**BỆNH ÁN**

**I – HÀNH CHÍNH**

Họ và tên: Nông Văn Tiến                                                 Giới: Nam

Năm sinh: 1960 (62 tuổi) Nghề nghiệp: Cán bộ nhà nước (hưu)

Địa chỉ: Đắk Nông

Ngày nhập viện: 04/06/2022

Phòng: 9-17 khoa Nội Tiết BV Đại học Y Dược TP. HCM

**II – LÝ DO NHẬP VIỆN:** phù toàn thân

**III – BỆNH SỬ**

Cách nhập viện hơn 2 tháng, bệnh nhân bắt đầu sử dụng thuốc quảng cáo trên mạng không rõ để chữa gout và mất ngủ. Sau đó khoảng 1 tháng, bệnh nhân thấy không đỡ nên chuyển qua sử dụng thuốc nam (*để điều trị gout và mất ngủ).*

Cách nhập viện 5 tuần, bệnh nhân bắt đầu thấy phù bàn chân hai bên, không đau, không giới hạn đi lại. Phù tăng dần đến cách nhập viện 3 tuần, bệnh nhân nặng mắt sau khi thức dậy, bụng to lên. Lúc này, bệnh nhân vẫn sử dụng thuốc nam không rõ loại.

Cách nhập viện 15 ngày, bệnh nhân bắt đầu nôn ói 4-5 lần, không ăn uống trong ngày hôm đó, không lẫn nhầy, máu kèm đi tiêu phân lỏng sệt 2-3 lần, sốt không rõ nhiệt độ, không sử dụng thuốc hạ sốt. Bệnh nhân đi khám tại BV Huyện và điều trị ngoại trú với chẩn đoán và toa không rõ.

Cách nhập viện 14 ngày, bệnh nhân bắt đầu lơ mơ được chuyển lên BV Đa khoa Vùng Tây Nguyên, nhập và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chống độc trong 9 ngày với chẩn đoán: Toan chuyển hóa nghi do thuốc nam. Suy thận mạn. Bệnh nhân được lọc máu (người nhà khai) và điều trị thuốc như sau (theo giấy chuyển tuyến):

* Tabaxin 2,25g (piperacillin/tazobactam 2g/0,25g)
* Ciprofloxacin 0,2g
* Hydrocortisol 100mg
* Insulun humalog
* Cận lâm sàng đã được làm:
* WBC 16.3 K/uL
* Ure 13.8 mmol/L
* Creatinin 299 umol/L
* Albumin 26 g/L

Cách nhập viện 5 ngày, sau khi được điều trị ổn, hết tiêu chảy, nôn ói, bệnh nhân tỉnh táo và được chuyển lên khoa Nội cùng bệnh viện và bắt đầu ho đàm nhiều tăng dần, khó khạc đàm, thỉnh thoảng khạc đàm ra ít đàm trắng đục không lẫn máu, tăng ho khi nằm, giảm ho khi ngồi dậy, kèm sốt lạnh run không rõ nhiệt độ; đau ngực 2 bên, tăng lên khi ho; khó thở khi nằm đầu thấp, giảm khi ngồi dậy; phù 2 bàn chân lên đến cẳng chân, phù bàn tay và 1/3 dưới cẳng tay phải kèm đau.

Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân cảm thấy phù và khó thở tăng lên, các triệu chứng không cải thiện nhiều nên người nhà xin chuyển BV ĐHYD TP.HCM.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân tiểu bình thường, không đau đầu, không chóng mặt, không vàng da, không vàng mắt, không đau bụng, không yếu liệt.

Tình trạng lúc nhập viện:

* BN tỉnh, tiếp xúc được
* Sinh hiệu: Mạch 92 l/p HA 170/80 mmHg

Nhịp thở 24 l/p Nhiệt độ 38oC SpO2: 97%

* Da niêm hồng, phù 2 mu chân
* Nằm đầu bằng thở êm

Diễn tiến sau nhập viện:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ngày 1 (4/6/22) | Phù 2 bàn chân lên đến cẳng chân.  Ho đàm nhiều khó khạc + Sốt  Khò khè nhiều |  |  |
| Ngày 2 (5/6/22) | Còn phù, ho đàm, khò khè, sốt như trên.  Thở êm khi nằm đầu bằng |  |  |
| Ngày 3 (6/6/22) | Phù giảm còn 4/10. Phù chân T > P  Ho đàm nhiều khó khạc + sốt 38.5  KHó thở khi nằm đầu thấp.  Than đau nhức khớp bàn tay T-P, cổ chân T-P hiện diện thường xuyên trong ngày, cử động nhiều tăng đau. |  |  |

**III – TIỀN CĂN**

1 – Bản thân:

* Tăng huyết áp: phát hiện khoảng 28 năm, huyết áp tâm thu dễ chịu 140 – 150 mmHg, huyết áp tâm thu cao nhất 190 mmHg, điều trị không thường xuyên.
* Đái tháo đường: khoảng 28 năm, điều trị bằng thuốc uống, đường huyết bấm ở nhà thi thoảng khoảng 7.0 – 8.0 mmol/L, 2 năm nay đổi về khám ở địa phương
* Gout: phát hiện hơn 10 năm, điều trị bằng đông lẫn tây y.
* Mổ hở sỏi thận năm 2000.
* Toa thuốc đang dùng
  + Metformin 850 mg 1 v x 2 (u) sáng - chiều
  + Gliclazid 30 mg 1 v x 2 (u) sáng - chiều
  + Nifedipine 20mg 1 v (u) sáng
  + Valsartan 80 mg 1 v (u) sáng
  + Piracetam (GABA) 1200mg 1 v x 2 (u) sáng - chiều
  + Hoạt huyết dưỡng não 2 v x 2 (u) sáng - chiều
  + Varogel 10 ml 1 gói x 2 (u) sau ăn 2h
  + Domperidone 10mg/10ml 1 gói x 2 (u) sáng - chiều
* Chưa ghi nhận dị ứng thuốc hay thức ăn
* Thói quen: không hút thuốc lá, thỉnh thoảng uống rượu bia lượng ít.

