

THE CLINICAL, PARA CLINICAL FEATURES AND OUTCOMES IN CHILDREN WITH CORTICOSTEROID RESISTANT NEPHROTIC SYNDROME AT BAC NINH CHILDREN HOSPITAL

Nguyen Thi Hieu^{1*}, Nguyen Minh Hiep¹, Nguyen Thi Xuan Huong²

¹Bac Ninh Children Hospital, ²TNU – University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 20/7/2022	This study describes the clinical, paraclinical features and outcomes in children with corticosteroid-resistant nephrotic syndrome at Bac Ninh Children's Hospital. Description prospective was studied on 37 children with Corticosteroid-resistant nephrotic syndrome, hospitalized in the Bac Ninh Children's Hospital from 1/2021 to 12/2021. The results revealed that, in 37 examined children, there were 27/37 (73%) male, and 10/37 (27%) female, rate of male/female were 2.7/1. The median age was 10.1±3.3 years old. The clinical condition was characterized by 54.1% (20/37) of Simple nephrotic syndrome, and 94.6% (35/37) of Primary nephrotic syndrome. Patients often had 100% with edema of various degrees of which 27.1% (10/37) had severe edema, and 6/37 (16.2%) had hypertension. Paraclinical features were 28/37 (75.7%) increased white blood cell count, 100% hypoalbuminemia, 36/37 (97.3%) decreased plasma proteins, 02/37 (5.4%) anemia and increased blood urea, Creatinine concentrations increased was 01/37 (2.7%). As a result of treatment, the degree of edema decreased gradually over time of treatment, after 6 months, and 12 months (all over 90%). The mean time for proteinuria to return negative was 1.76 ± 0.99 months. There was a gradual decrease in the number of leukocytes back to the normal limit over the course of treatment and there was a significant decrease in blood urea after 12 months of treatment compared to after 6 months (p<0.05), the ratio Overall treatment outcome rate is 21/37 (56.8%) good. Characteristic clinical and subclinical manifestations of pediatric patients with severe corticosteroid-resistant nephrotic syndrome, the proportion of complete remissions was degree median.
Revised: 22/8/2022	
Published: 24/8/2022	
KEYWORDS	
Nephrotic syndrome	
Children's corticosteroid-resistant nephrotic syndrome	
Primary nephrotic syndrome	
Children	

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ KHÁNG CORTICOSTEROID Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH

Nguyễn Thị Hiếu^{1*}, Nguyễn Minh Hiệp¹, Nguyễn Thị Xuân Hương²

¹Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, ²Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 20/7/2022	Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích kết quả điều trị trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát kháng Corticosteroid. Nhóm tác giả thực hiện mô tả tiến cứu trên 37 trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát kháng Corticosteroid ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ tháng 01/2021- 12/2021. Kết quả nghiên cứu có 27/37 (73%) nam, 10/37 (27%) nữ, tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1, tuổi trung bình 10,1±3,3 tuổi. Lâm sàng: 54,1% (20/37) hội chứng thận hư thể đơn thuần, 94,6% (35/37) hội chứng thận hư tiên phát, 100% có phù ở các mức độ, trong đó 27,1% (10/37) phù nặng, 6/37 (16,2%) tăng huyết áp. Cận lâm sàng: 28/37 (75,7%) tăng số lượng bạch cầu, 100% giảm albumin máu, 36/37 (97,3%) giảm protein máu, 02/37 (5,4%) thiếu máu và tăng ure máu, 01/37 (2,7%) tăng creatinin mức độ nhẹ. Kết quả điều trị mức độ phù giảm dần qua thời gian điều trị, sau 6 tháng, 12 tháng tỷ lệ không phù đã tăng nhanh (đều trên 90%). Thời gian trung bình protein niệu trở về âm tính là 1,76 ± 0,99 tháng. Có sự giảm dần số lượng bạch cầu trở về giới hạn bình thường qua thời gian điều trị và có sự giảm lượng urea máu có ý nghĩa thời điểm sau 12 tháng điều trị so với sau 6 tháng (p<0,05), tỷ lệ kết quả điều trị chung 21/37 (56,8%) tốt. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc hội chứng thận hư kháng Corticosteroid nặng nề, kết quả điều trị chung chưa cao.
Ngày hoàn thiện: 22/8/2022	
Ngày đăng: 24/8/2022	
TỪ KHÓA	
Hội chứng thận hư	
Hội chứng thận hư kháng Corticosteroid ở trẻ em	
Hội chứng thận hư tiên phát	
Trẻ em	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.6266>

