VIÊM CẦU THẬN CẤP

? Loại tổn thương gì? Thận

- Protein niệu là bắt buộc: HCTH (có tổn thương không)

- Sau 15 ngày đái máu đại thể?

- Lupus khi nào? Protein niệu > 1 g (kéo dài > 1 tháng); Đái máu đại thể > 1 tháng, VCTC tái phát, C3 bổ thể > 10 tháng???

Điều trị:

## I. ĐẠI CƯƠNG:

- Khái niệm: Viêm cầu thận: Không phải để chỉ quá trình viêm do có yếu tố gây nhiễm trùng mà đang là một hội chứng đề cập đến tình trạng tổn thương của cầu thận do yếu tố tự miễn, chủ yếu là do lắng đọng hoặc phá hoại của các yếu tố miễn dịch.

- Trên lâm sàng, bệnh cảnh lâm sàng này thường tương tự nhau ra hội chứng VCT cấp: Phù, tiểu đỏ, THA nhưng tổn thương giải phẫu bệnh lại đa dạng. Một số nguyên nhân như:

+ Viêm cầu thận cấp tiên phát: là tình trạng tổn thương thận sau một nhiễm khuẩn chủ yếu là do nhiễm liên cầu; tuy nhiên có thể sau nhiễm vi trùng: Viêm thận, viêm nội tâm mạc, giang mai; sau nhiễm nhiễm ký sinh trùng: Sốt rét, sán đường tiêu hóa và sau nhiễm vi rut như viêm gan C, viêm gan B, HIV…

+ Biểu hiện thứ phát sau các bệnh hệ thống như: Lupus ban đỏ, ban dạng thấp, viêm quang động mạch nút, viêm mao mạch dị ứng….

\* Một số khái niệm về tổn thương giải phẫu bệnh cần biết:

Ở đây chúng ta tập trung nghiên cứu về bệnh lý: Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu:

- Đây là một bệnh lý miễn địch huyết thanh có liên quan đến yếu tố bổ thể.

- Thường đi sau một nhiễm trùng Tai mũi họng (7 - 15 ngày) hoặc nhiễm trùng da (3 - 6 tuần).

- Do liên cầu β tan huyết nhóm A gây ra. Kháng nguyên của loại liên cầu gây viêm cầu thận cấp là protein M của màng tế bào có ái lực cao với thận, không có ái lực với vị trí khác=> Không điều trị dự phòng sau nhiễm liên cầu thận cấp.

- Liên quan đến tình trạng giảm bổ thể và lắng đọng globulin kháng thể.

## II. Cơ chế bệnh sinh

(SGK 147 viết khá đầy đủ nhưng lưu ý một số điểm):

- Tăng tiết renin => tăng huyết áp. Nó là nguyên nhân ra các biến chứng như: Suy tim cấp; hôn mê, co giật. Bệnh nhân VCTC thường chết vì các biến chứng của tăng huyết áp

- Tăng tính thấm màng đày => Hồng cầu, protein niệu tăng. Tuy nhiên cần lưu ý: Trong VCTC, protein niều tăng nhưng không nhiều chỉ từ 1 - 2 g/l. Nếu quá nhiều cần phải cân nhắc chẩn đoán kèm theo (HCTH); và hồng cầu khi soi dưới kính hiển vi có hình dạng méo mó (do phải thay đổi hình dạng mới đi qua được)

- Phù: Thường rất nhẹ thường cơ chế chính do: ứ Na+ và nước gian bào => ăn nhạt giảm phù

- Giảm diện tích lọc cầu thận => suy thận cấp; là một biến chứng khá ít gặp

# III. Tổn thương giải phẫu bệnh

- Đại thể: Thân hơi to lên, nhợt và lấm tấm những điểm xuất huyết nhỏ trên vỏ thận và trên mặt cắt.

- Vi thể: Đa dạng….(xem sau)

## IV. Triệu chứng:

### 4.1. Hội chứng viêm cầu thận cấp:

- Phù: Phù nhẹ, kín đáo khó phát hiện, thường xuất hiện ở mi mắt; ăn nhạt giảm phù.

