

của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đồng Thị Mai Hương¹ (21,4%). Sự khác biệt này có thể do vùng nghiên cứu và tuổi nghiên cứu khác nhau.

So sánh quan điểm thẩm mỹ nha khoa giữa bác sĩ và bệnh nhân theo IOTN AC chúng tôi thấy bệnh nhân có xu hướng đánh giá mình ở mức độ cần thiết chỉnh nha thấp hơn so với bác sĩ đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này giống với các nghiên cứu trước đây trên thế giới^{6,8}. Điều này có thể lý giải bởi bác sĩ sẽ có những nhạy cảm về mặt lâm sàng hơn nên sẽ phát hiện ra những đặc điểm gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ bệnh nhân tốt hơn còn sự đánh giá của bệnh nhân thường thiên về mặt cảm tính. Sự khác biệt trong quan điểm nhận thức về thẩm mỹ giữa bác sĩ và bệnh nhân đòi hỏi trước khi bắt đầu điều trị một ca lâm sàng cụ thể cần có sự lắng nghe và trao đổi giữa hai phía để đạt được kết quả vừa đảm bảo về mặt chuyên môn, vừa làm hài lòng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Điểm DAI trung bình của nhóm nghiên cứu là 24,3. Số sinh viên cần chỉnh nha được bác sĩ đánh giá theo DAI là 37% cao hơn so với bác sĩ đánh giá theo IOTN AC là 13,7%. Có mối tương quan tuyến tính thuận chiều trong quan điểm thẩm mỹ nha khoa giữa bệnh nhân và bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Thu Phương.** Nghiên cứu tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên trường Đại học Y Hải Phòng. Đại học Y Hà Nội. 2012.
2. **Đặng Thị Hường.** Đánh giá tỷ lệ phần trăm các loại khớp cắn theo ANGLE ở 100 sinh viên trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn Bác sĩ Y khoa. 2006.
3. **Brook PH, Shaw WC.** The development of an index of orthodontic treatment priority. Eur J Orthod. 1989;11(3):309-320. doi:10.1093/oxfordjournals.ejo.a035999
4. **Jenny J, Cons NC.** Establishing malocclusion severity levels on the Dental Aesthetic Index (DAI) scale. Australian Dental Journal. 1996; 41(1):43-46. doi:https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1996.tb05654.x
5. **Lê Thị Bích Nga, Đỗ Quang Trung.** Nhận xét tình trạng bất thường răng mặt của học sinh từ 12-15 tuổi trường THCS Trần Phú - Hải Phòng. Luận văn Thạc sĩ Y khoa. 2004.
6. **Esa R, Razak IA, Allister JH.** Epidemiology of malocclusion and orthodontic treatment need of 12-13-year-old Malaysian schoolchildren. Community Dent Health. 2001;18(1):31-36.
7. **Nguyễn Khang.** Nghiên cứu cơ cấu và biện pháp can thiệp một số bệnh răng miệng trong quân đội. Luận văn Tiến sĩ Y học. Published online 2002. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTbFIGvGfviO2002.1.1&e=vi-201img-txIN>
8. **Cai Y, Du W, Lin F, Ye S, Ye Y.** Agreement of young adults and orthodontists on dental aesthetics & influencing factors of self-perceived aesthetics. BMC Oral Health. 2018;18(1):113. doi:10.1186/s12903-018-0575-6

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG ỔNG THẬN MÔ KẾ TRONG BỆNH THẬN IGA

Nguyễn Bách¹, Đỗ Hữu Tuyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với tổn thương ống thận mô kế ở bệnh nhân (BN) bệnh thận IgA. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên BN tuổi đủ 18 trở lên được chẩn đoán bệnh thận IgA, tại Khoa Thận – Lọc máu, Bệnh Viện Thống Nhất từ tháng 7/2014 đến tháng 7/2022. Những BN có chẩn đoán bệnh thận IgA do nguyên nhân thứ phát hoặc mẫu mô không đạt yêu cầu để chẩn đoán giải phẫu bệnh bị loại khỏi nghiên cứu. Tổng kê các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở

