**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính**

Họ tên: Võ Văn Cường Giới tính: Nam Tuổi: 29 (1993)

Địa chỉ: Kiên Giang Nghề nghiệp: làm nông, phụ hồ (đã nghỉ)

Ngày nhập viện: 27/05/2022 Khoa: Nội tiết, BV Đại học Y Dược

Phòng: 9-20A Giường: 04 Số hồ sơ: N22-0030900

1. **Lý do nhập viện:** Phù toàn thân
2. **Bệnh sử**

* Hội chứng thận hư, tăng huyết áp chẩn đoán cách nhập viện 3 tháng, chẩn đoán và điều trị tại BV DHYD.
* Cách nhập viện 6 ngày, bệnh nhân bắt đầu phù mặt, phù chân và chướng bụng, đầy bụng tăng dần.
* Cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân sốt nhẹ, không lạnh run, không rõ nhiệt độ, tự uống thuốc hạ sốt 2 lần/ngày x 2 ngày. Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân sốt cao, lạnh run, không rõ nhiệt độ, tự uống thuốc hạ sốt, sau đó hết sốt.
* Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân vẫn thấy phù tăng nhiều hơn nên đến khám tại BV DHYD => được chỉ định nhập viện.
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không buồn nôn, nôn ói, không ho, sổ mũi, không đau ngực, khó thở, ăn uống bình thường, đi tiêu phân vàng đóng khuôn, tiểu ít (khoảng 500mL/ngày), nước tiểu vàng trong, có ít bọt, không tiểu gắt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt.
* Sinh hiệu lúc nhập viện: Tần số tim:114 l/p, Huyết áp:130/80 mmHg, Nhiệt độ:37 °C, Nhịp thở:20 l/p, SpO2:94%, Chiều cao:170cm, Cân nặng: 53kg, BMI:17.99.
* Diễn tiến sau nhập viện: bệnh nhân giảm phù, không sốt, tiểu 2-3 lít/ngày, giảm 8kg trong 5 ngày.

1. **Tiền căn**
2. Bản thân
3. Nội khoa

* Hội chứng thận hư chẩn đoán cách nhập viện 3 tháng tại BV DHYD, điều trị với Medrol 16mg 2.5 viên (pred 1mg/kg) và Spironolactone 25mg, bệnh nhân giảm phù. Tái khám mỗi 2 tuần tại BV DHYD, sau 6 tuần đạm niệu không âm tính nên được tăng liều thành Medrol 16mg 3 viên, điều trị liên tục cho đến nay đạm niệu vẫn chưa âm tính. Sinh thiết thận tại BV NDGD cách nhập viện 2 tuần, chưa có kết quả.
* Diễn tiến creatine, eGFR, albumin và đạm niệu:

|  | **220210** | **220224** | **220317** | **220324** | **220330** | **220420** | **220504** | **220526** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Creatinine  (0.72-1.18 mg/dL) | 0.79 | 0.66 | **1.01** | 0.63 | 0.69 | 0.86 | **1.44** | **2.06** |
| eGFR (CKD-EPI)  (>= 60 ml/ph/1.73m2) | 115 | 141.6 | **88** | 151 | 136 | 105 | **58** | **38** |
| Albumin  (35 – 52 g/L) | **16.6** | - | **13.92** | - | **15.3** | **15.5** | **16.8** | **19** |
| Protein niệu (TPTNT) (ÂT: < 0.1 g/L) | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **3** | **10** |
| ACR (định lượng) (mg/mmol) | **745.89** | - | **672.92** | - | - | **1011** | - | **1097.94** |
| Đạm niệu 24h (g/24h) | - | **4.137** | - | **8.07** | - | - | - | - |
| Calci toàn phần (2.10 – 2.55 mmol/L) | 1.92 | 2.11 | 1.84 | 1.78 | 1.11 | 1.81 | 1.88 | 1.87 |

