HỘI CHỨNG THẬN HƯ

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân hội chứng thận hư (HCTH)**

- Hội chứng thận hư nguyên phát: Chẩn đoán xác định – Chẩn đoán thể (đơn thuần / kết hợp với viêm cầu thận) – Chẩn đoán biến chứng

- Hội chứng thận hư thứ phát: Chẩn đoán xác định – Chẩn đoán nguyên nhân – Chẩn đoán biến chứng

1. **Đại cương hội chứng thận hư nguyên phát, hội chứng thận hư thứ phát**

- Hội chứng thận hư là một hội chứng lâm sàng và thể dịch xuất hiện nhiều ở bệnh có tổn thương cầu thận với các hình ảnh mô học khác nhau, đặc trưng bởi phù, protein niệu cao >= 3.5g/24h, protein máu giảm nặng, lipid máu tăng cao, có trụ mỡ, hạt mỡ trong nước tiểu.

Phân biệt với viêm cầu thận mạn protein niệu 1-2g/24h nhưng trong trường hợp viêm cầu thận mạn protein niệu >=3.5g/24h thì chẩn đoán hội chứng thận hư thứ phát sau viêm cầu thận mạn.

a. Hội chứng thận hư nguyên phát

- Tự bản thân cơ thể có tính sinh miễn dịch gây lắng đọng cầu thận gây tổn thương cầu thận, thoát protein.

- Cơ chế bệnh sinh được giải thích qua cơ chế miễn dịch (miễn dịch dịch thể, miễn dịch trung gian tế bào) do lympho T tiết lymphokin và phức hợp miễn dịch gây tổn thương màng đáy cầu thận dẫn đến thoát protein niệu ra ngoài.

b. Hội chứng thận hư thứ phát

- Bản thân mắc bệnh rồi tổn thương màng lọc cầu thận gây hội chứng thận hư như bệnh đái tháo đường, viêm cầu thận mạn, lupus ban đỏ hệ thống, viêm mao mạch dị ứng, suy tim sung huyết, bệnh thai nghén, viêm gan virus v.v.

- Cơ chế hội chứng không phải do miễn dịch nên không dùng corticoid mà điều trị nguyên nhân.

1. **Tóm tắt hỏi bệnh**

- Hỏi mức bệnh sử phù (đánh giá tiến triển phù, nước tiểu, cân nặng)

- Hỏi các triệu chứng của bệnh gây hội chứng thận hư để loại trừ hội chứng thận hư thứ phát (triệu chứng không):

+ HCTH nguyên phát thường chỉ phù

+ Lupus ban đỏ có nữ trẻ, kinh nguyệt không đều, rong kinh, thiếu máu, rụng tóc, đau mỏi các khớp, ban cánh bướm

+ Viêm cầu thận mạn protein niệu và hồng cầu niệu từ lâu nên có thiếu máu, phù từng đợt (mặt xưng, chân tay xưng).

+ Đái tháo đường có tiền sử đái tháo đường nhiều năm mà kiểm soát không tốt.

+ Mang thai có thể có phù, nhiễm đọc thai nghén dẫn đến dẫn đến viêm cầu thận mạn.

+ Viêm mao mạch dị ứng các mao mạch xuất huyết dạng ủng từ đầu gối trở xuống. Thường sẽ trải qua giai đoạn viêm cầu thận mạn mới đến HCTH

+ Viêm gan virus có trải qua 1 đợt virus

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Các tiêu chuẩn:

+ Phù: Phù nhanh, to, tràn dịch đa màng, tiểu ít

+ Protein niệu >= 3.5g/24h

+ Protein máu < 60g, albumin máu < 30g

+ Lipid máu tăng, cholesterol > 6.5mmol/l có khi tăng > 20mmol/l.

+ Có trụ triết quang, hạt mỡ

+ Hình ảnh sinh thiết thận có tổn thương

- Trong đó các tiêu chuẩn chính chỉ gặp trong hội chứng thận hư: Protein niệu, trụ triết quang và sinh thiết thận. Các tiêu chuẩn phụ có thể gặp trong nhiều bệnh khác.

- Chẩn đoán khi có 1 tiêu chuẩn chính + 2-3 tiêu chuẩn phụ.

