

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bằng prednisolon của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát

Phạm Thị Quỳnh Vân^{1*}, Trần Khánh Vinh¹, Nguyễn Việt Hà¹, Trần Đức Tâm¹, Đoàn Thị Linh¹

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
² Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

*Tác giả liên hệ

Phạm Thị Quỳnh Vân
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0945869226
Email: ptqvan@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 02/07/2025
Ngày phân biên: 05/07/2025
Ngày duyệt bài: 08/08/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát bằng prednisolon ở trẻ em tại Hải Phòng. **Đối tượng:** 45 bệnh nhi được chẩn đoán Hội chứng thận hư tiên phát được theo dõi và điều trị nội ngoại trú tại khoa Nội Tổng Hợp – Bệnh Viện Trẻ Em từ 1/5/2024 đến 30/4/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu. **Kết quả:** Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ 3,5/1 (có 35 nam và 10 nữ). Tuổi trung bình mắc bệnh là 10,8 tuổi, nhóm tuổi từ 10-16 tuổi chiếm 64,5%. Trẻ sống ở nông thôn nhiều hơn thành thị với tỷ lệ 3,1/1,4. Các bệnh nhi trong nghiên cứu có tỷ lệ phù là 100%, tăng huyết áp (6,7%), thiếu niệu (2,2%), đái máu (2,2%), tràn dịch đa màng (17,8%), tỷ số protein niệu/creatinin niệu trung bình là 1070 mg/mmol, albumin máu giảm (trung bình 22,9g/l), cholesterol máu tăng cao (trung bình 9,6 mmol/l). Đáp ứng điều trị với corticosteroid là 86,7% với thời gian đáp ứng trung bình là 10,4 ngày. Mức độ thuyên giảm hoàn toàn sau 4 tuần điều trị là 86,7% trong đó bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát thể đơn thuần chiếm 90,3%. **Kết luận:** Bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát phần lớn là nam, chủ yếu ở lứa tuổi học đường, triệu chứng chủ yếu là phù, giảm albumin máu và protein niệu tăng cao. Bệnh đáp ứng tốt với corticosteroid và phần lớn thuyên giảm hoàn toàn sau 4 tuần điều trị.

Từ khóa: Hội chứng thận hư tiên phát, trẻ em, điều trị, prednisolon.

Epidemiological and clinical characteristics and evaluation of treatment outcomes with prednisolone in pediatric patients with primary nephrotic syndrome

ABSTRACT: Objective: To evaluate certain epidemiological and clinical characteristics, as well as treatment outcomes of primary nephrotic syndrome in children treated with prednisolone in Hai Phong. **Subjects:** A total of 45 pediatric patients diagnosed with primary nephrotic syndrome who were monitored and treated as inpatients and outpatients at the General Internal Medicine Department – Hai Phong Children's Hospital from May 1, 2024, to April 30, 2025. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data collection. **Results:** The incidence was higher in males than in females with a ratio of 3.5:1 (35 males and 10 females). The mean age of disease onset was 10.8 years, with the 10–16 age group accounting for 64.5% of cases. Children living in rural areas were more affected than those in urban areas, with a rural-to-urban ratio of 3.1:1.4. Edema was present in 100% of cases, while

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

hypertension was observed in 6.7%, oliguria in 2.2%, hematuria in 2.2%, and polyserositis in 17.8%. The mean urinary protein-to-creatinine ratio was 1070 mg/mmol. Hypoalbuminemia was observed with a mean serum albumin level of 22.9 g/L, and hypercholesterolemia with a mean cholesterol level of 9.6 mmol/L. The treatment response rate to corticosteroids was 86.7%, with a mean time to response of 10.4 days. The complete remission rate after 4 weeks of treatment was 86.7%, with 90.3% of these cases classified as the steroid-sensitive (minimal change) subtype. **Conclusion:** Most pediatric patients with primary nephrotic syndrome were male and of school age. The predominant clinical features were edema, hypoalbuminemia, and marked proteinuria. The disease showed a good response to corticosteroid therapy, with the majority achieving complete remission within 4 weeks.

