

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

1. Định nghĩa: HCTH là tập hợp các triệu chứng của bệnh cầu thận mạn tính đặc trưng bởi tiểu đạm lượng nhiều $\geq 3,5\text{g}/1,73\text{ m}^2$ da trong 24h, protein máu $< 60\text{g/L}$, albumin máu $< 30\text{ g/L}$, tăng lipid máu, phù và các rối loạn chuyển hóa khác.

2. Sinh lý bệnh và cơ chế phù trong HCTH?

- Sinh lý bệnh: tổn thương màng đáy cầu thận.
- Phù: do ứ muối nước nguyên phát và các hậu quả của giảm albumin máu (kích hoạt hệ RAA, hệ TK giao cảm, tăng tiết ADH, giảm tiết ANF).

3. Tại sao trong HCTH tăng lipid máu?

- Giảm áp lực keo kích thích tổng hợp cholesterol, triglyceride và lipoprotein.
- Giảm thoái biến lipoprotein do mất các lipoproteinase.
- Mất các protein điều hòa sản xuất lipid.

4. Cặn lắng nước tiểu của HCTH có gì?

Hạt mỡ, trụ mỡ, thể bào dục, tinh thể cholesterol, trụ hồng cầu, trụ trong

5. Trường hợp nào HCTH phù đột ngột, trường hợp nào phù từ từ?

- Đột ngột:
- Từ từ:

6. Tại sao suy thận cấp là biến chứng của HCTH?

- Giảm thể tích nội mạch hiệu quả, nhất là sau sử dụng thuốc lợi tiểu mạnh.
- Phù mô kẽ thận làm xẹp các ống thận.
- Thuyên tắc tĩnh mạch thận 2 bên.
- Ngoài ra còn có thể do bất kỳ nguyên nhân nào khác của suy thận cấp ở người bình thường.

7. Tại sao HCTH dễ thuyên tắc mạch?

- Mất các protein kháng đông như Antithrombin III.
- Tăng tổng hợp protein đông máu: protein C, S, fibrinogen.
- Tăng độ nhót máu, tăng kết tập tiểu cầu.

8. Tại sao HCTH dễ nhiễm trùng?

- Hội chứng thận hư: mất các globulin miễn dịch, giảm bổ thể.
- Phù: mô liên kết lỏng lẻo, VK dễ lan tràn, thuốc kháng sinh không đến được chỗ nhiễm trùng.
- Dùng thuốc ức chế miễn dịch.

BỆNH ÁN HỘI CHỨNG THẬN HƯ LẦN ĐẦU

II. LDNV: phù toàn thân.

III. BS:

- Phù:

- Tính chất phù chân: hoàn cảnh khởi phát, vị trí, hướng lan, đối xứng, mềm, trắng/đỏ (nếu đỏ phải mô tả kỹ), đau/không đau, thay đổi khi đi lại/kê cao chân.
- Phù mắt.
- Bụng to, mặc quần chật.
- Khó thở tăng khi nằm, giảm khi ngồi (TDMP).
- Phù bìu.
- Mức độ tăng cân!

- Nước tiểu: lượng, tính chất: màu sắc, bọt lâu tan, không buốt gắt. Lượng nước nhập mỗi ngày. Ăn uống sau khi phù có lạt hơn không hay vẫn mặn.

- Triệu chứng loại trừ các nguyên nhân khác gây phù:

- Suy tim: khó thở kịch phát về đêm, đau ngực.
- Suy dinh dưỡng: chán ăn, sụt cân.
- Xơ gan: vàng da.

- Triệu chứng loại trừ viêm cầu thận cấp: đau đầu, HA cao, tiểu máu.

- Triệu chứng gợi ý nguyên nhân thứ phát của HCTH: nổi mề đay, ngứa, khó thở, tiêu chảy, đau họng, nổi hồng ban, chán ăn, mệt mỏi, sụt cân, ho, tính chất đi tiêu.

- Triệu chứng gợi ý biến chứng của HCTH: đau ngực, khó thở, yếu liệt tay chân, méo miệng, sốt, đau bụng, nôn, tiêu chảy, sưng nóng đỏ đau vùng mô nào đó, đau hông lưng.

