

BỆNH ÁN NỘI THẬN

Cô Linh 26-3-2019

I) HÀNH CHÍNH:

Họ và tên: Đào Minh T. 24 tuổi Giới: Nam

Địa chỉ: Gò Vấp TPHCM

Nghề nghiệp: phụ giúp mẹ bán quán ăn

Nhập viện ngày: 11/03/2019

Giường 20 khoa Nội tiết – Thận

Số vào viện: 19013454

II) LÝ DO NHẬP VIỆN: bệnh viện Gò Vấp chuyển do tăng ure máu. **Mơ hồ**

III) BỆNH SỬ:

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 1 15 năm, bệnh thận mạn 7 tháng, THA 5 tháng, cho đến nay bệnh nhân uống, chích thuốc đầy đủ theo toa, tái khám định kì mỗi 4 tuần tại BV Gò Vấp.

Cách nhập viện 2 tháng, bệnh nhân khởi phát tiểu bọt nhiều, vàng trong, lượng #1L/ngày, không tiểu khó, không tiểu gắt buốt hay lắt nhắt.

Ngày NV, BN tái khám định kì tại bệnh viện Gò Vấp, phát hiện ure máu cao -> chuyển BV ND Gia Định điều trị.

Trong quá trình bệnh bệnh nhân không phù, không sốt phát ban, không đau nhức khớp, không đau bụng, không mất ngủ, không sụt cân, không chuột rút, không tê nhức tay chân, không chán ăn, đi tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.

* Tình trạng lúc nhập viện: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm mạc. Tim đều, phổi không rale.

+ Sinh hiệu: M: 88 l/ph. HA: 160/80 mmHg.

NĐ: 37°C. NT: 18 l/phút.

+ Diễn tiến từ lúc NV – khám: **trchung có, còn không? Trchu mới XH. Không ghi hết tất cả các ngày. Bn được chạy TNT 3 lần, phù sốt sau chạy thận NT**

- N1-N5: BN tỉnh, ăn uống được, tiểu vàng trong > 1L/ngày, không bọt.

- N5-7: BN được chạy thận nhân tạo 3 lần, khởi phát lạnh run, ăn kém, tiểu vàng trong > 1L/n.

- N8: ăn kém, phù trước xương chày + mắt cá 2 chân tăng, sốt 39°C, mạch 108l/ph, HA 185/100 mmHg, nhịp thở 21 l/ph.

- N9: ăn uống được, không sốt, mạch 92l/ph, HA 140/80 mmHg, nhịp thở 17 l/ph.

IV) TIỀN CĂN:

1) Bản thân:

a) Nội khoa:

+ Cách nhập viện 15 năm, mẹ thấy bệnh nhân dừ nên đến khám tại BV Nhi Đồng 2, được chẩn đoán Đái tháo đường type 1, hiện tại tái khám mỗi 4 tuần tại BV Gò Vấp, điều trị Novomix (30/70) TDD, 15IU 6h, 10IU 18h từ lúc phát hiện; cho đến nay mỗi năm bệnh nhân thường nhập viện 2 lần vì tăng đường huyết (40-50 mmol/L).

Sau 16t điều trị bv Gò Vấp. Lần chót tăng đường huyết cách đây bao lâu??

+ Cách nhập viện 8 tháng, bệnh nhân xuất hiện nhiều cơn tay chân lạnh, vã mồ hôi, đánh trống ngực lúc nửa đêm, hết sau khi uống sữa.

⇒ tụt đường huyết.

+ Cách nhập viện 7 tháng, bệnh nhân được chẩn đoán Bệnh thận mạn GD4 tại BV Gò Vấp (không tìm thấy kết quả TPTNT lúc chẩn đoán và trước lúc chẩn đoán). Tại sao đến nay mới chẩn đoán BTM gd4? Trước đó bn được chẩn đoán bệnh thận chưa, sao bs dờ vại =))

+ Cách nhập viện 5 tháng, bệnh nhân được chẩn đoán Tăng huyết áp tại BV Gò Vấp, HA lúc chẩn đoán 160/?? mmHg, huyết áp thường ngày không rõ, uống thuốc đầy đủ theo toa.

+ Cách nhập viện 1,5 tháng bệnh nhân ngắt, đường huyết mao mạch tại nhà đo được 50 mg/dL => nhập viện BV Gò Vấp, HA lúc này đo được 180/?? mmHg, chẩn đoán và điều trị không rõ, chưa được điều chỉnh liều insulin.

+ Diễn tiến creatinin và eGFR (MDRD):

Ngày	9/8/2018		4/10/2018	29/11/2018	27/12/2018	24/01/2019	26/01/2019	2
Creatinin (mg/dL)	3.08		4.04	5.15	5.17	8.00	7.81	
eGFR (ml/ph/1.73m ² da)	26.6		19.5	14.7	14.7	8.9	9.1	

Suy thận tiến triển nhanh: Trong 2-3 tháng crea tăng gấp đôi. → xem có nguyên nhân gì không, phải khai thác kỹ thuốc.

+ Toa thuốc đang điều trị với chẩn đoán THA vô căn - ĐTĐ phụ thuộc insulin - RL chuyển hóa lipid – T/d BTM giai đoạn cuối – Thiếu máu mạn trung bình – Hạ calci máu:

1) Novomix 30/70 TDD S 15IU, C 10IU

2) Methyldopa 250mg 1v

3) Atorvastatin 10mg 2v

4) Ketosteril 600mg 1v x 3

5) Sắt, acid folic, B12 1v x 2

6) Calci, vitD3 1v x 2

+ Không dùng thuốc nam, thuốc bắc. Phải hỏi kỹ, có uống rễ cây, mật gấu, đậu đen, đậu nành, ịch thận vương, ăn tỏi đen, uống rượu thuốc,... :v vì st tiến triển nhanh quá.

+ Chưa ghi nhận tiền căn phù, tiểu bọ trước đây.

