**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

1. **HÀNH CHÍNH:**

* Họ và tên: Võ Sỹ Thưa Sinh năm: 1950 (70 tuổi) Nam
* Nghề nghiệp: Nghỉ hưu ( trước đây làm bộ đội)
* Địa chỉ: Xã Long Thuận - Thị xã Gò Công - Tỉnh Tiền Giang
* Nhập viện 11h ngày 3/10/2020
* Giường 55, phòng 8 , khoa Nội Thận BV Chợ Rẫy

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN**: Nôn ra máu + tiêu phân đen.
2. **BỆNH SỬ:**

* Cách NV 10 năm, BN được chẩn đoán THA tại BV Gò Công. Cách NV 4 năm BN được chẩn đoán gout tại BV Gò Công, bệnh thận mạn– Thiếu máu tại BV Bệnh Nhiết Đới (sau khi điều trị gout 1 tháng). Cách NV 2 năm, BN được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 4 với Creatinine nền 3.5 mg/dL (cách NV 11 tháng), eClCr = 12-16 ml/phút ~~(cách NV 12-8 tháng)~~ - tái khám tại BV Chợ Rẫy.
* Toa thuốc nền 8 tháng ~~gần nhất~~: Telmisartan 40mg 2v (u) sáng, Nifedipin 20mg 1v (u) tối. TV.Fenofibrat 200mg 1v (u) tối, Cadihasan (Calcium carbonate/vitamin D3) 1250 mg/125UI 1v (u) sáng, Ketosteril 600mg 2v(u) s-c, EPO 4000 UI/ tuần (đã ngưng 8 tháng), sắt?
* Cách NV1 tháng, bệnh nhân thường xuyên đau âm ỉ vùng thượng vị, mức độ nhẹ, không lan, không tư thế giảm đau, đau tăng khi đói và sau ăn 5 phút. BN uống mật ong và nghệ vào buổi sáng giảm đau, Bn còn chịu được nên không đi khám.
* Cách nhập viện 2 giờ, bệnh nhân đang ngồi nghỉ (sau ăn?) thì đau âm ỉ vùng thượng vị, không lan sau đó ít phút BN nôn ra máu đỏ bầm, lẫn ít thức ăn, lượng khoảng 1 chén (quy về ml), chỉ nôn 1 lần.Sau đó bệnh nhân đi tiêu phân đen 1 lần lượng khoảng 1 chén (quy về ml), phân màu đen như bã cà phê, sệt, dính, tanh hôi, lúc này, bệnh nhân cảm thấy mệt, không chóng mặt, vẫn còn tỉnh táo. Bệnh nhân được người nhà chở đi nhập viện BV Gò Công. Tại BV bệnh nhân đi tiêu phân đen thêm 2 lần nữa với lượng ít hơn (tổng 2 lần khoảng 1 chén). Bệnh nhân vẫn tỉnh.
* Vấn đề/ BV Gò Công:
  + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ (trung bình???) ( đang diễn tiến (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)
      2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng
      3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine
      4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4
      5. Tăng acid uric?
* Tại BV Gò Công ghi nhận (XN trước truyền máu): HA

WBC: 9.2k/Ml; RBC: 2.15M/Ml; Hgb 6 g/dL Hct: 19.3%; PLT: 351k/ML;

GLU: 113 mg/dl;

CHO: 106mg/dl; TRI: 122.5mg/dl; LDL: 68.4 mg/dl

BUN: 100 mg/dl; CRE: 7.40 mg/dl – Ion đồ: Na ? K ?

GOT: 45 u/l; GPT: 22 u/l; ALB: 3.85 g/dl; GGT:106.9 u/l.- Bilirubin? ĐMTB? HepB, HepC?

Nội soi dạ dày tá tràng?

Xquang phổi:

* Chẩn đoán:

1/Thiếu máu mức độ nặng nghĩ do Xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nhẹ/ thiếu máu mạn md trung bình

2/ bệnh thận mạn giai đoạn ??,

3/ tăng huyết áp vô căn,

4/viêm phổi cộng đồng có biến chứng? .