Keywords: Primary nephrotic syndrome, children, treatment, prednisolone.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là một rối loạn lâm sàng và sinh hóa đặc trưng bởi tình trạng protein niệu ồ ạt, dẫn đến giảm albumin máu, tăng lipid máu, phù nề toàn thân và nhiều biến chứng khác, trong đó hội chứng thận hư tiên phát là hay gặp nhất. Nguyên nhân chính là do tăng tính thấm của màng đáy cầu thận bị tổn thương, thường liên quan đến các bệnh lý cầu thận nguyên phát như: sang thương tối thiểu, bệnh cầu thận màng, xơ hóa cầu thận ổ cục bộ, và bệnh cầu thận màng tăng sinh [1, 2]. Trên toàn cầu, tỷ lệ mắc mới hàng năm ước tính khoảng 2–7/100.000 trẻ em, trong đó trẻ nam mắc bệnh nhiều gấp đôi trẻ nữ (tỷ lệ nam:nữ là 2:1). Độ tuổi khởi phát bệnh thường gặp nhất là từ 2 đến 6 tuổi. Tại Việt Nam, theo thống kê tại Bệnh viện Nhi Trung ương, mỗi năm ghi nhận trung bình 142 trường hợp mắc hội chứng thận hư, trong đó phần lớn là hội chứng thận hư tiên phát, chiếm khoảng 1,7% số bệnh nhi điều trị nội trú [3].

Corticosteroid là lựa chọn điều trị đầu tay trong hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em, với khoảng 90% đáp ứng tốt và được xếp vào thể nhạy cảm với steroid. Trong đó, khoảng 80% thuộc thể phụ thuộc steroid, dễ tái phát khi giảm hoặc ngừng thuốc [4]. Ngược lại, thể kháng steroid, khó điều trị và dễ gặp biến

chứng nặng như nhiễm trùng, tắc mạch, tổn thương thận cấp, tăng huyết áp, suy thận mạn, cũng như các tác dụng phụ do lạm dụng steroid như: hội chứng Cushing, béo phì, chậm phát triển thể chất, loãng xương, rối loạn hành vi và giảm thị lực. Ước tính 35–50% trẻ kháng steroid sẽ tiến triển đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối sau 5–10 năm [3]. Prednisolon là corticosteroid được sử dụng phổ biến và hiệu quả nhất hiện nay.

Ghi nhận của các nghiên cứu về hội chứng thận hư tiên phát là khác nhau với từng địa phương. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này tuy nhiên tại Thành phố Hải Phòng còn rất ít. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Trẻ em như thế nào và kết quả điều trị bằng prednisolone ra sao? Là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện Trẻ Em từ 1/5/2024 đến 30/4/2025.
2. Nhận xét kết quả điều trị bằng prednisolon của những bệnh nhi trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng
Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

thận hư tiên phát được theo dõi và điều trị nội, ngoại trú tại khoa Nội Tổng Hợp - Bệnh viện Trẻ Em, từ 1/5/2024 – 30/4/2025.

Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân

Bệnh nhi từ 1 đến 16 tuổi, nhập viện với chẩn đoán Hội chứng thận hư tiên phát. Bệnh nhi được chẩn đoán xác định và điều trị theo tiêu chuẩn của KDIGO 2021: Phù, protein niệu 24h > 50mg/kg/24h (hoặc protein niệu/creatinin niệu > 200mg/mmol), albumin < 30g/L [5].

Phân loại:

- Theo lâm sàng chia làm 2 nhóm:

Hội chứng thận hư tiên phát thể đơn thuần: Lâm sàng chỉ biểu hiện hội chứng thận hư tiên phát, không có triệu chứng của viêm thận như: hồng cầu niệu (+), tăng huyết áp.

Hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp: Lâm sàng biểu hiện hội chứng thận hư tiên phát và kết hợp với triệu chứng của viêm thận như: hồng cầu niệu > (+), tăng huyết áp.

