/10/2021 | 20/2/2021 | 24/1/2022 | 7/4/2022 | 3/6/2022 | 6/6/2022 |
| Creatinin | 1.11 | 1.02 | 1.13 | 1.36 | 1.83 | 1.47 |
| eGFR | 49 | 54.5 | 47.95 | 39 | 28 | 36 |

Â.

Nhiễm Covid-19 1 lần

Không sử dụng thuốc nam, bắc

b. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương

c. Tiền căn dị ứng: Chưa ghi nhận tiền căn di ứng thuốc, thức ăn

d. Thói quen sinh hoạt:

- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

- Không thực hiện ăn theo chế độ ăn của người đái tháo đường: ăn ngọt, uống nước ngọt có gas.

2. Gia đình: Con gái bị đái tháo đường

V. Lược qua các cơ quan

1. Tim mạch: Không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

2. Hô hấp: Không khó thở, không ho

3. Tiêu hóa: Không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày

4. Cơ xương khớp: không giới hạn vận động

5. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt

VI. Khám (7h ngày 7/6/2022, ngày 5 sau nhập viện)

1. Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

- Sinh hiệu:

Mạch 68 lần/phút Huyết áp 145/80 mmHg

Nhiệt độ 36.6oC Nhịp thở 20 lần/phút

Chiều cao 145cm Cân nặng: xx

- Kiểu hình Cushing: Chấm, đốm xuất huyết da rải rác 2 cánh tay, mặt tròn, sạm da cẳng chân, cẳng tay

- Niêm nhạt, không vàng

- Môi không khô, lưỡi không dơ

- Không lòng bàn tay son

- Phù mở mặt trước xương chày, phù mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ.

2. Đầu mặt cổ

- Mặt tròn như mặt trăng

- Không phù mi mắt, mắt không trũng,

- Tuyến giáp không to

- Tĩnh mạch cổ không nổi, không xẹp

- Khí quản không lệch

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

3. Ngực

- Lồng ngực hai bên cân đối, đi động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

- Tim mạch:

- Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1,5x1,5 cm

- Không ổ đập bất thường, dấu Harder (-), dấu nảy trước ngực (-)

- T1, T2 đều rõ, tần số 69 lần/phút

- Không âm thổi

- Phổi: Rung thanh không giảm, gõ trong, rì rào phế nang hia phế trường,

4. Bụng

- Bụng báng lượng nhiều, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ

- Nghe: nhu động ruột 5 lần/phút, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng

- Bụng gõ đục vùng thấp, sờ không đau

- Gan bờ trên khe liên sườn V, bờ phải xương ức, bờ dưới gan không sờ chạm, chiều cao gan khoảng 10cm

- Lách không sờ chạm

- Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

5. Thần kinh, cơ xương khớp

- Cổ mềm

- Không sưng nóng đỏ cơ khớp

- Không giới hạn vận động

VII. Tóm tắt bệnh án

Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 1 tháng

TCCN:

- Phù

TCTT

- Kiểu hình Cushing

- Phù trước xương chày, mắc cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ

- Báng bụng

Tiền căn

- Đái tháo đường type 2,

- Hội chứng Cushing do thuốc

- Bệnh thận mạn

- Tăng huyết áp

- Suy tĩnh mạch 2 chi dưới

- Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

VIII. Đặt vấn đề

1. Phù toàn thân

2. Hội chứng Cushing

3. Bệnh thận mạn giai đoạn 3

4. Tăng huyết áp

5. Đái tháo đường type 2

6. Rối loạn lipid máu

7. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Hội chứng thận hư – Tổn thương thận cấp / Bệnh thận mạn giai đoạn 3 – tăng huyết áp – đái tháo đường type 2 – Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn - Cushing do thuốc – rối loạn lipid máu

X. Chẩn đoán phân biệt

Suy tim mới chẩn đoán nghĩ do Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Bệnh thận mạn – Cushing do thuốc – Rối loạn lipid máu

XI. Biện luận

1. Phù toàn thân: Bệnh nhân xuất hiện phù 2 mắt cá chân, phù trước xương chày, báng bụng, phù trắng, mềm, đối xứng, ấn lõm, không đau, nóng đổ nên nghĩ là phù toàn thân, các nguyên nhân sau:

- Suy tim: Về triệu chứng: bệnh nhân không khó thở kịch phát về đêm hay khó thở phải ngồi, không ho về đêm, không ho đàm bọt hồng, không tĩnh mạch cổ nổi, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực. Về thăm khám, gan không to, mỏm tim không lệch, diện đập bình thường, không dấu nảy trước ngược, Hardzer (-), không rung miêu, không loạn nhịp, không âm bất thường. Tuy nhiên bệnh nhân có phù chân trước khi báng bụng, phù không ghi nhận tăng giảm trong ngày Cần đề nghị CLS: Siêu âm tim, ECG, troponin Ths

