**BỆNH ÁN**

1. **HÀNH CHÍNH**

Họ và tên BN: NGUYỄN CHÍ K.

Tuổi: 5 tuổi.

Giới: nam.

Nơi ở: huyện Tân Hưng, tỉnh Long An.

Thời gian nhập viện: ngày 17/3/2021 lúc 16h35 tại khoa Thận, BV Nhi Đồng 1.

1. **LÍ DO NHẬP VIỆN: phù (sai, LDNV của BN này là phù + mệt, vì vào ngày NV mức độ phù không thay đổi, chỉ có bé mệt nhiều hơn).**
2. **BỆNH SỬ**

Bà nội bé là người khai bệnh.

Cách nhập viện 7 ngày, người nhà phát hiện bụng bé to nhẹ, mi mắt nặng, tăng dần, không rõ lượng nước tiểu, không đi khám.

Cách nhập viện 3 ngày, bụng bé to nhiều, xuất hiện phù mặt, phù chân, tiểu vàng đục, không rõ lượng nước tiểu, bé sốt 38,5ºC - 39ºC kèm ho khan, sổ mũi, khám tại phòng khám tư, chẩn đoán và điều trị không rõ, sau điều trị hết sốt, hết sổ mũi, ho khan giảm, phù không giảm, tiểu vàng đục không giảm.

Cách nhập viện 1 ngày, phù không giảm, tiểu vàng đục không giảm, ho khan không đổi, người nhà thấy bé đừ, mệt nhiều hơn à nhập BV Nhi Đồng 1.

Trong quá trình bệnh, bé tăng 18 kg lên 21 kg (tăng bao nhiêu phần tram cân nặng, nói rõ ra luôn), lượng nước tiểu mỗi ngày không rõ, tiêu phân vàng đóng khuôn, không tiểu gắt, không tiểu lắt nhắt.

(bệnh sử phải khai thác đủ các tính chất của triệu chứng: 7 tính chất của phù là gì, tiểu ít khai thác gì – số lần đi tiểu, lượng nước tiểu mỗi lần, lượng nước nhập, lượng nước mất qua đường khác như nôn ói, tiêu chảy… 🡪 ghi triệu chứng chung chung thì không thể chẩn đoán ra bệnh).

**Tình trạng lúc nhập viện:**

Bé tỉnh.

Chi lạnh, mạch nhanh nhẹ.

CRT < 2s.

Mạch: 160 l/p, HA: không đo được, nhịp thở: 50 l/p, SpO2: 99%.

Cân nặng: 21 kg, chiều cao: 106 cm.

**Xử trí lúc nhập viện:**

Nằm đầu bằng.

Oxy qua cannula khô 1 l/p.

NaCl 0,9% truyền 400 ml (20 ml/kg) trong 1 h.

**Diễn tiến sau nhập viện:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N0 (17/3) | *Sau xử trí lúc NV 1h:*  Bé tỉnh, tiếp xúc tốt  Chi ấm hơn  Mạch đều rõ, 130 l/p  Huyết áp: 90/60 mmHg  Thở đều êm  Còn phù  Chưa đi tiểu  Không sốt  *Sau xử trí lúc NV 2h:*  Mạch 120 l/p  HA: 110/80 mmHg  *Sau xử trí lúc NV 3h:*  Mạch 115 l/p  HA: 110/60 mmHg | NaCl 0,9% 200 ml (10 ml/kg) truyền tĩnh mạch trong 1 h  NaCl 0,9% 200 ml (10 ml/kg) truyền tĩnh mạch trong 1 h  Ngưng oxy  NaCl 0,9% 100 ml (5 ml/kg) truyền tĩnh mạch trong 1 h |
| N1  (18/3) | Bé tỉnh  Chi ấm, mạch rõ  Mạch: 84 l/p, HA: 110/60 mmHg  Cân nặng: 21,5 kg  Còn phù  Tiểu vàng sậm, khoảng 100 ml trong khoảng 14 tiếng | Hydrocolacyl 0,005 g  8 viên uống sáng no  Calci D 0,3 g  1 viên x 2 uống |
| N2 – 4  (19/3 – 21/3) | Bé tỉnh  Chi ấm, mạch rõ  Mạch: 104 l/p, HA: 110/70 mmHg  Cân nặng: 21,5 kg  Còn phù  Tiểu vàng sậm, khoảng 300 ml trong 24 tiếng | Hydrocolacyl 0,005 g  8 viên uống sáng no  Calci D 0,3 g  1 viên x 2 uống |

1. **TIỀN CĂN**
2. **Sản khoa**

Con 1, PARA 1001, sinh thường, đủ tháng, CN lúc sinh 2,1 kg. Không ghi nhận dị tật hay bệnh lí thận trong quá trình khám thai.

