

BỆNH ÁN

Cô Linh sửa – 27/3/2019

I. Hành chính

Họ và tên: Nguyễn Hồng Tr.

Giới tính: Nữ

Tuổi: 32 (1987)

Nghề nghiệp: công nhân may

Địa chỉ: Hóc Môn, Đông Thạnh, TPHCM

Ngày nhập viện: 11h30 18/03/2019

Hành lang 52 khoa Nội tiết - Thận BV NDGD

Số vào viện: 14991

II. Lý do nhập viện: Phù toàn thân

III. Bệnh sử **quá dài**

Cách nhập viện khoảng 6 tháng, BN **mờ mắt, chóng mặt đi khám thì** được chẩn đoán bệnh thận mạn – THA (**phát hiện BTM nhờ THA**) tại BV NDGD, điều trị ngoại trú, tái khám mỗi tháng. Trong quá trình điều trị, BN thỉnh thoảng có phù 2 chân vào buổi chiều, chân phải nhiều hơn chân trái, phù đến 2 cẳng chân, phù trắng, mềm, có cảm giác nóng, sờ vào thấy đau, phù hết sau khi ngủ dậy. Huyết áp tâm thu dao động khoảng 130 – 140 mmHg, thấy mệt khoảng 2 – 3 lần/ tháng. Tiểu 1 lần/ đêm, nước tiểu vàng trong, lượng khoảng 1l/ ngày, ít bọt. BN chưa từng nhập viện, không đau ngực, không khó thở, không hồi hộp đánh trống ngực, không sốt, không buồn nôn, không nôn, không tiểu máu, không tiểu sỏi, không đau hông lưng.

Cách nhập viện khoảng 2 tháng, BN thấy phù 2 chân với tính chất như trên, BN mệt nhiều hơn (1 tuần/ lần) đo huyết áp thấy huyết áp tâm thu dao động 140 – 150 mmHg. Tiểu 2 lần/ đêm, nước tiểu vàng trong, lượng 1l/ ngày, ít bọt.

Cách nhập viện 1 tháng, BN thấy phù mắt và 2 mi mắt và 2 chân vào buổi sáng, phù mềm trắng, ấn lõm, không đỏ, không nóng, không đau, giảm vào buổi chiều, 2 ngày/ lần. BN thấy mệt thường xuyên hơn, 2 – 3 ngày/ lần, huyết áp tâm thu dao động 140 – 150 mmHg, thấy da trắng nhợt, móng trắng. Tiểu đêm 2 – 3 lần/ ngày, nước tiểu khoảng 1 l/ ngày, vàng trong nhiều bọt, khó tan, phải dội nước 2 lần **nói khó tan là được shoy** mới sạch. BN thấy **đau thượng vị** âm ỉ, đau ít tăng lên khi ăn, đau không lan, thỉnh thoảng có ợ hơi ợ chua, không buồn nôn, không nôn, ăn

uống kém, có tiêu phân đen 1 lần/ ngày, mắt nhìn mờ. BN chỉ uống thuốc theo toa, đợi đến ngày tái khám và được cho nhập viện.

Trong 4 ngày nhập viện: BN phù mắt và mí mắt vào buổi sáng và giảm khi về chiều, 2 chân phù ít, huyết áp ngày nhập viện 170 mmHg nay đã giảm còn 130 mmHg, tiểu đêm 2 lần/ ngày, nước tiểu vàng trong khoảng 2 l/ ngày, uống nước khoảng 2 l/ ngày. Đi tiêu phân đen lượng ít 1 lần/ ngày. BN chóng mặt khi thay đổi tư thế, đã được truyền 2 đơn vị máu nay thấy khỏe hơn.

Tình trạng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- Sinh hiệu
 - Mạch: 98 lần/phút
 - Huyết áp: 170/90 mmHg
 - Nhiệt độ: 37 độ C
 - Nhịp thở: 18 lần/ phút.

