

Dipstick results	Proteinuria
Negative	0 to < 15 mg/dl
Trace	15 to < 30 mg/dl
1+	30 to < 100 mg/dl
2+	100 to < 300 mg/dl
3+	300 to < 1000 mg/dl
4+	≥ 1000 mg/dl

Y15E

Uank

Đê TN Y15 - 2021

C₃ giảm: < 0,83 g/L
 C₄ giảm: < 0,19 g/L

C₃: 80 - 170 mg/dL
 C₄: 15 - 45 mg/dL

1mg/dL = 0,01 g/L

64. Bé gái 9 tuổi, nhập viện vì phù. Bệnh 2 ngày, đầu tiên phù ở mi mắt sau đó lan ra 2 chân, tiêu chảy sậm, lượng ít hơn bình thường. Khám: mạch 110 lần/phút, huyết áp 140/90 mmHg, nhịp thở 30 lần/phút, tim đều rõ, phổi không ran, phù đối xứng ở mi mắt và cẳng chân, phù mềm, trắng, ấn lõm không đau. Tiền căn không ghi nhận bất thường.

Kết quả tổng phân tích nước tiểu: Ery (+++), Protein (++)

Xét nghiệm máu: Albumin 2,8 g/dL, Creatinine 43 µmol/L, C3 48 mg/dL, C4 27 mg/dL. ASO âm tính. → loại trừ nhiễm Le.

Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

- A. Hội chứng thận hư không thuần túy
- B. Hội chứng thận hư nghi ngờ
- C. Viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu**
- D. Bệnh thận IgA

5. Truyền cảm nhận nước tiểu và proteinurie

66. Bé gái 8 tuổi, nhập viện vì phù. Bệnh 7 ngày: Ngày 1-3 phù nhẹ ở mặt, sau đó lan toàn thân, đổi xung hai bên. Ngày 4-7 vẫn phù, tiêu đờ toàn dòng, không đau, không gắt buốt, ghi nhận thể tích nước tiểu ít hơn bình thường nên nhập viện. Tiền căn bình thường. Khám: tĩnh, cân nặng 26 kg (trước phù 24 kg), huyết áp 130/90 mmHg, nhiệt độ 37°C, thở 25 lần/phút không co kéo, phù toàn thân, không ghi nhận bất thường khác.

Kết quả tổng phân tích nước tiểu: Protein: ≥ 3g/l, Blood: large (+++), Leucocyte: 125 tế bào/µl, Nitrit: âm tính

> 300mg/dL : 3+

Soi tưới nước tiểu: hồng cầu 4+, hồng cầu biến dạng 80%, bạch cầu 3+

(giảm)

Bổ thể C3 máu: 0,16 g/l (bình thường 0,83-1,7g/l)

(giảm nhẹ)

Bổ thể C4 máu: 0,18 g/l (bình thường 0,19-0,59 g/l)

Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

- A. Hội chứng thận hư + nhiễm trùng tiểu
- B. Hội chứng thận hư + viêm ống thận mô kẽ cấp do thuốc
- C. Viêm cầu thận tiến triển nhanh phải có bằng chứng suy giảm chức năng thận tiến triển
- D. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng**

Đây là tình huống rất hay gặp trên lâm sàng |
 của Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm.

C3 giảm là chủ yếu, C4 có thể giảm nhẹ (ở đây gần như không đáng kể). Chưa có định lượng đạm niệu 24 h, hơn nữa Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm

vẫn có thể có đạm niệu ngưỡng thận hư. Tình huống cũng ghi rõ không ghi nhận bất thường gì khác, không phù hợp với bệnh cảnh lupus là một bệnh cảnh tồn thương đa cơ quan.

5.2. Tổng phân tích nước tiểu và bài tiết đạm niệu [1]

Tổng phân tích nước tiểu thường thấy máu (tỷ số bao bồng cầu là biến đổi điển hình) kèm không kèm protein, đạm ở mức độ khác nhau và thường kèm bạch cầu. Tiêu đạm ngưỡng thận hư (định nghĩa là ≥ 1.000 mg/m³/ngày hay 40 mg/m³/giờ) không thường gặp và xảy ra ở khoảng 5% các trường hợp khi khởi bệnh.

VCTC thường có tiểu bạch cầu
 5% tiểu đạm ngưỡng thận hư

Giải đáp:

Đây là một tình huống thực tế trên lâm sàng: bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng của hội chứng viêm thận cấp: phù, tiêu ít, tiêu máu đại thải, tiêu đạm, tăng huyết áp. Xét nghiệm có C3 giảm là chủ yếu. Không có bằng chứng suy giảm chức năng thận tiến triển nên không thể chọn đáp án C.

Đê Y15 lần 2

Câu 58

Điều trị cần thiết nhất cho bệnh nhân bị viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng là gì?

