

Note Viêm cầu thận cấp

Case:

Bệnh sử:

- Nam 8 tuổi
- Nhập viện vì phù
- Cách 3 ngày bé xuất hiện phù, bắt đầu bằng sưng mí mắt sau khi ngủ dậy, sau đó lan dần xuống cẳng chân
- Nước tiểu có màu coca càng lúc càng đậm, tiểu ít hơn bình thường
- Không sốt, không nhức đầu, không vàng mắt, không đau bụng, không ói, không tiểu đau.

Khám lâm sàng:

- Tiếp xúc tốt, da niêm hồng
- Cân nặng: 27kg (trước đó có cân ở trường: 25kg cách 2 tuần)
- Chiều cao: 122cm
- Mạch 90 lần/phút
- HA 140/100mmHg
- Nhịp thở 20 lần/phút, không co kéo cơ hh phụ
- Tim đều rõ, không âm thổi
- Phổi rì rào phế nang đều 2 bên, không rale
- Bụng ấn không đau, gan lách không to
- Phù rõ: phù mí mắt, 2 cẳng chân, phù trắng, ấn lõm, không đau
- Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.

Tiền căn

- Con đầu, học lớp 3, học khá, phát triển phù hợp với tuổi.
- Không ghi nhận bệnh lý trước đây (tim, gan, phổi)
- Chích ngừa theo chương trình TCMR.

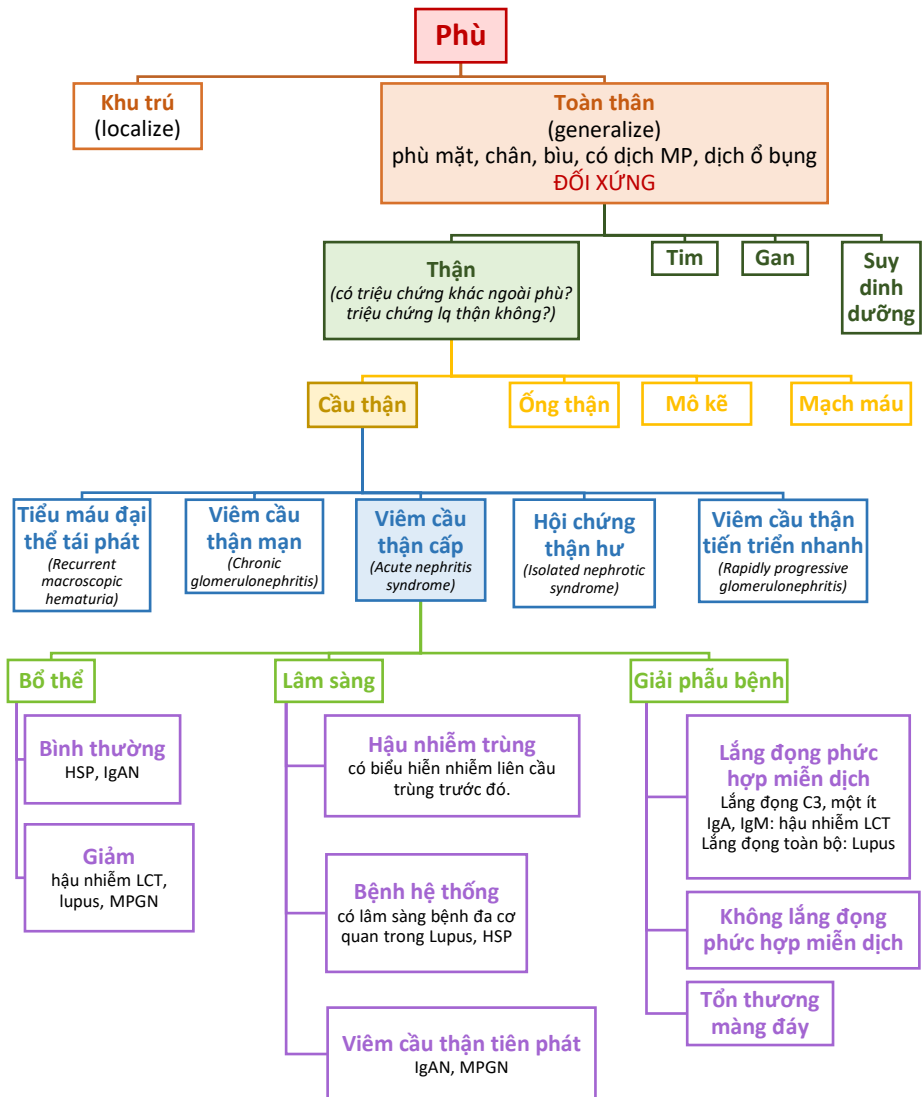
Nước tiểu thu được sau nhập viện: tiểu đỏ toàn dòng, đỏ đậm, có bọt

Xem xét kĩ bệnh cảnh xem có gợi ý tiểu đỏ này không phải tiểu máu hay không: tiểu hemoglobin do tán huyết, tiểu bilirubin màu cam đậm xá xí, do thức ăn như củ cải đỏ, củ dền, kẹo..., do thuốc như rifamycin, nitrofurantoin, desferroxamine để thải sắt trong Thalassemia...

