

5. Nguyễn Đình Tuấn (2014), “Một số yếu tố ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người nghèo ở Việt Nam hiện nay”, *Xã hội Học*, 127(3), tr.48-51.
6. Blomqvist Y. T., Frolund L., Rubertsson C., *et al.* (2013), “Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), pp.345-53.
7. Cantrill R., Creedy D., Cooke M. (2004), “Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed”, *Breastfeeding Review Journal*, 12(1), pp.25-33.
8. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, *et al.* (2012), “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003519 (5).
9. Sroiwatana S., Puapornpong P. (2018), “Outcomes of Video-Assisted Teaching for Latching in Postpartum Women: A Randomized Controlled Trial”, *Breastfeed Med*, 13(5), pp.366-370.
10. Wantland D. J., Portillo C. J., Holzemer W. L., *et al.* (2004), “The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes”, *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), pp.e40.
11. Zwedberg S., Blomquist J., Sigerstad E. (2015), “Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a cesarean section: 'fighting an uphill battle’”, *Midwifery*, 31(1), pp.215-20.  
(Ngày nhận bài: 28/02/2022 – Ngày duyệt đăng: 16/4/2022)

## **KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT Ở NGƯỜI LỚN BẰNG PHÁC ĐỘ CORTICOSTEROID ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

**Võ Hoàng Nghĩa\***, Mai Huỳnh Ngọc Tân, Nguyễn Như Nghĩa, Phạm Hữu Lý  
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ  
\*Email: vhnghia@ctump.edu.vn

### **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Điều trị bệnh nhân (BN) hội chứng thận hư (HCTH) tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long vẫn còn nhiều khó khăn do chưa xác định được thể sang thương giải phẫu bệnh học. Do đó chọn lựa phác đồ điều trị HCTH nguyên phát theo kinh nghiệm khi không sinh thiết thận là cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 36 bệnh nhân HCTH điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 3/2019-3/2021. **Kết quả:** Nữ chiếm 52,8%, 97,2% BN dưới 60 tuổi. Phù và tiểu bọt chiếm tỷ lệ lần lượt là 100% và 97,2%. Có 77,8% bệnh nhân tiểu đạm >5g/24 giờ. Đa số bệnh nhân có đặc điểm HCTH không thuần túy với 30,6% tiểu máu đại thể, 77,8% tăng huyết áp và 27,7% có giảm độ lọc cầu thận <60ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da. Sau 8 tuần điều trị có 22,2% BN xét nghiệm đạm niệu 24g âm tính, sau 24 tuần là 77,8%. Tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn sau 12 tháng theo dõi là 63,9%, đáp ứng không hoàn toàn chiếm 19,4%, còn lại 16,7% bệnh nhân lệ thuộc corticoid hoặc tái phát. **Kết luận:** Phù và tiểu bọt là 2 triệu chứng lâm sàng chính của bệnh nhân HCTH. Tỷ lệ đáp ứng với phác đồ điều trị corticoid đơn thuần sau 12 tháng theo dõi ở bệnh nhân HCTH người lớn tương đối cao.

**Từ khóa:** Hội chứng thận hư, người lớn, điều trị, corticoid, Cần Thơ.

ABSTRACT

**TREATMENT RESULTS OF PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME IN ADULTS WITH CORTICOSTEROID THERAPY PROTOCOL AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

*Vo Hoang Nghia\**, *Mai Huynh Ngoc Tan*, *Nguyen Nhu Nghia*, *Pham Huu Ly*  
*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Treatment of patients with nephrotic syndrome (NS) in the Mekong Delta region is difficult because the pathophysiological lesion has not been identified. Therefore, it is necessary to choose an empiric treatment regimen for primary nephrotic syndrome in the absence of renal biopsy. **Objectives:** To evaluate some clinical and subclinical characteristics and treatment results of primary nephrotic syndrome in adults at Can Tho University of Medicine and Pharmacy hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study in 36 patients with NS treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from March 2019 to March 2021. **Results:** Women were 52.8%, 97.2% patients under 60 years-old. Edema and foamy urine was 100% and 97.2%, respectively. There were 77.8% patients with proteinuria >5g/24 hours. The majority of patients had features of atypical nephrotic syndrome with 30.6% gross hematuria, 77.8% hypertension and 27.7% decreased glomerular filtration rate <60ml/min/1.73m<sup>2</sup>. After 8 weeks of treatment, 22.2% of patients had negative 24-hour proteinuria, 77.8% after 24 weeks. Complete remission and partial remission after 12 months was 63.9%, and 19.4%, respectively; 16.7% patients were dependent on corticosteroids or relapsed. **Conclusion:** Edema and foamy urine were the two main clinical symptoms of patients with NS. The response rate to corticosteroid therapy protocol after 12 months in adult nephrotic syndrome was relatively high.

