

TIỂU MÁU

Định nghĩa

- Sự hiện diện của HỒNG CẦU trong nước tiểu, từ đường niệu
- Soi căn lắng nước tiểu ≥ 3 hồng cầu/QT 40

- Tiểu máu = tiểu HC (là TB, không là protein) => phân biệt với tiểu Hb, myoglobin.

- Máu, HC từ đường niệu => tránh nhầm ở 1 số bệnh nhân có HC trong nước tiểu nhưng thực chất từ âm đạo hay đường tiêu hóa.
- Phụ nữ có tiểu máu => hỏi thêm có đang có kinh không + có xuất huyết tiêu hóa, trĩ không.

- Lâm sàng bệnh nhân tiểu máu thường biểu hiện có nước tiểu đỏ, màu hồng hồng (thay đổi màu sắc nước tiểu), nhưng biểu hiện này không đáng tin do:

- Nhiều bệnh nhân có tiểu máu nhưng nước tiểu không đỏ.
- Màu sắc nước tiểu thay đổi nhưng cũng chẳng phải là máu.

=> Hầu như chẩn đoán tiểu máu đều cho bệnh nhân làm XN.

Xét nghiệm chẩn đoán tiểu máu

- Que nhúng nước tiểu
- Soi căn lắng nước tiểu
- Đếm tế bào bằng buồng đếm (Addis)

- Que nhúng nước tiểu = chỉ để tầm soát, chứ không xác định được.

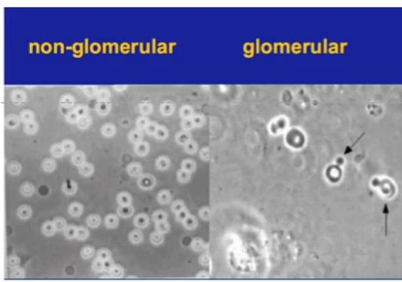
- Dùng nước tiểu gì? cách thức thực hiện ra sao? cách đọc KQ? dương giả có ý nghĩa gì? ưu nhược điểm? => cô kêu cái này đã được học qua rồi và bảo Y4 sẽ học lại.

Tiểu máu vi thể- đại thể



- Hầu như bệnh thận là tiểu máu vi thể.

Soi cặn lắng nước tiểu- Hình dạng hồng cầu



2 quần thể HC, kích thước tương đồng, khác nhau về màu sắc (HC nhạt do mất Hb)
Khác nhau về kích thước, hình dạng và mức độ mất Hb

Acanthocyturia—A characteristic marker for glomerular bleeding. *Kidney International*, Vol.40 (1991), 115-120

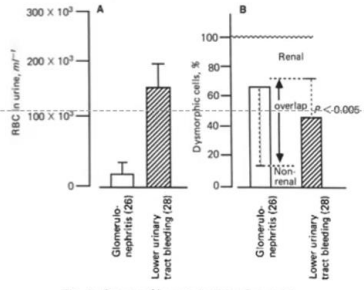
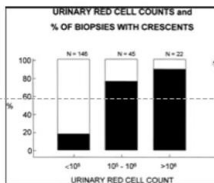


Fig. 2. Degree of hematuria (A) and percent dysmorphism (B) in patients with proven glomerulonephritis (G) and with lower tract bleeding (LB). The latter had significantly lower percentage dysmorphism than patients with glomerulonephritis. The overlap in dysmorphic cells between the groups (± 2 sd) demonstrates that some patients with lower urinary tract bleeding had up to 75% dysmorphic cells, and some patients with glomerular bleeding had as few as 17% dysmorphic cells.

- Số lượng HC càng nhiều thì coi chừng chảy máu ở đường tiểu dưới.

