|  |
| --- |
| Họ và tên: Nguyễn Huỳnh Đức Thiện  MSSV: 111170309  Tổ 21 – lớp Y17D |

**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính:**

* Họ và tên: LÊ BẠCH L.
* Giới: Nam
* Tuổi: 72
* Nghề nghiệp: nghỉ hưu
* Địa chỉ: Q2, HCM
* Ngày nhập viện: 10h00 ngày 15/11/2022
* Khoa phòng: Khoa nội thận-nội tiết, BV.NDGD, giường 2

1. **Lý do nhập viện:** mệt + tiểu ít
2. **Bệnh sử:** Bệnh nhân là người khai bệnh.

Cách nhập viện 7 ngày, BN thấy mệt mỏi, ăn uống kém, sụt 10 kg/tuần, đi khám bệnh thấy creatinine tăng cao nên nhập BVNDGĐ.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho, không khó thở, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, đi tiểu ít khoảng 100ml/ngày.

**Tình trạng lúc nhập viện:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu:

Mạch:103 lần/phút HA: 140/80 mmHg

Nhịp thở: 20 lần/phút Nhiệt độ: 37℃ SpO2: 98% (khí trời)

* Da niêm hồng, chi ấm
* Tim đều, phổi trong, không rale
* Bụng mềm, không điểm đau
* Rung thận (-), Chạm thận (-)
* Cầu bàng quang (-)

**Tình trạng sau nhập viện:**

N2: Bệnh nhân giảm đau bụng, không sốt, ăn uống khá.

1. **Tiền căn:**
2. **Bản thân:**
3. Bệnh lý:
4. Bệnh nội khoa:

+ Chưa từng bị triệu chứng như vậy trước đây.

+ Tăng huyết áp 10 năm với HA cao nhất 170/90 mmHg và HA dễ chịu 130/80 mmHg, điều trị với toa: Losartan/ Hydrochlorothiazide (25/12.5 mg 1v (u)) và Concor (2,5 mg 1/2 v (u)), tái khám hằng tháng.

+ Suy van tinh mạch chi dưới, phát hiện cách đây 3 năm tại phòng khám tư.

+ Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý nhiễm trùng tiểu, viêm cầu thận cấp, hội chứng thận hư và các bệnh lý về thận khác.

+ Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, huyết học.

1. Bệnh ngoại khoa: Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cách đây 10 năm. Còn lại không ghi nhận tiền căn chấn thương hay phẫu thuật khác.
2. Bệnh sản-phụ khoa: Đã mãn kinh, không quan hệ tình dục gần đây, không huyết trắng hay xuất tiết âm đạo bất thường. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý phụ khoa u nang, u xơ, lạc nội mạc.
3. Thói quen sinh hoạt:

* Thường nhịn tiểu.
* Ăn chay trường.
* Không sử dụng thuốc lá và rượu bia.
* Ít vận động thể dục

1. Cơ địa: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng với thuốc, thức ăn và các dị nguyên khác.
2. **Gia đình:** chưa ghi nhận người thân mắc bệnh lý THA, ĐTĐ, các bệnh lý về thận, và các bệnh lý mắc phải hay di truyền khác.
3. **Lược qua các cơ quan:** (19h, ngày 10/11/2022)

* Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực.
* Hô hấp: không khó thở, không đau ngực.
* Tiêu hóa: không chán ăn, đau bụng âm ỉ, không nôn ói, chưa đi tiêu
* Tiết niệu - sinh dục: nước tiểu vàng, tiểu lắt nhắt, buốt.
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt, không dấu thần kinh định vị
* Cơ, xương, khớp: không biến dạng tứ chi, gập duỗi bình thường

1. **Khám:** (19h, ngày 10/11/2022)
2. **Sinh hiệu:**

Mạch: 90 lần/phút HA: 130/80 mmHg

Nhịp thở: 20 lần/phút Nhiệt độ: 37,2℃ SpO2: 98% (khí trời)

1. **Tổng quát:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Nặng: 62kg, Cao: 1m50 => BMI: 27,5
* Thể trạng béo phì.
* Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng.
* Môi không khô, lưỡi không dơ.
* Không sao mạch, không lòng bàn tay son, không dấu xuất huyết dưới da, không ban xuất huyết sờ được.
* Dấu mất nước (-)

1. **Cơ quan:**
2. **Đầu mặt cổ:**

Cân đối, khí quản không lệch

Tuyến giáp không to

Không tĩnh mạch cổ nổi ở 45o

1. **Ngực:**

Ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không chấn thương, không vết mổ cũ, không co kéo cơ hô hấp phụ.

