**PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ**

**1) Đặc điểm:**

Chiếm 80% hội chứng thận hư ở trẻ em < 16 tuổi, 10% hội chứng thận hư người lớn. Nam nhiều hơn nữ. Khởi phát đột ngột, giai đoạn đầu thường không tăng huyết áp, không suy thận, tiểu đạm chọn lọc.

**2) Chẩn đoán hội chứng thận hư:**

Phù

Đạm niệu > 3,5g/24 giờ

Giảm Albumin máu < 30 g/L, giảm Protein máu < 60g/L

Tăng :Lipid máu > 900mg%, Cholesterol máu > 250mg% hay 6,5mmol/L

**3) Điều trị triệu chứng hội chứng thận hư**

**a. Điều trị phù:**

Cần lưu rằng trong Hội chứng thận hư,thể tích huyết tương thường là bình thường hoặc giảm.Vì vậy sử dụng thuốc lợi tiểu mạnh có thể gây giảm thể tích nặng,điều này càng dễ xảy ra khi đang giảm albumin máu càng trầm trọng(<15g/l).Điều trị lợi tiểu cũng cần thận trọng lúc khởi đầu Hạn chế muối vừa phải,ở người lớn 2-3g/ngày.

Các lợi tiểu thiazide thường được lựa chọn đầu tiên.Lợi tiểu không làm mất Kali (Spironolacton,triamtérene,amiloride)có thể được dùng trong giảm kali máu.Khi triệu chứng phù nặng nề và không đáp ứng với điều trị lợi tiểu muối ,các lợi tiểu quai( Furosemide) được chỉ định

Trong một vài trường hợp,khi ngừng thuốc lợi tiểu gây nên phù dội trở lại,vì vậy cần giảm dần điều trị lợi tiểu ,thay vì ngừng đột ngột

**b. Điều trị giảm đạm máu:**

Khẩu phần protid tăng nhưng ở mức độ vừa phải,với mục đích để làm dương tính bilan aZote

Khi không có suy thận,khẩu phần protein là 1g/kg/ngày),với khẩu phần calo đầy đủ là 35Kcal/kg/ngày.

Truyền albumin chỉ định rất hạn chế vì gây tăng albumin niệu,do đó tính hiệu quả không tốt. Tuy nhiên,sử dụng albumin liều lượng 0,5-1kg/ngày trong 1-2 ngày có thể được dùng khi Hội chứng thận hư điều trị lợi tiểu không hiệu quả.

Gia tăng tạm thời thể tích huyết tương thường tái lập lại tác dụng của lợi tiểu Truyền albumin được chỉ định khi Albumin máu < 20g/dl Ức chế men chuyển

**c. Điều trị tăng lipid máu:**

Trong những năm gần đây điều trị tăng lipid máu được đề nghị trong Hội chứng thận hư khi rối loạn này nghiêm trọng Nhóm thuốc được chọn lựa là nhóm Statin

**d. Điều trị các biến chứng**: tuỳ các biến chứng gặp ở bệnh nhân Hội chứng thận hư được tìm thấy ,chẳng hạn trong các trường hợp huyết khối cần phải có chỉ định chống đông

**4) Điều trị theo cơ chế bệnh sinh**

Các thuốc được sử dụng để điều trị Hội chứng thận hư gồm Corticoide

Các thuốc chống chuyển hoá và alkyl hoá Cyclosporine A Liều lượng Corticoide

Trong nhóm này thường chọn các thuốc có thời gian tác dụng ngắn như prednisone hoặc prednisolone hoặc méthyl prednisolone.

Liều tấn công : uống một lần buổi sáng sau khi ăn no lúc 7-8 giờ

1mg/kg/24 giờ ở người lớn

2mg/kg/24 giờ hoặc 60mg /m2/kg ở trẻ em.