2 – Gia đình:

* Ba, mẹ, em gái bị đái tháo đường, gout.

**IV – KHÁM (ngày 6/6/2022 – 8h)**

1 – Tổng trạng:

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, vẻ đừ.
* Bệnh nhân nằm 2 gối cao.
* Sinh hiệu:

Mạch: 90l/p Huyết áp: 110/70 mmHg

Nhịp thở: 22l/p Nhiệt độ: 38.5oC SpO2: 98%

Cao: 1m53 Cân nặng 52kg

BMI 22.21 kg/m2 => Thể trạng trung bình.

* Da niêm nhạt, chi ấm, mạch quay, mu chân rõ.
* Da mỏng, vẻ mặt Cushing; nhiều mảng bầm rải rác vùng cánh, cẳng tay hai bên.
* Bàn tay, ⅓ dưới cánh tay phải sưng, đau, không đỏ.
* Phù trắng bàn chân lên đến ½ dưới cẳng chân 2 bên T > P, mềm, ấn lõm, không đau

2 – Đầu mặt cổ:

* Không sờ chạm hạch ngoại biên.
* Lưỡi sạch, môi khô.
* Họng không đỏ
* Tuyến giáp không to.
* Khò khè thanh quản

3 – Lồng ngực:

Lồng ngực cân đối di động theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không u

Phổi:

* Thở co kéo cơ gian sườn, cơ ức đòn chũm, tần số 22 lần/phút
* Ran ẩm, ran nổ 1/3 dưới 2 phế trường

Tim:

* Không có ổ đập bất thường, không dấu nảy trước ngực.
* Mỏm tim ở khoang liên sườn V, đường trung đòn trái, *diện đập 1x2cm*.
* Tim đều, T1, T2 rõ, tần số 90 lần/phút

4 – Bụng:

* Bụng cân đối, di động theo nhịp thở, không u, sẹo mổ cũ vùng hông lưng trái dài 12cm.
* Nhu động ruột 8 lần/2p
* Gõ trong khắp bụng
* Không điểm đau khu trú
* Gan, lách, thận không sờ chạm

5 – Các cơ quan khác:

* Thần kinh: Không dấu thần kinh định vị
* Cơ xương khớp: Đau khớp cổ bàn tay T - P, cổ chân T-P, hiện diện thường xuyên trong ngày, cử động nhiều tăng đau.
* Bàn chân: Không mất cảm giác nông, sâu 2 bên. Loét tì đè vùng gót chân T kích thước 2x3 cm.

**V – TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, bệnh 4 tuần, nhập viện vì phù toàn thân, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

1 – Triệu chứng cơ năng:

* Phù
* Sưng bàn tay, ⅓ dưới cẳng tay phải
* Khó thở
* Sốt
* Ho
* Đau nhức khớp bàn tay P, cổ chân T-P

2 – Triệu chứng thực thể

* Da niêm nhạt
* Sốt 38.5oC
* Phù trắng hai bàn chân lên tới ½ dưới cẳng chân, bên T > P, mềm, ấn lõm, không đau-
* Sưng bàn tay lên tới ⅓ dưới cẳng tay phải, đau
* Tĩnh mạch cổ nổi / 45o
* Ran ẩm, ran nổ hai bên phế trường

3 – Tiền căn:

* Creatinin máu tuyến trước 299 umol/L. Toan hóa máu đã điều trị ở tuyến trước hiện ổn
* Tăng huyết áp
* Đái tháo đường type 2
* Gout
* Gia đình có ba, mẹ, em gái bị đái tháo đường, gout.

**VI – ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Tổn thương thận cấp do thuốc /Bệnh thận mạn do đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp

2. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

3. Viêm khớp nghi do gout.

4. Hội chứng Cushing

5. Đái tháo đường type 2

6. Tăng huyết áp

Quan điểm của cô là mỗi bệnh nền giờ vẫn có thì vẫn là vấn đề mình đặt riêng ra và biện luận đơn giản cho cái đó chứ không có chuyện gộp lại vô thành 1 vấn đề là tiền căn.

Thay vì ghi vấn đề phù toàn thân thì nên lựa chọn vấn đề là hội chứng thì hay hơn. Vì mình chỉ nên đặt phù toàn thân với điều kiện là chưa rõ ràng thôi, chứ vô khá rõ ràng thì đặt luôn là AKI hoặc CKD (vì bệnh thận đó là hội chứng luôn r)

Khi chẩn đoán CKD thì mình phải phối hợp các yếu tố sau (trên bệnh nhân này):

* Tăng huyết áp không kiểm soát
* ĐTĐ 2 không kiểm soát
* Mổ sỏi thận (đặc biệt là mấy cái sỏi san hô bể thận) là ít nhiều tổn thương nhu mô thận rồi
* BN cũng không được đi khám kiểm tra thường xuyên và chức năng thận và đạm niệu thì gần như khả năng cao là có thể bị

Còn AKI:

* Bệnh nhân có bệnh thận mạn không thì khả năng cao là có. Nhưng bệnh thận mạn của BN không có gây phù hay các thứ khác nên không có vấn đề gì cả.
* Bệnh nhân lần này đột ngột phù lên là có yếu tố kích phát là nôn ói, tiêu phân lỏng sệt và SỬ DỤNG THUỐC NAM, thuốc không rõ nguồn gốc.
* Câu hỏi đặt ra là AKI mà sao lại kéo dài như vậy thì cô trả lời là: AKI thì đâu phải cứ 7 ngày là nó khỏi, nếu không giải quyết các yếu tố kích phát thì AKI có thể vẫn còn tiếp diễn như vậy thôi!