* Tăng huyết áp chẩn đoán cùng lúc với HCTH, HAmax 140mmHg, HAtb 120-130mmHg, chưa ghi nhận biến chứng do THA. Điều trị với amlodipine 5mg.
* Nhiễm Covid-19 lần 1 (09/2021), lần 2 (03/2022).
* Thuốc nam thuốc bắc: không
* Toa thuốc đang dùng trước nhập viện (BV NDGĐ) với chẩn đoán: HCTH kháng corticoid (N04) – Tăng huyết áp (I10) – Trào ngược dạ dày thực quản (K21) – Tổn thương thận cấp trước thận phân biệt tại thận (N17) – Thiếu máu (D64)
* Furosemide 40mg 1v (u) x 2 sáng, trưa
* Spironolactone 25mg 2v (u) x 2 sáng, trưa
* Esomeprazole 40mg 1v (u) sáng
* Amlodipine 5mg 2v (u) sáng
* Caldihasan (Calci carbonate + Cholecalciferol) (1250 + 1,25)mg 1v (u) x 2 sáng, chiều
* Methylprednisolon 16mg 1v (u) sáng
* Bidiferon (Ferrous sulfate + Folic acid) 1v (u) x 2 sáng, chiều

1. Ngoại khoa: Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.
2. Tiền căn dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn.
3. Thói quen sinh hoạt:

* Hút thuốc lá: 5.5 gói.năm, đã bỏ thuốc từ lúc bệnh (3 tháng)
* Rượu bia: ít
* Ăn uống: ăn chế độ riêng, ít muối từ lúc bệnh.

1. Gia đình: chưa ghi nhận
2. **Lược qua các cơ quan**
3. Tim mạch: không đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.
4. Hô hấp: không khó thở, không ho.
5. Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày.
6. Tiết niệu: tiểu 3 lít/ngày, nước tiểu vàng trong, không tiểu lắt nhắt, không tiểu gắt buốt.
7. Cơ xương khớp: không giới hạn vận động.
8. Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt.
9. **Khám (8h sáng 01/06 – 5 ngày sau nhập viện)**
10. Tổng trạng

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt.
* Sinh hiệu:

Mạch 90 lần/phút; HA 120/80 mmHg.

Nhiệt độ 37oC; Nhịp thở 17 lần/phút.

Chiều cao: 1m70. Cân nặng: 45 kg.

* Kiểu hình Cushing: xuất huyết da rải rác, sạm da cẳng chân, cẳng tay.
* Niêm nhạt, không vàng.
* Môi không khô, lưỡi không dơ.
* Không lòng bàn tay son.
* Phù nhẹ ở 2 mi mắt + trước xương chày + mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ.

1. 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.

1. 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 khoang liên sườn IV giao đường trung đòn trái, diện đập 1.5 x 1.5 cm.
  + Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nẩy trước ngực (-).
  + T1 T2 đều rõ, tần số 90 l/p.
  + Không âm thổi.
* Phổi: Rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ đục đáy phổi trái.

1. 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 (-)

1. Thần kinh, cơ xương khớp:

* Cổ mềm.
* Không sưng nóng đỏ cơ khớp.
* Không giới hạn vận động.

1. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam 29 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 3 tháng

TCCN:

* Phù
* Sốt

TCTT:

* Kiểu hình Cushing
* Niêm nhạt
* Phù nhẹ ở 2 mi mắt + trước xương chày + mắt cá 2 chân, ấn lõm, không đau, không đỏ.
* Rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ đục đáy phổi trái.

Tiền căn: HCTH và THA chẩn đoán cách 3 tháng

1. **Đặt vấn đề**
2. Phù toàn thân
3. HC 3 giảm đáy phổi trái
4. HC thiếu máu mạn
5. Tổn thương thận cấp
6. THA
7. RL lipid máu
8. **Chẩn đoán sơ bộ**

Hội chứng thận hư nguyên phát lần đầu, kháng corticoid, biến chứng tổn thương thận cấp, tràn dịch màng phổi trái, thiếu máu – THA độ 1 chưa biến chứng – Cushing do thuốc – Rối loạn lipid máu

1. **Chẩn đoán phân biệt**

* Hội chứng thận hư lần đầu, kháng corticoid, chưa rõ nguyên nhân, biến chứng tổn thương thận cấp, tràn dịch màng phổi trái – THA độ 1 chưa biến chứng – Thiếu máu do thiếu dinh dưỡng – Cushing do thuốc – Rối loạn lipid máu
* Hội chứng thận hư lần đầu, kháng corticoid, chưa rõ nguyên nhân, biến chứng tổn thương thận cấp – THA độ 1 chưa biến chứng – Thiếu máu do thiếu dinh dưỡng – Tràn dịch màng phổi trái do lao – Cushing do thuốc – Rối loạn lipid máu

1. **Biện luận**
2. Phù toàn thân: BN phù mặt, mi mắt, phù trước xương chày + mắt cá 2 chân, báng bụng, phù trắng, mềm, đối xứng, ấn lõm, không đau, không nóng đỏ nên nghĩ là phù toàn thân.

