***Nhóm 3 – Tổ 5 – Y13A – Đợt 3***

**BỆNH ÁN NỘI THẬN**

**I. Hành Chính**

Họ và tên: Nguyễn Thị Ngọc Kiều Nữ Năm sinh: 1976 (43 tuổi)

Nghề: Buôn bán

Địa chỉ: Càng Long, Trà Vinh

Ngày nhập viện: 19/02/2019

Giường 20- phòng 4- khoa Nội Thận bệnh viện Chợ Rẫy

SNV: 2190016309

**II. Lý do nhập viện:** Nôn ói

**III. Bệnh sử**

~~BN được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 4 cách đây 1.5 năm được theo dõi và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa thận, tăng huyết áp 10 năm~~

~~Cách 10 tháng, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối (Creatinin 4.54 mg/dL, eGFR 11.15 mL/min/1.73m2)~~ đây là giai đoạn mà BN sẽ phụ thuộc hoàn toàn và vĩnh viễn vào điều trị thay thế thận. (Thực ra BN đã được tư vấn chạy thận nhưng từ chối)

Lý do từ chối thường là do vấn đề tài chính (chi phí chạy thận khoảng 12 triệu/lần, nếu có BHYT sẽ chi trả 80% -> giảm rất nhiều chi phí)

Quá trình bình thường của 1 BN vào giai đoạn 5 -> chạy thận/ thẩm phân (thường mất 1 năm để điều chỉnh điện giải…) -> ghép thận. 1 số BN muốn đi con đường tắt ko qua chạy thận = được hiến tạng. (BN này đã có ý định ghép thận từ em gái nên đã ko chịu chạy thận cho tới lúc nhập viện)

~~Cách 4 tháng, Creatinin 11.87 mg/dL, eGFR 3.49 mL/min/1.73m2 (CKD-EPI)~~ Thời điểm này BN đã có HC ure huyết rồi nên cần phải khai thác kỹ triệu chứng của nôn ói của BN (nếu nghĩ nó là của HC ure huyết thì bệnh sử đã là từ 4 tháng nay)

Chỉ định chạy thận cấp cứu

* **I**ntoxication
* **A**cidosis
* **E**lectrolyte: ↑K, ↓Na
* **O**verload
* **U**remia: Cre > 8mg/dL, BUN > 100 mg/dL

Giai đoạn cách 4 tháng Cre = 11.87 => cần phải chạy thận rùi !

Siêu âm thận của BN ra sao ??? (Xui là ca này có siêu âm 2 lần, lần gần nhất cách đây vài tháng tại Chợ Rẫy nhưng bv giữ lại kết quả, BN chỉ biết là thận 2 bên đều teo)

Tiêu chuẩn kích thước thận

* Bình thường: dài # 120 mm (nữ: 90-100 mm)
* Teo: 80-85 mm

BN được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 5 cách đây 10 tháng, theo dõi và điều trị tại bv Chợ Rẫy, THA 10 năm

Creatinin cách 4 tháng 11.87 mg/dL, eGFR 3.49 mL/min/1.73 m2 (CKD-EPI)

- Cách nhập viện 1 tuần, BN bắt đầu cảm thấy buồn nôn, nôn 4-5 lần trong ngày (nôn ra dịch lỏng, kèm thức ăn, không nhầy máu, không rõ lượng), ăn không ngon, chỉ ăn được đồ lỏng, kèm ngủ không được, nhức đầu nhiều (nhức đầu vùng trán và sau gáy, không lan, âm ỉ liên tục), hơi thở có mùi khai, không kèm ợ hơi, ợ chua, không đau bụng, tiểu vàng trong không rõ lượng, ít đi tiêu phân, không chóng mặt. (chưa khai thác rõ về lượng dịch mất qua nôn ói, bù có đủ ko, uống bao nhiêu… => tìm dấu hiệu của mất nước) Sau đó BN đi khám bệnh viện Chợ Rẫy để làm thủ tục ghép thận, BN muốn được hưởng theo BHYT nên xin về nhà để xin giấy chuyển tuyến từ bệnh viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh. Trong quá trình chờ đủ giấy tờ (khoảng 1 tuần), BN vẫn tiếp tục dùng thuốc theo đơn cũ nhưng không thuyên giảm cho tới lúc nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy (Quá dài dòng không cần thiết)

