Họ và tên: Nguyễn Huỳnh Đức Thiện

MSSV: 111170309

Tổ 21 - lớp Y17D

**BỆNH ÁN**

# Hành chính:

Họ và tên: Phạm Phát Đ.

Năm sinh: 2000 (20 tuổi)

Giới: Nam

Địa chỉ: Long Thành Nam, Tây Ninh

Ngày nhập viện: 15h30 ngày 20/10/2022.

Giường 24, phòng 312, khoa Nội Tiết Thận, Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

# Lý do nhập viện: Phù.

# Bệnh sử: bệnh nhân tự khai bệnh.

Cách nhập viện 15 ngày, bệnh nhân phát hiện phù chân, phù trắng mềm, không đau, đều 2 bên. Sau đó, phù tăng dần từ từ lan lên bìu, bụng, thân mình, tay và mặt với tính chất tương tự, tiểu vàng nhiều bọt, ít dần lượng không rõ.

Cách nhập viện 9 ngày, bệnh nhân phù tăng nhiều với không đổi tính chất nên đi khám BV Nhân dân Gia Định, kết quả CLS: đạm niệu 24h (), albumin máu (25.6 g/L), protein máu (53.1 g/L), bilan lipid máu tăng, creatinine máu (0.91 mg/dL), chẩn đoán: Phù toàn thân – viêm dạ dày – TD hội chứng thận hư N4, không rõ điều trị.

Ngày nhập viện (20/10), bệnh nhân phù nhiều toàn thân không thay đổi tính chất, tăng 16 kg (21% cân nặng) so với trước khi bệnh (74kg → 90kg), tiểu ít lượng 300 – 400mL/ngày → nhập viện BV nhân dân Gia Định, khoa Nội tiết Thận.

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho, không khó thở, không đau ngực, không nhức đầu, ăn uống bình thường, tiểu vàng lượng ít, nhiều bọt, không tiểu đau, tiểu khó, tiểu đỏ.

Tình trạng lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, vẻ mặt suy giáp

Da niêm hồng nhạt

Tuyến giáp to độ 1

Phù toàn thân

Sinh hiệu:  
Mạch: 90 l/p  
Huyết áp: 140/80 mmHg  
Nhịp thở: 20 l/p  
Cân nặng: 90kg  
Cao: 175cm

Tim đều

Phổi không rale, giảm âm 2 đáy

Bụng mềm không điểm đau khu trú

Cầu bàng quang (-)

Cổ mềm

Sức cơ 5/5

Lưỡi sạch

Mắt không vàng

Diễn tiến sau nhập viện:

* + 31/10: bệnh nhân tỉnh, giảm khó thở còn 7/10, giảm phù còn 7/10, giảm tiểu khá khoảng 1.1L không nhức đầu, không sốt, không đau bụng, tiêu tiểu bình thường.
  + 1/11 - 6 /11: bệnh nhân tỉnh, giảm khó thở, giảm phù, tiểu khá, không nhức đầu, không sốt, không đau bụng, tiêu bình thường.
  + 7/11: bệnh nhân tỉnh, giảm khó thở, giảm phù, tiểu khá, không nhức đầu, không sốt, không đau bụng, V nhập = 500mL, V xuất = 3L.

# Tiền căn:

1. **Bản thân:**

Lần đầu bị phù.

Viêm loét dạ dày, không rõ nhiễm *H. pylori*, nội soi dạ dày: có ổ loét.

Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tim (suy tim), phổi, thận (bệnh thận mạn, sỏi thận), gan (viêm gan, xơ gan), tăng huyết áp, đái tháo đường, lao.

Chưa ghi nhận tiền căn dùng thuốc gì trước khi đi khám bệnh (thuốc Nam, thuốc Bắc, thuốc giảm đau, thuốc bổ…).

Chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa.

Sinh hoạt: không uống rượu bia hay hút thuốc lá.

Dị ứng: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc hay thức ăn.

1. **Gia đình:**

Chưa ghi nhận tiền căn gia đình bị phù.

Chưa ghi nhận tiền căn gia đình bị bệnh lý tim mạch (suy tim), bệnh phổi, bệnh gan (viêm gan, xơ gan), sỏi thận.

Có bác bị bệnh thận mạn có chạy thận, hiện đã mất.

Có bố hút thuốc lá.

# Lược qua các cơ quan: 7h ngày 7/11/2022

Hô hấp: ho đàm, không sốt, không khó thở.

Tim mạch: không hồi hộp đánh trống ngực, không tím.

Tiêu hóa: không đau bụng, không đầy hơi khó tiêu, không nôn ói, không tiêu chảy.

Tiết niệu: không tiểu đau, không tiểu đỏ.