- A. Giảm phù
- B. Kiểm soát huyết áp**
- C. Kháng sinh diệt liên cầu
- D. Prednisone

ĐIỀU TRỊ
 Điều trị đặc hiệu:
 Khang viêm vs PSGN tuy nhiên, phản ứng kỵ co chỉ định cort., vì đa phần PSGN tự hồi phục -> ko cần dùng cort.
 Khang sinh:
 chỉ có ý nghĩa diệt vi khuẩn trú ẩn trong CB, cũng ko thay đổi diễn biến -> chỉ dùng khi có vi khuẩn viêm da còn triệu chứng, or CLS thể hiện điều đó

Nguyên tắc điều trị:

- Chưa có điều trị đặc hiệu cho VCTC hậu nhiễm liên cầu
 - * **Đa số các trường hợp không cần sử dụng corticoid**
- Chủ yếu là điều trị hạ áp phòng không để biến chứng xảy ra
- Ăn lạt trong giai đoạn cấp
- Kháng sinh: PNC V hay Erythromycin để diệt các liên cầu còn sót lại

Câu 60

Bé gái, 8 tuổi, được mẹ dẫn đến khám để kiểm tra sức khỏe tổng quát. Khám lâm sàng chỉ ghi nhận bất thường là HA 135/85 mmHg. TPTNT trả kết

qua: Ery (++) Protein (+). Tiền căn bản thân: mẹ bé khai cách đây vài tuần, bé từng bị viêm họng và đã được bác sĩ tư cho uống kháng sinh, ngoài ra không ghi nhận bệnh lý thận trước đó. Tiền căn gia đình: không ghi nhận bệnh lý. Chẩn đoán nào sau đây được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Bệnh thận IgA
- B. Ban xuất huyết Henoch-Schonlein
- C. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm**
- D. Tiểu máu gia đình lành tính



Đề 4 - 417

Question 27

Not yet answered

Marked out of
1.00

Flag question

Một trẻ nam 9 tuổi, đến khám vì tiểu đái. Tiền sử em không ghi nhận gì lạ. Cách nhập viện 2 giờ, em chơi đá banh với bạn, không ghi nhận chấn thương trong quá trình chơi. Khi về nhà, em tiểu đái toàn dòng 2 lần, kèm đau nhẹ ở hạ vị, không sốt, không tiểu rặn. Lần tiểu đái thứ 2, ghi nhận có những cục máu đông nhỏ trong nước tiểu. Khi khám: em không sốt, huyết áp bình thường, không phù, các cơ quan không ghi nhận bất thường. Yếu tố nào giúp nghĩ tới nguyên nhân tiểu máu của bé này là từ đường tiêu?

- a. Có cục máu đông trong nước tiểu
- b. Bệnh nhân không bị phù
- c. Huyết áp bệnh nhân bình thường
- d. Tiểu máu sau khi vận động

Question 34

Not yet answered

Marked out of
1.00

Flag question

Bệnh nhi nữ 9 tuổi, nhập viện vì tiểu đái. Bệnh 2 ngày: tiểu đái toàn dòng, màu hồng nhạt, không cục máu đông, tiểu dễ không gắt buốt, không rõ lượng. Không sốt, ăn uống bình thường, tiêu phân vàng, lỏng 2-3 lần/ngày, không nôn. Khám: tinh, phù nhẹ mi mắt, không phù tay chân, không ban da, sinh hiệu ổn, huyết áp 110/70 mmHg, chiều cao 134 cm, phổi phế âm đều 2 bên, bụng mềm, không bướng, cơ quan sinh dục ngoài không sưng nóng đỏ. Xét nghiệm tại phòng khám ghi nhận: tổng phân tích nước tiểu: ERY 3+, PRO 1+, LEU 1+, siêu âm bụng chưa ghi nhận bất thường. Xử trí lúc nhập viện thể nào phù hợp nhất?

- a. Kháng sinh amoxicillin uống
- b. Lợi tiểu Furosemide uống
- c. Hạn chế muối nước nhập
- d. Kháng sinh ciprofloxacin uống

- huyết áp bình thường
- phù mi mắt nhẹ

Question 50

Not yet answered

Marked out of

1.00

[Flag question](#)

Bé trai, 7 tuổi, đến khám vì thấy phù nhẹ mi mắt 3 ngày nay. Khám lâm sàng ghi nhận huyết áp 135/80 mmHg. Tổng phân tích nước tiểu: Blood (++), Protein (+). Tiền cẩn bản thân: mẹ bé khai cách đây vài tuần, bé từng bị viêm họng và đã được bác sĩ tư cho uống kháng sinh, ngoài ra không ghi nhận bệnh lý thận trước đó. Tiền cẩn gia đình: không ghi nhận bệnh lý. Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

- a. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm
- b. Tiểu máu gia đình lành tính
- c. Bệnh thận IgA
- d. Ban xuất huyết Henoch-Schonlein

Question 53

Not yet answered

Marked out of

1.00

[Flag question](#)

Bé trai, 8 tuổi, nhập viện vì tiểu đái 1 ngày. Khai thác bệnh sử không ghi nhận sốt hay ối, chỉ ghi nhận cách đây 3 tuần có 1 ngày bé bị sốt và đau bụng. Khám lâm sàng: nhiệt độ 37 độ C, nhịp tim 82 lần/phút, huyết áp 120/80 mm Hg, phù nhẹ mi mắt 2 bên, còn lại đều không ghi nhận bất thường. Tổng phân tích nước tiểu có blood (+++), protein (++), Nitrite (-), Leu (-). Soi cặn lắng nước tiểu có trụ hồng cầu. Xét nghiệm máu: điện giải trong giới hạn bình thường, Creatinine 0,7 mg/dL. Xét nghiệm nào sau đây nên được thực hiện tiếp theo ở bệnh nhân này?