Tiếp cận phù:

- Hoàn cảnh xuất hiện:
 - Mặt bụng chân → toàn thân
 - Có mặt → nói lun thận (do MLK lỏng lẻo)
- Tính chất:
 - Sáng thức dậy: thận
 - Về chiều: tim, suy TM chân
- Trùng kèm:
 - Mệt, khó thở: suy tim (P)
 - Số lượng + màu sắc nước tiểu: do thận là tiểu ít, máu, bọt.
 - HA tăng: thận
 - Sốt + đau phù
- Đã điều trị gì: thuốc, truyền máu, etc.
- Diễn tiến phù: 4d

Tiếp cận tiêu phân đen:

- Sệt, rắn, lỏng: pb với phân đen do uống sắt (ún sắt cũng gây đau bụng)

IV. Tiền căn

1. Bản thân
 - a. Nội khoa

THA: 11 năm, được chẩn đoán trong lúc mang thai, sau đó uống thuốc được khoảng 3 năm thì thấy ổn rồi tự ngưng. Không có triệu chứng gì cho đến khoảng

tháng 9/2018 (cnv 6 tháng) thì tăng cao HATT 170 mmHg và lúc đó được phát hiện bệnh thận mạn. Sau đó thì tái khám thường xuyên 1 tháng/ lần, uống thuốc theo toa, không dùng thêm thuốc gì khác. Toa thuốc dùng đến ngày tái khám: trong tgian này bn phù tái đi tái lại

- Metoprolol tartrate 50mg 1v
- Amlodipine 5mg 1v
- Ferrous sulfate + Folic acid 2v
- Calcitriol 0,25mcg 1v

Các xét nghiệm theo dõi trong quá trình tái khám:

Creatinine (umol/L): 181,4 (09/2018), 189,8 (10/2018), 216,4 (12/2018), 229,7 (01/2019), 276 (02/2019)

Hb (g/dl): 101 (10/2018), 100 (12/2018), 94 (902/2019)

Ngoài ra, BN chưa từng được chẩn đoán nhiễm trùng tiểu, ĐTĐ, suy van tĩnh mạch 2 chi dưới.

b. Ngoại khoa

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

c. PARA: 2002, sinh mổ

d. Thói quen

Không hút thuốc lá

Không uống rượu bia

Ăn uống thất thường, khoảng 2 tháng nay thường xuyên phải tăng ca

e. Dị ứng

Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn

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 (8h ngày 22/03/2019) rất quan trọng để phát hiện bệnh kèm

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

Hô hấp: không khó thở, không ho

Tiêu hóa: đau thượng vị ít, ăn uống tạm (cháo), tiêu phân đen lượng ít 1 lần/ ngày

Tiết niệu: tiểu 2 lần/ đêm, nước tiểu vàng trong lượng khoảng 1,5 l/ ngày, nhiều bọt, lâu tan, tiểu không gắt buốt

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

Cơ xương khớp: không đau nhức các khớp.

VI. Khám (8h 22/03/2019)

1. Tổng quát

BN tỉnh tiếp xúc tốt

Da niêm nhợt

Chi ấm, mạch quay đều rõ

Phù mắt và 2 mi mắt, phù 2 bàn chân và 2 tay ít. Phù mềm, trắng, ấn lõm, không nóng, không đỏ, không đau.

Không xuất huyết da

Sinh hiệu:

- Mạch: 94 lần/phút
- Huyết áp: 130/80 mmHg
- Nhiệt độ: 37 độ C
- Nhịp thở: 18 lần/ phút.
- Cân nặng: 42 kg, chiều cao: 147 cm. BMI = 19,4 kg/m² (trung bình)

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 sung 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 IV đường trung đòn trái, diện đập 1x1cm²
- T1, T2 đều rõ, tần số 94 lần/phút

- Không ỏ 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

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 nữ, 32 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 2 tháng, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

- Phù toàn thân **phù mặt, bụng, chân**
- **Tiểu đêm, 1l/d**, tiểu bọt, lâu tan
- Mệt mỏi, chán ăn
- Đau thượng vị **mô tả đầy đủ tchat đau kèm ợ hơi ợ chua, mệt mỏi chán ăn.**
- Tiêu phân đen
- Chóng mặt khi thay đổi tư thế, Mờ mắt

