**BỆNH ÁN NỘI KHOA**

I - HÀNH CHÍNH

Họ và tên: Nguyễn Trí Dũng Tuổi:32

Giới tính: Nam.

Nghề nghiệp: công nhân

Địa chỉ: Đăk Nông

Nhập viện lúc: 21h00 14/2/2019

Giường 43 phòng 8 khoa nội thận BV Chợ Rẫy

II - LÝ DO NHẬP VIỆN: bệnh viện Đa Khoa tỉnh Đăk Nông chuyển viện với chẩn đoán: theo dõi hội chứng gan thận type I/viêm gan siêu vi C/viêm phổi/chấn thương vùng đùi sau tai nạn giao thông

III - BỆNH SỬ

Bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm gan siêu vi C cách đây 1 năm, không điều trị đặc hiệu, tự điều trị bằng thuốc từ lá cây.

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận P cách đây 3 năm không rõ kích cỡ, không điều trị, chưa ghi nhận bệnh thận khác.

Bệnh 4 ngày

Ngày 1: bệnh nhân bị tai nạn giao thông xe máy trong trạng thái say rượu không rõ cơ chế chấn thương, sau tai nạn bệnh nhân bất tỉnh, nằm ngoài trời, không nhận được sự chăm sóc y tế.

Ngày 2: bệnh nhân được người thân tìm thấy sau tai nạn 19 giờ và đưa đi cấp cứu ở bệnh viện đa khoa tỉnh Đăk Nông. Tình trạng lúc nhập viện: tri giác lơ mơ, tiếp xúc kém, đôi khi nói điều vô nghĩa, phù và vết bầm ở vùng bẹn đùi T, trầy xước ở 2 tay, thân mình và mặt, huyết áp 80/40 mmHg, mạch rõ, nhịp tim đều, phổi thông khí đều, bụng mềm.

Sau nhập viện, bệnh nhân có ho tăng dần, đàm trắng đục, bệnh nhân có được đặt sonde tiểu, ra nước tiểu màu nâu đỏ, khoảng 100ml/ngày, nước tiểu không có cặn, có nôn ói 2 lần trong ngày đầu tiên, đau vùng bẹn đùi T tăng dần, không cử động được khớp háng và khớp gối.

Ngày 3-4: tri giác bệnh nhân tỉnh dần, hết nôn ói, vẫn còn ho từng cơn, khạc ra đàm trắng đục, lượng nước tiểu tăng dần, tính chất nước tiểu không đổi, uống khoảng 400-500ml/ngày, vẫn còn phù, đau vùng đùi trái và không cử động được khớp háng, gối.

Cận lâm sàng ở bệnh viện tỉnh:

Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl ( BUN: 106 mg/dl)

AST: 639 U/L, ALT : 885U/L

siêu âm vùng đùi trái: phần mềm trước trong đùi T phù rõ, ít dịch xen kẽ.

Bệnh nhân được điều trị với

Thở oxy

Cefotaxim 4g/ngày \*3 ngày,

Levofloxacin 0.5g/ngày\*3 ngày

Furosemide không rõ liều.

Sau 3 ngày điều trị, bệnh nhân tri giác ổn định, sinh hiệu ổn, tăng 10 kg so với trước đợt bệnh này(50 kg lên 60kg), bệnh nhân được rút sonde tiểu, lượng nước tiểu tăng ít(200 ml/24h) và tính chất nước tiểu không đổi, được chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán: theo dõi hội chứng gan thận type I/viêm gan siêu vi C/viêm phổi/chấn thương vùng đùi sau tai nạn giao thông.

* Tình trạng lúc nhập viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, phần đùi T sưng to, không phù, trầy xước da vùng mặt, niêm hồng.

Sinh hiệu: mạch: 92 lần/phút

Huyết áp: 120/70 mmHg

Nhiệt độ 37 oC

Nhịp thở: 20 lần/phút

Tim đều rõ, phổi trong, bụng mềm, cầu bàng quang (-), đùi T đang nẹp Cramer, cử động ngón chân được, cảm giác tốt, mạch mu chân rõ.

