

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. Hành chính

1. Họ tên: Đặng Phương N. Giới tính: Nữ
2. Ngày sinh: 14/02/2013 (7 tuổi)
3. Địa chỉ: Đồng Tháp
4. Ngày nhập viện: 11g ngày 11/11/2020
5. Phòng 509A, Khoa Thận – Nội Tiết, BV Nhi Đồng 1

II. Lý do nhập viện: Chuyển viện do HC thận hư tái phát kháng corticoid

III. Bệnh sử: Bệnh 5 tuần – mẹ bé là người chăm sóc và khai bệnh

- Tuần 1, BN tái khám HCTH định kỳ ở bệnh viện Đồng Tháp (ngày 7/10/2020), được làm TPTNT Protein 1+, Protein 24g: 1.5g/m²/24g.

Chẩn đoán HCTH tái phát lần 5, điều trị Prednisolone 5mg 12v/ngày ngoại trú, tái khám sau 5 ngày.

- Tuần 2, BN tái khám (ngày 12/10/2020) TPTNT Protein 3+, Protein 24g: 2,05g/m²/24g, tiếp tục điều trị ngoại trú như trên.

- Tuần 3-4, BN tiêu phân nâu sệt 1 lần/ngày -> tái khám (ngày 19/10/2020) -> TPTNT Pro 1+, Pro 24g: 1,5g/m²/24g -> BN được nhập viện BV Đồng Tháp, chẩn đoán HCTH tái phát + Viêm loét dạ dày, tiếp tục điều trị Prednisolone 5mg 12v/ngày, Kagasidine 20mg 1v/ngày.

- Tuần 5, BN được truyền tĩnh mạch Methylprednisolone 0,6g/ngày x 3 ngày liên tiếp (ngày 5->7/11/2020)

Đạm niệu 24g (ngày 9/11/2020) 1,6g/m²/24h -> Chẩn đoán HCTH kháng corticoid – TD tác dụng phụ của corticoid -> Chuyển BV Nhi đồng 1 (tiếp tục uống Prednisolone 5mg 12v/ngày).

- Quá trình bệnh, bé không tăng cân (có theo dõi cân nặng thường xuyên), không phù, tiểu vàng đục, lượng khoảng 1,5l/ngày, nhiều bọt, không gắt buốt, không đau bụng, tiêu phân nâu sệt 1 lần/ngày, không sốt, không ho, không đau đầu, không chóng mặt, ăn uống được.

- Tình trạng BN lúc nhập viện:

Bé tỉnh

Môi hồng

Chi ấm, CRT < 2s

Mạch quay đều rõ 100l/p

Sinh hiệu: Mạch: 100l/p

Huyết áp: 120/90 mmHg

Nhiệt độ: 37 °C

Bệnh sử HCTH có 2 tình huống: HCTH lần đầu thì mình sẽ tiếp cận phù và HCTH tái phát mình sẽ khai thác BS để đánh giá tình trạng tái phát còn nhạy với corti hay không. Khai thác: Chẩn đoán lần đầu năm bao nhiêu tuổi, ở đâu như BA nhỏ mình sẽ làm lại bilan thư phát 4 cái C3, C4, HBsAg, antiHCV+ antiHIV, nguyên phát hay thứ phát, sinh thiết thận hay không (thời gian sinh thiết so với lúc mới chẩn đoán để gợi ý kháng corti sớm hay muộn).

+ Nhạy corti : hỏi thuốc đang dùng thường BN khai chỉ 2 thuốc là prednison và canxi D

+ Kháng corti: có sinh thiết (khai thác thời gian sinh thiết so với lần đầu kết quả), dùng thêm thuốc khác như neoral, prograf.

NT: 20 l/p
Cân nặng: 34kg, CC: 122cm
Phù nhẹ

- Diễn tiến bệnh phòng:

Ngày 1: Bé không phù, không sốt, không ho, không đau bụng, không đau đầu, không khó thở, tiểu vàng đục 1,5l/ngày, nhiều bọt, tiêu phân nâu sệt 1 lần/ngày.

