

NGHIÊN CỨU CÁC BIẾN ĐỔI CỦA TRIỆU CHỨNG PHÙ, NỒNG ĐỘ PROTEIN NIỆU VÀ ALBUMIN MÁU Ở HỘI CHỨNG THẬN HƯ TRẺ EM ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN TẤN CÔNG

Lê Thy Phương Anh, Phan Ngọc Hải, Hoàng Thị Thủy Yên

Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi mức độ phù, nồng độ protein niệu và albumin máu ở bệnh hội chứng thận hư trẻ em giai đoạn tấn công. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** Nghiên cứu 36 trẻ em được chẩn đoán hội chứng thận hư tại Trung tâm Nhi khoa Huế và khoa Nhi Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế thấy 50% bệnh nhân có triệu chứng phù vừa lúc vào viện, thời gian hết phù trung bình $10,86 \pm 3,98$ ngày. Protein niệu lúc vào viện khá cao $176 (97,44 - 305,02)$ mg/kg/24h, sau điều trị tấn công giảm còn $9 (4,42 - 23,42)$ mg/kg/24h. Thời gian trung bình protein niệu âm tính là $11 (9,75 - 16)$ ngày. Nồng độ albumin máu lúc vào viện thấp, sau điều trị tấn công albumin máu có cải thiện nhưng còn thấp. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ phù, nồng độ protein niệu cũng như albumin máu giữa hội chứng thận hư lần đầu với tái phát; hội chứng thận hư đơn thuần với kết hợp ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hội chứng thận hư trẻ em đáp ứng khá tốt với điều trị corticoid thể hiện qua sự biến đổi của triệu chứng phù, nồng độ protein niệu và albumin máu sau giai đoạn tấn công.

Từ khóa: Hội chứng thận hư trẻ em; albumin máu; protein niệu; mức độ phù; giai đoạn tấn công.

Abstract

RESEARCH ON THE VARIATION OF EDEMA, ALBUMINEMIA AND PROTEINURIA LEVELS IN CHILDHOOD NEPHROTIC SYNDROME ON THE INITIAL COURSE OF STEROID THERAPY

Le Thy Phuong Anh, Phan Ngoc Hai, Hoang Thi Thuy Yen

Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Objective: To evaluate the variation of edema, albuminemia and proteinuria levels in childhood nephrotic syndrome on the initial course of steroid therapy. **Method:** A prospective descriptive study. **Results:** In 36 patients diagnosed nephrotic syndrome at Hue Pediatric Centre and Pediatric Department – Hue University Hospital, almost patients hospitalized with medium edema (50%), go out of edema after 10.86 ± 3.98 days. The level of proteinuria at hospitalisation time increased rather high approximately $176 (97.44-305.02)$ mg/kg/24h and decreased dramatically after the initial course of steroid therapy. The average time for negative proteinuria was $11 (9.75-16)$ days. The level of albuminemia declined sharply at diagnosis time, increased after the initial course but still much less than normal albumin value. There is no significant relationship about the edema, albuminemia and proteinuria levels between nephrotic syndrome on first time versus relapses nephrotic syndrome, between nephrotic syndrome with nephritic syndrome versus nephrotic syndrome without nephritic syndrome ($p > 0.05$). **Conclusion:** Childhood nephrotic syndrome responded well to steroid therapy, revealed on the variation of edema, albuminemia and proteinuria levels after the initial course of steroid therapy.

Key words: Childhood nephrotic syndrome; albuminemia; proteinuria; edema; the initial course of steroid therapy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư ở trẻ em là một tập hợp triệu chứng thể hiện bệnh lý cầu thận mãn tính thường

gặp ở trẻ em mà nguyên nhân phần lớn là vô căn (90%) [12]. Hội chứng này đặc trưng bởi protein niệu tăng cao, giảm albumin máu, có thể có phù [8].

