

Ca lâm sàng

- Trẻ trai 6 tuổi
- Phù mi mắt
- Phù hai chi dưới với dấu hiệu godet (+)
- Mệt mỏi
- Nôn
- Trẻ bị viêm họng 10 ngày trước đó





Bạn sẽ khám những gì?

- Đo HA ĐM vào lúc nghỉ với băng HA thích hợp
- Cân bệnh nhân
- **Thử nước tiểu bằng que thử**
- Đo lượng nước tiểu 24 giờ



Đái máu vi thể +++

Protêin niệu ++

Tăng cân +3kg

HA 13/8, Kiểm tra 2 lần

Thiểu vô niệu

Bạn có chẩn đoán gì?

- * Phù
- * Cao HA
- * Thiếu vô niệu
- * Đái máu
- * Protein niệu

Viem hong 10 ngay truoc

VCTC sau nhiễm trùng



Viêm cầu thận cấp sau nhiễm trùng

Nguyễn Thị Quỳnh Hương

1/5/2008



Muc tieu

1. Nam duoc sinh ly benh cua VCTC
2. Ke duoc trieu chung lam sang va CLS cua VCTC
3. Biet cac bien chung cua VCTC
4. Biet cach dieu tri VCTC

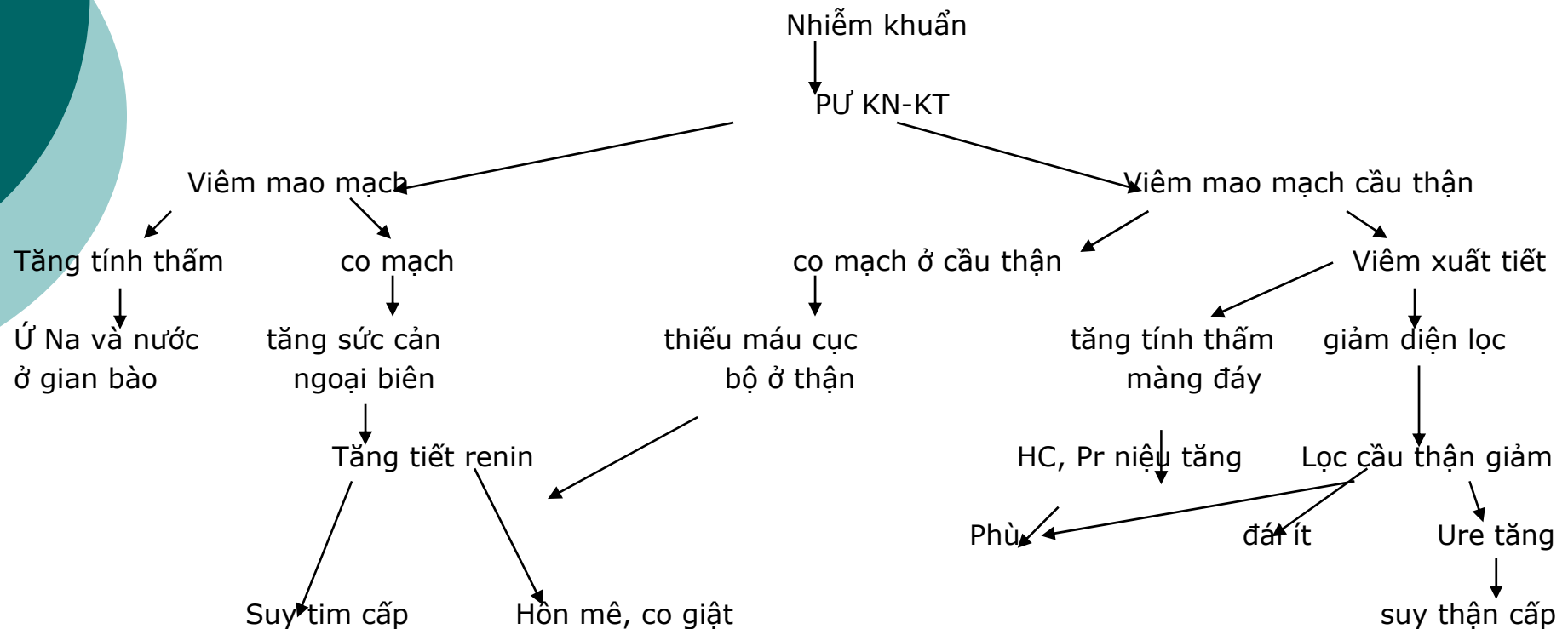
Đại cương

- VCTC sau nhiễm trùng « cổ điển»
- VCTC và nhiễm trùng vi khuẩn
 - Viêm thận của shunt, Viêm nội tâm mạc, Nung mủ sâu (bổ thể bình thường), Giang mai (HCTH bẩm sinh)
- VCTC và nhiễm ký sinh trùng
 - Sốt rét, Sán đường tiêu hoá
- VCTC và nhiễm vi rút
 - VG C (VCT tăng sinh màng), VG B (VCT ngoại màng), HIV

VCTC sau nhiễm trùng

- Tỷ lệ mắc không rõ nhưng rất thấp ở các nước đang phát triển
- Nhiễm trùng TMH (7 tới 15 ngày) hoặc da (3 tới 6 tuần)
- 2 – 12 tuổi, nam/nữ=2
- Bệnh lý miễn dịch huyết thanh (CIC) nhưng cũng hoạt hoá con đường « alterne » của bổ thể bằng KN liên cầu gắn ở gian mạch

Cơ chế bệnh sinh





VCTC tăng sinh nội mạch lan toả

- Bắt đầu đột ngột với: đái máu hằng định (đại thể hoặc vi thể).
- Protein niệu trung bình (1-2 g/24h)
- Phù và tăng cân do ứ đọng muối nước
- Tăng huyết áp
- Suy thận thoáng qua và không hằng định

VCTC tăng sinh nội ngoại mạch

VCT tăng sinh ổ:

- Tăng sinh tới 30-80% cầu thận trên tiêu bản, tăng sinh <30-50% tiến triển thuận lợi, >50% thì tăng HA và suy thận sau nhiều năm tiến triển.
- TCLS: thường vô niệu nhiều ngày
- Đái máu kéo dài trên 6 tháng
- Protein niệu trên 1 g/ngày, kéo dài trên 6 tháng



VCTC tăng sinh nội mạch lan toả

- Bỏ thể giảm hằng định và sớm ngay khi bắt đầu bệnh
- Biến chứng của ứ đọng muối nước: Co giật (do phụ não), suy tim với phù phổi cấp
- Dạng không điển hình với đái máu vi thể

