

do lao và không có trường hợp nào viêm não do lao. Mặt khác tỷ lệ gây bệnh của virus cao gấp 3 lần so với nhóm vi khuẩn (đối tượng nghiên cứu là các bệnh viêm não, màng não chung). Điều này cho thấy tỷ lệ mắc lao của Việt Nam vẫn ghi nhận ở mức cao. Và điều đó góp phần làm tỷ lệ viêm não, màng não có tăng lymphocyte ở Việt Nam khá cao và căn nguyên đa dạng, không đơn thuần thiên về do virus gây nên như ở các quốc gia khác.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy 95,3% các ca bệnh do virus gây nên được xác định nhờ kỹ thuật PCR dịch não tủy và có 2 ca Viêm não Nhật Bản tương ứng 4,7% được xác định nhờ phương pháp miễn dịch. Các căn nguyên virus thuộc nhóm Herpes như HSV, VZV,... được phát hiện nhờ PCR. Phương pháp PCR được cho là tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán viêm màng não do virus. Phương pháp này được cho là có độ nhạy 100% trong việc phát hiện gene của virus trong DNT của bệnh nhân so với độ nhạy 0% đến 38% của phương pháp nuôi cấy. Bên cạnh đó các phương pháp miễn dịch cũng có thể hỗ trợ trong việc phát hiện mặc dù kết quả có thể âm tính trong giai đoạn đầu của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Vi rút và lao là 2 căn nguyên chính ở bệnh nhân viêm màng não nước trong tăng lymphocyte. Cần áp dụng kỹ thuật PCR dịch não tủy để xác định căn nguyên vi rút gây bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coyle P.K.** Overview of acute and chronic meningitis. *Neurol Clin.* 1999;17(4):691-710. doi:10.1016/S0733-8619(05)70162-6
2. **S P, M C, M A, M L, H R.** Implementation of the FilmArray ME panel in laboratory routine using a simple sample selection strategy for diagnosis of meningitis and encephalitis. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1). doi:10.1186/s12879-020-4904-4
3. **McGill F, Griffiths MJ, Bonnett LJ, et al.** Incidence, aetiology, and sequelae of viral meningitis in UK adults: a multicentre prospective observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(9):992-1003. doi:10.1016/S1473-3099(18)30245-7
4. **Shilu Mathew, et al.** Epidemiology Profile of Viral Meningitis Infections Among Patients in Qatar (2015-2018). *Front Med (Lausanne).* 2021;8:663694-663694. doi:10.3389/fmed.2021.663694
5. **Nguyễn Thị Tuyết.** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân viêm não do virus herpes simplex điều trị tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương. *Luận văn thạc sĩ y học.* 2021;
6. **Paul Pasco.** Diagnostic features of tuberculous meningitis: A cross-sectional study. *BMC research notes.* 01/20 2012;5:49. doi:10.1186/1756-0500-5-49
7. **M. Schibler, Eperon G., Kenfak A., Lascano A., Vargas M. I., Stahl J. P.** Diagnostic tools to tackle infectious causes of encephalitis and meningoencephalitis in immunocompetent adults in Europe. *Clinical Microbiology and Infection.* 2019/04/01/ 2019;25(4):408-414. doi:https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.12.035
8. **Anamaria Ungureanu, et al.** Meningitis, meningoencephalitis and encephalitis in Bern: an observational study of 258 patients. *BMC Neurology.* 2021/12/06 2021;21(1):474. doi:10.1186/s12883-021-02502-3

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC 300 BỆNH NHÂN ĐƯỢC SINH THIẾT THẬN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Bách¹, Đỗ Hữu Tuyên², Trần Hoài Nhân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm mô bệnh học thận ở các bệnh nhân (BN) có bệnh lý thận được sinh thiết tại bệnh viện Thống Nhất (BVTN). **Phương pháp:** Nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả BN được sinh thiết thận (STT) tại BVTN từ 5/2012-5/2022. Tiêu chuẩn loại trừ: (1). Mẫu

