Họ và tên: Nguyễn Trần Minh Đức

Tổ 24, Lớp D, Y2016

MSSV: 111160046

**Bệnh án**

**I. Hành chính**

* Họ và tên: Nguyễn Thị Thi Sinh năm 1966 (66 tuổi)
* Nghề nghiệp: Hưu Địa chỉ: TPHCM
* Ngày Nhập viện: 3/6/2022 Khoa: Nội tiết, BV Đại học Y Dược
* Phòng: 9-22A Giường: 01 Số hồ sơ: N17-042173

**II. Lý do nhập viện:**

* Phù toàn thân

**III. Bệnh sử**

Bệnh nền

* Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán cách đây 22 năm, đường huyết đói tại nhà từ 300-500mg/dL. Biến chứng loét trước xương chày – bàn chân đái tháo đường từ 2015 đã được điều trị tại BV Quận thủ Đức, từ năm 2017 tiếp tục điều trị tại BV ĐHYD.
* Tăng huyết áp áp chẩn đoán cách đây 10 năm, huyết áp đo tại nhà từ 140-200 mmHg, chưa từng nhập viện vi tăng huyết áp cấp cứu.
* Hội chứng thận hư được chẩn đoán từ năm 2017. Bệnh thận mạn được chẩn đoán từ tháng 10/2021 (eGFR: 49). Từ 2017 tới 4/2022, bệnh nhân theo dõi và điều trị tại BV DHYD,

Vào tháng 4/2021, bệnh nhân chuyển sang BV Quân Y 175 để tiếp tục khám ngoại trú (lí do chi phí ở BV ĐHYD cao), với toa thuốc ghi nhận:

* + Insulin glargine (Basaglar) 28 UI lúc 21 giờ tối
  + Dapagliflozin 5mg 2 viên sáng
  + Clopidogrel 75mg 1 viên sáng
  + Prednisolon 5mg 1 viên sáng, ½ viên chiều
  + Pravastatin 20mg 1 viên tối
  + Diosmin 600mg 1 viên sáng

Cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân bắt đầu phù 2 mu bàn chân, phù đối xứng, mềm, trắng, ấn lõm, không đau, không thay đổi trong ngày. Phù càng ngày càng nhiều hơn lan lên cẳng chân, bụng to dần. Bệnh nhân ghi nhận tăng 7kg (55kg – 62kg).

Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân thấy tình trạng phù nhiều, nên nhập BV DHYD.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân có các triệu chứng buồn nôn, nôn, sổ mũi, đau ngực, khó thở, vã mồ hôi, chóng mặt. Bệnh nhân đi tiêu phân vàng, đóng khuôn, tiểu khoảng 1000 mL/ngày, nước tiểu vàng trong, không bọt, không tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt.

Tình trạng lúc nhập viện

Nhập khoa Nội tiết, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng, chấm mảng xuất huyết ở 2 tay, kích thước khoảng 2cm, phù toàn thân.

Mạch: 89 lần/phút Huyết áp: 180/70 mmHg Nhiệt độ: 37oC

Nhip thở: 20 lần/phút SpO2 98% khí trời

Chiều cao: 145cm Cân nặng (trước phù): 55kg Cân nặng (sau phù): 62kg BMI: 26

Đường huyết lúc nhập viện: 554 mg/dL

Diễn tiến sau nhập viện

Ngày 1-2: Bệnh nhân đi cầu phân sệt, Ngày 3-5: Bệnh nhân giảm phù 3/10

Đường huyết

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 15h 3/6 | 18h 3/6 | 22h 3/6 | 6h 4/6 | 11h 5/6 |
| Đường huyết | 554 | 545 | 306 | 108 |  |
| Glargin (UI) | 25 |  |  | 25 | 25 |
| Actrapid (UI) | 12 | 4 | 4 | 6 – 6 - 6 | 6 – 0 - 6 |

**IV. Tiền căn**

**1. Bản thân**

**a. Nội khoa**

Đái tháo đường type 2, 22 năm, 5 nămđược theo dõi tại BV ĐHYD từ năm 2017, chưa đạt mục tiêu (HbA1c: 9.5 %, glucose đói: 148 mg/dl, ngày 24/1/2022). Soi đáy mắt (6/2022): bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ. Hiện tại bệnh nhân đang sử dụng Insulin chích và có thói quen ăn uống không điều độ, không đúng giờ.

