

BỆNH ÁN

I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Hải

Giới tính: Nam

Tuổi: 48 (1971)

Nghề nghiệp: quản lý trạm xe

Địa chỉ: 57 Khu Phố 3A, phường Thạnh Lộc, quận 12, TP HCM

Ngày nhập viện: 9h30 27/03/2019

Phòng 309 khoa Nội tiết - Thận BV NDGD

Số vào viện: 19.016900

II. Lý do nhập viện: phù 2 chân

III. Bệnh sử

Cách nhập viện 2 năm, BN được chẩn đoán bệnh thận mạn – THA tại BV NDGD, điều trị ngoại trú.

Cách 1 tháng nổi ban dị ứng sau uống thuốc không rõ loại và đau hông lưng (P) 1 tuần sau đó, thỉnh thoảng đau quặn từng cơn, không lan, không tư thế giảm đau, bn không sốt.

Cách nhập viện 2 tuần, BN thấy phù mắt và mí mắt, bụng căng to, phù đối xứng 2 chân, phù mềm trắng, ấn lõm, không đau, phù chân tăng vào buổi chiều, giảm khi kê cao chân tiểu vàng trong nhiều bọt, tiểu ít lượng không rõ kèm đau hông lưng (P) với tính chất như trên, bệnh nhân điều trị ngoại trú tại BV NDGD, Δ: Suy thận cấp/mạn – Loạn dưỡng xương do thận – THA – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Viêm phế quản - Rối loạn lipid máu – TMCT, kết quả xét nghiệm: Creatinin máu 256,4 umol/L, Albumin 20.8 g/L, protein 48.9 g/L; TPTNT Protein nước tiểu 10 g/L, eGFR 24.84.

Toa thuốc: Atorvastatin 20mg 1v, Methyldopa 250mg 3v, Calcitriol 0.25mcg 1v, Furosemide 40mg 1v, Amlodipine 5mg 2v, Acetylsalicylic acid 5mg 1v, Acetylcysteine 200mg 3 gói, Diosmin+Hesperidin 450mg 2v.

Ngày nhập viện, bệnh nhân phù 2 chân với tính chất như trên, tiểu bọt, xét nghiệm thấy Creatinine tăng → BV NDGD.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu
 - Mạch: 78 lần/phút
 - Huyết áp: 120/80 mmHg
 - Nhiệt độ: 37 độ C
 - Nhịp thở: 19 lần/ phút.

Trong quá trình bệnh (2 tuần), bệnh nhân không đau bụng, không khó thở, không nôn ói, không sốt, không đau đầu chóng mặt, không đau ngực, không vọp bẻ, ăn uống được, đi tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu không gắt buốt, không xuất huyết, tăng khoảng 6 kg.

Diễn tiến sau nhập viện (3 ngày): bn giảm phù, tiểu bớt giảm, còn đau lưng và hông (P), ăn uống được, tiêu phân vàng đóng khuôn.

IV. Tiền căn

1. Bản thân

a. Nội khoa

Cách 2 năm, bn HA 190-200 mmHg → BV NDGD, Δ: THA – Bệnh thận mạn, không nằm viện, HA dễ chịu 120-130 mmHg. Trong thời gian này, bn thỉnh thoảng phù 2 chân, không phù mắt, khám phòng khám tư và uống thêm thuốc nam thuốc bắc.

Cách 9 tháng, bn phù mắt, bụng, 2 chân → BV NDGD, Δ: THA – Bệnh thận mạn, nằm viện 21 ngày. Sau đó, bn tái khám mỗi tháng tại BV NDGD, ngưng thuốc nam thuốc bắc (phải hỏi là thuốc gì cụ thể lá mật gấu, cỏ mực,...)

Các xét nghiệm theo dõi:

28/9/2018: Creatinin: 299,5; eGFR: 20,85

24/10/2018: 188,6 umol/L ; 35.55

15/11/2018: 187,5 umol/L ; 35.79

12/12/2018: 169.4 umol/L ; 40,24

10/1/2019: 185 umol/L ; 36.2

15/2/2019: 181,4 umol/L ; 37.03

13/3/2019: 256,4 umol/L ; 24,84

Không ghi nhận tiền căn ĐTĐ, NTT.

Tiền căn dùng thuốc NSAIDS, corticoid, thuốc giảm đau không rõ loại.

b. Ngoại khoa

Chưa ghi nhận tiền căn chấn thương, phẫu thuật trước đây

c. Thói quen

Hút thuốc lá: thỉnh thoảng 2-3 điếu

Uống rượu bia: ít

Ăn nhạt từ lúc chẩn đoán bệnh. (2 năm)

d. Dự ứng

Thuốc không rõ loại.