BN có tổn thương ống thận mô kế so với nhóm BN không có tổn thương thận mô kế. **Kết quả:** Có 43 BN được chọn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình BN bệnh thận IgA là 34 (27-44) tuổi, BN nam là 23(53,3%). Hội chứng thận hư và tăng huyết áp lần lượt chiếm 23,3% và 58,1%. Độ lọc cầu thận (ĐLCT) tại thời điểm chẩn đoán là 70,5±38,4 (mL/phút), tiểu máu 74%, hemoglobin 12,2±2,2 (g/dL). Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận mô kế theo phân loại Oxford T0, T1, T2 lần lượt là 55,8%, 39,5% và 4,7%. Bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận mô kế có tỷ lệ tăng huyết áp, hội chứng thận hư và protein niệu 24h cao hơn so với nhóm không có tổn thương ống thận mô kế. Bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận mô kế có ĐLCT thấp hơn so với nhóm không có tổn thương ống thận mô kế ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận mô kế chiếm 45,2%. Cần kiểm soát tốt bệnh tăng huyết áp, đạm niệu và độ lọc cầu thận ở BN có tổn thương ống thận mô kế nhằm hạn chế diễn tiến nặng hơn của tổn thương.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bách
 Email: nguyenbach69@gmail.com
 Ngày nhận bài: 20.3.2023
 Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023
 Ngày duyệt bài: 26.5.2023

Từ khóa: sinh thiết thận, bệnh thận Ig A, mô bệnh học thận.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CLINICAL CHARACTERISTICS AND TUBULOINTERSTITIAL INJURY IN IgA NEPHROPATHY

Objectives: To evaluate the characteristics of tubulointerstitial injury and identify the relationship between some clinical, paraclinical factors and tubulointerstitial injury in IgA nephropathy. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted in patients aged 18 years or older, diagnosed with IgA nephropathy at the Nephrology Department, Thong Nhat Hospital from July 2014 to July 2022. Patients with secondary IgA nephropathy or tissue samples, which were not satisfactory for histopathological diagnosis were excluded from this study. Clinical and subclinical characteristics of patients with and without tubulointerstitial injury were compared. **Results:** We included 43 patients in this study. The mean age of patients with IgA nephropathy was 34 (27-44), male was 53.3%. Nephrotic syndrome and hypertension accounted for 23.3% and 58.1%, respectively. Glomerular filtration rate at the time of diagnosis was 70.5 ± 38.4 (mL/min), hematuria-74%, hemoglobin- 12.2 ± 2.2 (g/dL). The percentage of IgA patients with tubulointerstitial injury according to Oxford classification T0, T1, T2 was 55.8%, 39.5% and 4.7%, respectively. Patients with tubulointerstitial injury had higher rates of hypertension, nephrotic syndrome and proteinuria than patients without. IgA nephropathy patients with tubulointerstitial injury had a lower glomerular filtration rate compared with the patients without ($p < 0.05$). **Conclusions:** The proportion of IgA nephropathy patients with tubulointerstitial injury accounted for 45.2%. It's need to control hypertension, proteinuria and glomerular filtration in patients with renal tubulointerstitial injury help limit its progression.

Keywords: kidney biopsy, IgA nephropathy, renal histology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận IgA là tình trạng viêm cầu thận tăng sinh gian mạch, đặc trưng bởi sự lắng đọng IgA. Bệnh thận IgA được phát hiện nhờ kỹ thuật nhuộm miễn dịch huỳnh quang được giới thiệu vào ứng dụng trong lâm sàng và được mô tả đầu tiên bởi Jean Berger vào năm 1968. Chẩn đoán bệnh thận IgA dựa vào nhuộm miễn dịch huỳnh quang có sự lắng đọng chủ yếu IgA ở khoang gian mạch cầu thận. Theo nhiều nghiên cứu bệnh thận IgA chủ yếu xảy ra ở nam, dưới 30 tuổi và thường gặp ở các nước Châu Á và ít gặp ở Bắc Mỹ [1].

Có nhiều yếu tố được dùng để tiên lượng ở bệnh thận IgA như độ lọc cầu thận (ĐLCT), protein niệu 24h, tăng huyết áp (THA) và tổn

thương mô bệnh học theo phân loại Oxford 2009. Phân loại Oxford 2009 là một tiêu chuẩn phân loại mô học được sử dụng rộng rãi để đánh giá tiên lượng của bệnh thận IgA. Cung cấp một hệ thống phân loại mô bệnh học dựa trên bốn biến số: (1) tăng sinh gian mạch; (2) tăng sinh nội mao mạch; (3) xơ hóa khu trú; (4) teo ống thận/xơ hóa mô kẽ [2]. Mục đích của phân loại Oxford là xem xét các đặc điểm mô học liên quan đến kết cục lâm sàng giúp cải thiện khả năng dự đoán kết cục bệnh thận IgA. Tuy nhiên giá trị tiên lượng của phân loại Oxford tại thời điểm chẩn đoán và theo dõi theo thời gian là khác nhau giữa các nghiên cứu. Bên cạnh đó phân loại Oxford không bao gồm các mẫu nhuộm miễn dịch huỳnh quang trong phân tích. Đã có một số nghiên cứu chỉ ra rằng các phát hiện về lắng đọng miễn dịch IgG, IgM, C1q, C3 có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của kết quả mô bệnh học cũng như kết cục thận.

