

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CORTICOID ĐƠN THUẦN TRONG HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH NĂM 2025

Nguyễn Thị Ngọc Huyền^{1*}, Vũ Phi Hùng¹,
Hoàng Thị Huyền¹, Trương Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sau 8 tuần theo liệu pháp corticoid đơn thuần của hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi trước – sau thực hiện trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng thận hư nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2025.

Kết quả: Trong nghiên cứu trên 40 bệnh nhân được nghiên cứu, đa số bệnh nhân được kiểm soát phù bằng Furosemid đơn thuần (57,5%), hoặc phối hợp với lợi tiểu kháng Aldosterol (35,0%). Sau 8 tuần điều trị bằng corticoid, tỷ lệ đáp ứng chung đạt 90% (35% đáp ứng hoàn toàn, 55% đáp ứng không hoàn toàn). Về lâm sàng và cận lâm sàng, ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) đối với các chỉ số: protein niệu giảm, albumin máu tăng, bộ mỡ máu (cholesterol, triglycerid) giảm và huyết áp trung bình giảm (từ 93,5 xuống 90,0 mmHg). Chức năng thận (ure, creatinin máu) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Sau 8 tuần điều trị corticoid, tình trạng phù cải thiện rõ rệt với tỷ lệ đáp ứng 90% và đưa các chỉ số protein niệu, albumin máu, lipid máu về mức ổn định. Trong đó, 35% bệnh nhân lui bệnh hoàn toàn và 55% lui bệnh một phần, khẳng định vai trò chủ chốt của liệu pháp này trong kiểm soát hội chứng thận hư nguyên phát.

Từ khóa: Hội chứng thận hư, liệu pháp corticoid

EVALUATION OF CORTICOSTEROID MONOTHERAPY OUTCOMES IN ADULT PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2025

ABSTRACT

Objective: Evaluation of treatment outcomes after 8 weeks of corticosteroid monotherapy for primary nephrotic syndrome in adults at Thai Binh General Hospital in 2025.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả chính: Nguyễn Thị Ngọc Huyền

Email: huyenngocytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/01/2026

Ngày phản biện: 12/3/2026

Ngày duyệt bài: 18/3/2026

Methods: A prospective descriptive study with pre- and post-intervention follow-up was conducted on 40 patients diagnosed with primary nephrotic syndrome at Thai Binh General Hospital from January to June 2025.

Results: Among the 40 participants, edema was predominantly managed with Furosemide monotherapy (57.5%) or a combination of Furosemide and aldosterone antagonists (35.0%). Following 8 weeks of corticosteroid therapy, the overall response rate reached 90% (35% complete response and 55% partial response). Significant clinical and laboratory improvements ($p < 0.05$) were observed, including a decrease in proteinuria, an increase in serum albumin, a reduction in lipid profiles (cholesterol and triglycerides), and a decline in mean arterial pressure (from 93.5 mmHg to 90.0 mmHg). Changes in renal function (blood urea and serum creatinine) were not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: After 8 weeks of corticosteroid therapy, edema significantly improved with a 90% response rate, while proteinuria, serum albumin, and lipid profiles stabilized. The results recorded 35% complete remission and 55% partial remission, confirming the pivotal role of this therapy in managing primary nephrotic syndrome.

Keywords: Nephrotic syndrome, corticosteroid therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hội chứng thận hư là một tình trạng bệnh lý trong đó thận bị tổn thương gây thoát protein từ máu ra nước tiểu. Hội chứng thận hư là một trong số những bệnh cầu thận mạn tính thường gặp, có thể đi kèm tiểu máu, tăng huyết áp và có thể dẫn đến suy thận mạn, làm giảm tuổi thọ và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Liệu pháp corticoid là lựa chọn hàng đầu và cơ bản nhất trong điều trị HCTH nguyên phát. Tuy nhiên, hiệu quả lâm sàng ở người lớn thường không đạt mức tối ưu như ở trẻ em. Theo KDIGO (2021), tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở người lớn chỉ đạt khoảng 50-60%, đi kèm với đó là tỷ lệ tái phát cao (20-30%) và nguy cơ kháng thuốc đáng kể [1]. Tại Việt Nam, việc cá thể hóa điều trị dựa trên mô bệnh học còn gặp nhiều rào cản do điều kiện sinh

thiết thận và kỹ thuật đọc bệnh phẩm chưa được triển khai đồng bộ ở nhiều tuyến y tế, dẫn đến khó khăn trong việc tiên lượng và lựa chọn phác đồ ngay từ đầu.

