

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BIẾN CHỨNG NGHẼN TẮC MẠCH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT NGƯỜI LỚN

*Nguyễn Thị Bích Ngọc\*; Hà Hoàng Kiệt\*\**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 42 bệnh nhân (BN) hội chứng thận hư (HCTH) nguyên phát người lớn có biến chứng nghẽn tắc mạch. Khám lâm sàng, xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, chẩn đoán nghẽn tắc mạch dựa vào siêu âm Doppler mạch, nếu chẩn đoán chưa rõ, làm thêm chụp tĩnh mạch (TM), chụp MRI.

Kết quả:

- Nghẽn tắc mạch có thể gặp ở mọi lứa tuổi và mọi thời gian kể từ khi mắc bệnh thận.
- Tất cả động mạch (ĐM) và TM đều có thể bị nghẽn tắc, nhưng gặp ở TM nhiều hơn ĐM (80,95% so với 19,05%), nhiều nhất là TM chi dưới (59,52%), sau đó là ĐM chi dưới (7,14%).
- BN bị nghẽn tắc mạch có tỷ lệ máu cô đặc cao (Hb > 0,47 l/l: 80,95%); 85,71% có nồng độ albumin máu giảm < 20 g/l.

\* Từ khóa: Hội chứng thận hư nguyên phát; Nghẽn tắc mạch; Người lớn; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

## CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF THROMBOEMBOLYTIC COMPLICATION IN ADULT PATIENTS WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

### SUMMARY

*42 adult patients with primary nephrotic syndrome who had thromboembolytic complication were carried out clinical examination, blood tests, blood biochemical tests, diagnosis of thromboembolytic complication by vascular Doppler, MRI.*

*Results: Thromboembolytic complication occurred in every ages and every time of glomerulonephritis in any veins and arteries, which happened in veins more than arteries (80.95% vs 19.05%), most in lower limb veins (59.52%), then in lower limb arteries (7.14%). Patients with thromboembolytic complication had high ratio of blood concentration (80.95%). Plasma albumin decreased below 20 g/l (85.71%).*

\* *Key words: Primary nephrotic syndrome; Thromboembolitis; Adults; Clinical, paraclinical features.*

---

\* *Bệnh viện Bạch Mai*

\*\* *Bệnh viện 103*

*Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi  
PGS. TS. Hoàng Trung Vinh*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là một hội chứng bệnh lý thường gặp ở BN bị bệnh cầu thận, gây ra nhiều biến chứng như suy chức năng thận cấp và mạn tính, rối loạn đông máu và nghẽn tắc mạch, suy dinh dưỡng, nhiễm khuẩn... Trong đó, biến chứng nghẽn tắc mạch là một biến chứng nặng và nguy hiểm, có thể dẫn đến tử vong khi tắc ĐM mạch não, mạch phổi, ĐM vành, hoặc BN phải cắt cụt chi khi tắc ĐM chi. Để xác định nghẽn tắc mạch phải dựa vào chẩn đoán hình ảnh, triệu chứng lâm sàng có tính chất gợi ý. Trong nước hiện chưa có nghiên cứu nào về biến chứng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của biến chứng nghẽn tắc mạch ở BN HCTH nguyên phát người lớn.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

42 BN người lớn, tuổi từ 18 - 60, bị HCTH nguyên phát, có biến chứng nghẽn tắc mạch điều trị tại Khoa Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ 4 - 2006 đến 4 - 2009.

\* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- Chẩn đoán HCTH và viêm cầu thận nguyên phát theo Nguyễn Văn Xang [2].

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN bị HCTH thứ phát do các bệnh lupus, đái tháo đường...

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Hồi, khám lâm sàng các triệu chứng nghi ngờ nghẽn tắc mạch, làm xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu và nước tiểu. Chẩn đoán nghẽn tắc mạch bằng siêu âm Doppler màu mạch máu. Nếu chưa xác định được hoặc nghi ngờ, chụp CT-scan hoặc MRI. Trong trường hợp cả 2 phương pháp trên chưa xác định được, chụp mạch máu. Soi và chụp đáy mắt cho BN bị giảm thị lực đột ngột.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

\* *Tuổi và giới:*

Tuổi trung bình:  $34,14 \pm 12,17$ ; nam: 31 BN (73,8%); nữ: 11 BN (26,2%).

Tuổi thấp nhất 18, cao nhất 59 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ ( $p < 0,001$ ).

\* *Các thông số xét nghiệm huyết học:*

Số lượng hồng cầu:  $4,96 \pm 0,34$  t/l; nồng độ huyết sắc tố:  $151,25 \pm 17,38$  g/l; hematocrit:  $0,5 \pm 0,05$  l/l; số lượng bạch cầu:  $9,48 \pm 1,92$  g/l; số lượng tiểu cầu:  $352,76 \pm 20,08$  g/l.

34 BN (80,95%) có hematocrit  $> 0,47$  l/l (hiện tượng cô đặc máu).

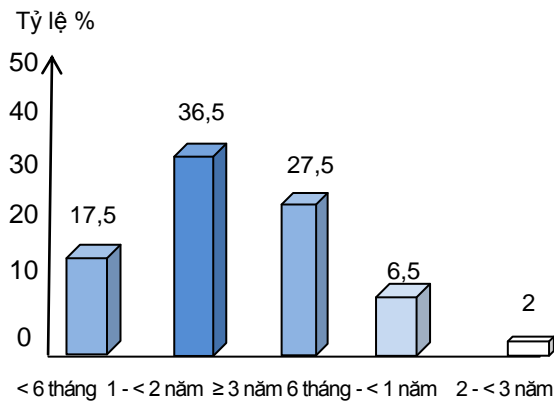
\* *Các thông số xét nghiệm sinh hóa máu và nước tiểu:*

Glucose:  $4,96 \pm 0,42$  mmol/l; ure:  $6,88 \pm 2,15$  mmol/l; creatinin:  $110,36 \pm 24,21$   $\mu$ mol/l; protein toàn phần:  $45,54 \pm 6,12$  g/l; albumin máu:  $17,82 \pm 1,48$  g/l; cholesterol máu:  $13,87 \pm 3,85$  mmol/l; tryglicerid máu:  $5,95 \pm 2,26$

mmol/l; protein niệu 24 giờ:  $24,89 \pm 9,18$  g/24 giờ; mức lọc cầu thận:  $88,18 \pm 18,42$  ml/phút. 36 BN (85,71%) có nồng độ albumin máu  $\leq 20$  g/l.