+ Chưa ghi nhận tiền căn nhìn mờ, dị cảm chi, bệnh lý mạch vành.

b) Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật.

c) Tiền căn dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.

d) Thói quen sinh hoạt:

+ Không uống rượu, không hút thuốc.

+ Ăn uống: sáng ăn 1 chén bánh canh/1 ổ bánh mì nhỏ, trưa chiều ăn 1 chén cơm đầy (1 muống cơm + nhiều rau + ít thịt cá). Nêm nhạt khi kho, nấu canh, không chấm thêm khi ăn. Ăn cá > 2 lần/tuần. Ăn rau mỗi ngày. Ít ăn trái cây từ lúc BTM.

2) Gia đình:

+ Mẹ THA, ĐTĐ type 2 phát hiện cách đây 13 năm. Mẹ có suy thận không? Hỏi mẹ có thử nước tiểu chưa, yêu cầu thử nước tiểu, chức năng thận với check 2 đứa con còn lại.

+ Cha hở van tim, suy tim, phát hiện năm 47 tuổi, mất năm 48 tuổi.

+ Chị em không phát hiện ĐTĐ type 2, THA.

+ Chưa ghi nhận tiền căn gia đình bệnh thận mạn.

V) LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:

1) Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.

2) Hô hấp: không khó thở, không ho.

3) Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đặc 1 lần/ngày.

4) Tiết niệu: tiểu > 1 lít/ngày, nước tiểu vàng trong, không tiểu lắt nhắt, không tiểu gắt buốt, không cảm giác còn mắc tiểu sau đi tiểu.

5) Cơ xương khớp: không giới hạn vận động.

6) Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.

VI) KHÁM LÂM SÀNG: (khám lúc 8 giờ ngày 19/03/2019)

1) Tổng quát:

+ BN tỉnh, tiếp xúc tốt.

+ Sinh hiệu: Mạch 100 lần/phút; HA 140/80 mmHg.

NĐộ 37°C; Nhịp thở 17 lần/phút.

+ Thở trạng gầy: CC: 1m65. CN:42 kg. BMI=15,4 kg/m².

+ Niêm nhợt, không vàng.

+ Môi không khô, lưỡi không dơ.

+ Không xuất huyết dưới da, không lòng bàn tay son.

+ Phù nhẹ ở 2 mi mắt + trước xương chày + mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ,

2) Đầu mặt cổ:

+ Cân đối không biến dạng.

- + Tuyến giáp không to.
- + Tĩnh mạch cổ không nổi.
- + Khí quản không lệch.
- + Hạch ngoại biên không sờ chạm.

3) Lồng ngực:

+ Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.

* Tim mạch:

- + Mỏm tim khoảng liên sườn IV giao đường trung đòn trái, diện đập 1.5 x 1.5 cm.
- + Không ồ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
- + T1 T2 đều rõ, tần số 100 l/p.
- + Âm thổi tâm thu cường độ 3/6 ở KLS II (T), không lan.

* Phổi:

- + Rung thanh đều 2 bên phổi.
- + Gõ trong 2 bên phổi.
- + Âm phế bào im dịu 2 phế trường, không rale.

4) Bụng:

- + Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ.
- + Nghe: nhu động ruột 5l/p, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng.
- + Bụng mềm, sờ không đau.
- + Gan: bờ trên gan KLS V bờ phải xương ức, bờ dưới gan không sờ chạm, chiều cao gan khoảng 10cm.
- + Lách không sờ chạm.
- + Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-).

5) Thần kinh, cơ xương khớp:

- + Cổ mềm.
- + Không sưng nóng đỏ cơ khớp.
- + Không giới hạn vận động các khớp.

VII) TÓM TẮT BỆNH ÁN:

BN nam, 24 tuổi, NV vì BV Gò Vấp chuyển do tăng ure huyết, bệnh 9 ngày, có các triệu chứng sau:

* TCCN: **Cái gì không có đừng ghi**

- + **tiểu bọt, trchung ure huyết cao**
- + Không khó thở, không tức ngực.
- + Không chán ăn, không sụt cân.

* TCTT:

- + Mạch 100l/ph, HA 140/80 mmHg.
- + Thể trạng gầy. BMI = 15
- + Da niêm nhạt.
- + Phù nhẹ 2 mi mắt, trước xương chày 2 chân, 2 mắt cá chân.
- + ATTT ở KLS II (T).
- + Không cầu bàng quang. Đẹp qua 1 bên

* Tiền căn:

- + Đái tháo đường type 1 15 năm.
- + Bệnh thận mạn 7 tháng
- + THA

VIII) ĐẶT VẤN ĐỀ:

- 1) Phù toàn thân (khám thấy)
- 2) SIRS
- 2) Hội chứng thiếu máu không phải vấn đề riêng, trong bệnh thận mạn r, chùng nào gây trch thiếu máu ms đặt riêng
- 3) Bệnh thận mạn gộp
- 5) ATTT ở KLS II bờ (T) xương ức không phải vấn đề
- 6) Tiền căn: Bệnh thận mạn, ĐTĐ, Tăng huyết áp cái này hiện ổn

IX) CHẨN ĐOÁN:

- 1) Chẩn đoán sơ bộ: Hội chứng thận hư không thuần túy thứ phát do ĐTĐ type 1 / Bệnh thận mạn do ĐTĐ type 1 – THA – Thiếu máu mạn do giảm EPO, theo dõi thiếu máu thiếu sắt

2) Chẩn đoán phân biệt:

CĐPB 1: Viêm cầu thận cấp / bệnh thận mạn do ĐTĐ type 1 – THA – Thiếu máu mạn do giảm EPO, theo dõi thiếu máu thiếu sắt

X) BIỆN LUẬN: Phải dùng LS, không được lấy cls biện luận

- 1) Phù toàn thân (= phù nhiều nơi trong cơ thể, đối xứng qua cơ hoành): BN có phù 2 mi mắt, phù đến ½ trước xương chày và mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ nên nghĩ BN có phù toàn thân, đi lại không phù chân nhiều lên, không khó thở, không đau ngực, không triệu chứng suy tim phải (tĩnh mạch cổ nổi, gan to, tiếng T3), không báng bụng, không vàng da, khám không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ → nghĩ nhiều do thận: suy dinh dưỡng? Phải biện luận từng ng nhân phù toàn thân nha không gộp.