Thần kinh – cơ xương khớp: không đau đầu, không giới hạn vận động.

# Khám bệnh: ngày 7h ngày 7/11/2022

1. **Tổng quát:**

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt.

Sinh hiệu:

* + Mạch: 76 lần/phút
  + Huyết áp: 150/110mmHg (đo 2 tay) – Không hạ huyết áp tư thế.
  + Nhịp thở: 16 lần/phút
  + Nhiệt độ: 37 độ C.
  + SpO2: 97%

Niêm hồng, kết mạc mắt không vàng.

Không sẩn hồng ban.

Chi ấm, mạch đều rõ.

Thời gian đổ đầy mao mạch < 2s.

Phù ít chân, bụng.

1. **Đầu mặt cổ:**

Cân đối, không biến dạng

Không phù mi mắt.

Tĩnh mạch cổ không nổi/tư thế đầu cao 30 độ.

Hạch vùng đầu cổ không sờ chạm.

Không nổi sẩn hồng ban.

1. **Lồng ngực:**

Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ, không dấu xuất huyết, không dấu sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.

Tim: mỏm tim khó sờ, không dấu Harzer, không dấu nảy trước ngực, không rung miêu. Tim đều rõ, tần số tim 76 lần/phút, không âm thổi bệnh lý.

Phổi: Rung thanh giảm đáy phổi (T), không dấu lép bép, gõ đục đáy phổi (T), giảm âm phế bào đáy phổi 2 bên (bên T>bên P), không rale, thở đều êm, 16 lần/phút.

1. **Bụng:**

Bụng bè ra 2 bên, không sẹo mổ, không dấu xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ.

Không âm thổi vùng bụng, âm ruột: 6 lần/phút.

Bụng căng chướng nhẹ, ấn không đau, gan lách không sờ chạm, cầu bàng quang (-).

Gõ trong quanh rốn, không dấu vùng đục di chuyển.

1. **Tứ chi – cột sống:**

Hai chân phù đều, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau, không thay đổi màu sắc da vùng phù.

Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị.

Sức cơ 5/5, không giới hạn vận động.

# Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhân nam, 22 tuổi, nhập viện vì phù, bệnh 15 ngày.

Triệu chứng cơ năng:

* + Phù toàn thân.
  + Tiểu ít 300 – 400 mL.
  + Tiểu nhiều bọt.

Triệu chứng thực thể:

* + Phù toàn thân trắng, mềm, ấn lõm, không đau.
  + Bụng căng, bè ra 2 bên, gõ trong quanh rốn.
  + Phổi không rale, rung thanh giảm, gõ đục, giảm âm phế bào 2 đáy phổi.
  + Tim đều rõ, không âm thổi bệnh lý.
  + Huyết áp 150/110mmHg.

Tiền căn:

* + Bác bị bệnh thận mạn, có lọc thận, hiện đã mất.

# Đặt vấn đề:

1. Phù toàn thân
2. Tiểu ít ngưỡng thiểu niệu
3. Tăng huyết áp người trẻ
4. Hội chứng 3 giảm 2 bên đáy phổi

# Chẩn đoán:

Chẩn đoán sơ bộ: Hội chứng thận hư nguyên phát không thuần tuý, theo dõi tổn thương thận cấp N9, tăng huyết áp thứ phát ở ngưười trẻ.

# Biện luận:

1. Phù:

Bệnh nhân có phù đối xứng 2 bên, phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau → Phù toàn thân.

Các nguyên nhân gây phù toàn thân:

* + Phù do tim: không nghĩ vì bệnh nhân trẻ, không có triệu chứng gợi ý suy tim như nhịp tim nhanh, gallop T3, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, nghe phổi không rale.
  + Phù do gan: không nghĩ vì bệnh nhân không có tiền căn viêm gan, xơ gan, khám không có triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan (vàng da, lòng bàn tay son, dấu sao mạch) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (gan to, lách to, tĩnh mạch cổ nổi).
  + Phù do suy dinh dưỡng: bệnh nhân ăn uống khá trong suốt quá trình bệnh → không nghĩ.
  + Phù do thận: bệnh nhân có phù toàn thân, phù nhiều kèm tiểu ít, tiểu bọt, tăng huyết áp → nghĩ nhiều là phù do thận, cần phân biệt các nguyên nhân phù do thận.
    - Bệnh nhân có phù toàn thân nhiều, tiểu ít, tiểu nhiều bọt, tăng huyết áp → nghĩ nhiều là hội chứng thận hư không thuần túy (phân biệt hội chứng viêm thận).

→ đề nghị TPTNT, đạm niệu 24h, protein HT, albumin HT, soi cặn lắng nước tiểu tìm trụ hồng cầu, Ure, Creatinin.