mô không đạt chuẩn giải phẫu bệnh, (2). Sinh thiết lần 2 trở đi, (3). Sinh thiết thận ghép, (4). Hồ sơ không đầy đủ số liệu. **Kết quả:** Trong nhóm bệnh cầu thận nguyên phát, tỷ lệ sang thương tối thiểu (MCD), bệnh thận IgA (IgAN), xơ hóa cầu thận khu trú từng phần (FSGS), bệnh cầu thận màng (MN) và các sang thương khác lần lượt là 33,33%; 24,77%; 19,81%, 15,77% và 6,32%. Tỷ lệ IgAN, viêm thận Lupus (LN), bệnh thận đái tháo đường (DN) và bệnh ống thận mô kể ở nhóm BN <60 tuổi so với nhóm BN ≥60 tuổi lần lượt là 21,7% so với 7,1%; 11,3% so với 1,4%; 3,5% so với 11,4%; 2,6% so với 12,8% (p<0,05). Tỷ lệ MN trong giai đoạn 2017- 2022 so với 2012- 2017 là 17,7% so với 7,1% (p < 0,001). **Kết luận:** Qua khảo sát 300 mẫu sinh thiết thận tại Bệnh Viện Thống Nhất, chúng tôi ghi nhận trong số các bệnh cầu thận nguyên

¹Bệnh Viện Thống Nhất, TP HCM

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Bách
Email: nguyenbach96@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

phát thể MCD là phổ biến nhất, kể đến là bệnh thận IgA và FSGS. Các bệnh lý IgAN, viêm thận lupus thường gặp hơn ở người trẻ. Ngược lại, DN và bệnh ống thận mô kẽ thường gặp ở người lớn tuổi hơn. Trong chỉ định sinh thiết thận do HCTH, MCD chiếm tỷ lệ thấp. Hội chứng thận viêm thường gặp bệnh thận IgA và FSGS. Bất thường nước tiểu không triệu chứng chủ yếu là bệnh thận IgA. Tỷ lệ MN tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây.

Từ khóa: Sinh thiết thận, mô bệnh học thận, sang thương tối thiểu, bệnh thận IgA, bệnh cầu thận màng

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HISTOPATHOLOGICAL PATTERNS IN 300 PATIENTS WITH KIDNEY DISEASE PERFORMED RENAL BIOPSY AT THONG NHAT HOSPITAL

Objectives: To evaluate histopathological patterns in patients with kidney diseases performed renal biopsy at Thong Nhat Hospital. **Methods:** retrospective, descriptive cross-sectional study. Inclusion criteria: All patients who had renal biopsy at Thong Nhat Hospital during the period of May 2012 – May 2022. Exclusion criteria: (1): The samples were not adequate for pathological analysis, (2): Second renal biopsy, (3): kidney transplant biopsy. **Results:** In primary glomerular disease, the percentage of minimal change disease (MCD), IgA nephropathy (IgAN), focal segmental glomerulosclerosis (FSGS), membranous nephropathy (MN) and other lesions were 33.33%; 24.77%; 19.81%; 15.77%, and 6.32% respectively. The percentage of IgAN and Lupus nephritis (LN) in group <60 years old vs group ≥60 years old was 21.70% and 11.30% vs 7.10% and 1.4% respectively ($p < 0.05$). The percentage of DN and tubular interstitial disease (TID) in group <60 years old vs group ≥60 years old was 3.50% and 2.60% vs 11.40% and 12.80% respectively ($p < 0.05$). The percentage of MN was 17.70% vs 7.10% in 2017-2022 vs 2012-2017 ($p < 0.001$). **Conclusions:** Through a survey of 300 kidney biopsy samples at Thong Nhat Hospital, we found that among primary glomerular diseases, MCD is the most common, followed by IgA nephropathy and FSGS. IgA nephropathy and Lupus nephritis were more common in the young. Otherwise, DN and TID were more common in the elderly. MCD account for a low percentage of patients with kidney biopsy indication as nephrotic syndrome. IgA nephropathy and FSGS were common in patients with kidney biopsy indication as nephritic syndrome. IgA nephropathy is the most common in patients with kidney biopsy indication as asymptomatic urinary abnormalities. The incidence of MN has increased significantly in recent years.