1. **Chẩn đoán HCTH nguyên phát và thứ phát**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nguyên phát | Thứ phát |
| Tuổi | Trẻ/Già | Già |
| Tiền sử | Chưa phát hiện bệnh lý khác | Các bệnh có thể gây hội chứng thận hư |
| Lâm sàng | Phù, đái ít | Phù, đái ít kèm theo các triệu chứng các bệnh gây HCTH |
| Cận lâm sàng | Các xét nghiệm của HCTH. Các XN khác bình thường. | Có thêm các XN khác như thiếu máu, kháng thể kháng nhân dương tính, v.v. |

1. **Chẩn đoán HCTH thể đơn thuần và kết hợp với viêm cầu thận**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Đơn thuần | Kết hợp |
| Lâm sàng | Nước tiểu trong | Nước tiểu hồng |
| Cận lâm sàng | Cặn xét nghiệm Addis 3h tìm hồng cầu trong nước tiểu nhất là trong trường hợp nước tiểu trong | Có hồng cầu trong nước tiểu |

1. **Chẩn đoán biến chứng**

- Nhiễm khuẩn do giảm sức đề kháng

- Rối loạn nước điện giải do phù, không đái được, dùng thuốc

- Tiêu hóa đầy bụng, khó tiêu, thiểu dưỡng

- Tắc mạch ít gặp nhưng khi gặp rất nguy hiểm. Nếu Hct > 0.5l/l phải dùng chất chống đông để đề phòng.

1. **Cơ chế gây phù của HCTH**

a. Các cơ chế gây phù chung

Phù là tình trạng sưng nề các mô mềm do thoát dịch vào khoảng kẽ.. Gồm 4 cơ chế sau:

- Tăng áp lực thủy tĩnh mao mạch.

- Giảm áp lực keo huyết tương.

- Tăng thẩm thấu mao mạch.

- Tắc nghẽn hệ bạch huyết.

b. Các cơ chế gây phù ở bệnh nhân HCTH

Có 3 cơ chế gây phù ở hội chứng thận hư:

- Protein thoát ra ngoài gây giảm áp lực keo => kéo nước trong lòng mạch ra gian bào => phù.

- Áp lực keo giảm => giảm thể tích huyết tương và giảm cung lượng tim => giảm tưới máu thận và giảm mức lọc cầu thận => phù.

- Tăng tiết vasopressin và aldosterol => giữ muối và nước => phù. Đây là lý do ưu tiên dùng lợi tiểu kháng aldosterol trong HCTH.

1. **Nguyên nhân và đặc điểm phù ở một số bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| Nguyên nhân | Đặc điểm |
| Khu trú | |
| Mang thai | Rõ ràng bởi tiền sử, phù bàn chân và mắt cá chân. |
| Huyết khối tĩnh mạch sâu | Phù tiến triển nhanh, thường chỉ xuất hiện ở một chân đi kèm đau tại đó; có thể có dấu hiệu Homans (đau ở bắp chân khi gấp mu). Sưng, nóng, đỏ, đau, biểu hiện lâm sàng có thể không rầm rộ bằng nhiễm trùng mô mềm. Có thể có yếu tố khởi phát (như phẫu thuật gần đây, chấn thương, bất động, điều trị thay thế hormon, ung thư). |
| Suy tĩnh mạch mạn tính | Phù mạn tính ở một hoặc cả hai chi dưới, tăng sắc tố da, khó chịu nhưng không đau nhiều, đôi khi có loét da  Thường có biểu hiện giãn tĩnh mạch nông đi kèm. |
| Phù mạch | Xuất hiện đột ngột, khu trú, không đối xứng, không thay đổi theo tư thế, vùng phù có thể sưng đỏ hoặc có màu da, đôi khi gây cảm giác khó chịu. |
| Giun chỉ | Thường phù cục bộ, đôi khi phù tại bộ phận sinh dục. |
| Viêm cầu thận cấp | Phù toàn thân hoặc khu trú do giữ muối và giữ nước. Bên cạnh phù hoàn cao huyết áp, tiểu máu, tuổi protein và tăng ure. |
| Hội chứng trung thất | Phù áo khoác |
| Toàn thân | |
| Suy tim phải | Phù đối xứng hai bên, phụ thuộc tư thế, không đau, ấn lõm, thường có khó thở gắng sức, khó thở khi nằm, và khó thở về đêm. Thường có tiếng rales ẩm, tiếng ngựa phi S3 hoặc S4 hoặc cả hai, tĩnh mạch cổ nổi, phẩn hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính và dấu hiệu Kussmaul. |
| Thuốc (minoxidil, NSAIDs, estrogens, fludrocortisone, dihydropyridin, diltiazem, các thuốc chẹn kênh calci khác) | Làm rõ tiền sử sử dụng thuốc. Phù cân xứng hai bên, phụ thuộc tư thế, không đau, phù ấn lõm nhẹ. |
| Hội chứng thận hư | Phù lan tỏa, thường có cổ chướng rõ, và đôi khi phù quanh mắt. |
| Bệnh lý gan mật hoặc suy dinh dưỡng, bệnh ruột mất protein | Thường có thể làm rõ nguyên nhân thông qua hỏi bệnh. Nếu nguyên nhân do bệnh lý gan mạn tính, bệnh nhân thường có biểu hiện vàng da, sao mạch, nữ hóa tuyến vú, bàn tay son và teo tinh hoàn. |
| Nhiễm khuẩn huyết | Hội chứng nhiễm trùng rõ với các biểu hiện sốt, nhịp tim nhanh, có ổ nhiễm trùng. Phù đối xứng hai bên, không đau. |