Suy tim: TC ko có, có tiền căn “đại gia”

Xơ gan, Tchung 2\$, tiền căn K, lao, dạ dày, đường ruột, chế độ ăn

Thận: Kể từng bệnh thận. Suy thận

Hội chứng ure huyết tăng:

- Thần kinh: TU (kích thích, nặng thì hôn mê) và NB (châm chích, vọp bẻ, restless leg...)
- Tiêu hoá: vi trùng sinh NH₃ làm thở ra mùi khai, buồn nôn, nấc cụt, gđ cuối gây XHTH
- Huyết học: Thiếu máu
- Tim mạch: THA, suy tim, OAP, TDMNT, CE tim cấp
- Nước: Phù
- Toan kiềm: toan hoá ống thận có thể thở Kussmaul (thận không thải H⁺ được)
- Da xương khớp: Da sạm, ngứa,

4 ng nhân gây ngứa

- ĐTĐ
- BTM
- Xơ gan ú mật
- Bệnh da liễu

Tóm lại phù nghĩ nhiều HCTH, theo dõi STM gđ cuối, cđpb suy dinh dưỡng (suy tim khô do trong stm gđ cuối)

- Hội chứng thận hư: bệnh nhân phù không nhẹ, có tăng huyết áp nhưng HA đã tăng từ trước, không tiểu máu đại thể nên nghĩ nhiều -> đề nghị TPTNT (soi cặn lắng nếu có HC (+)), đạm niệu/24h; albumin, protein máu; bilan lipid.

+ Nếu là hội chứng thận hư: có tăng huyết áp -> không thuần túy.

+ Nguyên nhân:

- Bệnh nhân có ĐTĐ type 1 15 năm -> nghĩ nhiều thứ phát do Đái tháo đường.

- Các nguyên nhân khác:

+ Viêm gan B, C: chưa loại trừ -> HbsAg, antiHCV

+ Chưa nghĩ đến do thuốc, vi khuẩn, virus, kí sinh trùng, ung thư, bệnh hệ thống, HC Alport, ong đốt, cơn THA.

+ HCTH nguyên phát: chỉ nghĩ đến khi loại trừ nguyên nhân thứ phát.

+ Biến chứng cấp: hiện tại chưa nghĩ đến nhiễm trùng, huyết khối hay tổn thương thận cấp trên lâm sàng.

- Viêm cầu thận cấp: không loại trừ.

- Bệnh thận mạn: khám lâm sàng ghi nhận hội chứng thiếu máu mạn, phù toàn thân, CLS có eGFR giảm dần từ 25 ml/ph/1.73m² da lúc mới chẩn đoán đến cách NV 1 tháng là 7 ml/ph/1.73m² da, BN có đủ tiêu chuẩn giảm chức năng thận trên ba tháng nên nghĩ nhiều có BTM.

+ Nguyên nhân: BN có tiền căn ĐTĐ type 1 15 năm nên nghĩ nhiều đã có biến chứng thận, tuy nhiên chức năng thận của BN giảm liên tục trong vài tháng qua không phù hợp với diễn

tiền của bệnh thận ĐTĐ nên nghĩ có nguyên nhân khác gây nặng thêm tình trạng suy giảm chức năng thận. Các nguyên nhân không do đái tháo đường bao gồm:

- HCTH và VCTC: đã biện luận.

- Bệnh ống thận – mô kẽ: BN không sốt phát ban, không đau nhức khớp, không đau hông lưng, không tiền căn dùng thuốc giảm đau kéo dài hay viêm nhiễm đường niệu mạn tính (không đau hông lưng, không tiểu gắt, tiểu buốt), không tiểu nhiều, tiểu đêm nên chưa nghĩ đến.

- Bệnh lý mạch máu thận: hẹp động mạch thận: tuy khám không có âm thổi ở bụng nhưng BN có HA tăng cao không giảm 2 tháng gần đây + RL lipid máu + đã có biến chứng BTM nên không loại trừ có hẹp động mạch thận do xơ vữa → siêu âm doppler ĐM thận.

- Bệnh nang thận: không loại trừ → siêu âm bụng.

- + Giai đoạn: BN có tình trạng suy thận diễn tiến nhanh nên không xếp giai đoạn.

- + Biến chứng : bệnh nhân hiện suy thận mạn giai đoạn cuối, các biến chứng có thể có bao gồm :

- Rối loạn điện giải: ghi nhiều vì bệnh nhân đã được chẩn đoán ở BV Gò Vấp.

- Rối loạn kiềm toan: Bệnh nhân không có thở nhanh sâu, môi không đỏ nhưng không loại trừ giảm dự trữ kiềm nhẹ → Đề nghị RA.

- Rối loạn chức năng tim mạch :

- + Tăng huyết áp: nghĩ nhiều

- + Bệnh lý mạch máu: Bệnh nhân chưa có tiền sử bệnh tim thiếu máu cục bộ, chưa từng có đau ngực nhưng không loại trừ do ĐTĐ 15 năm, có THA, RL lipid máu đã có biến chứng BTM → ECG.

- + Suy tim sung huyết, bệnh lý màng ngoài tim: không nghĩ

- Rối loạn tiêu hóa – dinh dưỡng: BN có BMI thấp, tuy nhiên không chán ăn, không buồn nôn, không nôn, ăn ít chất đạm, ít tinh bột, nhiều rau nên nghĩ nhiều suy dinh dưỡng do chế độ ăn.

- Rối loạn thần kinh – cơ: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, trương lực cơ bình thường, không rung giật cơ nên không nghĩ.