* Điều trị 12 tiếng (20H ngày 2/10/20 – 8h ngày 3/10/20) :

1/ NaCl 0.9% 1500ml tốc độ truyền????, truyền 02 đơn vị hồng cầu lắng cùng nhóm (B),

2/ Taximmed (cefotaxime) 1.5g 3 lọ TMC,

3/ Sunpraza (esomerazol) 40mg 3 lọ TMC ?~~.~~

=> chuyển BV Chợ Rẫy

* Vấn đề/ BV Chợ Rẫy (tại thời điểm nhập viện):
  + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến đã truyền 2 HC lắng (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)
      2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng ?
      3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine
      4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4
      5. Tăng acid uric?
      6. Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng đã dùng Cefotaxim

Trong quá trình bệnh BN không ho, không đau ngực, không đau đầu, không chóng mặt, không sụt cân, tiểu vàng trong, lượng khoảng 1000ml

* Tình trạng lúc nhập viện: BN tỉnh, tiếp xúc được

HA: 130/80 mmHg NT : 20 lần/phút

M: 80 lần/phút Nhiệt độ: 370C

|  |  |
| --- | --- |
| Bilan xuất nhập (2-3/10/2020)+ 200ml | Cách NV 1 ngày |
| Tổng Nhập = 2450 ml: PO? + IV? | NaCl 0,9% 1500ml  2 đơn vị hồng cầu lắng. 250ml \*2  Sữa lạnh 450ml |
| Tổng Xuất = 2250ml | Mất không nhận biết 500ml  Nước tiểu 1000ml  Dịch ói: 750ml. |

|  |  |
| --- | --- |
| * Vấn đề/ BV Gò Công:   + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)       2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng       3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine       4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4       5. Tăng acid uric? | * Vấn đề/ BV Chợ Rẫy:   + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến đã truyền 2 HC lắng (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)       2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng ?       3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine       4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4       5. Tăng acid uric |

**IV. TIỀN CĂN:**

1. Bản Thân:

a/Nội khoa:

* 10 năm trước, BN thường xuyên đau đầu vùng chẩm vào sáng sớm mới ngủ dậy nên đi khám tại BV huyện, chẩn đoán THA, HATT cao nhất: 170mmHg, HA dễ chịu 130-140mmHg. Bệnh nhân không điều trị và tái khám thường xuyên.
* 4 năm trước bệnh nhân chẩn đoán Gout tại BV tỉnh, uống thuốc khoảng 1 tháng bệnh nhân bắt đầu thấy nổi ban đỏ khắp người kèm sốt nên đi khám BV Bệnh Nhiệt Đới được chẩn đoán bệnh thận mạn (không rõ chẩn đoán được cho về BV tỉnh điều trị). Từ đó, bệnh nhân ngưng thuốc điều trị Gout và bắt đầu điều trị thận ở BV tỉnh, 2 năm sau điều trị bệnh nhân thấy hoa mất, chóng mặt đi khám thì được chẩn đoán không rõ, từ đó đến nay chuyển sang khám định kỳ tại BV Chợ Rẫy.
* Bệnh nhân tái khám hàng tháng tại BV Chợ Rẫy, 8 tháng nay do dịch Covid nên bệnh nhân chỉ tái khám ở bệnh viện tỉnh và uống theo toa thuốc này tới khi nhập viện.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cách NV 2 năm | Cách NV 11 tháng | Cách NV 10 tháng | Cách NV 9 tháng | Cách NV 8 tháng |  |
| Huyết áp |  |  |  |  |  |  |
| Nhiễm trùng??? |  |  |  |  |  |  |
| Thuốc |  |  |  |  |  |  |
| Telmisartan 80mg/ngày | x | x | x | x | x |  |
| Nifedipine 20mg/ngày | x | x | x | x | x |  |
| Fenofibrat 200mg/ngày | x | x | x | x | x |  |
| Calcium cacbonate 1 viên/ngày | x | x | x | x | x |  |
| Ketosteril 0,6g 1 viên x 2 | x | x | x | x | x |  |
| Sắt? |  |  |  |  |  |  |
| EPO? TDD | x | x | x | x | x |  |
| 80-120 UI/kg TDD chia 2-3 lần/tuần |  |  |  |  |  |  |
| Eprex  Recormon  Neorecormon  Mircera 1 lần/tháng |  |  |  |  |  |  |
| BUN |  | 43 | 41 | 49 | 54 | Mg/dl |
| Creatinine | 3.42 | 3.5 | 4.01 | 3.56 | 4.36 | mg/dl |
| eGFR (CKD-EPI) |  | 16.87 | 14.26 | 16.35 | 12.8 | Ml/min/1.73m2 |
| Hb |  | 115 | 114 | 115 | 114 | g/L |
| Protein niệu |  |  |  |  |  | Mg/dL |
| Blood niệu |  |  | 25 |  |  | RBC/uL |
| Cause | THA thứ phát-  Chronic GN? |  |  |  |  |  |
| G4 |  |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  | +++(300) |  |  |  |
| Na |  | 139 | 138 | 138 | 139 | Mmol/L |
| K |  | 4.3 | 4.3 | 4.5 | 4.7 | Mmol/L |
| Cl |  | 110 | 110 | 111 | 110 | Mmol/L |
| Ca TP |  | 2.3 | 2.5 | 2.2 | 2.2 | Mmol/L |