Các nguyên nhân phù toàn thân:

* **Suy tim**: bệnh nhân không khó thở kịch phát về đêm hoặc 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, gan không to, mỏm tim không lệch, diện đập bình thường, không dấu nảy trước ngực, Harzer (-), không rung miêu, không loạn nhịp, không âm bất thường, không phù chân trước, không phù tăng về chiều, không giảm phù vào buổi sáng nên không nghi.
* **Xơ gan**: bệnh nhân không có triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan (vàng da, vàng mắt, lông thưa, tóc khô dễ gãy, không lòng bàn tay son, không sao mạch) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, lách to, XHTH), không đau bụng nên không nghĩ.
* **Suy dinh dưỡng**: bệnh nhân thể trạng trung bình, chỉ có chế độ ăn ít muối, ăn uống được, không diễn tiến phù mu bàn tay trước nên không nghĩ.
* **Bệnh thận**: bệnh nhân phù diễn tiến phù mi trước, sau đó báng bụng, phù 2 chân, nước tiểu ít (#500ml/24h) ⇨ nghĩ nhiều nguyên nhân do thận, gồm: Bệnh thận cấu trúc (HCTH, VCTC) và chức năng (TCTC, BTM).
  + Hội chứng thận hư: bệnh nhân phù toàn thân, phù nhanh, phù nhiều, tiền căn được chẩn đoán HCTH cách đây 3 tháng, đang điều trị với Medrol 16mg 3 viên (pred 1mg/kg) và Spironolactone 25mg, chưa lui bệnh

⇨ nghĩ nhiều HCTH lần đầu, kháng corticoid

⇨ đề nghị TPTNT, đạm niệu 24h, cặn lắng nước tiểu, protein máu, albumin máu, bilan lipid (Cholesterol toàn phần, LDL-Cho, HDL-Cho, Triglycerids), điện di protein máu (định hướng nguyên nhân).

Nguyên nhân HCTH: loại trừ các nguyên nhân thứ phát

* + Do thuốc: bệnh nhân không có tiền căn dùng NSAIDs, rifampin, captoril, lithium, warafin, thuốc cản quang … nên không nghi
  + Dị ứng: bệnh nhân không bị côn trùng đốt, rắn cắn, tiêm ngừa gần đây nên không nghĩ
  + Nhiễm khuẩn:

Vi khuẩn:

* + - Hậu nhiễm liên cầu trùng: bệnh nhân không có tiền căn viêm họng, viêm da trước đợt bệnh này ⇨ ít nghĩ, đề nghị ASO để loại trừ. ***ASO (24/02) 18.55 < 200 UI/mL***
    - Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: không có hội chứng nhiễm trùng, tim không âm thổi nên không nghĩ.
    - Lao: không có hội chứng nhiễm lao chung (sốt, ớn lạnh về chiều, chán ăn, sụt cân) trước đợt khởi phát bệnh nên không nghĩ, đề nghị X-quang phổi để loại trừ.
    - Phong: không có tổn thương da, tổn thương thần kinh nên không nghĩ

Siêu vi:

* + - Viêm gan siêu vi B,C: chưa tiêm ngừa viêm gan siêu vi B, tiền căn chưa ghi nhận nhiễm nhưng không loại trừ ⇨ đề nghị HbsAg, antiHCV để loại trừ. ***HbsAg (24/02) âm tính.***
    - HIV: bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, không đau cơ, đau khớp, viêm họng, hạch to, phát ban, không sốt hoặc tiêu chảy kéo dài > 1 tháng nên ít nghĩ ⇨ đề nghị anti-HIV để loại trừ

Ký sinh trùng:

