

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SINH THIẾT THẬN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT NGƯỜI LỚN

Nguyễn Thị Bích Ngọc; Hà Hoàng Kiệt***

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân (BN) người lớn (18 - 60 tuổi) bị hội chứng thận hư nguyên phát (HCTHNP) có mức lọc cầu thận > 60 ml/phút được điều trị tại Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ 4 - 2006 đến 4 - 2009. Sinh thiết thận sử dụng phương pháp sinh thiết kín bằng kim qua da dưới hướng dẫn của siêu âm. Kết quả cho thấy: thể viêm cầu thận tổn thương tối thiểu 31,67%, viêm cầu thận màng tăng sinh 23,33%, viêm cầu thận màng 22,5%, viêm cầu thận tăng sinh gian mạch 20,0%, xơ hóa cầu thận ổ đoạn 2,5%. 96.6% mảnh sinh thiết đạt yêu cầu. Tỷ lệ tai biến thường gặp: tiểu máu đại thể: 2,5%; tụ máu quanh thận: 25%. Các biến chứng đều nhẹ, chỉ cần bất động là tự khỏi.

* Từ khóa: Hội chứng thận hư nguyên phát; Sinh thiết thận; Người lớn.

STUDY OF RENAL BIOPSY IN THE ADULT PATIENTS WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

SUMMARY

A cross-sectional study was carried out on 120 adult patients with primary nephritic syndrome treated in Department of Nephrology, Bachmai Hospital from April, 2004 to April, 2009. All patients had done renal biopsy by biopsygun. The results showed that: minor glomerulo abnormalities was 31.67%; membranoproliferative glomerulonephritis: 23.33%; membranous glomerulonephritis:22.5%, mesangial proliferative glomerulonephritis 20.0%, focal/segmental lesions 2.5%. There were some complications: blood urination 2.5%, bleeding around kidney 25%, however, these complications were not severe and could disappear.

* *Key words: Primary nephrotic syndrome; Renal biopsy; Adults.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là hội chứng bệnh lý hay gặp trong giai đoạn nặng của bệnh cầu thận. Hội chứng thận hư thường gây nhiều biến chứng nặng. Trong HCTHNP, có nhiều thể tổn thương mô bệnh học thận khác nhau. Các thể tổn thương mô bệnh học thận có ý

nghĩa trong tiên lượng tiến triển, đáp ứng với điều trị và giúp định hướng phương pháp điều trị. Vì vậy, sinh thiết thận để chẩn đoán thể tổn thương mô bệnh học thận rất cần thiết ở BN có hội chứng thận hư. Các nghiên cứu trong nước về vấn đề này còn hạn chế với số lượng BN không nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm:

* Bệnh viện Bạch Mai

** Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Hoàng Trung Vinh

GS. TS. Nguyễn Văn Mùi

- *Đánh giá tổn thương mô bệnh học thận ở BN người lớn có HCTHNP.*

- *Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết thận kín bằng kim qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

120 BN điều trị tại Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ 4 - 2006 đến 4 - 2009.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* tuổi từ 18 - 60, được chẩn đoán xác định HCTHNP; mức lọc cầu thận > 60 ml/phút. Chẩn đoán HCTHNP theo tài liệu của Nguyễn Văn Xang [2] gồm: phù, protein niệu $\geq 3,5$ g/24 giờ, protein máu < 60 g/l, albumin máu < 30 g/l, lipid máu tăng. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN < 18 tuổi và > 60 tuổi, hội chứng thận hư thứ phát, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, BN có chống chỉ định sinh thiết thận.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Sử dụng phương pháp sinh thiết kín bằng kim qua da dưới hướng dẫn của siêu âm, tiến hành tại Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai. Cố định mẫu sinh thiết bằng dung dịch formol 10%. Đọc kết quả sinh thiết dưới kính hiển vi quang học tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Bạch Mai. Mảnh sinh thiết đạt tiêu chuẩn lấy được ít nhất 3 cầu thận. Phân loại hình ảnh tổn thương mô bệnh học thận dựa vào phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới gồm các thể: tổn thương cầu thận tối thiểu, xơ hóa cầu thận ổ đoạn, viêm cầu thận màng, viêm cầu thận

màng tăng sinh, viêm cầu thận tăng sinh gian mạch.

Tiến hành các xét nghiệm khác: xét nghiệm huyết học hồng cầu, Hb, Hct, bạch cầu, tiểu cầu. Sinh hóa máu glucose, ure, creatinin, protein, albumin, triglycerid, cholesterol. Xét nghiệm máu đông, máu chảy, fibrinogen, prothrombin, aPTT. Nước tiểu protein niệu 24 giờ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1: Tuổi trung bình và giới (n = 120).

	TUỔI TRUNG BÌNH	NAM	NỮ	p
X \pm SD	35,31 \pm 11,09	36,42 \pm 13,03	34,27 \pm 10,1	> 0,05
n, %	120 (100)	56 (46,66)	64 (53,34)	

Không có sự khác biệt về tuổi và tỷ lệ nam và nữ (p > 0,05).

* *Triệu chứng lâm sàng:* phù tổ chức dưới da: 120 BN (100%); tràn dịch màng bụng: 95 BN (79,16%); tràn dịch màng phổi: 81 BN (67,5%); tràn dịch màng tinh hoàn (ở nam giới): 14 BN (11,66%); tràn dịch đa màng (≥ 2 màng): 82 BN (68,33%); tiểu ít (≤ 400 ml/24 giờ): 47 BN (39,16%); tăng huyết áp (huyết áp $\geq 140/90$ mmHg): 13 BN (10,83%); mệt mỏi, kém ăn: 111 BN (92,5%).

