

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THẬN ĐA NANG CÓ BIẾN CHỨNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>, Trần Quế Sơn<sup>1,3</sup>, Đặng Cao Kỳ<sup>4</sup>, Lê Nguyên Vũ<sup>5</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận đa nang có biến chứng được cắt thận. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu các bệnh nhân thận đa nang có biến chứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bạch Mai từ 1/1/2015 đến 31/12/2018. **Kết quả:** Tổng số 26 bệnh nhân được mổ bao gồm 13 nam và 13 nữ; tuổi trung bình là  $48,85 \pm 9,67$  (26 - 67). Thời gian mắc bệnh trung bình là  $14,08 \pm 7,68$  năm (1 - 37). Tiền sử gia đình mắc thận đa nang là 69,2%; suy thận là 88,5% trong đó có 1 trường hợp đã được ghép thận. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau thắt lưng (100%), đái máu đại thể (57,5%), thiếu máu (92,3%) trong đó 19,2% thiếu máu nặng; thận to (88,5%), tăng huyết áp (100%). Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu cho thấy 100% các trường hợp có thận to, kích thước > 20 cm chiếm 68,8%, kích thước dọc thận trung bình 21,43cm (12 - 29), kích thước nang thận trung bình 5,99cm. Biến chứng chảy máu trong nang và nhiễm trùng nang lần lượt là 37,6% và 21,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân thận đa nang có biến chứng được phẫu thuật có đặc điểm lâm sàng là suy thận, cao huyết áp, thiếu máu, đái máu và thận to. Chụp cắt lớp vi tính là cần thiết để chẩn đoán hình thái và biến chứng tại thận.

**Từ khóa:** Thận, thận đa nang, biến chứng, cắt thận.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COMPLICATED POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE WHO UNDERWENT NEPHRECTOMY

**Purpose:** To describe several clinical characteristics of patients with complicated polycystic kidney disease who underwent nephrectomy. Subjects and **Methods:** We conducted a retrospective study on patients with polycystic kidney disease who underwent nephrectomy at the Vietnam-Germany Friendship and Bach Mai Hospitals from January 1, 2015 to December 31, 2018. **Results:** 26 patients were operated on, including 13 males and 13 females; the mean age was  $48.85 \pm 9.67$  years (26 - 67). The disease lasted 14.08 years (range, 1-37). A family history of polycystic kidney disease and kidney failure were found in 69.2%

and 88.5% of the cases, respectively, with one patient receiving a kidney transplant. Low back pain (100%), gross hematuria (57.5%), anemia (92.3%), of which 19.2% was severe anemia, enlarged kidneys (88.5%), and hypertension (100%) are primarily common clinical symptoms. Computed tomography revealed that 100% of cases had enlarged kidneys, with a mean longitudinal size of 21.43cm (12 - 29) and an average renal cyst size of 5.99 cm. Intracystic bleeding and cyst infection were associated with 37.6 % and 21.9% complications, respectively. **Conclusion:** Clinical features of patients undergoing complicated polycystic kidney surgery usually involve renal failure, hypertension, anemia, hematuria, and enlarged kidneys. Computed tomography is required to determine the morphology and complications of the kidneys.

**Keywords:** Kidney, polycystic kidney, complications, nephrectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đa nang (PKD-Polycystic Kidney Disease) là do rối loạn trong hệ thống di truyền gây ra sự phát triển của các u nang trong thận và suy giảm chức năng thận [1]. Bệnh tồn tại dưới hai hình thái: bệnh thận đa nang gen trội (ADPKD-Autosomal dominant polycystic kidney disease) chiếm tới 90% và bệnh thận đa nang gen lặn (ARPKD-Autosomal recessive polycystic kidney disease) [1,2].

