|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trương Thị Minh Thư | **CKD** | **AKI** | **UTI cần NV** |
| **Lý do nhập viện** | 1/ Ngẫu nhiên phát hiện BUN, cre cao (Do CKD hoặc AKI) +/- HC uremia  2/ Biến chứng đe dọa tử vong: OAP, tăng kali máu, toan chuyển hóa nặng, hạ natri máu  3/ Biến chứng nhiễm trùng (hô hấp, tiêu hóa, tiểu): đặc trưng của CKD nặng là BN có thể không có sốt nhưng lại diễn tiến rất nhanh vô biến chứng  4/ Biến chứng liên quan do thuốc điều trị: ACEi, ARB, hạ HA  5/ Bệnh lý khác đồng mắc: nội khoa, ngoại khoa | 1/ Ngoài cộng đồng  Thiểu niệu, vô niệu (ngày thứ mấy)  Bệnh căn nguyên AKI: ngộ độc thực phẩm, mật cá, ong đốt, dập nát cơ,…  2/ Lý do chuyển viện từ tuyến trước  Nội khoa: sau dùng thuốc điều trị, xạ trị, thuốc cản quang  Ngoại khoa và sản khoa (sau tắc ruôt, cột nhầm niệu quản) | 1/ Viêm thận bể thận cấp: sốt, đâu hông lưng, choáng, BC máu tăng cao.  2/ NTT phức tạp:  Bất thường về cấu trúc đường tiểu (sỏi niệu, tắc nghẽn, BQTK…)  Bệnh nội khoa đi kèm (ĐTĐ, suy thận)  Cơ địa SGMD (HIV, hóa trị, bệnh lý ác tính) |
| **Bệnh sử** | 1/ Giới thiệu ngắn gọn các bệnh mạn tính là bệnh lý nền  2/ **TCCN liên quan LDNV**  3/ Thuốc nền và thuốc dùng cho đến lúc NV  4/ BN nhập viện ngay hoặc đã qua các tuyến nào  5/ Chẩn đoán, xét nghiệm tuyến trước  6/ Điều trị và đáp ứng điều trị tuyến trước: lợi tiểu, thuốc HA, kháng sinh, truyền máu,… | 1/ Giới thiệu ngắn **bệnh mãn tính nền**: bệnh thận, bệnh tiết niệu nền (V nước tiểu và RL đi tiểu **trước** lần bệnh này)  2/ **TC cơ năng** liên quan đến lý do NV  3/ **Bilan nước xuất nhập:** khởi bệnh – nhập viện  4/ Cách thu thập nước tiểu: tự nhiên? **Sonde tiểu?**  5/ Chẩn đoán, BUN, cre truyến trước  6/ Điều trị tuyến trước: **thuốc nền**, thuốc mới dùng. **Đáp ứng với lợi tiểu** tuyến trước | 1/ Giới thiệu ngắn gọn các bệnh mạn tính là bệnh lý nền  2/ **TCCN liên quan LDNV**  3/ Tam chứng BQ (HC niệu đạo cấp): tiểu gắt buốt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt  4/ NTT lần đầu tiên hoặc tái phát nhiều lần (nếu 2 lần/6m thì phải tìm bất thường đường niệu và do điều trị nhiều nên khả năng kháng KS cũng cao)  5/ KS trước NV hoặc tiền căn (thường nhất là sử dụng nhóm flouroquinolone mà nhất là cipro)  6/ Đáp ứng với KS |
| **Tiền căn** | 1/ TC bệnh thận chi tiết (thời gian, gian đoạn, nơi chẩn đoán, điều trị, theo dõi và tuân thủ)  2/ TC bệnh khác đồng mắc, hoặc liên quan: nội khoa, ngoại khoa, sản khoa  3/ Biến chứng gây ra do điều trị (dị ứng cản quang, dị ứng kháng sinh, hạ HA tư thế)  4/ Thói quen sinh hoạt: chế độ ăn muối, ăn protein, uống rượu, HTL, vận động để lực => để cá thể hóa can thiệp thay đổi lối sống | 1/ Tiền căn bệnh thận mạn, bệnh tiết niệu  2/ TC bệnh nội khoa mạn tính: tim mạch, THA, TBMMN, ĐTĐ  3/ TC TTTC  4/ Thói quen sử dụng thuốc, thói quen uống nước (để can thiệp điều trị) | 1/ TC bệnh nội khoa nền và bệnh thận mạn  2/ TC bệnh lý đường tiểu? sỏi, TLT, bế tắc, hẹp  3/ TC nhiễm trùng mạn tính? Lao cơ quan  4/ TC NTT, cấy nước tiểu trước đó? Biến chứng? điều trị? Có thói quen uống nước nhiều không?  5/ TC sản khoa: NT sinh dục, quan hệ tình dục  6/ TC ngoại khoa: PT trên đường tiểu |
