

nghiên cứu này, tác giả sử dụng phương pháp nuôi cấy để đánh giá số lượng khuẩn lạc lactobacilli. Phương pháp đánh giá trên nhuộm gram hệ vi sinh vật cũng được Yan và cs (2009) sử dụng trên 150 phụ nữ tại Bắc Kinh [9]. Kết quả cho thấy, phần lớn bệnh nhân viêm âm đạo không đặc hiệu được phân độ lactobacilli độ III (91%, 42/46 trường hợp) và độ II (9%, 4/46 trường hợp); trong khi đó, nhóm phụ nữ khỏe mạnh có 64% độ I (67/104 trường hợp) và 36% độ II (37/104 trường hợp). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 3.9, độ II chiếm 76,9% và độ III chiếm 23,1% và không có trường hợp nào độ I. Như vậy, trong viêm âm đạo không đặc hiệu có sự suy giảm về mặt số lượng lactobacilli cũng như các loài lactobacilli.

V. KẾT LUẬN

Viêm âm đạo không đặc hiệu có xu hướng gặp ở đối tượng trẻ tuổi từ 18-30, có tỉ lệ gặp cao hơn ở nhóm có tiền sử bệnh liên quan nạo hút thai, sảy thai. Đa số bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng trong đó thường gặp là mùi khí hư, ngứa rát âm hộ, giao hợp đau. Xét nghiệm cho thấy sự rối loạn của hệ vi sinh vật tại âm đạo, số lượng lactobacilli suy giảm và gia tăng các loài vi khuẩn gram âm, cầu khuẩn gram dương khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Javed A., Parvaiz F., Manzoor S. (2019).** Bacterial vaginosis: An insight into the prevalence, alternative treatments regimen and its associated resistance patterns. *Microb Pathog*, 127, 21-30.

2. **Kamga Y.M., Ngunde J.P., Akoachere J.K.T. (2019).** Prevalence of bacterial vaginosis and associated risk factors in pregnant women receiving antenatal care at the Kumba Health District (KHD), Cameroon. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 1-8.
3. **Lê Hiều Hạnh, Lê Thái Vân Thanh, Văn Thế Trung (2019).** Viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ tại Bệnh viện Đa liểu TP. Hồ Chí Minh. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 23(1), 38-44.
4. **Đinh Thị Huyền Ngọc (2013).** Nghiên cứu hiệu quả điều trị của Gynoflor trong viêm âm đạo không đặc hiệu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Faisal M.M., Abdel-Gawad M.M., Fahmy R.A. et al (2019).** Change in Vaginal Flora as Indicated by Pap Smear (Schröder's Classification) in Women Using Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System "Mirena"—Prospective Cohort Study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 9(5), 631-642.
6. **Ranjit E., Raghubanshi B.R., Maskey S. et al (2018).** Prevalence of Bacterial Vaginosis and Its Association with Risk Factors among Nonpregnant Women: A Hospital Based Study. *Int J Microbiol*, 2018, 1-9.
7. **Tamrakar R., Yamada T., Furuta I. et al (2007).** Association between Lactobacillus species and bacterial vaginosis-related bacteria, and bacterial vaginosis scores in pregnant Japanese women. *BMC Infectious Diseases*, 7(1), 128.
8. **Chooruk A., Utto P., Teanpaisan R. et al (2013).** Prevalence of lactobacilli in normal women and women with bacterial vaginosis. *J Med Assoc Thai*, 96(5), 519-522.
9. **Yan D.H., Lü Z., Su J.R. (2009).** Comparison of main lactobacillus species between healthy women and women with bacterial vaginosis. *Chin Med J (Engl)*, 122(22), 2748-2751.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT Ở TRẺ EM TẠI THÁI NGUYÊN