Các nghiên cứu bệnh thận IgA trước đây tập trung chủ yếu vào tổn thương ở cầu thận, lắng đọng gian mạch [3] ít chú ý đến tổn thương mô kẽ và ống thận. Trong khi đó tổn thương xơ hóa mô kẽ và teo ống thận cũng là yếu tố quan trọng trong phân loại Oxford và là dấu hiệu tiên triển xấu của bệnh thận IgA. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu đặc điểm tổn thương ống thận mô kẽ và mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương ống thận mô kẽ ở bệnh nhân bệnh thận IgA tại khoa Thận, Bệnh Viện Thống Nhất, TP Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 43 BN người lớn (> 18 tuổi, 23 nam và 20 nữ) tại Khoa Thận, Bệnh Viện Thống Nhất, TP Hồ Chí Minh được chẩn đoán bệnh thận IgA từ tháng 7/2014 đến 7/2022. Tiêu chuẩn loại trừ: (1). Bệnh thận IgA do nguyên nhân thứ phát, (2). Mẫu mô không đạt yêu cầu để chẩn đoán giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp: cắt ngang mô tả, hồi cứu. Các biến số được thu thập bao gồm: tên, tuổi, giới tính, tiền sử mắc các bệnh lý thận, đái tháo đường, THA, lupus, các hội chứng bệnh lý thận chính, chẩn đoán giải phẫu bệnh, huyết áp, cân nặng, thể tích nước tiểu, phù, tiểu máu đại thể, ure, creatinin huyết thanh, hệ số thanh thải creatinin, đường máu, lipid đồ, protid, albumin, ion đồ, chức năng đông cầm máu, kháng thể HIV, HCV, HBsAg, đạm niệu 24 giờ, cặn Addis, Hb, C3, C4 và ANA (ở các ca lâm sàng có yêu cầu thực hiện), siêu âm thận.

Quy trình thủ thuật sinh thiết thận: BN được chuẩn bị kiểm soát huyết áp tốt, trấn an từ hôm trước làm thủ thuật, ngừng các thuốc kháng đông, chống kết tập tiểu cầu 3-5 ngày, xét nghiệm 24 giờ trước khi làm thủ thuật prothombin, INR, aPTT (partial prothrombin time). Ngừng lọc máu 24-48 giờ trước làm thủ thuật. Tư thế: nằm sấp, gối kê ở bụng, hướng dẫn nín thở. Sát trùng bằng povidin, trải sẵn vô khuẩn. dụng kim 22G gây tê tại chỗ bằng Lidocain, và đi sâu dần vào vỏ thận dưới sự giám sát của đầu dò. Chọc kim sinh thiết vào cực dưới thận nhờ siêu âm định vị kim và cực dưới thận. Sau thủ thuật BN được hướng dẫn nằm ngửa bất động 4-6 giờ, uống nhiều nước, theo dõi sinh hiệu, màu sắc nước

Tất cả các mẫu mô thận đều được nhuộm HE, PAS và miễn dịch huỳnh quang với 5 markers (IgA, IgG, IgM, C3 và C1q), Lamda, Kaplan và được bác sĩ giải phẫu bệnh chuyên về thận học đọc kết quả

Mô bệnh học được xếp loại theo phân loại Oxford [2]. (1). Tăng sinh gian mạch: M0 nếu > 50% cầu thận có ít hơn 3 tế bào trong mỗi vùng gian mạch. M1 nếu có > 50% cầu thận có nhiều hơn 3 tế bào trong mỗi vùng gian mạch; (2). Xơ hóa từng đoạn: S0: không có; S1: có; (3). Tăng sinh tế bào nội mao mạch: E0: không; E1: có; (4). Tỷ lệ teo ống thận và xơ hóa mô kẽ: T0, 0-25%; T1, 26-50%; T2, >51%.