Vấn đề:

- Phù.
- Tiểu máu
- Tiểu ít.
- Tăng huyết áp (<https://pediatrics.aappublications.org/content/140/3/e20171904>)

Tiếp cận phù



Phân biệt VCTC và HCTH

Đặc điểm	Hội chứng thận hư	Viêm cầu thận cấp
Khởi phát	Thầm lặng	Đột ngột
Phù	++++	++
Huyết áp	Bình thường	Tăng
Áp lực tĩnh mạch cảnh	Bình thường / giảm	Tăng
Tiểu đạm	++++	++
Tiểu máu	Có thể có hoặc không	+++
Trụ hồng cầu	Không có	Có
Albumin huyết thanh	Giảm	Bình thường / giảm nhẹ
Bản chất phù	Giảm áp lực keo	Tăng áp lực thủy tĩnh
Biến chứng	Shock giảm thể tích	THA, phù phổi

Chẩn đoán lâm sàng: Viêm cầu thận cấp ngày 3, nghi do hậu nhiễm.
Tăng huyết áp.

Cận lâm sàng cần làm:

TPTNT 10 thông số

Soi cặn lắng nước tiểu (tìm, định dạng hồng cầu, tìm trụ hồng cầu)

Định lượng C3, C4

Đánh giá chức năng thận (chẩn đoán biến chứng): ion đồ, creatinine huyết thanh, albumin huyết thanh, protein huyết tương...

Kết quả CLS:

TPTNT 10 thông số: Ery (+++), Leu (++)

Soi cặn lắng nước tiểu: nhiều hồng cầu, hồng cầu Dysmorphic 90%

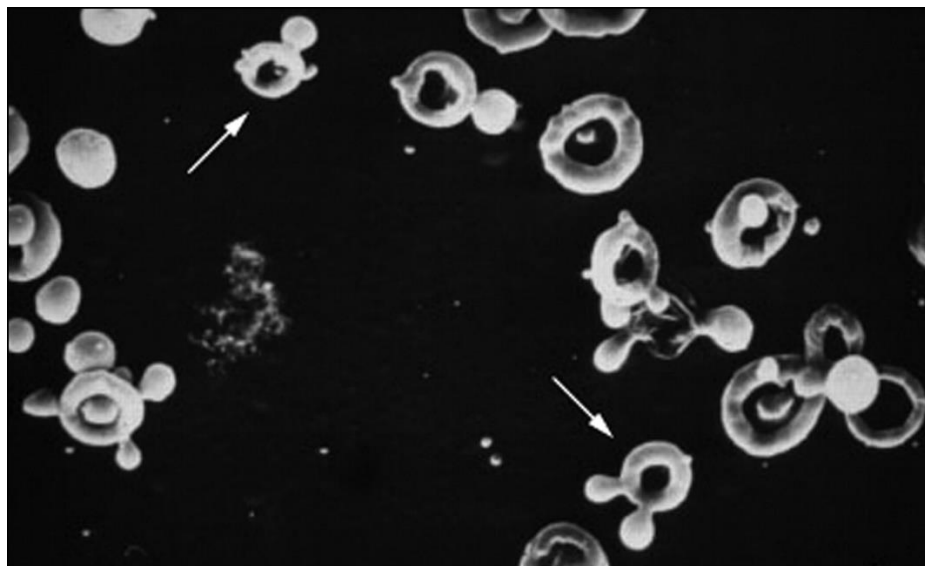
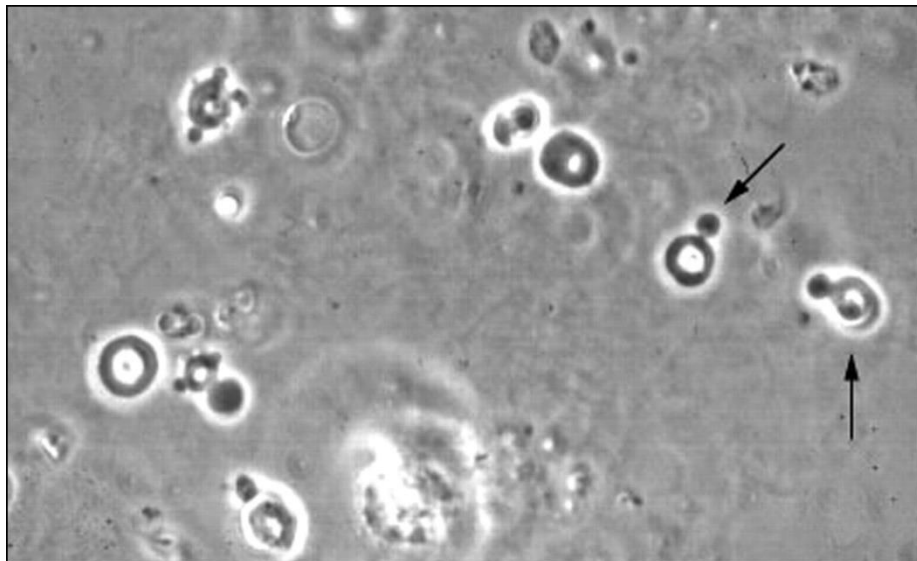
Creatinine máu: 42 μ mol/L (35.4-60.9 μ mol/L)