Trương Thị Hồng Minh*, Nguyễn Văn Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại Thái Nguyên. **Đối tượng:** 30 bệnh nhi được chẩn đoán Hội chứng thận hư tiếp phát vào điều trị tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ 4/1 (có 24 nam và 6

nữ). Tuổi trung bình mắc bệnh là 6,1 tuổi; nhóm tuổi 5-10 tuổi chiếm 63,3%. Các bệnh nhi trong nghiên cứu có tỷ lệ phù 100%, tăng huyết áp (40%), thiếu niệu (26,7%), protein niệu 24 giờ trung bình 163,26 mg/kg/24h, albumin máu giảm nặng (trung bình 17,42 g/l), cholesterol tăng cao (trung bình 9,76 mmol/l). Đáp ứng điều trị với corticosteroid là 76,7% với thời gian đáp ứng trung bình là 11,73 ngày. Tỷ lệ tái phát sau 3 tháng điều trị là 36,67%, trong đó chủ yếu là bệnh nhân thể kết hợp (87,5%). **Kết luận:** Bệnh nhi mắc hội chứng thận hư tiên phát gặp phần lớn ở trẻ nam, chủ yếu lứa tuổi học đường, triệu chứng chủ yếu là phù, giảm nặng albumin máu và protein niệu tăng cao. Bệnh đáp ứng tốt với thuốc corticosteroid. Tỷ lệ bệnh nhân tái phát chủ yếu ở nhóm hội chứng thận hư tiên phát kết hợp. **Từ khóa:** Trẻ em, hội chứng thận hư tiên phát, điều trị

*Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Hồng Minh
Email: hongminhbsdk.dhyd@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.8.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.10.2021
Ngày duyệt bài: 29.10.2021

SUMMARY**ASSESSING THE OUTCOME TREATMENT OF THE IDIOPATHIC NEPHROTIC SYNDROME**

Objective: To assess the outcome of idiopathic nephrotic syndrome at Thai Nguyen. **Subject:** 30 children with idiopathic nephrotic syndrome were diagnosed and treated at Thai Nguyen national hospital and A hospital from 01/ 2019 to 03/ 2021. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Males got involved in idiopathic nephrotic syndrome more than females with the ratio male to female of 4/1 (24 male and 6 female). The mean age at was 6.1 years old, group with patients from 5-10 years old were 63,3%. The patients in study with signal edema 100%, hypertension 40%, oliguria 26,7%, the mean of proteinuria 24h was 163,26 mg/kg/24h, severe hypoalbuminemia (average was 17,42 g/l), hypercholesterolemia (average was 9,76 mmol/l). The ratio patients response with corticosteroid was 76,7% and the mean time response with one was 11,73 days. Recurrence rate after 3 months of treatment was 36.67%, of which mainly patients with combination type (87,5%). **Conclusion:** The idiopathic nephrotic syndrome usually occurred in male, school age, the main symptoms were edema, severe hypoalbuminemia and hyperproteinuria. Children with idiopathic nephrotic syndrome responded well to corticosteroid. The number of patients with relapse is mainly patients with combination type nephrotic syndrome.

Keywords: Children, idiopathic nephrotic syndrome, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là bệnh cầu thận mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em, trong đó hội chứng thận hư tiên phát hay gặp nhất, chiếm khoảng 90% bệnh nhân bị Hội chứng thận hư. Trước khi có corticosteroid, phần lớn bệnh nhân hội chứng thận hư sẽ chết trong 5 năm đầu do các biến chứng nhiễm khuẩn, suy thận, tắc mạch [2]. Từ năm 1955, corticosteroid bắt đầu sử dụng ngày càng rộng rãi, tiếp theo là các thuốc ức chế miễn dịch như cyclosporin, mycophenolat, mofetil, cyclophosphamide... diễn biến của bệnh đã thay đổi rất nhiều và tiên lượng tốt hơn với tỷ lệ chữa khỏi tới 90% và tỷ lệ tử vong trẻ bị Hội chứng thận hư còn 3%. Tuy nhiên vẫn còn những trường hợp đáp ứng kém với điều trị và kháng lại corticosteroid. Theo P. Niaudet có 10% trẻ bị Hội chứng thận hư tiên phát kháng corticosteroid, ở Việt Nam theo Nguyễn Ngọc Sáng tỉ lệ này là 12,4% [2]. Trong quá trình điều trị hội chứng thận hư tiên phát gặp rất nhiều tác dụng phụ của thuốc điều trị, theo Đoàn Thị Thắm biến chứng bộ mặt Cushing và viêm dạ dày cấp xuất hiện ở tháng đầu tiên khi điều trị bằng corticosteroid với tỷ lệ >50%, nên việc điều trị hội chứng thận hư vẫn là một thách thức với các