Diễn tiến lâm sàng:

Nước tiểu bệnh nhân nhạt màu dần qua các ngày, đến ngày thứ 15 sau nhạp viện nước tiểu còn màu vàng sậm với lượng khoảng 600ml/ngày

Phù giảm dần, cân nặng bệnh nhân sau 15 ngày nhập viện còn 53 kg.

Đau chân giảm dần, đi lại và cử động được khớp sau 10 ngày nhập viện

Các điều trị sau nhập viện:

Imipenem 0.5g pha 100 ml NaCl 0.9% đủ 100ml TTM

Moifloxaxin 0.4g pha 100 ml NaCl 0.9% đủ 100ml TTM

Metrodiazole: 0.25 g 1v\*3

Natri bicarbonat 1.4% 250ml TTM

Alphachymotrypsin 4200 ui 2v\*3

Esomeprazol 40mg 1v\*2

Tranadol 50mg 1 ống \*2 TB

Bệnh nhân được chạy thận cách ngày sau nhập viện

IV - TIỀN CĂN

**1/ Bản thân**

1. Nội khoa:

Phát hiện đợt cấp viêm gan C cách đây 1 năm tại bệnh viện Hòa Hảo, không điều trị đặc hiệu

1. Ngoại khoa: sỏi thận P phát hiện cách đây 3 năm, không rõ kích thươc, không điều trị.
2. Thói quen - Dị ứng

* Uống rượu bia thường xuyên( khoảng1- 2 lần /tuần)
* Không hút thuốc lá
* Không ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

V - LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7h ngày 19/02/2019 – Sau NV 6 ngày)

* Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực
* Hô hấp: ho giảm nhiều, còn khạc đàm lượng ít,
* Tiêu hoá: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, không chán ăn, không tiêu chảy
* Tiết niệu: tiểu không gắt buốt, nước tiểu màu nâu đỏ khoảng 250-300 ml/ngày
* Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt.
* Cơ xương khớp**:** còn đau vùng bẹn đùi P, hạn chế cử động khớp háng,
* Phù toàn thân, phù nặng hơn ở chân T và tay T
* Không chảy máu răng, không chảy máu mũi.

VI - KHÁM LÂM SÀNG: (7h ngày 19/02/2019 - sau NV 6 ngày)

**A) Tổng quát**

* BN tỉnh, tiếp xúc được.
* Sinh hiệu:
  + NĐộ: 37 oC
  + Mạch:88 lần/phút
  + HA: 110/60 mmHg
  + Nhịp thở 22 lần/phút
* BN nằm kê cao chân T
* Niêm nhạt, môi không khô, lưỡi không dơ.
* Phù tay, chân, mặt độ I riêng chân T phù độ II, phù mềm, ấn lõm, không đau.

Hạch ngoại biên không sờ chạm.

1. **Khám cơ quan**

**1. 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

- Sưng đau khớp bẹn và gối T, hạn chế cử động.

**6. Thần kinh**

- Cổ mềm, không dấu thần kinh khu trú

VII - TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, nhập viện sau tai nạn giao thông, qua thăm khám ghi nhận:

Tiểu xá xị

Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl ( BUN: 106 mg/dl)

AST: 639 U/L, ALT : 885U/L

Thiểu niệu ngày 8

Ho đàm trắng đục.

Nôn ói

Phù toàn thân

Đau vùng bẹn đùi T-hạn chế vận động

Tiền căn viêm gan C không điều trị đặc hiệu

VIII - ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tiểu xá xị + thiểu niệu ngày 8.