TCCT:

- Phù toàn thân **khác gì TCCN? Ghi: Phù 2 bên trắng mềm, ấn lõm, không đau (6 tháng trc). Hiện tại không phù nên không đưa vào tcct.**

⇒ Phù không đối xứng trên HCTH phải tdoi biến chứng tắc mạch, viêm mô tb

- Da niêm nhợt
- Dấu hiệu sinh tồn lúc NV (vì bn nv do trch THA)

Tiền căn:

- THA
- Bệnh thận mạn

VIII. Đặt vấn đề

1. Phù toàn thân
2. Hội chứng thiếu máu (bỏ do trong BTM) → Đặt lại \$ dạ dày tá tràng (có đau thượng vị, ợ hơi ợ chua, chưa rõ đúng xhth hay không)
3. Tiền căn: THA, bệnh thận mạn

IX. Chẩn đoán sơ bộ

HCTH / bệnh thận mạn – THA

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới

X. Chẩn đoán phân biệt

Không biết HCTH vs bệnh thận mạn. HCTH gần như là BTM vì sinh thiết ra thể nào cũng tổn thương >3m. Nếu có HUS thì cdoan thêm HCTH kèm suy thận mạn

1. Bệnh thận mạn diễn tiến nhanh do THA không kiểm soát

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới

2. Lupus/ bệnh thận mạn – THA không cdpb vì là ng nhân

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới

3. Suy tim / THA – bệnh thận mạn

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng

Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới

XI. Biện luận

1. Phù toàn thân

BN có phù mắt, phù 2 mi mắt, phù 2 chân và 2 tay, phù mềm trắng, ấn lõm không đau, đối xứng nên nghĩ BN có phù toàn thân. Phù do các nguyên nhân thường gặp:

- Suy tim: ít nghĩ, BN có phù 2 chân vào buổi chiều sau khi ngồi lâu, giảm vào buổi sáng và có tiền căn THA, BTM, mặc dù không có khó thở khi gắng sức, khám không thấy các dấu hiệu của suy tim phải như tim to, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng T3, đề nghị ECG, siêu âm tim để xác định. **Khi nào nghĩ thì mới biết**
- Xơ gan: không nghĩ. BN không có **\$STBG, \$tăng PTMC** vàng da, không báng bụng, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ, không lòng bàn tay son, không có lách to, không tiền căn nghiện rượu.
- Suy dinh dưỡng: không nghĩ. BN có tổng trạng trung bình, ăn uống được, BMI = 19,4 kg/m², không tiền căn bệnh lý ung thư, bệnh lý dạ dày.
- Thận: nghĩ nhiều. BN khởi phát phù mắt và mí mắt, phù xuất hiện lúc sáng và giảm về chiều, kèm theo bệnh nhân thấy tiểu bọt và tiền căn trước đó BN được chẩn đoán BTM. Thận có các nguyên nhân thường gặp:
 - HCTH: nghĩ nhiều. BN có phù nhiều, có tiểu bọt lâu tan, đề nghị TPTNT, đạm niệu 24h, albumin máu, protein máu, bilan lipid
 - Viêm cầu thận cấp: không nghĩ. BN phù nhiều, không có tiểu máu, THA đã có từ trước, không thiếu nệu, tiền căn không có nhiễm trùng trước đó.

BN có phù chân, bên phải nhiều hơn bên trái, sưng to hết cẳng chân, tăng về chiều khi làm việc nhiều, giảm sau khi thức dậy, phù mềm, trắng, ấn lõm, cảm giác nóng, đau khi chạm vào. Nên nghĩ nhiều suy van TM 2 chi dưới, đề nghị D-dimer, siêu âm Doppler tĩnh mạch 2 chi dưới để xác định.

2.