- Đơn thuốc gần nhất mà bệnh nhân điều trị tới lúc nhập viện trong 1 tuần (với chẩn đoán Tăng huyết áp – Bệnh thận mạn giai đoạn 5 – Viêm dạ dày):

Amlodipine 5mg (CAMBER) 1v x 2 (u) (liều 10mg đây là liều max)

Betaloc Zok 50mg 1v (u) (Metoprolol – thuốc ức chế β -> nguy hiểm vì thường kèm BC tim mạch (suy tim…) => thận trọng, phải có siêu âm, ion đồ ( ↑K)

Furosemid 40mg (Furosan) 1v (u) (khi GFR giảm càng nhiều -> dễ đề kháng thuốc -> cần tăng liều 2v/ngày)

Ketosteril 2v x 2 (u) ( là các a amin giúp kìm hãm ↑ure bằng cách kết hợp với các sản phẩm azot tạo thành các protein tân tạo để ko chuyển hóa thành ure). Người ta ghi nhận là thuốc này ko hiệu quả trong việc làm chậm diễn tiến suy thận nhưng cũng chưa có ghi nhận là có tác hại gì cả => xài cũng dk, giúp BN yên tâm

Calci D 1v (u) (đây là dạng 25-OH-cholecalciferol được chuyển hóa tại gan và sau đó sẽ tới thận để được chuyển thành 1,25-dihydroxyvitamin D đây mới là dạng hoạt động của VitD. Mà BN CKD thì thận đã suy CN rùi nên uống Calci D vô cũng vô dụng vì nó ko được thận gắn thêm gốc OH để thành 1,25-dihydroxyvitamin D (dạng này có trong thuốc Rocaltrol, Rocitrol)

Ferrovit 1v (u) (gồm Fe, acid folic…)

Neurobion 1v (u) (vitamin B)

Natri Bicarbonat 500mg 1v x 3 (u) (chỉ định: ↑K, toan chuyển hóa)

Fexogold 40mg 1v (u)

Melatonin 5mg 1v (u)

Epokine 4000 IU TDD 1 ống/tuần

- Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu:

M: 88 l/ph HA: 110/70 mmHg

T = 37 độ C NT: 20 l/ph

Thể trạng: CN 50 kg, CC 156 cm => BMI = 20.54

Niêm nhợt

- Diễn tiến sau nhập viện:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ngày | Diễn tiến bệnh | Điều trị |
| 20/2/2019 (8h45) | Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.  HA 130/80 mmHg  Phù nhẹ chân  Tim đều  Phổi không rale  Bụng mềm  ( BUN: 182 mg/dl, creatinine: 23, 37 mg/dl) | * Chỉ định lọc máu cấp cứu * Amlor 5mg   1 viên x 2 (u)   * Omeptul 20 mg   1 viên (u) |
| 21/02/2019 (9h45) | Bệnh nhân tỉnh, mệt, không khó thở  Không sốt, tiểu được 1l/ ngày  Tim đều  Phổi không rale  Bụng mềm’  (BUN: 83 mg/dl, creatinine: 13.13 mg/dl) | * Chỉ định lọc máu cấp cứu * Amlor 5mg   1 viên x 2 (u)   * Omeptul 20 mg   1 viên (u) |

Lúc này lọc máu phải cẩn thận, thường người ta sẽ ko làm giảm Cre quá 10 mg/dL vì nguy cơ phù não, động kinh (do nồng độ BUN trong tế bào còn cao -> hút nước vào TB)

**IV. Tiền căn**

**1. Bản thân**

**a. Nội khoa** (Nên hỏi kỹ phần dinh dưỡng, chế độ ăn, có tiết chế gì không vì BN này thiếu máu mạn mà đã xài EPO đủ liều nhưng thiếu máu vẫn tiến triển -> có thể do dinh dưỡng kém.)

- Cách đây 10 năm, BN đi mổ bướu tay (T) thì phát hiện tăng huyết áp, huyết áp lúc chẩn đoán là 170/? mmHg (tại bệnh viện Hòa Hảo), từ đó BN điều trị thường xuyên theo bác sĩ chuyên khoa tim mạch (Bisoprolol), HA trung bình khoảng 130/? mmHg.

