

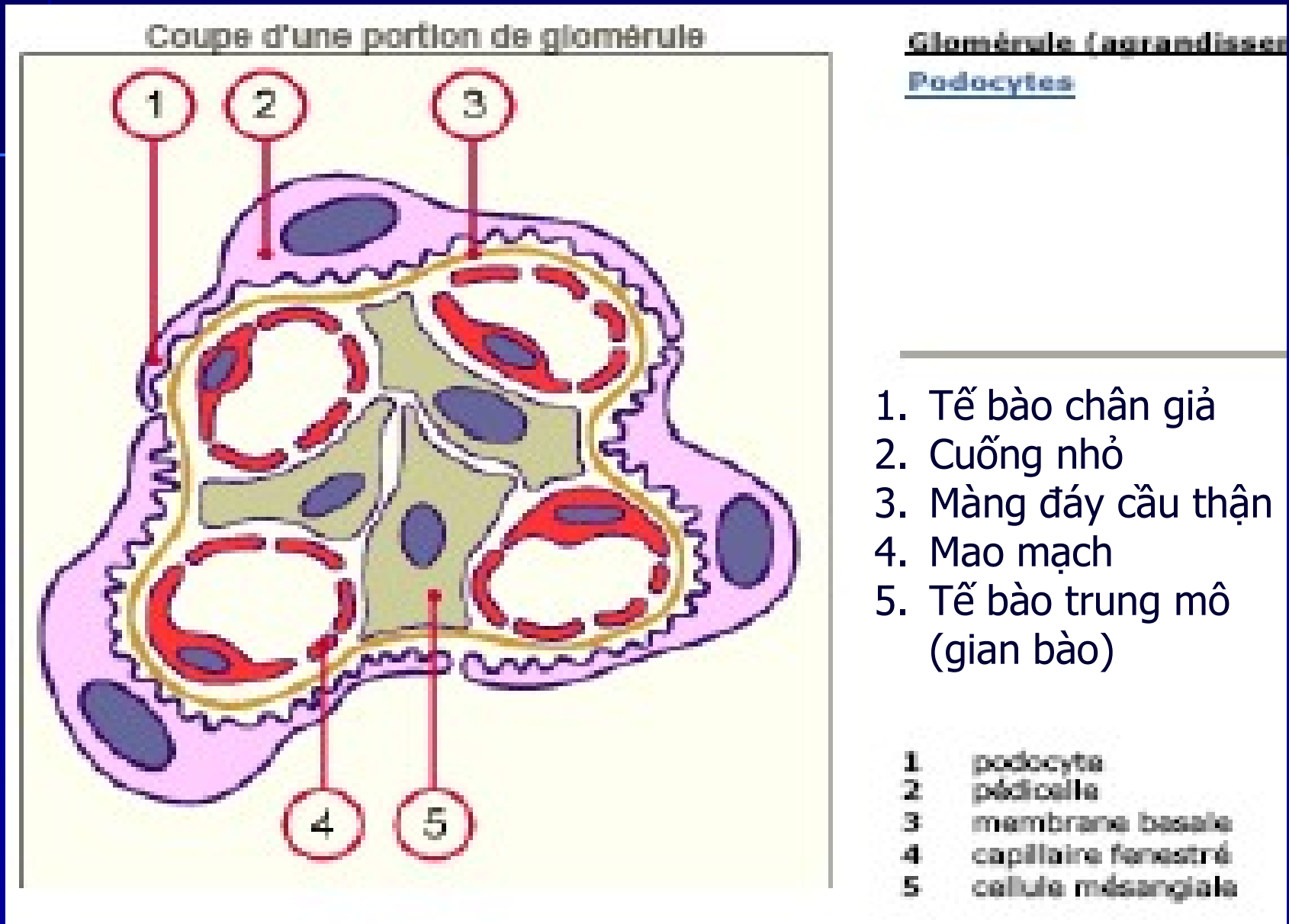
VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

PGS.TS. Trần Thị Mộng Hiệp
BM Nhi – BM YHGĐ Trường ĐHYK PNT
Ng.Trưởng khoa Thận -Máu - Nội Tiết BV Nhi Đồng 2
Giáo sư các Trường ĐHYK tại Pháp