- a. IgA máu
- b. Cholesterol máu
- c. ANA
- d. Bổ thể C3 máu ✓

❖ Chẩn đoán: Khi ra được VCTC, bé nằm trong hội chứng có tính chất của VCTC máu chốt để làm chẩn đoán, coi xem nó có phải hậu nhiễm liên cầu hay không, thì dựa vào tiền cẩn, bệnh sử, XN, nhất là C3 (chính yếu vẫn là complement).

Question 41Not yet
answered

Marked out of

1.00

[Flag question](#)

Một bé gái 6 tuổi, nhập viện vì tiểu máu đai thể. Bé than tiểu gắt nhẹ nhưng không tiểu lắt nhắt nhiều lần. Tiền sử: bé có một lần bị nhiễm trùng tiểu. Thời gian gần đây bé hay bị viêm mũi xoang và hiện đang uống kháng sinh ngày thứ 5. Tiền sử gia đình: mẹ và ông ngoại có tiền sử bị sỏi niệu, ông nội bị suy thận đang chạy thận nhân tạo. Khám: tinh, phù mi nhẹ, Huyết áp 2 tay 130/80 mmHg, các cơ quan khác bình thường. Tổng phân tích nước tiểu có Protein 2+, Blood 3+, Cặn lắng: Hồng cầu +++, Trụ hồng cầu +, bạch cầu ++. Xét nghiệm máu: C3 24 mg/dl (bình thường: 80-170 mg/dl) C4 18 mg/dl (bình thường: 15-45 mg/dl). Chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm được nghĩ đến nhiều nhất do yếu tố nào sau đây?

- a. Tiền sử viêm mũi xoang trước đó
- b. Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu và trụ hồng cầu
- c. Bổ thể C3 máu giảm
- d. Xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu 2+

(viêm họng) → tiểu máu hở cầu thận

Question 43Not yet
answered

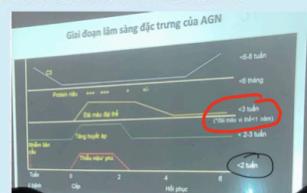
Marked out of

1.00

[Flag question](#)

Bệnh nhân nam 9 tuổi, nhập viện vì tiểu đái: bệnh 12 ngày, em phù mặt, tiểu đái toàn dòng không gắt buốt. Em nằm bệnh viện địa phương 10 ngày, ghi nhận huyết áp 140/80 mmHg và được điều trị với Furosemide và Nifedipin. Em hết phù, huyết áp 100/60 mmHg, đã ngưng thuốc, nhưng bé vẫn tiểu đái toàn dòng nên nhập bệnh viện Nhi đồng 2. Tiền cẩn: không ghi nhận bất thường. Khám hiện tại: tinh táo, chới, không phù, huyết áp 90/60mmHg, tiểu khâ, đái toàn dòng, không đau, không gắt. Tổng phân tích nước tiểu có Blood +++, Leu +, Protein +, Nit: âm tính. Soi nước tiểu: Hồng cầu +++, Hồng cầu biến dạng 80%. Xét nghiệm máu: C3 18 mg/dL (Bình thường 80-160), C4 23 mg/L (bình thường 15-45 mg/dL), Creatinin máu 0,8 mg/l. Siêu âm thận và hệ niệu bình thường. Xử trí thích hợp nhất là gì?

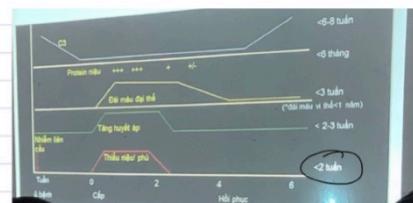
- a. Tiền hành sinh thiết thận vì tiểu máu kéo dài
- b. Theo dõi tiếp 7-10 ngày xem bé có hết tiểu máu không
- c. Cho điều trị prednisone vì chậm lui bệnh
- d. Tiếp tục Furosemide và nifedipin uống như bệnh viện tuyến tỉnh



