

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

TÓM TẮT

Bùi Hồng Nam^{1*}, Hoàng Thị Huyền¹, Bùi Hồng Anh¹

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng thận hư (HCTH) nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán HCTH nguyên phát điều trị tại Khoa Nội Thận - Cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $43,9 \pm 21,9$ tuổi; nam giới chiếm 57,5%. Đa số bệnh nhân là nông dân (52,5%) và sống tại nông thôn (72,5%). Triệu chứng lâm sàng nổi bật là phù (100%), tiểu ít và tiểu bọt (57,5%); tăng huyết áp chiếm 22,5%. Về cận lâm sàng: Protein niệu 24 giờ trung bình là $5,73 \pm 1,51$ g; Albumin máu giảm nặng trung bình $23,21 \pm 3,15$ g/l (75% bệnh nhân ≤ 25 g/l); Protein máu trung bình $48,78 \pm 2,92$ g/l. Rối loạn lipid máu rất phổ biến với 100% tăng Cholesterol (trung bình $10,14 \pm 2,59$ mmol/l). Chức năng thận suy giảm (tăng Ure, Creatinin) gặp ở 27,5% bệnh nhân.

Kết luận: HCTH nguyên phát ở người lớn tại Thái Bình có biểu hiện lâm sàng điển hình với phù toàn thân và các rối loạn sinh hóa như tình trạng giảm albumin, tăng cao lipid máu, tuy nhiên tỷ lệ tăng huyết áp thấp hơn so với một số nghiên cứu khác.

Từ khóa: Hội chứng thận hư nguyên phát, người lớn.

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN ADULTS WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of primary nephrotic syndrome (PNS) in adults at Thai Binh General Hospital in 2025.

Methos: A cross-sectional descriptive study was conducted on 40 patients diagnosed with

PNS treated at the Department of Nephrology - Rheumatology, Thai Binh General Hospital from January 2025 to June 2025.

Results: The mean age was 43.9 ± 21.9 years; males accounted for 57.5%. The majority were farmers (52.5%) and lived in rural areas (72.5%). Prominent clinical symptoms included edema (100%), oliguria, and foamy urine (57.5%); hypertension was present in 22.5%. regarding paraclinical findings: Mean 24-hour proteinuria was 5.73 ± 1.51 g; serum Albumin was severely reduced with a mean of 23.21 ± 3.15 g/l (75% patients ≤ 25 g/l); mean serum Protein was 48.78 ± 2.92 g/l. Lipid disorders were highly prevalent with 100% hypercholesterolemia (mean 10.14 ± 2.59 mmol/l). Impaired renal function (elevated Urea, Creatinine) was observed in 27.5% of patients.

Conclusion: Adult PNS in Thai Binh presents with typical clinical features of generalized edema and severe biochemical disturbances (severe hypoalbuminemia, hyperlipidemia), although the prevalence of hypertension appears lower compared to some other studies.

Keywords: Primary nephrotic syndrome, adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư (HCTH) là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa đặc trưng bởi phù, protein niệu cao, giảm protein máu và rối loạn lipid máu, xuất hiện khi có tổn thương cầu thận [1]. Đây là một trong những bệnh lý cầu thận mạn tính thường gặp, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và có nguy cơ tiến triển đến suy thận mạn nếu không được quản lý tốt [2]. Một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng là xác định tính chất “nguyên phát” của bệnh. Điều này đòi hỏi một quy trình chẩn đoán loại trừ chặt chẽ các nguyên nhân thứ phát như Lupus ban đỏ hệ thống, đái tháo đường, các bệnh lý ác tính và nhiễm trùng (HBV, HCV, HIV) thông qua hệ thống xét nghiệm miễn dịch và hình ảnh học. Bên cạnh đó, do điều kiện thực tế tại địa phương còn hạn chế về sinh thiết thận và đọc kết quả mô bệnh học, việc chẩn đoán và điều trị thường dựa vào các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng điển hình và đáp ứng với liệu pháp Corticoid. Liệu pháp corticoid được coi là phương pháp điều trị cơ bản đối với hội chứng thận hư nguyên phát. Theo KDIGO (2021), tỷ lệ đáp ứng