- Quá trình diễn tiến bệnh, xét nghiệm (đặc biệt là TPTNT, BUN, Cre) + chẩn đoán + điều trị tuyến trước (nhất là đáp ứng với lợi tiểu như thế nào).

- Tình trạng lúc NV.

IV. TIỀN CĂN:

- Chưa từng phù tương tự trước đây, không tiền căn HCTH.

- Tiền căn loại trừ các nguyên nhân khác gây phù: không tiền căn đau ngực khó thở, THA, ĐTĐ, bệnh tim mạch, chưa chích ngừa VGSV, không tiền căn VGSV B,C, bệnh gan.

- Tiền căn loại trừ bệnh thận mạn: không tiền căn bệnh thận, Cre gần nhất ...

- Tiền căn gợi ý nguyên nhân thứ phát của HCTH: không sử dụng NSAIDs, thuốc nam bắc, các thuốc khác gần đây; không tiền căn ong đốt, rắn cắn; không tiền căn đau họng, viêm mủ da trong 1 tháng nay; chích ngừa VGSV B,C, không tiền căn VGSV B,C; không tiền căn tiếp xúc chó mèo, gần đây không có các cơn sốt rét; không tiền căn bệnh tự miễn; không ho kéo dài/ho ra máu, không tiền căn nhiễm HP/VLDD, không thay đổi thói quen đi tiêu/phân nhầy máu gần đây; không giảm thính lực. (nhớ phần biện luận bên dưới)

- Thói quen: không uống rượu bia, ăn mặn/lạt, không tiền căn dị ứng.

- GD: không ghi nhận HCTH, bệnh thận, bệnh tự miễn.

VI. KHÁM:

1. TQ:

- Tỉnh, tx được.
- SH: M 80l/ph, NT 20l/ph, HA 130/80 mmHg, T 37⁰C/sốt.
- Cân nặng hiện tại (bắt buộc cân BN ngày thi), chiều cao. Không tính BMI.
- Da niêm hồng, chi ấm.
- XHDD (-). Không sang thương da. Sao mạch (-). Lòng bàn tay son (-).
- Phù 2 chân trắng, mềm, đối xứng, không đau.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.

2. ĐMC:

- Phù mí mắt.

- Kết mạc mắt không vàng.
- Hồng ban cánh bướm (-), hồng ban dạng đĩa (-).
- Tuyến giáp không sờ chạm. Khí quản không lệch. TMCN (-).

3. Lồng ngực:

- Cân đối, di động khi thở, sẹ (-), THBH (-), cơ kéo cơ HH phụ (-), ổ đập bất thường (-).
- Tim:
 - Mỏm tim KLS V ĐTD (T), diện đập 1x1 cm².
 - Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-).
 - T1, T2 đều rõ, không âm thổi tiếng tim bệnh lý.
- Phổi: có thể có HC 3 giảm (rung thanh giảm, gõ đục, RRPN giảm 2 đáy phổi), ran nổ (VP/HCTH).

4. Bụng:

- To bờ 2 bên, rốn lõm (-), vết rạn da (\pm), THBH (-), sẹ (-), XHDD (-).
- NĐR 4l/ph, âm thổi ĐM (-).
- Gõ đục vùng thấp.
- Bụng mềm, không điểm đau khu trú/ấn đau khắp bụng + đề kháng thành bụng (\pm) trong VPMNKNP.
- Gan: bờ trên KLS V ĐTD (P), bờ dưới mập mé bờ sườn, chiều cao gan ...
- Lách không sờ chạm.
- Rung thận (-).

5. Tứ chi:

- Sưng nóng đỏ đau vùng cẳng chân (P), giới hạn KT ... cm, không có đường vào/nếu có đường vào thì mô tả kỹ vết thương.

6. Thần kinh – Cơ xương khớp:

- Cổ mềm. Sức cơ tứ chi: 5/5.
- Không sưng nóng đỏ đau các khớp.

VIII. ĐVD:

1. Phù toàn thân.
 2. Thiếu niệu cấp ngày ? (nếu có thiếu niệu nghĩ không nằm trong bệnh cảnh phù toàn thân).
 3. Viêm mô tế bào cẳng chân (P)/Khó thở cấp/Đau bụng cấp/Viêm phúc mạc.
- Có thể khó thở cấp là vấn đề số 1 ở BN có khó thở/HCTH.

