

HỘI CHỨNG THẬN HUYẾT

No. _____
Date _____

① Có phải HCTH hay không?

- Kiểm cân phù

④ Có phải phù? Tính chất phù?

④ Đoan thân or thủ túc

Đoan thân: Như \geq 2 chỗ đối xứng qua trục dọc và cố định.

④ Đoan thân \rightarrow tiếp cận $\left\{ \begin{array}{l} \text{theo cơ quan} \\ \text{theo cơ chế Starling} \end{array} \right.$

④ Suy dinh dưỡng: chế độ ăn, EN, CC

- khám ở cổ tay, tay chân

④ Tim: Tte suy tim phải: gan to, TMC nổi, phản hồi cánh (+)
Tte suy tim toàn bộ.

④ Gan: H/c suy tb gan: vàng da niêm, sao mạch.

H/c TALMCu: gan lách to, THBT, xuất huyết tiêu hóa

④ Cơ thể

1- D² phù: vú khởi phát, mềm trắng, ấn lõm thông đau, mặt \rightarrow thân.

2- Tr \neq : HTA + các TC kèm theo, tiểu máu, tiểu bọt, tiểu ít.

3- Loại trừ các bệnh khác có thể

- XN tiểu: TPTNT \rightarrow TPTNT \perp thì làm tiểu máu, Alb máu
 \rightarrow chia làm 2 nhóm $\left\{ \begin{array}{l} \text{tạm máu} \downarrow, \text{Albu} \downarrow \\ \text{tạm máu} \downarrow \end{array} \right.$

* Cần có HTA phải loại trừ nguyên nhân

• Bệnh lý chủ mô thận

• Bệnh lý tim và mạch máu: hẹp eo ĐMC, hẹp ĐM thận, Takayasu

• Nổi bật: cường giáp, u tủy thượng thận, Cushing.

• Bệnh thận: U não (TALNS)

• \neq : thuốc co mạch, stress

- to huyết áp \rightarrow bệnh HTA \perp theo tuổi, giới, chiều cao.

\rightarrow $>90\%$ percentile, tiền HTA.

Δxđ HCTH

- Phù toàn thân kiểu thận:
- Creatinine $> 50 \text{ mg/l}$ ngày hoặc $> 1 \text{ mg/l}$ ngày hoặc pso niệu / cre niệu $> 2 \text{ mg/l}$ ngày hoặc $> 200 \text{ mg/l}$ mmol.
- Albumin máu $< 2,5 \text{ g/dl}$ hoặc protein máu $< 5,5 \text{ g/dl}$.
- Cholesterol máu tăng $> 2,0 \text{ g/l}$ (VLDL, LDL \uparrow , HDL \downarrow)

② Có phải nguyên phát hay k?

Loại trừ các nguyên nhân thứ phát

⊕ Bệnh hệ thống: Lupus, Henoch-Scholein amyloidosis, bệnh mm MD.

⊕ Nhiễm trùng: hởi TC $2^w - 1^w$: thủy đậu, quai bị, sởi, rubella, thương hàn, sốt rét

• chứng ngứa

• k có biểu hiện lâm sàng \rightarrow HbsAg, phết máu tìm KSTSR

⊕ Ung bướu: Hodgkin's lymphoma.

⊕ Thuốc: Au, Hg, KL nặng, Penicillin, NSAIDs, Lithium

⊕ Chuyển hóa: tiểu đường, Φ Alport (HCTH + giảm mắt thị lực + thính lực thường ở BN nam, có tlc gia đình)

⊕ Khác: dị ứng, nọc độc, ong đốt, < 11

TORCH: (Toxoplasma gondii - Rubella - CMV - HSV)

③ Có nghĩ là sung thương tái thiếu hay không?

- Tuổi 2 tuổi - 12 tuổi (< 5 tuổi: 90%, sau 10 tuổi: 50%, > 12 : 10-20% STM)

- Phù kiểu thận, phù nhiều (hơn tăng sinh màng, xơ hóa cục bộ)

- Creatinine vi thể (20-30%) (Creatinine đại thể: tăng sinh màng)

- THA 5-7% (thường là xơ hóa cục bộ và tăng sinh màng)

- Chức năng thận \downarrow (5%) \rightarrow trở lại \uparrow sau tiểu nhiều

C_3 C_4 \downarrow

\downarrow Ca tp do giảm Albumin

\downarrow Na máu giải tạo do \uparrow lipid.