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Bùi Hồng Nam

Email: Buihongnam96@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/01/2026

Ngày phản biện: 6/3/2026

Ngày duyệt bài: 10/4/2026

hoàn toàn ở người lớn chỉ đạt khoảng 50-60%, trong khi tỷ lệ này ở trẻ em lên tới 70-80%. Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy, những trường hợp không đáp ứng thường liên quan đến tổn thương thận nghiêm trọng như xơ hóa cầu thận khu trú (FSGS) hoặc bệnh thận màng [3]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về HCTH nguyên phát ở người lớn đã được thực hiện tại các trung tâm lớn như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh và Cần Thơ, cho thấy sự đa dạng về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng giữa các vùng miền [4]. Tuy nhiên, tại khu vực đồng bằng sông Hồng, đặc biệt là tỉnh Thái Bình, dữ liệu nghiên cứu về đặc điểm bệnh học của nhóm đối tượng này còn hạn chế. Việc hiểu rõ bức tranh lâm sàng và cận lâm sàng tại địa phương là cơ sở quan trọng để các bác sĩ lâm sàng đưa ra chẩn đoán sớm và chiến lược điều trị phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 40 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định HCTH nguyên phát.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH (Protein niệu > 3,5g/24h, Protein máu < 60g/l, Albumin máu < 30g/l, có thể kèm theo Cholesterol $\geq$ 6,5 mmol/l hoặc phù) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: HCTH thứ phát (Để loại trừ các nguyên nhân thứ phát, bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm tối thiểu bao gồm: đường huyết/HbA1c (loại trừ đái tháo đường), ANA/anti-dsDNA (loại trừ Lupus), HBsAg/anti-HCV/HIV (loại trừ nhiễm virus), siêu âm ổ bụng và các xét nghiệm tầm soát ung thư khi có nghi ngờ lâm sàng...), bệnh nhân có tăng huyết áp không kiểm soát (Định nghĩa là huyết áp (HA) vẫn duy trì $\geq$ 160/100 mmHg dù đã dùng phối hợp từ 2 loại thuốc hạ áp trở lên. Việc loại trừ nhóm này nhằm hạn chế yếu tố nhiễu khi đánh giá tính an toàn của Corticoid, tuy nhiên điều này có thể dẫn đến việc tỷ lệ THA quan sát được trong kết quả nghiên cứu (22,5%) thấp hơn so với thực tế lâm sàng chung.), suy gan/tim/thận nặng, hoặc không đồng ý tham gia.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Thận - Cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích (n=40).

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, tiền sử bệnh.

Đặc điểm lâm sàng: Phù (Đánh giá dựa trên khám lâm sàng và % tăng cân so với trước khi bệnh. Phù nhẹ: tăng cân 5-10%, vết lõm $\leq$ 2mm, phục hồi ngay. Phù trung bình: tăng cân 10-20%, vết lõm 3-4mm, phục hồi < 15 giây), tiểu ít, tiểu bọt, huyết áp (bệnh nhân nghỉ ngơi ít nhất 5 phút, tư thế ngồi ngang tim. HA được đo bằng huyết áp kế thủy ngân hoặc máy đo tự động đạt chuẩn tối thiểu 2 lần cách nhau 2 phút, lấy giá trị trung bình phân độ theo Hội Tim mạch Việt Nam 2015) [5].

Thu thập chỉ số cận lâm sàng: Mẫu máu được lấy vào buổi sáng sớm khi đói, tại thời điểm nhập viện và trước khi bắt đầu điều trị Corticoid tấn công.

Đặc điểm cận lâm sàng: Protein niệu 24h, hóa sinh máu (Ure, Creatinin, Protein, Albumin, Lipid máu, Điện giải đồ, mức lọc cầu thận được tính theo công thức CKD-FPI để xác định tình trạng suy giảm chức năng thận cấp hoặc mạn tính), tế bào máu ngoại vi. Các xét nghiệm được thực hiện trên hệ thống máy Cobas c311 và Sysmex LX-21.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

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 riêng

- 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.

