Trình bệnh chị Hà

BỆNH ÁN THẬN NHI

I. Hành chính:

Họ tên: Đinh Quang T.

Ngày sinh: 28/11/2008 (12 tuổi)

Giới: nam. Nghề nghiệp: học sinh

Địa chỉ: Quảng Ngãi.

Ngày nhập viện: ngày 25/11/2020 Khoa: Thận- Nội tiết

II. Lý do nhập viện: tiểu máu

III. Bệnh sử: Bệnh 6 tuần, bé là người khai bệnh:

Hỏi bệnh sử: 4 phần:

- khai thác tất cả các TC cơ năng của BN

- khai thác tính chất của các TC cơ năng

- sắp xếp theo thứ tự của các TC theo time

- hỏi về điều trị của tuyến trước và đáp ứng điều trị

+phù: 7 tính chất của phù: Vị trí, Khởi phát, Thời gian, Tính chất, Diễn tiến, Yếu tố tăng giảm, triệu chứng kèm theo **(quan trọng nhất cân nặng)**

**+**tiểu ít: số lần tiểu, lượng nước tiểu, lượng nhập ntn, có mất nước ngoài đường khác ( tiêu chảy, nôn ói ….)

+ tiểu máu:

1/ Tiểu đỏ = tiểu máu? (=hiện diện hồng cầu trong nước tiểu)

• Không phải từ đường niệu: đường tiêu hoá (XHTH)/ đường sinh dục

(hành kinh)

• Không phải hồng cầu: thuốc, thức ăn, Mb (huỷ cơ), Hb (tán huyết)

2/ Cầu thận/ngoài cầu thận

• Toàn dòng/đầu dòng/cuối dòng

• Cục máu đông?

• Rối loạn đi tiểu

• Chấn thương

• Triệu chứng toàn thân

Tuần 1: Bé đột ngột thấy phù 2 mi mắt vào lúc sáng ngủ dậy, sau đó phù lan hết mặt, 2 chân, không đau, không sốt kèm theo đi tiểu ít lần hơn và lượng tiểu mỗi lần ít hơn hằng ngày, lượng nước uống bình thường 🡪khám tại BV Quảng Ngãi được chẩn đoán HCTH 🡪 người nhà xin chuyển BV Đà Nẵng

- Tuần 2-6: Phát hiện tiểu đỏ toàn dòng, tăng huyết áp được chẩn đoán VCTC điều trị 2 tuần hết phù, hết tăng huyết áp. Tiểu đỏ không giảm nên người nhà xin chuyển BV ND1

-Trong quá trình bệnh, Bé 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 30kg.

Tình trạng lúc nhập viện

Bé tỉnh.  
Môi hồng khí trời, chi ấm, mạch rõ.  
Mạch 80 lần/ phút   
Thở đều 22 lần/phút  
Nhiệt độ 370C. Spo2: 97% (khí trời). HA: 110/80 mmHg.  
Không xuất huyết da niêm.  
Tim đều, rõ 80 lần/phút

IV. Tiền căn:

1. Bản thân:

- Con thứ 1/4, PARA 4004, đủ tháng, sanh thường, cân nặng lúc sanh là 3 kg.

- Cách đợt bệnh 1 tháng được chẩn đoán viêm phế quản cấp🡪 điều trị 7 ngày (không rõ điều trị)

- Chủng ngừa: tiêm ngừa theo TCMR

- Phát triển tâm vận động: đang học lớp 7

- Dinh dưỡng: ăn uống đầy đủ với gia đình

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý bẩm sinh.

- Không ghi nhận tiền căn loét dạ dày, tiêu phân đen, tiêu ra máu gì trước đây

- Chưa ghi nhận phù, hay tiểu máu trước đây.

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

V. Khám: ngày 30/11/2020

- khám lưu ý: tình trạng phù BN hiện tại, tình trạng nước tiểu BN, huyết áp, tìm các dấu hiệu ban xuất huyết henoch, hồng ban (dấu hiệu gợi ý nguyên nhân khác)

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 24 lần/phút

+ HA: 110/70 mmHg

+ Nhiệt độ: 37oC

- Thể trạng: CN 29 kg .CC: 142 cm.

- Da niêm hồng, không nổi ban xuất huyết, không vàng da.

- Hạch ngoại vi không sờ chạm.