Cls tuyến trước: Creatinin: 9.6 mg/dl, Ure máu: 228.3 mg/dl ( BUN: 106 mg/dl)

AST: 639 U/L, ALT : 885U/L

1. Phù toàn thân
2. Hạn chế cử động khớp
3. Choáng ( đã khỏi)
4. Viêm gan C không điều trị

IX - CHẨN ĐOÁN

**CĐSB:** tổn thương thận cấp giai đoạn thiểu niệu ngày 8 do ly giải cơ vân sau tai nạn giao thông-viêm phổi-viêm gan siêu vi C mạn

**CĐPB:** viêm cầu thận cấp sau viêm gan siêu vi C-viêm phổi-chấn thương phần mềm sau tai nạn giao thông

X - BIỆN LUẬN

1. Choáng : BN nhập viện tỉnh với tình trạng lơ mơ, huyết áp 80/40, mạch nhẹ nên nghĩ nhiều bệnh nhân có choáng. Các nguyên nhân có thể có của choáng:

* Choáng phân bố:bệnh nhân có ho khạc đàm trắng đục, xảy ra sau chấn thương nên nghĩ do cả 2 nguyên nhân nhiễm trùng và chấn thương.
* Choáng giảm thể tích: bệnh nhân không xuất huyết, không nôn ói nhiều, chưa ghi nhận dấu mất nước nên không nghĩ
* Choáng tim: ít nghĩ do tim bệnh nhân đều, không có âm thổi, không tiếng tim bệnh lý, chưa ghi nhận dấu sung huyết => đề nghị ECG, đo CVP kiểm tra.

2.Thiểu niệu ngày 8:

Bệnh nhân có tiểu khoảng 200ml /ngày trong ngày đầu, 0.15ml/kg/h trong vòng 24h (<0,3ml/kg/h trong 24h). Vậy bệnh nhân này có suy thận (theo tiêu chuẩn KDIGO 2012), nghĩ nhiều là suy thận cấp vì chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận trước đây Các nguyên nhân gây suy thận cấp có thể trên bệnh nhân này:

* Trước thận: bệnh nhân có shock lúc nhập viện nên có nghĩ nguyên nhân suy thận do shock trên bệnh nhân.
* Tại thận:
* Viêm cầu thận cấp, viêm ông thận mô kẽ : không nghĩ
* Hoại tử ống thận cấp:
  + Do thiếu máu kéo dài: tiền căn chưa ghi nhận mất nước kéo dài, thiếu máu kéo dài, chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch, bệnh lý thận nên không nghĩ.
  + Do độc chất: nghĩ nhiều. Bệnh nhân chấn thương đùi chèn ép và đụng dập phần mềm, nước tiểu màu nâu đỏ nghĩ có ly giải cơ vân sau chấn thương

Sau thận: BN đã được chẩn đoán sỏi thận P cách đây 1 năm nên không thể loại trừ, nhưng bệnh nhân khởi phát sau chấn thương, k có đau hông lưng, không tiểu đau nên

XI - ĐỀ NGHỊ CLS

1. CLS chẩn đoán:

ECG, khí máu, siêu âm bụng, BUN, Cre máu, công thức máu, ion đồ, TPTNT, ASO, ANA, Anti DNA, anti HCV, đông máu toàn bộ,

1. CLS chẩn đoán biến chứng: đường huyết, HbA1C, AST, ALT
2. CLS theo dõi: BUN, Creatinin máu, ion đồ mỗi 2 ngày.

XII - BIỆN LUẬN CLS

* 1. **ECG 14/2/2019 :** Mất sóng P, QRS dãn rộng, sóng T cao nhọn => nghĩ nhiều có biến chứng tăng kali máu.
  2. **Sinh hóa máu :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 15/2( trước chạy thận) | 16/2 | 17/2(trước chạy thận) | 19/2 | 25/2 | 27/2 |
| BUN | **104** | **96** | **100** | **53** | **76** | **56** |
| Creatinin | **9.88** | **9.88** | **11.28** | **7.72** | **9.64** | **7.81** |
| AST | **935** |  | **369** | **97** |  |  |
| ALT | **1424** |  | **501** | **204** |  |  |
| Na | **124** | **131** | **129** | **131** | 139 | 141 |
| K | **5.8** | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.1 | 4.1 |
| Cl | **95** | **94** | **94** | 98 | 101 | 103 |
| GFR | **6.22** | **6.22** | **5.3** | **8.38** | **1.83** | **1.9** |
| CKMB |  | **865** |  |  |  |  |
| Troponin I |  | **2.218** |  |  |  |  |
| CPK |  | **26130** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Glucose/máu | 93 |  |