Kéo dài từ 4 đến 8 tuần Liều củng cố :

Bằng → liều tấn công (0,5mg/kg/24 giờ ở người lớn)

**Liều duy trì:**

5mg đến 10 mg/kg/24 giờ

Tổng thời gian của liệu trình Corticoide thường từ 4,5-6 tháng Các thuốc chống chuyển hoá và ankyl hoá

Cyclophosphamide(Endoxan,Alkyloxan)liều 2mg/kg/24 giờ trong 8 đến 12 tuần Azathiopril(Imurel) liều 2mg/kg/24 giờ trong 8 đến 12 tuần Cyclosporine A(Sandimum,Neoran)liều 3 đến 5 mg/kg/24giờ

**5) Phát đồ điều trị**

Có nhiều cách điều trị khác nhau,chủ yếu lá tuỳ thuộc vào thương tổn mô bệnh học ở bệnh nhân Hội chứng thân hư.Ở đây giới thiệu phác đồ đã áp dụng và theo dõi thực tế ở Việt Nam

Liều tấn công Prednisolon ở người lớn là 1mg/kg/24gio72,uống một lần buổi sáng sau khi ăn no lúc 7 đến 8 giờ

Nếu có kết quả vi thể của sinh thiết thận:

• Thương tổn tối thiểu, viêm cầu thận tăng sinh gian mạch, xơ hoá cầu thận từng ổ từng đoạn:

Tiếp tục điều trị chỉ Prednisolone đơn thuần như lúc đầu

• Viêm cầu thận ngoài màng:

Cyclophosphamide(Endoxan,Alkyloxan)liều 2mg/kg/24 giờ trong 8 đến 12 tuần hoặc Azathiopril(Imurel) liều 2mg/kg/24 giờ trong 8 đền 12 tuần hoặc Cyclosporine A.(Sandimum,Neoral) liều 3 đến 5mg/kg/24 giờ phối hợp Prednisolon lmg/kg/cách ngày.

• Viêm cầu thận màng tăng sinh :

Prednisolon 1mg/kg/24 giờ phối hợp aspirine liều 150mg/ngày và dipirydamol 225mg/ngày

• Viêm cầu thận tăng sinh ngoại mạch:

Cyclophosphamide(Endoxan,Alkyloxan) liều 2mg/kg/24 giờ trong 8 đến 12 tuần phồi hợp với Prednisolon 1mg/kg/24 giờ

Đối với bệnh nhân chỉ áp dụng corticoide đơn thuần (có thể áp dụng được đối với bệnh nhân không có kết quả sinh thiết thận)

+Nếu đáp ứng hoàn toàn (Prôtêin niệu 0,2g/24 giờ):

Duy trì liều tấn công đủ 4 tuần,sau đó giảm liều dần đến liều củng cố 0,5 mg/kg/24 giờ,uống trong 4 tuần ,tiếp tục giảm liều đến liều duy trì 5-10mg/ngày,uống trong 6 tháng

+Nếu đáp ứng không hoàn toàn (Protein niệu : 0,2-<3,5g/24 giờ)

Kéo dài thời gian điều trị tấn công đến khi duy trì được Protein niệu ở mức thấp nhất có thể đạt được,sau đó giảm liều như trên +Nếu không đáp ứng sau 12 tuần (Protein niệu

Kết hợp thêm thuốc ức chế tế bào và có thể thêm thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu

**6) Kết quả và hướng xử trí sau điều trị**

Những bệnh nhân có hội chứng thận hư nguyên phát sau khi đã điều trị bằng corticoide có các khả năng xảy ra sau đây

**a) Lui bệnh:**

Nếu sau 3 năm không tái phát thì khả năng lui bệnh hoàn toàn cao

**b) Tái phát sau một thời gian đã lui bệnh với corticoide:**

Cho lại liệu trình corticoide

**c) Phụ thuộc corticoide**

-Phụ thuộc liều thấp:Với liều duy trì protein niệu âm tính,nhưng khi ngưng thuốc protein niệu dương tính trở lại. Sử dụng liều duy trì kéo dài từ 12 đến 24 tháng

-Phụ thuộc liều cao :Cho thuốc ức chế tế bào

**d) Đáp ứng một phần với corticoide**

Protein niệu < 3,5g/24 giờ nhưng không âm tính hẳn:

Cho prednisolon cách nhật: 1,5mg/48giờ/1tháng. Mỗi tháng giảm 0,2mg/kg/48 giờ cho được 4 tháng. Nếu hoàn toàn không đáp ứng thì gọi là đề kháng corticoid.

**e) Đề kháng corticoid**: sử dụng thuốc ức chế tế bào

**7) Theo dõi:**

Cần theo dõi sự đáp ứng của bệnh với liệu pháp điều trị trong đó chủ yếu là protein niệu.Mặt khác cũng theo dõi tác dụng phụ của corticoid để phát hiện kịp thời nhằm hạn chế những tai biến xảy ra