

# NGHIÊN CỨU MÔ BỆNH HỌC CẦU THẬN Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIỀN PHÁT

CAO TẤN PHƯỚC

Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương TP. Hồ Chí Minh

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 42 trường hợp bệnh thận có HCTH tiên phát ở người trưởng thành bằng xét nghiệm mô bệnh học cầu thận, kết quả như sau:

1. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 21-30 và 16-20; ít gặp ở người lớn tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 0,82/1. Typ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch gặp nhiều nhất với 45,2%, bệnh thay đổi tối thiểu là 33,3%; bệnh xơ thận ổ - cục bộ chiếm 9,5%; viêm cầu thận màng chiếm 7,2%; viêm cầu thận màng tăng sinh chỉ có 4,8%. Nhóm bệnh nhân không suy thận có tỷ lệ mắc viêm cầu thận thay đổi tối thiểu là cao nhất (43,3%) thì ở nhóm bệnh nhân có suy thận, tỷ lệ bệnh tăng sinh gian mạch lại chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%).

2. Cả 5 typ bệnh cầu thận trong HCTH tiên phát ở người lớn đều có thể xác nhận được trên các tiêu bản sinh thiết thận bằng các kỹ thuật nhuộm thông lệ (HE và PAS).

Từ khóa: mô bệnh học cầu thận, viêm cầu thận

## SUMMARY:

Background: 42 nephropathic case research has primary of the syndrome nephrose by renal histopathology assaying, the result as follows:

1. The age group or meet at most is be since the 21-30 and the 16-20; few of the meet be at age adults. Males/females ratio: 0.82/ 1. Intervascular proliferative glomerular nephritis: 45.2% cases, minimal change glomerulopathy typ is 33.3% cases; Focal Segmental Glomerulosclerosis is 9.5% cases; Membranous Glomerulonephritis is 7.2% cases and Membranoproliferative Glomerulonephritis is 4.8% cases.

2. 5 glomerular diseases typ in primary of the syndrome nephrose what a the transmitting to be it predicable equilateral adult on renal biopsy mounts by the spruce dyeing techniquess regulation (HE and PAS).

Keywords: renal histopathology assaying, Glomerulosclerosis

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ hội chứng thận hư (HCTH) được biết đến từ 1905 khi Friedrich von Muller phát hiện thấy ở những bệnh nhân có phù, protein niệu cao những trên mô bệnh học cầu thận lại không thấy tổn thương viêm, cầu thận có hình thái bình thường hoặc thoái hóa nhẹ và do vậy thuật ngữ thận hư ra đời (nephrose). Đến 1913, Munk đưa ra thuật ngữ thận hư nhiễm mỡ do ông tìm thấy tình trạng xâm nhiễm mỡ tại các tế bào ống lượn gần. Trên lâm sàng, HCTH là một hội chứng lâm sàng với các biểu hiện: protein niệu cao (>3,5g/24g) , protein máu giảm

(<60g/l), albumin máu giảm (<30g/l), lipid máu tăng (>9g/l), có lipid niệu và phù. HCTH có diễn biến phức tạp, kéo dài, gặp cả ở trẻ em và người lớn. Trước đây, việc chẩn đoán HCTH chủ yếu dựa vào các biểu hiện lâm sàng, sinh hóa máu và nước tiểu, việc chẩn đoán mô bệnh học cầu thận rất ít được thực hiện do việc lấy bệnh phẩm gặp nhiều khó khăn. Trong những năm gần đây, việc sinh thiết thận để chẩn đoán các bệnh của thận đã trở nên khá phổ biến với các công trình của Lê Nam Trà, Nguyễn Văn Xang, Lê Đình Roanh, Nguyễn Thế Dân, Đặng Văn Dương, Phan Hải An...[1,2,3]. Tuy vậy, ở Việt Nam, chẩn đoán mô bệnh học các bệnh thận chưa thực sự phổ biến rộng rãi, mới chỉ tập trung tại một vài cơ sở y tế lớn và do vậy, các công trình nghiên cứu về lĩnh vực này cũng chưa nhiều. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

- Tìm hiểu tỷ lệ các typ mô bệnh học của viêm cầu thận có hội chứng thận hư tiên phát.