Tiểu máu vi thể- đại thể



* Bệnh thận IgA

- Mức độ tiểu máu và số lượng liềm tế bào trên sinh thiết thận.
- Nguy cơ diễn tiến đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD): không liên quan đến mức độ tiểu máu

Table 1. Predictors of ESRD in IgAN*

Author	Year	Type of study	N	Follow-up	Morphological classification	Significant predictors for ESRD						
						Gender	Age	Scr/GFR	Proteinuria	High BP	Histology	Gross hematuria
Epstein	2009	Retrospective cohort	19	1992-2006	Ad hoc	Male ^a	+	+	+	+	+	+
D'Amico	2000	Review	30 Studies	-	Loe or Haas	Male ^a	+	+	+	+	+	+
Haas	1997	Retrospective	244	1945-94	Haas	ND	ND	+	+	+	+	+
Fernald	1997	Prospective longitudinal	210	5.6 \pm 5.6	Loe	Male	ND	+	+	+	+	+
Beckhoff	1986	Retrospective	75	1967-83	-	ND	ND	+	+	+	ND	-

Seminars in Nephrology, 25 (3), 127-135, 2005

- Tiểu máu thường liên quan đến mức độ hoạt động bệnh => gọi tiểu máu vi thể từ cầu thận có liên quan đến hoạt tính bệnh => gọi là nước tiểu hoạt động.

- Nhắc đến nước tiểu hoạt động thì nhắc đến tiểu máu do liên quan đến số lượng liềm TB trên sinh thiết thận.

=> Số lượng liềm TB trên sinh thiết thận báo hiệu bệnh đang hoạt động, bệnh đang diễn tiến.

=> NHƯNG ít liên quan đến tiên lượng lâu dài của bệnh, độ mạn tính như TIỂU ĐẠM ??? (NGHE LẠI Ở 6PH34).

Tiểu máu thoáng qua- dai dẳng

TABLE 1—Cumulative incidence of microhematuria in 1000 men followed up for 15 years, by grade of microhematuria and number of positive test results within five consecutive yearly examinations

No of positive test results in five consecutive yearly examinations	Red blood cells per high power field (equal or more)			
	2-4	5-8	9-15	Over 15
One or more	287	257	148	78
Two or more	161	107	59	15
Three or more	79	56	24	9

Theo dõi 1000 nam khoẻ mạnh trong 15 năm, xét nghiệm tìm HC trong nước tiểu mỗi năm trong 5 năm liên tiếp, 38.7% có ít nhất 2 lần dương tính với máu

Tiểu máu vi thể đơn độc không triệu chứng:

- Thường có nguyên nhân lành tính và thoáng qua
- Sau gắng sức, Chấn thương hệ niệu, Kinh nguyệt, Giao hợp, Nhiễm siêu vi, Thuốc kháng đông
- Thường gặp trong dân số (có thể tới 5%)

- Có thể thường gặp.

- Nhiều người bình thường có thể tiểu máu mà không có triệu chứng gì hết = tiểu máu lành tính, đơn độc, không triệu chứng.

=> Do hầu như lành tính nên không cần làm gì hết.

=> Lúc này, cần xem tiểu máu có ý nghĩa không (HỌC SLIDE DƯỚI).

- Nếu có ý nghĩa thì đi tìm nguyên nhân cho người ta, không thì thôi.

Tiểu máu thoáng qua- dai dẳng

TIỂU MÁU NÀY CÓ Ý NGHĨA KHÔNG?

- TẤT CẢ tiểu máu đại thể đều có ý nghĩa
- Tiểu máu vi thể không triệu chứng có thể tri hoãn, nhưng nếu tiểu máu vi thể dai dẳng (> 2/3 lần thử) thì có ý nghĩa

→ Tiểu máu có ý nghĩa phải tìm nguyên nhân

- Bệnh đường niệu: đánh giá nguy cơ ung thư
- Bệnh cầu thận

Yếu tố nguy cơ ung thư hệ niệu

Male gender
Age (>35 years)
History of smoking (past or current)
Exposure to chemicals or dyes
History of gross hematuria
History of urologic disease
Irritative voiding symptoms
History of pelvic irradiation
Chronic urinary tract infections
History of exposure to chemotherapy (e.g., cyclophosphamide)