* Corresponding author. Email: dr.hieu90@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Hội chứng thận hư (HCTH) là thực thể lâm sàng - bệnh học đặc trưng bởi các biến đổi bất thường về mô bệnh học ở cầu thận do nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau: tổn thương tối thiểu, xơ cứng cầu thận từng ổ, từng đoạn, tăng sinh gian mạch lan tỏa [1]. Theo các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam, HCTH tổn thương tối thiểu chiếm tỷ lệ 70 - 80% ở trẻ dưới 8 tuổi, 10-20% bệnh nhân trên 16 tuổi, với các triệu chứng phù, đái ít, đái máu, protein niệu tăng, protid máu giảm, cholesterol, urea, creatinin tăng, ... [2]-[8]. Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh là bệnh viện tuyến tỉnh, được thành lập từ năm 2015. Hàng năm, có khoảng 60 bệnh nhi HCTH được điều trị và theo dõi tại phòng khám ngoại trú của bệnh viện. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi HCTH kháng corticosteroid ra sao? các đặc điểm này có khác với bệnh nhi HCTH ở các khu vực khác trong nước không? Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích kết quả điều trị hội chứng thận hư kháng corticosteroid ở trẻ em tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HCTH kháng corticosteroid được khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhi được chẩn đoán hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) theo tiêu chuẩn của KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) năm 2012 [1], [6]:

+ Phù

+ Protein niệu ≥ 50 mg/kg/24 giờ hoặc Protein niệu/Creatinin niệu ≥ 200 mg/mmol.

+ Albumin máu ≤ 25 g/lít, Protid máu ≤ 56 g/lít.

- Bệnh nhi được chẩn đoán HCTH thứ phát: Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của HCTH nhưng do một số bệnh toàn thân gây lên như Lupus, Schollein-Henoch, ngộ độc kim loại nặng, sốt rét, giang mai, HIV.

- Tiêu chuẩn kháng thuốc steroid: Là những bệnh nhi không đạt được sự thuyên giảm (còn phù và/hoặc protein niệu vẫn còn cao ≥ 50 mg/kg/24 giờ): Sau 6 tuần dùng liệu pháp prednisolon liều cao hàng ngày (2 mg/kg/ngày) [1].

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Gia đình hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2021 - tháng 6/2022.

- Địa điểm: Tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- *Đặc điểm chung của trẻ tham gia nghiên cứu:* Nhóm tuổi, giới tính.

- *Đặc điểm lâm sàng:* HCTH theo thể lâm sàng, phù, tăng huyết áp, đái máu/protein niệu.

- *Đặc điểm cận lâm sàng:* Tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu.

- *Kết quả điều trị:* Sự thay đổi tình trạng phù, thay đổi protein niệu, protein máu, albumin máu, cholesterol máu, ure máu, creatinin máu, số lượng bạch cầu sau điều trị. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhi tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

* *Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng, 12 tháng:*

- Kết quả điều trị tốt: Khi bệnh nhi thuyên giảm hoàn toàn: hết phù, protein niệu âm tính.
- Kết quả điều trị không tốt: Những trường hợp còn lại.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Các thông tin của bệnh nhi được thu thập theo mẫu bệnh án riêng được thiết kế từ trước, trong đó ghi chép đầy đủ thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

2.7. Xử lý số liệu

Thông tin được nhập và quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích xử lý. Sử dụng các thuật toán thống kê: các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ %, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng test thống kê y học Chi-square test, Fisher exact test để đánh giá mối liên quan giữa các biến độc lập với biến phụ thuộc qua phân tích đơn biến, sau đó phân tích đa biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Cha mẹ, người chăm sóc bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu và các thông tin của bệnh nhi được giữ bí mật. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên và Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh phê duyệt.

