

# BỆNH ÁN NHỊ KHOA

(HỘI CHỨNG THẬN HU)

## I) Phần hành chính

- 1) Họ và tên: L.A.M Tuổi: 07 Giới tính: nữ
- 2) Địa chỉ: phố Yên Bình, phường Lê Bình, quận Cái Răng, Cần Thơ
- 3) Họ tên cha: L.P.G Nghề nghiệp: Buôn bán
- 4) Họ tên mẹ: N.T.T.Q Nghề nghiệp: Buôn bán

## II) Phần chuyên môn

- Thời gian vào viện: 14 giờ 45 phút ngày 29 tháng 10 năm 2018
- Lý do vào viện: Phù 2 cẳng chân

### 1) Bệnh sử

Cách nhập viện 1 ngày bé bị sốt (không rõ nhiệt độ) được cho uống 3/4 viên sủi không rõ loại thì giảm nhẹ nhưng không hết hẳn, vẫn còn sốt âm i. Sáng cùng ngày nhập viện bé bắt đầu bị phù 2 mu bàn chân, sau đó lan lên hai cẳng chân. Phù đối xứng 2 bên, trắng, mềm, ấn lõm, không đau, phù ngày càng tăng dần không giảm theo ngày đêm. Nước tiểu không khảo sát được số lượng và tính chất (vì người nhà không theo dõi kỹ) nhưng bé không có tiểu rắt, tiểu buốt, số lần đi tiểu không tăng. Bé không khó thở, không ho, không nhức đầu chóng mặt, không vã mồ hôi, không tím tái. Người nhà không xử trí gì thêm và đưa bé đến Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

### 2) Tình trạng lúc nhập viện:

- + Bé tỉnh
- + Môi hồng, chi ấm
- + Mạch quay rõ
- + Phù mu bàn chân và cẳng chân 2 bên (CN: 25 kg, trước phù: 24,5 kg)
- + Dấu hiệu sinh tồn

Mạch: 100 lần/phút Huyết áp: 150/80 mmHg

Nhiệt độ: 38°C Nhịp thở: 25 lần/phút

### 3) Diễn tiến bệnh phòng:

Ngày	Vị trí phù	Cân nặng	Nhiệt độ	Nước tiểu	Huyết áp	Điều trị
N1	Mu bàn chân, căng chân 2 bên + bụng chướng	25 kg	38,5 °C	Nước tiểu vàng đục, có bọt, căn, hơi hồng, lượng # 1 – 1,2 l/24h	Huyết áp cao nhất đo được trong khi nhập viện là 170/110 mmHg (ngày 5)	Prednisolon, Nifedipin, Mumcal, Savipamol (1)
N2	Bụng hết chướng, còn phù mu bàn chân, căng chân 2 bên, nặng mi mắt	26,5 kg				(1) Thêm Vinzix
N3	Chỉ phù mu bàn chân và căng chân 2 bên	26,2 kg				(1) Bỏ Vinzix
N4-7		26 kg	37 °C			(1) Bỏ Savipamol, thêm Vinzix

#### 4) Tình trạng hiện tại:

- + Bé tỉnh, tiếp xúc tốt
- + Hết sốt
- + Phù nhẹ ở hai bàn chân với tính chất đối xứng trắng mềm ấn lõm không đau
- + Không ho/khó thở/tím tái/vã mồ hôi, không chóng mặt/nhức đầu, không tiểu rắt/tiểu buốt, số lần đi tiểu bình thường

### III) Tiền sử

#### 1) Bản thân

- Sản khoa
- + Bé sanh thường, khóc ngay sau sanh
- + Cân nặng lúc sanh 3000 g
- Chủng ngừa: tiêm phòng theo lịch TCMR
- Bệnh tật:
  - + Không phù trước đó
  - + Chưa phát hiện bé tăng huyết áp trước đó
  - + Không dị ứng trước đó
  - + Không có nhiễm trùng hầu họng, nhiễm trùng da trước đó

- + Không có bệnh lý hệ thống (lupus ban đỏ, viêm đa khớp dạng thấp,...)
- + Không sử dụng thuốc uống thường xuyên
- + Không nhiễm virus trước đó (HBV, HCV, CMV,...)