Tăng huyết áp 10 năm, 5 năm theo dõi tại BV ĐHYD, huyết áp chưa đạt mục tiêu (dao động từ 140-200 mmHg,

Hội chứng thận hư thứ phát do ĐTĐ chẩn đoán từ năm 2017, tại BV ĐHYD, sau đó được điều trị, và tiếp tục sử dụng liều cortisode sinh lý đều đặn cho tới nay.

Bệnh thận mạn giai đoạn 3a (eGFR 39ml/phút/1.73m2 da) được chẩn đoán và điều trị ngoại trú từ 2 năm nay tại PK Nội Thận BV ĐHYD, mức creatinin nền ghi nhận là 1.02 mg/dL.

Suy tĩnh mạch 2 chi dưới, Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn được chuẩn đoán từ năm 2018 và tiếp tục được theo dõi và điều trị cho tới nay tại BV ĐHYD. Toa thuốc khám ngoại trú gần nhất của bệnh nhân tại BV ĐHYD

* + Ketosteril 600mg 2 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều
  + Tarfloz 300mg 1 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều
  + Agifuros (furosemid) 40mg 1 viên x 2 lần (u), sau ăn sáng chiều
  + Caldihasan 1 viên x 1 lần (u) sáng
  + Ezvasten (Atorvastatin) 1 viên x 1 (u)
  + Amilor cap (Amiloride) 5mg 1 viên x 1(u)
  + Ridlor 75mg 1 viên x 1(u)
  + Tolucombi 40/125mg 1 viên x 1(u)
  + Victoza (Liraglutide) 6mg/ml 3ml Tiêm dưới da 7 giờ sáng 0.6mg
  + Diosfort 600mg 1 viên x 2 (u) sau ăn sáng, chiều
  + Toujeo solotar (Insulin glargine) 300U/mL Tiêm dưới da 7 giờ sáng: 28UI
  + Sovepred (Prednisolone) 5mg 1 viên sáng, ½ viên chiều

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3/8/20 | 7/12/20 | 21/12/20 | 8/2/21 | 13/4/21 | 27/4/21 | 10/5/21 | 25/10/21 | 20/2/21 | 24/1/22 | 7/4/22 |
| Cre | 1.20 | 1.08 | 1.25 | 1.19 | 1.45 | 1.3 | 1.11 | 1.11 | 1.02 | 1.13 | 1.36 |
| eGFR | 45 | 51 | 43.16 | 46 | 36 | 41 | 49 | 49 | 54.5 | 47.95 | 39 |
| Pro/niệu | 3 | 10 |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |

Mức nền creatinin và độ lọc cầu thận hồi cứu bệnh án:

Nhiễm Covid-19, 1 lần

Không sử dụng thuốc nam, bắc

**b. Ngoại khoa:** Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương

**c. Tiền căn dị ứng:** Chưa ghi nhận tiền căn di ứng thuốc, thức ăn

**d. Thói quen sinh hoạt:**

- Không hút thuốc lá, không uống rượu bia

- Không thực hiện ăn theo chế độ ăn của người đái tháo đường: ăn ngọt, uống nước ngọt có gas.

**2. Gia đình:** Con gái bị đái tháo đường

**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 đóng khuôn 1 lần/ngày
4. Cơ xương khớp: không giới hạn vận động
5. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt

**VI. Khám** (7h ngày 7/6/2022, ngày 5 sau nhập viện)

**1. Tổng trạng**

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

- Sinh hiệu:

Mạch 68 lần/phút Huyết áp 145/80 mmHg

Nhiệt độ 36.6oC Nhịp thở 20 lần/phút

Chiều cao 145 cm Cân nặng: xx

- Kiểu hình Cushing: chấm, vài đốm xuất huyết rải rác 2 cánh tay, mặt tròn, sạm da cẳng chân, cẳng tay,

- Niêm nhạt, không vàng

- Môi không khô, lưỡi không dơ

- Không lòng bàn tay son

- Phù mở mặt trước xương chày, phù mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ.