* + - Sốt rét: bệnh nhân có sốt, không sốt cao, không rét run, không vã mồ hôi, không sốt cách nhật, không ở vùng dịch tễ sốt rét, không bị muỗi đốt nên ít nghĩ
  + Ung thư: bệnh nhân nam 29 tuổi, không tiền căn tiếp xúc độc chất, chất phóng xạ, ăn uống được, không sụt cân bất thường, hạch không sờ chạm, gan lách không to, không sờ thấy khối u nên ít nghĩ, tuy nhiên bệnh nhân có thiếu máu nên không loại trừ ung thư đường tiêu hoá, đề nghị FOB
  + Bệnh hệ thống:
    - Lupus ban đỏ hệ thống: bệnh nhân nam 29 tuổi, 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. ***24/02: ANA âm tính, anti ds-DNA âm tính, C3, C4 bình thường***.
    - 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 không có triệu chứng ăn nhiều, gầy sút cân nhiều, tiểu nhiều, khát nhiều, tiền căn được tầm soát đái tháo đường trước đây nhưng chưa ghi nhận mắc nên không nghĩ ⇨ đề nghị đường huyết đói để loại trừ.
    - Hội chứng Alport: không giảm thính lực, không giảm thị lực, không tiền căn gia đình giảm thị lực + giảm thính lực + suy thận nên không nghĩ
  + Nguyên phát: bệnh nhân trẻ tuổi, phù toàn thân, HCTH lần đầu nên nghĩ nhiều là nguyên phát. Bệnh nhân này là HCTH không thuần tuý vì có THA, kháng corticoid => ít nghĩ sang thương tối thiểu, bệnh nhân suy thận tiến triển nhanh nên có thể là sang thường tăng sinh gian mạch, sang thương liềm…

Biến chứng:

* + Biến chứng cấp:
    - Tổn thương thận cấp: bệnh nhân có nước tiểu giảm (500ml/24h) và creatinine tăng cao (2.06mg/dL) so với nền (≈ 0.65mg/dL) nên nghĩ nhiều đang có TTTC giai đoạn 2, thể thiểu niệu, trước thận (giảm thể tích tuần hoàn thực sự) ⇨ đề nghị creatinine, BUN mỗi 48h, ion đồ máu, ion đồ niệu, cặn lắng nước tiểu.
    - Tắc mạch: bệnh nhân không khó thở, không đau cách hồi chi dưới nên ít nghĩ ⇨ đề nghị D-Dimer để loại trừ.
    - Nhiễm trùng: hiện tại bệnh nhân đã hết sốt, 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: HA kiểm soát tốt, HA tại thời điểm chẩn đoán 140mmHg, HA trung bình 120-130mmHg, chưa ghi nhận biến chứng do THA ⇨ đề nghị ECG, siêu âm tim
    - Xơ vữa ĐM: ít nghĩ do bệnh 3 tháng, HA kiểm soát tốt, hiện tại đang điều trị RL lipid máu
    - Suy thận mạn: không nghĩ do chức năng thận của bệnh nhân ngoài đợt bệnh cấp vẫn duy trì được eGFR > 90ml/phút/1.73m2, đề nghị siêu âm bụng.
    - Rối loạn chuyển hóa:

Thiếu máu thiếu sắt: nghĩ nhiều do bệnh nhân có hội chứng thiếu máu mạn với da niêm nhạt ⇨ đề nghị công thức máu, sắt huyết thanh, transferrin, ferritin.

Giảm canxi máu: đã được chẩn đoán và điều trị ⇨ đề nghị Calci toàn phần

Biến chứng corticoid:

* + Béo phì: mặt tròn
  + Thay đổi ở da: bệnh nhân có xuất huyết da rải rác, sạm da cẳng chân, cẳng tay
  + Tăng huyết áp: không nghĩ do hiện tại HA bệnh nhân kiểm soát tốt
  + Đái tháo dường: ít nghĩ, đề nghĩ đường huyết đói để loại trừ
  + Yếu cơ, loãng xương, rối loạn tâm thần…: không nghĩ
  + Viêm cầu thận cấp: triệu chứng nổi bật của bệnh nhân là phù, không phải tiểu máu, HA kiểm soát tốt nên ít nghĩ.
  + Tổn thương thận cấp: đã biện luận
  + Suy thận mạn: đã biện luận

1. HC 3 giảm: bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, không ho khan, khám ghi nhận hội chứng 3 giảm 1/2 dưới phổi trái (gõ đục, rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm) nên nghĩ nhiều

Các nguyên nhân gây HC 3 giảm:

* TDMP: khám thấy HC 3 giảm ½ dưới phổi trái, không đau ngực kiểu màng phổi -> không loại trừ -> đề nghị X quang ngực thẳng. Khám thấy HC 3 giảm ½ dưới phổi (T) nên nghĩ TDMP lượng TB.