HA: 110/70 mmHg, CN: 34kg

Ngày 2: HA 112/78mmHg, CN: 34kg, tiểu vàng đục 2l/ngày, tiêu phân nâu sệt 1 lần/ ngày

IV. Tiền căn:

1. Bản thân

- Sản khoa: con 2/2, PARA 2002, sanh mổ, đủ tháng, CNLS 3,3kg, sau sinh khỏe mạnh, không thở oxy, không vàng da
- Dinh dưỡng: Ăn 3 bữa/ngày, ăn lặt, 1 chén cơm/bữa, thỉnh thoảng ăn ngọt
- Phát triển tâm vận: Bé học lớp 2
- Chứng ngừa: đầy đủ theo lịch TCMR
- Dị ứng: chưa ghi nhận dị ứng thức ăn, thuốc.
- Bệnh lý: tháng 02/2019 được chẩn đoán HCTH lần đầu tại BV Đồng Tháp, đang điều trị duy trì với Prednisolone 5mg 12viên/cách ngày, tái khám mỗi 2 tuần.
hỏi số → hỏi xác thực đ
- Từng nhập viện 4 lần vì tái khám thấy đạm niệu tăng, điều trị tại BV Đồng Tháp.
→ Ngủ 1 tuần bn?
- Lần 1 (4/2019) tái phát tấn công 4 tuần 12 viên/ngày, lần 2 (10/2019) tái phát tấn công 3 tuần 12 viên/ngày, lần 3 (1/2020) tái phát tấn công 2 tuần 12v/ ngày, lần 4 (6/2020) điều trị tấn công 4 tuần 12v/ngày, duy trì 12v/cách ngày 8 tuần -> BN tái khám -> đợt này.
Pred 2mg/kg 6l ... max 60mg.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý gan, tim mạch.
- Chưa ghi nhận tiền căn chấn thương, phẫu thuật.

2. Gia đình: Không ghi nhận tiền căn HCTH, bệnh thận khác.

V. Khám lâm sàng: ngày thứ 3 sau NV

1. Tổng trạng

- Bé tỉnh
- Môi hồng/KT
- Niêm hồng
- Chi ấm, mạch quay đều rõ
- Sinh hiệu: Mạch: 100 lần/ph

HCTH có thể tự phục hồi <5%,

HA 96/66 mmHg

Nhiệt độ: 37°C

Nhịp thở: 20 lần/phút

- Cân nặng: 34kg, CC 122cm -> BMI: 22,5 kg/m² -> BPV thứ 99 -> Béo phì
- Không phù
- Da không dấu xuất huyết, không hồng ban
- Hạch ngoại biên không sờ chạm
- Vẻ mặt Cushing: mặt tròn, da mặt ửng đỏ
- Tụ mỡ sau gáy, rậm lông

2. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng
- Cổ mập
- Răng hàm mặt: cân đối
- Họng sạch

3. Lồng ngực

- Lồng ngực cân đối, không ồ ạt bất thường
- Tim: mỏm tim ở KLS V đường trung đòn (T), diện đập 1x1 cm², dấu nảy trước ngực (-), dấu Harzer (-), không có rung miu; T1, T2 đều rõ, tần số 100 lần/phút, không nghe âm thổi
- Phổi: rung thanh đều 2 bên, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.

4. Bụng

- Bụng to, rốn không lòi, di động đều theo nhịp thở
- Gõ vang khắp bụng
- Bụng mềm, không điểm đau
- Gan lách không sờ chạm
- Chạm thận (-)

5. Thần kinh: Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

6. Cơ xương khớp: không sưng đau các khớp, không giới hạn vận động

VI. Tóm tắt bệnh án

- Bé gái, 7 tuổi, NV vì chuyển viện với chẩn đoán HCTH tái phát kháng corticoid

+ TCCN: Tiểu vàng đục

Tiêu phân nâu sệt

+ TCTT: Vẻ mặt Cushing, tụ mỡ sau gáy, rậm lông

Béo phì

+ Tiền căn: HCTH phát hiện lúc 6 tuổi, tái phát 4 lần/ 20 tháng

VII. Đặt vấn đề

1. Hội chứng thận hư tái phát ?

2. Hội chứng Cushing ?

3. Xuất huyết tiêu hóa trên ?

Tái phát là đã từng lui bệnh hoàn toàn, xuất hiện đạm niệu ngưỡng thận hư (sách ghi que 2+ và >100mg/m²/ngày là k đúng). Kháng corti 4w tấn công prednison +3 liều methyprednison TTM cách ngày (1g/1,73m²/ngày hoặc 10-15mg/kg/ngày và theo dõi 1 tuần nhưng vẫn dùng prednison liều thấp-> nếu vẫn còn phù, tiểu đạm-> kháng. hiện tại tấn công 4tuần prednison k đáp ứng xem như kháng.

