

VIÊM CẦU THẬN CẤP

ôn lần 3: 25/09/2020

ôn lần 2: 23/09/2020

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được định nghĩa hội chứng Viêm cầu thận cấp (VCTC).
2. Nêu được các nguyên nhân thường gây VCTC ở trẻ em.
3. Trình bày được dịch tễ học của VCTC do liên cầu ở trẻ em.
4. Trình bày được tổn thương giải phẫu bệnh của VCTC do liên cầu.
5. Trình bày được dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của VCTC do liên cầu ở trẻ em.
6. Nêu được 5 tiêu chuẩn chẩn đoán một trường hợp VCTC do liên cầu ở trẻ em.
7. Biết được nguyên tắc điều trị VCTC do liên cầu ở trẻ em.
8. Nắm được các biến chứng thường xảy ra của VCTC.
9. Nắm được quá trình theo dõi một trường hợp VCTC do liên cầu ở trẻ em.
10. Kể các biện pháp phòng ngừa VCTC tại cộng đồng

NỘI DUNG

Viêm cầu thận cấp là một trong 3 bệnh thận hay gặp ở trẻ em.

Viêm cầu thận cấp là một hội chứng lâm sàng với các biểu hiện cấp tính: tiểu máu, tiểu đạm, tiểu ít, phù và đôi khi tăng urê máu.

Viêm cầu thận cấp có thể do rất nhiều nguyên nhân (Bảng 1) và nhiều giải phẫu bệnh khác nhau.

Bảng 1: Các nguyên nhân gây viêm cầu thận cấp

1. Nhiễm trùng:

- Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.
- Các bệnh nhiễm trùng khác:
 - **Vị trùng:** Thương hàn, giang mai, viêm phổi do phế cầu, nhiễm trùng máu do não mô cầu, nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm thận do shunt.
 - **Siêu vi:** viêm gan siêu vi B, quai bị, sởi, thủy đậu, ...
 - **Ký sinh trùng:** Sốt rét, bệnh toxoplasma.

2. Bệnh hệ thống:

Lupus, Henoch Schönlein, bệnh Goodpasture.

3. Bệnh cầu thận nguyên phát:

Viêm cầu thận tăng sinh màng, bệnh Berger, ...

4. Các bệnh khác:

Hội chứng Guillain – Barré; bệnh huyết thanh; sau chích ngừa bạch hầu, uốn ván, ho gà.

sau chích ngừa DTC
sau bị nhiễm sởi quai bị thủy đậu

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu là thể bệnh thường gặp nhất trong hội chứng viêm cầu thận cấp.

1. DỊCH TỄ HỌC

- Tuổi mắc bệnh thường từ 2 tuổi → 14 tuổi. Có 5% nhỏ hơn 2 tuổi và 10% lớn hơn 40 tuổi.
- Ở những trường hợp có biểu hiện lâm sàng: nam nhiều gấp 2 nữ. Nhưng ở những thể không triệu chứng: nam nữ bằng nhau.
- Bệnh xảy ra tản mắc hay thành dịch.
- Tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 mỗi năm có khoảng 300 em viêm cầu thận cấp được điều trị, là bệnh thận thường gặp nhất ở trẻ em (cao hơn một ít so với hội chứng thận hư): chiếm 0,7% tổng số bệnh nhi nhập viện và chiếm 41% tổng số bệnh thận.

2. NGUYÊN NHÂN

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng xảy ra sau khi nhiễm liên cầu trùng β tan huyết nhóm A dòng độc thận M type: 1, 2, 4, 12, 18, 25, 49, 55, 57 và 60. Tuy nhiên chỉ có khoảng 15% trẻ nhiễm liên cầu trùng β tan huyết nhóm A dòng độc thận gây ra viêm cầu thận cấp. Và nguy cơ gây viêm cầu thận cấp lại tùy thuộc vào nơi nhiễm: thí dụ nhiễm M type 49, nếu nhiễm trùng da nguy cơ gây viêm cầu thận cấp là 25%, gấp 5 lần so với nếu như nhiễm trùng ở họng chỉ có 5%.