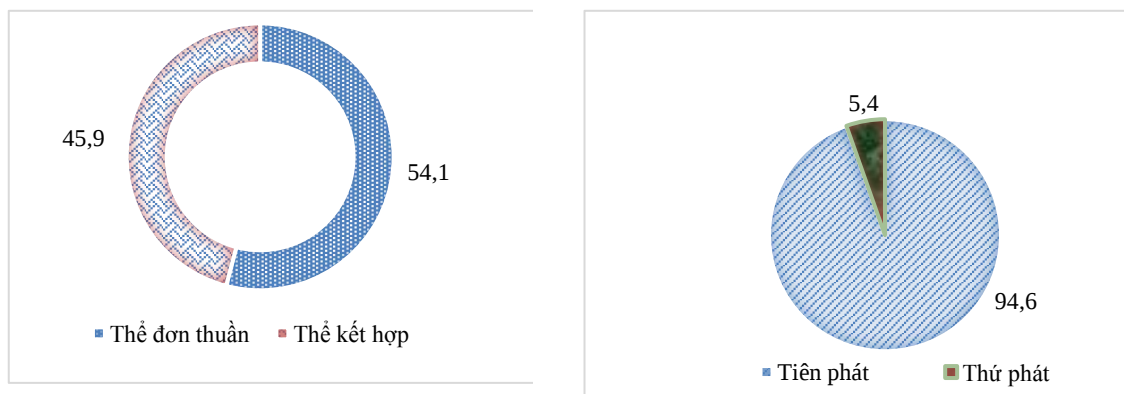
3. Kết quả và bàn luận

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

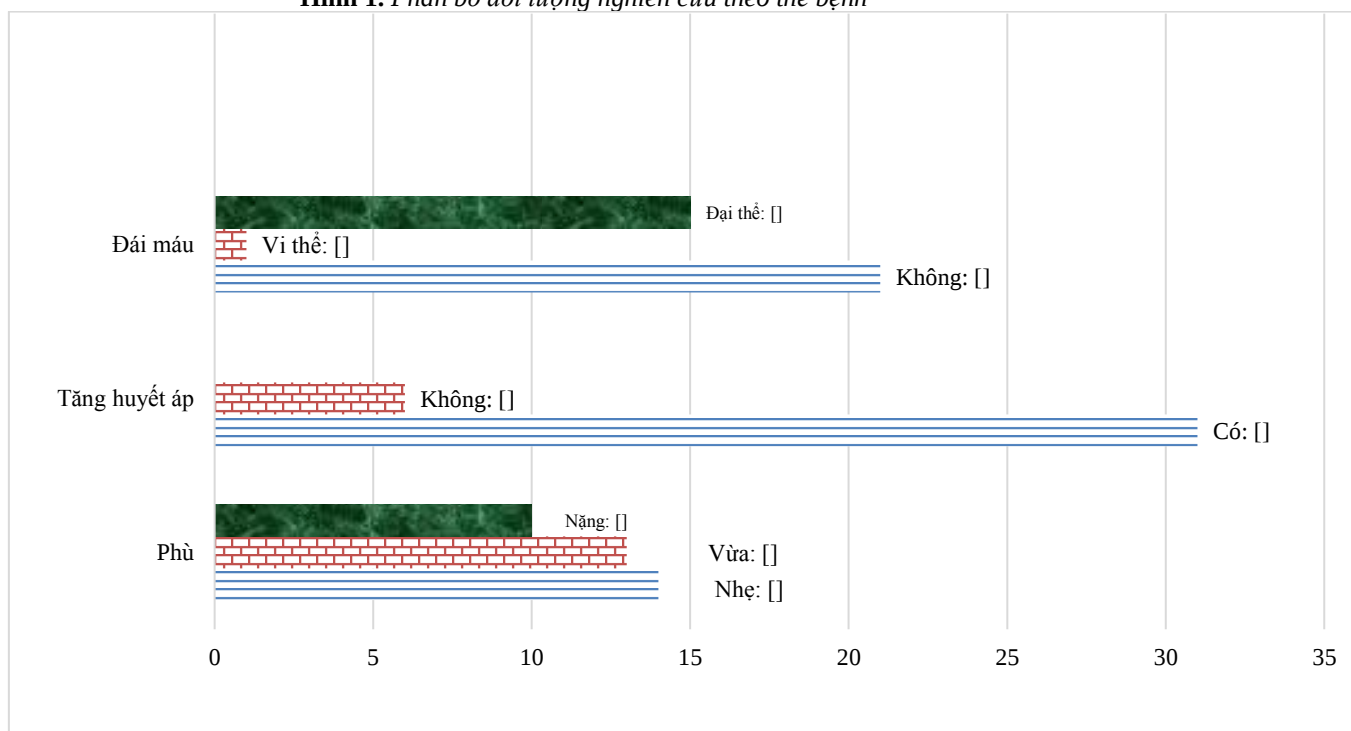
Giới tính	Nam	Nữ	Tổng số
Nhóm tuổi	(SL/tỷ lệ %)	(SL/tỷ lệ %)	(SL/tỷ lệ %)
< 5 tuổi	0	1	1 (2,7%)
5 - 10 tuổi	16	5	21 (56,8%)
> 10 tuổi	11	4	15 (40,5%)
Tổng số	27 (73,0%)	10 (27,0%)	37 (100%)
Tuổi trung bình (khoảng)	10,1 ± 3,3 tuổi (3-16 tuổi)		
Tuổi trung vị	10 tuổi		