Kết quả siêu âm 2 năm trước có các bất thường:

* Gan: kích thước không to, cấu trúc thô, echo kém
* Thận (P): có nang d# 10-29 mm, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy không rõ, độ echo dày hơn gan
* Thận (T): có nang d# 10-37 mm, kích thước không to, giới hạn vỏ tủy kkhông rõ, độ echo dày hơn gan
* Tiền liệt tuyến to V#42ml
* Multicystic (khác với Polycystic kidney disease) Bosniak classification.
* KL:

Siêu âm tim:

* Tăng áp động mạch phổi PAPs= 40mmHg (ng phát-thứ phát):
* Chức năng tâm thu thất trái bình thường EF = 64%
* Suy tim? EF bảo tồn??
* Không tiền căn xơ gan, viêm gan, chưa từng vàng da, đã chích ngừa VG B
* Không tiền căn trĩ.
* Không ĐTĐ và các bệnh nội khoa khác
* Không sử dụng thuốc nam, thuốc bắc hay các thực phẩm chức năng nào.

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

c/. Thói quen:

* Hút thuốc lá 0.5 gói/ngày x 50 năm
* Chỉ ăn cá, ít ăn thịt, rau
* Ăn mặn

d/ Dị ứng: Dị ứng với thuốc Allopurinol.

2.Gia đình: Chưa ghi nhận bệnh lý thận, gan, THA, ĐTĐ

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN**: (8h ngày 7/10/2020)

* Không khó thở, không ho, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
* Không đau bụng, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn
* Tiểu vàng trong không gắt buốt
* Không đau đầu, không chóng mặt
* Không giới hạn vận động, không đau nhức các khớp

**VI. KHÁM**: 8h ngày 7/10/2020 (4 ngày sau nhập viện):

1. Tổng trạng: BN tỉnh, tiếp xúc tốt

HA: 140/70 mmHg (nằm)

HA: 130/70 mmHg (ngồi)

M: 70l/ph Nhiệt độ: 37oC NT: 20 l/ph

* Da không vàng, niêm nhạt, không phù, không xuất huyết dưới da, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, hạch ngoại biên không sờ cham.
* Dấu véo da (-), CRT < 2s
* Chi ấm mạch rõ
* Chiều cao: 1m68 Cân nặng: 65Kg => BMI=22.9 ( bình thường)

1. Đầu mặt cổ:

* Cân đối
* Khí quản không lệch, tuyến giáp không to.
* Môi không khô, lưỡi sạch, họng sạch
* Niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng
* Tĩnh mạch cổ không nổi