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.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 18.0. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD) và tần suất %. Biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Cần kiểm tra phân phối, nếu không chuẩn dùng median (IQR) cho các biến lệch (như protein niệu, triglycerid thường lệch).

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự thông qua Hội đồng Khoa học Trường ĐHYDTB theo Quyết định số 173/QĐ-YDTB ngày 04/02/2025 của Hiệu trưởng Trường ĐHYDTB và được sự đồng ý Lãnh đạo bệnh viện, Trưởng khoa Nội thận cơ xương khớp - Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích, quy trình tiến hành và tự nguyện tham gia nghiên cứu. 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 bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật. Nghiên cứu không làm tăng thêm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử bệnh (n=40)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	16 - 29	16	40,0
	30 - 59	10	25,0
	≥ 60	14	35,0
	Tuổi trung bình: $43,9 \pm 21,9$		
Giới tính	Nam	23	57,5
	Nữ	17	42,5
Địa chỉ	Nông thôn	29	72,5
	Thành phố	11	27,5
Nghề nghiệp	Nông dân	21	52,5
	Học sinh - Sinh viên	12	30,0
	Khác (Công nhân, VP...)	7	17,5
Tiền sử	Chưa ghi nhận bệnh lý	34	85,0
	Tăng huyết áp vô căn	6	15,0

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh phân bố 2 đỉnh rõ rệt: bệnh nhân tập trung cao nhất ở nhóm trẻ (16-29 tuổi chiếm 40%) và nhóm cao tuổi (≥ 60 tuổi chiếm 35%) và. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Đa số bệnh nhân là nông dân và sống ở nông thôn. Bệnh nhân chủ yếu chưa ghi nhận bệnh lý nền (85%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm nhập viện (n=40)

Triệu chứng	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phù	Có	40	100
	Mức độ nhẹ	35	87,5
	Mức độ trung bình	5	12,5
Rối loạn tiểu tiện	Tiểu ít	23	57,5
	Tiểu bọt	23	57,5
	Tiểu máu đại thể	0	0
Huyết áp	Bình thường ($<140/90$ mmHg)	31	77,5
	Tăng huyết áp độ I	8	20,0
	Tăng huyết áp độ II	1	2,5

Nhận xét: 100% bệnh nhân có phù, chủ yếu là phù nhẹ (87,5%). Không ghi nhận tiểu máu đại thể. Nghiên cứu không khảo sát tình trạng tiểu máu vi thể qua soi cặn nước tiểu. Tỷ lệ tăng huyết áp là 22,5%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm Protein niệu và Protein máu (n=40)

Chỉ số	Mức độ/Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình $\pm$ SD
Protein niệu/24h	3,5 - < 5 g	13	32,5	5,73 $\pm$ 1,51 g
	5 - < 10 g	27	67,5	
Albumin máu	$\leq$ 25 g/l	30	75,0	23,21 $\pm$ 3,15 g/l
	> 25 g/l	10	25,0	
Protein máu	< 40 g/l	1	2,5	48,78 $\pm$ 2,92 g/l
	40 - 59 g/l	39	97,5	

Nhận xét: Protein niệu 24h tăng cao mức thận hư ở 100% bệnh nhân. Albumin máu giảm nặng, đa số dưới 25 g/l (75%).

Bảng 4. Đặc điểm Lipid máu và chức năng thận (n=40)

Chỉ số	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình $\pm$ SD
Cholesterol	Bình thường (<5,2)	0	0	10,14 $\pm$ 2,59 mmol/l
	Tăng ($\geq$ 5,2)	40	100	
Triglycerid	Bình thường (<1,7)	7	17,5	3,09 $\pm$ 1,36 mmol/l
	Tăng ($\geq$ 1,7)	33	82,5	
Ure máu	Tăng (> 7,5 mmol/l)	11	27,5	6,77 $\pm$ 3,11 mmol/l
Creatinin máu	Tăng (> 110 μ mol/l)	11	27,5	85,61 $\pm$ 26,54 μ mol/l
Natri máu	Giảm (< 135 mmol/l)	9	22,5	138 $\pm$ 4,33 mmol/l
Kali máu	Giảm (< 3,5 mmol/l)	12	30,0	3,69 $\pm$ 0,52 mmol/l