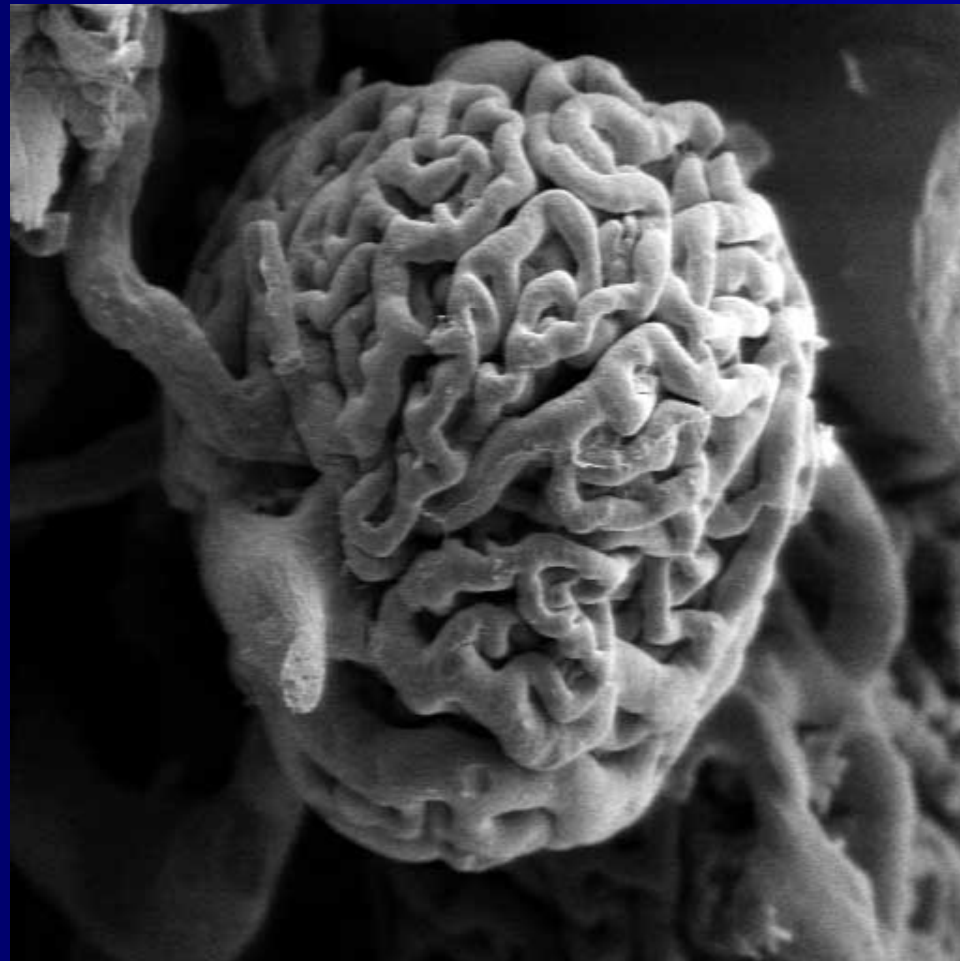
Mục tiêu

1. Trình bày cách phân loại bệnh cầu thận ở trẻ em
2. Liệt kê các triệu chứng lâm sàng, CLS trong viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng
3. Trình bày các nguyên tắc điều trị viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng

Hình cắt ngang cầu thận:



Cầu thận bình thường (dưới kính hiển vi điện tử)



Phân loại các bệnh cầu thận

I. HCTH vô căn (bệnh thận hư)

II. Bệnh cầu thận nguyên phát

III. Bệnh cầu thận thứ phát

IV. HCTH bẩm sinh và ở trẻ nhỏ

V. Nguyên nhân khác

Phân loại các bệnh cầu thận

I. HCTH vô căn (bệnh thận hư):

(xem bài HCTH ở trẻ em)

II. Bệnh cầu thận nguyên phát:

- . Viêm cầu thận (VCT) ngoài màng
- . VCT tăng sinh màng type I và II
- . Bệnh Berger (VCT IgA)

