

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2  
PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

## **CHĂM SÓC BỆNH NHI VIÊM CẦU THẬN CẤP**

### **A. ĐẠI CƯƠNG:**

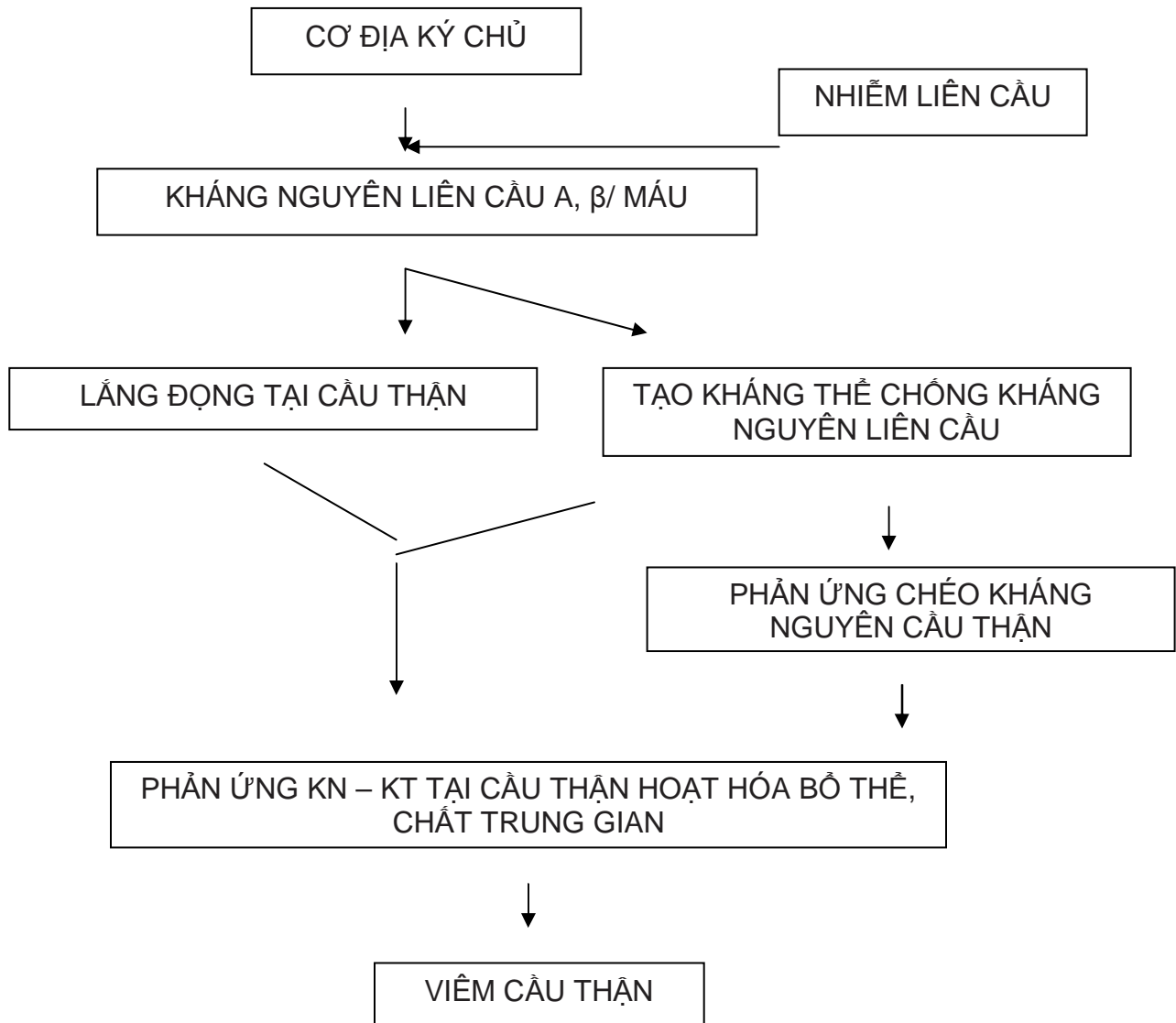
- Viêm cầu thận cấp là tình trạng viêm lan tỏa cấp tính xảy ra ở vi cầu thận gây tiểu máu, tiểu đạm, tiểu ít, phù và giảm độ lọc cầu thận
- Là một bệnh do rối loạn miễn dịch, thường khởi phát bởi tình trạng nhiễm liên cầu  $\beta$  nhóm A, bệnh thường lành tính, tự khỏi 90% các trường hợp. Tiên lượng phụ thuộc vào sự tổn thương ở cầu thận

