

BỆNH ÁN

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên: Nguyễn Trọng Ph. Tuổi: 20 Giới: Nam
Địa chỉ: huyện Châu Phú - An Giang
Nghề nghiệp: Sinh viên
Ngày giờ nhập viện: 19h ngày 21/02/2019
Số nhập viện: 19.009843
Giường 21 Khoa nội tiết thận BV Nhân dân Gia Định

II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Đau nặng ngực

III. BỆNH SỬ

- Cách nhập viện 2.5 tháng, BN phù ở mắt cá chân và mu bàn tay, phù mềm, trắng, không sưng đỏ đau, cả ngày. Sau đó 1 tuần, lan dần lên tới đùi, BN có cảm giác căng tức, tê chân nhiều khi đi lại, giảm khi nghỉ. BN không phù mắt, không nặng mi, không phù bụng. BN uống khoảng 2 L nước/ngày, tiểu khoảng 500-700 ml/ngày, đục, nhiều bọt, không lẫn máu. khó thở ít, chán ăn, không sốt, không vàng da, không nôn ra máu, không đi cầu ra máu. BN tăng 4kg (66kg -> 70kg) trong vòng 1 tuần từ lúc bắt đầu phù.

- Cách nhập viện 1 tháng, tình trạng phù, tiểu bọt không giảm, tê chân nhiều hơn, BN đến khám ở BV ĐHYD, BN không được làm XN, chẩn đoán suy van tĩnh mạch chi dưới, BN uống thuốc đều, tái khám 1 lần, chân giảm căng tức, phù và tiểu đục tiểu bọt không giảm, BN làm xét nghiệm tổng quát tại Tass Care (21/01/2019)

- Sinh hóa máu:

○ Glucose	86.7 mg/dL
○ Creatinin	0.85 mg/dL
○ BUN	17.71 mg/dL
○ Acid uric:	8.2 (3-7 mg/dL)
○ Cholesterol toàn phần:	350 (150-200 mg/dL)
○ Triglyceride:	283.9 (40-165 mg/dL)
○ LDL cholesterol:	246.16 (<130 mg/dL)
○ Kali:	5.42 (3.4-5.1 mmol/L)

- Xét nghiệm miễn dịch

- HBsAg (-)
- Kháng thể kháng HIV 1/2 (-)
- anti HAV (-)
- Giang mai (-)

- Marker ung thư:

○ AFB	4.36	(< 20 ng/mL)
○ CEA	1.56	(< 5 ng/mL)
○ PSA total	0.95	(< 2 ng/mL)

- Que nhúng nước tiểu Dipstick:

○ Tỷ trọng	1.020
○ Hồng cầu:	25 tế bào/ μ L
○ BC	âm tính
○ Protein:	300mg/dL

- Ngày nhập viện, BN khám BV Chợ Rẫy, được chẩn đoán HCTH nhưng BN xin về (*xét nghiệm xem CLS*). Tối BN đang ngồi chơi thấy đau nặng ngực sau xương ức, cảm giác nuốt nghẹn, liên tục, vã mồ hôi, lan sau lưng và thượng vị, mức độ vừa, tăng dần, không yếu tố tăng giảm đau, BN cảm thấy khó thở, ợ hơi, buồn nôn, không nôn.

- Tình trạng lúc nhập viện:
 - BN tỉnh
 - Sinh hiệu
 - Mạch 88 lần/ph
 - NĐ 37.6
 - HA 110/60 mmHg
 - NT 22 lần phút
 - SpO2 98%
 - CC 170 cm CN 70 kg
 - Tim đều, phổi trong, bụng mềm

- Diễn tiến lâm sàng:

N1-5: giảm đau nặng ngực, hết buồn nôn, nuốt nghẹn, còn phù chân, còn tiểu bọt # 500ml ngày, CN 70kg

