

## HỘI CHỨNG THẬN HƯ Ở TRẺ EM (N04)

### I. MỘT SỐ ĐỊNH NGHĨA

1. Hội chứng thận hư (HCTH) là tiểu đạm ở mức quan trọng:
  - Đạm niệu trong 24 giờ  $>50\text{mg/kg/ngày}$
  - Hoặc Protein/creatinin nước tiểu  $>0.2\text{g/mmol}$
  - Hoặc đạm niệu  $>3.5\text{g}/1.73\text{m}^2/\text{ngày}$  kèm giảm Albumin/máu  $\leq 25\text{g/L}$ .  
Tăng cholesterol máu là biểu hiện không hằng định và không bao hàm trong định nghĩa.
2. Lui bệnh hoàn toàn Protein/creatinin  $<0.02\text{g/mmol}$ , hoặc đạm niệu trên que thử nước tiểu buổi sáng “vết” hoặc “âm” 3 ngày liên tiếp.
3. Lui bệnh một phần đạm niệu giảm  $\geq 50\%$  hoặc Protein (mg)/creatinin (g) từ 200- 2000mg/g.
4. Kháng steroids không đạt được lui bệnh hoàn toàn sau giai đoạn tấn công. Giai đoạn tấn công bao gồm 8 tuần uống Prednisone  $60\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$  hoặc 4 tuần uống Prednisone  $60\text{mg}/\text{m}^2/\text{ngày}$  theo sau 3 liều Methylprednisolone  $1\text{g}/1.73\text{m}^2$  (tối đa 1000mg) cách ngày.
5. Đợt tái phát Protein/creatinin nước tiểu  $>0.2\text{g/mmol}$  hoặc  $>40\text{mg}/\text{m}^2/\text{giờ}$  hoặc đạm niệu 2+ trên que thử nước tiểu sáng sớm 3 ngày liên tiếp.
6. Tái phát không thường xuyên  $< 2$  lần tái phát trong 6 tháng sau lần lui bệnh hoàn toàn (-) hoặc  $<4$  lần tái phát trong bất kì 12 tháng nào.
7. Tái phát thường xuyên  $\geq 2$  lần tái phát trong 6 tháng sau lần lui bệnh hoàn toàn (-) hoặc  $\geq 4$  lần tái phát trong bất kì 12 tháng nào.
8. HCTH lệ thuộc steroids tái phát 2 lần liên tiếp trong thời gian đang sử dụng steroids hoặc sau khi ngưng thuốc dưới 14 ngày.

### II. LÂM SÀNG

- HCTH vô căn (90%) ở trẻ  $<15$  tuổi, 1 – 5 tuổi (70%), nam/nữ: 2/1. Thường khởi phát sau đợt nhiễm trùng, nhiễm siêu vi hô hấp, dị ứng thức ăn.
- Phù: xuất hiện đột ngột, biểu hiện rõ trên lâm sàng khi trọng lượng tăng  $>5\%$  (tiêu chuẩn phù hiện nay không còn được đưa vào định nghĩa).  
Hay gặp phù ở mí mắt, chân, mắt cá; ở trẻ nhỏ, ưu thế ở những vị trí trẻ tí đề nhiều như bìu, 1 bên cơ thể. Phù trắng, mềm, không đau, ấn không mất; có thể xuất hiện một thời gian trước nhập viện từ vài ngày đến vài tuần. Báng bụng, khó thở, tràn dịch màng phổi, màng tim, phù bìu cũng hay gặp.
- Huyết áp bình thường, 30% có huyết áp cao.
- Nước tiểu ít trong giai đoạn phù nhưng không suy giảm chức năng thận, 20% có tiểu máu vi thể. Nếu tiểu máu đại thể, thường do biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch thận hoặc hội chứng viêm thận đi kèm.
- Cần hỏi tiền căn gia đình, hen suyễn, dị ứng...
- Cần tìm các biểu hiện toàn thân và ngoài thận để phân biệt với HCTH thứ phát.  
+ Biểu hiện ngoài thận: điếc, gan lách to, da, khớp, tâm thần kinh...

+ Biểu hiện toàn thân: sốt, sụt cân, xuất huyết da niêm...