2.3. Xử lý thống kê: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 với các thuật toán thông thường.

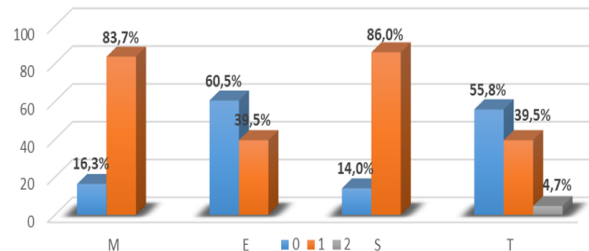
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân bệnh thận IgA

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (Trung vị, tứ phân vị)	34 (27-44)
Nam, n (%)	23 (53,5)
Tăng huyết áp, n (%)	24 (58,1)
Hội chứng thận hư, n (%)	10 (23,3)
ĐLCT, ml/ph (Trung bình± Độ lệch chuẩn)	70,5±38,4
Hemoglobin, g/dl (Trung bình± Độ lệch chuẩn)	12,2±2,2
Protein máu (g/l) (Trung bình± Độ lệch chuẩn)	64,4±9,6
Albumin máu (g/l) (Trung vị, tứ phân vị)	35,6 (32,7-39,8)
Protein niệu (g/24h) (Trung vị, tứ phân vị)	1,5 (0,8-3,5)
Tiểu máu, n (%)	32 (74,4)

Tỷ lệ nam nữ tương đối đồng đều. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận IgA có THA, hội chứng thận hư và tiểu máu cao.



Biểu đồ 1. Đặc điểm mô bệnh học bệnh thận IgA theo phân loại Oxford

Sang thương S1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 86%, tiếp theo là M1 với 83,7%. Tỷ lệ tổn thương T1 và T2 lần lượt 39,5% và 4,7%. Không tổn thương ống thận mô kẽ chiếm tỷ lệ 55,8%

3.2. Môi liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương ống thận mô kẽ ở bệnh thận IgA

Bảng 2. Môi liên quan giữa THA và tổn thương ống thận mô kẽ ở bệnh thận IgA

Đặc điểm mô bệnh học	THA (n=25)	Không THA (n=18)	p
Không teo ống thận (T0), n (%)	9 (36,0)	15 (83,3)	0,006*
Teo ống thận mức độ (T1), n (%)	14 (56,0)	3 (16,7)	
Teo ống thận mức độ (T2), n (%)	2 (8,0)	0 (0,0)	

*Kiểm định Fisher Exact

Nhóm bệnh thận IgA có THA có tỷ lệ sang thương T1-2 cao hơn so với nhóm bệnh thận IgA không có THA.

Bảng 3. Môi liên quan giữa hội chứng thận hư và tổn thương ống thận mô kẽ ở bệnh thận IgA

Đặc điểm mô bệnh học	HCTH (n=10)	Không HCTH (n=33)	p
Không teo ống thận (T0), n (%)	2 (20,0%)	22 (66,7%)	0,006*
Teo ống thận mức độ (T1), n (%)	6 (60,0%)	11 (33,3%)	
Teo ống thận mức độ (T2), n (%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	

*Kiểm định Fisher Exact;

HCTH: hội chứng thận hư

Nhóm bệnh thận IgA có hội chứng thận hư có tỷ lệ sang thương T1-2 cao hơn so với nhóm bệnh thận IgA không có hội chứng thận hư.

Bảng 4. Mối liên quan giữa độ lọc cầu thận và tổn thương ống thận kể ở bệnh thận IgA

Đặc điểm mô bệnh học	ĐLCT, ml/phút (X±SD)	p
Không teo ống thận (T0)	89,0±33,0	<0,001
Teo ống thận mức độ (T1)	51,3±31,2	
Teo ống thận mức độ (T2)	12,0±9,3	

Kiểm định Oneway Anova

ĐLCT ở nhóm bệnh thận IgA có teo ống thận/xơ hóa mô kể thấp hơn so với nhóm bệnh thận IgA không có teo ống thận/xơ hóa mô kể.