Phân loại các bệnh cầu thận

III. Bệnh cầu thận thứ phát:

VCT cấp hậu nhiễm trùng +++: là bài giảng này

VCT với kháng thể kháng màng đáy cầu thận

VCT trong ban xuất huyết dạng thấp

VCT trong lupus

VCT trong viêm mạch máu hoại tử

VCT thứ phát sau nhiễm virus: HBV, HCV, HIV ký sinh trùng (*Plasmodium Malaria, filariose, lèpre, Schistosoma*)

VCT do thuốc: captopril, penicillamine, phenytoine....

Phân loại các bệnh cầu thận

IV. HCTH bẩm sinh và ở trẻ nhỏ:

- *NPHS1* (Néphrine): HCTH Finlandais
- *NPHS2* (Podocine)
- *WT1* : hc *Drash*, Xơ hóa trung mô lan tỏa
hc *Frasier*
- *NPHS3* (*PLCE1*- Phospholipase C epsilon 1)

Nhiễm trùng (giang mai, CMV, HIV, toxoplasma)

Phân loại các bệnh cầu thận

V. Nguyên nhân khác:

1. Bệnh amylose
2. Hội chứng Alport
3. Loạn sản xương-móng
4. Hội chứng tán huyết, tăng urê máu
5. Bệnh hồng cầu hình liềm
6. Giảm số lượng néphron

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

Thường xảy ra: 2-14 tuổi. Hiếm gặp ở người lớn và trẻ dưới 2 tuổi

Tần suất: tùy mức độ kinh tế của các nước có thu nhập
cao: 0,01 – 0,02ca/năm/1 trẻ dưới 12 tuổi
thấp: 0,06 – 1ca/năm/1 trẻ dưới 12 tuổi

Tại các nước đang phát triển:

90% do Streptocoque β tán huyết nhóm A,
xuất hiện sau 10-21 ngày của đợt nhiễm trùng.

NGUYÊN NHÂN

Nhiễm trùng da và nhiễm trùng họng thường gặp nhất

Nguyên nhân: viêm màng não, viêm tai giữa, viêm xoang

...

Tất cả các tác nhân đều có thể:

- **Vi trùng:** Streptocoque, Staphylocoque, méningocoque, pneumocoque, Haemophilus influenzae, Salmonella Typhi, Mycoplasma pneumoniae...
- **Nấm:** Candida albicans
- **Siêu vi:** thủy đậu, sởi, CMV, parvovirus B19, Epstein-Barr virus
- **Ký sinh trùng:** Plasmodium falciparum

LÂM SÀNG

Biểu hiện đột ngột: bệnh cảnh giữ muối và nước (tăng cân, phù, tiểu ít)

Triệu chứng cầu thận:

Tiểu máu luôn luôn có, thường tiểu máu đại thể, (có thể tiểu máu vi thể)

Tiểu đạm với lượng ít ($< 1\text{g/L}$), hoặc không tiểu đạm. tiểu đạm mức thận hư: 5% các trường hợp

Suy thận: 1/3 các trường hợp, thiếu hoặc vô niệu thường không quá 3 ngày.

LÂM SÀNG

Triệu chứng giữ muối và nước:

- Phù, cao huyết áp
- X quang lồng ngực thẳng: dẫn trung thất, túi cùng màng phổi mờ, hội chứng mô kẽ do ứ đọng
- Dạng nặng cần điều trị cấp cứu:
suy tim trái, phù phổi cấp, cao huyết áp ác tính hoặc phù não, co giật và hôn mê.

CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm thông thường:

- Hội chứng giữ nước với Protid máu và Hematocrit thấp
- Công thức máu: tiểu cầu bt
- Yếu tố chính: C3 giảm thật sớm, C4 bình thường (C3 và C4 đều có thể giảm: cơ chế chưa được biết rõ)
Có thể trở về bình thường trong 48h đầu và < 8-10 tuần
- Tổng phân tích nước tiểu: tiểu máu và tiểu đạm
- Điện di đạm hoặc đo Albumin/máu để tìm hội chứng thận hư đi kèm.