- Theo mức độ đáp ứng chia làm 3 nhóm:

Hội chứng thận hư tiên phát thuyên giảm hoàn toàn: Sau 4 tuần điều trị bằng prednisolon 2mg/kg/ngày, bệnh thuyên giảm hoàn toàn (hết phù, protein niệu âm tính hoặc vết > 3 lần liên tiếp).

Hội chứng thận hư tiên phát thuyên giảm một phần: Sau 4 tuần điều trị bằng prednisolon 2mg/kg/ngày, bệnh nhân hết phù, tỉ số protein/creatinin niệu 20-200mg/mmol và albumin máu > 30 g/l.

Hội chứng thận hư tiên phát không thuyên giảm: Sau 4 tuần điều trị như trên, bệnh không thuyên giảm, tỉ số protein/creatinin niệu > 200mg/mmol.

- Phân loại theo thể đáp ứng với điều trị chia làm 3 nhóm:

Hội chứng thận hư tiên phát nhạy steroid - SNSS: Lùi bệnh hoàn toàn sau 4 tuần điều trị bằng prednisone hoặc prednisolon ở liều tiêu chuẩn (60mg/m²/24h hoặc 2mg/kg/24h, tối đa 60mg/24h).

Hội chứng thận hư tiên phát kháng corticoid

- SRNS: Không lùi bệnh hoàn toàn sau 4 tuần điều trị bằng prednisone hoặc prednisolon ở liều tiêu chuẩn (60mg/m²/24h hoặc 2mg/kg/24h, tối đa 60mg/24h).

Hội chứng thận hư tiên phát phụ thuộc steroid SDNS: Là tình trạng tái phát ≥ 2 lần liên tiếp trong quá trình giảm liều prednisolon hoặc tái phát trong vòng 14 ngày sau khi ngừng prednisolon.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhi mắc hội chứng thận hư thứ phát sau các bệnh như: Lupus ban đỏ, hội chứng Scholein-Henoch, ...

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Chọn mẫu: Thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

Các biến số

Lâm sàng: Tuổi nhập viện, giới tính, địa dư, phù, huyết áp, số lượng nước tiểu, đái máu, tràn dịch đa màng.

Cận lâm sàng: Chỉ số protein niệu/creatinin niệu, protein máu, albumin máu, cholesterol máu, tryglycerid máu, HDL-C.

Điều trị: điều trị hội chứng thận hư tiên phát bằng prednisolon theo tiêu chuẩn KDIGO 2021, thời gian điều trị tính từ ngày bệnh nhi sử dụng prednisolon đến khi protein niệu trở về bình thường, đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị và kết quả điều trị bằng prednisolon.

Thu thập số liệu

Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng bao gồm nội trú và ngoại trú, trong đó ghi đầy đủ thông tin: Hành chính, bệnh sử, tiền sử, lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến và biến chứng suốt quá trình điều trị. Tiến hành thu thập thông tin từ bệnh án, xây dựng mẫu bệnh án nghiên cứu, ghi chép kết quả tỉ mỉ, chính xác, trung thực.

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để nhập và xử lý số liệu.

Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng xét duyệt và được sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện Trẻ Em. Các số liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=45)

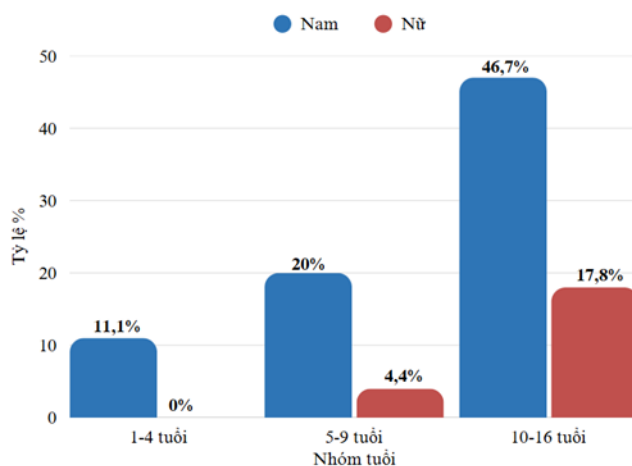
	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	35	77,8
	Nữ	10	22,2
Nhóm tuổi	Từ 1 tuổi đến < 5 tuổi	5	11,1
	Từ ≥ 5 tuổi đến < 10 tuổi	11	24,4
	Từ ≥ 10 tuổi đến ≤ 16 tuổi	29	64,5
	Tuổi trung bình	10,8±3,6	
Địa dư	Nông thôn	31	68,9
	Thành thị	14	30,1
Thể lâm sàng	Đơn thuần	19	42,2
	Kết hợp	26	57,8