~~Hội chứng thiếu máu~~

Bỏ

Trên BN khám thấy da niêm nhợt nên nghĩ nhiều BN có hội chứng thiếu máu. Nguyên nhân có thể có trên BN này:

Bệnh thận mạn: nghĩ nhiều. BN thấy da trắng nhợt, móng tay trắng và cảm thấy mệt nhiều hơn khoảng 1 tháng nay và tiền căn bệnh thận mạn.

Xuất huyết tiêu hóa trên: nghĩ nhiều. BN bắt đầu tiêu phân đen 1 tháng nay, lượng ít, đau thượng vị âm ỉ, đau tăng sau khi ăn, đau không lan, thỉnh thoảng có ợ hơi ợ chua. Nghĩ nguyên nhân nhiều là do loét dạ dày tá tràng.

Tán huyết: không nghĩ. BN khám không có vàng da, nước tiểu không sậm màu, gan lách không to, tiền căn không có bệnh lý di truyền máu.

Thiếu máu thiếu sắt: ít nghĩ. BN đã được bổ sung sắt hàng ngày.

HC dạ dày tá tràng:

3. Bệnh thận mạn **không cần BL** lúc này, đợi tới cls rồi **bluan** lòi ra. **BL** của cô Linh là chỉ dùng **LS** thoy.

BN có phù toàn thân, hội chứng thiếu máu, có eGFR lúc chẩn đoán cách nay 6 tháng đến nay $< 60\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ da. BN có đủ tiêu chuẩn để nghĩ nhiều có bệnh thận mạn.

- Nguyên nhân:
 - Đái tháo đường: không nghĩ. BN không có tiền căn đái tháo đường trước đây
 - HCTH và VCTC: đã biện luận ở trên
 - Bệnh ống thận mô kẽ: không nghĩ. BN không sốt phát ban, không đau nhức khớp, không đau hông lưng, không tiền căn nhiễm trùng đường niệu tái đi tái lại, không sử dụng thuốc giảm đau kéo dài.
 - Bệnh lý mạch máu thận: không nghĩ. BN khám không thấy âm thổi ở bụng, không có tiền căn xơ vữa động mạch hay tiền căn hẹp động mạch thận trước đây.
 - Bệnh lý thận bẩm sinh, di truyền: không loại trừ thận đa nang, thận độc nhất. đề nghị siêu âm bụng.
- Giai đoạn 3. BN có eGFR lúc phát hiện chẩn đoán là $35\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ da
- Hiện tại, eGFR của bệnh nhân đang giảm nhanh, trong vòng 4 tháng giảm $12\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ da. Nghĩ nhiều là do:
 - THA không kiểm soát tốt: nghĩ nhiều. BN có huyết áp không ổn định trong 2 tháng nay và các triệu chứng bắt đầu xuất hiện.
 - Thuốc độc thận: không nghĩ. BN không có tiền căn sử dụng các thuốc giảm đau NSAIDs, thuốc hạ áp nhóm ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể, thuốc thảo dược.
 - Suy tim: đã biện luận ở trên.
 - Bế tắc đường niệu: không nghĩ. BN không có thiếu niệu, không tiểu gắt tiểu buốt, không đau quặn thận, không tiền căn sỏi thận, tiểu máu, tiểu sỏi trước đây.
 - Bệnh lupus đỏ hệ thống: không loại trừ. BN nữ trẻ, có thiếu máu, có tiểu bọt, đề nghị làm ANA, anti ds DNA, C3, C4.

XII. Đề nghị cận lâm sàng

Chẩn đoán: Creatinin máu, Ure máu, albumin máu, protein máu, protein niệu 24h, siêu âm bụng, TPTNT, albumin niệu, creatinin niệu, CTM, ion đồ máu, calci máu, phosphat máu, nội soi dạ dày tá tràng, ANA, anti ds DNA, C3, C4, D-dimer, siêu âm doppler tĩnh mạch 2 chi dưới.

Hỗ trợ: ECG, siêu âm tim, AST, ALT, xét nghiệm nhóm máu, soi đáy mắt, XQ phổi thẳng, sắt huyết thanh, Ferritin, PT, APTT, bilan lipid máu.

