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

**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính:**

* Họ và tên: TRẦN THỊ T.
* Giới: Nữ
* Tuổi: 61
* Nghề nghiệp: nội trợ
* Địa chỉ: Thủ Đức, HCM
* Ngày nhập viện: 10h15 ngày 17/11/2022
* Khoa phòng: Khoa nội thận-nội tiết, BV.NDGD, giường 49
* Ngày làm bệnh án: 20h ngày 17/11/2022

1. **Lý do nhập viện:** phù chân
2. **Bệnh sử:** Bệnh nhân là người khai bệnh.

Cách nhập viện 2 tuần, BN thấy nặng mi mắt, phù chân, đều đối xứng 2 bên, không nóng, không đỏ, không đau, không thay đổi theo tư thế, không thay đổi trong ngày, tiểu vàng trong kèm bọt, không đục , không máu, lượng bình thường.

Cách nhập viện 3 ngày, BN thấy phù tăng dần (CN 66kg, không rõ tăng bao nhiêu cân), thấy đau khi đi tiểu, tiểu 2-3 lần/ngày, nước tiểu với tính chất như trên, nên BN đi khám BVNDGĐ.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau đầu, không khò khè, không ho, không đau ngực, không buồn nôn, không ợ hơi, ợ chua, không đau họng, không phát ban, không đau bụng, không mất ngủ, ăn kém, uống 1.5-2l/ngày, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

**Tình trạng lúc nhập viện:**

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

Mạch: 90 lần/phút HA: 120/80 mmHg

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

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

* Cách nhập viện 10 năm, BN được chẩn đoán THA, ĐTĐ 2, RL lipid máu, suy thượng thận mạn do thuốc.
* Chưa ghi nhận tiền căn phù, tiểu bọt, tiểu đau trước đây.
* Chưa ghi nhận tiền căn nhiễm trùng da, hầu họng trước phù.
* Chưa ghi nhận tiền căn viêm gan virus, bệnh thận trước đây,
* Không dùng thuốc nam, thuốc bắc
* Toa đang dùng: BN không mang theo

1. Bệnh ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.
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:

* 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:** (20h ngày 17/11/2022)

* Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực.
* Hô hấp: không khò khè, không ho
* Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn.
* Tiết niệu - sinh dục: tiểu #1 lít/ngày, nước tiểu vàng trong có bọt, tiểu đau, không tiểu lắt nhắt.
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.
* Cơ, xương, khớp: không giới hạn vận động

1. **Khám:** (20h ngày 17/11/2022)
2. **Tổng quát:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu

Mạch: 90 lần/phút HA: 120/80 mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút Nhiệt độ: 37℃ SpO2: 98% (khí trời)

* Nặng: 66kg, Cao: 1m52 => BMI: 28.6
* Thể trạng béo phì.
* Niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng
* Môi không khô, lưỡi không dơ.
* Không xuất huyết dưới da, không lòng bàn tay son
* Phù ở 2 mi mắt + 2 cẳng chân, ấn lõm, không đau, không đỏ.

1. **Đầu mặt cổ:**

* Cân đối, khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Không tĩnh mạch cổ nổi ở 45o

1. **Lồng ngực:**

* Ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo cơ hô hấp phụ.

1. **Tim:**

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

1. **Phổi:**

* Runh thanh đều 2 bên phổi
* Gõ trong 2 bên phổi
* Âm phế bào êm dịu 2 phế trường, không ran

1. **Bụng:**

* Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ
* Bụng mềm, sờ không đau
* Gõ đục vùng thấp (-)
* Gan: bờ trên gan KLS V bờ phải xương ức, bờ dưới gan không sờ chạm
* Lách: không sờ chạm
* Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

1. **Thần kinh, cơ xương khớp:**

* Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
* Không sưng nóng đỏ các khớp
* Không giới hạn vận động các khớp

1. **Tóm tắt bệnh án**:

Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 2 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

**TCCN:**

* Phù mi mắt, 2 chân
* Tiểu bọt
* Tiểu đau

**TCTT:**

* Da niêm nhạt
* BMI 28.6
* Phù toàn thân

**Tiền căn:**

* THA, ĐTĐ 2, RL lipid máu, suy thượng thận mạn do thuốc (10 năm)

1. **Đặt vấn đề:**
2. Phù toàn thân
3. Tiểu bọt
4. HC niệu đạo cấp
5. Tổng trạng béo phì
6. HC thiếu máu
7. Tiền căn: THA, ĐTĐ 2, RL lipid máu, suy thượng thận mạn do thuốc
8. **Chẩn đoán:**
9. **Chẩn đoán sơ bộ:**

* HCTH do ĐTĐ, biến chứng nhiễm trùng tiểu dưới lần đầu, phức tạp/ THA, ĐTĐ 2, RL lipid máu, suy thượng thận mạn do thuốc, thiếu máu.