3. BỆNH SINH

Viêm cầu thận sau liên cầu là một bệnh lý miễn dịch. Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu làm rõ tính chất của kháng nguyên, vị trí xảy ra phản ứng miễn dịch ..., nhưng cơ chế chính xác vẫn chưa được biết đầy đủ. Sau đây là kết quả của một số nghiên cứu:

- Có ít nhất hai kháng nguyên trong liên cầu độc thận: zymogene và glyceraldehyde phosphate dehydrogenase (GAPDH) đã được xác nhận. Hai kháng nguyên này dính vào cầu thận và kích thích tạo lập kháng thể.
- Vài nghiên cứu thấy có sự hiện diện của kháng nguyên liên cầu ở trong mẫu sinh thiết thận.
- Thấy có lắng đọng dạng nốt IgG và C_3 ở màng đáy cầu thận. Có giảm C_3 và bổ thể tiêu huyết toàn phần trong huyết thanh.
- Có giảm properdin và tiền hoạt chất C_3 chứng tỏ có hoạt hóa bổ thể theo đường tắt.
- Ngoài miễn dịch dịch thể, miễn dịch tế bào cũng đóng vai trò sinh bệnh trong viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu: sự hiện diện của CD_4 + lymphocytes và monocytes,

4. GIẢI PHẪU BỆNH

con đường tắt: có sử dụng properdin, tiền hoạt C_3
→ VCTC có giảm 2 thẳng này

- **Dưới kính hiển vi quang học:** tất cả các cầu thận đều lớn, tăng sinh tế bào nội mạch, tế bào trung mô và tẩm nhuận bạch cầu đa nhân. Trong thể nặng có thể lưới liềm và viêm mô kẽ.
- **Dưới kính hiển vi huỳnh quang:** thấy lắng đọng globulin miễn dịch và bổ thể ở màng đáy và ở tế bào trung mô.
- **Dưới kính hiển vi điện tử:** có sự hiện diện của lắng đọng ở dưới lớp tế bào biểu bì.

sinh thiết: tăng sinh cầu thận

* tăng sinh TB nội mạch: gây tiểu ít suy thận, phù THA

* tăng sinh TB trung mô: gây tiểu máu

KHV điện tử: có lắng đọng dưới lớp TB biểu bì

viêm họng: 1-2 tuần
viêm da: 2-3 tuần

5. LÂM SÀNG

Trong trường hợp điển hình, khoảng 1 – 2 tuần trước trẻ có viêm họng hay khoảng 2 – 3 tuần trước trẻ có viêm da. Sau đó phù nhẹ ở mí mắt, tiểu ít, tiểu đỏ. Huyết áp thường tăng.

- **Phù:** Thường xảy ra đột ngột vào buổi sáng thức dậy, thấy mí mắt phù nhẹ, sau đó lan ra toàn thân. Phù thường nhẹ, ít khi phù nhiều. Phù mềm, ấn lõm.

- **Tiểu đỏ đại thể:** Thường xảy ra ở 30 – 50% trẻ. Tiểu màu đỏ hay màu trà đậm và tiểu ít.

- **Huyết áp cao:** Có ở 50 – 90% trẻ. Huyết áp cao ở cả hai trị số: tâm thu và tâm trương.

- Trị số cao thay đổi tùy trẻ, có thể cao tới 200/120 mmHg.

- Khoảng 5% có triệu chứng thần kinh do cao huyết áp: nhức đầu, ói, lơ mơ, co giật, hôn mê.

- Huyết áp cao có thể gây biến chứng tim mạch: phù phổi cấp.

- Cơ chế gây cao huyết áp hiện nay chưa được biết rõ, có lẽ do nhiều yếu tố:

- > Thể tích nội mạch tăng.

- > Renin huyết thanh: Có thể bình thường, thấp hay cao. Đây không phải là nguyên nhân chính gây cao huyết áp.

- > Vai trò của các cytokines gây co mạch: có lẽ là nguyên nhân gây cao huyết áp.