Nhận xét:

- Rối loạn lipid máu rất trầm trọng với 100% bệnh nhân tăng Cholesterol và 82,5% tăng Triglycerid.
- Có 27,5% bệnh nhân có biểu hiện suy giảm chức năng thận (tăng Ure, Creatinin).
- Ghi nhận 22,5% hạ Natri máu và 30% hạ kali máu ngay khi nhập viện, phản ánh tình trạng rối loạn nước, điện giải nguyên phát do hội chứng thận hư trước khi điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 43,9 $\pm$ 21,9 tuổi, cao hơn so với một số nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế như nghiên cứu của Rathin M tại Ấn Độ (31,5 tuổi) hay Võ Hoàng Nghĩa tại Cần Thơ (đa số 18-39 tuổi) [4-6]. Điều này có thể do đặc thù dân số tại Thái Bình với tỷ lệ người cao tuổi lớn hoặc bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn hơn. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (57,5%) phù hợp với y văn thế giới về xu hướng mắc HCTH nguyên phát ở nam giới. Đặc biệt, việc không ghi nhận trường hợp nào có tiểu máu đại thể là một dấu hiệu lâm sàng quan trọng củng cố chẩn đoán này. Phù là triệu chứng hằng định (100%), phù hợp với cơ chế bệnh sinh giảm áp lực keo do giảm Albumin máu nặng (trung bình 23,21 g/l). Tuy nhiên, tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 22,5%, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu tại Cần Thơ (77,8%)

hay nghiên cứu của Sarkar A (36%) [4-7]. Sự khác biệt này có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ít có các bệnh lý nền phối hợp và được loại trừ các nguyên nhân thứ phát chặt chẽ. Protein niệu trung bình rất cao (5,73 g/24h) và Albumin máu giảm rất sâu (23,21 g/l). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Võ Hoàng Nghĩa (Protein niệu ~6,4 g, Albumin <30 g/l), phản ánh tình trạng tổn thương màng lọc cầu thận nghiêm trọng ở người lớn khi nhập viện [4]. Rối loạn lipid máu là đặc điểm nổi bật nhất với 100% bệnh nhân tăng Cholesterol. Mức Cholesterol trung bình (10,14 mmol/l) và Triglycerid (3,09 mmol/l) đều rất cao, phù hợp với cơ chế tăng tổng hợp Lipoprotein tại gan để bù trừ cho áp lực keo giảm. Đáng chú ý, 27,5% bệnh nhân có biểu hiện suy giảm chức năng thận (tăng Ure, Creatinin) ngay tại thời điểm chẩn đoán. Đây có thể là hậu quả

của tình trạng suy thận cấp trước thận do giảm thể tích tuần hoàn hiệu dụng (khi Albumin giảm sâu gây thoát dịch) hoặc do việc sử dụng thuốc lợi tiểu liều cao trước đó.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy: Bệnh lý chủ yếu tập trung ở nhóm đối tượng nam giới cao tuổi với tình trạng phù trên lâm sàng. Biểu hiện trên cận lâm sàng là tình trạng protein niệu 24h rất cao, kèm theo Albumin và chức năng thận giảm sâu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Phan Hải An (Chủ biên). Hội chứng thận hư. Bệnh học nội khoa, Tập 1. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2018.
2. Hà Hoàng Kiệt. 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. 2011.
3. KDIGO (Rovin BH, Adler SG, Barratt J et al.). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney International. 2021; 100(4S): S1–S276.
4. Võ Hoàng Nghĩa, Mai Huỳnh Ngọc Tân, Nguyễn Ngọc Nghĩa và cộng sự. Kết quả điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn bằng phác đồ corticosteroid tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022; 16(1): 91–98.
5. Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam, Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022.
6. Rathi M, Bhagat RL, Mukhopadhyay P et al. Changing histologic spectrum of adult nephrotic syndrome over decades in North India: a single center experience. Indian J Nephrol. 2014; 24(2): 86–91.
7. Sarkar A, Haque F. Clinico-pathological spectrum of adult nephrotic syndrome in Eastern India. Int J Contemp Med Res. 2018; 5(7): G1–G5.