Lâm Văn Trung – Tổ 23

Nguyễn Cao Huy – Tổ 23

**BỆNH ÁN**

# Hành chính:

Họ và tên: Nguyễn Thanh T.

Giới tính: Nam. Tuổi: 49.

Nghề nghiệp: buôn bán vãi.

Địa chỉ: Khu Phố 1, phường 8, Thành phố Mỹ Tho, Tỉnh Tiền Giang.

Nhập viện: 17h ngày 11 tháng 09 năm 2020.

Phòng 9, khoa Nội Thận, bệnh viện Chợ Rẫy.

# Lý do đi khám: khó thở

# Bệnh sử:

Bệnh nhân có đái tháo đường type II 10 năm, tăng huyết áp 10 năm, bệnh thận mạn 1 năm với Creatinin cách đây 1 tháng là 10.3 mg/dl (eGFR (CKD-EPI) # 5.28 ml/phút/1.73m2).

Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn 2-3 lần/ngày, dịch trong khoảng 100ml, không lẫn máu, không đau bụng, đi tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần, bệnh nhân không điều trị gì, các triệu chứng ngày càng tăng dần.

Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân khó thở nhẹ 2 thì liên tục cả ngày, tăng khi đi nhanh và nằm, không ho, không khò khè, không sốt. Các triệu chứng càng lúc càng tăng lên. Đến 1h sáng ngày nhập viện bệnh nhân khó thở 2 thì dữ dội khi đang ngủ phải ngồi dậy để thở => nên bệnh nhân nhập cấp cứu bệnh viện đa khoa Tiền Giang.

Tình trạng bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang:

Bệnh nhân tỉnh.

Huyết áp 190/100 mmHg.

Niêm nhạt.

Tim đều, phổi thô, bụng mềm.

Xquang ngực thẳng: mờ quanh mạch máu rốn phổi phải, đám mờ không đồng nhất ở 1/3 dưới phổi P, mờ góc sườn hoành P.

Xét nghiệm: Creatinin 13.97 mg/dl, BUN 70.57 mg/dl, K+ 7 mmol/L, Hct 25.2%.

Chẩn đoán: Suy thận mạn giai đoạn cuối – Đái tháo đường type 2 – thiếu máu cơ tim.

**Điều trị:**

Agifuros (furosemide) 20mg 1 ống x 2 (TMC).

Eprex (Epoetin Alfa) 2000UI (TDD).

Imidu (Isosorbid 5 mononitrat) 60mg uống.

G5 – Duratrix (Clopidogrel) 75mg uống.

Insuact (Atorvastatin) 20mg uống.

Khó thở có giảm nhưng không hết => chuyển viện bệnh viện Chợ Rẫy.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không phù, ăn uống #1.5 lít nước/ngày, tiểu # 500 ml/ngày, nước tiểu vàng trong, không bọt, không đau hông lưng, tiểu không gắt buốt, không đau đầu, không nhìn mờ, không đau ngực.

Tình trạng lúc NV CR:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm nhạt.

Sinh hiệu: M: 78 l/p HA: 150/90 mmHg Nhiệt độ: 37,5 độ C Nhịp thở : 20l/p.

Tim đều, phổi không ran, bụng mềm, cầu bang quang(-).

Diễn tiến sau nhập viện:

Ngày 1: bệnh nhân được chạy thận cấp cứu, sau chạy thận bệnh nhân giảm khó thở thở nhiều, hết buồn nôn, nôn, ăn uống khoảng 1l/ngày, tiểu khoảng 500ml/ngày.

Ngày 2: Bệnh nhân hết khó thở, ăn uống khoảng 1l/ngày, tiểu khoảng 500ml/ngày.

