**Nhóm trình:** Tổ 11 – Lớp Y13B

**Giảng viên hướng dẫn:** PGS.TS.BS. Trần Thị Bích Hương

**BỆNH ÁN**

**I. HÀNH CHÍNH:**

Họ tên BN: Đặng Văn T. Giới tính: Nam Năm sinh: 1969 (50 tuổi)

Nghề nghiệp: lái buôn thủy sản

Địa chỉ: Cái Nước, Cà Mau.

Thời gian nhập viện: 21h20 ngày 22/04/2019

Phòng 7, khoa Nội Thận, bệnh viện Chợ Rẫy

**II. LÝ DO NHẬP VIỆN:** Creatinin máu tăng

**III. BỆNH SỬ:**

- BN cắt lách 20 năm, gout 1 năm, creatinin nền 1,16 mg/dL (18/2/19). Toa thuốc điều trị:

+ Febuxostat 80 mg 1 viên + Celecoxib 400 mg 1 viên

+ Rosuvastatin 10 mg 1 viên + Esomeprazol 20 mg 1 viên x 2

+ Timi Roitin 2 viên + Philiver 2 viên

- Cách NV 1 tháng (sau khi hết toa thuốc khoảng 5 ngày), BN sưng đau khớp bàn –   
ngón chân và cổ chân 2 bên, tăng khi đi lại, không sốt, không đỏ (tương tự 1 năm nay), không đi khám mà tự mua thuốc ở nhà thuốc tây (mỗi ngày: **Diclofenac** 50 mg 1 viên, Alpha – chymotrypsin 4200 IU 2 viên x 3, Ciprofloxacin 500 mg 1 viên x 2), đau giảm   
sau uống thuốc 10 – 15 phút sau đó BN vẫn đi lại và làm việc được. BN uống thuốc này   
3 – 4 ngày thì đau không tái phát nên tự ngưng thuốc, uống 3L nước/ngày (do làm việc   
trời nắng, đổ mồ hôi nhiều + khát), ăn canh ~ 200 mL/ngày, tiểu vàng trong 2L/ngày   
không gắt buốt.

- Quá trình trên lặp lại được 3 lần cho đến cách NV 11 ngày, BN **phù** 2 mu bàn chân   
tăng dần lên cẳng chân, mềm, đối xứng, không nặng mi mắt, không khó thở, bụng không to, uống 1,5L/ngày, tiểu vàng trong 1,5L/ngày không gắt buốt, sau đó **đau + đỏ** các khớp bàn – ngón chân và vùng cổ chân, tăng khi sờ ấn. BN tiếp tục mua thuốc uống nhưng đau chỉ giảm ít, chỉ đi lại nhẹ trong nhà, không làm việc được, kèm cảm giác **lạnh run** 3 – 4 cơn/ngày, mỗi cơn kéo dài khoảng 30 phút (không cặp nhiệt), không ho đàm, không tiêu lỏng, không đau hông lưng, ăn giảm còn 2 chén cơm/ngày vì chán ăn. Đau đến ngày thứ 3 không giảm → BN khám và nhập viện BV Đa khoa Cà Mau trong 8 ngày.

- Tại BV Đa khoa Cà Mau:

+ Đau chân không giảm, sưng đỏ đau thêm 2 khớp khuỷu tay với tính chất tương tự   
vùng chân, không nặng mi mắt, không khó thở, bụng không to.

+ Sốt lạnh run 3 – 4 cơn/ngày, hạ sốt sau khi được truyền Paracetamol, sốt lại sau 4h, không ho đàm, không tiêu lỏng, không đau hông lưng, không nổi ban đỏ.

+ Phù 2 chân không thay đổi, cân nặng thay đổi không rõ.

+ Ăn cháo 300 mL/ngày, uống 500 mL nước/ngày, tiểu vàng trong 1,5L/ngày không gắt buốt, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

+ Được xét nghiệm máu 1 – 2 lần/ngày, không được chụp XQ ngực, được thử nước tiểu nhưng không ghi nhận nhiễm trùng tiểu. Kết quả các cận lâm sàng: RBC 3,97 T/L,   
WBC 27,7 G/L, Urê 109 mg/dL, Creatinin 3,37 mg/dL, siêu âm bụng gan nhiễm mỡ +   
sỏi thận (P), không ghi nhận kích thước 2 thận.