Nhận xét: Bệnh gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ số là 3,5/1, bệnh gặp chủ yếu ở vùng nông thôn (68,9%). Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là nhóm từ ≥ 10 tuổi đến ≤ 16 tuổi (64,5%), tuổi trung bình là 10,8±3,6. Thể thường gặp trên lâm sàng là thể kết hợp (57,8%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=45)

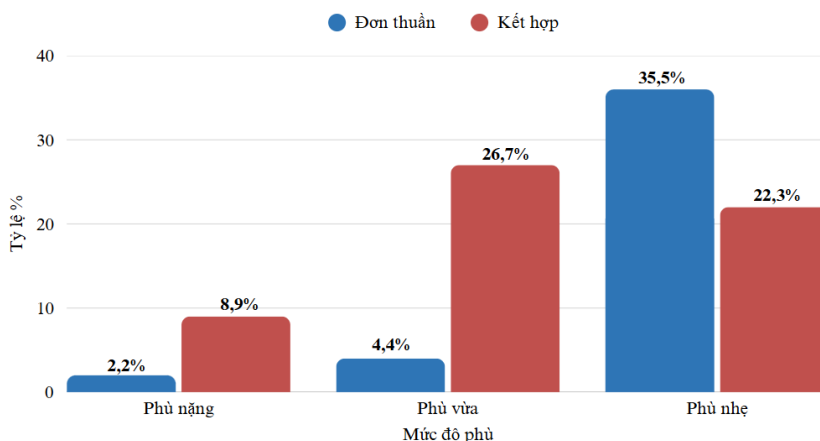
	Biểu hiện lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù	Nhẹ	26	57,8
	Vừa	14	31,1
	Nặng	5	11,1
Lượng nước tiểu	Bình thường	27	60,0
	Thiếu niệu	1	2,2
	Vô niệu	17	37,8
Tăng huyết áp	Có	3	6,7
	Không	42	93,3
Đái máu	Có	1	2,2
	Không	44	98,7
Tràn dịch đa màng	Có	8	17,8
	Không	37	88,2

Nhận xét: 100% trẻ vào viện với tình trạng phù, trong đó phù nhẹ chiếm đa số (57,8%). Phần lớn trẻ vào viện chưa có bất thường về số lượng nước tiểu (60%). Hầu hết trường hợp trẻ không bị đái máu và chỉ có 6,7% trẻ có bất thường về huyết áp và 17,9% trẻ bị tràn dịch đa màng.



Hình 1. Phân bố giữa nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=45)

Nhận xét: Cả 2 giới tính nam và nữ đều có số trẻ mắc tập trung nhiều ở nhóm từ 10 đến 16 tuổi, tuy nhiên giá trị $p=0,365>0,05$ cho thấy sự khác biệt giữa nhóm tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê.



Hình 2. Phân bố giữa mức độ phù và thể lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát (n=45)

Nhận xét: Đối với nhóm trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát thể đơn thuần phần lớn trẻ có biểu hiện phù nhẹ (84,3%) trong khi đó nhóm trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp có biểu hiện phù vừa chiếm đa số (46,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3. Chỉ số protein niệu và creatinin niệu trung bình của đối tượng nghiên cứu khi nhập viện (n=45)

Xét nghiệm nước tiểu	Trung bình
Protein niệu (mg/dL)	1213±1076
Creatinin niệu (mmol/dL)	1,85±2,1
Protein niệu/Creatinin niệu (mg/mmol)	1070±705

Nhận xét: Chỉ số trung bình của tỷ số protein niệu/creatinin niệu lớn hơn tiêu chuẩn chẩn đoán rất nhiều ($>200\text{mg/mmol}$) là $1070\pm705\text{ mg/mmol}$.