Đề 4/15 Khối 2

13. Tiểu máu đại thể trong viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng thường không kéo dài quá:

- a. 1-2 tuần
- b. 2-3 tuần**
- c. 1 tháng
- d. 6 tháng



NT 2020 - a Giải

D. Câu trả lời

VCTC	D. Câu trả lời
1 - Tiểu máu đại thể về bình thường bao lâu	b 1-2 tuần 2-3 tuần 3-4 tuần 4-5 tuần
2 - CLS quan trọng nhất trong chẩn đoán nguyên nhân PSGN trẻ em là gì	A - ASO B - Cây vi sinh C - C3 C4 D - ...
3 - Chỉ định sinh thiết thận trong PSGN là gì, chọn câu đúng	A - Biểu hiện HCTH B - Không hết phù sau 1 tuần 2W C - C3 không về bình thường sau 4 tuần 8W D - Tiểu đạm không âm tính sau 3 tháng (6 tháng)
4 - THLS, một bé 7 tuổi, được theo dõi PSGN 4 tháng nay, lần nay nhập viện có CLS như này: <u>C3 30</u> , <u>C4 25</u> . Hỏi nguyên nhân nào nghĩ nhiều nhất	A - PSGN B - IgA C - Henoch D - VCT tăng sinh màng
5 - THLS, bé 7 tuổi, có VCTC hậu nhiễm, hiện tại HA 160/90. không có triệu chứng gì khác. Xử lý cho bé lúc NV như nào	A - nicardipine uống B - furosemide uống C - furosemide tiêm mạch D - nifedipine uống
6 - THLS 1 bé PSGN, Rx 2 tuần nay, Rx lợi tiểu tuy nhiên trước 10 ngày, nhập viện vẫn còn phù ????????????????????????? → làm gì tiếp	A. Sinh thiết B. Theo dõi ko thuốc C. Tiếp tục lợi tiểu

NT 2020 - a Rèn

VIÊM CẦU THẬN CẤP

48. Chỉ định sinh thiết thận: **biểu hiện hội chứng thận hư**

49. Tiểu máu đại thể hết trong vòng: **2-3w**

50. Trẻ HA 160/100, không ran phổi, phù, VCTC, kiểm soát huyết áp bằng: **nicardipine, Furo TM, Furo uống**

51. Tiểu máu đại thể 14 ngày không hết, hỏi làm gì tiếp theo: **không làm gì cả, theo dõi triệu chứng tiểu máu / nhập viện sinh thiết**

52. Xét nghiệm có giá trị nhất để chẩn đoán vctc hậu nhiễm: **ASO/ anti DNAse B/ C3 giảm**

Không sinh thiết nếu nghĩ là PSGN vì nó hồi phục hoàn toàn sau 1 khoảng thời gian

CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT THẬN:

Suy thận: trong 2 tuần vẫn tiến triển > nghĩ là viêm cầu thận tiềm thẩn
(1) VCTC có sự phản ứng tiến triển > nghĩ là viêm cầu thận tiềm thẩn
- mục đích: phải cấy thận sớm để tránh suy thận về sau => cần sinh thiết thận

(2) Không phải PSGN: ngày đầu or theo dõi dài ko hợp lý: có bằng chứng

1. **Viêm cầu thận tiến triển nhanh** (Viêm cầu thận tiềm thẩn): VCTC có tình trạng suy thận cấp tiến triển.

2. **Viêm cầu thận cấp không phải hậu nhiễm LC:**

- Bằng chứng bệnh hệ thống: ban da, đau khớp, rung tóc, thiếu máu
- Tiêu chảy tái phát sau khi hết tiêu chảy, hoặc có thể không nhận đường tiêu hóa
- Khả năng tự phát > ko phù hợp diễn biến PSGN
- Chậm lùi bệnh không đúng diễn biến theo bệnh: như sau 2 tuần vẫn phù và HA, sau 3 tuần vẫn còn phù đại thể, sau 8 tuần C3 vẫn giả
- Bổ thể bình thường hoặc ngày từ đầu C3 ko giảm

2. Trong viêm cầu thận cấp hậu nhiễm, chỉ định sinh thiết thận nên được đặt ra trong tình huống nào sau đây: **NGOÀI TRƯỜNG**

- A. Có biểu hiện hội chứng thận hư.
- B. Huyết áp vẫn còn cao phải dùng thuốc hạ áp sau 3 tuần theo dõi.
- C. Có biểu hiện của tổn thương ngoài thận.

D. Nồng độ C3 máu vẫn còn giảm sau 1 tháng theo dõi.

E. Có biểu hiện suy thận tiến triển nhanh.

nhà Trí Nhị Đồng I

- Nồng độ C3 thấp kéo dài quá tuần gọi ý chẩn đoán **viêm cầu thận tăng sinh màng** do nồng độ C3 diến hình bình thường hóa ở những bệnh nhân với viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu cho tới mốc thời gian này

Nife uống, hoặc Nicardipine tĩnh mạch: khi có bệnh náo loạn do THA nặng
liều ban đầu 1mg/kg TM (max 40mg)

TN Y14 (lần 1+2+ LT)

(D) Methylprednisolone tinh mạch

64. Bé trai 9 tuổi, đến khám vì tiêu đờ. Tiền sử em không ghi nhận gì lạ. Cách nhập viện 2 giờ, em chơi đá banh với bạn, không ghi nhận chấn thương trong quá trình chơi. Khi về nhà, em tiêu đờ toàn dòng 2 lần, kèm đau nhẹ ở hạ vị, không sốt, không tiêu rặn. **Lần tiêu đờ thứ 2** ghi nhận có những **cục máu đông nhỏ** trong nước tiểu. Khám: em không sốt, huyết áp bình thường, không phù, các cơ quan không ghi nhận bất thường. Soi nước tiểu thấy có rất nhiều hồng cầu, 90% hồng cầu có hình dạng bình thường. Cận lâm sàng nên làm **dầu tiên** để chẩn đoán nguyên nhân tiêu máu của bé này là gì?