**2. Đặc điểm nghẽn tắc mạch.**

\* Thời gian bị bệnh:



Biểu đồ 1: Thời gian phát hiện bệnh thận đến khi nghẽn tắc mạch.

Tắc mạch xảy ra ở mọi thời gian phát hiện bệnh thận.

\* Vị trí nghẽn tắc mạch:

- Nghẽn TM (n = 34): TM chi dưới: 25 BN (59,52%); TM cảnh: 2 BN (4,76%); TM thận: 2 BN (4,76%); TM phổi: 2 BN (4,76%); TM cửa: 2 BN (4,76%); xoang TM dọc trên: 1 BN (2,38%).

- Nghẽn ĐM (n = 8): ĐM chi dưới: 3 BN (7,14%); ĐM não: 2 BN (4,76%); ĐM cảnh: 1 BN (2,38%); tắc ĐM phổi: 1 BN (2,38%); ĐM võng mạc: 1 BN (2,38%).

Nghẽn TM chiếm tỷ lệ cao hơn nghẽn ĐM. Trong đó, nghẽn TM chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là ĐM chi dưới.

Bảng 1: Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tắc mạch.

KỸ THUẬT	TM	ĐM	TỔNG
Siêu âm Doppler màu mạch máu	30	4	34*
Chụp CT-scan	2	1	3**
Chụp MRI	1	2	3***
Chụp TM chi dưới	1		1
Soi và chụp đáy mắt		1	1

(Chú thích, (\*): 24 TM chi dưới, 2 TM cảnh, 2 TM thận, 2 TM cửa, 3 ĐM chi dưới, 1 ĐM cảnh); (\*\*): 2 TM phổi, 1 ĐM phổi; (\*\*\*) : 2 ĐM não, 1 xoang TM dọc trên).

**BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu cho thấy, biến chứng nghẽn tắc mạch thường gặp ở người lớn từ 18 - 59 tuổi, ở bất kỳ thời điểm nào từ khi mắc bệnh thận. Mọi ĐM và TM đều có thể bị nghẽn tắc, nhưng gặp TM nhiều hơn ĐM (80,95% so với 19,05%), nhiều nhất là TM chi dưới (59,52%), sau đó là ĐM chi dưới (7,14%). BN bị nghẽn tắc mạch có tỷ lệ cô máu cao (80,95%), nồng độ albumin máu giảm < 20 g/l chiếm tỷ lệ cao (85,71%). Siêu âm Doppler màu mạch máu là kỹ thuật không xâm nhập, có thể phát hiện nghẽn tắc mạch với tỷ lệ cao, là phương tiện chủ yếu phát hiện nghẽn tắc mạch ngoại vi.

Triệu chứng phù không cân xứng chi, đau chi, mạch mu chân và mạch quay yếu so với bên đối diện là những triệu chứng quan trọng phát hiện nghẽn tắc TM và ĐM chi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Llach F [4] thấy nghẽn tắc TM chi dưới chiếm 1/3 các loại mạch bị nghẽn tắc. Fazi A.S [3] thấy: nghẽn tắc ĐM ít gặp hơn nghẽn tắc TM và nghẽn tắc ĐM vành có thể là nguyên nhân gây tử vong ở BN HCTH. Theo Seigneux. S [5]: tỷ lệ

ngheñ tắc mạch ở BN HCTH do viêm cầu thận màng là 40%. Lê Văn Bình [1] nghiên cứu 146 BN người lớn bị HCTH nguyên phát, gặp 2,1% ngheñ tắc TM chi dưới.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 BN HCTH nguyên phát người lớn bị biến chứng ngheñ tắc mạch, chúng tôi có một số nhận xét:

Ngeñ tắc mạch có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi thời gian kể từ khi mắc bệnh thận. Tất cả ĐM và TM đều có thể bị ngheñ tắc, nhưng gặp ở TM nhiều hơn ở ĐM, nhiều nhất là TM chi dưới (59,52%), sau đó là ĐM chi dưới (7,14%). BN bị ngheñ tắc mạch có tỷ lệ cô máu cao (Hb > 0,47 l/l: 80,95%), nồng độ albumin máu giảm < 20 g/l chiếm tỷ lệ cao (85,71%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Bình. Nghiên cứu một số biến chứng ở BN HCTH nguyên phát người trưởng thành điều trị tại Khoa Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa. 2010, tr.58.
2. Nguyễn Văn Xang. Bệnh cầu thận. Bệnh thận nội khoa. NXB Y học. 2004, tr.261-262.
3. Fazi A.S. Acquired protein S and antithrombin III deficiency caused by nephritic syndrome: An unusual cause of graft thrombosis. Journal of Vascular Surgery. 2004, 25, p.576.
4. Llach F. Hypercoagulation in the nephritic syndrome. Asian Nephrology. Oxford University Press. 1994, p.53.
5. Seigneux S. Management of patients with nephritic syndrome. Swiss Med Wkly. 2009, 139 (29-30), p.207.