| **Khám** | 1/ Sinh hiệu có ổn không  2/ Triệu chứng **liên quan lý do NV**  3/ Tim mạch (dấu báo tử): tiếng cọ màng ngoài tim, OAP, suy tim  4/ Dấu hiệu dư nước: phù toàn thân, phù phổi cấp  5/ Dấu hiệu thiếu nước: AKI trước thận?  6/ Bilan xuất nhập: nước tiểu (thể tích, màu sắc)  7/ Thiếu máu mạn thường không có triệu chứng | 1/ Sinh hiệu: HA tư thế  2/ Nước tiểu: thể tích 24h (sonde tả bình hứng), màu sắc (màu càng trong => trước thận, đục => HTOT cấp)  3/ Tìm dấu thiếu nước: đặc biệt cần đo HA tư thế nếu có hạ áp tư thế thì thiếu ít nhất 1l => bù nước tích cực, ít nhất 1l/24h đầu  4/ Tìm dấu dư nước (ran phổi), hậu quả của bù nước quá mức ở tuyến trước (giới hạn dịch truyền)  5/ Thăm khám thận và đường tiểu (xem có tắc không) | 1/ Sinh hiệu: tìm dấu hiệu choáng  2/ Đánh giá thiếu nước? giảm thể tích tuần hoàn: nguy cơ vào choáng. Màu sắc nước tiểu (vàng sậm => thiếu nước)  3/ Đường tiểu trên: thận to? Đau? 1 hay 2 bên? Các điểm đau niệu quản?  4/ Đường tiểu dưới: Cầu bàng quang? Miệng niệu đạo, TLT, Thể tích nước tiểu 24h  5/ Khám cơ quan sinh dục |
| **Chẩn đoán** | 1/ Chẩn đoán liên quan lý do NV (bệnh sử)  2/ Bệnh thận mạn theo C G A (tiền căn)  3/ Biến chứng khác của BTM (BS+TC)  4/ Nếu có AKI, chẩn đoán cụ thể AKI (BS)  5/ Điều trị và đáp ứng với điều trị trước đó (BS). | 1/ Chẩn đoán **xác định** hoặc **theo dõi** AKI hay AKI/CKD?  2/ Chẩn đoán trước/tại/sau thận  3/ Chẩn đoán giai đoạn thiểu, vô, đa niệu (không dùng cho AKI thể không thiểu niệu)  4/ Tính ngày AKI ở BN có thiểu niệu (như NMCT vậy)  5/ Dự đoán nguyên nhân AKI | 1/ Lý do NV  2/ NTT trên hay dưới? thể lâm sàng gì?  3/ NTT 1 bên (bên nào?) hay 2 bên? (nếu là NTT trên)  4/ NTT đơn giản hay phức tạp  5/ NTT lần đầu hay tái phát  6/ Biến chứng |
| **Phân độ nặng nhẹ** | Điều kiện tiên quyết để phân giai đoạn: xét nghiệm ổn định trong ít nhất 3 tháng (cre, XN nước tiểu). Nếu ko có điều kiện này chỉ được nói theo dõi BTM | Dựa vào tốc độ tăng cre huyết thanh mỗi 48h  Dựa vào tốc độ giảm V nước tiểu mỗi giờ  => Thực hành:  XN BUN,cre 2 lần trong 48h (cô Hương: 0h-24h-48h)  Đo thể tích nước tiểu trong ít nhất 6h-24h: sonde tiểu | 1/ NTT nhẹ: Viêm BQ cấp, lần đầu, nữ trẻ, không biến chứng => ngoại trú. Toa về không bao giờ được quá 3 ngày để quay lại đánh giá nhiễm trùng, 3 ngày cũng là thời gian có kết quả cấy.  2/ NTT nặng dễ có biến chứng đe dọa tử vong  NTT trên: Viêm thận bể thận cấp  NTT phức tạp  NTT trên cơ địa đặc biệt  NTT là biến chứng của bế tắc đường tiểu |
| **Lý do tử vong** | 1/ Liên quan đến CKD  BUN, cre nhập viện: cre >8mg/dL, BUN > 100mg/dL (chỉ định chạy TNT cấp cứu)  2/ Liên quan đến biến chứng CKD  AKI: tốc độ tăng của cre 48h  Biến chứng tử vong: OAP, tăng kali, toan CH nặng, VMNT trong HC uremia (ít khi TDMNT)  3/ Liên quan đến bệnh mới mắc: nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng huyết, viêm phổi | Nhiễm trùng (nhiễm trùng phổi)  Tim mạch (liên quan đến tình trạng dư nước, bệnh nền,…)  Bệnh ác tính  AKI (rất ít) | Nhiễm trùng huyết  Choáng nhiễm trùng  Abcess thận, thận mủ  Tổn thương thận cấp: nếu NTT 2 bên |