Tiểu máu nguồn gốc cầu thận-không từ cầu thận

	<u>Cầu thận</u>	<u>Không cầu thận</u>
<u>Tiểu máu đại thể</u>	<u>Ít gặp</u>	<u>Phổ biến</u>
<u>Màu sắc</u>	<u>Nâu sẫm</u>	<u>Đỏ tươi</u>
<u>Cục máu đông</u>	<u>Không</u>	<u>Có</u>
<u>Protein niệu</u>	<u>Có</u>	<u>Không</u>
<u>Tăng huyết áp</u>	<u>Có</u>	<u>Không</u>
<u>Suy thận cấp</u>	<u>Có</u>	<u>Không</u>
<u>Nhiễm trùng hô hấp</u>	<u>Có</u>	<u>Không</u>
<u>Hội chứng niệu đạo cấp</u>	<u>Không</u>	<u>Có</u>
<u>Cơn đau quần thận</u>	<u>Không</u>	<u>Có</u>
<u>Hình dạng hồng cầu</u>	<u>Biến dạng</u>	<u>Đồng dạng</u>
<u>Acanthocyte/ nước tiểu</u>	<u>>5%</u>	<u>Không có</u>
<u>Trụ hồng cầu</u>	<u>Có</u>	<u>Không</u>

HỌC SLIDE NÀY.

- Số lượng HC càng nhiều (tức tiểu máu đại thể) thì thường từ đường tiểu dưới.
- Màu sắc ở cầu thận = màu xá xị.
- XN quan trọng 1st để phân biệt cầu thận hay không cầu thận = soi cận lẳng => xét hình dạng HC + acanthocyte + trụ HC.
 - Cầu thận: dysmorphic phải từ 75-80% trở lên.
- Tại sao tiểu máu từ cầu thận không có cục máu đông?
 - 1 SV trả lời: do cầu thận có urokinase với plasminogen = tác dụng tiêu sợi huyết.
 - Cô rep bạn đó là mấy chất đó có bản chất là gì? ở đâu tiết ra?
 - SV đó rep là tiết từ cầu thận, ống thận.
 - Cô rep bạn đó là làm gì tiết từ cầu thận.
 - SV đó không biết trả lời và cô cũng không trả lời luôn.

=> Cuối video, cô có rep: do khi TB HC qua được màng lọc cầu thận xuống ống thận, ống thận có khả năng bài tiết ra protein (OLX tiết urokinase, plasminogen tham gia ly giải cục máu đông), chứ cầu thận không có.

- 1 SV trả lời: cành dày quai Henle tiết được protein Tamm–Horsfall.

=> Nhưng qua đến hết ống thận, xuống đài bể thận là phải có cục máu đông á nha.

- Tại sao protein niệu, THA, suy thận cấp, NT HH lại nghĩ đến cầu thận hơn?

- SV A trả lời: tổn thương màng lọc nên thoát protein, ứ muối nước nên THA, còn suy thận cấp thì không biết.
- SV B trả lời: do viêm và tăng sinh màng đáy.

=> Cô kêu tất cả giải thích trên đều không được, có bảo bài trước đó có nói rồi mà không để ý.

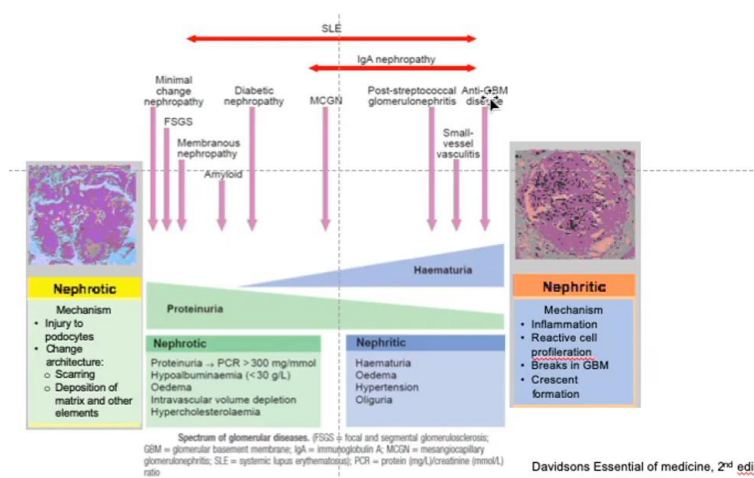
=> Cô trả lời: chỉ cần nói là mấy dấu hiệu trên có trong hội chứng viêm cầu thận cấp là xong.