IX. CD:

CĐSB: HCTH lần đầu thuần túy nguyên phát nghi sang thương tối thiểu biến chứng ...

CĐPB: HCTH lần đầu thuần túy/không thuần túy do ... biến chứng ...

X. BL:

1. Phù toàn thân: do BN phù mắt, phù 2 chân, báng bụng, tràn dịch màng phổi.

Phù toàn thân có thể gặp trong các bệnh lý sau:

- ST: (-) do BN này phù mắt đầu tiên mức độ nặng nhưng không có triệu chứng của ST như KT khi gắng sức, KT kích phát về đêm, KT khi nằm, khám không phát hiện các TCTT của ST: tim to, Harzer, dấu nảy trước ngực, TMCN, T3 gallop + không tiền căn bệnh tim mạch, chưa từng đau ngực hay khó thở trước đây.
- SDD: (-) do BN không phù mu bàn tay, phù mắt đầu tiên và phù chân mức độ nặng, BN ăn uống bình thường + không tiền căn cắt dạ dày, HC kém hấp thu.
- XG: (-) do BN này phù mắt đầu tiên, không HC suy tế bào gan: VD, sao mạch, lòng bàn tay son + HC tăng áp cửa: THBH, lách to, vỡ DTMTQ kèm theo chưa ghi nhận tiền căn VGSV, không uống rượu bia.
- Bệnh thận (+) do BN này tính chất phù phù hợp + sự thay đổi tính chất nước tiểu (tiểu nhiều bọt, không tan/tiểu máu ...).

Phù do thận có các NN sau:

- HCTH (+) do BN phù mức độ nặng khởi phát từ từ, không THA, không tiểu máu đại thể nhưng chưa loại trừ tiểu máu vi thể. (nếu có TPTNT trước đó thì càng tốt, BN tiểu đạm lượng nhiều 3+ - 4+, không tiểu máu)

- VCTC (-) do không THA, phù là chính, không tiểu máu đại thể nhưng chưa loại trừ tiểu máu vi thể, không thiếu niệu nên không nghĩ.
- Bệnh thận mạn (-) do không THA, không ĐTĐ, Cre gần nhất (cách ... tháng) là ..., chưa từng biết bệnh thận mạn, phù lần này mức độ nặng, khám không thiếu máu, SÂ KT 2 thận không teo nên (-). (có càng nhiều dữ kiện càng tốt)

HCTH thuần túy do không THA, ít nghĩ đến suy thận thực thể và tiểu máu.

NN của HCTH có 2 nhóm:

- NP: nếu là NP thì sang thương nghĩ nhiều là ..., không nghĩ đến sang thương ... vì ...

- TP:

- Thuốc (-) do BN không sử dụng các thuốc NSAIDs, kháng sinh gần đây.
- Dị ứng (-) do BN không nổi mề đay, ngứa, khó thở, TC đường tiêu hóa của dị ứng như tiêu chảy, không tiền căn ong đốt, rắn cắn.
- Nhiễm trùng:
 - Liên cầu trùng (-) do BN không đau họng, không viêm mủ da gần đây.
 - Virus: không tiền căn chích ngừa VGSV B, không loại trừ nhiễm VGSV B,C hay HIV → Đề nghị định lượng HBsAg, anti – HCV, anti HIV.
 - KST (-) do BN không có biểu hiện điển hình của sốt rét (lạnh run, sốt, vã mồ hôi), không tiền căn tiếp xúc chó mèo.
- Bệnh hệ thống: ít nghĩ do BN không nổi hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, không có dấu hiệu thần kinh (co giật, rối loạn tâm thần ...), không thiếu máu nhưng chưa loại trừ → Đề nghị C3, C4, ANA, Anti – dsDNA.
- K: BN không chán ăn mệt mỏi sụt cân, tuy nhiên HCTH có thể xảy ra trước K 1 thời gian + BN lớn tuổi. Về K hệ tạo máu, BN không sốt kéo dài, khám không dấu hiệu thiếu máu, hạch ngoại biên không sờ chạm, gan lách không to. Về K tạng đặc, BN không ho kéo dài/ho ra máu, không tiền căn nhiễm HP/VLDD, không thay đổi thói quen đi tiêu/phân nhầy máu nhưng không loại trừ máu ẩn trong phân, khám tuyến giáp không sờ chạm, không sang thương da nghi K, gan không to + không tiền căn xơ gan, VGSV B,C nên ít nghĩ.
- Chuyển hóa (-) do BN không tiền căn ĐTĐ, không TC 4 nhiều.
- Di truyền (-) do chưa ghi nhận gia đình có bệnh thận, BN không giảm thính lực.