**2. Đầu mặt cổ**

- Mặt tròn như mặt trăng

- Không phù mi mắt, mắt không trũng,

- Tuyến giáp không to

- Tĩnh mạch cổ không nổi, không xẹp

- Khí quản không lệch

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

**3. Ngực**

- Lồng ngực hai bên cân đối, đi động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ

- Tim mạch:

- Mỏm tim khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện đập 1,5 x 1,5 cm

- Không ổ đập bất thường, dấu Harder (-), dấu nảy trước ngực (-)

- T1, T2 đều rõ, tần số 69 lần/phút

- Không âm thổi

- Phổi: Rung thanh…, gõ trong, rì rào phế nang 2 phế trường,

**4. Bụng**

- Bụng báng lượng nhiều, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ

- Nghe: nhu động ruột 5 lần/phút, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng

- Bụng gõ đục vùng thấp, sờ không đau

- Gan bờ trên khe liên sườn V, bờ phải xương ức, bờ dưới gan không sờ chạm, chiều cao gan khoảng 10 cm

- 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

**VII. Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 1 tháng

TCCN:

* + Phù

TCTT

* + Kiểu hình Cushing
  + Phù trước xương chày, mắc cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ
  + Báng bụng

Tiền căn

* + Đái tháo đường type 2,
  + Hội chứng Cushing do thuốc
  + Bệnh thận mạn
  + Tăng huyết áp
  + Suy tĩnh mạch 2 chi dưới
  + Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

**VIII. Đặt vấn đề**

1. Phù toàn thân
2. Hội chứng Cushing do thuốc
3. Bệnh thận mạn giai đoạn 3
4. Tăng huyết áp
5. Đái tháo đường type 2
6. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn

**IX. Chẩn đoán sơ bộ**

Hội chứng thận hư thứ phát do đái tháo đường – Bệnh thận mạn giai đoạn 3 – tăng huyết áp – đái tháo đường type 2 – Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn - Cushing do thuốc

**X. Chẩn đoán phân biệt**

Hội chứng thận hư thứ phát do ung thư - Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn - Bệnh thận mạn giai đoạn 3 – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Cushing do thuốc

Hội chứng thận hư thứ phát do lupus - Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn - Bệnh thận mạn giai đoạn 3 – Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Cushing do thuốc

**XI. Biện luận**

**1. Phù toàn thân:**

Bệnh nhân xuất hiện phù 2 mắt cá chân, phù trước xương chày, báng bụng, phù trắng, mềm, đối xứng, ấn lõm, không đau, nóng đổ nên nghĩ là phù toàn thân, các nguyên nhân sau:

- Suy tim: Về triệu chứng: bệnh nhân không khó thở kịch phát về đêm hay khó thở phải ngồi, không ho về đêm, không ho đàm bọt hồng, không tĩnh mạch cổ nổi, không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực. Về thăm khám, gan không to, mỏm tim không lệch, diện đập bình thường, không dấu nảy trước ngược, Hardzer (-), không rung miêu, không loạn nhịp, không âm bất thường. Tuy nhiên bệnh nhân có phù chân trước khi báng bụng, phù không ghi nhận tăng giảm trong ngày Cần đề nghị CLS: Siêu âm tim, ECG, troponin Ths.

- Xơ gan: Bệnh nhân không có hội chứng suy tế bào gan (vàng da, vàng mắt, lông thưa, tóc khô dễ gẫy, lòng bàn tay son, sao mạch), và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, lách to, xuất huyết tiêu hóa) nên không nghĩ

- Suy dinh dưỡng: Thể trạng bệnh nhân không nhẹ cân, ăn uống đủ, không diễn tiến có phù mu bàn tay trước nên không nghĩ

- Bệnh thận: Bệnh nhân tuy có phù nặng tăng dần 1 tháng, diễn tiến phù 2 chân, báng bụng, nghĩ do nguyên nhân do thận, gồm bệnh thận cấu trúc (HCTH, VCTC) và chức năng (TCTC, BTM).

- Hội chứng thận hư: bệnh nhân có phù toàn thân, phù nhiều, tiền căn được chẩn đoán Hội chứng thận hư năm 2017, hiện chỉ dùng Medrol 1 viên sáng ½ viên chiều để phòng ngừa suy thượng thận cấp => đã lui bệnh => hiện tại tái phát lại => đề nghị TPTNC, đạm niệu 24h, cặn lắng nước tiểu, protein máu, albumin máu, bilan lipid (LDL-C, HDL-C, triglyceride), điện di protein máu.