### III. CẬN LÂM SÀNG

#### ❖ Bước 1: Xét Nghiệm Cơ Bản

- Công thức máu: đánh giá nhiễm trùng, cô đặc máu khi Hct >40%, tăng tiểu cầu.
- Chức năng thận, ion đồ: Na, K có thể tăng hay giảm. Ca ion hóa thường bình thường, Ca toàn phần giảm.
- Bilan nhiễm trùng nếu nghi ngờ
- HBsAg, anti HCV: thường quy ở lần đầu
- C3, C4: thường quy ở lần đầu
- Albumin máu, đạm niệu 24g, tỉ số đạm/ creatinine niệu, Cholesterol máu.
- Trẻ > 10 tuổi: ANA, anti DsDNA: thường quy ở lần đầu hoặc lúc nghi ngờ trong quá trình điều trị.

#### ❖ Bước 2: Nếu lâm sàng đánh giá diễn tiến bệnh có thể phức tạp

Làm thêm:

- Bilan tăng đông: Đông máu toàn bộ, D-Dimeres, antithrombine III
- Ion đồ niệu- creatinine niệu: Na niệu <5mmol/L, tỉ lệ gợi ý cường aldosterone thứ phát và nguy cơ giảm thể tích tuần hoàn nặng.
- HIV
- Xét nghiệm tìm đột biến gene: HCTH nhũ nhi, FSGS, có tính gia đình.
- Xét nghiệm tìm các nguyên nhân thứ phát: Lupus, viêm mạch máu...

### IV. CHỈ ĐỊNH SINH THIẾT THẬN

- Trẻ dưới 1 tuổi
- Trẻ trên 10 tuổi có biểu hiện HCTH lệ thuộc steroid hoặc lâm sàng gợi ý HCTH thứ phát.
- Triệu chứng ngoài thận của bệnh toàn thể
- HCTH kháng steroids
- Suy thận sau sử dụng cyclosporine
- HCTH kèm tiểu máu đại thể sau khi đã loại trừ thuyên tắc tĩnh mạch thận và các nguyên nhân niệu khoa khác.
- Kèm cao huyết áp ở mức xác định và kéo dài
- Kèm giảm bổ thể
- Kèm suy thận tại thận
- HCTH lệ thuộc steroids tự nó không là chỉ định STT, nhưng có thể thực hiện khi sử dụng cyclosporine hoặc có diễn tiến suy thận, kháng thứ phát.
- HCTH có tính gia đình, kèm khiếm thính: mô học dưới kính hiển vi điện tử.

### V. GIẢI PHẪU BỆNH

- HCTH vô căn ở trẻ em bao gồm 3 loại sang thương chính dưới hiển vi quang học. Sang thương GPB giúp tiên lượng bệnh hơn là điều trị.
  - Sang thương tối thiểu (76%)
  - Xơ hyalin hóa một phần cầu thận khu trú (22%),
  - Tăng sinh trung mô lan tỏa (2%)

- Trên miễn dịch huỳnh quang, chủ yếu lắng đọng IgM, IgG. Gần đây lắng đọng C1q được mô tả như 1 nhóm bệnh cầu thận mới trong HCTH trẻ em.

## VI. BIẾN CHỨNG

### 1. Tổn thương thận cấp

- Thường do nguyên nhân trước thận: giảm albumin, báng bụng nặng làm tăng áp lực ổ bụng → nhanh chóng phục hồi sau truyền albumin.
- Tổn thương tại thận do viêm ống thận mô kẽ: tẩm nhuận eosine trong OT-MK kèm tăng eosine máu.
- Do biến chứng thuyên tắc mạch máu thận.

### 2. Nhiễm trùng

- Viêm phúc mạc do phế cầu, Gram (-).
- Viêm mô tế bào do tụ cầu, phế cầu.
- Viêm màng não, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, viêm khớp nhiễm trùng : phế cầu, Hemophilus, Gram (-).

### 3. Thuyên tắc mạch

- Do tình trạng tăng đông: tăng fibrinogen, yếu tố V, VII, VIII, X, XIII, giảm anti-thrombine III, protein C, S, XI, XII, tăng tiểu cầu: số lượng, độ ngưng kết.
- Vị trí thường gặp:
  - + Tĩnh mạch hai chi dưới: phù đỏ, đau hai chân
  - + Tĩnh mạch thận: tiểu đỏ xuất hiện đột ngột, đau vùng thận, có thể suy thận
  - + Động mạch phổi: suy hô hấp, đau ngực, trụy mạch
- Yếu tố thuận lợi: giảm thể tích tuần hoàn, bất động, nhiễm trùng, sử dụng lợi tiểu, đặt đường truyền tĩnh mạch
- Chẩn đoán :
  - + Siêu âm Doppler mạch máu, CT mạch máu: xác định các khối thuyên tắc lớn.
  - + Đối với các khối thuyên tắc nhỏ, dựa vào biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm gợi ý tình trạng tăng đông.