1. **Bệnh lí**

Phù toàn thân lúc 1 năm tuổi (ghi ra là 1 năm bao nhiêu tháng, vì nếu 11 tháng thì có thể là HCTH nhũ nhi, tiên lượng khác; nếu 16 tháng thì quá nhũ nhi rồi, tiên lượng khác), chẩn đoán và điều trị không rõ tại BV Nhi Đồng 1, khoa Thận (điểm này hơi bất hợp lí, vì nếu nó được chẩn đoán HCTH tại thời điểm này thì là HCTH nhũ nhi, nếu HCTH nhũ nhi là khả năng kha khá là do gen, nếu vậy thì nó có dc sinh thiết chưa, điều trị sau đó ra sao, hoặc cũng có khi lúc này nó phù không phải do HCTH mà là do bệnh khác).

1. **Phát triển tâm vận**

Bé chạy vững, nói lưu loát.

1. **Tiêm ngừa**

Theo tiêm chủng mở rộng.

1. **Gia đình**

Chưa ghi nhận bệnh lí.

1. **KHÁM:** 7h ngày 22/3/2020
2. **Tồng trạng**

Bé tỉnh, tiếp xúc tốt.

Da niêm hồng/khí trời.

Chi ấm, mạch rõ.

CRT < 2s.

Thở đều, êm, không co kéo.

Sinh hiệu: mạch 96 l/p, huyết áp 110/80 mmHg, nhịp thở 28 l/p.

Tiểu vàng, đục, lượng khoảng 200 ml trong 24 h.

Phù chân, mặt, đối xứng, trắng, mềm, ấn lõm, không đau.

Không vàng da.

Kết mạc mắt không vàng.

CN: 22 kg (ghi ra tăng bao nhiêu phần trăm cân nặng), chiều cao: 103 cm.

1. **Đầu mặt cổ**

Cân đối.

Tuyến giáp không to.

1. **Lồng ngực**

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

Tim:

Không ổ đập bất thường.

Mỏm tim ở KLS 4, ĐTĐ trái, diện đập 1 x 1 cm2.

Không dấu Harzer, không dấu nẩy trước ngực.

T1, T2 đều rõ, tần số 96 l/p, không tiếng tim bất thường.

Phổi:

Gõ đục đáy phổi 2 bên.

Rung thanh giảm đáy phổi 2 bên.

Rì rào phế nang giảm đáy phổi 2 bên.

1. **Bụng**

Bụng to căng, rốn lõm, không THBH.

Nhu động ruột: 3 l/p.

Gõ đục khắp bụng, không dấu vùng đục di chuyển, có dấu sóng vỗ.

Ấn không đau.

Gan, lách không sờ chạm.

1. **Thần kinh – cơ xương khớp**

Cổ mềm.

Không sưng đau hay giới hạn vận động các khớp.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN**

BN nam, 5 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân ngày thứ 7, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

Phù mặt, bụng, chân.

Tiểu vàng đục.

Ho khan.

TCTT:

Lúc NV: tỉnh, mạch nhanh nhẹ 160 l/p, HA không đo được, nhịp thở 50 l/p.

Tiểu ít, tiểu vàng đục.

Phù mặt, phù chân.

Hội chứng 3 giảm 2 đáy phổi.

Báng bụng ~~độ 3~~ (đối với Nhi, báng bụng không cần ghi bao nhiêu độ).

TC:

Phù toàn thân, lúc 1 tuổi, không rõ chẩn đoán, điều trị tại khoa Thận, BV NĐ 1.