Nguyên nhân Hội chứng thận hư

\*Thứ phát

Ung thư:

+ Bệnh nhân nữ 66 tuổi, không tiền căn tiếp xúc độc chất, chất phóng xạ, không chán ăn, không sụt cân bất thường, hạch ngoại biên không sờ chạm, gan lách không to, không sờ thấy khối u nên ít nghĩ 🡪 đề nghị FOB.

Bệnh hệ thống:

+ Lupus ban đỏ hệ thống: bệnh nhân không sợ ánh sáng, hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, loét miệng, viêm khớp, rối loạn tâm thần, co giật nên ít nghĩ ⇨ đề nghị ANA, anti ds-DNA, anti-SM, antiphospholipid, C3, C4 để loại trừ.

+ Viêm khớp dạng thấp: bệnh nhân không đau khớp, không cứng khớp vào buổi sáng sau ngủ dậy nên không nghĩ

+ Hội chứng Goodpasture: bệnh nhân không ho ra máu nên không nghĩ

Di truyền và chuyển hoá:

+ ĐTĐ: bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ 22 năm, đường huyết không được kiểm soát ổn định, được soi đáy mắt: bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ, hồi cứu cận lâm sàng thấy tiểu protein nhưng chưa tăng rõ rệt 🡪 cần làm TPTN tìm xem có tiểu máu hay không và làm thêm định lượng protein niệu đánh giá mức độ protein niệu => HCTH thứ phát do ĐTĐ.

Biến chứng:

Biến chứng cấp:

+ Tổn thương thận cấp ⇨ đề nghị 2 creatinine, BUN cách nhau 48h.

+ Tắc mạch: bệnh nhân không khó thở, không đau cách hồi nên ít nghĩ

+ Nhiễm trùng: hiện tại bệnh nhân đã hết tiền, không có triệu chứng gợi ý nhiễm trùng nhưng không loại trừ do bệnh nhân đang dùng corticoid liều cao ⇨ đề nghị CRP, X-quang ngực thẳng, siêu âm bụng, TPTNT.

Biến chứng mạn:

+ THA: tăng huyết áp của bệnh nhân xuất hiện từ 10 năm trước, nên không nghĩ đây là biến chứng mạn của hội chứng thận hư, nhưng vì bệnh nhân lớn tuổi kèm theo nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch nên cần làm thêm các CLS ⇨ đề nghị: X-quang, ECG, siêu âm tim

+ Xơ vữa ĐM: nghĩ nhiều do bệnh từ 2017, HA kiểm soát không tốt, hiện tại đang điều trị RL lipid máu => đề nghị đo ABI

+ Suy thận mạn: Hiện bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn 3

+ Rối loạn chuyển hóa:

Thiếu máu thiếu sắt: không nghĩ.

Giảm canxi máu: ⇨ đề nghị Calci máu

Biến chứng corticoid:

+ Mặt tròn

+Thay đổi ở da: bệnh nhân có xuất huyết da rải rác, sạm da cẳng chân, cẳng tay

- Tổn thương thận cấp: Bệnh nhân lâm sàng chưa có gợi ý mất nước như khát nước, tiểu 1000mL, không nôn ói, khám không thấy mắt trũng, có báng bụng, phù chân, tuy nhiên bệnh nhân có tiền căn bệnh thận mạn, kèm theo đái tháo đường, tăng huyết áp lâu năm, kiểm soát kém, đợt này xuất hiện phù nhiều, kèm theo đó tổn thương thận cấp 50% không biểu hiện trên lâm sàng và chỉ có thể xác định dựa vào cận lâm sàng => Đề nghị bộ đôi BUN, Creatinin hiện tại và sau 48h.

- Suy thận mạn: Theo tiền căn thì bệnh nhân diễn tiến bệnh thận mạn với độ lọc cầu thận thấp trước khi được chẩn đoán hội chứng thận hư nên đây nghĩ

**XII. Đề nghị cận lâm sàng**

* HCTH: TPTNT, đam niệu 24h, protein máu, albumin máu, bilan lipid máu (cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, Triglycerids
* Nguyên nhân HCTH: ASO, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, ANA, anti ds-DNA, anti-SM, antiphospholipid, C3, C4, glucose máu, tìm máu ẩn trong phân.
* AKI: đường huyết tĩnh mạch, ceton máu, ceton nước tiểu, khí máu động mạch, đo áp lực thẩm thấu máu, công thức máu, đo Natri/cre niệu, siêu âm bụng
* Biến chứng của AKI: BUN, Cre, điện giải đồ, ECG
* Thường qui: Bilirubin TT, Bilirubin TP, ALT, AST
* ĐTĐ: đường huyết mao mạch, HbA1C