Biểu chứng của HCTH: (có vấn đề gì thì ghi cái đó)

- AKI: BN có thiếu niệu (phải có vấn đề thiếu niệu cấp), không thiếu niệu cũng không loại trừ → Đề nghị BUN, Cre máu, ion đồ.

- Tắc mạch (phải có TCCN gợi ý): xảy ra trên BN tiểu đạm lượng nhiều, bệnh cầu thận màng, viêm CT tăng sinh màng về vị trí có thể gây thuyên tắc TM (thuyên tắc phổi, TM thận, TM chi dưới) và cả huyết khối ĐM (NMCT, nhồi máu não, nhồi máu mạc treo). Thuyên tắc TM thận

- VPMKNP (phải có báng bụng + sốt/đau bụng) → Đề nghị chọc dịch màng bụng: đếm tế bào, sinh hóa: glucose, LDH, protid, albumin, soi cấy tìm vi trùng + KSĐ.

- Viêm mô tế bào (phải có vấn đề viêm mô tế bào) → Đề nghị CTM, CRP.

2. Khó thở cấp:

Khó thở/HCTH nghĩ đến các nguyên nhân:

- Viêm phổi.
- Tràn dịch màng phổi.
- Thuyên tắc phổi.

3. Đau bụng cấp/Viêm phúc mạc (đặt VPM nếu có phản ứng thành bụng):

Đau bụng cấp/HCTH nghĩ đến các nguyên nhân:

- VPMKNP.
- Nhồi máu mạc treo.
- Bệnh ngoại khoa khác đi kèm.

XI. ĐNCLS:

1. CLS chẩn đoán:

- HCTH: TPTNT + soi cận lằng, đạm niệu 24h, protein/creatinin niệu, albumin máu, protid máu, bilan lipid máu.
- Nguyên nhân HCTH: ASO, Anti – DNase (nếu nghi liên cầu), HbsAg, Anti – HCV, Anti – HIV, C3, C4, ANA, Anti – dsDNA, điện di đạm máu, đường huyết.
- Biểu chứng HCTH:
 - BUN, Creatinin máu, ion đồ
 - Đông máu toàn bộ, D-dimer (thuyên tắc phổi).
 - Siêu âm Doppler TM thận/TM chi dưới (thuyên tắc TM thận/TM chi dưới).
 - CTM, CRP, cấy máu, chọc dịch màng bụng: đếm tế bào, sinh hóa: glucose, LDH, protid, albumin, soi cấy tìm vi trùng + KSD (VPMKNP).
 - CTM, CRP, XQ ngực thẳng, nhuộm Gram đờm, cấy đờm KSD (viêm phổi).

2. CLS thường quy:

- ECG, AST, ALT.

