

## HỘI CHỨNG THẬN HƯ

### I. ĐỊNH NGHĨA:

- Hội chứng thận hư là hội chứng lâm sàng gồm:
  - ✓ Phù.
  - ✓ *Tiểu đạm  $\geq 50$  mg/kg/ngày hoặc  $> 1$  g/m<sup>2</sup>/ngày ( $> 40$  mg/m<sup>2</sup>/giờ) hoặc PCR  $> 2$  mg/mg hoặc 200 mg/mmol.*
  - ✓ Giảm đạm máu  $< 5,5$  g/dL, Albumin máu  $< 2,5$  g/dL,  $\alpha 2$  – globulin  $> 10\%$ .
  - ✓ Tăng lipid máu (Cholesterol  $> 2,2$  g/L, LDL, VLDL, Triglyceride): tăng kéo dài 1 – 3 tháng sau khi tiểu đạm mất.

### II. THUẬN TÚY/KHÔNG THUẬN TÚY:

- HCTH thuận túy: không tiểu máu, không tăng huyết áp, không suy thận thực thể.

### III. ĐẶC ĐIỂM:

- Thường nguyên phát (80 – 90%):
  - ✓ Đa số là sang thương tối thiểu (80%).
  - ✓ Đa số đáp ứng Corticoid (90%).
- Tái phát thường xuyên 40 – 50%, tái phát xa 30 – 40%, không biết khi nào hết tái phát (có thể  $> 11$  – 12 tuổi giảm tái phát).
- Hiếm khi suy thận mạn (5%).

#### IV. NGUYÊN NHÂN:

##### 1. Nguyên phát:

###### a. Sang thương tối thiểu: (80%)

- Giải phẫu bệnh:
  - KHV quang học: cầu thận bình thường, tăng sinh nhẹ tế bào trung mô.
  - KHV miễn dịch huỳnh quang: (-).
  - KHV điện tử: các tế bào chân bì dẹt xuống → tiểu đạm.
- Đa số đáp ứng Corticoid (> 95%).

###### b. Xơ chai cầu thận khu trú từng vùng: (7 – 10%)

- Đặc điểm:
  - Khu trú: < 50% cầu thận bị tổn thương (thường ở cầu thận cận tủy).
  - Từng vùng: tổn thương chỉ ở một vùng của mỗi cầu thận.
- Lâm sàng giống sang thương tối thiểu:
  - Thê gập ở trẻ kháng Corticoid lần đầu → gây suy thận mạn.
  - Thê gập ở trẻ tái phát nhiều lần.
- Giải phẫu bệnh:
  - KHV quang học: đa số bình thường, một số cầu thận cận tủy xơ hoá từng vùng (có thể nhầm với sang thương tối thiểu).
  - KHV miễn dịch huỳnh quang: lắng đọng IgM và C3.
  - KHV điện tử: các tế bào chân bì dẹt xuống → tiểu đạm.
- 20 – 30% đáp ứng Corticoid.

**c. Tăng sinh trung mô: (5%)****➤ Giải phẫu bệnh:**

- KHV quang học: tăng sinh tế bào trung mô.
- KHV miễn dịch huỳnh quang: không hoặc ít lắng đọng IgM, IgG, C3.
- KHV điện tử: đám đọng ở trung mô.

**d. Bệnh cầu thận màng: (1 – 2%)****➤ Giải phẫu bệnh:**

- KHV quang học: màng đáy dày, không tăng sinh tế bào.
- KHV miễn dịch huỳnh quang: đám đọng hạt lan tỏa IgG dọc thành mạch.
- KHV điện tử: đám đọng dưới lớp tế bào biểu mô.

**e. Viêm cầu thận tăng sinh màng: (8%)****➤ Giải phẫu bệnh gồm 2 thể:**

- KHV quang học: màng đáy dày **tăng sinh trung mô.**
- KHV miễn dịch huỳnh quang: đám đọng lan tỏa C3, đôi khi IgG, IgM.
- KHV điện tử: đám đọng dưới lớp tế bào nội mô hoặc trong màng đáy.

