**TIẾP CẬN PHÙ**

1. HỎI BỆNH SỬ TIỀN CĂN

|  |  |
| --- | --- |
| Hành chính | Bé tên gì ạ? Sinh năm bao nhiêu? Nam hay nữ? Đang sống ở đâu? |
| Hỏi lí do nhập viện | Bé vào đây vì lí do gì vậy ạ? |
| Xác định có thực sự phù | Mẹ thấy mi mắt bé thế nào? Thấy bé có tăng cân nhiều không? |
| Cân nặng trước phù | Trước đợt bệnh này bé có được cân không ạ? Cân khi nào ạ? Chiều cao của bé?  (lưu ý cân nặng vô cùng quan trọng vì sẽ dùng để:   * Biện luận trẻ có phù, vì tăng cân vẫn có thể do béo phì, Cushing * Đánh giá mức độ theo hiệp hội thận học Italia * Đánh giá dinh dưỡng trước phù * Tính liều cho thuốc điều trị) |
| Bệnh sử | Phù  S: phù ở đâu ạ?  O: lúc phát hiện phù bé đang làm gì ạ? Lúc đó là vào lúc nào trong ngày? Được mấy ngày rồi ạ? Trước đó bé có ho sổ mũi gì không ạ?  C: phù có thay đổi theo tư thế? Thay đổi trong ngày?  R: phù đầu tiên ở đâu, sau đó lan đến đâu ạ?  A: nước tiểu (tăng hay giảm? diễn tiến qua các ngày phù? Màu sắc nước tiểu? cặn lắng bất thường [đục, mủ,…]); nước nhập (lượng nước, cháo, sữa bé uống)  T  E  S: diễn tiến nhanh/ chậm (bé tăng bao nhiêu kí?)  Tiểu máu (nguyên tắc phải từ đường tiểu? à phải hồng cầu? à cầu thận hay không cầu thận?) |
| Triệu chứng gợi ý nguyên nhân | Tim mạch:   * Thở mệt * Ho về đêm   Gan:   * HCSTBG (vàng da mắt, * HCTALTMC   Dinh dưỡng:   * Ăn uống kém * Tiêu chảy * Nôn ói   Thận:   * Bệnh lý hệ thống: ban da? Loét? |
| Triệu chứng khác |  |
| Xử trí tuyến trước | Chị có đưa bé đi khám ở đâu trước khi vào đây không ạ?  Ở đó họ chẩn đoán gì ạ?  Họ có điều trị cho bé không, như thế nào ạ?  Sau đó chị thấy các triệu chứng của bé như thế nào? (hỏi đặc điểm từng triệu chứng ra) |
| Tình trang lúc nhập viện | Ghi nhận từ hồ sơ |
| Diễn tiến sau nhập viện | Xác nhận lại: bé NV ngày (a) hôm nay ngày (b) là bé đã nhập viện được (b-a) ngày rồi phải không ạ?  Hiện các triệu chứng của bé sao rồi ạ? |
| Tiền căn về phù | Trước đây đã từng phù như vậy hay chưa?  Chẩn đoán khi đó là gì?  Đã được điều trị gì rồi? Cô có mang đơn thuốc không cho con mượn? Cô có được dặn hay hướng dẫn cách theo dõi cho bé không? Trước lúc nhập viện que màu gì, từ khi nào ạ? Hiện tại que nhúng của bé màu gì?  Ngoài ra bé còn bệnh gì không?  Tim: trước đây bé có bệnh gì về tim không?  Gan: có bệnh gì về gan?  Suy dinh dưỡng: có bệnh bẩm sinh gây ăn uống kém? Bệnh gây mất dinh dưỡng (qua đường ruột: ruột mất đạm, qua đáp ứng viêm: bệnh mạn tính)  Thận: có bệnh về thận (hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp, lupus,…) |
| Tiền căn bản thân khác | Tiền căn sản khoa:   * Bé là con thứ mấy? * Sinh thường hay sinh mổ ? tại sao sinh mổ? * Đủ tháng hay thiếu tháng? * Cân nặng lúc sinh? Sau sanh có khóc/ngạt? * Trong lúc mang thai và khi sanh bé, sức khỏe mẹ như thế nào? * Mẹ có mấy người con rồi? Sinh đủ tháng hay thiếu tháng? Có sẩy thai lần nào không? (PARA)   Tiêm chủng: bé đã được tiêm những loại vaccin nào rồi?  Dinh dưỡng:   * Bú mẹ hay bú sữa công thức? * Ăn dặm không? * Chế độ ăn trước bệnh * Chế độ ăn sau bệnh   Tâm vận  Dị ứng: Trước giờ bé có bị dị ứng gì không ạ? |
| Tiền căn gia đình | Bệnh lý tim gan thận trong gia đình |