XIII. Kết quả cận lâm sàng

Các vấn đề:

1. Phù toàn thân:

- TPTNT: Đạm 1g/l, không đạt ngưỡng hcth, chưa đủ gây phù, muốn phù phải có suy thận kèm. Không tiểu máu.
- Đạm niệu 24h, alb máu: không có hcth.
- Crea máu: 513, GFR: 8.9ml/ph → ST kiểu gì? Đợt cấp trên nền mạn.
 - Mạn do: Size thận bthg 3*6*12 < 8 cm là teo (VN, nc ngoài: <10). Teo không đồng đều → theo dõi hẹp đm thận 1 bên (thường chênh 15-20mm, bn này chênh 10mm thì ít nghĩ) (tptnt, Cdha, gob, rl đẳng toan), GFR <60
 - Đợt cấp: crea thay đổi 0,3 1,5 V ntieu <0,5 trog 6h. (Tăng giảm cũng ok vì nó có giá trị tiền cứu). Trôi sụt là có suy thận. Coi mấy tháng
 - 6 tháng 181, nay: 255
 - 513 → 458 → 363 → 181 ổn định thì grf = 35 nói btm gđ 3, nếu nó dừng ở 3xx quai thì grf #15 là gđ 5
- Yếu tố thúc đẩy:
 - Food: Đậu đen: đạm rất nhiều, ăn chơi chơi thì được còn ăn tằm bồ thì ded ngay, tỏi đen.
 - Thuốc: ucmc, uctt, lợi tiểu, giảm đau
 - HA tăng giảm
 - ĐTĐ không ksoat
 - Mất nước: BN đau bụng coi chừng ăn ít đi
 - Bế tắc đường tiểu: SÂ bthg
 - Nhiễm trùng
 - RL lipid
- Đợt cấp/mạn: 513 → 531 umol (5.8 → 6.1 mg ko đáng kể), 100 → 126 umol (1.13 → 1.4)
- Biến chứng STM:
 - Tim mạch
 - Ion
 - Toan kiềm
 - HUS não
 - Thiếu máu
- Ng nhân:
 - Bệnh cầu thận: Maybee
 - ÔTMK: không nghĩ
 - Mạch máu thận: THA
 - Bsinh di truyền: không nghĩ

⇒ Nghĩ BTM do THA vì:

- >10y
- HA ksoat không tốt
- TPTNT: đậm 1 – 2 g/dl
- Biến chứng đầy mắt
- Thường LVH (ca này không thấy thì phải xem lại)
- Sinh thiết thận

Phải cđpb vs BTM do bệnh cầu thận ng phát – thứ phát (lupus, hcth,...)

2/ THA:

- Cách đây 11y, mới 21t mà đã có THA → THA trên ng trẻ, phải tìm ng nhân thứ phát,
- Ng nhân: BL thận, bl nội tiết, bl khác (sỏi niệu, u tuyến yên,...), vô căn.
- CLS: Tptnt, siêu âm thận,
- Phải tư vấn cho bn kỹ tránh sau này chạy thận sớm.

Cđoan lại

2. HCTH

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Đạm niệu 24h	1,314	g/24h
Protein máu	62,6	65 – 82 g/L
Albumin máu	35,0	35 – 50 g/L
TPTNT		
Ery	80	Negative, <= 10 ery/ul
Urobilinogen	3,2	Normal, <= 17 umol/L
Bilirubin	Negative	Negative, < 3,4 umol/L
Nitrite	Negative	Negative
Ketones	Negative	Negative, < 0,5 g/L
Protein	1,0	Negative, < 0,1 g/L
Glucose	Negative	Normal, <= 1,7 mmol/L
pH	6,0	4,8 – 7,5
SG	1,004	1,000 – 1,025
Leukocytes	Negative	Negative, <10 leu/ul

Color	Yellow	Pale yellow
Creatinin niệu	3048	1500 – 8100 umol/L
Micro albumin niệu	504,98	Sáng sớm < 20mg Bất kỳ < 30mg