Hội chứng viêm thận cấp	
VIÊM CẦU THẬN CẤP	VIÊM ống THẬN MÔ KẾ CẤP
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tiểu máu</u> (nguồn gốc cầu thận) • <u>± Tru hồng cầu</u> • <u>Tăng huyết áp</u> • <u>Phù</u> • <u>Thiểu niệu</u> ($V < 400\text{ml}/24\text{h}$) • <u>Giảm độ lọc cầu thận cấp</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tiểu bạch cầu (Eo)</u> • <u>± Tru bạch cầu</u> • <u>Tiểu máu</u> • <u>Giảm độ lọc cầu thận cấp</u>

- Viêm cầu thận cấp có những nguyên nhân gì?

- SLE (hỏi các dấu chứng), bệnh thận IgA (hỏi bệnh nhân có nhiễm trùng hô hấp trước đó không), hậu nhiễm liên cầu trùng (hỏi bệnh nhân có nhiễm trùng da hay viêm họng trước đây không).
- Ít gặp hơn = bệnh lý mạch máu, bệnh kháng màng đáy.

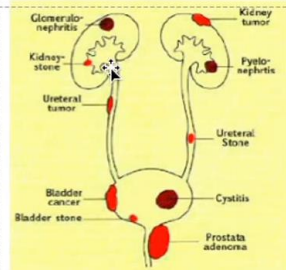
- Hỏi có nhiễm trùng hô hấp không, có dấu hiệu toàn thân chi không, có dấu vết cũ của bệnh tự miễn không.



Tiểu máu nguồn gốc cầu thận- không từ cầu thận

✓ **Diseases of the urinary system— the most common cause**

- a- Glomerular
- b- Interstitial
- c- Uroepithelium
- d- Vascular



- Bất kì đường nào chấn thương thì đều gây chảy máu từ đường niệu hết.

=> NHỚ 4 nguyên nhân chính = chấn thương + u + sỏi (hỏi có sỏi đau quặn thận không) + nhiễm trùng (hỏi có nhiễm trùng tiểu không).

Tiếp cận tiểu máu-Hỏi bệnh

- Tiểu đỏ nhưng không phải máu: thay đổi màu sắc nước tiểu do thuốc (rifampin, phenytoin, ibuprofen, levodopa, nitrofurantoin, quinin), chất màu trong thực phẩm (củ cải đường, berries), sắc tố
- Dây nhiễm hồng cầu: đi cầu ra máu, kinh nguyệt
- Tiểu máu đại thể kèm cục máu đông: nguồn gốc không từ cầu thận. Cục máu đông lớn: chảy máu từ bàng quang, niệu đạo. Dây máu đông: tiểu máu từ thân, niệu quản

Tiếp cận tiểu máu- Hỏi bệnh

- Yếu tố liên quan: gắng sức, sốt, sau giao hợp, nhiễm trùng, chấn thương
- Tiểu máu đầu dòng (từ niệu đạo), cuối dòng (từ bàng quang), toàn dòng (từ thân, niệu quản)
- Triệu chứng từ đường tiểu: hội chứng niệu đạo cấp (nhiễm trùng tiểu), cơn đau quặn thận, đau hông lưng (sỏi thận, viêm đài bể thận, hoại tử nhú thận), chấn thương đường niệu, huyết trắng, hoạt động tình dục, thông tiểu
- Liên quan chu kì kinh: lạc nội mạc tử cung

- Gắng sức như chạy marathon.

- Sao em hỏi được bệnh nhân với nghiệm pháp 3 ly?

- SA A trả lời: hỏi bệnh nhân tiểu ra là thấy đỏ liền hay tiểu 1 lúc sau, nước tiểu giữa dòng mới bắt đầu có màu đỏ?
- Cô rep: em hỏi như vậy để làm gì? => cô bảo lại là không có khái niệm TIỂU MÁU GIỮA DÒNG => chỉ có khái niệm TIỂU MÁU ĐẦU DÒNG + CUỐI DÒNG + TOÀN DÒNG.

=> Cô chốt lại: đầu/ cuối/ toàn dòng không muốn nói/ nhấn mạnh đến thời điểm hay lúc mà bệnh nhân tiểu đỏ, MÀ là XU HƯỚNG tiểu đỏ.