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**
2. Sốc giảm thể tích.
3. Phù toàn thân.
4. Tiểu vàng đục.
5. Ho khan.
6. TC: phù toàn thân, lúc 1 tuổi, nghi ngờ do thận.
7. **TÓM TẮT BỆNH ÁN**
8. **CĐSB:**

HCTH lần đầu, nguyên phát, sang thương tối thiểu, ~~lần đầu~~, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

1. **CĐPB (sửa thứ tự đề chẩn đoán như trên)**

HCTH nguyên phát, sang thương tối thiểu, tái phát, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

HCTH nguyên phát, xơ chai cầu thận cục bộ từng vùng, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

HCTH thứ phát, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

Viêm cầu thận cấp, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

1. **BIỆN LUẬN**

Chọn vấn đề phù toàn thân để biện luận đầu tiên.

**Các nhóm nguyên nhân có thể gây phù toàn thân:**

* Tim: không nghĩ do bé không có tiền căn bệnh tim từ trước, khám không có dấu Harzer, không dấu nẩy trước ngực.
* Gan: không nghĩ do bé không vàng da, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch.
* Thận: không loại trừ do phù mặt đầu tiên, sau đó phù bụng, phù chân phù hợp với tính chất phù do thận đi kèm với bất thường nước tiểu (tiểu vàng đục, tiểu ít).

Phù do thận có 3 tính chất:

* Phù mặt trước, sau đó phù tay, phù bụng, phù chân.
* Giảm về sáng sớm, tăng về chiều.
* Đi kèm với bất thường nước tiểu.
* Dinh dưỡng: không nghĩ do chế độ ăn đầy đủ chất.

**~~Bệnh thận có thể gây phù:~~**

* ~~HCTH: có nghĩ à đề nghị TPTNT, uPCR, đạm niệu 24h, albumin máu, bilan lipid máu.~~
* ~~Viêm cầu thận cấp: bé không có tiểu máu đại thể, không tăng huyết áp, nhưng chưa loại trừ được tiểu máu vi thể và tổn thương thận cấp nên chưa loại trừ hội chứng viêm thận à đề nghị TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu.~~
* ~~Suy thận: chưa loại trừ được à creatinine máu, BUN, ion đồ.~~

Khúc này nên gom lại hội chứng cầu thận, rồi biện luận 5 nguyên nhân của hội chứng cầu thận (trong CBL tiếp cận phù).

**Biện luận HCTH:**

* Bé 5 tuổi.
* Không THA (VCTC – overfill 🡪 THA là thường gặp nhất, HCTH – overfill hoặc underfill đều được 🡪 HA có thể tăng hoặc giảm).
* HC/nước tiểu: đề nghị TPTNT, soi cặn lắng NT.
* Suy thận: đề nghị BUN, creatinine máu.
* C3, C4: đề nghị.

à nghĩ nhiều HCTH nguyên phát, sang thương tối thiểu dựa vào độ tuổi, bệnh cảnh LS không THA, không tiểu máu đại thể, tuy nhiên chưa loại trừ sang thương FSGS và HCTH thứ phát, HC viêm thận à thực hiện thêm các CLS như trên để phân biệt.

Bé có tiền căn phù toàn thân, điều trị tại khoa Thận BV ND1 lúc 1 tuổi, không rõ chẩn đoán và điều trị cụ thể nên chưa xác định được HCTH lần đầu hay tái phát.

**Biến chứng của HCTH (nhiễm trùng và giảm thể tích là 2 biến chứng bắt buộc phải nghĩ đến và loại trừ đầu tiên)**

* Nhiễm trùng: bé có ho khan, nhưng không sốt, khám phổi không rale, không đau bụng, không nôn ói, không tiểu chảy, không tiểu lắt nhắt, không tiểu gắt, không đau đầu, không sưng nóng đỏ đau vùng da nào nên ít nghĩ.
* Tắc mạch: chưa loại trừ hoàn toàn trên lâm sàng.
* Giảm thể tích: có nghĩ do bé nhập viện với bệnh cảnh sốc, có đáp ứng với truyền dịch tinh thể.
* Rối loạn điện giải: không loại trừ, đề nghị ion đồ.
* Tổn thương thận cấp:
* Suy dinh dưỡng: biến chứng mạn, không nghĩ tại thời điểm này.
* Tác dụng phụ của cort: biến chứng mạn, không nghĩ tại thời điểm này.

