*Tên: Nguyễn Đức Thắng*

*Lớp: Y17D Tổ: 21*

BỆNH ÁN NỘI KHOA

# I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Nguyễn Minh T.

Giới tính: Nam

Năm sinh: 1969 (53 tuổi)

Nghề nghiệp: Làm ruộng

Địa chỉ: An Giang

Ngày nhập viện: 05/11/2022

Giường 21 - Khoa: Nội tiết thận Bệnh viện Gia Định.

# II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Phù toàn thân

# III. BỆNH SỬ: Bệnh n

# Nguyễn huỳnh

# hân là người khai bệnh.

nguy ễn hu ỳnh

- Cách nhập viện 15 ngày, bệnh nhân đột ngột thấy bụng to ra, căng tức vùng bụng, không đau, mặc quần áo chật hơn. Trong 15 ngày sau, bệnh nhân thấy phù xuất hiện ở 2 chân, 2 tay và nặng mí mắt 2 bên. Phù tăng dần đối xứng 2 bên, mềm, ấn lõm, không đỏ, không đau. Bệnh nhân tăng 10kg trong 15 ngày(68kg->78kg). Nước tiểu vàng, đục, nhiều bọt, không lẫn máu. Tiểu không đau, không gắt buốt.

- Bệnh nhân thấy phù tăng nhiều nên đi khám ở BV Đại học Y Dược được chẩn đoán Hội chứng thận hư đã điều trị Endoxan/ Suy thận cấp do ngưng điều trị và uống thực phẩm chức năng, tăng huyết áp, đau khớp => chuyển và nhập viện BV Nhân dân Gia Định.

- Tình trạng lúc nhập viện:

+ Sinh hiệu : M: 100l/p, HA: 170/100mmHg, Nhiệt độ: 37℃, Nhịp thở: 16l/P

CN: 78kg, CC 174cm

+ Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được

+ Phù toàn thân (+++)

+ Da niêm nhạt

+ Tim đều, rõ

+ Phổi thô

+ Bụng mềm

+ Tuyến giáp nhân thùy (T)

+ Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho, không khó thở, không đau ngực, không đau bụng, không đau hông lưng, ăn uống tốt, không buồn nôn, không nôn ói, lượng nước tiểu ít hơn bình thường mỗi ngày #1l/ngày (uống # 1.5-2l nước/ngày), tiêu phân vàng, đóng khuôn.

- Sau nhập viện 2 ngày: bệnh nhân giảm phù, còn phù 2 chân (++), HA ổn định: 130-140 mmHg, uống 1l nước, tiểu 1l, còn tiểu bọt, giảm 0.5kg

# IV. TIỀN CĂN

## 1. Bản thân

### a. Nội khoa:

- Tiền căn tăng huyết áp nguyên phát 9 năm đang điều trị hiện ổn, huyết áp tâm thu dễ chịu 130-140 mmHg, huyết áp tâm thu cao nhất 200-210 mmHg.

- Tiền căn Hội chứng thận hư/ suy thận mạn được chẩn đoán và điều trị ngoại trú ở BV Đại học Y Dược 3 năm trước. Kết quả Cls 3/5/2019: Cre HT: 1,94 mg/dL eGFR: 37 ml/ph/1,73 m2.

- Bệnh nhân tái khám thường xuyên tại BV Đại học Y Dược, 8/5/2021 được chẩn đoán: Hội chứng thận hư nguyên phát MCD đã điều trị Endoxan/ Suy thận cấp đang hồi phục, tăng huyết áp, đau khớp. Kết quả Cls 8/5/2021: Cre HT: 1.05 mg/dL, eGFR: 74 ml/ph/1,73 m2. Từ 8/5/2021 tới nay bệnh nhân không đi tái khám, bỏ trị, ở nhà uống thuốc nam và thực phẩm chức năng(ích thận vương).

### b. Ngoại khoa:

- Tiền căn đục thủy tinh thể mắt (T) đã mổ 3 năm trước.

- Tiền căn đục thủy tinh thể mắt (P) đã mổ 4 tháng trước.

### c. Dị ứng:

- Không ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc

### d. Thói quen sinh hoạt:

- Hút thuốc lá 30 gói năm trong 30 năm đã bỏ 3 năm, không uống rượu bia.

## 2. Gia đình

- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lí tim mạch sớm, tăng huyết áp, đái tháo đường và ung thư

# V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN: (8/11/2022)

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

Hô hấp: không khó thở, không ho.

Tiêu hóa: không đau bụng, không buồn nôn, không nôn, tiêu phân vàng, đóng khuôn.