Kết luận:

Có đạm trong nước tiểu 1g/L

Đạm niệu 24h 1,314g/L

Albumin máu trong giới hạn bình thường, protein máu giảm nhẹ

➔ Loại trừ HCTH **cô ok**

3. Bệnh thận mạn

	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03
Ure	19,0		16,3	13,8	15,2
Creatinin	513,3		458,4	363,6	440,9
GFR	8,98		10,23	13,37	10,7
Hb	66	61	59	71	87
Hct	0,199	0,183	0,176	0,201	0,250
Tiểu cầu	148	149	159	157	163
Glucose	10,17				8,27 HbA1c 5,2
LDH			292,1	300,1	362,2
D - dimer			3060	5600	7160
Calci TP	2,17			2,01	2,04
Na	138,4		136,3	136,3	138,0
K	4,42		4,42	4,58	4,08
Chloride	106,5		110,0	108,2	104,7
Phosphorus	1,46				
Huyết áp	170/90	150/80	150/80	130/80	140/90

Kết luận:

Creatinin máu: trong 2 ngày 18/03 đến 21/03 giảm đồng thời với việc huyết áp giảm và tình trạng thiếu máu có đáp ứng với truyền máu phù hợp với chẩn đoán bệnh thận mạn tiến triển do THA không kiểm soát. Tuy nhiên đến ngày 22/03 tăng

0,8 mg/dl trong 24h cùng với việc huyết áp chỉ tăng nhẹ. Cần theo dõi tiếp creatinin, huyết áp, Hb mỗi 24h.

Hb máu thấp, Hct giảm phù hợp với chẩn đoán thiếu máu trên lâm sàng. BN đã được truyền 2 đơn vị máu và hiện tại Hb đang tăng và lâm sàng cũng đang cải thiện.

Ion đồ vẫn trong giới hạn bình thường -> chưa có rối loạn nước điện giải

Phospho máu trong giới hạn bình thường

Calci Tp máu giảm -> phù hợp với bệnh cảnh bệnh thận mạn.

Calci máu hiệu chỉnh = 6,04 mg/dl

4. Thiếu máu

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Mảnh vỡ hồng cầu	Âm tính	%
Hồng cầu lưới	2,33% 52,2	0,2 – 2 % 25 – 75 G/L
Phết máu ngoại biên Dòng hồng cầu	Đẳng sắc Kích thước không đều	
Coombs test Trực tiếp Gián tiếp	Negative	Âm tính
Sắt huyết thanh	16,9	7 – 26 umol/L
Trasferrin	50, 22	20 – 50 %

Kết luận:

Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào phù hợp với bệnh thận mạn

Thiếu máu không do tán huyết, hay thiếu máu thiếu sắt

5. Siêu âm bụng

Mô tả:

– Gan và hệ mật:

Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều

Đường mật trong và ngoài gan không giãn

Túi mật thành không dày, lòng không có sỏi

- Tụy: Không to, cấu trúc đồng nhất
- Lách: Không to, cấu trúc đồng nhất
- Thận:

Phải: kt = 88 x 24 mm, không có sỏi, không ứ nước

Trái: kt = 78 x 38 mm, không có sỏi, không ứ nước

Chủ mô 2 thận phản âm dày, còn phân biệt tủy vỏ

- Bàng quang: thành không dày, không sỏi
- Tử cung: không gì lạ

Buồng trứng phải: không gì lạ

Buồng trứng trái: có cấu trúc dạng nang, dịch bên trong có phần có phản âm dày, giới hạn rõ, kt = 27 x 19 mm

- Các bất thường khác:

Không dịch ổ bụng

Không dịch màng phổi 2 bên.

Kết luận:

Theo dõi bệnh lý nhu mô 2 thận

Theo dõi nang xuất huyết buồng trứng trái.