Tại Châu Âu, một báo cáo dịch tễ học thống kê từ tháng 1 năm 1980 đến tháng 1 năm 2015 cho thấy tần suất bệnh thận đa nang là dưới 5/10.000, tương ứng với tần suất của một bệnh hiếm gặp [1], tại Italia là 2,7/10.000 [3]. Tại Việt Nam, chưa có báo cáo chính thức về tần suất xuất hiện trong cộng đồng, tuy nhiên qua một số nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân (BN) thận đa nang cũng phải quá hiếm [4,5].

Bệnh nhân thận đa nang lúc trẻ thường không có triệu chứng và được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ. Ở tuổi trung niên, các biểu hiện bắt đầu xuất hiện và trở nên rõ ràng hơn khiến BN phải đi khám và điều trị như đau lưng (20-30%); tiểu máu (15-20%); nhiễm khuẩn tiết niệu (30%); sỏi thận (10-30%); tăng huyết áp (13-20%); suy thận (22%) [6]. Bệnh thận đa nang di truyền gen trội là nguyên nhân của 5% đến 10% các trường hợp suy thận giai đoạn cuối và cần được điều trị thay thế thận ở ngưỡng 60 tuổi [3]. Nhiều BN có triệu chứng do thận và nang thận to lên gây chèn ép các cấu trúc lân cận. Hơn nữa, các u nang thận có thể bị

<sup>1</sup>Trường Đại học Y HN

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trung tâm Cấp cứu Bệnh viện Bạch mai

<sup>4</sup>Bệnh viện Hà Giang

<sup>5</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quế Sơn

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 29/4/2022

Ngày duyệt bài: 16/5/2022

vỡ và xuất huyết, khiến bệnh nhân tăng nguy cơ tái phát các đợt nhiễm trùng đường tiết niệu và sỏi thận. Điều trị Bệnh thận đa nang không có phương pháp điều trị lại không đặc hiệu bởi các, chủ yếu vẫn là điều trị nội khoa nhằm duy trì chức năng thận. Chỉ định ngoại khoa cắt thận chỉ được đặt ra khi BN xuất hiện những biến chứng nặng, điều trị nội khoa thất bại hoặc, khi thận mất chức năng hoàn toàn, hoặc BN được phẫu thuật chờ ghép thận [2].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với nhằm mục tiêu: "*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp bệnh thận đa nang có biến chứng được điều trị phẫu thuật được mổ tại khoa Phẫu thuật tiết niệu Bệnh viện Việt Đức và khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2015 – 2018*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Hồ sơ bệnh án của các BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán thận đa nang có biến chứng, được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/01/2015 đến tháng 31/12/2018. Loại trừ khỏi nghiên cứu những hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện, tất cả các trường hợp đủ điều kiện trong thời gian đã đề ra.

Các nội dung nghiên cứu:

- Các biến số: đặc điểm chung (tuổi, giới), tiền sử bệnh lý thận tiết niệu (suy thận hay không, đã lọc máu hay chưa), tiền sử bản thân và gia đình về bệnh thận đa nang, các triệu chứng lâm sàng (đái máu, đái rắt, thận to, các mức độ tăng huyết áp), cận lâm sàng (xét nghiệm máu đánh giá thiếu máu, chụp cắt lớp vi tính đánh giá kích thước thận, nang).

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu nghiên cứu được thu thập, xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng chương trình SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Các biến định tính được biểu thị bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm, các biến số định lượng có phân phối chuẩn được biểu thị bằng giá trị trung bình. So sánh sự khác nhau giữa 2 số trung bình bằng kiểm định t-Student không ghép cặp, so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được

sự đồng ý của khoa Ngoại bệnh viện Bạch mai và khoa Phẫu thuật Tiết niệu bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, thông Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án được sự cho phép của phòng kế hoạch tổng hợp của hai Bệnh viện. Nghiên cứu với mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật, đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân, số liệu chỉ dùng với mục đích nghiên cứu không dùng cho bất cứ mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tổng số BN thu thập được là 26 gồm 20 BN ở Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và 6 ở Bệnh viện Bạch Mai. Trong số này, có 20 bệnh nhân được cắt một bên thận, 2 BN cắt cả 2 thận trong 1 lần mổ và 4 BN cắt 2 thận trong 2 lần mổ (30 lần phẫu thuật).