1. **Tim:**

* Không ổ đập bất thường.
* Không âm thổi bất thường
* Mỏm tim ở KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1\*2 cm2.
* Không dấu nảy trước ngực, Hardzer (-).
* T1, T2 rõ đều, tần số 90 lần/phút.

1. **Phổi:**

* Gõ trong, rung thanh đều, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.
* Không nghe rale.

1. **Bụng:**

* Bụng không bè, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da.
* Nhu động ruột 6 l/ph, không âm thổi động mạch.
* Bụng mềm, không đề kháng.
* Các điểm sườn sống, sườn lưng, Murphy, McBurney ấn không đau.
* Gan, lách không sờ chạm.
* Gõ trong khắp bụng.
* Rung thận (-), chạm thận (-)
* Cầu bàng quang (-)

1. **Thần kinh:** không dấu thần kinh định vị, không mất cảm giác tứ chi, không liệt.
2. **Cơ xương khớp:** không bất thường.
3. **Tóm tắt bệnh án**:

Bệnh nhân nữ, 67 tuổi, nhập viện vì đau bụng, bệnh 7 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

1. TCCN:

* Đau bụng hạ vị, không lan, âm ỉ từng cơn
* Tiểu lắt nhắt, tiểu buốt

1. TCTT:

* Thể trạng béo phì

1. Tiền căn: THA 10 năm, suy van tinh mạch chi dưới, đái tháo đường mới chẩn đoán.
2. **Đặt vấn đề:**
3. Đau hạ vị
4. HC niệu đạo cấp
5. Tiền căn: THA, suy van tĩnh mạch và đái tháo đường mới chẩn đoán.
6. **Chẩn đoán:**
7. Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm bàng quang cấp phức tạp lần đầu, theo dõi tổn thương thận cấp/ THA-Suy van tinh mạch chi dưới- Đái tháo đường 2

1. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm bàng quang cấp phức tạp lần đầu, sỏi bàng quang, theo dõi tổn thương thận cấp/ THA-Suy van tinh mạch chi dưới- Đái tháo đường 2

Viêm bàng quang cấp phức tạp lần đầu, bàng quang thần kinh, theo dõi tổn thương thận cấp/ THA-Suy van tinh mạch chi dưới- Đái tháo đường 2

1. **Biện luận:**

Bệnh nhân có **đau hạ vị** 7 ngày nay, âm ỉ, nhiều cơn, không lan nghĩ do các nguyên nhân:

* Bệnh lý tử cung-phần phụ: Bệnh nhân đã mãn kinh, không quan hệ tình dục gần đây, không ra huyết hay ra dịch âm đạo bất thường, tiền căn không ghi nhận bệnh lý u nang, u xơ, lạc nội mạc nên không nghĩ
* Bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh: bệnh nhân không có tiền căn chấn thương vùng hông lưng gần đây, da vùng hông không sưng nóng đỏ đau, đau không tăng khi gồng cơ nên không nghĩ.
* Táo bón: bệnh nhân trước khi vào viện ăn uống tốt, đi tiêu bình thường nên không nghĩ.
* Nhiễm trùng tiểu dưới: Bệnh nhân đau hạ vị, HC niệu đạo cấp (tiểu lắt nhắt, tiểu buốt) và có các yếu tố nguy cơ như nữ, lớn tuổi (67t), mắc đái tháo đường, có thói quen nhịn tiểu, ngoài ra không có sốt cao, lạnh run, đau hông lưng nên nghĩ nhiều. => Đề nghị TPTNT, cấy nước tiểu + kháng sinh đồ, TPTBM, CRP để chẩn đoán.

**Nhiễm trùng tiểu dưới**:

* Viêm bàng quang cấp: bệnh nhân có đau bụng hạ vị, HC niệu đạo cấp, không sốt trên cơ địa là nữ, lớn tuổi, mắc đái tháo đường nên nghĩ nhiều.
* Bệnh lý viêm bàng quang do sỏi: triệu chứng cũng có đau vùng hạ vị, rối loạn đi tiểu như tiểu lắt nhắt, nên không thể loại trừ => đề nghị siêu âm bụng.
* Bệnh lý bàng quang thần kinh: thường gặp ở bệnh nhân ĐT Đ lâu năm hoặc có chấn thương tủy sống, bệnh lý thần kinh, tuy bệnh nhân mới phát hiện ĐTĐ nhưng cũng có thể mắc bệnh từ lâu giờ mới phát hiện nên không thể loại trừ => đề nghị siêu âm bụng tổng quát.
* Viêm niệu đạo cấp: bệnh nhân có hội chứng niệu đạo cấp, nhưng không tiểu đục, tiểu mủ, không quan hệ tình dục gần đây nên ít nghĩ.