- Địa chỉ liên hệ: Lê Thy Phương Anh, email: lephuonganh156@gmail.com

- Ngày nhận bài: 05/11/2017; Ngày đồng ý đăng: 12/12/2017; Ngày xuất bản: 05/1/2018

Hầu hết trẻ em thường mắc hội chứng thận hư nhạy cảm với corticoid, chỉ 20% mắc hội chứng thận hư đề kháng với corticoids tùy thuộc vào khu vực địa lý.

Đáp ứng điều trị với từng thể bệnh của hội chứng thận hư là khác nhau. Mặt khác, bệnh kéo dài nhiều năm với các đợt bộc phát xen lẫn những thời kỳ thuyên giảm, điều trị đôi lúc rất khó khăn, quá trình điều trị cần thời gian lâu dài.

Việc theo dõi sự biến đổi diễn biến lâm sàng, protein niệu và albumin máu trong quá trình điều trị bệnh nhi rất quan trọng, giúp cho người thầy thuốc đánh giá đáp ứng của điều trị và góp phần vào sự tiến lượng bệnh.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá sự biến đổi triệu chứng phù, protein niệu và albumin máu ở bệnh hội chứng thận hư trẻ em theo thể bệnh trong giai đoạn tấn công.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

36 trẻ em được chẩn đoán hội chứng thận hư (HCTH) tại Trung tâm Nhi khoa Huế và khoa Nhi Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhi được chẩn đoán HCTH lần đầu theo tiêu chuẩn [8]:

- Protein niệu > 50mg/kg/24 giờ.
- Albumin máu giảm < 25g/l.
- Có thể có phù.

Được điều trị tấn công với prednisolone liều 2mg/kg/ngày tối đa 60 mg/ngày.

Bệnh nhi được chẩn đoán HCTH tái phát theo tiêu chuẩn của hội nghiên cứu khoa học bệnh thận quốc gia trẻ em năm 1981 [16]: protein niệu >

50mg/kg/ngày khi chuyển từ liều tấn công sang duy trì hoặc sau khi ngừng liều duy trì, thường kèm theo phù.

- Không có đợt nhiễm khuẩn cấp tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân HCTH không điều trị đúng phác đồ.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.
- Bệnh nhân dưới 3 tháng tuổi.
- Bệnh nhân bị HCTH có kèm một trong những bệnh lý: suy dinh dưỡng, xơ gan, lao, viêm khớp thiếu niên, các bệnh nội tiết gây rối loạn lipid máu.

Tiêu chuẩn phân loại HCTH

Theo lâm sàng, HCTH được chia làm 2 nhóm [5],[16]:

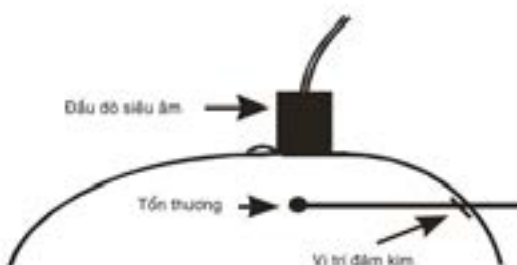
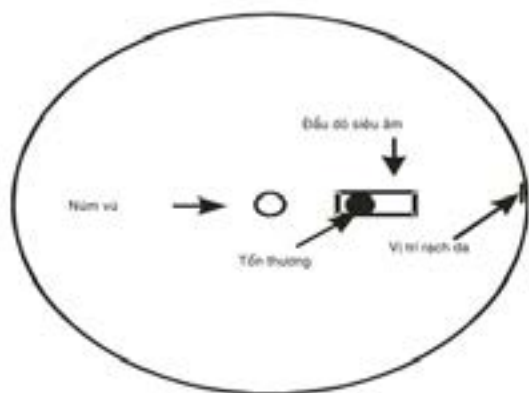
- HCTH đơn thuần: Lâm sàng biểu hiện HCTH, không có triệu chứng của viêm thận như hồng cầu niệu, tăng huyết áp, trụ hạt, trụ hồng cầu.
- HCTH phối hợp: Lâm sàng biểu hiện HCTH và kết hợp với triệu chứng của viêm thận như nước tiểu có màu hồng, trụ hồng cầu, trụ hạt và tăng huyết áp.