Tiết niệu: không tiểu gắt buốt, còn tiểu bọt, còn phù chân.

Thần kinh-cơ xương khớp: không nhức đầu, không chóng mặt, không đau khớp, không giới hạn vận động, không yếu liệt tay chân.

Chuyển hóa: không sốt.

# VI. KHÁM LÂM SÀNG: (8/11/2022)

## 1. Tổng trạng

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu:

Mạch: 90 lần/ phút Huyết áp: 130/80 mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút Nhiệt độ: 37℃

Chiều cao: 174 cm

Cân nặng: 77.5 kg => BMI: 25.6 kg/m2.

Cân nặng trước phù: 68kg => BMI: 22.4 kg/m2

Chi ấm, mạch quay đều rõ

Không vàng da, không ngón tay dìu trống

Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng

Phù chân (++). Phù đều đối xứng 2 bên, không đỏ, không đau.

Không môi khô lưỡi dơ

Không dấu mất nước

Không hạch ngoại biên sờ chạm

## 2. Khám vùng

### a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng, không vết thương, không sẹo

- Khí quản không lệch

- Tuyến giáp to

- Không tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45 độ

### b. Lồng ngực:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sao mạch, không xuất huyết dưới da, không tuần hoàn bàng hệ, không co kéo các cơ hô hấp phụ, không có khoảng liên sườn dãn rộng.

+Tim:

Mỏm tim KLS V đường trung đòn trái, diện đập 1x1 cm2

Dấu nảy trước ngực (-), Hardzer (-)

Không ổ đập bất thường

T1, T2 đều rõ, tần số 80 l/ph, không âm thổi

+ Phổi:

Thở đều, êm, không co kéo cơ hô hấp phụ

Nhịp thở: 18 l/ph

Rung thanh đều 2 bên

Gõ trong

Rì rào phế nang êm dịu khắp 2 phế trường

Không rale

### c. Bụng:

- Cân đối, di động đều theo nhịp thở

- Không tuần hoàn bàng hệ không dấu xuất huyết, không u sẹo

- Nhu động ruột; 5 l/ph. Không âm thổi

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú

- Gõ vang khắp bụng

- Gan lách không sờ chạm.

- Chạm thận (-), rung thận(-)

- Cầu bàng quang (-)

### d. Tứ chi-Cơ xương khớp:

- Các khớp không sưng đau, không biến dạng, không cử động bất thường

### e. Thần kinh:

- Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

# VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam 53 tuổi nhập viện vì phù toàn thân, bệnh 15 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

- TCCN:

+ Phù bụng, mi mắt, tay, chân, phù mềm, đối xứng 2 bên

+ Tiểu bọt

- TCTT:

+ Phù 2 chân trắng mềm ấn lõm không đau (++)

+ Da niêm nhạt

+ Sinh hiệu lúc nhập viện: M: 100l/ph, HA: 170/100 mmHg, NĐ: 37℃, NT: 16l/ph

- Tiền căn:

+ HCTH nguyên phát MCD bỏ trị, THA nguyên phát

+ Sử dụng thuốc nam, ích thận vương

# VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ

## 1. Phù toàn thân

## 2. Theo dõi tổn thương thận cấp

## 3. Hội chứng thiếu máu

Tiền căn HCTH nguyên phát MCD bỏ trị, THA nguyên phát, sử dụng thuốc nam, ích thận vương

# IX. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán sơ bộ: HCTH nguyên phát MCD bỏ trị theo dõi biến chứng tổn thương thận cấp trước thận do giảm albumin máu, thể không thiểu niệu/ BTM do HCTH nguyên phát, biến chứng thiếu máu mạn, THA nguyên phát

- Chẩn đoán phân biệt:

+ HCTH thứ phát do thuốc theo dõi biến chứng tổn thương thận cấp trước thận do giảm albumin máu, thể không thiểu niệu/ BTM do HCTH nguyên phát, biến chứng thiếu máu mạn, THA nguyên phát

+ Tổn thương thận cấp N15 thể không thiểu niệu, nghĩ do thuốc + HCTH nguyên phát bỏ trị/ BTM do HCTH nguyên phát, biến chứng thiếu máu mạn, THA nguyên phát.