Keywords: Renal biopsy, kidney histopathology, minimal change disease, IgA nephropathy, membranous glomerulonephritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm mô bệnh học bệnh lý thận thay đổi theo vùng địa lý, độ tuổi, môi trường, chỉ định

sinh thiết thận. Tổn thương cầu thận xơ hóa khu trú từng phần (FSGS: Focal Segmental Glomerulosclerosis) thường gặp ở châu Mỹ. Bệnh thận IgA (IgAN: IgA Nephropathy) và FSGS hay gặp ở châu Âu. IgAN và viêm thận lupus (LN: Lupus Nephritis) phổ biến ở Châu Á [1]. Viêm cầu thận liềm (CREGN: Crescentic glomerulonephritis) và bệnh cầu thận màng (MN: Membranous Nephropathy) thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi. Ngược lại, ở BN trẻ tuổi, IgAN và bệnh cầu thận sang thương tối thiểu (MCD: Minimal Change Disease) thường gặp hơn [2], [3]. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh lý thận trên sinh thiết còn thay đổi tùy theo thời gian. Nghiên cứu ở Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ FSGS tăng trong thời gian gần đây [3]. Ngược lại, dữ liệu ở Trung Quốc tỷ lệ FSGS giảm nhưng tỷ lệ MN tăng lên đáng kể [2]. Tại Việt Nam, Mai Thị Hiền ghi nhận IgAN thường gặp nhất trong các bệnh cầu thận, đứng thứ 2 là MCD [4].

Cập nhật đặc điểm về dịch tễ học, mô bệnh học bệnh lý thận tương ứng từng chỉ định có thể giúp các bác sĩ thận học dự đoán tổn thương nhất là ở các bệnh viện không STT được, qua đó góp phần giúp chọn lựa phác đồ điều trị và tiên lượng. Nghiên cứu này tìm hiểu đặc điểm mô bệnh học bệnh lý thận từ một trung tâm tại TPHCM với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm mô bệnh học bệnh lý thận tại bệnh viện Thống Nhất (BVTN) TPHCM giai đoạn 2012-2022*

2. *So sánh đặc điểm mô bệnh học trên sinh thiết thận giai đoạn 2012-2017 và giai đoạn 2017-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả BN được sinh thiết thận tại BVTN từ 5/2012- 5/2022. Tiêu chuẩn loại trừ: (1). Mẫu mô không đạt tiêu chuẩn, (2). Sinh thiết lần 2 trở đi, (3). Sinh thiết thận ghép, (4). Hồ sơ không đầy đủ số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu: Chọn tất cả BN được sinh thiết thận và không thuộc các tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian NC, kết quả chúng tôi đã chọn được 300 BN.

Thu thập dữ liệu: Giới tính, tuổi, thời điểm sinh thiết, chỉ định STT, kết quả mô bệnh học. Tuổi: Tính tại thời điểm sinh thiết thận.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán dùng trong NC.

Chỉ định STT: Bất thường nước tiểu không triệu chứng, hội chứng thận hư (HCTH), hội

chứng viêm thận, tổn thương thận cấp (TTTC) và bệnh thận mạn (BTM) không rõ nguyên nhân [5].

Chẩn đoán HCTH: đạm niệu $\geq 3.5g/ngày$, albumin máu $< 3g/dL$ có hoặc không có phù, tăng cholesterole máu.

Chẩn đoán hội chứng viêm thận: tiểu đạm, tiểu máu, thiếu niệu, phù, tăng huyết áp.

Bất thường nước tiểu không triệu chứng được xác định khi có tiểu đạm và/ hoặc tiểu máu và không có biểu hiện lâm sàng nào.

Chẩn đoán TTTC: khi có một trong các tiêu chuẩn tăng creatinine huyết thanh $\geq 0.3 mg\%$ ($26.5 \mu mol/L$) trong vòng 48 giờ, tăng creatinine huyết thanh ≥ 1.5 lần mức creatinine nền trong vòng 7 ngày, thể tích nước tiểu $< 0.5 ml/kg/giờ$ kéo dài trong vòng 6 giờ.

Chẩn đoán BTM: khi có tổn thương về cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài trên 3 tháng.

Tiểu máu khi $> 3 HC/$ vi trường hoặc $10 HC/\mu l$ nước tiểu hoặc cặn Addis $> 1000 HC/$ phút. Tiểu đạm: Protein niệu $> 0,3g/24h$.

Quy trình sinh thiết thận tại Bv Thống Nhất:

Đội ngũ sinh thiết thận: bác sĩ thận học được đào tạo có kỹ năng thành thạo sinh thiết thận và bác sĩ siêu âm.

Súng sinh thiết BARD Magnum. Máy siêu âm GE Logiq P5 với đầu dò 3,5 và 7,5 Mhz.

Chuẩn bị BN trước STT: kiểm soát huyết áp tốt, trấn an, ngừng các thuốc kháng đông, chống kết tập tiểu cầu 3-5 ngày trước thủ thuật, ngừng lọc máu 24 giờ trước làm thủ thuật. Xét nghiệm 24 giờ trước khi làm thủ thuật prothombin, INR, aPTT (partial prothrombin time). Thời điểm sinh thiết cuối buổi sáng.