+ Chẩn đoán: Viêm đa khớp + Suy thận cấp (vào ngày thứ 5).

+ Điều trị mỗi ngày: không đặt sonde tiểu, chích thuốc (không rõ có phải kháng sinh không, sau chích không đi tiểu nhiều hơn), truyền dịch 2 chai NaCl 0,9% 500 mL + 1 túi đạm màu vàng 300 mL + 1 – 2 chai Paracetamol 100 mL (tổng lượng 1400 – 1500 mL/ngày).

+ Đến ngày thứ 8, BN được giải thích Creatinin máu tăng nhiều hơn, suy thận do thuốc nặng hơn → chuyển BV Chợ Rẫy.

- Tình trạng lúc NV BV Chợ Rẫy:

+ Tỉnh, tiếp xúc tốt.

+ Sinh hiệu: mạch 86 lần/phút; HA 130/80 mmHg; nhịp thở 20 lần/phút; T: 370C.

+ Cân nặng 58 kg (không thay đổi), chiều cao 160 cm.

+ Da niêm hồng. Không phù.

+ Tim đều. Phổi trong. Bụng mềm.

+ Cổ mềm, không yếu liệt.

+ Đau sưng các ngón tay, chân tăng khi cử động.

**IV. TIỀN CĂN:**

1. Bản thân:

a. Nội khoa:

- Gout: phát hiện 1 năm trước, khám tại BV Đa khoa Cà Mau và BV Chợ Rẫy không thường xuyên, tự mua thuốc giảm đau tại nhà thuốc tây uống nhiều lần, đau nhiều hơn 1 tháng nay.

- Chưa ghi nhận THA (HA các lần đi khám 120 – 130/80 mmHg), ĐTĐ.

- Chưa ghi nhận bệnh thận trước đây. 18/2/19: Creatinin 1,16 mg/dL (khỏe mạnh, không nhập viện), tổng phân tích nước tiểu protein (-), blood (-), siêu âm kích thước 2 thận bình thường, giới hạn vỏ/tủy rõ.

- Chưa ghi nhận tiền căn phù.

b. Ngoại khoa:

- Tai nạn giao thông cách NV 20 năm, phẫu thuật cắt lách + 1 phần gan (T), gãy 4 xương sườn dưới (T), có truyền máu, sau cắt lách không ghi nhận tiền căn nhiễm trùng nặng phải nhập viện.

c. Thói quen – dị ứng:

- Ăn mặn, nhiều hải sản.

- Hút thuốc lá ½ gói/ngày trong 30 năm nay, uống rượu bia thỉnh thoảng khi có đám tiệc.

- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc hay thức ăn.

2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận, THA, đái tháo đường, bệnh tự miễn.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:**

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

Hô hấp: không khó thở, không ho.

Tiêu hóa: tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, không đau bụng, không buồn nôn – nôn.

Thận – niệu: tiểu vàng trong 1,5L/ngày không buốt gắt, không đau hông lưng.

Thần kinh – cơ xương khớp: đau + đỏ các khớp bàn – ngón chân, cổ chân, khuỷu tay tăng khi cử động và sờ ấn, không đau đầu chóng mặt, không yếu liệt chi.

Chuyển hóa: sốt lạnh run 3 – 4 cơn/ngày có đáp ứng thuốc hạ sốt, phù 2 mu bàn chân   
tăng dần lên cẳng chân, mềm, đối xứng, không sụt cân, không vàng da.

**VI. KHÁM:** 8h ngày 24/04/2019

1. Tổng quát:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt.

- Sinh hiệu: mạch 82 lần/phút; huyết áp 132/76 mmHg; nhịp thở 16 lần/phút; T: 370C. Cân nặng 58 kg, chiều cao 160 cm.

- Da niêm hồng, chi ấm.

