

Hà Nội , ngày 1/1/2011

# Đái máu ở trẻ em

Nguyễn Thị Quỳnh Hương

# Mục tiêu

- 1, Nhận biết được đái máu đại thể và đái máu vi thể
- 2, Phân biệt được đái máu với đái đỏ không phải đái máu
- 3, Trình bày được nguyên nhân đái máu
- 4, Xử trí trước một trường hợp đái máu

# Đại cương

Đái máu là hiện tượng xuất hiện hồng cầu ở trong nước tiểu

Tần suất mắc bệnh 0.5 – 4%

Pháp 2005: 0.13% bệnh nhân nhập viện cấp cứu (đái máu đại thể)

5-10% bệnh nhân khám tại CK thận nhi

6% trẻ ở độ tuổi học đường (đái máu vi thể)

Nam / nữ = 1/4

*Ingelfinger Pediatrics 1977 ; 59 : 557 – 61*

*Dodge J Pediatr 1976 ; 88 ; 327 - 47*

*Vehashari J Pediatr 1979 ; 95 : 676 - 8*

# Đại cương

**Khi bệnh nhân bị đái máu cần loại bỏ các nguyên nhân sau:**

- 1) Máu không phải của hệ tiết niệu
- 2) Màu đỏ nước tiểu không phải máu

# Đại cương

## 1) Máu không phải của hệ tiết niệu

Da

Trực tràng

niên      Cơ quan sinh dục: hành kinh ở trẻ vị thành  
             hoặc sơ sinh

Munchhausen

độc)      Rối loạn đông máu (hiếm khi      đái máu đơn

**-> Chẩn đoán      bằng khám lâm sàng và phỏng vấn**

# Đại cương

## 2) Màu đỏ nước tiểu không phải máu

### Màu đỏ nội sinh:

Hb, myoglobin, porphyrin

Sắc tố mật

Urat (màu vàng gạch cua ở trẻ sơ sinh)

### Màu đỏ ngoại sinh

Thức ăn: củ cải đường, cây ảnh mia, anilin

Thuốc: rifampicin, Phénolphtaléine,

Diphénylhydantoïne, Desferroxamine,

Acétophénéticine, Antipyrine,

Amhilhar.....

**-> Chẩn đoán = ly tâm thấy có lắng hồng cầu (culot)**

# Đại cương

Đái máu sinh lý:

- + Cầu thận
  - + Tăng do tập thể dục; ở trẻ sơ sinh; theo tuổi
- Bình thường 3- 5 HC /mm<sup>3</sup>. < 1000 HC/phút

# Hoàn cảnh phát hiện

Đái máu đại thể	Đái máu vi thể
Nước tiểu màu đỏ	Đau bụng Các dấu hiệu thận khác Phát hiện một cách hệ thống



# Xét nghiệm chẩn đoán đái máu

## 1) Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số:

- + Rất nhạy: phát hiện từ 2-5 mg/l Hb hoặc 5-20 HC/mm<sup>3</sup>
  - + Dương tính giả với Hb và myoglobin,  
với chất oxy hoá (nước Javel),  
Nhiễm trùng đường tiểu
  - + Âm tính giả: do pha loãng
- > Xét nghiệm này dùng để theo dõi +++  
và để loại bỏ màu sắc nước tiểu**

# Xét nghiệm chẩn đoán đái máu

## 2) Để khẳng định đái máu:

+ ***Cặn Addis***: > 5-8000 HC/phút

Đái máu đại thể > 500000/phút

Lấy nước tiểu 3-4 giờ (khó khăn cho bệnh nhân)

+ ***Soi tươi***: > 10 HC/ mm<sup>3</sup> (dễ thực hiện)

-> Thái độ điều trị không phụ thuộc vào số lượng HC niệu

# Chẩn đoán nguyên nhân

## **1, Chẩn đoán dễ khi:**

- + Chấn thương, nhiễm trùng, đau quặn thận
- + Protein niệu, suy thận, tăng HA
- + TS: cá nhân (HC huyết tán-ure huyết cao, bệnh tiết niệu, RL đông máu); gia đình (alport, polykystose)

## **2, Chẩn đoán khó nếu chỉ có đái máu đơn độc**

# Đái máu đơn độc = chẩn đoán NN

- + Dựa theo LS: Thường đái máu thì không đau,  
Đau = có máu cục gây tắc,  
hoặc nhiễm trùng,  
hoặc sỏi
- + Dựa theo XN: Đái máu do cầu thận (hình dáng HC niệu)