N6-8: giảm 1 phù, CN 70 → 68kg, tiểu 1.5-2 lít/ngày, nước nhập 0.5-1 lít/ngày

IV. TIỀN CĂN

1. Tiền căn bản thân

a. Nội khoa

- Chẩn đoán suy van tĩnh mạch chi dưới tại BV ĐHYD được kê thuốc theo đơn sau:
 - Restiva (Diosmin) 600mg
 - PM Remem (Ginkgo biloba) 120mg
 - Venosan retard 50mg
 - Noton (Nabumetone) 500mg → sau khi uống thuốc có tăng phù?
 - Reprat (Pantoprazole) 40mg
- Không ghi nhận tiền căn: nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng da, HBV, HCV, HIV, THA, ĐTD
- BN đã chích ngừa HBV.
- Không ghi nhận tiền căn dùng thuốc NSAIDs, Captopril, Corticoid, thuốc nam

b. Ngoại khoa

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật

c. Thói quen

- Rượu bia ít
- Không hút thuốc lá

d. Dị ứng

- Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

2. Tiền căn gia đình

- Chị gái mất vì bệnh lupus biến chứng thần kinh cách đây 1 năm
- Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTD, ..
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh thận mạn, thận đa nang, suy thận

V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

- Tim mạch: không hồi hộp, không đánh trống ngực
- Hô hấp: không khó thở, không ho
- Tiêu hóa: đau âm ỉ thượng vị, không nôn, không buồn nôn, chán ăn
- Tiết niệu: tiểu vàng trong, không gắt buốt, lượng # 2 lít/ngày
- Thần kinh: không nhức đầu, không chóng mặt
- Cơ xương khớp: không yếu liệt chi, không đau nhức.

VI. KHÁM LÂM SÀNG (01/03/2019)

1. Tổng trạng

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang.
- Sinh hiệu:
 - Huyết áp: 120/80 mmHg

- Mạch: 80 lần/phút
- Nhịp thở: 20 lần/phút
- Nhiệt độ: 37°C

- CC 170 cm, CN 66kg (chưa phù) → BMI = 22.8
- Niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, không xuất huyết dưới da
- Môi không khô, lưỡi không dơ
- Không lòng bàn tay son, không ngón tay dùi trống, không móng trắng
- Không mảng hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, không vết loét miệng, không rụng tóc
- Phù bàn chân đến đùi, phù mu bàn tay, đối xứng 2 bên, trắng, mềm, ấn lõm, không đau,
- Hạch ngoại biên không sờ chạm

2. Đầu mặt cổ

- Không co kéo cơ hô hấp phụ
- Tuyến giáp không to, khí quản không lệch
- Tĩnh mạch cổ/45o (-)
- Phản hồi gan tĩnh mạch cảnh (-)
- Kết mạc mắt đỏ, ít ghèn.

3. Ngực

- Ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không biến dạng, không lồng ngực hình thùng, không sẹo mổ cũ, không nốt xuất huyết, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.

a. Tim:

- Mỏm tim ở liên sườn V đường trung đòn (T), diện đập 1x2 cm²,
- T1, T2 rõ, đều, tần số 80 lần/phút, không âm thổi, hardzer (-), rung miu (-), dấu nảy ngực (-)

b. Phổi:

- Rung thanh đều 2 bên.
- Gõ trong 2 bên.
- RRPN đều 2 bên, không ran.

4. Bụng

- Bụng phẳng, cân đối, di động khi thở, không THBH, không sẹo mổ cũ, không dấu rắn bò, không quai ruột nổi
- Nhu động ruột: 5 lần/phút
- Gõ trong khắp bụng, gõ đục vùng thấp (-)
- Sờ: đau nhẹ vùng thượng vị khi ấn, không u
- Gan: không sờ chạm, bờ trên KLS V, chiều cao gan 12 cm đường trung đòn T
- Lách: không sờ chạm
- Thận: chạm thận (-), rung thận (-)

5. Thần kinh - Cơ xương khớp

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
- Không đau khớp, không giới hạn vận động.

VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nam 20 tuổi nhập viện vì đau nặng ngực, có các triệu chứng sau

TCCN:

- Phù chân và tay 2,5 tháng
- Tiểu vàng đục, nhiều bọt, 500-700 ml/ngày
- Đau nặng ngực, cảm giác bóp nghẹt, sau xương ức, liên tục gây buồn nôn, khó thở

TCTT

- Phù chân, mu bàn tay, mềm, trắng, ấn lõm, không đau, đối xứng
- Tiểu vàng đục # 2 lít/ngày (nước tiểu 24h)

Tiền căn:

- Suy van tĩnh mạch chi dưới
- Chẹn gai mắt do lupus biến chứng thần kinh

VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Đau ngực cấp
2. Phù toàn thân
3. Tiêu đực, tiểu bọ

IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

HCTH nguyên phát lần đầu không thuần túy b/c Nhồi máu cơ tim cấp

X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

HCTH nguyên phát lần đầu không thuần túy b/c truyền tắc phổi

HCTH thứ phát lần đầu nghĩ do lupus t/d NMCT cấp/thuyền tắc phổi

HCTH thứ phát lần đầu nghĩ do lupus - GERD

XI. BIỆN LUẬN

1. Đau ngực cấp

BN nhập viện vì đau nặng ngực sau xương ức, cảm giác nuốt nghẹn, liên tục, vã mồ hôi, lan sau lưng và thượng vị, mức độ vừa, không yếu tố tăng giảm đau, BN cảm thấy khó thở, buồn nôn, có thể có các nguyên nhân:

- Tim mạch:
 - HCVC: Thường khởi phát đột ngột khi nghỉ, kéo dài >20p cảm giác thắt nghẹt sau xương ức, lan lên vai trái, kèm thêm vã mồ hôi, buồn nôn, có thể hạ huyết áp => bn này phù hợp với hội chứng vành cấp đề nghị ECG, động học hs troponin T
 - Viêm màng ngoài tim: BN có biểu hiện nhiễm siêu vi trước đó, đau sau xương ức hoặc ngực trái, có thể lan lên vai trái, đau nhói hoặc đau kiểu màng phổi, giảm đau khi ngồi cúi người ra trước. Khám tim nghe tiếng cọ màng ngoài tim → BN không có không nghĩ
 - Bóc tách động mạch chủ: khởi phát đau đột ngột, dữ dội, đau như xé, như dao đâm, lan sau lưng giữa 2 xương bả vai; tiền căn tăng huyết áp hoặc bệnh lý mô liên kết như hội chứng Marfan; khám ls hở van đmc, mất mạch ngoại biên, có hạ áp lúc nv → BN không có nên không nghĩ
- Bệnh lý phổi
 - Thuyên tắc phổi: Đau ngực kiểu màng phổi khởi phát đột ngột, thường đau một bên ngực, có thể đau sau xương ức, kèm khó thở, BN có thể ho ra máu, vã mồ hôi. Khám thấy thở nhanh nông, nhịp tim nhanh, tím tái, tụt huyết áp, thường xảy ra trên cơ địa tăng đông: nằm lâu, hội chứng thận hư,... BN này vừa tiểu đm diễn tiến đau ngực phù hợp → nghĩ nhiều
 - Tràn khí màng phổi: Đau ngực, khó thở nhiều cấp tính, khám có lồng ngực hình thùng, dẫn khoang liên sườn, rung thanh giảm, rì rào phế nang mất hoặc giảm, gõ vang bn này rì rào phế nang đều 2 phế trường, gõ trong, rung thanh đều 2 phế trường => không nghĩ
 - Viêm phổi màng phổi: đau ngực kiểu màng phổi thường có sốt. ho đàm kèm theo, khám có ran ẩm hoặc nổ, tiếng co màng phổi => không nghĩ
- Dạ dày ruột
 - Trào ngược dạ dày thực quản: đau sau xương ức hoặc thượng vị kiểu nóng rát, xảy ra sau khi ăn và khi nằm ngửa, kèm ợ hơi, ợ chua, khó tiêu, giảm đau khi sử dụng antacid
 - Loét dạ dày tá tràng: Đau thượng vị hoặc sau xương ức kiểu nóng rát, liên quan đến bữa ăn, giảm đau khi ăn hoặc dùng antacid → nghĩ nhiều
- Thần kinh – cơ xương khớp: Thường đau nhói, khu trú tại 1 vùng nhỏ trên thành ngực, đau tăng khi ấn vào, khi ho, hít thở hoặc cử động → không nghĩ
- Hội chứng tăng thông khí, lo lắng: thường gặp BN nữ dưới 40 tuổi, có tình trạng lo lắng căng thẳng, tiền căn trầm cảm hoặc cơn hoảng loạn → không nghĩ