**3.1. Đặc điểm chung**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $48,85 \pm 9,67$  (nhỏ nhất 26 và lớn nhất 67), nhóm từ 40 đến dưới 60 tuổi chiếm 61,6%.

- Giới: tương đương nhau giữa nam và nữ (tỷ lệ: 1/1).

**Bảng 1. Tiền sử bệnh**

Số năm mắc bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Tiền sử bản thân mắc bệnh thận đa nang	< 5 năm	3	11,5
	5 - < 10 năm	3	11,5
	10 - < 20 năm	13	50,1
	$\geq 20$ năm	7	26,9
<b>Tổng</b>		<b>26</b>	<b>100</b>
Thời gian mắc bệnh trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ ) (min – max) (năm)		$14,08 \pm 7,68$ (1 – 37)	
Tiền sử gia đình mắc bệnh thận đa nang		18	69,2
Tiền sử bệnh lý thận-tiết niệu	Suy thận đã lọc máu	19	73,1
	Suy thận chưa lọc máu	3	11,5
	Đã ghép thận	1	3,8
	Không suy thận	3	11,5

**Nhận xét:** Rất nhiều bệnh nhân có tiền sử phát hiện thận đa nang trên 10 năm. Thời gian mắc bệnh trung bình là 14 năm. 69,2% trường hợp có tiền sử gia đình mắc bệnh. Phần nhiều đã có suy thận phải lọc máu.

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng cơ năng		Số lượng	Tỷ lệ %
Đau vùng thận	Một bên	20	76,9
	Hai bên	6	23,1
Tiểu tiện	Đái máu đại thể	15	57,5
	Đái buốt	14	53,8
	Đái rắt	14	53,8
Sốt		11	42,3

Nhiễm khuẩn tiết niệu		8	30,8
Dấu hiệu thiếu máu		24	92,3
Dấu hiệu thận to		23	88,5
Phân độ tăng huyết áp	Tăng huyết áp độ 1	2	7,7
	Tăng huyết áp độ 2	8	30,8
	Tăng huyết áp độ 3	16	61,5

**Nhận xét:** Triệu chứng thường gặp nhất đau vùng thận (100%), rối loạn tiểu tiện, thận to, thiếu và tăng huyết áp.

### 3.2. Cận lâm sàng

**Bảng 3.** Một số xét nghiệm máu

Tình trạng thiếu máu		Số lượng	Tỷ lệ %
Hemoglobin	Không thiếu máu	2	7,7
	Thiếu máu vừa	19	73,1
	Thiếu máu nặng	5	19,2
Hồng cầu (T/l)	Bình thường	3	11,5
	Giảm	23	88,5
Albumin (g/l)	Bình thường	12	46,2
	Giảm	14	53,8

**Nhận xét:** Đa số BN có thiếu máu và có albumin máu thấp.

**Bảng 4.** Đặc điểm hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính

Hình ảnh thận đa nang trên phim cắt lớp vi tính		Số lượng	Tỷ lệ %	
Kích thước đọc thận	Bình thường (<12cm)	0	0	
	Lớn (12-20cm)	10	31,2	
	Rất lớn (>20cm)	22	68,8	
Kích thước đọc thận TB $\bar{x} \pm SD$ (cm)		21,43 $\pm$ 7,37		
Kích thước nang thận lớn nhất $\bar{x} \pm SD$ (cm)		5,99 $\pm$ 2,86		
Sỏi thận	Sỏi thận một bên	5	15,6	
	Sỏi thận hai bên	2	6,3	
Nang gan		23	71,9	
Tính chất nang thận	Chảy máu nang	Một bên	6	18,8
		Hai bên	6	18,8
	Ung thư hóa	Một bên	0	0
		Hai bên	0	0
	Nhiễm trùng nang	Một bên	6	18,8
		Hai bên	1	3,1

**Nhận xét:** hầu hết BN có thận to, một số ít có kèm sỏi thận. Tỷ lệ thấy dấu hiệu chảy máu hay nhiễm trùng trong nang thấp.