**➤ 95% kháng Corticoid.****2. Thứ phát:**

- ✓ Nhiễm trùng: HBV, HCV, HIV, giang mai, sốt rét.
- ✓ Bệnh hệ thống: Lupus, Henoch – Schonlein (bệnh mạch máu miễn dịch), amyloidosis.
- ✓ Ung thư: Hodgkin's lymphoma.

- ✓ Thuốc: Au, Hg, kim loại nặng, PNC, NSAIDS.
- ✓ Bệnh di truyền, chuyển hóa: đái tháo đường, HCTH gia đình.
- ✓ Khác: chùng ngửa, độc tố, dị ứng.

### 3. HCTH < 1 tuổi: (đặc biệt < 3 tháng đầu đời)

#### a. Bẩm sinh do di truyền:

- HCTH bẩm sinh type Phần Lan.
- Thể xơ hoá trung mô lan tỏa.

#### b. Bẩm sinh kèm dị dạng:

- Hội chứng Denys – Drash.
- Hội chứng Galloway – Mowa.

#### c. HCTH do nhiễm từ mẹ sang con: TORCH, HIV.

## V. HCTH NGUYÊN PHÁT SANG THƯỜNG TỐI THIỂU:

- 2 – 12 tuổi, trẻ < 5 tuổi chiếm 90%, > 10 tuổi chiếm 10%.  
18 tháng – 6 tuổi, 75% nhỏ hơn 6 tuổi (chị Uyên).
- Phù kiểu thận, phù nhiều, tăng cân > 15%.
- Tiêu ít.
- Tiêu máu vi thể: 20 – 30%.
- Tiêu máu đại thể: 3 – 4% (thường gặp ở thể VCT tăng sinh màng).
- Tăng huyết áp: 5 – 7% (thường gặp ở thể xơ chai cầu thận khu trú từng vùng, nặng nhất ở thể VCT tăng sinh màng).
- Chức năng thận giảm: 5%.

- C3, C4: bình thường.
- Giảm  $\text{Ca}^{2+}$  toàn phần do giảm Albumin.
- Giảm  $\text{Na}^+$  máu giả tạo do tăng lipid.

## VI. SINH LÝ BỆNH:

- Miễn dịch: bất thường Lympho T → sản xuất yếu tố gây tăng tính thấm thành mạch.
- Rối loạn cân bằng các yếu tố gây tăng và ngăn tăng tính thấm.
- Khiếm khuyết ở cầu thận: liên quan đến đột biến gene:
  - ✓ NPHS 1: ảnh hưởng protein Nephritin.
  - ✓ NPHS 2: ảnh hưởng protein Podocin (thường thể xơ chai cầu thận khu trú từng vùng).
  - ✓ ACTN 4: ảnh hưởng  $\alpha$  – actinin – 4 (thường thể xơ chai cầu thận khu trú từng vùng).
  - ✓ WT1: gene ức chế bướu Wilm.
- Tiêu máu do tổn thương tế bào gian mao mạch.

## VII. PHÂN LOẠI:

- **Lui bệnh:**
  - ✓ Lui bệnh hoàn toàn: tất cả về bình thường.
  - ✓ Lui bệnh về nước tiểu: đạm niệu về bình thường (giấy thử  $\leq$  vết hoặc đạm niệu  $< 1 \text{ g/m}^2/\text{ngày}$  trong 3 ngày liên tiếp), Albumin và Lipid máu còn bất thường.
- **Nhạy Corticoid:** đạt lui bệnh sau 4 tuần tấn công với Prednisone liều  $2 \text{ mg/kg/ngày}$ .
- **Kháng Corticoid:** không đạt lui bệnh hoàn toàn sau 8 tuần tấn công với Prednisone (có thể thử lại bằng 3 liều Methylprednisolone để thực sự đảm bảo nồng độ Corticoid trong máu trước khi kết luận kháng Corticoid: không thực hiện ở BVNĐ1).