A. Siêu âm thận và hệ niệu

Tiểu mao! ngoài cầu thận : sỏi, chấn thương, K, NT.

B. BUN, creatinin máu

C. Định lượng bô thể C3, C4

D. Chụp Xquang hệ niệu không cản quang (KUB)

Làm Dá gái 7 tuổi, đến khám vì châm tăng chiều cao. Bệnh sử: chậm tăng chiều cao từ lúc mới

60. Bé trai 15 tuổi, đến khám vì tiêu đờ. Em có những đợt **tiêu đờ tái phát khoảng 4-5 lần** trong vòng một năm nay, tiêu đờ **xuất hiện sau những đợt sốt trước đó 1-2 ngày**. Không tiền căn sử dụng thuốc gì trong thời gian gần đây. Khám lâm sàng chưa ghi nhận gì bất thường. Tiền sử gia đình bình thường. Xét nghiệm cần làm để **xác định vị trí gây tiêu mao là gì?**

A. Tổng phân tích nước tiểu để xác định chắc chắn có tiểu máu

Bệnh thận IgA.

B. Soi cặn lắng nước tiểu + hình dạng hồng cầu niệu

C. Siêu âm thận + hệ niệu tìm dị dạng hệ tiết niệu

D. Cấy nước tiểu

Tổng phân tích thường dù tháng cân nặng lúc sinh

64. Bé trai 8 tuổi, nhập viện vì **phù toàn thân lâm đầu**. Khám lâm sàng và tiền căn gia đình chưa ghi nhận bất thường. Xét nghiệm: tổng phân tích nước tiểu: protein 3+, hồng cầu ám tính, đạm niệu 24 giờ 0,2 g; **albumin máu 1,7 g/dl**, creatinin máu trong giới hạn bình thường, HBsAg (+), HBeAg (+), antiHCV (-), AST 61 U/L, ALT 77 U/L, bô thể C3 60mg/dl (bình thường 80 -177 mg/dl), C4 20 mg/dl (bình thường 15-45 mg/dl). Xét nghiệm cần làm tiếp theo là gì?

A. ANA, antids DNA

B. Siêu âm bụng

C. Cholesterol toàn phần, triglyceride máu

D. Sinh thiết thận

69. Trong khi Lupus đó hệ thống, bô thể được hoạt hóa theo con đường nào?

A. Con đường Lectin

B. Con đường cổ điển

C. Con đường phụ

D. Con đường khác

Lupus: đi theo con đường cổ điển có tham gia của C1 C2 C3 và C4 -> do đó XN sẽ có giảm C3 và giảm C4
PSGN: đi theo con đường bên (đường thay thế) chỉ có tham gia của C3 -> XN chỉ có giảm C3 và C4 gần như bình thường

28

62. Bé gái 13 tuổi, đến khám vì phù toàn thân lâm đầu. Bệnh 2 ngày: phù mi lan ra toàn thân, phù trắng mềm an lõm không đau, tăng 10% cân nặng trong 2 ngày, mệt mỏi, tiêu ít hơn bình thường, ăn uống kém. Khám: phù toàn thân, bụng bâng, mạch 84 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg, thở 26 lần/phút, tim đều, phổi trong, bụng mềm. Xét nghiệm: tổng phân tích nước tiểu: protein 2+, hồng cầu 2+, đạm máu toàn phần, **albumin máu, chức năng thận: bình thường**. Xét nghiệm nào là quan trọng nhất để chẩn đoán?

A. Tỉ số protein/creatinin niệu 1 thời điểm

VAC

B. Soi cặn lắng nước tiểu + Hình dạng hồng cầu niệu

C. Định lượng bô thể C3, C4 trong máu

D. Sinh thiết thận

Làm Dá gái 13 tuổi, đến khám vì phù toàn thân lâm đầu. Đến tái khám sau tần công Prednison

Viêm cầu thận cấp

Năm 2019 - 2020

Y14 HK2

Sau điều trị về bình thường muộn nhất?

Tiểu máu vi thể mất sau cùng (ko có đáp án tiểu đậm)

Y14 LT lần 2

1. Bị VCTC nhiều nhất trong độ tuổi nào?

- A. 3 - 5
- B. 6 - 10
- C. 1 - 2
- D.

slide: 4-7

sách : 5-12 và > 60 y.

2. Tác nhân gây VCTC thường gặp nhất?

- A. Liên cầu
- B. Phế cầu
- C.
- D.

Đề YKH không rõ năm

Câu 1 : Bệnh nhân nam 9 tuổi, nhập viện vì tiểu đỏ. bệnh 12 ngày, em phù mặt, tiểu đỏ toàn dòng không gắt buốt. Tiền cản: không ghi nhận bất thường. Em nằm bệnh viện tĩnh 10 ngày, ghi nhận huyết áp 140/80 mmHg và được điều trị với Furosemide và Nifedipin. Em hết phù, HA 100/60 mmHg, ngưng thuốc nhưng bé vẫn tiểu đỏ toàn dòng nên nhập viện ND 2 . Khám hiện tại: tĩnh, không phù, HA 90/60mmHg tiểu khà, đở toàn dòng, không đau, không gắt buốt. TPTNT: Hồng cầu +++, Bạc cầu +; Protein +; Nitrite (-). Soi nước tiểu: Hồng cầu +++; biến dạng 80%. C3 18 mg/dL (bình thường 80-160) C4 23 (bình thường 15-45 mg/dL) Creatinin máu 0,8 mg/L. Siêu âm thận và hệ niệu bình thường. Xử trí tiếp theo là gì?

