

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SINH THIẾT THẬN BẰNG SÚNG SINH THIẾT LỖI TỰ ĐỘNG BARD MONOPTY TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Lê Nguyễn Xuân Điền¹, Bùi Thị Ngọc Yên¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹,
Lê Nguyễn Thụy Khương², Đặng Trúc Lan Trinh²,
Trần Đỗ Lan Phương², Lưu Hiếu Thảo², Trần Hiệp Đức Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh thiết thận qua da là một thủ thuật đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý thận. Đã có các nghiên cứu về sinh thiết thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm bằng kim Trucut, Silverman, súng Bard Magnum. Chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu sinh thiết thận qua da bằng súng Bard Monopty. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu kỹ thuật, kết quả và tính an toàn của sinh thiết thận bằng súng Bard Monopty

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát kết quả và tính an toàn của sinh thiết thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm bằng súng Bard Monopty

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca, hồi cứu

Kết quả: Qua quá trình nghiên cứu 54 trường hợp sinh thiết thận qua da bằng súng Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $34,1 \pm 12,9$. Tỷ lệ nữ:nam là 1,8. Có 25,9% bệnh nhân phù toàn thân ở thời điểm sinh thiết thận. Tỷ lệ bệnh nhân có suy thận, tiểu protein và tiểu máu trong nghiên cứu lần lượt là 29,6%; 100%

và 55,6%. Chẩn đoán trước sinh thiết thận thường gặp nhất là hội chứng thận hư (57,4%). Về kỹ thuật sinh thiết, số cầu thận trung bình là $25,3 \pm 12,1$ cầu thận, trong đó, nhiều nhất là 62 cầu thận. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp biến chứng nặng là tiểu máu cần truyền máu (1,9%). Sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân hội chứng thận hư là bệnh cầu thận màng (29,6%). Sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở nhóm lupus đỏ hệ thống biến chứng thận là viêm thận lupus class IV (54,5%). Sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở nhóm hội chứng viêm thận mạn, suy thận tiến triển nhanh và suy thận chưa rõ nguyên nhân đều là bệnh thận IgA với tỉ lệ lần lượt là 71,4%; 66,7% và 100%. Trong toàn bộ nghiên cứu, bệnh thận IgA là sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất (13/54 trường hợp; chiếm tỉ lệ 24,1%).

Kết luận: Sinh thiết thận qua da bằng súng tự động Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật hiệu quả và an toàn. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng và y văn. Nhờ đó, giúp có hướng điều trị và tiên lượng cho người bệnh.

Từ khóa: Sinh thiết thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm, hội chứng thận hư, suy thận, viêm thận lupus, suy thận tiến triển nhanh, bệnh thận IgA.

¹Bộ môn Nội tổng quát – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Xuân Điền

Email: lenguyenxuandien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

SUMMARY

INVESTIGATION OF PERCUTANEOUS NATIVE KIDNEY BIOPSY BY USING AUTOMATED

CORE BIOPSY GUN BARD MONOPTY AT GIA ĐỊNH PEOPLE HOSPITAL

Background: Percutaneous native kidney biopsy is the important procedure for diagnosing of various kidney diseases. Renal histopathologies shed light on management and prognosis of them. Percutaneous renal biopsy by automated core-biopsy gun Bard Monopty have not been studied yet. So, we conducted an investigation of the effectiveness and safety of percutaneous renal biopsy by using Bard Monopty core-biopsy gun.

Objectives: Investigating the effectiveness and safety of native kidney percutaneous biopsy by automated core-biopsy gun Bard Monopty.

Methods: Case series, retrospective

Results: From March 2020 to March 2021, there were 54 patients undergone kidney biopsy by automated gun Bard Monopty. The mean age was $34,1 \pm 12,9$. Male: female ratio was 1.8 . Twenty five point nine percent patients were suffered from anasarca at the time of renal biopsy. The rate of renal failure, proteinuria and hematuria was 29.6%, 100% and 55.6%, respectively. Nephrotic syndrome was the most common clinical diagnosis. The average number of glomeruli were 25.3 ± 12.1 . One severe complication after biopsy (hematuria needed blood transfusion) was observed (1.9%). Among primary nephrotic patients, membranous nephropathy dominated (29,6%). Lupus nephritis class IV was the leading diagnosis in systemic lupus erythromatosus. IgA nephropathy were predominant in chronic nephritis, rapid progressive glomerulonephritis and unknown etiology renal failure at the rate of 71.4%, 66.7% and 100%, respectively. Overall, IgA nephropathy was the most common renal biopsy diagnosis (24.1%).

Conclusions: The percutaneous renal biopsy by automated gun Bard Monopty was the

effective and safe procedure. The results of kidney biopsies were useful for management and prognosis of kidney diseases.

