ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM CẦU THẬN CẤP SAU NHIỄM LIÊN CẦU TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Lê Thị Thủy[1,3], Nguyễn Thị Hương Mai[1,2], Nguyễn Thị Kiên[4], Nguyễn Thu Hương[2]*

[1]Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Nhi Trung ương
[3]Bệnh viện Nhi Thanh Hóa
[4]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu là bệnh cầu thận qua trung gian miễn dịch thường gặp ở trẻ em và có thể gây phù, tăng huyết áp, đái máu, protein niệu và suy giảm chức năng thận.*

Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.*

Phương pháp: *Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh trên 84 bệnh nhi mắc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu, điều trị nội trú tại Khoa Máu - Thận, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2025.*

Kết quả: *Trong 84 bệnh nhi, nhóm 5-12 tuổi chiếm 72,6%, trẻ nam 71,4% và bệnh nhi sống ở khu vực nông thôn 78,6%. Tiền sử viêm họng trước khởi phát bệnh gặp ở 77,4% trường hợp. Phù gặp ở 92,9%, tăng huyết áp 63,1%, thiểu niệu 27,4% và đái máu đại thể 25,0%. Tất cả bệnh nhi có hồng cầu niệu; 40,5% có tỷ lệ protein/creatinin niệu ≥ 200 mg/mmol và 27,4% có mức lọc cầu thận < 90 mL/phút/1,73 m^2 khi nhập viện. Kháng sinh được sử dụng ở 98,8%, thuốc lợi tiểu 91,7% và thuốc hạ huyết áp 46,4%. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ phù, bất thường huyết áp và đái máu đại thể giảm so với khi nhập viện (p<0,001). Thời gian nằm viện trung bình là 8,69 ± 3,02 ngày. Tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn, thuyên giảm một phần và không thuyên giảm lần lượt là 29,8%, 65,4% và 4,8% theo tiêu chuẩn của nghiên cứu.*

Kết luận: *Trong nhóm bệnh nhi nghiên cứu, bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi 5-12 và trẻ nam. Trước viêm cầu thận cấp thường gặp viêm họng. Phù và tăng huyết áp là các biểu hiện lâm sàng thường gặp. Các biểu hiện lâm sàng giảm rõ trong thời gian nằm viện và phần lớn bệnh nhi đạt thuyên giảm một phần tại thời điểm ra viện.*

Từ khóa: *viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu; trẻ em.*

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE POST-STREPTOCOCCAL GLOMERULONEPHRITIS AT THANH HOA CHILDREN'S HOSPITAL

Le Thi Thuy[1,3], Nguyen Thi Huong Mai[1,2], Nguyen Thi Kien[4], Nguyen Thu Huong[2]*

[1]Hanoi Medical University
[2]Vietnam National Children's Hospital
[3]Thanh Hoa Children's Hospital
[4]Vinmec Times City International Hospital

Nhận bài: 24-8-2026; Phản biện: 07-9-2026; Chấp nhận: 05-10-2026
Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thu Hương
Email: nguyenthuhuong@nch.gov.vn
Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

Background: Acute post-streptococcal glomerulonephritis (APSGN) is an immune-mediated glomerular disease commonly encountered in children. This study aimed to describe the epidemiological and clinical characteristics and treatment outcomes of children with APSGN at Thanh Hoa Children's Hospital.

Methods: A retrospective descriptive case series included 84 children with APSGN who were admitted to the Department of Hematology and Nephrology, Thanh Hoa Children's Hospital, from 1 January 2024 to 31 December 2025.

Results: Among 84 children, 72.6% were aged 5-12 years, 71.4% were boys, and 78.6% lived in rural areas. A preceding history of pharyngitis was reported in 77.4%. Oedema was present in 92.9%, hypertension in 63.1%, oliguria in 27.4%, and gross haematuria in 25.0%. All children had haematuria on urinalysis; 40.5% had a urine protein-to-creatinine ratio ≥ 200 mg/mmol, and 27.4% had an estimated glomerular filtration rate < 90 mL/min/1.73 m^2 at admission. Antibiotics were administered to 98.8%, diuretics to 91.7%, and antihypertensive medications to 46.4%. At discharge, the proportions with oedema, abnormal blood pressure, and gross haematuria were lower than at admission ($p<0.001$). The mean length of hospital stay was 8.69±3.02 days. Complete remission, partial remission, and no remission occurred in 29.8%, 65.4%, and 4.8%, respectively.

