**BỆNH ÁN**

# **I. Hành chính**

Họ và tên: Nguyễn Anh Thúy Giới: Nữ Tuổi: 41.

Nghề nghiệp: Điều dưỡng Địa chỉ: quận Tân Phú

Ngày nhập viện:18h55 ngày 4/5/2022.

Giường số 2, phòng số 39, Khoa Nội Thận, BVNTP.

# **II. Lý do nhập viện:** Phù toàn thân

# **III. Bệnh sử**

* BN có đang khỏe mạnh hay không? BN ĐTĐ 9 năm đang điều trị, 4 tháng trước BN đã được chẩn đoán HCTH, không điều trị cho đến lần NV này. (sau khi ra viện có thuốc không, không thì để không điều trị) ~~Cách nhập viện 11 ngày~~ 11 ngày nay, BN ~~cảm thấy~~ phù ở 2 chân ~~mềm,~~ không đỏ, không nóng, không đau, đối xứng 2 bên rồi lan ra toàn thân. Phù tăng dần, khoảng 5kg trong 1 tuần, làm bệnh nhân cảm thấy nặng người, giảm vào buổi tối khi bệnh nhân kê cao chân, bệnh nhân cảm thấy phù mặt nhiều hơn vào buổi sáng, bệnh nhân có đeo vớ áp lực nhưng không giảm (BN có tiền căn suy van TM chi dưới). Ngoài ra, bệnh nhân cảm thấy buồn nôn liên tục và nôn nhiều lần trong ngày. Ban đầu nôn ra thức ăn, sau đó nôn ra dịch nâu. Cách NV 5 ngày, bệnh nhân nhập viện NTP và phát hiện có thai 14 tuần, chưa rõ bệnh lý được chẩn đoán. Bệnh nhân chuyển viện Hùng Vương và mổ lấy thai theo lời khuyên của bác sĩ NTP (tại sao BN lại được chỉ định mổ lấy thai khi đã qua tam cá nguyệt 1). Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân xuất viện Hùng Vương nhưng vẫn còn phù, hết nôn ói. BN có điều trị gì không, chẩn đoán lúc xuất viện, tại sao BN lại nhập viện (nặng hơn, không thay đổi, giảm ko nhiều)
* Vào ngày nhập viện, bệnh nhân cảm thấy phù ngày càng nhiều nên nhập viện (bệnh nhân không chú ý cân nặng). Bệnh nhân uống ít nước, giảm số lần đi tiểu, mỗi ngày khoảng 1l nước tiểu, nước tiểu đục, có bọt. (màu gì, bọt lâu tan hay không)

[?] Suy TM chi dưới có gây phù toàn thân không? Không, chỉ phù khu trú ở chi dưới

[?] Buồn nôn và nôn nghĩ do nguyên nhân gì? Xem rối loạn tiêu hóa trên nền phù toàn thân phải nghĩ đến xơ gan, HC ure huyết cao (cấp hay mạn đều được), bệnh thận mạn

[?] Nôn ra dịch nâu? Hỏi thêm coi có phải XHTH trên không

[?] Có thai có thể ảnh hưởng đến việc phù không? Không vì phù nhanh, 5kg/1 tuần. Thai mà nghén, buồn nôn thì thường trong 3 tháng đầu

[?] Nguyên nhân tiểu đục (chất gì, có trong bệnh gì): nước tiểu có bạch cầu, xác tế bào, protein gặp trong NT tiểu, HCTH

Tình trạng lúc nhập viện:

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt, da xanh niêm nhạt (nguyên nhân do thận, tim-thiếu máu nhưng thường nhẹ)
* Sinh hiệu: mạch 89 lần/phút, HA 170/100 mmHg (nghĩ do nguyên nhân thuộc nhóm nào của phù toàn thân? Thận), nhiệt độ 37oC, SpO2 97%
* Trong quá trình phù, BN không khó thở khi gắng sức, không khó thở kịch phát về đêm ~~nhưng khó thở khi nằm khi bụng bệnh nhân to~~ (cái này cần thiết ko, vì bụng to nằm đương nhiên khó thở), ngồi dậy thì đỡ, không vàng da vàng mắt, không tiêu phân đen, phân máu, không nôn ra máu, không bị trĩ, ăn uống bình thường đủ 4 thành phần, không có chế độ ăn kiêng đặc biệt, không sốt, không ho, không đau họng.

