trong và ngoài nước khi theo dõi xa trong vòng 1-3 năm [4, 7, 8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp nội soi tái tạo DCCS bằng kỹ thuật "tất cả bên trong" sử dụng đường mổ hai lối trước đem lại kết quả hồi phục vận động khớp gối tốt cho bệnh nhân, rút ngắn thời gian phẫu thuật và không có biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Minh**. Nghiên cứu ứng dụng tạo hình dây chằng chéo sau qua nội soi kỹ thuật tất cả bên trong. 2018. Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thanh Tùng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo sau khớp gối qua nội soi bằng mảnh ghép gân đồng loại, Luận án tiến sĩ y học. 2020. Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Bình Dương.** Nghiên cứu giải phẫu - cơ sinh học dây chằng chéo sau và đánh giá kết quả tái tạo dây chằng qua nội soi bằng gân cơ mác dài. 2022. Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Trung Dũng.** Tạo hình dây chằng chéo sau khớp gối kỹ thuật hai bó "all-inside" qua nội soi tại Bệnh viện Xanh pôn, Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam). 2020. 1-2, tr. 156-161.
5. **Bedi, Asheesh, Musahl, Volker và Cowan, James B.** Management of Posterior Cruciate Ligament Injuries: An Evidence-Based Review, The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2016. 24(5), tr. 277-289.
6. **Freychet, Benjamin và các cộng sự.** All-inside Posterior Cruciate Ligament Reconstruction: Surgical Technique and Outcome, Clinics in Sports Medicine. 2019. 38(2), tr. 285-295.
7. **Wang, Sheng-Hao và các cộng sự.** Long-term results of posterior cruciate ligament tear with or without reconstruction: A nationwide, population-based cohort study, PloS One. 2018. 13(10), tr. e0205118.
8. **Chen, Tianwu, Liu, Shaohua và Chen, Jiwu.** All-Anterior Approach for Arthroscopic Posterior Cruciate Ligament Reconstruction With Remnant Preservation, Arthroscopy Techniques. 2016. 5(6), tr. e1203-e1207.
9. **James, Evan W., Williams, Brady T. và LaPrade, Robert F.** Stress Radiography for the Diagnosis of Knee Ligament Injuries: A Systematic Review, Clinical Orthopaedics and Related Research. 2014. 472(9), tr. 2644-2657.

ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS TRẺ EM

Phạm Văn Tấn[1], Trịnh Đình Thế Nguyên[2], Trần Thị Thanh Loan[1], Phan Đặng Anh Thư[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh viêm thận Lupus (VTL) theo Hội Thận học Quốc tế/Hội Giải phẫu bệnh Thận cập nhật 2018 (ISN/RPS 2018) và đối chiếu với đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân VTL trẻ em. **Phương pháp và đối tượng:** Nghiên cứu thực hiện ở 86 trường hợp VTL trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2023 đến 03/2024. **Kết quả:** Nhóm mô bệnh học thường gặp nhất là nhóm III (40,7%), các nhóm thường gặp khác là IV (31,4%) và II (25,6%). Nhóm V (bao gồm các nhóm kết hợp III/IV+V) ít gặp. Trung vị chỉ số hoạt động (CSHĐ) = 6 (1-8) và chỉ số mạn tính (CSMT) = 1 (0-2). IgG, IgM, C1q dương tính hơn 94% các trường hợp. Kiểu hình "Full-house" (hiện diện đồng thời IgG, IgM, IgA, C1q và C3) có tỉ lệ 73,3%. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học về tỉ lệ các bệnh cảnh lâm sàng thận bao gồm bất thường nước tiểu, hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận và tổn thương thận cấp. **Kết luận:** Nhóm III chiếm tỉ lệ cao nhất. Các đặc điểm giải phẫu bệnh cho thấy sự liên quan với nhiều đặc điểm lâm sàng thận tại thời điểm sinh thiết thận. ***Từ khóa:*** Viêm thận Lupus trẻ em, phân loại ISN/RPS cập nhật 2018

[1]Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Nhi Đồng 1
Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thư
Email: phandanganhthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024
Ngày duyệt bài: 14.10.2024