- THA: Thường xuất hiện trong tuần lễ đầu; tăng nhẹ (10 - 20 mmHg). (Chẩn đoán THA khi: chỉ số HA > 10 mmHg so với chỉ số bình thường)

- Đái máu: Có thể đái máu đại thể hoặc đái máu vi thể

### 4.2. Các triệu chứng là biến chứng của hội chứng viêm cầu thận cấp:

- Biến chứng THA: khó thở, tức ngực, tim to; suy tim cấp (gan to, tiểu ít, khó thở…); phù phổi cấp thậm chí có thể có cả các biến chứng thần kinh như nhức đầu, tinh thần kích thích…

- BIến chứng suy thận cấp: Tiểu ít

- Hội chứng giả ure huyết….

### 4.3. Các thể lâm sàng hay gặp:

- Thể nhẹ hoặc tiềm tàng: Chiếm 73%. Không có các triệu chứng phù hoặc tăng huyết áp rõ rết. Thường chẩn đoán được khi có xét nghiệm nước tiểu một cách có thể thống

- Thể tăng huyết áp: Thường gặp 7%. Tuy nhiên bệnh cảnh hay gặp là do các biến chứng của tăng huyết áp như tim mạch hoặc thần kinh

- Thể đái máu: Chiếm 10,4%.

- Thể vô niệu (thể suy thận): 11,27% Đề cập đến tình trạng vô niệu kéo dài và đưa đến suy thận cấp. (Vô niệu > 2 ngày; vì trong các trường hợp lành tính thì có thể xảy ra tình trạng vô niệu thoáng qua)

- VCTC tiến triển nhanh: Các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm không thuyên giảm, dần dần xuất hiện các dấu hiệu: HCTH, cao huyết áp kéo dài, suy thận cấp=> có thể tử vong rất nhanh, giải thích đầy đủ;

- CTC thể kết hợp; VCTC bán cấp

=> Thông thường trên lâm sàng trẻ sẽ gặp thể tăng huyết áp và thể đái máu.

### 4.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Xét nghiệm nước tiểu:

# + Xét nghiệm cặn addis: Thấy hồng cầu dày đặc hoặc rải rác. Soi dưới kính hiển vi thấy ++ ???/ > 15 hồng cầu

+ Soi cặn nước tiểu: Thường thấy hình ảnh các hồng cầu méo mỏ, vỡ.

+ Protein niệu: Giai đoạn đầu rất cao nhưng giảm rất nhanh. Trong VCTC, protein niều tăng nhưng không nhiều chỉ từ 1 - 2 g/l. Nếu quá nhiều cần phải cân nhắc chẩn đoán kèm theo (HCTH);

- Bổ thể: CH50 và C3 giảm

- Xét nghiệm kháng thể kháng liên cầu: Hay dùng ASLO ngày 0 và ngày 10 (đặc biệt rất đặc hiệu cho nhiễm liên cầu ở họng, ở da ít đặc hiệu hơn). Phải làm 2 lần vì: Xét nghiệm kháng thể này tăng đạt đỉnh từ 10 - 14 ngày. Nên có thể khi mình xét nghiệm nồng độ kháng thể chưa đạt đỉnh. Chính vì vậy cần phải làm 2 lần để xem xét hiệu giá kháng thể. tuần 2 vào tuần 3. > 200 ng/l => dương tính; đánh giá hiệu giá kháng thể, tăng gấp rưỡi hoặc gấp đôi);

- Xét nghiệm chức năng thận: Đánh giá chức năng thận

- Bệnh phẩm họng nếu có ổ nhiễm trùng tiềm tàng.

\* Sản phẩm giáng hóa của fibrin tăng??

