th

Đạm niệu hết thì cần 3-4m sau albumin mới trở về bình thường.

Quan trọng là tiền căn lần đầu điều trị ntn, có đáp ứng hay ko.

Ví dụ: 1 trẻ cđ hcth, đáp ứng liều tấn công 4w, giảm liều cách ngày còn 8v thì đam niệu + trở lại. -->tấn công lại, rồi giảm lúc còn 8v lại tái phát.

-->hcth tái phát 2 lần/6m. Thêm Endoxan (cyclosporine) trong 12w.

Lý giải: pred là ngon I, nhưng vì nó tái ở liều còn khá cao nên cần thêm ức chế md, mà endoxan xài đc 12w là tối đa. Nên sau đó thì tiếp tục pred mình ên.

Lần này trẻ đáp ứng đợt điều trị.Nhưng sau ngưng thuốc đc 2m thì bị lại.Đờ mờ.

-->lúc này cũng dập nó bằng 1 đot pred tấn công. Lúc giảm liều thì nó tái phát lúc đang xài 8v cách ngày, dộng thêm MMF liều 600mg.

Viêm phổi thuỳ mà đáp ứng nhanh (giảm triệu chứng và x quang trong 3d) thì tác nhân thường là phế cầu.

Theo anh nội trú:

Hcth lần đầu vô: 4w tấn công rồi xét:

-đáp ứng (90%): 1 lần rồi thôi (10-20%).Tp xa (30-40%).Tp th.x (40-50%).

-kháng (10%)

Nếu 1 lần: duy trì 4w, giảm liều 4w như thầy Trụ dạy.

Nếu tp xa: tc lại đến khi đạm niệu - trên 3d. Rồi dập 8w pred 1,5mg/kg cách ngày.

-------

Trình bệnh chị uyên:

Nữ 8y, phù. 5d nay phù mặt bụng tay, trắng ấn lõm không đau tăng dần. Tiểu bình thường ko sốt, tăng 6kg. Uống nước 2l/d. Ngoài ra ko có gì bất thg. 2012 bị tcm, cách 1w bị ho, đau họng dx ko rõ. Tâm vận bthg.

Khám: nặng 43kg. HA: 105/70. Tiểu 500ml vàng trong, có bọt.

Vđ: phù toàn thân:

-t/c phù hơjp? Mặt trc rồi thân, mềm, trắng, ấn lõm ko đau --> loại mấy em viêm or tắc tĩnh mạch khu trú. Ko ngứa (sợ dị ứng, phù ).

-t/c of bệnh cầu thận?Coi có tiểu máu đại-vi thể? (50% của vctc) tìm THA (là 1 tc dễ sót trong vctc).

-các nn giảit hích đc phù? S.d.d chủ yếu ơr tuổi ăn dặm, ba má ko biết cho ăn. Gan, tim...

-bất thg nước tiểu ko? Tptnt có giề.

Nếu tiếp cận theo hướng này mà bế tắc, có thể quay ngược lại tiếp cận theo hướng cơ chế:

- giảm áp keo: Ăn đủ? Hấp thu đủ? (nếu ko thì sẽ có các nhánh về bệnh ruột hấp thu, thiếu men, tiêu chảy, bệnh lý tiêu hóa gây mất đạm ở đường phân), tổng hợp đủ? Mất đi ở nguồn khác.

- tăng áp thủy tĩnh: suy tim.

XN đánh giá đạm trong phân hiện nay VN chưa có làm đc.

Bilan thận hư:

- máu: đạm, bộ mỡ, cre, bun.

- nước tiểu: đạm niệu, cre niệu.

Điện di: mong chờ alpha/G đổi.

Ngưỡng thận hư: >2mg/mg. or >200 mg/mmol.

Có HCTH rồi, đặt 3 vấn đề:

- nguyên phát hay thứ phát?

- sang thương GPB? nhằm cân nhắc prednisone đơn thuần hay phối hợp

- biến chứng bệnh nền khi ảnh hưởng điều trị

Trong nhóm nhiễm trùng do virus, mà đánh cor --> bùng phát.

Thứ phát: nhiễm trùng, hệ thống, ung thư. Để gợi ý thứ phát: tuổi dưới 1 or trên 12. Meanwhile, Sang thương tối thiểu Nguyên phát 75% bị lần đầu trước 6 tuổi, trc đi học. Ngoài ra, gợi ý thứ phát còn có: sự atypical với st tối thiểu: suy thận, tăng huyết áp, tiểu máu: đánh giá sâu hơn bằng bổ thể, sinh thiết. Không chỉ có vậy: tìm tổn thg của cơ quan thứ 2: da, khớp, huyết. Lần tiếp triệu chứng tiền căn nhiễm trùng gần đây. NT mà ko tiền căn: VGSV, HIV (sẽ gặp ở thận hư nhũ nhi: gan hạch lách to ko rõ nn.

Nguy cơ của sinh thiết là gì?

- chảy máu ko cầm đc

- nhiễm trùng

- dò động tĩnh mạch.

Tiểu máu vi thể có thể có trong 30% TH sang thg tối thiểu.

Hội chứng Alport:

- thận: vctc or hcth

- điếc dẫn truyền

- giảm thị giác

- có tính di truyền.

**dạy tại giường:**

anh Đỗ Đăng Trí: liều tấn công max của chúng ta là pred 5mg x12 viên. Thời gian tối thiểu 4w, nhưng ng ta đánh giá điều trị sau 4w thì có những đứa chưa lui bệnh (phù còn, đạm tiểu còn) nên ng ta vớt cho đc mấy đứa đó thêm 4w nữa.Nhằm làm giảm tỉ lệ trẻ bị quy vào "kháng cor" vì tiên lg vào suy thận mạn là khá cao.

Ngày trc phác đồ 4-8-6, nay 4-4-4 có thể không thay đổi tỷ lệ tái phát.

**lúc đi trực:**

Đọc phim x-quang phổi:

airway: khí phế quản

bone: xương

cardiac: tim, bóng tim, cung tim, cung động mạch

diaphram: cơ hoành, thoát vị hoành?

edge: màng phổi: tràn dịch, tràn khí? dày dính?

Field: thâm nhiễm? ứ khí?

gastric: dạ dày, bóng hơi

Hilum: rốn phổi đậm? phân bố mạch máu?

Biến chứng của các thuốc trong điều trị hội chứng thận hư:

cor: có trong sách.

cyclophosphamide: kéo dài thời gian lui bệnh, giảm khả năng tái nhập viện, giảm số lần tái phát ở trẻ hcth tái phát thg xuyên, hay trẻ lệ thuộc steroid. Tuy nhiên các biến chứng sau đây:

+ neutropenia: nên phải CTM mỗi tuần, nếu neutro giảm dưới 5k thì phải ngưng thuốc.

+ disseminated varicella: bóng nước lan tỏa.

+ hemorrhagic cystitis: viêm bàng quang xuất huyết.

+ alopecia: rụng tóc thành mảng ko dày sừng.

+ sterility: vô sinh

+ tăng nguy cơ hóa ác của u về sau.

trên ls, cyclosporin quất đc cho mọi sang thương (bệnh cầu thận màng, viêm cầu thận tăng sinh màng, xơ chai từng vùng... ). xài xong 2 năm phải sinh thiết lại xem sự thay đổi trên thận. Sinh thiết lần đầu để: có background, và tiên lượng. Điều trị 6 tháng mà đạm niệu còn: kết luận là kháng. Có đến 50% trẻ kháng cor kháng luôn cyclosporin.

cyclophosphamide xài đc cho 2 sang thương: tối thiểu, tăng sinh gian mạch.

Viêm cầu thận cấp

công thức tính độ lọc cầu thận:

GFR= hệ số K x chiều cao / creatinine (umol/l)

K dao động theo tuổi:

1 -6m: 39

7-12m: 44

13m-12y: 47

trẻ gái >12t: 44

trẻ trai >12t: 48

Túm lại lấy 45 cho dễ nhớ, sai số chẳng là bao.

C3 bình thường:

Henoch Scholein

bệnh thận IgA

C3 giảm:

Lupus

Viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu

viêm cầu thận tăng sinh màng

THA trẻ em có các nguyên nhân sau:

bệnh lý chủ mô thận

bệnh lý tim + mạch máu: hẹp eo chủ, takayasu, hẹp đm thận

bệnh lý thần kinh trung ương (tăng áp nội sọ)

bệnh lý nội tiết: u tủy thượng thận, cường giáp, hội chứng cushing

khác: thuốc co mạch, stress

Nhiễm trùng tiểu:

bé đau bụng, sâ phát hiện thận ứ nước 1 bên, độ III.

->tìm nguyên nhân tắc nghẽn hay là trào ngược.

Các vị trí tắc nghẽn:

khúc nối bể thận niệu quản

các chỗ hẹp của niệu quản

nơi cắm vào bàng quang

dưới bàng quang

Qua SÂ có thể phân biệt được:

tắc thấp: thận ứ nước 2 bên tương đương nhau (cách nhau 1 độ cũng đc)

hẹp khúc nối  bể thận: niệu quản bth or teo nhỏ

dãn toàn bộ niệu quản -> hẹp đoạn cắm or hep khúc nối

thận ứ 1 bên + dãn toàn bộ niệu quản cùng bên: có thể hẹp chỗ cắm, or trào ngược độ 3 trở lên => chụp UCR (chụp niệu đạo, bàng quang ngược dòng)

Thận ứ 2 bên + dãn toàn bộ niệu quản 2 bên: van niệu đạo sau (ở trẻ nam, tiểu rỉ), bàng quang thần kinh (trào ngược thứ phát) => chụp UCR

=>vậy UCR để chẩn đoán phân biệt giữa trào ngược và tắc nghẽn. Chụp sau khi ổn NTT 3w.

UIV: đánh giá chức năng từng thận, tuy nhiên giờ ít sử dụng do:

ảnh hưởng của thuốc cản quang

ăn tia

có DTPA thay thế

Điều kiện chụp UIV: kiểm tra CN thận trước chụp, tầm soát ko có NTT vì sợ nhiễm trùng ngược dòng (TPTNT sạch và cấy nước tiểu âm tính).

Thể tích bàng quang = (tuổi + 2) x 30 ml

Thế giới chụp DMSA trước rồi mới làm UCR để tránh cho đứa trẻ ăn tia. Ở đây:

UCR trước, rồi tùy kết quả mà làm DMSA ko.

Thì HCTH kháng cor. Chị hỏi típ lúc nhận bệnh em quan tâm đến gì?--> có sinh thiết ko. Rồi gì nữa?--> tìm nguyên nhân thứ phát. -Rồi gì nữa?-->tiên lương. -gì nữa? -->theo dõi. Nếu nghĩ thứ phát thì em làm gì bi giờ? -->khám kĩ, làm CLS tìm VGB, Sốt rét. EM nghĩ bệnh cảnh của bệnh nhân này là gì, em chỉ cần đoán thôi, vì đâu có gì chắc chắn (ý là em đoán thử đi)?--> nghi ngờ nhiều vẫn là nguyên phát (vì ko có bằng chứng gì của thứ phát), nhưng ko phải sang thương tối thiểu, mà em nghĩ bệnh cầu thận màng (phăng đại, ko bít đúng sai). Chị ko nói đúng sai, chỉ phán: Bệnh cảnh đứa này LS hay gặp \_ \_"

[7 Tháng 1 2013 lúc 4:34](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/permalink/522468594453633/?comment_id=522530641114095&comment_tracking=%7B%22tn%22%3A%22R0%22%7D) · [Thích](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/search/?query=nhiem) · [1](https://www.facebook.com/browse/likes?id=522530641114095)

[Nguyen Thanh Nam](https://www.facebook.com/thanhnam0302?fref=ufi)

[**Nguyen Thanh Nam**](https://www.facebook.com/thanhnam0302?fref=ufi) Bệnh cảnh của nó là tiểu đạm nhiều, tiểu máu đại thể, cao huyết áp, 2 lần đều như vậy. Lần này là lần 2, tái khám sau 4 tuần tấn công --> kháng cor

[7 Tháng 1 2013 lúc 4:35](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/permalink/522468594453633/?comment_id=522530917780734&comment_tracking=%7B%22tn%22%3A%22R%22%7D) · [Thích](https://www.facebook.com/groups/470749612958865/search/?query=nhiem)

Đề thi cuối trại thận tuần 3 nhóm 2:  
Bé trai, 4 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân 1 tuần nay + sốt, đau bụng ngày 1.  
Em đã đc chẩn đoán HCTH vào tháng 4/2015, điều trị theo phác đồ, em lui bệnh sau 8 tuần corticoid. Đến T7/2015, em phù trở lại khi đang uống prednisone cách ngày.Sau điều trị em vẫn lui bệnh và hiện tại đang uống 5 viên prednisone cách ngày.  
Khám: sốt 38,5 độ.   
Phù toàn thân, mềm, trắng, ấn lõm, không đau.   
Đau bụng quanh rốn + tiêu phân lỏng có nhầy 2 lần/ngày.  
Ấn bụng đau khắp bụng, không đề kháng.  
Bụng báng to.  
Xét nghiệm tại phòng khám:  
CTM: BC 21400. Neu 80%.  
TPTNT: protein (+++). HC (-).  
Cân nặng không phù 18kg, hiện tại 20kg.  
1. Các nguyên nhân gây đau bụng? (2đ)– Bowel ischemia Bowel ischemia – Primary peritonitis Primary peritonitis – Urinary tract Urinary tract infection infection – Acute surgical Acute surgical emergency emergency – Acute pancreatitis pancreatitis – Peptic ulcers/PPU Peptic ulcers/PPU – Pneumonia Pneumonia – gastroenteritis

Neu sai corticoid coi chung viem loet da day,dau do bung bang nhieu qua,vpmnknp,vpmnktp,  
2. Nêu chẩn đoán và đề nghị XN cần làm thêm. (4đ)  
3. Trình bày kế hoạch điều trị HCTH bé này. (4đ)  
Đề mở, trao đổi thoải mái, thời gian vô tư, vậy mà làm bài vẫn trật lất @@

Đề thi cuối trại Thận nhóm 6 - tuần 6

Bệnh nhi nam, 10 tuổi, đến khám vì phù + mệt.  
Bệnh sử: 2 ngày: phù toàn thân, tiểu ít; sáng ngày nhập viện có ói, đau bụng, mệt, chóng mặt -> nhập viện.  
Tiền căn: Hội chứng thận hư được chẩn đoán cách đây 1 năm, điều trị Prednisone 12v/ngày; em lui bệnh, có tái phát một lần khi đang điều trị 10v cách ngày, tấn công lại thì lui bệnh, nhưng tái phát lần hai vào tháng 8/2015 và hiện tại đang uống prednisone 5v cách ngày được 1 tháng.  
Khám:   
Em tỉnh, đừ, mạch 120 lần/phút, rõ vừa.  
Huyết áp: 100/80 mmHg, phù toàn thân.   
Trước phù: 40kg, sau phù: 45kg.  
Nhiệt độ: 36.5 độ.  
Không sốt, phế âm hai đáy phổi giảm.  
Bụng báng to.

Chẩn đoán lâm sàng lúc nhập viện.  
2. Xử trí lúc nhập viện.  
3. TPTNT: pro: (++++)   
Albumin máu: 0.86g/dL  
Ion đồ bình thường.  
Chức năng thận bình thường.  
Nêu kế hoạch điều trị tiếp tục hội chứng thận hư trên bệnh nhi này.

Đề THẬN- nhóm 1- đợt 1 (tuần 5):  
Bé nữ, 13t, nv vì phù 2 mi mắt  
3thag nay mệt, ăn uống kém  
3 ngày nay phù 2 mi mắt  
không ghi nhận bất thường khác  
1) Hỏi gì thêm bệnh sử và tiền căn để chẩn đoán  
2) Khám gì trên bn này  
3)TPTNT: blood: +++  
ery: +++  
a) Chẩn đoán có thể trên bé này  
b) Đề nghị thêm CLS gì?

Thi cuối trại thận nhóm 4, đợt 1]  
Bệnh nhi nam, 1 tháng 7 ngày tuổi, nhập viện vì sốt bệnh 1 ngày.  
Bệnh sử: Ngày 1, bé sốt 39o 2 lần, ho ít, ọc sữa, bú ít, khám bv NĐ 1.  
@ Câu 1: Là BS tại phòng khám em cần làm gì?  
@ Câu 2: BN dc XN máu có kết quả: BC: 18.000, NEUT: 80%, CRP: 67.5, Hct: 29,6%, Tiểu cầu: 468.000. Em sẽ làm gì tiếp theo?  
@ Câu 3: TPTNT: Leu +++, Nitrit +  
a. Cho y lệnh điều trị?  
b. Cần làm thêm xét nghiệm gì không?