* + - Nghĩ nhiều nguyên phát vì bệnh nhân nam, trẻ tuổi (22t), khởi bệnh đột ngột và phù tăng cân nhanh, nhiều.
    - Nghĩ nhiều nguyên phát vì bệnh nhân không uống thuốc gì trước khi bệnh, không có tiền căn dị ứng, côn trùng chích, chưa ghi nhận tiền căn nhiễm khuẩn, tiền căn bản thân và gia đình bệnh gan, không nghĩ bệnh hệ thống do lâm sàng chưa ghi nhận tổn thương cơ quan khác, chưa ghi nhận tiền căn bản thân và gia đình bệnh nội tiết chuyển hóa, bệnh di truyền → đề nghị anti-HIV, anti HBs, anti-HCV.
    - Biến chứng:
      * Tổn thương thận cấp: Bệnh nhân có tiểu ít ngưỡng thiểu niệu → nghĩ có biến chứng tổn thương thận cấp cần phải tầm soát → đề nghị urea HT, creatinin HT.
      * Nhiễm trùng: Bệnh nhân không sốt, không ho, không khó thở, không đau bụng, không nôn ói, không tiêu chảy, không tiểu gắt buốt → không nghĩ.
      * Tắc mạch: bệnh nhân phù đối xứng, phù đều 2 chân, không đau, không thay đổi nhiệt độ và màu sắc da, không khó thở/đau ngực, không đau cách hồi chi dưới → Không nghĩ.

1. Tiểu ít ngưỡng thiểu niệu:

Bệnh nhân tiểu ít, nước tiểu vàng lượng 300 – 400mL/ngày, nhiều bọt, kèm tăng huyết áp → nghĩ có tổn thương thận cấp là biến chứng của hội chứng thận hư.

Nguyên nhân tổn thương thận cấp: bệnh nhân phù nghĩ do hội chứng thận hư, tiểu lượng ít dần khi phù đến ngưỡng thiểu niệu → nghĩ nhiều nguyên nhân tổn thương thận cấp trước thận do giảm thế tích nội mạch (phân biệt tổn thương thận cấp tại thận do phù mô kẽ đè xẹp ống thận).

Biến chứng của tổn thương thận cấp:

* + Tăng kali máu: bệnh nhân không có rối loạn thần kinh cơ, yếu cơ, suy hô hấp, khám tim không rối loạn nhịp, tần số tim 76 lần/phút → không nghĩ.
  + Hạ Natri máu: bệnh nhân không có rối loạn tri giác, co giật, hôn mê → không nghĩ.
  + Hạ Calci máu: bệnh nhân không chuột rút, co giật, rối loạn tri giác → không nghĩ.
  + Toan chuyển hóa tăng AG: không nghĩ do bệnh nhân không thở nhanh (kiềm hô hấp bù trừ toan chuyển hóa).
  + Tràn dịch, viêm màng ngoài tim: mỏm tim khó sờ, nghe tim T1, T2 đều, rõ, không âm thổi, không tiếng cọ màng ngoài tim: không nghĩ.

1. Tăng huyết áp người trẻ:

Bệnh nhân 22 tuổi, huyết áp nhập viện 140/80mmHg – theo dõi hiện tại 150/110mmHg, đo tại bệnh viện nên nghĩ bệnh nhân có tăng huyết áp.

Nguyên nhân tăng huyết áp: bệnh nhân có phù, tiểu ít nên nghĩ nhiều là tăng huyết áp thứ phát do bệnh thận (tổn thương thận cấp), tuy nhiên cần theo dõi, đánh giá lại huyết áp bệnh nhân khi chức năng thận ổn định, đồng thời tầm soát các nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát khác để loại trừ tăng huyết áp nguyên phát.

1. Hội chứng 3 giảm 2 đáy phổi:

Các nguyên nhân gây giảm phế âm 2 đáy phổi:

* + TDMP: nghĩ nhiều vì lâm sàng bệnh nhân có phù nhiều, tiểu ít gợi ý nguyên nhân hội chứng thận hư, tổn thương thận cấp gây tràn dịch màng phổi.
  + Dày dính màng phổi.
  + U màng phổi: bệnh nhân không biểu hiện hội chứng cận ung (ăn kém, sụt cân, sốt…): không nghĩ.
  + Xẹp phổi diện rộng do tắc nghẽn phế quản: ít nghĩ vì bệnh nhân không khó thở, khám có hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới.

# Đề nghị cận lâm sàng:

1. Thường quy:

Công thức máu, siêu âm tim, điện tâm đồ, AST/ALT, đông máu toàn bộ.