6. Lupus

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
ANA	0,16	0,8 – 1,1 GZ
Anti ds DNA	2,18	< 25 U/mL
C3	95,64	80 – 170 mg/dl
C4	32,43	15 – 45 mg/dl

Kết luận: không nghi lupus trên BN

7. Chức năng đông máu

	Kết quả	Khoảng tham chiếu
PT	13,8	11,33- 14,87 giây
PT%	98	79 – 125 %

INR	1,01	0,86 – 1,13
TCK	28,6	26 – 37 giây

Kết luận: chức năng đông máu bình thường

8. Nội soi dạ dày tá tràng

Kết quả:

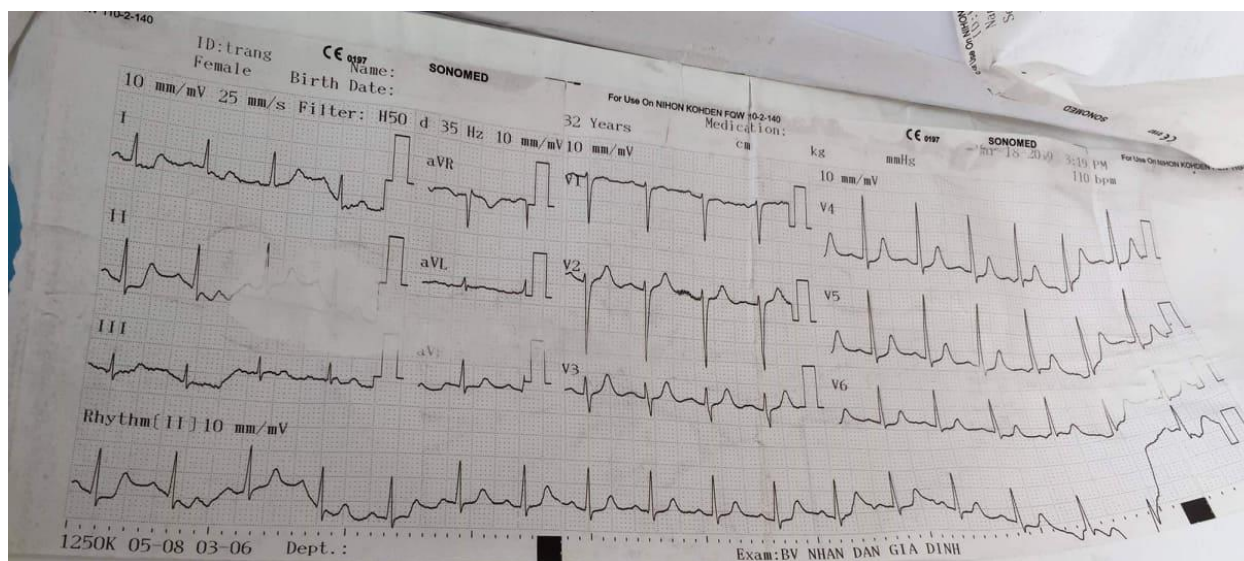
GERD LA – A

Viêm trợt xuất huyết hang vị, tiền môn vị

Clotest âm tính

Kết luận: phù hợp chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên BN

9. ECG



Nhịp xoang, tần số 107 lần/ phút

Trục trung gian

QRS = 0,08s

PR = 0,14s

Sóng P: 0,08s, 1mV

QTc= 0,4s

Sóng T: 5mV ở V2- V5

Kết luận:

Nhịp nhanh xoang

Chưa ghi nhận bất thường tim trên ECG

10. Siêu âm tim

Các buồng tim không lớn

Không dịch màng ngoài tim

Không rối loạn vận động vùng

Không hẹp các van tim

Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn EF= 60%

Kết luận: chưa phát hiện bất thường trên siêu âm tim

→ Loại trừ suy tim trên BN

11. Soi đáy mắt

Hình ảnh xuất tiết ở võng mạc trung tâm

XIV. Chẩn đoán xác định

XV. BTM do THA G 4,5 A3 – XHTH < có thể do btm gây xhth >

Bệnh thận mạn G3A3 đang tiến triển – THA

Xuất huyết tiêu hóa do viêm loét xuất huyết hang vị, tiền môn vị - GERD

Theo dõi nang buồng trứng xuất huyết

Xuất tiết võng mạc trung tâm

Suy van tĩnh mạch 2 chi dưới

XVI. Điều trị

1. Nguyên tắc

Điều trị bệnh thận căn nguyên: nghĩ nhiều trên BN này là kiểm soát tốt huyết áp

Điều trị các yếu tố thúc đẩy bệnh nặng hơn: ở BN này là tăng huyết áp không kiểm soát, viêm loét xuất huyết hang vị- tiền môn vị, GERD, nang buồng trứng xuất huyết