# Tiền căn:

## Bản thân:

Cách đây 10 năm, bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện THA vô căn, đái tháo đường type 2, rối loạn lipid máu, huyết áp bình thường là 130-140/80 mmHg, huyết áp cao nhất là 190/100 mmHg, đường huyết đói mỗi lần đi khám là 5.1-6.4 mmol/L, cách nhập viện 1 năm bệnh nhân tê bàn chân 2 bên.

Đang điều trị bằng toa thuốc:

Methyldopa 250mg: 1 viên sáng, 1 viên chiều uống.

Mixtard 30 FlexPen 100UI/ml x 3ml: sáng 10UI tiêm dưới da.

Atorvastatin 20mg: ½ viên uống chiều.

Cách đây 1 năm, bệnh nhân khi đi khám định kỳ phát hiện bệnh thận mạn giai đoạn 4, không rõ creatinine lúc chẩn đoán, cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân đi khám tại bệnh viện Bình Dân, xét nghiệm tại đây là:

|  |  |
| --- | --- |
| BUN | **70.57 mg/dl** |
| Creatinin | **10.3 mg/dl** |
| eGFR | **5.28ml/ph/1.73m2** |

|  |  |
| --- | --- |
| RBC | **3.26 M/uL** |
| Hb | **7.4 g/dL** |
| Hct | **23.6 %** |
| MCV | 72.4 fL |
| MCH | 22.7 pg |
| WBC | 7.23 K/uL |
| PLT | 189 K/uL |

|  |  |
| --- | --- |
| Na | 133 mmol/L |
| K | 5.5 mmol/L |
| Ca | **0.82 mmol/L** |
| Cl | 104 mmol/L |

|  |  |
| --- | --- |
| Đường huyết | 4.8 mmol/L |
| HbA1C | 7.1% |
| Protein | 64 g/L |
| Albumin | 38 g/L |
| Cholesterol | 3.0 mmol/L |
| Cholesterol HDL | 1.0 mmol/L |
| Cholesterol LDL | 1.3 mmol/L |
| Triglyceride | 1.4 mmol/L |

|  |  |
| --- | --- |
| Specific Gravity | 1.004 |
| pH | 5.5 |
| Nitrit | Âm tính |
| **Protein** | **+++** |
| Glucose | Âm tính |
| Keton | Âm tính |
| Urobilinogen | Âm tính |
| Bilirubin | Âm tính |
| Blood | + |
| BC | Âm tính |
| **A/C** | **++ >= 300(mg/gCr)** |
| **P/C** | **++ >= 0.50 (g/gCr)** |

STM do ĐTĐ thì thường blood âm tính, này có blood thì cần tìm nguyên nhân khác hoặc lặp lại TPTNT và soi cặn lắng NT để xem có tiểu máu thât sự không

**Siêu âm bụng:**

Thận (P):

Kích thước: không to

Cấu trúc: giới hạn vỏ/tủy rõ.

Độ echo: dày hơn gan.

Thận (T):

Kích thước: không to

Cấu trúc: giới hạn vỏ/tủy rõ.

Độ echo: dày hơn gan

Bàng quang: bình thường.

Tiền liệt tuyến không to.

Chẩn đoán suy thận mạn, ĐTĐ type 2, THA vô căn. Toa thuốc về:

Furosemide 40 mg: 1 viên sáng, 1 viên chiều uống.

Nifedipine 20mg: 1 viên sáng, 1 viên chiều uống.

Pravastatin 20mg: 1 viên sáng, 1 viên chiều uống.

Sắt nguyên tố 100mg + Folic acid 500mcg: 1 viên sáng, 1 viên chiều uống.

Canxi 120 mg, Phospho 55mg, Vitamin D3 2mcg, Vitamin K1 8 mcg: 1 viên sáng uống.

Eprex 2000 UI TDD: thứ 2 – 4 – 6/1 lần 1 ống TDD.

Chỉ định lọc máu định kỳ tại địa phương

Chưa ghi nhận khó thở trước đây.