# X. BIỆN LUẬN

## 1. Phù toàn thân:

- Bệnh nhân có: phù mí mắt, báng bụng, phù chân, phù tay, phù mềm, đối xứng 2 bên, tăng 10kg trong 15 ngày => phù toàn thân

- Các nguyên nhân gây phù toàn thân trên bệnh nhân này:

+ Tim: bệnh nhân không có khó thở khi gắng sức, không khó thở khi nằm, khám không tĩnh mạch cổ nổi, tim không to => không nghĩ

+ Gan: bệnh nhân không có hội chứng suy tế bào gan (sao mạch, lòng bàn tay son, vàng da,..), không có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (không có tuần hoàn bàng hệ, không có xuất huyết tiêu hóa, ..) => không nghĩ

+ Suy sinh dưỡng: Bệnh nhân ăn uống được, không có tiền căn cắt dạ dày hay hội chứng kém hấp thu, BMI trước phù của bệnh nhân trong giới hạn bình thường => không nghĩ

+ Thận: Bệnh nhân có phù toàn thân kèm tiểu bọt => nghĩ nhiều

- Các nguyên nhân phù do thận trên bệnh nhân này:

+ Viêm cầu thận cấp: bệnh nhân không tiểu máu, không phát ban, không tiền căn viêm họng, viêm da, không bệnh tự miễn trước đó nhưng có phù toàn thân, HA lúc nhập viện 170/100 mmHg nên không loại trừ => đề nghị TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, soi cặn Adis, ASO

+ Hội chứng thận hư: bệnh nhân có phù toàn thân kèm tiểu bọt => nghĩ nhiều => Đề nghị Đạm niệu 24h, TPTNT, albumin máu, protein máu, bilan lipid (LDL, HDL, Cholesterol, Triglyceride)

* Các nguyên nhân của Hội chứng thận hư:
* Thứ phát:
  + - Nhiễm trùng: không sốt, không đau họng, không viêm da, chưa ghi nhận tiền căn VGSV B,C => đề nghị HbsAg, anti HCV
    - Thuốc: Sử dụng thuốc nam, ích thận vương 1 năm nay => ít nghĩ
    - Bệnh hệ thống: bệnh nhân nam, không ban đỏ, không sang thương da, không đau khớp, không tiền căn bệnh tự miễn => không nghĩ
    - Ung thư: bệnh nhân không ho, không khó thở, không đau bụng, tiêu phân vàng, đóng khuôn, không hạch ngoại biên, không chán ăn, không sụt cân, không có tiền căn ung thư gia đình => không nghĩ
    - ĐTĐ: không tiền căn ĐTĐ, không triệu chứng 4 nhiều (tiểu nhiều, ăn nhiều, uống nhiều, sụt cân nhiều) => không nghĩ
    - Dị ứng: không ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn, thuốc => không nghĩ
  + Nguyên phát: bệnh nhân có tiền căn hội chứng thận hư nguyên phát đã sinh thiết MCD bỏ trị hơn 1 năm => nghĩ nhiều
* Biến chứng:
  + Cấp:
    - Nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt, không vẻ mặt nhiễm trùng, không ho, không khó thở, không đau bụng, ko tiểu gắt buốt, tiêu phân vàng đóng khuôn => không nghĩ
    - Tổn thương thận cấp: tiểu ít hơn bình thường => đề nghị creatinine máu
    - Tắc mạch: bệnh nhân không có các triệu chứng của thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim, tắc mạch não, nhồi máu mạc treo, thuyên tắc TM sâu chi dưới => không nghĩ
  + Mạn:
    - Tim mạch: THA, xơ vữa ĐM, bệnh tim mạch
    - Bệnh thận mạn: đề nghị Creatinin máu, CTM, ion đồ, Ca, P, PTH, soi cặng lắng nước tiểu, CTM, siêu âm bụng
    - Suy dinh dưỡng: bệnh nhân ăn uống được, BMI trong giới hạn bình thường => không nghĩ

+ Tổn thương thận cấp: Bệnh nhân phù toàn thân diễn tiến nhanh, tiểu ít hơn thường ngày => đề nghị Creatinine máu

* Nguyên nhân gây tổn thương thận cấp:
  + Trước thận: bệnh nhân có HCTH gây giảm albumin máu nên nghĩ nhiều => Đề nghị: BUN, Creatinine máu, Creatinine niệu, ion đồ máu, ion đồ niệu TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, áp lực thẩm thấu niệu
  + Tại thận: bệnh nhân có sử dụng thuốc nam, ích thận vương => nghĩ nguyên nhân tổn thương tại thận do thuốc
  + Sau thận: bệnh nhân vẫn đi tiểu được, không có cơn đau quặn thận không có tiền căn sỏi, u bướu đường tiết niệu=> Không nghĩ
* Biến chứng:
  + Quá tải dịch: không nghĩ do bệnh nhân không khó thở, không có ral phổi.
  + Tăng K, toan chuyển hóa: đề nghị ion đồ, KMDM