1. **Đặc điểm phù của hội chứng thận hư**

- Phù tỷ lệ nghịch với lượng nước tiểu

- Phù nhanh, có thể tăng 5-7kg trong vòng vài ngày

- Bệnh nhân mệt do đái ra nhiều protein. Đây cũng là lý do cơ thể phải tăng thủy phân lipid sinh năng lượng dẫn tới lipid máu tăng thứ phát.

- Phù nhanh, da xanh nhưng niêm mạc hồng nghĩ tới hội chứng thận hư nguyên phát do không có thiếu máu. Do protein là nguyên liệu tạo máu nhưng thiếu trong 5-7 ngày sẽ chưa dẫn đến thiếu máu. Nếu phù to kèm thiếu máu cần chú ý đến nguyên nhân khác.

- Đái ra protein nên nước tiểu bọt

1. **Điều trị HCTH**

- Corticoid dùng theo phác đồ chia làm 3 giai đoạn tấn công, giảm liều và duy trì.

+ Liều tấn công 1mg/kg/ngày với prednisolon hoặc 0.8mg/kg/ngày với methylprednisolon (Medrol 4mg/16mg). Uống vào lúc 8h sáng sau ăn. Tấn công từ 4-8 tuần.

+ Protein niệu âm tính sẽ giảm liều. Không giảm đột ngột không quá 10% tổng liều trong 7-10 ngày.

+ Duy trì 5-10mg/ngày. Cố gắng duy trì 2 năm để protein niệu dương tính.

+ Nếu sau 4-8 tuần BN không đáp ứng (kháng corticoid) sẽ chuyển sang truyền methylprednisolon liều cao 10-15mg/kg/ngày trong 6 tháng liên tiếp, 3 ngày/tháng. Nguyên nhân do tác dụng ức chế miễn dịch mạnh hơn tuy nhiên sẽ có nhiều tác dụng phụ như xuất huyết tiêu hóa, dụng tóc, suy thượng thận.

+ Lưu ý dùng corticoid có thể tăng đường máu, tăng huyết áp, xuất huyết tiêu hóa, lao phổi, v.v. Nên cần phải theo dõi các chỉ số này.

- Dùng ức chế miễn dịch thay thế. Ví dụ endoxan 100mg x 1-2mg/kg/ngày. Lưu ý khi dùng ức chế miễn dịch mà kháng corticoid cũng không được dừng corticoid đột ngột mà giảm liều corticoid dần dần. Đánh giá protein niệu sau 2 tháng nếu âm tính thì giảm liều. Cần chú ý đến công thức máu về bạch cầu, men gan. Nếu bạch cầu < 3G/l, men gan tăng 2-3 lần phải dừng thuốc vì nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, viêm cấp.

- BN trong giai đoạn duy trì hướng dẫn tái khám sau 6 tháng/lần. Giai đoạn tấn công kiểm tra liên tục, kỹ càng. Nếu BN điều trị khỏi rồi tái phát sẽ tấn công lại từ đầu, kháng corticoid là nhất thời.

- Để cân bằng áp lực keo cho ăn hoặc bù albumin:

+ Cho ăn 1-2g protein/kg/ngày. Lưu ý 100g thịt lợn lạc cho 20g protein, cân nhắc lượng protein thoát ra qua nước tiểu.