Bảng 4. Đặc điểm chỉ số albumin máu và protein của đối tượng nghiên cứu khi nhập viện (n=45)

Chỉ số cận lâm sàng	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Trung bình
Protein máu (g/l)	60-80	12	50,9±10,1
	< 56	33	
Albumin máu (g/l)	> 30	4	22,9±8,1
	≤ 30	41	

Nhận xét: Trẻ vào viện phần lớn có biểu hiện giảm protein máu (73,33%), giá trị trung bình 50,9±10,1g/l. Về albumin, hầu hết trẻ nhập viện có biểu hiện giảm albumin dưới 30g/l (91,11%), chỉ số trung bình chỉ số albumin của đối tượng nghiên cứu là 22,9±8,1g/l.

Kết quả điều trị

Bảng 5. Thời gian đợt điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=45)

	Trung bình (ngày)	Ngắn nhất (ngày)	Dài nhất (ngày)
Số ngày nằm viện	10,4±4,3	3	21

Nhận xét: thời gian nằm viện trung bình ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát là 10,4 ± 4,3 ngày, với số ngày nằm viện ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 21 ngày.

Bảng 6. Phân loại thể đáp ứng với điều trị và mức độ đáp ứng với prednisolon sau 4 tuần của đối tượng nghiên cứu (n=45)

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Theo thể đáp ứng với corticoid	Phụ thuộc	1	2,2
	Kháng steroid	5	11,1
	Nhạy cảm	39	86,7
Mức độ đáp ứng với corticoid	Thuyên giảm hoàn toàn	39	86,7
	Thuyên giảm một phần	2	4,4
	Không thuyên giảm	4	8,9

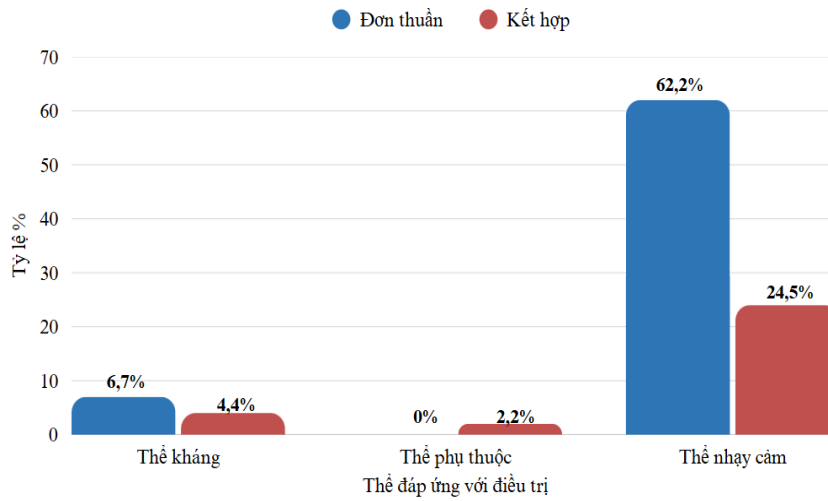
Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, trẻ chủ yếu thuộc nhóm nhạy cảm với corticoid (86,7%), ngoài ra trẻ có mức độ thuyên giảm hoàn toàn chiếm đa số (86,7%).