+ Bệnh thận mạn diễn tiến: bệnh nhân có tiền căn bệnh thận trước đây, khám có da niêm nhạt => Đề nghị Creatinin máu, CTM, ion đồ, Ca, P, PTH, soi cặng lắng nước tiểu, CTM, siêu âm bụng

## 2. Theo dõi tổn thương thận cấp: đã biện luận

## 3. Hội chứng thiếu máu: Khám bệnh nhân có da niêm nhạt nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng thiếu máu. Các nguyên nhân có thể gặp là:

## - Bệnh thận mạn: nghĩ nhiều do tiền căn bệnh thận đã chẩn đoán

- Dinh dưỡng kém: không nghĩ do bệnh nhân ăn uống tốt

- Xuất huyết: không nghĩ do không ghi nhận tiền căn chấn thương, chảy máu, không nôn ra máu, không ho ra máu, không tiêu phân đen, không tiểu máu

- Tán huyết: không nghĩ do BN không vàng da, nước tiểu không sậm màu, gan lách không sờ chạm, tiền căn không ghi nhận bệnh lý huyết học

# XI. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

|  |  |
| --- | --- |
| **Vấn đề** | **CLS** |
| HCTH | Đạm niệu 24h, pro máu, albumin máu, bilan lipid, TPTNT  HBsAg, anti HCV |
| Viêm cầu thận cấp | TPTNT, soi cặn lắng NT, soi cặn Addis NT, ASO |
| Tổn thương thận cấp | BUN, Creatinine máu, Creatinine niệu, ion đồ máu, ion đồ niệu TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu, áp lực thẩm thấu niệu |
| Bệnh thận mạn | Creatinin máu, CTM, ion đồ, Ca, P, PTH, soi cặng lắng nước tiểu, CTM, siêu âm bụng |
| Cận lâm sàng thường quy | AST, ALT, PT, aPTT, đường huyết, x-quang ngực thẳng |

# XII. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

## 1. Đạm niệu (6/11/2022)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Protein niệu | 7.38 | g/L |
| Thể tích nước tiểu | 1.0 | L |
| Protein niệu 24h | 7.38 | g/24h |

Cảm nghĩ: Đạm niệu 24h 7.38 g > 3g => Đạt tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH

## 2. Albumin – Protein máu (5/11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Albumin | 20.3 | g/L |
| Protein toàn phần | 46 | g/L |

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

## 3. Bilan lipid máu (5/11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Triglyceride máu | 1.95 | Mmol/L |
| LDL-Cholesterol | 7.28 | Mmol/L |

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

## 4. TPTNT (7/11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ery | 80 | Ery/µL |
| Urobilinogen | 3.2 | µmol/L |
| Bilirubin | Âm tính |  |
| Nitrite | Âm tính |  |
| Ketone | Âm tính |  |
| Protein | 10 | g/L |
| Glucose | 14 | Mmol/L |
| pH | 6.5 |  |
| S.G | 1.017 |  |
| Leukocytes | Âm tính |  |
| Color | Màu vàng |  |

Cảm nghĩ: Tiểu đạm ngưỡng thận hư phù hợp HCTH. Tiểu máu => nghĩ HcTH ko thuần túy chưa loại trừ viêm cầu thận cấp đề nghị thêm ASO để loại trừ

## 5. Huyết thanh miễn dịch

|  |  |
| --- | --- |
| HbsAg | Âm tính |
| Anti-HCV | Âm tính |

Cảm nghĩ: loại trừ nguyên nhân viêm gan B,C

## 6. BUN, Cre máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8/5/2021 | 5/11 | 6/11 | 8/11 |  |
| Ure |  |  | 18.64 |  | Mmol/L |
| Creatinine | 1.05 | 7.12 | 9.06 | 8.95 | Mg/dL |
| eGFR | 74 | 8 | 6.54 | 6.63 | Ml/ph/1.73m2 |

Nhận xét:

Cre > 4 mg/dL và tăng cấp tính >0.5 mg/dL => TTTC giai đoạn 3

BUN/Cre = 5.76 < 15 => nghĩ TTTC tại thận

## 7. Ion đồ (5/11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na | 137 |  |
| K | 5.32 |  |
| Cl | 110 |  |
| RA(Bicarbonate) | 16.3 |  |

