Trương Thị Minh Thư

Hồ Lê Minh Thư

**BỆNH ÁN**

1. **HÀNH CHÍNH:**

Họ tên: Nguyễn Thị Huỳnh Nga Giới tính: Nữ Năm sinh: 1977 (43 tuổi)

Địa chỉ: Mỹ Tho, Tiền Giang

Nghề nghiệp: Nội trợ

Ngày NV: 15h00 05/10/2020

Giường: phòng 6 khoa Thận Bệnh viện Chợ Rẫy

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN:** Phù toàn thân
2. **BỆNH SỬ:**

* Cách nhập viện 10 ngày, BN bắt đầu thấy phù ở bàn chân, nhiều hơn vào buổi chiều, không nặng mi mắt, không sưng mặt. Sau đó 2-3 ngày, BN thấy phù lan dần lên cẳng chân, đùi, cảm giác bụng căng tức. Da vùng phù không thay đổi màu sắc, mềm, ấn lõm, không đau, không nóng, không ngứa, đối xứng hai bên. Phù thay đổi theo tư thế, phù ở chân tăng khi BN đứng lâu, ngồi lâu. BN uống hơn 2 lít nước/ngày, đi tiểu khoảng 1 lít/ngày, không thay đổi lượng so với trước đây, nước tiểu lúc vàng trong, nhiều bọt, không lợn cợn, tiểu không gắt buốt. Phù ngày càng nhiều khiến BN đi khám ở BVĐK Tiền Giang, tại đây ghi nhận:

Bệnh tỉnh, phổi thô, bụng mềm. Phù toàn thân, HA 150/90 mmHg.

Đường huyết 373 mg%, Cholesterol 19.89 mmol/L, Albumin máu 1.74 g/dL

Chẩn đoán: HCTH- THA- ĐTĐ2- Rối loạn lipid máu.

Điều trị: Albutein 25% 50ml, Scilin M 30/70 (S 30đv-C 30đv), Menison 16 mg, Agifuros 40mg, Verospiron 25mg, Tanaril 10mg.

Điều trị tại BV Tiền Giang trong 5 ngày không giảm phù => Chuyển BVCR

* BN tăng 18kg (46kg => 64kg)/10 ngày, không sốt, không ho, không đau ngực, không đau bụng, không nôn, không buồn nôn, tiêu phân vàng lúc đóng khuôn.
* Sinh hiệu lúc NV:
* BN tỉnh, tiếp xúc tốt
* Mạch: 80 lần/phút
* Huyết áp: 140/80 mmHg
* Nhịp thở: 18 lần/phút
* Nhiệt độ: 37oC
* Diễn tiến sau nhập viện:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ngày 1 | Ngày 2 | Ngày 3 |
| Phù | ++++ | +++ | ++ |
| Cân nặng | 64kg | 59kg | 57kg |
| V nhập | 500ml | 500ml | 500ml |
| V nước tiểu | 3 lít (?) | 2 lít | 2 lít |

1. **TIỀN CĂN:**
2. **Bản thân:**
3. Nội khoa:

* Cách NV 7 năm, khi mang thai bé thứ 2 BN được chẩn đoán đái tháo đường thai kì tại BV phụ sản Tiền Giang, sau sinh BN đến khám ở trạm y tế phường được chẩn đoán ĐTĐ type 2. Tái khám và điều trị đều đặn tại trạm y tế phường. ĐH các lần tái khám 160-170 mg/dL, cao nhất >200 mg/dL. 1 năm nay BN thường cảm thấy tê lòng bàn tay bàn chân, mắt vẫn nhìn rõ, chưa ghi nhận các biến chứng khác của ĐTĐ. Thuốc đang dùng hiện tại: Metformin 850mg 1v x2 (u) S-C, Diamicron 60mg 2v (u) S.
* Cách NV 4 tháng, BN tái khám ĐTĐ2 phát hiện THA, HATT lúc chẩn đoán 190 mmHg. Tái khám và điều trị đều đặn tại BV Mỹ Tho. Không rõ thuốc đang điều trị. HATT dễ chịu 120-130 mmHg.
* 3 tháng nay, BN để ý thấy nước tiểu có bọt, trong, không kèm với tiểu gắt buốt.
* Chưa từng phù trước đây.
* Không khiếm thính, khiếm thị.
* Đã tiêm ngừa HBV 8-9 năm trước, không tiêm nhắc.
* Chưa ghi nhận tiền căn viêm họng, nhiễm trùng da trong thời gian gần đây.
* Cân nặng trước phù: 46kg. Chiều cao: 1.45m. BMI trước phù: 21.88

1. Ngoại khoa:

* Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.