Conclusions: In this case series, APSGN predominantly affected children aged 5-12 years and boys. Oedema and abnormal blood pressure were common clinical manifestations. Clinical manifestations decreased during hospitalisation, and most children achieved at least partial remission by discharge.

Keywords: acute post-streptococcal glomerulonephritis; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu (APSGN) là bệnh cầu thận qua trung gian miễn dịch, thường gặp ở trẻ em sau nhiễm liên cầu tan huyết β nhóm A. Bệnh biểu hiện điển hình bằng hội chứng viêm thận cấp với đái máu, phù, tăng huyết áp, protein niệu và suy giảm chức năng thận. Mặc dù phần lớn trẻ hồi phục hoàn toàn, một số trường hợp có thể xuất hiện các biến chứng cấp hoặc còn tồn tại bất thường nước tiểu và tăng huyết áp sau giai đoạn cấp.[1]

Trong những thập kỷ qua, dịch tễ học của APSGN đã có nhiều thay đổi, với tỷ lệ mắc bệnh giảm đáng kể trên toàn thế giới, đặc biệt tại các quốc gia công nghiệp hóa. Tuy nhiên, tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, APSGN vẫn là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm trên thế giới có khoảng 472.000 trường hợp APSGN, trong đó khoảng 456.000 trường hợp xảy ra tại các quốc gia đang phát triển, chiếm khoảng 97%.[2]

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về APSGN ở trẻ em; tuy nhiên, các nghiên cứu tại Việt Nam còn tương đối hạn chế và chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương. Do đó, bằng chứng về đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và kết quả điều trị APSGN tại các bệnh viện tuyến tỉnh vẫn chưa đầy đủ. Bên cạnh đó, sự khác biệt về đặc điểm dân số, điều kiện kinh tế - xã hội, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và thực hành lâm sàng có thể ảnh hưởng đến biểu hiện bệnh và kết quả điều trị giữa các khu vực và cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, theo số liệu thống kê của bệnh viện, mỗi năm có khoảng 40-50 trẻ được chẩn đoán và điều trị APSGN; tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm và kết quả điều trị bệnh tại cơ sở này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh nhi APSGN điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2025; và (2) đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn tại thời điểm ra viện của nhóm bệnh nhi nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, góp phần hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và quản lý APSGN ở trẻ em tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 84 bệnh nhi mắc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu, được chẩn đoán và điều trị nội trú tại Khoa Máu - Thận, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

• Bệnh nhi từ 1 tháng đến 16 tuổi.

• Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu được áp dụng trong nghiên cứu: Bệnh nhi được chẩn đoán APSGN khi có hội chứng viêm thận cấp (phù, tăng huyết áp và/hoặc đái máu), kèm bằng chứng nhiễm liên cầu gần đây dựa trên tiền sử nhiễm khuẩn đường hô hấp trên hoặc da và/hoặc ASLO tăng, đồng thời không có bằng chứng gợi ý các nguyên nhân khác của viêm cầu thận cấp.

• Được điều trị nội trú tại Khoa Máu - Thận, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ khỏi nghiên cứu các bệnh nhi viêm cầu thận cấp liên quan đến tác nhân nhiễm trùng khác không phải liên cầu, như Mycoplasma hoặc virus viêm gan B; viêm cầu thận thứ phát do lupus ban đỏ hệ thống, viêm mạch IgA, viêm quanh động mạch hoặc các bệnh hệ thống khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Lấy tất cả bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập hồi cứu hồ sơ của bệnh nhi điều trị từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2025.

