**HỘI CHỨNG THẬN HƯ Ở TRẺ EM**

Năm 2018-2019

HCTH nguyên phát, nên giảm kn opsonin hóa, dễ bị những con có vỏ bọc. Hib dành cho <5t, cắt lách k cần chích Hib do giảm mắc bệnh.

Năm 2017-2018

1. (Y4 Y14 đợt 2) cho case phù ở trẻ 4 tuổi hỏi thế nào thường gặp -> sang thương tối thiểu (<5t: 90% STTT, >10t: 50%)
2. (Y4 Y14 đợt 2) lui bệnh hoàn toàn: hết phù, qua nhúng 3 ngày protein <1+
3. (Y4 Y14 đợt 2) tiên lượng hcth: đáp ứng/kháng corticoid.
4. (Y4 Y14 đợt 2)Suy giảm miễn dịch do mất globulin qua nước tiểu giảm kn diệt khuẩn của BC hạt, thuốc UCMC, phù giảm phân bố ks vào mô.
5. (TN lần 2) BN nam. 6 tuổi, nhập viện vì phù. Bệnh 2 tuần, đầu tiên phù ở mi mắt sau đó lan ra 2 chân và báng bụng, tiểu vàng sậm. Khám ls sinh hiệu bình thường, HA 115/70 mmHg, ghi nhận phù toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm không đau. Tiền căn không ghi nhận bất thường. TPTNT: Ery(-), Protein (++++). XN máu: Albumin 1.8g/dL (người lớn <3, nhi<2.5), Creatinine 36micromol/L, C3 124 mg/dl (<90 là giảm), HbsAg(-), anti HCV(-). Yếu tố nào sau đây là quan trọng nhất giúp tiên lượng bệnh ở bn này?
6. Tuổi
7. Creatinine máu
8. Ery trong TPTNT
9. Sang thương GPB thận
10. **Theo dõi đáp ứng với điều trị corticoid**

Y4 YHDP14

Th nào sau đây cần sinh thiết thận ngay: thứ phát, <6 tháng tuổi, ko thuần túy, C3 giảm. (<1tuoi, đb <3 tháng tuổi nghĩ do gen), cyclosporin 2 năm phải làm sinh thiết.

A. Điề trị corti tấn công 4 tuần vẫn còn đạm niệu 8 tuần (nếu bị tái phát thì điều trị 4w còn đạm niệu gọi là kháng cor muộn)

B. HCTH có kèm tiểu máu vi thể(ko thuần túy) tiểu máu đại thể mới chỉ định sinh thiết

C. Đạm niệu vượt ngưỡng thật hư

D. Thận hư lệ thuộc corti

**E. All sai**

6. (TN lần 2)

1. (Y12- TN lần 1) BN nam 6 tuổi, đến khám vì phù và rạn da vùng bụng.

Tiền sử em đã được chẩn đoán HCTH cách đây 6 tháng tại BV Đồng nai. EM được điều trị vs prednisone 5mg, 8 viên mỗi ngày thì lui bệnh, nhưng sau đó cứ giảm xuống liều 5 viên uống cách ngày thì tái phát lại tính đến nay đã tái phát 2 lần và phải uống tấn công lại 2 lần. Hiện tại em cũng đang uống 5v cách ngày

XN tại phòng khám lần này: TPTNT protein +++, HC –

Kế hoạch điều trị nào phù hợp

HCTH tái phát thường xuyên.

**A.** Tấn công lại prednisone mỗi ngày, nếu lui bệnh tiếp tục giảm liều nhưng giảm chận hơn và theo dõi, chưa cần thêm thuốc thứ 2

**B.** Tấn công lại prednisone mỗi ngày, đồng thời thêm thuốc thứ 2

**C. Tấn công lại prednisone mỗi ngày, khi đạt lui bệnh thêm thuốc thứ 2**

**D.** Tấn công lại prednisone mỗi ngày, khi đạt lui bệnh, tiếp tục theo dõi, đến khi giảm còn 5 v uống cách ngày thì thêm thuốc thứ 2