Thủ thuật sinh thiết thận: BN ở tư thế nằm sấp, gối kê ở bụng, thả lỏng người, hướng dẫn nín thở khi cần. Sát trùng bằng povidin, trải sẵn vô khuẩn. Xác định vị trí thận bằng siêu âm, xác định độ sâu của thận. Gây tê bằng Lidocain bằng kim 21G vào bao thận. Chọc kim sinh thiết 16 hoặc 18 gauge vào cực dưới thận nhờ siêu âm định vị. Sau thủ thuật BN được băng ép vùng sinh thiết, nằm ngửa bất động 6 giờ, uống nhiều nước, theo dõi sinh hiệu, màu sắc nước tiểu...Siêu âm lại kiểm tra khi BN có đau nhiều quanh lưng, tiểu máu, bí tiểu... Xét nghiệm lại công thức máu khi có tiểu máu đại thể.

Xử lý mô sinh thiết: Mô thận thu được ngâm vào vào formol % và chuyển đến phòng giải phẫu bệnh xử lý bởi kỹ thuật viên kinh nghiệm. Mô được nhuộm HE, PAS và miễn dịch huỳnh quang với 5 markers (IgA, IgG, IgM, C3 và C1q), Kappa, Lambda và được 02 bác sĩ giải phẫu bệnh chuyên về thận học đọc kết quả.

Phân loại mô bệnh học chia thành 5 loại chính: Bệnh cầu thận nguyên phát (PGD: Primary Glomerular Disease), bệnh cầu thận thứ phát (SGD: Secondary Glomerular Disease), bệnh ống thận mô kẽ (TID: Tubular Interstitial Disease), bệnh cầu thận di truyền và các chẩn đoán khác. PGD được chia nhỏ thành 8 loại bao gồm: IgAN, MN, MCD, FSGS, CREGN, viêm cầu thận tăng sinh màng (MPGN: Membranoproliferative glomerulonephritis), viêm cầu thận tăng sinh gian mạch (MsPGN: mesangioproliferative glomerulonephritis) và viêm cầu thận tăng sinh nội mô mao mạch (EnCGN: Endocapillary Glomerulonephritis). SGD được chia thành 6 loại, bao gồm: LN, viêm thận Henoch – Schönlein (HSPN), bệnh cầu thận hậu nhiễm trùng, bệnh vi mạch huyết khối (TMA:Thrombotic Microangiopathy), bệnh thận do đái tháo đường (DN: Diabetic Nephropathy), bệnh thận amyloidosis (AN: Amyloidosis Nephropathy). Bệnh cầu thận di truyền bao gồm: Bệnh màng đáy mỏng, hội chứng Alport. TID bao gồm viêm ống thận mô kẽ cấp tính, viêm ống thận mô kẽ mạn tính và hoại tử ống thận cấp. Trong khi các chẩn đoán khác bao gồm các sang thương không thuộc các phân loại nêu trên [6].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Thống kê mô tả được sử dụng và phân tích bằng phần mềm SPSS 22, sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi: Trung vị (khoảng tứ phân vị)	41 (27,5-58,5)
≥ 60 tuổi, n (%)	230 (76,67%)
Nam, n (%)	163 (54,3%)
Chỉ định sinh thiết thận, n (%)	
Hội chứng thận hư	190 (63,33%)
Hội chứng viêm thận	54 (18,00%)
Bất thường nước tiểu không triệu chứng	18 (6,00%)
Tổn thương thận cấp và bệnh thận mạn không rõ nguyên nhân	38 (12,67%)

Nhận xét: Tuổi trung bình trẻ, tỷ lệ nam, nữ tương đương. Chỉ định STT phổ biến nhất vẫn là HCTH không đáp ứng điều trị, kháng corticoid. Bất thường nước tiểu không triệu chứng ít được chỉ định STT nhất.

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học bệnh nhân sinh thiết thận.