**VII – CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

Tổn thương thận cấp nghĩ do thuốc biến chứng toan chuyển hóa đã điều trị hiện ổn, Viêm phổi bệnh viện ngày 8. Bệnh thận mạn do đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp, Viêm khớp nghi do Gout, Đái tháo đường type 2, Tăng huyết áp, Hội chứng Cushing do thuốc.

**VIII – CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

* Hội chứng thận hư thứ phát do Đái tháo đường type 2, Viêm phổi bệnh viện ngày 8, Viêm khớp nghi do Gout, Đái tháo đường type 2, Tăng huyết áp, Hội chứng Cushing do thuốc.
* Viêm phổi bệnh viện ngày 8. Suy tim P NYHA II, Viêm khớp nghi do Gout, Đái tháo đường type 2, Tăng huyết áp, Hội chứng Cushing do thuốc.

**IX – BIỆN LUẬN**

1. Phù toàn thân:

Bệnh nhân có phù trắng, đối xứng hai bên bàn chân lên tới ½ dưới cẳng chân, ấn lõm, không đau, kèm phù mi mắt, bụng to nên bệnh nhân có phù toàn thân.

Phù ở bệnh nhân này có thể do các nguyên nhân:

* Suy dinh dưỡng: bệnh nhân không kiêng ăn, không tiền căn mắc các bệnh gây mất đạm như xơ gan, hội chứng thận hư, khám thấy tổng trạng không gầy, BMI 22.21 kg/m2 nên không nghĩ.
* Xơ gan: khám không thấy bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan (vàng da, sao mạch, lòng bàn tay son) và không có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, nôn ra máu hay đi cầu phân đen), không tiền căn rượu bia nhiều, viêm gan siêu vi nên không nghĩ
* Tim: bệnh nhân phù 2 chân tăng dần, kèm khó thở khi nằm đầu thấp gần đây (khoảng 7 ngày gần đây), tiền căn THA không kiểm soát tốt. Tuy nhiên, bệnh nhân chỉ khó thở khởi phát gần đây, khám không có các dấu hiệu suy tim khác như tim to, tĩnh mạch cổ nổi , => ít nghĩ, đề nghị ECG, NT-proBNP, Siêu âm tim.
* Thận: mặc dù bệnh nhân có bất thường về nước tiểu, nhưng bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường gần 30 năm, cũng như sử dụng thuốc đông y không rõ loại nên nghĩ nhiều tới. Các nguyên nhân có thể có ở bệnh nhân này:
* Hội chứng thận hư: Bệnh nhân phù từ từ tăng dần, tuy nhiên có giai đoạn đột ngột có phù mi mắt nên chưa loại trừ -> Đề nghị TPTNT, Đạm niệu 24h, Albumin máu, Bilan lipid máu.
* Viêm cầu thận cấp: triệu chứng bệnh nhân là phù, có tăng huyết áp nhưng nghĩ nhiều là nguyên nhân không điểu trị kiểm soát tốt, bệnh nhân không có tiểu máu trên lâm sàng à chưa loại trừ. Đề nghị TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu
* Bệnh thận mạn: Bệnh nhân có tiền căn bệnh lý đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp lâu năm, cả 2 đều điều trị không thường xuyên và kiểm soát không tốt, mổ sỏi san hô thận năm 2000, phù bệnh nhân diễn tiến từ từ và tăng dần, chưa ghi nhận được Creatinin máu trước đây của bệnh nhân => nghĩ nhiều. Đề nghị: Creatinin máu, ACR, TPTNT, Siêu âm bụng, CTM, ion đồ.

Biện luận bệnh thận mạn:

* + C – Nguyên nhân: Bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp lâu năm, điều trị không thường xuyên và kiểm soát không tốt. Chưa ghi nhận các tiền căn bệnh lý tự miễn, các bệnh lý ung thư, bệnh thận đa nang, sử dung thuốc nam cũng mới gần đây => nghĩ nguyên nhân là do Đái tháo đường type 2 và tăng huyết áp
  + G: Đề nghị Creatinin máu
  + A: Đề nghị làm Albumin niệu 24h, ACR.
    - Biến chứng: Tầm soát các biến chứng tim mạch, huyết học, rối loạn nước-điện giải-Canxi-Phospho. => Đề nghị: BUN, CTM, KMĐM, Ion đồ, Canxi và Phospho máu
* Tổn thương thận cấp: bệnh nhân không có tiểu ít đi, phù mới diễn tiến gần đây, Creatinin tuyến trước ghi nhận 299 umol/L, có toan chuyển hóa => Nghĩ nhiều là đã có Tổn thương thận cấp trước đó => Đề nghị Creatinin máu
  + Nguyên nhân tổn thương thận cấp: Bệnh nhân không có tiểu ít đi, không ghi nhận tiền căn sỏi trước đây, tuy nhiên chưa loại trừ tình trạng tắc nghẽn không hoàn toàn đường tiết niệu. Với Nguyên nhân trước thận thì bệnh nhân trước đó có nôn ói, tiêu chảy sau đó đi tiêu phân sệt nên cũng chưa loại trừ. Nguyên nhân tại thận có các nguyên nhân tại cầu thận hay ông thận, trên bệnh nhân này có yếu tố gợi ý là gần đây mới chuyển sang sử dụng thuốc nam, thuốc không rõ nguồn gốc nên nghĩ nhiều. 🡪 Đề nghị siêu âm bụng, BUN/Creatinin máu, TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, ion đồ niệu.
  + Biến chứng: Hiện tại bệnh nhân chỉ có dấu hiệu nhiễm trùng (Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới – sẽ biện luận ở dưới).  
    Các biến chứng khác như toan chuyển hóa, hội chứng ure huyết cao, rối loạn điện giải, quá tải tuần hoàn chưa có dấu chỉ nên đề nghị ion đồ, BUN, X quang ngực thẳng