CẬN LÂM SÀNG

2. Xét nghiệm vi trùng học:

- Phết họng thường âm tính. Nếu có nhiễm trùng da, cần phết ngoài da tìm vi trùng.
- Huyết thanh chẩn đoán streptocoque (ASO = antistreptolysine O) tăng, nhưng nhất thiết phải chỉ định xét nghiệm này thường quy

3. Giải phẫu bệnh:

Lâm sàng đột ngột (tiểu máu, giảm bổ thể và tiền căn nhiễm trùng trước đây) giúp chẩn đoán mà không cần sinh thiết thận.

Chỉ định sinh thiết thận:

Vô niệu > 3 - 5 ngày

Tiểu đạm > 2g/ngày

HCTH > 10-15 ngày

Cao HA > 2 -3 tuần

C₃ giảm > 8 - 10 tuần

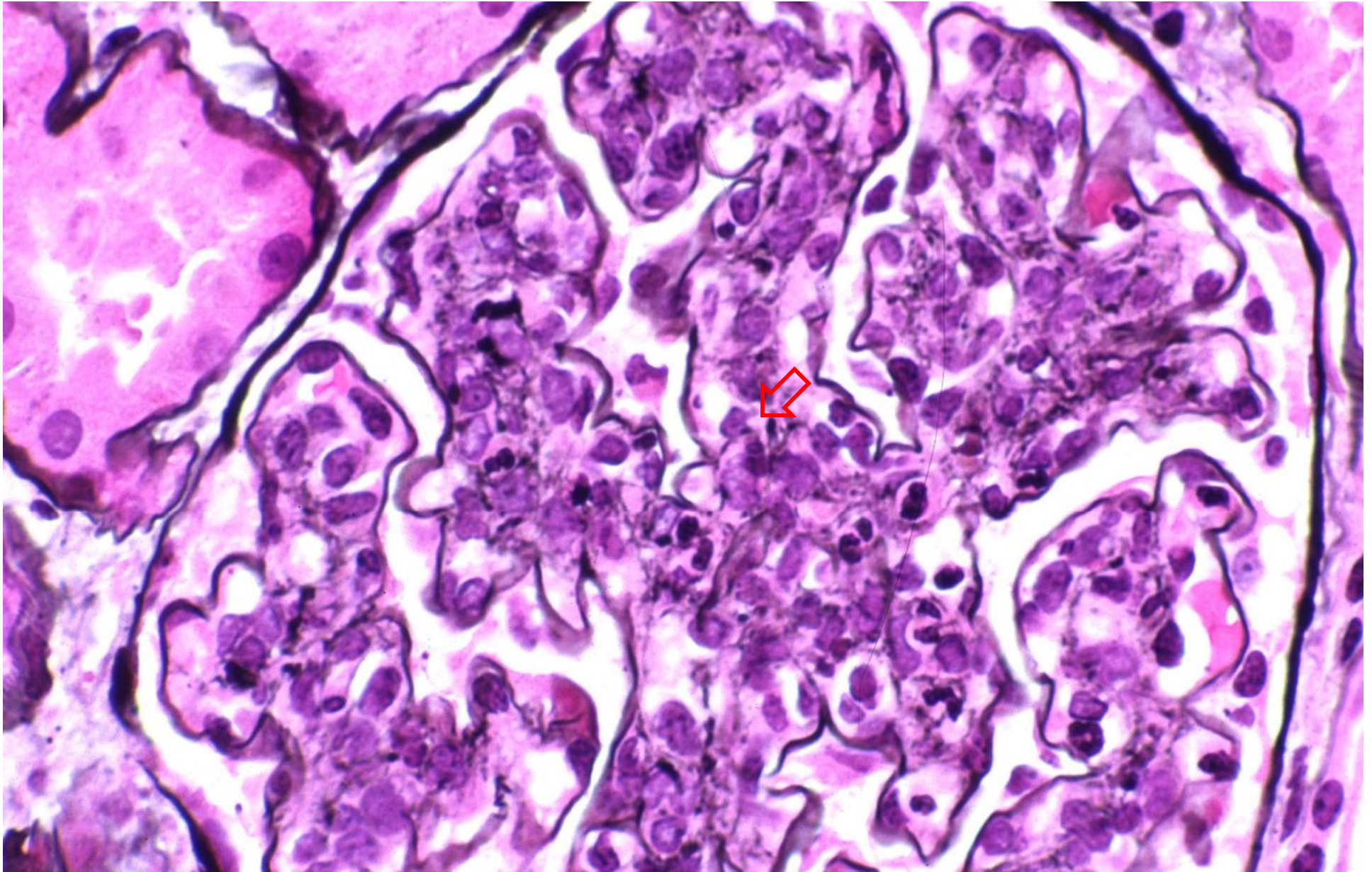
Tiểu máu đại thể > 1 tháng

Tiểu máu vi thể > 1 năm

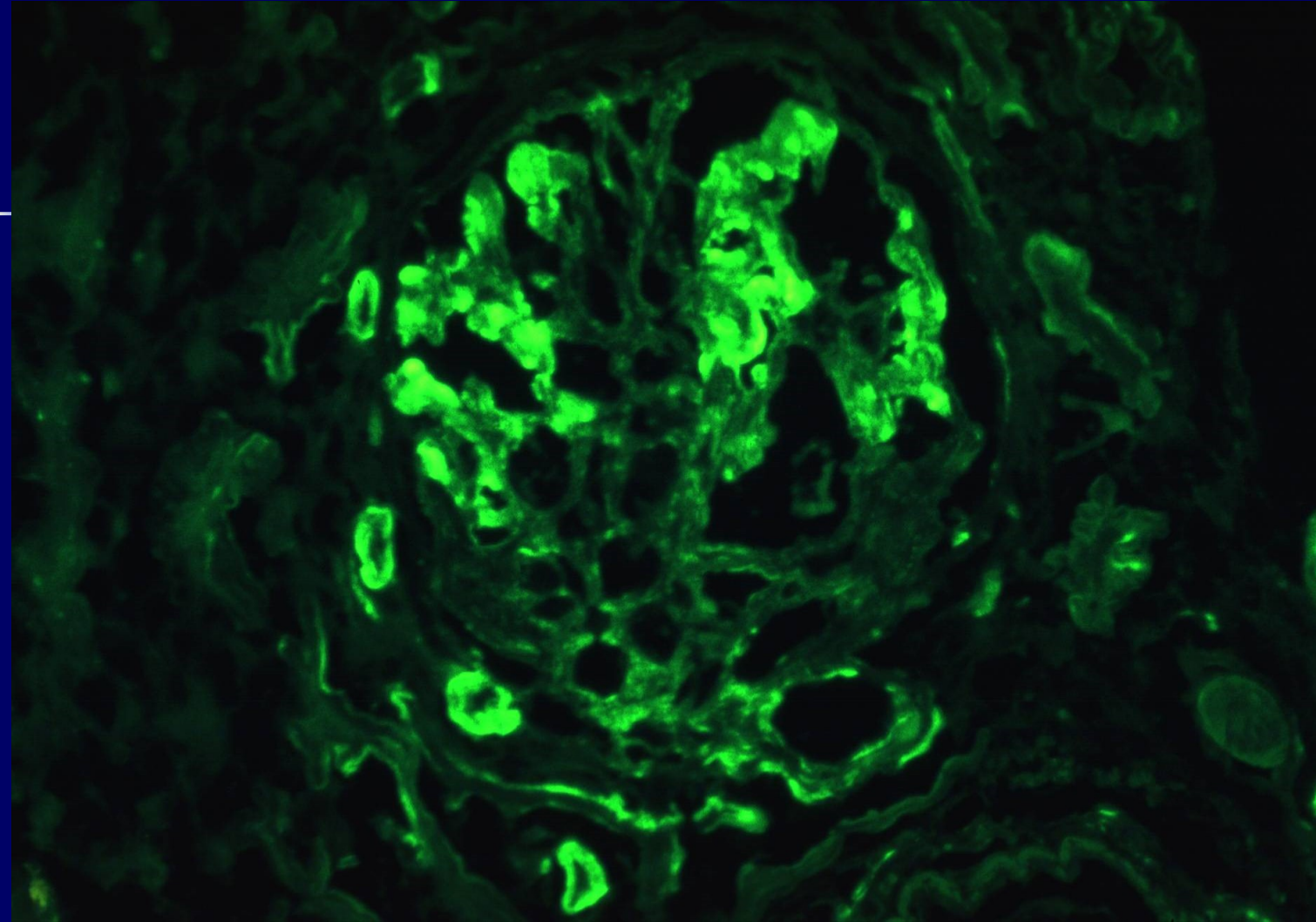
Đạm niệu > 1g/ ngày > 1 tháng

Đạm niệu < 1g/ ngày > 3 - 6 tháng

=> Khi có các chỉ định này, chuyển chuyên khoa



Viêm cầu thận hậu nhiễm trùng, tế bào viêm, tăng sinh trung mô



Copyright © 1998 by the National Kidney Foundation

**Viêm cầu thận hậu nhiễm
trùng, lắng đọng anti C3**