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PEDIATRIC LUPUS NEPHRITIS

Aims: To evaluate the spectrum of pathological findings of pediatric lupus nephritis based on revised ISN/RPS 2018 classification and explore the relationship between these findings and clinical features. **Methods and subjects:** There are 86 lupus nephritis patients at Children's Hospital 1 from 01/2023 to 03/2024. **Results:** The most common class was class III (40,7%), other common classes were class IV (31,4%) and class II (25,6%). Class V and mixed classes (III/IV+V) were rare. Activity index (median) = 6 (1-8), chronicity index (median) = 1 (0-2). Immunofluorescence staining with IgG, IgM, C1q was presented in >94% cases. As many as 73,3% of cases feature "full-house" staining for IgG, IgM, IgA, C1q and C3. We found the statistically significant relationship between classes of lupus nephritis and clinical renal manifestations such as urinary abnormalities, nephrotic syndrome, nephritic syndrome and acute kidney injury. **Conclusion:** Class

III nephritis was the most common renal pathology. There was the relationship between clinical and pathological findings in lupus nephritis at the time of kidney biopsy. ***Keywords:*** Pediatric lupus nephritis, revised ISN/RPS 2018 classification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (LBĐHT) là bệnh lý tự miễn tổn thương nhiều cơ quan và có tỉ lệ tử vong cao.[1] VTL là một trong những biểu hiện nặng nhất của LBĐHT và là yếu tố tiên lượng quan trọng.[1] VTL xảy ra ở 80% bệnh nhân LBĐHT trẻ em, có xu hướng gặp nhiều và nặng hơn so với bệnh nhân người lớn, nhưng chỉ một phần bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với các phác đồ điều trị hiện nay.[1] Chẩn đoán VTL sớm và chính xác là yếu tố quan trọng trong điều trị.[1] Sinh thiết thận là xét nghiệm bắt buộc để khẳng định chẩn đoán VTL và hướng dẫn điều trị.[1] Năm 2018, ISN/RPS cập nhật bảng phân loại mô bệnh học VTL, đưa ra một số thay đổi về phân nhóm, định nghĩa lại/giới thiệu mới một số tổn thương và áp dụng CSHĐ/CSMT đánh giá theo phương pháp cải tiến từ Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (NIH cải tiến) cho tất cả nhóm mô bệnh học.[1] Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về VTL trẻ em đã được thực hiện nhưng chủ yếu sử dụng phân loại ISN/RPS 2003 hoặc tập trung vào khía cạnh lâm sàng.[2, 3] Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đạt được hai mục tiêu: (1) Đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh VTL trẻ em theo ISN/RPS 2018, (2) Đối chiếu đặc điểm giải phẫu bệnh với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân VTL trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp báo cáo loạt ca. Chúng tôi chọn tất cả trường hợp VTL trẻ em được sinh thiết thận tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2023 đến 03/2024 thỏa các tiêu chuẩn nhận vào: (1) chẩn đoán LBĐHT theo tiêu chuẩn SLICC 2012 hoặc EULAR/ACR 2019, (2) chẩn đoán VTL trước sinh nhật 17 tuổi, (3) sinh thiết thận lần đầu, (4) mẫu sinh thiết thận có ≥10 cầu thận và được nhuộm HE, PAS, Trichrome Masson, JMS (nhuộm bạc) và miễn dịch huỳnh quang (MDHQ) với IgA, IgG, IgM, C1q và C3. Những trường hợp thiếu thông tin lâm sàng hoặc cận lâm sàng cần thiết được loại khỏi mẫu nghiên cứu. Bằng phương pháp hồi cứu hồ sơ tại thời điểm sinh thiết thận, chúng tôi thu thập tuổi, giới tính, dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng liên quan VTL. Các tiêu bản nhuộm HE, PAS, Trichrome Masson và JMS được đánh giá theo ISN/RPS 2018 và NIH cải tiến. Nhuộm MDHQ IgA, IgG, IgM, C1q và C3 ở mô cố định bằng formalin-vùi trong paraffin.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán dùng trong nghiên cứu: Tiểu máu được định nghĩa là sự hiện diện của > 3 hồng cầu/quang trường 40. Tiểu đạm được định nghĩa khi que nhúng nước tiểu ≥1+ và/hoặc đạm niệu >4 mg/m^2/giờ và/hoặc tỉ lệ đạm niệu/creatinin niệu một thời điểm (uPCR) >20 mg/mmol. Hội chứng thận hư được xác định khi bệnh nhân có phù, tiểu đạm ngưỡng thận hư (que nhúng nước tiểu ≥3+ và/hoặc đạm niệu >40 mg/m^2/giờ và/hoặc uPCR >200 mg/mmol) và albumin huyết thanh <2,5mg/dL. Hội chứng viêm thận được xác định khi bệnh nhân có tiểu máu vi thể/đại thể, kèm tăng huyết áp và độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) <90ml/phút/1,73m^2. Tổn thương thận cấp xác định khi tăng creatinine huyết thanh ≥0,3 mg/dL trong vòng 48 giờ hoặc tăng creatinine huyết thanh ≥1,5 lần mức creatinine nền trong vòng 7 ngày hoặc thể tích nước tiểu <0,5ml/kg/giờ kéo dài ít nhất 6 giờ. Bất thường nước tiểu được xác định khi bệnh nhân có tiểu máu và/hoặc tiểu đạm nhưng không kèm hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận, tổn thương thận cấp và bệnh thận mạn.