Quá trình điều trị

Tất cả bệnh nhi sau khi được chẩn đoán hội chứng thận hư thì cho điều trị theo phác đồ với prednisolone liều 2mg/kg/ngày uống hàng ngày trong giai đoạn tấn công (tối đa 60 mg) chia 2 lần. Nếu protein niệu âm tính 3 ngày liên tiếp thì điều trị đủ 6 tuần rồi chuyển sang điều trị duy trì.

Nếu phụ thuộc corticoid và đề kháng thì điều trị theo phác đồ HCTH phụ thuộc và đề kháng .

Đối với HCTH tái phát, bệnh nhân được điều trị tấn công theo phác đồ với prednisolone liều 2mg/kg/ngày uống hàng ngày, khi protein niệu âm tính 3 ngày liên tiếp, chuyển sang giai đoạn duy trì.



Thời điểm nghiên cứu

- Thời điểm T0: Thời điểm lúc bệnh nhân vào viện.
- Thời điểm T2: Thời điểm bệnh nhân kết thúc điều trị tấn công.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả theo dõi dọc.**2.3. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm Medcal 13.0, Microsoft Excel 2010.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân tự nguyện tham gia và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ thời điểm nào và các thông tin bệnh nhân được mã hóa, giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung**

Tuổi bị bệnh HCTH trung bình của nhóm nghiên cứu là $8,69 \pm 4,06$, thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 15 tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn ở nữ với tỷ lệ 3/1. Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ em nông thôn, chiếm 77,8%.

47,22% là HCTH đơn thuần, 52,78% là HCTH kết hợp.

55,55% HCTH lần đầu, 44,45% là HCTH tái phát.

Đa số là đáp ứng tốt (72,23%), tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém chiếm tỷ lệ thấp với 8,33%.

3.2. Đặc điểm phù**Bảng 1.** Phân bố mức độ phù theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Mức độ phù								p
	Không phù		Phù nhẹ		Phù vừa		Phù nặng		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
HCTH đơn thuần	0	0	5	13,89	10	27,78	2	5,56	> 0,05
HCTH kết hợp	3	8,33	2	5,56	8	22,22	6	16,66	
HCTH lần đầu	0	0	5	13,89	12	33,33	3	8,33	>0,05
HCTH tái phát	3	8,33	2	5,56	6	16,67	5	13,89	

Nhận xét: Phù mức độ vừa gặp chủ yếu ở các thể lâm sàng. Bệnh nhân HCTH tái phát, HCTH phối hợp không phù chiếm 8,33 % trong khi HCTH lần đầu, HCTH đơn thuần thì 100% bệnh nhi đều có dấu hiệu phù.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ các mức độ phù trước điều trị giữa HCTH lần đầu và HCTH tái phát ($p > 0,05$), cũng như giữa HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân hết phù sau điều trị tấn công

	n	Tỷ lệ %	p
HCTH lần đầu (n = 20)	19	95	> 0,05
HCTH tái phát (n=16)	11	68,75	
HCTH đơn thuần (n = 17)	16	94,12	> 0,05
HCTH kết hợp (n = 19)	14	73,68	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân hết phù sau giai đoạn tấn công (> 60%).

Bảng 3. Thời gian trung bình hết phù trong giai đoạn tấn công

Hội chứng thận hư	$\bar{X} \pm SD$	P
HCTH lần đầu (n = 20)	$9,37 \pm 3,35$ ngày	< 0,05
HCTH tái phát (n = 16)	$13,45 \pm 3,75$ ngày	

HCTH đơn thuần (n = 17)	10,62 ± 3,77 ngày	> 0,05
HCTH kết hợp (n = 19)	11,14 ± 4,33 ngày	
HCTH (n = 36)	10,86 ± 3,98 ngày	

Nhận xét:

Thời gian trung bình hết phù của nhóm nghiên cứu là 10,86 ± 3,98 ngày.

Thời gian hết phù của nhóm tái phát kéo dài hơn nhóm HCTH lần đầu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Không có sự khác biệt về thời gian trung bình hết phù trong nghiên cứu giữa HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp, $p > 0,05$.

