

ĐIỀU TRỊ HC THẬN HƯ – VIÊM CẦU THẬN CẤP

Nguyễn Đức Tính- Tổ 12- Y13B.

PGS.TS VŨ HUY TRỤ

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH 1-2 năm gần đây thay đổi: bắt buộc phải có 3 tiêu chuẩn sau:

+ tiểu đạm ngưỡng HCTH: > 50 mg/kg/ngày hoặc 1g/m²/ngày hoặc protein niệu/ Creatinine niệu > 2 (mg/ mg).

+ phù kiểu thận.

+ giảm Albumine máu, protein máu.

chú ý: tiêu chuẩn rối loạn lipid máu là phụ, không bắt buộc, nhưng trên LS vẫn làm để củng cố thêm cho chẩn đoán.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ :

Khi chẩn đoán HCTH phải đủ các bước sau:

1. chẩn đoán HCTH.

2. nguyên phát hay thứ phát? sau khi loại trừ 5 nhóm nguyên nhân thứ phát.

3. có nghĩ sang thương tối thiểu?

4. thuần túy hay không thuần túy? cái này hiện tại không còn đúng nữa do thuần túy là chỉ tổn thương tế bào biểu bì —> tiểu đạm, còn khi đã không thuần túy thì viêm thận là chủ yếu (ảnh hưởng lên trung mô và nội bì —> tiểu máu, cao huyết áp, suy thận.

5. biến chứng gì chưa?

Cần thay đổi quan điểm về HCTH. Không phải tất cả HCTH đều dùng Corticoids, chỉ ưu tiên dùng trong sang thương tối thiểu. Khi mất cân bằng cán cân 4 chân: BS, khám + Nước tiểu + CLS miễn dịch+ GPB khi có 3 cái đầu tiên thì không làm sinh thiết, khi mất cân bằng thì làm sinh thiết. Tùy vào độ tuổi (hình có nguyên nhân theo sinh thiết ưu tiên.

NHẮC LẠI CHẨN ĐOÁN :

1. Chẩn đoán xác định:

- ♦ Phù
- ♦ Đạm máu $\downarrow < 55$ g/l, Albumin máu $\downarrow < 25$ g/l
- ♦ Cholesterol máu $\uparrow > 2,2$ g/l
- ♦ Đạm niệu/ 24 giờ : > 50 mg/kg/ ngày,
hay Protein niệu/ Creatinine niệu > 2 (mg/mg).

Tiêu chuẩn tiểu đạm là chính nhất

Phù trong HCTH là phù rất nhiều, tuy nhiên có những trường hợp ko phù hay phù ít

• 2. THỨ PHÁT? 3. THỂ TỐI THIỂU ?

2: trẻ em 90% là nguyên phát, người lớn 75%

Thứ phát: cái gì người lớn có thì trẻ em cũng có nhưng tần suất bệnh khác nhau. ở trẻ em là sau lupus, sau henoch- schlein, sau viêm gan B C, sau sốt rét sau dùng thuốc và sau ung thư --> 1 đứa trẻ đã đc chẩn đoán HCTH rồi thì tiếp theo là loại trừ những nguyên nhân thứ phát trên. nếu ko có thì "tam thời" gọi là nguyên phát vì có hàng trăm nguyên nhân thứ phát mà do khả năng và trình độ của bs ta hiện nay chưa tìm ra hết

Trên đời này ko có gì là nguyên phát hết, do mình ko tìm ra thôi." Trên đời này ko có gì là tuyệt đối trừ tình yêu anh dành cho em" :))))

3: Thể tối thiểu?: chỉ có sang thương tối thiểu dự phòng mới tốt đc nhất là ở trẻ em phần lớn là sang thương tối thiểu và đáp ứng 95% corticoid. - hay gặp: 1-12 tuổi: phần lớn là thể tối thiểu (nhìn cai bảng gì đó mà slide ko thấy)

nếu có hồng cầu, có huyết áp cao, có suy thận thì thể tối thiểu giảm xuống --> 1 đứa trẻ HCTH nguyên phát từ 1-12 tuổi ko hồng cầu ko THA ko suy thận thì khả năng rất cao là sang thương tối thiểu