1. **Chẩn đoán phân biệt:**

* HCTH nguyên phát không thuần tuý, biến chứng nhiễm trùng tiểu dưới lần đầu, phức tạp/ THA, ĐTĐ 2, RL lipid máu, suy thượng thận mạn do thuốc, thiếu máu.

1. **Biện luận:**

Bệnh nhân phù mặt, sau đó tới phù chân, phù mềm, đối xứng 2 bên nên nghĩ bệnh nhân có phù toàn thân. Các nguyên nhân gây **phù toàn thân** thường gặp là:

**Suy dinh dưỡng**: Không nghĩ vì phù do suy dinh dưỡng thường là phù nhẹ lòng bàn tay, mu bàn tay trước, khám không thấy tổng trạng gầy suy kiệt, không có hội chứng kém hấp thu (tiêu chảy kéo dài, tiêu phân mỡ…), chế độ ăn uống tốt, tình trạng dinh dưỡng bình thường.

**Suy tim**: không nghĩ vì phù do suy tim thường phù đầu tiên là ở 2 chân, tăng về chiều tối, giảm vào sáng sớm lúc mới ngủ dậy, không có biểu hiện của suy tim (khó thở khi gắng sức, gan to, tĩnh mạch cảnh nổi, Hardzer (+), dấu nảy trước ngực), BN không có tiền căn bệnh tim mạch

**Xơ gan**: không nghĩ vì phù do xơ gan thường báng bụng trước rồi dần dần phù 2 chân, không có biểu hiện của hội chứng suy tế bào gan (vàng da, vàng mắt, sao mạch, lòng bàn tay son, dấu XHDD) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mach cửa (tuần hoàn bàng hệ, gan to, lách to…), không tiền căn bệnh lý gan mật trước đó

**Thận**: nghĩ nhiều vì diễn tiến phù phù hợp: phù ở mi mắt trước sau đó phù đến chân, tiểu vàng nhiều bọt (nghi ngờ tiểu đạm)

**Các nguyên nhân tại thân gồm**:

* **HCTH**:nghĩ nhiều vì phù tăng khá nhanh (2 tuần), tiểu vàng trong nhiều bọt → nghi ngờ tiểu đạm → Đề nghị CLS: TPTNT, đạm niệu 24h, sinh hóa máu (protein, albumin, cholesterol).
* **VCTC**: ít nghĩ nhưng không thể loại trừ được vì BN có phù kiểu thận, tiểu đạm, tăng huyết áp, nhưng VCTC thường chỉ phù nhẹ, tiểu đạm thường không nhiều đến mức làm nước tiểu vàng nhiều bọt → Đề nghị CLS: TPTNT, đạm niệu 24h, CTM, C3 C4, ASO

**Nguyên nhân HCTH**

* Thứ phát:
  + Do thuốc: BN không có tiền căn sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau, kháng đông, thuốc cản quang và các loại thuốc khác trước lúc phù (chỉ dùng thuốc của BV cấp) → không nghĩ
  + Dị ứng: BN không bị côn trùng đốt, rắn căn, không có tiền căn dị ứng, hay chích ngừa trước lúc bệnh → không nghĩ
  + Nhiễm trùng: BN không sốt, không đau họng trước lúc phù, tuy nhiên không loại trừ VGSV B và C → Đề nghị CLS: HbsAg, anti-HCV
  + Bệnh hệ thống: BN không có hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, không loét miệng, không rụng tóc, không rối loạn thần kinh, nhưng không dựa vào LS để loại trừ lupus → Đề nghị ANA, anti-dsDNA, C3, C4
  + Ung thư: BN lớn tuổi, không có tiền căn tiếp xúc hoá chất, tổng trạng tốt, không sụt cân, khám hạch ngoại biên không sờ chạm, tuy nhiên ung thư có thể diễn tiến âm thầm nên không loại trừ.
  + Di truyền: không ghi nhận tiền căn gia đình về HCTH, rối loạn tri giác, thị giác (HC Alport) nên không nghĩ
  + Chuyển hoá: BN có tiền căn ĐTĐ 2 10 năm nên nghĩ nhiều.
* Nguyên phát: chỉ nghĩ đến khi loại trừ hết nguyên nhân thứ phát.