→ Đôi khi trẻ đến với biến chứng nặng: Suy tim, phù phổi cấp, bệnh cảnh não do cao huyết áp hay suy thận cấp.

- Có một số ít trẻ viêm cầu thận cấp sau liên cầu không có biểu hiện trên lâm sàng.

6. CẬN LÂM SÀNG

Ko có triệu chứng : nam = nữ

Có triệu chứng : nam gấp đôi nữ

- **Nước tiểu:**

- Có nhiều hồng cầu, bạch cầu, trụ hồng cầu, trụ hyalin, trụ hạt.

- Nước tiểu có đậm ít.

- Có khoảng 2 – 5% trẻ có tiểu đậm nhiều: Ngưỡng thận hư. tỷ lệ nhỏ có đậm ngưỡng thận hư (2-5%)

- **Bảng chứng nhiễm liên cầu:**

- Cấy họng hay da có thể có liên cầu trùng.

- ASO, antihyaluronidase (AHase), antistreptokinase (ASKase), anti-nicotinamide adenine dinucleotidase (anti-NAD), anti-DNase B, anti-NAD, AHase: thường tăng sau viêm họng.

- Anti-DNase B và AHase: thường tăng trong viêm da.

- **Bổ thể:**

viêm da; Anti DNase B, AHase

- C₃, CH₅₀: giảm.

- C₄: bình thường.

- **Máu:**

Công thức máu thường bình thường. Có thể có bạch cầu hơi tăng.

Chức năng thận: Ure máu, creatinin máu có thể tăng.

7. DIỄN TIẾN

7.1. Đa số khỏi hoàn toàn

Các dấu hiệu lâm sàng:

tại sao THA

* có lẽ NN là cytokines

* V nội mạch tăng

* renin có thể bình thường or thấp cao

-> đây ko phải là NN chính THA

Phù, tiểu ít, huyết áp cao thường mất trong 1 đến 2 tuần. TB nội mô -> hồi phục 1-2 tuần

C₃ về bình thường trong 8 tuần.

tiểu máu đại thể: 2-3 tuần

Tiểu đạm hết trong 3 – 6 tháng.

Tiểu máu vi thể hết trong 1 năm.

7.2. Trong giai đoạn cấp, trẻ có thể có các biến chứng

- **Suy tim cấp:** Trẻ khó thở, tím tái, tim to, tiếng ngựa phi, gan to, huyết áp tăng, X quang tim to, phổi ứ huyết. Đôi khi phù phổi cấp.

- **Bệnh cảnh não do tăng huyết áp:** Co giật, lơ mơ, hôn mê.

- **Suy thận cấp:** Tiểu ít, ure máu, creatinin máu tăng.

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%). **thể nặng dạng liên thể : hiếm gặp và tiên lượng xấu** <1% thành suy thận mãn

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

Đa số bệnh nhân được miễn nhiễm suốt đời do có miễn dịch với các dòng liên cầu độc thận. Tuy nhiên trong một vài báo cáo cho thấy có thể có 0,7-7% bị lần hai viêm cầu thận cấp sau liên cầu, người ta giải thích có thể do sử dụng kháng sinh sớm nên hệ miễn dịch bị ức chế. Ở giai đoạn đầu của bệnh, protein NAP_{1r} thường được tìm thấy trong tế bào trung mô hay trong màng đáy của bệnh nhân. Kháng thể kháng protein NAP_{1r} giúp bệnh nhân không bị lại lần hai. Ở những bệnh nhân bị lại lần hai, người ta không tìm thấy kháng thể này trong máu bệnh nhân.

8. CHẨN ĐOÁN

nếu lần 1: có sinh kháng thể kháng NAP_{1r} sẽ giúp BN ko bị lần 2

- Ở tuyến cơ sở: Cần chú ý phát hiện bệnh này khi thấy trẻ phù, tiểu ít, tiểu đỏ và có cao huyết áp.

Cần cho thử tổng phân tích nước tiểu.