## V. Chẩn đoán:

### 5.1. Chẩn đoán xác định:

- Tiền sử nhiễm khuẩn ở họng, da

- Hội chứng VCTC: Tuy nhiên trên lâm sàng ít khi gặp đầy đủ cả 3 triệu chứng này

- Pr niệu, hồng cầu niệu

- Bổ thể máu giảm, IgG giảm, ASLO tăng

- Kết quả sinh thiết thận.

\* Diễn biến lâm sàng của một viêm cầu thận cấp tiên phát sau nhiễm liên cầu lành tính ( trên giải phẫu bệnh VCTC tăng sinh nội mạch) (thường gặp từ 80 - 90%)

- Tự khỏi hoàn toàn không cần can thiệp. Các triệu chứng sẽ mất dần đi: Phù: Thường diễn biến trong 5 - 10 ngày; HA: Trở về bình thường sau 2 - 3 tuần; Đái máu đại thể: Trong 1 - 3 tuần. Vi thể kéo dài 6 tháng.; C3 trở về bình thường sau 6 - 8 tuần; Protein niệu có thể biến mất trong 2 - 3 tháng.

### 5.2. Chẩn đoán phân biệt:

#### 5.2.1. Có đủ hội chứng viêm cầu thận cấp:

- Đợt cấp viêm cầu thận mạn: Tiền sử, bệnh sử và siêu âm thận. Tiền sử đái máu,…trên siêu âm thận: Kích thước 2 thận đã nhỏ hơn bình thường, hoặc UIV có sự bài tiết thuốc cản quang kém…

- Các viêm cầu thận cấp khác không do nhiễm liên cầu: Các triệu chứng lâm sàng gần như là giống hệt, chỉ khác nhau ở bệnh sử, và các xét nghiệm. Một số chẩn đoán phân biệt hay gặp:

+ Bệnh thận IgA (berger): Gặp 7 - 13 tuổi, gặp ở trẻ trai. Chẩn đoán phân biệt dựa vào: C3 bình thường, IgA tăng và sinh thiết thận có lắng đọng IgA

+ Hội chứng Alport: di truyền trội liên kết với NST X. Xảy ra ở nam thường chết ở độ tuổi 15 - 30. Thường gặp cả tổn thương thận và tai> Đái máu có thể xuất hiện ngay khi sau đẻ. C3 bình thường và điếc.

+ Ngoài ra nếu có các dấu hiệu của bệnh hệ thống cần phải cẩn thận. Ví dụ lupus, viêm mao mạch dị ứng…

#### 5.2.2. Không đủ hội chứng viêm cầu thận cấp

- Đái máu: Viêm thận bể cận; các đái máu gia đình lành tính; các nguyên nhân như u sỏi, dị dạng, sử dụng các thuốc gây viêm bàng quang chảy máu như endoxan (xem thêm bài đái máu)

- THA:

- Phù: Thường phải phân biệt với hội chứng thận hư. Tuy nhiên vấn đề lớn nhất và viêm cầu thận cấp thường đi kèm với hội chứng thận hư => rất khó chẩn đoán. Cần theo dõi điều tri hoặc thậm chí là sinh thiết thận.

- Vô niệu: Đợt cấp suy thận mạn, suy thận cấp do các nguyên nhân khác

### 5.3. Chẩn đoán thể bệnh:

- Kết quả chính xác nhất: Sinh thiết thận:

#### 5.3.1. Chỉ định sinh thiết thận:

- Chỉ định: Khi tổn thương không còn trong thể thông thường + đã khống chế huyết áp, toàn trạng của bệnh nhân.