1. Thói quen:

* Ăn mặn
* Không tuân thủ tốt chế độ ăn ĐTĐ

1. Dị ứng: Chưa ghi nhận tiền căn dị ứng.
2. **Gia đình:**

* Chưa ghi nhận các bệnh lý di truyền, THA, ĐTĐ, viêm gan siêu vi B, C trong gia đình.

1. **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:** 19h00 ngày 07/09/2020, sau nhập viện 2 ngày

* Không đau ngực, không đánh trống ngực, không hồi hộp.
* Không ho, không khó thở
* Không đau bụng, tiêu phân vàng, đóng khuôn
* Tiểu 2 lít/ngày, nước tiểu vàng trong, không lợn cợn, nhiều bọt, không gắt buốt.
* Không giới hạn vận động, không yếu liệt chi, không đau nhức xương khớp
* Không sốt, còn phù bàn chân đến gối 2 bên

1. **KHÁM LÂM SÀNG:** 19h00 ngày 07/10/2020, bệnh
2. **Khám tổng quát:**

* BN tỉnh, tiếp xúc tốt
* Da niêm hồng
* Nằm đầu 1 gối, thở êm
* Sinh hiệu:
* Mạch: 88 lần/phút
* HA: 120/70 mmHg
* Nhịp thở: 18 lần/phút.
* Nhiệt độ: 37oC
* SpO2 97% khí trời
* Thể trạng trung bình:
* Cân nặng: 57 kg
* Chiều cao: 1m45

1. **Khám từng vùng:**
2. Đầu, mặt, cổ:

* Cân đối, không biến dạng.
* Kết mạc mắt không vàng.
* Khí quản không lệch.
* Tuyến giáp không sờ chạm.
* Không có tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45o

1. Ngực: Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở. Không bất thường thành ngực.

* Tim:
* Mỏm tim nảy nhẹ, nằm ở KLS V, đường trung đòn trái ở tư thế nghiêng trái, dấu Hardzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
* Nhịp tim đều, T1, T2 rõ, tần số 88 lần/phút, không âm thổi.
* Phổi:
* Không co kéo cơ hô hấp phụ, không kiểu thở bất thường.
* Rung thanh giảm đáy phổi 2 bên
* Gõ đục đáy phổi 2 bên
* RRPN giảm đáy phổi 2 bên

1. Bụng:

* Bụng cân đối, đi động đều theo nhịp thở, khôngbất thường thành bụng.
* Bụng mềm, không điểm đau, không đề kháng thành bụng.
* Gõ đục vùng thấp.
* Nhu động ruột 4 lần/phút. Không âm thổi động mạch.
* Gan, lách: không sờ chạm.
* Thận: Không sờ chạm, rung thận (-).

1. Tứ chi:

* Tứ chi ấm, mạch rõ.
* Phù 2 chân độ 3+, phù đến quá gối, phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau, đối xứng 2 bên, không viêm mô tế bào.

1. Thần kinh: Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.
2. Cơ, xương, khớp: Không yếu liệt, không biến dạng trục chi, không đau nhức khớp.
3. **TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân , nhập viện vì phù, bệnh 12 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* TCCN:
* Phù chi dưới đến đùi
* Tiểu bọt
* Bụng to căng tức
* Tê lòng bàn tay bàn chân
* TCTT:
* Phù toàn thân (tăng 18kg/10 ngày)
* Gõ đục + rung thanh giảm + âm phế bào giảm đáy phổi 2 bên
* Bụng gõ đục vùng thấp
* Tiền căn:
* Đái tháo đường type 2 10 năm kiểm soát không tốt
* THA 4 tháng

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ:**
2. Phù toàn thân/HCTH không đáp ứng với lợi tiểu
3. Đái tháo đường type 2 kiểm soát không tốt
4. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:**

Hội chứng thận hư lần đầu không thuần túy thứ phát do đái tháo đường type 2, chưa biến chứng

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

Hội chứng thận hư lần đầu không thuần túy thứ phát do đái tháo đường biến chứng suy thận cấp