bác sĩ nhi khoa. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi được chẩn đoán Hội chứng thận hư tiên phát vào điều trị tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2021.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhi dưới 16 tuổi, nhập viện với chẩn đoán Hội chứng thận hư tiên phát. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là HCTHTP và điều trị theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em" của Bộ y tế ban hành kèm theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/08/2015 về HCTHTP ở trẻ em: phù; protein/creatinine niệu > 0,2 g/mmol, hoặc > 40mg/m²/h hoặc 50mg/kg/24 giờ; albumin máu < 25 g/l, protein máu < 56 g/l, cholesterol máu tăng > 5,2 mmol/l [1].

- Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Sử dụng phác đồ điều trị hội chứng thận hư tiên phát của Bộ Y tế năm 2015 [1]

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ HCTH thứ phát, bẩm sinh, tuổi khởi phát bệnh trước 3 tháng tuổi và do các nguyên nhân khác như: Lupus ban đỏ, hội chứng Scholein-Henoch ...

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

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

2.4. Các biến số

- Lâm sàng: Tuổi nhập viện, giới tính, địa dư, phù, huyết áp, số lượng nước tiểu.

- Cận lâm sàng: Protein máu, albumin máu, protein niệu/kg/24 giờ.

- Thời gian điều trị: Được tính từ ngày bệnh nhân được sử dụng corticosteroid đến khi protein niệu trở về bình thường (tính theo ngày), bệnh nhân được điều trị theo phác đồ của Bộ Y tế năm 2015 [1]. Trường hợp đáp ứng tốt là thời gian điều trị dưới 14 ngày, đáp ứng chậm là từ sau 14 ngày.

2.5. Thu thập số liệu: Số liệu nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu ở các thời điểm bệnh nhân lúc bệnh nhân vào viện, sau 1 tháng và sau 3 tháng điều trị.

2.6. Xử lý số liệu: Sử dụng dụng phần mềm

SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thông qua bởi Hội đồng Y sinh học trường Đại học Y dược Thái Nguyên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	24	80
	Nữ	6	20
Địa dư	Thành phố	6	20
	Nông thôn	24	80

Thể lâm sàng	Đơn thuần	22	73,3
	Kết hợp	8	26,7
Tuổi	< 5	6	20
	5 – 10	19	63,3
	>10	5	16,7
	Trung bình	6,1 ± 2,26	
	Tuổi nhỏ nhất	3	
	Tuổi lớn nhất	11	

Nhận xét: Bệnh gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ = 4/1, chủ yếu bệnh nhi sinh sống ở vùng nông thôn (80%), nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 5 – 10 tuổi (63,3%), tiếp đến là nhóm tuổi dưới 5 tuổi (20%) và thấp nhất là trên 10 tuổi. Thể đơn thuần là thể thường gặp trên lâm sàng.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2: Thay đổi các triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Triệu chứng	Thời điểm	Lúc vào viện		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù	Có	30	100	0	0	11	36,7
	Không	0	0	30	100	19	63,3
Huyết áp	Tăng	12	40	6	20	4	13,3
	Bình thường	18	60	24	80	26	86,7
Nước tiểu	Vô niệu	3	10	0	0	0	0
	Thiếu niệu	8	26,7	0	0	4	13,3
	Bình thường	19	63,3	30	100	26	86,7

Nhận xét: Lúc nhập viện tất cả bệnh nhân đều có phù, 40% bệnh nhân có tăng huyết áp, 10% vô niệu, 26,7% thiếu niệu. Sau 1 tháng điều trị: các bệnh nhân đều hết phù, số lượng nước tiểu trở về bình thường, tỉ lệ tăng huyết áp giảm còn 20%. Sau 3 tháng điều trị phù xuất hiện trở lại ở 36,7% số bệnh nhân, tăng huyết áp giảm xuống 13,3% và thiếu niệu 13,3%.