2. Phù toàn thân:

Bệnh nhân có phù 2 chân, phù 2 mu bàn tay nên nghĩ nhiều có phù toàn thân. Các nguyên nhân phù toàn thân thường gặp:

- Suy tim: Thường khó thở khi nằm, khám có gan to, tĩnh mạch cổ nổi, khám tim có tim to, hazdzer (+), gallot T3, tiền căn có bệnh tim mạch, ĐTD,... => không nghĩ ở bệnh nhân này
- Suy dinh dưỡng: Thường phù cứng mu bàn tay chân, mức độ nhẹ kèm theo thể trạng gầy, suy kiệt, bn này BMI trước phù 22,8, không có tiền căn ăn uống kém kéo dài, không tiền căn lao, ung thư => không nghĩ
- Xơ gan: khám BN không báng bụng, không có HC suy TB gan, HC TALTMC, không có tiền căn bệnh viêm gan, xơ gan → không nghĩ
- Phù do thận: nghĩ nhiều do BN phù chân và mu bàn tay, kèm tiểu bọt, xét nghiệm đạm niệu 21/01 300 mg/dL
 - Viêm cầu thận cấp: BN Viêm cầu thận cấp có phù ít, THA, thiếu niệu, tiểu máu (đại thể hay vi thể). Ở BN không THA, không thiếu niệu, phù ít, nhưng có thể có tiểu máu vi thể nên không loại trừ, đề nghị làm TPTNT, cận Addis
 - Hội chứng thận hư: Thường phù nhiều đột ngột, tiểu bọt, có thể không kèm tăng huyết áp, tiểu máu, xét nghiệm TPTNT trước đó của BN có tiểu đạm ++++, sinh hóa máu có tăng cholesterol, triglycerid, LDL => nghĩ nhiều hội chứng thận hư, đề nghị TPTNT, đạm niệu 24h, Albumin, Protein máu, cholesterol, LDL-c, HDL-c, Triglyceride.
 - Suy thận cấp: BN không tiểu ít, không biểu hiện HC ure huyết, diễn tiến bệnh 2.5 tháng → không nghĩ
 - Suy thận mạn: BN không tiểu ít, phù diễn tiến 2.5 tháng, không ghi nhận giảm chức năng thận hay tổn thương thận > 3 tháng → không nghĩ
=>) không biết loại 2 cái này

Nguyên nhân hội chứng thận hư:

- Thứ phát:
 - Nhiễm trùng: BN không ghi nhận tiền căn nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng da 1 tháng nay, chưa ghi nhận tiền căn viêm gan B, C, HIV, chưa ghi nhận tiền căn truyền máu, xăm mình, xét nghiệm HBsAg và anti HIV (22/01) âm tính → ít nghĩ, đề nghị xét nghiệm: anti HCV
 - Bệnh hệ thống:
 - Lupus: ít nghĩ do khám lâm sàng không hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa ở mặt, không loét miệng, rụng tóc, dấu xuất huyết da niêm, tuy nhiên không thể loại trừ lupus dựa vào lâm sàng => Đề nghị C3, C4, ANA, anti-dsDNA.
 - Viêm đa khớp dạng thấp: không nghĩ do không đau nhức, không sưng khớp
 - Bệnh di truyền-chuyển hóa: BN không có tiền căn ĐTD, gia đình chưa ghi nhận các bệnh di truyền về thận nên không nghĩ đến nguyên nhân này.
 - Bệnh lý ác tính: không nghĩ do BN trẻ tuổi, lâm sàng không có dấu hiệu suy kiệt, không hạch ngoại biên, không có tiền căn sụt cân. BN có các xét nghiệm marker 22/01
 - AFB 4.36 (< 20 ng/mL)
 - CEA 1.56 (< 5 ng/mL)
 - PSA total 0.95 (< 2 ng/mL)
 - Do thuốc: BN không có tiền căn dùng thuốc NSAID, Captoril, ... trước khi xuất hiện bệnh nên không nghĩ.
 - Dị ứng: BN không có tiền căn dị ứng với thức ăn, thuốc, không bị ong đốt, rắn cắn trước đợt bệnh này nên không nghĩ
- Nguyên phát: sau khi tầm soát chưa có yếu tố gợi ý thứ phát trên lâm sàng => nghĩ nhiều là nguyên phát trước khi có kết quả cận lâm sàng