Nhận xét: tăng K mức độ nhẹ kèm toan chuyển hóa => nghĩ do biến chứng của TTTC

## 8. Công thức máu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 5/11 |  |
| HGB | 88 | g/L |
| HCT | 0.272 | % |
| MCV | 89.5 | fL |
| MCH | 28.9 | Pg |
| MCHC | 324 | g/L |
| WBC | 5.59 | g/L |
| NEU | 73.7 | % |
| LYM | 19.7 | % |
| MONO | 3.0 | % |
| EOS | 2.3 | % |
| PLT | 150 | g/L |

Nhận xét:

- Thiếu máu đẳng sắc sắc đẳng bào mức độ trung bình => phù hợp với lâm sàng khám niêm nhạt của bệnh nhân, bn (ko chảy máu, xuất huyết, tiêu phân vàng đóng khuôn, không nôn máu, không ho ra máu,) không ổ xuất huyết => nghĩ do biến chứng BTM đề nghị sắt huyết thanh, ferritin, transferrin

## 9. Ferritin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ferritin | 1169.4 | ng/mL |

Nhận xét: Ferritin tăng phù hợp BTM

## 10. Siêu âm bụng

Thận (P): Có sỏi d#6mm, không ứ nước. Có nang d#20mm, echo trống, vỏ mỏng, không chồi vách

Thận (T): Không có sỏi, không ứ nước

Chủ mô 2 thận echo dày, giảm phân biệt vỏ tủy

Dày phù nề thành túi mật

Dịch tự do ổ bụng lượng trung bình

Không dịch màng phổi 2 bên

Nhận xét: Giảm phân biệt bỏ tủy => phù hợp BTM

# XIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Tổn thương thận cấp tại thận N15 thể không thiểu niệu giai đoạn 3, do thuốc + HCTH nguyên phát (MCD) bỏ trị biến chứng tăng K-toan chuyển hóa / BTM biến chứng thiếu máu mạn mức độ trung bình-THA-Bướu giáp

# XIV. ĐIỀU TRỊ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vấn đề** | **Mục tiêu** | **Điều trị cụ thể** | **Theo dõi** |
| TTTC tại thận do thuốc |  | Ngưng thuốc |  |
| Phù toàn thân | Giảm <1kg/ngày  Bilan nước: -1000-1500 ml/ngày | AT Furosemide 20 mg, 2 ống TMC/ngày( xuất 1000ml)  Ăn cháo 3 cử/ngày  Uống nước tối đa 500-1000ml/ngày | Cân nặng, lượng nước tiểu mỗi ngày |
| Giảm albumin máu | Chưa có chỉ định đề kháng với thuốc lợi tiểu, phù ảnh hưởng tới sinh hoạt |  |  |
| Tăng K+ mức độ nhẹ | K dưới 5,5 nên chưa điều trị. |  | Theo dõi K+ sau khi điều trị Furosemide(hạ K) |
| Toan chuyển hóa | RA # 22-26 | Natri bicarbonate(NaHCO3) 500 mg x 3/ ngày |  |
| Thiếu máu mạn mức độ trung bình | Hb # 11-12g/dL | EPO 2000 UI/ống x 3 ống/tuần TTM | Theo dõi CTM sau 2-4 tuần |
| HCTH nguyên phát MCD | Đạm niệu 24h(-) | Endoxan 50 mg 2 v uống x 1 lần/ngày | Theo dõi CTM 2-4 tuần |
| Tiểu đạm | Đạm niệu < 0,5g/24h | Tiết chế đạm 0.6-0.8g/kg/ngày => 42-56g đạm/ngày => 200-250g thịt/ngày |  |
| THA 170/100 mmHg lúc nhập viên |  | Captopril 25mg 1v ngậm dưới lưỡi x 2l | Theo dõi HA |
| THA | HA # 130-140 | Amlodipin 5mg 1v/ngày | Theo dõi HA, eGFR sau đợt cấp rồi mới lựa chọn thuốc |
| Tư vấn |  | Giảm muối dưới 6g/ngày(1 muỗng café)  Ăn nhiều chất xơ, giảm chất béo, không ăn thức ăn nhanh, đóng hộp  Tập thể dục |  |

# XV. TIÊN LƯỢNG

- Tiên lượng gần: tổn thương thận cấp tại thận giai đoạn 3 => tiên lượng nặng

- Tiên lượng xa: bệnh nhân không tuân thủ điều trị, HCTH nguyên phát bỏ trị, nghi ngờ BTM gđ bốn năm => tiên lượng nặng