**I. Tình huống lâm sàng**: bệnh nhân nữ 60 tuổi, nhập viện vì phù, bệnh 3 ngày. Phù ở mặt trước, sau đó đến 2 tay và 2 chân. BN tăng 6kg trong 3 ngày, lượng nước tiểu giảm không rõ lượng. Khám: phù mi mắt, phù mặt, hội chứng ba giảm 2 đáy phổi, báng bụng, mạch 80 lần/phút, HA 120/70 mmHg. Tiền căn THA, ĐTĐ năm 5, điều trị tại bs tư.

1. Đặt vấn đề

* Phù toàn thân, hội chứng ba giảm hai đáy phổi, báng bụng.

Tiền căn: THA, ĐTĐ 5 năm, không rõ điều trị.

1. Chẩn đoán

Chẩn đoán sơ bộ: Hội chứng thận hư nguyên phát, chưa biến chứng/THA, ĐTĐ 5 năm không rõ điều trị

Chẩn đoán phân biệt: Hội chứng thận hư thứ phát do đái tháo đường, chưa biến chứng/THA, ĐTĐ 5 năm không rõ điều trị

1. Đề nghị cận lâm sàng

Thường quy: CTM, ion đồ, đường huyết đói, ure và creatinine máu, AST, ALT, TPTNT, Xquang, ECG.

Chẩn đoán:

* Định lượng protein máu, albumin máu
* Lipid máu
* Đạm niệu 24h
* Sinh thiết thận

**II. Trả lời các câu hỏi:**

1. Các tính chất phù do suy tim? Các triệu chứng đi kèm

Cơ chế gây phù: có 2 cơ chế

* Suy tim làm giảm khả năng hút máu từ các cơ quan trở về tim, máu ứ lại các tĩnh mạch dẫn đến sự tích tụ dịch trong cơ thể đặc biệt là ở chân và mắt cá chân.
* Suy tim làm giảm lượng máu giàu oxy tới nuôi dưỡng các cơ quna trong đó có thận, lâu dần thận bị tổn thương và giảm khả năng đào thải chất loingr dư thừa ra khỏi cơ thể, đó cũng là nguyên nhân khiến người bệnh phù nề và tăng cân.

Tính chất phù do suy tim:

Phù chi dưới, phù mềm, ấn lõm, không đau. Người bệnh cảm thấy sưng ở chân và mắt cá chân, dấu hiệu dễ nhận biết nhất là giày, dép trở nên chật hơn bình thường. Triệu chứng phù hay xuất hiện về chiều, khi người bệnh đứng lâu, đi lại nhiều, và giảm bớt khi nằm xuống nghỉ ngơi hoặc vào lúc sáng sớm khi người bệnh ngủ dậy. Ở giai đoạn suy tim nặng, phù xuất hiện thường xuyên và có thể phù toàn thân.

Triệu chứng đi kèm:

* Khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm.
* Giảm khả năng gắng sức.
* Mệt mỏi, ho khan hoặc có lẫn bọt hồng.

2. Tính chất phù do xơ gan?

* Triệu chứng cơ năng:

Phù mềm trắng, đối xứng, ấn lõm, không cảm giác đau khi ấn, phù thường ít hơn so với phù trong suy tim phải.

Khởi phát thường phù 2 chân chủ yếu ở mắt cá chân, bàn chân, mặt trước cẳng chân. Giai đoạn cuối có thể phù toàn thân, bụng phình to ra sệ xuống, nổi nhiều mạch máu dưới da bụng.

* Triệu chứng thực thể:

**Nhìn:**

Cổ trướng từ ít đến nhiều

+ Cổ trướng lượng ít: thường không thay đổi hình dạng bụng

+ Cổ trướng lượng nhiều:

Bụng bệnh nhân lớn ra, bụng bè ra hai bên khi nằm ngửa, bụng xệ ra trước và xuống dưới khi ngồi hoặc đứng.

Mất nếp quanh rốn, rốn lồi.

Da bụng căng, nhẵn bóng.