Sang thương giải phẫu bệnh	Giá trị
Bệnh cầu thận nguyên phát, n(%)	222(74,00%)

MCD	74 (24,70%)
IgA	55 (18,30%)
FSGS	44 (14,70%)
MN	33 (11,70%)
MPGN	5 (1,70%)
MsPGN	1 (0,30%)
EnCGN	3 (1,00%)
CREGN	3 (1,00%)
Bệnh cầu thận thứ phát, n (%)	57 (19,00%)
LN	27 (9,00%)
DN	16 (5,30%)
Bệnh thận Amyloidosis	3 (1,00%)
Viêm cầu thận hậu nhiễm trùng	6 (2,00%)
Viêm vi mạch huyết khối	5 (1,70%)
TID, n (%)	12 (4,00%)
Bệnh lý khác, n (%)	9 (3,00%)

Nhận xét: Bệnh cầu thận nguyên phát là chủ yếu, trong đó thể MCD, IgAN, FSGS theo thứ tự là các thể thường gặp.

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học theo chỉ định sinh thiết thận.

Chỉ định sinh thiết thận	Sang thương mô bệnh học	Giá trị
Hội chứng thận hư (n=190)	MCD	66 (34,74%)
	FSGS	34 (17,89%)
	MN	30 (15,79%)
	DN	15 (7,89%)
	LN	11 (5,79%)
	IgA	11 (5,79%)
	Khác	23 (12,11%)
Hội chứng thận viêm (n=54)	IgA	24 (44,44%)
	FSGS	9 (16,67%)
	LN	8 (14,81%)
	MCD	4 (7,41%)
Bất thường nước tiểu không triệu chứng (n=18)	MN	3 (5,56%)
	Khác	6 (11,11%)
	IgA	13 (72,22%)
	MCD	2 (11,11%)
	Khác	3 (16,67%)

Nhận xét: Trong HCTH ở người lớn, sang thương tối thiểu chỉ chiếm 34,74%, MN chiếm tỷ lệ thấp chỉ 15,79%. Hội chứng thận viêm thường gặp bệnh thận IgA và FSGS. Bất thường nước tiểu không triệu chứng chủ yếu là bệnh thận IgA

Bảng 4. Phân bố mô bệnh học theo nhóm tuổi

Sang thương giải phẫu bệnh	Nhóm <60 tuổi (n= 230)	Nhóm ≥60 tuổi (n= 70)	p
MCD	60 (26,10%)	14 (20,00%)	0,30
IgAN	50 (21,70%)	5 (7,10%)	0,01
FSGS	29 (12,60%)	15 (21,40%)	0,07
MN	24 (10,40%)	11 (15,70%)	0,23

MPGN	4 (1,70%)	1 (1,40%)	0,86
LN	26 (11,30%)	1 (1,40%)	0,01 *
DN	8 (3,50%)	8 (11,40%)	0,01*
TID	6 (2,60%)	6 (8,60%)	0,02*
Khác	23 (10,00%)	9 (12,80%)	

Nhận xét: Thể MCD là bệnh lý phổ biến nhất ở bệnh nhân <60 tuổi, tiếp theo là IgAN. Trong khi đó FSGS là bệnh lý phổ biến nhất ở bệnh nhân ≥60. Tỷ lệ IgAN, LN ở nhóm <60 tuổi cao hơn so với nhóm ≥60 tuổi (p<0,05). Ngược lại, Tỷ lệ DN và TID ở nhóm BN lớn tuổi cao hơn so với nhóm trẻ tuổi (p<0,05).

Bảng 5. Phân bố mô bệnh học theo giai đoạn

Sang thương giải phẫu bệnh	Giai đoạn 1 (n=170)	Giai đoạn 2 (n=130)	p
MCD	48 (28,20%)	26 (20,00%)	0,10
IgAN	31 (18,20%)	24 (18,50%)	0,96
FSGS	23 (13,50%)	21 (16,20%)	0,52
MN	12 (7,10%)	23 (17,70%)	<0,001*
MPGN	2 (1,20%)	3 (2,30%)	0,45
LN	15 (8,80%)	12 (9,20%)	0,90
DN	9 (5,30%)	7 (5,40%)	0,97
TID	9 (5,30%)	3 (2,30%)	0,19
Khác	21 (12,30%)	22 (16,90%)	