Từ bảng 1 cho thấy: Trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn (27 bệnh nhân, chiếm 73,0%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 5-10 tuổi (21 bệnh nhân, 56,8%). Tuổi thấp nhất 3 tuổi, tuổi cao nhất 16 tuổi, tuổi trung bình $10,1 \pm 3,3$ tuổi, trung vị 10 tuổi. Kết quả khá tương đồng với công bố của Phạm Văn Đêm (2018) qua nghiên cứu 75 trẻ HCTH tiên phát kháng thuốc steroid với 70,5% là trẻ em từ 1 đến 10 tuổi, 45 trẻ trai (chiếm 64,0%), tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái khoảng 1,84 lần [2]. Tác giả Nguyễn Bùi Bình khi so sánh tuổi vào viện và tuổi khởi phát trung bình của hai nhóm HCTH phụ thuộc và kháng steroid thấy nhóm phụ thuộc steroid có tuổi trung bình tại thời điểm nghiên cứu và tại thời điểm khởi phát bệnh là $8,1 \pm 4,3$ và $6,3 \pm 4,0$ (tuổi), thấp hơn ở nhóm kháng steroid là $10 \pm 4,2$ và $8,0 \pm 4,4$ (tuổi), trai gặp nhiều hơn gái [3]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nào so với các nghiên cứu trong và ngoài nước về sự phân bố về giới.

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh được mô tả trên Hình 1 cho thấy, có 20/37 bệnh nhi thuộc nhóm HCTH thể đơn thuần (54,1%), số còn lại là thể kết hợp, 94,6% các trường hợp là HCTH tiên phát (35 bệnh nhi), chỉ có 2 trường hợp thứ phát. Kết quả này cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu ở 75 bệnh nhân của Nguyễn Bùi Bình (2020) phân loại theo thể lâm sàng khi so sánh hai nhóm cho thấy nhóm phụ thuộc steroid có 73,9% bệnh nhân có phân loại thể lâm sàng là thể đơn thuần, ngược lại nhóm kháng steroid có 71,4% bệnh nhân có phân loại là thể không đơn thuần [3]. Sự khác biệt này có lẽ do tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu hoặc có thể do đặc điểm bệnh theo vùng miền? Điều này cần phải có nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.