Chưa tiền căn đau ngực, bệnh tim mạch

Chưa ghi nhận tiền căn Hen, COPD hay Lao phổi trước đây.

Chưa ghi nhận tiền căn truyền máu, bệnh lí huyết học, ĐTĐ, bệnh thận trước đây.

Chưa ghi nhận tiền căn sử dụng thuốc aminoglycoside, NSAID, UCMC, UCTT…gần đây.

Chưa từng phẫu thuật

Không thói quen hút thuốc lá, uống rượu

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn.

## Gia đình:

Chưa ghi nhận có ai THA, ĐTĐ, bệnh thận.

# Lược qua các cơ quan: 7h ngày 14 tháng 09 năm 2020.

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

- Hô hấp: không ho, không khó thở.

- Tiêu hóa: không buồn nôn, không nôn, không chán ăn, không đau thượng vị.

- Tiết niệu sinh dục: tiểu vàng trong, không gắt buốt, khoảng 500 ml/ngày, uống 1 l/ngày, không đau hông lưng

- Thần kinh – cơ xương khớp: tê 2 bàn chân đến mắt cá chân 2 bên, không nhức đầu, không chóng mặt, không đau nhức xương khớp, không teo cơ.

# Khám lâm sàng: 07h ngày 14 tháng 09 năm 2020.

1. Tổng quát

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Da niêm nhạt.

Không móng sọc, không mất bóng

Chi ấm, mạch quay đều rõ.

Sinh hiệu: M 80 lần/ phút HA: 150/80 mmHg

T: 37 độ C NT: 20 lần/ phút

Không dấu bầm máu, không ban xuất huyết.

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

1. Khám từng vùng:

a. Đầu mặt cổ:

Cân đối, không biến dạng.

Môi không khô, lưỡi không dơ, họng sạch.

Niêm mạc đáy lưới không vàng

Tĩnh mạch cổ không nổi tư thế nằm.

Khí quản không lệch.

Tuyến giáp không to.

b. Lồng ngực: cân đối, di động đều khi thở, không co kéo cơ hh phụ, không THBH, không sẹo mổ.

- Tim: mỏm tim khoảng KLS 5 đường trung đòn (T), diện đập #1\*1 cm; không ổ đập bất thường, tim đều, tần số 80 lần/phút, T1,T2 đều rõ, không tiếng tim bất thường, không âm thổi, không tiếng cọ màng tim.

- Hô hấp: rung thanh đều 2 bên, gõ trong, rì rào phế nang êm dịu 2 bên phế trường, không ran.

c. Bụng:

- Cân đối, di động đều khi thở, không THBH, không sẹo, không sao mạch, không xuất huyết dưới da.

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

- Gõ trong.

- NĐR: 4 lần/ phút.

- Gan, lách không sờ chạm

d. Thần kinh - cơ xương khớp:

- Mất cảm giác sờ nông, cảm giác đau nhiệt ở đầu các ngón chân 2 bên.

- Không yếu liệt chi.

- Không giới hạn vận động, không sưng nóng đỏ đau các khớp.

# Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh diễn tiến 3 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

**- TCCN:**

Khó thở khi gắn sức, khi nằm, kịch phát về đêm.

Mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn.

***-* TCTT:**

HA: 190/100 mmHg.

Da niêm nhạt.

Mất cảm giác sờ và đau nhiệt đầu ngón chân 2 bên.

***-* Tiền căn:**

THA 10 năm.

ĐTĐ 10 năm.

Bệnh thận mạn 1 năm.

*CLS tuyến trước:*

Xquang ngực thẳng: mờ quanh mạch máu rốn phổi phải, đám mờ không đồng nhất 1/3 dưới phổi P, mờ góc sườn hoành P.

Xét nghiệm: Creatinin 13.97 mg/dl, BUN 76.45 mg/dl, K+ 7 mmol/L, Hct 25.2%.