- Xơ gan: Bệnh nhân không có hội chứng suy tế bào gan (vàng da, vàng mắt, lông thưa, tóc khô dễ gẫy, lòng bàn tay son, sao mạch), và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, lách to, xuất huyết tiêu hóa) nên không nghĩ

- Suy dinh dưỡng: Thể trạng bệnh nhân không nhẹ cân, ăn uống đủ, không diễn tiến có phù mu bàn tay trước nên không nghĩ

- Bệnh thận: Bệnh nhân tuy có phù nặng tăng dần 1 tháng, diễn tiến phù 2 chân, báng bụng, nghĩ do nguyên nhân do thận, gồm bệnh thận cấu trúc (HCTH, VCTC) và chức năng (TCTC, BTM).

- Hội chứng thận hư: bệnh nhân có phù toàn thân, phù nhiều, tiền căn được chuẩn đoán Hội chứng thận hư năm 2017, hiện chỉ dùng Medrod 1 viên sáng ½ viên chiều để phòng ngừa suy thượng thận cấp => đã lui bệnh => hiện tại tái phát lại => đề nghị TPTNC, đạm niệu 24h, cặn lắng nước tiểu, protein máu, albumin máu, bilan lipis (cholesteron toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerids), điện di protein máu (định hướng nguyên nhân).

Nguyên nhân Hội chứng thận hư Thứ phát

- Do thuốc: Bệnh nhân không có tiền căn dùng NSAIDS, rifampin, captopril, lithium, wafarin, thuốc cản quan nên không nghĩ

- Dị ứng: Bệnh nhân không bị côn trùng đốt, rắn cắn, tiêm ngừa gần đây nên không nghĩ

- Nhiễm khuẩn:

+ Vi khuẩn:

+ Hậu nhiễm liên cầu trùng: bệnh nhân không có tiền căn viêm họng, viêm da trước đợt bệnh này ⇨ ít nghĩ, đề nghị ASO để loại trừ.

+ Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: không có hội chứng nhiễm trùng, tim không âm thổi nên không nghĩ.

+ Lao: không có hội chứng nhiễm lao chung (sốt, ớn lạnh về chiều, chán ăn, sụt cân) trước đợt khởi phát bệnh nên không nghĩ, đề nghị X-quang phổi để loại trừ.

+ Phong: không có tổn thương da, tổn thương thần kinh nên không nghĩ

+ Siêu vi:

+ Viêm gan siêu vi B,C: chưa tiêm ngừa viêm gan siêu vi B, tiền căn chưa ghi nhận nhiễm nhưng không loại trừ ⇨ đề nghị HbsAg, antiHCV để loại trừ.

+ HIV: bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, không đau cơ, đau khớp, viêm họng, hạch to, phát ban, không sốt hoặc tiêu chảy kéo dài > 1 tháng nên ít nghĩ ⇨ đề nghị anti-HIV để loại trừ

Ký sinh trùng:

+ Sốt rét: bệnh nhân có sốt, không sốt cao, không rét run, không vã mồ hôi, không sốt cách nhật, không ở vùng dịch tễ sốt rét, không bị muỗi đốt nên ít nghĩ

Ung thư:

+ Bệnh nhân nữ 66 tuổi, không tiền căn tiếp xúc độc chất, chất phóng xạ, ăn uống được, không sụt cân bất thường, hạch không sờ chạm, gan lách không to, không sờ thấy khối u nên ít nghĩ đề nghị FOB

Bệnh hệ thống:

+ Lupus ban đỏ hệ thống: bệnh nhân nam 29 tuổi, không sợ ánh sáng, hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, loét miệng, viêm khớp, rối loạn tâm thần, co giật nên ít nghĩ ⇨ đề nghị ANA, anti ds-DNA, anti-SM, antiphospholipid, C3, C4 để loại trừ.

+ Viêm khớp dạng thấp: bệnh nhân không đau khớp, không cứng khớp vào buổi sáng sau ngủ dậy nên không nghĩ

+ Hội chứng Goodpasture: bệnh nhân không ho ra máu nên không nghĩ

Di truyền và chuyển hoá:

+ ĐTĐ: bệnh nhân không có triệu chứng ăn nhiều, gầy sút cân nhiều, tiểu nhiều, khát nhiều, tiền căn được tầm soát đái tháo đường trước đây nhưng chưa ghi nhận mắc nên không nghĩ ⇨ đề nghị đường huyết đói để loại trừ.