- Lúc bắt đầu bệnh: Đánh giá độ nặng của bệnh (Tăng sinh ngoại mạch): Khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Vô niệu > 2 ngày

+ Suy thận ≥ 10 ngày

+ HCTH ≥ 10 ngày

- Giai đoạn muộn : Chẩn đoán phân biệt (VCT tăng sinh màng, tổn thương thận do Lupus)

+ Protein niệu ≥ 1g/24 giờ kéo dài trên 1 tháng

+ Đái máu đại thể ≥ 1 tháng

+ VCTC lần 2

+ Giảm C3 ≥ 10 tuần

# 5.3.2. Đặc điểm một số thể bệnh theo giải phẫu bệnh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tổn thương lâm sàng | Tổn thương giải phẫu bệnh |
| VCTC tăng sinh nội mạch lan tỏa | - Bắt đầu đột ngột với: đái máu hằng định (đại thể hoặc vi thể).  - Protein niệu trung bình (1-2 g/24h) - Suy thận thoáng qua và không hằng định |  |
| VCTC tăng sinh nội, ngoại mạch (dạng tăng sinh ổ) | - Tăng sinh <30-50% tiến triển thuận lợi, >50% thì tăng HA và suy thận sau nhiều năm tiến triển.  - Đái máu kéo dài trên 6 tháng  - Protein niệu trên 1 g/ngày, kéo dài trên 6 tháng - Thường vô niệu nhiều ngày  - Bổ thể giảm hằng định và sớm ngay khi bắt đầu bệnh  Biến chứng của ứ đọng muối nước: Co giật (do phu não), suy tim với phù phổi cấp |  |
| VCTC tăng sinh nội mạch lan tỏa (dạng tăng sinh lan tỏa | - Tăng sinh trên 80% cầu thận trên tiêu bản  - 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 | - Đái máu hằng định  - Tăng HA  - Suy thận | { Tiên lượng thường xấu |

### 5.4. Chẩn đoán biến chứng:

-

## VI. ĐIỀU TRỊ:

### 6.1 Nguyên tắc điều trị:

- Tùy thuộc vào thể lâm sàng:

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường: + Nghỉ ngơi tại giường

+ Hạn chế vận động thể dục, thể thao: ít nhất trong vòng 3 tháng - 6 tháng

+ Tránh lạnh đột ngột: (do THA)

- Ăn nhạt: Hạn chế muối. Nếu Nếu còn phù thì bằng lượng nước hôm trước + 200 - 300 ml nước. Nếu trẻ sốt tăng thêm 10% cho mỗi độ

**- Chống nhiễm khuẩn và nhiễm lạnh**

### 6.2. Với thể lành tính

- Điều trị triệu chứng: Khống chế biến chứng: THA (dùng chèn kệnh Canxi); hạn chế muối nước, lợi tiểu, lọc máu.

+ Ức chế men chuyển: Do chưa loại trừ được hẹp động mạch thận (dễ làm …)

- Điều trị đặc hiệu: Loại bỏ ổ nhiễm trùng tiềm tàng (TMH, răng, da); điều trị penicilin, dùng lâu dài nếu có ổ nhiễm trùng tồn tại.

- Tuyệt đối không dùng corticoid thể thông thường.

6.3. Với thể ác tính:

- Điều trị corticoid, heparin, tách huyết tương trong các dạng nặng: Điều trị vài tuần đến vài tháng. Điều trị corticoid theo kết quả giải phẫu bệnh.

6.3 Điều trị biến chứng (xem thêm các bài khác)

ASLO: Điều trị dự phòng đến khi ASLO (-)

\* Thông thường: Đái máu xuất hiện trước, sau đó rồi sẽ xuất hiện phù trong HCTH sau. PHù tăng nhanh. Đồng bộ Đái máu, phù, THA toàn thân. Thông thường nặng.

VCTC: Tăng sinh nội mạch lan tỏa

- thận hư: Nhưng phù phát hiện trước, sau đó mới xuất hiện Đái máu or tăng huyết áp 🡺 thứ phát: sau nhiễm liên cầu

+ Sau Lupus và sau Lopen henoch => có triệu chứng lâm sàng

+ Protein không chọn lọc; Albumin mất không tương xứng với protein

- Dặn khám lại: Hết thời gian đái máu (2 tuần); 1 tháng theo dõi 1 lần protein niệu: Hồng cầu niệu, huyết áp (trong 6 tháng); nới ra 3 tháng.

- NGhỉ ngơi 2 năm: ít nhất là trong 1 tháng đầu nghỉ ngơi tại giường