

## VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

### 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  $\beta$  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 tiêu ít, tiêu đỏ không
- Có viêm họng trước đó 1-2 tuần không.

#### 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
  - + Xq phổi
  - + Siêu âm hệ niệu: không cần làm thường quy
- Giải phẫu bệnh
  - + Viêm cầu thận tăng sinh nội mạc mao mạch lan tỏa với tẩm 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
  - + Bệnh 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 thận tái phát
- Diễn tiến bất thường
- Sinh thiết thận có lắng đọng

#### V. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Kháng sinh

- Không thường qui
- Chỉ định khi có viêm họng hoặc viêm da tiền triển đi
- Penicilline V 100.000 đv/kg hoặc Erythromyciney 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 beta bloquant.
- Có thể phối hợp Labetalol hoặc Dihydralazine khi cao huyết áp nặng.

### **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 (2-3 ngày)

### **5. Điều trị biến chứng**

- Suy tim, phù phổi cấp, suy thận cấp, tăng Kali máu...: xem bài riêng.

### **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.