# Đái máu!

- Là tình trạng nước tiểu màu đỏ do bệnh nhân đái ra hồng cầu. Khái niệm này loại trừ các nguyên nhân khác gây cho trẻ tình trạng đái ra nước tiểu màu đỏ như: đái huyết sắc tố, do ảnh hưởng của thuốc và thức ăn.

## I. Sinh lý - sinh lý bệnh

1. Sinh lý bệnh:

Bình thường: Không quá 1000 hồng cầu/ml (xem qua kính 400 chỉ thấy 0 - 1 hồng cầu/ vi trường). Khi hồng cầu từ 2000 hồng cầu/ml (tương ứng với 2000 hồng cầu tiết ra /phút) ứng với 1 + hồng cầu thì chắc chắn có đái máu vi thể.

+ Đái máu đại thể > 300.000/ml

- Bình thường hồng cầu không được lọc qua màng tế bào. Chỉ có < 5 hồng cầu/vi trường 20 soi cặn

- Đái máu đại thể: Nhìn được bằng mắt thường

- Đái máu vi thể: Không nhìn được bằng mắt thường .

Đái máu sinh lý: + Cầu thận: Bình thường 3- 5 HC /mm3. < 1000 HC/phút  
+ Tăng do tập thể dục; ở trẻ sơ sinh; theo tuổi  
Xét nghiệm chẩn đoán đái máu

2. Cơ chế - nguyên nhân:

II. Lâm sàng - cận lâm sàng:

- Chẩn đoán chính xác là trẻ đái máu chỉ dựa trên lâm sàng: vì ta không thể phân biệt được đái máu hay đái hem, đái myoglobin… trừ khi ta thấy máu cục hay dây máu

2.1. Lâm sàng:

- Đứng trước trẻ đái máu ta cần trả lời được các câu hỏi sau?

1. Xác định có thật là trẻ tiểu đỏ không? (vì có một số trẻ tiểu nước tiểu màu vàng đậm => tưởng là đỏ?)

- Nhìn trực tiếp là chuẩn xác nhất

- Không hỏi: Như màu nước rửa thịt, màu bã trầu.

2. Xác định tiểu đấy có máu cục hoặc dây máu không? Nếu có chắc chắn là có tiểu máu.

- Nhìn

- Hỏi

3. Tiểu đỏ đấy là do nguyên nhân thực thể hay chỉ là do đồ ăn, ?

(có một số đồ ăn (củ cải, củ dền, kẹo màu đỏ…) hoặc thuốc (rifammicin, cloroquin….) có thể gây nước tiểu màu đỏ) => Không cần điều trị gì: Tự hết

4. Tìm các yếu tố gợi ý nguyên nhân trên lâm sàng:?

4.1. Xác định tương đối vị trí xuất phát của nó?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Từ cầu thận | Không từ cầu thận |
| - Đặc điểm tiểu máu | - Tiểu toàn bãi  - Không cục máu đông  - Không rối loại tiểu tiện  - Có thể kèm phù, THA, tiểu ít | - Đa dạng  - Có cục máu đông  - Tiểu đau, gắt, buốt, rặn  - Có thể sốt (viêm nhiễm) |

+ Hoàn cảnh xảy ra tiểu máu? Tự nhiên, sau vận động mạnh, hành kinh, dùng thuốc, ăn uống?

+ Các triệu chứng kèm theo? Sốt, đau hạ vị, đau lưng, đau cơ

+ Tiền sử bản thân: 1. Đã tiểu máu bao giờ chưa; 2. Tình trạng nhiễm trùng,? 3. Tiền sử thận tiết niệu

+ Tiền sử gia đinh: Bệnh thận mạn, tiểu máu, điếc

=> Các dấu hiệu quan trọng: THA< phù, sốt, nổi hồng bản,z, tử ban, đau khớp, khối u bụng ấn điểm đau