- Cách đây 1.5 năm, BN đột nhiên đau đầu nhiều, ngủ không được, kèm chóng mặt nên đi khám bệnh viện huyện và được chẩn đoán là cơn tăng huyết áp, huyết áp lúc đó là 180/? mmHg và nằm điều trị khoảng 3 ngày thì được cho về. Sau đó BN tự đi khám phòng khám đa khoa tại tpHCM phát hiện có bệnh thận mạn giai đoạn 4 không rõ điều trị và kết quả xét nghiệm, BN có được siêu âm thận (thận 2 bên không đều ?). Từ đó BN bắt đầu đi khám định kỳ mỗi tháng bác sĩ tư phòng khám chuyên khoa nội thận – tiết niệu

- Cách đây 10 tháng, BN được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối và đã được tư vấn các phương pháp điều trị thay thế thận. BN xin đăng ký ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy (em gái là người cho thận). Trong quá trình làm hồ sơ giấy tờ để chờ ghép thận BN từ chối chạy thận nhân tạo và vẫn tiếp tục điều trị tái khám hàng tháng tại phòng khám chuyên khoa nội thận – tiết niệu. Vài tháng gần đây, BN không đi tái khám mà tiếp tục điều trị theo toa cũ (có ghi ở trên) cho tới lúc nhập bệnh viện Chợ Rẫy.

- Kết quả xét nghiệm từ thời điểm đăng ký ghép thận:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nơi làm xét nghiệm** | **Chợ Rẫy** | **Chợ Rẫy** | **PKĐK 548** | **Chợ Rẫy** | **PKĐK 548** | **Chợ Rẫy** |
| **Thời gian** | **5/2018** | **6/2018** | **7/2018** | **8/2018** | **9/2018** | **10/2018** |
| BUN | **40 mg/dL** | **71** | **81.1** | **90** | **91.3** | **88** |
| Creatinin | **4.54 mg/dL** | **5.27** | **7.5** | **7.56** | **10.9** | **11.87** |
| eGFR | **11.15** | **9.31** | **6.32** | **6.02** | **3.88** | **3.49** |
| Acid uric | **8.5 mg/dL** |  | 5.2 |  | 5.1 |  |
| Hb | **95 g/L** | **98** | **96** | **98** | **91** | **105** |
| Hct | **27.5%** | **28.7** | **28.8** | **28.7** | **27.5** | **30** |
| MCV | 85.4 fL | 90 | 89 | 88.9 | 87 | 86.8 |
| MCH | 29.5 pg | 30.7 | 29.5 | 30.2 | 28.7 | 30.6 |
| WBC | 5.53 G/L | 6.12 | 9.3 | 6.0 | 4.8 | **13.25** |
| PLT | 260 G/L | 279 | 314 | **476** | 303 | 302 |
| Vs 1h | **85 mm** |  |  |  |  | **2 mm** |
| Vs 2h | **115 mm** |  |  |  |  |  |
| PT | 10 s |  |  |  |  |  |
| INR | **0.92** |  |  |  |  |  |
| FIB | **5.8** |  |  |  |  |  |
| APTT | 26.2 |  |  |  |  |  |
| Na | 139 mmol/L | 139 | 139 | **130** | 138 | 138 |
| Cl | 106 mmol/L | 106 | 100 | 98 | 99 | **107** |
| K | 5 mmol/L | 5.2 | **5.7** | 4.3 | 5.3 | 4.5 |
| Ca TP | 2.2 mmol/L | **2.12** | **1.8** | **2.08** | 2.1 | 2.1 |
| Magnesium | 0.9 mmol/L |  | 2.4 mg% |  | 2.7 mg% |  |
| Phospho vô cơ | **42.8 mg/L** |  | **5.0mg%** |  | **5.6mg%** |  |
| fT3 | 2.13 pg/mL |  |  |  |  |  |
| fT4 | 11.3 pg/mL |  |  |  |  |  |
| PTH | **47.6 pg/mL** |  |  |  |  |  |
| TSH | 1.67 mIU/L |  |  |  |  |  |
| Fe | **5 umol/L** |  | **5.6uM/L** |  | 11.7 |  |
| Ferritin | 405.4 ng/mL |  |  |  |  |  |
| Glucose | 82 mg/dL | 82 |  |  |  |  |
| Cholesterol | 186 mg/dL |  |  |  |  |  |
| HDL | **40 mg/dL** |  |  |  |  |  |
| LDL | 105.1 mg/dL |  |  |  |  |  |
| TG | 120 mg/dL |  |  |  |  |  |
| Albumin máu | 3.8 g/dL |  |  |  |  |  |
| Protid máu | 6.2 g/dL |  |  |  |  |  |
| Điện di protein huyết thanh  Albumin  Alpha 1  Alpha 2  Beta  Gamma  A/G ratio | 47.3 %  3.5 %  13.5 %  13.8 %  21.9 %  0.9 |  |  |  |  |  |
| ALT | 9 U/L |  |  |  |  |  |
| AST | 16 U/L |  |  |  |  |  |
| Bilirubin-T | 0.33 mg/dL |  |  |  |  |  |
| Bilirubin-D | 0.1 mg/dL |  |  |  |  |  |
| Bilirubin-I | 0.23 mg/dL |  |  |  |  |  |
| TPTNT  Protein NT  Blood  Leukocytes | ++100mg/dL  + 10RBC/uL  +75WBC/uL |  | 165  15-20/QT40  5-7/QT40 |  | 80  8-10/QT40  1-2/QT40 | Neg  Neg  Neg |