1. KHÁM

Ngoài những gì bình thường khám phải chú ý thêm:

1. Khám phù

* Khám xem có thực sự phù? Phù ở những đâu (có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán phù toàn thân không)?
* Phù có mềm, ấn lõm? Nếu trẻ lớn hơn hỏi có đau không?

1. Mức độ phù

* Cân nặng
* Đánh giá xem có tràn dịch đa màng:
* Tràn dịch màng phổi: khám tìm 3 giảm nếu được
* Tràn dịch màng bụng: đo bằng thước dây
* Cơ quan sinh dục: phù bìu ở trẻ nam, phù môi lớn ở trẻ nữ

1. Khám tìm nguyên nhân ngoài thận

* Tim: nghe tiếng tim bất thường, tĩnh mạch cổ nổi
* Gan: tìm HCSTBG (vàng da mắt,…), HCTALTMC (tuần hoàn bàng hệ, lách to,…)

1. Khám tìm dấu chứng liên quan thận

* Đo huyết áp (quan trọng, phải so sánh với mốc theo tuổi)
* Tìm loét da, ban xuất huyết

1. VẤN ĐỀ

* Phù toàn thân: nếu BN nhập viện lần đầu
* Hội chứng thận hư
* Viêm cầu thận cấp
* Viêm cầu thận tiến triển nhanh

1. CHẨN ĐOÁN

* Hội chứng thận hư + thuần túy? + nguyên nhân nếu được (nguyên phát/ bẩm sinh/ thứ phát do nguyên nhân gì?) + lần đầu/đáp ứng với corticoid/[tái phát + thường xuyên?/lệ thuộc corticoid liều?]/kháng corticoid/kháng cyclosporin + biến chứng
* Viêm cầu thận cấp + ngày + nghĩ do? + biến chứng (THA, TTTC,…)
* Viêm cầu thận tiến triển nhanh

1. BIỆN LUẬN

Đầu tiên xác định bệnh nhân có 1 vấn đề phù, và là phù toàn thân trường hợp phù lần đầu

Loại trừ các nguyên nhân khác: tim, gan, suy dinh dưỡng

Phù nguyên nhân do thận có đặc điểm phù mi mắt trước (mô lỏng lẻo), phát hiện vào buổi sáng, sau đó lan ra toàn thân, kèm theo bất thường về nước tiểu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hội chứng | Lâm sàng | Tiền căn | CLS |
| Hội chứng thận hư | Phù: thường khởi phát bệnh sau một nhiễm trùng hô hấp trên, phù nhiều, thường quanh mí mắt sau đó lan ra toàn thân. Phù mềm trắng ấn lõm không đau. Phù phụ thuộc theo trọng lực  Tiểu ít: <1ml/kg/h hoặc không đi tiểu trong 4h (theo thầy Vinh trích từ WHO)  Thường không có THA, tiểu máu đại thể hay suy thận. Nếu có là hội chứng thận hư không thuần túy | UTD: phù do HCTH nguyên phát thường khởi phát sau một kích thích như nhiễm trùng hô hấp trên hay bị côn trùng cắn  Tiền căn bị HCTH đang hoặc đã điều trị | 2 tiêu chuẩn chính bắt buộc phải có: tiểu đạm ngưỡng thận hư (protein niệu >= 50 mg/kg/ngày hoặc >40mg/m2da/h hoặc đạm niệu/ creatinin niệu > 200mg/mmol) và giảm đạm máu (albumin máu < 2.5 g/dL, protid máu TP < 5.5 g/dL) |
| Viêm cầu thận cấp (chương trình Y4 chú trọng hậu nhiễm LCT) | HC VCTC (theo định nghĩa gồm tiểu máu kèm protein, giảm độ lọc cầu thận, ứ muối nước dẫn đến THA[do ứ muối nước và co mạch do cytokine viêm] và phù):  Phù: khởi đầu đột ngột, phù kín đáo, nhiều khi còn không rõ  Tăng huyết áp, tăng áp tĩnh mạch cảnh  Tiểu ít: <1ml/kg/h hoặc không đi tiểu trong 4h (theo thầy Vinh trích từ WHO)  Suy thận cấp: từ vài giờ đến vài ngày | 1-3 tuần sau viêm họng do LCT nhóm A  3-6 tuần sau viêm da do LCT nhóm A | TPTNC: tiểu máu kèm/ không kèm trụ hồng cầu, tiểu đạm ở các mức độ khác nhau có thể ngưỡng thận hư |
| Viêm cầu thận tiến triển nhanh (sang thương liềm từ TB viêm hoặc xơ che hết khoảng lọc và làm cầu thận từ từ hư hại) | Có biểu hiện HCVCTC nhưng suy thận từ vài ngày đến vài tuần |  | UTD: thường gặp nhất là TTTC với Creatinin máu > 3mg/dL (264 micromol/L)  Tiêu chuẩn vàng: sinh thiết thận ghi nhận tổn thương liềm > 20-50% số cầu thận |