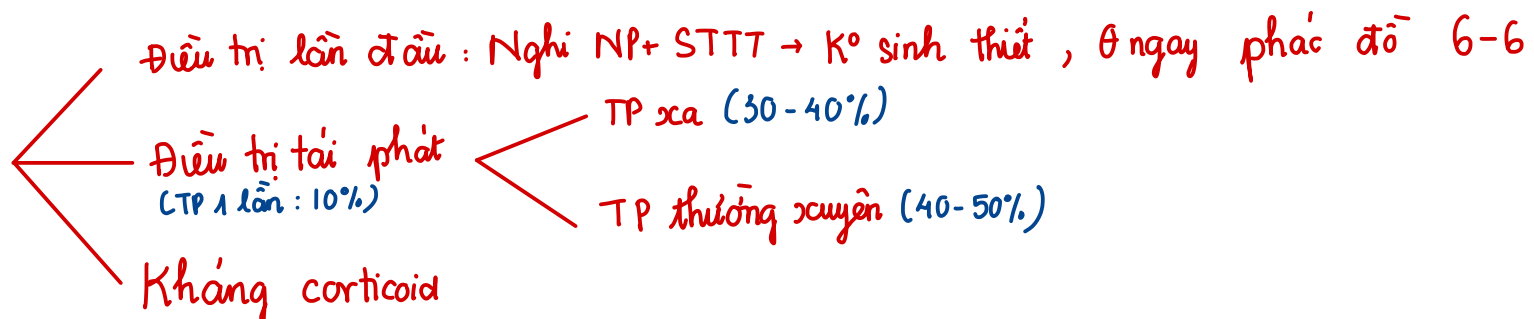
Hiện nay: 6-6

ĐIỀU TRỊ

Điều trị lần đầu: HCTH NGUYÊN PHÁT NGHI TỐI THIỂU:

Phác đồ 4-8-6

- ♦ 4 tuần tấn công: Prednisone 2mg/kg/ngày
Chia 1 lần sáng uống sau ăn.
- ♦ 8 tuần cách ngày: Prednisone 1,5mg/kg/ cách ngày
Uống 1 lần duy nhất vào buổi sáng sau ăn.
- ♦ 6 tuần duy trì: Giảm liều dần 0,5 mg/kg/cách ngày
mỗi 2 tuần.
Uống 1 lần duy nhất vào buổi sáng sau ăn.



4-8-6 là hoch thôi còn trên thực tế: 4 tuần là chắc chắc còn 8 tuần và 6 tuần là chưa chắc
Từ năm 2015, người ta thấy phác đồ này dài quá nên người ta đề nghị điều trị ngắn lại tấn công thì vẫn giữ nguyên 4 tuần nhưng cách ngày thì giảm còn 4 tuần và 4 tuần duy trì thay vì 6 tuần.
Y6 nhớ 4-8-6 và ngắn hơn có thể là 2 tháng
Điều trị lần đầu này chỉ áp dụng sau khi nghĩ nhiều nó là nguyên phát và tối thiểu còn nếu ko nghĩ là nguyên phát ko ko là tối thiểu thì bắt buộc phải sinh thiết

ĐIỀU TRỊ TÁI PHÁT

Tái phát lần đầu:

Prednisone 2mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu (-)
3 ngày liên tiếp, tối thiểu 14 ngày .

Sau đó: Prednisone 1,5 mg/kg/cách ngày, trong ~~8~~ 4 tuần.

Sau đó: Giám đốc

Khi HCTH là nguyên phát và tối thiểu ở em bé thì 80-90% những em bé đó sẽ tái phát. vd 100 em nguyên phát và tối thiểu điều trị 90 em đáp ứng, trong 90 em này thì 10% là bị 1 hoặc 2 lần thôi, còn 30-40% là tái phát nhưng xa, còn phần lớn 40-50% là tái phát thường xuyên

Tia phát lần đầu điều trị như tren nhưng thường thường nên(kinh nghiệm ls thui chứ chưa có nghiên cứu) tối thiểu???

sau đó Prednisone cách ngày trong 4 tuần sau đó giảm liều(chỗ 4 tuần nghe vậy mà thầy nói dính chữ ko biết đúng ko thấy tren slide là 8 tuần)

áp dụng tái phát xa lun. Thường phát đồ này dùng cho tái phát 2 lần đầu

ĐIỀU TRỊ TÁI PHÁT

Tái phát thường xuyên, hoặc lệ thuộc corticoid:

Prednisone 2mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp

Sau đó : Prednisone 1,5 mg/kg/ cách ngày, trong ~~8~~⁴ tuần

Tiếp theo giảm liều dần, rồi duy trì: 0,1- 0,5mg/kg/cách ngày trong ~~6~~³-12th

- ♦ Nếu lúc giảm liều bị tái phát với liều prednisone > 0,5 mg/kg/ cách ngày → Cho thêm: Levamisole 2,5 mg/kg/cách ngày, trong 4 - 12 tháng.