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Máu - Thận, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

2.3. Các biến số trong nghiên cứu

Các biến số chính gồm tuổi, giới, khu vực cư trú, tiền sử nhiễm khuẩn; phù, huyết áp, thiểu niệu, đái máu đại thể; hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, tỷ lệ protein/creatinin niệu, mức lọc cầu thận, protein và albumin máu; các biện pháp điều trị; thời gian nằm viện; tình trạng thuyên giảm và các biến chứng.

Một số tiêu chuẩn định nghĩa biến nghiên cứu

Tiêu chuẩn đánh giá tăng huyết áp: Huyết áp được đo và phân loại theo hướng dẫn của American Academy of Pediatrics (AAP) năm 2017.[3]

Phân loại huyết áp	Trẻ từ 1 đến <13 tuổi	Trẻ ≥13 tuổi
Bình thường	HA < 90^{th}	HA <120/< 80 mmHg
Huyết áp tăng	90^{th} ≤ HA < 95^{th} hoặc 120/80 ≤ HA < 95^{th}, lấy ngưỡng thấp hơn	HATT 120-129 và HATTr <80 mmHg
Tăng huyết áp độ 1	95^{th} ≤ HA < 95^{th} + 12 mmHg Hoặc 130/80- 139/89 mmHg, lấy ngưỡng thấp hơn	130/80-139/89 mmHg
Tăng huyết áp độ 2	≥ 95^{th} +12mmHg, hoặc ≥140/90 mmHg , lấy ngưỡng thấp hơn	≥140/90 mmHg

HATT = huyết áp tâm thu; HATTr = huyết áp tâm trương.

Tăng huyết áp cấp nặng: HA ≥ 95^{th} + 30 mmHg

Thiểu niệu được xác định khi lượng nước tiểu <1 mL/kg/giờ.[4]

Đánh giá mức độ phù: So sánh cân nặng khi vào viện với cân nặng lúc hết phù .[5]

- Phù nhẹ: bệnh nhân phù mặt và chân, cân nặng tăng < 10%.

- Phù vừa: bệnh nhân phù rõ, mới nhìn đã thấy, cân nặng tăng 10-20 %.

- Phù nặng: bệnh nhân phù toàn thể, có tràn dịch các màng (màng bụng, màng phổi…), cân nặng tăng ≥ 20%.

Đái máu: được xác định khi có hồng cầu trong nước tiểu. Đái máu vi thể được xác định khi có >10 hồng cầu/mm^3 trên xét nghiệm soi cặn nước tiểu. Đái máu đại thể được xác định khi sự hiện

diện của máu trong nước tiểu có thể nhận biết bằng mắt thường.[6]

Protein niệu: được đánh giá bằng tỷ lệ protein/creatinin niệu (UPCR). Protein niệu âm tính được xác định khi UPCR<20 mg/mmol; Protein niệu mức viêm thận được xác định khi UPCR ≥20 mg/mmol; protein niệu mức thận hư được xác định khi UPCR ≥200 mg/mmol.[7] Mẫu nước tiểu lấy vào buổi sáng sớm.[8]

Mức lọc cầu thận (MLCT): được ước tính theo công thức Schwartz cổ điển: MLCT = K × chiều cao (cm)/creatinin huyết thanh (mg/dL), trong đó K là hệ số thay đổi theo tuổi và giới. MLCT được biểu thị bằng đơn vị mL/phút/1,73 m^2.[9]

Đánh giá kết quả điều trị

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị: Do chưa có hệ thống phân loại thuyên giảm tại thời điểm ra viện được chuẩn hóa riêng cho APSGN ở trẻ em, nghiên cứu sử dụng tiêu chí kết quả ngắn hạn do nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên tình trạng lâm sàng, huyết áp, chức năng thận và bất thường nước tiểu.