Nguyên nhân TDMP:

* + Dịch thấm: nghĩ nhiều trong bệnh cảnh phù toàn thân của hội chứng thận hư, tuy nhiên bệnh nhân khám ghi nhận TDMP bên T không phù hợp với đặc điểm TDMP dịch thấm là TDMP 2 bên hay bên P nên không loại trừ TDMP dịch tiết.
  + Dịch tiết:
  + Nhiễm trùng:
    - Lao phổi: bệnh nhân không ho, không đau ngực, không hội chứng nhiễm lao chung, không chán ăn, không sụt cân, tuy nhiên VN nằm trong vùng dịch tễ lao nên không loại trừ được -> đề nghị chọc dịch MP phân tích dịch MP
    - Vi khuẩn khác: bệnh nhân không ho, không đau ngực, không khó thở, không hội chứng nhiễm trùng nên không nghĩ
    - Virus: bệnh nhân không có triệu chứng nhiễm siêu vi (nhức mỏi cơ, đau khớp) nên không nghĩ
    - Nấm: bệnh nhân không có cơ địa suy giảm miễn dịch nên không nghĩ
  + Không nhiễm trùng:
    - Lupus ban đỏ hệ thống: đã biện luận
    - Viêm đa khớp dạng thấp: đã biện luận
    - Thuyên tắc phổi: bệnh nhân không khó thở, không đau ngực, không có yếu tố nguy cơ như ngồi lâu, chấn thương, gãy xương nên không nghĩ
    - Chấn thương: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn chấn thương ngực gần đây
    - Do ác tính: bệnh nhân nam 29 tuổi, không tiền căn tiếp xúc độc chất, chất phóng xạ, ăn uống được, không sụt cân bất thường, hạch không to, không sờ thấy khối u nên ít nghĩ
* Xẹp phổi: khám lồng ngực không xẹp, khoang liên sườn không hẹp nên ít nghĩ
* Dày dính màng phổi: bệnh nhân có tiền căn TDMP trái trước đó (3 tháng trước), KLS không hẹp khu trú, không đau ngực kiểu màng phổ, không ho khan nên ít nghĩ.

1. HC thiếu máu: khám có da niêm nhạt

Thiếu máu cấp/mạn: bệnh nhân không có tình trạng rối loạn huyết động, không thay đổi tri giác, không có tình trạng mất máu cấp nên nghĩ nhiều thiếu máu mạn

Thiếu máu mạn có da niêm nhạt, chưa ảnh hưởng huyết động nên nghĩ mức độ TB.

Các nguyên nhân gây HC thiếu máu mạn:

* Rối loạn sản xuất:
  + Trung ương (suy tủy, xơ tủy, ung thư xâm lấn tủy): không có triệu chứng giảm 3 dòng tế bào máu, (khi giảm BC bn dễ nhiễm trùng, khi giảm TC bn dễ bị bầm máu, xuất huyết), không đau nhức xương nên không nghĩ.
  + Thiếu nguyên liệu: nghĩ nhiều do HCTH bệnh nhân bị mất protein (đã biện luận), tuy nhiên không loại trừ bệnh nhân thiếu máu do thiếu dinh dưỡng.
  + Thiếu đạm: bệnh nhân không suy dinh dưỡng, không bệnh lý kém hấp thu, tuy nhiên tiền căn bệnh nhân được chẩn đoán HCTH 3 tháng trước có tiểu đạm ngưỡng thận hư (>3g/24h) nên nghĩ nhiều mất protein qua nước tiểu
  + Thiếu sắt: bệnh nhân làm nông, làm thợ hồ, môi trường làm việc thường xuyên tiếp xúc với đất, đi chân đất nên nguy cơ có nhiễm giun móc, khám bệnh nhân có da niêm nhạt nên nghĩ nhiều
  + Thiếu acid folic: không nghĩ do BN không có chán ăn, nôn ói, tiêu chảy, viêm miệng, run tay chân, tăng trương lực cơ, và BN không suy dinh dưỡng, ăn uống đầy đủ, không tiêu chảy kéo dài.
  + Thiếu vitamin B12: không nghĩ do BN ăn uống khẩu phần ăn đầy đủ chất dinh dưỡng kèm theo không có bệnh lý viêm dạ dày ruột, và không sử dụng các thuốc ức chế hấp thu B12 (fluouracil, cystosin...)
* Thiếu Erythropoietin: không nghĩ do không có bệnh thận mạn, không có thiểu niệu, vô niệu.
* Tán huyết: ít nghĩ do không có hội chứng tán huyết ngoại mạch (vàng da, vàng mắt, gan lách to), không tán huyết nội mạch (thiếu máu cấp tính hay tiểu huyết sắc tố), không có tiền căn mắc các bệnh lý huyết học.
* Xuất huyết: ít nghĩ do không có vết thương, ói ra máu, ho ra máu, tiêu phân đen, có thể làm FOB tìm HC ẩn trong phân để loại trừ.

