

BỆNH ÁN THẬN NHI

I. Hành chính:

Họ tên Bệnh nhi: Dương Tấn V.

Ngày sinh: 28/03/2004 (**14 tuổi**)

Giới: nam. Nghề nghiệp: học sinh

Địa chỉ: ấp Hiệp Thạnh – Hiệp Đức – Cai Lậy- Tiền Giang.

Ngày nhập viện: ngày 16/09/2018.

Khoa: Thận Nhi

II. Lý do nhập viện: Phù+ tiểu đỏ

III. Bệnh sử: Bệnh 14 ngày, bé là người khai bệnh:

- Cách NV 14 ngày, BN cảm sổ mũi, đau họng, sốt nhẹ-> tự mua uống sau đó hết.
- Cách NV 4 ngày, BN đột ngột thấy phù 2 mi mắt vào lúc sáng ngủ dậy, sau đó phù lan bụng và 2 chân, không đau, kèm sau đó BN tiểu đỏ toàn dòng, không lẫn máu cục, lượng nước tiểu BN ít hơn hằng ngày, có bọt nhiều hơn bình thường, không sốt, không đau gắt buốt, không tiểu lắt nhắt, không tiểu gấp. BN có cảm thấy hơi hoa mắt, nhức đầu, đứng lên cảm thấy say sẩm.

→ Khám tại BV Bình Dân với chẩn đoán phù toàn thân, kèm theo xét nghiệm:

- TPTNT: Uro (-), Glu (-), Ket (-), Bil (-), **Pro (+ + + 500)**, Nit (-), **BLD (+ + + 300)**, S.G 1,010, LEU (-), ASC (-).
- Sinh hóa máu: **Urea 24.7 mmol/L**, **Creatinin 296 umol/L(3.3448mg/dl)**, **Protein Total 63 g/L**, AST: 20 U/l, ALT: 9 U/L. -> hẹn tái khám sau 4 ngày.
- Lúc về nhà, chỉ sau 2 ngày, BN cảm thấy phù nhiều hơn, tiểu đỏ nhiều hơn, lượng nước tiểu cũng ít dần, BN cảm thấy căng bụng và khó thở khi nằm nên đã nhập viện BV ĐK Tiền Giang và được chẩn đoán: HCTH không thuần túy/ TD suy thận cấp. Sau đó được chuyển lên BV NĐ1

Với triệu chứng lâm sàng ghi nhận: phù toàn thân, HA 160/90 mmHg, tim đều rõ, phổi trong, bụng mềm chướng nhẹ

TPTNT: BC: 75, HC 300. Sinh hóa máu: **Protein: 5g/dl, Ure: 27,6 mmol/L, Creatinin: 252,9 umol/L(2,85777mg/dl)**. Siêu âm bụng: ít dịch màng phổi, màng bụng.

Điều trị: Furosemid 4mg, Nifedipin 10mg. Tình trạng lúc chuyển: **BN tỉnh, môi hồng, HA 120/70 mmHg**, lượng nước tiểu #750ml/24h.

Trong quá trình bệnh, BN không sử dụng thuốc, không ho, không khò khè, không ăn thức ăn đỏ, không vàng da, không xuất huyết, tiêu phân vàng, không sốt, cân nặng trước bệnh 43kg, sau khi phù 52kg.

Tình trạng lúc nhập viện:

- Bé tỉnh.
- Môi hồng khí trời, chi ấm, mạch rõ.
- Mạch 65 lần/ phút Thở đều 18 lần/phút Nhiệt độ 37°C.
Spo2: 96% (khí trời). HA: 140/90 mmHg.
- Không xuất huyết da niêm.
- Tim đều, rõ 65 lần/phút
- Phổi trong
- Bụng mềm
- Nặng 52kg

Diễn tiến lâm sàng sau NV đến lúc khám (27/09/2018: 11 ngày sau NV): Hết khó thở, hết đau bụng, hết phù, cân nặng giảm **còn 44 kg**, còn tiểu đỏ lượng khoảng **2000ml/ 24 giờ**, đỏ sẫm, không bọt. **HA 120/80 mmHg**.

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Con thứ 1, PARA 1001, đủ tháng, sanh thường, cân nặng lúc sanh là 2,8 kg.
- Chủng ngừa: tiêm ngừa Lao, VGSVB, TCMR
- Phát triển tâm vận động: đang học lớp 9, học được và vui vẻ hòa đồng cùng bạn trong lớp.
- Dinh dưỡng: ăn uống đầy đủ với gia đình
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý bẩm sinh.
- Chưa ghi nhận phù, hay tiểu máu trước đây.
- Chưa nhập viện vì bệnh lý nội, ngoại khoa khác.