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới:

Bệnh nhân có biểu hiện là sốt, kèm nhịp thở tăng (≥ 22 lần/phút), môi khô kèm ho đàm lượng nhiều, đau ngực kiểu màng phổi, rale ẩm nổ 1/3 dưới 2 phế trường => Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới.

Các nguyên nhân:

* Viêm phế quản cấp: bệnh nhân sốt cao 38.5oC, kèm ho đàm nhiều, tuy nhiên bệnh nhân có biểu hiện đau ngực kiểu màng phổi và rale ẩm nổ 2 đáy phổi => ít nghĩ
* Viêm phổi: Bệnh nhân có sốt, ho đàm nhiều, đau ngực kiểu màng phổi và rale ẩm nổ 2 đáy phổi => nghĩ nhiều. Đề nghị: CTM, CRP, X quang ngực thẳng, XN đàm: Nhuộm, soi, cấy, kháng sinh đồ
  + BN đã nhập và điều trị trong bệnh viện, trước đó bệnh nhân không có biểu hiện ho đàm, sốt hay đau ngực kiểu màng phổi => viêm phổi bệnh viện.
  + Mức độ: Bệnh nhân có tăng nhịp thở 24l/p, mạch 92l/p và SpO2 97% lúc nhập viện => Mức độ không nặng
  + Biến chứng:
    - Suy hô hấp: Nhịp thở 24 l/p, SpO2 97% thở khí trời, lúc nhập viện không thở co kéo, tuy hiện tại có thở co kéo cơ hô hấp nhưng, sinh hiệu vẫn ổn => Ít nghĩ. Đề nghị khí máu động mạch
    - Nhiễm trùng huyết: qSOFA: BN đừ, không rối loạn tri giác, nhịp thở 22 l/p, HA 110/70 mmHg => qSOFA 1 đ => ít nghĩ Nhiễm trùng huyết. => Đề nghị BUN, Creatinin, Blirubin, CTM, PT, aPTT, INR.
    - Tràn dịch, tràn mủ màng phổi: Khám chưa ghi nhận hội chứng 3 giảm, tuy nhiên bệnh nhân có đau ngực kiểu màng phổi nên vẫn chưa loại trừ => Đề nghị X quang ngực thẳng
* Abcess phổi: BN không sốt kéo dài nhiều tuần trước nhập viện, không ộc mủ hay khạc ra mủ hôi => không nghĩ
* Lao phổi: BN không sốt về chiều, không rõ sụt cân, triệu chứng nhiễm trùng hô hấp chỉ mới xuất hiện 1 tuần nay, nhưng bệnh nhân lớn tuổi, có sử dụng thuốc không rõ nguồn gốc và thuốc nam không rõ loại nên không loại trừ => Đề nghị AFB đàm 2 mẫu.

3.Viêm khớp do Gout

- Bệnh nhân có biểu hiện sưng đau các khớp cổ tay, cổ chân, được chẩn đoán theo dõi gout ở địa phương bằng Tuzamin. Bệnh nhân sau đó tự chuyển sang thuốc nam và thuốc không rõ nguồn gốc.

=> nghĩ nhiều viêm khớp do gout => đề nghị Acid Uric máu.

4. Hội chứng Cushing

- Bệnh nhân có biểu hiện Cushing: Vẻ mặt Cushing, da mòng, bụng to, tay chân nhỏ => nghĩ đến HC Cushing

- Tiền căn chưa ghi nhận bệnh lý tuyến thượng thận, bệnh lý tuyến yên hay hạ đồi. BN có sử dụng thuốc giảm đau khớp do Gout bằng thuốc nam và thuốc không rõ nguồn gốc => nghĩ nhiều Hội chứng Cushing do thuốc. Đề nghị Cortisol máu bất kỳ và Cortisol máu lúc 8h sáng.