Nhận xét: Tỷ lệ thể MN tăng từ 7,10% trong giai đoạn 1 lên 17,70% trong giai đoạn 2 (p<0,05). Tỷ lệ các thể sang thương khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy độ tuổi của BN trong NC này trẻ (41 tuổi) và tỷ lệ giới tính phân bố đồng đều, tương tự các NC ở Trung Quốc và Hàn Quốc. Hu Ruimin ghi nhận độ tuổi trung bình là 40,86 ± 15,28 và nam giới chiếm 55,11% [2]. Theo NC của Yim T, tuổi trung bình là 37,7 ± 16,5 %, nam giới chiếm 56% [3]. Về chỉ định sinh thiết thận, HCTH là chỉ định STT phổ biến nhất trong NC của chúng tôi với tỷ lệ 63,33%. Đây là các trường hợp HCTH không đáp ứng điều trị, kháng corticoid được các bệnh viện khác chuyển đến, một số ít trường hợp là HCTH lần đầu ở người lớn tuổi. Chúng tôi thường chỉ định STT tất cả HCTH lần đầu ở người lớn tuổi theo khuyến cáo Hội thận học quốc tế (KDIGO). Kết quả này tương tự các NC của các tác giả Hu Ruimin [2], Beniwal P [7]. Tuy nhiên, bất thường nước tiểu không triệu chứng ít được chỉ định STT (chỉ 6%). Các BN này được phát hiện tình cờ nhờ xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu trong những đợt khám sức khỏe và được giới thiệu đến

chuyên khoa Thận học. Do các bác sĩ Nội khoa ít chuyển đến cho chúng tôi các BN có bất thường nước tiểu không triệu chứng nên chỉ định nhóm này ít, như vậy chúng ta sẽ bỏ sót chẩn đoán sớm bệnh lý thận và BN mất cơ hội điều trị. Qua kết quả NC này chúng tôi kiến nghị nên tuân thủ hướng dẫn của Hội Thận học Quốc tế xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu hằng năm cho người dân. Tại Hàn Quốc, với mục tiêu chẩn đoán sớm bệnh lý thận và "thanh toán" bệnh cầu thận ở người trẻ tuổi nên chỉ định sinh thiết thường gặp nhất là bất thường nước tiểu không triệu chứng (73,35%)^[8].

Bảng 2 cho thấy nhóm bệnh lý thận nguyên phát thường gặp nhất (74%). Có lẽ còn một số căn nguyên chưa được xác định mà chúng ta cần NC tiếp tục. Kết quả này tương tự các tác giả từ nhiều nước như Hu Ruimin^[2], Yim T^[3], Ho Sik Sin^[8], Hitoshi Shugiyama^[9]. Trong bệnh lý cầu thận nguyên phát, MCD là bệnh cầu thận nguyên phát phổ biến nhất (33,33%), tương tự NC ở Ấn Độ^[7]. Đáng chú ý, gần đây các NC ở Trung Quốc^[2] và Hàn Quốc^[8] báo cáo tỷ lệ MCD thấp và có xu hướng giảm. Sự khác biệt này có thể do chỉ định STT của chúng tôi tập trung nhiều vào HCTH và hạn chế về chẩn đoán giải phẫu bệnh do không có kính hiển vi điện tử nên có thể bỏ sót một số sang thương khác. Đối chiếu với lâm sàng và kết quả điều trị, chúng tôi cho rằng MN có thể bị bỏ sót chẩn đoán trong số các trường hợp MCD này. Bệnh thận IgA xu hướng gia tăng so với trước đây, đứng thứ 2 sau MCD (24,77%) và thường gặp hơn ở nhóm <60 tuổi. Số liệu của chúng tôi năm 2015 cho thấy IgA đứng hàng thứ 3 sau FSGS^[10]. Có thể do Việt Nam thuộc khu vực dịch tễ của bệnh thận IgA và/ hoặc ngày nay do nhiều BN IgA có được cơ hội chẩn đoán nhờ phát triển kỹ thuật sinh thiết thận và mở rộng chỉ định STT cho BN bất thường nước tiểu không triệu chứng. Số liệu tại các quốc gia ở Châu Á cho thấy bệnh thận IgA thường đứng hàng thứ nhất như ở Nhật Bản^[9], Trung Quốc^[2], Hàn Quốc^[3]. Có thể sự khác biệt về tỷ lệ bệnh thận IgA ở các quốc gia Châu Á là do chỉ định sinh thiết thận. Nhiều bệnh nhân mắc bệnh thận IgA được phát hiện khi kiểm tra nước tiểu định kỳ phát hiện tiểu máu không triệu chứng và/ hoặc tiểu đạm. Do đó, tỷ lệ mắc bệnh có thể cao hơn ở các quốc gia có chương trình xét nghiệm nước tiểu thường xuyên như Nhật Bản^[9] và Hàn Quốc^[3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận FSGS đứng hàng thứ 3 và không có sự khác biệt giữa 2 giai đoạn. Kết quả này phù hợp với các NC từ các nước châu Á với FSGS hàng thứ 3

hoặc 4 trong PGN^[2],^[3],^[7]. Tuy nhiên, FSGS là tổn thương thường gặp nhất ở các nước châu Mỹ và có xu hướng gia tăng trong thời gian gần đây^[1]. FSGS là thể tổn thương mô bệnh học khó, phức tạp về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh cần những NC sâu hơn.