Hội chứng thận hư thuần túy không thuần túy ?

BN huyết áp 120/80 mmHg không có tăng huyết áp, không có tiểu ít nên không nghĩ suy thận cấp tiểu vàng đục không ghi nhận tiểu đỏ, tuy nhiên TPTNT trước đó Ery (+) nên có thể có tiểu máu vi thể => Hội chứng thận hư không thuần túy, đề nghị soi cận lạng nước tiểu

Biểu chứng hội chứng thận hư:

- Biểu chứng cấp
- Suy thận cấp: biến luận ở trên
- Tắc mạch: biến luận đau ngực phía trên, ở bệnh nhân này nghĩ nhiều hội chứng vành cấp và không loại trừ thuyên tắc phổi => đề nghị ECG, Siêu âm doppler mạch máu, D-Dimer
- Nhiễm trùng: Lâm sàng bệnh nhân không sốt nhiệt độ 37, mạch: 80 lần/phút, nhịp thở: 20 lần/phút, khám không có môi khô lưỡi dơ, không ho đàm, không báng bụng, vùng phù mu tay, 2 chân không sưng nóng đỏ đau => không nghĩ
- Biểu chứng mạn:
- Tim mạch (THA, suy tim): khám BN HA 120/80, không có hội chứng suy tim → không nghĩ
- Suy dinh dưỡng: BMI 22.8 thể trạng trung bình → không nghĩ
- Tăng thành phần tự do của thuốc → không nghĩ
- Mất các chất đạm khác ngoài albumin
 - Loãng xương → không nghĩ
 - Thiếu máu: khám không có da niêm nhạt, móng tay không mất bóng... => không nghĩ

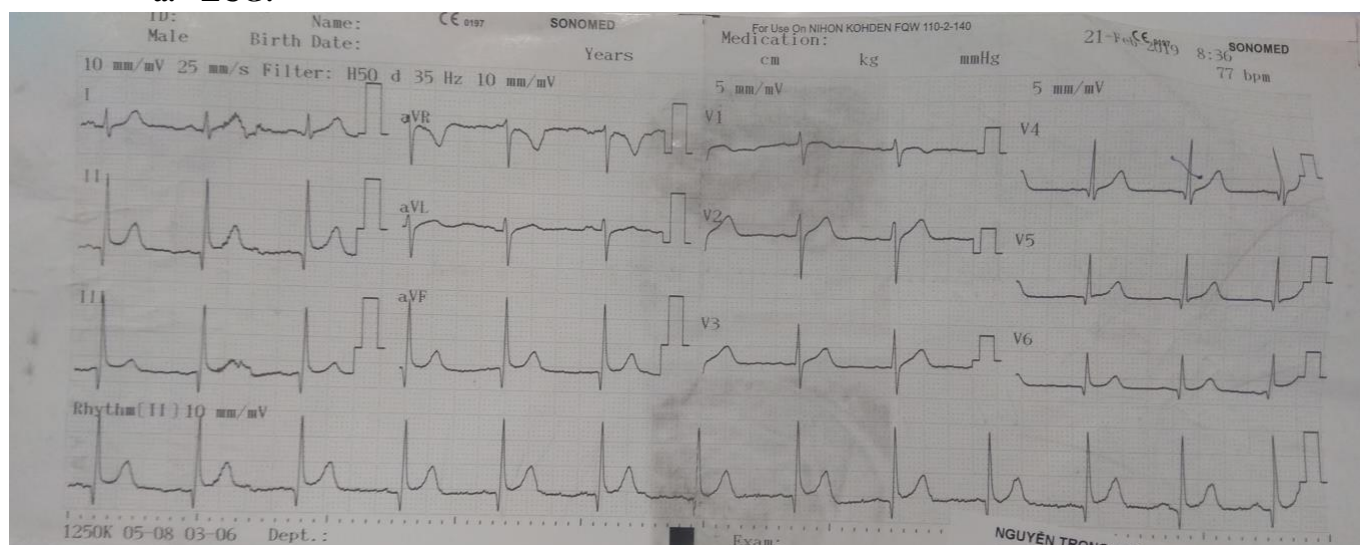
XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