Albumin máu: 3.2g/dL (2.8-4.4g/dL)

C3: 65mg/dL (90-180mg/dL)

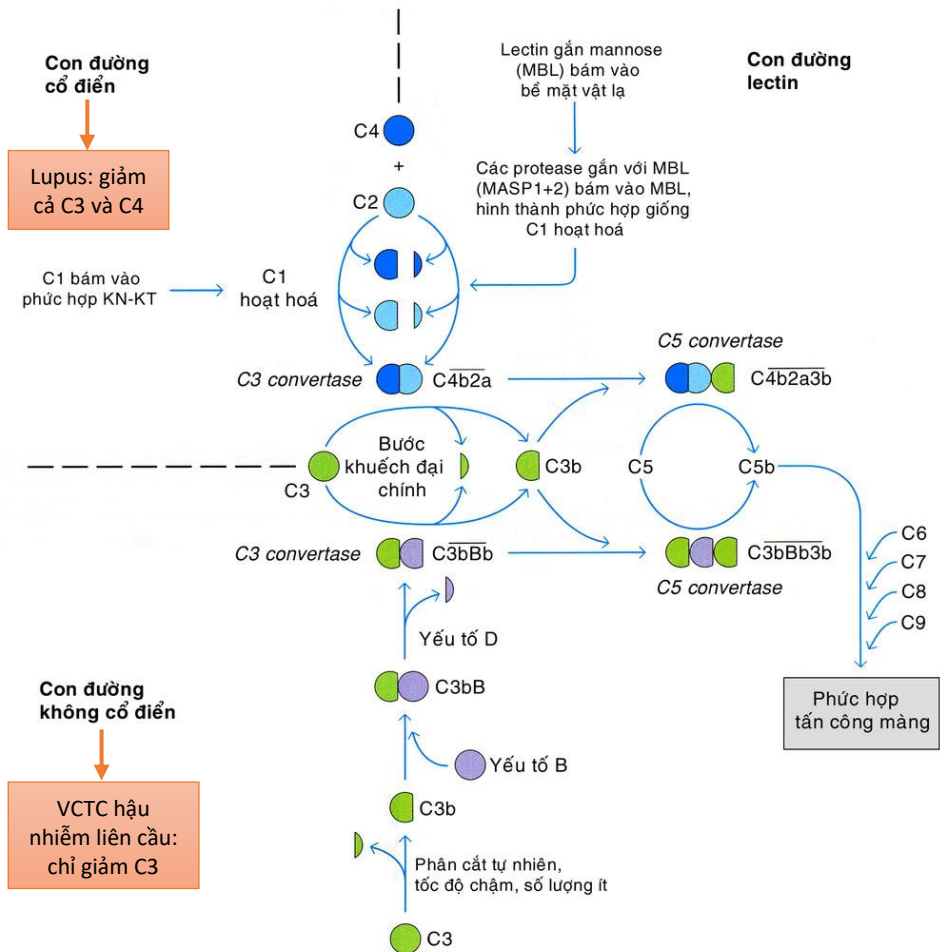
C4: 37mg/dL (10-40mg/dL)

