1. **Chẩn đoán hội chứng thận hư**

* Lâm sàng:  Phù nhanh, nhiều (tăng 6kg/2 tuần) và phù toàn thân
* Cận lâm sàng:
* TPTNT: pro (+)
* Đạm niệu 24h: 8,8 g/24h (>3,5 g/24h)
* Albumin máu: 19,8 g/L (<30 g/L)
* Bilan Lipid máu phù hợp HCTH:
  + - * LDL tăng: 10,06 mmol/L
      * TG tăng: 9,74 mmol/L
      * Thiếu lipid toàn phần, Cholesterol.
* XN BN không được làm:
  + - Protein máu: <60 g/L
    - Soi tươi cặn lắng NT: Có thể có: trụ sáp, trụ trong, trụ mỡ, thể bầu dục
    - Điện di đạm máu: tăng alpha-2 globulin (macroglobulin); có thể tăng gamma globulin (liên quan tự miễn,…)
    - Điện di đạm niệu: có thể biết tiểu đạm chọn lọc hay không (tiểu đạm chọn lọc khi Albumin > 85%)

1. **Phân biệt với viêm cầu thận cấp**
   * Lâm sàng
     + BN có phù nhưng tính chất phù không phù hợp lắm, không rõ lượng nước tiểu ở BN này.
     + Không có tiền căn viêm họng, nhiễm trùng da trước đó.
     + BN có THA nhưng đã có tiền căn THA trước đó, cần đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và các trị số huyết áp trước đó.
   * Cận lâm sàng:
     + TPTNT: hồng cầu (-), pro (+) → ủng hộ HCTH nhiều hơn
     + BUN, Creatinin tăng
   * Cần thêm các XN
     + Soi cặn lắng nước tiểu: tìm tiểu máu, trụ hồng cầu, hình dạng hồng cầu, trụ hạt, trụ bạch cầu
     + Định lượng bổ thể C3, C4

→ Đã đủ để chẩn đoán HCTH trên BN này.

1. **Phân loại:**
   * TPTNT: HC (-)
   * HA: 150/90 mmHg → BN có TC THA 1 năm không rõ điều trị → đánh giá thêm HA có kiểm soát tốt trên BN này không.
   * Suy thận: Cre 1,7 mg/dL → eGFR~33ml/min/1,73m2
     + BN có phù nhiều → không loại trừ ST cấp do thoát dịch vào khoang thứ 3
     + BN có tiền căn ĐTĐ type 2, THA → có thể có ST mạn

→ Theo dõi Creatinin những ngày tiếp theo, SA thận

→ Nghĩ nhiều HCTH thuần túy

1. **Nguyên nhân:**
   * Thứ phát: (một số NN thường gặp)
     + HbsAg (-), anti-HCV (-), HIV test (-)
     + Lupus:  BN lớn tuổi, TCCN-TCTT không ghi nhận =>  không nghĩ
     + BL ác tính:
       - AFB-gan: (-)
       - CA 125-buồng trứng: (-)
       - CA 15.3- K vú: (-)
       - CA 19.9-đường tiêu hóa: (-)
       - CEA-phổi- tiêu hóa, tiết niệu, buồng trứng, cổ tử cung: (-)
       - Amyloidosis: tầm soát bằng sinh thiết mỡ bụng nhuộm Red congo (BN không được làm)
     + NN nghĩ nhiều nhất ở BN này là ĐTĐ vì:
       - BN phát hiện ĐTĐ type 2 nhưng không chắc BN đã bị ĐTĐ trước đó nhiều năm hay không, và không rõ điều trị và kiểm sóat đường huyết của BN.
       - BN tiểu protein ngưỡng thận hư và không kèm Tiểu máu
       - eGFR~33ml/min/1.73m2 → có giảm → phù hợp vì nếu nguyên nhân do ĐTĐ thì BN tiểu đạm ở mức thận hư thì tương xứng với GFR phải giảm.
   * Cần làm thêm:

* Kiểm tra lại diễn tiến tiểu đạm ở BN ở những lần khám trước (nếu có): tiểu microalbumin → tiểu albumin → tiểu protein
* Kiểm tra thêm những tổn thương mạch máu nhỏ khác có thể có ở BN: mắt (chụp đáy măt), thần kinh

1. **Biến chứng:**
   * Viêm mô tế bào (do mất các kháng thể miễn dịch)
   * Nhiễm trùng dịch báng.
   * Tăng đông (do mất các yếu tố kháng đông):
   * Huyết khối động mạch và tĩnh mạch ngoại biên: đau cách hồi, tê tay chân, nhợt nhạt, tím,...
   * Huyết khối TM thận: đau vùng hông lưng 1 bên, tiểu máu, suy thận cấp,…
   * Thuyên tắc phổi: khó thở, đau ngực kiểu màng phổi, đau thắt ngực,...

→ Cần tầm soát các biến chứng trên BN này

1. **Sinh thiết thận:**
   * Chỉ định:
     + Tiểu protein có ý nghĩa > 1g/24h
     + Tiểu máu vi thể kèm tiểu đạm
     + Suy thận không rõ nguyên nhân
     + Bệnh hệ thống có biểu hiện lên thận
   * CCĐ tuyệt đối:
     + THA không kiểm soát
     + Thận ứ nước
     + Thận nang
     + Rối loạn đông cầm máu
     + BN không hợp tác
   * CCĐ tương đối:

* Béo phì
* Thận độc nhất
* Dùng thuốc kháng đông
* Thận bất thường giải phẫu
* Thận teo
* Nhiễm trùng tiểu

Ở BN này nghĩ nhiều nguyên nhân do ĐTĐ. BN có tiểu protein đơn độc và ĐTĐ 2 năm nhưng cần kiểm tra các biến chứng trên mạch máu nhỏ khác (chụp đáy mắt) nên nghĩ không cần sinh thiết