**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)