Bảng 2 ghi nhận trong số bệnh cầu thận thứ phát, viêm thận lupus là nguyên nhân phổ biến nhất và tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm BN dưới 60 tuổi. Phù hợp với hầu hết các NC ở nhiều quốc gia như Hàn Quốc^[3], Trung Quốc^[2], Brazil^[5], Ấn Độ^[7].

Đối chiếu chỉ định sinh thiết thận và tổn thương mô bệnh học (bảng 3). Nghiên cứu này ghi nhận trong chỉ định sinh thiết thận là HCTH, chẩn đoán mô bệnh học sang thương tối thiểu chỉ chiếm 34,74% và MN chiếm tỷ lệ thấp (15,79%). Có thể giải thích kết quả này do 3 yếu tố (1). Độ tuổi 76,67% BN trên 60 tuổi (bảng 1); (2). Các BN có HCTH chỉ định STT trong nghiên cứu này phần lớn là HCTH không đáp ứng, kháng corticoid hoặc sử dụng corticoid có tác dụng phụ; (3). Thiếu kính hiển vi điện tử nên chẩn đoán mô bệnh học có thể bỏ sót sang thương MN. Tỷ lệ MN cũng khá phù hợp với y văn. Theo William G. Couser bệnh cầu thận màng chiếm 30% HCTH nguyên phát ở người lớn, nhìn chung tỷ lệ MN thay đổi 15-50% HCTH tùy theo độ tuổi^[11]. Kết quả ở bảng 3 cũng cho thấy chỉ định STT do hội chứng thận viêm thường gặp 2 tổn thương là bệnh thận IgA và FSGS. Các BN có hội chứng thận viêm trong nghiên cứu này đều có tăng huyết áp, tiểu máu, giảm độ lọc cầu thận. Điều này gián tiếp nói lên rằng một số bệnh thận IgA được chẩn đoán trễ. Bất thường nước tiểu không triệu chứng chủ yếu gặp bệnh thận IgA. Các BN này thường có tiểu máu vi thể, đạm niệu thấp, chức năng thận bình thường và không tăng huyết áp. Phát hiện tình cơ qua khám sức khỏe.

Điểm đáng chú ý trong NC này là tỷ lệ MN tăng trong khoảng 5 năm trở lại đây (bảng 4). Số liệu năm 2015 của chúng tôi tỷ lệ MN rất thấp chỉ 6,7% trong số bệnh cầu thận nguyên phát^[10]. Trong quá trình thu thập số liệu nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ thay đổi nào về chỉ định sinh thiết thận, bác sĩ đọc giải phẫu bệnh tại Khoa Thận – Lọc máu, Bệnh Viện Thống Nhất. Vì vậy, kết quả này có thể có ý nghĩa lâm sàng, đáng lưu ý và cần nghiên cứu sâu hơn. Tuy vậy, chẩn đoán viêm cầu thận màng trong nghiên cứu này có một số hạn chế như thiếu kháng thể PLA2R1 (Anti phospholipase A2 receptor) sẽ dương tính trong 70% các trường