**Keywords:** Nephrotic syndrome, adults, treatment, corticosteroid, Can Tho.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh cầu thận đặc trưng bởi tình trạng tiểu đạm trên 3,5g/24 giờ, giảm protein máu dưới 60g/l, albumin máu dưới 30g/l và nhiều rối loạn chuyển hoá khác. Có nhiều nguyên nhân gây hội chứng thận hư như đái tháo đường, lupus ban đỏ... nhưng phần lớn trường hợp HTCH vẫn không xác định được nguyên nhân, gọi là HCTH nguyên phát [4]. Để xác định biện pháp điều trị HCTH nguyên phát phù hợp cần dựa vào thể sang thương mô bệnh học thông qua sinh thiết thận. Tuy nhiên, thủ thuật sinh thiết thận chưa được tiến hành tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long do gặp khó khăn về cơ sở vật chất và đọc kết quả. Vì vậy việc chọn lựa phác đồ điều trị HCTH nguyên phát theo kinh nghiệm khi không sinh thiết thận là cần thiết. Hiện nay có vài phác đồ điều trị HCTH nguyên phát theo kinh nghiệm nhưng việc đánh giá hiệu quả của các phác đồ này chưa được nghiên cứu nhiều. Xuất phát từ những lí do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người lớn theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y tế tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân HCTH đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 3/2019-3/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN > 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán HCTH dựa vào 2 tiêu chuẩn bắt buộc là protein niệu  $\geq 3,5\text{g}/1,73\text{m}^2$  da/24 giờ và protein máu  $< 60\text{g}/\text{L}$ , albumin máu  $< 30\text{g}/\text{L}$ ; kèm theo có hoặc không có các tiêu chuẩn: (1) phù, (2) Cholesterol máu  $\geq 6,5\text{ mmol}/\text{L}$ , (3) có trụ mỡ trong nước tiểu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không giao tiếp được hoặc mắc các bệnh lý rối loạn tâm thần, không tuân thủ, bỏ theo dõi điều trị.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức:  $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$

Trong đó n là cỡ mẫu,  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha=0,05$  vậy:  $(Z_{1-\alpha/2})^2 = (1,96)^2$ . p là tỷ lệ HCTH theo nghiên cứu trước đây [7], chọn  $p=0,98$ ; d là sai số cho phép, chọn  $d=0,05$ . Thế vào công thức, tính được  $n=30$ . Thực tế chúng tôi chọn được 36 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Các đặc điểm chung: giới, tuổi.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

+ Phù: xác định có phù khi xuất hiện vết ấn lõm ở da, gồm 3 biến:

Phù nhẹ: phù ở mắt cá chân và/hoặc bàn chân, vết lõm  $\leq 2\text{mm}$  và phục hồi ngay lập tức.

Phù trung bình: phù cả bàn chân, bàn tay, cẳng tay và cẳng chân, vết lõm 3-4mm và phục hồi trong thời gian nhỏ hơn 15 giây.

Phù nặng: phù cả 2 tay, 2 chân, mặt; vết lõm  $> 4\text{mm}$  và phục hồi sau 15 giây [2],[6].

+ Tiểu bọt: là tình trạng nước tiểu có bọt dâng trào và lâu tan, nước tiểu có nhiều bọt do có nhiều protein. Gồm 2 biến: có tiểu bọt và không tiểu bọt [2].