Effective steroid sparing agents for SSNS

Cyclophosphamide	2 mg/kg/day	8-12 weeks
Chlorambucil	0.1-0.2 mg/kg/day	8-12 weeks
Levamisole	2.5 mg/kg on alt days	12 months or more
Cyclosporin*	4-5 mg/kg/day in 2 doses	12 months or more
Tacrolimus*	0.1 mg/kg/day in 2 doses	12 months or more
Mycophenolate mofetil	1200 mg/m ² /day in 2 doses	12 months or more
Rituximab <i>Mắc quá</i>	375 mg/m ² per dose	?once /once yearly as required

* Starting dose; monitor levels

Tái phát thường xuyên: 2 lần trong 6 tháng, 3 lần trong 1 năm và xảy ra rts nhiều 1 nửa em bé đó xảy ra

Đến giờ này trên toàn thế giới vẫn chưa tìm ra đc phát đồ tối ưu cho tái phát thường xuyên và lệ thuộc

Tấn công 2mm/kg/d ít nhất trong 14 ngày

Đối với tái phát thường xuyên đừng giảm liền, đừng giảm hết mà giảm làm sao đến cái mức mà em bé bị tái phát ví dụ cứ đến 0,5mg/kg/d thì nó tái phát thì chúng ta giữ liều trên(ko nghe được nữa) ko xg

TRên trên nghiệm thì với tái phát thường xuyên thì giữ đc 3-6 tháng còn phụ thuộc thì 9-12 tháng là có thể giữ đc nhưng kinh nghiệm cho thấy phần lớn đều thất bại

-----> chung quy lại là với trường hợp này chúng ta cố gắng giữ liều corticoid tối thiểu nhất đừng bị tái phát nhưng rất khó. nếu ko đc thì chúng ta bắt buộc phải sử dụng 1 trong 7 thứ thuốc đọc trong sách thêm

Từ năm 2012, so sánh 7 thứ thuốc trên thì người ta khuyên dùng cyclosporin hoặc ... nhưng đến 2017 thì có quyền sử dụng 1 trong 7 loại thuốc này

---> Thuốc chính yếu vẫn là corticoid, 7 thuốc trên chỉ là để ngừa tái phát thôi

tái phát thường xuyên như vậy cứ mỗi lần tái phát thì biến chứng dùng corticoid lại cao hơn như giảm thể tích, tăng đông, viêm phúc mạc. Thành ra phải dùng thêm 1 thứ thuốc khác mặc dù những thuốc này rất độc nhưng cân nhắc lợi hại thì thôi dùng thêm thuốc này

ĐIỀU TRỊ TÁI PHÁT

- ♦ Nếu lúc giảm liều bị tái phát với liều prednisone > 1mg/kg/ cách ngày; hay: prednisone > 0,5 mg/kg/cách ngày + Độc tính corticoid (dạng cushing, cao huyết áp, đục thủy tinh thể, và/hoặc chậm phát triển), hay có yếu tố nguy cơ (lùn, tiểu đường, thường tái phát trong bệnh cảnh nặng)→ Thêm: Cyclophosphamide 2,5 mg/kg/ ngày, trong 8 – 12 tuần.

ĐIỀU TRỊ THỂ KHÁNG CORTICOID :

Thể kháng corticoid:

Dùng thử Methylprednisolone: $1\text{g}/1,73\text{m}^2$ da/ ngày x
3 lần (cách ngày).

Hoặc sinh thiết thận ngay không cần 3 liều
Methylprednisone. Sau đó tùy vào dạng sang
thương.

Kháng Cor → có 75 đột biến gen gây ra

Nước ngoài : Gen

VN: Mắc → tự đối tượng



GENETIC TESTING :

- In our center, we perform genetic testing for all patients with SRNS because screening is readily available in our research laboratory.
- For other settings in which genetic testing is not readily available, we suggest screening should be performed for all patients with
 1. a familial history of SRNS,
 2. patients whose parents are consanguineous,
 3. children less than one year who present with SRNS,
 4. and in all patients with syndromic SRNS.
 5. For the remaining patients with SRNS, we consider the utility of performing genetic screening based on the histology and age of the patient.

kháng là những bé sau 4 tuần(ngày xưa), 8 tuần(ngày nay) xài corticoid mà vẫn ko giảm HCTH thì gọi là kháng corticoid --> bắt buộc phải sim=nh thiết vì khi đó khả năng sang thương tối thiểu giảm xuống.