1. **ĐỀ NGHỊ CLS:**

Sốc giảm thể tích: CTM, đường huyết, KMĐM, lactate, ion đồ, AST, ALT, BUN, creatinine máu, đông máu toàn bộ.

Chẩn đoán: TPTNT, protein/creatinin NT sáng sớm, albumin máu, protein máu, ure, creatinin máu, bilan lipid máu (cholesterol toàn phần, triglyceride).

Tầm soát nguyên nhân thứ phát: C3, C4, HBsAg, antiHCV.

Tầm soát biến chứng tăng đông: fibrinogen, AT III, protein C, protein S.

1. **KẾT QUẢ CLS**
2. **CTM 15g 17/3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XN** | **Kết quả** | **CSBT** |
| WBC | **21,5** | 4-12 k/µL |
| #NEU | 8,52 | 3-5,8 k/µL |
| #EOS | 0,65 | 0,05-0,25 k/µL |
| #BASO | 0,07 | 0,015-0,05 k/µL |
| #LYM | 11,01 | 1,5-3 k/µL |
| #MONO | 0,8 | 0,285-0,5 k/µL |
| #IG | 0,08 | k/µL |
| %NEU | **40,5** | 54-62 % |
| %EOS | 3,1 | 1-3 % |
| %BASO | 0,3 | 0-0,75 % |
| %LYM | **52,3** | 25-33 % |
| %MONO | 3,8 | 3-7 % |
| %IG | 0,4 | % |
| RBC | 5,4 | 1012/L |
| **HGB** | **15,9** | 11,5-14,5 g/dl |
| **HCT** | **46,5** | 33-43% |
| MCV | 86,1 | 76-90 fL |
| MCH | 29,4 | 25-31 pg |
| MCHC | 34,2 | 32-36 g/dl |
| RDW-CV | 13,9 | % |
| PLT | 685 | 150-400 k/µL |

**Phân tích:**

HCT tăng: cô đặc máu do mất nước vào khoang thứ ba; MCV, MCH trong giá trị bình thường.

Bạch cầu tăng ưu thế lympho: nguyên nhân nghĩ tới: nhiễm siêu vi, tăng bạch cầu phản ứng với sốc, do cô đặc máu. Hiện tại em không sốt, không có dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng dịch báng hay viêm mô tế bào nên hiện chỉ đề nghị thêm: CRP, X quang ngực thẳng.

Tiểu cầu tăng nghĩ do cô đặc máu.

1. **Khí máu tĩnh mạch 17g30 17/3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên xét nghiệm** | **Kết quả** | **CSBT** |
| pH | 7,301 | 7,31-7,41 |
| pCO2 | 31,5 | 41,3-51 mmHg |
| pO2 | 45 | 34,5-43,5 mmHg |
| FiO2 | 24 | % |
| HCO3- | 15,1 | 22-26 mmol/L |
| BE | -11,3 | mmol/L |
| SaO2 | 78,3 | % |
| P/F | 140 |  |

**Phân tích:**

pO2 trong giới hạn bình thường => không suy hô hấp giảm oxy.

pH < 7,31 => toan máu.

HCO3- < 22 mmol/l => toan chuyển hóa là rối loạn nguyên phát.

pCO2 dự đoán =0,8x15,1 + 15= 27,08 < pCO2 thực tế => toan hô hấp là rối loạn nguyên phát thứ 2.

∆AG = Na – Cl – HCO3 = 10,1 mEq/L à toan CH không tăng AG.

**Nguyên nhân toan CH không tăng AG trên BN này:**

**Nguyên nhân toan HH trên BN này:**

1. **Lactate 17g30 17/3:** 6,29mmol/l > 4 => có tăng chuyển hóa yếm khí do sốc.
2. **Đường huyết:** không làm.
3. **Ion đồ, chức năng gan, chức năng thận:** 17g30 17/3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XN** | **Kết quả** | **CSBT** |
| Na+ | 136,8 | 135-145 mmol/L |
| K+ | 4,71 | 3,5-5 mmol/L |
| Cl- | 111,6 | 98-107 mmol/L |
| Calci ion hóa | 1,09 | 1,1-1,25 mmol/L |
| Creatinin | 44,71 | 35,4-61,9 µmol/l |
| AST | 29,78 | 15-60 U/L |
| ALT | 5,52 | 13-45 U/L |

eGFR=107ml/phút/1,73m2 da: CN thận bình thường.