# **IV. Tiền căn**

## 1. Cá nhân

* Sản phụ khoa: PARA 0212
* Nội khoa:
  + Cách nhập viện 8-9 năm, bệnh nhân bị đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Hòa Hảo. Đường huyết bệnh nhân không ổn định và đang được điều trị bằng insulin tiêm.

[?] ĐTĐ mà gây phù toàn thận thì do nguyên nhân thận, ĐTĐ làm BN kiêng cử quá -> suy dinh dưỡng, biến chứng suy tim của ĐTĐ, nội tiết – kèm rối loạn chức năng tuyến giáp (suy giáp)

[?] ĐTĐ type 2 mà dùng insulin -> giai đoạn nặng, suy tế bào gan, suy thận

* + Cách nhập viện 2-3 năm, bệnh nhân bị suy giãn TM sâu chi dưới khi khám sức khỏe ở BV Hòa Hảo nên sử dụng vớ áp lực nhưng không thường xuyên.

[?] Tại sao lại đi khám? Ghi nợ suy van TM sâu chi dưới

* + Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân bị phù như lần này và được chẩn đoán bị Hội chứng thận hư ở BV NTP – không để ở đây, để ở bệnh sử
  + Cách nhập viện 4 tháng, tại bệnh viện NTP. Bệnh nhân cũng được chẩn đoán rối loạn lipid máu, hiện đang điều trị đều; Tại đây bệnh nhân cũng được chẩn đoán tăng huyết áp, huyết áp cao nhất từng ghi nhận là 220 mmHg, hiện đang điều trị bằng thuốc uống. (thuốc gì?) – để hết vô BS
  + Cách nhập viện 4 tháng, bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu, hiện đang điều trị bằng thuốc. Khi phẫu thuật lấy thai ở bệnh viện Hùng Vương, bệnh nhân được truyền 2 đơn vị máu O.
  + Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân mắc COVID-19 nhẹ, khi đó đã tiêm ngừa 2 mũi pfizer. Sau đó BN thường xuyên bị khó thở. Khó thở từng cơn, mỗi cơn kéo dài 5p, khó thở thì hít vào. Tình trạng này khá phổ biến, cần suy xét đến hậu COVID-19
  + Chưa được chẩn đoán viêm gan. Chưa tiêm ngừa HBV, HCV.
  + Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, ~~bệnh tự miễn~~ (lupus ban đỏ: nữ trẻ, BN 41 tuổi thì ít khả năng, và TC có đống ĐTĐ... thì lupus ít nghĩ), bệnh lý khác
* Ngoại khoa: không ghi nhận tiền căn chấn thương. 2 lần trước đều sinh mổ tại sao BN sinh mổ?
* Thói quen: không HTL, không uống rượu bia, ăn mặn và nhiều dầu mỡ, công việc căng thẳng.
* Thuốc hóa chất– dị ứng: không dị ứng thuốc, thức ăn, bụi, phấn hoa,... -> ghi là không tiền căn dị ứng
* Dịch tễ: không ghi nhận

## 2. Gia đình

* Bố và mẹ đều bị tăng huyết áp và đái tháo đường (không rõ độ tuổi mắc). BN hỏi có di truyền hay không?