**BUN/Creatinin # 10 : tổn thương thực thể tại thận, sau đó <10 phù hợp với tình trạng ly giải cơ vân.  
Phù hợp với bệnh lý suy thận cấp do ly giải cơ vân**

**Tăng K máu, Hạ Na, HC Tăng ure huyết**

* 1. **Công thức máu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ngày | 14/2 | 16/2 | 17/2 | 19/2 | 25/2 |  |
| WBC | 11.35 | 10.3 | 12.9 | **15.81** | **13.3** | 4 – 10 |
| NEU% | 82.6 | 81.3 | 77 | 74.9 | **83.7** | 40 – 77 |
| LYM% | 10.6 | 10.1 | 12.8 | 12.7 | 7.9 | 16 – 44 |
| MONO% | 4.1 | 5.9 | 7.8 | 9.4 | 6.1 | 0 – 10 |
| EOS% | 1.0 | 1.0 | 2.2 | 2.9 | 1.1 | 0 – 7 |
| BASO% | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 0 – 1 |
| IG% |  |  |  |  |  | 0 – 1 |
| NEU | 9.37 | 8.4 | 9.93 | **11.84** | 11.1 | 2 – 7.5 |
| LYM | 1.21 | 1.0 | 1.65 | 2.00 | 1.0 | 1 – 3.5 |
| MONO | 0.47 | 0.6 | **1.01** | **1.49** | 0.8 | 0 – 1 |
| EOS | 0.11 | 0.1 | 0.28 | 0.46 | 0.1 | 0 – 0.6 |
| BASO | 0.03 | 0 | 0.03 | 0.02 | 0 | 0 – 0.1 |
| IG |  |  |  |  |  | 0 – 0.1 |
| RBC | 4.71 | 4.19 | 4.16 | **3.59** | 1.97 | 3.6 – 5.5 |
| Hgb | 119 | **106** | **106** | **91** | **49** | 120 – 160 |
| Hct | 38.3 | **31.9** | **31.0** | **27.2** | 16.2 | 0.35 – 0.47 |
| MCV | 81.4 | **76.2** | **74.5** | **75.8** | 82.3 | 80 – 100 |
| MCH | 25.2 | 25.3 | 25.5 | 25.3 | 24.7 | 26 – 34 |
| MCHC | 310 | 332 | 342 | 335 | 300 | 310 – 360 |
| RDW |  |  |  |  |  | 9 – 16 |
| PLT | **105** | **100** | **128** | **75** | **170** | 150 – 400 |
| MPV |  |  |  |  | 9.7 | 6 – 12 |
| CRP |  |  | **41.4** |  |  |  |

**Bạch cầu tăng nhẹ, ưu thế Neu, Thiếu máu hồng cầu nhỏ đẳng sắc mức độ nhẹ, giảm Tiểu cầu nghi do nhiễm trùng.**

**Sinh hóa- miễn dịch**

* HbsAg (-), HCV-RNA 8.24E+6 (6.92), Anti HIV (-) => VGSV C

**Siêu âm đùi T : (14/2/2019)** Vùng đùi T mô cơ mặt trong echo dày không đồng nhất lan toả nghĩ Hematoma

**X quang ngực thẳng (14/2/2019) :** TDMP (T), tổn thương phế nang 2 phổi

**Bilan đông cầm máu: (14/2/2019)**

* APTT: 30.5

**Siêu âm bụng ngày 27/2**: tràn dịch màn phổi 2 bên lượng ít, sỏi thận P, theo dõi bệnh lý nhu mô thận mãn 2 bên, động mạch thận 2 bên có kháng lực cao.