+ Tiểu máu đại thể: gồm 2 biến có và không. Tiểu máu đại thể khi nước tiểu đỏ sẫm màu, nhận biết được bằng mắt thường và xét nghiệm hồng cầu niệu bằng que nhúng (+) hoặc cận Addis  $> 30000$  hồng cầu/phút [3],[5].

+ Tăng huyết áp gồm 2 biến: có tăng huyết áp và không tăng huyết áp. THA là khi HA tâm thu  $\geq 140\text{mmHg}$  và/hoặc HA tâm trương  $\geq 90\text{mmHg}$  hoặc bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp [2].

+ Tiêu chuẩn protein niệu: protein niệu  $\geq 0,3\text{g}/24\text{h}$ ; tiểu đạm ngưỡng thận hư nếu protein niệu  $\geq 3,5\text{g}/24\text{h}$ .

+ Độ lọc cầu thận (ĐLCT): tính theo công thức CKD-EPI, gồm 2 biến:  $< 60\text{ml}/\text{phút}/1,73\text{ m}^2$  và  $\geq 60\text{ml}/\text{phút}/1,73\text{m}^2$ .

+ Albumin máu, gồm biến  $\leq 25\text{g}/\text{L}$  và  $> 25\text{g}/\text{L}$ .

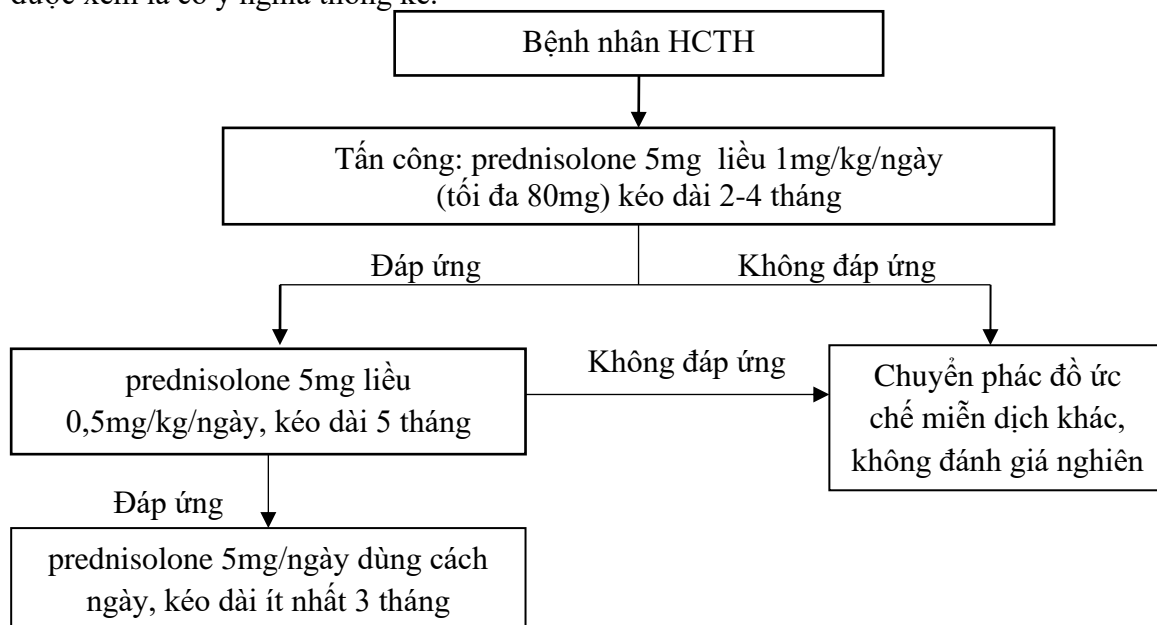
- Đánh giá điều trị: bệnh nhân được điều trị triệu chứng và điều trị đặc hiệu bằng corticoid theo phác đồ của Bộ Y tế (sơ đồ 1). Đánh giá điều trị triệu chứng và điều trị đặc hiệu dựa vào các tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn đánh giá điều trị phù: gồm 2 biến đạt và không đạt mục tiêu, trong đó đạt mục tiêu khi giảm từ 0,5 đến 1 kg/ngày tối thiểu sau 3 ngày điều trị.