Tại tỉnh Thái Bình, mặc dù số lượng bệnh nhân HCTH người lớn điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh là rất lớn, nhưng các công trình nghiên cứu đánh giá có hệ thống về đáp ứng điều trị thực tế với corticoid vẫn còn tương đối hạn chế. Việc xác định tỷ lệ đáp ứng lâm sàng và sự biến đổi các chỉ số cận lâm sàng sau phác đồ tấn công 8 tuần là cơ sở quan trọng để các thầy thuốc có cái nhìn tổng quan và điều chỉnh chiến lược can thiệp phù hợp với đặc điểm bệnh nhân tại địa phương. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: “Đánh giá kết quả điều trị sau 8 tuần bằng liệu pháp corticoid đơn thuần trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người lớn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2025”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng thận hư nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2025 thỏa mãn các điều kiện:

Tiêu chuẩn lựa chọn	Tiêu chuẩn loại trừ
<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thận hư nguyên phát. - Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân có rối loạn tinh thần không thể tuân thủ điều trị và tái khám. - Bệnh nhân có tăng huyết áp không kiểm soát được. - Hội chứng thận hư thứ phát: lupus ban đỏ hệ thống, đái tháo đường, amyloidois, nhiễm trùng hoặc bệnh ác tính. Bệnh nhân đang điều trị hội chứng thận hư bằng các thuốc khác như: ức chế miễn dịch. - Phụ nữ có thai. - Bệnh nhân có tiền sử: dị ứng corticosteroid hoặc mắc bệnh lý nghiêm trọng không thể dùng corticosteroid như loét dạ dày - tá tràng, nhiễm trùng lao đang hoạt động, suy thận nặng. - Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính không thể kiểm soát được như: suy gan nặng, suy tim nặng, suy thận mạn giai đoạn cuối.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi trước – sau trên một nhóm bệnh nhân không có nhóm chứng.

2.3. Nội dung nghiên cứu:

+Tổ chức thu thập thông tin:

Bước 1: Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Phần hành chính, tiền sử, bệnh sử: thu thập bằng cách hỏi bệnh. Các chỉ số nhân trắc, triệu chứng lâm sàng: thu thập bằng cách khám lâm sàng.

Bước 2: Thực hiện các xét nghiệm và ghi nhận kết quả. Các chỉ số hóa sinh máu, huyết học: thu thập bằng cách chỉ định xét nghiệm máu.

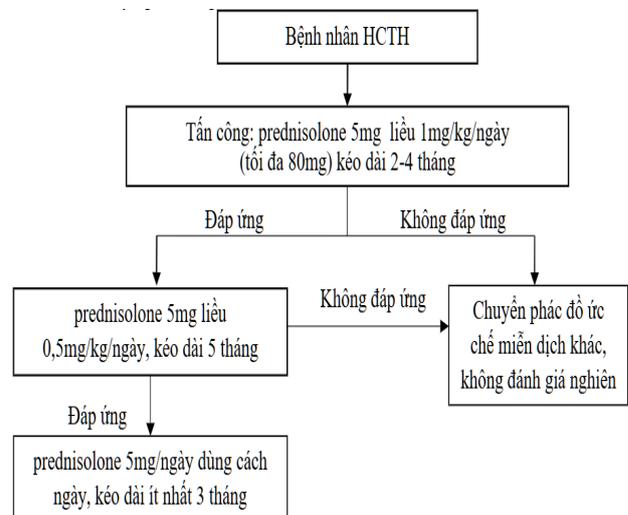
Bước 3: Theo dõi diễn tiến bệnh và đánh giá kết quả điều trị. Đánh giá điều trị triệu chứng: HA, mức độ phù. Đánh giá điều trị đặc hiệu: xét nghiệm protein niệu 24 giờ (hoặc tỷ lệ protein/creatinin niệu) mỗi lần tái khám, tái khám sau 1-2 tuần. Kiểm tra và ghi nhận kết quả protein niệu 24 giờ sau 8 tuần điều trị bằng phác đồ tấn công. Đáp ứng chung: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng không hoàn toàn.