3.Ngực: Lồng ngực cân đối,các khoang liên sườn không dãn rộng, di động đều theo nhịp thở, không ghi nhận bất thường thành ngực:

* Tim: mỏm tim ở KLS V ĐTĐ trái, diện đập 1×2cm2, Hazer (- ), dấu nảy trước ngực (-), nhịp tim đều, T1, T2 đều rõ, không âm thổi.
* Phổi:
* rung thanh đều hai bên
* gõ trong khắp phổi
* rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale

4.Bụng:

* Cân đối di động theo nhịp thở, không u sẹo
* Bụng mềm ấn không đau, nhu động ruột 8 lần/phút
* Gan lách không sờ chạm
* Chạm thận (-), bập bềnh thận (-).

5. Thần kinh, cơ xương khớp:

* Cổ mềm, không dấu TK định vị
* Tứ chi cân đối, sức cơ 5/5 không yếu liệt, không giới hạn vận động
* Các khớp không sưng, nóng, đỏ, đau.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

BN nam 70 tuổi, có nền bệnh thận mạn giai đoạn 4 (Creatin nền 3.5 cách nv 8 tháng), THA 10 năm đang điều trị với temisartan, nifedipine. Gout 4 năm?. Thường xuyên đau thượng vị liên quan tới bữa ăn.

BN nhập viện vì nôn ra máu+ tiêu phân đen. Bệnh 1 ngày qua hỏi bệnh thăm khám ghi nhận.

**TCCN**:

Ói ra máu lượng 250ml

Tiêu phân đen 500 gram

**TCTT**:

Bệnh tỉnh tiếp xúc tốt. Mạch: 80 lần/phút

HA: 130/70 mmHg Ntieu

Da niêm nhạt

Không phù, Không mất nước

Tim: T1 T2 đều, không âm thổi.

Phổi: phổi trong, không ran.

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến đã truyền 2 HC lắng (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)
2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng ?
3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine
4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4
5. Tăng acid uric

**IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**: Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nặng, hiện ổn, theo dõi tổn thương thận cấp trước thận thể không thiểu niệu/ ~~suy~~ thận mạn giai đoạn ~~cuối~~- thiếu máu mạn md – THA- Viêm phổi?

**X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:** Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nặng, hiện ổn, chưa biến chứng /suy thận mạn giai đoạn cuối- thiếu máu mạn - THA

**XI. BIỆN LUẬN:**

1. Nôn ra máu, tiêu phân đen:

* BN nôn ra máu đỏ bầm lượng khoảng 250ml, lẫn ít thức ăn, không lẫn đàm, không ngứa vùng hầu họng, không ho, trước đó bệnh nhân không ăn tiết canh, rau củ có màu đỏ.
* BN tiêu phân đen 500 gram

=> nghĩ nhiều BN xuất huyết đường tiêu hóa trên.

* Mức độ: BN nôn ra máu và tiêu phân đen, tổng lượng khoảng 750ml, bệnh nhân vẫn tỉnh, đi lại được, không rõ sinh hiệu lúc nhập viện tuyến dưới, xét nghiệm tuyết dưới RBC: 2.15 M/ML, Hct 19,3% => mức độ nặng. Tại tuyến dưới BN đã được truyền hồng cầu lắng. Tình trạng lúc nhập viện Chợ Rẫy

HA: 130/80 mmHg NT : 20 lần/phút

M: 80 lần/phút Nhiệt độ: 370C.

Bệnh nhân không nôn thêm lần nào, đi cầu phân vàng > 48h =>hiện ổn.