Hình 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh



Hình 2. Đặc điểm phù, tăng huyết áp, đái máu của nhóm nghiên cứu

Từ biểu đồ ở Hình 2 cho thấy, 100% bệnh nhi nhập viện có phù với mức độ khác nhau, trong đó tỷ lệ phù nặng chiếm 27,1% (10 bệnh nhi), 6/37 bệnh nhi (16,2%) có tăng huyết áp, không thấy đái máu với 21 trường hợp (56,8%), số còn lại đái máu vi thể/đại thể. Tác giả Bakhiet (2017) nghiên cứu 163 trẻ mắc HCTHTP thấy có 77 bệnh nhi (47,2%) tăng huyết áp và 32 bệnh nhi (19,6%) đái máu [4]. Trong nghiên cứu của Ali và cộng sự tại Irắc (2017) trên 27 bệnh nhi HCTHTP nhạy cảm steroid và 27 bệnh nhi kháng thuốc steroid, kết quả cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm kháng steroid khá cao (chiếm 59,3%); trong khi đó, nhóm nhạy cảm steroid chỉ gặp 7,4%. Tỷ lệ đái máu ở nhóm kháng steroid là 33,3%, nhóm nhạy cảm chỉ gặp 3,7% [5]. Nghiên cứu của Phạm Văn Đêm trên 94 bệnh nhi mắc HCTHTP kháng steroid cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 8,5%, đái máu 9,6% và 20% bệnh nhi có phân loại là thể không đơn thuần [2]. Cũng theo Phạm Văn Đêm và cộng sự (2016) trong một nghiên cứu khác trên 54 bệnh nhi mắc HCTHTP kháng thuốc steroid thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 7,4% và đái máu là 14,81% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Bùi Bình cũng cho kết quả tương tự [3].

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu ở nhóm nghiên cứu khi vào viện

Chỉ số	Trung bình (khoảng)	Trung vị	Số lượng tăng/ giảm (tỷ lệ %)
Hồng cầu (T/l)	4,54 ± 0,55 (2,53 - 5,76)	4,68	Giảm 2 (5,4)
Hb (g/l)	126,2 ± 14,8 (71,0 - 155,0)	130,0	
Hct (%)	38,2 ± 4,5 (21,0 - 48,5)	38,8	
Bạch cầu (G/l)	10,8 ± 3,8 (5,99 - 27,52)	10,2	Tăng 28 (75,7)
N (%)	54,3 ± 17,6 (18,8 - 92,8)	56,0	
Lym (%)	33,6 ± 15,7 (4,3 - 70,2)	32,7	
Eos (%)	2,6 ± 2,9 (0 - 12,6)	1,7	Giảm 36 (97,3)
Protein (g/l)	52,0 ± 4,5 (43 - 65)	52,0	
Albumin (g/l)	24,7 ± 3,4 (18 - 32)	24,0	Giảm 37 (100)
Ure (mmol/l)	4,68 ± 3,8 (1,8 - 20)	3,6	Tăng 2 (5,4)
Creatinin (mg/dl)	66,08 ± 18,3 (31-120)	69,0	Tăng 1 (2,7)
Cholesterol (g/l)	5,55 ± 1,88 (3,0 - 10,3)	5,4	Tăng 13

Từ bảng 2 cho thấy, có 2 trường hợp thiếu máu (5,4%), 28 bệnh nhi tăng bạch cầu (75,7%). 100% trường hợp giảm albumin máu, tỷ lệ giảm protein máu chiếm 97,3% (36 ca), 02 bệnh nhi tăng ure máu và 01 trường hợp tăng creatinin máu mức độ nhẹ, 13 ca tăng cholesterol máu toàn phần. Theo Huỳnh Thoại Loan (2019) tổn thương thận cấp thường ít được đánh giá đầy đủ, là một trong 3 biến chứng thường gặp nhất của HCTH [7]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Mỹ vừa công bố yếu tố nguy cơ của tình trạng này khi có kết hợp: nhiễm trùng, dùng thuốc gây độc thận và trên bệnh nhân HCTH kháng thuốc. Việc sử dụng thuốc lợi tiểu trên trẻ cô đặc máu và giảm thể tích tuần hoàn rất dễ thúc đẩy tổn thương thận cấp. Bên cạnh đó, các yếu tố như: thuyên tắc tĩnh mạch thận, nhiễm trùng huyết và viêm thận mô kẽ do thuốc cũng là những yếu tố góp phần gây tổn thương thận cấp [5].