Bảng 3: Kết quả sinh hóa máu, protein nước tiểu sau điều trị 3 tháng

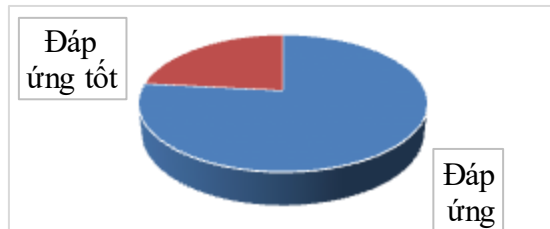
Xét nghiệm	Lúc vào viện	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	p
Protein niệu (mg/kg/24h)	163,26 ± 88,77	35,38 ± 21,26	4,58 ± 6,76	P _{1,3} < 0,05 p _{2,3} < 0,05
Protein máu	45,86 ± 3,37	58,56 ± 5,81	61,42 ± 9,79	P _{1,3} < 0,05 p _{2,3} < 0,05
Albumin máu	17,42 ± 2,86	30,8 ± 4,82	40,27 ± 12,21	P _{1,3} < 0,05 p _{2,3} < 0,05
Cholesterol máu	9,76 ± 2,29	7,71 ± 1,69	5,7 ± 1,83	P _{1,3} < 0,05 p _{2,3} < 0,05

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị bệnh nhi có nồng độ protein máu, albumin máu tăng cao hơn và nồng độ proetin niệu, cholesterol máu thấp hơn so với lúc trước điều trị, sau 1 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4: Thời gian nằm viện theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Thời gian điều trị (ngày)	p
Đơn thuần	10,36 ± 3,1	< 0,05 (p= 0,017)
Kết hợp	15,5 ± 68,22	
Tổng	11,73 ± 5,35	

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình của thể lâm sàng kết hợp (15,5 ngày) lâu hơn so với thể đơn thuần (10,36 ngày).



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân HCTHTP theo đáp ứng với corticoid

Nhận xét: Đáp ứng tốt với corticoid chiếm 76,7% các trường hợp với thời gian trung bình là 11,73 ngày.

Bảng 5. Tình trạng tái phát sau 3 tháng theo thể lâm sàng

Tái phát	Có (SL,%)	Không (SL,%)	P
Thể đơn thuần	4 (18,18%)	18 (81,82%)	<0,05 (p=0,014)
Thể kết hợp	7(87,5%)	1(12,5%)	
Chung	11 (36,67%)	19 (63,33%)	

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị số bệnh nhân tái phát chiếm 36,67% trong đó các bệnh nhân thể kết hợp (87,5%) tỷ lệ tái phát cao hơn hẳn bệnh nhân thể đơn thuần(18,18%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là nhóm tuổi trẻ từ 5-10 tuổi (63,3%), tuổi trung bình là $6,1 \pm 2,26$. Nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Ngọc Sáng (2016) và Safaei A. A., Maleknejad S. (2010)[3] cũng cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là $7,75 \pm 3,7$ tuổi. Như vậy là tương đương, chủ yếu là tuổi học đường.

Giới tính trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ nam rất cao chiếm 80% (tỷ lệ nam/nữ: 4/1). Nghiên cứu của các tác giả cũng cho thấy tỷ lệ nam thường cao gấp 2 đến 3 lần trẻ gái. Chủ yếu bệnh nhân sống ở vùng nông thôn (80%).