Đề Thận tuần 2:  
BN nữ 12t nhập viện vì phù 3 ngày: phù mặt rồi lan xuống tay, chân. không tiền căn bệnh lý bản thân và gia đình. khám: phù mền trắng,ấn lõm không đau HA 140/90mmhg, NT 20l/ph, không sốt. Khám PK có TPTNT đạm 2+, HC 2+.  
1. chẩn đoán và biện luận  
2. các xét nghiệm cần làm

Dam nieu 24 h hoac dam nieu va creatinin nieu cung thoi diem

Creatinine,ion do,albumin máu,dam máu,cholesterol,c3,c4,ANA,CTM

Sau do tuy ket qua tra ve ma lam tiep cac can lam sang khac neu ket qua dam 24h duoi nguong than hu ma tren muc binh thuong, c3 giam,c4 bt thi chan doan nghi den la viem cau than hau nhiem lien cau trung,con neu dam nieu dat nguong than hu,thi nghi den hoi chung than hu,nen tim nguyen nhan thu phat truoc,dat biet la lupus o be nu 12 tuoi,c3 va c4 giảm,(xn nhu anti DsDNA va phoi hop lam sang 4/17 tieu chuản),anti hcv,hbsag.neu khong tim thay dau hieu thu phat thi nghi nguyen phat,nen can nhac sinh thiet than neu chuc nang than bat thuong vi hoi chung than hu khong thuan tuy,va be 12 tuoi,nen kha nang sang thuong toi thieu khong con cao  
3. xử trí hiện tại.

Ha áp:bé có huyet áp tren bach phan vi 9

Lasix 0,02g (2mg/kg/ngày)

(TMC)

Do lai HA moi 30p

Com lac,nghi nghoi,tranh van dong manh

Csc3

Đề Thận - Tuần 1 - Nhóm 4  
BN nam 15t, NV vì phù. Bệnh N3.  
Ngày đầu tiên, BN phù 2 mi mắt sau đó phù 2 chân, tiểu vàng bình thường ->NV  
Khám lúc NV:  
HA 140/90 mmHg, phù trắng mềm ấn lõm không đau. Còn lại không có gì bất thường.  
Tiền căn: ko ghi nhận bệnh gì trước đây, gia đình không bệnh thận.  
1.Các chẩn đoán nghĩ đến. Biện luận  
2.Đề nghị CLS  
3.Xử trí lúc NV

Benh nhan nam 4 thang tuoi,binh thuan nhap vien vi sot,quay 4 ngay nay,em sot cao,oc sua sau bu,2 ngay nay em tieu rat it,nhap binh thuan 2 ngay,dieu tri voi

Bc 20k,neu 87%

Crp=110mg/dl

Cremau 195mcg/l

K+ 5.8

Than (T) u nuoc do 2

Than (P) u nuoc do 3

Dan nieu quan 22 ben den mat sau bang quang

Em khong duoc xu tri gi,chuyen vien

1.chan dôan lam sang

2.kham lam sang quan tam den dau hieu gi

3.xu tri luc nhap vien

Nhóm 1 - Tuần 4 - Thận  
THLS: BN nam 3 tuổi nhập viện vì phù, đau bụng quanh rốn, sốt 38 - 39 độ, tiêu chảy 2 lần, phân đàm nhày nhớt.  
Khám: báng bụng, ấn đau khắp bụng, sốt cao  
TC: được chẩn đoán hội chứng thận hư và đc điều trị ở BV NĐ 1 đáp ứng vs corticoids, tái phát 1 lần vào tháng 7 khi đang dùng 4 viên prednison cách ngày. Lần này đang điều trị với 3 viên prednison cách ngày.  
CLS BC > 20k, neutro chiêm ưu thế, TPTNT protein +++  
1.CHẩn đoán, chẩn đoán phân biệt  
2.Đề nghị CLS  
3. Nêu kế hoạch điều trị thận hư cho bé

Trại Thận - nhóm 4 - tuần 1:  
1.Tiếp cận bệnh nhi nam 5 tuổi tiểu đỏ?  
2.Định nghĩa hội chứng viêm cầu thận cấp?nêu cách chẩn đoán 1 ca viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng?

Bottom of Form

Kiểm tra cuối trại THẬN - Nhóm 2 - tuần 3:  
Một bé gái 18 tháng tuổi đến khám vì sốt cao 39 độ liên tục 2 ngày nay. Bà mẹ rất lo lắng vì bé mệt, đừ, không ăn, quấy khóc khi đi tiểu. Bé được cho nhập viện, các xét nghiệm ban đầu tại phòng khám:  
CTM: BC 18.6 K/uL, NEUT 89%  
TPTNT: Leu +++, Blood +, Nitrite +  
1. Chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất?Giải thích?

Viem dai be than cap N2 theo doi nhiem trung huyet

Benh nhi 28 thang co hoi chung nhiem trung ro voi sot cao 39oC kem theo bach cau tang cao,neutro uu the,kem theo dau hieu goi y di tieu dau,tptnt co bach cau va nitrite,tieu mau it->nghi benh nhan nay có nhiem trung tieu tren hay viem dai be than cap,lam sang khong the loai tru nhiem trung huyet tren be này  
2. Yếu tố quan trọng trong tiền căn cần quan tâm là gì?

-đay la lan dau be bi nhu vay

-tu nho toi h co duoc chan doan bat thuong hay di dang duong nieu khong  
3.Đề nghị thêm các xét nghiệm gì?

CRP,sieu am bung tong quat,UCR sau khi dieu tri on tinh trang nhiem trung tieu

Cay nuoc tieu,cay mau  
4. Khi thăm khám bé này điều gì là quan trọng nhất?

Phai tim cac dau hieu chi diem cac o nhiem trung khac

Nhu viem tai,viem mo te bao,áp xe,họng,nhot da,dau co guong,kham thop

Đau bung,tieu chay,khám phoi co ran,co tho nhanh,tho co lom gi khong

Kham lo tieu ngoai co bat thong gi khong

Có the be sot ret,sot xuat huyet khong?  
5. Điều trị

Ceftriaxone 1g/1lo(100mg/kg.ngay)

(TMC)

Gentamycin 3mg/kg/ngay chia lam 2 lan tb

THLS

Benh nhi nam 1 thang 7 ngay tuoi nhap vien vi sot 39 ngay 1

Bưnh su n1:sot 39 hai lan,bu it,ho,oc sua den kham phong kham tu

KhAM KHONG phat hien bet thuong

Cau hoi:la bs phong kham,can lam gi

2.ctm bach cau 18.5k,neu 80.hct 29.2 plt 486 crp 85.7

Can lam gi

3.tptnt bc 3+,nitrite(+)

a.xu tri

b co lam gi them

cau 1:phan loai IMCI tre duoi 2 thNG

LAU MAT,HA SOT

Theo doi sinh hieu,spo2,nuoc tieu vv

Kham lam sang thuong xuyen tim o nhiem trung mui,tai..

De nghi cls:ctm,crp,cre,tptnt,glucóe,xq,ion do..

b.co nhiem trung,nghi nhiem trung huyet

cay mau,tptnt,choc dnt,cay nuoc tieu,x quang phoi

c.nghi nhiem trung tieu tren tu nhiem trung huyet->phat do 3 thuoc,lieu,duong dung y trong sach

kham lam sang theo doi,sh,nuoc tieu thuong xuyen

.ntt o tre nho ->sieu am bung,ucr,dmsa

.can lam sang theo doi:ctm,crp ,tptnt,choc do dnt…

Cau hoi them

Hoi chung than hu sao bach cau tang

Mình bốc trúng 1 ca Shock giảm thể tích do HCTH, và bé có 1 cái triệu chứng là đau bụng âm ỉ quanh rốn hơn 10 ngày nay.   
Ở ca này chị Uyên chỉ toàn hỏi về shock. Hình như đối với chị không có khái niệm shock mất bù hay còn bù, chỉ có Hội chứng shock mà thôi. Đối với chị chừng nào giảm huyết áp, huyết áp kẹp mới là shock, mang bài a Nguyên vô áp dụng không được đâu. Rồi chị còn hỏi bù dịch

Bệnh của minh VCT hậu nhiễm ko tiểu máu, ko cao huyết áp, nước tiểu vàng trong, thêm cái gan 4cm ấn đau. Các chuyên gia Cấp cứu, Nhiễm khám ko thấy phù ( mặc dù mẹ bn nói có phù), chẩn đoán SXH, truyền dịch xong phù phổi (minh doc dc x quang hình chỗ này, khá dễ, hình cánh bướm).

Bé Thạch hùng nv để sinh thiết vì HCTH kháng cort. Chị hỏi kế hoạch điều trị.    
1/ sinh thiết, biến chứng sinh thiết, theo dõi gì-> nước tiểu chảy máu đại thể   
2/ sinh thiết nghĩ sang thương gì có thể có   
3 ngoài sinh thiết kế hoạch gì khác-> dùng thuốc t2 cyclosporin, tác dụng phụ gây suy thận do tổn thương ống thận   
Biến chứng shock giảm thể tich thì truyên LR châm, lactate trong LR có y nghia gi.    
   
Khám dấu tkđv ntn tiếp cận bệnh nhân sốt thế nào, ở phòng khám thì khám j.

Điều trị bệnh nhân này sao, theo dõi hàng ngày cái j, hướng điều trị tiếp theo là gì? bao nhiêu ngày cho về...   
Nói chung trong bệnh án có triệu chứng j thì có thể chị sẽ hỏi tiếp cận triệu chứng đó.

[Thận] hôm nay chỉ thi chị Uyên (bàn 8) 5 bạn có 3 NNT với 2 HCTH 1 tái phát, 1 lần đầu.    
Mình thi HCTH tái phát lần 2, lệ thuộc cor (giảm liều là tái phát), có viêm phổi, tiêu chảy, đau bụng. Chị hỏi nghĩ b/c gì, khám phải tìm những triệu chứng gì (lưu ý là khám thôi nha), cách khám tưng cái trog dấu mất nước, trên HCTH đánh giá mất nước sao, làm sao biết có VP ko, khám VPMNKNP là khám có cái gì, đề nghị CLS, đọc XQ (VP 2 bên), lúc NV xử trí sao, hiện tại xử trí sao, mình có xài thêm cyclophosphamide thì c ko đồng ý, c hỏi tdp của nó, đang NT nặng ko được xài thêm nó, điều trị NT đã, mà nói liều 2,5mg/kg/N c cũng ko đồng ý (?), còn xài trong bao lâu thì mình nói sai rồi. 

Các ban lưu ý mấy cái bệnh HCTH kháng cort, tái phát hay lệ thuộc, khai thác thật kỹ, chẩn đoán lúc nào , vì sao, điều trị như thế nào, tại sao kháng, tại sao tái phát, tái phát liều bao nhiêu, điều trị liều trước đó được bao lâu thì tái phát, hỏi kỹ thật kỹ vào 

shock giảm thể tích mất bù/HCTH. chị hỏi, phân biệt cái gì nữa, cái gì mà bù dịch phải cẩn thận

chích ngừa đứa này 6 tuổi em chích ngừa cái gì, khi nào. suy nghĩ: nó già vậy rồi chích cái gì trời!!!

Thi với chị các bạn nhớ thật lễ phép nghen, phải đứng lên chào lúc chị vô, nói gì cũng dạ thưa nghen! Quan trọng lắm nha, đừng bất cẩn.   
4 bạn trước ai chị cũng hỏi biện luận phù kiểu chị dạy nha   
Chị có 1 list câu hỏi là vấn đề bn là gì, chẩn đoán, hướng điều trị của em cụ thể hiện tại và tương lai, tiên lượng như thế nào, phòng ngừa

Sinh thiếtthận trước khi làm cần chuẩn bị gì (tư vấn, khám ls, cls TS TC TQ TCK, siêu âm bụng), tại sao đã có thời gian gian máu chảy mà lại phải cần TQ TCK chi, siêu âm bụng mục đích làm gì. Cas này em nghĩ sang thương gì, tại sao. Bây giờ bn có cđ sinh thiết vậy sau sinh thiết em làm gì.Cyclophosphamide cyclosporin td gì.XCCTKTTV ở tuổi này chiếm nhiêu %.Nếu em sinh thiết ra xcctkttv thì điều trị sao.Cyclosporin điều trị tiên đoán đáp ứng trên xcctkttv là bao nhiêu %.Phòng ngừa nhiễm trùng trên bn hcth có những cách gì, ai chị cũng hỏi câu này.

Anh Tín:   
Trại tim đa số thi bệnh phòng cấp cứu, bé mình thở oxy, vật vả kích thích, chị K chấm phần hỏi bệnh khám, phải cho bé 1 liều thuốc, sau tiêm bế nằm yên mới khám được ( hồ sơ thi chị đã khám và cho thuốc hết rồi, ráng khám tim cho đúng). Chị chấm kĩ, nhìn chị đánh dấu vào barem mà xót.   
Vấn đáp với a: Như các bạn trước, bạn nào tồng hợp lại thì gần như đó là tất cả những gì anh hỏi. Chỉ chú ý là:   
- Luôn biện luận nguyên nhân trước, biến chứng sau=> có lửa thì mới có khói, có khói không thì biêt là do lửa hay do cái gì???   
- Đọc x quang là phần a coi trọng nhất, bệnh nhân mình có 3 phim, a bắt đọc 2 cái. Nhất dương chỉ chỉ cho đúng, a nói: " E chỉ đúng t cho đậu, chỉ trật t cho rớt". Đọc phim nhớ so sánh trên dưới, 2 bên, nhìn rìa rìa ngoại biên trước, chú ý vòm hoành, góc tâm hoành, bờ tim, ranh giới giữa phổi và trung thất, không dc chỉ vô rốn phổi, chỗ xương sườn trước cắt xương sườn sau, mô tả sang thương như a đã dạy.   
- Chỉ định thở oxy gồm 8 cái, chỉ khác là bú không nổi, và thở rên ở trẻ nhỏ. Mình đã đọc như thế và a không phản đối gì.   
- Về mức độ viêm tiểu phế quản, hôm dạy a nói viêm tiểu phế quản nặng là suy hô hấp độ 2 , suy hô hấp độ 2 là có chỉ định thỏ oxy. Lúc thi mình nói y chang, a nói xàm xàm, " e nói 1 từ suy hô hấp độ 2 nữa là t cho e rớt, cấm e nói từ đó nữa".   
- Đầu cao 30 độ: mục đích chống trào ngược vì bệnh tim dễ trào ngược, trong suy tim thì mục đích là giảm ứ máu phổi cao bao nhiêu cũng được miễn dễ chịu tối thiểu là 30 độ, còn trong hô hấp thì mục đích gì???? lúc học bên trại hô hấp thầy dạy ở trẻ e tư thế trung gian là đường thở thẳng nhất, còn a thì người lớn trẻ em như nhau. Giải thích là cao cả thân và đầu, nhưng bé phải bao nhiêu tháng thì cơ dựng sống mới giữ được, nên với trẻ nhỏ thì phải có gối kiểu gối chống trào ngược.   
Chúc các bạn nhóm sau thi tốt!!!