Ion đồ trong giới hạn bình thường: không có rối loạn điện giải.

1. **Đông máu không làm**
2. **TPTNT 14h 17/3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XN** | **Kết quả** | **CSBT** |
| Urobilinogen | Bình thường | 1,6-16 µmol/l |
| Glucose | Âm tính | Âm tính |
| Bilirubin | Âm tính | Âm tính |
| Ketones | Âm tính | Âm tính |
| S.G | 1,020 | 1,010-1,030 |
| **Ery** | **++ (50 ery/µl)** | Âm tính |
| pH | 6 | 5-6 |
| **Protein** | **+++ (5 g/l)** | Âm tính |
| Nitrite | Âm tính | Âm tính |
| **Leukocytes** | **+ (25 leu/µl)** | Âm tính |
| **ASC** | **+ (0,2 g/l)** | Âm tính |

Phương pháp lấy NT:

ASC + à có acid ascorbic trong NT à ery, leukocytes, glucose có thể bị âm tính giả.

Protein nước tiểu 3+: tiểu đạm lượng nhiều à phù hợp với hội chứng thận hư.

Ery (+): có tiểu máu vi thể, có thể phù hợp với HCTH nguyên phát, MCD (do 20 – 30% HCTH MCD có tiểu máu vi thể), tuy nhiên chưa loại trừ HCTH FSGS, HCTH thứ phát và hội chứng viêm thận đi kèm.

Leukocytes (+): có hiện tượng viêm ở thận.

=> Đề nghị: hướng dẫn lấy nước tiểu giữa dòng lại và soi cặn lắng nước tiểu.

1. **UPCR không làm**
2. **Albumin máu 0,92 < 2,5g/dl** => albumin máu giảm à phù hợp chẩn đoán HCTH.
3. **Cholesterol TP: 11,64 (<5,2mmol/l)**

=> cholesterol toàn phần tăng, phù hợp chẩn đoán HCTH.

1. **C3, C4, HBsAg, anti HCV**

C3 = 84,19 mg/dl (90 – 180) giảm (C3 là do gan sản xuất, do đó trong phản ứng viêm cấp, nhiễm trùng cấp tính thì C3 vẫn có thể giảm, BN này C3 chỉ giảm nhẹ nên vẫn nghĩ nhiều là HCTH nguyên phát, MCD).

C4 = 35,28 mg/dl (10 – 40) bình thường.

HBsAg âm tính.

Anti HCV âm tính.

à loại trừ HCTH thứ phát do viêm gan siêu vi B, C. C3 giảm nhẹ không phù hợp với chẩn đoán HCTH nguyên phát, MCD à đề nghị xét nghiệm lại C3.

1. **Siêu âm bụng**

Gan: không to, đồng dạng, bờ đều

Túi mật: phù nề thành túi mật d=9,4mm

Đường mật trong ngoài gan: không dãn

Tụy: không to, đồng dạng

Lách: không to, đồng dạng

Dạ dày-ruột: dấu tắc ruột(-), lồng ruột(-), concard(-)

Vị trí mạch máu mạc treo tràng trên bình thường

Thận (P): d=78x37mm, không ứ nước, không sỏi

Thận (T): d=77x41mm, không ứ nước, không sỏi

Hai thận echo dày bằng gan

Bàng quang: thành không dày, không sỏi

Khoang sau phúc mạc: không cấu trúc bất thường

Dịch ổ bụng lượng nhiều, thuần nhất

Tràn dịch màng phổi hai bên lượng ít

**Kết luận:**

Thay đổi cấu trúc chủ mô hai thận

Phù nề thành túi mật

Dịch ổ bụng lượng nhiều, thuần nhất

Tràn dịch màng phổi hai bên lượng ít

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH (HIỆN TẠI):**

Hội chứng thận hư, lần đầu, nguyên phát, sang thương tối thiểu, ~~lần đầu~~, biến chứng sốc giảm thể tích, đã hồi phục.