# V. Lược qua các cơ quan

* Tuần hoàn: Khó thở (-), xanh tím (-), đau ngực (-), đánh trống ngực (-), ho (-), ngất (-).
* Hô hấp: Ho (-), khó thở (-), Ho ra máu (-), xanh tím (-), đau ngực (-), sốt (-).
* Tiêu hoá: Đau bụng (-), trung tiện (-), buồn nôn (-), ợ nóng (-).
* Tiết niệu: Tiểu bọt màu vàng, lượng nước tiểu giảm so với bình thường.
* Thần kinh – cơ xương khớp: Đau khớp (-), đau đầu (-), Yếu liệt chi (-).

# VI. Khám 7h00 10/05/2022 sau NV mấy ngày? 6 ngày

Khám không thấy bất thường thì tại sao không được xuất viện

# Tổng quát

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
* Sinh hiệu:

Mạch: 96 lần/phút HA: 130/70 mmHg

Nhịp thở: 20lần/phút Nhiệt độ: 37oC

* Thể trạng:

Cân nặng: 54 kg Chiều cao: 1m60 BMI

* Da niêm nhạt, không khô, dấu xuất huyết rải rác ở 2 chân, không vàng da, vàng mắt, không móng sọc, không môi khô lưỡi dơ.
* Mạch ngoại biên rõ, đều, không tím môi và đầu chi, không ngón tay dùi trống.
* Hạch ngoại biên không sờ chạm, không có dấu mất nước, phù nhiều trắng mềm ấn lõm toàn thân.

1. Đầu mặt cổ

* Cân đối
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Không âm thổi động mạch cảnh, không tĩnh mạch cổ nổi

1. Lồng ngực

* Nhìn: Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không ổ đập bất thường, không tuần hoàn bàng hệ, KLS không dãn rộng.
* Sờ: Không có điểm đau
* **Tim**
* Sờ: không rung miêu, mỏm tim khoang liên sường IV-V đường trung đòn, diện đập 1x2. Dấu Harzer (-)
* Nghe: T1, T2 đều rõ, nhịp tim 96 lần/phút, nhịp tim trùng với nhịp mạch, không âm thổi, không tiếng tim bất thường
* **Phổi**
* Sờ: Rung thanh đều 2 bên.
* Gõ: gõ trong khắp phổi.
* Nghe: RRPN êm dịu 2 phế trường, không ran

1. Bụng

* Nhìn: Cân đối, có sẹo cũ do sinh mổ, không ổ đập bất thường, không tuần hoàn bàng hệ.
* Nghe: Nhu động ruột 6l/p, không âm thổi ĐMC bụng, ĐM thận
* Gõ: Gõ trong khắp bụng
* Sờ: Bụng mềm, không điểm đau khu trú.
* Gan lách không sờ chạm
* Chạm thận (-), bập bềnh thận (-), rung thận (-)

1. Cơ xương khớp – cột sống: Không biến dạng chi, không gù vẹo cột sống
2. Thần kinh : Cổ mềm, các chi vận động trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán của khoa? (Mốc là 3-6-7) HCTH

Từ đoạn này trở đi là chưa sửa

# **VII. Tóm tắt bệnh án**

BN nữ, 41 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 17 ngày, qua hỏi bệnh sử và thăm khám ghi nhận:

* TCCN:
* Phù toàn thân.
* Tiểu bọt.
* TCTT:
* Tăng HA khẩn cấp.
* Da niệm nhạt
* Tiền căn:
* PARA 0212
* Đái tháo đường type 2 8-9 năm, đường huyết không ổn định, đang điều trị.
* Suy van TM sâu chi dưới 2-3 năm.
* Hội chứng thận hư 4 tháng
* Rối loạn lipid máu 4 tháng, hiện đang điều trị.
* Tăng huyết áp 4 tháng, huyết áp cao nhất từng ghi nhận là 220 mmHg, hiện đang điều trị bằng thuốc.
* Thiếu máu, hiện đang điều trị bằng thuốc.
* Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân mắc COVID-19 nhẹ, đã tiêm ngừa 2 mũi prifzer.
* Phá thai ngày 1/5 tại bệnh viện Hùng Vương
* Gia đình có bố mẹ tăng huyết áp, đái tháo đường

# **VIII. Đặt vấn đề**

* Phù toàn thân
* Tăng huyết áp
* ĐTĐ type 2
* Thiếu máu

# **IX. Biện luận**

## 1. Phù toàn thân

* BN phù mềm, ấn lõm, không đau, (tăng 5 kg trong…).
* Phù 2 chân, 2 tay, bụng, mặt, phù đối xứng 2 bên.