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Triệu chứng | Thăm khám | Chỉ định xét nghiệm |
| **Bệnh cầu thận do nguyên nhân miễn dịch** | - Có các dấu hiệu của bệnh thận: Phù, HA | |  |
| *VCTC* | Tiền sử: Nhiễm trùng |  | C3, ASLO |
| *IgA* |  |  | IgA |
| *Albort* | Nam 15 - 30 tuổi, điếc |  |  |
| *Lupus* |  | Ban cánh bướm, nhạy cảm ánh sáng, | Các yếu tố kháng nhân |
| *Viêm mao mạch dị ứng* |  |  |  |
| *Hội chứng thận hư không thuần túy* |  | Phù to… |  |
| **Nhiễm trùng tiết niệu** | - Sốt, rối loạn đường tiểu, tiêu hóa | | |
| **Sỏi thận, dị vật, khối u đường niều** | - Đau; khám bụng phát hiện bất thường | | |
| **Tiểu máu do rối loạn đông máu** | - Tìm ban xuất huyết, vị trí… | | |
| **Do thuốc: Endoxan => viêm bàng quang chảy máu…** | - Tiền sử dùng thuốc | | |
| **Tiểu máu do gắng sức** | - Hoàn cảnh khởi phát. | | |

\* Còn một nguyên nhân nữa là do

6. Một số định hướng

- Tiền sử mới bị nhiễm khuẩn hô hấp trên, nhiễm trùng da, nhiễm trùng tiêu hóa => Viêm cầu thận cấp, hội chứng tan máu, ure huyết cao

- Tiểu khó, tiểu đục, sốt thất thường: Nhiễm khuẩn tiết niệu

- Có khối cạnh sườn: Ứ nước bể thận, thận đa nang, huyết khối tĩnh mạch thận, u thận

- Tiểu tiện máu đại thể, từng đợt tái diễn: Bệnh thận lắng đọng IgA, hội chứng Alport, tăng Calci niệu

- Tiểu tiện máu ở bệnh nhi có ban xuất huyết, đau khớp, đau bụng: Viêm mao mạch dị ứng, lupus ban đỏ hệ thống.

2.2. Cận lâm sàng:

2.2.1. Chẩn đoán đái máu?

- Tổng phân tích nước tiểu: Nguyên tắc: Dùng men peroxidase tác dụng với hem làm đổi màu chất chỉ thị. Tuy nhiên có thể gặp + Dương tính giả: Đái hem, đái myoglobin ; + Âm tính giả: Nước tiểu cô đặc, nước tiểu kiềm hóa.

1) Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số: + Rất nhạy: phát hiện từ 2-5 mg/l Hb hoặc 5-20 HC/mm3 + 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

2) Để khẳng định đái máu:

+ Cặn Addis: > 5-8000 HC/phút (HC/ml)

+ Đái máu đại thể > 500000/phút (500000 HC/ml)

+ Soi tươi: > 10 HC/ mm3 (dễ thực hiện)

- Soi cặn lắng tìm nước tiểu: > 5 hồng cầu / quang trường 40; ngoài ra nếu thấy trụ hồng cầu cũng là chẩn đoán chắc chắn. ( bên cạnh đó còn thấy được cả bạch cầu)

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

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

\* Loại trừ các trường hợp cấp cứu:

Chẩn đoán tối cấp +++:

+ Chấn thương: Đa chấn thương Trên BN 1 thận -> SÂ 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

+ 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 cấp: -> LS (tăng HA, suy thận), protein niệu

Dễ chẩn đoán như:

+ 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)  
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)

- Trẻ có bị nhiễm khuẩn tiết niệu không? (từ kết quả soi cặn lắng)

- Đái máu này từ cầu thận hay ngoài cầu thận?

( Thông thường chỉ cần lâm sàng là đủ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cầu thận | Ngoài cầu thận |
|  | - Trụ hồng cầu | - Không |
|  | - Hồng cầu biến dạng > 80% | - Hồng cầu đồng dạng |
|  | - MCV của hồng cầu niệu < 72 fl | - MCV hồng cầu niệu > 72 fl |

- Từ lâm sàng + Kết quả phân tích nước tiểu chỉ định thêm các xét nghiệm cho hợp lý:

\* Thực tế: Rất khó để phân biệt được IgA và VCTC => ngoài trừ xét nghiệm

+ Lupus và viêm mao mạch dị ứng hay hội chứng thận hư không đơn thuần: Sẽ có những dấu hiệu lâm sàng chỉ điểm.

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