- Mô tả các đặc điểm mô học của các typ bệnh cầu thận trong hội chứng thận hư.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 42 bệnh phẩm sinh thiết thận ở những bệnh nhân người lớn có chẩn đoán lâm sàng HCTH tiên phát, trong đó 30 trường hợp không có biểu hiện suy thận; 12 trường hợp có biểu hiện suy thận.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

+ Bệnh nhân ≥16 tuổi, không kể giới tính.

+ Các bệnh nhân có HCTH, biểu hiện: Phù, protein niệu >3,5g/24g, protein máu <60g/l, albumin máu <30g/l, cholesterol máu >6,5mmol/l, lipid máu >9g/l.

+ Các bệnh nhân suy thận có biểu hiện: Ure máu >8mmol/l và/hoặc creatinine máu >110mol/l, có biểu hiện thiếu niệu hoặc vô niệu.

+ Mảnh sinh thiết có ít nhất 5 cầu thận.

- Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu:

+ Bệnh nhân có thêm một trong các bệnh: Đái tháo đường, luput ban đỏ, nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

+ Bệnh phẩm sinh thiết không đủ để chẩn đoán (<5 cầu thận) hoặc không có kết luận chắc chắn trên xét nghiệm mô bệnh học.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu: Thuận tiện, kế tiếp.

- Biến số nghiên cứu: Các typ mô bệnh chung và theo nhóm có và không có suy thận.

- Nghiên cứu mô bệnh học:

+ Bệnh phẩm sinh thiết thận được cố định ngay

trong dung dịch formol trung tính 10% ngay sau khi lấy ra khỏi cơ thể.

+ Bệnh phẩm được xử lý và nhuộm HE, PAS, theo kỹ thuật thông lệ.

+ Nhận định kết quả trên kính hiển vi quang học có độ phóng đại từ 40-400 lần.

+ Phân loại bệnh cầu thận có HCTH theo TCYTTG (1992), gồm:

\* Bệnh thay đổi tối thiểu  
\* Viêm cầu thận màng  
\* Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch (bao gồm tăng sinh gian mạch ổ và lan tỏa).

\* Xơ cầu thận cục bộ - ổ  
\* Viêm cầu thận màng tăng sinh.

- Xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê thông thường.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

- Bệnh nhân ít tuổi nhất là 16, nhiều tuổi nhất là 60.

- Nhóm tuổi có tỷ lệ bệnh nhân nhiều nhất là từ 20-30 (47,6%), tiếp đến là nhóm 16-20 tuổi (23,8%); thấp nhất là nhóm 51-60 tuổi (4,8%).

- Trong tổng số 42 bệnh nhân, có 19 bệnh nhân nam và 23 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 0,82/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về phân bố bệnh nhân theo giới.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và typ mô bệnh

Nhóm tuổi	n	%	Typ bệnh	n	%
16-20	10	23,8	Bệnh thay đổi tối thiểu	14	33,3
21-30	20	47,6	Viêm cầu thận màng	3	7,2
31-40	7	16,7	Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch	19	45,2
41-50	3	7,1	Xơ cầu thận cục bộ - ổ	4	9,5
51-60	2	4,8	Viêm cầu thận màng tăng sinh	2	4,8
Tổng	42	100,0	Tổng	42	100,0

### 2. Phân bố các typ bệnh cầu thận

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân viêm cầu thận tăng sinh gian mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (45,2%), kế đến là typ bệnh thay đổi tối thiểu (33,3%), typ ít gặp nhất là viêm cầu thận màng tăng sinh (4,8%) (bảng 3.1.).

### 3. Tỷ lệ các typ mô bệnh học bệnh cầu thận ở nhóm suy thận và không suy thận

Trong nhóm bệnh nhân không suy thận, typ bệnh thay đổi tối thiểu gặp nhiều nhất (43,3%), thứ đến typ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch (33,3%); các typ khác ít gặp. Ở nhóm bệnh nhân có suy thận, typ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch gặp nhiều nhất (66,7%); thứ đến typ bệnh thay đổi tối thiểu (16,7%); các typ khác ít gặp.