+ Hội chứng Alport: không giảm thính lực, không giảm thị lực, không tiền căn gia đình giảm thị lực + giảm thính lực + suy thận nên không nghĩ

Nguyên nhân Hội chứng thận hư nguyên phát

+ Bệnh nhân lớn tuổi, phù toàn thân, cần loại trừ nguyên nhân thứ phát.

Biến chứng:

Biến chứng cấp:

+ Tổn thương thận cấp: bệnh nhân có nước tiểu 1000ml/24h và creatinine tăng cao (1.83 mg/dL) so với nền (≈ 0.5mg/dL) nên nghĩ nhiều đang có TTTC giai đoạn 1, trước thận (giảm thể tích tuần hoàn hữu hiệu) ⇨ đề nghị creatinine, BUN mỗi 48h, ion đồ máu, ion đồ niệu, cặn lắng nước tiểu.

+ Tắc mạch: bệnh nhân không khó thở, không đau cách hồi chi dưới nên ít nghĩ ⇨ đề nghị D-Dimer để loại trừ.

+ Nhiễm trùng: hiện tại bệnh nhân đã hết sốt, không có triệu chứng gợi ý nhiễm trùng nhưng không loại trừ do bệnh nhân đang dùng corticoid liều cao ⇨ đề nghị CRP, X-quang ngực thẳng, siêu âm bụng, TPTNT.

Biến chứng mạn:

+ THA: HA kiểm soát không tốt, HA tại thời điểm chẩn đoán 180/70mmHg, chưa ghi nhận biến chứng do THA ⇨ đề nghị ECG, siêu âm tim

+ Xơ vữa ĐM: nghĩ nhiều do bệnh từ 2017, HA kiểm soát không tốt, hiện tại đang điều trị RL lipid máu => đề nghị ???

+ Suy thận mạn: Hiện bệnh nhân có Suy thận mạn giai đoạn 3

+ Rối loạn chuyển hóa:

Thiếu máu thiếu sắt: ít nghĩ do bệnh nhân không có hội chứng thiếu máu mạn với da niêm nhạt ⇨ đề nghị công thức máu, sắt huyết thanh, transferrin, ferritin.

Giảm canxi máu: ⇨ đề nghị Calci toàn phần

Biến chứng corticoid:

+ Mặt tròn

+Thay đổi ở da: bệnh nhân có xuất huyết da rải rác, sạm da cẳng chân, cẳng tay

- Viêm cầu thận cấp: triệu chứng nổi bật của bệnh nhân là phù, không phải tiểu máu, HA kiểm soát tốt nên ít nghĩ.

- Tổn thương thận cấp: đã biện luận

- Suy thận mạn: đã biện luận

XII. Đề nghị cận lâm sàng

- Chẩn đoán xác định:

+ HCTH: TPTNT, đam niệu 24h, protein máu, albumin máu, bilan lipid máu (cholesterol toàn Anh phần, LDL-C, HDL-C, TriglyceridsĐ

+ Nguyên nhân HCTH: ASO, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, ANA, anti ds-DNA, anti-SM, antiphospholipid, C3, C4, glucose máu, FOB.

+ AKI: đường huyết tĩnh mạch, ceton máu, ceton nước tiểu, khí máu động mạch, đo áp lực thẩm thấu máu, công thức máu, đo Natri/cre niệu, siêu âm bụng

+ Biến chứng của AKI: BUN, Cre, điện giải đồ, ECG

+ Thường qui: Bilirubin TT, Bilirubin TP, ALT, AST

+ ĐTĐ: đường huyết mao mạch, HbA1C

XIII. Kết quả cận lâm sàng

1. Sinh hóa máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 03/06 | 06/06 |  |
| Creatinine | **1.83** | **1.47** | (0.72-1.18 mg/dL) |
| eGFR (CKD-EPI) | **28** | **36** | (>= 60ml/ph/1.73m2) |
| Ure | **86.28** | **53.93** | (10.2-49.7 mg/dL) |
| BUN | 40.3 |  | (8 - 24 mg/dL) |
| Albumin | **19** | - | (35 – 52 g/L) |
| Bilirubin toàn phần | 6,04 |  |  |
| Bilirubin trực tiếp | 1,19 |  |  |
| AST | 45 |  |  |
| ALT | 43 |  |  |
| natri | 132 |  |  |
| kali | 3,27 | 2.96 |  |
| clo | 100 |  |  |
| canxi toàn phần | 2.01 |  |  |
| CRP | 10,6 |  |  |
| cholesterol | - | 5.63 | 3.9-5.2 mmol/L |
| HDL |  | 56 | >0.9 mmol/L |
| LDL |  | 3.63 | <3.4 mmol/L |

Creatinine giảm > 0.3mg/dL mỗi 48h phù hợp tổn thương thận cấp, hiện tại đang hồi phục.