# Đặt vấn đề:

1. Cơn tăng huyết áp cấp cứu.
2. Suy thận mạn.
3. Thiếu máu mạn.
4. Rối loạn cảm giác.
5. Tiền căn THA, ĐTĐ.

Cô sửa:

1. Khó thở cấp (nếu ko biết do tim hay do phổi, còn nếu đc thì đưa vô hội chứng)
2. Suy thận cấp (do…)
3. Suy thận mạn giai đoạn 5
4. Tăng kali máu
5. Thiếu máu mạn mức độ ….
6. THA kiểm soát tốt
7. ĐTĐ2 có biến chứng TKNB

# Chẩn đoán :

**Sơ bộ:** Phải viết thành 1 dòng chứ không tách ra 3 dòng như vậy

* Cơn THA cấp cứu, nguyên nhân suy thận mạn, biến chứng phù phổi cấp.
* Bệnh thận mạn giai đoạn 5 do THA/ĐTĐ biến chứng tăng K máu, hội chứng Ure huyết cao, thiếu máu mạn.
* Đái tháo đường type 2, biến chứng bệnh thận mạn, bệnh thần kinh ngoại biên.

**Phân biệt:**

Cơn THA cấp cứu biến chứng phù phổi cấp – Suy thận cấp/BTM giai đoạn 5 – Thiếu máu mạn – THA – ĐTĐ 2 biến chứng TKNB

# BIỆN LUẬN:

BN bị THA, ĐTĐ 10 năm và đc được chdoan STM GĐ4 từ 1 năm trước rồi và 1 tháng trước có mức cre tương ứng STM GĐ5 lúc đó không có yếu tố gì gợi ý STC lúc đó nên nghĩ có STM GĐ5. Xong hồi cô lại nói nên luôn nghĩ STC cho đến khi có bằng chứng ngược lại để điều trị cho người ta.

1. Cơn tăng huyết áp:

Bn NV với HA 190/100, SBP > 180 mmHg nên gọi là cơn THA.

Cơn THA này có thể gây các biến chứng cơ quan đích:

Phù phổi cấp: bệnh nhân khó thở, Xquang tuyến trước là mờ quanh mạch máu rốn phổi phải, đám mờ 1/3 dưới phổi P, mờ góc sườn hoành P => nghĩ nhiều.

NMCT: bệnh nhân không đau ngực nhưng chưa loại trừ => CLS: ECG.

Tổn thương thận cấp: bệnh nhân có Creatinin tuyến trước là 13.97 mg/dl => thay đổi không có ý nghĩa so với 1 tháng trước => ít nghĩ.

Thần kinh: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không đau đầu, không chóng mặt, không yếu liệt chi => không nghĩ.

Mắt: BN không nhìn mờ nhưng ko thể loại trừ => đề nghị soi đáy mắt để kiểm tra.

Cơn tăng huyết áp có tổn thương cơ quan đích => cơn tăng huyết áp cấp cứu.

Nguyên nhân cơn tăng huyết áp: bệnh nhân có bệnh thận mạn 1 năm nay, 1 tháng trước có đi khám xét nghiệm Creatinin máu  **(eGFR # 5.28 ml/phút/1.73m2)** nhưng chưa chạy thận nhân tạo => nghĩ nhiều là nguyên nhân của cơn tăng huyết áp lần này.

1. Suy thận:

Bn ghi nhận Creatinine ở tuyến trước là: Creatinin 13.97 mg/dl => bệnh nhân có suy thận.

Suy thận cấp hay mạn?