- **Tái phát:** sau khi đã lui bệnh, đạm niệu  $\geq (2+)$  hoặc  $> 1 \text{ g/m}^2/\text{ngày}$  trong 3 ngày liên tiếp.
  - ✓ Tái phát thường xuyên (tái phát gần):  $\geq 2$  đợt tái phát/6 tháng sau 1 đợt điều trị tấn công hoặc  $\geq 4$  đợt/12 tháng bất kỳ.
  - ✓ Tái phát không thường xuyên (tái phát xa):  $< 2$  đợt tái phát/6 tháng sau 1 đợt điều trị tấn công hoặc  $< 4$  đợt/12 tháng bất kỳ.
- **Lệ thuộc Corticoid:**  $\geq 2$  đợt tái phát trong lúc giảm liều hoặc trong vòng 14 ngày kể từ khi ngừng Prednisone.
- **Kháng Cyclosporine:** không lui bệnh sau 6 tháng điều trị Cyclosporine.
- **Ổn định:** không tái phát trong vòng 2 – 3 năm sau khi ngừng điều trị.

## VIII. BIẾN CHỨNG:

### 1. Nhiễm trùng:

#### ✓ Vị trí:

- Da (viêm mô tế bào): Streptococcus nhóm A, S. aureus.
- Viêm phổi.
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát:
  - Tác nhân: phế cầu, Gram (-).
  - Lâm sàng:
    - Đau bụng.
    - Sốt.
    - Phản ứng thành bụng.
    - Bạch cầu tăng.
- Nhiễm trùng tiểu.

✓ **Cơ chế:**

- Mất Ig.
- Giảm khả năng diệt khuẩn của bạch cầu hạt.
- Mất yếu tố beta properdin.
- Dùng ức chế miễn dịch.
- Phù.

**2. Tăng đông, tắc mạch:**

✓ Do:

- Giảm thể tích máu.
- Bất thường hệ đông máu:
  - Tăng: yếu tố V, VII, VIII, X, Fibrinogen, vWF.
  - Giảm: IX, XII, Antithrombin III.

✓ Có thể huyết khối động mạch hoặc tĩnh mạch, thường là tĩnh mạch thận.

**3. Rối loạn nước – điện giải:**

✓ Giảm thể tích máu. Shock giảm thể tích

✓ Hạ  $\text{Ca}^{2+}$  máu:

- Tự do (ion hoá): là thành phần nếu giảm gây triệu chứng.
- Kết hợp với protein: là thành phần giảm trong HCTH →  $\text{Ca}^{2+}$  toàn phần giảm.

**4. Suy dinh dưỡng:** do tiêu đạm nhiều.

## 5. Tác dụng phụ của thuốc:

### ✓ **Corticoid:**

- Hội chứng Cushing.
- Suy thượng thận.
- Loãng xương.
- Chậm phát triển chiều cao.
- Viêm loét dạ dày.
- Tăng huyết áp.
- Thay đổi hành vi.
- Tăng áp lực nội sọ lạnh tính do ngưng Corticoid.

### ✓ **CNI:** viêm ống thận mô kẽ.

### ✓ **Cyclophosphamide:** vô sinh, ung thư.

## 6. Khác:

- ✓ Suy thận cấp: ít gặp ở thể sang thương tối thiểu.
- ✓ Viêm ống thận mô kẽ:
  - Thường ở thể xơ chai cầu thận khu trú từng vùng, ít gặp ở thể sang thương tối thiểu.
  - Thường có đường và acid amin trong nước tiểu.
- ✓ Rối loạn hô hấp.



**IX. CẬN LÂM SÀNG:****1. Nước tiểu:**

- ✓ TPTNT: đạm (3+) → (4+).
- ✓ Đạm niệu 24 giờ.
- ✓ PCR.

**2. Máu:**

- ✓ Đạm máu.
- ✓ Bilan lipid.
- ✓ Chức năng thận: BUN, Creatinin máu.
- ✓ Ion đồ.
- ✓ Nguyên nhân: HBsAg, ANA, C3, C4 (bỏ thể bình thường trừ VCT tăng sinh màng).

**3. Sinh thiết thận:****✓ Chỉ định sinh thiết thận:****➤ Trước điều trị:**

- < 1 tuổi hay > 12 tuổi.
- HCTH không thuần túy: tiểu máu, tăng huyết áp, suy thận, C3 giảm.
- Thử phát, không phải sang thương tối thiểu.

**➤ Sau điều trị:**

- Kháng Corticoid.
- Tái phát thường xuyên (còn đang bàn cãi).

## X. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Các thuốc điều trị HCTH:

✓ **Corticoid:** Prednisone.