1. Biện luận câu chẩn đoán của HCTH:
2. Thuần túy

* Gọi là không thuần túy khi có tiểu máu, tăng huyết áp và suy thận

1. Nguyên nhân
2. Trước 3 tháng tuổi: HCTH bẩm sinh

* Thường do đột biến gen, trong đó 95% HCTH bẩm sinh do gen là do đột biến NPHS 1 và 2 (lần lượt mã hóa nephrin và podocin)

1. 3 tháng đến dưới 1 tuổi: HCTH nhũ nhi

* Do gen: chủ yếu NPHS 1 và 2
* Nhiễm trùng: TORCH, HIV, VGB, giang mai bẩm sinh,…
* HCTH nguyên phát: MCD, FSGS,…

1. 1-12 tuổi:

* Hay gặp nhất ở trẻ em: thường nguyên phát do MCD (sang thương tối thiểu)
* Thứ phát:
* Nhiễm trùng: GBS nhóm A, VGB,...
* Bệnh hệ thống: lupus, HSP,…
* Ác tính
* Di truyền và chuyển hóa: đái tháo đường, Alport,…
* Các nguyên nhân khác: ong đốt, bệnh huyết thanh, do thuốc,…

|  |  |
| --- | --- |
| Nhiễm trùng | Gần đây có viêm da, viêm họng? Có được chẩn đoán nhiễm gần đây? à ít nghĩ? |
| Bệnh hệ thống | Ban da? Rụng tóc? Loét miệng? Nhạy cảm ánh sáng? à ít nghĩ |
| Ác tính | Trẻ? Không sụt cân? |
| Di truyền và chuyển hóa | Khó đánh giá trên LS |
| Thuốc | Không sử dụng thuốc gần đây? |
|  |  |

1. Trên 12 tuổi

* Giống người lớn, các sang thương khác tăng dần, MCD ít gặp hơn nhưng vẫn nhiều

1. Đánh giá đáp ứng với điều trị
2. Lần đầu: được chẩn đoán HCTH lần đầu, không có tiền căn
3. Đáp ứng với corticoid: đạt được lui bệnh hoàn toàn – đạm niệu thử que nhúng âm tính hay vết hay đạm niệu 24h< 100mg/m2 da/ngày trong 3 ngày liên tiếp – sau khi điều trị với corticoid
4. Tái phát: **sau khi đạt lui bệnh**, xuất hiện đạm niệu > 100mg/m2/ngày hay >50mg/kg/ngày hay que nhúng >= 2+ trong 3 ngày liên tiếp

* Đơn thuần
* Thường xuyên: sau lần đáp ứng đầu tiên trẻ bị tái phát >= 2 lần/ 6 tháng hoặc >=4 lần/12 tháng
* Lệ thuộc: tái phát 2 lần trong lúc đang điều trị corticoid hoặc trong vòng 14 ngày sau ngưng điều trị corticoid (liều pred <0.5 mg/kg/cách ngày à thấp; pred >= 1 mg/kg/cách ngày à cao, ở giữa à trung bình)

1. Kháng corticoid: không đạt được lui bệnh sau điều trị tấn công tối đa 8 tuần theo sách (6 theo chị Uyên) hay 4 tuần tấn công prednisolon + 3 liều methylprednisone TTM liều cao 1000 mg (solumedrol) (lưu ý 3 liều xài cách ngày trong tuần đầu và theo dõi thêm 1 tuần nữa với prednisone liều thấp là đủ 6 tuần)
2. Kháng cyclosporin: không đạt được lui bệnh sau điều trị cyclosporin 6 tháng
3. Biến chứng (chị Uyên yêu cầu phải phân biệt được biến chứng này có phải do HCTH không)
4. Nhiễm trùng:

Có sốt?