Bảng 5. Mối liên quan giữa protein niệu và tổn thương ống thận kể ở bệnh thận IgA

Đặc điểm mô bệnh học	Protein niệu 24h g/24h (Trung vị, tứ phân vị)	p
Không teo ống thận (T0)	1,1 (0,3-2,0)	0,016
Teo ống thận mức độ (T1)	2,6 (1,3-4,8)	
Teo ống thận mức độ (T2)	4,5 (3,6-5,4)	

Kiểm định Kruskal-Wallis

Protein niệu 24h ở nhóm bệnh thận IgA có teo ống thận/xơ hóa mô kể cao hơn so với nhóm bệnh thận IgA không có teo ống thận/xơ hóa mô kể.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán bệnh tương đối lớn, tần suất nữ mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao. THA chiếm tỷ lệ cao và độ lọc cầu thận giảm nặng. Tỷ lệ có tổn thương ống thận mô kể (T1,2) theo phân loại Oxford khá cao. Có mối liên quan giữa THA, đạm niệu và độ lọc cầu thận với tổn thương ống thận kể. Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi trung bình bệnh nhân và phân bố giới tính của bệnh thận IgA trong nghiên cứu này tương đương y văn và tác giả Hàn Quốc Jwa-Kyung Kim với độ tuổi là 37.76 ±12.8 và nữ chiếm 53,7% [1].

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận mô kể theo phân loại Oxford T0, T1, T2 lần lượt là 55,8%, 39,5% và 4,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Mai Thị Hiền. Teo ống thận/xơ hóa mô kể chiếm 27,42% [4]. Kết quả này tương tự Hamid Nasri tại Iran, T0 chiếm tỷ lệ thấp 51%, phần lớn ở giai đoạn T2 (19%); T1 (30%) [5]. Tại Ấn độ, Bagchi S báo cáo kết quả nghiên cứu trên 103 bệnh nhân bệnh thận IgA thấy T1/T2 (39.8%) [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương ống thận mô kể giữa các nghiên cứu có thể do điều kiện phát hiện bệnh thận IgA sớm hay muộn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm có xơ hóa mô kể/teo ống thận mức độ càng nặng thì protein niệu càng cao, có THA, và ĐLCT càng thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 2, 4 và 5). Tương tự kết quả của các tác giả Hamid và Bagchi [5], [6]. Theo kết quả nghiên cứu của Hela Jebali, bệnh nhân có tổn thương mô bệnh học T1, T2 có mức ĐLCT thấp và mức đạm niệu cao hơn những bệnh nhân T0 tại thời điểm chẩn đoán. Mặt khác tổn thương T1, T2 cũng là yếu tố tiên lượng kết cục thận ở bệnh nhân trong nghiên cứu. Teo ống thận là những tổn thương nặng, gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng thận [7].

Như vậy kết quả nghiên cứu này góp phần khẳng định giá trị tiên lượng của tổn thương mô kể và ống thận trong bệnh thận IgA đối với các yếu tố nguy cơ lâm sàng truyền thống của bệnh thận như THA, đạm niệu, độ lọc cầu thận. Kiểm soát tốt các yếu tố lâm sàng này có thể giúp hạn chế tổn thương ống thận kể.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 43 bệnh nhân bệnh thận IgA, kết quả ghi nhận các bệnh nhân được chẩn đoán thường trễ với biểu hiện THA, hội chứng thận hư, độ lọc cầu thận giảm nặng. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận IgA có tổn thương ống thận kể chiếm 45,2%. Có mối liên quan giữa THA, đạm niệu và độ lọc cầu thận với tổn thương ống thận kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jwa-Kyung Kim, Jeong Ho Kim, Sang Choel Lee, et al.** (2012). Clinical Features and Outcomes of IgA Nephropathy with Nephrotic Syndrome. Clin J Am Soc Nephrol, 7: 427-436.
2. **Cattran DC, Coppo R, Cook HT, et al.** (2009). The Oxford classification of IgA nephropathy: rationale, clinicopathological correlations, and classification. Kidney international. 76(5):534-45.
3. **Nguyễn Bách** (2017). Đặc điểm lâm sàng và tổn thương mô bệnh học bệnh thận IgA tại bệnh viện Thống Nhất. Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 21(2): 124-129.
4. **Hiền MT.** (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. Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Hamid Nasri, Mojgan Mortazavi, Ali Ghorbani, et al.** (2012). Oxford-MEST classification in IgA nephropathy patients: A report from Iran. J Nephropathology. 1(1):31-42.
6. **Bagchi S, Singh G, Yadav R, Kalaivani M et al.** (2016). Clinical and histopathologic profile of patients with primary IgA nephropathy seen in a tertiary hospital in India. Ren Fail. 38(3):431-436.
7. **Hela J, et al.** (2020). Prognostic Value of the Oxford Classification and the Oxford Score in IgA Nephropathy: A Tunisian Study, Saudi J Kidney Dis Transpl, 31(6): 1366-1375.