Bảng 1. Phân loại mô bệnh học VTL theo ISN/RPS 2018[1]

Nhóm	Thuật ngữ
I	VTL gian mạch tối thiểu
II	VTL tăng sinh gian mạch
III	VTL khu trú
IV	VTL lan tỏa
V	VTL màng
VI	VTL xơ hóa tiến triển

Số liệu được xử lí bằng phần mềm SPSS 25.0. Các thống kê được thực hiện ở độ tin cậy 95% và kiểm định có p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM và Bệnh viện Nhi Đồng 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân VTL tại thời điểm sinh thiết thận. Tuổi trung bình của các trường hợp nghiên cứu là 11,2 ± 3,0 tuổi. Nhóm bệnh nhân ≥10 tuổi chiếm 60/86 trường hợp (69,8%). Bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (tỉ lệ nữ:nam=7,6:1). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi khi so sánh giữa bệnh nhân nữ và nam (p = 0,772).

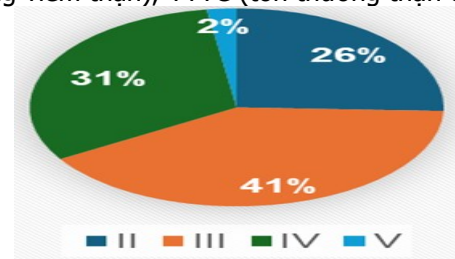
Phù và tăng huyết áp đều có tỉ lệ cao ở các trường hợp nghiên cứu (Bảng). Tiểu đạm và tiểu máu là các dấu hiệu nước tiểu thường gặp của VTL (tỉ lệ lần lượt là 100% và 81,4%). VTL có thể hiểu hiện bằng nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Bất thường nước tiểu là dấu hiệu

thường gặp nhất, chiếm 47,7%, theo sau là hội chứng thận hư (38,4%) và hội chứng viêm thận (25,6%) (Bảng). Tổn thương thận cấp gặp ở 14/86 trường hợp (16,3%).

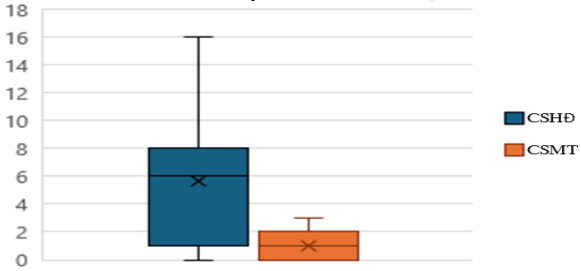
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng VTL trẻ em

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=86)	Tỉ lệ (%)
Tuổi, trung bình ± độ lệch chuẩn	11,2 ± 3,0	
Bệnh nhân nữ	76	88,4
Phù	51	59,3
Tăng huyết áp	37	43,0
Tiểu máu	70	81,4
Tiểu đạm	86	100
Dưới ngưỡng thận hư	24	27,9
Đạt ngưỡng thận hư	62	72,1
Bất thường nước tiểu	41	47,7
HCTH[#]	33	38,4
HCVT[#]	22	25,6
HCTH kèm HCVT[#]	12	14,0
TTTC[#]	14	16,3

Ghi chú: [#]Có thể cùng hiện diện ở một bệnh nhân. HCTH (hội chứng thận hư), HCVT (hội chứng viêm thận), TTTC (tổn thương thận cấp).