Lương Ngọc Anh   
9 Tháng 1 lúc 9:39   
Minh thi anh Tin.    
Cau hoi thi cung giong voi may ban da neu truoc day, nhung tra loi phai dung y anh, anh moi chiu. Co ban la se bi la 'xam xam' toan tap luon. May ban nhom sau chu y:    
1. Phan kham nho do chieu dai, vong dau luon => Minh thay chi Kieu rat coi trong cai nay. nho noi them phan di ung nua   
2. Dung bao gio noi be ho hay oe ra dam xanh, dam trang => anh ko chiu   
3. May ban nho nghe may bai ghi am va bai trinh benh an voi anh de luc bien luan dung theo y cua anh => neu ko anh se noi " em chua hoc tui bua nao phai khong, neu hoc voi tui thi se nho ngay tai buoi hoc luon chu nhin cach em bien luan la biet cai dau em lon xon"    
4. Tai sao chuan doan viem phoi=> dua vao BS, TC, LS, X-Q   
tai sao chuan doan muc do nang=> khang tri tuyen truoc hay cai gi khac, dung bao gio noi co lom nguc nang hon/ TBS vi anh se phan mot cau => 'em co song chung nha voi no ko ma biet no co lom nguc nang hon' => tot nhat la dung noi do hoi me be, anh ko chiu dau. Lo di tim ly do khac, neu ko anh se hoi sang cau khac ngay.   
5. Viem phoi hit => thuong co hinh anh viem o ron phoi, minh bi nham cai nay, troi xuoi dat khien di noi viem hai day phoi the la lai 'xam xam'. Nhung ma kho noi tren cai phim X-Quang cua minh nhin ko co ra, chi thay co 2 dam mo o day phoi, chi anh thi anh ko chiu anh noi minh chi vao xuong suon => thiet chiu thua luon!=> tien luong cuc ky de dat!   
6. nam dau cao 30 do trong dieu tri viem phoi => nham muc dich chong trao nguoc da day- thuc quan chu ko phai la de thong duong tho (tu the thong duong tho la ngua dau nang cam) vi be bi TBS rat de trao nguoc.   
7. Nguyen nhan be TBS de trao nguoc la:   
- co dia sanh non, nhe can luc sanh=> than kinh chua hoan thien de dieu khien co that tam vi duoi co tot=> de trao nguoc   
- tang ap luc o bung: ho, tao bon, gan to (suy tim), co hoanh ha xuong thap (co lom nguc)   
- khac: goc His khong nhon   
8. Chi dinh tho O2 tren benh nhan cac ban trinh, ban phai can nhac ki nhe, dung thay tren khoa cho tho O2 la trong phan dieu tri ban cho tho O2=> phai can cu vao 7 chi dinh tho O2 (WHO), neu be co thi moi cho.   
9. Phan dieu tri khang sinh viem phoi phai noi ro dung Cepha III la nham toi con nao luon, roi ngoai Cepha III con dung loai nao khac dung de dieu tri viem phoi va nhung loai do nham toi con vi trung nao luon. Chu y phe cau la Gr (+) thi dung Cepha III co phu hop ko? => cai nay minh nho phe cau khang cepha III nhieu roi nen dung vancomycin, minh tinh tra loi nhu vay nhung ma luc do anh cu quay vao van de Cepha III tac dung chu yeu len Gr (-), the la minh lai lan can chang le dung cepha IV cefepim luon, dang luong lu the la anh phan minh 1 cau "tui biet may em chang biet loai nao khac ngoai cepha III het, noi ra la cepha III"=> the la minh cam nin luon.   
10. anh ko hoi phan dieu tri benh tim nen may ban khoi lo.   
Cung may minh boc tinh huong cung kha de chiu:   
1. Viem phoi nang, nghi do tu cau => CLS: XQ, CTM, CRP, Vs, Cay mu, SA bung( vi minh thay gan to, nhung ko nghi co NTH nen minh ko noi cay mau)=> dieu tri: oxacillin   
2. Kawasaki N7, phan biet voi sot tinh hong nhiet => CLS: SA Tim, CTM, CRP, VS, con 2 cai CLS nua theo bai giang cua anh Tin nhung minh quen mat roi.   
-Con 2 ban thi chung voi minh nua, co gi 2 ban ay se bo sung them.   
Noi chung, co ban moi dot di cung phai co may ban boc phai anh nen neu minh ko trung anh thi cung co ban khac bi thoi, nen neu may ban thay minh thuoc dang co so thi nen bo ra 2-3 ngay de on ve tim mach. Sau cung, chuc cac ban dot sau thi tot hon!   
P/S: do dung may tinh cua ba minh o que nen ko go co dau duoc, may ban co gang doc nhe!

thi c Uyen,c cho doc toi phan kham, roi dvd, bien luan Phù theo bua trinh benh c chi. Cas nay e nghi gì đầu tiên, phai noi la HCTH vi ko co tieu mau, THA,suy than. Roi e lam gi de chuan doan, cas minh co c4 giam nen ko phan biet dc Lupus. Làm gì de loai Lupus de yen tam dieu tri VCTC

Hoi them PCR viet tat cua gi: polymer chain reaction   
   
Thallass tại trai Than

- Câu hỏi lý thuyết, câu hỏi cơ bản, học tủ là dc: Định nghĩa hội chứng cầuthận cấp? Định nghĩa tiêu chảy cấp ko mất nước? Định nghĩa suy thậncấp?Tính GFR làm sao?HCTH tái phát thường xuyên là sao, kháng corti là sao, có những biến chứng gì? Viêm cầu thận cấp có biến chứng gì?... Nói chung là học thuộc lòng.   
- Câu hỏi động não, vận dụng kiến thức lâm sàng hoặc dc nói qua trên lâm sàng: Cơ chế suy thận HCTH với VCTC khác nhau chỗ nào? Ở BN này, em nghĩ biến chứng nhiễm trùng của HCTH ko phải VPMNKNP, ruột thừa vỡ thì là ở chỗ nào? Ở Bn này, ko có suy thận thì nguyên nhân tăng Kali nghĩ đến do đâu? Có kháng sinh đồ rồi lựa chọn kháng sinh gì trên BN này? Trên BN này điều trị HCTH tái phát thường xuyên làm sao (ý là điều trị như trong sách HDLS Y4-Y6 hay là phối hợp ức chế miễn dịch, tại sao v.v...)?... Cái này chắc hên xui, tùy duyên được gặp được dạy được hỏi thi :))

 thi trung ntt nhung nhap vien vi sot va tieu chay   
thay hoi chup bang wan nieu wan nguoc dong la chup lam sao, khi nao minh chup   
tptnt co bach cau 3+ noi len dieu gi thay noi do chi la tinh trang viem thoi   
xn wan trong cd ntt la gi   
cay nuoc tieu duong tinh may phan tram moc   
neu ko cay ra ecoli ma con khac e nghi gi=> nghi la di dang duong tieu   
be nay e cay ko moc thi e co dieu tri lien khong ?co vi crp cao   
thay hoi khang sinh e dung la gi sao ket hop voi genta   
ngoai genta e co the ket hop voi thuoc nao 

chị uyên]bệnh án mình thi là một bé nam 9 tháng tuổi, nhập viện vì sốt N2, đừ, ăn kém, ọc ói, có tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu máu có cục máu đông, tiểu đục. Bé này có tiền sử hai lần được chẩn đoán nhiễm trùng tiểu trên, trào ngược bàng quang niệu quản ngược dòng, thận ứ nước.   
Chị hỏi là em dựa vào cái gì để nghi bé có sẹo thận, em sẽ làm gì để chứng minh có sẹo thận. [trả lời là bé có nhiễm trùng tiểu trên tái phát nhiều lần, hiện tăng trưởng thể chất đang chững lại nên nghi ngờ, đề nghị làm xạ hình DMSA].    
Chị hỏi khi nào em sẽ làm xét nghiệm này [trả lời đợi bé hết sốt hai tuần sẽ làm, nhưng cần đối chiếu lại kết quả sau 6 tháng vì có thể lẫn lộn với hình ảnh tổn thương của viêm đài bể thận, lúc đó mới chắc chắn là có sẹo. một số hình ảnh nghi sẹo như gây co rút, làm biến dạng cấu trúcthận, thay đổi chức năng thận cũng gợi ý.].   
Chị hỏi là với bệnh cảnh NTT trên như vậy, em còn chẩn đoán gì khác không? [trả lời là không loại trừ nhiễm trùng tiểu trên thứ phát sau nhiễm trùng huyết].    
Chị hỏi theo em bé này điều trị ban đầu như thế nào? [mình trả lời là bé này bị nhiễm trùng tiểu trên nên phải dùng hai loại kháng sinh chích, cơ địa có dị tật hệ niệu, có nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần, kết quả ban đầu bc tăng rất cao nên phải chọn kháng sinh mạnh phủ đầu.].   
Chị hỏi chọn cụ thể loại gì?[Trả lời là dùng luôn meropenem kết hợp gentamycin]. Chị lúc đó nói ca này ban đầu chị đáng Cef III cộng với genta hai ngày không bớt, sau đó chuyển qua tienam+ genta.   
Chị hỏi theo em bé này nằm viện 2 tuần rồi, theo em nó có đáp ứng điều trị không? Chứng minh đáp ứng điều trị. [mình lo nhăm nhăm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh nên không chú ý diễn tiến, cls theo dõi nên lúc đầu hơi ú ớ, chỉ nói với chị là bé chưa ổn vì thấy còn sốt, tuy nhiên không loại trừ do nhiễm trùng khác, cần kiểm tra lại các xét nghiệm bilan nhiễm trùng].    
Chị hỏi tiếp là em làm những xét nghiệm gì [trả lời là ctm, crp, tptnt, lấy nước tiểu cấy lại, cấy máu lại, nếu ĐƯỢC cho cdts. Mình hớ chữ nếu được thì chọc dò tủy sống thế là chị bắt ngay].    
Chị hỏi tiếp là không có nếu được, theo em là có cần chọc dò tủy sống không, vì sao? [cái này thì không trả lời được].    
Chị cho tiếp kết quả bilan nhiễm trùng còn xấu nhiều, BC còn cao, CRP còn tăng, vậy em sẽ có kế hoạch làm gì tiếp? [Mình trả lời là kiểm tra xem bé có biến chứng gì đi kèm hay không, ví dụ như nhiễm trùng huyết, viêm màng não, hay có suy giảm miễn dịch hay không].    
Chị lôi tiếp kết quả DNT BC 15 con, neutro ưu thế, đạm, đường, lactate bình thường rồi hỏi kết quả dnt có nghĩ VMN không? [mình trả lời BC >10 là bất thường nhưng trên không nhiều nên cũng không nói được bình thường hay bất thường].    
Chị dí tiếp vậy theo em trong 4 cái tế bào, đường đạm, lactate, cái nào có độ nhay cao nhất để phát hiện có VMN [cái này thì chịu]

GHI CHÉP LÂM SÀNG THẬN

Học thầy trụ

CẤy nước tiểu: 2-3 ngày mới có; nhiều khi lâm sàng giống NTT nhưng cấy âm

NTT trên dùng kháng sinh 10-14 ngày, đường chích; dưới dùng 7-10 ngày, đường uống

Nguyên nhân NTT: thường nhất là dị dạng đường tiểu và trào ngược

Tiếp cận HCTH: phù do thận  HTCT  loại thứ phát  sang thương tối thiểu không

HCTH tái phát thường xuyên: sinh thiết chỉ để lấy mốc trước khi dùng các thuốc độc thận như cyclosporin (vẫn đáp ứng cor thì nhiều khả năng vẫn là sang thương tối thiểu), sau khi điều trị 1-2 năm sẽ sinh thiết lại

MMF tỉ lệ tái phát cao hơn cyclosporin trong điều trị HCTH tái phát thường xuyên, lệ thuộc cor  trong cả HCTH TPTX và lệ thuộc cor, kháng cor đều ưu tiên cyclosporin và tacrolimus hơn các thuốc khác. ở Mỹ xài rituximab, nhưng rất mắc, VN ko có

Kháng – sinh thiết ra MCNS hoặc tái phát thường xuyên: cyclo + pred

Kháng cor 50% diễn tiến tới suy thận mạn; tái phát thường xuyên 5% kháng muộn. kháng cor điều trị cyclosporin chỉ có 50% đáp ứng; số còn lại 50% tới suy thận mạn

Sau điều trị tấn công, pé chỉ đáp ứng 1 phần: hết phù, còn tiểu đạm. có thể tấn công tiếp tới khi hết tiểu đạm luôn hoặc đổi qua cách ngày và theo dõi sát

Sau khi điều trị HCTH, đầu tiên sẽ có urinary remission: đạm niệu giảm, albumin máu và choles chưa về bình thường. sau đó sẽ có complete remission là bình thường hết. Vậy một pé còn tiểu đạm mà đạm máu lại bình thường thì coi chừng XN sai hoặc cần điện di

Thoát vị tủy màng tủy: gây BQ thần kinh: đặt sonde sạch, ngắt quãng 2 lần/ngày

Ở vn thường chụp UCR ngay khi hết điều trị kháng sinh chứ ko chờ 3 tuần (thường 2 tuần chụp)

UCR ăn tia nhiều hơn xạ hình.

Viêm  cầu thận tiến triển nhanh: tăng creatinine

Một bn có tiểu máu, tiểu đạm, THA, cần coi xét nghiệm nghiêng qua HCTH hay VCTC

Đi buồng

C3 giảm là < 90 mg/dl; C4 < 10mg/dl.

Ure tăng > 6mmol/L; cre tăng > 106 umol/L

Siêu âm có hồi âm là có dịch đục

Henoch sợ biến chứng thận: theo dõi tiểu đạm, cre, huyết áp. Henoch ko có biến chứng thận liền, 97% biến chứng xuất hiện vào 6 tháng đầu, 3% vào 6 thang sau nên tùy Bv sẽ làm TPTNT mỗi tháng trong 6 tháng đầu. có hồng cầu thì ko sao, có đạm thì nhập viện. sang thương là sẩn hổng ban

Một pé NTT trên được chích ceftrione ko đáp ứng  tienam thì bị nổi mày đay, chuyển meropenem nổi nhiều hơn nữa  cuối cùng chọn chloramphenicol theo kháng sinh đồ

Chị Uyên giải đáp thắc mắc

Genta 5mg/kg

VCT tiến triển nhanh thì liềm tb viêm ban đầu gây suy thận cấp, nếu ko can thiệp sẽ trở thành liềm xơ gây suy thận mạn. vậy phải can thiệp sớm trước 2 tuần để có tiên lượng tốt hơn. Cách nhận diện: suy thận > 1 tuần kể từ lúc bắt đầu. một bé lúc nhập viện có creatinine tăng cần phải theo dõi lại sau 24-48h, đồng thời với số lượng nước tiểu, nếu diễn tiến xấu nhanh cần nghĩ tới sinh thiết thận. tiêu chuẩn: 50% cầu thận có sang thương liềm. nhưng nếu chỉ 30% mà lâm sàng rất phù hợp VCT tiến triển nhanh thì vẫn điều trị: methyprednisolone + cyclophosphomide

Viêm họng do liên cầu điều trị augxicin, dị ứng thì erythromycin

Điều trị sốc giảm thể tích/HCTH: truyền dịch điện giải trước 20ml/kg. tiên lượng pé sẽ tăng cân, tăg phù, tái sốc. khi tái sốc thì truyền albumin. Một số pé đáp ứng cor tốt 5 ngày đã giảm tiểu đạm, ko cần truyền albumin

VCTC: chưa suy thận vẫn dư dịch do một số nephron ko lọc nhưng chưa đủ để tăng creatinine.

VCTC sợ nhất dư dịch và THA. Một số cầu thận lọc ko được khiến bộ máy cận cầu thận tiết renin  co mạch. Cần theo dõi kỹ 1-2 tuần đầu

THA do: dư dịch, co mạch, RAA. Vậy hạ áp bằng lợi tiểu quai, giãn động mạch trực tiếp (hydralazine), gián tiếp (ức chế canxi), ức chế men chuyển. trong đó ưu tiên lasix

Phù 10 ngày sao VCTC được

Y lệnh

Một pé 35kg, cao 1m52

MMF 0,25g 3v x2 uống (Liều là 1200mg/m2 da chia 2)

Canxi D 0,3g 1 viên x2 uống

Tacrolimus (prograf) 0,001 g 4v x2 uống (liều khởi đầu là 0,1 mg/kg chia 2 )

Tiernam 0,5g + 100 ml D5% 0,28g x4 TTM 60’ (60 ml/h)

Cyclosporin (neoral) 0,025 g 2v x2 uống 8h – 20h (4mg/kg chia 2)

Solumedrol là methlprednisolone

Cần xem thêm: nhận biết viêm họng do liên cầu

Erythro TPTNT mức độ 1+ tới 5+, dương giả khi nào. Coi rivalta. Mưc ASO

TRÌNH BỆNH LỚN VCTC

Nhớ đem bảng THA

Tính GFR

5-20% VCTC hậu nhiễm có HCTH

Suy thận cho điện giải đồ và khí máu

Giải phẫu bệnh của hậu nhiễm: tăng sinh nội mạch, thâm nhiễm neutrophile, bầu trời sau do lắng đọng C3 (dạng hạt).