Hội chứng thận hư lần đầu không thuần túy thứ phát do đái tháo đường biến chứng rối loạn điện giải

Hội chứng thận hư lần đầu không thuần túy nguyên phát chưa biến chứng

1. **BIỆN LUẬN:**
2. **Phù toàn thân:**

* BN phù 2 chân từ bàn chân đến đùi, phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau, không nóng, không ngứa, đối xứng hai bên kèm báng bụng, TDMP 2 bên => Phù toàn thân.
* Các nguyên nhân gây phù toàn thân có thể gặp trên BN này là:
* Suy tim: BN phù 2 chân, tuy nhiên khám không ghi nhân gan to, không tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế 45o, không có gallop T3, BN không có tiền căn khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm nên không nghĩ.
* Xơ gan: Khám không ghi nhận các triệu chứng vàng da, xuất huyết, sao mạch, lòng bàn tay son, tuần hoàn bàng hệ nên không nghĩ.
* Suy dinh dưỡng: BN không nghiện rượu, không có thời kì đói ăn kéo dài, thể trạng trung bình nên không nghĩ.
* Bệnh thận: BN có phù toàn thân kèm tiểu bọt trên một BN có tiền căn ĐTĐ2 7 năm đã có biến chứng thần kinh ngoại biên nên nghĩ nhiều.
* Các bệnh thận gây phù toàn thân có thể gặp trên BN này là:
* Tổn thương thận cấp: BN không có thiểu niệu hay vô niệu, không dấu mất nước, sử dụng thuốc điều trị THA, ĐTĐ 2 nhưng đã sử dụng hơn 4 tháng mà triệu chứng phù mới xuất hiện 10 ngày nay nên ít nghĩ STC là nguyên nhân gây phù nhưng không loại trừ phù nhiều dẫn đến STC. Đề nghị CLS: BUN, creatinin máu, ion đồ.
* Bệnh thận mạn: BN ĐTĐ2 7 năm kiểm soát không tốt đã có biến chứng thần kinh ngoại biên nên không thể loại trừ. Đề nghị CLS: BUN, creatinin máu, siêu âm bụng, CTM, Ca TP, P máu.
* Viêm cầu thận cấp: BN không thiểu niệu, không có tiểu máu nhưng không thể loại trừ tiểu máu vi thể, có tăng huyết áp nên không thể loại trừ. Đề nghị CLS: TPTNT, BUN, cre máu.
* HCTH: BN phù toàn thân, tiến triển nhanh, nhiều (tăng 18kg/10 ngày) kèm tiểu nhiều bọt nên nghĩ nhiều. Đề nghị CLS: TPTNT, đạm niệu 24h, protein máu, albumin máu, bilan lipid máu.
* BN có tăng huyết áp, không thể loại trừ tiểu máu vi thể, không thể loại trừ suy thận thực thể nên nghĩ nhiều HCTH không thuần tuý => Đề nghị CLS: TPTNT, BUN, creatinin máu.
* Các nguyên nhân gây HCTH:
* Thứ phát:
  + Thuốc: BN đang sử dụng thuốc điều trị THA không rõ toa (có captopril không) nên không loại trừ.
  + Dị ứng: BN không bị ong đốt, rắn cắn nên không nghĩ.
  + Nhiễm trùng:
    - VCT hậu nhiễm liên cầu trùng: BN không có viêm họng, không nhiễm trùng da trong thời gian gần đây nên không nghĩ.
    - Lao: BN không mệt mỏi, chán ăn, không sốt nhẹ về chiều, không ho nên không nghĩ.
    - Viêm gan siêu vi B, C: Khám không thấy các triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan, BN đã chích ngừa viêm gan B tuy nhiên đã từ lâu và không định lượng kháng thể kiểm tra và tiêm nhắc nên không thể loại trừ. Đề nghị: HBsAg, antiHCV.
  + Bệnh hệ thống:
    - Lupus ban đỏ hệ thống: không thể loại trừ trên lâm sàng. Đề nghị CLS: ANA, anti dsDNA.
    - Henoch-Schonlein: BN không tiêu ra máu/nôn ra máu, không ban xuất huyết, không đau khớp nên không nghĩ.
    - Goodpasture: BN không có ho ra máu nên không nghĩ.
    - Viêm khớp dạng thấp: BN không sưng khớp, không đau cứng khớp nên không nghĩ.
  + Ung thư: BN trung niên, HCTH có thể biểu hiện trước khi có biểu hiện lâm sàng của ung thư nên không thể loại trừ.
  + Di truyền và chuyển hoá:
    - Hội chứng Alport: BN không tiểu máu đại thể, không khiếm thính, khiếm thị, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý di truyền gia đình nên không nghĩ.
    - Đái tháo đường: BN có tiền căn ĐTĐ type 2 7 năm nay, kiểm soát đường không tốt đồng thời nghĩ nhiều có biến chứng thần kinh ngoại biên nên nghĩ nhiều có biến chứng tại thận.
* Nguyên phát: chẩn đoán khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát
* Biến chứng:
* Cấp:
  + Suy thận cấp: Đã biện luận.
  + Tắc mạch: BN không đau ngực, không đau bụng, không khó thở nhiều, phù hai chân đối xứng, không đau nên không nghĩ.
  + Nhiễm trùng:
    - Viêm mô tế bào: Da vùng phù không nóng, đỏ, đau nên không nghĩ.
    - VPMNP: BN có báng bụng tuy nhiên không sốt, không đau bụng, khám ghi nhận đề kháng thành bụng nên không nghĩ.
    - Nhiễm trùng tiểu: BN không tiểu lắt nhắt, không gắt buốt nên không nghĩ.
* Mạn:
  + Tim mạch:
    - Tăng huyết áp: THA phát hiện trước HCTH nên ít nghĩ là biến chứng của HCTH.
    - Xơ vữa động mạch: Không thể loại trừ.
  + Suy thận mạn: Không thể loại trừ.
  + Suy dinh dưỡng: Không nghĩ.
  + Rối loạn chuyển hoá:
    - Thiếu máu thiếu sắt: Không thể loại trừ. Đề nghị CLS: CTM.