Keywords: Percutaneous native kidney biopsy, nephrotic syndrome, renal failure, lupus nephritis, rapid progressive glomerulonephritis, IgA nephropathy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết thận là một công cụ chẩn đoán vô cùng quan trọng trong ngành thận học. Kết quả mô học không những giúp chẩn đoán chính xác, điều trị kịp thời mà còn giúp tiên lượng bệnh. Tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, sinh thiết thận từ lâu đã được thực hiện bằng kim Vim-Silvermann và Bard Magnum. Năm 2009, tác giả Nguyễn Thế Thành đã báo cáo ứng dụng súng tự động để sinh thiết thận qua da, tuy nhiên số lượng còn ít. Năm 2013, tác giả Huỳnh Ngọc Phương Thảo công bố đề tài sinh thiết thận bằng súng Bard Magnum với tỉ lệ thành công và tính an toàn cao. Cho đến thời điểm hiện tại, chúng tôi chưa ghi nhận đề tài sinh thiết thận nào thực hiện bằng súng Bard Monopty. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các trường hợp sinh thiết thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm bằng súng tự động Bard Monopty nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật sinh thiết này.

Mục tiêu nghiên cứu

+ Nghiên cứu kỹ thuật, kết quả và biến chứng của sinh thiết thận qua da bằng súng tự động Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh tương ứng của các trường hợp sinh thiết thận tại một bệnh viện tuyến thành phố.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân nhập khoa Nội tiết Thận thỏa chỉ định sinh thiết thận theo kinh điển gồm:

- + Tiểu protein có ý nghĩa (protein niệu/24 giờ trên 1 g)
- + Tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận kèm tiểu protein (bất kỳ mức độ nào)
- + Suy thận chưa rõ nguyên nhân
- + Bệnh lý hệ thống có biểu hiện tại thận

Tiêu chí nhận vào:

- + Bệnh nhân trên 16 tuổi

- + Được thực hiện sinh thiết thận bằng súng sinh thiết Bard Monopty

Tiêu chí loại ra:

- + Bệnh nhân có chống chỉ định sinh thiết thận (tuyệt đối, tương đối)

Phương pháp lấy mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành

Chúng tôi tiến hành tìm các hồ sơ bệnh nhân được thực hiện sinh thiết thận bằng súng Bard Monopty tại khoa Nội tiết – Thận bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021. Chúng tôi thu thập số liệu vào mẫu bệnh án thu thập số liệu soạn sẵn.

Các bệnh nhân có bệnh lý thận thỏa tiêu chí nhận vào và không phạm tiêu chí loại ra được thu nhận vào nghiên cứu. Các bệnh nhân này sẽ được ghi nhận các đặc điểm dịch tễ (như tuổi, giới, nghề nghiệp), tiền căn (bệnh lý thận, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận), đặc điểm lâm sàng (tình trạng phù, tiểu máu, tiểu ít, chỉ số huyết áp ở thời điểm nhập viện và thời điểm thực hiện sinh thiết), đặc điểm cận lâm sàng (ure máu, creatinine máu, điện giải đồ [Na⁺, K⁺, Cl⁻], công thức máu trước và sau sinh thiết, tổng phân tích

nước tiểu 10 thông số, protein niệu/24 giờ hoặc tỉ lệ albumin niệu/ creatinine niệu [để quy đổi tương đương sang protein niệu/24 giờ], siêu âm bụng [đánh giá kích thước thận, ranh giới vỏ tủy], ANA, anti ds DNA, HBsAg, anti HCV, glucose).

Ngày sinh thiết, bệnh nhân ký cam kết, được giải thích về thủ thuật, cách hít thở sâu, tiền mê bằng Atropin 0,25mg tiêm bắp, Diazepam 5mg 1 viên uống 30 phút trước khi làm thủ thuật. Bệnh nhân được đo lại huyết áp ngay trước khi đưa xuống phòng siêu âm can thiệp để tiến hành sinh thiết để đảm bảo HA tối đa < 140 mmHg. Tại phòng siêu âm, trước khi thực hiện sinh thiết, bệnh nhân được thực hiện siêu âm tại chỗ nhằm kiểm tra lại xem có đủ hai thận không. Bệnh nhân nằm sấp trên gô cao khoảng 10 cm. Bác sĩ siêu âm và sinh thiết cùng chọn điểm sinh thiết, thường ở cực dưới thận trái. Bệnh nhân được sát trùng tại vị trí đánh dấu sinh thiết bằng cồn 90° và betadine. Bệnh nhân được gây tê bằng Lidocain 2% ở phần da, mô dưới da, dọc theo đường đi của kim và gây tê vỏ thận bằng kim chọc dò dịch não tủy số 20. Các bệnh nhân được sinh thiết thận bằng súng tự động (Bard Monopty, catalogue number 121616), kim liền súng số 16G, chiều dài kim 16 cm, dưới hướng dẫn trực tiếp của siêu âm, lấy 1 – 2 mẫu bệnh phẩm cố định trong dung dịch Formol 10% đệm trung tính, sau đó gửi trực tiếp đến khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Các mẫu sinh thiết được ngâm paraffin và cắt mỏng thành các tiêu bản 2 – 3 microns và được xem dưới kính hiển vi quang học sau khi nhuộm hematoxylin-eosin (HE), periodic acid-Schiff (PAS), trichrome và nhuộm bạc đồng thời xem dưới kính hiển vi huỳnh quang sau khi nhuộm hóa mô miễn dịch với các kháng thể IgG, IgA, IgM, C3, C1q,