Bảng 2. Phân bố các typ mô học bệnh cầu thận ở nhóm suy thận và không suy thận

Typ bệnh	Không suy thận		Có suy thận	
	n	%	n	%
Bệnh thay đổi tối thiểu	13	43,3	2	16,7
Viêm cầu thận màng	2	6,7	0	0,0
Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch	10	33,3	8	66,7
Xơ cầu thận cục bộ - ổ	3	10,0	1	8,3
Viêm cầu thận màng tăng sinh	2	6,7	1	8,3
Tổng	30	100,0	12	100,0

## 4. Đặc điểm mô bệnh học

### 4.1. Bệnh thay đổi tối thiểu: Cầu thận ít thay đổi.

Các tế bào có chân sung phòng, có giãn gian mạch do tăng tế bào và chất căn bản. Typ này gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân không có suy thận so với nhóm bệnh nhân có suy thận.

### 4.2. Viêm cầu thận màng: Trên hiển vi quang học, số lượng tế bào cầu thận bình thường, không tăng sinh nội mô, không xâm nhập viêm, chất mầm gian mạch không tăng. Thay đổi thấy rõ là màng đáy dày không đều nhẹ, lan tỏa ở tất cả các quai mao mạch và các cầu thận. Trên các tiêu bản nhuộm PAS, màng đáy có màu đỏ tím, dễ nhận.

Thay đổi thấy rõ là màng đáy dày không đều nhẹ, lan tỏa ở tất cả các quai mao mạch và các cầu thận. Trên các tiêu bản nhuộm PAS, màng đáy có màu đỏ tím, dễ nhận.

### 4.3. Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch: Trên các tiêu bản nhuộm HE cho thấy khoang gian mạch rãn rộng, lòng mao mạch ít biến đổi hoặc thay đổi nhẹ. Tăng sinh gian mạch thường đi đôi với tăng sinh chất mầm gian mạch. Có 2 hình thái tổn thương:

+ Tăng sinh gian mạch lan tỏa: Trong hình thái tổn thương này có tăng sinh tế bào đồng nhất và lan tỏa ở gần như tất cả các cầu thận.

+ Tăng sinh gian mạch ổ- cục bộ: Tổn thương tăng sinh chỉ gặp ở một số cầu thận và ở một phần cầu thận.

Tổn thương tăng sinh chỉ gặp ở một số cầu thận và ở một phần cầu thận.

## BÀN LUẬN

### 1. Về phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 16, nhiều tuổi nhất là 60, trải ra trong toàn bộ các khoảng tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh cao nhất nằm trong khoảng 21- 30; tiếp đến là khoảng tuổi 16-20; các khoảng tuổi khác ít gặp. Như vậy, bệnh gặp nhiều ở người trẻ. Tỷ lệ nam/nữ là 0,82/1. Kết quả này cũng tương tự như một số kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Dân trên 142 trường hợp bệnh nhân bệnh thận có HCTH cho thấy, tỷ lệ nam/nữ là 0,72/1. Nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là từ 21-30 [1]. Theo Zainal D, Riduan A và Cs, tuổi mắc bệnh HCTH ở người trưởng thành là 27,6±12,2 [4]. Theo Davison AM và Cs nghiên cứu tỷ lệ bệnh thận ở người trưởng thành cho thấy bệnh viêm cầu thận ít gặp ở người già nhưng lại hay gặp bệnh viêm ống thận; ngược lại, bệnh viêm cầu thận hay gặp ở người trẻ tuổi. Các tổn thương dẫn đến suy thận ở các nhóm tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa song khả năng hồi phục ở nhóm người cao tuổi hầu như không có [5]. Một nghiên cứu khác của Kiyoshi Y (Nhật Bản) cho biết, kết quả nghiên cứu trên 503 sinh thiết thận trong bệnh thận có HCTH, tỷ lệ nam/nữ là 256/247 (gần

tương đương nhau), tuổi mắc bệnh trung bình là  $32,1 \pm 13,5$  [6].