- Có 93,8% trường hợp đã suy thận giai đoạn cuối.

- Cấy máu cho 11 trường hợp thì chỉ có 1 dương tính với E.coli.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân nghiên cứu.** Triệu chứng của bệnh thận đa nang hầu như không xuất hiện ở tuổi thanh niên mà thường bắt đầu có biểu hiện ở tuổi trung

niên và xuất hiện biến chứng. Trong số 26 BN thì tuổi thấp nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 67 tuổi, chủ yếu ở nhóm trên 40 tuổi (61,6%) với tuổi trung bình là 49 tuổi (bảng 3.1). Điều này là phù hợp khi cho rằng tuổi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên của bệnh thận đa nang là trên 40. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với Kenneth Chen (51 tuổi) [2]; Nguyễn Thị Nga (đa số BN từ 45 đến 59 tuổi) [4]; Đinh Gia Hưng (52 tuổi) [5].

Về giới, tỷ lệ nam/nữ của chúng tôi bằng nhau, có sự khác biệt với Abraham với nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ=2,57) [6], nhưng tương tự như của Nguyễn Thị Nga (nữ/nam = 1,13) [4] hay Solazzo [3]. Phân tích về đặc điểm di truyền, bệnh thận đa nang di truyền gen trội hoặc di truyền gen lặn đều nằm trên nhiễm sắc thể thường mà không phụ thuộc vào nhiễm sắc thể giới tính. Do đó, phân bố về giới tính thường không có sự khác biệt.

**4.2. Đặc điểm tiền sử bệnh lý thận-tiết niệu của bệnh nhân nghiên cứu.** Ở giai đoạn có biến chứng thì hầu hết các BN đã có suy thận, như trong nghiên cứu cho thấy đã lọc máu 73,1% hay ghép thận và 11,5% suy thận chưa lọc máu. Cơ chế gây suy thận ở bệnh nhân thận đa nang là do nhiều nguyên nhân: như nhu mô thận bị chèn ép do nang thận to lên, gia tăng áp lực trong cầu thận và cản trở dòng chảy ở các nephron còn lại; tăng huyết áp gây xơ hóa mạch máu thận; nhiễm khuẩn đường niệu, một số biến chứng như chảy máu nang thận, nang thận calci hóa, hay do sỏi trong nang. Chức năng thận bình thường đến tuổi 70 ở nam giới là 19%, trong khi ở phụ nữ là 41%, nghĩa là tiến triển đến suy thận giai đoạn cuối ở phụ nữ chậm hơn ở nam giới. Quá trình tiến triển của bệnh từ khi có CKD đến ESRD trung bình là 10 năm, cũng có thể chỉ 5 năm hoặc 20 năm. Suy thận tiến triển nhanh hay chậm tùy thuộc nguyên nhân và các đợt tiến triển nặng của bệnh [2].

**4.3. Đặc điểm tiền sử bệnh thận đa nang của bệnh nhân nghiên cứu.** Thận đa nang là bệnh lý di truyền gen, nghiên cứu cho thấy cả 26 BN đều có tiền sử bệnh với số năm mắc trung bình là 14,08  $\pm$  7,68 (năm), trong đó 69,2% BN trong gia đình có người bị bệnh (bảng 1). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2013), chúng tôi thấy có sự tương đồng rõ rệt. Tác giả báo cáo tỷ lệ bệnh nhân có thận đa nang trong tiền sử là 75%; số còn lại chưa từng phát hiện, tuy nhiên, yếu tố gia đình có người thân mắc thận đa nang chỉ chiếm 44,6% [4], trong khi đó Solazzo thấy 84,9% BN của mình có tiền sử gia đình [3]. Trong hai dạng phổ biến của thận đa