### 4. Sốc giảm thể tích

- Sốc giảm thể tích là biến chứng thường gặp ở giai đoạn toàn phát: huyết áp kẹt, đau bụng, tay chân lạnh.
- Lâm sàng: đau bụng, hạ huyết áp, tăng Hct, suy thận trước thận.
- Yếu tố thúc đẩy: ói, tiêu chảy, bệnh tái phát nặng, nhiễm trùng, dùng lợi tiểu, chọc dò màng bụng, sốt.

### 5. Rối loạn tăng trưởng và nội tiết

- Chậm phát triển chiều cao, loãng xương.
- Dư cân, béo phì, rối loạn mỡ máu thường gặp ở trẻ tái phát thường xuyên hay kháng corticoid.
- Thiếu máu thiếu sắt, rối loạn chức năng tuyến giáp, còi xương có thể xảy ra ở trẻ nữ nhi.

### 6. Bệnh thận mạn

- Chiếm 8-10%, chủ yếu ở nhóm kháng steroids và có tổn thương xơ hóa cầu thận khu trú từng phần.

## VII. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

### 1. Chế độ ăn uống

- Cung cấp năng lượng và đậm đầy đủ theo tuổi (140% RDA); 10- 14% protein, 40- 50% chất béo không bão hòa, 40- 50% glucose. Hạn chế đường, acid béo bão hòa.
- Ăn nhạt tuyệt đối trong giai đoạn toàn phát và liều steroids >1mg/kg/ ngày.
- Hạn chế nước nhập khi phù nhiều hoặc Na máu <125mmol/L.
- Nhu cầu protein:
  - + Không có bằng chứng về việc tăng protein trong khẩu phần ăn đem lại hiệu quả trong điều trị trừ khi bị mất số lượng lớn ảnh hưởng đến sự phát triển của cơ thể.
  - + Chế độ ăn protein khuyến cáo để phòng suy dinh dưỡng, tăng protein đưa vào để bù lại lượng protein mất qua nước tiểu:

	Tuổi (năm)	Chế độ ăn bình thường (g/kg/ngày)	Protein đưa vào để bù lại lượng protein mất (g/kg/ngày)
Trẻ nhũ nhi	0,5	2,2	3,0 - 4,0
	0,6 - 1	1,6	2,3 - 2,4
Trẻ em	1 - 3	1,2	1,9 - 2,0
	4 - 6	1,2	1,9 - 2,0
	7 - 14	1,0	?- 1,8

### 2. Giảm Protein niệu

- Chỉ sử dụng cho HCTH kháng steroids

Thuốc ức chế men chuyển (ACE inhibitor): Bắt đầu liều Enalapril 0.1- 1.0mg/kg ngày (tối đa 40 mg/ngày) hoặc Captopril 1-3 mg/kg/ngày hoặc Ramipril 0,05- 0,2 mg/kg/ngày 1 lần (tối đa 10mg).

- Thuốc ức chế receptor Angiotension II: Thêm Losartan 0.5- 2.0mg/kg/ ngày (tối đa 100 mg) nếu protein niệu vẫn còn.

### 3. Giảm Cholesterol máu

- Dùng cho trẻ >10 tuổi và HCTH kháng steroids.

- Lovastatin 0,4-0,8 mg/kg/tối. Liều có thể tăng hàng tháng đến tối đa 40 mg.

- Atorvastatin 0,2-1,6 mg/kg/tối. Liều có thể tăng hàng tháng (tối đa 80 mg)

- Tránh dùng Simvastatin do làm tăng nguy cơ tiêu cơ vân, đặc biệt là có sử dụng đồng thời thuốc ức chế calcineurin.

### 4. Điều trị biến chứng

a. Sốc giảm thể tích:

- Albumin 20% 0,5 - 1 g/kg TTM trong 30-60 phút.

- Trong điều kiện kinh phí hạn chế không có albumin, có thể chống sốc bằng NaCl 0,9% nhưng tỷ lệ tái sốc và tăng phù mô kẽ sẽ cao hơn sử dụng

albumin từ đầu. Vì vậy albumin luôn được khuyến cáo ở một tuyến y tế cao.  
Lưu ý biến chứng phù phổi có thể xảy ra khi truyền dịch và albumin.