VCT tăng sinh màng lắng đọng miễn dịch dạng lưới

Lui bệnh chậm vẫn có thể cho cor

Tiểu máu có thể do bệnh, có thể do mình sinh thiết (bé có đau bụng, cần siêu bụng, soi HC niệu)

NHIỄM TRÙNG TIỂU – CHỊ UYÊN

Bé này 4 tuổi sốt cấp tính 2 ngầy, 39 độ. WBC 22K, NEU 85%, tiểu đục, TPTNT có bạch cầu 2+, nitrit (-), đạm và máu âm tính; siêu âm bụng không thấy bất thường, cấy chưa có kết quả

Các nguyên nhân của sốt cấp tính:

* Nhiễm trùng
* Virus: đa phần virus là lành tính. Tuy nhiên 2 bệnh cảnh phải loại trừ là SXH và tay chân miệng
* Vi trùng
* Bạch cầu tăng mà ko phải nhiễm trùng (chích cor): làm CRP (50K), procalcitonine (200K): CRP chỉ nói lên có hiện tượng viêm (kawasaki CRP tăng rất cao; lupus, henoch scholein; viêm đa khớp dạng thấp…)
* Lâm sàng: bn sốt 39 độ, có thể gặp trong cả sốt nhiễm trùng và siêu vi. Coi 3 cái:
* Tri giác: bé có kích thích trong giai đoạn đầu  ngủ gà
* Ăn: bị virus thường ăn uống tốt (trừ bị loét miệng)
* Vẻ mặt nhiễm trùng
* Dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt sốt do vi trùng hay do siêu vi, dù chưa tìm được ổ nhiễm trùng thì vẫn có thể cho điều trị kháng sinh được
* KST: sốt rét: nghĩ tới khi bn có nguy cơ (đang sống trong vùng có sốt rét, đến vùng sốt rét trong 6 tháng gần đây)
* Sốt sau chích ngừa, sau dùng thuốc
* Nguyên nhân miễn dịch, ác tính: chưa nghĩ do bệnh cấp tính, ko phải sốt kéo dài

Nhiễm trùng tiểu: 4 bước: nghĩ tới; chẩn đoán có thể; chẩn đoán xác định; chẩn đoán yếu tố nguy cơ

* Nghĩ tới: 3 trường hợp
* Sốt + có triệu chứng ở đường tiểu (lúc tiểu khóc, rặn, tiểu đục, ôm bụng vùng hạ vị…)
* Sốt nghĩ do nhiễm trùng trên một pé có tiền căn nhiễm trùng tiểu tái phát; dị tật đường tiểu
* Pé nhũ nhi lần đầu, không khai triệu chứng được, không có tiền căn gì, vô viện chỉ có sốt: cũng đi theo các bước trên: chứng minh sốt do vi trùng  tìm tất cả các ổ khác (phổi, nhọt da, áp xe, họng, tai…); khi không thấy ổ gì cả thì phải làm 3 chuyện: TPTNT, siêu âm bụng (tầm soát những ổ áp xe có thể nằm sâu như áp xe gan, thận, sau phúc mạc), chọc dịch não tủy
* Sau đó coi TPTNT: bạch cầu và nitrite (có thể có máu và protein); cho cấy nước tiểu (cấy máu luôn nếu dấu hiệu nhiễm trùng rõ). Bạch cầu trong nước tiểu vẫn có thể xuất hiện khi bn sốt cao không phải do NTT
* Độ nhạy và đặc hiệu của BC/TPTNT đối với NTT là khoảng 70-80%
* Cấy nước tiểu: mọc thì 72h; không mọc thì chờ 1 tuần mới trả

Xử trí: pé này có triệu chứng lâm sàng NTT, dấu hiệu nhiễm trùng rõ, TPTNT có bạch cầu với độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 80%, cấy dù chưa có mà bn đã uống kháng sinh rồi, nên điều trị kháng sinh luôn

* Tác nhân gram (-) thường nhất (90%): nên chọn kháng sinh nhạy với gram (-), vô được đường tiểu, không độc cho con nít, không dị ứng; nên bắt đầu bằng cepha 3. Chọn đường chích (người ta nghiên cứu là đường chích và đường uống thì không khác biệt về nguy cơ sẹo thận, suy thận sau này; nếu ko thể loại trừ ổ nhiễm trùng khác thì dùng đường chích). Người ta ưu tiên dùng ceftriaxone hơn cefotaxim do số lần dùng kháng sinh/ngày ít hơn (nếu nhiễm trùng nặng thì dùng liều 100, ko thì dùng liều 80), có thể kết hợp với aminoglycoside nếu lâm sàng nặng.
* Theo dõi sau điều trị nhiễm trùng tiểu: tổng trạng tốt lên, sốt hết sau khoảng 48-72h, làm lại bilan nhiễm trùng, nước tiểu. tiêu chẩn quan trọng nhất của đáp ứng trong điều trị là cấy dương tính và cấy lại lần 2 âm tính.
* Ngưng kháng sinh khi: tác dụng phụ của augmetin ở trên đường tiêu hóa là do clavulanic (đi cầu són 5-7 lần/ngày): NTT tiểu dưới dùng 5-7 ngày; trên thì 7-14 ngày, nhưng nếu có dị tật thì có thể lâu hơn (trước khi ngưng thì kiểm tra lại bilan nhiễm trùng và nước tiểu)

Trình bệnh viêm cầu thận cấp

bệnh án: pé gái 9 tuổi, tiên sử hoàn toàn bình thường, ko có bệnh tim, gan, phù, dị ứng gì trước đây hết: đột ngột tiểu máu đại thể toàn dòng, sau đó phù chân, bụng.

**Bệnh sử, tiền căn, khám**

Hỏi bệnh sử coi tuyên trước có cho pé có dùng corticoid ko, nếu ko có giấy chuyển viện ghi rõ đơn thuốc thì hỏi:

* Uống thuốc gì vào buổi sáng một lần, nhiều viên: prenisone (viêm 5mg)
* Hiện nay có viêm methyprenisolone: medrol 16mg tương đương 20mg prenisone hoặc solupred 1 viên 20mg (chứa prenisolone, tương đương prenisone)

**Đặt vấn đề, biện luận, chẩn đoán**

Tiếp cận bn tiểu máu: 3 chuyện phải quyết định

* Có phải do bệnh lý huyết học toàn thân ko? Mặc dù hiếm gặp nhưng đặt ra đầu tiên để loại trừ liền. tiểu máu là xuất huyết nội tạng  do rối loạn đông máu huyết tương; mà nguyên nhân mắc phải ko nghĩ do ko nhiễm trùng huyết, rắn cắn…; còn nguyên nhân bẩm sinh thì đứng đầu là Hemophili A, mà đây là con gái, tiền sử ko có chảy máu gì hết nên ko nghĩ
* Tiểu máu do xuất huyết trong đường tiểu hay do bệnh lý cầu thận

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Đường tiểu | Cầu thận |
| Tính chất máu (quan sát trong chai đựng nước tiểu mỗi ngày) | Máu cục (nhưng nếu ko có máu cục vẫn có thể) | ko |
|  | Bang quang: cuối dòng, đau hạ vị (viêm bàng quang cấp)  Niệu đạo: đầu dòng  Từ đường tiểu nếu nhiều vẫn có thể toàn dòng | Toàn dòng |
| Triệu chứng đi kèm | Nguyên nhân tiểu máu hàng đầu ở trẻ em là nhiễm trùng: có đau, tiểu gắt, lắt nhắt, đau lưng/hạ vị  Sỏi: cơn đau quặn thận  Chấn thương có ko   * Cho siêu âm bụng kiểm tra là được |  |

* Có biểu hiện gì khác của bệnh cầu thận ko:
* Phù: phù mặt thường kín đáo, nên có thể có mà bn ko nhận thấy; kiểu phù giống phù thận ko (phù mềm ấn lõm ko đau; để loại trừ do dị ứng, do viêm nhiễm)
* Tăng huyết áp: phải đo huyết áp
* Tiểu ít
* Suy thận: cho xét nghiệm chức năng thận

Bệnh này xếp vô hội chứng nào: có 10 hội chứng thận học, nhưng có 3 hội chứng cần học:

* HCTH: ở trẻ em rất hiếm khi có tiểu máu và THA, đa phần là HCTH nguyên phát
* VCT cấp: phù hợp do cấp tính, phù kiều phù thận, tiểu máu, THA
* Nhiễm trùng tiểu

Nguyên nhân VCT câp là gì: quan trọng là phân biệt 2 nhóm đầu

* Hậu nhiễm trùng: VN nhiều cái này. Nhóm này diễn tiến phần lớn là tốt, lui bệnh hoàn toàn, ko diễn tiến mạn tính. Ko phải chỉ do lien cầu, ko phải cas nào cũng cho penicillin
* Có nhiễm trùng nào có lien quan trong thời gian 1 tháng nay ko: quai bị, thương hàn, thủy đậu…
* Nếu ko có nhiễm trùng gì khác, cas này có phù hợp với nhiễm lien cầu trùng ko?
* Ko có xét nghiệm nào là tiêu chuẩn vàng, chắc chắn hết: ASO chỉ cho biết có nhiễm thôi, ko cho biết có phải VCT này do nhiễm lien cầu hay ko; sinh thiết thận có thể biết nhưng khó thực hiện, do đòi hỏi phải nhuộm được phức hợp kháng nguyên kháng thể trên cầu thận  người ta ko sinh thiết trong phần lớn các cas
* Dùng các tiêu chuẩn ko chắc chắn: càng nhiều tiêu chuẩn phù hợp càng tốt; có thể chẩn đoán lầm. Các tiêu chuẩn:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tiêu chuẩn** | **Cụ thể** |
| Có nhiễm liên cầu | * tiền căn viêm họng viêm da; * đa phần phết họng ko ra do đã bị cách 1-3 tuần, đã xài kháng sinh nên ít áp dụng được * kháng thể: còn tồn tại sau nhiễm vài tuần – tháng: ASO, AH, anti DNAbase… (nhưng trên lâm sàng chỉ thử được ASO: định lượng 1 lần, có giá trị khi > 200 IU – lý tưởng làm 2 lần nhưng ko thực tế do tốn nhiều thời gian). Nếu âm tính vẫn ko loại trừ: do ASO sẽ tăng cao nếu nhiễm ở họng, còn ở da thì có thể ko tăng |
| Liên cầu liên quan VCT cấp | Bổ thể: trong các bệnh hậu nhiễm trùng thì C3 giảm; nếu do bệnh hệ thống thì C4 giảm luôn |
| Diễn tiến lui bệnh tự nhiên | * tiểu máu đại thể: có thể 3 tuần * THA: 2 tuần * Phù: thường giảm sau 7-10 ngày * C3 tối đa 8 tuần trở lại bình thường * Đạm, máu vi thể: có thể tới 6 tháng |

* Bệnh hệ thống: diễn tiến mạn tính, phải dùng  ức chế miễn dịch, nguy cơ suy thận cao. Gồm: lupus, Henoch scholein, Goodspature
* Bệnh nguyên phát: phải sinh thiết mới biết, là chẩn đoán loại trừ
* Linh tinh: ong đốt, Guilan Barre…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hậu nhiễm** | **Bệnh hệ thống** |
| **Tuổi** | 4-11 tuổi |  |
| **Tổn thương gì khác ngoài viêm cầu thận :quan trọng nhất** | Ko phát hiện tổn thương hệ cơ quan nào khác | Da: hồng ban  Tổn thương khớp  Huyết học: thiếu máu, xuất huyết |
| **Bổ thể** | Giảm C3 | Giảm C3, C4 |

**Cận lâm sàng, xử trí**

CLS cần thiết: TPTNT, soi cặn lắng coi hồng cầu biến dạng ko; đạm niêu 24h, đạm máu, lipid máu để loại trừ HCTH

Kết quả CLS:

* TPTNT: hồng cầu +++, bạch cầu +++, đạm niệu +++
* Alb 3,09g/L ko giảm, cholesterol máu bình thường  ko phù hợp HCTH

phù hợp VCT cấp

Trong quá trính chẩn đoán, phải coi bn có cần điều trị gì cấp cứu ko? Điều trị THA, coi có suy thận cấp ko (bn này creatinin bình thường, ko tiểu ít)

Chỉ định sinh thiết thận:

* Ko giống hậu nhiễm lien cầu
* ASO âm, bổ thể ko giảm
* Diễn tiến bệnh ko giống
* Suy thận cấp tiến triển: sợ VCT tiến triển nhanh (thấy thể liềm, phải xài corticoid dù các bằng chứng khác phù hợp hậu nhiễm lien cầu)

Điều trị:

* Corticoid: ko cho do bệnh tự lui; cho vô coi chừng tác dụng phụ: THA…
* Kháng sinh: nếu nghi còn viêm họng/viêm da thì cho b-lactam (nếu dị ứng b-lactam thì cho erythromycin)
* Điều trị nâng đỡ:
* Tiểu máu do cầu thận ko gây thiếu máu trên lâm sàng, do lượng máu mất thực sự ko nhiều (1 giọt máu có thể đổi màu nước tiểu) 
* ko cần điều trị tiểu máu
* nếu có thiểu máu thì phải coi chừng nguyên nhân khác (do bệnh hệ thống)
* Phù: thường phù kín đáo, nếu ko THA cũng ko cần điều trị
* Kiểm soát huyết áp: ko kiểm soát tốt sợ bệnh não THA, phù phổi cấp (do 2 thứ là THA, ứ dịch-Na). THA do co mạch (do tác động trực tiếp của cytokine; gián tiếp qua hệ RAA) và dư dịch. Kích thích hệ RAA do: giảm độ lọc cầu thận  giảm dịch tới ống thận, tới bộ máy cận cầu thận  tăng rennin
* Sử dụng 3 nhóm: lợi tiểu quai, giãn mạch (ức chế Ca, hydralazine), ức chế hệ RAA
* Kiểm soát tình trạng dư dịch: dư dịch do một số các cầu thận giảm lọc, gây ứ nước và Na  dùng furosemide (tăng thải ở những cầu thận ko bị ảnh hưởng). trong VCT cấp có tăng thể tích nội mạch, trong HCTH thì giảm

Khi nào cho xuất viện: bn nằm viện vì sợ biến chứng do THA  nằm viện tới khi nào HA ổn. nhưng thực tế khi HA ổn mà còn tiểu đỏ thì người nhà ko chịu cho pé về.