- Lúc đầu, tiểu rất đỏ rồi vàng dần về sau = xếp vào tiểu đầu dòng.
- Lúc đầu, tiểu hơi vàng rồi càng đỏ dần = xếp vào tiểu cuối dòng => lúc này, trước khi kết thúc đi tiểu, BQ phải co bóp để tổng lượng nước tiểu cuối cùng ra ngoài => nếu có viêm hay sỏi BQ, BQ co bóp thì lượng máu đi ra nhiều hơn.
- Từ đầu đến cuối đều đỏ = xếp vào tiểu máu toàn dòng.

- Lạc nội mạc tử cung hiếm gặp, cô chưa gặp luôn.

Tiếp cận tiểu máu- Hỏi bệnh

- Bệnh hồng cầu hình liềm
- Thuốc đang sử dụng
- Triệu chứng toàn thân: sốt, phát ban, đau khớp, sụt cân, bệnh tự miễn
- Tìm nguyên nhân nhiễm trùng: đổ mồ hôi về đêm, đau họng

- Đổ mồ hôi về đêm, đau họng liên quan đến lao hệ niệu (thuộc nhiễm trùng tiểu).

Tiếp cận tiểu máu-Hỏi bệnh

- Yếu tố nguy cơ ung thư hệ niệu: nam, >35 tuổi, hút thuốc lá, nghiện thuốc giảm đau, tiếp xúc phẩm nhuộm/hoá chất, chiếu xạ vùng chậu, dùng cyclophosphamide
- Tiền căn gia đình: tiểu máu, bệnh thận, bệnh hồng cầu hình liềm, đái tháo, rối loạn đông máu
- Xét nghiệm trước đây: huyết áp cao, tiểu máu trước đây/ TPTNT, sinh hoá máu (suy thận), hình ảnh học, đông máu
- Thai kỳ: tiểu protein, tăng huyết áp

- Bệnh lý cầu thận có liên quan đến gia đình.

- Thai kỳ rất khó lắm??? nên để sau cùng.

Tiếp cận tiểu máu- Khám

- Huyết áp
- Phù
- Nghiệm pháp 3 ly
- Khám bụng: tìm triệu chứng sỏi thận, thận ứ nước, sonde tiểu
- Khám tiền liệt tuyến^I
- Bệnh hệ thống: hồng ban, loét miệng, đau khớp,...
- Rối loạn đông máu: bầm da, xuất huyết

- Nghiệm pháp 3 ly giờ không làm nữa.

Tiếp cận tiểu máu- Xét nghiệm

- Đông máu toàn bộ^I
- Cấy nước tiểu
- KUB
- PCR lao nước tiểu
- X-quang phổi
- Điện di protein máu, nước tiểu
- LDH

- KUB tìm sỏi thận.

Tiếp cận tiểu máu- Xét nghiệm

- Tầm soát bệnh đường niệu: siêu âm hệ niệu, CT bụng, tế bào học nước tiểu
- Chẩn đoán nguyên nhân bệnh cầu thận: Protein niệu 24 giờ, ANA, anti-ds DNA, anti-GBM, ANCA, cryoglobulin, ASO, HBV, HCV, cấy máu, siêu âm tìm tìm sỏi

Tiếp cận tiểu máu

- Hỏi bệnh và khám
- Phân tích que những nước tiểu:
 - Dương tính giả? Chẩn đoán xác định→ cẩn Addison, soi cấy lắng nước tiểu
 - Kèm tiểu bạch cầu, nitrite→ cấy nước tiểu
 - Kèm tiểu protein lượng nhiều→ bệnh cầu thận→ tăng huyết áp, phù, suy thận
- Soi cấy lắng nước tiểu
 - Âm tính → tiểu máu thoáng qua hoặc que những dương tính giả, tiểu Hb, myoglobin?
 - Dương tính → coi hình dạng hồng cầu, tru hồng cầu

- Cô hỏi bệnh nhân có que dương tính thì mình giải thích sao?