+ BN không ăn được, phù nhiều bù albumin.

- Lợi tiểu phụ thuộc vào lượng nước tiểu của bệnh nhân:

+ Ưu tiên dùng kháng aldosterol. Nếu phù nhiều dùng thêm furosemid.

+ Duy trì lượng nước tiểu 1.5-2l/ngày. Nếu BN đái nhiều sẽ càng gây mất protein nên không cho đái quá nhiều. Trong trường hợp BN không sốt, không có tràn dịch: Bilan dịch vào = Lượng nước tiểu + 500ml.

+ Chỉnh lợi tiểu theo tình trạng phù và lượng nước tiểu ngày hôm trước.

- Điều trị biến chứng:

+ Nhiễm khuẩn dùng kháng sinh

+ Tắc mạch dùng heparin

+ Xuất huyết tiêu hóa dùng ức chế miễn dịch không dùng corticoid

1. **Theo dõi BN hội chứng thận hư khi đang điều trị như thế nào?**

- Theo dõi triệu chứng lâm sàng hằng ngày như tình trạng phù, tính chất và số lượng nước tiểu

- Làm lại protein niệu 24h sau 5-7 ngày điều trị

- Làm lại nước tiểu 10 thông số sau 1 tuần để đánh giá

1. **Cách lấy nước tiểu 24h như thế nào?**

- Lấy từ 6h sáng hôm trước tới 6h sáng hôm sau. Bỏ nước tiểu 6h sáng hôm trước do hình thành từ đêm.

- Lấy đủ cả nước tiểu khi đi tắm hay đo vệ sinh.

1. **Xét nghiệm đầu tay khi nghi ngờ HCTH**

- Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số là xét nghiệm đầu tay trong HCTH. Nếu phát hiện protein niệu dương tính thì định lượng protein niệu 24h.

1. **Đặc điểm một số xét ngiệm trong HCTH**

- Albumin máu <30g/l, protein máu <60 g/l giảm nặng.

- Tỷ lệ A/G < 1 (đảo ngược)

- Làm alpha, beta, gama protein

- Trụ triết quang, trụ niệu

- Cholesterol, triglycerid

- Sinh thiết thận cho biết các mức độ tổn thương

1. **Tại sao dùng lợi tiểu kháng aldosterol trong hội chứng thận hư?**

- Do trong cơ chế gây phù có tăng aldosterol giữ muối và nước.

1. **Trường hợp bệnh nhân chẩn đoán bệnh thận từ trước và được dùng thuốc, hiện tại không phù, xét nghiệm albumin máu, protein máu bình thường, protein niệu âm tính làm thể nào để xác định HCTH?**

- Khai thác kỹ tiền sử dùng thuốc:

+ Chẩn đoán tại đâu?

+ Uống viên vàng, nhỏ (prednisolon), đắng (medrol), phải giảm liều.

+ Có phải đong nước tiểu 24h không?

1. **Phân biệt tăng lipid máu do rối loạn lipid máu hay do HCTH**

- Xem xét giá trị của các trị số lipid trong xét nghiệm

- Dựa vào HDL-C và LDL-C

**Tài liệu tham khảo**

1. [Phù - Rối loạn tim mạch - Cẩm nang MSD - Phiên bản dành cho chuyên gia (msdmanuals.com)](https://www.msdmanuals.com/vi-vn/chuy%C3%AAn-gia/r%E1%BB%91i-lo%E1%BA%A1n-tim-m%E1%BA%A1ch/tri%E1%BB%87u-ch%E1%BB%A9ng-h%E1%BB%8Dc-tim-m%E1%BA%A1ch/ph%C3%B9)

2. [Table: Một số nguyên nhân gây phù - Cẩm nang MSD - Phiên bản dành cho chuyên gia (msdmanuals.com)](https://www.msdmanuals.com/vi-vn/chuy%C3%AAn-gia/multimedia/table/m%E1%BB%99t-s%E1%BB%91-nguy%C3%AAn-nh%C3%A2n-g%C3%A2y-ph%C3%B9)

3. [TIẾP CẬN BỆNH NHÂN PHÙ (slideshare.net)](https://www.slideshare.net/thinhtranngoc98/1-tiep-can-benh-nhan-phu)

4. [Tiếp cận bệnh nhân phù (vsh.org.vn)](https://vsh.org.vn/tiep-can-benh-nhan-phu.htm)