XII. KẾT QUẢ CLS: 1 số lưu ý khi phân tích:

- Xem TPTNT đầu tiên. Đạm/TPTNT ≥ 300 mg/dL phù hợp với HCTH vì Cre niệu bình thường ~ 100 mg/dL \rightarrow Tính đạm niệu 24h = Pro/Cre niệu = 3g/24h.
- Đạm niệu 24h. Đạm niệu chưa tới ngưỡng không loại trừ được HCTH. Trường hợp nào HCTH mà đạm niệu 24h $< 3,5$ g:
 - Albumin máu giảm thấp do tiểu đạm quá nhiều, suy dinh dưỡng.
 - Đã điều trị.
 - Thể tích nước tiểu ít.
- Bilan lipid: HCTH tăng chủ yếu Cholesterol mới phù hợp, tăng Triglyceride khi bệnh đã tiến triển lâu. Nếu chỉ tăng Triglyceride đơn thuần thì phải nghĩ rối loạn lipid không phải là hậu quả của HCTH.
- C3 kích hoạt bổ thể theo con đường thay đổi, C4 kích hoạt bổ thể theo con đường cổ điển. C3 giảm trong hậu nhiễm liên cầu trùng, lupus, bình thường trong bệnh thận IgA, ĐTD.
- Điện di đạm máu là để chẩn đoán nguyên nhân HCTH, γ – globulin tăng trong bệnh Kahler, lupus đỏ, thoái biến dạng bột, nhiễm trùng.
- Ion đồ: hạ Na máu có thể do pha loãng, Kali máu giảm do lợi tiểu (Furosemide), corticoid, Calci máu giảm do mất protein gắn kết (nhớ hiệu chỉnh theo công thức Ca hiệu chỉnh = $Ca^{++} + 8 \times (4 - \text{Albumin máu})$).
- Cấy máu luôn cần thiết nếu nghi ngờ nhiễm trùng dù không sốt vì BN HCTH có suy giảm miễn dịch do bản thân HCTH và sử dụng nhiều Corticoid.
- TQ, TCK có thể tăng nhưng phải dễ chảy máu mà là do tăng đông. Fibrinogen tăng cao, có nhiều cục huyết khối sẽ tăng tiêu thụ các yếu tố đông máu nên làm TQ, TCK tăng.

XIV. ĐIỀU TRỊ:

1. HCTH: CN 50kg.

- Điều trị đặc hiệu sang thương tối thiểu: Methylprednisolone 16 mg 3 viên/ngày (u) sáng sau ăn trong 4 – 16 tuần đến khi lui bệnh. Sau đó giảm liều chậm trong 3 tháng (Washington) hay 6 tháng (KDIGO 2012).

Lưu ý:

- Nếu BN đang nhiễm trùng thì phải cân nhắc lợi ích và tác hại của Corticoid. Nếu bắt đầu dùng mới đây, có thể ngưng Corticoid đến khi kiểm soát được nhiễm trùng, khi BN đã đáp ứng tốt với KS thì có thể khởi động. Nếu đã dùng liên tục lâu ngày, nên giảm liều.
- Methylprednisolone (Medrol) 4 mg = Prednisone 5 mg.
- Điều trị không đặc hiệu:
 - Giảm đạm niệu:
 - Tiết chế đạm: 0,8 g/kg/ngày + đạm niệu 24h \rightarrow số g thịt/ngày ăn tối đa = 4x.
 - Enalapril 5 mg 1 viên/ngày (u) sáng.
 - Giảm phù:
 - Ăn nhạt.
 - Hạn chế nước nhập = lượng nước tiểu.
 - Lợi tiểu: Furosemide 20 mg 1A x 2 (TMC) hay Furosemide 40 mg 1 viên x 2 (u).

- Theo dõi cân nặng, lượng nước tiểu mỗi ngày, ion đồ mỗi 2 – 3 ngày.

2. Viêm mô tế bào:

- Phân biệt viêm quầng (erysipelas) và viêm mô tế bào (cellulitis):
 - Viêm quầng: đau, đỏ vùng mô nông, giới hạn rõ, thường ở chi dưới. Tác nhân thường là Streptococcus tiêu huyết beta nhóm A.
 - Viêm mô tế bào: nhiễm trùng vùng da sâu, giới hạn không rõ. Tác nhân thường là Streptococcus tiêu huyết beta nhóm A và tụ cầu. Nếu có chảy mủ hay tạo áp xe thì nguy cơ cao MRSA.
- Điều trị viêm mô tế bào: chọn Vancomycin để có thể bao phủ được MRSA, liều 15 – 20 mg/kg mỗi 8 – 12h. Vancomycin 500 mg 2 lọ pha Natriclorua 0,9% 100 mL (TTM) XX giọt/phút x 2 lần/ngày.
- Điều trị viêm quầng: có thể chọn Cephalosporin thế hệ 2 (Cephalexin) hay thế hệ 3 (Ceftriaxone). Ceftriaxone 1g 2 lọ (TMC) 1 lần duy nhất/ngày.

3. VPMNKNP:

- Tác nhân thường là Streptococcus pneumonia, tụ cầu, VK Gram âm đường ruột.
- Kháng sinh: Ceftriaxone 1g 2 lọ (TMC) 1 lần/ngày. Nếu nặng, có thể dùng Imipenem 0,5g 1 lọ pha NaCl 0,9% 100 mL x 4 lần/ngày.