- BN còn tiểu màu nâu sậm, ít bọt, không thấy cục máu đông, không thấy cặn lắng, lượng 1,2l/24h

2. Đầu mặt cổ:

- Cân xứng không biến dạng.

- Kết mạc mắt không vàng.

- Tĩnh mạch cổ không nổi.

- Tai không chảy dịch, không tật và bệnh ở tai.

- Môi không khô, họng sạch lưỡi sạch.

- Không thấy hồng ban cánh bướm

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 êm 24 l/phút, 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 tuần hoàn bàng hệ.

- Bụng mềm, gan lách không sờ chạm,

- Không dấu chạm thận, không sờ thấy cầu bàng quang.

- Không điểm đau niệu quản trên, giữa, không điểm đau sườn-lưng, sườn-cột sống.

5. Thần kinh:

- Cổ mềm.

- Không dấu thần kinh định vị

6. Cơ xương khớp:

- Không giới hạn vận động

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam 12 tuổi, nhập viện vì tiểu đỏ kéo dài, bệnh 6 tuần , qua thăm khám và hỏi bệnh sử ghi nhận:

TCCN: tiếp cận triệu chứng từ khi nào???

- Tiểu đỏ toàn dòng, không gắt buốt

- Phù toàn thân

- Tiểu ít

TCTT :tiểu đỏ, phù, tiểu ít còn k? huyết áp hiện tại BN bao nhiêu?

Tiền căn: Viêm phế quản cách đợt bệnh 1 tháng

Không phù, tiểu máu trước đây

VII. Đặt vấn đề:

HC viêm cầu thận cấp

Tiểu đỏ tuần 6

VIII. Chẩn đoán sơ bộ: Viêm cầu thận cấp nghi do hậu nhiễm tuần 6, chưa biến chứng

Chẩn đoán của VCTC: VCTC ngày … nghĩ do … biến chứng …

Ngày đầu: chủ yếu để tìm biến chứng của bệnh: THA, phù phổi, suy tim cấp, suy thận … 🡪 theo dõi mỗi 4h or 6h

Ngày sau: chủ yếu để tìm nguyên nhân

- Trên LS, VCTC có 3 nhóm nguyên nhân: + VCTC hậu nhiễm trùng: PIGN

+ bệnh hệ thống: lupus, IgAV

+ bệnh cầu thận nguyên phát: bệnh thận IgA, bệnh cầu thận tăng sinh gian mạch (MPGN)

* Chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu : 5 yếu tố
  + Tiền căn: viêm họng, viêm da trước đó
  + Cấy bệnh phẩm sang thương da họng
  + Kháng thể kháng liên cầu
  + C3 giảm C4 bình thường: quan trọng nhất vì nó dựa vào cơ chế bệnh sinh. Kích hoạt con đường bổ thể thay thế. Đặc điểm C3 chỉ giảm thoáng qua mà thôi
  + Diễn tiến: tiểu máu đại thể 2-3 tuần hết…. (cho đến 4 tuần, quá 4 tuần nta thường sinh thiết). C3 C4
    - không bao giờ chẩn đoán xác định VCTC hậu nhiễm liên cầu mà chỉ được nói là nghĩ nhiều là do nguyên nhân này. Vì không có 1 CLS nào xác định chính xác.càng nhiều yếu tố thì càng gợi ý nghĩ nhiều mà thôi. Sinh thiết thận cũng k chẩn đoán xác định đc vì nó chỉ ghi nhận tb nào tổn thương tăng sinh kiểu gì, lắng đọng phức hợp miễn dịch là gì thôi (dấu hiệu gián tiếp)

IX. Chẩn đoán phân biệt:

-Viêm cầu thận tăng sinh màng tuần 6 chưa biến chứng

- Viêm cầu thận tiến triển nhanh: tiến triển vài ngày tới vài tuần 🡪 chẩn đoán dựa vào lâm sang, động học nước tiểu và creatinin, sinh thiết thận (có liềm tb >50%)🡪 điều trị ức chế miễn dịch. (phải có sinh thiết mới chẩn đoán xác định được).

Viêm cầu thận tiến triển nhanh= viêm cầu thận cấp + suy thận tiến triển nhanh

-HC thận hư

Cầu thận có 3 loại tb: nội mô: tổn thương gây HC viêm cầu thận cấp

Tb trung mô (gian mao mạch) tôn thương gây tiểu máu

Tb biểu mô : tổn thương gây tiểu đạm 🡪 HCTH: cầu thận không viêm, không tăng sinh

X. Biện luận:

VCTC có 5 triệu chứng: tiểu máu từ cầu thận, phù, tiểu ít, THA, tiểu đạm nhiều mức độ. Trong đó tiểu máu từ cầu thận quan trọng nhất.