## 2. Về tỷ lệ các typ mô bệnh của bệnh cầu thận có HCTH

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5 typ mô bệnh cầu thận đều được tìm thấy với các tỷ lệ khác nhau. Typ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch gặp nhiều nhất (45,2%), thứ đến là typ bệnh thay đổi tối thiểu (33,3%), các typ còn lại đều gặp với tỷ lệ thấp (từ 4,8% đến 9,5%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Dân [1]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Dân, tỷ lệ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch gặp 42,95%, bệnh thay đổi tối thiểu gặp 38,03%, viêm cầu thận màng chiếm 5,63%. Tuy nhiên, có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của một số tác giả ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của Painter (1996) cho biết, typ bệnh xơ cầu thận ổ- cục bộ hay gặp nhất, tiếp đến là viêm cầu thận tăng sinh gian mạch và viêm cầu thận tối thiểu ít gặp nhất. Một nghiên cứu khác của Mazzarolo Crruz (1996) cũng cho biết typ bệnh xơ cầu thận ổ- cục bộ là hay gặp nhất với 43,2%; viêm cầu thận màng là 20,4%, còn viêm cầu thận tăng sinh gian mạch chỉ có 2,9% [7]. Theo kết quả nghiên cứu của Mautousovic (1991), xơ cầu thận ổ- cục bộ chiếm 4,1% toàn bộ các bệnh cầu thận nguyên phát với các đặc điểm xơ cứng tiểu động mạch thận, protein niệu cao, máu nhẹ và HCTH thường gặp.

Ở nhóm bệnh nhân suy thận và không suy thận có sự thay đổi về tỷ lệ mắc bệnh. Trong khi ở nhóm bệnh nhân không suy thận có tỷ lệ mắc viêm cầu thận thay đổi tối thiểu là cao nhất (43,3%) thì ở nhóm bệnh nhân có suy thận, tỷ lệ bệnh tăng sinh gian mạch lại chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%).

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu 42 trường hợp bệnh thận có HCTH tiên phát ở người trưởng thành bằng xét nghiệm mô bệnh học cầu thận, chúng tôi thu được kết quả sau:

1. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 21-30 và 16-20; ít gặp ở người lớn tuổi. Tỷ lệ nam.nữ là 0,82/1. Cả 5

typ mô học của bệnh cầu thận đã được tìm thấy, trong đó typ viêm cầu thận tăng sinh gian mạch gặp nhiều nhất với 45,2%, tiếp đến là bệnh thay đổi tối thiểu với 33,3%; bệnh xơ thận ổ- cục bộ chiếm 9,5%; viêm cầu thận màng chiếm 7,2% còn viêm cầu thận màng tăng sinh chỉ có 4,8%. Giữa hai nhóm bệnh nhân có và không có suy thận có sự khác biệt về tỷ lệ các typ bệnh. Sự khác biệt rõ nhất là nhóm bệnh nhân không suy thận có tỷ lệ mắc viêm cầu thận thay đổi tối thiểu là cao nhất (43,3%) thì ở nhóm bệnh nhân có suy thận, tỷ lệ bệnh tăng sinh gian mạch lại chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%).

2. Cả 5 typ bệnh cầu thận trong HCTH tiên phát ở người lớn đều có thể xác nhận được trên các tiêu bản sinh thiết thận bằng các kỹ thuật nhuộm thông lệ (HE và PAS).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Dân (2000), Nghiên cứu mô học và siêu cấu trúc bệnh cầu thận có hội chứng thận hư tiên phát ở người lớn, Luận án Tiến sỹ Y học- Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Đình Roanh (1990), Nghiên cứu hình thái học- lâm sàng bệnh viêm thận tiểu cầu có lắng đọng đặc, Y học Việt Nam, 154 (5), 10-14.
3. Nguyễn Văn Xang, Nguyễn Thị Hoan (1980), Giới thiệu kỹ thuật sinh thiết thận, Nội khoa, số 3, 19-27.
4. Zainal D, Riduan A (1995), Glomerulonephritis in Kelantan, Malaysia: a review of the histological pattern. Southeast Asian J trop. Med. Public Health, 26 (1), 149-153.
5. Davison AM (1998), Renal diseases in elderly. Nephron. 80 (1), 6-16.
6. Kiyoshi Y (1998), Severity of glomerular damage with IgA nephropathy and renal prognostic a comparison between pattern classification and calculated classification. Nippon Jinxō Gakkai Shi, 40 (5), 329-35.
7. Mazzarolo Crruz (1996), Prevalence of adult primary glomerular diseases: retrospective analysis of 206 kidney biopsies. Rev Hosp Clin Fac Med. Sao-Paulo 51(1), 3-6.