**XIII. Kết quả cận lâm sàng**

**1. Sinh hóa máu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 03/06 | 06/06 |  |
| Creatinine | **1.83** | **1.47** | (0.72-1.18 mg/dL) |
| eGFR (CKD-EPI) | **28** | **36** | (>= 60ml/ph/1.73m2) |
| Ure | **86.28** | **53.93** | (10.2-49.7 mg/dL) |
| BUN | 40.3 |  | (8 - 24 mg/dL) |
| Albumin | **19** | - | (35 – 52 g/L) |
| Bilirubin toàn phần | 6,04 |  |  |
| Bilirubin trực tiếp | 1,19 |  |  |
| AST | 45 |  |  |
| ALT | 43 |  |  |
| natri | 132 |  |  |
| kali | 3,27 | 2.96 |  |
| clo | 100 |  |  |
| canxi toàn phần | 2.01 |  |  |
| CRP | 10,6 |  |  |
| cholesterol | - | 5.63 | 3.9-5.2 mmol/L |
| HDL |  | 56 | >0.9 mmol/L |
| LDL |  | 3.63 | <3.4 mmol/L |

Albumin < 30 g/L, HDL tăng, cholesterol tăng => phù hợp HCTH

Độ lọc cầu thận 36 --> giảm chức năng thận trong đoạn tổn thương thận cấp

Creatinine giảm > 0.3mg/dL trong 2 ngày, phù hợp tổn thương thận cấp đang hồi phục.

BUN/Cre (3/6) > 20 ⇨ nghĩ nhiều TTTC trước thận

Hạ Kali máu => nghĩ do bệnh nhân đang sử dụng furosemide + bệnh nhân tiểu lượng nhiều

* Bệnh nhân có nguy cơ tăng Kali máu + LS không gợi ý => Làm Kali niệu xem có mất qua tiêu chảy nôn ói hay không?

**2. TPTNT** ngày 3/6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COLOR | MÀU VÀNG | (Vàng nhạt) |
| CLARITY | TRONG | (Trong) |
| GLU | **>=55** | (BT: <1.7 mmol/L) |
| BIL | ÂM TÍNH | (ÂT: <3.4 umol/L) |
| KET | ÂM TÍNH | (ÂT: <0.5 mmol/L) |
| SG | 1.015 | (1.01 - 1.025) |
| pH | 7,5 | (4.8 - 7.5) |
| PRO | **>=3** | (ÂT: < 0.1 g/L) |
| URO | 3.2 | (BT: < 17umol/L) |
| NIT | ÂM TÍNH | (Âm tính) |
| LEU | ÂM TÍNH | (ÂT: <10 /uL) |
| BLOOD | **80** | (ÂT: <5 Ery/uL) |
| Pro/Cre | **836,67** | (mg/mmoL) |

Có đường trong nước tiểu >= 55 mmol/L do ĐTĐ (vì đường huyết cùng lúc là 500 mg/dl)

Proretin >= 3 tiểu đạm lượng nhiều, phù hợp với chẩn đoán HCTH => đề nghị đạm niệu 24h

ACR (định lượng) = 836,67 mg/mmol ⇨ ngưỡng thận hư ⇨ tiểu đạm nhiều phù hợp chẩn đoán HCTH.

Tiểu máu vi thể không phù hợp HCTH do nguyên nhân đái tháo đường => Có thể là HCTH ko phải do đái tháo đường, hoặc là do ĐTĐ hoặc kèm theo ung thư đường tiểu gây tiểu máu => đề nghị hồi cứu hồ sơ kết quả TPTNT các năm trước, đề nghị làm thêm soi cặn lắng nước tiểu để xác định hồng cầu này có nguồn gốc từ cầu thận hay ngoài cầu thận.