2. Gia đình: chưa ghi nhận bệnh lý thận hay phù trước đây.

V. Khám: 15h ngày 27/09/2018

1. Tổng trạng:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Môi hồng, chi ấm, mạch quay rõ, CRT <2s
- Sinh hiệu:
 - + Mạch đều rõ: 80 lần/phút
 - + Thở đều 26 lần/phút
 - + HA: 120/80 mmHg, không hạ HA tư thế.
 - ⇒ HA= 95th+ 5mmHg => THA độ 1
 - + Nhiệt độ: 37°C
- Thể trạng: CN 44 kg(cân nặng trước phù là 43kg, trong lúc NV là 52kg), CC: 154cm.
 - ⇒ BMI(theo CN trước phù): 21,93 => bình thường theo BMI Châu Á.
- Đang trong chế độ ăn nhạt, hạn chế muối và nước, nghỉ ngơi tại giường.
- Da niêm hồng, không nổi ban xuất huyết, không vàng da.
- Hạch ngoại vi không sờ chạm.
- BN không còn phù, tiểu khoảng 2000ml/24h, màu đỏ nhạt, ít bọt, không thấy cục máu đông, không thấy cặn lắng.

2. Đầu mặt cổ:

- Cân xứng không biến dạng.
- Mắt nhìn rõ, không hoa mắt, chóng mặt.
- Không soi đáy mắt.
- Kết mạc mắt không vàng.
- Tĩnh mạch cổ không nổi.
- Tai không chảy dịch, không tấy và bệnh ở tai.
- Môi không khô, họng sạch lưỡi sạch.

3. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không biến dạng, không u sẹo, không tuần hoàn bàng hệ, không co lõm.
- Tim: Nhịp tim đều, tần số 80l/phút, T1,T2 rõ, không thổi, không có tiếng cọ màng tim.

- Phổi: Thở bình thường 26 l/phút, không thở Kussmaul, phổi gõ trong, rung thanh bình thường 2 bên, rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không nghe rale bệnh lý.

4. Bụng:

- Cân đối, không u sẹo, không vết mổ cũ, không chướng, không thuần hoàn bàng hệ.
- Bụng mềm, gan lách không sờ chạm, không phản hồi gan-Tĩnh mạc cổ.
- Không dấu chạm thận, bập bênh thận, không sờ thấy cầu bàng quan.
- Không điểm đau niệu quản trên, giữa, không điểm đau sườn-lưng, sườn-cột sống.
- Không nghe thấy âm thổi chủ bụng, động mạch thận hai bên.
- Bộ phận sinh dục ngoài là nam.

5. Thần kinh:

- Cổ mềm.
- Không dấu thần kinh định vị, không dấu màng não.

6. Cơ xương khớp:

- Không đau nhức, không xuất huyết tại các khớp.
- Không thấy dấu hiệu còi xương.

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 14 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân và tiểu đỏ, qua thăm khám ta ghi nhận:

TCCN:

- Phù toàn thân tiến triển nhanh.
- Tiểu máu toàn dòng.
- Tiểu không cục máu đông
- Tiểu không đau buốt gắt
- Tiểu ít dần
- BN cảm thấy hoa mắt, chóng mặt, đứng lên cảm thấy say sẩm.

TCTT:

- HA= 120/70 mmHg
- Không còn tình trạng phù, CN=44kg.
- Tiểu đỏ nhạt với lượng nước tiểu khoảng 2000ml/ngày.

Tiền căn: Trước hai tuần khởi phát bệnh, BN có đau họng, sốt.

VII. Đặt vấn đề:

1. Tiểu đỏ
2. Phù tiến triển nhanh
3. Tiểu ít
4. Tăng huyết áp

VIII. Chẩn đoán sơ bộ:

Viêm cầu thận cấp ngày 15, theo dõi tổn thương thận cấp, nghi do hậu nhiễm liên cầu

IX. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng thận hư nguyên phát nghi không phải sang thương tối thiểu.
- Viêm cầu thận tiến triển nhanh ngày 15, theo dõi tổn thương thận cấp, nghi do hậu nhiễm liên cầu.