1. **ĐTĐ type 2 7 năm chưa kiểm soát tốt:**

BN đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2, đang điều trị bằng thuốc viên hạ đường huyết và đường huyết mỗi lần tái khám dao động từ 160-200 mg% -> BN có ĐTĐ thật sự.

Thời gian mắc ĐTĐ đã lâu (7 năm), đường huyết BN dao động nhiều trên mức mục tiêu kiểm soát đường + BN không tuân thủ chế độ ăn ĐTĐ -> Khả năng cao đã có biến chứng :

* + BC mạch máu nhỏ:
    - Mắt: hiện tại BN không nhìn mờ, đề nghị soi đáy mắt để loại trừ các tổn thương vi mạch giai đoạn sớm
    - Thận: đã biện luận
  + BC mạch máu lớn: hiện tại bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, không đau đầu, không đau cách hồi, không lạnh tím chi dưới => Nghĩ chưa có BC mạch máu nhỏ
  + BC thần kinh ngoại biên: bệnh nhân thường xuyên tê bàn tay bàn chân, đối xứng 2 bên kiểu mang găng mang vớ => Nghĩ nhiều có biến chứng viêm đa dây TKNB

1. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:**
2. **CLS chẩn đoán:**

TPTNT, đạm niệu 24 giờ, albumin máu, protein máu, bilan lipid (triglycerid, cholerterol TP, HLD, LDL), CTM, đông máu toàn bộ (aPTT, TQ, INR, FIB), ANA, anti-dsDNA, HBsAg, antiHCV, BUN, Creatinin máu, eGFR, ion đồ, SA bụng, Ca TP, P máu, đường huyết, soi đáy mắt.

1. **CLS thường quy:** Xquang ngực thẳng,AST, ALT, ECG.
2. **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:**
3. TPTNT (6/10)

PH 7.5

S.G 1.013

Glucose 100 mg/dL

Protein +++300 mg/dL

Blood 25 RBC/uL

Leukocytes 15 WBC/uL

Nitrite (-)

=> Đạm niệu tăng phù hợp bệnh cảnh hội chứng thận hư

Đường trong nước tiểu do BN có bệnh nền ĐTĐ

RBC ngay cutoff => Đề nghị cặn addis, soi cặn lắng nước tiểu

1. Protein, Creatinin niệu (6/10/20):

* Protein niệu: 404.47 mg/dL
* Creatinin niệu: 20.41 mg/dL

=> Pro/Cre niệu = 19.8 => có tiểu đạm

1. Đạm niệu 24h (8/10/20):