Biểu đồ 1. *Phân loại VTL theo ISN/RPS 2018*



Biểu đồ 2. CSHĐ và CSMT theo NIH cải tiến

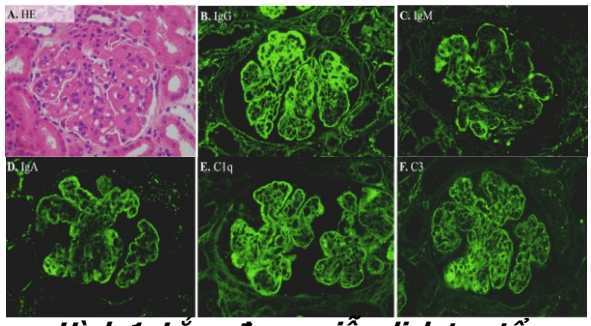
Đặc điểm giải phẫu bệnh các trường hợp sinh thiết thận ở bệnh nhân VTL trẻ em

Qua đánh giá mô bệnh học 86 trường hợp VTL ghi nhận nhóm III là nhóm thường gặp nhất (40,7%), các nhóm IV (31,4%) và II (25,6%) cũng chiếm tỉ lệ cao (Biểu đồ 1). Nhóm V ít gặp, chỉ chiếm 2,3% các trường hợp. Nhóm kết hợp (III/IV+V) có 7 bệnh nhân (8,1%). VTL tăng sinh (nhóm III và IV) chiếm ưu thế, gặp ở 62 trường hợp (72,1%). CSHĐ trong khoảng từ 0 điểm đến 16 điểm, trung vị (tứ phân vị) = 6 (1-8) và CSMT trong khoảng từ 0 điểm đến 3 điểm, trung vị (tứ phân vị) = 1 (0-2) (Biểu đồ 2).

Phát hiện lắng đọng miễn dịch bằng phương pháp nhuộm MDHQ, chúng tôi ghi nhận IgG và C1q có tỉ lệ dương tính cao nhất (97,7%), IgM cũng dương tính với tỉ lệ cao (94,2%). IgA và C3 có tỉ lệ dương tính thấp hơn (81,4% và 79,1%). Kiểu hình "full house" (dương tính đồng thời IgG, IgM, IgA, C1q và C3) (Hình 1) có tỉ lệ cao (63/86 trường hợp, chiếm 73,3%). Tỉ lệ dương tính các dấu ấn miễn dịch huỳnh quang không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học ISN/RPS 2018 (p>0,05).

Bảng 3. Tỉ lệ lắng đọng miễn dịch phát hiện bằng MDHQ

Kháng thể/bổ thể	Số bệnh nhân (n=86)	Tỉ lệ (%)
IgG	84	97,7
IgM	81	94,2
IgA	70	81,4
C1q	84	97,7
C3	68	79,1
"Full house"	63	73,3



Hình 1. Lắng đọng miễn dịch tạo tổn thương wire-loop (A, HE, x400) và kiểu hình "full house" (B-F, MDHQ, x400)

Sự liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh VTL trẻ em. Nhóm IV có tỉ lệ hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận, hội chứng thận hư kèm hội chứng viêm thận, tổn thương thận cấp cao hơn và tỉ lệ bất thường nước tiểu thấp hơn có ý nghĩa thống kê khi so với các nhóm II, III (p <0,05) (Bảng). Nhóm VTL tăng sinh cũng có tỉ lệ hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận, hội chứng thận hư kèm hội chứng viêm thận và tổn thương thận cấp cao hơn và tỉ lệ bất thường nước tiểu thấp hơn nhóm VTL không tăng sinh, nhưng chỉ có bất thường nước tiểu và hội chứng viêm thận cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05) (Bảng). Chúng tôi ghi nhận hai trường hợp VTL màng (nhóm V) đơn thuần trong nghiên cứu, cả hai trường hợp này đều biểu hiện lâm sàng bằng hội

chứng thận hư và có eGFR trong giới hạn bình thường.