**E.** Tấn công lại prednisone mỗi ngày, đồng thời cho NV sắp xếp sinh thiết thận

Năm 2016-2017

1. (Nội trú 2017 y11) HCTH kháng corticoid theo quan điểm mới dùng gì quan điểm mới tất cả đều được. (LS hay dùng MMF hoặc cyclosporin. 2012: nên dùng cyclosporin, 2016 xài gì cũng đc)
   1. Cyclophosphamide
   2. **Cyclosporin/Tacrolimus** Calcineurin inhibitor. Chị HÀ nói. only
   3. MMF
2. (Nội trú 2017 y11)HCTH lệ thuốc cor dùng gì (Đầu tay: vẫn là cor?)
   1. a. Cyclophosphamide lệ thuộc hay tái phát ưu tiên cyclophosphamide, chỉ ưu tiên cho trẻ nhỏ do gây vô sinh. 1st choice. → Levamisole (2nd, VN ko có) → MMF (3rd, lớn dùng được) (chị Hà)
   2. Tacrolimus
   3. Cyclosporin
   4. MMF
   5. **Levamisole** vn ko có, thuốc tẩy giun nhưng có thể ảnh hưởng miễn dịch. Quan điểm hiện nay là theo liều, lệ thuộc cor vẫn dùng cor.
3. (Nội trú 2017 y11) Tỉ lệ đáp ứng cor FSGS (Xơ hóa cục bộ từng phần): 20% hay 25 % sgk/143 20-30%
4. (Nội trú 2017 y11) tre nam, 14t, hcth lần đầu, HA 14090 quyết định điều trị 4-8-6 lúc đang điều trị 4 tuần (chưa st) xuất hiện tiểu máu, đạm niệu vẫn dương làm gì
   1. Tiếp tục phác đồ cũ
   2. Sinh thiết ngay
   3. Đổi thuốc
   4. Tấn công đủ 8 tuần rồi sinh thiết
5. (Nội trú 2017 y11) VPMNKNP HCTH do tác nhân: Song cầu Gr+, trực khuẩn Gr – phế cầu, Ecoli
6. (Nội trú 2017 y11) Hình ảnh trong khv quang học sang thương tối thiểu( ng ta hỏi quang học nên đọc đề cho kỹ ): bình thường điện tử: chân giả. Sgk 143.
7. (Nội trú 2017 y11) Liều truyền Albumin trong HCTH: 1g/kg khi sôc giảm thể tích, 4h alb (Tiên tIÊN ghi sai) 20% pha loãng thành 5%., trong lúc truyền alb: 2 tiếng lasix liều 1, 2 tiếng lasix liều 2. (Thầy Trụ mới đổi 4h truyền albumin). Alb sợ phù phổi cấp
8. (Nội trú 2017 y11) Kháng sinh VPMNKNP: C3, Gentamycin
9. (Nội trú 2017 y11) 1 câu thls bé này hcth điều trị cũng 4 tuần r mà đạm niệu còn, hình như có cao ha hay tiểu máu gì đó nói chung nguy cơ k đơn thuần k tối thiểu cao rồi, hỏi nên làm gì: tiếp tục trị / chờ 4 tuần nữa sinh thiết / sinh thiết luôn / thuốc CYP hay gì đó k nhớ.
10. (Nội trú 2017 y11) Định nghĩa kháng thuốc .8w tấn công mà ko về âm tính.

1. (Y4 y12 lần 2 T7-2016) Biến chứng có thể gặp trong HCTH .CHỌN CÂU SAI

A. Tăng đông tắc mạch

B.**Suy tim T, phù phổi** VCTC ứ dịch thì có. HCTH chỉ do điều trị alb biến chứng.

C.Loãng xương

D. Sốc giảm thể tích

E.Viêm phúc mạc

2. (Y4 y12 lần 2 T7-2016) BN nam 5 tuổi, CN 22kgm NV vì phù toàn thân 2 ngày nay. BN có HA 140/80 mmhg, creatinine máu 0.8 mg/dlm TPTNT thấy có /// Ery +++. CĐ nào ph2u hợp nhất CT tính creatinine. Hệ số K theo tuổi

A. HCTH

B. NTT trên

C. VCTC hậu nhiễm liên cầu trùng

D. THA BC thận

E. Viêm cầu thận tiến triển nhanh Cre tăng >25%

3. (Y4 y12 lần 2 T7-2016) BN nam 14 tháng tuổi, CN 8kg suy dinh dưỡng, NV vì phù toàn thân phát hiện 2 hay 3 tuần nay ( đọc ko rõ) Em phù mềm, trắng, ấn lõm, ko đau. HA 90/60 mmHgm Creatinine máu 0.4mg/dl. Albumin máu 1,85 g/dl, protein máu toàn phần giảm, TPTNT protein âm tính, ery âm tính. Chẩn đoán nào sau đây phù hợp nhất

A. HCTH giai đoạn sớm

B. Viêm cầu thậnn tiến triển nhanh

C. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng

D. **Phù do SDD**

E. Nhiễm trùng tiểu

Y13 Y4:

1. Trong HCTH, trẻ dễ bị nhiễm trùng do:

1. Mất yếu tố alpha properdin
2. Giảm alb máu
3. Tăng hoạt tính vi khuẩn
4. **Mất globulin miễn dịch**
5. Tất cả đều đúng

2. Định nghĩa trường hợp HCTH lui bệnh hoàn toàn (complete remission):

1. **BN hết phù và prot niệu trên dipstick <1+ trong 3 ngày liên tiếp**
2. BN còn phù rất nhẹ và đạm niệu/cre niệu > 2mg/mg
3. BN hết phù và đạm/cre niệu > 2mg/mg trong 3 ngày liên tiếp
4. BN hết phù và que thử nước tiểu chuyển sang màu xanh 3 ngày liên tiếp
5. Tất cả đều sai

4. BN nam 6 tuổi, chẩn đoán HCTH 3 tuần nay, đang uống Prednisone 2 mg/kg/ngày, 2 ngày nay bé sốt 38,5, than đau bụng quanh rốn, tiêu lỏng 1 lần. XN máu: WBC 19,5, Neu 90%, CRP 180 mg/L, SAB: có dịch ổ bụng lượng vừa, dạng dịch ko thuần nhất. NN đau bụng nghĩ tới nhiều nhất là:

1. Tiêu chảy NT
2. Viêm ruột
3. Viêm dạ dày do cor
4. **VPM nguyên phát**
5. Tắc mạch mạc treo

Năm 2015-2016

Nội trú: 2016

1) Nguyên nhân ít gặp HCTH thứ phát ở TE: tắc mạch

2) VPMNK NP trong HCTH do tác nhân: song cầu Gr (+) và trực trùng Gr (-)

3) KS điều trị VPMNKNP trong HCTH: C3 + Aminoglycoside

4) Tình huống LS: điều trị phác đồ 4-8-6, sau 4 tuần thấy còn đạm niệu, hỏi

làm gì tiếp?: điều trị thêm cho đủ 8 tuần

5) Tỉ lệ FSGS đáp ứng Corticoid: 25% (SGK ghi 20-30%, đề có đáp án 20% và

25%)

6) Nếu kháng Corticoid: thuốc ưu tiên lựa chọn là: Cyclophosphamide

Năm 2014-2015

Năm 2013-2014

Năm 2012-2013

Năm 2011-2012

Năm 2010-2011