* Thể tích nước tiểu: 2000ml
* Protein niệu 24h: 4.08g/24h

=> Tiểu đạm ngưỡng thận hư

1. Chức năng thận (5h 6/10/20)

* BUN: 22 mg/dL
* Creatinin: 0.66 mg/dL
* eGFR: 108.19 mL/min/1.73m2

=> Không suy thận. BUN/Cre >20 gợi ý BN có tình trạng thiếu dịch

1. Ion đồ (5h 6/10/20)

Na+: 138 mmol/L

K+: 3.6 mmol/L

Cl-: 102 mmol/L

Ca TP: 2.0 mmol/L

=> Trong giới hạn bình thường => không rối loạn điện giải

1. Sinh hóa: (5h 6/10/20)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cholesterol | 421 | mg/dL | 140-239 |
| HDL-C | 102 | mg/dL | >45 |
| Non HDL-C | 319 | mg/dL | <160 |
| LDL-C | 258.8 | mg/dL | 90-150 |
| Triglycerides | 93 | mg/dL | 35-160 |
| Albumin máu | 2.8 | g/dL | 3.5-5.5 |
| Protid máu | 4.6 | g/dL | 6-8 |

=> Tăng Cholesterol, LDL-C phù hợp với bệnh cảnh HCTH

Giảm albumin máu, giảm protid máu phù hợp với bệnh cảnh HCTH

1. Đông máu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PT | 9.6 | 10-13 giây |
| INR | 0.89 | 1-1.2 |
| APTT | 23.8 | 26-37 |
| rAPTT | 0.87 | 0.8-1.2 |

=> Thời gian đông máu rút ngắn hơn so với chứng => BN có tình trạng tăng đông phù hợp với bệnh cảnh hội chứng thận hư

1. HBsAg: dương tính 2777.61

Anti HCV: âm tính

AST 24 U/L

ALT 27 U/L

=> Bàn luận: BN này có nhiễm HBV. Đề nghị Anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe để xác định rõ hơn tình trạng viêm gan B (cấp/mạn, đang hoạt động?). Viêm gan này khả năng là viêm gan mạn, vì hiện tại BN không vàng da, không đau bụng, không triệu chứng suy tế bào gan, men gan không tăng => Đây có thể là nguyên nhân gây nên hội chứng thận hư cho bệnh nhân=> Đề nghị sinh thiết thận để xác định nguyên nhân