④ Đón thuận hay l° đón thuận?

- tiểu máu
- tăng huyết áp
- suy thận.

⑤ Phân loại

① Giảm bạch: thủ giảm quy âm tính hay vết 1 lần 3 ngày tiếp sau 4w tiếp

② Các phát: Sau khi giảm bạch, giảm nhưng $\geq 2+$ hay ≥ 1 g/m² da/ngày trong 3 ngày tiếp (giảm $\geq 2+$ + phù).

Các phát thường xuyên: tái phát ≥ 2 lần / 6 m sau lần 0 đầu tiên ổn ≥ 4 lần / 4 y (LO tái phát sau 4w tiếp \rightarrow dễ lâm vs lệ thuộc Corti.

Các phát không thường xuyên

③ Li thuốc Corticoid: Các phát 2 lần tiếp khi đang giảm liều Corti hay trong 14 ngày sau ngưng Corti

④ Kháng Corticoid: không đáp ứng Corti sau 8w tần công Prednisone 2mg/kg/d

Sớm: ngay trong đợt 0 đầu

NL: ↑ sinh mạng, xó chai tổn thương

TL: HBV, HCV, quai bị, Rubella, lupus...

gen: đột biến gen ~~NR~~ NR5A1, NR5A2.

Nuôn trong 0 đợt 0 sau \rightarrow ít nghi TL.

⑤ Kháng cyclosporin: l° đáp ứng cyclosporin khi $\theta > 6$ tháng l° giảm

⑤ biến chứng

Cấp

- ④ ↓ thể tích: ứ, tiểu chảy nhiều

Sốc

Suy thận cấp (ST tổn thương)
HL nước điện giải

- ④ Suy thận cấp (ST ≠)

- ④ Nhiễm trùng
 - Viêm mô tế bào
 - Viêm phổi
 - Viêm INNK nguyên phát
 - NTT

- ④ Trảng đông → tắc mạch.

Nạn

- ④ SDD do ↓ đàm nhiều
- ④ bc do thuốc: corticoid, UMD.

→ Δ: HCTH nguyên phát thể nặng thường tổn thương đơn thuần nặng
Cẩn muộn chưa biến chứng.

Note:

Phụ hôn LS cần loại bỏ các reason phụ bản thân sau đó làm XN.
TPNTNT → Máu + tiểu niệu.

④ Máu 3+, tiểu (+) → VCTC

④ Máu (-) tiểu (3+) → HCTH

④ Máu 3+ tiểu 3+ → VCTC hay HCTH

④ Máu (-) tiểu (-) → xem lại có phải phụ do thận ?

→ hiệp cần theo dõi chức năng máu

• đàm máu ↓: cần tìm nguyên nhân suy thận do ↓ l. thủy tinh

! đàm máu ↓

Albu ↓

→ thiếu đạm

giảm hấp thu

lên lg á

↓ Σ ở gan

mất ở đg TH (thủ xo/phân)

* đàm niệu đạt ngưỡng HCTH những XN sinh hoá b. phù hợp → VCTC

CLG cân lâm:

Δ lần đầu:

Bilan thận hư: TPINT - đạm máu - albumin máu - lipid máu - đạm niệu 24h.

CN thận: Creatinin

Chẩn đoán

Albumin niệu / Cre niệu.

CTM, HCT

CN thận, CN gan

Cholesterol máu

Na^+ , K^+ niệu để đánh giá V máu

Chẩn đoán Cortisol buổi sáng

(Cortisol) máu ↓

wake up

+ (u) khi no để chống VDD

+ quả nhỏ + cơ viên n → chưa 2 lần nữa 2 đ' sinh lý.

(u) sáng buổi dinh sinh lý nếu k° sẽ khiến
huyền thán lâm k° biết hết Cortisol
máu theo đúng kỹ thuật.

Chẩn đoán HCTH

lần đầu Δ : TC qđ ? CLS qđ ? Δ ở đâu ?

Ở ở đâu ? qđ ? máy viên ? sau mấy ngày hết phù.

Chẩn đoán - mấy lần ? liều ? ngày ở lần nào chưa.

Yêu cầu 1 lần. k° phù / LS nhưng vẫn còn biểu hiện.

ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ

A. Điều trị thận. max 12 viên 5mg

★ Điều trị lần đầu

Prednisone: 4w tấn công: $2\text{mg/kg/ngày} \times 1$ (u) sáng sau ăn.
 4w cách ngày $1,5\text{mg/kg}$ cách ngày $\times 1$ (u) sáng sau ăn.
 4w duy trì: giảm dần $0,5\text{mg/kg}$ cách ngày mỗi 2 tuần.

★ Tái phát lần đầu

Prednisone 14d (tối thiểu) $2\text{mg/kg/ngày} \rightarrow$ đạm niệu (\rightarrow) 3 ngày liên tiếp.
 4w cách ngày $1,5\text{mg/kg}$ cách ngày.
 4-6w duy trì: giảm liều dần \rightarrow 2 năm \leq 3 tháng.

★ Tái phát thường xuyên / lệ thuộc Corticoid

Prednisone 2w: $2\text{mg/kg/ngày} \rightarrow$ đạm niệu (\rightarrow) 3 ngày liên tiếp.
 4w cách ngày $1,5\text{mg/kg}$ cách ngày.
 Sau đó giảm liều còn $0,1 - 0,5\text{mg/kg}$ cách ngày duy trì 6-12m.
 (TPTXuyên: 3-6m; LT Cort: 3-12m)

Nếu tăng giảm liều mà bị tái phát, xét liều Prednisone:

⊕ $0,1 - 0,5$: dùng kết hợp pred liều thấp và 1 trong 3 thuốc sau:
 MMF, Cyclophosphamide, levo misole.

⊕ $> 0,5$: levo misole $2,5\text{mg/kg}$ cách ngày \times 4-12m.

⊕ $> 0,5$ + độc tính hay YTN (hiệu đq, lùn, thg tái phát bệnh cảnh \downarrow V, tái m)
 $> 0,1\text{mg/kg}$ cách ngày.

\rightarrow Cyclophosphamide $2,5\text{mg/kg/ngày} \times$ 8-12w và Prednisone liều thấp

Nếu sau các phác đồ này vẫn tái phát \rightarrow sinh thiết.

\rightarrow Cyclosporine $5\text{mg/kg/ngày} \times$ 12-24m.

✿ CD MMF (Mycophenolate Mofetil)

- HCTH tái phát truyền or + không đáp ứng Cyclosporin sau 12w (còn hiệu đạm ngưỡng thận hư và phụ tái phát).

- Liều $20-30\text{mg/kg/ng}$ đạt [MMF] huyết thanh $2,5-5\text{mg/ml}$.

- MMF + pred liều thấp: 12-24m \rightarrow đq \rightarrow tái phát thì 0 hử đq.

- MMF ít độc nhất, độc gan.

☺ Cyclophosphamide:

Ttd phụ: ↓ BC, Viêm B quang x huyết, vô sinh
→ Ttd: CTM, HC ~~tiêm~~ lười, TPTNT, chu kỳ kinh nguyệt ở trẻ dậy thì

★ Chẩn Corticoid

- Sau 4w k° đáp ứng

→ Methylprednisone: 1g/1,73m² da/ngày - 10-15 mg/kg/ngày

TTM 3 liều mỗi ngày

(có cũng đc, k° có cũng k sao, có thể sinh thiết ngay k° cần methyl)

→ Methyl fail → sinh thiết. (fail 2w: cần phải ~~đ~~ tạm niếu (+))

C Xuôn: Dữ liệu quả g: cyclosporin/tacrolimus + prednisone

④ Cyclosporin 5mg/kg/ngày

Ttd phụ: độc thận: xỏ hoá ống thận mô lể → sinh thiết sau 2 năm, đo Cr mỗi 3m, đo [thuốc] mỗi 3m

④ Tacrolimus 0,15mg/kg/ngày chia 2 lần

④ Prednisone 1mg/kg/ngày / 1m → 1mg/kg/mỗi ngày / 5m

Khác đc BV

☺ Sang thường tối thiểu, tăng sinh trung mô, xỏ hoá cục bộ từng phần

→ Cyclosporine / Cyclophosphamide + prednisone

④ Cyclosporine 5mg/kg/ngày x 6m-12m

④ Cyclophosphamide 2,5mg/kg/ngày x 12w (3m)