1. **Đề nghị cận lâm sàng**

* Chẩn đoán xác định HCTH: TPTNT, đạm niệu 24h, protein máu, albumin máu, bilan lipid (Cholesterol toàn phần, LDL-Cho, HDL-Cho, Triglycerids), điện di protein máu (định hướng nguyên nhân).
* Chẩn đoán nguyên nhân HCTH: ASO, HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, ANA, anti ds-DNA, anti-SM, antiphospholipid, C3, C4, glucose máu, FOB.
* Chẩn đoán biến chứng HCTH: BUN, creatinine, ion đồ, công thức máu, CRP, sắt huyết thanh, ferritine, transferrine, D-Dimer, siêu âm bụng
* Chẩn đoán tràn dịch màng phổi: X-quang ngực thẳng, phân tích dịch màng phổi làm xét nghiệm (đại thể, tế bào, sinh hóa: protein, LDH, ADA, cellblock, vi sinh: nhuộm gram, AFB, PCR lao)
* Tầm soát biến chứng THA: ECG, siêu âm tim

1. **Kết quả cận lâm sàng**
2. Sinh hóa máu

|  | 26/05 | 28/05 | 31/05 | 01/06 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Creatinine | **2.06** | **1.65** | 0.86 | 0.81 | (0.72-1.18 mg/dL) |
| eGFR (CKD-EPI) | **38** | **50** | 105 | 112 | (>= 60 ml/ph/1.73m2) |
| Ure | **86.28** | **72.5** | 43.14 | 44.34 | (10.2-49.7 mg/dL) |
| BUN | 40.3 | 33.9 | 20.2 | 20.7 | (8 - 24 mg/dL) |
| Albumin | **19** | - | **23.1** | **20.7** | (35 – 52 g/L) |
| Glucose | - | 112 | - |  | (70-115 mg/dL) |
| Procalcitonin |  | 0.442 |  |  | (< 0.5 ng/mL) |

Creatinine giảm > 0.3mg/dL mỗi 48h phù hợp tổn thương thận cấp, hiện tại đã hồi phục.

BUN/Cre (26/05) > 20 ⇨ nghĩ nhiều TTTC trước thận, giai đoạn 2 (do creatinine tăng > gấp đôi).

Albumin giảm phù hợp HCTH => đề nghị thêm protein máu, điện di proteinn

Đường huyết đói < 115mg/dL ⇨ Không đái tháo đường.

PCT không tăng ⇨ Không nhiễm trùng.

1. TPTNT (làm tại phòng khám 26/05 – trước ngày nhập viện)

| COLOR | MÀU VÀNG | (Vàng nhạt) |
| --- | --- | --- |
| CLARITY | TRONG | (Trong) |
| GLU | **28** | (BT: <1.7 mmol/L) |
| BIL | ÂM TÍNH | (ÂT: <3.4 umol/L) |
| KET | ÂM TÍNH | (ÂT: <0.5 mmol/L) |
| SG | **1.03** | (1.01 - 1.025) |
| pH | 7 | (4.8 - 7.5) |
| PRO | **10** | (ÂT: < 0.1 g/L) |
| URO | 3.2 | (BT: < 17umol/L) |
| NIT | ÂM TÍNH | (Âm tính) |
| LEU | ÂM TÍNH | (ÂT: <10 /uL) |
| BLOOD | **25** | (ÂT: <5 Ery/uL) |
| Pro/Cre | **170** | (mg/mmoL) |
| ACR (định lượng) | **1097.94** | (mg/mmol) |

Tỷ trọng tăng nghĩ do nước tiểu chứa nhiều protein.