Đánh giá kết quả điều trị. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là phù (100%), tăng huyết áp (40%), thiếu niệu (26,7%). Nghiên cứu của nhiều tác giả như Mallory L. Downie và cộng sự báo cáo năm 2017 [7] cũng có kết quả tương tự, triệu chứng chủ yếu là phù và thiếu niệu, với các mức độ khác nhau, có thể phù to kèm theo cổ trướng, tràn dịch đa màng, có thể dẫn đến đau bụng, khó thở, nhiều trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn ở trẻ trai. Protein và albumin máu giảm nặng, cholesterol tăng, protein niệu cao. Nghiên cứu của Gipson D. S. (2016)[4] cũng cho thấy giá trị của xét nghiệm cận lâm sàng là rất quan trọng trong ý nghĩa tiên lượng bệnh và chỉ định điều trị, nhất là protein niệu.

Đáp ứng tốt với corticoid chiếm 76,7% các trường hợp, với thời gian trung bình là 11,73 ngày. Nghiên cứu của Safaei A. A. (2010) tại Ấn Độ trên 44 trẻ mắc Hội chứng thận hư cho thấy đáp ứng tốt với steroid là 79,5% [3]. Theo Improving Global Outcomes (KDIGO) liệu pháp cho Hội chứng thận hư là corticosteroid đường uống, đáp ứng tốt thuyên giảm 80% trẻ mắc HCTH. Nghiên cứu của Kaddah A. (2012) [6] trên

100 trẻ mắc HCTH cho thấy có 66% đáp ứng tốt với steroid, 9% phát triển thành suy thận mạn tính. Nghiên cứu của Mubarak M. (2011) [8] trên 135 trẻ dưới 18 tuổi mắc HCTH ở Pakistan cho thấy tỷ lệ đáp ứng steroid là 65,2%. Tổng hợp nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có đối xứng nhằm đánh giá tác dụng của steroid trên trẻ mắc HCTH cho thấy, thuốc được sử dụng chủ yếu là prednisolon, hầu hết các triệu chứng giảm đáng kể trong thời gian 2 tuần, thuyên giảm hoàn toàn đến không tái phát thường phải điều trị kéo dài đến hai năm [5].

Tỷ lệ bệnh nhân tái phát chiếm 36,67% trong đó chủ yếu là các bệnh nhân HCTHTP kết hợp (87,5%).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhi nhập viện với bệnh Hội chứng thận hư tiên phát, cho thấy phần lớn bệnh nhi là trẻ nam chiếm 80%, tập trung chủ yếu ở lứa tuổi 5-10 tuổi, đặc trưng bởi các triệu chứng lâm sàng là phù (100%), tăng huyết áp (40%), thiếu niệu (26,7%) và cận lâm sàng: Protein niệu 24h trung bình 163,26 mg/kg/24h; albumin máu giảm nặng, cholesterol máu tăng. Đáp ứng điều trị với corticosteroid là 76,7% với thời gian đáp ứng trung bình là 11,73 ngày. Tỷ lệ tái phát sau 3 tháng điều trị là 36,67%, trong đó chủ yếu là bệnh nhân thể kết hợp (87,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ, Y và tế (2015), "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em".
2. Nguyễn Ngọc Sáng và Lê Nam Trà (2016), "Hội chứng thận hư tiên phát", Sách giáo khoa Nhi khoa, Nhà xuất bản y học, tr. 1150 - 1161.
3. Safaei L. S. A. A., Maleknejad S. (2010), "Clinical and laboratory findings and therapeutic responses in children with nephrotic syndrome", Indian journal of nephrology. 20(2), tr. 68-71.
4. Debbie S Gipson., et al. (2016), "Complete remission in the nephrotic syndrome study network", Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 11(1), tr. 81-89.
5. Deirdre Hahn., et al. (2015), "Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children", Cochrane database of systematic reviews(3).
6. Ahmed Kaddah., et al. (2012), "Epidemiology of primary nephrotic syndrome in Egyptian children", J Nephrol. 25(05), tr. 732-737.
7. Downie L. M., Gallibois C. Parekh S R., et al (2017), "Nephrotic syndrome in infants and children: pathophysiology and management", Paediatr Int Child Health. 37(4), tr. 248-258.
8. Mubarak, Muhammed., Kazi (2011), "Clinicopathologic characteristics and steroid response of IgM nephropathy in children presenting with idiopathic nephrotic syndrome", Apmis. 119(3), tr. 180-186.