X. Biện luận:

BN nam, 14 tuổi nhập viện vì phù và tiểu máu và ta thấy có:

1. Tiểu đỏ:

a. Tiểu đỏ này là tiểu hồng cầu:

- BN trước đó không ăn thức ăn gì màu đỏ, không có uống thuốc gì trước đây.
- Không chân thương gì, không thấy cục máu đông.
- Không tiểu gắt buốt hay lắt nhắt gì.
⇒ Nên nghĩ nhiều là tiểu hồng cầu.

b. Tiểu này là từ cầu thận:

- Màu nước tiểu đỏ sậm
- Tiểu máu toàn dòng
- Kèm theo có phù do thận (phù ở những mô lỏng lẻo như quanh mắt rồi lan ra hai chân và bụng), THA và tiểu ít
⇒ Nên nghĩ nhiều là tiểu HC nguồn gốc từ cầu thận
⇒ Đề nghị soi cặn lắng nước tiểu

c. Nguyên nhân: Những hội chứng gặp trong tổn thương cầu thận

- Bất thường triệu chứng nước tiểu: loại do không phải chỉ tiểu máu đơn độc

- Viêm cầu thận mãn: loại cho mới phát hiện bệnh gần đây
- HCTH: có nghĩ do bệnh nhân tiểu có thấy bọt, phù tiến triển nhanh phù hợp với HCTH nhưng BN đã 14 tuổi cùng với đó còn có triệu chứng THA, tiểu ít, tiểu máu nên không nghĩ là sang thương tối thiểu
- VCT tiến triển nhanh: Chưa loại trừ do
 - + Vừa các triệu chứng trong HC viêm cầu thận cấp và trình trạng tiểu đạm ngưỡng thận hư(+++) tại BV Bình Dân và Tiền Giang.
 - + Tình trạng tăng ure máu từ lúc xét nghiệm tại bệnh viện Bình Dân đến lúc NV.
 ⇒ Đề nghị theo dõi ure và creatinin.
- Viêm cầu thận cấp: phù hợp các triệu chứng tiểu hồng cầu nguồn gốc cầu thận, phù, THA, tiểu ít.

2. Viêm cầu thận cấp nghi do hậu nhiễm liên cầu do

- Các nguyên nhân bệnh hệ thống tự miễn không nghĩ đến:
 - Lupus ban đỏ: không nổi hồng ban cách bướm hay hồng ban dạng đĩa, không thấy viêm khớp, các sang thương ở đầu mặt cổ.
 - Henoch-Scholein: Dù bệnh nhân có khai đau bụng nhưng không có các triệu chứng ban xuất huyết vùng tay chân, đối xứng, mang găng vớ, không đau hay xuất huyết khớp.
 - Good- Pasture: không có các triệu chứng phổi rầm rộ(ho ra máu, suy hô hấp) nên không nghĩ.
 - Không nghĩ đến bệnh nhân bị IgA do BN không chỉ tiểu máu thuần túy, không có triệu chứng ngay sau khi bị cảm đau họng và không có tiền căn gia đình.
- Các nguyên nhân lâm tính khác không nghĩ đến:
 - HC Guillian- Barre: BN không có rối loạn cảm giác và vận động kiểu mang găng mang vớ.
 - Gần đây không có tiền căn chích ngừa gì cả
 - Không bị ong đốt.
- Nghĩ nhiều đến nguyên nhân nhiễm trùng sau khi loại các bệnh tự miễn hệ thống trên:
 - Không nghĩ đến do tác nhân siêu vi hay KST do SV hay KST sẽ biểu hiện trước 2-3 tuần rõ rệt và dễ nhận thấy.

- Nghĩ nhiều đến bệnh nhân **do hậu nhiễm liên cầu** vì:
 - + Trước đợt bệnh 2 tuần, BN có triệu chứng đau họng.
 - + Là nguyên nhân gây VCT cấp thường gặp nhất.
 - + Diễn tiến lâm sàng phù hợp: sau 11 ngày nhập viện, BN đã hết phù (còn 44kg), hết tăng huyết áp (120/80 mmHg) vẫn còn tiểu máu.
 - + Cần làm thêm xét nghiệm huyết thanh ASO, anti-DNAse B, C3, C4 và phết họng để có bằng chứng chính xác nhiễm liên cầu.