+ Tiêu chuẩn đánh giá điều trị tăng huyết áp: có 2 biến đạt mục tiêu và không đạt mục tiêu. Điều trị tăng huyết áp đạt mục tiêu khi HA  $< 125/75\text{mmHg}$  tối thiểu sau 3 ngày điều trị.

+ Tiêu chuẩn đánh giá điều trị đặc hiệu HTCH: [8].

- + Đáp ứng hoàn toàn: đạm niệu 24 giờ (-) hoặc que nhúng (-) 3 ngày liên tiếp sau 4-8 tuần dùng corticoide liều tấn công.
  - + Đáp ứng không hoàn toàn: đạm niệu <3g/24g nhưng không (-), vẫn >0,5g/24g.
  - + Lệ thuộc corticoid: bệnh tái phát khi giảm liều hoặc mới ngưng thuốc được 2 tuần.
  - + Kháng corticoid: vẫn tiểu đạm mức độ HCTH sau 4-16 tuần dùng corticoide liều tấn công.
  - + Tái phát thường xuyên: bệnh tái phát >2 lần/6 tháng.
  - + Tái phát không thường xuyên: bệnh tái phát <2 lần/6 tháng.
- **Phương pháp xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0, với  $p < 0,05$  sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê.



Sơ đồ 1. Phác đồ điều trị HCTH trong nghiên cứu [3]

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu (n=36)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	17	47,2
	Nữ	19	52,8
Tuổi	≤60	35	97,2
	>60	1	2,8

Nhận xét: Tỷ lệ nam, nữ tương đối đồng đều trong nghiên cứu với đa số <60 tuổi.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng thận hư

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n=36)

Đặc điểm		n	%
Phù	Nhẹ	2	5,6
	Trung bình	14	38,9
	Nặng	20	55,6

## TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 48/2022

Đặc điểm		n	%
Tiểu bọt	Có	35	97,2
	Không	1	2,8
Tiểu máu	Có	11	30,6
	Không	25	69,4
Tăng huyết áp	Có	28	77,8
	Không	8	22,2
Đạm niệu 24h	3,5-5g	8	22,2
	5-10g	22	61,1
	≥10g	6	16,7
Giảm độ lọc cầu thận <60ml/phút/1,73m <sup>2</sup>	Có	10	27,7
	Không	26	72,3
Albumin máu	≤25g/L	20	55,6
	>25g/L	16	44,4

Nhận xét: Tất cả BN trong nghiên cứu đều có phù, trong đó >55% BN phù mức độ nặng. Đa số BN có tiểu bọt, khoảng 1/3 BN có tiểu máu đại thể, hơn 2/3 BN có tăng huyết áp tại thời điểm chẩn đoán. Phần lớn BN tiểu đạm mức 5-10g và có đạm máu ≤25g/L. Có 27,7% bệnh nhân giảm ĐLCT <60ml/phút/1,73m<sup>2</sup> lúc chẩn đoán.

### 3.3. Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư

**Bảng 3. Kết quả điều trị phù, tăng huyết áp sau 3 ngày (n=36)**

Đánh giá điều trị		n	%
Phù	Đạt mục tiêu	23	63,9
	Không đạt mục tiêu	13	36,1
Tăng huyết áp	Đạt mục tiêu	27	75
	Không đạt mục tiêu	9	25

Nhận xét: Đa số bệnh nhân giảm phù sau 3 ngày điều trị, 3/4 bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp sau 3 ngày điều trị.

**Bảng 4. Kết quả đạm niệu 24 giờ sau điều trị (n=36)**

Đạm niệu 24 giờ	Sau 8 tuần		Sau 16 tuần		Sau 24 tuần		Sau 29 tuần	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Âm tính	8	22,2	22	61,1	28	77,8	26	72,2
<3g	18	50	13	36,1	8	22,2	7	19,4
3-<5g	7	19,4	1	2,8	0	0	2	5,6
5-<10g	3	8,3	0	0	0	0	1	2,8
≥10g	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	36	100	36	100	36	100	36	100