Bệnh nhân chưa từng mắc hay có triệu chứng NTT trước đây nên đây là **NTT lần đầu**.

**Tác nhân:**

* *Escherichia coli*: nghĩ nhiều vì đây là tác nhân thường gặp nhất
* Lao: BN không có tiền căn lao, không có HC nhiễm lao chung (ho khạc đàm, sốt về chiều, sụt cân, đổ mồ hôi trộm) nên không nghĩ
* *Candida albicans*: BN không ra huyết trắng, đã mãn kinh nên không nghĩ.

Nhiễm trùng tiểu này xảy ra trên bệnh nhân nữ, lớn tuổi (67t), có bệnh lý Tăng huyết áp, Đái tháo đường nên đây là **nhiễm trùng tiểu phức tạp**.

**Biến chứng:**

* Nhiễm trùng huyết: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không thở nhanh, không có dấu hiệu suy cơ quan khác ngoài thận, qSOFA 0đ nên không nghĩ
* Sốc nhiễm trùng: không nghĩ, bệnh nhân tỉnh táo, sinh hiệu ổn định
* Áp-xe thận và quanh thận: bệnh nhân không sốt, không đau hông lưng, không nghĩ
* Hoại tử nhú thận: không nghĩ vì dù bệnh nhân có cơ đia đái tháo đường nhưng không có sốt cao, lạnh run, đau hông lưng
* Viêm bể thận sinh hơi: vì bệnh nhân có cơ địa đái thao đường, không thể loại trừ => đề nghị siêu âm bụng.
* Tổn thương thận cấp: Trên một bệnh nhân có nhiễm trùng tiểu dưới, có sử dụng thuốc lợi tiểu Losartan/ Hydrochlorothiazide có thể gây tổn thương thận cấp. Nên không thể loại trừ => đề nghị BUN, Creatinine.

**Đái tháo đường:**

* Vì bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường nên cần phải tầm soát biến chứng của đái tháo đường
* Biến chứng cấp tính:
  + - Hôn mê nhiễm toan ceton: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không mệt mỏi, không khát nước, không nhìn mờ, không nôn, không buồn nôn, không thở nhanh sâu nên không nghĩ.
    - Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu máu: không nghĩ vì bệnh nhân không yếu, mệt mỏi, chán ăn, khát nước, khô da và niêm mạc, chuột rút, mạch nhanh, rối loạn ý thức.
* Biến chứng mãn tính:
  + - Biến chứng võng mạc ĐTĐ: đề nghị soi võng mạc, soi đáy mắt.
    - Biến chứng thận: Bệnh nhân bị nhiễm trùng tiểu lần này có thể là phối hợp từ yếu tố nguy cơ ĐTĐ. Ngoài ra cần tầm soát bệnh thận đái tháo đường Đề nghị BUN, Cre và theo dõi BUN, Cre trong 3 tháng, cặn lặng nước tiểu, siêu âm bụng tổng quát.
    - Bệnh lý mạch máu lớn: không khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, cơn đau thắt ngực, chưa từng bị bệnh mạch vanh trước đây, đề nghị siêu âm tim, ECG
    - Biến chứng mạch máu ngoại biên: Bàn chân nguyên vẹn, không loét, không sang thương, không mất cảm giác nên không nghĩ.
    - Biến chứng thần kinh: bệnh nhân khám cơ xương khớp không bất thường, không giới hạn vận động, không mất cảm giác.

1. **Đề nghị CLS:**

* CLS chẩn đoán bệnh và biến chứng: TPTNT, cấy nước tiểu + kháng sinh đồ, soi cặn lắng nước tiểu, BUN, Cre, siêu âm bụng
* CLS tầm soát biến chứng đái tháo đường: Siêu âm tim, X Quang ngực thẳng, soi đáy mắt.
* CLS thường quy: Công thức máu, ion đồ, đường huyết, HbA1c, AST, ALT, Bilan lipid máu (TG, LDL, HDL, VLDL), điện tâm đồ

1. **Phân tích CLS**

**Tổng phân tích nước tiểu (09/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| Ery | Âm tính | Âm tính |
| Uro | 16 | <= 17 umol/L |
| Bilirubin | Âm tính | Âm tính |
| Nitrite | Âm tính | Âm tính |
| Ketone | Âm tính | Âm tính |
| Protein | Âm tính | Âm tính |
| Glu | Âm tính | Âm tính |
| PH | 5,5 | 4,8-7,5 |
| S.G (tỷ trọng) | 1,016 | 1,000-1,025 |
| Leu | **125** | Âm tính |
| Color | Màu cam | Màu vàng |