3.3. Sự biến đổi của protein niệu

Bảng 4. Nồng độ protein niệu lúc vào viện và sau điều trị (mg/kg/24h)

	T0				T2			
	Trung vị	Tứ phân vị		p	Trung vị	Tứ phân vị		p
		25%	75%			25%	75%	
HCTH đơn thuần	228	115,33	370,11	>0,05	5,18	1,48	11,90	>0,05
HCTH kết hợp	153	69,10	306,35		11,88	7,93	25,2	
HCTH lần đầu	197	84,61	307,29	>0,05	8,7	4,21	17,93	>0,05
HCTH tái phát	173	105,33	305,02		9,37	4,46	29,36	
HCTH	176	97,44	305,02		9	4,42	23,42	<0,05

Nhận xét: Nồng độ protein niệu lúc vào viện rất cao và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể lâm sàng ($p > 0,05$). Nồng độ protein niệu giảm rất thấp sau giai đoạn tấn công và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể lâm sàng ($p > 0,05$).

Tuy nhiên sự biến đổi protein niệu trước và sau điều trị có khác biệt có ý nghĩa ở bệnh HCTH nói chung ($p < 0,05$).

Bảng 5. Thời điểm protein niệu âm tính theo thể HCTH

	Trung vị	Tứ phân vị		p
		25%	75%	
HCTH đơn thuần	10,5	9,5	15,5	>0,05
HCTH kết hợp	12	9,75	18,25	
HCTH lần đầu	10	6,2	14,4	<0,05
HCTH tái phát	18	9,3	27,9	
HCTH	11	9,75	16	

Nhận xét: Thời gian trung bình để protein niệu âm tính trong nhóm nghiên cứu là 11 (9,75 – 16) ngày.

Không có sự khác biệt về thời gian protein niệu âm tính ở nhóm HCTH đơn thuần và kết hợp ($p > 0,05$). Có sự khác biệt về thời gian protein niệu âm tính ở nhóm HCTH lần đầu và tái phát ($p > 0,05$).

3.4. Sự biến đổi của albumin máu

Bảng 6. Đặc điểm albumin máu trung bình lúc vào và sau điều trị tấn công

	T0		T2	
	$\bar{X} \pm SD$	p	$\bar{X} \pm SD$	p
HCTH đơn thuần	15 $\pm$ 3,33	> 0,05	28 $\pm$ 9,04	> 0,05
HCTH kết hợp	16 $\pm$ 4,94		26 $\pm$ 4,77	
HCTH lần đầu	15 $\pm$ 3,69	>0,05	30 $\pm$ 6,84	<0,05
HCTH tái phát	15 $\pm$ 4,92		24 $\pm$ 3,93	
HCTH	15 $\pm$ 4,22		27 $\pm$ 7,08	

Nhận xét: Nồng độ albumin máu sau giai đoạn tấn công có tăng lên nhưng còn thấp hơn ngưỡng bình thường. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ albumin máu sau điều trị giữa nhóm HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm HCTH lần đầu và HCTH tái phát ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Phù là triệu chứng đầu tiên khiến thân nhân người bệnh phát hiện và đưa trẻ đến khám bệnh [27]. Trong nghiên cứu, có 8,33% không phù vào viện, gặp ở nhóm tái phát trong khi nhóm HCTH lần đầu thì không có bệnh nhân vào viện mà không phù. Điều này được giải thích là các bệnh nhân trong nhóm tái phát, đang được điều trị ngoại trú, tái khám thường xuyên hàng tháng, nhờ kiểm tra protein bằng que thử thường xuyên nên phát hiện tình trạng tái phát sớm ngay khi bệnh nhân chưa có biểu hiện phù rõ ràng trên lâm sàng.

Phù lúc vào viện gặp nhiều là phù vừa chiếm 50%, tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Hà Thị Nga [4], Trang Hiếu Tâm [6]. Nghiên cứu chưa nhận thấy có sự khác biệt về mức độ phù lúc vào viện giữa nhóm HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp cũng như sự khác biệt về mức độ phù giữa nhóm HCTH lần đầu và tái phát khi vào viện.