3. **Biến chứng: thường là THA và suy thận cấp**

- Bệnh não do THA: BN không cảm thấy nhức đầu dữ dội, buồn nôn, mờ mắt, rối loạn tri giác nên không nghĩ tới.
- Suy tim cấp: Không nghĩ tới vì:
 - + Dù BN khai cảm thấy khó thở nhưng khám không thấy dấu hiệu tim đập nhanh, nghe tiếng gallop ngựa phi, gan không to, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ (-), và khó thở khi nằm nên nghĩ khó thở do tình trạng phù.
 - + Không thấy dấu hiệu phù phổi cấp: ho bọt hồng, rale âm dăng cao hai đáy phổi.
- Suy thận cấp:
 - + Lúc chuyển viện, lượng nước tiểu ghi nhận là 750ml/24h
 $\Rightarrow 0.73 \text{ ml/kg/1h}$ (chưa dưới 0.5 ml/kg/1h), nhưng được ghi nhận sau khi đã nhập và cho điều trị lợi tiểu (Furosemid) nên vẫn nghĩ nhiều bệnh nhân có tình trạng tiểu ít khi mới khởi phát bệnh
 - + Có tình trạng creatinin tăng cao khi làm xét nghiệm tại BV Bình Dân (3.3448 mg/gl) và BV Tiền Giang là (2.8577 mg/dl) \Rightarrow lớn hơn lượng creatinin theo tuổi (trên 12 tuổi $> 1 \text{ mg/dl}$).
 - + Theo CT Schwartz: $e \text{ GFR} = k \cdot \text{CC}(\text{cm}) / \text{creatinin}(\text{mg/dl}) = 0.55 \times 154 / 2.8577 = 29.6$
 \Rightarrow Đang có tình trạng tổn thương thận cấp.

XI. **Cận lâm sàng đề nghị:**

1. **CLS chẩn đoán:**

- TPTNT, soi cận lằng, siêu âm bụng.
- Huyết thanh ASO, anti-DNAse B, phết họng tìm liên cầu.
- ANA, anti-dsDNA.
- C3, C4

- HbsAg, anti-Hbs, anti-HCV.
- Định lượng albumin/đạm máu, cholesterol máu.
- Protein niệu 24h(hay protein niệu và creatinin niệu)

2. CLS biến chứng, theo dõi:

- Sinh hóa hóa: Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Cl^- , ure, creatinin
- CTM, X-quang ngực thẳng.

XII. Kết quả cận lâm sàng:

1. Tổng phân tích nước tiểu: ngày 16/09/2018

Uro	Nom	mg/dl
GLU	Nom	mg/dl
KET	Neg	mg/dl
BIL	Neg	mg/dl
PRO	+++ 500	mg/dl
NIT	Neg	
pH	5	
BLD	+++ 300	Ery/ul
S.G	1.010	
LEU	Neg	Leu/ul
ASC	Neg	

⇒ **Tiểu đạm** +++

⇒ **Tiểu máu đại thể.** +++

2. Sinh hóa nước tiểu: ngày 18/09

- Soi cận lẳng:

Hồng cầu (++++)

Bạch cầu (+++)

Trụ hồng cầu (++) , trụ hạt(ít), trụ BC(+)

Tinh thể calcium oxalat(+)

⇒ **Tiểu máu cầu thận phù hợp**

- Hình dạng HC:

+ HC bình thường: 96%

- + Hình dạng bất thường: 4%(HC răng cưa, HC méo mó)
- Protein niệu : 2.966 g/l
- Creatinin niệu : 3.679 mmol/l

⇒ **Protein/creatinin=806 g/mmol(>200)**

⇒ **Tiểu đạm ngưỡng thận hư**

3. - Xét nghiệm huyết thanh ngày 17/09/2018:

Cholesterol máu TP: 4.23 mmol/L

C3: 65.76 mg/dl

C4: 30.04 mg/dl

HbsAg: âm tính

Anti HCV: âm tính

⇒ **C3 giảm, C4 bình thường.** => Phù hợp với nhiễm liên cầu trùng.

- Test ngày 19/09/2018:

ANA : âm tính

Anti-dsDNA: âm tính

⇒ **Loại bỏ các nguyên nhân VCTC do bệnh hệ thống, nghĩ nhiều do nhiễm trùng.**

4. Sinh hóa máu:

	16/9	17/9	18/9	19/9	20/9	24/9	26/9	27/9	Đơn vị
Creatinin	237.63	228.31	281.07	307.46	376.80	469.54	357.96	302.18	umol/l
Ure	27.01	30.05			32.77	45.4	47.67	46.7	mmol/l
Albumin	2.47				2.54				g/dl
Na ⁺	129.2	135.0	137.4	137.9	135.5	132.7	134.05	136.9	mmol/l
K ⁺	6.42	5.38	4.67	4.84	4.84	4.72	4.69	4.44	mmol/l
Ion calci hóa	1.04	1.05	0.99	0.98	0.94	0.99	1.03	1.01	mmol/l
Cl ⁻	101.6	105.3	105.3	108.5	95.8	102.2	98.3	100.4	mmol/l

⇒ Albumin máu giảm nhẹ không đáng kể.