- Bệnh thuyên giảm hoàn toàn: Khi có các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh nhi hết các triệu chứng lâm sàng: hết phù, huyết áp trở về giới hạn bình thường theo tuổi, tiểu vàng, số lượng nước tiểu trở lại bình thường

+ Chức năng thận bình thường (mức lọc cầu thận ≥ 90ml/phút/1,73m^2)

+ Protein niệu âm tính, hồng cầu niệu hết hoặc chỉ còn đái máu vi thể nhẹ

- Bệnh thuyên giảm một phần: Khi có các tiêu chuẩn sau

+ Bệnh nhi hết các triệu chứng lâm sàng: hết phù, huyết áp trở về giới hạn bình thường theo tuổi, tiểu vàng, số lượng nước tiểu trở lại bình thường

+ Chức năng thận hồi phục hoặc cải thiện rõ.

+ Protein niệu còn tồn tại, hồng cầu niệu còn nhiều

- Bệnh không thuyên giảm:

+ Bệnh nhi vẫn còn triệu chứng lâm sàng: Phù, tăng huyết áp chưa được kiểm soát hoặc đái máu đại thể.

+ Các xét nghiệm chưa cải thiện, protein niệu hoặc hồng cầu ở mức bệnh lý, thiểu niệu hoặc vô niệu kéo dài, Chức năng thận chưa cải thiện hoặc tiếp tục xấu đi.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được xem xét và phê duyệt theo quy định của cơ sở đào tạo Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Thông tin bệnh nhi được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025, nghiên cứu ghi nhận 84 bệnh nhi mắc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu điều trị tại Khoa Máu - Thận, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu (n=84)

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi <5 tuổi	5	6,0
Nhóm tuổi 5-12 tuổi	61	72,6
Nhóm tuổi >12 tuổi	18	21,4
Giới tính nam	60	71,4
Giới tính nữ	24	28,6
Khu vực nông thôn	66	78,6
Khu vực thành thị	18	21,4

Tuổi bệnh nhi dao động từ 3 đến 16 tuổi. Nhóm 5-12 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%), tiếp theo là nhóm >12 tuổi (21,4%); nhóm <5 tuổi chiếm 6,0%. Trẻ nam chiếm 71,4% và phần lớn bệnh nhi sống ở khu vực nông thôn (78,6%).

Bảng 2. Tiền sử nhiễm khuẩn trước khởi phát viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu

Tiền sử nhiễm khuẩn	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Viêm họng	65	77,4
Viêm da	11	13,1
Không rõ nhiễm khuẩn	8	9,5
Tổng	84	100

Tiền sử viêm họng được ghi nhận ở 77,4% bệnh nhi, chiếm tỷ lệ cao nhất; tiền sử viêm da chiếm 13,1%. Có 9,5% trường hợp không xác định rõ tiền sử nhiễm khuẩn.

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi khi nhập viện (n=84)

Đặc điểm	n	%
Phù	78	92,9
Tăng huyết áp	53	63,1
Thiểu niệu	23	27,4
Đái máu đại thể	21	25,0

Phù là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất, ghi nhận ở 78/84 bệnh nhi (92,9%). Tăng huyết áp gặp ở 53 bệnh nhi (63,1%), thiểu niệu ở 23 bệnh nhi (27,4%) và đái máu đại thể ở 21 bệnh nhi (25,0%).

Thời gian tồn tại đái máu đại thể trung bình là 7,76 ± 3,89 ngày, dài hơn thời gian tồn tại phù (4,31 ± 1,24 ngày), tăng huyết áp (3,26 ± 1,81 ngày) và thiểu niệu (2,22 ± 0,67 ngày).