1. **VPMNKNP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bệnh sử**  Sốt + đau bụng + tiêu lỏng/HCTH:   * Nội khoa * Liên quan HCTH   + VPMNKNP: báng bụng, phản ứng thành bụng  + Viêm mô tế bào: khám da bụng   * Ko liên quan HCTH: tiêu chảy cấp nhiễm trùng: phân nhầy máu * Bụng ngoại khoa: điểm đau khu trú | Bé bị sốt 39oC 2 ngày, ói, tiêu lỏng |
| **Khám**   * Đánh giá tổng trạng coi có nhiễm trùng ko: li bì, ăn uống kém * Khám bụng | Bé đừ    Khám bụng: báng lượng vừa, đau toàn thể khi gõ |
| **CLS:** CTM, CRP, SA bụng   * BC ko tăng khi dùng cor nhiều * CRP >100 phải nghĩ nhiễm trùng toàn thân * SA bụng có dịch ko, tính chất dịch, coi có bụng ngoại khoa ko | BC ko tăng  CRP 178 mg/L  SA dịch bụng lượng vừa, tương đối thuần nhất |
|  | Xử trí: chọc dò, cấy máu, cho kháng sinh luôn, đánh giá đáp ứng sau 48h  Nếu đáp ứng: đánh KS 7-10 ngày. Nếu cấu máu (+) thì KS 10-14 ngày  Ko đáp ứng: tìm nhiễm trùng chỗ khác, cân nhắc đổi kháng sinh |

1 số nguyên nhân đau bụng, ko sốt trên HCTH

* Loét do cor
* Thoát dịch bụng nhiều (phải có cô đặc máu, Hct tăng cao)
* Tắc TM thận
* Tắc mạch mạc trao: đau quặn dữ dội
* Suy thương thận cấp: đau bụng, ói sau ngưng thuốc

Chọc ra mủ, phải soi tươi

* Nếu 1 loại cầu khuẩn gram (+) thì nghĩ nguyên phát
* Nếu nhiều loại gram (-) coi chứng thứ phát

1. **Tiền căn HCTH**

HCTH cách 2 năm, 4 lần tái phát khi giảm liều, hiện đang tấn công 10 tuần, ko đáp ứng

* Làm sao biết bé ngày nguyên phát: tuổi, tầm soát thứ phát (di truyền gia đình, HBV, HCV, biểu hiện lupus toàn thân …), đáp ứng cor trong lần tấn công đầu (hết phù, tiểu đạm (-), chuyển qua cách ngày
* Lệ thuộc cor liều cao: ko giảm xuống dưới 1mg/kg/cách ngày đc
* Bé này bị kháng cor: phải chuyển cor cách ngày, giảm đến 0.5mg/kg/cách ngày, thêm cyclosporin và sinh thiết thận
* Dự đoán sinh thiết ra tối thiểu hoặc xơ chai. Cyclophosphamide ko tác dụng cho xơ chai

Ghi chú:

* Kháng cor sớm, cần xác định bệnh nền: có thể nguyên phát do di truyền hoặc thứ phát. Cả 2 nguyên nhân này đều ko đáp ứng khi đổi thuốc thứ 2
* Nếu bệnh từ lâu thì chỉ xét tái phát trong 6 tháng gần đây
* Đang dùng cor duy trì mà phù + tiểu đạm lại thì quay lại liều tấn công. Còn nếu chỉ tiểu đạm và bé đang nhiễm trùng hô hấp, thì tăng liều cor lên thôi

1. **Định nghĩa**

* Phù (do thận)
* Tiểu đạm ≥ 50mg/kg/ngày hay>1g/m2 da/ngày hay đạm/creatinine >2 mg/mg (200 mg/mmol)
* Giảm đạm máu <5,5g/dl ; albumin <2,5g/dl
* Lipid máu tăng: cholesterol>2.2 g/l, triglyceride

* Tiểu đạm : bài tiết > 150mg đạm/ngày
* Tiểu albumin : bài tiết > 30mg albumin/ngày
* Bình thường 60% Tamm Horsefall protein & IgA, < 20% albumin

* Tái phát: giấy nhúng 2+ hay đạm niệu >0,1g/m2 da/ngày

* Kháng cyclosporin: ko đáp ứng khi điều trị 6 tháng
* Kháng cor: tấn công 8 tuần
* Lệ thuộc cor: tái phát 2 lần trong lúc điều trị hay 14 ngày sau khi ngưng điều trị

1. **Nguyên phát**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tối thiểu** | **Xơ hóa** | **Tăng sinh trung mô** | **Màng** | **Tăng sinh màng** |
| **Tỉ lệ** | 90 | 7 | 3 | | |
| **Quang học** |  | Xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng (gần tủy) | Tăng sinh trung mô | Dày màng đáy | Tăng sinh trung mô + dày màng đáy |
| **Miễn dịch** |  | Lắng đọng IgM, C3 khu trú từng vùng | Lắng đọng IgM IgG, C3 | Phúc hợp miễn dịch lúc đầu ở dưới tế bào biểu bì, sau thấy ở giữa màng đáy | Lắng đọng dưới lớp tb nội mô hoặc trong màng đáy |
| **Điện tử** | Dẹt TB chân bì |  |  |  |  |
| **THA** | <10% |  |  |  | <25% |
| **Tiêu máu vi thể** | 30% ngày đầu | Thường |  | 80% | 80% |
| **Tiểu máu đại thể** | 3% |  |  | 20% | 20% |
| **Đáp ứng corticoid** | 95% | 30% |  |  | 5% |

Tối thiểu: tiểu đạm chọn lọc. Xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng có thể gặp viêm ống thận mô kẽ gây tiểu đường, acid amin.VCT tăng sinh màng C3 giảm

Nếu trẻ khởi bênh <5 tuổi, thể tối thiểu >90%, xơ hóa 7%. Nếu trẻ khởi bệnh >10 tuổi, thể tối thiểu >90%, VCT tăng sinh màng 30%

1. **Thứ phát**

|  |  |
| --- | --- |
| HCTH | Viêm cầu thận |
| Nguyên phát: 5 loại trên | Nguyên phát: VCT tăng sinh màng, IgA-berger |
| Viêm   * Nhiễm: 2-4 tuần trước * Vi khuẩn: thương hàn, giang mai * Virus: HBV, HCV, HIV, sởi, rubella, quai bị, thủy đậu * Kí sinh trùng: sốt rét, toxoplasma * Ko nhiễm: lupus, henoch scholein | Viêm:   * Nhiễm: * Vi khuẩn: thương hàn, giang mai. Hậu nhiễm liên cầu, viêm phổi do phế cầu, nhiễm trùng huyết do não mô cầu, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng * Virus: HBV, ~~HCV, HIV~~, sởi, rubella, quai bị, thủy đậu * Kí sinh trùng: sốt rét, toxoplasma * Ko nhiễm: lupus, henoch scholein, Goodpasture |
| U: lymphoma |  |
| Thuốc: NSAIDS, penicillin, lithium |  |
| Khác: Alport, ong chích, chích ngừa, tiểu đường | Khác: Guillan-Barre, chích ngừa (BH-HG-UV) |

1. **Giải thích triệu chứng**

* Phù: giai đoạn cấp là underfill, mạn là overfill
* Cytokines gây giữ muối và nước
* Thuyết underfill: giảm áp lực keo  giảm V nội mạch  tăng RAA, tái hấp thu nước, Na  thoát mạch nữa
* Thuyết overfill: ống thận xa giữ lại Na do kháng yếu tố bài niệu của nhĩ
* HA cao do cytokine, tăng renin, tăng thể tích huyết tương, hệ giao cảm. VCTC: chỉ có 3 cái đầu
* Tiểu đạm chọn lọc: mất điện tích âm ở tế bào nội bì và màng đáy cầu thận
* Nguyên nhân bệnh
* Miễn dịch: lympho T sản xuất yếu tố gây tăng tính thấm thành mạch
* Các yếu tố tăng tính thấm và các yếu tố ngăn tăng tính thấm
* Khiếm khuyết ở cầu thận: đột biến gene:  NPHS1 (nephin), NPHS2 (podocin), ACTN4 (actinin), WT1 (gen ức chế bướu Wilms)

1. **Dip-stick**

Tetrabromophenol: màu vàng  xanh

Kết quả:

–(-) 10mg/dl

–(vết)10 -20mg/dl

–(+)30mg/dl

–(++)100mg/dl

–(+++)300mg/dl

–(++++)1000mg/dl

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (+) giả | (-) giả | Cấy (-) giả |
| Nc tiểu đặc  pH> 8  Nhúng quá lâu | Nc tiểu loãng | Nc tiểu loãng, d <1.003, pH <5  Nước tiểu buổi chiều tối có số vi khuẩn ít hơn buổi sáng |
| Có máu, mủ, iode cản quang | Đạm không phải albumin (chuỗi nhẹ kappa, lambda) | Tác nhân ko phải vk thường |
| Penicillin, tolbutamide, sulfonamide, pyridium |  | Dùng kháng sinh trước đó, có chất chất ức chế vi trùng phát triển |

Nitrit (-) giả: thức ăn ko có, vk ko sản xuất nitrit, nước tiểu ko đủ 4h

1. **Điều trị**

* Ăn: nhạt, protein 1,5-2 g/kg/ngày, chất béo < 30%.
* Thêm vitamin D 1200-200 UI/ngày và calcium 30 mg/kg
* Truyền albumin: Tiên:
* Chỉ định: Albumin máu <1.5 g/dl +
* Đe dọa OAP ko đáp ứng cor
* Sốc giảm V ko đáp ứng truyền dịch hoặc giảm gelatine
* Phù nặng, cần sinh thiết thận nhưng kháng trị với lợi tiểu liều tối đa 3 ngày
* Cách truyền: Albumin 20% 1g/kg, pha loãng NaCl, tỉ lệ 1:3  albumin 5%, truyền trong 2h. Sau mỗi giờ, Lasix 1 mg/kg TM. Khi truyền chú ý OAP
* Lợi tiẻu
* Chỉ định
* Phù nhiều (Tiên: tràn dịch đa màng, nứt da do phù, phù nặng + nhiễm trùng nặng)
* Sau dùng albumin
* Liều 1-2mg/kg tiêm mạch/ngày

Khi tấn công trên 2w thì ko được chích vaccin. Chỉ chích vaccin sống khi ngưng cor 6 tuần.nếu cần thiết vẫn có thể chích khi xài cor < 0,5 mg/kg CÁCH ngày

1. **Biến chứng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Triệu chứng | Điều trị |
| Nhiễm trùng  - VPMNKNP  - Viêm mô tế bào  - Phổi, tiểu | Sốt, bạch cầu, CRP tăng  Đau bụng, PỨ thành bụng | Phế cầu, vi trùng Gr(-)  Cepha3 + gentamicin trong 7-10 ngày |
| Tăng đông | Huyết khối TM thận  Yếu tố thuận lợi tăng đông: Giảm V, lợi tiểu, lấy máu TM đùi, bất động | Dùng kháng đông khi có huyết khối |
| Giảm V nội mạch | Sốc, suy thận cấp | Truyền albumin |
| Hạ Ca, Na, SDD |  |  |

Biến chứng của VCTC: suy tim cấp, suy thận cấp, bệnh não do THA

Theo dõi

* Cân nặng mỗi ngày
* M,nhiệt độ, HA, lượng nước tiểu mỗi ngày
* Triệu chứng: phù
* Triệu chứng của biến chứng: sốt, đau bụng, tắc mạch, sốc
* Thử que nhúng từ ngày 5 sau điều trị cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp, sau đó thử 2 lần/tuần trong tháng 1, 1 lần/tuần trong tháng 2. Tái khám khi phù lại, đạm niệu 2+ trong 3 ngày liên tiếp sốt, đau bụng
* Nếu còn đạm niệu: đông máu, lipid máu, chức năng gan thận mỗi 3-6 tháng. TSH-T4 mỗi năm
* Cor: khám mắt mỗi 3-6 tháng
* Cyclosporin:đo nồng độ cyclosporin. K, Mg mỗi 3-6 tháng. Sinh thiết thận khi điều trị trên 2 năm
* Cyclosphosphamide: công thức máu, chu kỳ kinh nguyệt ở nữ dậy thì

1. **Sinh thiết**

* Chỉ định
* Trước khi điều trị: <6 tháng tuổi, THA, tiểu máu, suy thận và C3 giảm. Cân nhắc khi <12 tháng, >12 tuổi
* Sau khi điều trị: kháng cor, tái phát thường xuyên
* CCĐ: SHH, sốc. SáchClinical Pediatric Nephrology, Second Edition
* Tuyệt đối: DUCHI: decline, unique kidney, coagulopathy, hypertension, infection

BN từ chối,RLĐM, THA nặng khó kiểm soát, thận đơn độc, nhiễm trùng thận-da sinh thiết

* Tương đối: ACE anatomy cancer end-stage renal disease

Giải phẫu học bất thường (thận lạc chỗ, thận móng ngựa), K thận, suy thận giai đoạn cuối

* Biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, dò động-tĩnh mạch thận

1. **Tác dụng phụ Corticoid: Cushingoids**

C – Cataracts, glaucoma   
U – Ulcers   
S – Short, skin thinning: nứt, dễ bầm   
H – Hypertension, Hirsutism (rậm lông)   
I –Infections   
N – Necrosis of femoral heads   
G – Glucose elevation   
O – Osteoporosis, Obesity   
I – Impaired wound healing   
D – Depression

S – Supression of HPA axis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lần đầu | Tái phát 1 | Tái phát thường |
| 2mg/kg/ngày  4 tuần | 2mg/kg/ngày  Đến khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp  Tối thiểu 2 tuần | 2mg/kg/ngày  Đến khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp |
| 1,5mg/kg/cách ngày  8 tuần | 1,5mg/kg/cách ngày  4 tuần | 1,5mg/kg/cách ngày  4 tuần |
| Giảm dần 0,5 mg/kg/cách ngày mỗi 2 tuần  6 tuần |  | 0,1-0,5mg/kg/cách ngày  - TP thường xuyên: 3-6 th  - Phụ thuộc cor: 9-12 th |

Tái phát với liều > 1mg/kg/ cách ngày; hay > 0,5 mg/kg/cách ngày + Độc tính corticoid

- MMF (mycophenolate motefil) 30 mg/kg/ngày: giảm BC hạt, đau bụng, tiêu chảy

- Cyclophosphamide 2,5 mg/kg/ ngày, trong 8 – 12 tuần: rụng tóc, giảm BC, giảm TC, vô kinh kéo dài, giảm số lượng tinh trùng. Liều tích tụ an toàn: 168 mg/kg. Sau 12 tuần là phải dừng

- Cyclosporin: tổn thương mô kẽ. Ít nhất 6 tháng mới kết luận ko đáp ứng. Tốt nhất tiếp tục 12 tháng. Phải sinh thiết trước vì sợ sang thương đặc biệt. Ngoài ra, cyclosporin gây viêm ống thận mô kẽ, nên cần sinh thiết trước để biết tổn thương thận do thuốc hay do bản chất bệnh

- Levamisole: ko có trên thị trường

Kháng cor:

- Dùng thử Methylprednisolone: 1g/1,73m² da/ ngày x 3 lần (cách ngày).

- Cylosporine:5mg/kg/ngày chia 2 hay Tacrolimus 0.15 mg/kg/ngày chia 2 trong 12 tháng

- Pred: 1mg/kg/cách ngày x 5 tháng

**Ghi chép Thùy**

* 1 BN đang điều trị MMF thì tái phát. Cần coi MMF đủ liều chưa, BN uống đều ko. Nếu ok hết thì đổi nhóm thuốc khác cyclosporin (nên sinh thiết thận trước)
* HC Denys-Drash:  bướm Wilms, lưỡng tính giả nam, xơ hóa trung mô lan tỏa

**Ghi chép của Tiên**

* THA khi >90th. Nguyên nhân thường gặp ở trẻ em
* Bệnh lý chủ mô thân
* Bệnh tim, mach máu: hẹp eo ĐMC, hẹp ĐM thận, Takayasu
* Nội tiết: cường giáp, Cushing
* Thần kinh: u não, TALNS
* Dipstick đạm 3+ nghĩ HCTH, máu 3+ nghĩ VCTC
* Albumin máu giảm: ăn thiếu đạm, giảm hấp thu-mất qua đường tiêu hóa, gan giảm tổng hợp

NHIỄM TRÙNG TIỂU

1. **Định nghĩa**

|  |  |
| --- | --- |
| Nhiễm trùng tiểu | Sự hiện diện của vi trùng trong nước tiểu gây viêm và tổn thương mô |
| Vi khuẩn niệu không triệu chứng | Tác nhân gây bệnh trong đường tiểu không gây triệu chứng, ko thấy hiện tượng viêm trong NT (ko bạch cầu, nitrit…) |
| NTT trên đồng nghĩa với viêm đài bể thận cấp | Nhiễm trùng nhu mô thận và gây ra triệu chứng toàn thân (sốt, ói ộc, ăn ko tiểu, chậm tăng cân) và tại chỗ |
| NTT dưới : viêm bàng quang, niệu đạo | Nhiễm trùng giới hạn ở đường tiểu dưới (triệu chứng rối loạn đi tiểu là chủ yếu), thường ko biểu hiện toàn thân |
| NTT phức tạp hoặc không điển hình | NTTkèm bất thường về cấu trúc và chức năng của đường niệu   * Bằng chứng tắc nghẽn đường niệu * Tăng creatinin * Bệnh cảnh nặng (toxic); Nhiễm trùng huyết; Không đáp ứng kháng sinh sau 48h |
| NTT tái phát (bỏ phân biệt NTT tái phát và tái nhiễm do ko có ý nghĩa lâm sàng)  có yếu tố thuận lợi gì đó, cần đi tìm | a)≥2 đợt viêm đài bể thận cấp  b)1 đợt VĐBTC+≥1 đợt NTT dưới  c)≥3 đọt NTT dưới |

1. **Tiếp cận nhiễm trùng tiểu**

* Chẩn đoán NTT- Vị trí- Tái phát hay lần đầu
* Yếu tố thuận lợi
* Nguyên nhân
* Biến chứng

1. **Chẩn đoán NTT**

* Lâm sàng: 1 trong 2 kiểu của đường tiểu trên hay dưới
* Xét nghiệm gợi ý NTT
* TPTNT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BC (+)** | **BC (-)** |
| Nitrite (+) | Cấy nước tiểu  Điều trị như NTT  Bắt đầu ĐT kháng sinh | Cấy nước tiểu  Bắt đầu điều trị kháng sinh (nếu đã lấy được mẫu NT tươi) |
| Nitritr (-) | Gởi NT đi soi và cấy  Bắt đầu điều trị KS nếu có bằng chứng NTT trên lâm sàng. | Không NTT  Soi nước tiểu nếu bất thường cấu trúc đường niệu |