- Phù 2 mu bàn chân + cẳng chân, trắng, mềm, đối xứng.

- Dấu mất nước: mắt không trũng, môi không khô, dấu véo da (-).

- Không nổi hồng ban.

- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

2. Các cơ quan:

a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không phù mặt.

- Tĩnh mạch cổ không xẹp.

- Khí quản không lệch.

- Tuyến giáp không sờ chạm.

b. Ngực:

- Cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo các cơ hô hấp phụ, không sẹo mổ cũ, không ổ đập bất thường.

- Tim:

+ Mỏm tim KLS V đường trung đòn (T), diện đập 1 x 1 cm2.

+ Dấu nảy trước ngực (-), Harzer (-).

+ T1, T2 đều rõ 82 lần/phút, không âm thổi bất thường, không tiếng tim bệnh lý.

- Phổi:

+ Rung thanh đều 2 bên.

+ Gõ trong.

+ Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.

c. Bụng:

- Tham gia thở tốt, sẹo mổ cũ dọc trên rốn dài 15 cm lành tốt, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da.

- Nhu động ruột 4 lần/phút, âm thổi động mạch thận (-).

- Gõ trong khắp bụng.

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

- Gan: bờ trên KLV V đường trung đòn (P), bờ dưới không sờ chạm, chiều cao gan khoảng 9 cm.

- Chạm thận (-), rung thận (-).

d. Thần kinh – Cơ xương khớp:

- Cổ mềm, sức cơ tứ chi: 5/5.

- Sưng đỏ đau các khớp khủy tay, khớp bàn – ngón chân 2 bên đối xứng, không nóng, tăng khi sờ ấn.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

BN nam, 50 tuổi, nhập viện vì Creatinin máu tăng. Bệnh 1 tháng, ghi nhận các bất thường:

* Triệu chứng cơ năng:

- Đau, đỏ các khớp bàn – ngón chân và vùng cổ chân, tăng khi sờ ấn, chỉ đi lại nhẹ trong nhà, không làm việc được, kém đáp ứng với NSAIDs.

- Phù 2 mu bàn chân tăng dần lên cẳng chân, mềm, đối xứng, không nặng mi mắt, không khó thở, bụng không to, ăn cháo 300 mL/ngày, uống 500 mL nước/ngày, truyền dịch 1400 – 1500 mL/ngày, tiểu vàng trong 1,5L/ngày.

- Sốt lạnh run 3 – 4 cơn/ngày, kéo dài khoảng 30 phút, đáp ứng thuốc hạ sốt, không ho đàm, không tiểu gắt buốt, không tiêu lỏng.

- Chán ăn.

* Triệu chứng thực thể:

- Phù 2 mu bàn chân + cẳng chân, trắng, mềm, đối xứng.

- Không dấu mất nước.

- Sưng đỏ đau các khớp khủy tay, khớp bàn – ngón chân 2 bên đối xứng, không nóng, tăng khi sờ ấn.

* Tiền căn:

- Cắt lách 20 năm.

- Gout 1 năm, kém tuân thủ điều trị.

- Dùng NSAIDs (Diclofenac).

- Creatinin 1,16 mg/dL (18/2/19).

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

1. Tổn thương thận cấp Creatinin 3,37 mg/dL

2. Hội chứng nhiễm trùng/cắt lách

3. Viêm đa khớp không đáp ứng NSAIDs/tiền căn gout

**IX. CHẨN ĐOÁN:**

CĐSB: Tổn thương thận cấp giai đoạn 2 theo KDIGO, thể không thiểu niệu, tại thận do hoại tử ống thận cấp – Cơn gout cấp – Theo dõi nhiễm trùng huyết/Cắt lách.

CĐPB: Tổn thương thận cấp giai đoạn 2 theo KDIGO, thể không thiểu niệu, tại thận do viêm ống thận mô kẽ cấp do NSAIDs – Cơn gout cấp – Theo dõi nhiễm trùng huyết/Cắt lách.