Bảng 4. Một số đặc điểm cận lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm	n	%
Hồng cầu niệu dương tính	84	100,0
Protein/creatinin niệu 20-<200 mg/mmol	49	58,3
Protein/creatinin niệu ≥200 mg/mmol	34	40,5
Protein/creatinin niệu <20 mg/mmol	1	1,2
MLCT <90 mL/phút/1,73 m^2	23	27,4
Protein máu (g/L) <60g/L	9	10,7
Albumin máu (g/L) <30g/L	11	13,1

Tất cả bệnh nhi có hồng cầu niệu khi nhập viện. Protein/creatinin niệu từ 20 đến <200 mg/mmol gặp ở 58,3% và ≥200 mg/mmol ở 40,5% bệnh nhi theo số liệu đang trình bày. Có 23 bệnh nhi (27,4%) có MLCT <90 mL/phút/1,73 m^2. Ure và creatinin máu trung bình khi nhập viện lần lượt là 8,14 ± 4,27 mmol/L và 71,56 ± 23,14 µmol/L.

Bảng 5. Các phương pháp điều trị được sử dụng (n=84)

Phương pháp điều trị	n	%
Kháng sinh	83	98,8
Kháng sinh đường uống	79	94,0
Thuốc lợi tiểu	77	91,7
Thuốc hạ huyết áp	39	46,4

Kháng sinh được sử dụng ở 83/84 bệnh nhi (98,8%), chủ yếu là amoxicillin/acid clavulanic đường uống. Thuốc lợi tiểu được sử dụng ở 91,7% và thuốc hạ huyết áp ở 46,4% bệnh nhi. Thời gian điều trị trung vị bằng kháng sinh là 8 ngày, thuốc lợi tiểu 4 ngày và thuốc hạ huyết áp 3 ngày.

Bảng 6. Sự thay đổi một số biểu hiện lâm sàng trong thời gian nằm viện (n=84)

Triệu chứng	Khi vào viện, n (%)	Khi ra viện, n (%)	p
Phù	78 (92,9)	5 (6,0)	<0,001
Tăng huyết áp	53 (63,1)	1 (1,2)	<0,001
Đái máu đại thể	21 (25,0)	2 (2,4)	<0,001

P được tính bằng kiểm định McNemar.

Trong thời gian nằm viện, tỷ lệ phù giảm từ 92,9% khi nhập viện xuống 6,0% khi ra viện, tăng huyết áp từ 63,1% xuống 1,2% và đái máu đại thể từ 25,0% xuống 2,4%. Sự khác biệt giữa hai thời điểm có ý nghĩa thống kê với P<0,001.

Bảng 7. Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện (n=84)

Kết quả	n	%
Thuyên giảm hoàn toàn	25	29,8
Thuyên giảm một phần	55	65,4
Không thuyên giảm	4	4,8
Tổng	84	100,0

Thời gian nằm viện trung bình là 8,69 ± 3,02 ngày, dao động từ 3 đến 23 ngày. Có 25 bệnh nhi (29,8%) đạt thuyên giảm hoàn toàn, 55 bệnh nhi

(65,4%) thuyên giảm một phần và 4 bệnh nhi (4,8%) không thuyên giảm. Mức lọc cầu thận còn giảm tại thời điểm ra viện và hội chứng thận hư phối hợp đều được ghi nhận ở 2 bệnh nhi (2,4%). Không ghi nhận trường hợp suy tim cấp hoặc tổn thương não trong nhóm nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 84 bệnh nhi cho thấy bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 5-12 tuổi (72,6%), tương đồng với nghiên cứu của Dhakal và cộng sự tại Nepal, trong đó nhóm tuổi này chiếm 72,7%.[10] Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi thấp (6,0%) cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ đã được mô tả, theo đó bệnh ít gặp ở trẻ nhỏ.[1,11] Sự tập trung ở lứa tuổi học đường có thể liên quan đến mức độ tiếp xúc với liên cầu tại trường học và cộng đồng, đồng thời đáp ứng miễn dịch đặc hiệu ở nhóm tuổi này đã phát triển đầy đủ hơn. [1,11]

Trẻ nam chiếm 71,4%, gần với tỷ lệ 66,2% trong nghiên cứu của Dhakal và cộng sự và 69,9% trong nghiên cứu của Tizki và cộng sự.[10,12] Phần lớn bệnh nhi sống ở khu vực nông thôn (78,6%), gần với tỷ lệ 80% được ghi nhận trong nghiên cứu tại Kashmir.[13] Tuy nhiên, do nghiên cứu không có nhóm chứng và không có số liệu về cơ cấu dân số thành thị-nông thôn của quần thể nguồn, không thể kết luận nơi cư trú là yếu tố nguy cơ độc lập.[1,14]