4. Tăng đông:

- Heparin trọng lượng phân tử thấp (Enoxaparin) sau đó dùng Warfarin (Sintrom) duy trì INR 2 – 3.

ĐỊNH NGHĨA CÁC THỂ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CỦA HỘI CHỨNG THẬN HƯ'**Lui bệnh hoàn toàn:**

- Giảm đạm niệu đến âm tính hoặc $< 0,3$ g/24h và creatinin máu bình thường và albumin máu $> 3,5$ g/dL.

Lui bệnh không hoàn toàn:

- Đạm niệu $< 0,3$ g/24h và creatinin máu ổn định (thay đổi $< 25\%$) hoặc
- Đạm niệu nằm trong mức $0,3 - 3,5$ g/24h nhưng giảm $\geq 50\%$ so với mức ban đầu và creatinin máu ổn định (thay đổi $< 25\%$).

Tái phát:

- Đạm niệu $> 3,5$ g/24h sau khi đã đạt lui bệnh hoàn toàn.

Tái phát không thường xuyên: (không sử dụng thường xuyên/không thường xuyên trong HCTH ở người lớn, nhưng nếu là sang thương tối thiểu thì có thể sử dụng)

- Tái phát 1 lần trong 6 tháng hoặc < 4 lần trong 12 tháng.

Tái phát thường xuyên: (không sử dụng thường xuyên/không thường xuyên trong HCTH ở người lớn, nhưng nếu là sang thương tối thiểu thì có thể sử dụng)

- Tái phát ≥ 2 lần trong 6 tháng hoặc ≥ 4 lần trong 12 tháng.

Lệ thuộc corticoid:

- 2 lần tái phát khi đang điều trị hay trong vòng 2 tuần sau khi ngưng điều trị corticoid.

Đề kháng corticoid:

- Đạm niệu vẫn còn dai dẳng dù đã điều trị prednisone 1 mg/kg/ngày hoặc 2 mg/kg cách ngày > 16 tuần.

SANG THƯƠNG TỐI THIỂU NGUYÊN PHÁT

Tấn công lần đầu:

- Prednisone hay Prednisolone 1 mg/kg/ngày (tối đa 80 mg/ngày) hoặc 2 mg/kg/ngày cách ngày (tối đa 120 mg/ngày).
- Thời gian tối thiểu: 4 tuần (nếu đã đạt lui bệnh trước 4 tuần). Thời gian tối đa: 16 tuần.
- Ở BN đạt lui bệnh, duy trì và giảm liều chậm trong 6 tháng sau đạt lui bệnh.
- BN có chống chỉ định tương đối hay không dung nạp corticoid → cyclophosphamide hoặc nhóm ức chế calcineurin liều tương tự điều trị tái phát thường xuyên.

Tái phát không thường xuyên:

- Tương tự tấn công lần đầu.

Tái phát thường xuyên, lệ thuộc corticoid:

- Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày trong 8 tuần.
- Cyclosporine A 3 – 5 mg/kg/ngày chia 2 liều hoặc Tacrolimus 0,05 – 0,1 mg/kg/ngày chia 2 liều trong 1 – 2 năm ở BN tái phát thường xuyên dù điều trị với cyclophosphamide hay muốn sinh con.
- Mycophenolate mofetil 500 – 1000 mg x 2 lần/ngày trong 1 – 2 năm ở BN không dung nạp cả 3 thuốc trên.

Đề kháng corticoid:

- Đánh giá nguyên nhân thứ phát của hội chứng thận hư.

Điều trị hỗ trợ:

- HCTH sang thương tối thiểu biến chứng suy thận cấp cần được điều trị thay thế thận nếu có chỉ định, nhưng vẫn kèm corticoid liều tương tự tấn công lần đầu.
- HCTH sang thương tối thiểu lần đầu, không nên dùng statin để điều trị tình trạng rối loạn lipid máu, không nên dùng ACEI/ARB ở BN có huyết áp bình thường để giảm đạm niệu.