# Nguyên nhân của đái máu

## Nguyên nhân của đái máu

### **A - U**

- \* Néphroblastome, AdénoK
- \* T. vésicale

### **B – Chấn thương**

- \* Chấn thương mạnh

### **C – Dị vật**

- \* Dị vật
- \* Sỏi, néphrocalcinose

### **D – Bẩm sinh**

- \* Kén
- \* Dị dạng tiết niệu ± nhiễm trùng
- \* U mạch đường tiết niệu

### **E – Nhiễm trùng**

- Viêm BQ và nhiễm trùng đường tiểu
- \* Vi khuẩn
  - \* virale: adénovirus
  - \* Lao tiết niệu
  - \* sán

### **G- Thuốc**

- \* Cyclophosphamide
- \* Viêm thận do thuốc

# Nguyên nhân của đái máu

## Nguyên nhân của đái máu

### **F- Cầu thận**

- \* VCTC
- \* Tăng sinh nội ngoại mạch
- \* Tăng sinh màng
- \* Schoenlein Henoch
- \* VCT thận ổ từng phần
- \* HC huyết tán ure huyết cao
- \* HC Alport
- \* Bệnh Berger
- \* Tăng huyết áp
- \* Drépanocytose
- \* lupus, cryoglobulinémie

### **H- Không rõ nguyên nhân**

# Nguyên nhân của đái máu

**Liste simplifiée : TIMITI**  
**tous les chapitres de la pathologie**

- \* **T**umorales
- \* **I**nfectieuses
- \* **M**alformation congénitale
- \* **I**mmunitaire
- \* **T**raumatisme
- \* **I**atrogène

# Nguyên nhân của đái máu

## \* **Tumorales :**

### \* **Néphroblastome** rarement HU sauf trauma

- \* Adéno K à c claire parfois chez l'adolescent souvent HU
- \* T. vésicale (rhabdomyosarcome) signes vésicaux (rare +++)
- \* polype

## \* **Infectieuses**

## \* **Malformation congénitale**

## \* **Immunitaire**

## \* **Traumatisme**

## \* **Iatrogène**



# Nguyên nhân của đái máu

- \* **Tumorales :**

- \* **Infectieuses :**

  - Cystite ou infection haut appareil +++**

    - Bactérienne : cause la plus fréquente**

    - non bactérienne**

      - \* **Tuberculose urinaire (rare)**

      - \* **Bilharziose (pays chaud et irrigation, Sud Méditerranée)**

      - \* **Adénovirus 11, Parvovirus : fréquence ??? Sauf immuno déprimé**

- \* **Malformation congénitale**

- \* **Immunitaire**

- \* **Traumatisme**

- \* **Iatrogène**

# Nguyên nhân của đái máu

\* **Tumorales :**

\* **Infectieuses :**

\* **Malformation congénitale :**

- **Malformations urinaires** ± infections

- **glomérulopathies : Alport++**, autres

- **Syndrome du casse noix (nutcracker)**, « infarctus rénal »

- **vasculaires, angiome classique** mais rare

- **Kystes et maladies kystiques (Polykystoses, kyste solitaire...)**

- **Tubulopathies congénitales : rare**

\* **Immunitaire**

\* **Traumatisme**

\* **Iatrogène**

# Nguyên nhân của đái máu

- \* **Tumorales :**
- \* **Infectieuses :**
- \* **Malformation congénitale :**
- \* **Immunitaire :**

**Toutes glomérulopathie acquises SAUF Néphrose**  
**En tout premier Berger (Ig A)**

- \* **Traumatisme**
- \* **Iatrogène**

# Nguyên nhân của đái máu

- \* **Tumorales :**

- \* **Infectieuses :**

- \* **Malformation congénitale :**

- \* **Immunitaire :**

- \* **Traumatisme :**

- **Traumatisme**      **violent +++ sur rein sain**  
**modéré sur rein pathologique**  
**(tumeurs, kystes, position,...)**

- **Lithiases , néphrocalcinose**

- **corps étrangers**

- \* **Iatrogène**

# Nguyên nhân của đái máu

- \* **Tumorales :**
- \* **Infectieuses :**
- \* **Malformation congénitale :**
- \* **Immunitaire :**
- \* **Traumatisme :**
- \* **Iatrogène :**
  - **Cyclophosphamide : cystite hémorragique**
  - **Néphrite médicamenteuse**  
Péni, céphalo, Rifamp, sulfa., Thiazidique,  
furosémide, noramidopyrine, glafénine, AINS, etc...