- Thói quen:

- + Không ăn mặn
- + Ăn uống được, thực đơn đầy đủ dưỡng chất (thịt, cá, rau, củ, trái cây)

**2) Gia đình:** chưa ghi nhận bệnh lý liên quan (bệnh thận, dị ứng, nhiễm trùng, bệnh hệ thống,...)

**IV) Khám lâm sàng** ( 6 giờ ngày 4 tháng 11 năm 2018, ngày thứ 7 bệnh phòng)

### **1) Khám tổng trạng**

- Bé tỉnh tiếp xúc tốt
- Da niêm hồng nhạt, không xuất huyết dưới da
- Chi ấm
- Phù nhẹ ở hai bàn chân và mi mắt
- Tuyến giáp không to, hạch ngoại vi sờ không chạm
- CN: 25,5 kg, CC: 110 cm,  $-2SD < CN/T < +2SD$ ,  $-2SD < CC/T < +2SD$ ,  $-2SD < CN/CC < +2SD$
- Dấu hiệu sinh tồn:

Huyết áp: 160/100 mmHg (hai tay)

Nhịp thở: 21 lần/phút

Mạch: 62 lần/phút

Nhiệt độ: 37°C

### **2) Khám thận - tiết niệu - sinh dục**

- Hố thắt lưng hai bên không sưng, nóng, đỏ, đau
- Chạm thận (-), Bập bênh thận (-)
- Ấn các điểm niệu quản trên, giữa không đau
- Không có cầu bàng quang
- Nước tiểu: vánh đục, ánh hồng, có bọt, không cặn, lượng 600 ml/16h (từ 14 giờ chiều ngày trước – 6 giờ sáng hôm sau)
- Môi lớn: không phù nề

### **3) Khám bụng**

- Bụng cân đối, nằm ngang không thấy mạng sườn, bụng thấp hơn ngực, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bằng hệ, rốn lõm
- Nhu động ruột: 11 lần/2 phút. Không nghe âm thổi động mạch chủ bụng, động mạch thận

- Gõ đục vùng gan, có âm đục vùng thấp
- Bụng mềm, ấn không đau. Gan, lách sờ không chạm

#### **4) Khám tim mạch**

- Không biến dạng lồng ngực, không tuần hoàn bàng hệ, không thấy móm tim đập, không có ổ đập bất thường. Tĩnh mạch cổ nổi (-)
- Mỏm tim ở khoảng liên sườn 5 đường trung đòn (T)
- Rung miu (-), Harzer (-)
- T1, T2 đều rõ, tần số 62 lần/phút trùng với mạch, không nghe âm thổi bệnh lý

#### **5) Khám phổi**

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ
- Rung thanh đều 2 bên, không sờ thấy điểm đau thành ngực
- Gõ trong
- Phổi trong, không rale

#### **6) Khám da, cơ, xương, khớp**

- Da không sung tấy, không đỏ, không đau
- Cơ xương khớp không sưng không đau
- Không biến dạng khớp, cơ không teo
- Vận động trong giới hạn bình thường

#### **7) Khám thần kinh**

Bé tỉnh táo, không co giật, không có dấu thần kinh khu trú

#### **8) Khám các cơ quan khác: Chưa ghi nhận bất thường**

#### **V) Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhi nữ, 7 tuổi, vào viện vì lý do phù 2 cẳng chân. Qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Hội chứng phù kiểu thận mức độ trung bình:
  - + Phù vào buổi sáng với tính chất đối xứng hai bên, trắng, mềm, ấn lõm, không đau
  - + Dấu hiệu tràn dịch màng bụng: Không thấy mạng sườn khi nằm ngang, gõ có âm đục vùng thấp
- Triệu chứng thận - tiết niệu: Nước tiểu vàng đục có ánh hồng, có bọt, đóng cặn
- Triệu chứng tim mạch: Huyết áp 170/110 mmHg
- Triệu chứng toàn thân: Sốt 38,5°C

Tiền sử: Bản thân và gia đình chưa ghi nhận bất thường

## **VI) Chẩn đoán sơ bộ:**

Hội chứng thận hư nguyên phát không thuần túy - Tăng huyết áp thứ phát mức độ nặng - Sốt chưa rõ nguyên nhân

## **VII) Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm cầu thận cấp CRNN
- Suy tim sung huyết
- Suy dinh dưỡng thể phù

## **VIII) Biện luận chẩn đoán**

- Nghĩ là hội chứng thận hư vì bé có hội chứng phù kiểu thận mức độ trung bình, diễn tiến phù tăng nhanh kèm nước tiểu vàng đục, có bọt:

+ Nghĩ là nguyên phát vì triệu chứng khởi phát từ lúc tuổi còn nhỏ (<10 tuổi), phù khởi phát đột ngột tiến triển nhanh và chưa tìm thấy dữ kiện gợi ý nguyên nhân của hội chứng thận hư (viêm nhiễm, bệnh hệ thống, dị ứng, thuốc, nhiễm siêu vi,...)