**Cấy nước tiểu**: không mọc ( có thể do bệnh nhân dùng kháng sinh trước đó tại nhà rồi)

* Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đau hạ vị, tiểu lắt nhắt
* TPTNT có Bạch cầu 125, Nitrite (-)
* Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng tiểu (2/3 tiêu chuẩn)

**Sinh hóa máu**

Ngày 09/11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| Glucose máu | **7,07** | 3.9-6.1 mmol/l (3,9-6,1) |
| HbA1c | **8,3** | <6.1% |
| Urea máu | 3,94 | 1.7-8.3 mmol/L |
| Creatinin máu | **103,1** | 44-88μmol/l |
| Uric Acid máu | **421,04** | 143-399 μmol/l |
| Bilirubin toàn phần | 12,05 | <= 17 μmol/l |
| Cholesterol máu | **6,01** | 3.9-5.2 mmol/L |
| Triglyceride | **3,98** | 0.46-1.88 mmol/L |
| HDL-c | 1,08 | >= 0.9 mmol/L |
| LDL-c | **3,77** | <= 3.4 mmol/L |
| AST | 30 | <= 31 U/L |
| ALT | 31 | <= 31 U/L |
| Na | **134,8** | 135-145 mmol/L |
| K | 4,45 | 3.5-5.0 mmol/L |
| Cl | 98,9 | 97-111 mmol/L |
| Ca | 2.46 | 2.2-2.65 mmol/L |
| CRP | **120,16** | 0-5 mg/L |
| eGFR (MDRD4) | **49,28** |  |

* Bệnh nhân có Glucose máu tăng, kết hợp HbA1C 8,3% >6,5% thỏa chẩn đoán đái tháo đường type 2
* **CRP** 120,16 tăng cao => ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng tiểu
* Bệnh nhân có Chol, Tri, LDL tăng => bệnh nhân có rối loạn lipid máu, trên lâm sàng bệnh nhân thể trạng béo phì nên phù hợp
* Ngoài ra thấy Creatinine tăng, eGFR giảm đề nghị Cre và GFR sau 24 h

Ngày 10/11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| Creatinin máu | **83.9** | 44-88μmol/l |
| Na | 137.4 | 135-145 mmol/L |
| K | 4,12 | 3.5-5.0 mmol/L |
| Cl | 104.8 | 97-111 mmol/L |
| eGFR (MDRD4) | **62.51** |  |

* Kết hợp Cre và eGFR của ngày 09/11 và 10/11 giảm 18% có thể là sai số xét nghiệm
* Làm lại creatinine sau 24h

**Công thức máu (09/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| WBC | **13,8** | 4-10 K/uL |
| Neu% | 65,9 | 40-77% |
| Mono | 16,5 | 16-44% |
| Lym% | **16.5** | 0-10% |
| Eos% | 1,4 | 0-7% |
| Baso% | 0,2 | 0-1% |
| Neu | **9,1** | 2-7.5 K/uL |
| Lym | 2,2 | 1-3.5 K/uL |
| Mono | **2,3** | 0-1 K/uL |
| Eos | 0,2 | 0-0.6 K/uL |
| Baso | 0,0 | 0-0.1 K/uL |
| RBC | 4,03 | 3.9-5.4 T/L |
| Hemo | **121** | 125-145 g/L |
| Hematocrite | 0,361 | 0.35-0.47 L/L |
| MCV | 89,5 | 80-100 fL |
| MCH | 30 | 26-34 pg |
| MCHC | 330 | 310-360 g/L |
| RDW | 12,4 | 9-16 %CV |
| PLT | 255 | 150-400 G/L |
| MPV | 8,1 | 6-12 fL |

* Bạch cầu tăng ưu thế Neu, phù hợp với tình trạng nhiễm trùng, ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng tiểu.
* Thiếu máu nhẹ đẳng sắc đẳng bào, bệnh nhân ăn chay trường,

**Siêu âm bụng:**

* Gan không to, bờ đều, nhu mô echo dày sáng, giảm âm vùng sâu
* Đường mật trong và ngoai gan không dãn
* Túi mật thanh không dày, lòng không có sỏi
* Tụy không to, cấu trúc đồng nhất
* Lách không to, cấu trúc đồng nhất
* Thận (P): không có sỏi, không ứ nước
* Thận (T): không có sỏi, không ứ nước
* Chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm
* Bàng quang ít nước tiểu

Kết luận: gan nhiễm mỡ

* Không có sỏi thận, sỏi bàng quang.