5. Tiền căn: Tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, Gout

* Tăng huyết áp: BN tăng huyết áp được 28 năm, điều trị không thường xuyên (chỉ uống thuốc khi thấy mệt, HA cao > 150 mmHg), huyết áp nhập viện 170/80 mmHg, HA dễ chịu là 140-150 mmHg => Không kiểm soát tốt huyết áp.
  + Biến chứng:
    - Tim: BN không biểu hiện đau ngực, nhưng có khó thở khi nằm đầu bằng khoảng 1 tuần gần đây, kèm với đau ngực kiểu màng phổi. Đề nghị tầm soát: ECG, Troponin T hs, Siêu âm tim, NT-proBNP
    - Não: Bệnh nhân không có đau đầu chóng mặt, không có dấu thần kình định vì => ít nghĩ
    - Bệnh động mạch ngoại biên: BN không có đau cách hổi, không đau lưng bụng kiểu xé hay dao đâm => ít nghĩ biến chứng phình bóc tách động mạch chủ, hay bệnh động mạch ngoại biên.
    - Thận: Bệnh nhân chưa loại trừ đã có tổn thương thận mạn tính trước đó: Đề nghị Creatinin máu, BUN, Siêu âm bụng, CTM, Canxi máu
    - Bệnh võng mạc: Bệnh nhân kiểm soát HA không tốt, có bệnh đái tháo đường type 2 kèm theo => Đề nghị soi đáy mắt.
* Đái tháo đường type 2: BN đã được chẩn đoán đái tháo đường lâu năm, đường huyết mao mạch lúc sáng thỉnh thoảng được BN đo là 7-8 mmol/L. Tuy nhiên, bệnh nhân không theo dõi thường xuyên => Đề nghị HbA1C, Đường huyết mao mạch tại giường 6h sàng và 16h chiều để theo dõi
  + Biến chứng
    - Bệnh võng mạc: Tương tự, mặc dù bệnh nhân không ghi nhận các triệu chứng nhìn mờ, giảm thị lực, … => Nhưng gần đây chưa được tầm soát => Đề nghị soi đáy mắt
    - Bệnh thận: Đề nghị Creatinin máu, ACR niệu
    - Thần kinh: Khám không ghi nhận mất cảm giác nông sâu 2 chân -> chưa nghĩ.
    - Mạch máu: Đề nghị siêu âm mạch máu, Bilan lipid máu
* Gout đã biện luận ở trên.

X – ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

1. CLS chẩn đoán:

* Phù toàn thân: Creatinin máu, BUN, siêu âm bụng, TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, ACR, Đạm niệu 24, Albumin máu, bilan lipid máu
* Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới: CTM, CRP, PCT, X quang ngực thẳng, Khí máu động mạch, Đông máu toàn bộ, Nhuộm soi cấy KSĐ đàm, AFB đàm
* Đợt gout cấp: Acid uric máu
* Tăng huyết áp: ECG, Siêu âm tim, NT-ProBNP
* Đái tháo đường: Glucose máu, HbA1C, Đường huyết mao mạch tại giường
* Hội chứng Cushing do thuốc: Cortisol máu lúc 8h sáng

1. CLS thường quy:

* Bilirubin TP/TT, AST, ALT

XI – PHÂN TÍCH CẬN LÂM SÀNG

1. Sinh hóa máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **4/6(20h)** | **5/6 (8h46)** | **6/6** | **7/6** | **Khoảng tham chiếu** |
| Glucose | **12.4** |  |  |  | 3.9-6.4 mmol/L |
| HbA1C |  | **16.53** |  |  |  |
| Cortisol máu | 571.52 | 392.43 |  |  | mmol/L |
| TSH | 0.23 |  |  |  | 0.34-2.22 mIU/L |
| Albumin |  | **21.3** |  |  | 35-52 g/L |
| Ure | 49.13 |  | 50.33 | **64.71** | 10.2-49.7 mg/dL |
| Creatinine | **2.25** | **2.45** | 2.75 | **2.64** | Nam: 0.72-1.18; Nü: 0.55-1.02 mg/dL |
| eGFR (CKD-EPI) | **29.65** | **27** | 24 | **25** | >= 60 ml/ph/1.73 m2 |
| Uric acid | 266 |  |  | **477** | 150 – 400 mmol/L |
| Bilirubin toàn phần | 7.79 |  |  |  | < 17 umol/L |
| Bilirubin trực tiếp | 0 |  |  |  | < 5 umol/L |
| GOT/ASAT | **58** |  |  |  | Nam <40 U/L; Nữ < 31 U/L |
| GPT/ALAT | **69** |  |  | **41** | Nam <40 U/L; Nữ < 31 U/L |
| GGT | **257** |  |  | **59** | < 40U/L |
| Natri | 136 | **134** | 139 | **134** | 136 – 146 mmol/L |
| Kali | 3.71 | 3.54 | 3.29 | **3.35** | 3.4 – 5.1 mmol/L |
| Định lượng Clo | 109 | 105 | 104 | **96** | 98 – 109 mm01/L |
| Định lượng Calci toàn phần | **2** | **1.79** | 2.03 | **2.09** | 2.10-2.55 mm01/L |
| Phản ứng CRP | **274.1** |  |  | **278.6** | <5 mg/L |
| PCT | **0.56** |  |  |  | < 0.5ng/mL |
| Lipase máu | **90.3** |  |  |  | < 67 U/L |

Phân tích:

* HbA1C = 16,53% => phù hợp với lâm sàng bệnh nhân kiểm soát đường huyết không tốt.
* Cortisol máu: tăng so với bình thường BN có sử dụng thuốc nam không rõ trong thời gian kéo dài điều trị đau khớp gout và mất ngủ, khám ghi nhận Hội chứng Cushing => Phù hợp với Hội chứng Cushing do thuốc
* Albumin máu giảm < 30g/L => phù hợp với tình trạng phù và kết quả tổng phân tích nước tiểu của bệnh nhân, theo dõi hội chứng thận hư.
* eGFR: 15- 30 => Không có Creatinin nền trước đó của bệnh nhân, trước đó theo phiếu khám bệnh cũng không ghi nhận bệnh thận mạn. Tuy nhiên sau nhiều ngày kiểm tra eGFR dao động quanh khoảng 24-29 ml/ph/1.73 m2 => nghĩ nhiều là bệnh thận mạn. Kết hợp với hình ảnh siêu âm: Thận hai bên phân biệt vỏ tủy kém, hạ Canxi máu, Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắt => Nghĩ nhiều Bệnh thận mạn giai đoạn G4.   
  Creatinin tuyến trước là 299umol/L (3.3 mg/dL) => có giảm Creatinin có ý nghĩa => Tổn thương thận cấp giai đoạn hồi phục.
* Uric acid tăng => phù hợp với lâm sàng đợt gout cấp.
* Tăng men gan phản ứng trong bối cảnh nhiễm trùng và đợt gout cấp.
* Na, K, Cl giảm => theo dõi biến chứng rối loạn điện giải trong bệnh thận mạn
* Calci toàn phần giảm => biến chứng giảm Calci máu trong bệnh thận mạn
* CRP tăng, PCT tăng => phù hợp với tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân

1. Tổng phân tích nước tiểu - ACR

* GLU 14
* Pro > 3g/L
* LEU 15/uL
* Blood 80 Ery/uL
* Albumin/Creatinin: 445.08 mg/mmol

Phân tích:

* Bênh nhân có tiểu glucose => phù hợp với tình trạng đái tháo đường kiểm soát không tốt của bệnh nhân
* Protein > 3g/L => bệnh nhân có tiểu đạm lượng nhiều, nghi do nguồn gốc từ cầu thận. => Theo dõi Hội chứng thận hư thứ phát do đái tháo đường
* Bệnh nhân có tiểu máu => đề nghị soi cặn lắng nước tiểu để xem thật sự bệnh nhân có tiểu máu không và máu này từ cầu thận hay ngoài cầu thận.
* ACR > 30mg/mmol => bệnh thận mạn giai đoạn A3

1. Siêu âm bụng

Ngày 4/6/2022:

* Sỏi thận trái d ≤ 6mm/thận trái kích thước nhỏ (61x33 mm)
* Hai thận phân biệt vỏ tủy kém
* Dịch màng phổi, dịch ổ bụng (-)
  + Thận trái quá teo => có thể là do mổ trước đó thì khả năng cao, Mất phân biệt vỏ tuỷ => vẫn thoả mãn
  + Không có nguyên nhân tổn thương thận cấp sau thận

Cô Thảo: Thận một bên trái teo quá trời teo, mà hồi mổ thận đó nữa nên khả năng chức năng của cái thận này không còn gì cả đâu. BN chỉ còn 1 thận là có chức năng thôi. Nên bệnh nhân thận độc nhất kéo dài > 3 tháng mà ảnh hưởng chất lượng cuộc sống là CKD rồi.

1. Công thức máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **4/6 (20h)** | **5/6 (8h46)** | **6/6** | **7/7** | **Khoảng tham chiếu** |
| WBC | **15.67** | **12.68** | **17.5** | **15.2** | 4 - 10 G/L |
| NEU % | **77.4** | **81.5** | **90.7** | **93.2** | 45 - 75% N |
| NEU# | **12.12** | **10.35** | **15.9** | **14.1** | 1.8 - 7.5 N |
| - LYM% | **12.3** | **8.8** | **4.09** | **3.76** | 20 - 35% L |
| - LYM# | **1.93** | 1.11 | **0.716** | **0.571** | 0.8 - 3.5 L |
| - MONO% | **9.7** | 9.0 | 4.24 | **2.53** | 4 - 10% M |
| - MONO# | **1.52** | **1.14** | 0.743 | 0.384 | 0.16 - 1.0 M |
| - EOS% | **0.4** | **0.5** | **0.062** | 0 | 1 - 8% E |
| - EOS# | 0.07 | 0.06 | 0.011 | 0 | 0.01 - 0.8 E |
| - BASO% | 0.2 | 0.2 | 0 | 0 | 0 - 2% B |
| - BASO# | 0.03 | 0.02 | 0 | 0 | 0 – 0.2 B |
| - LUC% |  |  |  |  |  |
| - LUC# |  |  |  |  |  |
| - IG% | **2.3** | **3.5** | **0.883** | 0.547 | 0.16 - 0.61 % |
| RBC | 4.91 | 4.16 | 3.98 | 4.54 | 3.8 - 5.5 T/L |
| HGB | **99** | **83** | **84.5** | **96.4** | 120 - 175 g/L |
| HCT | **0.315** | **2.62** | **0.253** | **0.287** | 0.35 - 0.53 L/L |
| MCV | **64.2** | **63** | **63.5** | **63.3** | 78 - 100 fL |
| MCH | **20.2** | **20** | **21.2** | **21.2** | 26.7 - 30.7 pG |
| MCHC | **314** | **317** | 334 | 335 | 320 – 350 g/L |
| CHCM |  |  |  |  |  |
| RDW | 17.3 | 17 | 14.4 | 14.4 | 12-20% |
| HDW- |  |  |  |  |  |
| NRBC % |  |  |  |  | 0.0-2.0 % |
| NRBC# |  |  |  |  | 0.0 - 2.0 G/L |
| PLT | 392 | 350 | 362 | 386 | 150 - 450 G/L |
| MPV | 10.3 | 10.8 | 8.37 | 8.62 | 7-12 fL |
| PDW |  |  |  |  |  |
| Nhóm máu ABO | O |  |  |  |  |
| Rh(D) (gel card) | Dương tính |  |  |  |  |

Phân tích

* Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc => Ferritin, Sắt huyết thanh, Transferin
* Tăng bạch cầu ưu thế Neutrophil => phù hợp với tình trạng nhiễm trùng đang có.

1. X quang ngực thẳng

Ngày 4/6: Chưa thấy tổn thương nhu mô phổi tiến triển

* + - Đề nghị X quang ngực thẳng theo dõi 2 ngày sau.