Bảng 3. Sự thay đổi mức độ phù qua thời gian điều trị tổng thể

Thời điểm	Trước (SL/tỷ lệ) (1)	Sau 6 tháng (SL/tỷ lệ) (2)	Sau 12 tháng (SL/tỷ lệ) (3)
Mức độ phù			
Không phù	0	35 (94,6)	34 (91,9)
Phù nhẹ	14 (37,8)	2 (5,4)	1 (2,7)
Phù vừa	13 (35,1)	0	2 (5,4)
Phù nặng	10 (27,0)	0	0

Bảng 3 cho thấy mức độ phù giảm dần qua thời gian điều trị, sau 6 tháng, 12 tháng tỷ lệ không phù đã tăng nhanh (đều trên 90%). Đặc biệt, sau 12 tháng không còn phù mức độ nặng, mức độ vừa chiếm tỷ lệ rất thấp. Kết quả nghiên cứu có thấp hơn khi so sánh với Nguyễn Bùi Bình (2020) khi 100% hết phù sau thời gian điều trị [3]. Các tác giả qua nghiên cứu đều nhận định: triệu chứng phù là một trong những tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán và theo dõi bệnh, tuy nhiên chỉ dựa vào một triệu chứng phù sẽ không có tính khách quan để khẳng định bệnh có thuyên giảm hoàn toàn hay không hoàn toàn. Phù thường tái phát trở lại cùng với sự xuất hiện của protein niệu ≥ 50 mg/kg/24 giờ được xem là bệnh tái phát [6]-[8].

Từ bảng 4 cho thấy thời gian trung bình protein niệu trở về âm tính ở đối tượng nghiên cứu là $1,76 \pm 0,99$ tháng, trung vị 1,5 tháng. Đa số protein niệu trở về âm tính sau 1-2 tháng điều trị (75,6%). Kết quả của Nguyễn Bùi Bình cho thấy 100% bệnh nhi nhóm phụ thuộc steroid protein niệu âm tính; trong khi nhóm kháng steroid vẫn còn 6/14 (42,9%) bệnh nhi protein niệu 24 giờ đã giảm xuống nhưng vẫn còn dương tính, trong đó có 5 trường hợp thuyên giảm một phần protein niệu 24 giờ còn dương tính < 50 mg/kg/24 giờ chiếm tỷ lệ 42,9% và chỉ có 1 trường hợp không thuyên giảm protein niệu 24 giờ còn dương tính > 50 mg/kg/24 giờ chiếm tỷ lệ 7,1% [3]. Tác giả Phạm Văn Đêm (2016) theo dõi kết quả xét nghiệm cận lâm sàng nước tiểu sau điều trị 6 tháng cho thấy 44,4% (24/54) bệnh nhi không đạt được protein niệu âm tính khi điều trị bằng neoral [6].

Bảng 4. Thời gian protein niệu trở về âm tính ở đối tượng nghiên cứu

Thời gian (tháng)	Số lượng	Tỷ lệ %
1	17	45,9
2	11	29,7
3	5	13,5
4	1	2,7
5	1	2,7
0,5	1	2,7
1,5	1	2,7
Trung bình	1,76 ± 0,99 tháng	
Trung vị	1,5 tháng	