* Bệnh nhân có Creatinin 1 tháng trước lúc đi khám sức khỏe ở Bình Dân là **10.3 mg/dl (eGFR # 5.28 ml/phút/1.73m2),** kèm theo thiếu máu mạn, hạ canci máu, kèm theo bệnh nhân có ĐTĐ 10 năm có biến chứng thần kình ngoại biên => nên nghĩ nhiều bệnh nhân có suy thận mạn.
  + Giai đoan: Creatinin cách đây 1 tháng là **10.3 mg/dl (eGFR # 5.28 ml/phút/1.73m2)** kèm với lúc đó bệnh nhân không mắc các bệnh cấp tính => nghĩ nhiều đây là Creatinin nền của bệnh nhân => bệnh nhân là bệnh thận mạn giai đoạn 5.
* Bn có thể có AKI do: Bn NV với tình trạng cơn THA cấp cứu có thể gây tổn thương cơ quan đích gây suy thận tại thận => chưa thể loại trừ.

Các biến chứng của bệnh thận mạn có thể gặp trên Bn này:

* Thiếu máu: BN có da xanh niêm nhạt, CTM tuyến trước ghi nhận có thiếu máu mức độ trung bình (Hct 25.2%).
* RLĐG: bệnh nhân chưa có yếu liệt cơ nhưng K+ máu tuyến trước là 7 mmol/L => đề nghị ECG.
* RL toan kiềm: chưa thể loại trừ => đề nghị làm KMĐM.
* Thần kinh cơ: BN không vọp bẻ, không tê tay chân, không giảm trí nhớ→ Không nghĩ.
* Cơ xương khớp: Cần làm thêm CaTP, phosphorus, PTH trong máu để đánh giá.
* Hội chứng ure huyết cao: bệnh nhân có chán ăn, mệt mỏi, buồn nôn, nôn ói, có BUN 76.45 mg/dl ở tuyến trước => nghĩ nhiều.

Mặc dù điều trị căn nguyên trên BN này ko còn ý nghĩa nhưng vẫn nên đi tìm nguyên nhân vì BN này còn trẻ có thể xem xét được chuyện có nên ghép thận cho BN, vì một số nguyên nhân nó sẽ ảnh huongtw tiếp tục trên thận ghép nên mình cần tìm để kiểm soát.

1. Thiếu máu mạn: đã biện luận.

# ĐỀ NGHỊ CLS:

1. Chẩn đoán:

- BUN, Creatinin máu, ion đồ, TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, SA bụng.

- Xquang ngực thẳng, ECG.