Nhận xét: Sau 8 tuần điều trị, đạm niệu 24h của các bệnh nhân tập trung cao nhất ở mức <3g, chiếm 50%, có 22,2% bệnh nhân có đạm niệu âm tính, 19,4% ở mức 3-<5g, 8,3% ở mức 5-<10g. Sau 24 tuần điều trị, các chỉ số đạm niệu tiếp tục giảm, 77,8% bệnh nhân có đạm niệu về mức âm tính, 22,2% bệnh nhân ở mức <3g. Sau 29 tuần điều trị, mức đạm niệu có tăng trở lại ở một số bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là 72,2% bệnh nhân có mức đạm niệu âm tính, 19,4% ở mức <3g, 5,6% ở mức 3-<5g, 2,8% ở mức 5-<10g.

**Bảng 5. Đánh giá đáp ứng điều trị corticoid (n=36)**

Đáp ứng corticoid	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	23	63,9

## TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 48/2022

Đáp ứng corticoid	n	%
Đáp ứng không hoàn toàn	7	19,4
Đề kháng corticoid	0	0
Lệ thuộc corticoid	2	5,6
Tái phát	4	11,1
Tổng	36	100

Nhận xét: Sau 12 tháng theo dõi, đa số bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với liệu trình điều trị đặc hiệu, chiếm 63,9%. Bên cạnh đó, có 19,4% bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn, 11,1% bệnh nhân tái phát, 5,6% bệnh nhân lệ thuộc corticoid và không có trường hợp đề kháng corticoid.

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh thường gặp dưới 60 tuổi (97,2%). Kết quả này có thể xét phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hà Phan Hải An với đa số bệnh nhân ở độ tuổi 16-39 chiếm tỷ lệ 86,8% [1]. Điều này cho thấy HCTH người lớn có xu hướng nghiêng về nhóm người trẻ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu tương đối đồng đều nhau, cho thấy HCTH có thể gặp ở cả hai giới, không có ưu thế ở giới nào. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu trước đó [1],[9],[12].

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng thận hư

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phù là triệu chứng nổi bật và cũng là lý do chính của BN khi đến khám. Tất cả BN đều có triệu chứng phù, trong đó phù mức độ nặng chiếm đa số với tỷ lệ 55,6%, phù trung bình chiếm 38,9% và phù nhẹ chỉ chiếm 5,6%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hà Phan Hải An ghi nhận 94,5% có phù, trong đó tỷ lệ phù nặng và tràn dịch đa màng là 74,7%, phù trung bình và nhẹ cùng chiếm tỷ lệ 9,9% [1]. Tiểu bọt cũng là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao với 97,2%, do nước tiểu có nhiều protein. Hơn 3/4 BN trong nghiên cứu có mức tiểu đạm >5g/24 giờ. Tình trạng tiểu đạm lượng nhiều là nguyên nhân dẫn đến hàng loạt các triệu chứng khác trong HCTH như phù, tiểu bọt, giảm albumin máu... Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu về đặc điểm của HCTH trước đó [1],[11].

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận có 30,6% bệnh nhân tiểu máu đại thể, 77,8% BN có tăng huyết áp và 27,7% có giảm độ lọc cầu thận <60ml/phút/1,73m<sup>2</sup>. Đây là những dấu hiệu gợi ý HCTH không thuần túy, đồng thời gợi ý tình trạng bệnh phức tạp, tiên lượng việc điều trị kéo dài hơn so với HCTH thuần túy. Với điều kiện chưa thể chẩn đoán chính xác thể lâm sàng HCTH dựa vào giải phẫu bệnh học, việc xác định đặc điểm HCTH thuần túy hay không thuần túy giúp hỗ trợ bác sĩ lâm sàng có thể dự đoán thể sang thương cũng như tiên lượng điều trị cho bệnh nhân [2],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có các đặc điểm của HCTH không thuần túy khá cao, đây là vấn đề cần lưu ý trong thực hành lâm sàng. Bên cạnh đó, cần thực hiện thêm các nghiên cứu về giải phẫu bệnh học trong tương lai để xác định chính xác thể bệnh, từ đó lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