- Ở các tuyến trên chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng thường dễ: Dựa vào một số tiêu chuẩn ở **bảng 2**.

- Viêm cầu thận cấp có thể là biểu hiện của một số bệnh cầu thận khác và của một số bệnh toàn thân khác, nên cần phải theo dõi và chẩn đoán phân biệt với các bệnh trong **bảng 1**.

- Cần chú ý chẩn đoán phân biệt với:

• **Bệnh cầu thận IgA:** thường tiểu đỏ đại thể liên sau nhiễm trùng đường hô hấp, không có khoảng trống. Thường không phù và không cao huyết áp.

IgA: tiểu đỏ đại thể, không có khoảng trống sau NTHH. Thường không phù, không THA

• **Viêm cầu thận tăng sinh màng:** Có bệnh cảnh giống viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng, nhưng:

➢ C₃ giảm kéo dài trên 6 tuần

➢ Nước tiểu bất thường kéo dài hơn viêm cầu thận cấp sau liên cầu.

➢ Chức năng thận thường giảm nhiều.

Bảng 2: Một số tiêu chuẩn chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng

1. Lâm sàng điển hình hội chứng viêm cầu thận cấp: phù, tiểu ít, tiểu máu, huyết áp cao và không có bệnh toàn thân đi kèm.
2. Bằng chứng nhiễm liên cầu trùng:
Phết họng hay da có liên cầu trùng
Tăng kháng thể kháng liên cầu (ASO tăng, anti-DNAase B tăng..)
3. Bỏ thể:
C₃ giảm, C₄ thường bình thường,
C₃ về bình thường trong khoảng 6-8 tuần.
4. Trong vòng 1 – 2 tuần: Tiểu nhiều, huyết áp về bình thường, hết phù, urê/máu, creatin/máu giảm.
5. Tiểu máu đại thể hết trong vòng 2 – 3 tuần:
Tiểu đạm hết trong vòng 3 – 6 tháng
Tiểu máu vi thể hết trong vòng 1 năm

9. ĐIỀU TRỊ

- Ở tuyến cơ sở: Có thể điều trị các trường hợp viêm cầu thận cấp không biến chứng: theo dõi mạch, huyết áp, cân nặng và các biến chứng hàng ngày.
- Hiện nay vẫn chưa có điều trị đặc hiệu cho viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.
- Bệnh nhân viêm cầu thận cấp có biến chứng cần theo dõi ở bệnh viện.
- An nhạ trong giai đoạn cấp.
- Cho kháng sinh: Penicillin 10 ngày (nếu dị ứng Penicillin cho Erythromycine).
- Nếu có cao huyết áp: Cho thuốc hạ áp

• Nếu có huyết áp cao nặng có thể sử dụng:

- > Labetalol: 0,3 – 3 mg/kg/giờ truyền TM, hay:
- > Nitroprusside: 0,5 – 10 µg/kg/phút truyền TM, hay:
- > Nicardipine: 1-3 µg/kg/phút truyền TM, hay
- > Hydralazine: 0,1-0,3 mg/kg/liều TM.

Hydralazine: tiêm mạch 0.2 tb: 0.1-0.3 mg/kg/liều

Nicardipine: 2 tb: 1-3 mcg/kg/min TTM
Labetalol: 0.2+ x10: 0.3 - 3 mg/kg/h TTM
Nitroprusside: 0.5-10 mcg/kg/min TTM

furosemide TM: 2TB: 1-3 mg/kg/d : 2

• Nếu có cao huyết áp vừa:

- > Furosemide: 1 – 3 mg/kg/ngày chia 2 lần.
- > Nifedipine (loại chậm): 0,25 – 0,5 mg/kg/liều x 2 lần.

- Corticoid chỉ dùng trong trường hợp trẻ có biểu hiện viêm cầu thận tiến triển nhanh.

- Suy tim cấp: Hạn chế nước, lợi tiểu, digitalis không có tác dụng, đôi khi phải chạy thận nhân tạo.