A. Tiếp tục điều trị với Furosemide

B. Cho Prednisone uống 2 mg/kg/ngày

C. Không thuốc, theo dõi tiến triển của tiểu máu

CHẨN ĐOÁN VCTC HẬU NHIỄM LIÊN CẦU

Sinh thiết thận ko nhuộm được KN KT -> đa phần không sinh thiết mà theo dõi DIỄN TIỀN bệnh -> có thể chẩn đoán xác định PSGN

• Diễn tiến:

- Trong vòng 1-2 tuần: hết phù, tiểu nhiều, HA về bình thường, ure, creatinin máu giảm
- Tiểu máu đại thể hết trong 2-3 tuần
- C3 bình thường sau 6-8 tuần
- Tiểu đậm hết trong vòng 3-6 tháng
- Tiểu máu vi thể hết trong vòng 1 năm

D. Chỉ định sinh thiết thận vì tiểu máu kéo dài

Viêm cầu thận cấp xuất hiện sau viêm da:

A. 1-2 tuần (viêm họng)

B. 2-3 tuần

C. 3-4 tuần

D. 4-5 tuần

E. 5-6 tuần

Nguyên nhân nào sau đây thường gây viêm cầu thận cấp nhất

A. Phế cầu

B. Liên cầu

C. Tự cầu

D. Song cầu gram âm

E. Trục trùng gram âm

Kính hiển vi quang học: hình ảnh viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa và xuất tiết với tổng sinh chủ yếu nội mạch và rất nhiều bạch cầu đa nhân trung tính (Hình 29.1). Nhuộm trichrome có thể thấy các lắng đọng dạng bướu dưới biểu bì nhỏ. Mức độ nặng của các tổn thương thay đổi và thường liên quan với các phát hiện lâm sàng. Sự hình thành liễm thể là không thường gặp và có liên quan với tiên lượng kém

Kính hiển vi miễn dịch huỳnh quang: cho thấy một kiểu đặc trưng của các lắng đọng thành mao mạch cầu thận. Kiểu hạt của lắng đọng C3 trong thành mao mạch (lắng đọng vòng hoa) mang tới kiểu "bầu trời sao". Các chất phản ứng miễn dịch khác

Kính hiển vi điện tử: đặc điểm đặc trưng nhất là những lắng đọng đặc điện tử dưới biểu bì dạng vòm-gói là các bướu (Hình 29.2). Các lắng đọng này cùng với lắng đọng dưới nội bì là phức hợp miễn dịch và tương ứng với các lắng đọng của IgG và C3 được tìm thấy trên miễn dịch huỳnh quang

Câu nào sau đây đúng về tổn thương GPB của viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu?

Giai đoạn TN
sauh mới!

A. Trên KHV quang học ghi nhận hình ảnh tăng sinh gian mao mạch và thâm nhập bạch cầu cao lympho (đa nhâun)

B. Thường xuất hiện tế bào và có tiên lượng tốt

C. Trên KHV miễn dịch huỳnh quang ghi nhận hình ảnh đặc trưng là lắng đọng C3 và IgG ở gian mao mạch và thành mạch cầu thận (*)

D. Trên KHV điện tử hình ảnh lắng đọng đặc dưới nội bì là hình ảnh đặc trưng nhất

bướu bì.

Câu 284: Tác nhân siêu vi nào sau đây có liên quan tới viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu?

A. Quai bị (*)

B. Sởi

Nguyên nhân:

• Nhiễm trùng:

- Hậu nhiễm liên cầu trùng do tan huyết beta nhóm A và cũng thường gặp nhất

- Các loại vi trùng, siêu vi trùng khác:

+ Vi trùng: thương hàn, giang mai, viêm phổi phế cầu, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn, viêm thận do shunt...

+ Siêu vi: VGSVB, quai bị, sởi, thủy đậu...

+ KST: sốt rét, bệnh toxoplasma

C. Viêm gan C

D. HIV

Giai đoạn tiềm ẩn giữa nhiễm khuẩn liên cầu nhóm A và viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu là khi nào?

- A. Từ 1 đến 3 ngày đối với nhiễm khuẩn da
- B. Từ 1 đến 3 ngày đối với nhiễm khuẩn họng
- C. Từ 1 đến 3 tuần đối với nhiễm khuẩn da
- D. Từ 1 đến 3 tuần đối với nhiễm khuẩn họng (*)**

3-6W : viêm da.

Trong các yếu tố chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu, yếu nào là quan trọng nhất?

- A. Tiền sử nhiễm khuẩn họng và da trước đó
- B. Cấy bệnh phẩm với tác nhân liên cầu dương tính 25%**
- C. Kháng thể kháng liên cầu dương tính
- D. Giảm bồ thể (*)**

Trong các kháng thể kháng liên cầu sau đây, kháng thể nào sẽ tăng lên điển hình sau nhiễm khuẩn da?