Các nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa nghĩ trên bệnh nhân này:

* Loét dạ dày tá tràng: BN nôn ra máu đỏ bầm lẫn thức ăn, 1 tháng nay bệnh nhân đau vùng thượng vị nhiều lúc đói nghĩ nhiều => Nội soi dạ dày.
* Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản: BN nôn ra bầm, lượng ít, khám không có gan to, tĩnh mạch cổ nổi, không sao mạch tuần hoàn bàng hệ, không ghi uống bị rượu thường, đã chủng ngừa VGB, không ghi nhận tiền căn viêm gan C=> không nghĩ.
* Viêm trợt dạ dày xuất huyết: BN nôn lượng ít, không ghi nhận NSAID, rượu, stress gần đây=> không nghĩ.
* Hội chứng Mallory Weiss: bệnh nhân chỉ nôn 2 lần ra máu, không nôn nhiều lần trước đó=> không nghĩ

Biến chứng:

* Shock mất máu: Lúc nhập viện ghi nhận sinh hiệu ổn nên không nghĩ
* Tổn thương thận cấp: Bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối, cách 8 tháng trước creatinin nền 3.97 mg/dl lần, lần này BN mất máu >750mml, tại BV Gò Công creatinine= 7.40mg/dl=> nghĩ nhiều tổn thương thận cấp trước thận.

1. Bệnh thận man giai đoan cuối:

* BN nhân đã được chẩn đoán suy thận mạn 2 năm trước tại BV Chợ Rẫy tái khám thường xuyên.
* Creatinin nền bệnh nhân lúc 8 tháng trước: 3.97 mg/dL
* Độ lọc cầu thận: 14.66 mL/min/1.73m2
* Protein nước tiểu: 300 mg/dl.

=> Phân độ: suy thận giai G5 A2

* Biến chứng BTM:

+ Rối loạn điện giải: đề nghị ion đồ để đánh giá.

+ Thiếu máu mạn: khám lâm sàng da niêm nhạt, qua các xét nghiệm từ những tháng trước=> bệnh nhân có thiếu máu mạn.

+ Tim mạch: chưa ghi nhận các triệu chứng của suy tim => đề nghị siêu âm tim, ECG đánh giá.

1. Thiếu máu mạn: đã biện luận ở trên.
2. Tăng huyết áp:

* Bệnh nhân đã được chẩn đoán 10 năm trước, hiện đang sử dụng thuốc Telmisartan 40mg 2v (u) sáng và Nifedipin 20mg 1v (u) tối.

**XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:**

* CLS chẩn đoán: Nội soi dạ dày, CTM, đông máu toàn bộ, TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, ion đồ máu có Ca TP, BUN, creatinine máu, eGFR, siêu âm bụng.
* CLS thường quy: AST, ALT, ECG, X quang ngực thẳng.
* Vấn đề/ BV Chợ Rẫy (tại thời điểm nhập viện):
  + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến đã truyền 2 HC lắng (CDPB: Vỡ dãn TMTQ)
      2. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng ?
      3. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine
      4. Theo dõi AKI trước thận do mất máu cấp mức độ nhẹ/ Bệnh thận mạn giai đoạn 4
      5. Tăng acid uric?
      6. Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng đã dùng Cefotaxim