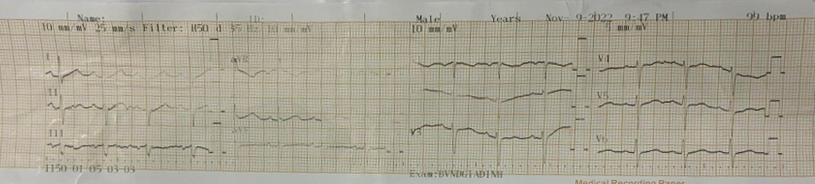
**Siêu âm tim:**

* Các buồng tim không lớn
* Không rối loạn vận động vung
* Không hẹp hở các van tim
* Chức năng tâm thu thất (P) bảo tồn TAPSE=18mm
* Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF=56%

Kết luận: chưa có bất thường chức năng tim.

* Siêu âm tim bình thường.

**ECG**:



* Nhịp xoang đều tần số 90l/ph
* ECG bình thường

**X quang ngực thẳng**:

* Bóng tim không to, không thấy bất thường nhu mô phổi.

1. **Chẩn đoán xác định**:

Viêm bàng quang cấp phức tạp lần đầu, theo dõi tổn thương thận cấp/ THA, suy van tĩnh mạch chi dưới, ĐTĐ type 2, rối loạn lipid máu.

1. **Điều trị**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bệnh lý** | **Mục tiêu** | **Điều trị cụ thể** | **Theo dõi** |
| **Nhiễm trùng tiểu** | - Đảm bảo an toàn tinh mạng  - Loại trừ ổ nhiễm  - Phòng ngừa tái phát | - Điều trị không dùng thuốc:  + Uống nhiều nước: vì sự cô đặc nước tiểu quá mức sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nhưng tránh uống nhiều về đêm để tránh tiểu đêm.  + Vệ sinh bằng nước ấm sạch vùng âm hộ, quanh niệu đạo và tầng sinh môn 02 lần/ngày, vì nhiễm trùng tiểu ở nữ giới do ngoại nhiễm từ đường âm đạo hay từ hậu môn rất cao  + Tránh thói quen nhịn tiểu  + Tuân thủ điều trị các bệnh nền đang có và theo dõi tình trạng bệnh hiện tại thường xuyên. Tốt nhất nên có thói quen khám tổng quát mỗi tháng  - Điều trị dùng thuốc:  + Lập 1 đường truyền tĩnh mạch NaCl 0.9% 500ml 1 chai TTM XXX giọt/phút.  + Ciprofloxacine 0.2g 2 lọ + NaCl 0.9% 100ml TTM XXX giọt/phút mỗi 12h  + Piperacillin-tazobactam 3.375mg 1 lọ + NaCl 0.9% TTM XXX giọt/phút mỗi 6h  + Kẽm 10mg, liều là 01 viên x 02 uống sáng – chiều => giúp hỗ trợ quá trình lành niêm mạc | + Lâm sàng gồm đau hạ vị, tiểu rắt, sốt sau 24h  + Làm lại TPTTBM, CRP, TPTNT sau 24h |
| **Tổn thương thận cấp** |  | Uống nhiều nước | - Theo dõi lâm sàng  - Xét nghiệm lại ion đồ máu, BUN/Cre sau 24h |
| **Đái tháo đường** | - Đường huyết hiện tại 127 mg/dl  - HbA1C :8,1%  - Mục tiêu đường huyết nội viện là <200 mg/dl | + Thay đổi lối sống  + Tăng vận động bằng cách đi bộ trong khoa.  + Ăn uống: chế độ ăn trên 1 dĩa chia 4, gồm ½ là rau củ nhiều chất xơ, ¼ là tinh bột (cơm), ¼ là đạm  + Ăn 6 bữa nhỏ trên ngày, mỗi bữa cách nhau gồm 3 bữa chính và 3 bữa phụ | + Theo dõi lâm sang, các dấu hiệu của 4 nhiều  + Theo dõi đường huyết mao mạch mỗi sáng |
| **Tăng huyết áp** | - Huyết áp mục tiêu <140/80 mmHg  - Ngưng thuốc huyết áp đang uống | - Kavasdin 5mg 1v (u) C  - Lipostatin 20 mg 1v (u) C (điều trị mỡ máu) | - Theo dõi huyết áp mỗi 24 giờ |

1. **Tiên lượng**:
2. **Tiên lượng gần:** tiên lượng trung bình do bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ phức tạp
3. **Tiên lượng xa:**

* Kiểm tra lại TPTNT sau điều trị
* Điều trị Đái tháo đường type 2 và tầm soát các biến chứng.
* Điều trị THA
* Kiểm soát mỡ máu
* Nguy cơ tái phát nhiễm trùng tiểu cao