1. KHí máu động mạch (Ngày 4/6/2022)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| To 38.3 oC | Nhịp thở 24 l/p | FiO2 21% |
| pH 7.437 | cHCO3-: 15.9 mmol/L  cHCO3-st: 18.7 mmol/L | PO2: 72.6 mmHg  PCO2: 24.2 mmHg |
|  | Ca 2+: 1.108 mmol/L  Na+: 140.8 mmol/L  K+: 3.31 mmol/L  Cl- :106 mmol/  Glu 12.48 mmol/L  Lac: 0.64 mmol/L | tHb: 9.75 g/dL, Hct 31.1%  SO2 97.3%  O2Hb 95.3%  MetHb # 0.6% |

Phân tích:

* Tính pH theo phương trình Henderson – Hasselbach: pH = 7,44 7,437
* PaO2 = 72,6 mmHg < 80 nên có tình trạng giảm oxy máu mức độ nhẹ
* PaO2/FiO2 = 345,7 -> trong giới hạn bình thường
* AaDPO2 = 46,88 > 20 => cơ chế giảm oxy do tim hay do phổi. Dựa theo bệnh cảnh lâm sàng nghĩ do phổi, tuy nhiên không loại trừ hoàn toàn nguyên nhân do tim.
* PH = 7,437 > 7,4 => có khuynh hướng kiềm.
* PaCO2 giảm, HCO3- giảm => có kiềm hô hấp tiên phát.
* ΔpH/ΔPaCO2 = 0,0023 < 0,003 => kiềm hô hấp kèm toan chuyển hóa
* AG = 18,9 > 12± 2 => toan chuyển hóa tăng anion gap
* ΔAG/ΔHCO3- = 0,85=> toan chuyển hóa tăng anion gap đơn thuần
* Kết luận: kiềm hô hấp kèm toan chuyển hóa tăng anion gap đơn thuần.
* Kết hợp với lâm sàng của bệnh nhân nghĩ nguyên nhân gây kiềm hô hấp là do bệnh nhân có tăng thông khí do tổn thương nhu mô phổi trong bệnh cảnh viêm phổi bệnh viện. Tình trạng toan chuyển hóa là do bù trừ với kiềm hô hấp cũng như bệnh nhân có toan chuyển hóa được lọc máu trước đó.

1. Bilan thiếu máu:

* Sắt huyết thanh: 1.56 umol/L (10.7-32.2)
* Transferin 0.34 g/L (2.0 – 3.6)
* Ferritin 710.10 ng/ml: tăng
  + Nghĩ Thiếu máu thiếu sắt

1. XN đàm: Nhuộm, soi, Cấy, KSĐ mẫu đàm, AFB đàm
2. Đông máu toàn bộ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 4/6/22 |  |
| - PT | **16.4** | 11.1 giây – 15,2 giây |
| - PT % | 71 | 70-140% |
| - INR | **1.26** | 0.8-1.2 |
| - PT (bn)/PT (chứng) | **1.24** | 0.8-1.2 |
| . APTT | **26.3** | 25.1-36.5 giây |
| . APTT (bn)/APTT (chứng) | **0.88** | 0.8-1.2 |
| Fibrinogen | **7.14** | g/L |

Phân tích:

* Rối loạn đông máu cả nội sinh và ngoại sinh.

1. Đường huyết mao mạch tai giường

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4/6 | 5/6 | 6/6 |
|  | 0h: 353 mg/dL  15h: 595mg/dL | 0h: 290-331 mg/dL |
|  | Scilin M30 Sáng 10UI  Chiều 16UI | Scilin M30 Sáng 10UI  Chiều 6UI |

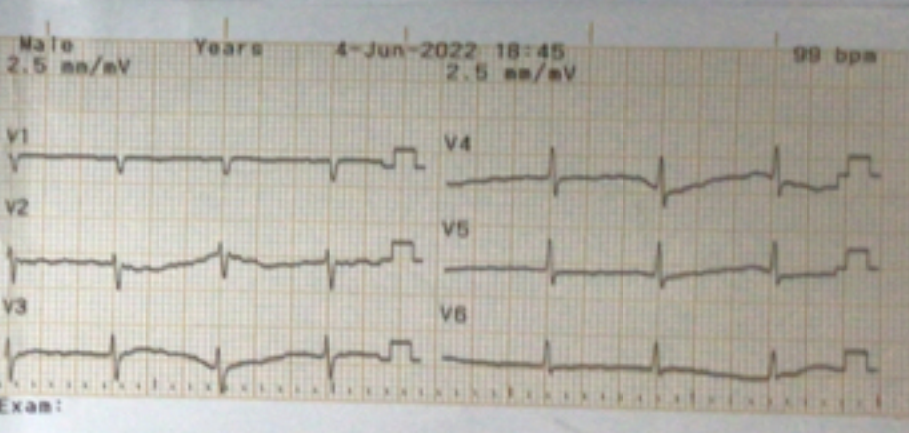
1. Soi đáy mắt:

* 2 mắt: ĐM cứng + Theo dõi bệnh võng mạc tăng huyết áp
* Mắt P: Theo dõi bệnh võng mạc đái tháo đường chưa tăng sinh giai đoạn trung bình

1. ECG

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động



Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

Phân tích:

* Nhịp xoang đều tần số 98l/p
* Không thấy lớn thất trái, thất phải
* Không thấy sóng Q bệnh lý, không có R cắt cụt
  + phù hợp với lâm sàng của bệnh nhân

1. Siêu âm tim

* Dày đồng tâm thất trái.
* Chức năng tâm thu thất trái tốt (EF 75%)

=> phù hợp với tình trạng tăng huyết áp lâu năm của bệnh nhân

1. Men tim

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 4/6 (20h) | 5/6 (8h46) | 6/6 |  |
| Troponin T hs | **163 ng/L** | **161 ng/L** | **149** |  |
| NT-proBNP | **1440 ng/L** |  |  |  |