- b. Phù nhiều gây cản trở hô hấp hoặc gây suy thận chức năng
- Albumin 0,5 – 1 g/kg TTM trong 4 giờ kèm Furosemide 1mg/kg TM, ngay trước và sau truyền albumin (nghiệm pháp sandwich).
- c. *Ngừa tắc mạch:*
- Chỉ định: khi trẻ có 2/4 biểu hiện sau
    - + Albumin  $\leq 20$ g/L
    - + ATP III  $\leq 70\%$
    - + Fibrinogen  $\geq 6$ g/L
    - + D-Dimer  $\geq 1000$ ng/L
  - Thuốc sử dụng: Aspirine 80mg/ngày trong giai đoạn còn đạm niệu. Cần nhắc sử dụng antivitamin K vì đa số bệnh nhân không tuân thủ theo dõi.
- d. Vitamine D và Calci
- Calci 250 – 500 mg/ngày
  - Vitamin D: 400 – 800 đơn vị/ngày
  - Điều trị loãng xương: có thể sử dụng biphosphonate, calcitonin và chỉ định tùy theo mỗi cá thể.

## VIII. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

### 1. HCTH lần đầu

- ❖ **Tấn công** Prednisone 60mg/m<sup>2</sup>/ ngày, tối đa 60mg/ngày trong 4 tuần.  
Nếu đạm niệu vẫn (+): Methylprednisolone 1000mg/1.73m<sup>2</sup>/48 giờ, TTM 3 liều, truyền trong 4 giờ.
- ❖ **Sau giai đoạn tấn công**
  - Nếu đạm niệu trở về (-): nhay corticoid
    - + Prednisone: 60 mg/m<sup>2</sup> cách ngày 8 tuần kế
    - + Sau đó giảm liều Prednisone 15 mg/m<sup>2</sup>/2 tuần: 4 tuần
    - + Tuần 13-14: 1,5 mg/kg/cách ngày
    - + Tuần 15-16: 1 mg/kg/cách ngày
    - + Tuần 17-18: 0,5 mg/kg/cách ngày rồi ngưng thuốc.
  - Tổng thời gian điều trị HCTH lần đầu, nhay corticoid là 4.5 tháng.
  - Nếu sau điều trị tấn công, đạm niệu còn (+) hơn 50%: kháng corticoid (xem phần sau).

### 2. HCTH tái phát

- Đạm niệu  $\geq 50$  mg/kg/24 giờ hoặc (2+) với que thử 3 ngày liên tiếp ở hội chứng thận hư đã điều trị lui bệnh trước đó.
- Điều trị tích cực các ổ nhiễm trùng
- Nếu chắc chắn tái phát: tấn công lại theo phác đồ sau:
  - ❖ **Hội chứng thận hư tái phát xa:** >2 tháng sau ngưng thuốc, điều trị lại như HCTH lần đầu.
  - ❖ **HCTH tái phát gần** (<2 tháng) hoặc lệ thuộc corticoid liều nhỏ hơn 1.5mg/kg cách ngày