* Soi nước tiểu: soi thấy 100 VK/QT 40 tương đương cấy 10^5 khúm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BC >5 /QT (+)** | **BC 0-5/ QT** |
| VT(+) | Cấy nước tiểu  Điều trị như NTT | Cấy nước tiểu  Bắt đầu điều trị kháng sinh (nếu đã lấy được mẫu NT tươi) |
| VT (-) | Gởi NT đi soi và cấy  Bắt đầu điều trị KS nếu LS(+) | Không NTT |

* Chẩn đoán xác định: cấy
* Chọc dò qua xương mu: có vk gram (-) hoặc > 10^3 gram (+)
* Ống thông: > 10^4
* Giữa dòng:
* Nam: > 10^4
* Nữ: > 10^5

1. **chẩn đoán vị trí**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Trên** | **Dưới** |
| Đối tượng | Trẻ nhỏ, sơ sinh (<3 tuổi) | Trẻ lớn (>3 tuổi) |
| Lâm sàng | Sốt cao (> 38,5), đau hông lưng | Rối loạn đi tiểu, đau hạ vi |
| CLS | Bạch cầu, CRP, VS tăng | - |
| Hình ảnh học | Xạ hình thận (DMSA) ko bắt xạ nơi nhu mô thận bị viêm | - |

1. **yếu tố thuận lợi**

* táo bón: phân ở trực tràng chèn vô niệu đạo bàng quangko tống xuất hết nước tiểu, ứ đọng. Bn nước tiểu tồn dư cho phép 4-10ml
* giun
* vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài, âm hộ
* bất thường đường tiểu: từ dưới lên trên:
* hẹp bao qui đầu, van niệu đạo sau, bàng quang thần kinh, trào ngược bàng quang niệu quản, hẹp khúc nối bể thận niệu quản

1. **Biến chứng**

Bên trong thận  bên ngoài thận  toàn thân

* THA, suy thận
* Áp xe thận, áp xe quanh thận
* Nhiễm trùng huyết

1. **Các cách lấy nước tiểu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cách lấy NT** | **Ưu điểm** | **Khuyết điểm** |
| Túi hứng NT | Áp dụng cho trẻ nhỏ (< 2 tuổi) | Bội nhiễm 30-60%, ít khi áp dụng trên ls |
| Giữa dòng | Tiện lợi, không xâm lấn | Bội nhiễm 10-20%. Thường áp dụng nhất. |
| Sonde tiểu | Tăng độ chính xác | Gây NT ngược dòng |
| Chọc dò trên xương mu | Chính xác cao nhất áp dụng cho sơ sinh, tắc đường tiểu dưới bàng quang | Gây đau, xâm lấn, có tai biến (tiểu máu đại thể thoáng qua 2%) |

1. **NTT mà cấy không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán do nguyên nhân gì (file HCTH)**
2. **điều trị: coi lại**

* nguyên tắc
* điều trị triệt để nhiễm trùng
* điều trị và phòng tái phát
* chẩn đoán và điều trị bất thường bẩm sinh hay mắc phải của hệ niệu
* kháng sinh
* dưới: 1 loại kháng sinh đường uống trong 7-10 ngày: sulfamethoxazole/trimethroprim, amoxicillin
* trên: 14 ngày, 2 loại kháng sinh đường chích
* cefotaxim 100mg/kg/ ngày x 7 ngày + gentamycin 3-5mg/kg/ngày x 5 ngày
* cefixine 8mg/kg/ngày x 7 ngày
* điều trị ngoại: bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu
* điều tri phòng ngừa
* chỉ định
* nguy cơ: tắc nghẽn, trào ngược (độ III trở lên theo phác đồ), bàng quang tk
* viêm tiểu dưới tái phát ở trẻ nữ
* thuốc: thời gian tùy nguyên nhân được giải quyết
* trimethoprim/sulfamethoxazone 15mg/kg/ngày
* nitrofurantoin 1mg/kg/ngày
* bổ sung: vệ sinh âm hộ, sổ giunMebendazol 0,1 g/viên: 1 viên x 2 lần/ngày, trong 3 ngày liên tiếp.

1. **Đáp ứng điều trị**

* Hết sốt sau 3 ngày
* Mất triệu chứng tiểu gắt/buốt, tiểu lắt nhắt sau 5 ngày
* Cấy âm tính sau 5-7 ngày

Tất cả bệnh nhi NTT đều được cấy nước tiểu mỗi 1-2 tháng trong 1 năm do 50% tái phát đều không có triệu chứng lâm sàng

Nếu ko đáp ứng điều trị:

* Tìm nguyên nhân bất thường hệ niệu, áp xe thận
* Xem kết quả cấy:
* Dương: đổi kháng sinh theo KSĐ
* Âm: cấy lại nước tiểu; nếu ko thể tìm được nguyên nhân chọn Pefloxacin

1. **Linh tinh**

Tác nhân:

* NTT do VT non-E. coli thường đi kèm bất thường đường tiểu, trẻ nhỏ và điều trị KS trước đó.
* NNT do virus và do nấm: thường giới hạn NTT dưới
* Yếu tố nguy cơ cho NTT nấm gồm sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và điều trị KS phổ rộng, đặt thông tiểu.

Yếu tố nguy cơ của sẹo thận (yếu tố nguy cơ của NTT trên):

* NTT có sốt tái đi tái lại
* Trì hoãn điều trị nhiễm trùng tiểu cấp
* Rối loạn chức năng ruột và bàng quang
* Tắc nghẽn hệ niệu, Trào ngược bàng quang niệu quản

Lưu ý về CLS:

* Làm procalcitonin trong những trường hợp khó khăn, điều trị ko hết.
* Creatinin/máu: tăng tạm thời trong VĐBTC (30%)
* TPTNT:
* BC, nitrite (vi trùng gram âm có nitrate reductase), có thể có máu, protein (nguồn gốc từ xác bạch cầu, tế bào biểu mô, vi trùng, lượng ít)
* Nitrit âm tính giả: nước tiểu trong bàng quang < 4h, thức ăn ko có nitrat
* Bạch cầu nước tiểu: độ nhạy trong NTT khoảng 90%.

Dãn NQ: có thể do tắc nghẽn hoặc trào ngược

Trào ngược BQ-NQ: chiếm 80% bất thường

* nguyên phát
* thứ phát: bàng quang thần kinh, hẹp van nđ sau, nhiễm trùng (gây phù nề)

Chẩn đoán hình ảnh: hỗ trợ thêm để coi ytố thuận lợi NTT, ko dùng để chẩn đoán NTT trên hay dưới

* Siêu âm thận: đánh giá
* di tật bẩm sinh, tắc nghẽn, kích thước thận…
* phát hiện áp xe thận
* Siêu âm có thể phân biệt được:
* tắc thấp: thận ứ nước 2 bên bằng nhau (cách 1 độ cũng được): BQTK, van nđ sau
* hẹp khúc nối bể thận: niệu quản bình thường hay teo  hình ảnh cắt cụt
* ứ nước 1 bên + dãn NQ cùng bên: hẹp chỗ cắm, trào ngược từ độ 3 trở lên

* UIV: ít có chỉ định: thận ứ nước, NQ ko giãn nghi hẹp khúc nối: có thể CT, MRI, nếu ko có tiền làm UIV. đánh giá chức năng từng thận nhưng giờ ít dùng do: ảnh hưởng thuốc cản quang, ăn tia, có DTPA thay thế. Điều kiện chụp UIV: kiểm tra chức năng thận trước, tầm soát NTT (TPTNT sạch, cấy âm)
* Chụp bàng quang niệu đạo khi đi tiểu: khảo sát hình dạng và kích thước bàng quang, độ trào ngược BQ- niệu quản: BN có NTT trên tái phát (lần thứ 2 trở lên)  chụp UCR. Thời điểm chụp là 3 tuần sau khi hết NT cấp
* Xạ hình thận :

DMSA: nhu mô thận bắt DMSA khuyết thận do NT hay sẹo thận; có thể xác định NTT tiểu trên cấp tính: phức tạp, tốn kém, ko chỉ định thường qui. Chỉ định khi suy thận rồi coi có phải do sẹo ko, trong thận lạc chỗ.

DTPA-lasix: tắc nghẽn thận (hẹp khúc nối bể thận-NQ)

MAGBA: hiện tại VN ko có

* CT, MRI hệ niệu

**HỎI**

Cấy nước tiểu 72h?sau 1 tuần điều trị? Mỗi 1-2 tháng/ năm

Liều kháng sinh điều trị và phòng ngừa

VIÊM CẦU THẬN CẤP

Chẩn đoán: VCTC ngày mấy? nguyên nhân, biến chứng cấp

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán VCT cấp hậu nhiễm liên cầu**

|  |  |
| --- | --- |
| Có VCT cấp | Tiểu máu, tiếu ít, phù, THA, ko có bệnh toàn thân |
| Có nhiễm liên cầu | Tiền căn viêm họng da  ASO, phết họng, da |
| Liên cầu liên quan viêm thận | C3, C4 |
| Diễn tiến bình thường |  |

1. **Chỉ định sinh thiết thận**

- Bằng chứng của bệnh hệ thống

- Không giống VCT hậu nhiễm liên cầu:

Không có bằng chứng nhiễm Streptococcus trước

Bổ thể huyết thanh bình thường

Tiến triển nhanh

Chậm lui bệnh

1. **Các mốc triệu chứng**

|  |  |
| --- | --- |
| Các mốc biến mất | Cần theo dõi khi |
| HA cao: 1 tuần | HA cao nhiều  HA cao kéo dài trên 6 tuần |
| Tiểu ít: 1 tuần | Tiểu ít  Chức năng thận giảm và kéo dài trên 1 tuần |
| Phù: 2 tuần | Phù nhiều, kéo dài trên 2 tuần |
| Tiển máu đại thể: 2 tuần | Tiểu máu đại thể trên 2 tuần  Tiểu máu đại thể tái đi tái lại |
| Tiểu đạm: 6 tháng | Tiểu đạm trên ngưỡng thận hư  Tiểu đạm trên 1 năm |
| Tiểu máu vi thể: 1 năm | Tiểu máu vi thể trên 1 năm |
| C3: 8 tuần | C3 giảm trên 8 tuần |

1. **Điều trị**

Ăn lạt, dùng hạ áp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nifedipin (fascapin) | 20 mg | 1 mg/kg chia 2 |  |
| Furosemide (agifuros) | 40 mg | 2 mg/kg chia 2 |  |
| Enalapril | 5 mg | 0,2 mg/kg chia 2 | CCĐ tăng K, hạ Ca |

1. **Biến chứng**

Suy tim, phù phổi, bệnh não, suy thận cấp

1. **Linh tinh**

* Tỉ lệ tấn công chung của chủng hướng thận khoảng 15 %
* Nguy cơ sau viêm da mủ do streptococci nhóm 49 khoảng 25 %
* Xác suất tái phát ko cao. Ko chích ngừa phòng thấp
* Tuổi: thường nhất 2-6 tuổi.
* Thường phù nhẹ (tăng cân < 15% cân nặng)

Creatinine 1 mg/dl = 88 umol/L

Kháng sinh khi có chỉ định: penicillin, augmentin

SINH THIẾT THẬN

1. **Chỉ định**

HỘI CHỨNG THẬN HƯ:

* Trước khi điều trị: <6 tháng tuổi, THA< tiểu máu, suy thận và C3 giảm. Cân nhắc khi <12 tháng, >12 tuổi
* Sau khi điều trị: kháng cor, tái phát thường xuyên

VIÊM CẦU THẬN CẤP

* Baèng chöùng cuûa beänh heä thoáng
* Khoâng gioáng VCT haäu nhieãm lieân caàu:

1. Khoâng coù baèng chöùng nhieãm Streptococcus tröôùc
2. Boå theå huyeát thanh bình thöôøng
3. Tieán trieån nhanh
4. Chaäm lui beänh
5. **Chống chỉ định**

SHH, sốc. SáchClinical Pediatric Nephrology, Second Edition

* Tuyệt đối: RLĐM, THA nặng khó kiểm soát, thận đơn độc, nhiễm trùng thận và da sinh thiết, BN từ chối
* Tương đối: giải phẫu học bất thường (thận lạc chỗ, thận móng ngựa), K thận, suy thận giai đoạn cuối

1. **Biến chứng:**

chảy máu, nhiễm trùng, dò động-tĩnh mạch thận

1. **Kỹ thuật – theo dõi**

Trước sinh thiết: làm CTM (coi Hgb, tiểu cầu), đông máu, nhóm máu; creatinine, điện giải, TPTNT để lấy giá trị nền trong trường hợp có biến chứng.

Thường cực dưới thận P sẽ được chọn để sinh thiết.

Sau sinh thiết thận: kiểm tra sinh hiệu, dấu hiệu đau bụng và tiểu máu; nằm nghỉ tại giường trong 8-10h đầu

Lidocain 2% 1ml tiêm dưới da, 2ml tê vỏ thận

1. **Phân tích kết quả**

Mẫu mô sinh thiết đủ: dài 1cm, đường kính 1,2 mm (lấy với kim 18 G). Số lượng cầu thận đủ

* Sang thương cầu thận: 5
* Sang thương ống thận, mô kẽ: 6-10
* Ghép thận: 7

Đọc kết quả sang thương:

* Bất thường có thể xảy ra ở 4 cấu trúc thận: cầu thận, ống thận, mô kẽ, mạch máu
* Cầu thận:
* Cục bộ hay lan tỏa
* Từng vùng hay toàn bộ cầu thận
* Tăng sinh tế bào (proliferative): tăng số lượng tế bào: gian mạch, nội mạch, tế bào viêm ở khoảng gian mạch
* Màng đáy: dày hay không
* Xơ cầu thận (tích tụ chất nền ngoại bào ở gian mạch, làm chèn ép mao mạch thận), sang thương lisềm hay không

HENOCH SCHOLEIN

1. **Đại cương**

HC Henoch – Schӧnlein: tình trạng viêm các mạch máu đường kính nhỏ với biểu hiện chủ yếu ở da, tiêu hóa, khớp, thận, … Đặc trưng bởi viêm và lắng đọng bạch cầu (neutrophils và monocyte) kèm theo phức hợp miễn dịch IgA trong các cơ quan bị ảnh hưởng; có kèm tăng IgA máu trong khoảng 16-21% (tương tự trong bệnh thận IgA)

Trên cận lâm sàng: sinh thiết thận ko phân biệt được bệnh thận IgA và henoch scholein. Phải dựa vào triệu chứng lâm sàng

Một vài bn bênh thận IgA có triệu chứng ngoài thận; triệu chứng tại thận là chủ yếu. Henoch scholein ngược lại.

Da, khớp, tiêu hóa: biểu hiện cấp tính, hết theo thời gian. Thận: có thể tổn thương mạn tính, quan tâm nhất

90% xảy ra ở trẻ em, thường từ 3-15 tuổi. Khởi phát sau NT hô hấp (1/2 TH), nhiễm trùng khác, tiêm vaccin, côn trùng đốt

1. **Chẩn đoán**

Chủ yếu dựa vào lâm sàng: biểu hiện ở da, khớp, tiêu hóa, thận với ban ngoài da điển hình. Phải loại trừ lupus, bệnh u hạt Wegener, nhiễm trùng huyết, kawasaki…

BIỂU HIỆN DA

* 100% các trường hợp, là tr/c dùng để chẩn đoán, nếu ko có biểu hiện của da thì ko chẩn đoán HS.
* Dát hồng ban → sẩn mề đay → ban xuất huyết (echymose, petechia và purpura có thể sờ được), gặp nhiều vùng thấp, chịu tác dụng của trọng lực, đối xứng dạng mang găng, mang vớ, có thể phù nhẹ, ko đau, ko ngứa. Khác với ban dị ứng, ban mạch máu khác có đau, ngứa. Giai đoạn đầu gờ lên, sau đó bằng xuống, sờ ko thấy.
* Phù dưới da tại chỗ: thường gặp (đặc biệt ở trẻ <3 tuổi)

  KHỚP

* Biểu hiện viêm khớp, đau khớp trong khoảng 2/3 trường hợp
* Có thể là triệu chứng khởi đầu, nhưng hiếm khi đơn độc. Có thể xuất hiện trước purpura 1-2 ngày
* Đặc điểm: khớp lớn, thường khớp chi dưới (háng, gối, cổ chân)ít gặp các khớp chi trên (khuỷu, cổ tay). Biểu hiện thóang qua, di chuyển, ít khớp (1-4), không để lại di chứng; có thể có đau kèm phù quanh khớp, tràn dịch thanh dịch nhưng không XH.