Tiền sử viêm họng được ghi nhận ở 77,4% bệnh nhi, cao hơn tiền sử viêm da (13,1%). Mô hình này phù hợp với một số nghiên cứu trong đó nhiễm khuẩn đường hô hấp trên là nguồn nhiễm thường gặp, nhưng khác với nghiên cứu tại Kashmir ghi nhận viêm da mủ chiếm ưu thế. [13] Sự khác biệt có thể liên quan đến khí hậu, điều kiện vệ sinh, đặc điểm lưu hành của các chủng liên cầu và phương pháp khai thác tiền sử nhiễm khuẩn giữa các nghiên cứu.[1,11]

Phù là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất (92,9%), gần tương đương 93,5% trong nghiên cứu của Dhakal và cộng sự và 90% trong nghiên cứu tại Kashmir.[10,13] Tần suất phù cao phù hợp với cơ chế giảm mức lọc cầu thận và giữ natri, nước trong hội chứng viêm thận cấp.[1,12] Thời gian tồn tại phù trung bình 4,31 ± 1,24 ngày cho thấy biểu hiện quá tải thể tích cải thiện tương đối nhanh ở phần lớn bệnh nhi trong thời gian nằm viện.

Nhóm huyết áp tăng chiếm 63,1%. Con số này gần tỷ lệ tăng huyết áp 66,3% trong nghiên cứu tại Morocco nhưng thấp hơn tỷ lệ 87% tại Nepal.[10,12] Tuy nhiên, do nghiên cứu hiện tại gộp cả tiền tăng huyết áp vào nhóm 63,1%, việc so sánh trực tiếp với các nghiên cứu chỉ báo cáo tăng huyết áp cần được diễn giải thận trọng. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến mức độ quá tải thể tích, chức năng thận, thời điểm nhập viện, tiêu chuẩn phân loại huyết áp và đặc điểm tuyển chọn bệnh nhi.[1,12]

Thiểu niệu gặp ở 27,4%, cao hơn tỷ lệ 12% trong nghiên cứu tại Morocco,[12] trong khi đái máu đại thể gặp ở 25,0%, thấp hơn tỷ lệ 67,5% tại Nepal và 90,3% tại Morocco.[10,12] Những khác biệt này có thể liên quan đến thời điểm nhập viện, cách xác định triệu chứng và mức độ nặng của bệnh.[1,11] Đáng chú ý, đái máu đại thể tồn tại trung bình 7,76 ± 3,89 ngày, dài hơn phù và bất thường huyết áp, phù hợp với diễn biến tự nhiên trong đó đái máu đại thể có thể kéo dài hơn các biểu hiện quá tải thể tích.[1]

Tất cả bệnh nhi có hồng cầu niệu khi nhập viện, phù hợp với đặc điểm tổn thương cầu thận của viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu.[1,11] Protein niệu cũng nổi bật, với 40,5% bệnh nhi có UPCR ≥200 mg/mmol. Protein niệu mức độ cao có thể phản ánh mức độ tổn thương cầu thận; Ranawaka và cộng sự ghi nhận mối liên quan giữa protein niệu mức độ cao và creatinin huyết thanh >100 µmol/L.[15]

Có 27,4% bệnh nhi có MLCT <90 mL/phút/1,73 m^2 khi nhập viện, gần với tỷ lệ 29,3% được Demircioglu Kılıc và cộng sự báo cáo.[14] Albumin <30 g/L gặp ở 13,1% và protein máu <60 g/L ở 10,7%. Các chỉ số này nên được đánh giá kết hợp với mức protein niệu và chức năng thận thay vì diễn giải riêng lẻ.[13]