- SV A bảo dương giả có thể do chất oxi + để lâu mẫu nước tiểu.
- Cô trả lời y như ảnh trên:
 - ✓ Kèm tiểu BC, nitrite: có thể có nhiễm trùng tiểu.
 - ✓ Kèm tiểu protein: cẩn thận HC viêm cầu thận cấp.

Tiếp cận tiểu máu

- Tiểu máu nguồn gốc cầu thận- không từ cầu thận
 - Không từ cầu thận → xét yếu tố nguy cơ ung thư hệ niệu
 - Nguồn gốc cầu thận → hỏi chẩn chuyên khoa thận
- Xét nghiệm chẩn đoán:
 - Không từ cầu thận → hình ảnh học, tế bào nước tiểu
 - Nguồn gốc cầu thận → sinh thiết thận?

Khảo sát đường tiểu trên

- UIV: quan trọng, thường được dùng đầu tay
 - Siêu âm: dễ thực hiện, nhanh chóng, phụ thuộc người làm, không phát hiện được tổn thương nhỏ
 - CT scan: nhạy hơn siêu âm, phát hiện tổn thương <3cm
- Siêu âm, CT, MRI hữu ích để phát hiện tổn thương đường tiểu trên, đặc biệt ung thư thận

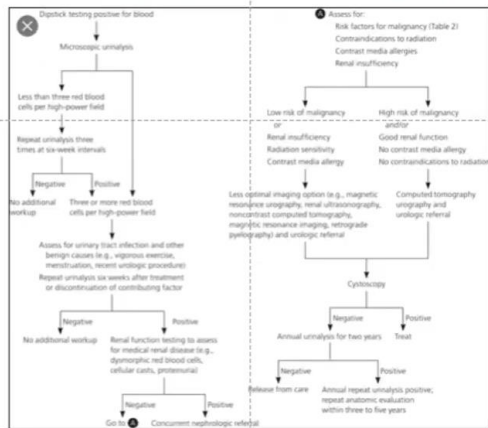
Khảo sát đường tiểu dưới

- Soi bàng quang (cystoscopy): giá trị ở BN có yếu tố nguy cơ
- Tế bào học nước tiểu: độ nhạy kém (66-79%), độ đặc hiệu cao (98-100%)
 - Phát hiện ung thư bàng quang biệt hoá cao, carcinoma in situ
 - Khó phát hiện ung thư biệt hoá kém, ung thư tế bào thận (renal cell cancer)

Sinh thiết thân

- Không thực hiện thường quy với BN tiểu máu vì thể đơn độc
- Chỉ định khi có tiểu protein ($>0.5\text{g/ngày}$), suy thận cấp, suy thận tiến triển nhanh

Theo dõi BN tiểu máu vì thể không triệu chứng



- Cô bấm lộn xộn slide, rồi cho qua làm CLS.

CASE LÂM SÀNG

- BN nam, 56 tuổi, khám sức khỏe định kì ở phòng khám thận-nội tiết của BV.
- Tiền căn: đái tháo đường type 2 8 năm, có biến chứng bệnh thận đái tháo đường, hút thuốc lá (15 điếu/ngày trong vòng 25 năm).
- Thuốc đang dùng: metformin 1g x3/ngày, gliclazide 80mg x3/ngày, atorvastatin 40mg/ngày, aspirin 100mg/ngày, perindopril 8mg/ngày, và hydrochlorothiazide 25mg/ngày.
- Khám: Huyết áp tư thế nằm cánh tay (P) 142/88 mmHg, cân nặng 82kg.
- TPTNT: Protein 2+, RBC 2+, Glucose vết, cetone (-)
- Bạn kiểm tra lại hồ sơ y khoa của BN và phát hiện rằng BN không tiểu máu vì thế trong các lần khám trước.

BN nam, 56t, khám skđk
Qua hồi bệnh và thăm khám
Tcnn: ko
Tcct: HA 142/88
Tc: t2 DM, bệnh thận DM,
HTL 3/4X25=19 GỎI-NẤM
THUỐC: aspirin, hydrochlorothiazide
ĐVD
-THA,
ĐTD ĐANG ĐIỀU TRỊ
NGHI (SUSPECTED) TIỂU MÁU VI THỂ

- + Tóm tắt bệnh án bla bla: **NGHE LAI Ở 30-32PH.**

- Tóm tắt không thêm phần CLS vô.