ACR (định lượng) = 1097.94 mg/mmol ⇨ AER ≈ 10.97g/24h > ngưỡng thận hư ⇨ tiểu đạm nhiều phù hợp chẩn đoán HCTH.

Tiểu máu vi thể phù hợp HCTH + HC viêm thận

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

1. Công thức máu

|  | 28/05 | 29/05 |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WBC | 6.1 | **12.37** | (4 - 10 G/L) |
| NEU % | **87.2** | **88.3** | (45 - 75%) |
| LYM % | 8.7 | 8.4 | (20 - 35%) |
| MONO % | 4.1 | 3.2 | (4 - 10%) |
| EOS % | 0 | 0 | (1 - 8%) |
| BASO % | 0 | 0 | (0 - 2%) |
| RBC | **3.27** | **3.6** | (3.8 - 5.5 T/L) |
| HGB | **80** | **89** | (120 - 175 g/L) |
| HCT | **0.248** | **0.277** | (0.35 - 0.53 L/L) |
| MCV | **75.8** | **76.9** | (78 - 100 fL) |
| MCH | **24.5** | **24.7** | (26.7 - 30.7 pg) |
| MCHC | 323 | 321 | (320 - 350 g/L) |
| RDW | 20.4 | 20.4 | (12 - 20 %) |
| NRBC % | 0 | 0 | (0.0-2.0 %) |
| PLT | **529** | **563** | (150 - 450 G/L) |
| MPV | 8.8 | 8.6 | (7 - 12 fL) |

28/05: Bạch cầu bình thường, ưu thế Neutrophil.

29/05: Bạch cầu tăng nghĩ là tăng phản ứng do corticoid.

HGB 80 g/L, MCV <78 fL, MCH <26.7 pg -> thiếu máu mức độ trung bình hồng cầu nhỏ nhược sắc

Tiểu cầu tăng

1. Bilan sắt (28/05)

| Sắt huyết thanh | **2.06** | (10.7 – 32.2 umol/L) |
| --- | --- | --- |
| Transferrin | **0.65** | (2.0 - 3.6 g/L) |
| Ferritin | 203.88 | (20-250 ng/mL) |

Sắt huyết thanh giảm, transferrin giảm, ferritin bình thường, nghĩ do mất transferrin do HCTH.

Đề nghị thêm độ bão hoà transferrin, FOB

1. Ion đồ

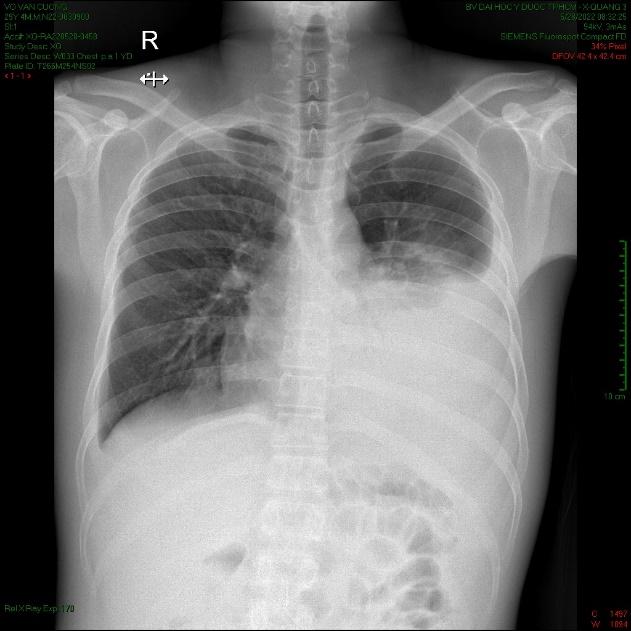
|  | 26/05 | 28/05 | 31/05 | 01/06 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Natri | **133** | **129** | **132** | **134** | (136 – 146 mmol/L) |
| Kali | 3.68 | 3.62 | **3.18** | **2.83** | (3.4 – 5.1 mmol/L) |
| Clo | 103 | 101 | 103 | 102 | (98 – 109 mmol/L) |
| Calci toàn phần | **1.87** | **1.96** | **2.01** | **1.96** | (2.10 – 2.55 mmol/L) |

Natri, kali giảm nghĩ do dùng lợi tiểu.

Calci giảm do HCTH.

