**1. Checklist tiếp cận bệnh nhân phù, hỏi bệnh sử tiền căn.**

Khi điều kiện bệnh nhân cho phép, cần khai thác kỹ các câu hỏi quan trọng:

Thời gian phù

Cách xuất hiện và diễn tiến của phù

Tăng bao nhiêu Kg

Có thay đổi theo tư thế hay không, thay đổi theo thời gian trong ngày hay không (từ chi trên xuống chi dưới, quanh hốc mắt, hay trong vùng cùng cụt)

Có đối xứng hay không

Đáp ứng với điều trị thuốc như thế nào.

Các triệu chứng đi kèm

Nước tiểu có thay đổi về tính chất cà số lượng không.

Hỏi về tiền căn bệnh lý tim mạch, gan, thận, phẫu thuật, dùng thuốc….

Hỏi về chế độ dinh dưỡng, bệnh lý đường tiêu hóa

Phù thường tích tụ dịch ít nhất 4kg trước khi thấy được trên lâm sàng. Phù có thể được nhận ra khi mặt bị sưng, rõ nhất ở vùng quang hốc mắt, khi ấn lên da thì bị lõm dễ dàng. Dạng nhẹ hơn, phù có thể được nhận ra khi lấy ống nghe trong vài phút mà vành chuông để lại vết lõm. Phù cũng có thể biểu hiện khi đeo nhẫn thấy chật hơn trước đây, hoặc bệnh nhân than đi giày chật hơn hoặc khó hơn, nhất là về chiều

Tiền căn:

Trước giờ có lần nào phù giống lần này không?

Đã được chẩn đoán bệnh gì chưa: tim, thận, gan…

Gia đình có ai bị bệnh gì không?

**2. Bảng phân biệt 4 nhóm nguyên nhân phù toàn thân, tính chất, triệu chứng đi kèm, khám thực thể, tiền căn, cls.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm các nguyên nhân chính gây phù toàn thân | | | |
|  | Bệnh sử | Khám thực thể | Cận lâm sàng |
| Tim | Khó thở khi gắng sức thường kèm theo khó thở khi nằm, hoặc khó thở kịch phát về đêm.  Tính chất phù: diễn tiến từ từ, liên quan tới tư thế, thường thấy ở chân do BN đi lại nhiều, khi đứng lâu. Phù chân giảm khi ngủ qua đêm, phù mềm, đối xứng, thường xuất hiện đầu tiên ở hai chân, rõ hơn về buồi chiều, biến mất vào buổi sáng. Nếu BN nằm phù thường ở lưng và vùng xương cùng. Ban đầu phù thường kín đáo, rõ và nặng dần khi tình trạng suy tim nặng lên.  Phù ở tay, mặt thường chỉ xuất hiện khi suy tim nặng | Tăng áp lực tĩnh mạch cảnh; tiếng gallop T3; đôi khi mạch so le hoặc loạn động; xanh tím ngoại vi, mạch nhỏ khi tình trạng bệnh nặng, tim to, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, ran phổi | Tăng tỉ lệ ure/creatinin;  tăng acid uric thường giảm natri huyết thanh; đôi khi tăng men gan với sung  huyết gan.  Siêu âm tim thấy bất  thường bệnh lý ở tim |
| Gan | Khó thở ít thấy, trừ khi kèm theo báng bụng đáng kể; thường hay có bệnh sử lạm dụng rượu, bệnh lý gan.  Tính chất phù: đi kèm với các triệu chứng suy tế bào gan, báng bụng, tăng áp lực tịnh mạch cửa.  Phù xuất hiện từ từ, giống tính chất của phù do giảm albumin máu: phù mô lỏng lẻo, nơi thấp. | Thường báng bụng; áp lực tĩnh mạch cảnh trong bình thường hoặc thấp; Huyết áp  thấp hơn so với bệnh thận hoặc bệnh tim; thêm một hoặc nhiều dấu hiệu bệnh gan mạn tính (vàng da, ban đỏ bàn tay, co cứng Dupuytren, u mạch hình sao, vú to ở nam; có thể có loạn giữ tư thế và các dấu  hiệu bệnh não khác. | Nếu nặng, giảm albumin máu, giảm cholesterol và protein khác (transferrin, fibrinogen); tăng men gan, phụ thuộc vàonguyên nhân và mức độ cấp tính của tổn thương gan; có khuynh hướng hạ kali máu, nhiễm kiềm hô hấp; hồng cầu to do thiếu folat. |
| Thận | Suy thận: phù mạn tính, tái diễn  nhiều lần; có thể kèm theo các  dấu hiệu và triệu chứng của ure-  huyết, gồm giảm ngon miệng, thay đổi vị giác (vị kim loại hoặc vị cá), thay đổi thói quen ngủ, khó tập trung, chân không yên c hoặc rung giật cơ, có thể khó thở, nhưng thường không rõ rệt như suy tim.  Tính chất phù: phù toàn thân, rõ  ở các mô mềm như mi mắt, mặt,  nặng hơn về buổi sáng.  HCTH: Bệnh nhân thường phù  nhiều, diễn tiến nhanh, đột ngột,  thay đổi tính chất nước tiểu VCTC: phù kèm tiểu máu và tăng  huyết áp, có thể kèm tiểu ít | Huyết áp có thể tăng; mùi hôi ure; phù quanh hốc mắt có thể rõ rệt; tiếng cọ màng ngoài tim trong trường hợp nặng có tăng ure huyết.  Dấu hiệu thiếu máu | Albumin niệu, giảm  albumin máu, đôi khi tăng creatinin huyết thanh và ure, tăng kali-huyết, nhiễm acid chuyển hóa, tăng  photphat-huyết, giảm  calci-huyết, thiếu máu  (thường hồng cầu bình thường). |
| Suy dinh dưỡng | Thường ở người lớn tuổi, phụ  thuộc chế độ ăn. Tiền sử cắt  ruột, ung thư, tiêu chảy kéo dài,  hội chứng kém hấp thu, ăn uống  kém. nhiễm trùng mạn tính.  Giảm áp lực keo, gây phù mu bàn  tay, bàn chân. Có thể đi kèm  bệnh tê phù khi thiếu Vit B1  Tính chất: xuất hiện từ từ, phù ở  vùng mô lỏng lẻo: mu bàn tay, mi  mắt | Teo cơ, thiếu máu | Nước tiểu không có  protein, giảm protein,  albumin máu, giảm Kali và các ion khác, thiếu máu |