- Tác dụng phụ: hội chứng Cushing, suy thượng thận.
- Dùng 1 lần/ngày vào 8 giờ sáng (hạn chế biến chứng suy thượng thận), sau ăn (tránh biến chứng viêm loét dạ dày).

✓ **Thuốc khác:**

➤ **Levamisol:** khuyến cáo hàng đầu nhưng hiện không có.

➤ **Cyclophosphamide (Endoxan):**

- Liều: 2 – 2,5 mg/kg/ngày × 8 – 12 tuần.
- Tổng liều cho phép: < 168 mg/kg/đợt điều trị.
- Tác dụng phụ: *vô sinh, ung thư, giảm bạch cầu hạt, viêm bàng quang xuất huyết.*
- Ưu điểm: hiệu quả, rẻ.

➤ **Mycophenolate mofetil MMF (Cellcept):**

- Tác dụng tương đương Cyclophosphamide.
- Chỉ định (hội chẩn trước khi dùng): HCTH tái phát thường xuyên và không đáp ứng Cyclosporine sau 12 tuần (phù tái phát + tiểu đạm ngưỡng thận hư).
- Liều:
  - 20 – 30 mg/kg/ngày đạt nồng độ Mycophenolate acid/huyết thanh 2,5 – 5 µg/mL.
  - 1200 mg/m<sup>2</sup> chia 2 lần/ngày.
- MMF + Prednisone liều thấp 12 – 24 tháng, sau đó đánh giá lại hiệu quả, nếu tái phát dùng lại từ đầu.

- Tác dụng phụ (ít gặp hơn): rối loạn dạ dày – ruột, giảm bạch cầu hạt.
- Nhược điểm: chi phí cao, dùng kéo dài.
- **CNI:** Cyclosporine A, Tacrolimus (Prograf):
  - Liều Cyclosporine A: 4 – 6 mg/kg/ngày.
  - Ưu tiên cho kháng Corticoid.
  - Bệnh nhân không đáp ứng Cyclosporine → MMF.
  - Tác dụng phụ: viêm ống thận mô kẽ, suy thận → theo dõi chức năng thận thường xuyên, sinh thiết thận mỗi 2 năm.

## 2. Nguyên tắc điều trị:

- ✓ Điều trị ức chế miễn dịch.
- ✓ Điều trị triệu chứng.
- ✓ Điều trị biến chứng.

## 3. Điều trị cụ thể:

### a. Phác đồ ức chế miễn dịch:

- **HCTH lần đầu:** chỉ dùng Corticoid
  - **Giai đoạn tấn công (4 tuần đầu):** Prednisone 2 mg/kg/ngày (max 60 mg/ngày) uống 1 lần buổi sáng sau ăn.
    - Nếu sau 4 tuần đạt lui bệnh hoàn toàn: đáp ứng lần đầu → chuyển sang giai đoạn cách nhật.
    - Nếu sau 4 tuần không đạt lui bệnh hoàn toàn → tấn công thêm 4 tuần:
      - + Nếu sau tổng 8 tuần đạt lui bệnh hoàn toàn: đáp ứng → chuyển sang giai đoạn cách nhật.
      - + Nếu sau tổng 8 tuần không đạt lui bệnh hoàn toàn: kháng Corticoid → sinh thiết thận.