Bảng 7. Sự cải thiện trên cận lâm sàng sau 4 tuần điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=45)

Chỉ số cận lâm sàng	Trung bình	p
Protein máu (g/l)	Trước điều trị	50,9±10,1
	Sau điều trị	
Albumin máu (g/l)	Trước điều trị	22,9±8,1
	Sau điều trị	
Cholesterol (mmol/l)	Trước điều trị	9,6±3,5
	Sau điều trị	
Trygcyerid (mmol/l)	Trước điều trị	2,5±1,5
	Sau điều trị	

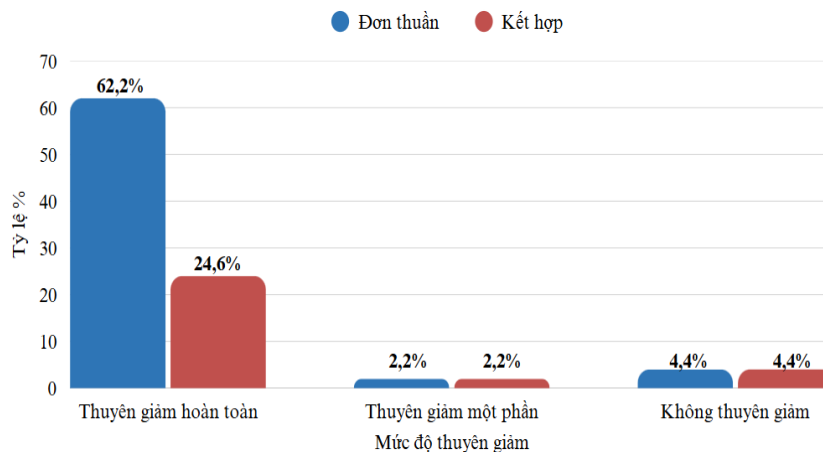
Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị các chỉ số protein máu và albumin máu tăng rõ rệt với sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Ngược lại, mặc dù có xu hướng giảm nhẹ, nồng độ cholesterol và triglycerid máu sau điều trị không thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Hình 3. Phân bố giữa thể đáp ứng điều trị bằng prednisolon với thể lâm sàng của đối tượng nghiên cứu ($n=45$)

Nhận xét: Cả 2 nhóm trẻ mắc hội chứng thận hư thể đơn thuần và kết hợp sau 4 tuần điều trị chủ yếu được xếp vào nhóm thể nhạy cảm với steroid. Tuy nhiên sự khác này không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$).



Hình 4. Phân bố giữa mức độ thuyên giảm sau 4 tuần điều trị bằng prednisolon và thể lâm sàng của đối tượng nghiên cứu ($n=45$)

Nhận xét: Cả 2 nhóm trẻ mắc HCTHTP thể đơn thuần và kết hợp sau 4 tuần điều trị chủ yếu được xếp vào nhóm thuyên giảm hoàn toàn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P=0,562 > 0,05$).

BÀN LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn ở nhóm tuổi từ 10-16 tuổi, tuổi trung bình là $10,8 \pm 3,6$. Nghiên cứu của tác giả Võ Thị Bi (2024) cho thấy phần lớn trẻ mắc bệnh ở nhóm 5-10 tuổi [6] và tác giả Phạm Thị Hương (2023) cho thấy tuổi trung

bình là $7,11 \pm 4,38$ tuổi [7]. Như vậy có thể thấy, chủ yếu nhóm trẻ mắc bệnh thuộc lứa tuổi học đường.

Giới tính trong nghiên cứu cho thấy bệnh gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ số là 3,5/1. Nghiên cứu của hai tác giả trên cũng cho thấy tỷ lệ nam thường cao gấp 2-3 lần trẻ nữ [6,7].

Chủ yếu bệnh nhi sống ở vùng nông thôn (68,9%),

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp chiếm 57,8%, có sự tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hương (2023) cho thấy mức độ trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp là 61,2% [7].

Trên lâm sàng, phù là triệu chứng thường gặp nhất trong hội chứng thận hư tiên phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả trẻ nhập viện đều có phù, trong đó phù nhẹ chiếm đa số (57,8%) và phần lớn biểu hiện này nằm ở nhóm hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp (46,1%). Các tác giả khác cũng cho ra những kết quả tương tự [6,7].