#### 4.3. Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị tích cực các triệu chứng như phù, tăng huyết áp. Sau 3 ngày, chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân đạt được mục tiêu giảm phù và giảm huyết áp. Tuy nhiên, còn khoảng ¼ bệnh nhân chưa đạt mục tiêu, có thể

giải thích do tình trạng bệnh nặng, giảm albumin máu nhiều dẫn đến đáp ứng chậm với điều trị triệu chứng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi áp dụng phác đồ điều trị đặc hiệu HCTH theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Trong phác đồ này, tất cả bệnh nhân HCTH nguyên phát điều trị lần đầu hoặc tái phát không thường xuyên được điều trị tấn công bằng prednisolone 1mg/kg/ngày trong 2-4 tháng nhằm mục đích tăng tỷ lệ BN có đáp ứng với điều trị, sau đó chuyển sang liều duy trì prednisolone 0,5mg/kg/ngày trong 5 tháng và giảm liều còn 5mg/ngày, uống cách ngày trong ít nhất 3 tháng. Đối với những bệnh nhân không đáp ứng với corticoid tấn công, chúng tôi chuyển sang sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch khác, nhưng không đưa vào nghiên cứu để đánh giá điều trị. Sau 8 tuần điều trị có 22,2% BN có đạm niệu 24g âm tính. Sau 24 tuần điều trị, các chỉ số đạm niệu 24g có dấu hiệu giảm rõ rệt với 77,8% BN về mức âm tính, 22,2% BN ở mức <3g. Sau 29 tuần điều trị, bắt đầu có dấu hiệu tăng trở lại của chỉ số đạm niệu 24g, trong đó 72,2% BN vẫn âm tính; 19,4% BN ở mức <3g; 8,4% BN ở mức từ 3-10g. Sự tăng trở lại của chỉ số đạm niệu 24g có thể là do tình trạng đáp ứng kém với liệu trình điều trị kéo dài, hoặc có thể do tình trạng tái phát và phụ thuộc corticoid. Tỷ lệ đáp ứng corticoid trong nghiên cứu của chúng tôi sau 12 tháng theo dõi khá cao (83,3%). Trong đó đáp ứng hoàn toàn là 63,9%, còn lại đáp ứng không hoàn toàn chiếm 19,4%; không có trường hợp nào kháng corticoid. Tác giả Hà Phan Hải An nghiên cứu trên 91 bệnh nhân HCTH điều trị bằng corticoid nhận thấy tỷ lệ đáp ứng chung là 66,7% sau 6 tháng điều trị tấn công, trong khi sau 2 tháng tỷ lệ này chỉ đạt là 37,3% [1]. Kết quả nghiên cứu của Fernando Nolasc và cộng sự năm 1986 cho thấy trong 75 BN hội chứng thận hư sử dụng prednisone với liều 60mg/ngày, tỷ lệ đáp ứng điều trị chung là 60% sau 8 tuần điều trị, 75% sau 16 tuần điều trị [9]. Nghiên cứu của Meryl Waldman và cộng sự năm 2007, tỷ lệ đáp ứng chung với corticoid sau 13 tuần điều trị là 75% [10].

Điểm hạn chế của nghiên cứu là không theo dõi được bệnh nhân sau thời gian dài, do đó không đánh giá được tình trạng tái phát, cũng như đánh giá kết quả điều trị ở những bệnh nhân tái phát. Bên cạnh đó, do số lượng mẫu ít, nên chúng tôi không phân tích được các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị trong nghiên cứu. Mặc khác, do điều kiện chưa tiến hành được sinh thiết thận cũng như đọc giải phẫu bệnh học bệnh cầu thận, nên việc lựa chọn 1 phác đồ điều trị cho tất cả bệnh nhân HCTH cũng là 1 hạn chế đáng kể. Do vậy, cần sớm thực hiện thêm các nghiên cứu về HCTH có áp dụng sinh thiết thận để xác định đúng thể bệnh, lựa chọn phác đồ điều trị theo sang thương, giúp đánh giá hiệu quả điều trị chính xác hơn.