* VPMNKNP: Khám có phản ứng phúc mạc hay bụng mềm? Vẻ mặt nhiễm trùng?
* Viêm mô tế bào: Có sưng nóng đỏ vùng nào trên người?
* Viêm phổi: Có ho, thở nhanh, hội chứng NT hh dưới?

1. Thuyên tắc mạch

Các loại thường gặp:

* Thuyên tắc phổi: BN có thở nhanh, ho đàm bọt hồng, tụt huyết áp? Đau ngực?
* Tĩnh mạch 2 chi dưới: phù, đỏ, đau 2 chân?
* Tĩnh mạch thận: tiểu đỏ đột ngột? Suy thận? Đau hông lưng?

Tuy nhiên, khó loại trừ trên LS

1. Sốc giảm thể tích: Chi lạnh? Tim nhanh? Tụt huyết áp? Thiểu niệu?
2. Tổn thương thận cấp: Thiểu niệu?
3. Rối loạn điện giải:
4. Suy dinh dưỡng
5. Thiếu máu thiếu sắt
6. Biến chứng do corticoid
7. Biện luận câu chẩn đoán của viêm cầu thận cấp
8. Ngày

Ngày tính từ lúc khởi phát bệnh (dùng để theo dõi diễn tiến)

1. Nguyên nhân

* Nếu có tiền căn viêm họng, viêm da à nghĩ nhiều liên cầu tán huyết nhóm A
* Trường hợp không có tiển căn viêm họng, viêm da không loại trừ được và cần làm xét nghiệm chẩn đoán
* Chẩn đoán phân biệt:
* Lupus: ban da, rụng tóc?
* HSP: ban da, đau bụng, sưng khớp?
* Viêm cầu thận tăng sinh màng: có nhiễm khuẩn hô hấp trên trước đó? <<Diễn tiến>>
* Bệnh thận IgA: khởi phát nhiễm khuẩn hô hấp trên, cách tiểu máu dưới 5 ngày? Tiền căn có các đợt tiểu máu đại thể?

1. Biến chứng

* Suy tim cấp: gan to, thở nhanh, thở co kéo, tim nhanh?
* Phù phổi cấp: ho đàm bọt hồng, ran ẩm 2 đáy phổi?
* Bệnh cảnh não do THA: co giật, lơ mơ, hôn mê
* Suy thận cấp: thiểu niệu? vô niệu?

1. Đề nghị CLS – Biện luận CLS
2. TPTNT: phải được thực hiện ở tất cả các trẻ có phù (chị Uyên nói bước đầu có thể dùng TPTNT luôn do rẻ tiền tiện lợi)

* Hội chứng thận hư: nghĩ nhiều khi Pro (+++), Ery (+/-), Leu (-)
* Viêm cầu thận cấp: nghĩ nhiều khi Pro (+), Leu thường (+), Ery (+)

1. Trường hợp nghĩ nhiều HCTH:
2. Xác định có HCTH

|  |  |
| --- | --- |
| Nước tiểu (bắt buộc) | Đạm niệu 24h: (+) khi protein > 50 mg/kg/ngày hoặc > 40mg/kg/ngày  Hoặc  P/Cr niệu: (+) khi > 2 mg/mg hay > 200 mg/mg |
| Máu (bắt buộc) | Protid máu toàn phần < 5,5g/dL  Albumin máu < 2,5g/dL |
| Bilan lipid máu (đi ls thấy lúc nào cũng làm) | Tăng cả cholesterol và triglycerid  Tăng nguy cơ xơ vữa |