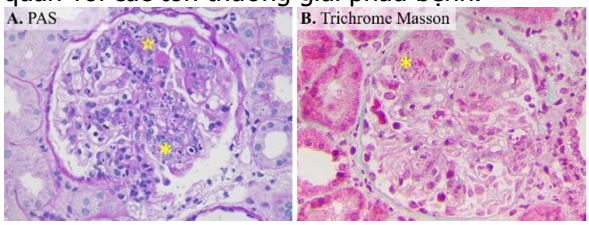
Bảng 4. Sự liên quan giữa biểu hiện lâm sàng thận và nhóm mô bệnh học ISN/RPS 2018

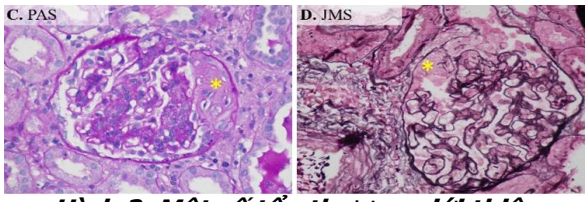
	II n=22	III n=35	IV n=27	V n=2	Giá trị p
Bất thường nước tiểu (n,%)	17	21	3	0	<0,001[1]
	(77,3)	(60,0)	(11,1)	(0)	0,009[2]
HCTH[#] (n,%)	4	11	16	2	0,008[1]
	(18,2)	(31,4)	(59,3)	(100)	0,142[2]
HCVT[#] (n,%)	1	4	17	0	<0,001[1]
	(4,5)	(11,4)	(63,0)	(0)	0,005[2]
HCTH kèm HCVT[#] (n,%)	1	1	10	0	<0,001[1]
	(4,5)	(2,9)	(37,0)	(0)	0,166[2]
TTTC[#] (n,%)	2	1	11	0	<0,001[1]
	(9,1)	(2,9)	(40,7)	(0)	0,332[2]

Ghi chú: [1]So sánh giữa các nhóm II, III, IV; [2]so sánh nhóm không tăng sinh (II, V) với nhóm tăng sinh (III, IV). [#]Có thể cùng hiện diện ở một trường hợp. HCTH (hội chứng thận hư), HCVT (hội chứng viêm thận), TTTC (tổn thương thận cấp).

Mô bệnh học VTL bao gồm nhiều dạng tổn thương. Các tổn thương thường gặp nhất là tăng số lượng tế bào nội mạch (72,1%) và xâm nhập bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT)/nhân vỡ (67,4%). Tổn thương ống thận mô kẽ cũng là dấu hiệu thường gặp (viêm mô kẽ=64,0%, xơ hóa mô kẽ=41,9% và teo ống thận=37,2%). Những tổn thương được giới thiệu mới hoặc định nghĩa lại ở phân loại ISN/RPS 2018 và NIH cải tiến (Hình 2) có tỉ lệ đa dạng như xâm nhập BCĐNTT/nhân vỡ (64,7%), liềm tế bào (30,2%), hoại tử dạng fibrin (23,3%), liềm sợi tế bào (5,8%) và liềm sợi (1,2%).

Trung vị creatinin huyết thanh cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm hiện diện các tổn thương thận theo hệ thống NIH cải tiến (ngoại trừ hoại tử dạng fibrin, xơ hóa cầu thận có p>0,05 và liềm sợi không phân tích). Tương ứng, trung vị/trung bình của eGFR ở nhóm hiện diện xâm nhập BCĐNTT/nhân vỡ, tăng số lượng tế bào nội mạch, viêm mô kẽ, xơ hóa mô kẽ và liềm tế bào/sợi tế bào thấp hơn nhóm không hiện diện. Ngược lại, đạm niệu 24 giờ không có mối liên quan với các tổn thương giải phẫu bệnh.





Hình 2. Một số tổn thương giới thiệu mới/định nghĩa lại ở ISN/RPS 2018 và NIH cải tiến: Nhân vỡ (*) có ý nghĩa tương đương xâm nhập BCĐNTT (■)

(A, PAS, x400); hoại tử dạng fibrin (*) (B, Trichrome Masson, x400); liềm sợi tế bào (*) (C, PAS, x400); liềm tế bào (*) (D, JMS, x400).