1. **CLS chẩn đoán:** TPTNT, đạm niệu 24h, albumin máu, protein máu, điện di đạm máu, bilan lipid máu (Ctp, TG, LDL-C, HDL-C). CTM, CRP, BUN, creatinine, ANA, anti dsDNA, ASO, C3, C4, HBsAg, anti HCV, anti **HIV**
2. **CLS thường quy :** XQ ngực thẳng, ECG, SÂ bụng tổng quát, đường huyết, men gan (AST, ALT), ion đồ máu.

XIII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

1. Đau ngực cấp

a. ECG:



→ đọc ECG

- Nhịp xoang tần số 75 l/p, đều
- Trục điện tim trung gian
- Không lớn thất, không lớn nhĩ
- ST chênh:

b. Men tim

- **CKMB** 19.37 U/L
- **Troponin T hs** 0.008 ng/mL
→ men tim không tăng

c. D-Dimer: 380 ng/mL

→ không tăng → không nghĩ thuyên tắc phổi

d. Xquang ngực 21/2: chưa ghi nhận bất thường**e. Nội soi dạ dày tá tràng 22/02**

Viêm sung huyết hang vị - tiền môn vị

Clo test (-)

→ nghĩ nhiều đau ngực do viêm dạ dày cấp và GERD

Không nghĩ là trào ngược theo kq này**2. Phù toàn thân - HCTH****a. Tổng phân tích nước tiểu**

	22/1/2019	<u>22/01/2019</u>	28/2/2019	1/3/2019	
pH	7	7.5	6,5	6,5	4,5-7,5
Nitrite	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Glucose	(-)	(-)	(-)	(-)	(-) mmol/L
tỉ trọng	1,020	1.015	1,02	1,028	1-1,03
Máu	25	80	10	Trace-Laysed	(-) cell/uL
Protein	300 mg/dL	+++300 mg/dL	3 g/L	10 g/L	
Bilirubin	(-)	(-)	(-)	(-)	(-) mmol/L
Urobilinogen	0,2	0.2	16	3,2	2-20 mg/dL
Ketone	(-)	(-)	(-)	(-)	<0,27 mmol/L
bạch cầu	(-)	(-)	(-)	(-)	(-) cell/uL

TPTNT có đậm, máu trong nước tiểu. Tiểu đậm ưu thế hơn → nghĩ nhiều nguyên nhân HCTH

→ xem kết quả:

Protein niệu/24h, Protein máu, Albumin máu

Soi cận lẳng nước tiểu tìm trụ HC, BC, HC biến dạng; cận Addis

Tptnt thay đổi tiểu máu.**Gợi ý tiểu máu trên tptnt >= 25****b. Xét nghiệm sinh hóa****Albumin máu:** 24.1 g/L