- Prednison 60 mg/m<sup>2</sup>/ngày đến ngày 3-4 sau khi đạm niệu(-)
  - Sau đó prednison 60 mg/m<sup>2</sup>/cách ngày x 8 tuần
  - Sau đó giảm liều và dừng lại ở liều duy trì bằng liều đang dùng khi tái phát cộng thêm 0,25 mg/kg; duy trì liều này trong 12 – 18 tháng.
3. Hội chứng thận hư tái phát thường xuyên hoặc HCTH lệ thuộc steroids ở liều cao (>1.5mg/kg/cách ngày): phối hợp thêm một trong các thuốc Cyclophosphamide, Cyclosporine, Mycophenolate Mofetil để hạn chế tác dụng phụ của steroids.
- ✎ a. Cyclophosphamide (Endoxan)
- Liều: 2 mg/kg/ngày x 8 tuần (tổng liều 168mg/kg).
  - Tác dụng phụ: viêm bàng quang xuất huyết, ức chế tủy xương, giảm BC hạt, hói đầu, thiếu tinh vô tinh trùng ở nam, suy buồng trứng ở nữ, nguy cơ phát triển bệnh ác tính →hiện nay việc sử dụng bị hạn chế.
  - Theo dõi: huyết đồ mỗi tuần. Nếu bạch cầu đa nhân trung tính (PN): 1000-1500/mm<sup>3</sup> thì giảm nửa liều. Nếu PN <1000/mm<sup>3</sup>: ngưng điều trị. Có thể sử dụng lại với liều thấp khi PN hồi phục và tiếp tục cho đủ tổng liều là 168 mg/kg. Có thể tạm ngưng điều trị nếu sốt nhiễm trùng.
  - Giảm liều steroids: Prednisone 40mg/m<sup>2</sup> trong 4 tuần đầu điều trị bằng cyclophosphamide, sau đó 20mg/m<sup>2</sup> trong 4 tuần sau. Sau 8 tuần cyclophosphamide, prednisone được giảm liều nhanh và ngưng trong vòng 1 tháng.
- ✎ b. Cyclosporin A (CsA)
- Chỉ định: HCTH phụ thuộc steroids hoặc sau khi đã sử dụng nhóm cyclophosphamide vượt quá liều cho phép mà vẫn tái phát. Khởi đầu 150 mg/m<sup>2</sup>/ngày (hoặc 6mg/kg/ngày) chia làm 2 lần, tối đa 200 mg/m<sup>2</sup>/ngày. Giữ nồng độ cyclosporin A: 50-125ng/mL. Prednisone được dùng cách nhật, song song và giảm liều mỗi tuần để ngưng hẳn sau 1-2 tháng.
  - Thời gian điều trị: 1-3 năm, nếu không có tái phát, giảm liều dần trong 3 tháng. Nếu có tái phát khi đang điều trị CsA, thêm corticoid liều thấp. Trước khi điều trị, đánh giá chức năng thận, sinh thiết thận. Sinh thiết thận lại sau 2 năm điều trị và khi thay đổi chức năng thận.
  - Tác dụng phụ: phì đại nướu răng, rậm lông, tăng HA, tăng K<sup>+</sup> máu, giảm Mg<sup>++</sup>, tăng creatinine máu và độc thận.
  - Theo dõi:
    - Ion đồ máu, urê, creatinine máu, đạm máu, albumine máu và độ thanh thải creatinine.
    - Nồng độ CsA máu vào các ngày 7, 15, 30 và sau đó mỗi tháng 1 lần.
  - Chú ý: giảm liều cyclosporin A 20-50% nếu creatinin máu tăng và độ thanh lọc creatinin máu giảm 30% so trị số ban đầu, tăng Kali máu và nồng độ

cyclosporin A máu >200ng/mL. Nếu bất thường vẫn còn tồn tại sau 15 ngày giảm liều, ngưng điều trị.

c. *Mycophenolate Mofetil (MMF)*

- Chỉ định: HCTH lệ thuộc corticoid liều cao và/hoặc không dung nạp các thuốc ức chế miễn dịch khác.
- Liều dùng: 1200mg/m<sup>2</sup>/ngày, chia 2 lần (không quá 2g/ngày)
- Tác dụng phụ: buồn nôn ói, đau dạ dày, đau bụng tiêu chảy, giảm BC hạt, thiếu máu. Không gây độc thận.