Suy thận mạn gđ cuối việc ước đoán tốc độ tiến triển ko có ý nghĩa

- Cách đây 9 tháng, BN được chẩn đoán viêm dạ dày Hp (-) đã làm nội soi.

- BN thỉnh thoảng bị phù chân nhưng tự hết trong ngày, kèm thường xuyên đau khớp bàn ngón chân T

- Chưa ghi nhận tiền căn đái tháo đường, sỏi thận

**b. Ngoại khoa**

- Cách đây 10 năm, mổ bướu tay bên T

**c. Sản khoa**

- PARA 2032, còn kinh nguyệt

**d. Thói quen, dị ứng**

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng, không hút thuốc lá, không uống rượu

**2. Gia đình**

- Cha bị tăng huyết áp

**V. Lược qua các cơ quan**

- Tim mạch: không hồi hộp, không đau ngực

- Hô hấp: không ho, không khó thở

- Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn

- Tiết niệu: tiểu vàng trong, lượng khoảng 500 ml/ngày

- Thần kinh-cơ xương khớp: nhức đầu, khó ngủ, đau âm ỉ liên tục các khớp bàn ngón chân trái, không sưng nóng.

- Chuyển hóa: không phù, không sốt

**VI. Khám (6h45 ngày 21/02/2019, 2 ngày sau nhập viện)**

**1. Tổng trạng**

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt

- Sinh hiệu:

Mạch: 80 l/ph Huyết áp: 140/90 mmHg

Nhịp thở: 22 l/ph Nhiệt độ: 37 độ C

- Thể trạng trung bình: CN 50 kg, CC 156 cm => BMI = 20.54 kg/m2

- Chi ấm, mạch rõ

- Da niêm nhợt

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

- Không phù

**2. Đầu mặt cổ**

- Cân đối, không biến dạng

- Khí quản không lệch

- Tuyến giáp không to

- TMCN/45 (-)

**3. Lồng ngực**

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không dấu sao mạch

- Tim: mỏm tim KLS V đường trung đòn T, diện đập 1x1 cm, T1 T2 đều rõ tần số 80 l/ph, không âm thổi

- Phổi: Không rale, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường

**4. Bụng**

- Bụng mềm, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở, không u sẹo, không tuần hoàn bàng hệ

- Nhu động ruột 5 l/ph

- Bụng ấn không đau

- Gan lách không sờ chạm

- Thận: rung thận (-), chạm thận (-)

**5. Cơ xương khớp:**

- Sức cơ 5/5, không giới hạn vận động

- Các khớp không sưng, nóng, đỏ

**6. Thần kinh**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú

**VII. Tóm tắt bệnh án**

BN nữ (43 tuổi) nhập viện vì nôn ói, bệnh 1 tuần, có các bất thường sau:

TCCN

- Buồn nôn, nôn ói

- Chán ăn

- Hơi thở mùi khai

- Đau đầu

- Mất ngủ

- Đau khớp bàn ngón chân T

TCTT

- Da niêm nhạt

- Huyết áp 140/90 mmHg

- Tiểu 500 ml/ngày

Tiền căn: Tăng huyết áp 10 năm, bệnh thận mạn 1.5 năm, viêm dạ dày Hp(-)