- Rối loạn huyết học:

- + Thiếu máu mạn: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân khám thấy có niêm nhạt.

- +Rối loạn đông máu: chưa ghi nhận xuất huyết, bầm máu nhưng không loại trừ → Đề nghị bilan đông máu.

- +Rối loạn chức năng bạch cầu: chưa nghĩ.

- Rối loạn nội tiết- chuyển hóa: nghĩ nhiều do calci máu giảm → đề nghị Phospho máu, PTH, ĐH tĩnh mạch lúc đói, HbA1c.

- Tổn thương da : không nghĩ

2) SIRS:

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân:

- Dị ứng
- Miễn dịch: lupus đỏ
- K
- Thành \$ nhiễm trùng khi có ổ nhiễm trùng: hô hấp (ho đàm mủ, chảy mũi), tiêu hoá (đau bụng tiêu chảy always có), niệu dục, da (tử chảy thận nhân tạo, ntrung sonde catheter → cấy đầu sonde :v)
- Phải khám cái catheter của bn.

3) Hội chứng thiếu máu: khám bệnh nhân thấy da niêm nhạt nên nghĩ nhiều. Nguyên nhân có thể trên bệnh nhân này:

- + Bệnh thận mạn: nghĩ nhiều.
- + Thiếu máu thiếu sắt: nghĩ nhiều do chế độ ăn ít đạm, tổng trạng nhẹ cân nên nghĩ nhiều.
- + Chưa nghĩ đến thiếu máu do xuất huyết hay tán huyết.

3) Bệnh thận mạn: đã biện luận trên.

4) ATTT ở KLS II bờ trái xương ức: phù hợp với bệnh cảnh thiếu máu.

5) ĐTĐ type 1, THA:

* ĐTĐ type 1: bệnh nhân ĐTĐ type 1 15 năm, nghĩ có biến chứng Bệnh thận mạn -> phải tầm soát các biến chứng khác. Đề nghị: TPTNT, ure, creatinin HT, ECG, soi đáy mắt, siêu âm doppler động mạch thận, động mạch cảnh.

* THA: xuất hiện sau khi bệnh nhân được chẩn đoán Bệnh thận mạn GĐ 4 nên nghĩ nhiều do bệnh thận mạn, tuy nhiên không loại trừ do hẹp động mạch thận.

XI) ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:

1) CLS chẩn đoán:

- TPTNT (soi cặn lắng nếu Ery (+)), đạm niệu 24h, albumin máu, protein máu, bilan lipid; Ure, creatinin huyết thanh, siêu âm bụng; Calci máu, Phosphorus, RA, PTH, chức năng đông máu.

- Đường huyết đói, HbA1C, TPTNT, ure, creatinin HT, ECG, soi đáy mắt, siêu âm doppler động mạch thận (do THA kéo dài).

- CTM, phết máu ngoại biên, Ferritin, Transferrin

2) CLS thường quy: Ion đồ, AST, ALT, X-quang ngực thẳng.

XII) KẾT QUẢ CLS:

Phù toàn thân:

Do HCTH

- TPTNT (đạm + tiểu máu, nt tiểu, glucose cao thì nhìn ceton liền). Glucose có thể trong bệnh cầu thận (xơ chai), nhưng chỉ mức 3 – 6 mmol/l hoy; đạm 24h, albumin máu, bộ mỡ. Cđxđ HCTH bằng tptnt và đạm 24h.
- Cdoan nguyên nhân: nhiễm trùng, thuốc (NSAIDS, captopril), bệnh tự miễn (lupus, henoch,...), sgmd, bệnh chuyển hoá (đtđ), K, khác.

HCTH do đtđ: đtđ > 10y, kiểm soát đh kém, tptnt chỉ có đạm tiến triển từ từ microalbumin bò lên, SÂ thận to or bthg dù gđ cuối, soi đáy mắt: tổn thương võng mạc, phình hạt lựu, loại các ng nhân khác gây hcth

- Cđoan biến chứng: Nhiễm trùng (ctm crp procalci xquang phổi sâ bụng áp xe, tptnt, cấy máu nếu sốt cao), bn này có sốt không được bỏ qua

Suy thận:

- Creatinin: 6,6 ml/ph → cđoan liên sthan kiểu nào.
- STM:

Triệu chứng:

- thiếu máu: đặng sắc đặng bào, Hct 18-20%, nếu <16% phải tìm nguyên nhân
- SÂ bụng (thận teo, ko pbiệt vỏ tủy)
- ion giảm Ca
- tptnt: tiểu máu, đạm
- diễn tiến điều trị
- Tiền căn BTM (guarantee)
- Crea giảm nhanh phải tìm nguyên nhân: suy tim, thuốc (ACEi, ARBS, NSAIDS),
- Biện luận nguyên nhân như BẮn trên (ca này gđ cuối r không cần tìm ng nhân)

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tổn thương cấu trúc: TPTNT, hình ảnh học (đa nang, xốp tủy, ú nước, teo, kém pb vỏ tủy), gpb (sinh thiết thận), rl toan kiềm
- Tổn thương chức năng: >3 tháng

Biến chứng btm:

- Tim mạch
- Toan kiềm dự trữ kiềm thấp
- Ion
- HUS

Trifnh tự cđoan cause – GFR – albumin (Bihu hay cho thi =)))

Ca này tại sao cho chạy TNT cấp cứu? Cô hiện thấy bn không có chỉ định (xem lại chỉ định chạy thận nt cấp cứu trong slide STC).