hợp viêm cầu thận màng nguyên phát và thiếu kính hiển vi điện tử. Nghiên cứu ở Trung Quốc^[2] và Brazil^[5] cũng ghi nhận tăng tỷ lệ MN. Xu X và cộng sự đưa ra giả thuyết về xu hướng gia tăng tỷ lệ MN ở các nước đang phát triển có thể do tác động của ô nhiễm môi trường hoặc lạm dụng các chất hóa học trong quá trình công nghiệp hóa^[12].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 300 mẫu sinh thiết thận tại Bệnh Viện Thống Nhất, chúng tôi ghi nhận trong số các bệnh cầu thận nguyên phát thể MCD là phổ biến nhất, kể đến là bệnh thận IgA và FSGS. Các bệnh lý IgAN, viêm thận lupus thường gặp hơn ở người trẻ. Ngược lại, DN và bệnh ống thận mô kẽ thường gặp ở người lớn tuổi hơn. Trong chỉ định sinh thiết thận do HCTH, MCD chiếm tỷ lệ thấp. Hội chứng thận viêm thường gặp bệnh thận IgA và FSGS. Bất thường nước tiểu không triệu chứng chủ yếu là bệnh thận IgA. Tỷ lệ MN tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Shaughnessy MM., Hogan SL., Thompson BD., Coppo R., Fogo AB., Jennette JC. (2018). Nephrology Dialysis Transplantation, 33 (4), pp 661-669.
2. Hu R., Qian S., Wang Y., Zhou Y., Zhang Y., Liu L., et al. (2020). Spectrum of biopsy proven renal diseases in Central China: a 10-year retrospective study based on 34,630 cases. Sci Rep 10, 10994.
3. Yim T, Kim SU., Park S., Lim JH., Jung HY., Cho JH., et al. (2020). Patterns in renal diseases diagnosed by kidney biopsy: A single-center experience. Kidney Res Clin Pract. 39 (1), pp 60-69.
4. Mai Thị Hiền. (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và bước đầu theo dõi điều trị bệnh thận IgA. Luận án tiến sĩ y học. Hà Nội.
5. Polito MG., de Moura LA., Kirsztain GM. (2010). An overview on frequency of renal biopsy diagnosis in Brazil: clinical and pathological patterns based on 9617 native kidney biopsies. Nephrol Dial Transplant, 25 (2), pp 490-496.
6. Chura J., Bernstein J., Glassock RJ. (1995). Renal disease: classification and atlas of glomerular diseases. 2nd ed. Igaku-Shoin; New York.
7. Beniwal P., Pursnani L., Sharma S., Garsa RK., Mathur M., Dharmendra P., et al. (2016). A clinicopathologic study of glomerular disease: A single-center, five-year retrospective study from Northwest India. Saudi J Kidney Dis Transpl. 27 (5), pp 997-1005.
8. Shin HS., Cho DH., Kang SK., Kim HJ., Kim SY., Yang JW. et al. (2017). Patterns of renal disease in South Korea: a 20-year review of a single-center renal biopsy database. Ren Fail. 39(1), pp 540-546.
9. Suqiyama H., Yokoyama H., Sato H., Saito T., Kohda Y., Nishi S., et al. (2011). Japan Renal Biopsy Registry: the first nationwide, web-based, and prospective registry system of renal biopsies in Japan. Clin Exp Nephrol, 15 (4), pp 493-503.
10. Nguyễn Bách., Huỳnh Ngọc Linh., Lê Việt Thắng. (2015). Khảo sát đặc điểm tổn thương mô bệnh học ở bệnh nhân người lớn mắc bệnh thận. Tạp chí Y học Quân sự. 311, pp 54-58.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG KHỞI PHÁT NHỒI MÁU HỆ TUẦN HOÀN NÃO SAU

Đỗ Đức Thuần*, Phạm Ngọc Thảo*, Đặng Phúc Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng khởi phát của nhồi máu hệ tuần hoàn não sau. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang có đối chứng với 115 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não trước và 130 bệnh nhân nhồi máu hệ tuần hoàn não sau. **Kết quả:** nhồi máu hệ tuần hoàn não sau có triệu chứng khởi phát. Liệt nửa người 50,43%, rối loạn ngôn ngữ 18,26%, méo miệng 70,43%, chóng mặt 31,30%, nôn buồn nôn 34,78%, hôn mê 4,34%. **Kết**

luận: nhồi máu hệ tuần hoàn não sau tỷ lệ các triệu chứng khởi phát như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, méo miệng gặp ít hơn khi nhồi máu hệ tuần hoàn não trước, Trong khi chóng mặt, nôn, buồn nôn, hôn mê gặp nhiều hơn khi nhồi máu hệ tuần hoàn não trước.

Từ khóa: tuần hoàn não sau, nhồi máu não, chóng mặt, triệu chứng nhồi máu não

SUMMARY

RESEARCH FOR CLINICAL SYMPTOMS OF ONSET OF POSTERIOR CEREBRAL INFARCTION SYSTEM

Objectives: to study the symptoms of onset of posterior cerebral infarction. **Subjects and methods:** A controlled cross-sectional description of 115 patients with anterior cerebral infarction and 130 patients with posterior cerebral infarction. **Results:** Infarction of

*Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023