TIÊU HÓA

* 50% trường hợp, từ nhẹ (đau bụng thoáng qua)  nặng (bụng ngoại khoa)
* Biểu hiện:
* Đau quặn bụng kèm nôn ói
* XHTH (tiêu đen hoặc máu đỏ, ói ra máu): 25%, máu ẩn/ phân: 56%
* Phản ứng dội: có thể gặp trong 9%
* Ít gặp: viêm tụy cấp, viêm túi mật, lồng ruột, thủng ruột, tạo đường dò, chít hẹp hồi tràng muộn, …
* Đau bụng có thể đi trước tr/c da→ khó khăn và can thiệp ko cần thiết. Nếu nghi ngờ cần siêu âm bụng loại trừ lồng ruột

THẬN

* 20-100% tùy tiêu chuẩn
* 80% tr/c thận xuất hiện trong 4 tuần đầu của bệnh
* Có thể là tr/c khởi đầu, hoặc xuất hiện muộn một mình (khi các tr/c khác đã hết), hoặc cùng với các đợt tái phát khác.
* Biểu hiện:

. Tiểu máu vi thể (thường gặp nhất)

. Tiểu máu đại thể

. Tiểu đạm nhiều và dai dẳng

. HC viêm cầu thận

. HC thận hư – viêm cầu thận kết hợp

* Mức độ nặng của tổn thương thận không nhất thiết phải liên quan đến độ nặng cuả triệu chứng ngoài thận.
* Được quan tâm nhất vì liên quan tiên lượng bệnh.
* Yếu tố nguy cơ có tổn thương thận: khởi phát bệnh > 4 tuổi, đau bụng nặng với XHTH, purpura > 1 tháng, YTĐM XIII< 80%, điều trị với YT XIII và steroid
* Sinh thiết thận: 6 độ  tiên lượng nguy cơ suy thận

CLS: Không dùng để chẩn đoán xác định

* Tăng IgA và C3
* Khác: CTM, chức năng thận, TPTNT, tỷ lệ albumin/ creatinin trong nước tiểu, sinh thiết da, thận
* Siêu âm bụng: giải thích cơn đau bụng cấp (dày thành ruột, lan tỏa hoặc khu trú tá hỗng tràng), theo dõi diễn tiến bệnh, phát hiện biến chứng ngoại khoa.

1. **Điều trị**

Tổn thương ngoài thận: tự giới hạn, chỉ điều trị triệu chứng.

. Đau khớp/viêm khớp: giảm đau.

. Đau bụng nhiều, ói nhiều: corticoid 4-8 tuần, ngưng khi hết đau bụng: pred 1mg/kg/ngày

. Biến chứng ngoại: phẫu thuật

Tổn thương tại thận:

. Chưa có phác đồ rõ ràng

. Nhẹ (tiểu máu vi thể, đại thể, tiểu đạm nhẹ, thoáng qua): không cần điều trị

. Nặng: methylprednisolone, Cyclophosphamide, Azathioprine, globulin miễn dịch, thay huyết tương, ghép thận

Theo dõi: từ 6th-1năm. Dùng TPTNT và HA mỗi tuần hoặc 2 tuần trong 1-2 tháng đầu; nếu ko có tổn thương thận thì mỗi tháng/năm; nếu có bất thường nước tiểu hoặc THA thì là creatinine máu

2/3 trẻ, không tái phát. 1/3: tái phát ít nhất 1 lần, thường trong vòng 4 tháng đầu sau khởi phát

**Bệnh thận ở trẻ em**

Bệnh thận ở trẻ em thường do phức hợp  kháng nguyên – kháng thể: tùy vào các phức hợp này phá hủy cấu trúc nào của thận thì sẽ có các triệu chứng , hội chứng khác nhau:

Có 5 hội chứng cầu thận :

HC Viêm cầu thận cấp

HC Thận hư : do tổn thương lớp biểu bì của màng lọc

HC Bất thường nước tiểu

HC Viêm cầu thận mạn

**Sinh lý bệnh**

+  Tổn thương lớp biểu bì của màng lọc: gây tiểu đạm

+  Tổn thương lớp tế bào gian mao mạch của màng lọc : gây tiểu HC

+  Tổn thương lớp tế bào nội mô mạch máu của màng lọc gây cao huyết áp , suy thận

+  Hội chứng thận hư : chỉ dc tổn thương biểu bì  thoy => chỉ có tiểu đạm thoy , không còn khái niệm hội chứng thận hư ko thuần túy nữa vì HCTH mà 1 khi đã có tiểu máu, phù THA thì ko còn là HCTH nữa mà phải là HC viêm cầu thận

+   VCTC tổn thương ở nội bì và Tb gian mao mạch => Có THA , phù , suy thận , tiểu máu và có thể có 1 chút tiểu đạm ( 4% phức hợp KN –KT trong VCTC hậu nhiễm lắng đọng gây tổn thương ở biểu bỉ và gây ra HCTH)

Thực tế : ko bao giờ chỉ có 1 tổn thương thuần túy ở cầu thận mà là nhiều nơi trong thận , lý thuyết phân ra để dễ nhớ

+HCTH ở trẻ em phần lớn là thể nguyên phát và sang thương tối thiểu

+ VCTC ở trẻ em phần lớn là VCT hậu nhiễm

+ Chỉ có tiểu đạm +tiểu đỏ không thoy thì là Bệnh lý IgA hoặc là Lupus thể nhẹ

+**Hội chứng thận hư :**

**Tiêu chuẩn chẩn đoán :**

**+**Tiểu đạm > **50mg/kg/ngày** hay **Protein niệu/Creatinine niệu > 2 (mg/mg) ( Quan trọng nhất )**

**+**Phù

+ Protein máu < 55g/l , Albumin máu < 25 g/l

+ RLMM: Cholesterol > 2,2 g/l

Bắt buộc phải thỏa 3 tiêu chuẩn : **Tiểu đạm ,Phù , Albumin máu giảm**

**Lipid máu:**hiện đã xuống tiêu chuẩn phụ , tuy nhiên **trên LS,** **Thầy vẫn bắt buộc thử lipid máu vì theo Thầy nó là 1 trong những yêu tố quan trong để ấn định xem nó có phải HCTH hay không.( Không có chỉ định điều trị tăng Lipid máu trong HCTH vì đây là tăng Lipid máu thứ phát do mất đạm ,chỉ cần điều trị hết tiểu đạm là nó sẽ hết , chứ không phải tăng nguyên phát như người lớn )**

**Note** : Có những bé bị HCTH nhưng bị tiểu đạm quá nhiều dẫn tới cạn kiệt đạm trong cơ thể => khi đến khám thì đạm niệu có thể không thỏa tiêu chuẩn thận hư

+ Nhưng có những Thợp HCTH ko phù ( Y6 ko cần quan tâm)

**+Phân loại HCTH :**

**-Thứ phát :** BN dag trong 1 bệnh cảnh thận hay toàn thân nào đó mà có HCTH thì gọi là thứ phát

-**Nguyên phát**: các THop còn lại

Phần lớn ở trẻ em đều là nguyên phát , thứ phát thường nằm trong bệnh cảnh : Miễn dịch như Lupus hay Hernoch Scholine , VGSVB , VSVC,TORCH, Ung thư

+Khi gặp 1 bé HCTH => tiếp cận như sau:

***Bước 1 )*** **Phải HCTH ko ?**( thỏa 3 tiêu chuẩn ko ?)

***Bước 2 )*** **Tầm soát nguyên nhân thứ phát** như : Lupus , Hernoch scholine , HBV , HCV, TORCH ,thuốc ,Ung thư

***Bước 3 )*** Nếu là **HCTH nguyên phát** thì **dạng này là có khả năng sang thương tối thiểu hay sang thương khác** **? Dưạ vào các yếu tố gợi ý sau:**

**Độ tuổi** :

Trẻ trong độ tuổi 1 tới 12 phần lớn là sang thương tối thiểu

Trên 12t :như người lớn ,chỉ còn 40% là tối thiểu , 20% xơ hóa khu trú từng phần . Dưới 1 tuổi (**đặc biệt <3 tháng**} thường liên quan đến đột biến gen => các thuốc corticoid vô dụng.Tuy nhiên **nếu từ 3 tháng tới 1 tuổi** thì phải tầm soát TORCH vì TORCH có thể gây ra HCTH ,điều trị sẽ hết .

**Xem coi HCTH có hiện tượng viêm không {tiểu HC , THA , suy thận   ):**

Có hiện tượng viêm thì khả năng sang thương tối thiểu giảm xuống

**Thử bổ thể C3,C4:**

Sang thương tối thiểu thì phần lớn có **C3,C4 bình thường**=> Nếu giảm C3,C4 thì khả năng có sang thương tối thiểu giảm xuống.

+Không phải tất cả BN có HCTH đều dùng corticoid , phải biết rõ đó là nguyên phát hay thứ phát , loại sang thương gì

Vậy trẻ bị **HCTH  nguyên phát** mà có các yếu tố sau : từ 1 tới 12 tuổi ; không có (THA , tiểu máu , suy thận ) ; Bổ thể (C3,C4) bình thường => **khả năng rất nhiều là Sang thương tối thiểu.**

* **Ghi chẩn đoán : Hội chứng thận hư nghi nguyên phát nghi sang thương tối thiểu**
* **Có chẩn đoán này thì sẽ  không sinh thiết và tiến hành điều trị**

**+ Điều trị :HCTH nguyên phát nghi tối thiểu**

**Y6 chỉ học 4 loại điều trị : Điều trị lần đầu , điều trị tái phát lần đầu , điểu trị tái phát thường xuyên hoặc lệ thuộc corticoid, điều trị thể kháng corticoid.**

**-Điều trị lần đầu:**Hiện có nhiều phác đồ chủ yếu là do 1) chưa bik rõ cơ chế bệnh sinh .2) cân nhắc lợi và hại của việc dùng corticoid

**Học phác đồ :a) 4-8-6 và  b) 4-4-4**

**4 tuần tấn công** : Prednisone 2mg/kg/ngày , uống 1 lần sau ăn sáng

**8 tuần cách ngày** : Prednisone 1,5mg/kg/cách ngày , uống 1 lần duy nhất sau ăn sáng

**6 tuần duy trì :**Prednisone giảm liều 0,5mg/kg/cách ngày mỗi 2 tuần , uống 1 lần duy nhất sau ăn sáng

**-Điều trị tái phát :**

100 e bé điều trị lần đầu thì có 90% đáp ứng , 10% kháng thuốc

Trong 90% này có 80-90% sẽ tái phát :

**Tái phát lần đầu** :

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

Sau đó giảm liều : Prednisone 1,5mg/kg/cách ngày trong vòng 8 tuần

**Tái phát thường xuyên hay lệ thuộc corticoid:**

Trong 90 đứa đáp ứng corticoid thì 40 tới 50%  rơi vào dạng này

Định nghĩa : Khi giảm hay ngưng corticoid thì tái lại >=2 lần trong vòng 6 tháng sau lần đầu hay >=3 lần trong 1 năm

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

Sau đó giảm liều xuống 1.5mg/kg/cách ngày trong 8 tuần

Tiếp theo giảm liều dần rồi duy trì : 0,1 –0,5mg/kg/cách ngày trong 6-12 tháng ( Thường mổi trẻ sẽ có 1 ngưỡng hàm lượng thuốc , nếu dưới ngưỡng đó thì sẽ tái phát , do đó thường duy trì thuốc với hàm lượng trên ngưỡng đó trong vòng 3-12t tùy diễn tiến thì sẽ ngưng.Tuy nhiên trên LS rất khó ngưng thuốc hẵn

Do đó ngta sẽ phối hợp thêm 1 thuốc mới: có 7 loại thuốc ( ko cần nhớ liều)

Cyclophophomide ,levamisole, ciclosporin,…

Các thuốc này đều độc hết do đó phải cân nhắc ( corticoid độc hơn hay cái này độc hơn ) trc khi dùng để ngừa tái phát

**Điều trị Kháng corticoid :**

Định nghĩa : điều trị corticoid 2mg/kg/ngày  trong 8 tuần mà không đáp ứng ( có thể từ 6-8 tuần )

Đã kháng thì khả năng tối thiểu rất thấp => phải sinh thiết => sau sinh thiết dù là sang thương gì thì cũng điều trị

**+ Viêm cầu thận cấp:**

Bắt buốc phải có phù , **tiểu HC dị dạng >80%** , THA , suy thận**=> HC viêm cầu thận ,**nếu mới xảy ra trong vỏng 6 tháng => **viêm cầu thận cấp**

+ Có thể có tiểu đạm nhưng chưa tới ngưỡng thận hư  và không có albumin máu giảm

+ Tổn thương TB gian mao mạch và nội mô

+  4% phức hợp KN –KT trong VCTC hậu nhiễm lắng đọng gây tổn thương ở biểu bỉ và gây ra HCTH

+ Có nhiều nguyên nhân gây ra VCTC , tùy vào mỗi nguyên nhân sẽ có điểu trị ,tiên lượng khác nhau

+ Tìm nguyên nhân VCTC :

Nhớ 2 cái : Có phải hậu nhiễm trùng hay thể khác

Phần lớn vẫn là vi trùng  , chú ý hậu nhiễm liên cầu

Phải chú ý : E bé có viêm họng trước đó ko , viêm da trước đó không ,có khoảng trống sau các triệu chứng đó , ASO có tăng ko? ,còn Sterptococ trong sang thương trên họng và da ko, và **cực kỳ quan trọng là XN Bổ thể**

**+ Nhóm có Bổ thể giảm : Viêm cầu thận hậu nhiễm , viêm cầu thận tăng sinh màng ,  Lupus**

**+ Nhóm Bổ thể bình thường : Hernoch scholine , IgA**

**+ Điều trị : VCTC hậu nhiễm liên cầu**

Có 2  nhóm chính là điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng :

**Điều trị nguyên nhân** :

+ Kháng sinh không có ý nghĩa  , **chỉ cho KS khi vẫn  còn thấy ở miệng , họng và da còn vi trùng**

+ Cho corticoid là đúng , không sai  nhưng VCTC hậu nhiễm có tiên lượng quá tốt  (95 % không cần cho ) nếu cho vào thì bé phải chịu tác dụng phụ,  mà cơ địa dag bị THA , phù thi càng bất lợi

**Trường hợp phải cho corticoid : VCTC hậu nhiễm diễn tiến  tới VCTC tiến triển nhanh**

* Tùy theo nguyên nhân và bệnh cảnh ntn mà cân nhắc lợi hại , có nên cho hay không

**Điều trị triệu chứng : điều trị chính yếu**

**+ THA :** do tăng thể tích máu => cho lợi tiểu (lợi tiểu quai ) , Ức chế  Canxi

                  HA cao có thể dẫn tới suy tim => điều trị suy tim

+ **Suy thận cấp :** điểu trị bảo tồn và thay thế

Phải coi trẻ có chỉ định thay thế thận không

Bảo tồn : Duy trỉ nước và điện giải , duy trỉ cân bằng kiềm toan

***+ Điều trị VCTC do các nguyên nhân khác:***

Lupus : phài dùng corticoid

Trên LS 1 e bé tiểu đỏ thi chưa chắc là HC ( có thể là thuốc hay thức ăn ) => soi nước tiểu nếu >5 HC trên Quang trường 40=> tiểu HC , nếu có HC dị dạng ( thỏa 3 tiêu chuẩn : hình dạng , kích thước , đậm nhạt thay đổi ) >= 80%  =>  Tiểu HC cầu thận

CẬN LÂM SÀNG BỆNH THẬN

1. NHIỄM TRÙNG TIỂU

* Bilannhiễmtrùng: CTM, CRP, cấymáu (tùylâmsàng)
* TPTNT, soicấynướctiểu
* Siêuâmbụng
* Creatinine

1. HCTH

* Chẩnđoán HCTH
* Đạmniệu 24h hoặcđạm/creatinine. TPTNT
* Protein, albumin máu
* Cholesterol, triglyceridmáu
* Loạitrừthứphát
* HbsAg, antiHCV
* C3, C4
* Bệnhhệthống: CTM, ANA
* Theo dõibiếnchứngnếucó
* VPMNKNP: bilannhiễmtrùng, glucose cùnglúcvớichọcdịch, siêuâmbụng, chọcdòdịchmàngbụng
* Tăngđông: ?
* Sốc, suythậncấp**:**creatinine, lactate máu
* Hạ Na, Ca, suydinhdưỡng: ion đồ