XƠ CHAI CẦU THẬN KHU TRÚ TÙNG VÙNG

Tấn công lần đầu:

- Prednisone hay Prednisolone 1 mg/kg/ngày (tối đa 80 mg/ngày) hoặc 2 mg/kg/ngày cách ngày (tối đa 120 mg/ngày).
- Thời gian tối thiểu: 4 tuần (nếu đã đạt lui bệnh trước 4 tuần). Thời gian tối đa: 16 tuần hoặc đến khi lui bệnh hoàn toàn tùy cái nào xảy ra trước.
- Ở BN đạt lui bệnh, duy trì và giảm liều chậm trong 6 tháng sau đạt lui bệnh.
- BN có chống chỉ định tương đối hay không dung nạp corticoid → nhóm ức chế calcineurin là first – line.

Tái phát:

- Tương tự sang thương tối thiểu.

Đề kháng corticoid:

- Cyclosporine A 3 – 5 mg/kg/ngày chia 2 liều trong ít nhất 4 – 6 tháng.
- Nếu lui bệnh hoàn toàn hay không hoàn toàn, tiếp tục Cyclosporine đến ít nhất 12 tháng, sau đó giảm liều dần.
- Nếu không dung nạp, dùng Mycophenolate mofetil và Dexamethasone liều cao.

BỆNH CẦU THẬN MÀNG NGUYÊN PHÁT

Điều trị ức chế miễn dịch cho BN có hội chứng thận hư và ≥ 1 điều kiện sau:

- Đạm niệu > 4 g/24h kéo dài và vẫn còn $> 50\%$ so với mức ban đầu và không “đang giảm” dù đang điều trị hạ áp và giảm đạm niệu ít nhất 6 tháng.
- Có triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng liên quan hội chứng thận hư.
- Creatinin máu tăng $\geq 30\%$ trong 6 – 12 tháng từ lúc chẩn đoán nhưng eGFR còn $\geq 25 - 30$ mL/phút/1,73 m² mà không giải thích được bằng nguyên nhân khác.

Tấn công lần đầu:

- Phác đồ Ponticelli: 6 tháng
 - Tháng 1: Methylprednisolone 1 g/ngày TMC trong 3 ngày đầu, sau đó uống prednisone 0,5 mg/kg/ngày trong 27 ngày.
 - Tháng 2: Uống Cyclophosphamide 2 mg/kg/ngày (ưu tiên hơn) hoặc Chlorambucil 0,15 – 0,2 mg/kg/ngày trong 30 ngày.
 - Tháng 3, 5 như tháng 1. Tháng 4, 6 như tháng 2.
- Theo dõi mỗi 2 tuần trong 2 tháng đầu, sau đó mỗi tháng cho đến hết 6 tháng bằng Creatinin máu, đạm niệu, albumin máu và bạch cầu máu. Nếu neutrophil máu $< 3500/\text{mm}^3$, ngưng Cyclophosphamide hay Chlorambucil đến khi neutrophil $> 4000/\text{mm}^3$.
- Sau phác đồ này, không điều trị, nếu chưa đạt lui bệnh phải chờ 6 tháng mới kết luận được thất bại điều trị, trừ khi suy thận tiến triển nhanh, nặng hoặc có triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng liên quan hội chứng thận hư.
- Chống chỉ định của phác đồ Ponticelli: nhiễm trùng chưa điều trị (HIV, VGSV B/C, lao ...), ung thư, thận ứ nước, không có khả năng theo dõi, bạch cầu giảm $< 4000/\text{mm}^3$, creatinin máu $\geq 3,5$ mg/dL.
- Phác đồ thay thế (khi có chống chỉ định phác đồ Ponticelli): Cyclosporine 3 – 5 mg/kg/ngày chia 2 liều cách 12h + Prednisone 0,15 mg/kg/ngày trong 6 tháng hoặc Tacrolimus 0,05 – 0,075 mg/kg/ngày chia 2 liều cách 12h không kèm Prednisone trong 6 – 12 tháng.

Phòng ngừa thuyên tắc mạch: khi albumin máu $< 2 - 2,5$ g/dL kèm theo ≥ 1 yếu tố sau: đạm niệu > 10 g/24h, BMI > 35 , tiền căn bản thân hay gia đình có tắc mạch, suy tim sung huyết NYHA III – IV, phẫu thuật bụng hay chỉnh hình gần đây, bất động kéo dài.

- Heparin 5000 IU (TDD) x 2 lần/ngày, sau đó chuyển uống Warfarin duy trì INR 2 – 3.