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Ban xuất huyết dạng thấp (Bệnh Henoch Schonlein):
xuất huyết da, đau khớp, \pm xuất huyết tiêu hóa, đau bụng

Hội chứng thận hư: huyết áp bình thường, tiểu đạm nhiều

Các nguyên nhân khác trong hc viêm thận cấp
(phù, cao HA, tiểu máu đại thể, suy thận)

TIẾN TRIỂN - THEO DÕI - DỰ HẬU

- **Thiểu niệu và cao huyết áp** giảm nhanh trong vài ngày
- **Độ lọc cầu thận** trở lại bình thường từ ngày 15 đến tuần thứ 3
- **Tiểu máu đại thể** dứt trong vòng dưới 1 tháng
- **Tiểu máu vi thể** hết trước tháng thứ 6
- **Tiểu đạm** giảm nhanh và chấm dứt trước tháng thứ 3
- **C3** trở lại bình thường giữa tuần thứ 2 đến tuần thứ 10
- **Dự hậu** tốt đối với dạng thông thường
dạng tăng sinh ngoài mao mạch: hiếm, có thể diễn tiến đến xơ hóa cầu thận nếu không điều trị

ĐIỀU TRỊ

1. **Chế độ ăn:** hạn chế nước, muối (0,3 mmol/kg/ngày)
hạn chế đạm và Kali khi có suy thận

2. **Lợi tiểu:** có chỉ định khi phù nhiều và cao huyết áp