**Biến chứng cấp**

* Tổn thương thận cấp: BN tiểu bình thường, nhưng không loại trừ → đề nghị CLS: thể tích nước tiểu 24h, BUN, Creatinine máu
* Tắc mạch:
  + Thuyên tắc phổi: BN không đau ngực, không khó thở đột ngột, không ho ra máu nên không nghĩ
  + Nhồi máu cơ tim: BN không đau ngực dữ dội, không có tiền căn bệnh lý tim mạch trước đó nên không nghĩ
  + Tắc mạch não: BN không đau đầu, chóng mặt, không giảm trí nhớ, lú lẫn, hôn mê nên không nghĩ
  + NM mạc treo: BN không đau bụng, không nôn nên không nghĩ
  + Thuyên tắc tĩnh mạch sâu chi dưới: BN không phù chi không nghĩ
  + Tắc tĩnh mạch thận: BN không tiểu máu đại thể, đau hông lưng nên không nghĩ

Tuy nhiên, không loại trừ biến chứng tắc mạch → đề nghị CLS: siêu âm doppler mạch máu, MRI mạch máu

* Nhiễm trùng
  + Nhiễm trùng huyết: BN không sốt, sinh hiệu bình thường nên không nghĩ
  + Viêm mô tế bào: da vùng phù không nóng, đỏ, đau nên không nghĩ
  + Viêm phổi: BN không sốt, không ho khạc đàm, không đau ngực kiểu màng phổi nên không nghĩ
  + Viêm phúc mạc nguyên phát: BN không có báng bụng, không đau bụng, bụng mềm nên không nghĩ
  + Nhiễm trùng tiểu: BN có HC niệu đạo cấp (đau khi tiểu) nên nghĩ nhiều → đề nghị CLS: TPTNT

**Vị trí nhiễm trùng tiểu**

- Viêm bàng quang cấp: có hội chứng niệu đạo cấp, không có sốt lạnh run, đau hông lưng, HC đáp ứng viêm toàn thân nên nghĩ nhiều.

- Viêm niệu đạo cấp: có hội chứng niệu đạo cấp, không tiểu đục đầu dòng, không có vết loét lỗ niệu đạo, không tiền căn huyết trắng bất thường, không QHTD trước đợt bệnh, không cảm giác nóng rát lỗ niệu đạo ngoài nên không nghĩ

- Viêm đài bể thận cấp: BN không sốt cao kèm lạnh run, không đau hông lưng, khám rung thận (-), chạm thận (-) nên không 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 (61t), 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 BN có cơ địa đái tháo đường nhưng không có sốt cao, lạnh run, đau hông lưng
* Viêm bể thận sinh hơi: BN có cơ địa đái thao đường, không thể loại trừ → đề nghị siêu âm bụng.

**Thiếu máu**

BN có da niêm nhạt, cơ địa THA, ĐTĐ, suy thượng thận mạn lâu năm, không có nguyên nhân chảy máu cấp, nên nghĩ là thiếu máu mạn → đề nghị CLS: TPTTBM

1. **Đề nghị CLS:**

* TPTNT, đạm niệu 24, albumin máu, protein máu, bilan lipid máu, BUN, Creatinine huyết thanh, siêu âm bụng.
* Đường huyết đói, HbA1c, ECG, soi đáy mắt, siêu dopple động mạch thận
* TPTTBM, phết máu ngoại biên, ferritin, sắt huyết thanh
* Ion đồ, AST, ALT, xquang ngực thẳng

1. **Phân tích CLS**

**Tổng phân tích nước tiểu (17/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** |
| Glucose | **5.6** | mmol/L |
| Bilirubin | (-) | μmol/L |
| Ketone | (-) | mmol/L |
| S.G. | 1.018 | 1.005-1.030 |
| Blood | **(+)** | (-) |
| pH | 6.0 | 4.6-8.0 |
| Protein | **3.0** | g/L |
| Urobilinogen | (-) | μmol/L |
| Nitrite | (-) | (-) |
| Leukocytes | **(+)** | (-) |
| Color | Yellow |  |
| Clarity | clear |  |