BN nam, 12 tuổi nhập viện vì tiểu máu

1. Tiểu đỏ:

a. Tiểu đó này là tiểu hồng cầu:

- BN trước đó không ăn thức ăn gì màu đỏ, không có uống thuốc gì trước đây, không bệnh lí viêm loét dạ dày, tiêu phân đen, tiêu máu đỏ gì trước đây

- Không chấn thương gì, không thấy cục máu đông.

- Không tiểu gắt buốt hay lắt nhắt

Nên nghĩ nhiều là tiểu hồng cầu.

b. Tiểu hồng cầu này là từ cầu thận:

- Màu nước tiểu đỏ sậm, Tiểu máu toàn dòng

- Phù đặc trưng do thận (phù đột ngột, xuất hiện ở mi mắt lan ra tay chân và toàn thân, phù tăng dần. phù thay đổi trong ngày, sưng mi mắt rõ vào buổi sáng, và có các dấu hiệu gợi ý tại thận) kèm THA

- Không có HC niệu đạo cấp, không sốt

--> Nên nghĩ nhiều là tiểu hồng cầu nguồn gốc từ cầu thận

--> Đề nghị TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu (soi cặn lắng nước tiểu không có sẵn, chỉ sd trong trường hợp tiểu máu đơn độc không phân biệt được hội chứng nào)

Phân biệt phù do HCTH phù do VCTC

Table

Description automatically generated

Phù ở VCTC thường là phù kín đáo: phù mi mắt, do cơ chế là overfill🡪 điều trị nền tảng là hạn chế muối nước.

Phù ở HCTH thường là phù nhiều, tràn dịch đa màng : tràn dịch màng phổi màng tim, cơ quan sinh dục. cơ chế cả overfill và underfill nên điều trị lợi tiểu luôn phải cẩn thận

Mức độ phù: theo hội thận nhi Italia: nhẹ (<7%) tb (7-10%), nhiều (>10%)

c. Nguyên nhân:

- 5 hội chứng gặp trong tổn thương cầu thận ở bệnh nhi có HC viêm cầu thận cấp, HC thận hư đơn độc, Tiểu máu đại thể tái phát, Viêm cầu thận tiến triển nhanh, viêm cầu thận mạn

- Không ghi nhận tiền căn viêm cầu thận, tiểu máu gì trước đó, bệnh diễn tiến cấp tính nên không nghĩ tiểu máu đại thể tái phát, viêm cầu thận mạn. Nghĩ nhiều đến 1. HC viêm cầu thận cấp, 2. HC viêm cầu thận tiến triển nhanh, 3.HCTH

- HCTH: ít nghĩ do bệnh thường diễn tiến bán cấp, kéo dài, phù tăng dần 2-3 tuần, BN có tiểu máu đại thể kéo dài, THA nên ít nghĩ => TPTNT, Albumin máu, protein niệu 24h

- HC VCT cấp :nghĩ nhiều do BN có tiểu máu từ cầu thận, phù diễn tiến nhanh, kèm tăng huyết áp, tiểu ít

Nguyên nhân:

+ VCT cấp hậu nhiễm: nghĩ nhiều do BN nam, 12 tuổi phù hợp với hậu nhiễm và không ghi nhận các dấu hiệu gợi ý lupus, IgAV như hồng ban, mảng xuất huyết, đau bụng, đau khớp. Về tác nhân thì do bệnh cảnh tiểu máu đại thể kéo dài 6 tuần, không có tiền căn về viêm họng hay viêm da gì trước đó nên nghĩ tác nhân khác ngoài liên cầu → Đề nghị sinh thiết thận

+ VCTC do lupus, IgAV:

+ Bệnh cầu thận nguyên phát: viêm cầu thận tăng sinh màng

=> Đề nghị C3, C4 chẩn đoán phân biệt

-Viêm cầu thận tiến triển nhanh: không thể loại trừ → Theo dõi lượng nước tiểu + creatinin máu

3. Biến chứng: hiện tại BN không phù, không sốt, không tăng huyết áp,không ghi nhận thiểu niệu nên không nghĩ

XI. Cận lâm sàng đề nghị:

-TPTNT, Soi cặn lắng nước tiểu.