Sau khi sinh thiết xong thì sẽ dùng cylosporin nhưng hiện nay thích dùng hơn

Trở trêu là kháng corticoid rồi mà vẫn phải cho corticoid, chưa giải thích dc nhưng thấy tốt hơn

Sau 8 tuần ko cải thiện thì khoan hãy kết luận là kháng corti, mag hãy cho sinh thiết và cho mấ thuốc kia thử

Phác đồ trên chỉ đáp ứng tốt nhất khoảng 40% thôi
60% ko đáp ứng sau 6 tháng thì em bé đc thêm cái tên nữa là kháng cylosporin

MCNS, MESP-GN, FSGS :

Cylosporine: 5mg/kg/ngày

Prednisone: 1mg/kg/ngày x 1 tháng

Sau đó 1mg/kg/cách ngày x 5 tháng

- ♦ Nếu không có Cyclosporine có thể dùng:
Cyclophosphamide 2,5 mg/kg/ ngày, trong 12 tuần.
- ♦ Sang thương tối thiểu hay tăng sinh trung mô lan tỏa có thể cho:
Cyclophosphamide và Prednisone

thêm khái niệm kháng Cyclosporine

VIÊM CẦU THẬN CẤP :

NHẮC LẠI CHẨN ĐOÁN :

1. HC VCTC ?
2. VCTC DO SAU NHIỆM TRÙNG ?
3. NẾU KHÔNG NGHI SAU NT, XEM XÉT C :
 - C_3 GIẢM
 - HAY C_3 BÌNH THƯỜNG

Tiêu chuẩn VCTC sát sao thì bắt buộc phải có nước tiểu thấy có hồng cầu, 5 hồng cầu trên quang trường 40, và là hồng cầu Dysmorphic. Ngoài ra còn có tiêu chuẩn phụ THA, suy thận

VCTC chia làm 2 loại: (1) sau nhiễm trùng (2) ko nhiễm trùng. ở vn hiện nay thì sau nhiễm trùng rất nhiều -> sau khi chẩn đoán VCTC thì xem xem có sau nhiễm trùng hay ko, có C3 giảm ko, có C4 bình thường ko

VCTC có C3 giảm, dưới 3 tháng thường là VCT hậu nhiễm liên cầu, VCT do lupus và VCT tăng sinh màng. Loại lupus bằng các xét nghiệm, VCT tăng tinh màng thì chờ đến 8 tuần mà C3 ko về bình thường thì ghi VCT tăng sinh màng và sinh thiết thì ra VCT tăng sinh màng

Nếu C3 bình thường thì là Henoch - schlein và bệnh thận IgA

Sau khi loại hết còn VCT hậu nhiễm thì thử ASO ... -> rất nghi ngờ là VCT hậu nhiễm

ĐIỀU TRỊ : VCTC SAU LIÊN CẦU:

- KS
-
- HA CAO :
- VỮA : FUROSEMIDE, Ức Ca
- CC : PIV NICARDIPINE, LABETALOL, HYDRALAZINE
- SUY TIM , PHÙ PHỔI CẤP :
- SUY THẬN CẤP :
- VCT TIẾN TRIỂN NHANH : MP ± ĐỘC TẾ BAO

do phức hợp miễn dịch --> xài ức chế miễn dịch là đúng rồi. Nhưng trên thực tế ko xài ức chế miễn dịch, ko xài corticoid vì khi xài corti dài hạn trên VCTC hậu nhiễm thì dở vì VCT hậu nhiễm liên cầu 95% tự hồi phục, diễn tiến tốt ngoại trừ trường hợp VCT hậu nhiễm liên cầu mà lâm sàng là VCT tiến triển nhanh khoảng 1-2% thì lúc đó mới dùng cor

--> chẩn đoán VCTC ko dùng để đưa ra quyết định dùng corti hay ko mà dựa vào nguyên nhân và bệnh cảnh lâm sàng

---> trong VCTC là theo dõi và điều trị biến chứng của nó thôi

2 biến chứng cần điều trị: Huyết áp cao và suy thận cấp

(1) Huyết áp cao: nhứt thời, cao, đột ngột nên khuyên sử dụng loại hạ áp là ức chế ca và lợi tiểu furosemide, trên lâm sàng thường dùng ức chế Ca

(2) Tổn thương thận cấp: bảo tồn hoặc thay thế. Nếu có chỉ định thay thế thận như chạy thận, lọc thận ko thì điều trị bảo tồn

thận chức năng duy trì nước, điệnj giải, toan kiềm

Về vấn đề kháng sinh: Khi liên cầu xâm nhập vào cơ thể --> tạo phức hợp KN-KT --> du hành trong máu và đã gây ra bệnh cảnh VCTC thì cho kháng sinh là vô ích. Cho KS khi vẫn còn con vi trùng mà đánh KS ko phải là để điều trị VCTC mà là điều trị viêm họng, viêm da có VK còn sót lại để đừng tạo những phức hợp miễn dịch mới nữa

---> nếu hỏi có xài ức chế miễn dịch trong VCTC ko thì là có xài, nhưng nếu là VCTC hậu nhiễm thì ko xài vì ls diễn tiến tốt