Triệu chứng phù giảm nhanh sau quá trình điều trị tấn công. Sau 6 tuần điều trị, có 30/36 bệnh nhân (83,33%) hết phù. Phần lớn HCTH đơn thuần hết phù sau điều trị tấn công chiếm 94,12%. Tương tự, HCTH lần đầu hết phù chiếm 95%.

Thời gian trung bình hết phù của nhóm nghiên cứu là $10,86 \pm 3,98$ ngày. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa thời gian hết phù của nhóm HCTH lần đầu và HCTH tái phát. Thời gian hết phù trung bình của HCTH tái phát dài hơn thời gian hết phù trung bình của nhóm HCTH lần đầu với $p < 0,05$. Tuy nhiên, chưa ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ hết phù

sau 6 tuần điều trị tấn công giữa các nhóm nghiên cứu cho thấy trong nhóm HCTH tái phát, đáp ứng với prednisolon chậm hơn so với nhóm HCTH lần đầu, cần thời gian dài hơn để cải thiện tình trạng lâm sàng. Điều này được giải thích là nhóm HCTH tái phát đã và đang điều trị với corticoid, nay phát bệnh trở lại nên cần phải dùng corticoid liều cao và dài ngày hơn để kiểm soát tình trạng tổn thương. Hơn nữa bệnh nhân tái phát chứng tỏ khả năng đáp ứng với corticoid có kém hơn nếu so sánh với các những bệnh nhân không tái phát. Theo Dương Thị Thúy Nga, tỷ lệ bệnh nhân kháng corticoid hết phù chỉ bằng một nửa so với nhóm nhạy cảm, thời gian hết phù của nhóm kháng thì dài gấp hơn 2 lần nhóm nhạy cảm [3].

Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt về thời gian hết phù trung bình giữa nhóm HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp. Theo Hà Thị Nga, thời gian hết phù của bệnh nhi phụ thuộc vào mức độ phù lúc vào viện, bệnh nhi phù nhẹ thì thời gian giảm phù nhanh [4]. Chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về mức độ phù lúc vào viện giữa 2 nhóm HCTH đơn thuần và kết hợp, điều đó có thể giải thích cho kết quả trên.

Như vậy dựa vào thời gian trung bình hết phù sau điều trị tấn công có ý nghĩa lượng giá cho đáp ứng điều trị với corticoid ở bệnh nhân HCTH.

Protein niệu trung bình của nghiên cứu là 176 (97,44 – 305,02) mg/kg/24h, trong nghiên cứu của Thái Viết Tuấn, bệnh nhân có protein niệu > 100 mg/kg/24h chiếm đến 82,98% [7], điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Hương cho thấy bệnh nhân nhập viện với chỉ số protein niệu cao [2]. Nghiên cứu không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa về protein niệu lúc vào giữa các thể lâm sàng. Điều này được ủng hộ ở nghiên cứu của Hà Thị Nga, Thái Viết Tuấn về việc không có sự khác biệt về protein niệu lúc vào ở nhóm HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp [4],[7]. Theo Nguyễn Thị Quỳnh Hương cũng không có sự

khác biệt giữa nhóm HCTH lần đầu và HCTH tái phát về protein niệu lúc vào [2].

Sau 6 tuần điều trị tấn công, protein niệu giảm nhiều, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trước điều trị, protein niệu trung bình cao trên 100 mg/kg/24h, kết thúc điều trị tấn công, protein niệu trung bình là 9 (4,42 – 23,42) mg/kg/24h, cho thấy đa số bệnh nhân đáp ứng với điều trị [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu không cho thấy có khác biệt về protein niệu sau điều trị ở các thể bệnh HCTH. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hà Thị Nga và Nguyễn Thị Quỳnh Hương [2], [4].