4. HCTH kháng steroids

phối hợp  
hợp tác  
điều trị

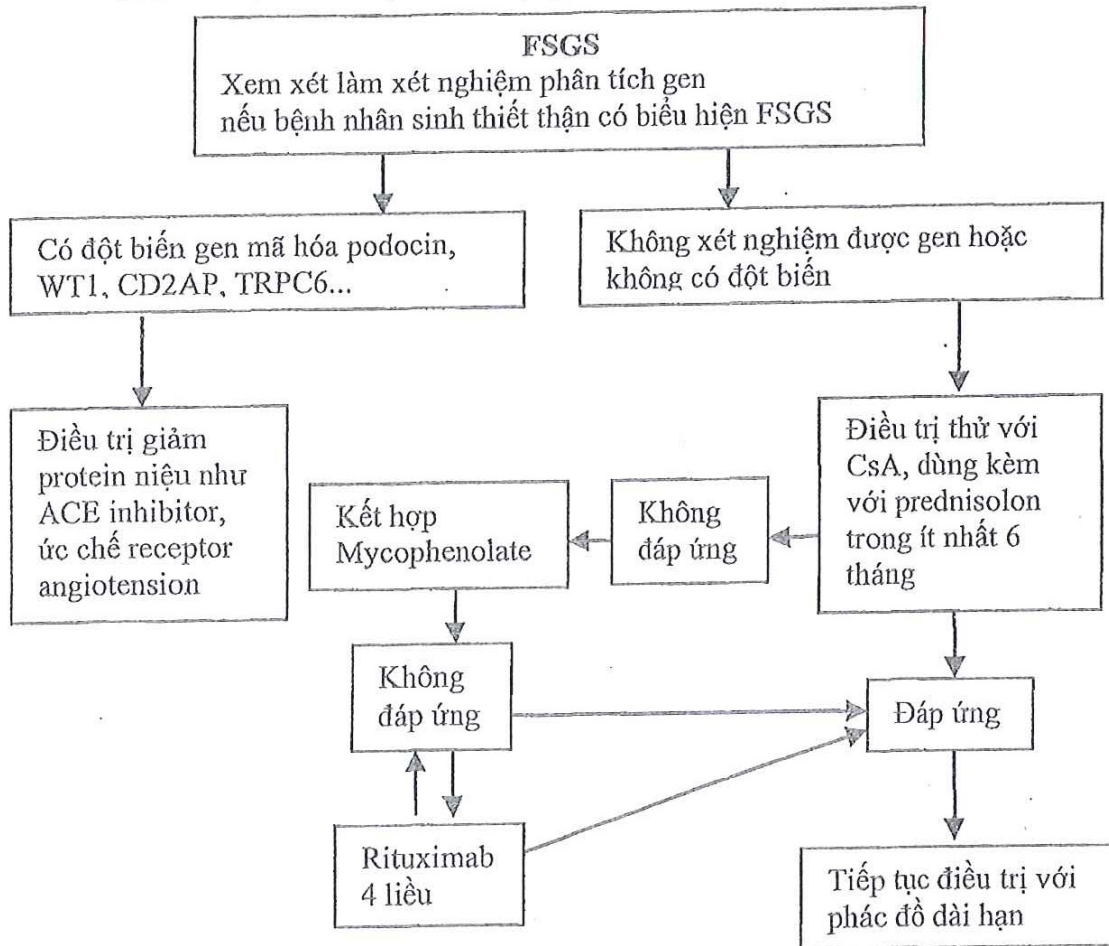
- Phối hợp steroids liều tối thiểu với nhóm ức chế calcineurin (CsA, tacrolimus), MMF hoặc Rituximab.
- Cyclosporine A được khuyến cáo (sơ đồ 1). Tacrolimus có cùng cơ chế tác dụng như CsA, được dùng khi kháng CsA hoặc điều trị trúng nhiều mục tiêu trong HCTH đa kháng thuốc tùy theo cá thể.

- MMF được chỉ định trong HCTH kháng steroids kèm tác dụng phụ suy thận hoặc có các biểu hiện không dung nạp được với ức chế calcineurin.
- Rituximab là điều trị cứu nguy và cho thấy nhiều hiệu quả.

a. *Cyclosporin A*: 150-200mg/m<sup>2</sup>/ngày, chỉnh liều theo nồng độ CsA máu 150-200ng/mL và prednisone: 30mg/m<sup>2</sup>/ngày, trong 1 tháng, sau đó 30mg/m<sup>2</sup>da/cách ngày, giảm liều dần → ngưng hoặc liều tối thiểu có hiệu quả sau 6 tháng. Giảm liều cyclosporine dần sau 9 tháng, thường phải duy trì trong nhiều năm tùy từng trường hợp nhưng không quá 5 năm (không có phác đồ cụ thể).

- Theo dõi: ion đồ máu, urê, creatinine máu nồng độ cyclosporine máu vào các ngày N7, N15, sau đó mỗi tháng; sinh thiết thận mỗi 1-2 năm để theo dõi mô học.
- Tác dụng phụ: phì đại nướu răng, cao huyết áp, rậm lông, tăng kali máu, hội chứng não sau có hồi phục (posterior reversible encephalopathy).
- Tương tác thuốc:
  - + Chất làm tăng nồng độ CsA: erythromycine, ketoconazole, ức chế canci, methylprednisolone, nước ép bưởi đỏ.
  - + Chất làm giảm nồng độ CsA: phenytoin, rifampicin, INH, cotrimoxazole, carbamazepin, heparin, warfarin.
- Sau 6 tháng, khi nồng độ CsA đạt mục tiêu 150-200ng/mL mà không đạt được lui bệnh, chứng tỏ kháng CsA, cần thay đổi chiến lược điều trị. Tăng lipid máu có thể làm giảm hiệu quả của CsA.
- Nếu tái phát sau ngưng CsA, có thể thử lại đáp ứng với steroids: Prednisone 2mg/kg/ngày tấn công như phác đồ tái phát.
- Ở giai đoạn duy trì, thông thường steroids đơn độc không đủ và có nhiều tác dụng phụ nên phải phối hợp, có thể phối hợp lại CsA. Lúc này có thể xem xét chuyển MMF nếu đã từng ngộ độc CsA.