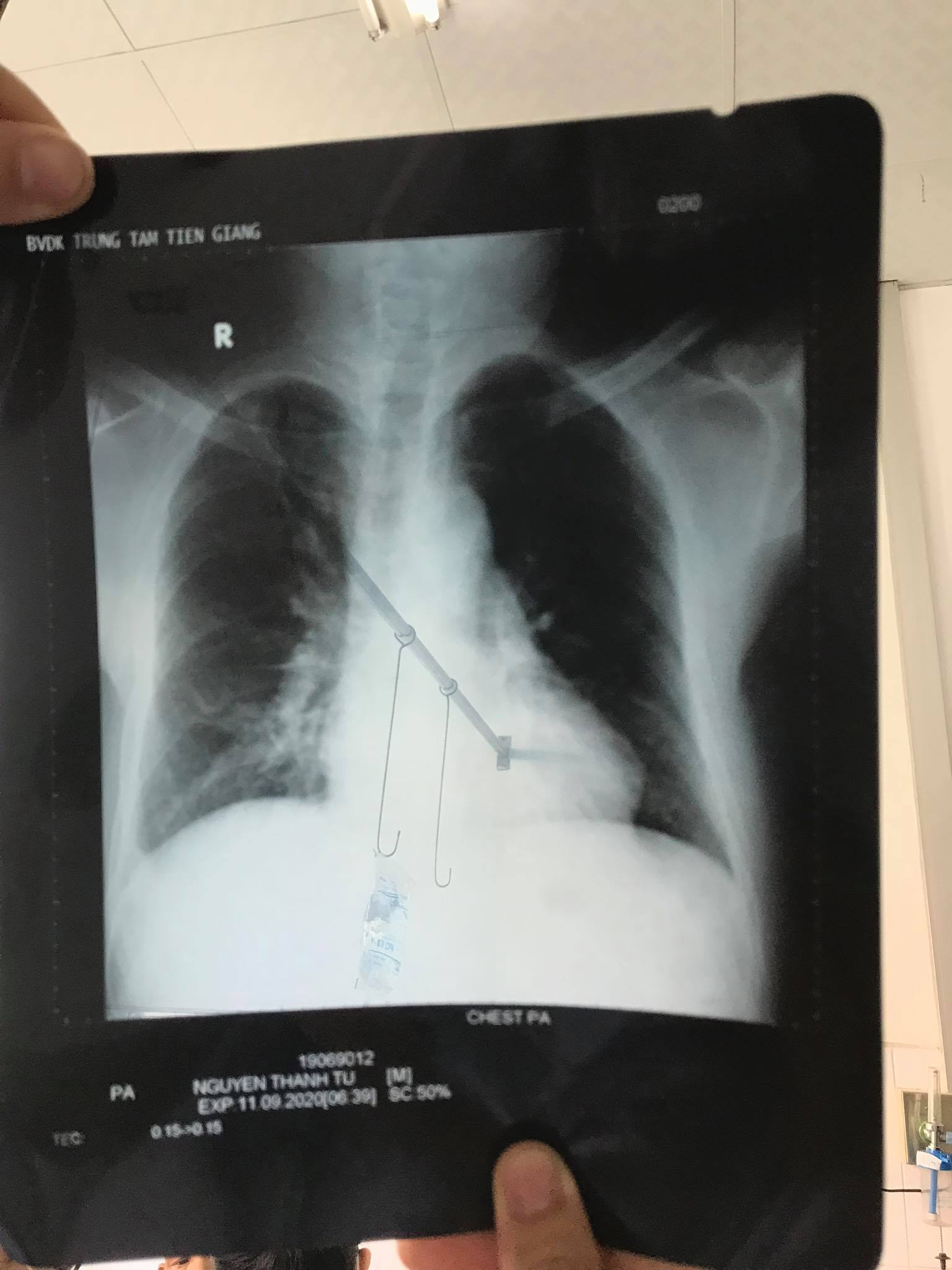
- CTM.

- Đường huyết, bilan lipid máu.

2. Thường quy: AST, ALT, đông máu.

# CẬN LÂM SÀNG:

1. Xquang ngực thẳng: BV đa khoa Tiền Giang:



BN hít đủ sâu, chụp tư thế đứng.

Khí quản không lệch

Không tràn khí dưới da

Không gãy xương

Vòm hoành liên tục

Góc sườn hoành P mờ.

Tim không to, góc tâm hoành nhọn.

Mờ quanh mạch máu rốn phổi P.

Đám mờ không đồng nhất 1/3 dưới đáy phổi phải.

**Kết luận:**

* OAP.
* Tràn dịch màng phổi phải lượng ít.
* Theo dõi dày thất T.

Đề nghị thêm một Xquang sau khi chạy thận để phân biệt OAP/Viêm phổi

1. BUN, Creatinin máu: ngày 11 tháng 09 năm 2020.

BUN: 75 mg/dl.

Creatinin: 13.91 mg/dl.

eGFR: 3.65 ml/min/1.73m2.

Đi thi nhớ hỏi cre đó là ngày mấy lúc nào trước hay sau chạy thận

**Kết luận:**

* BUN và Creatinin máu bệnh nhân tăng => bệnh nhân có suy thận.
* Creatinin máu bệnh nhân so với tuyến trước là thay đổi không có ý nghĩa (13.97 => 13.91 mg/dl) => nhưng vẫn chưa loại trừ AKI.

1. Ion đồ: ngày 11 tháng 09 năm 2020.

Na: 132 mmol/L.

K: 6.3 mmol/L.

Cl: 94 mmol/L.