Đề nghị thêm: đạm niệu 24h, soi cặn lắng nước tiểu

**3. CTM** ngày 3/6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 03/06 |  |
| WBC | 14,58 | (4 - 10 G/L) |
| NEU % | **81.5** | (45 - 75%) |
| LYM % | 11.5 | (20 - 35%) |
| MONO % | 2.9 | (4 - 10%) |
| EOS % | 3.8 | (1 - 8%) |
| BASO % | 0.3 | (0 - 2%) |
| RBC | 3.94 | (3.8 - 5.5 T/L) |
| HGB | **111** | (120 - 175 g/L) |
| HCT | **0.342** | (0.35 - 0.53 L/L) |
| MCV | 86.8 | (78 - 100 fL) |
| MCH | 28.2 | (26.7 - 30.7 pg) |
| MCHC | 325 | (320 - 350 g/L) |
| RDW | 14.7 | (12 - 20 %) |
| NRBC % | 0 | (0.0-2.0 %) |
| PLT | 257 | (150 - 450 G/L) |
| MPV | 11.3 | (7 - 12 fL) |

- Bạch cầu tăng, ưu thế neutro phu hợp tình trạng bệnh nhân dùng corticoide thường xuyên tuy nhiên không loại trừ khả năng nhiễm trùng (cần làm thêm)

- Hb giảm, MCV bth, MCH bth -> Thiếu máu mức độ nhẹ, HC đẳng sắc, đẳng bào -> phù hợp thiếu máu mạn là biến chứng Bệnh thận mạn

- Tiểu cầu bình thường

**4. Đường huyết lúc nhập viện:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Thời gian | 15h 3/6 | 18h 3/6 | 22h 3/6 | 6h 4/6 | HbA1C |
| Đường huyết mao mạch (mg/dL) | 554 | 545 | 306 | 108 | 10.47 % |

--> Bệnh nhân có tăng đường huyết, điều chỉnh đường huyết …

**5. Đạm niệu 24h** ngày 6/6

9,8 g/24h --> > 3 g/24h --> bệnh nhân có tiểu đạm ngưỡng thận hư

**6. Xquang phổi:**

Tổn thương mô kẽ rải rác hai phổi  
 **7. Miễn dịch**

C3 0.85

C4 0.43

ANA Duong tính (6.32)

Anti dsDNA 6.61

C3 giảm, C4 tăng

ANA (+) -> thỏa 1 tiêu chuẩn cân lâm sàng của Lupus; trên lâm sàng không có hồng ban, không đau khớp, không loét miệng nhưng BN nữ 66 tuổi thì tần suất rất thấp mắc bệnh lupus, và khả năng mắc lupus sau hội chứng thận hư là thấp, hoặc là ANA là dương tính giả.

**XIV. Chẩn đoán xác định**

Hội chứng thận hư nghi do đái tháo đường, biến chứng Tổn thương thận cấp trước thận đang hồi phục - Thiếu máu mạn mức độ nhẹ do bệnh thận mạn – Hạ Kali máu – Bệnh thận mạn GĐ 3 – Đái tháp đường type 2 – Tăng huyết áp – Cushing do thuốc.

**XV. Điều trị**

1. **Mục tiêu điều trị**

* Kiểm soát đường huyết với mục tiêu HbA1C < 7%
* Kiểm soát huyết áp với mục tiêu 135/85 mmHg
* Điều trị triệu chứng cho tới khi hết phù, mỗi ngày giảm 0.5kg-1 kg
* Điều trị cho tới khi đạm niệu âm tính
* Bù corticoid theo liều sinh lý
* Theo dõi chức năng thận
* Giáo dục chế độ ăn, chăm sóc vết loét bài chân đái tháo đường

1. **Y lệnh cụ thể**

* Insulin glargin 25UI tiêm dưới da, sáng
* Insulin actrapid 12UI x 3 tiêm dưới da, sáng trưa chiều, trước ăn 5 phút
* Nifedipin 30mg 1 viên x 1 uống, sáng sau ăn
* Furosemid 40mg 2 viên x 2 uống, sáng, chiều sau ăn.
* Atorvastatin 20mg 1 viên x 1, chiều, sau ăn
* Kali chlorid 500mg 2 viên x 2 uống, sáng, chiều, sau ăn
* Prednisolon 5mg sáng 1 viên, chiều ½ viên

Chế độ ăn cho người đái tháo đường

Chăm sóc cấp 3

Theo dõi cân nặng, bilan xuất nhập mỗi ngày, làm lại BUN, creatinin, ion đồ, HCO3 máu trong 1 ngày

**XVI. Tiên lượng**

Trung bình