nang là di truyền gen trội và di truyền gen lặn, yếu tố gia đình chỉ được nhắc đến một phần và thường gặp ở thận đa nang di truyền gen trội. Ở Việt Nam, mặc dù kỹ thuật gen trong chẩn đoán gen đột biến PKD1 hay PKD2 chưa được phổ biến rộng rãi, nhưng chẩn đoán thận đa nang di truyền gen trội dựa trên yếu tố nguy cơ cao có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng một trong những biến chứng quan trọng nhất của bệnh là suy thận mạn. Ngoài trừ nhóm di truyền gen lặn thường được phát hiện từ sớm (thậm chí từ thời kì bào thai) và được dự phòng trước, nhóm di truyền gen trội lại hầu như không biết mình mắc bệnh, đặc biệt ở những BN trẻ, nang thận thường nhỏ và khó chẩn đoán nếu chỉ khám sức khỏe thông thường. Những kỹ thuật hình ảnh tối ưu hơn như cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ trong chẩn đoán lại thường chỉ được áp dụng trên những nhóm bệnh nhân thận đa nang đã có biến chứng [7].

**4.4. Triệu chứng lâm sàng.** Biểu hiện thường gặp nhất của bệnh BN thận đa nang có biến chứng là đau thắt lưng, tiểu máu và sốt, một số có phối hợp triệu chứng khác (bảng 2 và 3). Nhiều BN có đái máu đại thể (57,5%), một số có kèm theo dấu hiệu nhiễm khuẩn niệu như đái buốt và đái rắt. Khám thực thể kết hợp xét nghiệm cận lâm sàng cũng cho thấy BN có thận to, thiếu máu. Như vậy, đau thắt lưng (100%) và đái máu (57,5%) là hai triệu chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân thận đa nang có biến chứng, tỷ lệ này được ghi nhận khá rõ trong các nghiên cứu của nhiều tác giả [2,6,8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga có 35,5% đau hông lưng; 12,5% đái máu [4], của Đinh Gia Hưng có 92% đau vùng thận, 22% đái máu [5].

Dấu hiệu thận to đồng thời chèn ép gây đau (thường là đau mạn tính) xuất hiện ở hầu hết bệnh nhân bệnh thận đa nang có biến chứng [2,6]. Thận to và viêm nhiễm là những lý do khiến phẫu thuật viên thường phải lựa chọn phẫu thuật mở thay vì nội soi để tránh kéo dài thời gian phẫu thuật mổ và giảm thiểu chảy máu trong cuộc mổ.

Khá nhiều BN có biểu hiện nhiễm khuẩn tiết niệu như đái dắt, đái buốt, sốt, đau hông lưng hoặc hố thận tại chỗ hoặc lan tỏa. Nhưng Điều trị kháng sinh cũng gặp nhiều khó khăn do thuốc khó vào được nang thận. Bên cạnh đó, việc chẩn đoán chính xác nhiễm khuẩn tiết niệu cũng khó do các nang thận không đổ vào đường niệu nên xét nghiệm nước tiểu có thể không biểu hiện rõ ràng.

Thiếu máu là triệu chứng hằng định của BN

bệnh thận mạn tính, do việc sản xuất không đủ erythropoetin, một yếu tố điều hòa quá trình biệt hóa dòng hồng cầu ở BN suy thận mạn [6]. Bệnh nhân thận đa nang khi có tình trạng thiếu máu cấp cần tìm biến chứng chảy máu trong nang hoặc đái máu đại thể mức độ nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đều đã suy thận giai đoạn cuối, cá biệt có 2 trường hợp được chỉ định cắt thận do thận đa nang có kèm sỏi thận gây biến chứng thận mất chức năng. Do đó, tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu là khá cao với 93,7%; trong đó có 5 trường hợp thiếu máu nặng (bảng 3) do có chảy máu trong nang hoặc đái máu đại thể.