**VIII. Đặt vấn đề**

1. ~~Hội chứng ure huyết cao~~ (đây là chẩn đoán dựa vào CLS BUN Cre , hồi cứu: nếu sau 2 lần chạy thận mà TC nôn buồn nôn hết thì nôn buồn nôn này mới được xem là của ure huyết)
2. ~~Tăng huyết áp~~
3. ~~Bệnh thận mạn giai đoạn cuối~~
4. ~~Thiếu máu mạn~~
5. ~~Đau khớp bàn ngón chân (T)~~

1. Nôn 1 tuần + mất nước độ?/ ko mất nước

2. Bệnh thận mạn gđ cuối (BUN↑, Cre↑ )

3. THA

4. Thiếu máu mạn

**XIV. Chẩn đoán**

1. Chẩn đoán sơ bộ: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối nghĩ do tăng huyết áp biến chứng thiếu máu mạn/Thoái hóa khớp
2. Chẩn đoán phân biệt: Tổn thương thận cấp/ Bệnh thận mạn giai đoạn cuối biến chứng thiếu máu mạn/ Tăng huyết áp/ Gout

**XV. Biện luận:**

1. Hội chứng ure huyết cao

Bệnh nhân có đau đầu, nôn ói, chán ăn, hơi thở có mùi khai, khó ngủ kéo dài 1 tuần trên nền bệnh nhân có bệnh thận mạn nên nghĩ BN có hội u ure huyết cao. Các nguyên nhân gây ra hội chứng ure huyết cao:

* Trước thận: không ghi nhận tình trạng hạ HA, không có tiền căn bệnh lí tim mạch, không khó thở, chưa ghi nhận xuất huyết, nôn ói nhưng lượng không nhiều, không khám thấy dấu mất nước, chưa ghi nhận bệnh lí gan mạn tính nên không nghĩ.
* Tại thận:
  + Suy thận mạn: nghĩ nhiều vì bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối, trong 1 năm nay, độ lọc cầu thận giảm nhanh, triệu chứng xuất hiện từ từ. Đề nghị B.U.N, creatinine, ion đồ
  + Tổn thương thận cấp: BN nữ giới, đã được chẩn đoán bệnh thận mạn và tăng huyết áp là yếu tố nhạy cảm của tổn thương thận cấp. 1 tuần này, bệnh nhân thường xuyên nôn ói nên có nghĩ.
* Sau thận: bệnh nhân không đau hông lưng, tiểu vàng trong không gắt buốt, chưa ghi nhận tiền căn sỏi thận, u đường tiết niệu nên không nghĩ

1. Tăng huyết áp: bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ổn trong nhiều năm, là 1 yếu tố thúc đẩy bệnh thận mạn nên cần kiểm soát tốt. Tầm soát các biến chứng tăng huyết áp:

* Tim mạch: đề nghị ECG và siêu âm tim
* Mắt: đề nghị soi đáy mắt

1. Bệnh thận mạn giai đoạn cuối: bệnh nhân có hội chứng ure huyết cao nên được tư vấn điều trị thay thế thận
2. Thiếu máu mạn: bệnh nhân có niêm nhạt, không có tình trạng xuất huyết, tán huyết cấp tính, không thay đổi huyết động, tiền căn có Hb và Hct giảm kéo dài. Các nguyên nhân:

* Giàm sản xuất:
  + Thiếu nguyên liệu: bệnh nhân ăn uống đầy đủ, thể trạng trung bình, không có tình trạng viêm nhiễm mạn tính nên không nghĩ
  + Thiếu EPO: có nghĩ vì bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn nhiều năm
* Tăng tiêu thụ: không nghĩ do không ghi nhận nôn ra máu, tiêu phân đen, nước tiểu vàng trong, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lí huyết học nên không nghĩ.