- ⇒ Ure và Creatinin máu tăng liên tục, nhanh trong vài ngày(có những ngày tăng quá 3mg/l/ngày hay 26,55 um/l/1 ngày)
- ⇒ Có tổn thương thận cấp

5. Công thức máu:

Tên XN	Kết quả
WBC	14.16 x 10³/uL
#NEU	11.83 x 10 ³ /uL
#BASO	0.01 x 10 ³ /uL
#EOS	0 x 10 ³ /uL
#LYMPH	1.04 x 10 ³ /uL
#MONO	1.28 x 10 ³ /uL
#IG	0.08 x 10 ³ /uL
%NEUT	83.6 %
%BASO	0.1 %
%EOS	0 %
%LYMPH	7.3 %
%MONO	9 %

Nhuộm HMMD	IgG	IgA	IgM	C1q	C3	Fibrinogen
-------------------	------------	------------	------------	------------	-----------	-------------------

RBC	4.52 x 10 ¹² /L
HGB	12.7 g/dl
HCT	36.4 %
MCV	80.5 fL
MCH	28.1 pg
MCHC	34.9 g/dL
RDW	11.6 %
PLT	424 x 10³/uL

6. Sinh thiết thận:

Số CT(+)/TSCT	0/11	0/11	2/11	0/11	11/11	2/11
Quai mao mạch	-	-	-	-	-	-
Vùng GMM	-	-	+/-	-	+	+/-

a. Nhận xét vi thể:

- Nhuộm HE:
 - + 16 cầu thận tăng sinh gian mao mạch
 - + 10 cầu thận tăng sinh trong mao mạch
 - + 16 cầu thận có xâm nhập bạch cầu
- Nhuộm PAS: 00 cầu thận lắng đọng hyaline trên quai mao mạch và gian mao mạch
- Nhuộm GOMORI: 00 cầu thận xơ hyalin hóa một phần cầu thận
- Nhuộm GROCOTT: Màng đáy cầu thận: không đáy
- 8 cầu thận có liềm tế bào
- ống thận: có trụ hồng cầu và teo 15%
- mô kẽ: có ít lymphocyte và xơ hóa 15%
- Mạch máu: không viêm không xơ hyelin hóa

KLHMMD và quang học: **Viêm cầu thận liềm thể (8/17 CT có liềm tế bào) → phù hợp với viêm cầu thận hậu nhiễm trùng.**

XIII. Nguyên tắc điều trị:

1. Điều trị nguyên nhân:

- Không còn thấy tình trạng viêm họng, viêm da do vi trùng tuy nhiên ở CTM có thấy bạch cầu cao, neutrophil ưu thế → Tình trạng nhiễm trùng vẫn đang diễn tiến → Sử dụng kháng sinh Penicilline V (100000 đv/kg/ngày) hoặc Erytromycine 30-50mg/kg/ngày.
- Đây là viêm cầu thận tiến triển nhanh phải sử dụng corticoid(dùng Solumedrol)

2. Điều trị triệu chứng:

- Có triệu chứng THA: Nifedipin phối hợp Furosemid.
- Tình trạng phù : Furosemid → hết phù sẽ ngưng dùng

3. Điều trị hỗ trợ:

- Chế độ nghỉ ngơi: GD cấp cần nghỉ ngơi vài tuần, do có tình trạng THA nên phải tuyệt đối nằm nghỉ ít nhất trong tuần đầu.
- Chế độ ăn:

- + Cần ăn nhạt trong 2-3 tuần đầu cho đến hết phù và huyết áp trở lại bình thường.
- + Có tình trạng tăng ure và creatinin máu cao nên hạn chế thức ăn protid. (0.5g/kg protid/ hàng ngày)
- + Vẫn đủ 50% nhu cầu năng lượng bình thường để tránh dị hóa đạm.
- + Nhu cầu nước phù thuộc lượng nước tiểu và tình trạng phù THA nhưng vẫn đủ nhu cầu sinh lý.

XIV. Tiền lượng: Trung bình, có thể phục hồi nếu điều trị sớm ở giai đoạn sợi xơ chưa hình thành.