Đánh giá kết quả điều trị: Bệnh nhân được điều trị triệu chứng và điều trị đặc hiệu bằng corticoid theo phác đồ của Bộ Y tế (sơ đồ 1). Đánh giá điều trị triệu chứng và điều trị đặc hiệu dựa vào tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn đánh giá điều trị đặc hiệu HCTH [2]:

Đáp ứng hoàn toàn: Albumin máu > 35g/l, và protein niệu < 0,3 g/24 giờ hoặc protein niệu/creatinin niệu < 300mg/mmol/l

Đáp ứng không hoàn toàn: protein niệu từ 0,3 đến 3,5g/24 giờ (ure/creatinin niệu từ 30-350mg/mmol) hoặc giảm creatinin niệu ít nhất 50% từ giá trị ban đầu và creatinin máu ổn định (thay đổi < 25% giá trị ban đầu)



Sơ đồ 1: Phác đồ điều trị HCTH trong nghiên cứu [2]

Bước 4: Thu thập số liệu theo mẫu thống nhất: phân tích số liệu, sử dụng phần mềm thống kê để đánh giá tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, kháng corticoid sau điều trị 8 tuần bằng liệu pháp corticoid trên nhóm đối tượng nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu được nhập và lưu trữ trong máy tính. Sau đó, tiến hành tổng kết, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng ($\bar{X} \pm SD$). Để so sánh sự thay đổi của các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ở thời điểm trước và sau 8 tuần điều trị, chúng tôi sử dụng kiểm định Paired t-test đối với các biến có phân phối chuẩn. Trường hợp các biến số không có phân phối chuẩn sử dụng Mann-Whitney test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự thông qua Hội đồng Khoa học Trường Đại học Y dược Thái Bình theo Quyết định số 173/QĐ-YDTB ngày 04/02/2025 và được sự đồng ý Lãnh đạo bệnh viện, Trưởng khoa Nội thận cơ xương khớp - Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích và nội dung nghiên cứu để đối tượng tham gia tự nguyện và cung cấp các thông tin chính xác. Thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=40)

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	23	57,5
Nữ	17	42,5

Nhận xét: Nghiên cứu có 57,5 % là nam, nữ giới chiếm 42,5%.

Bảng 2: Các nhóm lợi tiểu dùng trong điều trị phù (n=40)

Các phương pháp điều trị phù	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lợi tiểu kháng Aldosterol kết hợp với Furosemid	14	35,0
Chỉ dùng lợi tiểu Furosemid	23	57,5
Chỉ dùng lợi tiểu kháng Aldosterol	2	5,0
Không sử dụng lợi tiểu	1	2,5
Tổng cộng	40	100

Nhận xét: Điều trị lợi tiểu chủ yếu là Furosemid đơn thuần (57,5%) và phối hợp với kháng Aldosterol (35,0%). Các trường hợp dùng kháng Aldosterol đơn độc hoặc không dùng thuốc chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng 5,0% và 2,5%).

Bảng 3: Kết quả protein niệu 24 giờ sau điều trị 8 tuần (n=40)

Protein niệu 24 giờ	Sau 8 tuần	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm tính (< 0,3g/24h)	14	35,0
0,3 - 3,5 g/24h	22	55,0
≥ 3,5 g/24 giờ	4	10,0
Tổng cộng	40	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy: Sau 8 tuần điều trị, có 35% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn với protein niệu âm tính (< 0,3 g/24h) và 55% đạt đáp ứng một phần (0,3-3,5 g/24h) có 10% bệnh nhân không đáp ứng (protein niệu ≥ 3,5 g/24h).

Bảng 4: Đáp ứng điều trị corticoid sau điều trị 8 tuần (n=40)

Đáp ứng corticoid	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	14	35,0
Đáp ứng không hoàn toàn	22	55,0
Không đáp ứng	4	10,0
Tổng cộng	40	100

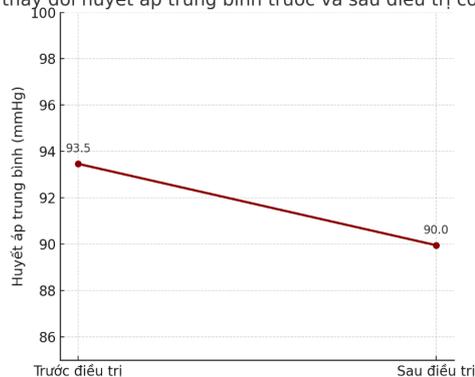
Nhận xét: Kết quả bảng 4 cho thấy: Sau 8 tuần điều trị, 90% bệnh nhân có đáp ứng với corticoid (35% hoàn toàn, 55% không hoàn toàn), trong khi 10% không đáp ứng.