2. Gia đình

Chưa ghi nhận tiền căn gia đình có người mắc bệnh thận mạn, THA, ĐTĐ, lupus, hen, lao.

V. Lược qua các cơ quan (13h ngày 29/03/2019)

Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực

Hô hấp: không khó thở, không ho

Tiêu hóa: không đau bụng, ăn uống được, tiêu phân vàng đóng khuôn.

Tiết niệu: nước tiểu vàng trong lượng khoảng 2,5 l/ ngày, ít bọt, tiểu không gắt buốt (bn uống 2,5 l/ ngày)

Thần kinh: không sốt, không đau đầu, không chóng mặt

Cơ xương khớp: còn đau hông lưng (P)

VI. Khám (13h 29/03/2019)

1. Tổng quát

BN tỉnh tiếp xúc tốt

Chi ấm, mạch quay đều rõ

Phù trước xương chày đối xứng 2 bên, phù mềm, trắng, ấn lõm không đau

Không xuất huyết da

Không giãn tĩnh mạch chân.

Sinh hiệu:

- Mạch: 68 lần/phút
- Huyết áp: 120/80 mmHg
- Nhiệt độ: 37 độ C
- Nhịp thở: 18 lần/ phút.
- Cân nặng: 55,6 kg, chiều cao: 155 cm.

2. Khám từng vùng

a. Đầu mặt cổ

Cân đối, kết mạc mắt không vàng

Tuyến giáp không to

Hạch ngoại biên không sờ chạm

Môi không khô, lưỡi không dơ

Họng không sưng đỏ

Tĩnh mạch cổ 45 độ (-)

b. Ngực

Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không u, không sẹo

Tim:

- Mỏm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm²
- T1, T2 đều rõ, tần số 68 lần/phút
- Không ồ đập bất thường, không rung miêu, không dấu nảy trước ngực
- Không âm thổi bất thường

Phổi:

- Gõ trong, rung thanh đều 2 bên
- Âm phế bào êm dịu 2 phế trường
- Không ran

c. Bụng

Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch.

Nhu động ruột 4 lần/phút, không âm thổi

Gõ trong khắp bụng

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

Gan lách thận không sờ chạm

Đau hông lưng → khám rung thận, chạm thận, khám cột sống, ấn các điểm cột sống L4 L5

d. Cơ xương khớp

Không yếu liệt

Không giới hạn vận động

e. Thần kinh

Cổ mềm

Không dấu thần kinh định vị

VII. Tóm tắt bệnh án

BN nam, 48 tuổi, nhập viện vì phù 2 chân, bệnh 2 tuần, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Phù mắt, mi mắt, phù 2 chân, bụng căng to, phù chân tăng về chiều, giảm khi kê cao chân.
- Tiểu vàng trong, nhiều bọt, tiểu ít.
- Tăng 6 kg.
- Phát ban.
- Đau lưng và hông (P)

TCTT:

- Phù toàn thân, đối xứng, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau.
- **Sinh hiệu lúc khám/nv**

Tiền căn:

- Suy thận cấp/mạn – Loạn dưỡng xương do thận – THA – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Viêm phế quản - Rối loạn lipid máu – TMCT

Đa số NV vì biến chứng hcth or AKI.

VIII. Đặt vấn đề

1. Phù toàn thân
2. **Đau hông lưng**
3. ~~Suy thận cấp/Bệnh thận mạn~~ **NOPE, BỎ NGAR**
4. Tiền căn: THA, Bệnh thận mạn, Loạn dưỡng xương do thận – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Viêm phế quản - Rối loạn lipid máu – TMCT

IX. Chẩn đoán sơ bộ

Suy thận cấp/Bệnh thận mạn do hội chứng thận hư - Loạn dưỡng xương do thận – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Rối loạn lipid máu – TMCT

X. Chẩn đoán phân biệt

Suy thận cấp/Bệnh thận mạn do viêm ống thận mô kẽ - Loạn dưỡng xương do thận – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Rối loạn lipid máu – TMCT

XI. Biện luận

*** Phù toàn thân**

Hoàn cảnh xhien

Tính chất phù: mặt, tay, chân,...

Trchung kèm:

- Mệt, khó thở: suy tim
- Sinh lý, màu sắc, lượng nước tiểu (hỏi tè 1 ngày được 1 lon sữa bò hok 250 – 300ml), tiểu bọt.
- Nổi hồng ban: chú ý liên Lupus, henoch, dị ứng... → khám vị trí, ngứa, gồ, hình dạng (cánh bướm),... Lupus là mặt, dị ứng thuốc: khắp ng (nhớ hỏi thuốc)

Đtri j

Diễn tiến.