| **Tiên lượng tử vong** |  | 1/ Mức độ nặng của suy CN thận  Tốc độ tăng và giá trị cao của cre HT  Thiểu niệu hoặc vô niệu  AKI cần chạy TNT  Thời gian suy thận kéo dài  2/ Tình trạng sức khỏe nền của BN  Tuổi: lớn tuổi tiên lượng xấu  Tiền căn CKD  Mức độ nâng và khả năng hồi phục của bệnh nền  3/ Lâm sàng  Nguyên nhân gây suy thận: loại, mức độ nặng và khả năng hồi phục của nguyên nhân  Số lượng và loại cơ quan bị tốn thương trong AKI (tùy thuộc vào thời gian BN bị AKI)  Nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết hoặc biến chứng khác |  |
| **Mục đích điều trị** |  | Bảo vệ tính mạng, tránh tử vong  Tạo thuận lợi cho thận hồi phục  Giảm thiểu diễn tiến thành bệnh thận mạn |  |
| **Mục tiêu điều trị** | 1/ Điều trị lý do NV  2/ Điều trị các yếu tố làm giảm ĐLCT cấp tính có thể hồi phục được  3/ Điều trị bệnh thận căn nguyên (1-3)  4/ Điều trị làm chậm tiến triển của BTM đến STM giai đoạn cuối  5/ Điều trị các biến chứng của BTM, của HC ure huyết cao | Duy trì tốt tưới máu thận, tránh tổn thương thêm thận  Điều trị hậu quả của suy thận: RL nước điện giải, thăng bằng kiềm toan, tim mạch  Giới hạn tối đa tổn thương đa cơ quan thứ phát do AKI | Diệt khuẩn đường tiểu  Tránh tái phát  Bảo tồn CN thận |
| **Chiến lược điều trị** | \* Điều trị nội trú:  1/ Điều trị lý do NV (quan trọng). Ví dụ BN NV vì nôn thì cần nói phải giảm thuốc uống cho BN, phải sử dụng thuốc chống nôn, đánh giá mất nước xem có cần truyền dịch không  2/ Điều trị các biến chứng đe dọa tử vong của BTM, của HC ure huyết cao  3/ Theo dõi và điều trị các yếu tố làm giảm ĐLCT cấp tính có thể hồi phục được  4/ Điều trị bệnh đồng mắc  \* Điều trị CKD sau xuất viện:  1/ Điều trị bệnh thận căn nguyên (GĐ 1-3)  2/ Điều trị làm chậm tiến triển của BTM đến STM giai đoạn cuối  3/ Đánh giá nguy cơ và phòng ngừa bệnh tái nhập viện: thay đổi lối sống, uống thuốc, sinh hoạt, vận động |  | \* Viêm thận bể thận cấp  KS tĩnh mạch, phối hợp 2 KS  Dự đoán khả năng đề kháng KS: NTT tái phát, sonde tiểu (pseudomonas), BN SGMD (gram âm nhiều, +/- gram dương)  Truyền dịch: tránh giảm thể tích tuần hoàn  Theo dõi và dự phòng choáng nhiễm trùng  Tìm và giải quyết yếu tố thuận lợi: thể tích nước tiểu tồn dư sau đi tiểu còn nhiều thì phải đặt sonde tiểu để tránh tồn đọng, giảm khả năng nhiễm trùng, ngoài ra nếu BN có CN thận bình thường thì mình truyền dịch cho uống nước nhiều để tăng lọc tạo nhiều nước tiểu rửa toàn bộ hệ niệu – cơ chế quan trọng nhất chống NTT) |
| **Theo dõi** | \* Theo dõi nội trú:  Các yếu tố đe dọa tử vong  Chức năng thận: BUN, cre  Các biến chứng mạn của uremia  \* Theo dõi ngoại trú:  Tốc độ diễn tiến của CN thận  Các yếu tố ảnh hưởng lên tốc độ này  Tuân thủ điều trị | \* Theo dõi nội trú:  Thể tích nước tiểu: bilan xuất nhập, cân nặng  Theo dõi và kiểm soát tốc độ tăng cuae BUN, cre: làm sao cho tốc độ tăng dưới 0.5 trong 2 ngày liên tiếp  Theo dõi RL điện giải, kiềm toan: mỗi 24h, khi nào ổn định mới dãn ra hơn  Chỉ định điều trị thay thế thận thích hợp  Theo dõi biến chứng nhiễm trùng (phổi, catheter, sonde tiểu): CTM, CRP, ran phổi, Xquang phổi. | \* Theo dõi nội trú:  Lâm sàng: sinh hiệu, nước tiểu  CLS: TPTNT, CN thận sau 24h và 48h |

Cre tăng 0.5 thì tử vong tăng 7 lần

Cre tăng 2 thì tử vong tăng 50 lần

Delta tăng hơn 0.3mg/dL để chứng minh có AKI chỉ dùng khi cre dưới 2 thôi, chứ như cre 20 tăng lên 21 thì ko có ý nghĩa AKI