* *Các thông số sinh hóa máu và nước tiểu ($\bar{X} \pm SD$) (n = 120):*

Glucose: 5,56 \pm 0,12 mmol/l; ure: 6,67 \pm 2,23 mmol/l; creatinin: 109,32 \pm 25,12 μ mol/l; protein máu toàn phần: 46,12 \pm 6,22 g/l; albumin máu: 21,37 \pm 3,54 g/l; cholesterol máu: 13,72 \pm 4,18 mmol/l; triglycerid máu:

5,83 ± 1,05 mmol/l; HDL-C: 1,62 ± 0,41 mmol/l; LDL-C: 7,74 ± 1,57 mmol/l; protein niệu 24 giờ: 24,51 ± 9,58 g/24 giờ.

14% BN có ure máu cao hơn bình thường, cao nhất 12,5 mmol/l. 12,5% BN có creatinin máu cao hơn bình thường, cao nhất 155 μmol/l. Giá trị trung bình của protein niệu 24 giờ cao, cao nhất 44,5 g/24 giờ.

2. Kết quả sinh thiết.

Bảng 2: Tỷ lệ thành công của sinh thiết.

MẢNG SINH THIẾT	SỐ LẦN SINH THIẾT	TỶ LỆ (%)
Có ≥ 3 cầu thận	116	96,66
Có 1 - 2 cầu thận	4	3,34
Không có cầu thận	0	0

Không có lần nào mẫu sinh thiết không có cầu thận. Trong nghiên cứu của Tạ Phương Dung, số mẫu sinh thiết có ≥ 3 cầu thận đạt 96,3%; 1,6% số mẫu không có cầu thận.

* Tỷ lệ tai biến sinh thiết (n = 120):

Tiểu máu đại thể: 3 BN (2,5%); tụ máu quanh thận: 30 BN (25,0%). Sinh thiết thận là một kỹ thuật xâm nhập, cần phải có phương tiện và cán bộ chuyên khoa giàu kinh nghiệm tiến hành. Ở Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai, sinh thiết thận trở thành kỹ thuật thường quy. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 27,5% (53 BN), nhưng chỉ trong ngày đầu, tụ máu quanh thận phát hiện bằng siêu âm thận (25%), đều ở mức độ nhẹ. BN có biến chứng chỉ cần bất động và tự khỏi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tạ Phương Dung [1]: khi sinh thiết thận cho 190 BN bị bệnh cầu thận do nhiều nguyên nhân khác nhau, tác giả gặp biến

chứng đái ra máu đại thể: 2,6%, tụ máu quanh thận: 27%, nhiễm trùng: 0,5%.

Bảng 3: Tỷ lệ BN theo phân loại tổn thương mô bệnh học thận.

LOẠI TỔN THƯƠNG MÔ BỆNH HỌC	n	TỶ LỆ (%)
Tổn thương tối thiểu	38	31,67
Viêm cầu thận màng tăng sinh	28	23,33
Viêm cầu thận màng	27	22,5
Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch	24	20,0
Xơ hóa cầu thận ổ đoạn	3	2,5
Viêm cầu thận tăng sinh hình liềm	0	0

100/190 BN HCTHNP, viêm cầu thận tổn thương tối thiểu chiếm tỷ lệ cao nhất (43,5%). Hạn chế của nghiên cứu này là chưa làm được hình ảnh mô bệnh học thận dưới kính hiển vi điện tử và miễn dịch huỳnh quang, do điều kiện kỹ thuật trong nước chưa đáp ứng được.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 120 BN người lớn có HCTHNP được sinh thiết thận, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Hình ảnh tổn thương mô bệnh học thận: bệnh cầu thận tổn thương tối thiểu gặp với tỷ lệ cao nhất (31,67%), tiếp đến viêm cầu thận màng tăng sinh (23,33%), viêm cầu thận màng (22,5%), viêm cầu thận tăng sinh gian mạch (20,0%), xơ hóa cầu thận ổ đoạn gặp với tỷ lệ thấp nhất (2,5%). Không có BN nào viêm cầu thận tăng sinh hình liềm.

- Kết quả sinh thiết: 100% BN lấy được mẫu, số mẫu đạt tiêu chuẩn: 96,66%. (≥ 3 cầu thận). 27,5% BN gặp biến chứng gồm

đái ra máu đại thể (2,5%), tụ máu quanh thận (25%), nhưng đều ở mức độ nhẹ, chỉ cần BN bất động là tự khỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Tạ Phương Dung*. Nghiên cứu đối chiếu mô bệnh học thận với biểu hiện lâm sàng-cận lâm sàng một số bệnh cầu thận tại Bệnh viện Nhân dân 115. Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II. Học viện Quân y. 2006.

2. *Nguyễn Văn Xang*. Bệnh cầu thận. Bệnh thận nội khoa. NXB Y học. 2004, tr.261-262.

3. *Hà Hoàng Kiệt, Phạm Xuân Phong*. ATLAS mô bệnh học các bệnh cầu thận và bệnh ống kẽ thận. NXB Y học. 2008, tr.26-64.

4. *Appent GB*. Glomerula disorders. Cecil Textbook of Medicine. 20th edition. Mc Graw-Hill. 1966, pp.213-217.

5. *Brady HR, O'Meara YM, Brenner BM*. The major glomerulopathies. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th edition. Mc Graw-Hill. 1998, pp.122-124.

Ngày nhận bài: 13/2/2012

Ngày giao phản biện: 5/6/2012

Ngày giao bản thảo in: 26/7/2012