**X. BIỆN LUẬN:**

1. Tổn thương thận cấp Creatinin 3,37 mg/dL:

- Creatinin cách NV 2 tháng là 1,16 mg/dL (ĐTL Cre 67,34 mL/phút/1,73 m2 da), thời điểm xét nghiệm BN hoàn toàn khỏe mạnh, không nhập viện → xem là Creatinin nền của BN.

- Creatinin lần này (3,37 mg/dL) tăng ≥ 1,5 lần lần so với nền → có tổn thương thận cấp → Đề nghị theo dõi BUN, Creatinin máu, bilan xuất nhập mỗi ngày.

- Có bệnh thận mạn kèm theo không: Creatinin cách NV 2 tháng là 1,16 mg/dL, thời điểm xét nghiệm BN hoàn toàn khỏe mạnh, không nhập viện, tổng phân tích nước tiểu không đạm, không máu, siêu âm kích thước 2 thận bình thường → nghĩ nhiều không có bệnh thận mạn kèm theo.

- Giai đoạn: Creatinin tăng gấp 2,9 lần so với nền → giai đoạn 2 theo KDIGO.

- Thể thiểu niệu hay không thiểu niệu: BN tiểu 1,5L/ngày > 0,5 mL/kg/h → không thiểu niệu.

- Biến chứng:

+ Tăng Kali máu: không thể loại trừ → Đề nghị điện giải đồ máu, ECG.

+ Phù phổi cấp: BN không khó thở, không ho, khám phổi không ran nên không nghĩ.

+ Bệnh não do urê huyết cao: BN tỉnh táo, Creatinin 3,37 mg/dL nên không nghĩ.

- Nguyên nhân:

+ Trước thận: ít nghĩ. Tổn thương thận cấp trước thận thường có thiểu niệu. BN này không thiểu niệu, BUN/Cre = 54,5/3,37 = 16,14 (<20) không phù hợp với nguyên nhân trước thận, nếu có chỉ là yếu tố thúc đẩy thêm ở BN này. Tổn thương thận cấp trước thận có các nhóm nguyên nhân sau:

* Giảm thể tích nội mạch thật sự: BN không xuất huyết, không tiêu phân đen, không tiêu lỏng, không ói, lượng nước nhập không giảm, khám không dấu mất nước nên không nghĩ.
* Giảm thể tích nội mạch hiệu quả: BN không tiền căn bệnh tim mạch, khám không có các dấu hiệu của suy tim, không dấu hiệu sốc (mạch không nhanh, HA không tụt) nhưng BN có sốt, WBC tuyến dưới cao (27,7 G/L) có tình trạng nhiễm trùng nặng → có thể là yếu tố góp phần vào tổn thương thận cấp.
* Rối loạn điều hòa mạch máu thận: BN có tự ý sử dụng NSAIDs rồi ngưng, lặp lại nhiều lần → có thể là yếu tố góp phần vào tổn thương thận cấp.

+ Tại thận:

* Hoại tử ống thận cấp: có thể thiểu niệu hoặc không, nguyên nhân của HTOTC có thể là thiếu máu tưới thận kéo dài, nhiễm trùng hay độc chất. BN này không thiểu niệu, có tình trạng nhiễm trùng (sốt, WBC tuyến dưới 27,7 G/L) + sử dụng NSAIDs, BUN/Cre = 16,14 (10 – 20) nên nghĩ nhiều.
* Tắc mạch máu thận: không nghĩ do BN không có yếu tố nguy cơ tăng đông, không có tiền căn các bệnh vi mạch huyết khối hay lupus, không THA ác tính, không đau hông lưng, khám không nghe âm thổi động mạch thận.
* Viêm ống thận – mô kẽ cấp: thường không thiểu niệu, triệu chứng điển hình là sốt, phát ban, viêm khớp. Mặc dù BN này không phát ban nhưng có sốt, đau khớp, có tiền căn sử dụng NSAIDs + gout nên nghĩ nhiều → Đề nghị TPTNT, CTM, acid uric + Creatinin niệu.