1. Nguyên nhân

|  |  |
| --- | --- |
| Bổ thể | C3, C4 bình thường à phù hợp MCD  C3 giảm, C4 bình thường à nghĩ nhiều VCT tăng sinh màng và hậu nhiễm (hậu nhiễm chỉ sau 6-8 tuần)  C3 và C4 đều giảm à nghĩ nhiều lupus  Theo chị Uyên: giảm C3 là nghĩ đủ cả tăng sinh màng, lupus và hậu nhiễm |
| Tầm soát nhiễm trùng | HBsAg, anti HBs, antiHCV, ASO:   * (+) chưa chắc do nguyên nhân này * (-) thường thấy, ủng hộ giả thuyết nguyên phát |
| Tầm soát hệ thống | ANA, anti-dsDNA |

1. Biến chứng

|  |  |
| --- | --- |
| Nhiễm trùng | Viêm phổi: LS nghi ngờ à chụp X quang ngực thẳng  Viêm PMNKNP: LS nghi ngờ à siêu âm bụng và bilan nhiễm trùng, nếu có dịch bất thường thì tiêu chuẩn vàng là chọc dò để soi tươi, nhuộm gram, đếm số lượng BC   * Nuôi cấy Gram (+): khả năng nguyên phát cao * Nuôi cấy Gram (-): nghi ngờ thứ phát từ lòng ruột vào |
| Thuyên tắc mạch | Bilan tăng đông: chức năng đông máu toàn bộ (fibrinogen máu), định lượng antithrombin III, định lượng protein S và protein C trong máu  Có chỉ định xài aspirin dự phòng khi có 2 trong 4:   * Albumin <2g/dL (20g/L) * ATP III < 70% bình thường * Fibrinnogen >6g/L * D-dimer > 1000ng/L (các tiêu chuẩn trên UTD và phác đồ NĐ 2 giống nhau, riêng này chỉ trong phác đồ)   Tắc TM thận và TM 2 chi dưới: LS nghi ngờ à siêu âm Doppler  Tắc động mạch phổi: LS nghi ngờ à CT scan ngực có cản quang |
| Rối loạn điện giải | Ion đồ  Natri máu: giảm à có thể do tiêt ADH không thích hợp  Kali máu:   * Giảm à tác dụng phụ corticoid * Tăng à suy thận   Canxi máu:   * Toàn phần giảm à do giảm protein máu * Ion hóa bình thường |
| Tổn thương thận cấp | Chức năng thận khi thiểu niệu, vô niệu |
| Shock | Quay li tâm ống máu? (loại trừ viêm cơ tim) |

1. Xét nghiệm khác

|  |  |
| --- | --- |
| Tổng phân tích tế bào máu | Hct và Hb tăng do cô đặc máu  Tiểu cầu thường tăng   * Tăng nguy cơ tạo huyết khối |
| Chức năng gan | Cần phân biệt giảm albumin máu do suy gan |

1. Chỉ định sinh thiết thận

|  |  |
| --- | --- |
| Trước điều trị  (thấy trên LS vẫn điều trị thử corticoid trước) | * Khởi bệnh sớm: đặc biệt < 3 tháng, nên cho 3-12 tháng * Khởi bệnh muộn: > 12 tuổi * Biểu hiện ls: THA, tiểu máu đại thể, suy thận (HCTH không thuần túy) * Có bằng chứng nghi HCTH thứ phát |
| Sau điều trị | * HCTH kháng corticoid * HCTH lệ thuộc corticoid khi điều trị với thuốc ức chế calcineurin (cyclosporin) |

1. Chỉ định xét nghiệm gen

* HCTH bẩm sinh hoặc khởi phát sớm
* HCTH kháng corticoid có tính chất gia đình hoặc cha mẹ đồng huyết thống
* HCTH nằm trong hội chứng
* HCTH kháng corticoid, kháng cyclosporin

1. Trường hợp nghĩ nhiều viêm cầu thận cấp
2. Chức năng thận
3. Soi cặn lắng nước tiểu
4. Đạm máu
5. Bổ thể
6. Ion đồ
7. Chẩn đoán xác định
8. Điều trị
9. Hội chứng thận hư
10. Nguyên tắc điều trị

* Điều trị đặc hiệu
* Điều trị triệu chứng
* Điều trị biến chứng

1. Chỉ định nhập viện

* Lần đầu
* Có biến chứng nặng (nhiễm trùng, thuyên tắc, sốc giảm thể tích)
* Kháng corticoid phải sinh thiết thận
* Người nhà không đủ khả năng chăm sóc và theo dõi bệnh