2. Chẩn đoán nguyên nhân – biến chứng:

X-quang ngực thẳng.

Tổng phân tích nước tiểu bằng que nhúng dipstick.

Đạm niệu 24 giờ, soi cặn lắng nước tiểu.

anti-HIV, anti HBs, anti-HCV.

Siêu âm bụng.

Protein HT, Albumine HT, bilan lipid máu.

Ion đồ máu, ion đồ niệu.

Creatinin HT, Urea HT, Creatinin niệu, Urea niệu.

# Kết quả cận lâm sàng:

**Chẩn đoán HCTH**

## 1. **Đạm niệu (20/10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Protein niệu | 6.77 | g/L |
| Thể tích nước tiểu | 0.28 | L |
| Protein niệu 24h | 1.8956 | g/24h |

Cảm nghĩ: Đạm niệu 24h 6.77 g > 3g => Đạt tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH

## 2. **Albumin – Protein máu (21/10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Albumin | 24 | g/L |
| Protein toàn phần | 47.5 | g/L |

Cảm nghĩ: Albumin máu giảm < 30 g/L, Protein máu toàn phần < 60 g/L => phù hợp HCTH

## 3. **Bilan lipid máu (11/10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cholesterol | 11.78 | mmol/L |
| Triglyceride | 3.87 | mmol/L |
| HDL-c | 2.22 | mmol/L |
| LDL-c | 8.89 | mmol/L |

Cảm nghĩ: Cholesterol, Triglyceride máu, LDL-c tăng => phù hợp HCTH

## **4. TPTNT (11/10)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ery | 80 | Ery/µL |
| Urobilinogen | 16 | µmol/L |
| Bilirubin | 17 |  |
| Nitrite | Âm tính |  |
| Ketone | Vết |  |
| Protein | 10 | g/L |
| Glucose | Âm tính | Mmol/L |
| pH | 6.5 |  |
| S.G | 1.042 |  |
| Leukocytes | Âm tính |  |
| Color | Vàng sậm |  |

Cảm nghĩ: Tiểu đạm ngưỡng thận hư phù hợp HCTH. Tiểu máu => nghĩ HCTH ko thuần túy => đề nghị soi cặn lắng nước tiểu

**Nguyên nhân HCTH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HBsAg | Âm tính |  |
| Anti-HCV | Âm tính |  |
| HIV Ag/Ab combo | Âm tính |  |
| Toxocara IgG | **Dương tính** |  |
| Strogylodies stercoralis IgG | Âm tính |  |
| Gnathostoma IgG | Âm tính |  |
| TB real-time PCR | Âm tính |  |
| Anti-dsDNA | Âm tính |  |
| ANA | Âm tính |  |

Không nghĩ nguyên nhân nhiễm trùng (HBV, HCV, HIV, lao), và lupus

Toxocara IgG dương tính => đã nhiễm giun lươn, nhưng ít nghĩ đây là nguyên nhân gây HCTH

Glucose máu ngày 11/10: 5.49 mmol/L => Bình thường, không có ĐTĐ

* BN có HCTH nguyên phát
* Đề nghị Sinh thiết thận.

**Biến chứng HCTH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 11/10 | 20/10 | 21/10 | 22/10 | 24/10 | 25/10 | 27/10 | 28/10 | 29/10 | 31/10 | 1/11 | 2/11 | 4/11 |
| Creatinine | 80.8 | 225.7 | 236.5 | 235.4 | 243.1 | 276.8 | 325.3 | 334.6 | 363.4 | 332.3 | 323.5 | 318.0 | 332.1 |
| eGFR | 110.31 | 33.71 | 31.94 | 32.11 |  | 26.64 | 22.11 | 21.4 | 19.46 | 21.57 | 30.6 | 22.7 | 21.59 |
| Urea |  |  | 15.05 | 14.53 | 14.83 | 18.79 | 25.37 |  | 29.50 | 29.6 | 22.25 | 29.9 | 22.9 |
|  | 0.91 | 2.55 | 2.67 | 2.66 | 2.75 | 3.13 | 3.68 | 3.78 | 4.11 | 3.76 | 3.66 | 3.6 | 3.76 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 42.21 | 40.76 | 41.6 | 52.7 | 71.15 |  | 82.74 | 83.02 | 62.4 | 83.86 | 64.23 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Creatinine (20/10) tăng 1.8 lần so với (11/10) => AKI giai đoạn 2

# Chẩn đoán xác định (ngày 22/10): Hội chứng thận hư lần đầu, không thuần túy, nguyên phát, biến chứng tổn thương thận cấp/ Tăng huyết áp thứ phát do tổn thương thận cấp.