

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM (N00)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm cầu thận do cơ chế tự miễn, thường khởi phát bởi nhiễm liên cầu tan huyết β nhóm A ở họng và da. Trong một số trường hợp, có thể có vai trò của siêu vi, kí sinh trùng, *Mycoplasma pneumoniae*...

2. Dịch tễ

- Tuổi 2-12
- Nam/nữ = 2/1
- Thường gặp vào mùa lạnh nhiều hơn;
- Bệnh có thể phát thành dịch theo địa phương, nhiều anh em trong gia đình cùng bị;
- Là bệnh có liên quan đến vệ sinh môi trường, mức sống.

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử

- Phù lần mấy, ngày thứ mấy?
- Có kèm tiểu ít, tiểu đỏ?
- Có viêm họng trước đó 1-2 tuần?

2. Triệu chứng thực thể

- Phù: 90%
- Tiểu máu đại thể: 24-40%
- Cao huyết áp: 80%
- Tiểu máu vi thể: 80%
- Tiểu đạm ở mức thận hư: 4%
- Tiểu đạm thoáng qua: 25%
- Thiếu niệu: 50%
- Vô niệu: hiếm
- 30% nhập viện trong bệnh cảnh biến chứng của cao huyết áp như suy tim, phù phổi cấp, co giật.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Máu:
 - + Ure, creatinin, ion đồ, đạm máu
 - + C3 giảm, C4 không giảm hoặc giảm ít
 - + ASO tăng
- Nước tiểu:
 - + Tổng phân tích nước tiểu
 - + Soi nước tiểu thấy trụ hồng cầu, trụ hạt
 - + Đạm niệu/Creatinin niệu
- Hình ảnh học:
 - + X-quang phổi

- + Siêu âm hệ niệu: không cần làm thường qui.
- Giải phẫu bệnh:
Viêm cầu thận tăng sinh nội mạc mao mạch lan tỏa với tằm nhuận tế bào viêm cấp.
- Chỉ định sinh thiết thận:
 - + Vô niệu 48 giờ
 - + Tăng creatinin máu > 2 tuần
 - + Cao huyết áp > 3-4 tuần
 - + Tiểu máu đại thể > 3-4 tuần
 - + Hội chứng thận hư > 1 tháng
 - + Tiểu đạm > 6 tuần
 - + C3 giảm > 8 tuần
 - + Tiểu máu vi thể > 2 năm
 - + Hội chứng viêm thận "tái phát"

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

2. Chẩn đoán phân biệt

❖ Viêm thận Lupus

Dựa vào:

- Tuổi > 10 tuổi, trẻ gái
- Tổn thương ngoài thận đi kèm
- Diễn tiến không thuận lợi
- C3 và C4 giảm
- Kháng thể Lupus

❖ Bệnh Berger

Dựa vào:

- Viêm họng xảy ra cùng lúc viêm thận
- Viêm cầu thận tái phát
- Diễn tiến bất thường
- Sinh thiết thận có lắng đọng IgA

V. ĐIỀU TRỊ không có điều trị đặc hiệu

1. Kháng sinh

- Không thường qui
- Chỉ định khi có viêm họng hoặc viêm da tiền triển
- Penicilline V 100000 đv/kg/ngày hoặc Erythromycine 50-75 mg/kg/ngày x 10 ngày.

2. Chế độ ăn

- Hạn chế muối nước
- Khi có suy thận: chế độ ăn giảm đạm, kali
- Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có cao huyết áp

3. Hạ áp

- Nifedipine phối hợp Furosemide (*xem bài cao huyết áp*)
- Không nên sử dụng ức chế men chuyển, chống chỉ định ức chế beta. (Xem lại)

4. Lợi tiểu

- Chỉ định: phù, cao huyết áp
- Furosemide 2mg/kg ngày uống đến khi hết phù, cân nặng trở về cân nặng trước lúc bệnh (thường không quá 5 ngày).

5. Điều trị biến chứng

Suy tim, phù phổi cấp, suy thận cấp, tăng kali máu...

6. Thuốc ức chế miễn dịch

- Có 25-40% viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng có tiến triển suy thận nặng. Trong những trường hợp này, cần điều trị phối hợp Methylprednisolone và/hoặc Cyclophosphamide, bàn bạc tùy trường hợp.

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN - XUẤT VIỆN

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán viêm cầu thận cấp cần được nhập viện để theo dõi trong ít nhất 48 giờ đầu.

❖ Tiêu chuẩn xuất viện

- Hết cao huyết áp
- Hết tiểu máu đại thể
- Hết suy thận
- Trẻ có thể xuất viện nếu có phù nhẹ nhưng không cao huyết áp và được dặn dò kỹ chế độ ăn uống.

VII. THEO DÕI - TÁI KHÁM

- Theo dõi huyết áp, phù, creatinin máu, tổng phân tích nước tiểu (đạm, hồng cầu), bổ thể (C3, C4).
- Tái khám mỗi 1 tháng trong 6 tháng đầu, sau đó mỗi 3-6 tháng, đến khi xét nghiệm và huyết áp về bình thường.
- Sau 0-6 tuần: cải thiện tăng huyết áp, phù, tiểu máu đại thể, creatinine máu.
- Sau 8-10 tuần: C3, C4 cải thiện.
- Sau 3, 6, 9 tháng: tiểu máu vi thể và tiểu đạm cải thiện dần.
- Sau 12 tháng: hết tiểu máu vi thể và tiểu đạm.