1) **TPTNT**: 8h 13/3

Ery	80	≤ 10/uL
-----	----	---------

Urobilinogen	3.2	$\leq 17 \text{ umol/L}$
Bilirubin	(-)	$< 3.4 \text{ umol/L}$
Nitrite	(-)	(-)
Ketones	(-)	$< 0.5 \text{ mmol/L}$
Protein	3.0	$< 0.1 \text{ g/L}$
Glucose	55	$< 1.7 \text{ mmol/L}$
pH	7.0	4.8-7.5
S.G	1.020	1.000-1.023
Leukocytes	(-)	$< 10 \text{ Leu/uL}$
Color	Yellow	Pale yellow

- Tổng phân tích nước tiểu ghi nhận có đạm niệu và có máu trong nước tiểu -> nghĩ nhiều bệnh cầu thận. Tuy nhiên do thành phần đạm ưu thế hơn nên ít nghĩ viêm cầu thận cấp, nghĩ nhiều hội chứng thận hư --> Xem kết quả: đạm niệu 24h, Protein máu, albumin máu, bilan lipid máu

-Cần soi thêm cặn lắng nước tiểu tìm trụ hồng cầu, trụ rộng, trụ mỡ v.v..hồng cầu biến dạng v.v.. để đưa ra chẩn đoán chính xác nguồn gốc tiểu máu này

Bệnh nhân có tiểu glucose (+) phù hợp bệnh cảnh đái tháo đường do glucose máu lúc 7h là $44.62 \text{ mmol/l} = 803,16 \text{ mg/dl}$

2) Xét nghiệm sinh hóa:

a) Đạm niệu 24h: 7h 14/3

- Protein niệu (g/L): 4.67 (BT $< 0.08 \text{ g/L}$).

- Thể tích nước tiểu: 1.2 lít.

→ Protein niệu 24h: 5.604 g/24h.

b) Albumin máu: không làm

c) Protein máu : 15/3 **57,5** (BT: 65-82 g/L)

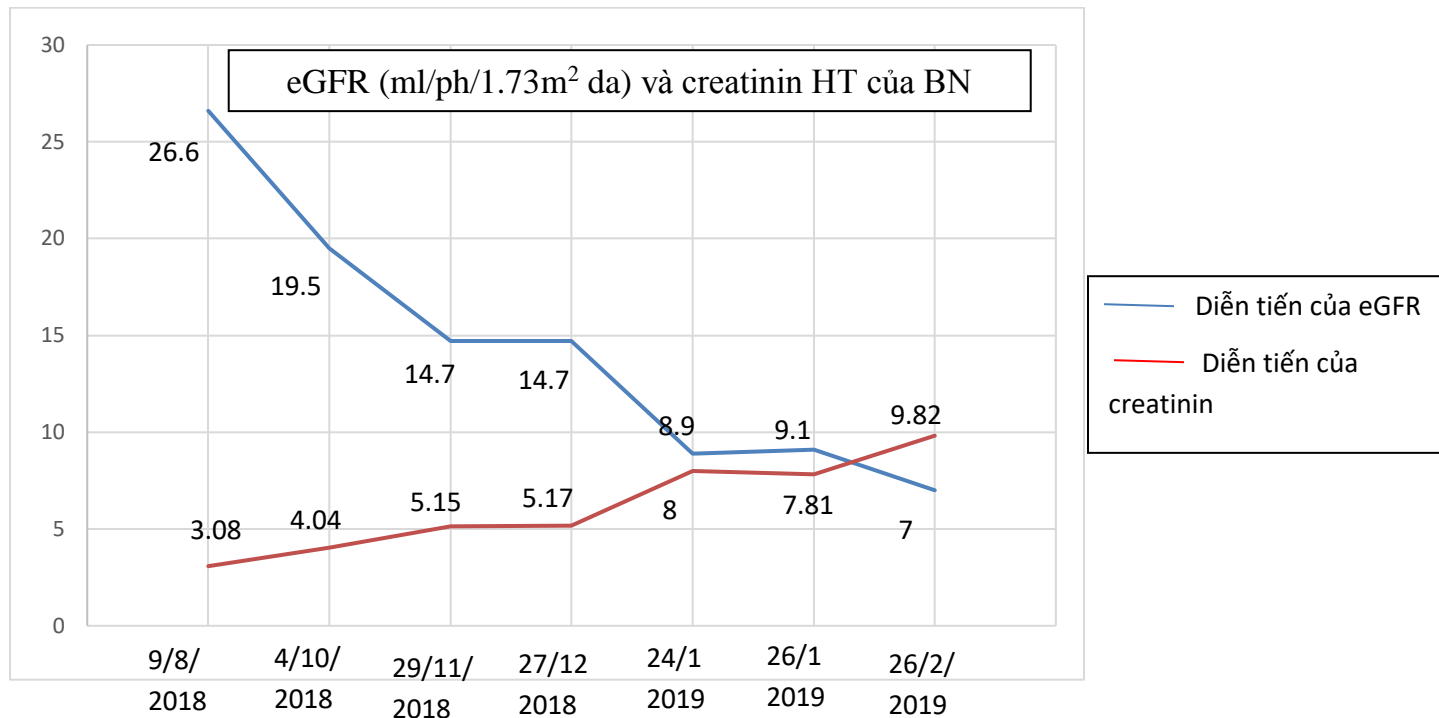
d) Sinh hóa:

	7h 12/3	7h 13/3	15/3	Giá trị bình thường
--	--------------------	--------------------	-------------	---------------------------

Glucose		44.62		3.9-6.1 mmol/L
Ure	34.6		35.7	1.7-8.3 mmol/L
Creatinin	910.4		1001.8	Nam : 62 – 120 μmol/L
eGFR (MDRD)	6.62		5.93	
Calci toàn phần	1.64			2.2-2.65 mmol/L
Phosphorus	2.14			0.9-1.5 mmol/L
RA (bicarbonate)	19.6		21.8	21-31 mmol/L
Sodium (Na)	133.4		131.7	135-145 mmol/L
Potassium (K)	4.58		3.6	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	96.1		91.2	97-111 mmol/L
Cholesterol TP		4.65		3.9-5.2 mmol/L
HDL-C		0.93		≥ 0.9 mmol/L
LDL-C		2.52		≤ 3.4 mmol/L
Triglyceride		3.02		0.46 – 1.88 mmol/L

- Đạm niệu 24h tăng > ngưỡng HCTH (3,5g /1,73 m² da) và Protein máu giảm < 60g/L , Triglyceride tăng -> phù hợp HCTH. Tuy nhiên Cholesterol TP và LDL-C không tăng, HDL-C không giảm nghĩ do BN đang điều trị atorvastatin.