Điều trị làm chậm diễn tiến của bệnh thận mạn: giảm tiểu protein, kiểm soát huyết áp.

Điều trị biến chứng: ở BN này là thiếu máu, hạ calci máu

Chuẩn bị điều trị thay thế thận khi suy thận nặng: chưa cần thiết trên BN này

2. Mục tiêu

Protein niệu < 0,5 g/24h

Huyết áp: $\leq 125/75$ mmHg, không hạ dưới 110 mmHg (gđ 1,2, thì $<125/75$ gđ 5 $<14/9$). BN phù tái đi tái lại nên dùng lợi tiểu, đang gđ cấp không phù thì có thể không dùng.

1. CCB: 1st line
2. BB: coi chừng ccđ
3. LT: nếu phù
4. Ucmc, uctt: cấm
5. Methyropa: Có thể

Hb 11 – 12 g/L, Hct 33 – 36 %

Calci hiệu chỉnh: 8,4 - 10,02 mg/dl

Thay đổi lối sống:

Tiết chế đạm trong khẩu phần: protein $< 0,6 - 0,8$ g/kg/ngày

Khẩu phần DASH: giảm muối NaCl < 6 g/ngày, tăng kali > 4 g/ngày, tăng canxi, magne, phospho 1,7g/ ngày, nhiều chất xơ và protein 1,4 g/kg/ngày.

Tập vận động thể lực: đi bộ 30ph/ ngày, tối thiểu 5 ngày/tuần.

3. Cụ thể

Metoprolol tartrate 50mg 1 viên (uống) sáng

Amlodipin 5mg 1 viên x 2 (uống) sáng - chiều

EPO 2000 UI TDD x 3 lần/ tuần

Nexium 40 mg 1 viên (uống) sáng trước ăn 30 phút

Daflon 500mg 1 viên x 2 (uống) sáng – chiều chưa có sâ doppler nên chưa kết luận chưa điều trị ngar!

Calcitriol 0,25mcg 1 viên (uống) sáng

Chuyển đến bs thận khi:

1. Tiểu đạm $>0,5/24$ h
2. Tiểu máu dai dẳng
3. GFR <30
4. Suy thận tiến triển nhanh không gthich được
5. THA kháng trị
6. Bệnh thận đi kèm: thận đa nang, xốp tuỷ, teo thận.

Bài học: THA lúc 21t mà không tầm soát ng nhân vs biến chứng

CCĐ ACEi ARB: Dẫn Đm ra, giảm áp lực lọc cầu thận → giảm tiểu đạm, nếu đầu vào không có mà đầu ra bịt lun thì ded.

- Có thai
- Hẹp đm thận 2 bên/thận độc nhất 1 bên
- Dị ứng
- BTM gd5
- Crea máu sau 4w tăng 30% thì cẩn thận, tăng 50% thì ngưng asap do có thể hẹp đm thận mà hok biết.

Không sinh thiết thận ca này vì thận teo, crea >3-4, btm gd cuối r.

STM có pbiệt tuy vò do sâ cũng tuy vào ng siêu âm =)))) mà thận teo rùi hoy bbbbbb.

XVII. Tiên lượng:

BN nữ, trẻ hiện tại sinh hiệu ổn định, bệnh chẩn đoán được tuy nhiên không thể điều trị triệt để, hiện vẫn chưa kiểm soát hoàn toàn, nhưng đã có đáp ứng với điều trị -> tiên lượng trung bình.