### **I. NGUYÊN NHÂN:**

- Nhiễm trùng:
  - Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng thường gặp nhất (liên cầu khuẩn  $\beta$  – tan máu nhóm A), lành tính và tự khỏi sau 1- 2 tuần
  - Vi trùng: viêm phổi do phế cầu, nhiễm trùng máu do não mô cầu...
  - Siêu vi: VGSV B, quai bị, sởi, thủy đậu...
  - Ký sinh trùng: sốt rét...
- Bệnh cầu thận nguyên phát: viêm cầu thận tăng sinh màng, bệnh Berger...
- Bệnh hệ thống: Lupus đỏ, Henoch Schonlein
- Các bệnh khác: hội chứng Guillain-Barré, sau chích ngừa bạch hầu, ho gà, uốn ván

### **II. CƠ CHẾ BỆNH SINH:**

Liên cầu khuẩn  $\beta$  – tan máu nhóm A không đến thận, chúng cư trú ở họng, da và gây nên những tổn thương viêm mũi họng, amidan, mũi, xoang, phế quản hoặc ở da đầu, cẳng chân, cẳng tay... Từ đây, liên cầu khuẩn giải phóng ra các độc tố (kháng nguyên). Các kháng nguyên này vào máu, kích thích hệ thống miễn dịch sinh ra kháng thể. Phản ứng KN-KT cùng với sự tham gia của bổ thể  $C_3$  gây nên các tổn thương viêm ở mao mạch toàn cơ thể, nhưng tổn thương chủ yếu là ở mao mạch cầu thận: phù nề và tăng sinh các tế bào dẫn đến tăng tính thấm và hẹp lòng mao mạch cầu thận  $\rightarrow$  tất cả các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh VCTC



### **YẾU TỐ NGUY CƠ:**

- Tuổi: 3 – 5 tuổi thường bị viêm da, chốc đầu; 7 – 15 tuổi thường bị viêm họng, viêm amidan
- Nam:Nữ = 2:1 ở những trường hợp có biểu hiện lâm sàng, ở những thể không triệu chứng nam nữ bằng nhau
- Cơ địa: dị ứng
- Thời tiết: lạnh đột ngột dễ bị viêm họng, viêm amidan
- Vệ sinh răng miệng và da kém

### **III. LÂM SÀNG:** Thể điển hình Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng

- Khởi phát sau nhiễm liên cầu trùng: sau viêm họng 7 – 10 ngày, sau nhiễm trùng da khoảng 14 ngày. Sau đó phù nhẹ ở mi mắt, tiểu ít, tiểu đỏ, HA thường tăng

- Phù: xảy ra đột ngột vào buổi sáng thức dậy, thấy mí mắt phù nhẹ, sau đó lan ra toàn thân. Phù thường nhẹ, ít khi phù nhiều. Phù mềm, ấn lõm
- Tiểu ít: thiếu niệu ( $V_{NT} < 300\text{ml/m}^2/24\text{h}$ ), vô niệu ( $V_{NT} < 100\text{ml/m}^2/24\text{h}$ )

$$S_{da} = \sqrt{\text{cân nặng} \times \text{chiều cao} / 3600} \quad \text{hay} = 4P + 7 / P + 90$$

Ví dụ: trẻ 5 tuổi, cân = 17kg, cao = 110cm  $\rightarrow S_{da} = 0,72 \text{ m}^2 \rightarrow$  thiếu niệu khi  $V_{NT} < 210\text{ml}/24\text{h}$ , vô niệu khi  $V_{NT} < 70\text{ml}/24\text{h}$

- Tiểu đỏ đại thể: thường xảy ra 30 – 50% trẻ. Tiểu màu đỏ hay màu trà đậm. Mỗi ngày đi tiểu ra máu 1 – 2 lần trong tuần đầu, sau đó thưa dần 3 – 4 ngày đi một lần rồi hết hẳn
- Huyết áp cao: có ở 50 – 90% trẻ. HA cao ở cả 2 trị số: tâm thu và tâm trương, thường tăng nhẹ 10 – 20 mmHg. Khoảng 5% có triệu chứng thần kinh do cao HA: nhức đầu, ói, co giật, lơ mơ
- Đôi khi trẻ đến với biến chứng nặng: suy tim, phù phổi cấp, bệnh cảnh não do cao HA hay suy thận cấp
- Có một số trẻ không có biểu hiện trên lâm sàng

#### IV. CÂN LÂM SÀNG:

- Máu:
  - Bạch cầu tăng nhẹ, đa nhân trung tính tăng
  - VS tăng nhẹ
  - Bỏ thể máu:  $C_3$  giảm,  $C_4$  bình thường hoặc giảm ít