Thời gian trung bình trong nghiên cứu để protein niệu âm tính là 11 (9,75 – 16) ngày. Theo Shuichiro Fujinaga và cộng sự cho thấy thời gian trung bình để protein niệu âm tính trong thời gian điều trị tấn công là $10,3 \pm 4,6$ ngày [13], tương tự nghiên cứu của Premala Sureshkumar [14], nghiên cứu Nakanishi.K [12]. Điều này cũng cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu của Thái Viết Tuấn, sau 2 tuần đầu điều trị tấn công thì đa số bệnh nhân đáp ứng với corticoid [7].

Kết quả nghiên cứu có điểm tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Hương khi có sự khác biệt về thời gian protein niệu âm tính trung bình giữa nhóm HCTH lần đầu và tái phát [2]. Điểm khác biệt trong 2 nghiên cứu là tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Hương, protein niệu trung bình âm tính sau 6 tuần điều trị ở bệnh nhân lần đầu và sau 4 tháng với HCTH tái phát. Điều này được giải thích là do bệnh nhân của tác giả nặng hơn khi có 7 trường hợp suy thận và 14 trường hợp có nhiễm khuẩn đi kèm, điều này có thể ảnh hưởng đến thời gian protein niệu âm tính. Tác giả có nhận xét: thời gian để protein niệu âm tính ở bệnh nhân bị HCTH tái phát có suy thận dài hơn hẳn bệnh nhân không có suy thận. Không ghi nhận có sự khác biệt về thời gian protein niệu âm tính ở nhóm HCTH đơn thuần và kết hợp trong nghiên cứu. Theo tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Hương, protein niệu không có sự khác biệt giữa bệnh nhân bị HCTH có hồng cầu niệu và không có hồng cầu niệu, cũng như bệnh nhân HCTH đó có các triệu chứng cao huyết áp hay không [2]. Điều này có thể giải thích phần nào cho kết quả trên.

Như vậy protein niệu không giúp phân loại được các thể HCTH trên lâm sàng. Thời điểm protein niệu âm tính cho thấy bệnh HCTH tái phát thì đòi hỏi thời gian điều trị tấn công lâu hơn và điều này giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng được bệnh và giải thích cho bệnh nhân cũng như người nhà về diễn tiến của bệnh.

Nồng độ albumin máu trung bình trước điều trị của nhóm nghiên cứu là thấp hơn nhiều so với giá

trị bình thường với $15 \pm 4,22$ g/l. Albumin máu trung bình trước điều trị ở nghiên cứu của Dương Thị Thúy Nga ở nhóm kháng corticoid là $17,3 \pm 5,24$ g/l và nhóm nhạy cảm là $15,2 \pm 2,3$ g/l [3]. Mức albumin máu trung bình trong nghiên cứu của Hà Thị Nga là $18,06 \pm 4,13$ g/l [4]. Điều này cho thấy, nồng độ albumin máu trước điều trị của HCTH thường giảm rất thấp. Sau điều trị tấn công, nồng độ albumin trung bình của nhóm nghiên cứu là $27 \pm 7,08$ g/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ cho thấy sự cải thiện về albumin máu sau điều trị tấn công [1]. Tuy nhiên, giá trị này còn thấp so với giá trị bình thường.

Kết quả nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ albumin máu trung bình trước điều trị giữa các nhóm HCTH nghiên cứu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ albumin máu trung bình sau điều trị tấn công ở nhóm HCTH lần đầu và HCTH tái phát. Điều này cũng được giải thích dựa vào thời gian phục hồi tổn thương chậm hơn ở nhóm HCTH tái phát. Hơn nữa, HCTH tái phát đã bị bệnh trước đó, đang điều trị nay bệnh nặng hơn nên thời gian mất protein niệu kéo dài hơn HCTH lần đầu do đó mức albumin máu sẽ lâu phục hồi hơn. Thêm một điều hiển nhiên nữa là thời gian điều trị tấn công của HCTH tái phát ngắn hơn HCTH lần đầu. Chúng tôi không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ albumin máu trung bình sau điều trị tấn công ở nhóm HCTH đơn thuần và HCTH kết hợp.