**3. PCR, ACR? Đọc kết quả như thế nào? Tương ứng với đạm niệu ra sao?**

Đạm niệu 24h có thể là protein hay albumin

* Đạm niệu 24h
* Định lượng creatinin niệu
* Định lượng albumin niệu

Có thể dùng PCR >500 tương đương với A3 (protein creatinin ratio) (mg/mg) = protein niệu 24h

ACR (mg/g) = < 30: bình thường, 30 – 300 vi đạm niệu, >300 đạm đại thể tương đương với AER trong 24h > 30mg

**4. BN này nguyên nhân của HCTH là gì? cần thêm khai thác lâm sàng và CLS gì để phục vụ CĐ HCTH? Chỉ định sinh thiết thận?**

Nguyên nhân HCTH ở bệnh nhân này chưa rõ ràng, cần khai thác thêm bệnh sử, khám lâm sàng để loại trừ các nguyên nhân thứ phát như:

1. Nhiễm trùng:

* VCT cấp hậu nhiễm liên cầu trùng, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, giang mai, phong, **lao,**
* Virus: Viêm gan siêu vi B, C, HIV, herpes zoster virus, …
* KST: sốt rét, toxoplasma, …

1. Thuốc: NSAIDs, cản quang, captoril, rifamycin, intereron, wafarin
2. Hệ thống: lupus, henoch-scholein, goodpasture, viêm đa khớp dạng thấp, viêm da tự miễn, …
3. Bệnh chuyển hóa di truyền: ĐTĐ, thoái hóa tinh bột, HC alport,
4. Ung thư: K hạch, K dạ dày, đại tràng, đa u tủy, …
5. Dị ứng: ong đốt, rắn cắn, sau chích ngừa, sau chích kháng đọc tố

Để chẩn đoán HCTH trên bệnh nhân này cần làm thêm đạm niệu 24h, cholesteron máu là LDL - C máu.

Cần sinh thiết thận để chẩn đoán dạng sang thương phục vụ điều trị và tiên lượng.