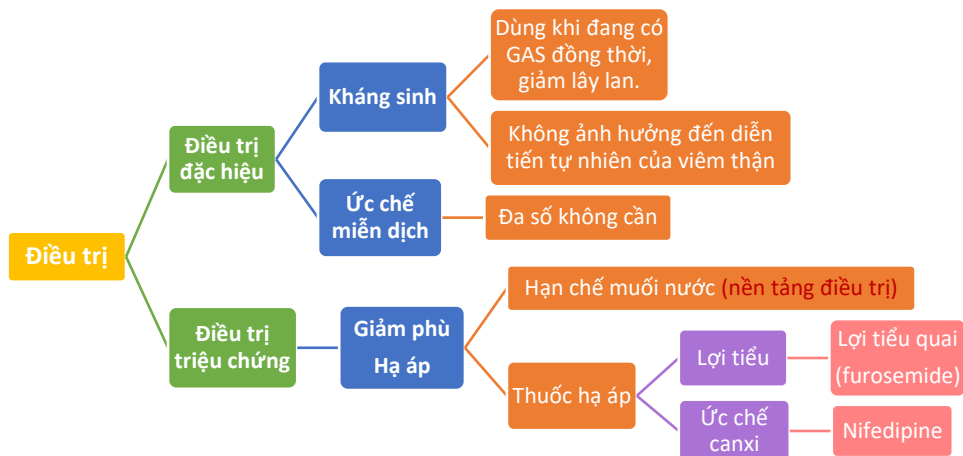
Hình ảnh **hồng cầu biến dạng** (*dysmorphic red blood cells*) và **trụ hồng cầu** (*red blood cell cast*) trong cặn lắng nước tiểu ở người tiểu máu cầu thận. Hồng cầu gai (*acanthocytes*) là những tế bào hồng cầu có phần lồi hình mụn nước (*ring forms* – hình chiếc nhẫn). **Hồng cầu gai** chiếm trên 5% số hồng cầu trong nước tiểu là chỉ điểm của tiểu máu cầu thận.



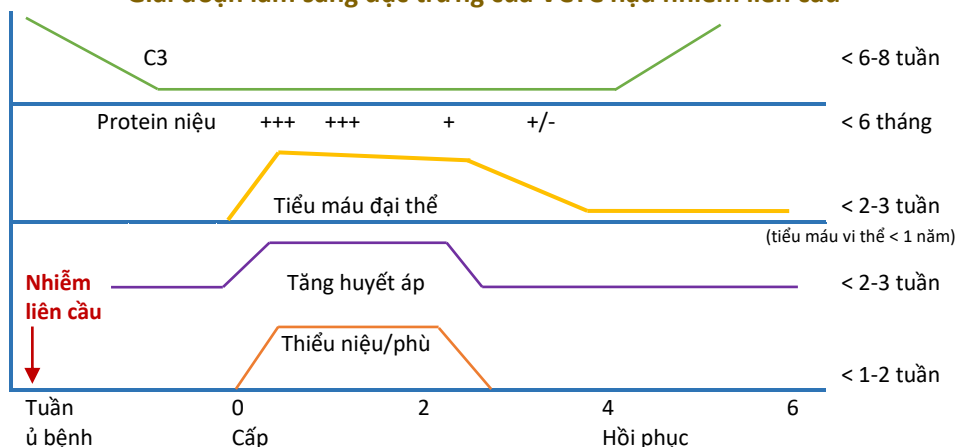
Trong VCTC hậu nhiễm liên cầu, bổ thể C3 máu giảm trong hơn 90%. Hệ thống bổ thể được hoạt hóa thông qua con đường bên (alternative pathway) gây ra sự giảm C3 trong khi C1 và C4 bình thường.

(Pediatric Nephrology, 7th 2016)





Giai đoạn lâm sàng đặc trưng của VCTC hậu nhiễm liên cầu



Tổng kết:

- Hội chứng VTC: tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng nhất là tiểu máu cầu thận.
- Bức tranh lâm sàng điển hình của VCTC hậu nhiễm liên cầu:
 - Trẻ 4-14 tuổi (hiếm có < 2 tuổi và > 20 tuổi)
 - Có khoảng thời gian trống giữa nhiễm GAS và khởi phát viêm thận: nhiễm trùng da (3-5 tuần), nhiễm trùng hô hấp trên (1-2 tuần)
 - Đột ngột khởi phát hội chứng VTC, tự hồi phục sau 7-10 ngày
 - Giảm bổ thể C3 máu thoáng qua trong 8 tuần.
- Điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng.
- Tiên lượng: 95% phục hồi hoàn toàn.