BUN/Cre (3/6) > 20 ⇨ nghĩ nhiều TTTC trước thận, giai đoạn...

Albumin giảm, LDH tăng phù hợp HCTH

Hạ Kali máu

Độ lọc cầu thận

2. TPTNT ngày 3/6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COLOR | MÀU VÀNG | (Vàng nhạt) |
| CLARITY | TRONG | (Trong) |
| GLU | **>=55** | (BT: <1.7 mmol/L) |
| BIL | ÂM TÍNH | (ÂT: <3.4 umol/L) |
| KET | ÂM TÍNH | (ÂT: <0.5 mmol/L) |
| SG | **1.015** | (1.01 - 1.025) |
| pH | 7,5 | (4.8 - 7.5) |
| PRO | **>=3** | (ÂT: < 0.1 g/L) |
| URO | 3.2 | (BT: < 17umol/L) |
| NIT | ÂM TÍNH | (Âm tính) |
| LEU | ÂM TÍNH | (ÂT: <10 /uL) |
| BLOOD | **80** | (ÂT: <5 Ery/uL) |
| Pro/Cre |  | (mg/mmoL) |
| ACR (định lượng) | **836.67** | (mg/mmol) |

Tỷ trọng tăng nghĩ do nước tiểu chứa nhiều protein.

ACR (định lượng) = 836,67 mg/mmol ⇨ > ngưỡng thận hư ⇨ tiểu đạm nhiều phù hợp chẩn đoán HCTH.

Tiểu máu vi thể phù hợp HCTH + HC viêm thận

Đề nghị thêm: đạm niệu 24h, soi cặn lắng nước tiểu

3. CTM ngày 3/6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 03/06 |  |
| WBC | 14,58 | (4 - 10 G/L) |
| NEU % | **81.5** | (45 - 75%) |
| LYM % | 11.5 | (20 - 35%) |
| MONO % | 2.9 | (4 - 10%) |
| EOS % | 3.8 | (1 - 8%) |
| BASO % | 0.3 | (0 - 2%) |
| RBC | 3.94 | (3.8 - 5.5 T/L) |
| HGB | **111** | (120 - 175 g/L) |
| HCT | **0.342** | (0.35 - 0.53 L/L) |
| MCV | 86.8 | (78 - 100 fL) |
| MCH | 28.2 | (26.7 - 30.7 pg) |
| MCHC | 325 | (320 - 350 g/L) |
| RDW | 14.7 | (12 - 20 %) |
| NRBC % | 0 | (0.0-2.0 %) |
| PLT | 11.3 | (150 - 450 G/L) |
| MPV |  | (7 - 12 fL) |

- bạch cầu tăng, ưu thế neutro phu hợp tình trạng bệnh nhân ...

- hồng cầu bình thường

- tiểu cầu bình thường

4. đường huyết lúc nhập viện:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | 15h 3/6 | 18h 3/6 | 22h 3/6 | 6h 4/6 | HbA1C |
| Đường huyết mao mạch (mg/dL) | 554 | 545 | 306 | 108 | 10.47 % |
| Thuốc |  |  |  |  |  |

--> bệnh nhân có tăng đường huyết, điều chỉnh đường huyết …

5. Đạm niệu 24h ngày 6/6

9,8 g/24h --> > 3,5g/24h --> bệnh nhân có tiểu đạm ngưỡng thận hư

6. Xquang phổi:

Tổn thương mô kẽ rải rác hai phổi

XIV. Chẩn đoán xác định

Theo dõi Hội chứng thận hư, biến chứng Tổn thương thận cấp trước thận – Hạ Kali máu – Bệnh thận mạn GĐ 3 – Đái tháp đường type 2 – Tăng huyết áp – Cushing do thuốc.

XV. Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

Kiểm soát đường huyết, huyết áp

Điều trị triệu chứng (đang AKI có cho lợi tiểu để tháo báng không?)

Bù corticoid

Theo dõi chức năng thận

Giáo dục bệnh nhân đái tháo đường

1. Y lệnh cụ thể

Insulin glargin 25UI tiêm dưới da, chiều

Insulin actrapid 12UI x3 tiêm dưới da, sáng trưa chiều, trước ăn 30 phút

Nifedipin 30mg 1 viên x1 uống, sáng sau ăn

Furosemid 40mg 2 viên x1 uống, sáng sau ăn

Atorvastatin 20mg 1 viên x2 uống, sáng chiều, sau ăn

Kali chlorid 500mg 2 viên x 2 uống, sáng, chiều, sau ăn

Prednisolon 5mg sáng 1 viên, chiều ½ viên