(Bỏ thể là các thành phần không chịu nhiệt có mặt cả trong huyết thanh bình thường giúp cho phản ứng KN – KT biểu lộ thêm nhiều hoạt tính sinh học khác, sự ly giải tế bào hay vi khuẩn chỉ là 1 trong những hoạt tính trên. Khi  $C_3$  dính trên bề mặt các vi khuẩn, các đơn bào... thì biến các vi sinh vật này thành mục tiêu của đáp ứng miễn dịch như bị thực bào – ly giải)

- Urê – Creatinin bình thường hoặc có thể tăng  $\rightarrow$  độ lọc cầu thận giảm
  - Kali bình thường hoặc tăng nhẹ
  - ASO tăng
- Nước tiểu: có nhiều hồng cầu, bạch cầu, trụ hồng cầu, trụ hạt...; có đạm ít  $< 3\text{g}/24\text{h}$
- Phết họng hay cấy da có thể có liên cầu trùng

#### V. BIẾN CHỨNG:

- Cao huyết áp

- Suy thận cấp: 1 – 2% VCTC hậu nhiễm trùng tiến triển nhanh đến STC
- Suy tim cấp
- Phù phổi cấp
- Về lâu dài đa số khỏi hoàn toàn:
  - ❖ Phù, tiểu ít, huyết áp cao thường mất trong 1 – 2 tuần
  - ❖ C<sub>3</sub> về bình thường trong 8 tuần
  - ❖ Tiểu đạm hết trong 3 – 6 tháng
  - ❖ Tiểu máu vi thể hết trong 1 năm

## **B. QUY TRÌNH CHĂM SÓC:**

### **❖ Nhân định:**

- Hỏi bệnh nhi và thân nhân:
  - Phù: xuất hiện từ bao giờ? Phù lần đầu hay nhiều lần? Phù ở đâu trước? Phù tăng nhanh hay từ từ?
  - Nước tiểu: bình thường hay tiểu ít? Số lượng nước tiểu trong 24h? Màu sắc nước tiểu? Tiểu thành tia hay rỉ? Có cảm giác đau, buốt khi đi tiểu không?
- Quan sát:
  - Da có mụn nhọt? Hay dấu vết sẹo bệnh ngoài da
  - Có bị viêm họng?
  - Đang uống thuốc gì?
  - Đo huyết áp xem có cao không
  - Dấu hiệu phù
  - Có tăng cân không?
  - Nước tiểu: màu sắc, số lượng, tính chất

### **❖ Chẩn đoán điều dưỡng:**

- Trẻ mệt mỏi do phù nhiều, tiến triển của bệnh
- Dinh dưỡng không đủ do mất đạm
- Dễ nhiễm trùng do sức đề kháng giảm
- Tuân thủ chế độ dùng thuốc
- Vệ sinh cho trẻ
- Chế độ điều trị và theo dõi đặc biệt

### **❖ Can thiệp điều dưỡng:**

1. Chế độ nghỉ ngơi: được chỉ định khi trẻ phù nhiều, tiểu ít, cao HA

- Nằm nghỉ ngơi hoàn toàn tại giường trong giai đoạn cấp
- Bệnh nhi hoạt động lại bình thường sau 2 – 3 tuần
- Tránh hoạt động gắng sức trong 3 – 6 tháng

## 2. Chế độ ăn uống:

- Ăn nhạt tuyệt đối trong giai đoạn cấp
- Ăn lạt tuyệt đối tùy theo mức độ phù, tiểu ít, HA cao trong 1 – 2 tuần: tất cả các món ăn của trẻ hoàn toàn không cho muối. Cần động viên, giám sát chế độ ăn này của trẻ
- Khi bệnh nhi hết phù thì cho trẻ ăn chế độ ăn lạt tương đối (là chế độ ăn với lượng muối tăng dần): 1 muỗng cà phê # 5gr muối
  - 0,5g/ngày trong 1 – 2 tuần đầu
  - 1g/ngày trong 1 – 2 tuần tiếp theo
  - 1,5g/ngày trong 1 – 2 tuần kế tiếp
  - 2g/ngày trong 1 – 2 tuần cuối
- Sau 4 – 8 tuần ăn lạt tương đối, trẻ có thể ăn mặn bình thường
- Hạn chế uống nước tùy thuộc vào số lượng nước tiểu, tình trạng bệnh

*Lượng nước đưa vào cơ thể = lượng nước tiểu của ngày hôm trước + 200ml là lượng nước mất đi không nhìn thấy*

- Hạn chế thức ăn giàu protein khi trẻ thiếu niệu hoặc vô niệu, nhưng phải đảm bảo cho cơ thể lượng protein 1g/kg/ngày, nghĩa là 5 – 6gr thịt/kg/ngày hoặc 8 – 10gr cá/kg/ngày
- Hạn chế các loại thức ăn giàu Kali như chuối, cam, dứa, phô mai, sôcôla, bánh mì...
- Cần động viên, giám sát chế độ ăn này của bệnh nhân

