**Bài giảng lâm sàng Thận Nhi TƯ**

**Lâm sàng**

Bn Nam, 9 tuổi, vào viện vì phù, đái máu. bệnh diễn biến 15 ngày nay. qua thăm khám và hỏi bệnh phát hiện các HC và TC:

HC VCT:

* Phù mặt rồi phù toàn thân hiện nay đã hết phù
* cao huyết áp huyết áp lúc vào cao đang dùng captopril hiện 130/  , sau uống thuốc còn 110/60
* đái máu: máu đỏ để lắng cặn hiện đã giảm
* Tiểu 600ml/ 24h tính ra sẽ là 600/26kg/24=0.96ml/kg/h hiện 1l/24h
* Tiền sử viêm họng cách đây 1 tháng

Chuẩn đoán VCTC thể gì? 4 thể: nhẹ, thể tăng huyết áp, thể đái máu, thể vô niệu

Dựa vào số ngày tồn tại triệu chứng, triệu chứng nào là nổi bật.

Trẻ này đái máu đã giảm, HA vẫn cao nên là thể tăng huyết áp

VCTC loại gì về mô bệnh học: tăng sinh nội mạch lan tỏa hay tăng sinh nội ngoại mạch( ổ hay lan tỏa) hay tăng sinh màng.

**ghi âm lí thuyết:**

Có protein niệu đến mức thận hư không? khoa không làm protein niệu 24h, tính protein(mg)/ creatinin(mmol/l) dưới 40 là bt, trên 40 là có vấn đề, trên 200 là protein niệu thận hư

Có thiểu niệu dài ngày không?Có suy thận không?

tính MLCT=k. chiều cao(cm)/P creatinin( mmol/l) bình thường 90-120.

Bn này MLCT= 49. 132/ 79.4=81, 46 như vậy là nước tiểu chưa tới mức thiểu niệu(

 Xét nghiệm

* Nước tiểu: làm xét nghiệm cặn Adiss, protein niệu, creatinin niệu. vctc thông thường có protein niệu nhẹ nhưng khi protein niệu nhiều đến mức thận hư cẩn thận viêm cầu thận tiến triển nhanh, bn có thêm hcth, suy thận nhanh, ure creatinin máu tăng vù vù
* protein niệu nhiều làm ngay protid máu, albumin máu để hướng tới HCTH
* ure creatinin máu đánh giá có suy thận không?
* ALSO: cái này mọi người nghe trong file ghi âm bao lâu thì lượng kháng thể tăng, đạt đỉnh, giảm từ đó mà suy ra lâm sàng. làm also ngày 0 và ngày 10 xem hiệu giá kháng thể trên 2-3 là dương tính thì phải. also dương tính tiên lương tốt vì cái này là viêm cầu thận cấp do liên cầu tiên lượng tốt
* C3 bổ thế đánh giá tiến triển bệnh: viêm cầu thận cấp là viêm mao mạch mà tổn thương nặng nhất ở mao mạch cầu thận, phức hợp miễn dịch sẽ hoạt hóa bổ thể nên còn viêm thì còn giảm bổ thể=> C3 thấp, nó vẫn đang tiến triển đấy, C3 tăng lên bênh có xu hướng giảm. C3 bt 0.7 đến 1.8

Tiên lượng gần xa mọi người xem lại bài giảng

**Bài hội chứng thận hư**

Tóm tắt bệnh án cần trả lời các câu hỏi sau:

* Mô tả phù: vị trí, tăng bao nhiêu cân/ thời gian( chứng minh phù diễn biến nhanh)
* Tràn dịch đa màng: màng phổi, bụng, tinh hoàn
* HC 3 giảm
* Cổ trướng: đo vòng bụng để theo dõi tiến triển
* Tràn dịch màng tinh hoàn: dấu hiệu kẹp màng tinh hoàn âm tính, môi lớn to
* số lượng nước tiểu: tính ra ml/kg/h
* Biến chứng giảm khối lượng tuần hoàn do phù to và tràn dịch đa màng:Mạch, HA tư thế
* các triệu chứng âm tính:Vàng da. THBH loại trừ xơ gan cổ trướng cũng phù, tràn dịch đa màng
* khám tim mạch loại trừ suy tim

Chuẩn đoán: có hcth không? 2 tiêu chuẩn chính: protein niệu( ở khoa không làm protein niệu 24h nên tính protein(mg)/ creatinin(mmol/l) trên 200 là protein niệu thận hư, albumin máu giảm.

tiên phát hay thứ phát dựa vào tiền sử

đơn thuần hay không đơn thuần có đái máu, tăng huyết áp không?

Xét nghiệm cần

Protein niệu, creatinin niệu. protein máu, albumin máu. trong gd đầu protein niệu nhiều nhưng pr máu, al máu bt xem cholesterol máu, vẫn có thể đặt bút HCTH

TB niệu( cặn addis) xem có đái máu vi thể không, nếu có thì là HCTH không đơn thuần

CTM

* Hematocrit: phù và cổ trướng làm máu bị cô đặc, đề phòng biến chứng tắc mạch, ngoài ra hcth có cơ chế tăng đông(
* TC tăng
* Na máu: cẩn thận hạ natri máu phù não dẫn tới hôn mê. cơ chế do pha loãng và người dân hiểu nhầm hcth ăn nhạt sẽ giảm phù. chưa hiểu lắm
* K máu: tăng khi có suy thận, giảm khi dùng lợi tiểu. tất cả lợi tiểu giảm hấp thu Na ở ống lượn gần thì đến ống lượn xa sẽ trao đổi Na K tái hấp thu Na nên mất k. nhóm lợi tiểu kháng aldosterol tác động vào ống lượn xa nên sẽ làm tăng k máu ngược lại với nhóm lợi tiểu trên( dược lí)
* Cả: hạ ca gây cơn tetani, cơ chế 80% gắn với albumin, mà hcth lại mất alubumin là chủ yếu, dùng corticoit điều trị làm giảm cả máu.

Đông máu: các yếu tố đông máu đều là protein, nên hcth mất các yếu tố đông máu, gan tăng tổng hợp cùng với máu cô đặc nguy cơ tắc mạch nên bn vào viện phù, cổ trướng nhiều nhắm mắt cho heparinTiêu chuẩn dùng heparin: 2 /4

* al
* fib>6g/l
* antithrombin
* D Dimer> 1000

Tiếp cận đau bụng/ HCTH

* Giảm khối lượng tuần hoàn, co mạch ruột tiết kiệm máu cho não, tim bn đau bụng dữ dội. Biểu hiện mạch nhanh, HA tư thế, tiểu ít
* Viêm phúc mạch tiên phát: hàng đầu phế cầu thứ hai vk đường ruột (ngày trước tớ có đọc Harrison thì bảo tăng tính thấm thành ruột vk chui qua gây viêm phúc mạc, còn con phế cầu từ đâu xông đến thì chịu, con này hay ở hầu họng mừ)
* loét dạ dày tá tràng biến chứng do dùng corticoid. nên dùng kèm với ức chế bơm proton, ức chế H2

Viêm tụy cấp cơ chế thiếu máu đến viêm tụy hoại tử, vpm tổn thương tụy gây viêm tụy. SA bụng nhé