+ Sau thận: không nghĩ do BN không có triệu chứng bế tắc đường tiểu (đau hông lưng, tiểu rặn, tiểu khó), siêu âm tuyến dưới chỉ có sỏi thận (P).

2. Hội chứng nhiễm trùng/cắt lách:

- BN sốt lạnh run 3 – 4 lần/ngày có giảm sau truyền Paracetamol + WBC tuyến dưới 27,7 G/L → có nhiễm trùng → Đề nghị công thức máu, CRP.

- Vị trí nhiễm trùng trên BN này nghĩ nhiều nhất là:

+ Khớp: ít nghĩ. Trong nhiễm trùng khớp, vi trùng có thể xâm nhập từ ngoài vào hoặc từ đường máu, thường đau ít khớp, triệu chứng sưng nóng đỏ đau rõ. BN này không có tiền căn chấn thương, vết thương, đau nhiều khớp đối xứng 2 bên kèm theo sưng đỏ nhưng không nóng nên không phù hợp.

+ Đường hô hấp: BN không ho đàm, không đau ngực, không khó thở, nhưng nằm viện tuyến dưới 8 ngày → Đề nghị XQ ngực thẳng.

+ Đường tiểu: BN không tiểu gắt buốt, không đau hông lưng, không đặt sonde tiểu, thử nước tiểu ở tuyến dưới không nghe nói nhiễm trùng nhưng không thể loại trừ → Đề nghị TPTNT.

+ Nhiễm trùng huyết: BN sốt N11, không đáp ứng với điều trị tuyến trước, WBC tuyến trước rất cao (27,7 G/L), hiện tại chưa xác định được ổ nhiễm trùng rõ ràng → Đề nghị bilan nhiễm trùng huyết: cấy máu, lactate máu, khí máu động mạch, AST, ALT, Bilirubin TP, TT, BUN, Creatinin máu, đông máu toàn bộ.

- Tác nhân: vị trí nhiễm trùng không rõ ràng nhưng có cơ địa cắt lách nên nghĩ nhiều là các VK có vỏ bao.

3. Viêm đa khớp không đáp ứng NSAIDs/tiền căn gout:

- Viêm đa khớp trên BN này có thể có 3 khả năng:

+ Gout cấp: nghĩ nhiều vì tính chất đau khớp phù hợp, tiền căn gout 1 năm nay tuân thủ điều trị kém (tái khám không thường xuyên, ăn hải sản + uống rượu bia) → Đề nghị acid uric máu.

+ Viêm ống thận mô kẽ cấp.

+ Nhiễm trùng khớp.

**XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:**

1. Cận lâm sàng chẩn đoán:

- Huyết học: công thức máu, đông máu toàn bộ.

- Sinh hóa máu: BUN, Creatinin, điện giải đồ, AST, ALT, Bilirubin TP, TT, lactate, acid uric.

- Hình ảnh học: siêu âm bụng, XQ ngực thẳng.

- Cấy máu, khí máu động mạch.

2. Cận lâm sàng thường quy: ECG, glucose máu.

**XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:**

1. Chức năng thận (23/4):

- BUN: 48 mg/dL tăng - Creatinin: 2,53 mg/dL tăng - Tỷ lệ BUN/Cre: 18,97

- eGFR (CKD-EPI) : 28,44 mL/phút/1,73m2 da

→ Creatinin máu giảm (so với lần trước) có ý nghĩa (24,9%): tổn thương thận cấp đang ở giai đoạn hồi phục.

→ Tỷ lệ BUN/Cre tăng (từ 16,14 → 18,97)

2. Tổng phân tích nước tiểu (23/4):

- pH: 5.5 (5.0 – 8.0) bình thường - S.G: 1.015 (1.003 – 1.030) bình thường

- Glucose: neg bình thường - Protein: neg bình thường

- Bilirubin: neg bình thường - Urobilinogen: norm 0,1 bình thường

- Ketone: neg bình thường - Blood: ± 5 RBC/uL

- Leucocytes: neg bình thường - Nitrite: neg bình thường

→ Nguyên nhân của tổn thương thận cấp: phù hợp với tổn thương thận cấp trước thận và sau thận, không phù hợp với viêm ống thận mô kẽ cấp (đường (+), pro (+), tiểu máu đại thể hay vi thể), có thể phù hợp với HTOTC.