Trên cận lâm sàng chỉ số trung bình của tỷ số protein niệu/creatinin là 1070 ± 705 mg/mmol, chỉ số trung bình của protein máu là $50,9 \pm 10,1$ g/l và chỉ số trung bình của albumin máu là $22,9 \pm 8,1$ g/l. Tác giả Phạm Thị Hương và tác giả Nguyễn Thị Hiếu cũng cho kết quả tương tự về sự tăng cao của tỷ số protein niệu/creatinin niệu kèm sự giảm sút của hai chỉ số protein và albumin trong máu [7, 8]

Về kết quả điều trị

Sau 4 tuần điều trị, trẻ có mức độ thuyên giảm hoàn toàn chiếm đa số (86,7%), kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Phạm Thị Hương (47,2%) và cao hơn đáng kể kết quả của hai tác giả Võ Thị Bi (10%) và Nguyễn Thị Hiếu (56,8%). Phần lớn trẻ sau điều trị được xếp vào nhóm nhạy cảm với corticoid, kết quả này tương đồng với kết quả của những tác giả khác [6-8].

Số ngày trẻ nằm viện điều trị bằng prednisolon nhiều nhất là 21 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và số ngày trung bình là $10,4 \pm 4,3$ ngày. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Võ Thị Bi [6].

Sau 4 tuần điều trị các chỉ số protein máu và albumin máu tăng rõ rệt. Kết quả này tương

đương với kết quả của tác giả Phạm Thị Hương [7].

Về sự phân bố giữa thể lâm sàng, cả 2 nhóm trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát thể đơn thuần và kết hợp sau 4 tuần điều trị chủ yếu được xếp vào nhóm nhạy cảm và thuyên giảm không hoàn toàn, tác giả Phạm Thị Hương cũng cho kết quả tương đương vậy [7].

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và bàn luận nói trên có thể thấy phần lớn trẻ mắc bệnh là nam (77,8%), tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 10-16 tuổi, và phần lớn sống ở nông thôn. Trẻ mắc bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng lâm sàng như phù (100%), vô niệu (37,8%) và cận lâm sàng cho thấy tỷ số protein niệu/creatinin niệu tăng cao hơn nhiều lần so với ngưỡng chẩn đoán, albumin và protein máu giảm kèm cholesterol, tryglycerid máu tăng. Đáp ứng với điều trị và thuyên giảm hoàn toàn sau 4 tuần điều trị ở mức 86,7% với thời gian điều trị trung bình là 10,38 ngày, sau điều trị chỉ số albumin và protein máu chủ yếu tăng về ngưỡng bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tapia C, Bashir K. Nephrotic Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Noone DG, Iijima K, Parekh R. Idiopathic nephrotic syndrome in children. Lancet. 2018;392(10141): p. 61-74.
3. Lê Nam Trà, Nguyễn Ngọc Sáng. Hội chứng thận hư kháng thuốc steroid. Sách giáo khoa nhi khoa. Hà Nội: NXB Y học; 2016: 1150-1161.
4. Nakanishi K., Iijima K, Ishikura K, et al. Two-year outcome of the ISKDC regimen and frequent-relapsing risk in children with idiopathic nephrotic syndrome. Clin J Am Soc Nephrol. 2013;8(5):756-62.
5. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney International. 2021;100(4): S1-S276.
6. Võ Thị Bi, Trang Kim Phụng, Huỳnh Võ Ngọc Trân và cs. Đánh giá kết quả điều trị

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

- hội chứng thận hư tiên phát bằng corticoid ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2024; 65(CĐ 2-NCKH):284-289.
7. Phạm Thị Hương, Nguyễn Ngọc Sáng. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đáp ứng điều trị bằng prednisolon ở hội chứng thận hư tiên phát tại Bệnh viện nhi Thái Bình. Tạp chí y dược Thái Bình. 2023; 4-9.
 8. Nguyễn Thị Hiếu, Nguyễn Minh Hiệp, Nguyễn Thị Xuân Hương. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị trẻ hội chứng thận hư kháng corticosteroid tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Tạp chí Nhi khoa. 2023;16(5):23-31.