④ Prednisone 1mg/kg/ngày / 1m → 1mg/kg/mỗi ngày x 6m

☺ Sang thường lành cấu trúc thận nặng: 6 tháng

Chẩn lể: Methylprednisolone 15-30 mg/kg/ngày x 3 liều

Prednisone 0,4mg/kg/ngày x 27 ngày

Chẩn chẩn: chlorambucil 0,2mg/kg/ngày x 30 ngày

☺ Sang thg viêm cấu trúc thận tăng sinh màng → prednisone + Cyclosporine + Cyclophosphamide

④ Prednisone 1-2mg/kg/mỗi ngày giảm dần 12-24m

④ Bly Cyclophosphamide 2,5mg/kg/ngày

④ Cyclosporine 5mg/kg/ngày

☺ k° sinh thiết đc → prednisone + Cyclophosphamide / Cyclosporine → y chẩn thận

④ Prednisone 1-2mg/kg/mỗi ngày giảm dần 12-24m

B. Điều trị triệu chứng

① Phù

⊕ Hạn chế muối và nước: 150-200ml/ngày, chất béo = 30% T calo.

⊕ Lợi tiểu

- thân trọng
- thuốc: chlorothiazide, spironolactone, furosemide
- liều: 1-2mg/kg/ngày
- CD [khi có 1A dùng Albumin
- [phù nặng [tràn dịch đa màng, nứt da do phù
- [phù nặng + NT nặng

⊕ Truyền Albumin

CD: - Albu máu < 1,5g% + \downarrow đáp ứng \downarrow Corti.

- shock \downarrow V \downarrow \downarrow truyền dịch hoặc \downarrow gelatine
- phù nặng (nt) cần thoát thân những kháng
- ti xử lý lợi tiểu tối đa 3 ngày.

- \rightarrow TTM 1g/kg 12-5h + furosemide 2mg/kg TMC sau truyền 1/2 V kết thúc.
- \rightarrow theo dõi dấu hiệu quá tải và \downarrow lợi tiểu (liều 1) và (liều 2)
- \rightarrow sau truyền, đáp ứng \downarrow tốt hơn \rightarrow không truyền tiếp

② HS hệ khác

Vitamin D: 1000-2000 UI/ngày

Calcium: 30mg/kg/ngày

C. Điều trị biến chứng

① Nhiễm trùng

Viêm mô tế bào: tủy lỵ hệ cầu \rightarrow Oxacillin

Viêm phổi phế cầu, gram(-) \rightarrow { Cefotaxim 150-200mg/kg/ngày chia 4/10N
Gentamycin 5mg TB 1 lần/ngày/5N

IPM

NTI \rightarrow 0 như NTT

② Trống đông

Chú ý phòng ngừa khi

\downarrow V

dùng lợi tiểu

cần thận khi lấy máu TM (tránh máu TM đông)

tình trạng bất đông

\rightarrow Xn tăng đông + HHS (dị tật mạch) \rightarrow có huyết khối \rightarrow kháng đông.

\rightarrow Cechi

③ Phần thi hích

Truyền Albumin chống shock

Albumin 20% 1-2 g/kg/lần TTM

Pha loãng Albu Normal saline = 1:3 → Albumin 5%

↓ 7.5 - 15 ml/kg/h huyết đông

Chỉ định sinh thiết thận.

① Nghi HCTH Thứ phát (do bệnh hệ thống Henoch hay Lupus

② Có nhiều bằng chứng cho thấy k° phải HCTH sang thg tới thận

• < 1 tuổi hay > 11 tuổi

• HCTH k° thuần huyết

③ HCTH kháng Corti. hoặc TPTXuyên (đang còn bàn cãi)

Xuất viện

Cheo đỡ nước tiểu } mỗi ngày → tiểu nhiều + sụt cân + ↓ phù → tốt
Cân nặng }
Mức độ phù }
Thứ đạm (-) 3 ngày tiếp sau 5 ngày. → XV

Cheo đỡ sau XV

Thang 1: thứ NT 2 lần/tuần

Thang 2 → thứ NT 1 lần/tuần

Đau thận sau 4w trong } To CN, CL, HA
TPTNT

Đau BN tái phát ngay khi } Sốt
Đau bụng
Phù lại
Nước tiểu có đạm ≥ 2(+) 3 ngày tiếp

Khi dùng Corti lâu dài

- Trường niệu

- Mật độ xương (lưu ý BN có đau khớp hay xương → hoại tử xg)

- Khám mắt 3-6m

- Dùng Cort liều 5mg/kg/ngày ≥ 2w k° đc chủng ngừa Vaccin sống, bất hoạt hay Chủng Vaccin sống khi ngưng Cort 6w

- Dùng Cort ≤ 0.5 mg/kg/các ngày có thể chủng ngừa nếu cần.