Bn phù mặt, 2 chân, bụng căng to nên nghĩ là phù toàn thân, gặp trong các trường hợp:

- Xơ gan: bn khám không thấy hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp cửa nên không nghĩ.

- Suy dinh dưỡng: bn ăn uống được, không phù 2 mu bàn tay, không tiền căn phẫu thuật dạ dày-ruột nên không nghĩ.

SDd nhìn là thấy liền. Ng nhân có hc kém hấp thu → đi cầu phân sống, có sợi mỡ

- Suy tim: bn phù 2 chân thay đổi theo tư thế, tăng dần về chiều, ngủ kê chân giảm phù, tuy nhiên bn phù mặt và khám không thấy hội chứng suy tim, không có tĩnh mạch cổ nổi (+) nên không nghĩ. Phù chân kèm cảm giác tê mỏi, bn có tiền căn suy van tĩnh mạch 2 chân nên nghĩ nhiều phù do suy van tĩnh mạch → SA doppler tĩnh mạch 2 chi dưới.

- Thận: phù toàn thân đối xứng, phù trắng mềm, ấn lõm, phù mắt kèm tiểu vàng trong nhiều bọt, tiền căn bệnh thận mạn 2 năm nên nghĩ phù do thận. Các nguyên nhân:

+ Viêm cầu thận cấp: bn không tiểu máu, không thiếu niệu, huyết áp lúc nhập viện ổn định, không tiền căn nhiễm trùng hầu họng, nhiễm trùng da trước đó nên không nghĩ.

+ Hội chứng thận hư: bn phù toàn thân kèm tiểu bọt nhiều, tăng 6 kg trong 2 tuần, TPTNT **Protein niệu 10 g/L** nên nghĩ nhiều.

▲ Không thuần túy: nghĩ nhiều, do bn có tiểu ít.

▲ • Nguyên phát: nghĩ khi loại trừ hết nguyên nhân thứ phát.

• Thứ phát:

Nhiễm trùng: bn không có tiền căn viêm gan B,C, không tiền căn xăm mình, truyền máu nhưng không loại trừ → HBsAg, anti-HCV.

Lupus: bn khám thấy hồng ban ở mặt, hồng ban dạng đĩa, xuất huyết da niêm, lở miệng → không loại trừ → C3, C4, ANA, anti-dsDNA

Thuốc: bn có tiền căn dùng thuốc hạ áp (ức chế men chuyển, chẹn canxi), corticoid trước đợt bệnh, dị ứng thuốc không rõ loại cách 1 tháng → không loại trừ.

▲ Biểu chứng HCTH:

• Tắc mạch: Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới đã có trước đợt bệnh nên không nghĩ

• Nhiễm trùng:

Viêm mô tế bào: bn không sốt, phù chân kèm sưng nóng đỏ đau nên không nghĩ

VPMNKNP: bn không đau bụng, không phản ứng thành bụng nên không nghĩ.

• Suy thận cấp: ~~ng nghĩ nhiều do bn có tiểu ít~~. Các nguyên nhân: **đẹp biện luận, lát cls r nói**

Sau thận: bn không tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt nên không nghĩ.

Trước thận: bn không tiêu chảy, không nôn ói, không xuất huyết tiêu hóa, không suy tim, tuy nhiên gần đây có dùng thuốc NSAIDS, thuốc ức chế men chuyển nên không loại trừ.

Tại thận:

- Bệnh cầu thận: đã biện luận.
- Hoại tử ống thận: bn gần đây không dùng thuốc độc thận như aminoglycoside, thuốc cản quang nên ít nghĩ.
- Viêm ống thận mô kẽ cấp: bn có phát ban, đau hông lưng (P), tiền căn dị ứng thuốc nên nghĩ nhiều. Nguyên nhân:
 - Nhiễm trùng: đã biện luận
 - Thuốc: đã biện luận.
 - Đa u tủy: bn suy thận, tiền căn loạn dưỡng xương do thận nên không loại trừ
 - Chuyển hóa: không có biểu hiện hội chứng ure huyết nhưng không loại trừ→ Acid uric máu, Ca máu

- Mạch máu: HA ổn định nên không nghĩ.

+ Suy thận cấp/Bệnh thận mạn: nghĩ nhiều

♣ Biện chứng suy thận cấp:

Rối loạn nước điện giải, toan chuyển hóa, tăng acid uric: không loại trừ.