- Suy thận cấp: Điều trị suy thận cấp.

suy tim này là do dư dịch, quá tải V -> lợi tiểu là chủ đạo

10. THEO DÕI

- Các bệnh nhân viêm cầu thận cấp được theo dõi trong vòng 1 năm. Chú ý các mốc thời gian: C₃ về bình thường sau 8 tuần, đạm niệu thường hết lúc 6 tháng, tiểu máu vi thể thường hết lúc 1 năm.

theo dõi 1 năm: vì tiểu máu vi thể 1 năm mà

Cần chú ý theo dõi ở các trẻ:

- Phù nhiều.
- Phù kéo dài trên 2 tuần.
- Tiểu ít.
- Chức năng thận giảm và kéo dài trên 1 tuần.
- Huyết áp cao nhiều.
- Huyết áp cao kéo dài trên 6 tuần.
- Tiểu đạm trên ngưỡng thận hư.
- Tiểu đỏ đại thể kéo dài trên 2 tuần.
- Tiểu đỏ đại thể tái đi tái lại.
- C3 không về bình thường trên 8 tuần.
- Tiểu máu và tiểu đạm trên 1 năm.

Các trẻ có những dấu hiệu trên có thể không phải viêm cầu thận cấp sau liên cầu nên cần phải theo dõi để phát hiện các bệnh cầu thận khác.

11. PHÒNG NGỪA – CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

Viêm cầu thận cấp ở trẻ em phần lớn là sau nhiễm liên cầu trùng. Nên phòng ngừa bằng cách dùng để nhiễm liên cầu trùng:

- Vệ sinh tốt hơn bằng cách nâng cao mức sống kinh tế, y tế, xã hội, văn hóa, cải thiện môi trường sống.
- Nâng cao thể trạng.
- Điều trị viêm họng, viêm da sớm bằng kháng sinh.
- Trẻ bị viêm cầu thận cấp cần được theo dõi tại y tế địa phương để phòng ngừa và điều trị các biến chứng cấp và lâu dài.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn một câu đúng nhất

1. Viêm cầu thận cấp có thể xuất hiện sau viêm họng do liên cầu:

- ☒ A. 1 – 2 tuần. viêm họng
- B. 2 – 3 tuần. viêm da
- C. 3 – 4 tuần.
- D. 4 – 5 tuần.
- E. Trên 5 tuần.

sách 2020
1-3 tuần là viêm họng
3-6 tuần là viêm da

2. Viêm cầu thận cấp có thể xuất hiện sau viêm da:

- A. 1 – 2 tuần.
- ☒ B. 2 – 3 tuần.
- C. 3 – 4 tuần.
- D. 4 – 5 tuần.
- E. Trên 5 tuần.

type 49
viêm da: 25% PSGB
viêm họng 5% PSGN

tỷ lệ chung sau nhiễm liên cầu là 15% có PSGN

3. Các biến chứng thường gặp ở trẻ bị viêm cầu thận cấp:

A. Cao HA.

B. Nhiễm trùng.

C. Suy thận cấp.

D. Tăng đông.

E. Câu A và C đúng.

câu B câu D là của HCTH

A C đúng

Biến chứng: Suy tim cấp/OAP, THA cấp cứu - bệnh cảnh não THA - suy thận cấp

4. Biến chứng viêm cầu thận cấp ở trẻ em có thể là (CHỌN CÂU SAI):

A. Suy tim cấp. ✓

B. Suy thượng thận cấp.

C. Suy thận cấp. ✓

D. Phù phổi cấp. ✓

E. Phù não cấp. ✓

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

A. Phế cầu.

B. Liên cầu.

C. Tụ cầu.

D. Song cầu gram âm.

E. Trực trùng gram âm.

beta nhóm A dòng độc thận type M: 1 2 4 12 18 25 49 55 57 60

6. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu thường gặp ở lứa tuổi:

A. Dưới 1 tuổi.

B. 1 - 3 tuổi.

C. 3 - 5 tuổi.

D. 6-10 tuổi.

E. Trên 10 tuổi.

lứa tuổi đi học 3-5 tuổi

khoảng 2-14 tuổi

5% nếu trẻ < 2 tuổi

>5-10% nếu trên > 40 tuổi

có triệu chứng: nam gấp đôi nữ

không triệu chứng nam = nữ

Chọn nhiều câu đúng

7. Triệu chứng của VCTC ở trẻ em thường là:

A. Phù nhiều. *phù nhẹ, phù kín đáo*

B. Tiểu ít. ✓

C. Tiểu tế bào máu. ✓

D. Tiểu đạm nhiều trên 2g/ngày.

E. Cao huyết áp. ✓

8. Biến chứng của VCTC ở trẻ em có thể là:

A. Cao huyết áp. ✓

B. Suy thận cấp. ✓

C. Suy tim. ✓

D. Phù phổi cấp. ✓

E. Phù não cấp. ✓

Câu hỏi trắc nghiệm về dịch tễ học và CSSKBĐ

9. Các yếu tố thuận lợi gây VCTC, CHỌN MỘT CÂU SAI:

- A. Vệ sinh kém. ✓
- B. Viêm họng. ✓
- C. Viêm da. ✓
- D. Trẻ lớn hơn 15 tuổi.**
- E. Mức sống kinh tế kém. ✓

10. VCTC ở trẻ em, CHỌN MỘT CÂU SAI:

- A. Thường sau nhiễm trùng. ✓
- B. Thường ở tuổi 2 đến 6 tuổi. ✓
- C. Vệ sinh tốt có thể tránh được bệnh. ✓
- D. Thường ở trẻ em. ✓
- E. Xảy ra ít hơn nhiễm trùng đường tiểu.** ✗

theo nghiên cứu thầy BV nhi đông 1
VCTC nhiều hơn HCTH
và nhiều hơn NTT

11. Điều nào sau đây SAI đối với VCTC ở trẻ em:

- A. Có thể ngừa được. ✓
- B. Khi hết phù thì coi như hết bệnh, không cần tái khám.** ✗
- C. Nên theo dõi tại y tế địa phương trong giai đoạn cấp. ✓
- D. Bệnh có thể xảy ra lẻ tẻ. ✓
- E. Có thể xảy ra thành dịch. ✓

1 in 1000

Câu tương ứng chéo về DTH và CSSKBĐ

- | | |
|--|--------------------------------|
| B 12. Nhiễm trùng liên cầu trùng nhóm A ở họng. | A. Có thể giảm tần suất VCTC. |
| C 13. Vệ sinh kém. | B. 10 ngày sau có thể bị VCTC. |
| D 14. Kháng sinh diệt liên cầu trùng. | C. Yếu tố thuận lợi gây VCTC. |
| A 15. Chủng ngừa vac xin liên cầu trùng. | D. Penicillin. |
| E 16. VCTC thường xảy ra. | E. Trẻ em hơn người lớn. |

7-14 ngày

Câu hỏi đúng sai về DTH và CSSKBĐ

- S** 17. Viêm cầu cấp thường xảy ra ở trẻ em trên 10 tuổi. 3-5 Đ/S.
- S** 18. Trẻ nữ bị nhiều hơn trẻ nam. 2-6 Đ/S.
- Đ** 19. VCTC ở trẻ em thường xảy ra sau nhiễm liên cầu trùng. Đ/S.
- Đ** 20. Típ 12,49 liên cầu trùng nhóm A là hai típ hay gây ra VCTC ở trẻ em. Đ/S

Câu hỏi trả lời ngắn

1 4 12 49 55

- 21. Kể các nguyên nhân gây ra bệnh cảnh VCTC
- 22. Kể các biến chứng cấp của VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng.

23. Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, xếp theo thứ tự mất thời gian: phù, tiểu máu vi thể, C₃ giảm.

24. Kể các biện pháp để phòng ngừa VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng.

Câu hỏi viết ngắn

25. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của một trường hợp VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng.