XIII: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: tổn thương thận cấp giai đoạn thiểu niệu ngày 8 do ly giải cơ vân sau tai nạn giao thông biến chứng tăng Kali máu- viêm phổi-viêm gan siêu vi C mạn

XIV: ĐIỀU TRỊ

**1.Nguyên tắc điều trị**

Điều trị nguyên nhân

Tiết chế ăn uống

Điều trị biến chứng

Điều trị phòng ngừa.

**2.Điều trị cụ thể:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vấn đề | Lâm sàng | Cận lâm sàng | Chẩn đoán | Mục tiêu điều trị | Chiến lược điều trị | Điều trị cụ thể | Kế hoạch theo dõi |
| Tổn thương thận cấp | Tiểu ít, tiểu xá xị, | Bun: 105 mg/dl  Creatinin: 9.88 mg/dl  BUN/Cre=10.6 | Suy thận cấp giai đoạn vô niệu hoàn toàn N8 | Giảm lượng độc chất gây độc thận  Hồi phục chức năng thận | 1 | Bệnh nhân có chỉ định chạy thận nhân tạo (BUN >100, Creatinin>8)  Hạn chế lượng nước nhập mỗi ngày | Theo dõi chức năng thận mỗi 2 ngày  Theo dõi lượng và tính chất nước tiểu mỗ I 24 giờ. |
| Viêm phổi | Bệnh nhân có ho khạc đàm trắng đục, sốt không rõ. | Xquang có thâm nhiễm, tổn thương phế nang 2 phổi. | Viêm phổi cộng đồng, đã điều trị với cefotaxime, moxifloxaxin | Sử dụng kháng sinh tiếp tục để khống chế viêm phổi.  Khống chế không xuất hiện ổ nhiễm mới. | 2 | Imipenem  Moxifloxaxin  Cấy máu và cấy đàm định danh vi khuẩn nếu không đáp ứng điều trị | Đánh giá lâm sàng mỗi ngày, Chụp Xquang lại sau 5 ngày dùng kháng sinh. |
| Quá tải tuần hoàn | Bệnh nhân có phù toàn thân, phù nhiều hơn ở chân T, bệnh nhân có tăng 10kg lúc nhập viện. |  |  | Giảm phù dần cho bệnh nhân để đạt cân nặng thô ban đầu | 3 | Chạy thận nhân tạo ( nằm trong điều trị tổn thương thận cấp)  Giảm lượng nước nhập | Đánh giá lâm sàng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu và cân nặng. |
| Tăng  Kali máu |  | Định lượng ion đồ K+: 5.8mg/l  ECG: T cao nhọn | Tăng Kali máu mức độ nhẹ | Giảm lượng kali máu về mức bình thường | 4 | Tiết chế ăn uống. | CTM/24h. Truyền Tiểu cầu đậm đặc nếu tiểu cầu<5000/mm3 hoặc lâm sàng gợi ý xuất huyết nguy hiểm. |
| Tổn thương vùng đùi T | Đùi T phù, đau, hạn chế vận động khớp háng và gối | Siêu âm: vùng đùi T mô cơ mặt trong echo dày không đồng nhất lan toả nghĩ Hematoma | Tổn thương phần mềm | Giảm đau, vận động khớp bình thường | 5 | Tramadol  Hội chẩn khoa chấn thương chỉnh hình |  |
| Viêm gan siêu vi C | Đã được chẩn đoán cách đây 1 năm, không điều trị | AST: 638 ALT: 835  HCV -RNA: 8.24 E+6( 6.92) IU/ml |  |  |  |  |  |

XV: TIÊN LƯỢNG.

Ttiên lượng gần: nặng

Tiên lượng xa: trung bình