**4.5. Chỉ số huyết áp.** Khi vào viện các BN đều có tăng huyết áp hầu hết độ 2-3 theo phân loại của Hội tim mạch Việt nam năm 2015. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước trên nhóm BN bệnh thận đa nang. Nguyễn Thị Nga (2013) phân loại huyết áp của BN là: 33,9% tăng huyết áp độ I; tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp độ II là 26,8%) [4]; Đinh Gia Hưng (2008) là 50% tăng huyết áp, trong đó 32% tăng huyết áp độ I và tiền tăng huyết áp; 18% tăng huyết áp độ II [5], còn Solazzo cũng thấy 84,7% trường hợp có tăng huyết áp. Mặc dù cơ chế gây tăng huyết áp chưa được rõ ràng, tuy nhiên, các giả thuyết được đặt ra phần lớn đều cho rằng tác nhân chính vẫn là từ các nang thận. Tỷ lệ tăng huyết áp cũng được chứng minh tỷ lệ thuận với sự gia tăng kích thước thận và số lượng nang thận của từng cá thể [2,6].

**4.6. Đặc điểm hình ảnh thận đa nang trên phim chụp cắt lớp vi tính.** Thận đa nang thường được chẩn đoán bởi các nghiên cứu hình ảnh học của thận [7]. Thông thường khi nang thận đã phát triển đến khoảng 1cm hoàn toàn có thể chẩn đoán được bằng hình ảnh. Bệnh nhân trẻ tuổi cũng thường có ít nang hơn và nang cũng nhỏ hơn [6,8].

Kích thước dọc thận trong nghiên cứu này là  $214,31 \pm 73,70$ mm, phần nhiều ở nhóm rất lớn (68,8%) và kích thước nang thận trung bình là  $59,88 \pm 28,60$ mm (bảng 4) lớn nhất là 134 mm trên một BN nữ 50 tuổi. Nghiên cứu của Chen cho thấy thể tích thận trên CT là 1042cm<sup>3</sup> cho nhóm mổ mở và 899cm<sup>3</sup> cho nhóm mổ nội soi [2], của Abraham thì kích thước dọc thận  $19 \pm 5,9$ cm (12-34) [6].

Nhiều BN vào viện trong tình trạng đái máu kèm nhiễm khuẩn tiết niệu, điều này khá phù hợp với hình ảnh nang thận điển hình trên phim chụp cắt lớp vi tính (bảng 4) ghi nhận là nhiễm trùng và chảy máu (21,9% và 37,6%). Sỏi thận

chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ mặc dù đây cũng có thể là một trong những yếu tố nguy cơ làm gia tăng tiểu máu trên nhóm BN thận đa nang.

Một trong những hình ảnh điển hình của bệnh thận đa nang di truyền gen trội là các nang kèm theo ở cơ quan khác. Trong chẩn đoán, nếu kết hợp tiền sử gia đình có bệnh thận đa nang và hình ảnh siêu âm thấy nang gan, tụy, lách có thể chẩn đoán ngay thận đa nang. Chúng tôi ghi nhận 71,9% BN có kèm theo nang gan, chưa phát hiện được nang ở cơ quan khác (bảng 4). So sánh với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới, tỷ lệ cụ thể như sau: theo Nguyễn Thị Nga nang gan chiếm 24/56 bệnh nhân – tỷ lệ 42,9% [4]; theo Đinh Gia Hưng nang gan chiếm 56% [5]; theo Farooq Z. thì 91% có ít nhất 1 nang gan và 12% có nhiều nang gan [8].

## V. KẾT LUẬN

Bệnh thận đa nang có biến chứng thường gặp ở người trung niên và cao tuổi từ 40 đến 60 tuổi (61,6%). Biến chứng tại thận thường gặp là đái máu (57,5%), chảy máu trong nang (37,6%) hoặc nhiễm trùng nang (21,9%). Biến chứng toàn thân là suy thận (93,8%) và tăng huyết áp (100%). Cần kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để lựa chọn biện pháp phẫu thuật phù hợp với các biến chứng của bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Willey CJ, Blais JD, Hall AK. et al (2016).