## Nguyên nhân phù toàn thân:

* Suy tim: BN phù bắt đầu từ 2 chân, tăng nhiều hơn về chiều, có tiền căn tăng huyết áp, nhưng không có tiền căn bệnh lý tim mạch, diễn tiến phù tăng nhanh, không khó thở kịch phát về đêm, mỏm tim không lệch, nảy tốt, dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), gallop T3 (-), không rung miêu, không tĩnh mạch cổ nổi, ấn gan phồng cảnh (-), gan không to nên ít nghĩ.
* Xơ gan: BN phù chân trước báng bụng, không có HCSTBG (vàng da, xuất huyết dưới da, sao mạch, lòng bàn tay son), không có HCTALTMC (tuần hoàn bàng hệ, tiêu phân đen, nôn ra máu, trĩ) nên không nghĩ.
* Suy dinh dưỡng: BN có thể trạng thừa cân trước khi phù (BMI trước phù = ), ăn uống bình thường, đủ 4 thành phần, không có chế độ ăn kiêng đặc biệt, không phù mu bàn tay trước nên không nghĩ.
* Bệnh thận: BN có diễn tiến phù tăng nhanh, đột ngột, đối xứng, tiểu bọt, lượng nước tiểu giảm so với bình thường à nghĩ nhiều.

### + Tổn thương thận cấp: BN không thiểu niệu vô niệu à không nghĩ.

### + Bệnh thận mạn: BN không có tiền căn chẩn đoán bệnh thận mạn, có tiền căn HCTH và phù kéo dài, kèm thiếu máu nên không loại trừ.

### + Hội chứng viêm thận cấp: không loại trừ:

* Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm Streptococci: BN không nhọt da, không viêm họng trước đó # 1-2 tuần, không abscess à không nghĩ.
* Bệnh thận IgA: gần đây BN không ho, không sốt, không viêm họng cách đó 1-3 ngày, không tiêu chảy, không nôn ói à không nghĩ.
* Viêm thận do Lupus: BN nữ, 41 tuổi, không thấy hồng ban ở da, không đau khớp à không nghĩ.
* Viêm cầu thận tăng sinh màng: BN có THA, phù nhưng không tiểu đỏ, trước đó không có viêm họng à có nghĩ nhưng không phân biệt được trên lâm sàng.
* Hội chứng Alport: BN không có giảm thị - thính lực, không có tiền căn gia đình liên quan à không nghĩ.
* Hội chứng Goodpasture: BN không có tiền căn gia đình, không có ho ra máu à không nghĩ.

### Hội chứng thận hư (HCTH): BN phù trắng mềm, ấn lõm, không đau, phù nhanh, nhiều, đột ngột, đối xứng, phù toàn thân, tiểu ít hơn bình thường và tiểu bọt à nghĩ nhiều.

+ Thuần tuý/Không thuần tuý: không thuần tuý vì BN có THA và có thể có tiểu máu vi thể.