Điều trị viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu chủ yếu là điều trị hỗ trợ, tập trung vào kiểm soát quá tải dịch, phù, huyết áp, rối loạn điện giải và suy giảm chức năng thận khi có.[8] Trong nghiên cứu này, thuốc lợi tiểu được sử dụng ở 91,7%

bệnh nhi, phù hợp với tỷ lệ phù cao. Thuốc hạ huyết áp được sử dụng ở 46,4%, thấp hơn tỷ lệ của nhóm tăng huyết áp; một phần khác biệt có thể do một số trường hợp cải thiện sau hạn chế muối, dịch và lợi tiểu mà chưa cần thuốc hạ huyết áp đặc hiệu.[1,12]

Kháng sinh được sử dụng ở 98,8% bệnh nhi, chủ yếu là amoxicillin/acid clavulanic đường uống. Kháng sinh có thể được sử dụng để điều trị nhiễm liên cầu còn hoạt động hoặc tiệt trừ liên cầu, nhưng không thể từ thiết kế nghiên cứu này suy luận rằng việc sử dụng kháng sinh là nguyên nhân trực tiếp của sự cải thiện chức năng thận hay triệu chứng lâm sàng.[1,12] Tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao là do đặc điểm thực hành tại cơ sở nghiên cứu sẽ chỉ định kháng sinh cho hầu hết các bệnh nhi APSGN.

Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ phù, tăng huyết áp và đái máu đại thể đều thấp hơn rõ rệt so với khi nhập viện (p<0,001). Tuy nhiên, nghiên cứu không có nhóm đối chứng nên không thể tách biệt tác động của các biện pháp điều trị khỏi diễn biến hồi phục tự nhiên của bệnh.[1,11] Thời gian nằm viện trung bình là 8,69 ± 3,02 ngày. Có 29,8% bệnh nhi thuyên giảm hoàn toàn và 65,4% thuyên giảm một phần; như vậy, 95,2% đạt ít nhất thuyên giảm một phần tại thời điểm ra viện. Hội chứng thận hư phối hợp, suy giảm mức lọc cầu thận còn tồn tại tại thời điểm ra viện đều gặp ở 2,4% bệnh nhi; không ghi nhận suy tim cấp hoặc tổn thương não trong nghiên cứu.

Kết quả cho thấy phù, huyết áp tăng, hồng cầu niệu và protein niệu là các biểu hiện nổi bật ở bệnh nhi điều trị tại bệnh viện nhi tuyến tỉnh. Vì vậy, đo huyết áp chính xác, đánh giá tình trạng dịch, theo dõi lượng nước tiểu, định lượng protein niệu và đánh giá chức năng thận cần được thực hiện có hệ thống ngay từ khi nhập viện.[1,12]

Sự cải thiện nhanh của các biểu hiện lâm sàng trong thời gian nằm viện không đồng nghĩa với hồi phục hoàn toàn mọi bất thường tại thận, vì đái máu vi thể, protein niệu hoặc tăng huyết áp có thể còn tồn tại sau giai đoạn cấp ở một tỷ lệ bệnh nhi.[1,11] Những bệnh nhi còn protein niệu, suy giảm MLCT, tăng huyết áp hoặc biểu hiện nặng trong giai đoạn cấp cần được theo dõi sau ra viện để phát hiện các bất thường tồn lưu.[1,15]