Bảng 5. Sự liên quan giữa biểu hiện cận lâm sàng và tổn thương mô bệnh học ISN/RPS 2018 và NIH cải tiến

Tổn thương	Tỉ lệ (%) n=86	Creatinin HT, p	eGFR p	Đạm niệu 24g,p
Tăng số lượng tế bào nội mạch	72,1	0,001*	0,002[#]	0,482*
Xâm nhập BCĐNTT/nhân vỡ	67,4	0,001*	<0,001*	0,197*
Viêm mô kẽ	64,0	0,011*	0,043[#]	0,182*
Xơ hóa mô kẽ	41,9	0,001*	0,007[#]	0,461*
Tổn thương wire-loop/huyết khối hyalin	40,7	<0,001*	0,001[#]	0,409*
Teo ống thận	37,2	0,022*	0,128[#]	0,053*
Liềm tế bào/sợi tế bào	32,6	0,002*	<0,001[#]	0,231*
Hoại tử dạng fibrin	23,3	0,078*	0,79*	0,462*
Xơ hóa cầu thận	16,3	0,806*	0,849[#]	0,732*

Ghi chú: So sánh thực hiện giữa nhóm không và có tổn thương. *Kiểm định Wilcoxon-Mann-Whitney, [#]kiểm định T. HT (huyết thanh), eGFR (độ lọc cầu thận ước tính), BCĐNTT (bạch cầu đa nhân trung tính).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân VTL tại thời điểm sinh thiết thận. Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân nữ và bệnh nhân ≥10 tuổi chiếm ưu thế trong nghiên cứu. Tuổi trung bình lúc chẩn đoán VTL là 11,2 ± 3,0 tuổi. Kết quả này tương tự với báo cáo của nhiều tác giả.[2-4] Tỉ lệ phù, tăng huyết áp, tiểu máu, tiểu đạm và tiểu đạm ngưỡng thận hư ở nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, tương tự báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Ngọc, Thái Thiên Nam và Wong (Hồng Kông).[3-5] Về bệnh cảnh lâm sàng thận, nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với tác giả Wong (Hồng Kông).[5] Bốn mươi mốt trường hợp VTL biểu

hiện bệnh cảnh bất thường nước tiểu (chiếm 47,7%), tương tự tác giả Wong (42%), nhưng cao hơn đáng kể tác giả Thái Thiên Nam (13,5%).[3] Tuy nhiên, tác giả Thái Thiên Nam định nghĩa bất thường nước tiểu là những trường hợp tiểu đạm nhẹ <0,5g/ngày hoặc (1+), khác với cách định nghĩa của tác giả Wong và chúng tôi.

Đặc điểm giải phẫu bệnh các trường hợp sinh thiết thận ở bệnh nhân VTL trẻ em. Chúng tôi ghi nhận nhóm VTL tăng sinh chiếm ưu thế so với nhóm không tăng sinh (72,1% so với 27,9%), nhóm V (bao gồm kết hợp nhóm III/IV) có tỉ lệ thấp (10,5%) và không có trường hợp nhóm I và VI nào trong nghiên cứu. Các kết quả này tương tự ghi nhận của nhiều tác giả Việt Nam và thế giới.[2-6] Tuy nhiên, ở nghiên cứu này nhóm III là nhóm mô bệnh học thường gặp nhất (40,7%) và nhóm II cũng chiếm tỉ lệ cao (25,6%). Một số tác giả báo cáo nhóm IV thường gặp nhất và có tỉ lệ cao hơn nhóm III đáng kể như Thái Thiên Nam (44%), Wong (Hồng Kông) (54%), Brunner (Hoa Kỳ) (52%).[3, 5, 6] Các tác giả Phó Hồng Điệp, Nguyễn Thị Ngọc ghi nhận tỉ lệ nhóm IV và III tương đương nhau.[2, 4] Tác giả Moroni (Ý) [7] thống kê 254 trường hợp VTL trong 50 năm tại một trung tâm chuyên khoa thận cho thấy xu hướng tăng của các trường hợp có biểu hiện lâm sàng thận nhẹ và tăng nhóm II, III trên mô bệnh học. Tiêu chuẩn SLICC 2012 và EULAR/ACR 2019 đạt được độ nhạy chẩn đoán LBĐHT ở giai đoạn sớm của bệnh cao hơn đáng kể so với tiêu chuẩn ACR 1997.[1] Nghiên cứu của chúng tôi chọn bệnh nhân dựa vào hai tiêu chuẩn này, khác với đa số tác giả dùng tiêu chuẩn ACR 1997. Chúng tôi cho rằng các yếu tố này giải thích một phần tỉ lệ cao của bất thường nước tiểu, nhóm II và III ở nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi ghi nhận CSMT = 1 (0-2) tương tự tác giả Szymanik-Grzelak (Ba Lan)[8], nhưng CSHĐ = 6 (1-8) thấp hơn tác giả này (trung vị = 8). Tác giả Thái Thiên Nam[3] và Brunner (Hoa Kỳ)[6] báo cáo chỉ số đánh giá theo NIH cổ điển và dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, cùng ghi nhận cả hai chỉ số tương đối thấp giống chúng tôi. Lắng đọng kiểu "full house" chiếm tỉ lệ cao ở nghiên cứu của chúng tôi, tương tự ghi nhận của tác giả Phó Hồng Điệp[2], cao hơn các tác giả Thái Thiên Nam và Szymanik-Grzelak (Ba Lan).[3, 8]