- HCTH này nghĩ nhiều không thuần túy do BN có tiểu máu, THA kèm theo (HA nhập viện: 160/80 mmHg)
- Bệnh thận mạn phát hiện 7 tháng tại BV Gò Vấp, diễn tiến eGFR: **khỏi vẻ rồi hơi =))**



- BN có bệnh thận mạn do eGFR <60 ml/ph/1,73 m² da kéo dài >3 tháng, những lần đi khám này BN chỉ đi tái khám, không có những dấu hiệu ls của tổn thương thận cấp (trước thận: tiêu chảy, ói, mất máu, thiếu niệu..., tại thận: dùng các thuốc độc thận, sau thận: bí tiểu, vô niệu hoàn toàn..), ngoài ra còn những yếu tố khác ủng hộ bệnh thận mạn trên BN: SA bụng (Chủ mô 2 thận echo kém nhẹ, kém phân biệt rõ vỏ - tủy), TPTNT có tiểu đạm, tiểu máu, kèm hạ Ca máu và cretinin máu tăng, không về bình thường sau điều trị. Do eGFR <15 ml/ph/1,73 m² da trong >3 tháng (từ 29/11-26/2) -> bệnh thận mạn giai đoạn 5.
- Lần nhập viện này ure và creatinin máu tăng, creatinin 910,4 umol/l = 10,34 mg/dl có thể do bệnh thận mạn diễn tiến xấu hơn hoặc tổn thương thận cấp/ BTM. BN không có biểu hiện ls của tổn thương thận cấp (trước thận, tại thận, sau thận), ngoài ra do suy thận mạn giai đoạn cuối nên không xét tổn thương thận cấp/ BTM -> do đó lần này nghĩ suy thận mạn giai đoạn cuối diễn tiến xấu hơn.
- eGFR giảm nhanh (giảm > 5ml/ph/ năm) : các yếu tố thúc đẩy suy thận diễn tiến xấu hơn trên BN này gồm: tiểu đạm, THA và DTD không kiểm soát tốt, RL lipid máu
- Glucose máu tăng = 44.62 mmol/l = 803 mg/dl, BN có tiền căn DTD1 đang điều trị, tuy BN không có biểu hiện ls của nhiễm ceton máu (buồn nôn, nôn, đau bụng, thở nhanh sâu, rối loạn tri giác) nhưng cần thận biến chứng cấp của tình trạng tăng đường huyết là nhiễm ceton máu và tăng áp lực thẩm thấu máu, đề nghị làm HbA1c để đánh giá kiểm soát đường huyết của BN
- Ion đồ: Na, K, Cl trong giới hạn bình thường

Calci giảm, phospho tăng, RA giảm, phù hợp chẩn đoán BTM.

3) Xét nghiệm chẩn đoán thiếu máu: 12/3

WBC	8.38	4-10 K/uL
Neu%	68.5	40-77%
Lym%	23.4	16-44%
Mono%	5.2	0-10%
Eos%	1.2	0-7%
Baso%	0.6	0-1%
Luc%	1.1	0-4%
Neu	5.74	2-7.5 K/uL
Lym	1.96	1-3.5 K/uL
Mono	0.43	0-1 K/uL
Eos	0.1	0-0.6 K/uL
Baso	0.05	0-0.1 K/uL
Luc	0.09	0-0.4 K/uL
RBC	3.35	Nam: 4-5.8 K/uL
Hb	84	Nam: 14-16 g/L
Hct	0.265	0.35-0.47%
MCV	79.2	80-100 fL
MCH	25.1	26-34 pg
MCHC	317	310-360 g/L
RDW	15.9	9-16%CV
PLT	203	150-400 K/uL
MPV	9.3	6-12 fL
Microcytosis (HC nhỏ)	+	

Hypochromia (HC nhược sắc)	+	
Sắt huyết thanh	15.8	11-27 umol/L
Ferritin	564.3	10-322 ng/mL
Transferin	126.4	200-400 mg/dl
Transferin Saturation	52.3	20-50%

- Công thức máu :

- Dòng bạch cầu và tiểu cầu trong giới hạn bình thường
- BN có thiếu máu : Hb < 13 g/dL (ở bệnh nhân 8,4 g/dL), thiếu máu này nghĩ nhiều thiếu máu mạn do BN không có biểu hiện ls của mất máu cấp (mạch nhanh nhẹ khó bắt, tụt HA, chóng mặt, vã mồ hôi kèm dấu hiệu chảy máu), thiếu máu mạn mức độ trung bình.
- BN này thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc không phù hợp với BTM (do BTM thường thiếu máu đẳng sắc đẳng bào do thiếu Erythropoetin) nên nghĩ BN vừa có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào kèm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.
- Ferritin tăng -> bệnh cảnh thiếu máu do giảm sản xuất, phù hợp với bệnh thận mạn, không nghĩ TM thiếu sắt. Cần làm thêm xét nghiệm để tìm nguyên nhân (điện di hemoglobin, tìm máu ẩn trong phân).

4) Siêu âm bụng:

- Thận (P): KT 40x100mm, không sỏi, không ứ nước.
- Thận (T): KT 46x111mm, không sỏi, không ứ nước.
- Chủ mô 2 thận echo kém nhẹ, kém phân biệt rõ vỏ - tủy.
- Bàng quang: thành không dày, không sỏi.
- Tiền liệt tuyến: không to, đồng nhất.
- Gan không to, bờ đều, nhu mô đồng nhất, phản âm đều.
- Đường mật trong và ngoài gan không dẫn.
- Túi mật thành không dày, lòng không có sỏi.
- Tụy không to, cấu trúc đồng nhất.
- Lách không to, cấu trúc đồng nhất.
- Không dịch ổ bụng, không dịch màng phổi 2 bên.