Do Bệnh viện Nhi Thanh Hóa không triển khai xét nghiệm bổ thể nên tiêu chuẩn chẩn đoán để lựa chọn bệnh nhi vào nghiên cứu chưa được chặt chẽ. Đồng thời kết quả điều trị và tiêu chuẩn đánh giá kết quả do nhóm nghiên cứu xây dựng chủ yếu được đánh giá tại thời điểm ra viện, nên chỉ phản ánh kết cục ngắn hạn. Do đó, cần triển khai các nghiên cứu tiến cứu với thời gian theo dõi dọc dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 84 bệnh nhi viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ 5-12 tuổi, với ưu thế ở trẻ nam và phần lớn bệnh nhi sống ở khu vực nông thôn. Tiền sử nhiễm khuẩn trước khởi phát bệnh chủ yếu là viêm đường hô hấp. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là phù và tăng huyết áp; thiểu niệu và đái máu đại thể ít gặp hơn. Hồng cầu niệu được ghi nhận ở tất cả các trường hợp; tỷ lệ trẻ giảm mức lọc cầu thận chiếm 27,4%. Đa số bệnh nhi cải thiện lâm sàng và đạt thuyên giảm một phần hoặc hoàn toàn tại thời điểm ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhakal AK, Shrestha D, Preston R, Lennon R**. Acute post-streptococcal glomerulonephritis in children-treatment standard. Nephrol Dial Transplant 2025;40(10):1843-1853. https://doi.org/10.1093/ndt/gfaf130
2. **World Health Organization**. The Current Evidence for the Burden of Group A Streptococcal Diseases. World Health Organization; 2005.
3. **Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM** *et al.* Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140(3):e20171904. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904
4. **Bhalla K, Gupta A, Nanda S, Mehra S**. Epidemiology and clinical outcomes of acute

glomerulonephritis in a teaching hospital in North India. J Family Med Prim Care 2019;8(3):934-937. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_57_19

5. **Ứng Văn Mạnh, Nguyễn Ngọc Sáng**. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm cầu thận cấp sau nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;481(Số đặc biệt tháng 8):204.
6. **Miller KM, Van Beneden C, McDonald M** *et al.* Standardization of Epidemiological Surveillance of Acute Poststreptococcal Glomerulonephritis. Open Forum Infectious Diseases 2022;9(Suppl 1):S57-S64. https://doi.org/10.1093/ofid/ofac346
7. **Keskin DM, Belviranlı Keskin P, Kocaoğlu M** *et al.* Factors Affecting Glomerular Filtration Rate and Length of Hospitalization in Pediatric Acute Poststreptococcal Glomerulonephritis: A Decade-Long Observational Study. J Curr Pediatr 2024;22(1):1-8. https://doi.org/10.4274/jcp.2024.55476
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney Int 2021;100(4S):S1-S276. https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.05.021
9. **Schwartz GJ, Brion LP, Spitzer A**. The Use of Plasma Creatinine Concentration for Estimating Glomerular Filtration Rate in Infants, Children, and Adolescents. Pediatr Clin North Am 1987;34(3):571-590. https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)36251-4
10. **Dhakal AK, Shrestha D, Singh SK, Acharya S**. Clinical profile of children with acute post-streptococcal glomerulonephritis. Pediatr Nephrol 2023;38(10):3327-3336. https://doi.org/10.1007/s00467-023-05982-2
11. **Ong LT**. Management and outcomes of acute post-streptococcal glomerulonephritis in children. World J Nephrol. 2022;11(5):139-145. https://doi.org/10.5527/wjn.v11.i5.139
12. **Tizki S, Nassih H, Elqadiry R** *et al.* Acute Post-streptococcal Glomerulonephritis in Children: A Moroccan Experience. Cureus 2025;17(10):e94683. https://doi.org/10.7759/cureus.94683
13. **Bhat IA, Ashraf M, Sheikh WS** *et al.* Clinical Spectrum of Acute Post-streptococcal Glomerulonephritis in Children: A Kashmir Experience. Cureus 2024;16(7):e63902. https://doi.org/10.7759/cureus.63902
14. **Kılıc BD, Kara MA, Buyukcelik M, Balat A**. Pediatric post-streptococcal glomerulonephritis: Clinical and laboratory data. Pediatr Int 2018;60(7):645-650. https://doi.org/10.1111/ped.13587
15. **Ranawaka R, Dayasiri K, Sandakelum U** *et al.* Post-streptococcal acute glomerulonephritis in children: Association between proteinuria levels and renal outcomes. World J Clin Pediatr 2025;14(1). https://doi.org/10.5409/wjcp.v14.i1.100885