1. X-quang ngực thẳng

28/05 30/05

 Ảnh có chứa trong nhà, hình xăm

Mô tả được tạo tự động

Mờ góc sườn hoàng + đường cong Damoiseau ⇨ tràn dịch màng phổi trái lượng trung bình (28/05: kèm đẩy lệch khí quản)

1. Dịch màng phổi (01/06)

* Đại thể: Dịch màu vàng trong, đông bán phần.
* Tế bào:
* Hồng cầu: 0/mm3.
* Bạch cầu: 113/mm3 (NEU%: 15%, LYM%: 75%)
* Tế bào khác: 10% TB thoái hóa
* Sinh hóa:
* Glucose: 9.53 mmol/L
* LDH: 39.33 U/L
* Albumin: 2.02 g/L
* ADA: 7.4 U/L

Albumin HT – Albumin dịch = 20.7 – 2.02 = 18.5 g/L > 12 g/L ⇨ dịch thấm – nghĩ do HCTH

1. D-Dimer (29/05): **13495** ng/mL

Haptoglobin: **4.48** g/dL (không ý nghĩa, giảm thì mới sợ tán huyết)

Coombs trực tiếp: âm tính

Coombs gián tiếp: âm tính

Tìm mảnh vỡ hồng cầu: **có**

1. Siêu âm bụng (28/05):

Gan: không to, đồng nhất, bờ đều. Các tm trên gan và tm cửa bình thường.

Đường mật: trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.

Túi mật: vách đều, không dày, lòng không có gì lạ.

Lách: không to, đồng nhất.

Tụy: không to, đồng nhất.

Thận:

Thận phải: cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản phải : không giãn. Thượng thận: không thấy.

Thận trái: cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản trái : không giãn. Thượng thận: không thấy.

Bàng quang : thành đều, lòng phản âm trống.

Tiền liệt tuyến: không to, khá đồng nhất, vỏ bọc đều.

Các bộ phận khác : các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ. Dịch màng phổi hai bên lượng trung bình.

Xoang bụng : dịch bụng lượng trung bình, dịch có ít hồi âm bên trong, bề sâu khoang dịch d≤ 8.5 cm.

Kết luận: dịch bụng lượng trung bình. Dịch màng phổi hai bên lượng trung bình.

1. Siêu âm tim

Thất trái:

Không dày.

Không rối loạn vận động vùng.

Chức năng tâm thu thất trái tốt (EF = 69%).

Chức năng tâm trương thất trái bình thường ( E/A= 1.13, E`=13cm/s , E/E`= 5.23).

Hở van 2 lá nhẹ, van mềm.

Không hẹp hở van động mạch chủ, van 3 mảnh.

Hở van 3 lá nhẹ, tăng áp phổi nhẹ PAPs = 35mmHg.

Thất phải: RV = 26mm, TAPSE = 26mm.

Các buồng tim không dãn, không huyết khối.

Không thấy sùi >3mm trên các van tim. - Động mạch chủ lên không dãn, không dấu bóc tách.

Không tràn dịch màng ngoài tim.

Kết luận: Chức năng tâm thu thất trái tốt (EF = 69%).

1. ECG
3. **Chẩn đoán xác định**

Hội chứng thận hư lần đầu, kháng corticoid, nguyên phát, biến chứng tổn thương thận cấp trước thận, tràn dịch màng phổi trái lượng trung bình, thiếu máu thiếu sắt mức độ trung bình – Tăng huyết áp – Cushing do thuốc – Rối loạn lipid máu

1. **Điều trị**
2. Mục tiêu điều trị

Kiểm soát phù

Bù albumin

Kiểm soát huyết áp, lipid máu

1. Y lệnh cụ thể

* Methylprednisolon 40mg 01 lọ, truyền tĩnh mạch, sáng
* Albumin 25% 50ml 01 lọ, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút, sáng
* Furosemid 20mg/2ml 02 ống x 2 tiêm tĩnh mạch, sáng, trưa
* Lipitor (Atorvastatin) 20mg 01 viên uống, chiều sau ăn
* Pantoloc (Pantoprazol) 40mg 01 viên uống, sáng trước ăn 30 phút
* Calcium Stella 500mg 01 viên uống, chiều sau ăn
* Amlodipin 5mg 01 viên, uống, sáng trước ăn 30 phút