- A. Kháng streptolysin (ASO)
- B. Kháng streptokinase (ASKase)
- C. Kháng nicotinamide-adenine dinucleotidase (anti-NAD)
- D. Các kháng thể kháng DNase B (*)**

Sau một nhiễm khuẩn họng, trị số ASO, kháng DNase B, kháng NAD và AHase thường gia tăng. Trong khi đó, chỉ có trị số kháng DNase B và AHase tăng lên điển hình sau nhiễm khuẩn ở da.

hyaluronidase

2 cau¹:

- 1) DNase B
- 2) AHase .

Bệnh nhân nữ **13 tuổi** nhập viện vì phù toàn thân và mệt. **Bệnh 3 ngày**, em phù mi mắt lan tỏa ra toàn thân ngày càng tăng, phù trắng mềm ấn lõm không đau, tăng từ 36 ký lên 40 ký, tiểu vàng sậm không gắt buốt, lượng ít hơn bình thường. **Cùng ngày nhập viện em sốt nhẹ, ho khan, than mệt** nên gia đình đưa em nhập viện. Khám em tỉnh, mệt, **đau đầu**, mạch 88 lần/phút, HA 150/100 mmHg, thở 24 lần/phút, tim đều, phổi không ran, bụng mềm, báng, phù toàn thân

- 13 tuổi
- phổi hoàn thàn .
- HA: 150 / 100 mmHg

Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất ở bệnh nhân này?

A. Viêm cầu thận cấp (*)

B. Hội chứng thận hư không thuần túy

C. Viêm cầu thận tăng sinh màng

D. Bệnh thận IgA

Xét nghiệm cần thiết nhất để chẩn đoán?

A. Chụp hình Xquang phổi

B. Sinh hóa: ion đồ, creatinine

C. TPTNT (*) → cơm hēu máu, hēu đạm

D. Bổ thể C3, C4

Xử trí ban đầu thích hợp nhất

A. Hạn chế muối, nước

B. Nifedipin ngâm dưới lưỡi

C. Furosemide uống

• HA CAO:

• VÙA: FUROSEMIDE ± CCB (Nên kết hợp cả 2 từ đầu (cơ chế THA là ứ dịch => Furosemide)

• CC: PIV NICARDIPINE, LABETALOL, HYDRALAZINE

D. Furosemide tiêm tĩnh mạch (*)

Xét nghiệm ban đầu TPTNT: Ery 3+ PRO 3+ Đạm/Creatinin niệu = 2,1 g/mmol, albumin máu = 2,9 g/dL, C3/C4 = 30/15 mg/dL, creatinine máu = 174 micromol/L. Chẩn đoán phù hợp nhất sau khi có kết quả CLS? C₃ gram, C₄ ↓, Cre ↑

A. Hội chứng thận hư không thuần túy

B. Viêm cầu thận cấp nghi nhiễm liên cầu trùng - Tiểu đạm ngưỡng thận hư (*)

C. Viêm cầu thận tăng sinh màng C Sau 8w, C₃ 0 về bình thường m/s ngưng)

D. Viêm thận lupus

Thái độ theo dõi theo bệnh nhân này?

A. Chỉ cần theo dõi huyết áp

B. Theo dõi huyết áp + lượng nước tiểu + chức năng thận mỗi 1-2 ngày (*)

C. Chỉ định sinh thiết **ngay**

??

D. Theo dõi biến tiến bệnh trong 2-3 tuần, chỉ định sinh thiết thận nếu biến tiến không phù hợp với viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu

Bệnh nhi nam 5 tuổi cân nặng 26kg, nhập viện vì phù toàn thân 2 ngày nay. Bệnh nhân có HA 90/60 mmHg, creatinin máu 0.8 mg/dL, TPTNT thấy có protein +++, Ery +. Chẩn đoán nào dưới đây là phù hợp nhất?

A. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng

B. Nhiễm trùng tiểu trên

C. **Hội chứng thận hư**

D. Viêm cầu thận tiến triển nhanh

E. Tăng huyết áp biến chứng thận

Đề chuyên khoa các năm

[CK1 2010] VCTC sau liên cầu:

a. Chỉ bị 1 lần (\pm lân)

b. **Hiếm lần 2** ($0,7-7\%$)

c. Trẻ < 2 tuổi thường gặp

(thường 5-12y or >60y, hiếm gặp dưới 3y)

d. Suy thận mạn ($< 1\%$)

e. Tiểu đạm nhiều (\uparrow)

7.3. Về lâu dài

Đa số khỏi hoàn toàn.

Có một số nhỏ có thể diễn tiến nhanh đến suy thận trong bệnh cảnh viêm cầu thận tiến triển nhanh ($1-2\%$).

Và theo một số tác giả có một số trẻ tiến tới suy thận mãn ($< 1\%$).