+ Nghĩ là không thuần túy vì: Nước tiểu có ánh hồng có thể có tiểu máu đại thể và bé tăng huyết áp

- Nghĩ là THA thứ phát mức độ nặng vì bé có HA tâm thu và tâm trương > 99<sup>th</sup> percentile theo tuổi (ở độ tuổi 6-9 tuổi HA tâm thu là 130 mmHg, tâm trương là 86 mmHg ở 99<sup>th</sup> percentile), và do THA khởi phát lúc còn nhỏ nên thường có nguyên nhân thứ phát, cần chỉ định thêm các CLS để chẩn đoán nguyên nhân gây THA

- Nghĩ sốt CRNN vì chưa có đủ triệu chứng để khu trú rõ nguyên nhân gây sốt

- Nghĩ viêm cầu thận cấp vì bé có phù kiểu thận, tiểu máu, tăng huyết áp nhưng ít nghĩ hơn vì bé không có tiền sử nhiễm trùng hầu họng/da trước đó, phù tiến triển nhanh, nước tiểu của bé có nhiều bọt, nhưng cũng không thể loại trừ hẳn cần làm thêm một số cận lâm sàng như tổng phân tích nước tiểu hoặc soi cặn lắng nước tiểu

- Nghĩ suy tim sung huyết vì bé khởi phát phù chi dưới trước và tăng huyết áp có thể đã có từ lâu (nhưng không phát hiện) gây biến chứng suy tim. Tuy nhiên ít nghĩ vì không có triệu chứng cơ năng khác của suy tim (khó thở, ho, tím tái, vã mồ hôi,...), không có triệu chứng thực thể khi khám tim (tim to, âm thổi, ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi,...) và cũng không chắc chắn rằng phù chi dưới trước phù mi mắt vì có thể người nhà không thấy rõ

- Nghĩ suy dinh dưỡng thể phù vì phù tập trung đầu xa chi như mu bàn chân, cẳng chân nhưng ít nghĩ cho bé ăn uống được, khẩu phần đầy đủ, điều kiện gia đình khá giả và bé lớn hơn 2 tuổi

## **IX) Đề nghị cận lâm sàng**

### **1) Chẩn đoán hội chứng thận hư:**

- + Tổng phân tích nước tiểu

+ Đạm niệu 24 giờ

+ Sinh hóa máu (Protein, Albumin, Cholesterol, Triglycerid)

## **2) Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm cầu thận cấp

+ Tổng phân tích nước tiểu

+ Đạm niệu 24 giờ

+ Soi cặn lắng nước tiểu, làm cặn Addis

+ Định lượng ASO, bổ thể C3, C4

- Suy dinh dưỡng thể phù: Sinh hóa máu (protein, Albumin, Cholesterol, triglyceride), điện di đạm máu

- Suy tim sung huyết: X Quang ngực thẳng, ECG, siêu âm Doppler tim

## **3) Chẩn đoán nguyên nhân gây tăng huyết áp:**

+ Chụp DSA mạch máu thận, động mạch chủ

+ Định lượng catecholamine nước tiểu, cortisol máu, T3, T4, TSH

- Cận lâm sàng thường quy: Công thức máu, Hóa sinh máu (ure, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ

## **X) Kết quả cận lâm sàng**

### **1) Tổng phân tích nước tiểu**

+ Tỷ trọng (1,015 - 1,025): 1,015

+ pH (4,8 - 7,4): 6

+ Bạch cầu (< 10/ $\mu$ l): (-)

+ **Hồng cầu (<5/ $\mu$ l): 300**

+ Nitrit: (-)

+ **Protein (<0.1 g/L): 5,0**

+ Glucose: Norm

+ Keton: (-)

+ Billirubin: (-)

+ Urobilinogen: (-)

+ VTC (0,28 – 0,56 mmol/L): 0,4 mmol/L

**2) Đạm niệu 24 giờ: 5,87 g/24h (234,8 mg/kg/24h)**

### **3) Công thức máu**

+ Hồng cầu:	3,01 x 10 <sup>12</sup> /L ↓
+ Huyết sắc tố:	80 g/L ↓
+ Hct:	24,4% ↓
+ MCV:	81,2 fL ↓
+ MCH:	26,7 pg ↓
+ MCHC:	329 g/L
+ Tiểu cầu:	413 x 10 <sup>9</sup> /L ↑
+ Bạch cầu:	16600/L ↑

Thành phần bạch cầu: Neu: 66,1 %, Eso: 0,1%, Baso: 0,3%, Mono: 3,6%, Lympho: 28,1%