*** Tiền căn: Bệnh thận mạn dep**

Bn có GFR < 60 ml/ph/m² da kéo dài trên 3 tháng nên nghĩ có bệnh thận mạn.

Nguyên nhân: nghĩ nhiều do THA do bệnh nhân phát hiện bệnh thận mạn lúc nhập viện với HA 190-200 mmHg.

Biện chứng:

- Tim mạch: không THA, không ho ra máu, không khó thở
- Thiếu máu: nghĩ nhiều.
- Rối loạn đông máu: không nghĩ do bn không xuất huyết da niêm, không chảy máu khó cầm.
- RL điện giải-toan kiềm: bn không thở nhanh, không đau đầu hôn mê → RA, ion đồ, ECG.
- RL chuyển hóa: nghĩ nhiều do tiền căn loạn dưỡng xương do thận.

Đau hông lưng:

- Thận: viêm đài bể thận cấp, sỏi thận.
- Cơ xương khớp: viêm, thoái hoá
- Da: zona, viêm mô tế bào.
- Khác: Đáy phổi, K phổi, tđmp, phía trc lan lưng, bệnh lý túi mật, loét mặt sau dạ dày tá tràng.

Bn này đau quặn từng cơn nghĩ là đau tạng rỗng

XI. Đề nghị cận lâm sàng

Chẩn đoán: Creatinin máu, Ure máu, albumin máu, protein máu, albumin niệu, creatinin niệu, protein niệu 24h, TPTNT, CTM, ion đồ máu, RA, calci máu, phosphat máu, ANA, anti ds DNA, C3, C4, siêu âm bụng, siêu âm Doppler mạch máu 2 chi dưới, X quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, HbA1c

Thường quy: ECG, siêu âm tim, AST, ALT, xét nghiệm nhóm máu, XQ ngực thẳng, sắt huyết thanh, Ferritin, PT, APTT, bilan lipid máu.

XII. Kết quả cận lâm sàng

1. TPTNT

	13/3	26/3	
Ery	(-)	25	$\leq 10/uL$
Urobilinogen	3.2	3.2	$\leq 17 \text{ umol/L}$
Bilirubin	(-)	(-)	$< 3.4 \text{ umol/L}$
Nitrite	(-)	(-)	(-)
Ketones	(-)	(-)	$< 0.5 \text{ mmol/L}$
Protein	10	10	$< 0.1 \text{ g/L}$
Glucose	(-)	(-)	$< 1.7 \text{ mmol/L}$
pH	5.5	5.5	4.8 – 7.5
S.G	1.019	1.020	1.000-1.023
Leukocytes	(-)	(-)	$< 10 \text{ Leu/uL}$
Color	Yellow	Yellow	Pale Yellow

Tiểu đạm ~~ưu thế hơn tiểu máu~~ **10g/L** ngưỡng hcth nên nghĩ nhiều HCTH không thuần túy → soi cặn lắng nước tiểu tìm nguồn gốc tiểu máu, đạm niệu 24h. Đồng thời bn có phát ban, đau hông lưng (P), tiểu ít, tiểu máu phù hợp viêm ống thận mô kẽ cấp, tiểu đạm ngưỡng thận hư trong viêm ống thận mô kẽ thường do NSAIDS do có tổn thương cầu thận kèm theo.

Cl_s viêm ôtmk: Phải có bạch cầu ái toan eos trong nước tiểu. Viêm ôtmk cấp không có tiểu ít do ống thận tái hấp thu muối nước → tiểu nhiều, tiểu đêm, nếu có kèm suy thận vẫn tiểu bình thường.

2. Sinh hóa máu

	13/3	26/3	29/3	
Urea	10	12.9	17.3	1.7-8.3 mmol/L
Creatinine	256.4	318.5	345	62-106 umol/L

Albumin	20.8	17.8		35-50 g/L
Protein Total	48.9	43.4		65-82 g/L
Glucose	7.21			3.9-6.1 mmol/L
Ca TP	2.1	2.16	2.05	2.2-2.65 mmol/L
Acid uric		744.2		202-416umol/L
AST		23.3		<= 37 U/L
ALT		21.2		<= 41 U/L
Na	137.8	136.1	136	135-145 mmol/L
K	4.28	4.64	3.87	3.3-5 mmol/L
Cl	106.8	104.4	102.2	97-111 mmol/L
eGFR	24.84	19.34	17.63	

Albumin máu giảm <30, protein máu giảm phù hợp HCTH.

Urea, creatinin tăng, Ca máu giảm, eGFR < 60 trên 3 tháng: phù hợp bệnh thận mạn.