VCTC tăng sinh nội ngoại mạch

VCT tăng sinh lan toả:

- Tăng sinh trên 80% cầu thận trên tiêu bản
- TCLS: Protein niệu nhiều, HCTH tồn tại, tăng HA, suy thận ngay khi bắt đầu hoặc sau vài tuần, tiến triển dần đến suy thận giai đoạn cuối



VCTC tăng sinh màng

- TCLS:
- HCTH
- Đái máu hằng định
- Tăng HA
- Suy thận
- Tiên lượng thường xấu

Dấu hiệu lâm sàng

- Bắt đầu đột ngột
- Thường gặp nhất: phù mắt và đái máu
- HCTH : gặp ở 40% các trường hợp
(Đái máu, Protein niệu cao, Tăng HA, Suy thận và phù)
- Trong 50% trường hợp triệu chứng nghèo nàn
→ Đái máu vi thể, cao HA
- Các triệu chứng kết hợp
 - Mệt mỏi, đau thắt lưng, chán ăn, nôn
 - Biến chứng: Phù phổi cấp, phù não

XN CLS

- HC niệu và Protein niệu
- ↑urê và créatinine máu
- CH50 và C3 giảm
- ASLO ngày 0 và ngày 10
- Bệnh phẩm họng nếu có ổ nhiễm trùng tiềm tàng

Chẩn đoán phân biệt

Bệnh BERGER

- Gặp 7-13 tuổi, thường ở trẻ trai
- Đái máu tái phát, đôi khi khởi phát bởi dấu hiệu nhiễm trùng.
- Đái máu +/- protein niệu, phù, cao HA, suy thận
- C3 bình thường, IgA tăng, sinh thiết thận có lắng đọng IgA.
- Tiến triển thuận lợi, đôi khi có thể gặp suy thận

Chẩn đoán phân biệt

HC Alport:

- Tổn thương thận và tai
- Xảy ra ở nam, thường chết ở độ tuổi 15-30 vì suy thận. Nữ lành tính với đái máu vi thể, DT trội, liên kết X
- Đái máu có thể xuất hiện ngay khi đẻ
- Đái máu đại thể có thể gặp, đái máu vi thể tồn tại
- Protein niệu và suy thận
- C3 bình thường
- Đặc

Chẩn đoán phân biệt

Đái máu gia đình lành tính:

- DT trội, NST thường
- Đái máu **đơn độc**
- Sinh thiết thận: **màng đáy mỏng.**

Các nguyên nhân khác: U, sỏi, dị dạng, thuốc Endoxan...

Chỉ định sinh thiết thận

- **Lúc bắt đầu bệnh: Đánh giá độ nặng của bệnh (Tăng sinh ngoại mạch)**
 - * Vô niệu > 2 ngày
 - * Suy thận ≥ 10 ngày
 - * HCTH ≥ 10 ngày
- **Giai đoạn muộn : Chẩn đoán phân biệt (VCT tăng sinh màng, Lupus)**
 - * Protein niệu $\geq 1\text{g}/24$ giờ kéo dài trên 1 tháng
 - * Đái máu đại thể ≥ 1 tháng
 - * VCTC lần 2
 - * Giảm C3 ≥ 10 tuần

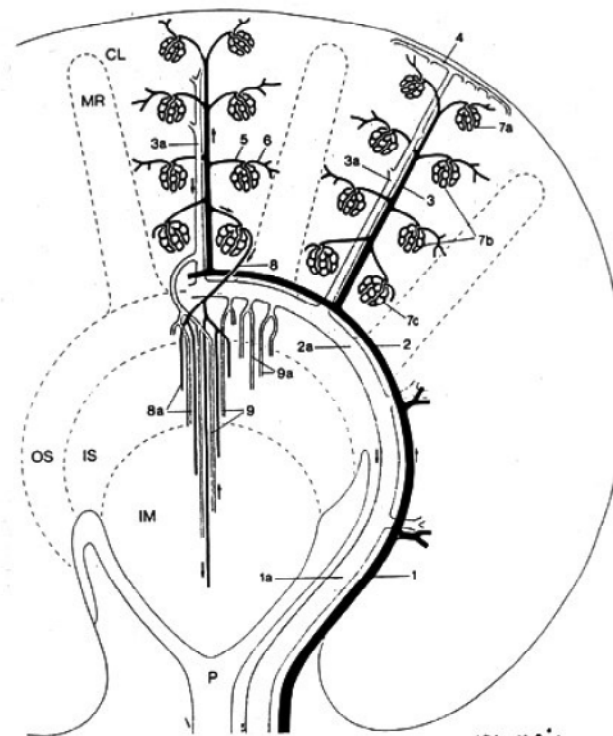
Giải phẫu bệnh

○ Vi thể

- VCT tăng sinh nội mạch (tế bào gian mạch và nội mô) tiết (BCĐN trung tính), đôi khi tăng sinh ngoại mạch
- Lắng đọng **không đều** với các khối quay ra phía ngoài của màng đáy cầu thận lắng đọng hình gò, dạng dưới biểu mô là điển hình nhất