Phân tích:

hs Troponin T tăng > 14 ng/L tuy nhiên lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng của hội chứng vành cấp, không thấy thay đổi trên điện tim và hs Troponin T cũng có thể tăng cao ở bệnh nhân bệnh thận mạn => phù hợp với lâm sàng

NT-proBNP > 900 ng/L => tăng cao trên ngưỡng để chẩn đoán suy tim, tuy nhiên trên lâm sàng không rõ triệu chứng suy tim cũng như trên siêu âm tim không thấy dãn, giảm chức năng thất trái hay thất phải. Do đó tình trạng tăng NT-proBNP này có thể do rối loạn chức năng thận. Tuy nhiên vẫn chưa loại trừ được suy tim do EF đo bằng phương pháp Teicholtz có thể cắt ở mặt cắt mà ở đó vùng cơ tim không giảm động, do đó nên cho bệnh nhân làm lại siêu âm tim và đo EF bằng phương pháp Simpson.

1. Miễn dịch

|  |  |
| --- | --- |
| HbsAg (-) | AntiHCV (-) |

XII – CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Tổn thương thận cấp nghĩ do thuốc biến chứng toan chuyển hóa đã điều trị ổn – Bệnh thận mạn giai do đái tháo đường 2 và tăng huyết áp giai đoạn G4 A3 – Viêm phổi bệnh viện ngày 8 – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Đợt Gout cấp – Theo dõi hội chứng thận hư thứ phát do đái tháo đường 2 – Bệnh võng mạc tăng sinh do đái tháo đường 2 và tăng huyết áp

XIII – ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị - Mục tiêu điều trị

* Viêm phổi bệnh viện
  + Đánh giá: Bệnh nhân thuộc nhóm Viêm phổi bệnh viện nguy cơ tử vong cao và khả năng nhiễm vi khuẩn kháng thuốc vì:
    - Viêm phồi bệnh viện nằm viện hơn 5 ngày
    - Điều trị kháng sinh trong vòng 90 ngày gần đây
    - Chưa có biểu hiện suy hô hấp
    - Chưa có kết quả cấy và kháng sinh đồ
    - Đang điều trị ổn với Meropenem 500mg x 3
  + Kháng sinh phủ các tác nhân MRSA
* Bệnh thận mạn C: Đái tháo đường type 2, G4, A3
  + Điều trị Đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, Kiểm soát đạm niệu

Đường huyết duy trì 100-200 mg/dL, HbA1C < 7.5%  
Đạm niệu < 0.5g/24h  
Huyết áp <130/80 mmHg

Kiểm soát Lipid máu LDL < 70 mg%, HDL > 40mg%

* + Điều trị biến chứng: Thiếu máu mạn, Hạ Canxi máu, Nhiễm trùng
  + Thay đổi lối sống
  + Chuẩn bị thay thế thận vì eGFR < 30 ml/phút/1.73 m2 da.
  + Không có chỉ định chạy thận nhân tạo cấp cứu
* Tăng huyết áp
  + Kiểm soát huyết áp mục tiêu là HATTh < 120 mmHg, HATTr < 80 mmHg.
  + Không để huyết áp quá thấp < 100/60 mmHg
* Đợt Gout cấp: Kiểm soát đau bằng thuốc giảm đau: Hạn chế Corticoid và NSAID đường toàn thân
* Thiếu máu thiếu sắt: Bù sắt mục tiêu Sắt huyết thanh > 100 ng/mL
* Đái đường type 2

1. Điều trị tại cấp cứu

* Insulin Actrapid 10UI TDD
* Furosemide 20mg/2ml 2 ống TM
* Meropenem 1g 1 lọ pha NaCL 0.9% đủ 100ml x 3 TTM XXX giọt/phút
* Acetylcystein 200mg 1 gói x 3 uống

1. Điều trị hiện tại

* Insulin Novomix 30 Flexpen 20UI sáng – 10UI chiều TDD
* Furosemide 20mg/2ml 1 ống x 2 TM
* Nifedipine 10mg 1 viên uống sáng
* Meropenem 1g 1 lọ pha NaCL 0.9% đủ 50ml x 3 TTM XXX giọt/phút
* Acetylcystein 200mg 1 gói x 3 uống
* Albumin 200g/100ml 1 Chai x 2 TTM sáng-chiều.
* Atorvastatin 20 mg 1 viên uống chiều
* Paracetamol 325mg 1v x 3 uống
* Diclofenac (20g) 1 tuýp bôi vùng đau
* Fe Sulfate 325mg (60mg Fe) 1v x 3 uống trước bữa ăn
* Vitamin C 500mg 1v x 3 uống cùng với viên sắt

Theo dõi: Chăm sóc cấp 2, Theo dõi tri giác, sinh hiệu, SpO2 và nước tiểu mỗi 12h

1. Khác:

* Thay đổi lối sống:
  + Chế độ ăn DASH
  + Giảm mỡ bão hòa, giảm Carbonhydrate (tinh bột, trái cây…)
  + Thức ăn đạm duy trì khoảng 0.8g/kg tương ứng trên bệnh nhân là 40-45g đạm
  + CKD G4: Hạn chế thực phẩm tăng K máu như chuối, nho khô, cam, bưởi
* Tập thể dục, hạn chế rượu bia
* Tư vấn chuẩn bị cho tình huống điều trị thay thế thận

XIV – TIÊN LƯỢNG

* Dè dặt
* Bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nền như tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 đều không kiểm soát tốt, Gout kèm thêm việc điều trị thuốc nam và thuốc không rõ trước đó làm ảnh hưởng nhiểu đến chức năng thận.