Hiện nay, xét nghiệm tìm đột biến gene đã thực hiện thường quy cho FSGS tại các trung tâm, lúc đó, việc quyết định điều trị sẽ dễ dàng hơn, tránh cho bệnh nhân phải sử dụng “mù” thuốc ức chế miễn dịch (sơ đồ 1)



- ❖ Chỉ định: FSGS kháng CsA (6 tháng CsA hoặc 2 tháng CsA + MMF).
- ❖ Liều lượng: 0.1-0.3mg/kg/ngày chia 2 lần. Nồng độ duy trì: 5-10µg/L đơn thuần hay kết hợp MMF.  
Khi có tổn thương thận do thuốc, giảm 30-50% liều, có thể kết hợp MMF.
- ❖ Tác dụng phụ: Giảm bạch cầu, cao huyết áp, run chi, đau đầu, suy thận, tăng K<sup>+</sup>, tăng đường huyết, hạ phosphat máu, ngứa.
- c. *Rituximab*:
  - ❖ Liều lượng và cách sử dụng: 375mg/m<sup>2</sup>/lần truyền, có thể lập lại tối đa 4 liều.
  - ❖ Biến chứng: phản vệ, dị ứng, giảm immunoglobuline, tái hoạt viêm gan, xơ phổi, giảm bạch cầu, tăng đường huyết, rối loạn đông máu....
- d. *Mycophenolate Mofetil (MMF)*:



- ❖ Chỉ định: HCTH kháng steroids, HCTH kèm suy thận, bị độc tính khi sử dụng cyclosporin.
- ❖ Liều dùng: 1200mg/m<sup>2</sup>/ngày, chia 2 lần. Không quá 2g/ngày. Liều giảm còn 600mg/m<sup>2</sup>/ngày khi kết hợp tacrolimus.
- ❖ Tác dụng phụ: buồn nôn ói, đau dạ dày, đau bụng tiêu chảy, giảm BC hạt, thiếu máu. Không gây độc thận.

#### IX. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thận hư mới chẩn đoán
- Thận hư có biến chứng nặng (nhiễm trùng, thuyên tắc, sốc giảm thể tích).
- Hôi chứng thận hư kháng corticoid có chỉ định sinh thiết thận.
- Người nhà chưa có khả năng chăm sóc và theo dõi bệnh.

#### X. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Điều trị ổn các biến chứng, tầm soát đủ các nguyên nhân thứ phát.
- Người nhà có khả năng chăm sóc và theo dõi bệnh tại nhà.

#### XI. THEO DÕI VÀ GIÁO DỤC

- Cân nặng, chiều cao, huyết áp, tác dụng phụ của thuốc/tháng.
- Hướng dẫn kiểm tra đạm niệu bằng que nước tiểu tại nhà mỗi ngày.
- Xét nghiệm khi tái khám: đạm/creatinine niệu. Kiểm tra ion đồ, chức năng thận và nồng độ CsA khi có sử dụng thuốc này.
- Tư vấn phụ huynh về khả năng tái phát, biến chứng cấp và duy trì việc đi học và vận động thể lực.

#### XII. CHỨNG NGỪA

- Chống chỉ định: các vaccine sống như lao, sởi, quai bị, thủy đậu, rotavirus, bại liệt uống cho đến khi đã ngưng các thuốc ức chế miễn dịch trên 3 tháng và giảm liều steroids ở mức < 1mg/kg/ngày.
- Khuyến cáo chủng ngừa thường quy phế cầu và viêm gan siêu vi B để đạt nồng độ anti HBs >10UI/mL. Các nghiên cứu cho thấy có thể tiêm an toàn và hiệu quả 2 thuốc này trong giai đoạn đang uống steroids.