# Trường hợp đặc biệt trên trẻ sơ sinh

\* Tắc TM thận

# Phân loại đái máu theo sinh lý bệnh

## **\* Dưới cầu thận: (HC niệu fantôme)**

- + Vỡ mạch
- + Bệnh tiết niệu hoặc tổn thương ống lượn xa

## **\* Tổn thương cầu thận:**

- + Bất thường nội mô hoặc biểu mô
- + Bất thường màng đáy

## **\* Phân biệt giữa 2 loại cầu thận và dưới cầu thận:**

Cầu thận: HC biến dạng

# Phân tích hình dáng HC niệu

- 90 à 95 % phân biệt được giữa cầu thận và dưới cầu thận

Ở trẻ em \* *Rizzoni (J Ped 1985, 103, 370)*

\* *Stapleton (Ped Cl North Am. 1987, 54-5,56)*

\* *Bouissou (Ann Ped 1988, 54,456)*

- Nhưng vấn đề kỹ thuật:

- \* Ngưỡng bệnh lý :10 - 20 % biến dạng tùy theo các tác giả

- \* Người đọc

- \* Tiến triển theo thời gian trên cùng một bệnh nhân

- \* Bảo quản HC niệu *Komarova O. (Ped Nephrol 2003,18,665)*



# Chẩn đoán cấp cứu

## Chẩn đoán tối cấp +++:

+ **Chấn thương**: Đa chấn thương  
Trên BN 1 thận

-> *SẢ và cấp cứu chảy máu*

+ **RL đông máu**: thường có TCLS và TS bệnh, hiếm khi đơn độc -> *cấp cứu chảy máu*

+ **Đái máu có máu cục**: nguy cơ ứ đọng BQ

-> *TS lâm sàng*

# Chẩn đoán cấp cứu

## **Chẩn đoán cấp cứu:**

- + Nephroblastome: đái máu thường do u vỡ, thường giai đoạn IV → **SÂ**
- + Nhiễm trùng nước tiểu: nhiễm trùng bể thận, nhiễm trùng huyết -> **Lâm sàng và soi tươi**
- + Bệnh cầu thận: -> **LS (tăng HA, suy thận), protein niệu**

# Chẩn đoán cấp cứu

## Xét nghiệm khẩn cấp

**Soi tươi** -> khẳng định đái máu, nhiễm trùng ĐT

**Siêu âm** -> Chấn thương, dị dạng, sỏi

**ĐGĐ, protid, albumin, creatinin máu** -> suy thận, bệnh thận hư...

**XN đông máu** tùy hoàn cảnh

# Đái máu không cấp cứu

Các bước chẩn đoán theo Nordman (Ped Clin N Am 1987, 34-3,545) :

- Bước 1: Tại phòng khám tư  
phải loại trừ: NTĐT, dị dạng đường tiểu, tăng canxi niệu

XN cần làm:

Soi tươi nước tiểu

Ca/Creat niệu

Siêu âm

# Đái máu không cấp cứu

Các bước chẩn đoán theo Nordman (Ped Clin N Am 1987, 34-3,545) :

- Bước 2: Tại phòng khám tư:

Tìm nguyên nhân: thường gặp bệnh cầu thận hoặc dị dạng đường tiểu không nhiễm trùng

XN cần làm:

Hình dáng HC niệu

ĐGD, protid, chức năng thận

Dựa theo kết quả về làm thêm : C3, ASLO, KTKN

Hoặc UIV, chụp BQ ngược dòng

# Đái máu không cấp cứu

Các bước chẩn đoán theo Nordman (Ped Clin N Am 1987, 34-3,545) :

- Bước 3: Tại bệnh viện:

Test nghe (loại trừ alport và bệnh lý màng đáy)

XN nước tiểu 24 giờ: sỏi (urate, créat, Ca, oxalate, a.amin niêu, Mg)

CT, chụp mạch : dị dạng, u

Soi bàng quang : Angiome, u bàng quang

Sinh thiết thận: bệnh cầu thận

# Đái máu không cấp cứu

## **Chỉ định sinh thiết thận khi:**

- 1) Đái máu cầu thận (trừ VCTC)
- 2) TS gia đình (HC Alport)
- 3) HC niệu > 1 năm
- 4) Tăng HA, HCTH, STC, HC viêm
- 5) Protein niệu nhiều ngoài giai đoạn đái máu đại thể