* BN có tiểu đạm → phù hợp HCTH
* Có bạch cầu trong nước tiểu → thoả 2/3 tiêu chuẩn nhiễm trùng tiểu.
* Có máu trong nước tiểu → có thể là do viêm đường tiết niệu hoặc VCTC → đề nghị soi cặn lắng nước tiểu
* Glucose niệu 5.6 → phù hợp ĐTĐ

**Cặn lắng nước tiểu (17/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** |
| RBC | **28** | 0-15 |
| Leucocytes | **221** | 15 |
| Calcium oxalate monohydrate | 0 | 0-6 |
| Calcium oxalate dihydrate | 0 | 0-6 |
| Amor phosphate | 0 | 0-6 |
| Uric acid | 0 | 0-6 |
| Casts | 3 | 0-6 |
| Epithelial Cells | 10 | 0-10 |
| Bacteria | **247** | 0-130 |

* Trụ hồng cầu → nghĩ viêm cầu thận cấp
* Trụ bạch cầu → phù hợp nhiễm trùng tiểu

**Sinh hóa máu (17/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| Albumin | **30.1** | 35-50 g/L |
| Protein toàn phần | **62.2** | 65-82 g/L |
| Cholesterol TP | 4.95 | 5.18-6.21 mmol/L |
| Triglyceride | **1.05** | 1.7-2.25 mmol/L |
| LDL-c | **2,77** | 2.59-13 mmol/L |
| Urea | **11.2** | 1.7-8.3 mmol/L |
| Creatinin | **154.7** | 44-88μmol/l |
| eGFR (MDRD4) | 31.45 |  |
| AST | 14.2 | ≤ 31 U/L |
| ALT | 24.4 | ≤ 31 U/L |
| CRP | **84.51** | 0-5 mg/L |
| Na | 135 | 135-145 mmol/L |
| K | 4.99 | 3.5-5.0 mmol/L |
| Cl | 104 | 97-111 mmol/L |
| HbA1c | **10.74** | 4-6.5% |
| Glucose | **210.2** | 73.8-106 mg/dL |

* BN có albumin máu, protein máu giảm nhưng chưa đủ ngưỡng thận hư, bilan lipid không tăng → theo dõi HCTH, phân biệt viêm cầu thận cấp.
* Creatinine tăng cao, có thể có tổn thương thận cấp → đề nghị làm lại BUN, Creatinine máu sau 24h, 48h.
* CRP tăng cao, phù hợp với tình trạng nhiễm trùng tiểu.
* Ion đồ bình thường
* HbA1c, glucose tăng nhiều → kiểm soát đường huyết chưa tốt.
* ĐHMM khẩn: 259 mg/dL

**Miễn dịch (17/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| Cortisol/Blood/Morning | **0.712** | 6.02-18.4 μg/dL |
| Cortisol | **19.64** | 166.1-507.6 nmol/L |
| TSH | 3.22 | 0.32-5 μUI/mL |
| Free T4 | 0.935 | 0.71-1.85 ng/dL |
| HBsAg | (-) |  |
| anti-HBs | **25.61** | >10 mUI/mL |
| anti-HCV | (-) |  |
| AFP | 1.82 | <20 ng/mL |

* Không nhiễm virus VGB, VGC

**Tổng phân tích tế bào máu (17/11)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Tham chiếu** |
| WBC | **15.3** | 4-10 K/uL |
| NEU% | 76 | 40-77% |
| LYM% | **15.6** | 16-44% |
| MONO% | 6.9 | 0-10% |
| EOS% | 1.1 | 0-7% |
| BASO% | 0.4 | 0-1% |
| NEU | **11.6** | 2-7.5 K/uL |
| LYM | 2.4 | 1-3.5 K/uL |
| MONO | **1.1** | 0-1 K/uL |
| EOS | 0.2 | 0-0.6 K/uL |
| BASO | 0.1 | 0-0.1 K/uL |
| RBC | **3.21** | 3.9-5.4 T/L |
| HGB | **79** | 125-145 g/L |
| HCT | **0.247** | 0.35-0.47 L/L |
| MCV | **77.0** | 80-100 fL |
| MCH | **24.6** | 26-34 pg |
| MCHC | 320 | 310-360 g/L |
| RDW | 14.6 | 9-16 %CV |
| PLT | 361 | 150-400 G/L |
| MPV | 7.5 | 6-12 fL |

* Bạch cầu tăng ưu thế neutro → phù hợp nhiễm trùng tiểu
* Thiếu máu hồng cẩu nhỏ nhược sắc mức độ nặng → đề nghị Ferritin, sắt huyết thanh
* Tiểu cầu bình thường

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Xét nghiệm** | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** |
| Ferritin | 265.2 | 10-322 ng/mL |
| Sắt huyết thanh | **3.5** | 7-26 μmol/L |

* Sắt huyết thanh giảm → thiếu máu thiếu sắt.
* Ferritin bình thường, có thể tăng do đáp ứng viêm.