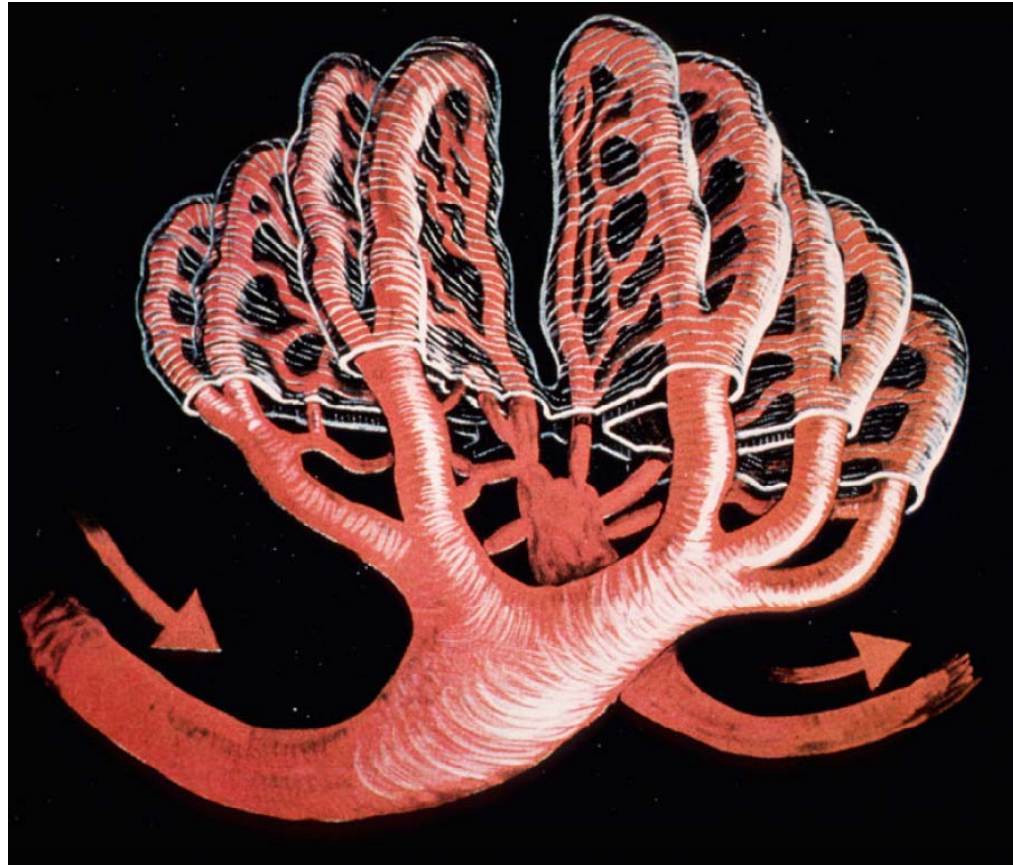
○ Tế bào học

- Lắng đọng không đều C3 +/- IgG

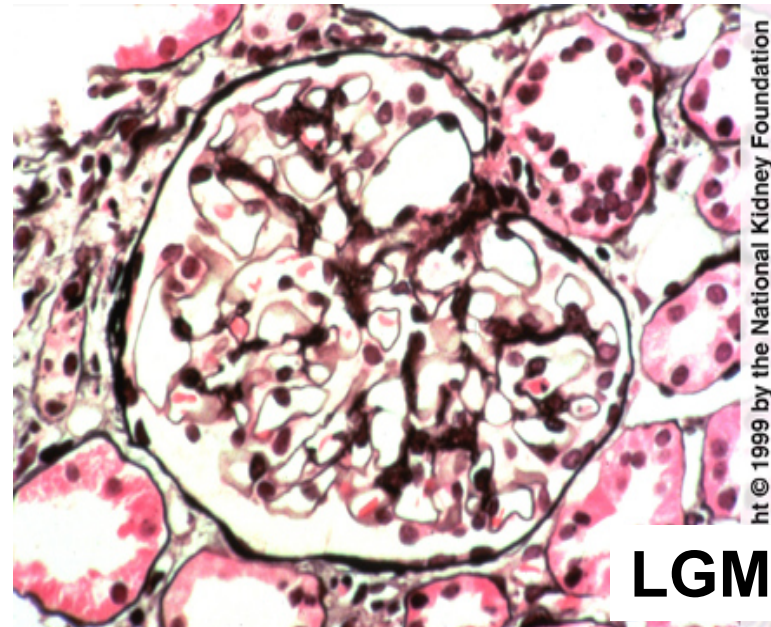
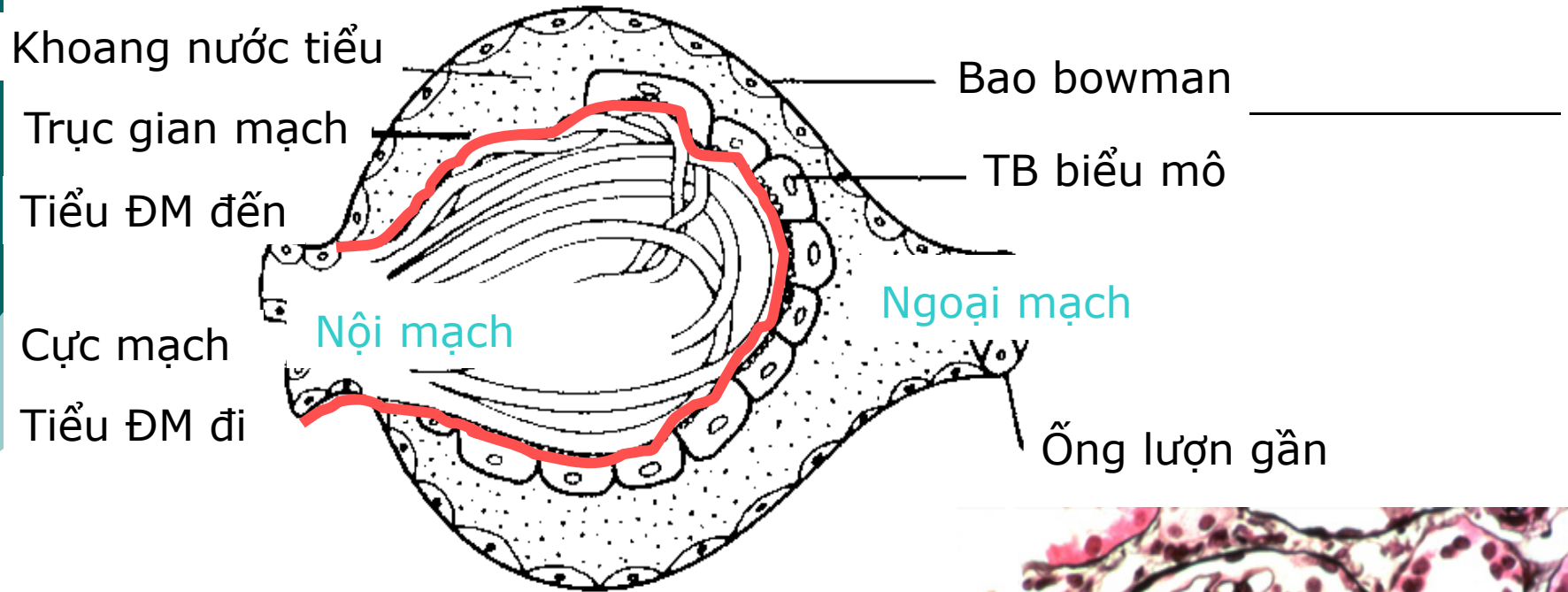