1. Điều trị cụ thể

* Điều trị đặc hiệu: lưu ý liều tối đa prednisone là 60 mg/ngày

|  |  |
| --- | --- |
| HCTH lần đầu | Phác đồ 6-6  6 tuần tấn công: prednisone 2 mg/kg/ngày  6 tuần duy trì: predinsone 1.5 mg/kg/cách ngày |
| HCTH tái phát | Prednisone 2 mg/kg/ngày (liều tấn công) đến khu đạm niệu âm tính 3 lần liên tiếp trong tối thiểu 14 ngày  4 tuần: prednisone 1.5 mg/kg/cách ngày  4 tuần: giảm liều sau đó ngưng |
| Lệ thuộc corticoid liều thấp | Prednisone 2mg/kg/ngày đến khi đạm niệu âm 3 ngày liên tiếp  6-12 tháng: giữ liều thấp từ 0.1-0.5 mg/kg/cách ngày |
| Lệ thuộc corticoid liều cao | Prednisone 2mg/kg/ngày đến khi đạm niệu âm 3 ngày liên tiếp  Phối hợp thêm thuốc thứ 2 |
| Lệ thuộc corticoid liều trung bình | Prednisone 2mg/kg/ngày đến khi đạm niệu âm 3 ngày liên tiếp  Phối hợp thêm thuốc thứ 2 nếu có biểu hiện độc tính của corticoid hay có yếu tố nguy cơ (lùn, tiểu đường, cushing nặng, đục thủy tinh thể,… hoặc tái phát trong bệnh cảnh nặng như sốc giảm thể tích, tắc mạch,…) |
| Kháng corticoid | Sinh thiết thận  Xét nghiệm gen  Cyclosporin liều 3-8 mg/kg/ngày sao cho nồng độ trong máu đạt 100-250 mg/L kết hợp prednisone liều thấp theo dõi trong 6 tháng  Nếu đạt lui bệnh trước 6 tháng à tiếp tục theo KDIGO là tới 12 tháng hoặc 24 tháng  Nếu không đạt lui bệnh trước 6 tháng à kháng cyclosporin |

* So sánh các thuốc thứ 2 trong lệ thuộc corticoid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MMF (Cellcept)  Trên LS thường dùng Cellcept 250mg | Cyclosporin A | Cyclophosphomide  Neorall 100mg/ml |
| Hiệu quả | Evident B | Evident A | Evident A |
| Giá | Nằm trong bảo hiểm y tế | Rẻ |  |
| Tác dụng phụ | Gần như không có  èDùng đầu tay | Rất nhiều  Sợ nhất là ảnh hưởng sinh sản vì những tác dụng phụ kia mình có thể theo dõi | Không gây vô sinh nhưng gây suy thận do thuốc à theo dõi chức năng thận  èDùng hàng 2 |
| Liều | 15 – 23mg/kg/12h |  | 3 – 8mg/kg/ngày |

* Điều trị biến chứng:

|  |  |
| --- | --- |
| Nhiễm trùng | Viêm mô tế bào: Ofloxacin + Vancomycin phủ gram (+-) |
| Sốc giảm thể tích | BV NĐ 1 truyền LR à vẫn có thể bị shock lại  BV NĐ 2 truyền Albumin 20% 0.5-1g/kg TTM trong 30-60p  Cả 2 đều cần theo dõi phù phổi |
| Phù nhiều cản trở hô hấp hoặc suy thận chức năng | Albumin 0,5 – 1 g/kg TTM trong 4 giờ kèm Furosemide 1mg/kg TM |
| Tăng đông | Dự phòng khi có chỉ định đã nêu  80 mg aspirin/ngày trong giai đoạn còn đạm niệu |
| Vitamin D và calci | Vit D 400 – 800 đơn vị/ngày  Calci: 250 – 500 mg/ngày |

* Điều trị hỗ trợ:
* Ăn lạt, hạn chế muối nươc
* ACEI giảm đạm niệu cho trẻ HCTH kháng corticoid
* Giảm cholesterol máu cho trẻ > 10 tuổi kháng corticoid

1. Chỉ định xuất viện
2. Viêm cầu thận cấp
3. Nguyên tắc điều trị
4. Chỉ định nhập viện

Mọi trường hợp viêm cầu thận cấp cần được nhập viện theo dõi trong ít nhất 48h đầu