## 3. Chống nhiễm trùng:

- Vệ sinh da và tai mũi họng hàng ngày nhằm loại trừ các ổ nhiễm trùng
- Kháng sinh Penicilline 100.000đơn vị/kg/ngày hoặc Erythromycine 30 – 50 mg/kg/ngày dùng trong 10 ngày khi có viêm họng hoặc viêm da đang tiến triển
- Thuốc lợi tiểu ( Furosemid 2mg/kg/ngày) được dùng trong trường hợp phù, tiểu ít, cao HA. Chỉ nên dùng thuốc vào buổi sáng và trưa để tránh gây mất ngủ cho bệnh nhân
- Thuốc hạ áp (Nifedipine) được dùng khi bệnh nhân có cao HA
- Ăn nhiều chất đạm khi trẻ không trong tình trạng thiếu niệu hay vô niệu

4. Theo dõi:

- Huyết áp: đo ít nhất 2 lần trong ngày, theo dõi sát nếu bệnh nhân có cao HA
- Cân nặng: mỗi ngày thức dậy cân
- Lượng nước tiểu trong 24h, màu sắc...
- Lượng nước xuất nhập: lượng nước đưa vào cơ thể = lượng nước tiểu/24h + 200ml lượng nước mất không nhìn thấy/24h
- Chức năng thận, TPTNT mỗi 3 – 5 ngày
- Phát hiện sớm các biến chứng:

CÁC BIẾN CHỨNG	DẤU HIỆU NHẬN BIẾT	XỬ TRÍ BAN ĐẦU
Cao huyết áp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Là dấu hiệu gián tiếp về tình trạng viêm, phù nề, tăng sinh tế bào trong cầu thận gây tăng tiết renin, hoạt hóa hệ thống co mạch dẫn đến tăng huyết áp</li> <li>- Bệnh nhân cảm giác:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Đau đầu dữ dội</li> <li>➢ Choáng váng</li> <li>➢ Co giật</li> <li>➢ Hôn mê</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nằm nghỉ ngơi tuyệt đối</li> <li>- Thực hiện y lệnh thuốc hạ áp nhanh</li> <li>- Theo dõi HA 1h/lần trong 24h đầu, sau đó mỗi 6h</li> </ul>
Suy tim cấp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thường kèm cao HA kịch phát</li> <li>- Biểu hiện:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Khó thở dữ dội</li> <li>➢ Toát mồ hôi</li> <li>➢ Tím tái</li> <li>➢ Thở nhanh và nông</li> <li>➢ Ho và khạc ra bọt hồng</li> <li>➢ Nhịp tim nhanh</li> <li>➢ Huyết áp giảm</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nằm đầu cao 60<sup>0</sup> - 90<sup>0</sup></li> <li>- Hút đàm nhớt</li> <li>- Thở oxy hoặc NCPAP theo y lệnh</li> <li>- Thực hiện y lệnh thuốc hạ áp</li> </ul>

Phù phổi cấp	Là giai đoạn muộn của suy tim cấp	Như trên
Suy thận cấp	Tiểu ít, số lượng nước tiểu 200 – 500 ml/ngày Kéo dài 6 – 7 ngày Kèm theo tăng urê – creatinin máu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hạn chế nước</li> <li>– Chế độ ăn nhạt tuyệt đối</li> <li>– Theo dõi lượng nước xuất nhập hàng ngày</li> </ul>

**TÓM LẠI:** Bệnh nhân Viêm cầu thận cấp cần theo dõi:

- Huyết áp
- Phù: xuất hiện trước ở đâu, mức độ phù, tính chất phù (mềm, ấn lõm)
- Cân nặng
- Nước tiểu: số lượng trong 24h, màu sắc
- Chế độ ăn nhạt + hạn chế uống nước
- Nghỉ ngơi

**VI. PHÒNG BỆNH – GIÁO DỤC SỨC KHỎE:**

- Tích cực điều trị các ổ nhiễm trùng sớm nhất là tai mũi họng, viêm mủ da
- Rửa tay thường xuyên
- Vệ sinh cá nhân, nhất là vệ sinh răng miệng và da hàng ngày
- Nâng cao thể trạng, sức đề kháng
- Tránh nhiễm lạnh khi thời tiết thay đổi
- Sau khi ra viện các bệnh nhân VCTC phải được theo dõi trong 1 tháng, 2 tháng, 4 tháng, 6 tháng, 1 năm. Tránh mọi hoạt động gắng sức trong 6 tháng

**DUYỆT BAN GIÁM ĐỐC**

**TRƯỞNG PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

CNDD. Nguyễn Thị Kim Liên