W. KRIL
L. BANKIA

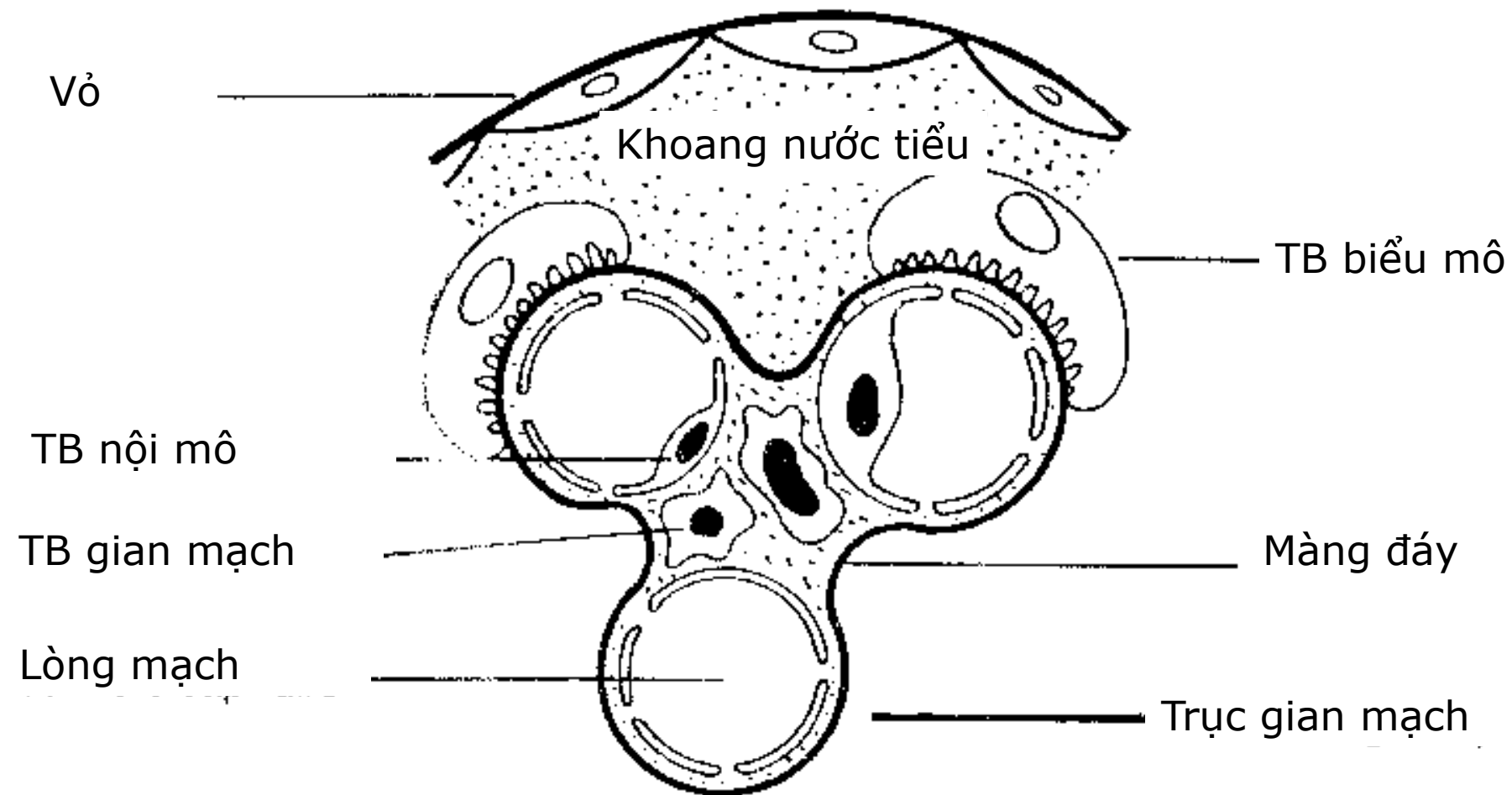


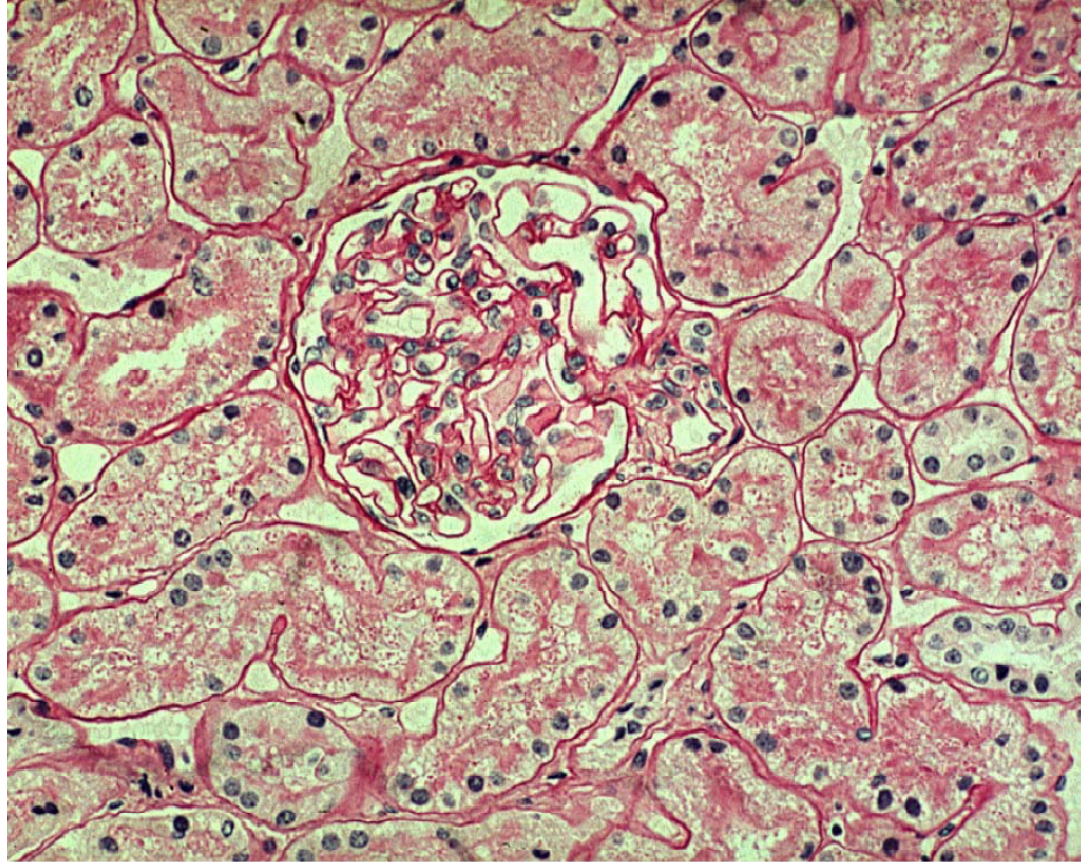


Cầu thận bình thường

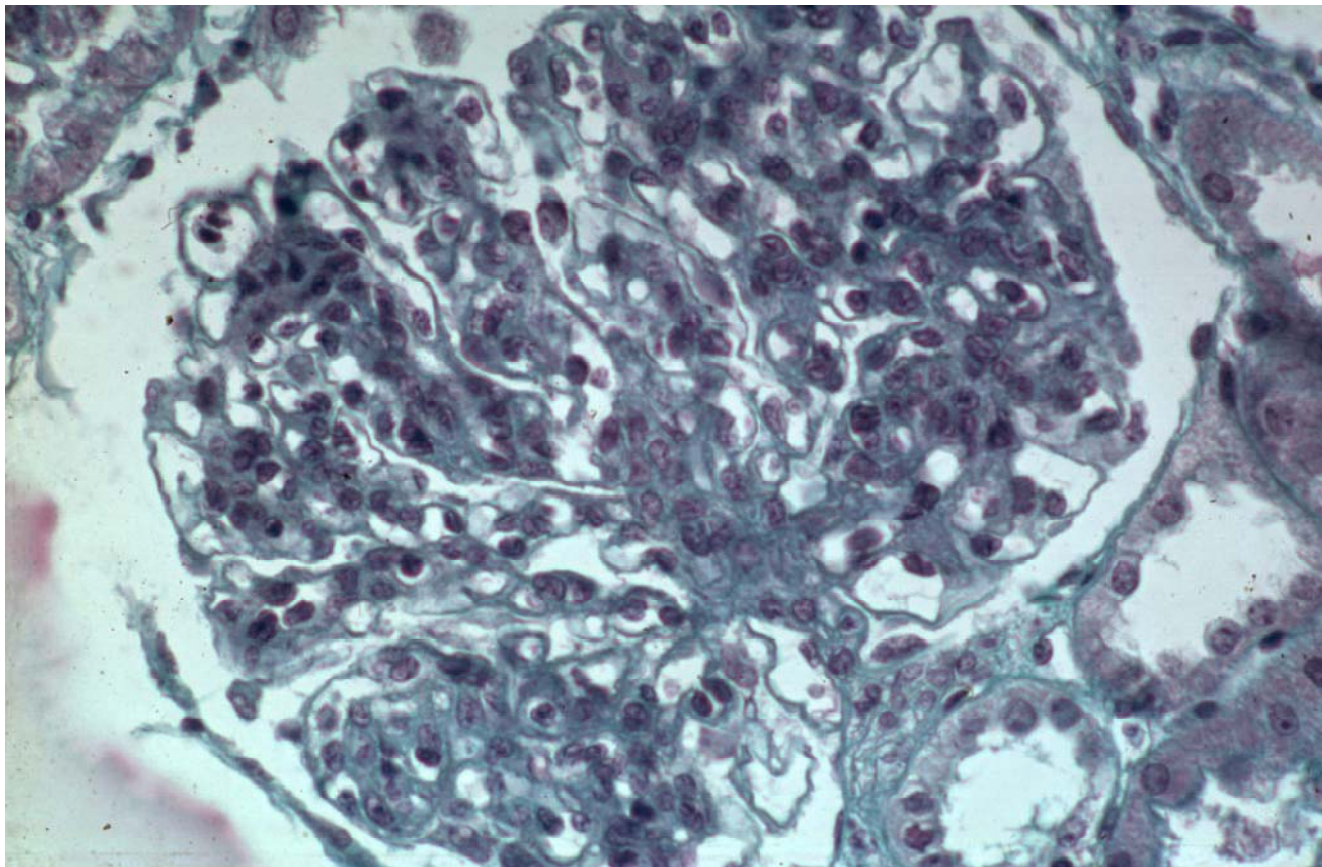


Cấu trúc của trực gian mạch

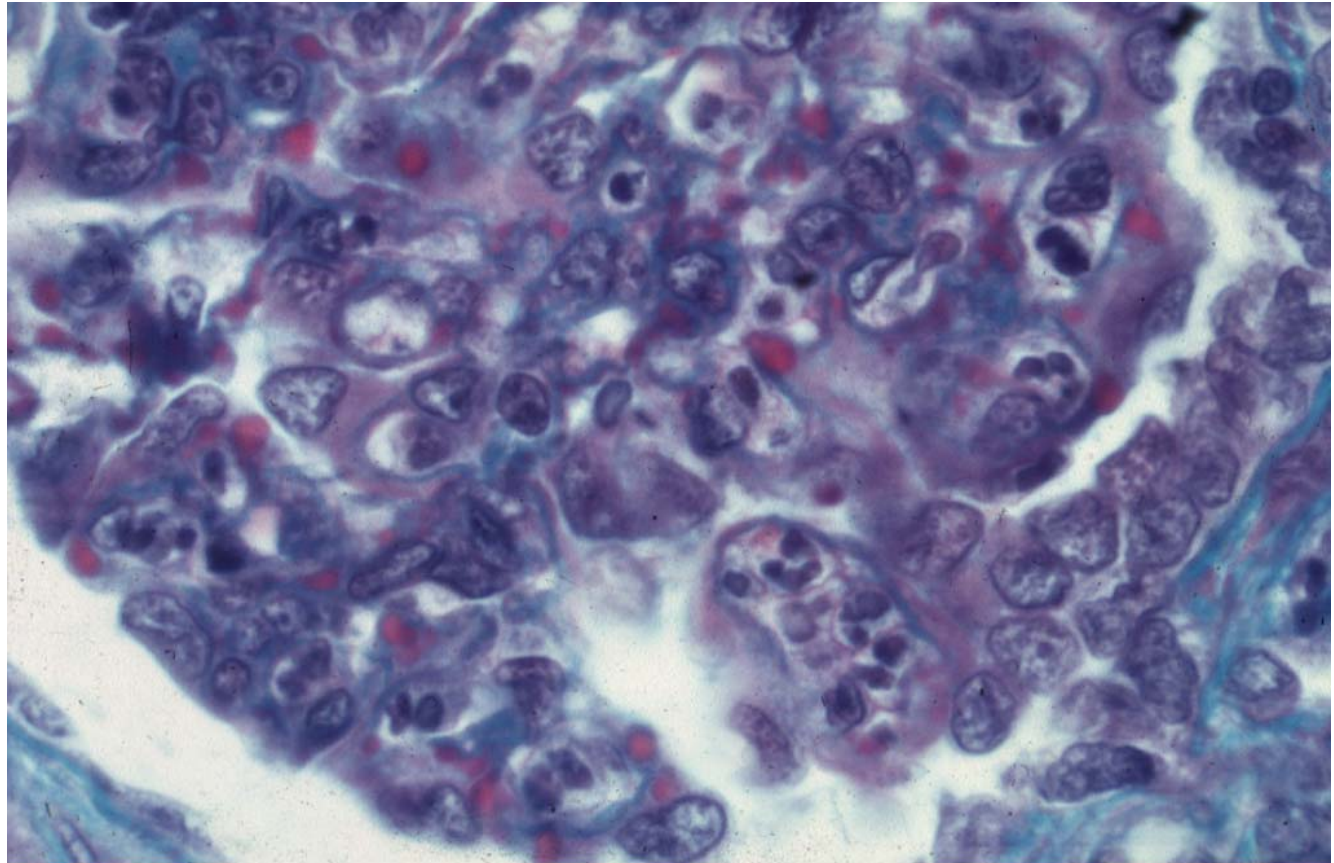




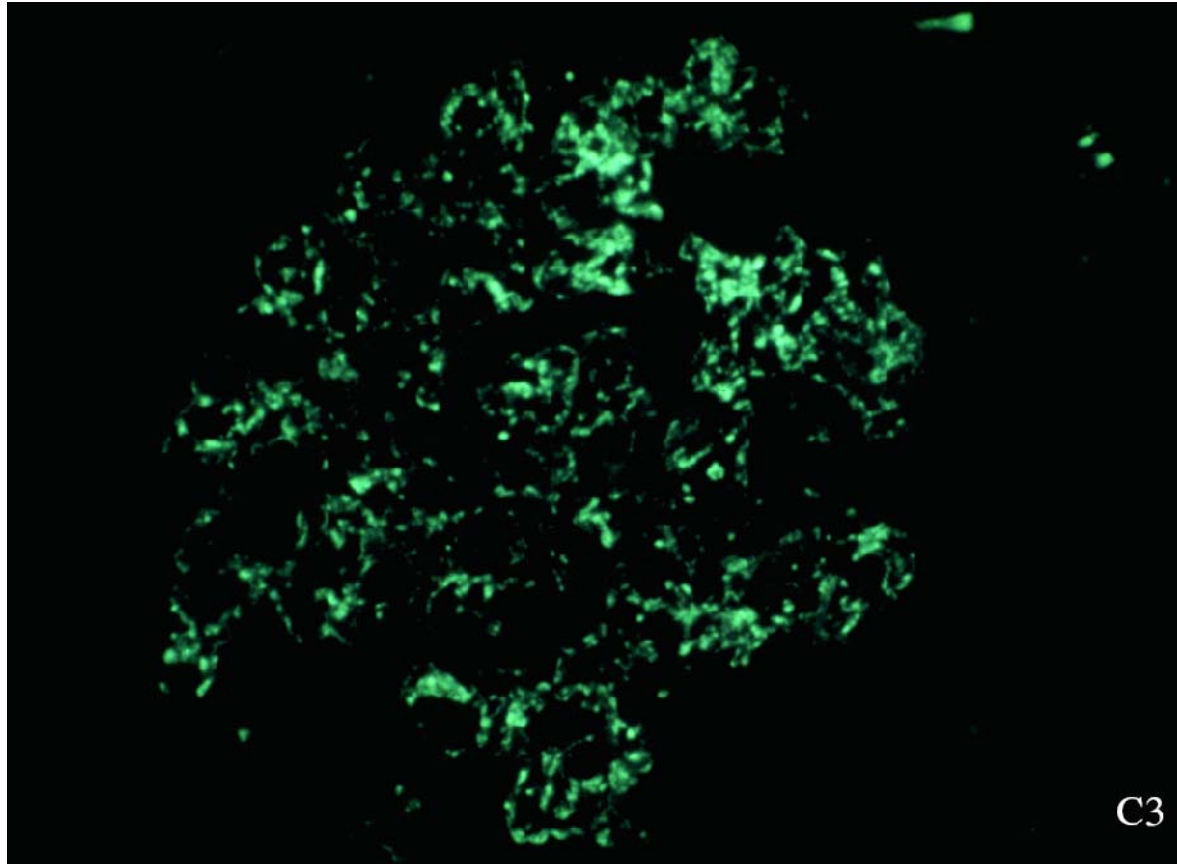