Chúng tôi cũng ghi nhận sự đa dạng về tỉ lệ hiện diện các tổn thương giải phẫu bệnh, bao gồm tổn thương hoạt động và tổn thương mạn tính. Nhìn chung, các tổn thương hoạt động (tăng số lượng tế bào nội mạch, xâm nhập BCĐNTT/nhân vỡ, viêm mô kẽ) có tỉ lệ cao và các tổn thương hoạt động nặng nhất là liềm tế bào/sợi tế bào và hoại tử dạng fibrin có tỉ lệ thấp hơn. Các ghi nhận này tương tự báo cáo của các tác giả Phó Hồng Điệp và Szymanik-Grzelak (Ba Lan).[2, 8] NIH cải tiến xem liềm sợi tế bào là một tổn thương hoạt động và được đánh giá chung với liềm tế bào.[1] Sự kết hợp này làm tăng đáng kể độ lặp lại của chẩn đoán so với đánh giá chỉ liềm tế bào.[1] Trong nghiên cứu này, liềm sợi tế bào hiện diện ở 5/86 trường hợp (5,8%) và 2/5 trường hợp này không kèm liềm tế bào.

Sự liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh VTL trẻ em. Tỉ lệ bệnh nhân biểu hiện bất thường nước tiểu, hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận, hội chứng thận hư kèm hội chứng viêm thận và tổn thương thận cấp khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học (p<0,05). Nhóm II và III phần lớn biểu hiện lâm sàng bằng bất thường nước tiểu (77,3% và 60,0%), trong khi nhóm IV thường biểu hiện nặng hơn bằng hội chứng viêm thận (63,0%), hội chứng thận hư (59,3%) và tổn thương thận cấp (40,7%). Sự khác biệt cũng thấy được khi so sánh tỉ lệ bất thường nước tiểu và hội chứng viêm thận giữa nhóm VTL tăng sinh và không tăng sinh (p<0,05). Các nhận định này phù hợp với xu hướng chung được báo cáo bởi các tác giả Thái Thiên Nam, Nguyễn Thị Ngọc, Wong (Hồng Kông) và Szymanik-Grzelak (Ba Lan).[3-5, 8] Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy các trường hợp nhóm II, III có biểu hiện lâm sàng thận nặng và ngược lại nhóm IV biểu hiện bất thường nước tiểu trong nghiên cứu này vẫn chiếm tỉ lệ đáng kể. Tương tự, tác giả Wong (Hồng Kông)[5] ước tính khoảng 15-30% VTL nhóm IV sẽ bị bỏ sót nếu không chỉ định sinh thiết thận ở nhóm bệnh nhân bất thường nước tiểu.

Creatinin huyết thanh và eGFR khác nhau có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa nhóm có và không hiện diện tăng số lượng tế bào nội mạch, xâm nhập BCĐNTT/nhân vỡ, tổn thương wire-loop/huyết khối hyalin, liềm tế bào/sợi tế bào, viêm mô kẽ và xơ hóa mô kẽ (Bảng 5)

Kết quả của chúng tôi có nhiều điểm tương tự tác giả Brunner (Hoa Kỳ).[6]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 86 trường hợp VTL trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, chúng tôi nhận thấy nhóm III là nhóm mô bệnh học thường gặp nhất theo phân loại ISN/RPS 2018, CSHĐ = 6 (1-8), CSMT = 1 (0-2) theo NIH cải tiến. Kiểu hình full house có tỉ lệ cao. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là bất thường nước tiểu. Có mối liên