- **Giai đoạn cách nhật hoặc củng cố (8 tuần hoặc 4 tuần theo phác đồ mới):** Prednisone 1,5 mg/kg/cách ngày uống 1 lần buổi sáng sau ăn.
- **Giai đoạn giảm liều (6 tuần hoặc 4 tuần theo phác đồ mới):** giảm liều Prednisone 0,5 mg/kg/cách ngày mỗi 2 tuần uống 1 lần buổi sáng sau ăn → sau tổng 6 tuần ngưng.
- **HCTH tái phát lần 1:** vẫn dùng Corticoid đơn thuần
  - **Giai đoạn tấn công (tối thiểu 2 tuần):** Prednisone 2 mg/kg/ngày (max 60 mg/ngày) uống 1 lần buổi sáng sau ăn.
    - Nếu đạt lui bệnh hoàn toàn trong vòng 2 tuần → chờ đủ 2 tuần rồi chuyển qua giai đoạn cách nhật.
    - Nếu đạt lui bệnh hoàn toàn sau 2 – 8 tuần → chuyển qua giai đoạn cách nhật khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp.
    - Nếu không đạt lui bệnh hoàn toàn sau 8 tuần: kháng Corticoid → sinh thiết thận.
  - **Giai đoạn cách nhật hay củng cố (8 tuần hoặc 4 tuần theo phác đồ mới):** Prednisone 1,5 mg/kg/cách ngày uống 1 lần buổi sáng sau ăn.
  - **Giai đoạn giảm liều (6 tuần hoặc 4 tuần theo phác đồ mới):** giảm liều Prednisone 0,5 mg/kg/cách ngày mỗi 2 tuần uống 1 lần buổi sáng sau ăn → sau tổng 6 tuần ngưng.
- **HCTH tái phát từ lần 2 trở đi:**
  - **Không thường xuyên:** điều trị như tái phát lần 1.
  - **Thường xuyên/Lệ thuộc Corticoid:**
    - **Giai đoạn tấn công (tối thiểu 2 tuần):** Prednisone 2 mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu (-) 3 ngày liên tiếp.
    - **Giai đoạn cách nhật hay củng cố (8 tuần hoặc 4 tuần theo phác đồ mới):** Prednisone 1,5 mg/kg/cách ngày uống 1 lần buổi sáng sau ăn.
    - **Giai đoạn giảm liều:** giảm liều dần và duy trì Prednisone 0,1 – 0,5 mg/kg/cách ngày × 6 – 12 tháng.

- Nếu lúc giảm liều, bị tái phát lại với liều Prednisone:
  - + **Lệ thuộc liều thấp (0,1 – 0,5 mg/kg/cách ngày):**
    - Giai đoạn tấn công: **làm lại từ đầu.**
    - Giai đoạn cách nhật: như bình thường.
    - Giai đoạn giảm liều: **giảm liều Corticoid dừng ở mức không gây tái phát trong vòng 6 – 12 tháng (do gần liều sinh lý).**
  - + **Lệ thuộc liều trung bình (> 0,5 mg/kg/cách ngày):**
    - Nếu không có tác dụng phụ của Corticoid:
      - \* Giai đoạn tấn công: làm lại từ đầu.
      - \* Giai đoạn cách nhật: như bình thường.
      - \* Giai đoạn giảm liều: giảm liều Corticoid dừng ở mức không gây tái phát trong vòng 6 – 12 tháng.
    - **Nếu có tác dụng phụ của Corticoid** (hội chứng Cushing, tăng huyết áp, đực T3, chậm phát triển) hoặc có yếu tố nguy cơ (lùn, đái tháo đường, xuất huyết tiêu hóa):
      - \* Giai đoạn tấn công: làm lại từ đầu.
      - \* Giai đoạn cách nhật: thêm
        - ❖ **Cyclosporine 5 mg/kg/ngày × 1 năm** hoặc
        - ❖ Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày × 8 – 12 tuần hoặc
        - ❖ Tacrolimus hoặc MMF.
      - \* Giai đoạn giảm liều: giảm liều Corticoid dừng ở mức không gây tái phát trong vòng 6 – 12 tháng.

+ **Lệ thuộc liều cao (> 1 mg/kg/cách ngày):**

- \* Giai đoạn tấn công: làm lại từ đầu.
- \* Giai đoạn cách nhật: thêm
  - ❖ Cyclosporine 5 mg/kg/ngày × 1 năm hoặc
  - ❖ Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày × 8 – 12 tuần hoặc
  - ❖ Tacrolimus hoặc MMF.
- \* Giai đoạn giảm liều: giảm liều Corticoid dừng ở mức không gây tái phát trong vòng 6 – 12 tháng.

➤ **HCTH kháng Corticoid:**

- Dùng thử Methylprednisolone 1 g/1,73m<sup>2</sup> da/cách ngày × 3 ngày để đảm bảo nồng độ Corticoid trong cơ thể trước khi kết luận kháng Corticoid: không thực hiện ở BVNĐ1.
- Điều trị phụ thuộc kết quả sinh thiết:
  - **Sang thương tối thiểu, xơ chai cầu thận khu trú từng vùng, viêm cầu thận tăng sinh trung mô:**
    - + **Phối hợp:**
      - Cyclosporine 5 mg/kg/ngày × 1 năm hoặc Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày × 12 tuần.
      - Prednisone 1 mg/kg/ngày × 1 tuần → 1 mg/kg/cách ngày × 5 tuần.
    - + Đánh giá lại sau 6 tháng:
      - Nếu đáp ứng, tiếp tục sử dụng 24 – 48 tháng.
      - Nếu không đáp ứng:
        - \* Ngừng Prednisone.
        - \* Hội chẩn dùng Tacrolimus hoặc Cyclosporine + MMF + Prednisone liều thấp.