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vấn đề | Chẩn đoán | Cận lâm sàng |
| * + - 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến đã truyền 2 HC lắng (CDPB: Vỡ dãn TMTQ) | XHTH trên mức độ nhẹ đang diễn tiến đã điều trị PPI ? mg TMC (80mg TMC, sau đó 40mg pha NS0,9% 50ml BTTD 5ml/h tương đương 8mg/h) | Nội soi DD-TT: Loét hang vị 5-7 cm, sung huyết? Phân độ Forrest ? Hoặc XHTH đã tự cầm?  Tiên lượng XHTH tái phát  Không can thiệp qua nội soi. |
| * + - 1. Thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng ? | Thiếu máu mạn mức độ nặng | CTM:  Hgb 69 g/L  Hct 21.1 %  MCV 92,4 fL  MCH 30,1 pg  MCHC 325 g/L   * Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nặng * Phù hợp với XHTH mức độ nhẹ / thiếu máu mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng * Cần làm thêm XN?   Bilan sắt: sắt huyết thanh, ferritine, transferrin, độ bão hòa transferrin.  Hc lưới  Bilirubin TP-TT-GT  Albumin, Protid |
| * + - 1. THA điều trị với Telmisartan và Nifedipine | Tăng huyết áp không kiểm soát – có biến chứng? | Tầm soát?  Xquang phổi: vì phim chụp không đúng chuẩn-> chụp lại   * Cần làm thêm: * CG, SA tim, BNP... |
| * + - 1. Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng đã dùng Cefotaxim |  | Xquang ngực: tt dạng lưới nốt bên (P)  Cấy đàm  CTM:  WBC 7,7 G/L  Neu 69%  Lym 20,3%  PLT 341 G/L   * 1. Đã dùng kháng sinh tuyến trước (12 giờ) * 2. Nhiễm trùng nhưng BC máu không tăng (nghĩ nhiều): nhiễm trùng nặng ức chế tủy -> CRP. Nguy cơ nhiễm trùng huyết -> Cấy máu, lactat, khí máu động mạch.   Xquang lại kiểm tra (tùy tình huống LS) |
| * + - 1. AKI trước thận/ CKD giai đoạn 4 |  | BUN 130 mg/dL <- 40  Creatinine 6.98 mg/dL <- 3,5   * 1. AKI trước thận/ CKD4 * 2. STTTN nguyên nhân (RPRF-RPGN- Crescentic GN- Pauciimmune disease) / CKD4 * AKD (bệnh thận cấp, acute kidney disease) * CKD giai đoạn tiến xa (CKD giai đoạn 5) Advanced CKD   Siêu âm bụng đo kích thước thận, xem xét bế tắc đường tiểu, đánh giá tiền liệt tuyến, RUV.  Ion đồ  Na 138  K 4,7  Cl 117   * Ca ????Phospho? PTH? |
| * + - 1. Tăng acid uric???? |  | Acid uric???? |
| * + - 1. Thường quy |  | Đường huyết 86  AST 23  ALT 44  ĐMTB   * Trong giá trị bình thường |

**XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:**

1. Nội soi dạ dày:

* Thực quản: tĩnh mạch không dãn
* Tâm vị: không dãn tĩnh mạch
* Phình vị- Thân vị: niêm mạc phù nề sung huyết
* Góc BCN: niêm mạc bình thường
* Hang vị: Niêm mạc phù nề sung huyết, loét 5-7mm, giả mạc
* Môn vị: tròn đều, co bóp tốt
* Hành TT: sung huyết
* D2: Bình thường.

=> Kết luận: Loét hang vị

1. CTM, nhóm máu B Rh (+)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 3/10/2020 | 4/10 | Đơn vị |
| RBC | **2.29** | **2.33** | T/L |
| HGB | **69** | **67** | g/L |
| HCT | **21.1** | **21.3** | % |
| MCV | 92.4 | 91.4 | fL |
| MCH | 30.1 | 28.8 | Pg |
| MCHC | 325 | 315 | g/L |
| WBC | 7.7 | 6.57 | G/L |
| %NEU | 69 | 67.8 | % |
| %LYM | 20.3 | 19.1 | % |
| %MONO | 9.5 | 7.7 | % |
| %EOS | 0.7 | 2.8 | % |
| %BASO | 0.5 | 0.7 | % |
| PLT | 341 | 358 | G/L |

* HC: HGB, HCT giảm, MCV bình thường => thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nặng
* BC: trong giới hạn bình thường
* TC: trong giới hạn bình thường
* Thiếu máu cấp/ thiếu máu mạn do xuất huyết tiêu hóa trên, nghĩ xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng do CTM sau khi BN đã được truyền HC lắng ở tuyến trước

1. Đông cầm máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PT | 11.5 | giây | 10-13 |
| INR | 1.06 |  | 1-1.12 |
| FIB | 2.54 | g/l | 2-4 |
| APTT | 22.6 | giây | 26-37 |
| rAPTT | 0.82 |  | 0.8-1.2 |

Đông cầm máu trong giới hạn bình thường.