5) Soi đáy mắt: xuất huyết võng mạc.

- Biện luận: Nguyên nhân của bệnh thận mạn: tuy BN có yếu tố ủng hộ BTM do dtd (phát hiện DTD type 1 15 năm nay, SA bụng kích thước 2 thận không teo, soi đáy mắt : bệnh lý võng mạc do dtd) nhưng TPTNT có tiểu máu và creatinin máu tăng nhanh nên nghĩ BTM này ngoài dtd còn có nguyên khác làm BTM diễn tiến xấu hơn. Do STM giai đoạn cuối nên không cần sinh thiết thận để chẩn đoán

nguyên nhân, ls ngoài đtd còn nghĩ do THA (HA bệnh nhân không kiểm soát tốt trong 5 tháng nay từ khi phát hiện)

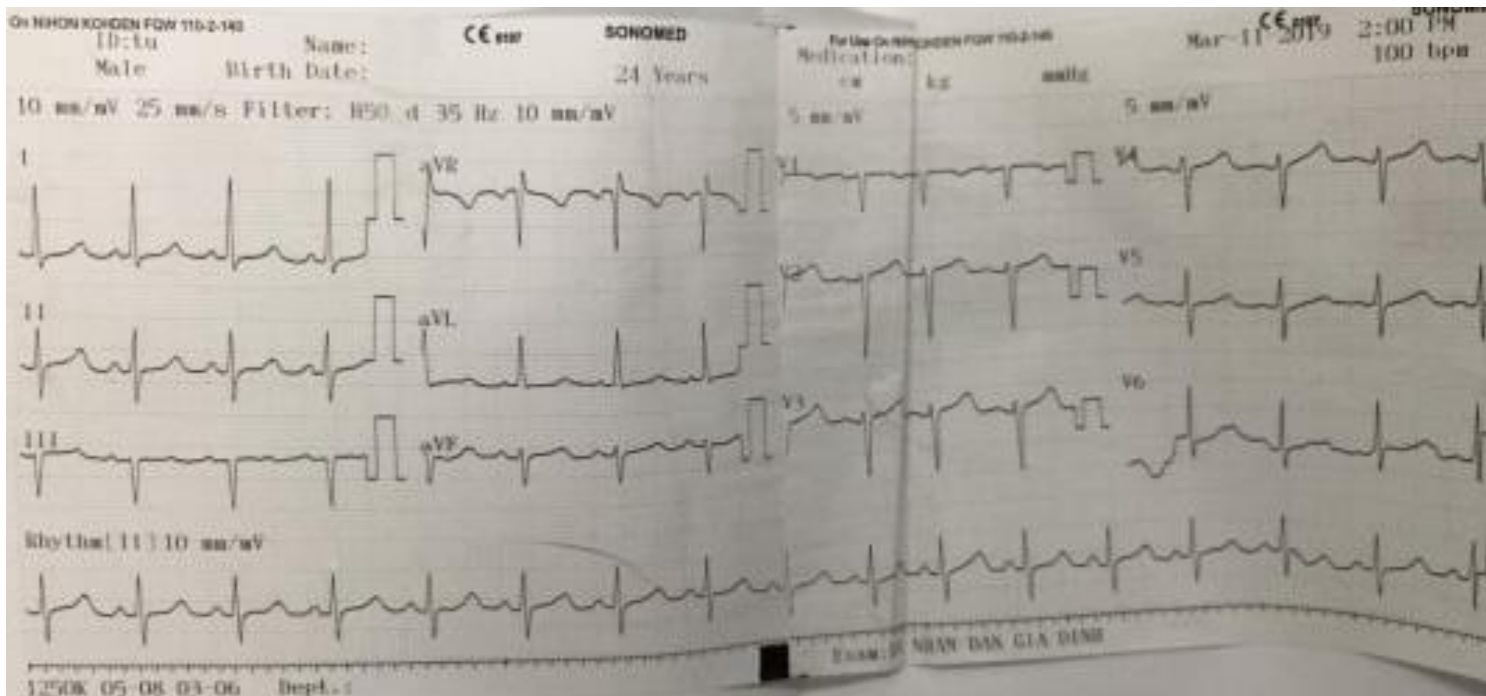
-> BTM theo KDIGO 2012: C(cầu thận), G5, A3

6) Glucose máu **44.62** mmol/L (BT: 3.9-6.1 mmol/L).

HbA1c **7.3%**.

HbA1c 7.3%, Glucose 44.62 mmol/L → BN có tình trạng thiếu máu nên chỉ số HbA1c có thể phản ánh không chính xác tình trạng đường 3 tháng nay và glucose máu đôi tăng rất cao nên vẫn nghĩ BN kiểm soát đường huyết chưa tốt

7) . ECG:



- Nhịp xoang, đều, tần số 100 l/ph.
- Trục điện tim trung gian (do DI (+) và aVF (-) nhưng DII (+))
- Sóng P: DII: biên độ = 2 mm < 2,5mm, thời gian 0.08s < 0,12s
→ không có hình ảnh lớn nhĩ trái, nhĩ phải
- PR: ở DII khoảng PR = 0,16s và khoảng PR đều nhau -> không có hình ảnh block AV
- QRS :
 - thời gian (từ V1-V6): 0,08s (bình thường)
 - tiêu chuẩn Sokolow- Lyon: SV2+RV6= 46mm > 35mm, RV1+ SV5= 10 mm < 11mm
 - tiêu chuẩn Cornell: SV3+ RaVL = 24 mm < 28 mm
- hình ảnh lớn thất trái
- Không thấy sóng Q ở các chuyển đạo, không thấy ST chênh lên và sóng T (-)
- QTc (DII) = $QT / \sqrt{RR} = 0.41s < 0.44s$ -> không có QT dài

Kết luận: nhịp xoang đều, hình ảnh lớn thất (T)

8) . XQ ngực thẳng:

- Bóng tim, trung thất và tuần hoàn phổi bình thường.
- Không thấy bất thường ở nhu mô phổi.
- Không thấy bất thường ở màng phổi.
- Không thấy bất thường ở thành ngực.

