

HENOKH SCHONLEIN

I. ĐỊNH NGHĨA: Henoch Schonlein là thể viêm mạch máu thường gặp nhất ở trẻ em, ảnh hưởng tới các mạch máu nhỏ ở các cơ quan đặc biệt là da, khớp, đường tiêu hóa và thận. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 10 tuổi, ít gặp ở nữ nhi và người lớn, nam nhiều hơn nữ. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, không có xét nghiệm cận lâm sàng chuyên biệt, dù sự hiện diện của IgA ở mẫu sinh thiết da và thận bị tổn thương hỗ trợ cho chẩn đoán.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi bệnh:

- Ban xuất huyết: đặc điểm, vị trí, thời điểm xuất hiện và triệu chứng đi kèm.
- Đau bụng: tính chất, vị trí, nôn ói, tiêu máu?
- Đau, sưng khớp: vị trí, thời gian
- Tiểu đỏ: có / không?

b. Khám lâm sàng:

- Tổng trạng: thường khỏe, không sốt hay sốt nhẹ, mạch, huyết áp ổn.
- Ban xuất huyết: đối xứng, chủ yếu ở mặt dưới của chi dưới, mông, cẳng tay (chừa thân người). Ban khởi đầu giống dát dạng mề đay, không ngứa, màu hồng, hơi nhô, sau đó xuất hiện các mảng xuất huyết đường kính từ vài mm đến 2 cm.
- Đau khớp: đau, phù mô mềm quanh khớp (cổ chân, gối, khuỷu, cổ tay), thường thoáng qua không để lại di chứng.
- Đau bụng: đau quặn từng cơn có thể kèm nôn ói, tiêu máu. Khám không có điểm đau cụ thể, không phản ứng thành bụng.
- Tiểu máu, phù toàn thân.
- Các dấu hiệu hiếm có thể gặp:
 - Tổn thương thần kinh: rối loạn tâm thần, nhức đầu, co giật....
 - Dấu hiệu nguy kịch: xuất huyết tiêu hóa nặng, lồng ruột, thủng ruột.

c. Đề nghị xét nghiệm:

- CTM-TC đếm, TS, TC
- TPTNT: mỗi tuần đến khi hết các biểu hiện lâm sàng
- Đạm niệu 24 giờ
- Urê, Créatinin máu: nếu có bất thường TPTNT
- SA bụng: nếu có triệu chứng đau bụng.
- Sinh thiết da, khi cần.
- Sinh thiết thận: tiểu đạm > 30 mg/kg/ngày.

2. Chẩn đoán:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng: ban xuất huyết da điển hình kèm đau bụng, tổn thương khớp.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm trùng huyết não mô cầu: tổng trạng nguy kịch, sốc nhiễm trùng, cấy máu, phết tử ban (+).
- Xuất huyết giảm tiểu cầu: xuất huyết dạng điểm, mảng, số lượng tiểu cầu giảm.
- Bụng ngoại khoa: khám bụng có điểm đau cụ thể, phản ứng thành bụng, không có ban xuất huyết ở da, SA bụng (+).
- Các thể viêm mạch máu khác: Lupus đỏ, viêm đa động mạch dạng nút...

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Chỉ điều trị triệu chứng, không có điều trị đặc hiệu
- Corticoid chỉ dùng khi có triệu chứng tiêu hóa hoặc thận nặng.

2. Tổn thương ngoài thận:

- Đau khớp: giảm đau bằng Acemol, kháng viêm Nonsteroid
- Đau bụng: Prednisone 1 – 2 mg/kg/ngày, trong 1 – 2 tuần rồi ngưng.
- Nếu có xuất huyết tiêu hóa: Hydrocortisone 5mg/kg/lần, 3 – 4 lần/ngày TMC hay: Methylprednisolone 2mg/kg/ngày TMC.
- Đối với các trường hợp có biểu hiện tiêu hóa (đau bụng, xuất huyết tiêu hóa) nên hạn chế dinh dưỡng đường tiêu hóa (nhịn ăn, dùng đường TM).

3/. Tổn thương thận:

- Corticoid không ngăn ngừa được diễn tiến tổn thương thận.
- Nếu sinh thiết thận có sang thương liềm $\geq 50\%$ cầu thận (độ IV, V):
Methylprednisolone 600 mg/m²da/liều, 3 liều cách ngày TTM.
Sau đó, Prednisone 30 mg/m²da/ngày (uống), trong 1 tháng
30 mg/m²da/cách ngày (uống), trong 2 tháng
15 mg/m²da/cách ngày (uống), trong 2 tuần.
- Ngoài ra, có nhiều phác đồ điều trị viêm thận do Henoch Schonlein: Azathioprine, Cyclophosphamide, Chlorambucil, Rifampicin, thuốc kháng đông và thuốc kháng tiểu cầu....

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Mục tiêu: phát hiện biến chứng và diễn tiến tổn thương thận.
- Tái khám mỗi 1 – 3 tháng.

Theo dõi: phù, cao huyết áp, tiểu máu. TPTNT, Urê, Crêatinine máu (mỗi 3 – 6 tháng, nếu có bất thường TPTNT)