Bảng 5: So sánh các chỉ số sinh hóa sau 8 tuần điều trị corticoid (n=40)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Protein niệu (g/24h)	5,73 ± 1,51	1,27 ± 1,43	< 0,05
Albumin máu (g/L)	23,21 ± 3,15	30,43 ± 5,08	< 0,05
Ure máu (mmol/L)	6,77 ± 3,11	6,06 ± 1,97	> 0,05
Creatinin máu (μmol/L)	85,61 ± 26,21	82,41 ± 20,80	> 0,05
Cholesterol (mmol/L)	10,14 ± 2,59	6,29 ± 1,17	< 0,05
Triglycerid (mmol/L)	3,09 ± 1,36	2,11 ± 1,04	< 0,05

Nhận xét: Sau 8 tuần điều trị, các chỉ số protein niệu, cholesterol và triglycerid giảm thấp, trong khi albumin máu tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, nồng độ ure và creatinin máu thay đổi không đáng kể ($p > 0,05$).

Xu hướng thay đổi huyết áp trung bình trước và sau điều trị corticoid (n=40)

**Biểu đồ 1: Biểu đồ sự thay đổi huyết áp trung bình trước và sau điều trị (n=40)**

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy huyết áp trung bình của bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát giảm sau 8 tuần điều trị corticoid, từ 93,5 mmHg xuống 90,0 mmHg. Sự giảm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới 57,5%, nữ giới 42,5% (tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,35:1$) (Bảng 1). Đây là xu hướng nam chiếm ưu thế nhẹ, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, tại PGIMER Chandigarh (Ấn Độ), nam giới chiếm 60,2%; tại Bengaluru (Nam Ấn) nghiên cứu trên 122 bệnh nhân cho thấy 65,4% nam. Ở Việt Nam, theo tác giả Hà Phan Hải An trên 91 bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát tỷ lệ nam/nữ là 1,07/1 [2]. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương

Thảo, tỷ lệ nam/nữ là 1/1 [3][4]. Sự ưu thế của nam giới trong hội chứng thận hư nguyên phát người lớn có thể liên quan đến yếu tố nội tiết (vai trò của testosterone trong điều hòa miễn dịch), yếu tố di truyền, hoặc thói quen sinh hoạt (hút thuốc, tiếp xúc nghề nghiệp với hóa chất). Sự khác biệt này có thể do đặc điểm phân bố dân cư tại khu vực Thái Bình hoặc do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế (n=40), chưa phản ánh hoàn toàn sự cân bằng giới tính trong cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phù là triệu chứng lâm sàng điển hình (100%) với đa số là mức độ nhẹ (87,5%), không có trường hợp phù nặng. Sau 1 tuần điều trị, tỷ lệ hết phù đạt 90%, chỉ còn 10% phù nhẹ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), khẳng định hiệu quả rõ rệt của các phương pháp điều trị phù và vai trò của corticoid trong kiểm soát triệu chứng phù ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát. Tỷ lệ đáp ứng này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [5], [6], [7]. Tuy nhiên, trong khi nghiên cứu này ghi nhận đáp ứng nhanh sau 7 ngày, Rathi M [6] và Sarkar A [7] nhận thấy ở các thể mô bệnh học phức tạp như FSGS, tình trạng phù thường dai dẳng hơn sau 8 tuần điều trị.

Sự cải thiện phù trong nghiên cứu của chúng tôi thậm chí cao hơn một số báo cáo quốc tế, có thể liên quan đến tỷ lệ bệnh nhân lớn tuổi, ít bệnh kèm theo, hoặc sự khác biệt trong đặc điểm mô bệnh học. Kết quả này khẳng định rằng corticoid có hiệu quả nhanh chóng và rõ rệt trong cải thiện triệu chứng phù, vốn là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống.