1. Đau khớp bàn ngón chân (T):

* Thoái hóa khớp: có nghĩ. Đề nghị X-quang bàn chân
* Gout: trên nền bệnh nhân bệnh thân mạn nên có nghĩ. Đề nghị acid uric máu. Tuy nhiên không ghi nhận sưng nóng đỏ đau các khớp, không ghi nhận nốt tophi nên ít nghĩ hơn thấp khớp

**XVI. Đề nghị cận lâm sàng**

1. **CLS chẩn đoán:** BUN, creatinine, tổng phân tính nước tiểu, Albumin niệu 24h, Creatinin niệu, định lượng acid uric máu, công thức máu, siêu âm bụng, ion đồ, ECG, siêu âm tim, soi đáy mắt, X-quang bàn chân.
2. **CLS thường quy:** AST, ALT, đường huyết

**XVII. Kết quả cận lâm sàng:**

1. Sinh hóa:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 19/2 | 21/2 | Đơn vị | Chỉ số bình thường |
| BUN | 182 | 83 | mg/dL | 7 – 20 |
| Creatinine | 23,37 | 13,13 | mg/dL | 0.7 – 1.5 |
| eGFR (CKD-EPI) | 1,53 | 3,07 | ml/min/1,73m2 da | >= 90 |

- Bệnh nhân có eGFR < 15 ml/min/1,73m2 da từ tháng 5/2018 đến nay phù hợp với chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

- Lúc nhập viện ngày 19/2, bệnh nhân có lâm sàng của hội chứng ure huyết cao, eGFR 1,53ml/min/1,73m2 da, BUN > 100 mg/dl, Creatinine > 10mg/dl nên có chỉ định điều trị thay thế thận. Ngày 21/2, eGFR bệnh nhân tăng lên 3,07 ml/min/1,73m2 da nghĩ do chạy thận có hiệu quả.

- Bệnh nhân tăng Creatinine đột ngột lên 23,37 mg/dl nên nghĩ có yếu tố thúc đẩy bệnh nhân vào tổn thương thận cấp

2. Ion đồ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 19/2 | 21/2 | Đơn vị | Chỉ số bình thường |
| Na+ | 129 | 138 | mmol/L | 135 – 150 |
| K+ | 4.9 | 4.0 | mmol/L | 3.5 – 5.5 |
| Cl- | 95 | 104 | mmol/L | 98 – 106 |
| Ca TP | 2.36 |  | mmol/L |  |

- Bệnh nhân có tình trạng hạ Na+ máu nhẹ có thể do nôn ói nhiều.

Ion đồ ko có chỉ định chạy thận. Lưu ý cô sẽ hỏi về điều trị nội khoa TH tăng K máu (chạy thận là khi nào điều trị nội khoa thất bại)

Ca này tiếc là ko có TPTNT (vì khi thi cô sẽ bắt đọc TPTNT)

3. Công thức máu 19/2:

**RBC 2.84 T/L (3,8 – 5,5)**

**Hb 83 g/L (120 – 170)**

**Hct 24.5 % (34 – 50)**

MCV 86.2 fL (78 – 100)

MCH 29.1 pg (24 – 33)

WBC 5.4 G/L (4 – 11)

%NEU 55.1 (45 – 75)

%LYM 30.2 (20 – 40)

PLT 240 G/L (200 – 400)

Bệnh nhân có Hb 83g/L < 120g/L nên có tình trạng thiếu máu. Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào và mức độ thiếu máu trung bình phù hợp với bệnh thận mạn giai đoạn cuối

Thiếu máu của BN phù hợp với bệnh thận mạn gđ cuối

Nếu Hb<8, Hct <20% => Thiếu máu nặng hơn mức độ suy thận

Trong HC ure huyết: BUN↑, Cre↑ -> tìm đường thải -> qua ruột -> ure được chuyển thành NH3 -> hơi thở có mùi amoniac đồng thời còn gây viêm ruột -> xuất huyết tiêu hóa. Có thể điều trị bằng cách khuyên BN súc miệng thường xuyên (nước muối/ Orafar/ oxy già pha loãng)

4, Đông máu toàn bộ:

PT 10.2 s (10 – 13)

INR 0.94 (1 – 1.2)

FIB 3.1 g/L (2 – 4)

APTT 27.4 s (26 – 37)

APTT® 1.00 (0,8 – 1,2)

**XVIII. Chẩn đoán xác định**

Bệnh thận mạn G5 A1 nghĩ do tăng huyết áp biến chứng thiếu máu mạn mức độ trung bình/Thoái hóa khớp