+ Nguyên nhân HCTH:

* + Thứ phát:
* Thuốc: không có tiền căn sử dụng thuốc (NSAIDs, lithium, captopril, thuốc cản quang,…) à không nghĩ.
* Dị ứng: trước đó không bị côn trùng hay vật cắn, không tiêm ngừa, không tiền căn dị ứng thuốc và thức ăn à không nghĩ.
* Nhiễm trùng:
  + - Lao: BN không có tiền căn lao, không có hội chứng nhiễm lao chung (mệt mỏi, biếng ăn, sụt cân, sốt nhẹ hay ớn lạnh về chiều tối) nên không nghĩ.
    - Viêm gan siêu vi B, C: Không có sốt, mệt mỏi hay chán ăn, tiền căn chưa ghi nhận viêm gan B, C nhưng không thể loại trừ.
    - Sốt rét: BN không có yếu tố dịch tễ, không sốt à không nghĩ.
* Bệnh hệ thống:
* Lupus: BN không hồng ban cánh bướm, không loét miệng, không ban da nhạy cảm ánh sáng, không viêm đa khớp à không nghĩ.
* Ung thư: BN không có tiền căn tiếp xúc độc chất, phóng xạ, không sụt cân bất thường, không có tiền căn gia đình ung thư à không nghĩ.
* Di truyền
  + - HC Alport: BN không điếc, không giảm thị lực, không ghi nhận tiền căn gia đình liên quan à không nghĩ.
* Chuyển hoá
  + - Đái tháo đường: BN có tiền căn ĐTĐ type II (9 năm) không kiểm soát tốt nên nghĩ nhiều.
* Nguyên phát:
  + Bệnh cầu thận sang thương tối thiếu, xơ chai cầu thận khu trú từng vùng, bệnh cầu thận màng, viêm cầu thận tăng sinh màng, viêm cầu thận tăng sinh gian mạch, viêm cầu thận tơ huyết & dạng miễn dịch, viêm cầu thận tiến triển nhanh & viêm cầu thận liềm: BN lần đầu ghi nhận phù toàn thân và HCTH năm 41 tuổi à không nghĩ.
* Biến chứng của HCTH:
* Cấp:
* Suy thận cấp: BN không thiểu niệu nên không nghĩ.
* Tổn thương thận cấp: không nghĩ.
* Tắc mạch: BN phù đều, mạch ngoại biên đều rõ, chi ấm, không có triệu chứng thuyên tắc phổi, bệnh mạch vành,… nên không nghĩ.
* Viêm mô tế bào: vùng phù không nóng đỏ, không đau à không nghĩ.
* Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: BN có tiêu chảy, đau bụng à Chọc dò dịch báng.
* Mạn:
* Tăng huyết áp: BN có HA lúc nhập viện 170/100 mmHg nên nghĩ nhiều.
* Xơ vữa ĐM, TM ngoại biên: BN có rối loạn lipid máu nên có nghĩ.
* Suy thận mạn: không thể loại trừ trên lâm sàng.

2. Tăng huyết áp:

BN có huyết áp thường ngày > 140 mmHg, từng đi khám vì cơn THA nên có THA mạn.

\*Nguyên nhân

- Thứ phát

Do thuốc: : chưa ghi nhập tiền căn sử dụng cam thảo, thuốc kháng viêm corticoid kéo dài nên không nghĩ.

Hẹp eo động mạch chủ: bệnh nhân có tứ chi cân đối, mạch tay chân rõ, không nghe thấy âm thổi vùng liên bả vai, giữa cột sống nên không nghĩ.

Bệnh lý thận:

+ Nhu mô thận:

VCTC: BN không tiểu máu, không tiểu ít, không có tiền căn nhiễm liên cầu trùng nhưng có phù nên vẫn nghĩ.

HCTH: BN phù, tiểu bọt, không tiểu ít, phù nhanh, phù mi mắt nên nghĩ nhiều.

Bệnh thận mạn: BN có da niêm nhạt, phù nên có thể nghĩ => microalbumin nước tiểu 24h ,(ACR niệu), TPTNT.