## **V. KẾT LUẬN**

Phù và tiểu bọt là 2 triệu chứng lâm sàng chính của bệnh nhân HCTH trong nghiên cứu. Đa số bệnh nhân có đặc điểm HCTH không thuận tuý với 30,6% tiểu máu đại thể, 77,8% tăng huyết áp và 27,7% có giảm độ lọc cầu thận <60ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da. Tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn sau 12 tháng theo dõi là 63,9%, đáp ứng không hoàn toàn chiếm 19,4%, còn lại 16,7% bệnh nhân lệ thuộc corticoid hoặc tái phát.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hà Phan Hải An (2004), “Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng và đánh giá hiệu quả của một số phác đồ điều trị hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành”, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.

2. Hà Phan Hải An (2018), “Hội chứng thận hư”, Bệnh học nội khoa, NXB Y Học, Hà Nội, tr.375-384.
3. Bộ Y Tế (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận-tiết niệu”, NXB Y Học, Hà Nội.
4. Nguyễn Bách, Lê Ngọc Trân và Huỳnh Ngọc Linh (2014), “Một số đặc điểm bệnh lý cầu thận ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14 (4), tr.166-171.
5. Ngô Quý Châu (2017), “Triệu chứng học nội khoa”, Tập 1, NXB Y Học, Hà Nội.
6. Châu Ngọc Hoa (2017), “Triệu chứng học nội khoa”, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.
7. Hà Hoàng Kiệm (2014), “Hội chứng thận hư”, Thận học lâm sàng, NXB Y Học, Hà Nội, tr.336-342.
8. Huỳnh Ngọc Phương Thảo và Nguyễn Thị Ngọc Linh (2017), “Hội chứng thận hư”, Bệnh học nội khoa, NXB Y Học, chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.
9. Fernando Nolasc and *et al.* (1986), “Adult—onset minimal change nephrotic syndrome: A long—term follow—up”, *Kidney International*, Vol. 29, pp. 1215-1223.
10. Meryl Waldman, R. John Crew, Anthony Valeri *et al.* (2007), “Adult Minimal-Change Disease: Clinical Characteristics, Treatment, and Outcomes”, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, May 2007, 2(3), pp.445-453.
12. Varshney Amit, Gupta Vijay, Sachan Amit and *et al.* (2015), “Nephrotic Syndrome: Clinico-Histopathological Spectrum in Tertiary Care Hospital of Rohelkhand of U.P (Bareilly)”, *Journal of Medical Science and Clinical Research*, Vol.3(8), pp.6904-6910.
13. Vishal Golay, Mayuri Trivedi, Anila Abraham Kurien *et al.* (2013), “Spectrum of Nephrotic Syndrome in adults: Clinicopathological study from a single center in India”, *Renal Failure*, 35(4), pp.487-491.

(Ngày nhận bài: 10/4/2022 – Ngày duyệt đăng: 04/5/2022)

---

## **PHÂN TÍCH CHI PHÍ-HIỆU QUẢ CỦA INSULIN DEGLUDEC SO VỚI INSULIN GLARGINE TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN HỆ THỐNG**

**Phạm Ngọc Thủy Tiên, Hoàng Thy Nhac Vũ\***

*Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*

*\*Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn*

### **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Insulin degludec và insulin glargine là những loại insulin có tác dụng chậm và kéo dài, giúp hạ đường huyết ổn định. Phân tích chi phí-hiệu quả liên quan đến việc lựa chọn sử dụng insulin degludec so với insulin glargine trong điều trị đái tháo đường (ĐTĐ) đã được thực hiện ở nhiều quốc gia trên thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan hệ thống kết quả các phân tích chi phí-hiệu quả của insulin degludec so với insulin glargine trong điều trị đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Quy trình tổng quan được tiến hành thông qua việc tìm kiếm và tổng hợp thông tin về quản thể mục tiêu, quan điểm chi trả, đặc điểm của mô hình nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, loại chi phí, ngưỡng sẵn sàng chi trả (WTP), chỉ số chi phí-hiệu quả tăng thêm (ICER) của các công bố liên quan đến chi phí-hiệu quả của insulin degludec so với insulin glargine trong điều trị đái tháo đường giai đoạn 2016-2021. **Kết quả:** Trong 12 nghiên cứu