1. VCTC

* Chẩnđoán VCTC
* TPTNT, soicặnlắng
* Bilan HCTH: khinghingờ
* Nguyênnhan
* Hậunhiễm: ASO, C3, C4, phếthọng/da
* Bệnhhệthống: CTM, ANA
* Theo dõibiếnchứng
* Suythậncấp: creatinine
* Suytimcấp, bệnhnão do THA

Phù

TÍNH CHẤT PHÙ phù do thận

* Vịtrí (khởiđầu), hướnglan
* Thơigian: bắtđầu, lúcnàotrongngày
* Tínhchất: mềm/cứng, nóng, đỏ, đau, ngứa
* Bệnhlýđikèm: gan, suydinhdưỡng, tim, thận

HỘI CHỨNG NÀO: tănghuyếtáp, tiểumáu, tiểuít HCTH

NGUYÊN PHÁT HAY THỨ PHÁT: theonguyênnhânthứphát

**Điều trị HTCT thầy Trụ**

*Bài này có lẽ có slide nào khác chăng? File ghi âm của thầy cứ nhắc tới nhìn lên bảng này, phần trăm sang thương tối thiểu là… nhìn lên bảng này…. Nhìn vô slide ko thấy bảng nào.*

Trước tiên, tiêu chuẩn chính của HCTH là phải có tiểu đạm, đây là tiêu chuẩn chính nhất, tiểu đạm trên > 50 mg/kg/ ngày, hay 1g/m2/ngày, hay đạm/cre > 2 mg/mg là tiêu chuẩn chính nhất. Tất cả các tiêu chuẩn khác là phụ, thường có phù, tăng lipid, giảm albumin. Có những trường hợp em bé phù ít hoặc không phù, đó là do sau khi tiểu đạm quá nhiều, lượng alb máu giảm thấp, ko còn để lọc qua thận nữa. Có những ca không phù hoặc phù rất nhiều, việc đầu tiên cần nhớ là tiểu đạm-tiêu chuẩn chính. Vậy khi tiếp cận những ca phù, đem ra coi thận có ko, loại nguyên nhân nội tiết, tim, gan mật, dinh dưỡng ….còn lại thận. Thận thì coi nguyên nhân do: cầu thận, ống thận, mô kẽ, mạch máu…. Ra cầu thận, cầu thận tiếp tục coi 5 hội chứng nãy vừa nói (*bài thận học TE*), thỏa HCTH.

Thứ hai, phần lớn ở trẻ em, đều là nguyên phát, nhìn tỉ số này 90% nguyên phát, người lớn ít hơn, 75%. Thật ra chẩn đoán nguyên phát hay thứ phát cũng là một khâu nên làm nhưng phần lớn đều nguyên phát, mọi nguyên nhân thứ phát ở người lớn có thì TE đều có, nhưng với tần suất khác. TE nguyên nhân phần lớn là sau Lupus, sau Henoch, sau vg B,C, sau sốt rét, sau dùng thuốc và ung thư. Vậy sau chẩn đoán, b2 là tìm thứ phát từ những nguyên nhân trên, nếu ko có là nguyên phát. Hiện nay có 1 chiêu chẩn đoán nguyên phát, nhưng thật ra là chưa tìm ra nguyên nhân thứ phát, tạm gọi là nguyên phát. Thật ra trong cuộc đời ko có cái gọi là nguyên phát, do kiến thức chưa tới đủ để tìm ra thứ phát.

Tiếp theo là coi phải thể sang thương tối thiểu (MCD) hay ko? Vì chỉ có MCD mới có dự hậu tốt, nhất là ở trẻ em, phần lớn là MCD, đáp ứng 95% với Cort, thành ra khi em bé là nguyên phát, là MCD, rất mừng. Tối thiểu dựa vào đâu? Nhìn bảng thấy 3 lứa tuổi khác nhau, một lứa hay gặp nhất là 1-12t, hay gặp nhất và các em học trên lứa tuổi đó. 1-12 phần lớn là tối thiểu. Vậy khi gặp bé thận hư trong độ tuổi này thì rất mừng, nhưng vẫn có thể có thể khác: FSGS (xơ hóa cầu thận khu trú từng phần), VCT tăng sinh màng, BCT màng. Việc thứ hai, nếu có tiểu hồng cầu thì tối thiểu sụt, HA kẹp thì tối thiểu sụt, nếu có suy thận, tối thiểu sụt.

Vậy 3 việc cần làm khi gặp bé HCTH: **có HCTH ko? Nguyên phát ko? Tối thiểu ko?** Tối thiểu thì coi tuổi, hồng cầu, huyết áp kẹp, suy thận. Nếu trong độ tuổi 1-12, ko tiểu HC, ko HA kẹp, ko suy thận thì rất nhiều khả năng là HCTH MCD. Bói như vậy, chỉ dựa trên xác suất. Nếu bói ra vậy, điều trị sau 4 tuần ko đáp ứng thì sinh thiết ra FSGS là chuyện bình thường. Bói như vậy là có cở sơ, dựa trên xác suất, dựa trên khoa học. Vậy chẩn đoán HCTH nghi nguyên phát, nghi MCD, nghi thôi nha, ko chắc chắn.

Sau chẩn đoán thì đến điều trị: có 4 điều trị với Y6 cần nhớ là ***điều trị lần đầu, ĐT tái phát, ĐT tái phát thường xuyên và lệ thuộc, ĐT kháng cort (****tương lai sẽ có thêm kháng Cyclosporin).*

**ĐT lần đầu:** với Nhi đồng 1 và 2, nếu nghi là nguyên phát và MCD, dùng phác đồ 4-8-6. Thực tế thì 4 tuần đầu là chắc chắn, nhưng 8 tuần chưa chắc, 6 tuần chưa chắc. Chưa chắc là 8 tuần hay 6 tuần, nhưng Y6 học vậy cho dễ. Nhưng từ 2015 nhận thấy phác đồ này dài quá, 4 tháng rưỡi dài quá, đề nghị theo kinh nghiệm (ko có khuyến cáo đâu cả), điều trị ngắn lại 4-4-4.  Vậy với Y6 nhớ cho tôi 4-8-6, ngắn hơn có thể 2-3 tháng (4-4-4). ***Chú ý ĐT lần đầu này chỉ áp dụng sau khi đã chẩn đoán HCTH, nghi nguyên phát và sau khi nghi thể MCD***. Còn nếu là thứ phát hay ko phải MCD, bắt buộc phải sinh thiết. Vì mỗi thể khác nhau điều trị khác nhau: FSGS điều trị khác, BCT màng ĐT khác, VCT tăng sinh màng Đt khác, thứ phát sau Lupus đt khác, thứ phát sau Henoch đt khác. Vì phần lớn các em điều trị sai: *cứ thấy HCTH cho thẳng pred luôn.*

**Thứ hai là ĐT tái phát**. Khi ĐT HCTH ở trẻ em nghi là MCD thì 80-90% tái phát, như vậy khả năng tái phát gần như sẽ xảy ra, nhưng trong tái phát chia làm 3 cái: 100 em MCD có 90% đáp ứng. Trong 90 em này, có 10% bị 1 lần hoặc 2, 30-40% tái phát xa, 40-50% tái phát thường xuyên. (nhiều nhất là tái phát  thường xuyên, tiếp đến tái phát xa, rất ít chỉ bị lần 2). ĐT tái phát cho pred 2mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp, nhưng thường theo kinh nghiệm, tối thiểu phải 14 ngày. Sau đó liều 1,5mg/kg/cách ngày trong 4 tuần sau đó giảm liều. Phác đồ này áp dụng cho tái phát 2 lần đầu.

**Phác đồ thứ 3, gặp 50% tái phát thường xuyên** (2 lần/6 tháng, 3 lần/ năm). Thế giới vẫn chưa có phác đồ tối ưu điều trị tái phát thường xuyên và lệ thuộc. Phác đồ là tấn công lại đến khi đạm niệu âm tính liên tiếp 3 ngày liên tiếp, ít nhất 14 ngày, sau đó cũng 1,5mg/kg/ cách ngày trong 4 tuần rồi giảm liều. Giảm liều lưu ý đừng giảm 1 lần giảm hết, giảm đến mức bị tái phát, giữ liều trên liều tái phát, giữ luôn. Kinh nghiệm có thể giữ ở bé tái phát thường xuyên 3-6 tháng, lệ thuộc 9-12th nhưng kinh nghiệm cho thấy phần lớn đều thất bại.

Thật ra việc giữ liều thấp nhất như thế này rất khó, nếu ko đc thì bắt buộc phải sử dụng 1 trong 7 thứ sau, nếu liều đó vẫn tái phát phải sử dụng thuôc thứ 2: *cyclophos, chloramycin, levamisole, cyclosporin, tacrolimus , MMF và rituximab*. Y6 cần nhớ 7 thuốc đó, liều ko cần. 2012 nhận thấy MMF tái phát cao hơn nên khuyên dùng cyclosporin hoặc tacrolimus hơn. Nhưng đến 2016 tổng kết lại thì tất cả các thuốc đều như nhau, có quyền sử dụng một trong những thuốc đó. VN hiện chỉ có cyclospo, tacrolimus, MMF và cyclophosphamide (ít dùng). **Như vậy 1 em bé tái phát thường xuyên, thuốc chính yếu vẫn là cort**. Tất cả những thuốc này chỉ có mục đích giảm tái phát mà thôi. Người bác sĩ bao giờ cũng có cái cân trong đầu, cân giữa lợi và hại, nếu lợi>hại thì nên dùng. Mỗi lần tái phát lại có biến chứng do thuốc và bệnh như giảm V, tăng đông, nhiễm trùng, dùng thêm thuốc rất độc, nhưng những lúc này cân đo dùng thêm những thuốc này, độc của thuốc so với độc của bệnh và cort, thì nên dùng.

Điều trị kháng cort, định nghĩa ngày xưa sau 4 tuần, nay 8 tuần. Bắt buộc phải sinh thiết vì khả năng tối thiểu thấp xuống, sau sinh thiết điều trị bằng cyclosporin hoặc tacrolimus cộng prednison. (hiện nay thích dùng tacrolimus hơn cyclo).

Kháng cort vẫn cho cort nha. Phác đồ này hiện nay chỉ đáp ứng tốt nhất 40%, 60 % không đáp ứng sẽ được gọi là kháng cyclosprine hoặc kháng tacrolimus, phần này ko học. 6 tháng ko đáp ứng mới gọi là kháng.

Sau điều trị kháng, nếu có đáp ứng nhưng sau đó lại tái phát, vẫn giống tái sau cort, vẫn tấn công bằng Cort thôi.

**HỘI CHỨNG THẬN HƯ**:

* Trụ trong xuất hiện trong trường hợp tiểu đạm, thể bầu dục là tế bào ống thận bong tróc ngấm mỡ
* Tăng lipid máu là hậu quả xuất hiện trễ, HCTH tái phát nhiều lần cả tháng. Tăng lipid máu thứ phát => chủ yếu điều trị tiểu đạm.
* Phân loại tiểu đạm chọn lọc và ko chọn lọc chủ yếu có giá trị với trẻ em. Tiểu đạm chọn lọc chỉ thường gặp ở HCTH sang thương tối thiểu ở trẻ em\_90% (ko đúng với người lớn)
* Dấu hiệu gián tiếp của tiểu đạm không chọn lọc là đạm máu giảm toàn bộ
* Trong giai đoạn còn bù, gan tăng sản xuất đạm bù trừ thì BN dù tiểu đạm rất nhiều nhưng đạm máu vẫn bình thường.
* Phù + tiểu ít là cơ chế bảo vệ của cơ thể chống mất đạm, nếu có tiểu nhiều chắc chắn có can thiệp của BS
* Cơ chế underfilling chủ yếu gặp ở trẻ em hơn ở người lớn
* Phù trong HCTH do giảm đạm máu\_giảm áp lực keo khác phù do viêm cầu thận cấp do suy thận cấp
* TPTNT luôn luôn là XN đầu tiên đề nghị ở BN nghi HCTH => tính tỉ lệ đạm niệu/creatinine niệu
* Đường niệu có thể do những nguyên nhân sau:
* BN ĐTĐ
* ở BN không có ĐTĐ => là do tổn thương ống thận gần => dấu hiệu tiên lượng xấu
* viêm ống thận mô kẽ do thuốc
* NT da rất thường gặp trong HCTH, lan nhanh (do opsonin hóa giảm). Nếu BN có sd corticoid, NT da có thể do VK Gram âm, nấm.
* VPM nguyên phát là biến chứng đặc hiệu của HCTH. BN có triệu chứng tương tự viêm phúc mạc: phản ứng dội, phản ứng thành bụng, đề kháng thành bụng => dễ lầm. Đáp ứng nhanh với KS: sau 48h sẽ hết đau.
* Huyết khối TM ngoại biên: BN phù vào 1 chân to 1 chân nhỏ => chẩn đoán bằng siêu âm Doppler
* Thuyên tắc TM thận cấp tính: đau giống cơn đau quặn thận, siêu âm chỉ thấy thận to ko thấy sỏi, chẩn đoán bằng CTscan thấy huyết khối
* Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc đề kháng với điều trị sắt do mất transferrin chứ ko phải thiếu sắt
* Sang thương tối thiểu ở người lớn gđ tấn công phải đủ ít nhất 6 tuần, trẻ em thì 4 tuần nếu không sẽ tái phát. Sang thương tối thiểu chỉ HCTH đơn thuần ở trẻ em, người lớn càng lớn tuổi càng dễ kèm suy thận, THA, tiểu máu.
* Chẩn đoán sớm xơ chai cầu thận khu trú: chỉ cần thấy được vùng xơ hoặc thấy tăng tb viêm
* Độ lọc cầu thận < 30 ml/ph không sinh thiết nữa.
* HCTH có α1 globulin giảm, α2 tăng.
* BN HCTH chỉ được sử dụng ACEI nếu BN ko bị suy thận cấp
* Tiết chế muối và dùng lợi tiệu là quan trọng trong điều trị HCTH. Dùng LT từ nhẹ đến mạnh, uống đến tiêm, 1 loại đến nhiều loại, liều thấp tăng dần. Thiazide chỉ dùng khi GFR > 25ml/ph, kháng aldos dù td LT nhẹ nhưng sẽ td mạnh trong điều trị HCTC vì trong HCTH có tình trạng cường aldos/máu.
* BN giảm > 1kg/ngày sẽ có nguy cơ giảm Vth, suy thận cấp, nguy cơ tim mạch.
* Có thể truyền albumin trước khi dùng LT giúp làm tăng lượng máu đến thận tăng đưa LT đến thận => tăng td của LT.
* Tăng đông/HCTH thì phải kt xem có giảm antithrombin III ko, nếu giảm sẽ giảm td của heparin => chủ yếu dùng antivitK.
* Lưu ý: muốn chẩn đoán tái phát thì phải có tiêu chuẩn BN khỏi hoàn toàn trước đó (pb với lệ thuộc và đề kháng).
* Đề kháng tùy thuộc vào thời gian tấn công của tùy thể gpb.
* Tiêu chuẩn hồi phục hoàn toàn: giảm đạm niệu (-) hoặc <0,2g/ngày & alb/máu >35 g/dl
* Tiêu chuẩn hồi phục ko hoàn toàn: giảm đạm niệu 0,21 – 3,4 g/ngày hoặc đạm niệu giảm hơn 50% so với gtri trước
* Xơ chai cầu thận chỉ khi đến tuần thứ 8 thấy có giảm bớt đạm niệu (đạm niệu 24h) mới tiếp tục dùng corticoid liều cao cho đủ 12 tuần, ko thì phải giảm liều.
* Nếu BN sang thương tối thiểu đang điều trị corticoid bị tdp: mù, hoại tử chỏm xương đùi 2 bên,… => tránh corticoid và thay thế bằng cyclosporin. Dùng cyclosporin, hồi phục thì duy trì trong 1 năm, ko đáp ứng thì ngưng sớm trong 2 tháng – 6 tháng và dùng mycofenolate mofetil.
* Nếu chưa có kq gpb thì tối đa corticoid chỉ dùng 6 – 8 tuần.