-> Nghĩ nhiều do bệnh lý thận

Bệnh nội tiết:

+ Bệnh to đầu chi: ngón tay bệnh nhân ko to

+ Cường giáp: Bệnh nhân không sụt cân, không sợ nóng, không sốt, không hồi hộp đánh trống ngực, không mạch nhanh, không kích động, không tiêu chảy, tuyến giáp không to, chưa ghi nhận tiền căn cường giáp, phình giáp nên không nghĩ.

+ Nhược giáp: Bệnh nhân thể trạng trung bình, tri giác tỉnh táo, không sợ lạnh, khám: tuyến giáp không to, mạch không chậm, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tuyến giáp nên không nghĩ.

+ U tủy thượng thận: không có tha dạng cơn, trước khi lên cơn bệnh nhân không có tiền triệu đau bụng, không có cảm giác kiến bò vọp bẻ, không đỏ bừng mặt khi THA không đau đầu, không hồi hộp, không có nhịp nhanh nên không nghĩ.

+ Cường aldosterone nguyên phát: BN có phù nhưng không thiểu niệu, không yếu liệt chi nên không nghĩ. -> ion đồ, định lượng aldosterone trong máu do vẫn có trường hợp cường aldosterone ko triệu chứng

+ HC cushing: BN không có các triệu chứng như mặt tròn, da mỏng, tay chân teo, không có tiền căn sử dụng corticoid nên không nghĩ.

3. Thiếu máu:

- Giảm sản xuất tại tủy xương: do thiếu hụt yếu tố kích thích (erythropoietin) do thận sản xuất ở BN bị bệnh thận mạn à Nghĩ nhiều.

+ Thiếu nguyên liệu: do bệnh nhân ăn ít trong quá trình bệnh, chế độ ăn theo sở thích, uống rượu nhiều nên cũng có khả năng thiếu các nguyên liệu như sắt, folic acid, B12.

+ Tán huyết do hội chứng ure huyết cao: ÍT NGHĨ do bệnh nhân không có các triệu chứng của hội chứng ure huyết cao (ngứa, sạm da, nôn, buồn nôn).

+ Mất máu: BN có xuất huyết da nên có nghĩ.

**X. Chẩn đoán**

## 1. Chẩn đoán sơ bộ

* HCTH thứ phát không thuần tuý do ĐTĐ type II không kiểm soát biến chứng tăng huyết áp, suy thận mạn.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

* Viêm cầu thận tăng sinh màng, biến chứng tăng huyết áp, suy thận mạn/ĐTĐ type II.

# **XI. Đề nghị cận lâm sàng**

## 1. CLS thường quy

* Công thức máu
* Tổng phân tích nước tiểu
* Sinh hóa máu
* Creatinin huyết thanh, ure huyết
* AST, ALT
* Đường huyết, điện giải đồ
* ECG
* XQ ngực thẳng

## 2. CLS chẩn đoán

* BUN, creatinin máu.
* Albumin máu, protein máu, bilan lipid máu.
* TPTNT, đạm niệu 24h, soi cặn lắng nước tiểu, điện di đạm niệu.
* Đường huyết đói, HbA1c.
* ASO.
* HBsAg, anti-HCV.
* ANA, anti-dsDNA.
* Sinh thiết thận.

# **XII. Cận lâm sàng**

## 1. Tổng phân tích nước tiểu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yêu cầu xét nghiệm** | **Kết quả xét nghiệm** | **Khoảng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| pH | **8** | 4.8 – 7.4 |  |
| Tỷ trọng | **1.007** | 1.015 – 1.025 |  |
| Protein | **1** |  | g/l |
| Glucose | Âm |  | mmol/L |
| Thể cetonic | Âm |  | mmol/L |
| Hồng cầu | Âm |  | Ery/μL |
| Bạch cầu | Âm |  | Leu/μL |
| Nitrit | Âm |  |  |
| Bilirubin | Âm |  | μmol/L |
| Urobilinogen | Âm |  | μmol/L |