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
đau bụng, nóng, BC ↑ cao, phản ứng thành bụng.
tác nhân thường là phế cầu và gram(-).

Triếp cận đau bụng cấp & nhóm nguyên nhân

① Ngoại khoa

⊕ Chẩn đoán song song: đau dữ dội, bụng cứng như gỗ, gột rửa có sỏi

⊕ VRT, hủ thừa, hủ mất: đau khu trú 1 điểm → lan ra khắp bụng

② Nội khoa

⊕ K° quan HCTH, ngộ độc: loạn thức ăn, TC thay đổi, nôn ói

⊕ HCTH

— IPMNKNL: bụng bụng + 1/các!

— Các mạch máu mạc treo: đau dữ dội, đau quanh rốn, lúc, đau kiểu đau thắt

— Viêm dd-R: có triệu BN dùng Corti liều cao kéo dài, thg đau thường vì nằm ở hố, ở chừa

— Phế nề thành ruột

— Cơ chế, căng bao các tạng

③ Cận lâm sàng

⊕ Siêu âm bụng: loại ngoại khoa, đánh giá tlo dịch, định hướng chọc dò

⊕ Bilan NT: CTM, CRP, cấy

⊕ Cấy máu: hi dùng KS

⊕ Chọc dò dịch màng bụng

Tại thí: màu sắc, trong / đục

Sinh hóa: ①, Glucose, Lactate

Soi nhuộm Gr: kết quả nhanh → song cầu Gr(t)

Cấy định danh Gr(+): chắc chắn IPMNK

Gr(-), + → thử phát

⊙ $\theta = C_3 + \text{genta}$: vẫn dùng Corti nếu đang sốc tốt do ↓ phù, viêm, cải thiện NT → tăng hiệu KS

⊙ Ngota: vi mật NT, SH, hi đặc, đau bụng

Note thêm

- Tam niếu kết thúc 3-4m sau Hbu mỗi vđ 1
- Tải phát: quan trọng là TC ở lần đầu ntn, có đli hay k°
 VD tải Δ HCTH, đli ở trong 4w, giảm liều cách ngày còn lv thì tam niếu (+) lại \rightarrow trong lại, rồi giảm \rightarrow lúc còn lv lại tải phát \rightarrow HCTH tải lại 2 lần / 6m \rightarrow thêm Endoxan (cyclosporin) 12w.
 Gthích: Pred là ngon I' nhưng nó tải phát ở liều còn khá cao \rightarrow cần thêm lể MD, mà endoxan 12w là max. \rightarrow sau 12w là 1 mình pred
 Sau ngưng còn tải phát \rightarrow đáp = 1 đợt pred trong.
 Nếu giảm liều còn lv vẫn tải phát \rightarrow MMF liều 600mg.

- Nêm 444 hay 486

đầu tiên 4w trong rồi xét

đáp ứng (90%)	1 lần xđ thời	10-20
	Tp xa.	30-40
	Tp thuyên	40-50
kháng (10%)		

Nếu 1 lần \rightarrow 444

Tp xa: trong lại \rightarrow tam niếu (-) / 3d \rightarrow đáp 8w pred 1.5 cái ngày

- NT do Virus \rightarrow đánh lorb \rightarrow bùng phát

- Nguy cơ sinh thiết. \rightarrow chảy máu k° cầm đc
 \rightarrow nhiễm trùng.
 \rightarrow đông hình mạch.

- Điều máu vi thể có thể có trong 30% TH sag thg tối thiểu gđ đầu

- Tdụng phụ của cyclophosphamide: kéo dài time lui bệnh, giảm thời năng tái nhập viện, giảm số lần tải phát ở tải HCTH tải phát xuyên / lể \in Gth.

- \downarrow Neutro \rightarrow CTM mỗi tuần, BC < 5k \rightarrow ngưng.
- bong nước lan tỏa.
- Vô BQ xuất huyết
- Rụng tóc thành mảng k° dấy sưng.
- Vô sinh
- \uparrow nguy cơ hoại ác của u vđ sau.