Creatinine máu tăng nhanh nhưng không thỏa tiêu chuẩn KDIGO trong chẩn đoán suy thận cấp, chức năng thận giảm liên tục >2 tuần nghĩ đến suy thận tiến triển nhanh, cần làm lại Creatinine 48h, theo dõi sinh hiệu, lượng nước tiểu.

Cđ st cấp hay mạn:

- **SÂ: thận <80mm là teo (nc ngoài 10mm)**

Acid uric tăng là 1 nguyên nhân chuyển hóa gây viêm ống thận mô kẽ, tuy nhiên cũng tăng trong biến chứng suy thận cấp,...

3. CTM

	13/3	26/3	Khoảng tham chiếu
WBC	10.1	9.97	4-10 K/uL
Neu%	64.9	60.7	40-77%
Eos%	6.2	8.6	0-7%
Neu	6.6	6.05	2-7.5 K/uL
Eos	0.6	8.6	0-0.6 K/uL
RBC	3.99	3.76	3.9-5.4 T/L
Hgb	118	112	125-145 g/l

Hct	0.355	0.335	0.35-0.47 L/l
MCV	88.8	89.2	80-100fL
MCH	29.6	29.7	26-34 pg
MCHC	333	334	310-360 g/L
PLT	326	241	150-400 Giga/L
MPV	8.4	9.5	6-12 fL

Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, mức độ nhẹ nghĩ là thiếu máu mạn do không có biểu hiện thiếu máu cấp như xuất huyết, chóng mặt,...: phù hợp bệnh thận mạn

Viêm ống thận mô kẽ sẽ có eos tăng trong 80%, ??? tuy nhiên không loại trừ bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng.

4. X quang ngực thẳng 27/3

Chưa ghi nhận bất thường.

5. X quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng 27/3

Gai thoái hóa nhỏ thân sống L2, L3, L4 → gây đau HL

6. Siêu âm bụng 27/3

Gan, lách, tụy không to

Thận (P): KT #92 x 48 mm. Không sỏi, không ứ nước

Thận (T): KT #80 x 50 mm. Không sỏi, không ứ nước

Chủ mô 2 thận phân biệt rõ với trung tâm

Bàng quang: thành không dày, không sỏi

Tiền liệt tuyến không to

Không dịch ổ bụng

Không dịch màng phổi 2 bên.

→ Thận không teo.

Loại trừ nguyên nhân đau hông lưng: sỏi, đầy phổi, gan mật

XIII/ Chẩn đoán xác định

Suy thận cấp/Bệnh thận mạn gđ 4 A3 do viêm ống thận mô kẽ - Loạn dưỡng xương do thận – Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới – Rối loạn lipid máu – TMCT

Chưa đủ tiêu chuẩn cđoan suy thận cấp, không dùng nước tiểu do khó làm, crea chưa đủ.

Cđoan: HCTH td do lupus đỏ, bệnh thận mạn, suy Tm chi dưới, rl lipid máu, tăng acid uric

Thận teo ccđ sinh thiết.

ST tiến triển nhanh: ThA, dùng thuốc nam, bắc.

XIV/ Điều trị

1. Mục tiêu điều trị

- + Giảm tiểu đạm < 0,5 g/24h.
- + Giảm acid uric máu.
- + Huyết áp < 130/80
- + LDL < 70 mg%

HCTH: cort + Ucmd nhưng ca này không dùng do thận teo shoy.

Chỉ định chuyển bs thận: 5 chỉ định

- BTM gđ 4
- Tiểu máu dai dẳng
- Bệnh thận di truyền
- Đạm niệu >0,5 24h
- SThận tiến triển nhanh

2. Điều trị cụ thể

Hạn chế muối (2-3 g/ngày), giảm đạm

Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

Kiểm soát cân nặng lý tưởng.

~~Solumedrol 40 mg 1 lọ TMC~~ nếu nghi ngờ dị ứng thuốc thì cho uống cort hoy

Febustat 80 mg 1/2v

Calci, vitD3 1v

Amlodipine 5mg 1v

Aspirin 81mg 1v

Atorvastatin 20mg 1v

Nếu đau lưng quá thì cho paracetamol (u), thuốc xoa voltaren.

Có thể dùng ACE, ARB để giảm đạm bảo tồn chức năng thận nhưng phải theo dõi cre, tăng >30% thì phải ngưng thuốc

XV/ Tiên lượng

- Tiên lượng gần: bn Suy thận cấp/Bệnh thận mạn, chức năng thận giảm nhanh → Tiên lượng xấu.

- Tiên lượng xa: bn kèm theo nhiều bệnh, tuy nhiên HA kiểm soát tốt, chưa biến chứng
→ Trung bình