1. Điều trị cụ thể

|  |  |
| --- | --- |
| Điều trị kháng sinh | Chỉ dùng khi còn viêm da hoặc viêm họng  Viêm da thường không quá phức tạp  Điều trị viêm họng theo McIsaac khi 0-1 điểm:   * Nhiệt độ > 38oC * Phì đại hạch cổ * Không ho * Amiđan xuất tiết * 3-14 tuổi / >44 tuổi thì -1 điểm   Ưu tiên penicillin à dùng Erythromycin khi dị ứng với penicillin  Theo sách giáo khoa:  1.2 triệu đơn vị benzathine penicillin ở người lớn và trẻ vị thành niên và nửa liều này ở trẻ nhỏ  Hoặc  Phenoxymethyl penicillin G 125mg uống mỗi 6h trong 7-10 ngày  Hoặc thay thế  Erythromycin 250 mg mỗi 6 giờ và 40 mg/kg ở trẻ em trong 7-10 ngày  Theo phác đồ nhi đồng 2:  Penicilline V 100000 đv/kg/ngày hoặc Erythromycine 50-75 mg/kg/ngày x 10 ngày |
| Lợi tiểu | Chỉ định: phù và THA  Đầu tay: Furosemide (lLaxis chích hoặc uống) để tăng thải qua các cầu thận còn lại  Liều sgk và UTD: Furosemide 1 mg/kg (tối đa 40 mg) TTM  Liều phác đồ NĐ 2: Furosemide 2 mg/kg/ngày uống đến khi hết phù  Phối hợp ức chế calci Nifedipine |
| Hạ áp | Chỉ định: bệnh não THA do THA nặng  Sử dung phối hợp với Furosemide  Phác đồ Nhi đồng 2: Nicardipine (Loxen) 10-20 µg/kg tim mạch trong 10 phút sau đó truyền duy trì 0,5-3 µg/kg/ph. Tác dụng bắt đầu sau 5 phút - 1 giờ (khuyến cáo không nên sử dụng Nifedipine ngậm dưới lưỡi vì hạ áp nhanh có thể đưa đến nhũn não)  UTD: [Nicardipine](https://www.uptodate.com/contents/nicardipine-pediatric-drug-information?search=poststreptococcus&topicRef=6468&source=see_link) is given as a continuous IV infusion. Bolus doses of 30 mcg/kg (up to 2 mg) of nicardipine, although not studied in children, are effective in adults and may be utilized in consultation with a pediatric nephrologist  ACE sử dụng vẫn được nhưng cần chú ý biến chứng tăng kali máu |
| Chế độ ăn | Chỉ định: mọi bệnh nhân  Cụ thể:   * Hạn chế muối, ăn lạt tuyệt đối trong 7-14 ngày đầu * Không cần hạn chế nước nếu còn tiểu được, uống theo nhu cầu. Nếu thiểu niệu hoặc vô niệu thì phải hạn chế nước theo công thức dịch nhập = nhu cầu cơ bản + nước mất không nhận biết (coi bài suy thận cấp) * Khi có suy thận: hạn chế đạm, kali * Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có THA |
| Chuyển chuyên khoa | Chỉ định:   * Quá tải dịch không/chậm đáp ứng với điều trị hỗ trợ * Tăng huyết áp kháng trị * Bằng chứng suy giảm chức năng thận nghiêm trọng (tăng Creatinin máu) |
| Lọc thận | Chỉ định:   * Quá tải dịch đe dọa tính mạng (phù phổi, suy tim và THA) * Tăng Kali máu (> 6.5 Meq/L) không đáp úng điều trị bằng thuốc * Tăng ure huyết, định nghĩa BUN từ 89-100 mg/dL |
| Sinh thiết thận | Chỉ định:   * C3 thấp kéo dài quá 8 tuần (nghĩ VCT tăng sinh màng) * Những đợt tái phát tiểu máu (nghĩ bệnh thận IgA) * Gia tăng creatinin tiến triển hoặc kéo dài * Có chỉ định lọc thận (UTD) |

1. Chỉ định xuất viện

* Hết THA
* Hết tiểu máu đại thể
* Hết suy thận
* Phù nhẹ nhưng không cao huyết áp và được dặn dò kĩ chế độ ăn uống