26. Cơ chế bệnh sinh của VCTC.

Bài tập ngắn

Một bé nữ 8 tuổi nhập viện vì phù. Cách 10 ngày bé có viêm họng, được điều trị ở y tế phường. 2 ngày nay bé phù nhẹ ở mí mắt và lan ra toàn thân và tiểu ít. Khám thấy bé tỉnh. M: 100 l/phút, HA: 120/90 mmHg, nhịp thở 30 l/phút, nhiệt độ 37°C. Phù nhẹ toàn thân. Tim đều rõ 100 l/phút. Phổi trong, bụng mềm, gan lách không to. Cổ cứng (-). Da không có nhiễm trùng. Họng bình thường.

1. Định bệnh lâm sàng. **PSGN:**

2. Đề nghị cận lâm sàng gì giúp chẩn đoán?

NT: TPTNT - soi cận lẳng NT
C3 C4 Ch50
ANA anti ds DNA

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng?

4. Xử lý bệnh nhân này? Theo dõi lúc xuất viện? **theo dõi đơn thuần**

Nghiên cứu trường hợp

Thông điệp: Biết và nhận ra các biến chứng của VCTC ở trẻ em.

Nội dung: Bé nam 7 tuổi, nhập viện vì co giật. Cách đây 2 tuần bé có nhọt da. Hôm qua phù nhẹ ở mí mắt, tiểu ít và đỏ. Sáng nay co giật toàn thân nên nhập viện. Khám thấy bé tỉnh, phù nhẹ toàn thân. Mạch 136 l/phút, HA 160/100 mmHg, nhịp thở 48 l/phút, nhiệt độ 37°C. Tim đều nhanh 136 l/phút. Phổi ran ứ đọng. Bụng mềm, gan mấp mé bờ sườn. Nước tiểu: đạm 0,5g/l, Cận lẳng: Trụ hồng cầu++.

Câu hỏi: Bé bị bệnh gì?

VCTC hậu nhiễm biến chứng: THA - bệnh não do THA - OAP

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cole B. R, Madrigal L. S, Acute proliferative glomerulonephritis and crescentic glomerulonephritis. In Pediatric Nephrology, 5th edition, 2004, Williams Wilkins. PP: 601 – 614.
2. Bernado Rodriguez – Iturbe, Acute endocapillary glomerulonephritis. In Oxford textbook of clinical nephrology. Secondary edition, 1998, Oxford university press, pp: 613 – 624.
3. Vũ Huy Trụ. Viêm cầu thận cấp. Tài liệu phát tay. 2005.
4. Lê Nam Trà. Bệnh Viêm cầu thận cấp ở trẻ em Trong Bài giảng Nhi Khoa Tập 2. Nhà xuất bản Y học Hà Nội 2001. Trang 143 – 155.

21. Bảng 1 trang 153
22. Cao huyết áp, suy tim, phù phổi cấp, bệnh cảnh não do cao huyết áp, suy thận cấp.
23. Phù, C3 giảm đến tiểu máu vi thể
24. Phần 11 trang 158
25. Phần 5 và 6 trang 155
26. Phần 3 trang 154
Nghiên cứu trường hợp: Bé bị VCTC có lẽ sau nhiễm liên cầu trùng và đang có biến chứng cao huyết áp gây bệnh cảnh não do tăng huyết áp gây co giật

BÀI 44: VIÊM CẦU THẬN CẤP			
1	A	6	C
2	B	7	B,C,E
3	E	8	A,B,C,D,E
4	B	9	D
5	B	10	E
11	B	16	E
12	B	17	S
13	C	18	S
14	D	19	D
15	A	20	D

21. Bảng 1 trang 153
22. Cao huyết áp, suy tim, phù phổi cấp, bệnh cảnh não do cao huyết áp, suy thận cấp.
23. Phù, C3 giảm đến tiểu máu vi thể
24. Phần 11 trang 158
25. Phần 5 và 6 trang 155
26. Phần 3 trang 154
Nghiên cứu trường hợp: Bé bị VCTC có lẽ sau nhiễm liên cầu trùng và đang có biến chứng cao huyết áp gây bệnh cảnh não do tăng huyết áp gây co giật