Tóm lại, không thể dựa vào các yếu tố cận lâm sàng ban đầu để tiên lượng kết quả điều trị của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Đa số HCTH nhập viện với mức độ phù vừa (50%). Thời gian trung bình hết phù sau điều trị giai đoạn tấn công là $10,86 \pm 3,98$ ngày.

Protein niệu lúc vào viện khá cao và sau điều trị tấn công, protein niệu giảm nhiều. Thời gian trung bình để protein niệu âm tính là 11 (9,75 – 16) ngày.

Nồng độ albumin trung bình trước thấp hơn nhiều giá trị bình thường, sau điều trị tấn công albumin máu có cải thiện nhưng vẫn còn thấp hơn giá trị bình thường.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ phù, nồng độ protein niệu cũng như albumin máu giữa các thể HCTH lần đầu và tái phát; HCTH đơn thuần và kết hợp ($p > 0,05$).

Lời cảm ơn

Chúng tôi cảm ơn Trung tâm Nhi khoa Huế và khoa Nhi Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đã hỗ trợ hoàn thành đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Hoa (2010), “Khảo sát sự biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng thận hư tiên phát sau 4 tuần điều trị ở trẻ em”, *Tạp chí Y học thực hành*, 713 (4), 85 - 88.
2. Nguyễn Thị Quỳnh Hương và cộng sự (2012), “Sự biến đổi protein niệu trong hội chứng thận hư tiên phát tái phát ở trẻ em”, *Tạp chí nghiên cứu khoa học, Đại học Y Hà Nội* 80 (3B) 34 - 39.
3. Dương Thị Thúy Nga (2011), “*Nhận xét kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát kháng corticosteroid tại khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Nhi Trung ương*”, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Hà Thị Nga (2010), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến theo đợt điều trị của hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại khoa nhi bệnh viện Bạch Mai trong 3 năm từ 2007 đến 2009*”, Luận văn bác sỹ đa khoa Trường đại học Y Hà Nội.
5. Lê Nam Trà (2006), *Hội chứng thận hư*, Bài giảng nhi khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 155 - 167.
6. Trang Hiếu Tâm (2013), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi hội chứng thận hư thể không đơn thuần*”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Đại học Y Dược Huế.
7. Thái Viết Tuấn (2000), “*Khảo sát sự biến đổi protein niệu và tốc độ lắng máu trong quá trình điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em*”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Khoa Huế.
8. Hoàng Thị Thủy Yên (2013), *Hội chứng thận hư*, Giáo trình nhi khoa sau đại học tập 4, Nhà xuất bản Đại học Huế, 150 - 159.
9. Anochie.I et al (2006), “Childhood Nephrotic Syndrome: Change in pattern and response to steroids”, *Journal of National Medical Association*, 98, 1977 -1981.
10. Metz DK et al (2014), “Childhood nephrotic syndrome in the 21st century: what’s news?”, *Journal of pediatrics and child health*,
11. Mishra.O.P et al (2013), “Can We Predict Relapses in Children with Idiopathic Steroid-Sensitive Nephrotic Syndrome?”, *Journal of Tropical Pediatrics*, 59, 343 - 349.
12. Nakanishi.K et al (2013), “Two year outcome of the ISKDC regimen and Frequent-Relapsing risk in Children with Idiopathic Nephrotic syndrome”, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8, 756 - 762.
13. Schuichiro F. (2011), “Early identification of steroid dependency in Japanese children with steroid-sensitive nephrotic syndrome undergoing short-term initial steroid therapy”, *Paediatric Nephrology*, 26, 485 - 486.
14. Sureshkumar.P et al (2014), “Predictor of remission and relapse in idiopathic nephrotic syndrome: a prospective cohort study”, *Paediatric Nephrology*, 13, 60-68.
15. Vivarelli.M et al (2010), “Time for initial response to steroids is a major prognostic factor in idiopathic nephrotic syndrome”, *The Journal of Pediatrics*, 156, 965 - 971.
16. Wang.Y et al (2005), “The treatment of relapsing primary nephrotic syndrome in children”, *Journal of Zhejiang University SCIENCE B*, 6B (7), 682 - 685.