1. Sinh hoá máu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **3/10/2020** | **5/10/2020** |
| Creatinin (mg/dl) | 6.98 | 7.68 |
| BUN  (mg/dl) | 130 | 108 |
| eGFR(CKD-EPI) | 7.25 | 6.46 |

* ΔCreatinin 48h =0.7mg/dl (10%)
* BUN/Creatinin =18.6

Theo dõi TTTC trước thận/suy thận mạn giai đoạn cuối=> đề nghị lập lại creatinine 48h sau, soi cặn lắng nước tiểu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Máu | Kết quả | Đơn vị |
| Đường huyết | 86 | mg/dL |
| AST | 23 | U/L |
| ALT | 44 | U/L |
| Na+ | 138 | mmol/l |
| K+ | 4.7 | mmol/l |
| Cl- | 113 | mmol/l |

Trong giới hạn bình thường

5. Siêu âm bụng (ngày 22/9/2020)

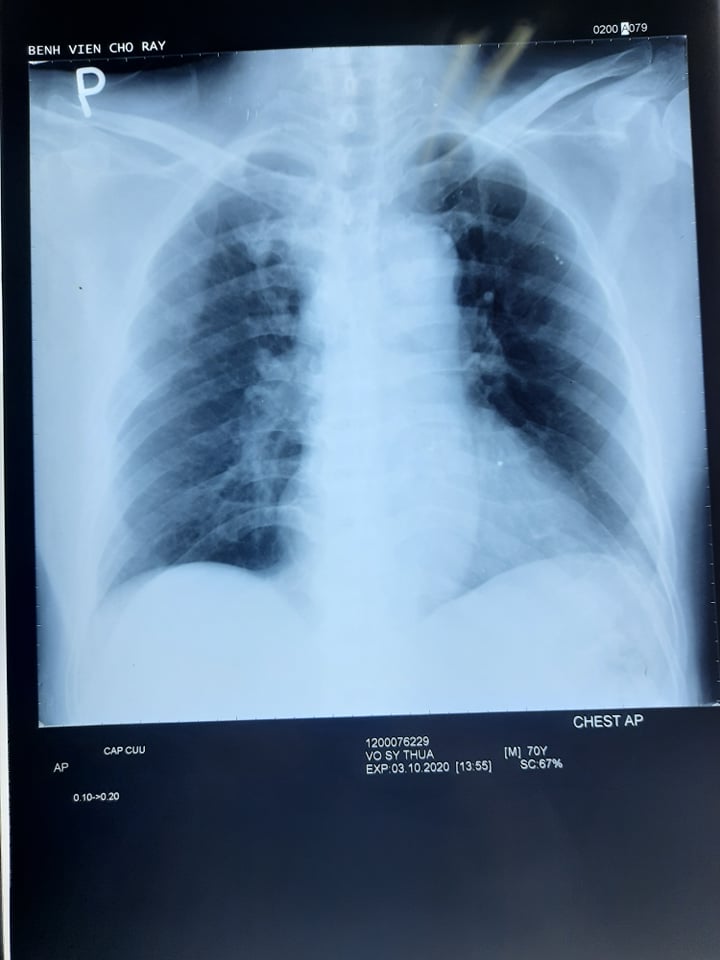
Thận:

* Thận (P): nang d= 18-38mm, kích thước 58x110mm, giới hạn vỏ/tuỷ không rõ, echogen: dày hơn gan
* Thận (T):nang d=44mm, kích thước 48x79mm, giới hạn vỏ/tuỷ không rõ, echogen dày hơn gan

Nhận xét: nang thận hai bên/theo dõi bệnh lí chủ mô hai thận mãn

* Thận T teo, giới hạn vỏ/ tủy hai thận không rõ phù hợp trong bệnh thận mạn

6. Xquang ngực thẳng:



Kết luận: Tổn thương dạng lưới nốt toàn bộ phổi (P) -> theo dõi viêm phổi (P).

**XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH** : Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày tá tràng mức độ nặng, hiện ổn, theo dõi biến chứng tổn thương thận cấp trước thận thể không thiểu niệu/ bệnh thận mạn giai đoạn cuối- thiếu máu mạn mức độ trung bình - THA

**XV. ĐIỀU TRỊ**: lúc nhập viện

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vấn đề | Chiến lược | Mục tiêu | Điểu trị cụ thể | Theo dõi |
| 1. XHTH trên do loét dạ dày-tá tràng mức độ nhẹ đang diễn tiến? đã truyền 2 HC lắng + PPI đã đủ liề tấn công / CKD giai đoạn tiến xa | -Bù dịch+ HCL đảm bảo thể tích tuần hoàn  -Dự phòng chảy máu tái phát | Hb: >=7 g/dL | ~~-NaCl 0.9% 500ml TTM XX giọt/phút nguy cơ quá tải dịch?~~  -Truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng 350ml -> truyền trong CTNT (lần đầu 2h- rút 2kg).  - NS dạ dày  -Esomeprazole 40mg 1 lọ TTM NaCL 0,9% 50ml BTTD 5m/l (8mg/h) | -LS: nôn ra máu, tiêu phân đen. Mạch, HA, quá tải dịch (CN)/ 24h.  -CTM / 24h |
| Viêm phổi cộng đồng chưa biến chứng/ CKD giai đoạn 5 | Kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2  Chỉnh liều theo DLCT | Kháng sinh phổ rộng, phối hợp 2 | Cefoperazone 1g 2 lọ x 2 TMC  Ceftriaxon 1g 2 lọ TMC  Levofloxacin (0,5g 100ml) 750mg liều tải (Levofloxacin uống, liều tương tự, hiệu quả như nhau)  Sau đó 500mg cách ngày. | Chờ cấy đàm, cấy máu, lactat, khí máu động mạch  CLS: CTM, CRP, Xquang ngực sau 48h-72h. |
| 2.Thiếu máu cấp/mạn mức độ trung bình ngưng EPO 8 tháng | - Cầm máu  -Bù sắt  -cho thêm EPO | Mục tiêu  Ferritin  DBH transferrin | Giai đoạn ổn định (48h):  Sắt nguyên tố 100mg+500mcg  1 viên x 2  acid folic 1v×2(u)  Erythropoietin alpha 2000UI 3 lần/tuần TDD | Hiệu quả sau 2-4 tuần. |
| AKI/CKD4 | -Đảm bảo thể tích tuần hoàn và tưới máu thận  -Loại bỏ các yếu tố làm TTTC nặng thêm (không sử dụng các thuốc độc thận: UCMC, UCTT, NSAID)  -Chạy thận cấp cứu | Đảm bảo cân bằng dịch:  Bilan: ???  IN:  OUT:  Bilan 500ml và bn không phù | -~~NaCl 0.9% 500ml TTM XX giọt/phút~~  -Truyền 2 đơn vị HCL khi chạy thận cấp cứu  - Ngưng Telmisartan và Nifedipine  - Mời TNT đặt catheter đùi CTNT cấp cứu. | -Theo dõi bilan xuất nhập/24h  - các dấu hiệu quá tải dịch  -BUN, Creatinin, Ion đồ mỗi ngày trong vòng 3 ngày |
| 4.Tăng huyết áp đang điều trị temisartan và nifedipine | Giữ HA đủ cao để đảm bảo tưới máu thận | MBP > 65mmHg  HA tâm thu: 140-150 mmHg  HA ttruong: 80-90 | Ngưng thuốc HA Temisartan và nifedipine | Theo dõi HA/ 12h  Tầm soát Biến chứng tim mạch (CVD, CAD, LVH) |

**XVI. TIÊN LƯỢNG**: TTTC trên nền bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối-> tiên lượng nặng

Tiên lượng nặng do:

Bệnh nhân lớn tuổi

Bệnh nền nặng, CKD giai đoạn 4 kèm THA

Lý do nhập viện lần này nặng -> thúc đẩy bệnh thận mạn diễn tiến thành CKD giai đoạn 5 cần chạy thận nhân tạo cấp cứu, khả năng hồi phục chức năng thận kém, bệnh nhân có thể lệ thuộc thận nhân tạo vĩnh viễn.

Đường lấy máu vĩnh viễn trong CTNT chưa có, bn chạy thận qua catheter TM đùi sẽ có nguy cơ nhiễm trùng catheter.