quan giữa đặc điểm giải phẫu bệnh với nhiều đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thận ở bệnh nhân VTL trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reis-Neto ETD, et al.** II Brazilian Society of Rheumatology consensus for lupus nephritis diagnosis and treatment. Adv Rheumatol. 2024:48.
2. **Điệp; PH, et al.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang trên mẫu sinh thiết thận ở bệnh nhân viêm thận Lupus tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2015.
3. **Nam TT:** Nghiên cứu lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm thận Lupus ở trẻ em. in Nhi khoa. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018. pp.
4. **Thi NN, et al.** Association Between Hypoalbuminemia, Degree of Proteinuria, and Lupus Nephritis Class: A Single-Center Cross-Sectional Biopsy Study. Nephro-Urology Monthly. 2021.
5. **Wong SN, et al.** Lupus nephritis in Chinese children--a territory-wide cohort study in Hong Kong. Pediatr Nephrol. 2006:1104-1112.
6. **Brunner HI, et al.** Development of a Novel Renal Activity Index of Lupus Nephritis in Children and Young Adults. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016:1003-1011.
7. **Moroni G, et al.** Lupus nephritis: When and how often to biopsy and what does it mean? J Autoimmun. 2016:27-40.
8. **Szymanik-Grzelak H, et al.** Retrospective analysis of clinical and pathomorphological features of lupus nephritis in children. Adv Med Sci. 2021:128-137.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CẤY CHỈ LIỀN KIM PDO KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN

Trần Phương Đông[1], Phạm Ngọc Quang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của cấy chỉ liền kim PDO kết hợp điện châm trong điều trị viêm quanh khớp vai (VQKV) thể đơn thuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh kết quả trước và sau điều trị trên 60 bệnh nhân VQKV thể đơn thuần theo YHHĐ và thuộc thể Kiên thống của YHCT. Trong đó 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm kết hợp cấy chỉ bằng chỉ PDO, 30 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm với liệu trình điều trị 20 ngày. **Kết quả:** cấy chỉ liền kim PDO kết hợp điện châm làm giảm đau và làm tăng rõ rệt tầm vận động và biên độ vận động khớp vai sau điều trị (p<0,05). Kết quả điều trị đạt mức tốt ở nhóm nghiên cứu chiếm 76,67%, mức khá chiếm 23,33%, không có kết quả trung bình, cao hơn nhóm đối chứng lần lượt là 60% mức tốt, 33,67% mức khá; 3,33% mức trung bình, (p<0,05). **Kết luận:** Sử dụng cấy chỉ PDO kết hợp điện châm là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với bệnh lý viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. ***Từ khóa:*** Viêm quanh khớp vai thể đơn thuần, cấy chỉ liền kim PDO, y học cổ truyền.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF PDO NEEDLE IMPLANTATION COMBINED WITH ELECTROAGNETICITY IN THE TREATMENT OF SIMPLE PERIODONTIC SHOULDER ARTHRITIS

Objective: Evaluate the effect of PDO thread implantation combined with electroacupuncture in the treatment of simple periarthritis of the shoulder (PSA). **Research subjects and methods:** Controlled clinical intervention, comparing results before and after treatment on 60 patients with simple PSA according to modern medicine and consistent form of traditional medicine. Of these, 30 patients were treated with electroacupuncture combined with PDO thread implantation, 30 patients were treated with electroacupuncture with a 20-day treatment course. **Results:** PDO thread implantation combined with electroacupuncture reduces pain and significantly increases the range of motion and amplitude of shoulder joint movement after treatment (p<0.05). The treatment results of the research group were a good level for 76.67%, a decent level for 23.33% and there are no average results. The treatment results of the research group were higher than the control group at 60% good level, at 33.67% decent level, at 3.33% average level, (p<0.05). **Conclusion:** Using PDO thread implantation combined with electro-acupuncture is a safe and effective treatment method for simple shoulder periarthritis

Keywords: Simple periarthritis of the shoulder, PDO thread implantation, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là một thuật ngữ dùng để các bệnh viêm, đau khớp vai do tổn thương ở phần mềm quanh khớp (gân cơ, dây chằng, bao hoạt dịch, bao khớp) mà không có tổn thương ở sụn và xương khớp vai, không do nhiễm khuẩn. Đặc trưng lâm sàng là đau khớp vai, kèm theo có hoặc không có hạn chế vận động khớp vai[1]. Theo Y học cổ truyền, VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý [2,3,4].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về điều trị VQKV, các tác giả nghiên cứu phương

[1]*Bệnh viện Châm cứu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông
Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024
Ngày duyệt bài: 17.10.2024