- + Đặt vấn đề = tiểu máu VI THỂ (nghi ngờ) + THA + ĐTĐ đang điều trị.

- + Tại sao nghi ngờ tiểu máu vi thể không triệu chứng?

- SV A trả lời: vì bệnh nhân đi khám SK định kỳ mới phát hiện tiểu máu.
- Cô rep: tiểu máu vi thể được phát hiện bằng que nhúng DIPSTICK => chỉ mới gợi ý, chưa giá trị chẩn đoán (chưa chắc tiểu máu nữa).

Câu hỏi 1

Về tiểu máu vi thể không triệu chứng, điều nào sau đây là đúng?

- a) Được định nghĩa là có 2-5 HC/ QT 40 (HPF) vi thể nước tiểu (soi cận lẳng)
- b) Gắn sức có liên quan với tiểu máu vi thể thoáng qua
- c) Điều trị lâu dài với clopidogrel có thể là nguyên nhân
- d) Xảy ra ở 5% dân số Úc

- ĐÁP ÁN B + C + D (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

- A sai vì phải trên 3 HC (cái định nghĩa).
- C đúng do clopidogrel = thuốc chống kết tập tiểu cầu giống như aspirin.

Câu hỏi 2

Khi đánh giá tiểu máu vi thể bằng que nhúng nước tiểu, kết quả que nhúng dương tính cũng có thể chỉ điểm:

- a) Li giải cơ vân
- b) Tán huyết nội mạch
- c) Điều trị lợi tiểu
- d) Nhiễm trùng tiểu
- e) Điều trị với acid ascorbic

Câu hỏi 2

Khi đánh giá tiểu máu vi thể bằng que nhúng nước tiểu, kết quả que nhúng dương tính cũng có thể chỉ điểm:

- a) Li giải cơ vân Đ (MYOGLOBIN)
- b) Tán huyết nội mạch Đ (HEMOGLOBIN)
- c) Điều trị lợi tiểu S (ÂM GIẢ)
- d) Nhiễm trùng tiểu Đ (DƯƠNG GIẢ)
- e) Điều trị với acid ascorbic S (ÂM GIẢ)

- ĐÁP ÁN A + B + D (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

- A đúng trong tiểu myoglobin.
- B đúng trong tiểu Hb.
- C sai do tạo âm giả = nước tiểu bị pha loãng quá mức.
- D đúng do tạo dương giả.
- E sai trong âm giả.

=> Dương tính thật với hem cũng là dương tính thật của máu.

Câu hỏi 3

Bước tiếp theo phù hợp nhất để xử trí BN này, với tiểu máu vi thể mới khởi phát, phát hiện bằng que nhúng nước tiểu?

- a) Có thể bỏ qua tiểu máu này vì đây là đặc điểm thường gặp của bệnh thận đái tháo đường
- b) Nên làm siêu âm bụng để tầm soát
- c) Nên cấy nước tiểu giữa dòng
- d) Cần kiểm tra bộ tự miễn để tầm soát
- e) Nên kiểm tra lại tổng phân tích nước tiểu nếu không có triệu chứng cơ năng đặc hiệu nào.

- ĐÁP ÁN E (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

- SV A bảo A đúng do ĐTD có thể có biến chứng lên thận, gây viêm thận, tiểu máu.
=> CHỐT: A sai do tiểu máu không là đặc điểm thường gặp của bệnh thận ĐTD.
✓ Bệnh thận ĐTD nghe trong HC thận hư = gây tiểu đạm + tổn thương podocyte + sẹo, xơ hóa, lắng đọng.
=> chú ý KHÔNG gây tiểu máu.
- A-B-C-D đều là tìm nguyên nhân => chưa biết có ý nghĩa hay không => câu E đúng.

+ Cô hỏi mục đích của câu hỏi là gì? (vd như câu 1 hỏi về ĐỊNH NGHĨA)

- SV A bảo hỏi về NGUYÊN NHÂN tiểu máu vi thể.
- Cô rep: bệnh tự miễn, thận ĐTD là nguyên nhân của bệnh cầu thận + SA bụng, cấy nước tiểu để tìm nguyên nhân ở bệnh đường niệu.
- CHỐT = tiểu máu có ý nghĩa hay không?