**Kết luận:**

* Na máu giảm nghĩ do pha loãng.
* K+ máu tăng => nghĩ do biến chứng của suy thận => ECG.

1. ECG: ngày 11 tháng 09 năm 2020:

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

**Kết quả:**

* Nhịp xoang, đều, tần số 80 l/p.
* **Còn sóng P**, không lớn nhĩ.
* **Khoảng PR 0.12s.**
* QRS trục trung gian.
* **Phức QRS 0.06s.**
* Không lớn thất.
* Đoạn ST không chênh lên.
* Đoạn QT: QTc # 0.56s (QT/√(RR) = 0.44/√(0.72)).
* **Sóng T không cao nhọn (song T < 5mm ở chuyển đạo chi, < 10mm ở chuyển đảo trước ngực).**
* Song T âm từ V2-V6 và D1, aVL.

**Kết luận:**

* Chưa ghi nhận ảnh hưởng trên tim của tăng K máu.
* Theo dõi NMCT vùng trước rộng – bên => CLS: Troponin I, ECG lập lại.
* Đoạn QT kéo dài => Ca máu, Mg máu.

1. Công thức máu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RBC | **3.44** | T/L | 3.8-5.5 |
| HGB | **78** | g/L | 120-170 |
| HCT | **25.4** | % | 34-50 |
| MCV | 73.7 | fL | 78-100 |
| MCH | 22.5 | pg | 24-33 |
| MCHC | 306 | g/L | 315-355 |
| WBC | 9.2 | G/L | 4-11 |
| %NEU | **75.4** | % | 45-75 |
| NEU# | 64.94 | G/L | 1.8-8.25 |
| %LYM | 14.4 | % | 2.-40 |
| LYM# | 1.32 | G/L | 0.8-4.4 |
| %MONO | **5.8** | % | 4-10 |
| MONO# | 0.53 | G/L | 0.16-1.1 |
| %EOS | **2.7** | % | 2-8 |
| EOS# | **0.25** | G/L | 0.08-0.88 |
| %BASO | 0.3 | % | 0-2 |
| BASO# | 0.03 | G/L | 0-0.22 |
| PLT | **245** | G/L | 200-400 |
| Đông máu PT | 11.0 | giây | 12-15 |
| INR | **1.02** |  | 1-1.2 |
| FIB | 5.28 | g/L | 2-4 |
| APTT | 24.0 | giây | 26-37 |
| APTT(R) | 0.88 |  | 0.8-1.2 |

**Kết luận:**

* Thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu nhỏ nhược sắt => tìm nguyên nhân khác của thiếu máu => CLS: bilan sắt (sắt huyết thanh, Ferritin, transferrin).
* Bạch cầu, tiểu cầu trong giới hạn bình thường.
* Đông máu trong giới hạn bình thường.

1. Đường huyết ngày 11 tháng 09 năm 2020:

86 mg/dl

Kết luận: đường huyết trong giới hạn bình thường.

1. AST, ALT:

AST: 22 U/L.

ALT: 29 U/L.

Kết luận: trong giới hạn bình thường.

# Chẩn đoán xác định:

* Cơn THA cấp cứu, nguyên nhân suy thận mạn, biến chứng phù phổi cấp, theo dõi tổn thương thận cấp.
* Bệnh thận mạn giai đoạn 5 do THA/ĐTĐ biến chứng tăng K máu, thiếu máu mạn, theo dõi hạ canci máu nặng, hội chứng Ure huyết cao.
* Đái tháo đường type 2, biến chứng bệnh thận mạn, bệnh thần kinh ngoại biên.