**ECG**:

Timeline

Description automatically generated with medium confidence

* Nhịp nhĩ nhanh
* Block AV độ I

**Siêu âm tim:**

* Các buồng tim trong giới hạn bình thường, LVDd=49mm.
* Loạn động vách liên thất và thành dưới. Chức năng thất trái bảo tồn EF = 71% (Teichholz)
* Chức năng tâm thu thất phải TAPSE=20mm
* Van 2 lá dày, hở ¼ - van ĐM chủ bình thường
* Không tràn dịch màng tim

Kết luận: theo dõi bệnh tim thiếu máu cục bộ. Hở van 2 lá 1/4

**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): KT #82\*40mm, không có sỏi, không ứ nước. Có nang d# 23mm echo trống, vỏ mỏng, không chồi vách
* Thận (T): KT # 125\*56mm, 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; nang thận (P)

**Siêu âm Doppler mạch máu chân:**

* Hệ động mạch có dòng chảy từ động mạch chậu, xuống động mạch đùi, động mạch khoeo, động mạch chày sau và động mạch mu chân 2 bên: xơ vữa, hẹp nhẹ ĐM khoeo trasim không giảm flow bàn chân.
* Hệ tĩnh mạch sâu 2 chân từ tĩnh mạch chậu xuống tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo, tĩnh mạch chày trước, tĩnh mạch chày sau 2 bên dãn nhẹ, không có dòng trào ngược qua van, đè xẹp hoàn toàn, không huyết khối.
* Tĩnh mạch hiển lớn và bé 2 bên không có dòng trào ngược, không huyết khối
* Phù mô dưới da 2 chân, teo nhẹ cơ 2 chân

Kết luận: Dãn nhẹ tĩnh mạch sâu 2 chi dưới, không huyết khối.

Xơ vữa, hẹp nhẹ động mạch khoeo trái, không giảm flow bàn chân

Phù mô dưới da 2 chân, teo nhẹ cơ 2 chân

1. **Chẩn đoán xác định**:

Viêm bàng quang cấp lần đầu phức tạp chưa biến chứng, theo dõi HCTH (phân biệt VCTC)/THA, ĐTĐ 2, suy thượng thận mạn, thiếu máu thiếu sắt mạn mức độ nặng.

1. **Điều trị**:
2. **Nguyên tắc điều trị**

* Loại trừ ổ nhiễm trùng
* Kiểm soát tốt đường huyết, huyết áp
* Giáo dục BN theo chế độ dinh dưỡng phù hợp
* Điều trị thiếu máu cho BN

1. **Mục tiêu điều trị**

* HA < 140/80 mmHg
* HbA1c <7%
* HGB 8-10
* Hết ổ nhiễm trùng
* Thay đổi lối sống:
  + Chế độ ăn: Na <6g/ngày
  + Giảm mỡ bão hoà, cholesterol
  + Giảm đạm, giảm kali

1. **Điều trị cụ thể**

* Ceftriaxon 2g 1 lọ  
  Natriclorua 0.9% 100mL x01 TTM XXX g/ph
* Mixtard 30/70  
  S: 24đv (TDD trước ăn 30p)  
  C: 16đv (TDD trước ăn 30p)
* Prednison 5mg  
  S: 1v (u) sau ăn  
  C: ½ v (u) sau ăn
* Agifuco 40mg 1v (u), S
* Lipotatu 20mg 1v (u), C sau ăn
* Kagasdin 20mg 1v (u), S trước ăn 30p
* Theo dõi M, HA, t, SpO2/12h
* CLS: BUN, Creatinine, Albumin, Protein máu, Ion đồ, TPTTBM, CRP, TPTNT, Cấy nước tiểu.

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 ĐTĐ 2 và tầm soát các biến chứng.
* Điều trị THA
* Kiểm soát mỡ máu
* Nguy cơ tái phát nhiễm trùng tiểu cao