VIII. Chẩn đoán sơ bộ

Hội chứng thận hư nghĩ nguyên phát nghĩ sang thương tổn thiểu, tái phát thường xuyên, theo dõi kháng corticoid trễ, biến chứng hội chứng Cushing do thuốc, viêm loét dạ dày tá tràng.

IX. Biện luận:

1. Hội chứng thận hư tái phát:

- Bé phát hiện HCTH lúc 6 tuổi tại bệnh viện Đồng Tháp, đang điều trị Prednisolone 12 viên/ cách ngày, tái phát 4 lần trong 1 năm qua, lần này đạm niệu 24g: 1,5g/m²/24g → có HCTH tái phát thường xuyên → đề nghị TPTNT, định lượng Protein niệu, creatinin niệu, đạm niệu 24g, albumin máu, bilan lipid máu: Triglycerid, HDL, LDL, VLDL, Cholesterol.

- Lần nhập viện đầu tiên, bé phù mí mắt, không đau nhứt cơ, không ban da, không rụng tóc, không vàng da, không tiền căn viêm gan siêu vi B, C, bệnh lupus, bệnh thận IgA, bệnh ác tính, không tiền căn dị ứng → HCTH nghĩ nguyên phát. Nhưng không loại trừ nguyên nhân thứ phát → đề nghị bilan HCTH thứ phát: HbsAg, anti HCV, anti HIV, định lượng C3, C4.

- Bé khởi phát bệnh trong độ tuổi từ 1-6 tuổi (6 tuổi), không tiểu máu, không thiếu niệu, không tăng huyết áp → nghĩ nhiều sang thương tổn thiểu → đề nghị định lượng C3, C4.

- Bé đã được điều trị prednisolone 2mg/kg/ngày trong 4 tuần và truyền tĩnh mạch Methylprednisolone 15mg/kg/ngày 3 ngày liên tiếp -> đạm niệu không về âm tính/vết đạm niệu, đạm niệu 24g sau đợt tấn công: 1,6g/m²/24g. Trước đó đã từng đáp ứng với corticoid → theo dõi kháng corticoid trễ.

- Biện chứng:

- Nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt, không ho, không đau bụng, không tiêu chảy, tiểu không gắt buốt → không nghĩ có tình trạng nhiễm trùng
- Tổn thương thận cấp: bệnh nhân không tiểu ít, 1,5l/ngày, nên không nghĩ có giảm chức năng thận. Nhưng cần làm thêm Creatinine máu.

- Tăng đông: bệnh nhân không có đau ngực, không ho, không khó thở, không có đau chân, không đau đầu, không chóng mặt → không nghĩ. Nhưng cần làm thêm công thức máu, đông máu toàn bộ → để xem các yếu tố thuận lợi có thể gây biến chứng tạo huyết khối.
- Suy dinh dưỡng: BMI 22.5 kg/m² → béo phì.
- Rối loạn điện giải: thường gặp là hạ Na máu, hạ/tăng K máu → bé tỉnh, tiếp xúc tốt, không dấu mất nước, không nôn ói, không tiêu chảy, không yếu liệt cơ, khám thấy tim đều rõ → không nghĩ có rối loạn điện giải. Nhưng không loại trừ được trên lâm sàng → đề nghị điện giải đồ.

2. Biện chứng sử dụng thuốc:

- BN có vẻ mặt cushing (mặt tròn, da mặt ửng đỏ, cổ mập), tụ mỡ vùng gáy, rậm lông → Hội chứng Cushing. Nghĩ nhiều nguyên nhân do sử dụng corticoid kéo dài.
- BN tiêu phân nâu sệt → nghĩ xuất huyết tiêu hóa trên do viêm loét dạ dày tá tràng do sử dụng corticoid.

X. Đề nghị cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu, đạm/creatinin niệu
- Đạm niệu 24g
- Albumin máu, Creatinin máu
- HBsAg, anti HCV, anti HIV
- Định lượng C3, C4
- Bilan lipid máu: Triglycerid, HDL, LDL, VLDL, Cholesterol.
- Tổng phân tích tế bào máu.
- Đông máu toàn bộ: aPTT, PT, fibrinogen
- Điện giải đồ

XI. Kết quả cận lâm sàng:

❖ Nước tiểu

- Protein niệu (11/11): 2.335 g/l
- Creatinin niệu (11/11): 8.003 mmol/l

→ uPCR: 291 mg/mmol → Tiểu đạm ngưỡng thận hư

- TPTNT (12/11)

Urobilinogen	1,6 mg/dl
Bilirubin	(-)
Glucose	(-)