-> XQ ngực thẳng chưa ghi nhận bất thường

9). Chức năng đông máu: 15/3

PT 12.4s (BT 11.33-14.87s)

APTT 30.7s (BT 26-37s)

INR 0.91 (0.86-1.13)

-> chức năng đông máu trong giới hạn bình thường.

10) SA tim: 21/3

- Dẫn nhẹ nhĩ trái
- Dây xơ hóa các lá van
- Dây đồng tâm (T) nhẹ
- Tràn dịch màng ngoài tim lượng ít D=4mm, phân bố đều
- Rối loạn chức năng tâm trương thất (T) độ I, LVEDP không tăng
- Hở van 2 lá nhẹ, VC<3mm
- Hở van 3 lá nhẹ, VC < 3mm. Áp lực ĐMP không tăng (PAPs =19 mmHg)
- Chức năng tâm thu thất (T) bảo tồn EF = 76%

11) Siêu âm Doppler ĐM cảnh –sống trong giới hạn bình thường

12) Siêu âm động mạch chi dưới: trong giới hạn bình thường.

XIII) CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Hội chứng thận hư không thuần túy do ĐTĐ type 1 / Bệnh thận mạn GĐ 5 - THA – Thiếu máu do giảm EPO – Thiếu máu HC nhỏ nhược sắt chưa rõ nguyên nhân - Theo dõi lớn thất trái.

XIV) ĐIỀU TRỊ:

Chiến lược điều trị: BTM giảm GFR < 2ml/p/năm/1,73

BN này 8/2018 26ml/p, 3/2019 24ml/p >5ml/ph/năm là giảm nhanh

Mục tiêu

- HA <13/8
- HbA1C 7 – 8%
- Hb 11 – 12 g/dl cầm >13
- Đạm 24h <0,5
- LDL <100 <70 (bệnh tim)
- Không béo phì, HTL
- Đtri bệnh lý gốc (nghe lại 1:15:00). Đtri đtd gì đó...

HCTH phó tay.com không trị

Điều trị HA bn:

- đang đtri methyldopa, NV 160mmHg
- chỉ dùng được furo, vì thiazide không dùng cho GFR <25ml/p, giữK+ thì byebye
- ACEi, ARBs: gđ 5 theo dõi tăng K máu
- CCB: rất tốt, ca này nên dùng amló
- Betablocker: ca này không có ccđ betablock, dùng metoprolol không thải qua thận Betalog 50mg 25mg

BN phù: Nghe lại 1:20:00

BN không phù thì dùng

1. Amló (bn này nhịp tim nhanh có thể do đường nhanh, thiếu máu, hỏi lại bthg có hồi hộp đánh trống ngực không thì không dùng)
2. Aldomet (metoprolol)
3. Furo (nếu còn cao)

Điều trị Biến chứng:

- Thiếu máu: EPO Emex 2000IU1 ống x 2-3 lần, theo dõi Hct tăng 1% per w, 4% per month, Hb tăng 0,5g per week 2g per month. Nhớ thử sắt, không thì cho Tardyferon.
- Canxi: Vit D3
- Điều trị kiềm toan: Mục tiêu RA 20-22 (0,5 meq/kg): Bicarbonat 5g cung cấp 60meq. Toan hoá máu gây tổn thương xương,...
- Chế độ ăn: nhạt, giảm đường, hạn chế hải sản <200g/day
- Chạy TNT được dùng ACEi, ARBs.
- Sốt đẹp lun

1) Mục tiêu điều trị HCTH:

- + Giảm tiểu đạm < 0.5 g/24h.
- + Giảm đường máu < 200 mg/dL.

2) Mục tiêu điều trị bệnh thận mạn:

- + Xem xét điều trị thay thế thận

- + Kiểm soát đường huyết: Glucose trước ăn 90-150 mg/dL, HbA1c < 8%.
- + Kiểm soát HA < 140/90 mmHg.
- + Lipid máu: LDL-C < 70 mg/dL, HDL-C > 40mg/dL, Triglyceride < 150 mg/dL.
- + Hb 11-12 g/dL

3) Điều trị cụ thể:

- HCTH:

- + Hạn chế muối (2-3g/ngày), giảm đạm (#28g/ngày ~ 2 quả trứng / 150gr thịt).
- + Insulin regular 15IU TMC. Thuốc mới DDP4 mắc, không gây hạ đường huyết. Suy thận gđ cuối đường có xu hướng tụt do thận tân sinh đường và đào thải insulin, suy thì không thải insulin ra. Nếu btm gđ cuối mà đường còn cao thì gđ cực xấu.
- + Theo dõi đường huyết mỗi ngày, S, Tr, C.

- Duy trì:

- + Xem xét thăm khám phân phúc mạc (bệnh nhân còn nước tiểu, khả năng tuân thủ tốt)
- + Xem xét giảm liều insulin (hiện tại Novomix 30/70 TDD S 15IU, C 10IU)
- + Methyl dopa 250mg 1v x 3.
- + EPO 2000IU x 3.TDD.
- + Calci, vitD3 1v x 2
- + Atorvastatin 20mg 1v

XV) TIỀN LƯỢNG:

- Tiên lượng gần: BN HCTH / bệnh thận mạn do ĐTĐ, đường huyết tăng cao, THA → tiên lượng xấu.
- Tiên lượng xa: BN có ĐTĐ type 1 15 năm, diễn tiến eGFR giảm nhanh, đường huyết + THA khó kiểm soát → xấu.