CĐPB: HCTH thứ phát do các nguyên nhân khác, viêm cầu thận cấp.

1. **ĐIỀU TRỊ:**
2. **Sốc giảm thể tích:**

Nằm đầu phẳng.

Thở oxy qua canula 1l/phút

Normal saline 0,9% 500ml

420ml TTM/10 phút (20ml/kg/10 phút)

Albumin 20%

20g/100ml TTM/60ph?

**\*Vấn đề truyền dịch trên BN HCTH:**

Trên BN HCTH, truyền albumin có 2 mục đích:

* Chống sốc: dùng albumin đẳng trương 5%, truyền lượng lớn trong thời gian ngắn 30 phút – 1 giờ, thực tế nếu không có albumin 5% có thể dùng albumin 20 – 25% pha với nước muối đẳng trương (normal saline) để ra albumin 5%.
* Giảm phù: dùng albumin ưu trương 20 – 25%, dùng trong thời gian kéo dài 4 – 8 giờ kết hợp với thuốc lợi tiểu furosemide.

Xử trí sốc giảm thể tích trên BN HCTH chia ra 2 hướng:

* Nếu có YT thuận lợi: nôn ói, tiêu chảy, xuất huyết,… 🡪 sử dụng dịch tinh thể.
* Nếu không có YT thuận lợi (sốc do bản chất bệnh học của HCTH – giảm thể tích nội mạch, tuy vậy trường hợp này không quá phổ biến do trong sinh lí bệnh của HCTH có hiện tượng tăng hoạt RAA tái hấp thu muối nước nên ít khi sốc nếu không có YT thuận lợi): truyền dịch albumin từ đầu (nếu có điều kiện), còn nếu không chuẩn bị kịp thì cho phép khởi đầu bằng một liều dịch tinh thể.

Cần cẩn thận khi truyền quá nhiều albumin trên BN HCTH do có thể đẩy BN vào phù phổi cấp (đã gặp trên LS).

Xử trí sốc/HCTH, nếu BN đã ra sốc, không nên truyền dịch thêm quá nhiều do bản chất HCTH đã là ứ muối nước nhiều hơn bt rồi.

Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO­2 lên tục, theo dõi nhịp thở, tri giác, lượng nước tiểu.

Nếu không ra sốc sau liều dịch thứ nhất, cân nhắc liều 2, liều 3, đo CVP , cân nhắc đặt nội khí quản sớm.

1. **Hội chứng thận hư lần đầu (khi BN ra sốc)**
2. **Điều trị đặc hiệu**

Điều trị tấn công trong 4 tuần với prednisone liều 2 mg/kg/ngày. Bé có CN trước phù là 18 kg à tổng liều 36 mg/ngày à 8 viên hydrocolacyl (prednisone 5 mg)/ngày.

Prednisone 0,005g

8 viên (u)

1. **Điều trị triệu chứng**

**Điều trị giảm phù:** vào ngày khám, bé tăng 4 kg so với 18 kg trước phù à tăng 22% cân nặng à đánh giá phù nhiều (> 10% cân nặng): furosemide 1 mg/kg 1 liều, đánh giá lại tình trạng huyết động và đáp ứng phù sau khi dùng liều đầu tiên (do trương lực mạch nhẹ và bé có sốc giảm thể tích trước đó):

Furosemide 40 mg

½ ống TMC

**Điều trị rối loạn lipid máu:** tình trạng tăng lipid sẽ hết khi BN đạt được lui bệnh nên không dùng thuốc giảm mỡ máu.

**Điều trị giảm đạm niệu:** không có chỉ định dùng thuốc ức chế men chuyển.

**Chế độ ăn:** cơm lạt, uống bình thường, lượng protein như bình thường, hạn chế chất béo bão hòa, giảm ngọt.

1. **Theo dõi:**

Mạch, huyết áp sau khi dùng thuốc lợi tiểu.

Cân nặng, nước tiểu, tình trạng phù mỗi ngày.

Thử đạm niệu bằng TPTNT từ ngày thứ 5 sau điều trị.