Xem lại tiêu chuẩn bất thường của HCTH

xem tiêu chuẩn tiểu đạm vi lượng, đại lượng; chọn lọc và không chọn lọc

## 2. Xét nghiệm sinh hoá

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yêu cầu xét nghiệm** | **Kết quả** | **Khoảng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| Urea | 5.54 | 3.00 – 9.2 | mmol/L |
| Glucose |  | 4 – 5.9 | mmol/L |
| HbA1C |  | 4 – 6.2 | % |
| Creatinin vừa là XN thường quy vừa là XN biến chứng | **1** | 49 - 100 | umol/L |
| eGFR (CKD – EPI) | **36.67** | >= 90 | ml/phut/1.73m2 |
| Acid Uric |  | 155 - 428 | umol/L |
| Cholesterol toàn phần |  | 3.9 – 5.1 | mmol/L |
| Triglycerid |  | 0.46 – 1.7 | mmol/L |
| HDL - C |  | 0.9 – 1.55 | mmol/L |
| LDL - C |  | 0 – 2.5 | mmol/L |
| SGLT (AST) | 12.8 | 0 - 34 | U/L |
| SGPT (ALT) | 7.4 | 0 - 34 | U/L |
| GGT |  | 0 - 53 | U/L |
| CPK - MB |  | 0 - 23 | U/L |
| Na+ | **134** | 136 - 146 | mmol/L |
| K+ | **3.2** | 3.4 – 4.5 | mmol/L |
| Cl- | **100.7** | 101 - 109 | mmol/L |
| Ca++ (Ca toàn phần) |  | 2.2 – 2.66 | mmol/L |
| TROPONIN 1hs |  | Nam: 0 – 0.034  Nữ: 0 – 0.017 | ng/mL |

BN kiêng cử

dùng lợi tiểu thải muối: mệt mỏi, vọp bẻ

## 3. Xét nghiệm đông máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yêu cầu xét nghiệm** | **Kết quả xét nghiệm** | **Khoàng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| TQ (PT) | **9.3** | 9.7 – 11.4 | giây |
| PT | **129.4** | 89 – 129 | % |
| T | 11 |  | giây |
| INR | **0.87** | 0.89 – 1.13 |  |
| TCK (Aptt) | **15.9** | 23 – 28 | giây |
| t | 27.2 |  | giây |

## 5. Tế bào máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yêu cầu xét nghiệm** | **Kết quả xét nghiệm** | **Khoảng tham chiếu** | **Đơn vị** |
| Số lượng bạc cầu |  | 4.0 – 10.0 | G/L |
| Trung tính % | **75.3** | 45 – 75 | % |
| Lympho % | **14** | 20 – 35 | % |
| Mono % | 7.4 | 4 – 10 | % |
| Ưa axit % | **30** | 1 – 8 | % |
| Ưa bazo % | 0.3 | 0 - 2 | % |
| Trung tính | 7.1 | 1.8 – 7.5 | G/L |
| Lympho |  | 0.8 – 3.5 | G/L |
| Mono | 0.7 | 0.16 – 1.0 | G/L |
| Ưa axit | 0.28 | 0.01 – 0.8 | G/L |
| Ưa bazo | 0.03 | 0.0 – 0.2 | G/L |
| Số lượng hồng cầu | 3.84 | 3.8 – 5.5 | T/L |
| Huyết sắc tố | **100** | 120 – 150 | g/L |
| Hematocrit | **0.303** | 0.35 – 0.45 | L/L |
| MCV | 78.9 | 78 – 100 | fL |
| MCH | **26** | 26.7 – 30.7 | pg |
| MCHC | 330 | 320 – 350 | g/L |
| RDW | 12.9 | 11.5 – 14.5 | %CV |
| Số lượng tiểu cầu |  | 150 – 400 | G/L |
| MPV | 8.8 | 7.0 – 12.0 | fL |
| PCT | 0.27 | 0.19 – 0.36 | % |
| PDW | 8.5 | 9.8 – 15.2 |  |