→ Leucocytes (-), nitrite (-): loại trừ nhiễm trùng tiểu.

3. Điện giải đồ (23/4):

- Na+: 135 mmol/L bình thường

- K+: 4,0 mmol/L bình thường

- Cl-: 105 mmol/L bình thường

4. Công thức máu (23/4):

- Dòng bạch cầu: WBC 22,92 G/L tăng, %Neu 83,5% tăng, Neu 19,12 tăng → phù hợp với nhiễm trùng nặng. Eos 0,2 G/L, %Eos 0,9% → không phù hợp với viêm ống thận mô kẽ cấp.

- Dòng hồng cầu: Hgb 115 g/L giảm, Hct 33,9% giảm, MCV 91,4 fL bình thường, MCH 31,0 pg bình thường → thiếu máu hồng cầu đẳng sắc đẳng bào mức độ nhẹ.

- Dòng tiểu cầu: PLT 406 G/L bình thường → dòng tiểu cầu bình thường.

5. XQ ngực thẳng (22/4): bình thường → loại trừ nhiễm trùng đường hô hấp.

6. Các kết quả sinh hóa khác (23/4):

- Đường huyết: 96 mg/dL bình thường

- ALT: 44 U/L bình thường - AST: 33 U/L bình thường

- Acid uric: 9,9 mg/dL tăng

→ Acid uric tăng không nhiều.

**XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Tổn thương thận cấp giai đoạn 2 theo KDIGO, thể không thiểu niệu, tại thận do hoại tử ống thận cấp – Cơn gout cấp – Theo dõi nhiễm trùng huyết/Cắt lách.

**XIV. ĐIỀU TRỊ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vấn đề | LS | CLS | Chẩn đoán | Mục tiêu ĐT | Chiến lược | ĐT cụ thể |
| Tổn thương thận cấp | Không thiểu niệu  Phù chân  Sốt  Đau khớp | BUN: 54,5 → 45  Cre: 1,16 → 3,37 → 2,53  BUN/Cre: 16,14 → 18,97  TPTNT: glu (-), pro (-), blood (±) | Tổn thương thận cấp giai đoạn 2 theo KDIGO, thể không thiểu niệu, tại thận do HTOTC | Giảm tối đa tổn thương ống thận bằng can thiệp sớm  Điều trị và phòng ngừa biến chứng  Điều chỉnh kịp thời thay đổi diễn tiến bệnh | 1 | Tránh hoàn toàn các thuốc độc thận  Bù dịch theo lượng nước xuất bằng NaCl 0,9% (V xuất ≈ 2300 – 2400 mL)  Chỉnh liều kháng sinh dựa trên eGFR  Theo dõi: cân nặng, BUN, Creatinin máu mỗi ngày, tính chất + V nước tiểu 24h |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nhiễm trùng/ cắt lách | Sốt lạnh run | WBC: 27,7 → 22,92  %Neu: 83,5%  XQ phổi: bt  TPTNT: Leu (-), Nitrite (-) | Theo dõi nhiễm trùng huyết/ cắt lách | Điều trị diệt khuẩn  Phòng ngừa nhiễm trùng lan rộng đến các cơ quan  Điều trị và phòng ngừa biến chứng | 2 | Kháng sinh  Cefoperazone – Sulbactam  Theo dõi: sốt, dấu hiệu nhiễm trùng mỗi ngày, CTM + CRP mỗi 2 ngày |
| Gout cấp | Sưng đỏ đau khớp bàn chân, khuỷu tay đối xứng | Acid uric 9,9 | Cơn gout cấp | Điều trị cơn gout cấp  Phòng ngừa cơn gout cấp tái phát | 3 | Prednisone uống  Theo dõi: đau khớp mỗi ngày |

**XV. TIÊN LƯỢNG:**

- Tiên lượng gần: trung bình.

- Tiên lượng xa: trung bình.