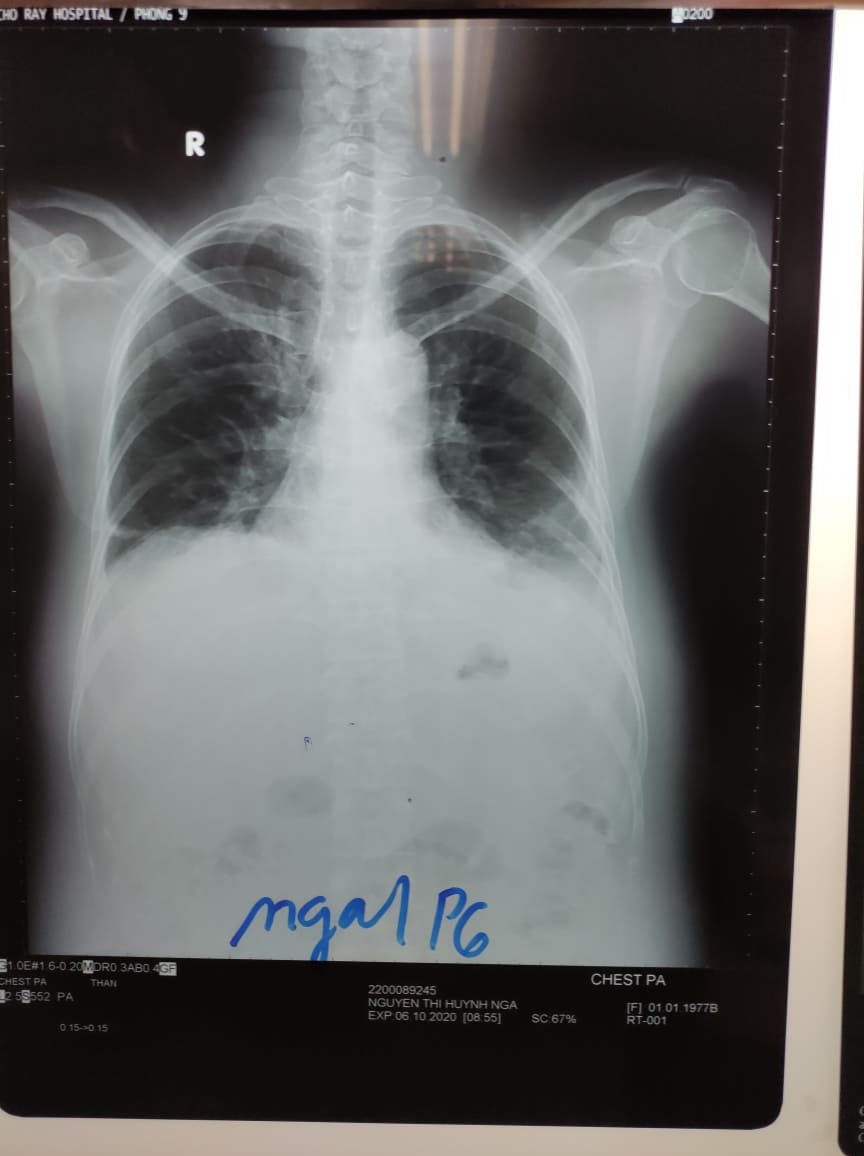
1. ANA, anti-dsDNA: không có kết quả
2. CTM:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RBC | 5.77 | T/L | 3.8-5.5 |
| HGB | 108 | g/L | 120-170 |
| HCT | 35.7 | % | 34-50 |
| MCV | 61.9 | fL | 78-100 |
| MCH | 18.4 | pg | 24-33 |
| MCHC | 321 | g/L | 315-355 |
| WBC | 8.82 | G/L | 4-11 |
| %NEU | 82.5 | % | 45-75 |
| #NEU | 7.27 | G/L | 1.8-8.25 |
| %LYM | 10.6 | % | 20-40 |
| #LYM | 0.94 | G/L | 0.8-4.4 |
| %MONO | 5.7 | % | 4-10 |
| #MONO | 0.6 | G/L | 0.16-1.1 |
| %EOS | 0.5 | % | 2-8 |
| #EOS | 0.05 | G/L | 0.08-0.88 |
| %BASO | 0.2 | % | 0-2 |
| #BASO | 0.1 |  | 0-0.22 |
| %NRBC | 0.0 | % | 0-0.1 |
| #NRBC | 0.00 | G/L | 0-0.001 |
| PLT | 398 | G/L | 200-400 |
| MPV | 8.0 | fl | 7-12 |
| RDW-CV | 16.0 | % | 11.5-14.5 |

Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc => Đề nghị Fe, Ferritin huyết thanh

Bạch cầu, tiểu cầu trong giới hạn bình thường

1. **XQ ngực thẳng:**



Phim chụp đứng, hít không đủ sâu

Không bất thường mô mềm, thành ngực

Không đủ tiêu chuẩn xác định độ lớn bóng tim

Mờ góc sườn hoành 2 bên

Đám mờ không đồng nhất đáy phổi (T), giới hạn không rõ, không xóa bờ tim

Đám mờ đồng nhất, dạng đường giới hạn rõ đáy phổi (P)

Không bất thường trung thất

=> Theo dõi viêm phổi

1. **Đường huyết**

5/10 (20h) ĐHMM 230 mg/dL

6/10 (5h) ĐHTM 134 mg/dL

=> Đường huyết cao chưa kiểm soát tốt ĐTĐ

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Hội chứng thận hư lần đầu không thuần túy nghĩ thứ phát do ĐTĐ type 2 theo dõi biến chứng thiếu máu thiếu sắt/ ĐTĐ2 kiểm soát chưa tốt biến chứng TKNB.

1. **ĐIỀU TRỊ**

Tiết chế muối, nước, đạm

Vinzix 20mg 2 ống (TMC)

Mixtard S: 5 IU, C: 5 IU (TDD)

Coveram 5mg/5mg 1v (u)

Lipitor 40mg 1 v (u)

1. **TIÊN LƯỢNG:**

BN nhiều bệnh nền ĐTĐ chưa kiểm soát tốt + THA + Viêm gan B tuy nhiên chức năng thận BN vẫn còn tốt, chưa biến chứng nguy hiểm => Tiên lượng trung bình