Đa số bệnh nhân được mễn nhiễm suốt đời do có miễn dịch với các dòng liên cầu đặc thận. Tuy nhiên trong một vài báo cáo cho thấy có thể có 0,7-7% bị lâm tái viêm cầu thận cấp sau liên cầu, người ta giải thích có thể do sử dụng kháng sinh sớm nên hệ miễn dịch bị úc chế. Ở giai đoạn đầu của bệnh, protein NAPr thường được tìm thấy trong tế bào trung mô hay trong màng đáy của bệnh nhân. Kháng thể kháng protein NAPr giúp bệnh nhân không bị lâm tái. Ở những bệnh nhân bị lâm tái, người ta không tìm thấy kháng thể này trong máu bệnh nhân.

[CK1 2011]. Chẩn đoán xác định viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu ở trẻ em

A. Tiểu máu, phù, C3 máu giảm

B. Tiểu máu, phù, cao huyết áp, C3 máu giảm

(C) Tiểu máu, phù, ASO tăng, C3 máu giảm

??? (Theo dõi diễn tiến phù办好)

D. Tất cả đều sai

E. Tất cả đều đúng

[CK1 2011]. Chỉ định sinh thiết thận trong Viêm cầu thận cấp ở trẻ em

A. Tiểu máu đại thể kéo dài 14 ngày (>3 tuần)

B. Phù nặng kèm báng bụng.

C. Creatinine máu tăng (tăng thận hoặc kéo dài) vì có thể \uparrow trof qua.

(D) C3 máu giảm trên 3 tháng (12 w)

E. CRP tăng ✓

[CK1 2012] Biến chứng VCTC ở trẻ em, câu sai:

A. THA ✓

B. Suy tim ✓

(C) tăng đông (HCTH)

D. ST cấp ✓

[CK1 2012] HA cao ở trẻ em khi:

A. >95 bách phân vị

B. $>95^{\text{th}} + 5 \text{ mmHg}$

C. $>99^{\text{th}}$

D. $>99 + 5 \text{ mmHg}$

tắc nghẽn cung động mạch chủ, hoặc tiêu đường (Chứng cứ C, khuyến cáo trung bình)
- Nên chẩn đoán cao huyết áp ở trẻ có huyết áp đo được bằng ống nghe \geq bách phân
vị thứ 95 ở ba lần thăm khám khác nhau (Chứng cứ C, khuyến cáo trung bình) [9].

Graphic 114574 Version 7.0	
HA ↓ :	$< 90^{\text{th}}$
HA ↑ :	$90^{\text{th}} - 95^{\text{th}}$
THA dp. L :	$95^{\text{th}} - 95^{\text{th}} + 12$
THA dp. 2 :	$> 95^{\text{th}} + 12$
	$< 120/80$
	$120-129 / < 80$
	$130/80 - 139/89$
	$\geq 140/90$

[CK1 2012] VCTC sau nhiễm liên cầu: (gravid cao trào)

A. Chỉ bị 1 lần

B. Hiếm bị lần 2

C. Hay xảy ra ở trẻ < 2 T

[CK1 2013] THLS ,chẩn đoán phù hợp: **VCTC hậu nhiễm liên cầu.**

[CK1 2013] .B/c VCTC: **Co giật, hôn mê.**

[CK1 2013] C3 ↓:

a. Berger. (L)

b. HCTH nguyên phát tối thiểu. (L)

c. VCTC.

d. **VCTC hậu nhiễm liên cầu.**

e. Tất cả đúng.

[CK1 2013] VCTC, C3 về bt sau: **4-6 tuần**

[CK1 2013] THLS, Chẩn đoán phù hợp: **VCTC hậu nhiễm liên cầu.**

Năm 2018 - 2019

TN lần 2

67. C3 giảm trong:
A. Viêm cầu thận cấp !!!
(B) Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu
C. Henoch-Schonlein (L)
D. Hội chứng thận hư nguyên phát trẻ em (L)
E. Bệnh Berger (L)

B. Definitions

Urine Test	Normal protein excretion	Abnormal protein excretion	Nephrotic-range proteinuria
Dipstick	Negative or trace	$\geq 1+$	$\geq 2+$ for 3 consecutive days
Sulfosalicylic acid test	Negative	$\geq 1+$	$\geq 2+$ for 3 consecutive days
Protein:creatinine ratio (g/mmol) Age >2 years Age 6 months to 2 years	≤ 0.02 ≤ 0.05	>0.02 >0.05	>0.2
24-hour protein excretion Age >6 months old: (g/1.73m ² /day) (mg/m ² /hr)	≤ 0.15 ≤ 4	>0.15 >4	>3 >40
Age <6 months old: (g/1.73m ² /day) (mg/m ² /hr)	≤ 0.3 ≤ 8	>0.3 >8	>3 >40
Albumin:creatinine ratio (g/mmol) (mg/g)	≤ 0.003 ≤ 30	>0.003 >30	>0.220 >2220
24-hour albumin excretion (g/1.73m ² /day)	≤ 30	>30	>2200

- Urinary protein excretion <0.3 g/1.73m²/day is associated with regression of proteinuric chronic nephropathies suggesting that investigations are only necessary above this level.
- Exclude orthostatic proteinuria defined as early morning urine samples (supine) negative for protein, while evening urine samples (upright) may contain varying concentrations of protein.