Keton	(-)
Ery	(-)
SG	1,005
pH	7,5
Protein	(-)
Nitrit	(-)
Leukocyte	(-)
ASC	(-)

- Đạm niệu 24g (13/11): 0,5 g/24g (V=2.5L) —> 0.46g/m²/24g —> Tiêu đạm

❖ *Albumin máu*: 2.39g/dl → Albumin máu giảm < 2.5 g/dl → phù hợp tiêu chuẩn thứ 2 chẩn đoán HCTH

❖ *Miễn dịch (11/11)*

- HbsAg (-)

- anti HCV (-)

- C3, C4: bình thường

→ Loại trừ nguyên nhân thứ phát và nghĩ nhiều sang thương tổn thiểu

❖ *Creatinin máu*: 45,24 umol/l → eGFR = 48.6 x L/Cre = 131 ml/phút/1.73m² da → không tổn thương thận cấp.

❖ *Sinh hóa (12/11)*

Tên xét nghiệm	Kết quả	Chỉ số bình thường	Nhận xét
Triglycerid	7.3	<1.71 mmol/l	Tăng
Cholesterol	11.6	<5.2 mmol/l	Tăng
HDL	2.78	>1.03 mmol/l	Bình thường
LDL	5.5	<2.6 mmol/l	Tăng
VLDL	3.32	0.5-0.8 mmol/l	Tăng
AST	30.95	15-60 U/l	Bình thường
ALT	74.67	13-45 U/l	Tăng

→ Tăng lipid máu

- Điện giải đồ: trong giới hạn bình thường

❖ *Đông máu (12/11)*

aPTT: 23.1 s

aPTT (R) 0.78

PT : 11.6 s

INR: 0.88

Fibrinogen: 3.16 g/L (1.99 - 4.09)

D-dimer: 0.27 g/L

❖ Công thức máu (12/11)

WBC	15,08 K/ul	HGB	16.6 g/dl
%NEU	77.3%	HCT	48%
%EOS	2,7%	MCV	81.9 fL
%BASO	0,5%	MCH	28.3
%LYMPH	20,0%	MCHC	34.6
%MONO	4,5%	PLT	426 K/ul
RBC	5.26		

XII. Chẩn đoán xác định:

Hội chứng thận hư nguyên phát nghi ngờ sang thương tối thiểu, tái phát thường xuyên, kháng corticoid trễ, biến chứng hội chứng Cushing do thuốc, viêm loét dạ dày tá tràng.

XIII. Hướng điều trị:

- Sinh thiết thận
- Prednisone 5mg 12viên/ngày
- Kiểm soát đạm niệu: Enalapril 5mg 1viên * 2 lần/ ngày
- Điều trị hỗ trợ: + Calci D 0.3g 1v * 2 lần/ ngày
+ ăn nhạt, giảm ngọt, giảm chất béo.
- Theo dõi huyết áp, nước tiểu, cân nặng mỗi ngày

HCTH biểu hiện cầu thận không viêm không tăng sinh, và tb ngoại bì chân giả bị dẹt nên hiện tại ng ta phân riêng ra chỉ còn 3 sang thương và viêm cầu thận màng và viêm cầu thận tăng sinh màng ra nhóm riêng. Bỏ HCTH không thuần túy và gọi là viêm cầu thận mạn. Khi sinh thiết : xem cầu thận tăng sinh, viêm, lắng đọng phức bộ MD không.

XIV. Tiên lượng: Trung bình

Nhạy corti : điều trị corti vẫn là chính nên liều tấn công giống nhau khác nhau giai đoạn duy trì thêm thuốc thứ 2 (4 thuốc này trước levamisole, cyclophosphamide gây vô sinh còn gọi cytotoxin, MMF, rituximab-> mới dùng neoral (gây rậm lông) hoặc prograf vì để dành trong kháng corti và phải sinh thiết trước khi dùng neoral để đánh giá tổn thương thận trước) để hạn chế biến chứng corti và tránh tái phát khi giảm liều. Đòi hỏi phải lui bệnh hoàn toàn.

Điều trị kháng corti: nay chỉ dùng neoral hoặc prograf thôi. Sinh thiết thận mục đích để tiên lượng và thời gian điều trị thuốc chứ không giúp lựa chọn thuốc . Điều trị kháng corti chỉ cần lui bệnh 1 phần là được k cần lui bệnh hoàn toàn (dưới ngưỡng thận hư).
Đánh giá hiện tại Bệnh:
Phù, tiểu đạm, mức đạm máu, nước tiểu, chức năng thận.