Furosemide 2mg/kg TM trong 30 phút.

Có thể lập lại sau 1 giờ nếu không cải thiện.

Khi có suy thận (creatinin máu > 200 μ mol/L hoặc > 22mg/L), dùng liều 3 – 5 mg/kg.

Chuyên khoa: lọc máu ngoài thận khi thiếu niệu hoặc vô niệu, hoặc sau dùng lợi tiểu không hiệu quả.

ĐIỀU TRỊ

3. *Thuốc hạ áp* (khi cao huyết áp được xác định):

Nifédipine (Adalate) dưới lưỡi (viên 10 mg)

1/2 viên (trẻ < 15 kg) hoặc 1 viên (> 15 kg),

lặp lại mỗi 3 - 4 giờ, liều tối đa 2 mg/kg/24 giờ.

Nếu không hiệu quả: Nicardipine (Loxen) (1 ml = 1 mg),
TM

0,5 à 2 g/kg/phút, liều tấn công có thể dùng : 20 g/kg TMC

Điều trị duy trì :

Nifédipine (chậm) : viên 20 mg (1 -2 mg/kg/ngày)
chia 2 - 3 lần

Ở trẻ em, trong trường hợp cao huyết áp ác tính, cần đưa huyết áp về bình thường trong vòng dưới 1 giờ.

ĐIỀU TRỊ

- 4. Điều trị biến chứng:** chuyển chuyên khoa suy tim, phù phổi cấp, suy thận cấp
- 5. Điều trị kháng sinh** khi tồn tại ổ nhiễm trùng (TMH, răng, da...)