- **Bệnh cầu thận màng:**

- + Tháng 1, 3, 5:
  - Methylprednisolone 15 – 30 mg/kg/ngày  $\times$  3 liều.
  - Prednisone 0,4 mg/kg/ngày  $\times$  27 ngày.
- + Tháng 2, 4, 6: Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày chia 2 lần.

- **Viêm cầu thận tăng sinh màng:**

- + Prednisone 1 – 2 mg/kg/cách ngày giảm dần 12 – 24 tháng.

- **Nếu không sinh thiết thận được:**

- + Phối hợp:
  - Prednisone 1 – 2 mg/kg/cách ngày giảm dần 12 – 24 tháng.
  - Cyclophosphamide 2 – 2,5 mg/kg/ngày.
- + Sau 3 tháng thất bại, hội chẩn chuyên khoa để sinh thiết.

**b. Điều trị triệu chứng:**

➤ **Phù:**

- Hạn chế muối nước.
- Lợi tiểu: thận trọng.
- Chỉ định:
  - + Có nguy cơ sốc giảm thể tích.
  - + Phù nặng, báng bụng hay tràn dịch màng phổi nhiều gây khó thở.
  - + Phù phổi.

- + Nứt da do phù.
- + Phù kèm nhiễm trùng nặng.
- + Phù ảnh hưởng đến việc điều trị biến chứng.
- Nguy cơ dùng lợi tiểu đơn thuần: giảm thể tích nội mạch gây sốc, tăng đông gây tắc mạch,...
- Thường sử dụng lợi tiểu kết hợp truyền Albumin.
- Thuốc:
  - + Chlorothiazide, Spironolactone, Furosemide.
  - + Furosemide 1 – 2 mg/kg/ngày.

➤ **Truyền Albumin:**

- Chỉ định:
  - Albumin máu < 1,5 g/dL kèm ½ tiêu chuẩn:
    - + Sốc giảm thể tích không đáp ứng với dung dịch điện giải và Gelatine.
    - + Phù nặng cần sinh thiết thận nhưng kháng trị lợi tiểu liều tối đa trong 3 ngày.
- Cách dùng:
  - Truyền để giảm phù: Albumin 20% 1 g/kg/liều TTM/5h. Phối hợp Furosemide:
    - + Liều 1: 2 mg/kg (TMC) sau khi truyền được ½ thể tích Albumin.
    - + Liều 2: 2 mg/kg (TMC) sau khi kết thúc truyền Albumin.

➤ **Giảm đạm niệu:**

- Ước chế men chuyển:
  - Chỉ định: tiểu đạm dai dẳng, kéo dài/HCTH kháng Corticoid, đã cho thuốc ức chế miễn dịch thứ 2.



➤ **Rối loạn lipid máu:**

- Statin, Fibrate.
- Không có hướng dẫn sử dụng trên trẻ em.
- Dùng cho trẻ  $\geq 9$  tuổi, bệnh nặng kéo dài, rối loạn lipid máu nặng.

**c. Điều trị hỗ trợ:**

- Ăn nhạt trong giai đoạn phù.
- Calci – D 0,3 g 30 mg/kg/ngày.
- Vitamin D 1.200 – 2.000 UI/ngày.