Bảng 5. Sự thay đổi cholesterol máu và bạch cầu qua thời gian điều trị

Biến số	Trước (g/l) (1)	Sau 6 tháng (g/l) (2)	Sau 12 tháng (g/l) (3)
Lượng cholesterol máu trung bình (g/l)	5,55 ± 1,9	5,10 ± 2,0	5,16 ± 2,2
<i>p-value</i>	(1) so (2) >0,05; (1) so (3) >0,05; (2) so (3) >0,05		
Số lượng bạch cầu trung bình (g/l)	10,8 ± 3,8	10,7 ± 3,3	9,7 ± 3,4
<i>p-value</i>	(1) so (2) >0,05; (1) so (3) >0,05; (2) so (3) >0,05		
Lượng urea máu trung bình (mmol/l)	4,68 ± 3,77	5,05 ± 2,44	4,41 ± 1,56
<i>p-value</i>	(1) so (2);	(1) so (3) >0,05;	(2) so (3) <0,05
Lượng creatinin máu trung bình (μmol/l)	66,08 ± 18,2	66,51 ± 14,1	67,57 ± 10,0
<i>p-value</i>	(1) so (2) >0,05; (1) so (3) >0,05; (2) so (3) > 0,05		

Từ bảng 5 cho thấy không thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về nồng độ cholesterol máu trung bình ở nhóm nghiên cứu qua thời gian điều trị. Có sự giảm dần số lượng bạch cầu qua thời gian điều trị, xu hướng có ý nghĩa khi so sánh trước điều trị với sau 12 tháng ($p=0,057$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa rõ khi so sánh thời điểm sau 6 tháng với sau 12 tháng ($p>0,05$). Có sự giảm lượng urea máu có ý nghĩa thời điểm sau 12 tháng điều trị so với sau 6 tháng ($p<0,05$), các thời điểm khác không thấy khác biệt ($p>0,05$). Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ creatinin máu trung bình qua thời gian theo dõi ($p>0,05$). Kết quả này khá khác biệt so với công bố của Nguyễn Bùi Bình (2020) đó là kết quả nghiên cứu về nồng độ urea, creatin, cholesterol và triglycerid máu đều giảm xuống đáng kể ở cả 2 nhóm nghiên cứu, tuy nhiên vẫn còn ở mức cao ($p<0,05$) [3]. Kết quả này cũng tương tự công bố của Lê Thy Phương Anh (2019) qua nghiên cứu 30 trẻ HCTH thấy nồng độ cholesterol máu ở bệnh nhi HCTH giảm dần theo thời gian điều trị, nhưng vẫn còn ở mức cao so với giá trị bình thường [8]. Theo y văn, các thuốc ức chế miễn dịch có thể gây giảm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu; tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận thấy có trường hợp nào bị giảm số lượng các tế bào máu.

Bảng 6. Kết quả điều trị tổng thể

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Không tốt	16	43,2
Tốt	21	56,8
Tổng số	37	100

Trong bảng 6 là kết quả tổng thể của nghiên cứu này, với 21/37 bệnh nhi trong đối tượng nghiên cứu có kết quả điều trị tốt, chiếm 56,8%; 16 trường hợp còn lại có kết quả không tốt. 19/37 bệnh nhi thấy tái phát bệnh (51,4%), trong đó có tới 10 trường hợp tái phát 2 lần. Phạm Văn Đêm cho kết quả điều trị 46,3% thuyên giảm hoàn toàn, nhóm tác giả kết luận HCTHTP kháng thuốc steroid có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng nặng nề, điều trị khó khăn với trên 50% thuyên giảm một phần và không thuyên giảm. Cũng theo tác giả này với công bố 2018 sau theo dõi điều trị 75 trẻ HCTHTP kháng thuốc cho kết quả: 69,3% thuyên giảm hoàn toàn; 12% thuyên giảm một phần sau 6 tháng, tỷ lệ này giảm dần sau 12 tháng. Có 8 bệnh nhân (10,7%) tử

vong, tất cả bệnh nhân tử vong đều bị suy thận mạn giai đoạn cuối [2], [6]. Nguyễn Đức Quang (2019) nghiên cứu 133 ca HCTHTP kháng thuốc được điều trị cyclosporin, 69,2% lui bệnh hoàn toàn, 22,6% lui bệnh một phần và 8,3% không lui bệnh sau 6 tháng điều trị [9]. Qua các công bố từ các nghiên cứu trong nước có thể rút ra nhận định chung: điều trị bệnh nhi HCTHTP kháng corticoid thực sự khó khăn, khó đạt như kỳ vọng, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc sử dụng các thuốc mới, các cách thức phối hợp.