CASE LÂM SÀNG TIẾP TỤC

Bạn khuyên BN này quay lại phòng khám để làm lại TPTNT (que nhúng) sau 1 tuần. BN này phớt lờ lời khuyên của bạn. Trong lần tái khám sau, sau đó 4 tháng, TPTNT có Protein 2+, RBC 2+, glucose vết, cetone (-).

Bạn khá lưu tâm về vấn đề tiểu máu vi thể dai dẳng, và trong lần khám này, ngay lập tức cho làm soi cặn lắng nước tiểu và cấy nước tiểu.

Kết quả có 50 HC/QT 40, < 5 BC/QT 40 và không có vi khuẩn mọc/ cấy nước tiểu.

Bạn cũng yêu cầu phòng xét nghiệm kiểm tra hình dạng HC để phân biệt tiểu máu nguyên nhân cầu thận và không từ cầu thận. Khoảng 10% HC là hình dạng bất thường (biến dạng). Cũng có vài trụ hyalin.

- Vấn đề hiện tại của BN là gì?

- SV A bảo tiểu máu vi thể có nghĩa và cần tìm nguyên nhân tiểu máu là gì => cô rep SAI.
- SV B bảo gì gì đó, nghe không rõ (NGHE LẠI Ở 1H7PH).
- SV C bảo bệnh nhân có bị tiểu máu thực sự không => cô rep biện luận chi chi đâu, bị ngược rồi.
- SV D bảo cần loại trừ tiểu máu thoáng qua => cô rep SAI.
- SV E bảo khám lần 2 vẫn có tiểu máu thì cho thấy có tiểu máu DAI DẲNG => cô rep ĐÚNG.
✓ Que nhúng không giúp xác định tiểu máu.
✓ Lúc này, vẫn là NGHI NGỜ có tiểu máu vi thể dai dẳng => cần chẩn đoán xác định có thực sự thiếu máu không (trường hợp này đã dai dẳng rồi) => cho bệnh nhân soi cặn để xác định tiểu máu.
✓ 50 HC/ QT 40 = chẩn đoán XĐ có tiểu máu => vì dai dẳng nên giờ đi tìm nguyên nhân => kiểm tra hình dạng hồng cầu.

Câu hỏi 4

Điều nào sau đây là đúng khi đánh giá hình dạng HC bằng soi cặn lắng nước tiểu?

- Nếu 10% HC biến dạng thì chỉ điểm tiểu máu vi thể có nguồn gốc cầu thận
- Nếu 90% HC đồng dạng thì chỉ điểm tiểu máu vi thể có nguồn gốc không từ cầu thận
- Nếu 30% HC biến dạng thì chỉ điểm tiểu máu vi thể có nguồn gốc cầu thận
- Khi được thực hiện bởi một nhân viên và phòng xét nghiệm có kinh nghiệm, xét nghiệm này có thể dự báo vị trí chảy máu đường niệu tới 85% BN tiểu máu

- ĐÁP ÁN B + D (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

Câu hỏi 5

Trụ hồng cầu trong nước tiểu

- a) Được tạo thành ở ống thận gần của nephron
- b) Thường gặp ở BN có xơ chai cầu thận khu trú từng vùng
- c) Thường hiện diện ở BN suy thận do viêm mạch máu nhỏ
- d) Có thể hiện diện ở người khỏe mạnh
- e) Chứa protein Tamm-Horsfall

- ĐÁP ÁN C + E (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

Câu hỏi 6

Nguy cơ ung thư bàng quang tăng lên bởi điều gì sau đây?

- a) Làm việc trong công ty sản xuất lốp xe
- b) Làm việc trong công ty sản xuất sơn
- c) Tiếp xúc với asbestos
- d) Từng điều trị với cyclophosphamide
- e) Sử dụng đường nhân tạo

- ĐÁP ÁN A + B + D (cô quên xóa note đáp án trong PPT).

BÀI PHÙ VÀ BÀI TIỂU ÍT TỰ HỌC ĐI !!!