Tăng sinh nội mạch



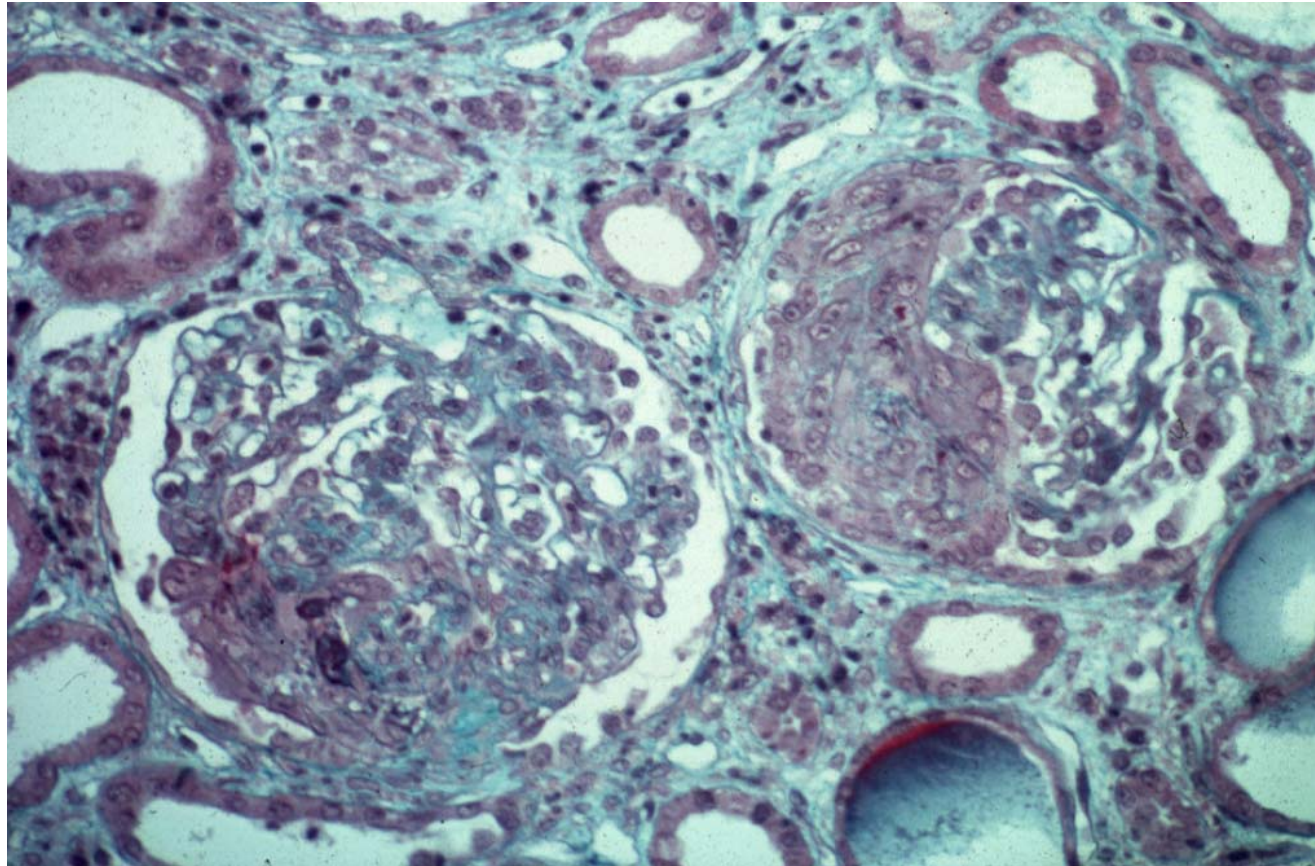
Tăng sinh nội mạch + BCĐNTT



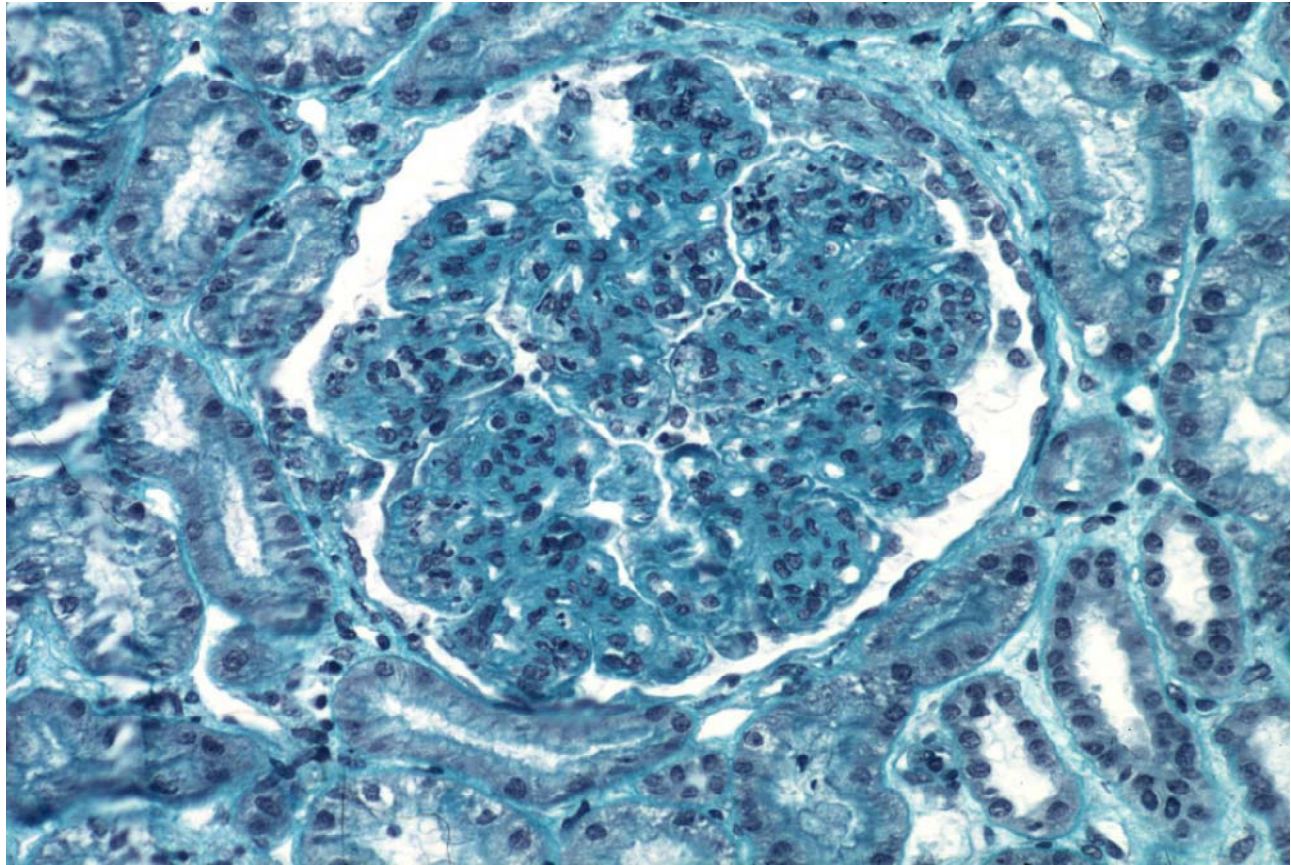
Lắng đọng C3



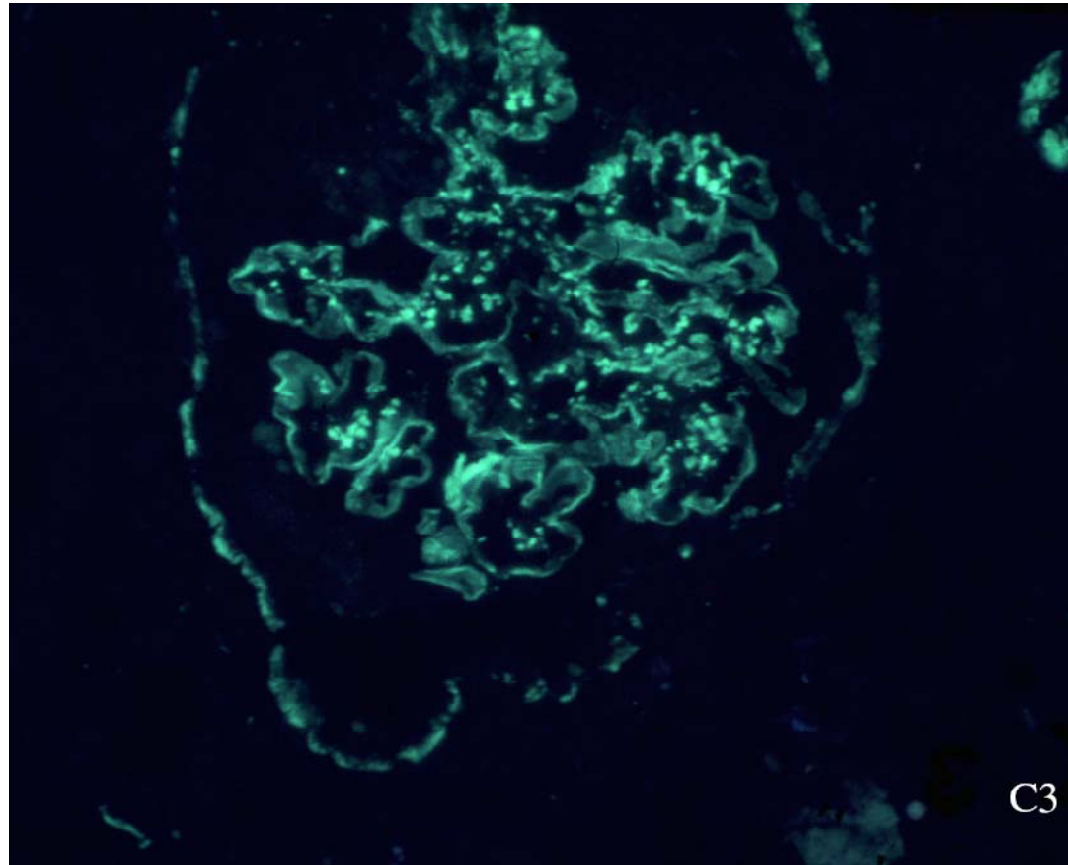
Tăng sinh nội mạch lan toả



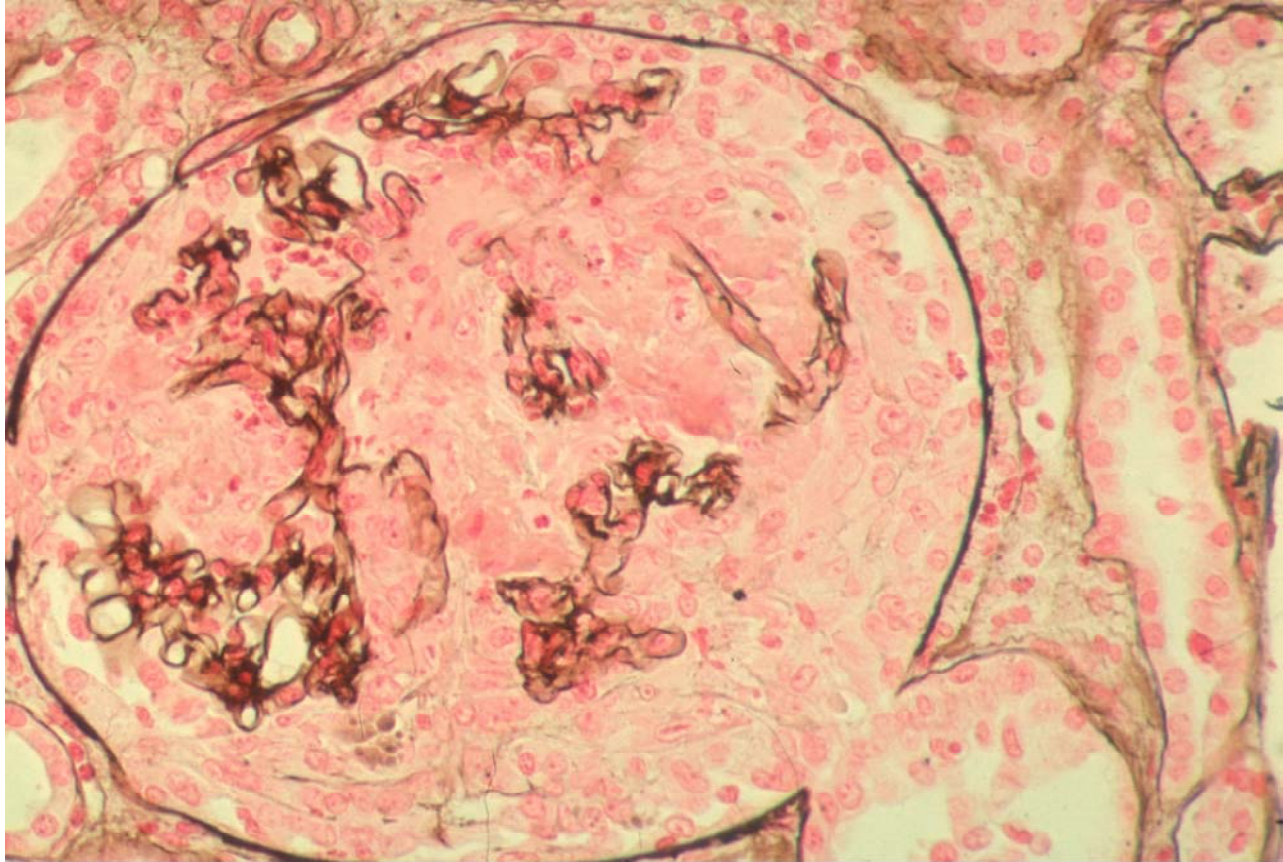
Tăng sinh màng



Tăng sinh màng



Tăng sinh ngoại mạch



Điều trị

- **Triệu chứng**

- Hạn chế muối nước
- Lợi tiểu
- Điều trị tăng HA nếu có (chẹn kênh Canxi)
- Lọc máu

- **Đặc hiệu**

- Loại bỏ ổ nhiễm trùng tiềm tàng
 - TMH, răng, da
 - Điều trị penixilin, dùng lâu dài nếu có ổ nhiễm trùng tồn tại
- Điều trị corticoid, heparin, tách huyết tương trong các dạng nặng
 - Điều trị vài tuần đến vài tháng

Tiến triển

- Khởi trong 95% trường hợp
- Tiên lượng xấu
 - Ở người lớn
 - Nhiễm trùng da
 - Nặng ngay khi bắt đầu
 - Tăng sinh ngoại mạch

Tiến triển thông thường

- Phù và thiếu niệu: vài ngày
- Tăng HA vài ngày đến 3 tuần
- FG 10 à 15 jours
- Đái máu đại thể < 1 tháng
Đái máu vi thể < 12-18 tháng
- Protein niệu vài tuần đến vài tháng (khoảng 6 tháng)
- Bỏ thể bình thường 6-9 tuần