4. Kết luận

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhi hội chứng thận hư kháng corticoid tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh năm 2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1. Tuổi trung bình $10,1 \pm 3,3$ tuổi (3 - 16 tuổi), nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 5 - 10 tuổi (20 bệnh nhân, 54,1%). 20/37 bệnh nhi thuộc nhóm HCTH thể đơn thuần (54,1%). Lâm sàng: 54,1% (20/37) HCTH thể đơn thuần; 94,6% (35/37) HCTH tiên phát; 100% có phù ở các mức độ, trong đó 27,1% (10/37) phù nặng, 6/37 (16,2%) tăng huyết áp. Cận lâm sàng: 28/37 (75,7%) tăng số lượng bạch cầu, 100% giảm albumin máu, 36/37 (97,3%) giảm protein máu, 02/37 (5,4%) thiếu máu và tăng ure máu, 01/37 (2,7%) tăng creatinin mức độ nhẹ. Kết quả điều trị với 21/37 bệnh nhi trong đối tượng nghiên cứu có kết quả điều trị tốt, chiếm 56,8%; 16 trường hợp còn lại có kết quả không tốt. 19/37 bệnh nhi thấy tái phát bệnh (51,4%), trong đó có tới 10 trường hợp tái phát 2 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] Ministry of Health, "Guidelines for the diagnosis and treatment of some kidney-urinary diseases," *Decision No. 3931/QĐ-BYT dated September 21th*, 2015.
- [2] V. D. Pham, T. H. Nguyen, T. T. L. Nguyen *et al.*, "Clinical, Preclinical Characteristics and Efficacy of Treatment of Children Suffering from Steroid Resistant Primary Nephrotic Syndrome at the Vietnam National Pediatrics Hospital," *Journal of Science, Hanoi National University: Science of Medicine and Pharmacy*, vol. 32, no. 1, pp. 41-46, 2016.
- [3] B. N. Nguyen and N. S. Nguyen, "Clinical, laboratory features and effectiveness of intravenous pulse cyclophosphamide in children with steroid dependent idiopathic nephrotic syndrome," *Journal of Vietnamese Medicine*, vol. 36, pp. 147-152, 2018.
- [4] Y. M. Bakhiet, A. Mudi, T. Khumalo *et al.*, "Idiopathic nephrotic syndrome in South African children," *Afr Health Sci*, vol. 17, no. 4, pp. 1130-1136, 2017.
- [5] S. H. Ali, A. M. Ali, and A. H. Najim, "The predictive factors for relapses in children with steroid-sensitive nephrotic syndrome," *Saudi J Kidney Dis Transpl*, vol. 27, no. 1, pp. 67-72, 2016.
- [6] T. H. Nguyen, V. D. Pham, T. T. L. Nguyen *et al.*, "Clinical and paraclinical characteristics and outcomes in children with steroid resistant nephrotic syndrome at Vietnam national children's hospital," *Ho Chi Minh City Journal Of Medicine*, vol. 22, no. 4, pp. 298 - 304, 2018.
- [7] T. L. Huynh, "Intractable nephrotic syndrome: updates and clinical practices," *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*, vol. 23, no. 4, pp. 10-16, 2019.
- [8] T. P. A. Le, T. T. Tran, T. T. Y. Hoang *et al.*, "Changes of lipidemia on childhood nephrotic syndrome base on the response to steroid therapy," *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*, vol. 23, no. 4, pp. 104-109, 2019.
- [9] D. Q. Nguyen, H. T. Vu, T. T. H. Than, M. C. Le, and T. T. T. Vo, "Childhood steroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome is one of the most common causes of progression to end-stage renal diseases," *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*, vol. 23, no. 4, pp. 27-34, 2019.