Prevalence of autosomal dominant polycystic kidney disease in the European Union, *Nephrol Dial Transplant*, 32(8), pg 1356-1363

2. Chen K, Tan YG, Tan D. et al (2018). Predictors and outcomes of laparoscopic nephrectomy in autosomal dominant polycystic kidney disease, *Investig Clin Urol*, 59, pg 238-245.
3. Solazzo A, Giovannella S, Carrera P. et al (2018). The prevalence of autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD): A meta-analysis of European literature and prevalence evaluation in the Italian province of Modena suggest that ADPKD is a rare and underdiagnosed condition *PLoS One*, 13(1), pg e0190430.
4. Nguyễn Thị Nga (2013). Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số biến chứng của bệnh thận đa nang tại Khoa Thận-tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Đinh Gia Hưng (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận đa nang bẩm sinh ở người trưởng thành điều trị tại khoa Thận Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Abraham GP, Siddaiah AT, Das K. et al. (2015). Laparoscopic nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidneys in patients with end-stage renal disease on maintenance hemodialysis: 10-year single surgeon experience from an Indian center, *J Minim Access Surg*, 11(3), pg PMC4499924.
7. Pei Y., Hwang Y.H., Conklin J. et al (2015). Imaging-based diagnosis of autosomal dominant polycystic kidney disease, *J Am Soc Nephrol*, pg 26:746.
8. Farooq Z., Behzadi A.H., Blumenfeld J.D. et al (2017). Complex liver cysts in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, *Clin Imaging*, 46, pg 98-101.

## SỰ THAY ĐỔI TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG CỦA MÔ CỨNG VÀ MÔ MỀM SAU PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH MẮT TIỀN HÀM ĐIỀU TRỊ VẤU HAI HÀM

Lê Thị Thu Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Minh<sup>2</sup>, Võ thị Thúy Hồng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét sự thay đổi trên phim sọ nghiêng của mô cứng và mô mềm sau phẫu thuật chỉnh hình mắt tiền hàm điều trị vấu hai hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên phim sọ nghiêng trước mổ và sau mổ của 21 bệnh nhân vấu hai hàm (21 nữ, 0 nam) được điều trị chỉnh hình mắt tiền hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 1/2018

đến tháng 2/2021. Nghiên cứu mô tả sự thay đổi các chỉ số và điểm mốc trên 21 cặp phim sọ nghiêng trước và sau phẫu thuật chỉnh hình mắt tiền hàm điều trị vấu hai hàm. **Kết quả:** Góc SNA, SNB giảm trung bình lần lượt 3,8° và 2,8°. Góc trục răng cửa trên (I/MxP) và răng cửa dưới (IMPA) giảm trung bình lần lượt 23,1° và 9,5°. Góc liên răng cửa (IIA) tăng trung bình 14°. Độ nhô răng cửa hàm trên (1u-NA) và hàm dưới (1l-NB) giảm trung bình lần lượt 1,3mm và 0,8mm, cần chàm giảm 0,5 mm, độ cần chia không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Góc mũi môi và góc Z tăng trung bình lần lượt 16,5° và 8,1°, góc lồi mắt N'SnPog' không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Độ nhô môi trên và môi dưới (khoảng cách tới đường E) giảm trung bình lần lượt 1,8 mm và 3,6 mm. Các điểm mốc mô cứng ANS, Is, Ii lùi trung bình theo trục X lần lượt 6,74;8,04 và 6,70mm. Các điểm mốc mô mềm Prn, Cm, Sn, Ls, Li lùi trung bình theo trục X lần lượt 2,27; 2,77; 3,58; 6,25 và 7,15mm. Các điểm mốc không có sự thay đổi khoảng cách có ý nghĩa thống kê theo trục

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải

Email: lethuhai2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2022

Ngày duyệt bài: 14/5/2022