**XIX. Điều trị**

1. Nôn -> ion đồ, mất nước ? + điều trị chống nôn -> tìm NN

Nếu BUN Cre tăng -> BN được chạy thận -> Nôn giảm thì ko cần tìm NN của nôn

Điều trị nôn:

- Metoclopramide 10mg 1 ống x2 hoặc

- Atropine ¼ mg 1 ống hoặc

- PPIs (nếu nghĩ do bệnh lý viêm dạ dày)

2. Chạy thận cấp cứu

3. THA mục tiêu 140/90

- BN hiện đã đạt (chạy thận có thể hạ áp) -> theo dõi

- Nếu HA tăng sau đó -> đầu tiên có thể điều trị vs Amlodipine 5mg

- BN càng suy thận thì HA kiểm soát càng khó -> số lượng thuốc càng tăng

4. Thiếu máu mạn (thiếu máu đẳng sắc đẳng bào)

- Thử tăng liều EPO hoặc vẫn giữ liều 4000 IU nhưng tăng lên 2 lần/tuần

- Đánh giá dinh dưỡng (albu…) -> cải thiện dinh dưỡng

- Giai đoạn 5: Pro 0.8 g/kg/ngày

- Chạy thận: pro 1-1.2 g/kg/ngày

\*\*\* Tổng Fe trong cơ thể = Fe lưu hành + Fe trong cơ quan + Fe dự trữ. Thiếu sắt là khi tổng lượng sắt trong cơ thể giảm => Thiếu sắt mà gây thiếu máu là tình trạng nặng nhất của thiếu sắt. BN điều trị EPO đủ liều nhưng ko cải thiện thiếu máu => có thể dự trữ sắt đã hết

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vấn đề** | **Lâm sàng** | **CLS** | **Chẩn đoán** | **Mục tiêu** | **Chiến lược điều trị** | **Điều trị cụ thể** |
| Hội chứng ure huyết cao | Đau đầu, nôn ói, chán ăn, hơi thở có mùi khai, khó ngủ | BUN: 182 mg/dl, Creatinine: 23,37 mg/dl | Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, A1 | Điều trị bệnh đi kèm, giảm nguy cơ tim mạch, đánh giá và điều trị các biến chứng, bảo vệ tính mạng bệnh nhân, điều trị thay thế thận | 1 | Chạy thận cấp cứu qua catheter  Chuẩn bị ghép thận cho bệnh nhân  Dinh dưỡng: 30-35 kcal/ngày, tăng protein nhập 1g/kg/ngày.  Tăng protein thực vật, giảm protein động vật. Hạn chế nhập Kali qua thức ăn: chuối, nước dừa, nho,… |
| Tăng huyết áp |  |  |  | 140/90mmHg | 1 | Amlodipine 5mg  1v x 2 (u)  Metoprolol 50mg  1v (u)  Furosemide 40mg  1v (u) |
| Thiếu máu mạn | Niêm nhạt | RBC 2.84 T/L  Hb 83 g/L  Hct 24.5% | Thiếu máu mạn mức độ trung bình | - Hb: 110-120 g/dL  - Cung cấp EPO cho quá trình tạo máu  - Bù đủ sắt cho BN trước và trong khi dùng EPO | 2 | Ferrovit  1v (u)  EPO: 80 x 50 = 4000UI  EPO 4000UI  1 ống TDD/tuần |
| Đau khớp bàn ngón chân (T) | Đau các khớp |  |  | Giảm đau cho bệnh nhân | 3 | Paracetamol 500mg  1v x 2 (u) |

**XX. Tiên lượng:**

* Tiên lượng gần: bệnh nhân có hội chứng ure huyết cao/bệnh thận mạn giai đoạn cuối gây nguy hiểm tính mạng nên tiên lượng nặng
* Tiên lương xa: hiện tại tri giác tỉnh, sinh hiệu ổn, bệnh nhân đang chuẩn bị ghép thận nên tiên lượng trung bình

LƯU Ý: BA nên viết ngắn gọn để còn kịp thời gian, súc tích tập trung cái quan trọng. Quan trọng nhất của Y6 là điều trị nên nhớ khai thác triệu chứng, tiền căn đều phải có chủ đích, đặc biệt là xử trí, điều trị của BN tới thời điểm nhập viện, biết các phê bình đơn thuốc….