Protein máu: 46.3 g/L

Đạm niệu 24h: 12.1 g/L

	22/01/2019	<u>21/02/2019</u>	
ALT	26,2	12	5-49 U/L
AST	11,2	19	9-48 U/L
Creatinin	0,85	0,87	0,7-1,5 mg/dL
BUN	17,71		4,6-23,3 mg/dL
eGFR	129	124	≥ 90 ml/p/1,73m ²
Alkaline Phosphatase	41,1		<258 UI/L
Ca	2,2		2,15-2,55 mmol/L
Na	140	139	135-150 mmol/L
K	5.42	3,5	3,5-5,5 mmol/L
Clo	101,3	103	98-106 mmol/L
Đường huyết	86,7	74	70-110 mg/dL
Uric acid	<u>8,2</u>		3-7 mg/dL
Cholesterol Total	<u>350</u>	<u>356</u>	150-200 mg/dL
Triglyceride	<u>284</u>	<u>241</u>	40-165 mg/dL
LDL-c	<u>246</u>	<u>237</u>	<130 mg/dL
HDL-c	<u>42,3</u>	<u>42</u>	>45 mg/dL

- Đạm niệu tăng > ngưỡng HCTH, Protein máu giảm < 60g/L, albumin máu giảm < 30g/L, Cholesterol TP, LDL-c, Triglyceride tăng, HDL-c giảm → phù hợp HCTH
- BUN 17.71 mg/dL, Creatinin 0.85 mg/dL, eGFR 124 ml/ph trong giới hạn bình thường → không có biến chứng suy thận cấp
- Ion đồ:
 - Na, Cl, K, Ca trong giới hạn bình thường → không có rối loạn điện giải

c. Các xét nghiệm miễn dịch

C3	76,9	80-170 mg/dL
C4	11,58	15-45 mg/dL
ANA	0,3	
Anti ds DNA	3,09	< 25U/L

- C3, C4 giảm: nghi ngờ nhiều do lupus

- Tuy nhiên: ANA, Anti dsDNA trong giá trị bình thường: không thỏa Lupus + không giảm 3 dòng TB máu WBC (7.12 k/uL), RBC (5.33 M/uL), PLT (208 k/uL) → đề nghị thêm **anti Sm, anti phospholipid, Coombstest trực tiếp, sinh thiết thận.**

d. Điện di Protein

Albumin	16,3	36-50 g/L
Globulin Alpha 1	2,15	2,1-3,5 g/L
Globulin Alpha 2	8,22	5,1-8,5 g/L
Globulin Beta 1	3,29	3,4-5,2 g/L
Globulin Beta 2	3,6	2,3-4,7 g/L
Globulin Gama	4,44	8-13,5 g/L
Protein	38	60-80 g/L
A/G	0,75	1,2-1,6

- Albumin, Protein máu giảm phù hợp với HCTH
- Tỷ lệ các Albumin:
 - Albumin 43%
 - Globulin 57%
 - alpha 1: 5.7%
 - alpha 2: 21.6%
 - beta: 18.1%
 - Gamma: 11.7%
- Alpha 2 globulin tăng > 12 % → phù hợp HCTH

e. Cận Addis niệu: 28/2/2019

hồng cầu	166	< 700/phút
bạch cầu + tb thượng bì	222	< 1300/phút
Trụ	0	< 7/phút

- Hồng cầu: 166/ph → không có tiểu máu kết hợp với TPTNT 28/02 BN có Blood 10/uL (< 25/uL), có thể:
- Tình trạng bệnh của BN diễn tiến tốt → máu trong nước tiểu chuyển sang âm tính
- Xét nghiệm 22/01 là dương tính giả do: Hemoglobin, Myoglobin, chất sắt khuẩn

f. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

	<u>22/1/2019</u>	28/2/2019	
TSH	5,26	5,36	0,27-4,2 uU/mL
Free T3	3,49	1,04	2-4,4 pg/mL
Free T4	12,42	2,83	9,32-17,09 pg/mL