- Albumin máu,protein niệu 24h, Creatinin máu

- C3, C4

- Sinh thiết thận

XII. Kết quả CLS

1. TPTNT: 25/11

Ery : 3+ (300)

LEU 3+ (500)

Protein: 2+ (1.0)

ASC (-)

Urobililinogen, glucose, Ketone, nitrite (-)

pH 5 (5-6)

SG: 1.010 (1.010 – 1.030)

Ery 3+ nghĩ nhiều là có tiểu máu phù hợp với viêm cầu thận cấp

Pro 2+: tiểu đạm lượng ít phù hợp VCTC

LEU 3+ biểu hiện tình trạng viêm của đường tiết niệu do nhiễm trùng hoặc không nghiễm trùng phù hợp với VCTC

(TPTNT phù hợp vs VCTC 🡪 không cần làm soi cặn lắng)

2. Soi cặn lắng

Tế bào cặn lắng nước tiểu: Hồng cầu (+++), Bạch cầu (++), Trụ: không tìm thấy, Tinh thể: không tìm thấy

Hình dạng hồng cầu niệu: Bình thường 45%, Bất thường 55% (hồng cầu nhỏ, méo mó, răng cưa, hồng cầu nhẫn) (khi đề nghị soi cặn lắng thì nta chỉ trả về tb cặn lắng nước tiểu, còn hình dạng hồng cầu niệu phải đề nghị thêm hình dạng hồng cầu niệu mới được. phụ thuộc nhiều vào người đọc)

3. Sinh hóa: 20/11

Protein niệu 1,5g/24h;

Albumin : 3.26 g/dl => loại HCTH

Creatinin: 130 umol/L => eGFR = 53 ml/ph/1.73m2 48,6xL/creatinin

Creatinin có tăng nhưng đánh giá thêm lâm sàng thấy BN tiểu được 1,1l, không phù, không tăng huyết áp nên nghĩ tổn thương thận cấp trong bệnh cảnh của VCT cấp, ngoài ra cũng không loại trừ viêm cầu thận tiến triển nhanh => làm lại Creatinin sau 2 ngày

Creatinin 25/11: 101 umol/L => có giảm so với ngày 20/11 nên nghĩ tình trạng tổn thương thận đang hồi phục, không nghĩ viêm cầu thận tiến triển nhanh

C3: 5.57 ( 90-180)

C4: 15.62 ( 10-40)

C3 giảm , C4 bình thường nên nghĩ nhiều HC VCTC hậu nhiễm

4. Sinh thiết thận

Nhuộm HE: 1 mẫu sinh thiết là vùng vỏ tủy thận, bao gồm 18 cầu thận

-14 cầu thận tăng sinh gian mao mạch

- 9 cầu thận tăng sinh trong mao mạch

-15 cầu thận có xâm nhập nhiều bạch cầu

Nhuộm PAS: 0 cầu thận có lắng đọng hyalin trên quai mao mạch và gian mao mạch

Nhuộm GOMORI: 0 cầu thận xơ hyalin hóa 1 phần cầu thận

Nhuộm GRÔCTT: màng đáy cầu thận không dày

-02 cầu thận có liềm tế bào

-ống thận: ít trụ hồng cầu và teo 20%

-Mô kẽ: phù nề, có tế bào viêm hỗn hợp và xơ hóa 20%

Mạch máu: không viêm, không hyalin hóa

Nhuộm MDHQ: IGA IgG IgM C1q C3

Số CT(+)/TSCT 0/9 2/9 1/9 0/9 9/9

Quai mao mạch - +/- +/- - ++

Vùng gian MM - - - - ++

Có chủ yếu C3 ở quai mao và gian mao mạch cầu thận

Chẩn đoán GPB: Phù hợp viêm cầu thận hậu nhiễm

2/18 cầu thận có liềm tế bào

XIII.chẩn đoán xác định: viêm cầu thận cấp hậu nhiễm tuần 7, chưa biến chứng

Case này chẩn đoán là bệnh thận C3🡪 ngoài mục tiêu

XIV. Điều trị

Hướng điều trị: cho BN xuất viện, hẹn tái khám sau 1 tháng

XV. tiên lượng

hiện tại BN không biến chứng, không phù, không THA, tiểu nâm sẫm, không ghi nhận thiểu niệu. Các triệu chứng tiểu máu đại thể, tiểu đạm phần lớn tự hồi phục