Về mặt sinh lý bệnh, phù trong hội chứng thận hư hình thành chủ yếu do giảm áp lực keo huyết tương từ hạ albumin máu và/hoặc giữ muối - nước tại ống góp thận thông qua hoạt hóa kênh ENaC và hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAAS). Corticoid có tác dụng kiểm soát phù không chỉ nhờ giảm protein niệu và cải thiện nồng độ albumin huyết thanh, mà còn gián tiếp thông qua việc điều hòa lại cân bằng dịch - điện giải. Ngoài ra, chế độ ăn hạn muối và sử dụng lợi tiểu phối hợp cũng góp phần quan trọng trong kiểm soát phù.

Phù không chỉ là triệu chứng đặc trưng của hội chứng thận hư mà còn là yếu tố làm giảm chất lượng sống, làm tăng nguy cơ biến chứng như nhiễm trùng da, huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc tràn dịch màng phổi. Việc hết phù nhanh chóng sau điều trị giúp cải thiện tình trạng chung, nâng cao tuân thủ điều trị, đồng thời là chỉ dấu quan trọng phản ánh hiệu quả của liệu pháp corticoid. Tuy nhiên, phù có thể tái xuất hiện khi bệnh tái phát hoặc ở những bệnh nhân phụ thuộc corticoid, do đó cần theo dõi lâu dài để đánh giá bền vững hiệu quả điều trị.

Kiểm soát protein niệu, Albumin và mỡ máu: Từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kết quả sau 8 tuần điều trị cho thấy hiệu quả rõ rệt của liệu pháp Corticoid trong việc kiểm soát các rối loạn sinh

hóa đặc trưng của Hội chứng thận hư. Về Protein niệu và Albumin, sự giảm mạnh protein niệu (5,73 xuống 1,27 g/24h) đi kèm sự hồi phục albumin máu (23,21 lên 30,43 g/L) ($p < 0,05$) chứng tỏ tổn thương màng lọc cầu thận đã được cải thiện. Đây là tiêu chuẩn vàng đánh giá đáp ứng điều trị, cho thấy bệnh nhân đang chuyển sang giai đoạn lui bệnh. Song song đó, Cholesterol và Triglycerid cũng giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này tương tự với các nghiên cứu trong nước và quốc tế trước đó như nghiên cứu của Võ Hoàng Nghĩa (2022), Hà Hoàng Kiệm (2011), Konana G (2017), Cơ chế cải thiện này liên quan mật thiết đến sự hồi phục của Albumin máu. Khi nồng độ Albumin tăng, áp lực keo được tái lập, làm giảm tín hiệu kích thích gan tổng hợp Lipoprotein bù trừ. Như vậy, việc kiểm soát tốt protein niệu chính là chìa khóa để giải quyết rối loạn lipid máu thứ phát trong bệnh lý này.

Điều trị tăng huyết áp: trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm nhập viện có 22,5% bệnh nhân bị tăng huyết áp, trong đó 20% ở mức độ I và 2,5% ở mức độ II, trong khi 77,5% có huyết áp bình thường. Sau 8 tuần điều trị bằng corticoid kết hợp với chế độ ăn hạn chế muối và sử dụng lợi tiểu khi cần thiết, huyết áp trung bình của nhóm bệnh nhân giảm từ 93,5 mmHg xuống 90,0 mmHg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Sau 8 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn tăng huyết áp giảm xuống còn 10%, trong đó tất cả đều ở mức độ nhẹ và không ghi nhận trường hợp nào từ độ II trở lên. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với báo cáo trong nước của Võ Hoàng Nghĩa [8]. Đồng thời, tỷ lệ này cũng thấp hơn so với các ghi nhận quốc tế của Sarkar A [7] (36%) và Rathi M [6] (16-28%), những nghiên cứu vốn cho thấy sự biến thiên lớn của tăng huyết áp tùy thuộc vào thể tổn thương mô bệnh học cao hơn ở nhóm xơ hóa cầu thận từng phần và viêm cầu thận màng so với tổn thương tối thiểu. Sự khác biệt kết quả này có thể đến từ quần thể mẫu còn nhỏ, các nghiên cứu quốc tế thường kéo dài thời gian theo dõi đến 12-16 tuần để đánh giá sự ổn định trong khi nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự cải thiện rõ rệt ngay từ tuần thứ 8. Tăng huyết áp ở bệnh nhân hội chứng thận hư có cơ chế bệnh sinh phức tạp, bao gồm: (i) giữ muối - nước do hoạt hóa kênh ENaC và RAAS; (ii) giảm thể tích hiệu dụng, dẫn tới hoạt hóa hệ thần kinh giao cảm; (iii) tổn thương cấu trúc cầu thận mạn tính, đặc biệt trong các thể bệnh như FSGS. Việc giảm đáng kể tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp

và hạ huyết áp trung bình sau 8 tuần điều trị cho thấy hiệu quả kép của corticoid: vừa tác động vào cơ chế miễn dịch - viêm để giảm protein niệu, vừa gián tiếp cải thiện cân bằng dịch - điện giải.

Kiểm soát huyết áp trong hội chứng thận hư có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, bởi huyết áp cao kéo dài không những thúc đẩy tiến triển đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối mà còn làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch (nhồi máu cơ tim, đột quỵ). Hướng dẫn KDIGO 2021 khuyến cáo mục tiêu huyết áp < 130/80 mmHg ở bệnh nhân hội chứng thận hư có protein niệu > 300 mg/ngày, đồng thời nhấn mạnh vai trò của điều chỉnh lối sống, hạn chế muối và sử dụng các thuốc ức chế hệ renin-angiotensin trong trường hợp cần thiết [1].

Mặc dù đạt được những kết quả khả quan, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định: Cỡ mẫu tương đối nhỏ, có thể chưa đại diện hết cho các thể lâm sàng của HCTH người lớn; thời gian 8 tuần theo dõi chỉ mới đánh giá được giai đoạn điều trị tấn công, chưa đánh giá được tỷ lệ tái phát hoặc phụ thuộc thuốc về lâu dài; nghiên cứu thiếu dữ liệu sinh thiết thận – tiêu chuẩn vàng để phân loại thể bệnh và tiên lượng chính xác mức độ đáp ứng; không có nhóm đối chứng, nên việc khẳng định hiệu quả tuyệt đối của corticoid so với các phác đồ phối hợp khác còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN:

Sau 8 tuần điều trị bằng liệu pháp corticoid đơn thuần trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người lớn, tỷ lệ đáp ứng chung đạt cao (90%), trong đó 35% lui bệnh hoàn toàn và 55% lui bệnh một phần. Khẳng định hiệu quả cao của liệu pháp corticoid. Tình trạng phù, huyết áp và các chỉ số sinh hóa (protein niệu, albumin, lipid máu) đều cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chức năng thận của bệnh nhân duy trì ổn định trong suốt giai đoạn điều trị tấn công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1. Tổ chức KDIGO (2021).** Chẩn đoán và điều trị một số bệnh liên quan đến cầu thận theo KDIGO 2021. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*.
- 2. Hà Phan Hải An (2018),** Hội chứng thận hư, *Bệnh học nội khoa*, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 3. Huỳnh Ngọc Phương Thảo, Nguyễn Thị Ngọc Linh (2012),** Hội chứng thận hư, *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh.
- 4. Huỳnh Ngọc Phương Thảo, Nguyễn Thị Thu Thảo, Nguyễn Xuân Thắng et al. (2013),** Đối chiếu lâm sàng và tổn thương bệnh học của hội chứng thận hư nguyên phát, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 17(6):58–64.
- 5. Võ Hoàng Nghĩa (2021),** Kết quả điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn bằng phác đồ corticoid đơn thuần tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, tr. 82–89.
- 6. Rathi M (2014).** Changing histologic spectrum of adult nephrotic syndrome over five decades in North India: a single center experience. *Indian J Nephrol*. 24(2):86–91.
- 7. Sarkar A (2018).** Clinico-pathological spectrum of adult nephrotic syndrome in Eastern India. *Int J Contemp Med Res*. 5(7):G1–G5.
- 8. Võ Hoàng Nghĩa (2022).** Treatment results of primary nephrotic syndrome in adults with corticosteroid therapy protocol at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. *CTUMP J*. 16(1):91–98.
- 9. Hà Hoàng Kiệt (2011),** Nghiên cứu tình trạng rối loạn đông máu và tắc nghẽn mạch ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Học viện Quân Y.
- 10. Konana G (2017).** Histologic patterns of primary adult onset nephrotic syndrome: study of 122 cases. *J Nephropathol*. 6(3):304–310.