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. Biến chứng loét trước xương chày – bàn chân đái tháo đường từ 2015 đã được điều trị tại BV Quận thủ Đức, từ năm 2017 tiếp tục điều trị tại BV ĐHYD.

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

Dapagliflozin 5mg 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 (ml) | 500 | 500 |
| V nước tiểu (ml) | 2000 |  |
| Tổng xuất (ml) | 2000 | 1000 |
| Cân bằng xuất nhập (ml) | - 2000 | -500 |

1. Huyết áp và đường huyết

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 15h 3/6 | 18h 3/6 | 22h 3/6 | 6h 4/6 | 11h 5/6 |
| Đường huyết | 554 | 545 | 306 | 108 |  |
| Điều trị  Glargin (UI) | 25 |  |  | 25 | 25 |
| Actrapid (UI) | 12 | 4 | 4 | 6 – 6 - 6 | 6 – 0 - 6 |



IV. Tiền căn

1. Bản thân

a. Nội khoa

Hội chứng thận hư thứ phát do ĐTĐ chẩn đoán từ năm 2017, tại BV ĐHYD.

Bệnh thận mạn giai đoạn 3a (eGFR 39ml/phút/1.73m2 da) được chẩn đoán và điều trị ngoại trú từ 2 năm nay tại PK 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 10 năm, 5 năm theo dõi tại BV ĐHYD, huyết áp chưa đạt mục tiêu (dao động từ 140-200 mmHg). Toa thuốc gần nhất 12/4/2022:

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, 22 năm, 5 nămđược theo dõi tại BV ĐHYD từ năm 2017, chưa đạt mục tiêu (HbA1c: 9.5 %, glucose đói: 148 mg/dl, ngày 24/1/2022). Soi đáy mắt (6/2022): bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ. Toa thuốc BV ĐHYD gần nhất 12/4/2022:

Victoza (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 glargine) 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3/8/20 | 7/2/20 | 21/12/20 | 8/2/21 | 13/4/21 | 27/4/21 | 10/5/21 |
| Cre | 1.20 | 1.08 | 1.25 | 1.19 | 1.45 | 1.3 | 1.11 |
| eGFR | 45 | 51 | 43.16 | 46 | 36 | 41 | 49 |
| Pro/niệu |  |  |  |  |  |  |  |

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



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 25/10/21 | 20/2/21 | 24/1/22 | 7/4/22 |
| Creatinin | 1.11 | 1.02 | 1.13 | 1.36 |
| eGFR | 49 | 54.5 | 47.95 | 39 |

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 145 cm Cân nặng: xx

- Kiểu hình Cushing: chấm, vài đốm xuất huyết 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 1,5 x 1,5 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…, gõ trong, rì rào phế nang 2 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 10 cm

- 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 do thuốc

3. Bệnh thận mạn giai đoạn 3

4. Tăng huyết áp

5. Đái tháo đường type 2

6. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Hội chứng thận hư thứ phát do đái tháo đường – 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

Hội chứng thận hư thứ phát do ung thư - Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn - Bệnh thận mạn giai đoạn 3 – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – 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 chẩn đoán Hội chứng thận hư năm 2017, hiện chỉ dùng Medrol 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 lipid (~~LDL-C, HDL-C, triglyceride~~), điện di protein máu ~~(định hướng nguyên nhân).~~

Nguyên nhân Hội chứng thận hư

\*Thứ phát

Ung thư:

+ Bệnh nhân nữ 66 tuổi, không tiền căn tiếp xúc độc chất, chất phóng xạ, không chán ăn, không sụt cân bất thường, hạch ngoại biên 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 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 đã được chẩn đoán ĐTĐ 22 năm, đường huyết không được kiểm soát ổn định, được soi đáy mắt: bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ, tiểu protein tăng dần theo thời gian (…) không hoặc kèm tiểu máu ? 🡪 HCTH thứ phát do ĐTĐ.

~~+ 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~~

Biến chứng:

Biến chứng cấp:

+ Tổn thương thận cấp ⇨ đề nghị 2 creatinine, BUN cách nhau 48h.

+ Tắc mạch: bệnh nhân không khó thở, không đau cách hồi nên ít nghĩ

+ Nhiễm trùng: hiện tại bệnh nhân đã hết tiền, 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: biến chứng do THA: lâm sàng ?, CLS ⇨ đề nghị: X-quang, 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 bệnh thận mạn giai đoạn 3

+ Rối loạn chuyển hóa:

Thiếu máu thiếu sắt: không nghĩ.

Giảm canxi máu: ⇨ đề nghị Calci máu

Biến chứng corticoid:

+ Mặt tròn

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

- 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, Triglycerids

+ 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 trong 2 ngày, phù hợp tổn thương thận cấp đang hồi phục.

BUN/Cre (3/6) > 20 ⇨ nghĩ nhiều TTTC trước thận

Albumin < 30 g/L, HDL tăng, cholesterol tăng => phù hợp HCTH

Hạ Kali máu => nghĩ do bệnh nhân đang sử dụng furosemide và ~~Insulin~~

Độ lọc cầu thận 36 --> giảm chức năng thận trong đoạn tổn thương thận cấp

2. TPTNT ngày 3/6

Có đường trong nước tiểu >= 55 mmol/L do ĐTĐ (vì đường huyết cùng lúc là 500 mg/dl)

Proretin >= 3 tiểu đạm lượng nhiều, phù hợp với chẩn đoán HCTH => đề nghị đạm niệu 24h

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

Ngưỡng thận hư: > 3 g/24h

Tiểu máu vi thể phù hợp HCTH + HC viêm thận => đề nghị soi cặn lắng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | **836,67** | (mg/mmoL) |

g

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 | 257 | (150 - 450 G/L) |
| MPV | 11.3 | (7 - 12 fL) |

- bạch cầu tăng, ưu thế neutro phu hợp tình trạng bệnh nhân dùng corticoide thường xuyên.

- Hb giảm, MCV bth, MCH bth -> Thiếu máu mức độ nhẹ, HC đẳng sắc, đẳng bào -> phù hợp thiếu máu mạn là biến chứng Bệnh thận mạn

- 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 g/24h --> bệnh nhân có tiểu đạm ngưỡng thận hư

6. Xquang phổi:

Tổn thương mô kẽ rải rác hai phổi

7. MIễn dịch

C3 0.85

C4 0.43

ANA Duong tính (6.32)

Anti dsDNA 6.61

C3 giảm, C4 tăng

ANA (+) -> thỏa 1 tiêu chuẩn cân lâm sàng của Lupus; trên lâm sàng không có hồng ban, không đau khớp, không loét miệng nhưng …..

XIV. Chẩn đoán xác định

Hội chứng thận hư nghi do đái tháo đường, biến chứng Tổn thương thận cấp trước thận đang - Thiếu máu mạn mức độ nhẹ do – Hạ Kali máu do – 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 liều sinh lý

Theo dõi chức năng thận:

Giáo dục chế độ ăn, …. đái tháo đường

1. Y lệnh cụ thể

Insulin glargin 25UI tiêm dưới da, sáng

Insulin actrapid 12UI x 3 tiêm dưới da, sáng trưa chiều, trước ăn 5 phút

Nifedipin 30mg 1 viên x 1 uống, sáng sau ăn

Furosemid 40mg ~~2 viên x 1 uống, sáng sau ăn~~. Ít nhất 2 lần, rebound

Atorvastatin 20mg 1 viên x 1, chiều, sau ăn

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

Prednisolon 5mg sáng 1 viên, chiều ½ viên