→ cường giáp dưới lâm sàng

	22/1/2019	<u>21/2/2019</u>	
WBC	6,8	7,12	4,6-10,2 K/uL
Neu%	51,8	53	37-80%
Lym%	34,9	38,6	10-50%
Mono	8,6	7	0-12%
Eos	4,2	1,1	0-7%
Baso	0,5	0,3	0-2,5%
RBC	5,23	5,33	4,04-16,3 M/uL
Hgb	15,4	155	12-18 g/dL
Hct	44,2	45,1	37-57 %
MCV	84,5	84,6	80-97 fL
MCH	29,4	29,1	26,3-32 pg
MCHC	34,8	3,44	31-36 g/dL
RDW	12,5		11,5-20 %
PLT	190	208	132-424 K/uL
MPV	9,6	11,1	5,8-12,8 fL

- 3 dòng tế bào máu trong giới hạn bình thường → không có tình trạng nhiễm trùng, không phù hợp bệnh cảnh lupus, không có tình trạng thiếu máu

Siêu âm tim 21/2: chưa ghi nhận bất thường

Siêu âm bụng 21/2 và 27/02: chưa ghi nhận bất thường

Các xét nghiệm cần đề nghị thêm: anti HCV, **anti Sm, anti phospholipid, Coombs test trực tiếp, sinh thiết thận. ANA nhạy nhất, có giá trị loại trừ.**

XII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Hội chứng thận hư thứ phát nghi do lupus chưa biến chứng - Viêm loét dạ dày tá tràng - GERD

XIII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị HCTH, lupus
- Giảm phù; giảm 0.5-1 kg/ngày
- Điều trị viêm loét dạ dày cho BN
- **Điều trị lupus**

2. Cụ thể

- Visolon 16 mg 3v (u) sáng sau ăn no **methylpredni**
- **Why không xài predni?**
- HCQ 0.2g 1v x 2 (u) **hydroxychloroquine đtri đợt cấp, thường ng VN chỉ dùng 1 viên. Là thuốc kháng sốt rét. Xài bao lâu?**
- Pantoloc 40mg 1v x 2 (u)
- Elthon 50 1v x 2 (u)

- Phospholugel 1 gói x 2 (u)
- Agifuros 40mg ½ v (u) sáng
- Aldacton 25 mg ½ viên uống

Sao lại phối hợp liều kiểu này? Ca này dùng MRA có lợi hơn để giữ Kali, chưa xài đúng liều aldosteron mà đã phối hợp. Phối hợp khi liều tối đa 1 thuốc chưa hiệu quả, cho thêm LT quai. Liều trog xơ gan: spinorolacton 100Mg, có thể dùng khởi đầu 50mg rồi tăng dần dần.

- Phác đồ này đtri HCTH nguyên phát.
- Đtri viêm dạ dày xem lại
- Phải giảm tiểu đạm: Giảm đạm nhập, UCMC (ưu tiên hơn ARB) , ACEi làm dẫn tiểu đm ram giảm áp lực lọc → giảm đạm nhưng dễ suy thận, tăng Kali máu. Chọn ACEi > ARB do ACEi giảm HA tốt hơn, giảm đạm tốt, rẻ hơn.
- Tiết chế nước:
- Lipid máu: HCTH tăng tổng hợp lipid để giữ bn không bị suy thận cấp. Nếu nhăm đtri HcTH nhanh thì khỏi đtri lipid nó tự hạ.
- Canxi máu:

Theo dõi BN này ntn:

- Theo dõi cân nặng mỗi ngày
- Đánh giá đạm niệu sau 1 tháng – 8w – 16w (4w là đáp ứng sớm)
- Cort kéo dài bao lâu
- UCMC
- Cúhng: tùy thuộc liều dùng, cơ địa.
- Biến chứng: tắc mạch, stc, nhiễm trùng

XIV. TIỀN LƯỢNG

- Gần: tốt, BN đáp ứng điều trị, hết phù, hết tiểu bọt, hết đau ngực
- Xa: trung bình bệnh nghĩ nhiều nguyên nhân lupus, HCTH lần đầu, đáp ứng điều trị, chưa biến chứng
- Lupus là rất xấu trên bn nam.
- Trong HCTH hết phù không có nghĩa là hết tiểu đạm