# Điều trị: Điều trị theo vấn đề

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vấn đề | Chẩn đoán | Mục tiêu & chiến lược điều trị | Điều trị cụ thể | Theo dõi |
| Cơn THA | HA bệnh nhân tại TG là 190/100 mmHg.   * Cơn tăng huyết áp.   Bệnh nhân khó thở.  Xquang: mờ quanh mạch máu rốn phổi P, đám mờ không đồng nhất 1/3 đáy phổi P, mờ góc sườn hoành.   * OAP.   ECG: song T âm từ V2 – V6, D1 và aVR   * Theo dõi NMCT vùng trước rộng - bên | Hạ huyết áp chậm khoảng 10 – 15% trong 1h đầu.  Mục tiêu huyết áp trong 2-6h tiếp theo là < 160/100 mmHg.  Mục tiêu lâu dài duy trì huyết áp < 140/90mmHg.  Tại cấp cứu bệnh viện CR: cách thời gian cơn tăng huyết của bệnh nhân là #17h => mục tiêu HA của bệnh nhân là < 140/90mmHg.  Điều trị giảm khó thở.  Hạ huyết áp. | Furosemide 20mg x 2 ống TMC.   * Troponin I, lập lại ECG. | Theo dõi HA mỗi 30 phút. |
| Suy thận | Creatinin 13.91 mg/dl. BUN 75 mg/dl.   * Có suy thận. | Chỉ định chạy thận cấp cứu:   * OAP. * Creatinine > 10 mg/dl. Cre trên 10 chỉ là chỉ định tương đối chứ không phải tuyệt đối * Tăng K máu không đáp ưng với điều trị nội khoa hoặc điều trị nội khoa có thể làm nặng hơn tình trạng của BN.   Tiết chế muối <5g NaCl/ngày.  Tiết chế đạm < 0.8 g/kg/ngày. Nếu BN chưa chạy thận thì tiết chế dưới 0.6g/ngày chứ BN đã chạy thận thì tiết chế đạm là không cần thiết. | Chạy thận nhân tạo cấp cứu. | Theo dõi Bun, Cre mỗi 24h. |
| RL ion | K máu tăng (6.3 mmol/L)  Chưa ảnh hưởng đến tim.  QTc kéo dài:   * Theo dõi hạ Ca máu.   Thực tế từ lúc chỉ định cho CTNT đến lúc BN được CTNT thì ít nhất cũng 2 giờ nên thực tế phải bảo vệ BN đến lúc được CTNT nên phải bắt đầu dùng thuốc ngay chứ ko đợi có thay đổi trên ECG hay có trch LS (thuốc nào tác động vào giai đoạn nào): đầu tiên là phải chích canxi, thuốc tiếp theo sau đó tùy tình huống từng BN. Natri, glucose thì phải xem BN có đang quá tải dịch không, lợi tiểu thì xem BN có còn tiểu được ko, kayasalate thì 4h mới có td thì đgia xem trong vòng 4h tới BN có được chạy thận đc ko. | Hạ K máu  Bảo vệ tế bào cơ tim. | Chạy thận cấp cứu  Canxi gluconate 10 ml 10% 1 ống (TMC).  Ca máu, Mg máu, P, PTH. | Theo dõi ion đồ, điện tim 24h. |
| Thiếu máu mạn | Da niêm nhạt.  Hb: 7.8 g/dl.  MCV:73.7 fL.  MCH: 22.5 pg.  => thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu nhỏ nhược sắt. | Duy trì Hb > 8 g/dl.  Tìm nguyên nhân khác gây thiếu máu ngoài suy thận. | Bilan sắt (sắt huyết thanh, Ferrritin, Transferrin). | Chờ kết quả bilan sắt. |
| ĐTĐ | Đường huyết 86 mg/dl => không cần chích ins lúc này nữa. Vì khi vô GĐC thì ĐH BN không tăng nữa, mình sọ hạ ĐH hơn là tăng ĐH | Duy trì đường huyết khoảng 80 -130 mg/dl  BN nội viện mình có thể chấp nhận mục tiêu 150-170 cũng được do nguy cơ hạ ĐH cao | Thay đổi chế độ ăn | Theo dõi đường huyết 3 lần/ngày. |