**Gõ:** gõ đục khắp bụng

**Sờ:** cổ trướng lượng từ trung bình hoặc nhiều khi sờ sẽ có cảm giác mềm hoặc căng

* Tiền căn:
* Uống rượu: cần đánh giá lượng rượu và thời gian uống rượu
* Viêm gan B,C mạn hoặc các yếu tố nguy cơ của viêm gan B, C mạn
* Tiền sử vàng da
* Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu
* Các bệnh lý khác đi kèm: suy tim, lao, ung thư, viêm tụy, bệnh nhân được thẩm phân phúc mạc
* Tiền sử gia đình có bệnh gan.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu

Thiếu máu khi nồng độ Hemoglobin thấp hơn:

* 13 g/dl (130 g/l) ở nam giới
* 12 g/dl (120 g/l) ở nữ giới
* 11 g/dl (110 g/l) ở người lớn tuổi

4. Phân biệt thiếu máu cấp và thiếu máu mạn.

►Theo diễn biến: thiếu máu cấp tính và thiếu máu mạn tính:

- Thiếu máu cấp tính: Thiếu máu xuất hiện nhanh, trong thời gian ngắn, do nhiều nguyên nhân khác nhau như mất máu cấp tình, cơn tan máu, bệnh lơ xê mi cấp...

- Thiếu máu mạn tính: Thiếu máu xuất hiện chậm, từ từ và tăng dần trong nhiều tháng, ví dụ như thiếu máu trong các bệnh mạn tình như bệnh khớp mạn tính, bệnh ung thư, bệnh suy tủy xương, bệnh rối loạn sinh tủy…

►Theo nguyên nhân

- Mất máu: Do chảy máu (xuất huyết tiêu hóa, trĩ, kinh nguyệt kéo dài, đái máu…).

- Tan máu: Do tăng quá trính phá hủy hồng cầu vì các nguyên nhân tại hồng cầu hoặc các nguyên nhân khác (tan máu bẩm sinh hoặc miễn dịch, sốt rét...).

- Giảm hoặc rối loạn quá trình sinh máu: Do tủy xương giảm sinh hoặc rối loạn quá trình sinh các tế bào máu (suy tủy xương, rối loạn sinh tủy, bệnh máu ác tình, ung thư di căn…) hoặc do cung cấp không đủ các yếu tố tạo máu (thiếu erythropoietin, thiếu acid amin, thiếu acid folic và vitamin B12, thiếu sắt…).

►Theo các đặc điểm của dòng hồng cầu: Đây là cách xếp loại thường được sử dụng để giúp tiếp cận và chẩn đoán nguyên nhân gây thiếu máu.

- Dựa vào thể tích trung bình khối hồng cầu (MCV) để phân biệt hồng cầu to, nhỏ hay bính thường.

- Dựa vào lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) và nồng độ huyết sắt tố trung bình của hồng cầu (MCHC) để phân biệt hồng cầu bình sắc hay nhược sắc.

- Dựa vào dải phân bố kìch thước hồng cầu (RDW) để xác định độ đồng đều về kìch thước của các hồng cầu.

- Dựa vào chỉ số hồng cầu lưới để xác định thiếu máu có khả năng hồi phục (tủy sản xuất hồng cầu bính thường) hay không hồi phục (tủy không còn khả năng sản xuất hồng cầu). Qua đó, định hướng nguyên nhân thiếu máu tại tủy xương hay ở ngoại vi.

5. Phân biệt phù do các nguyên nhân

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Bệnh sử** | **Tính chất** | **Khám thực thể** |
| Tim | Khó thở khi gắng sức thường kèm theo khó thở khi nằm, hoặc khó thở kịch phát về đêm. | 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 |
| Gan | Khó thở ít thấy, trừ khi kèm theo báng bụng đáng kể; thường hay có bệnh sử lạm dụng rượu, bệnh lý gan | 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. |
| 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 hoặc rung giật cơ, có thể khó thở, nhưng thường không rõ rệt như suy tim. | phù toàn thân, rõ ở các mô mềm như mi mắt, mặt, nặng hơn về buổi sáng. | 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 |
| 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 |
| 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 | xuất hiện từ từ, phù ở vùng mô lỏng lẻo: mu bàn tay, mi mắt | Teo cơ, thiếu máu |
| Phù do thuốc | Phù thường khởi phát sau một tới vài tuần dùng thuốc và mất đi trong vòng vài ngày hoặc lâu hơn sau khi ngưng thuốc | Phù có thể là toàn thân hoặc khu trú (thường ở 2 chân); phù mềm ấn lõm. |  |