+ PDW:	42,3 % ↑
--------	----------

#### 4) Hóa sinh máu

Ure (2,5 – 7,5 mmol/L):	8,5 ↑
Creatinin (nữ: 53 – 100 mmol/L):	101,8 ↑
Glucose:	không có kết quả
Protein toàn phần (65 – 82 g/L):	60,1 ↓
Albumin (35 – 50 g/L):	32,3 ↓
Cholesterol (3,9 – 5,2 mmol/L):	9,4 ↑
Triglycerid (0,46 – 1,88 mmol/L):	9,7 ↑
HDL – cholesterol (≥ 0,9 mmol/L):	1,2
LDL – cholesterol (≤ 3,4 mmol/L):	8,44 ↑

5) Điện tâm đồ: Nhịp xoang đều tần số 97 lần phút, trục trung gian

6) Các CLS chẩn đoán nguyên nhân THA: không có kết quả

#### XI) Chẩn đoán xác định:

Hội chứng thận hư nguyên phát không thuần túy chưa ghi nhận biến chứng - Tăng huyết áp nguyên phát mức độ nặng - Sốt CRNN

#### XII) Điều trị

##### 1) Hướng điều trị

- Điều trị không dùng thuốc
- Điều trị đặc hiệu
- Điều trị triệu chứng: sốt, phù

- Điều trị tăng huyết áp

## 2) Điều trị cụ thể

### - Hội chứng thận hư:

+ Điều trị không dùng thuốc:

- Hạn chế muối (< 2 g/ngày)
- Số lượng nước nhập 15 ml/kg/ngày
- Bổ sung đạm: 2 - 4 g/kg ngày + lượng đạm mất qua nước tiểu + 15% nhu cầu năng lượng (do dùng corticoid) → đạm cần bổ sung: 134,56 g/ngày
- Hạn chế vận động nặng

+ Điều trị dùng thuốc:

- Điều trị đặc hiệu: Prednisolon liều tấn công 2 mg/kg/ngày trong 4 tuần  
→ Prednisolon 5mg 10 viên (u) sau khi ăn vào 8 giờ sáng/ 4 tuần  
Theo dõi đáp ứng với corticoid, nếu có không đáp ứng sau 4 tuần và test kháng corticoid (+) → đề kháng corticoid, đề nghị sinh thiết thận để xác định thể bệnh
- Điều trị triệu chứng: phù

Furosemid 1 – 2 mg/kg/ngày → Furosemide 40 mg ½ viên x 2 (u)

- Dự phòng biến chứng do dùng corticoid liều cao kéo dài:

Loãng xương: Canxi D 30 mg/kg/ngày

Viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa: Omeprazol 20mg 1 viên (u) sáng

### - Tăng huyết áp:

+ Điều trị không dùng thuốc: hạn chế muối, nước, chất kích thích, căng thẳng

+ Điều trị bằng thuốc

- Khi có cơn tăng huyết áp nặng/cấp cứu

Nifedipin 0,25 - 0,5 mg/kg/liều → Nifedipin 20mg ½ viên (u)

Furosemid: liều đã cho như trên

- Tăng huyết áp nhẹ, mạn:

Hydrochlorothiazid 0,5 – 4 mg/kg/ngày → Hydrochlorothiazid 25 mg ½ viên x 2 (u)

Captopril 0,5 – 2 mg/kg/ngày → Captopril 25 mg ½ viên x 2 (u)

- Sốt CRNN: Savipamol (Partamol) 0,5g 1 viên x 2 (u)

## XIII) Tiên lượng

- **Gần:** nặng vì tăng huyết áp của bé ở mức độ nặng vẫn chưa kiểm soát được, chưa tìm được nguyên nhân để điều trị triệt để. Hội chứng thận hư mặc dù bé có đáp ứng với Corticoid nhưng



vẫn chưa đánh giá được mức độ đáp ứng với corticoid được vì mới dùng liều tấn công được 1 tuần, cần theo dõi thêm

- **Xa:** nặng vì bé tuổi còn nhỏ, tăng huyết áp mức độ nặng nguy cơ biến chứng lên nhiều cơ quan khác và hội chứng thận hư nguyên phát không thuần túy nhiều khả năng là các thể kháng corticoid gây khó khăn trong điều trị và dễ diễn tiến đến suy thận mạn sớm

#### **XIV) Phòng bệnh**

- Ăn nhạt, bổ sung thêm đạm
- Hạn chế muối nước trong giai đoạn phù
- Tuân thủ điều trị
- Kiểm soát huyết áp
- Tái khám định kỳ