**d. Điều trị biến chứng:**

➤ **Nhiễm trùng:**

- Thường gặp viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, viêm mô tế bào, viêm phổi, nhiễm trùng tiêu, nhiễm trùng huyết.
- Cấy máu, cấy dịch màng bụng và các dịch cơ thể khác trước điều trị kháng sinh.
- **Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, viêm phổi:**
  - Tác nhân: thường do phế cầu, Gram (-).
  - Kháng sinh: Cefotaxime 200 mg/kg/ngày (TMC) chia 4 lần/ngày  $\times$  10 ngày + Gentamycin 5 mg/kg/ngày (TB) 1 lần.
- **Viêm mô tế bào:**
  - Tác nhân: Streptococcus nhóm A, S. aureus.
  - Kháng sinh:
    - + Oxacillin 150 mg/kg/ngày (TMC) chia 3 lần  $\times$  14 – 21 ngày.
    - + Vancomycin 60 mg/kg/ngày (TTM) chia 4 lần/ngày (pha Dextrose 5% tỉ lệ 5 mg:1 mL TTM/1h).

- **Nhiễm trùng tiểu:** xem bài Nhiễm trùng tiểu.

➤ **Tăng đông:**

- Phòng ngừa các yếu tố thuận lợi:
  - Tình trạng giảm thể tích.
  - Dừng lợi tiểu.
  - Tình trạng bất động.
  - Cẩn thận khi lấy máu tĩnh mạch (tĩnh mạch đùi).

➤ **Giảm thể tích:**

- Truyền Albumin để chống sốc:
  - Albumin 20% 1 – 2 g/kg/liều pha NaCl 0,9% tỉ lệ 1:3 để đạt nồng độ Albumin 5%.
  - Tốc độ: 7,5 – 15 mL/kg/h tùy huyết động học bệnh nhân.

**4. Y lệnh:** bé 30 kg

- ✓ Prednisone 0,005 g  
12 viên (uống) sáng, ăn no
- ✓ Neoral (Cyclosporine) 0,025 g  
3 viên × 2 (uống)
- ✓ Endoxan (Cyclophosphamide) 0,005 g  
6 viên × 2 (uống)
- ✓ Cellcept (MMF) 0,25 g  
1,25 viên × 2 (uống)

**XI. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG:**

- 90% đáp ứng với Corticoid nhưng rất hay tái phát: tái phát không thường xuyên (tái phát xa) 30 – 40%, tái phát thường xuyên (tái phát gần) 40 – 50%.
- Diễn tiến và tiên lượng tùy thuộc đáp ứng với Corticoid và giải phẫu bệnh.
- Nguy cơ tiến triển suy thận mạn là rất thấp.
- Bệnh nhân kháng Corticoid, khi thất bại với Corticoid liều cao, Cyclophosphamide, Cyclosporine A rất dễ diễn tiến đến suy thận mạn giai đoạn cuối.
- 20 – 25% bệnh nhân xơ chai cầu thận khu trú từng vùng có thể tái phát sau ghép thận, thải ghép xảy ra khoảng 5%.
- HCTH bẩm sinh: thuốc ức chế miễn dịch không hiệu quả và không cần thiết, cần phải ghép thận.

**XII. THEO DÕI:**

- **Trong bệnh viện:**
  - ✓ Giải thích gia đình bản chất và diễn tiến bệnh để an tâm và hợp tác điều trị.
  - ✓ Chế độ ăn: hạn chế muối: 2 g/ngày, ít béo, đạm: 2 – 4 g/kg/ngày.
  - ✓ Thử đạm niệu và que nhúng từ ngày 5 sau điều trị cho đến khi (-) 3 ngày liên tiếp.
  - ✓ Theo dõi:
    - Sinh hiệu, cân nặng, tình trạng phù, nước tiểu mỗi ngày.
    - Những dấu hiệu của biến chứng.
- **Xuất viện:**
  - ✓ Dặn dò uống thuốc đúng thời gian, đủ liều, không tự ý ngưng thuốc.
  - ✓ Hướng dẫn trong tháng đầu: thử que nhúng 2 lần/tuần.

- ✓ Từ tháng thứ 2 trở đi: thử que nhúng 1 lần/tuần.
- ✓ Tái khám đúng hẹn mỗi 2 – 4 tuần:
  - Đo chiều cao, cân nặng, huyết áp.
  - TPTNT, đạm niệu 24 giờ, PCR.
  - Tác dụng phụ của thuốc: kiểu hình Cushing, triệu chứng dạ dày – ruột, khám mắt, đo mật độ xương DEXA.
- ✓ Dặn tái khám ngay khi phù lại, nước tiểu có đạm  $\geq (2+)$  trong 3 ngày liên tiếp, sốt, đau bụng.