Fibrinogen, Kappa, Lambda và albumin làm chứng nền. Kết quả giải phẫu bệnh được xem là có ý nghĩa nếu có ít nhất 5 cầu thận trên mẫu sinh thiết. Kết quả được đọc bởi ThS Trần Hiệp Đức Thắng khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Các kết quả đưa ra luôn có sự trao đổi giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ giải phẫu bệnh.

Ngay sau sinh thiết, bệnh nhân được siêu âm kiểm tra lại lần 2 ngay để xem có tụ máu quanh thận không. Sau sinh thiết, bệnh nhân được nằm nghỉ tại giường trong vòng 24 giờ, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng đau bụng, tình trạng đau lưng, tình trạng đau tại vị trí sinh thiết, tình trạng tiểu máu. Nếu bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng đau và tiểu máu, bệnh nhân sẽ được siêu âm kiểm tra lần 3. Tất cả bệnh nhân sẽ được thực hiện lại công thức máu 1 ngày sau sinh thiết.

Các định nghĩa trong nghiên cứu

Hội chứng thận hư (HCTH) nếu có tiểu protein lớn hơn hay bằng 3,5g/24 giờ/1,73 m² da, giảm albumin máu dưới 30 g/L, phù và rối loạn lipid máu⁽³⁾. Tiểu máu nếu có trên 5 hồng cầu trong quang trường 40 hoặc trên 5000 hồng cầu/phút trong xét nghiệm cận Addis. Suy chức năng thận khi độ lọc cầu thận ước đoán nhỏ hơn 60 ml/phút/1,73 m² da. Tổn thương thận cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 nếu creatinine huyết thanh tăng trên 0,3 mg/dl trong vòng 24 giờ, hoặc creatinine huyết thanh tăng 50% so với nền trước đó 7 ngày hoặc thể tích nước tiểu nhỏ hơn 0,5ml/kg/giờ trong 6 giờ. Bệnh thận mạn được chẩn đoán khi có bất thường về mặt cấu trúc và/hoặc chức năng kéo dài trên 3 tháng. Lupus đỏ hệ thống được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Thấp Khớp Học Hoa Kỳ 1997.

Công thức ước đoán độ lọc cầu thận theo EPI:

$$eGFR \text{ (ml/phút/1,73 m}^2 \text{ da)} = 141 \times \min \text{ (Scr/K,1)}^\alpha \times \max \text{ (SCr/K,1)}^{-1,209} \times 0,993^{\text{tuổi}} \times 1,018 \text{ (nếu là nữ)} \times 1,159 \text{ (nếu là da đen)}$$

Trong đó, K là 0,7 (nếu là nữ) hoặc 0,9 (nếu là nam); α là -0,329 (nếu là nữ) và -0,411 (nếu là nam). eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate, độ lọc cầu thận ước đoán).

Các biến chứng của sinh thiết thận

Biến chứng nặng: bệnh nhân sau sinh thiết cần can thiệp truyền máu, hoặc làm thuyên tắc động mạch để cầm máu, cắt thận, dò động tĩnh mạch, chọc nhằm tạng khác trong ổ bụng. Biến chứng nhẹ gồm đau tại vị trí sinh thiết, tiểu máu đại thể tự cầm sau khi nằm nghỉ không cần truyền máu, hoặc máu tụ lượng ít không cần can thiệp.

Xử lý thống kê

Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án. Nhập số liệu và lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 365. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương để kiểm định sự khác biệt của 2 biến định tính. Chúng tôi dùng phép kiểm phi tham số (phép kiểm Mann – Whitney U đối với 2 nhóm và phép kiểm Kruskal – Wallis H đối với 3 nhóm) để kiểm định sự khác biệt của các biến định lượng hoặc không có phân phối chuẩn hoặc các giá trị ngoại vi có ảnh hưởng lớn đến giá trị trung bình hoặc cỡ mẫu của nhóm nhỏ (20 – 30 trường hợp). p có ý nghĩa thống kê nếu nhỏ hơn 0,05.

Về vấn đề y đức: nghiên cứu được thực hiện bằng cách hồi cứu các số liệu trong hồ

sơ bệnh án của bệnh nhân được nhập viện để sinh thiết thận. Các thông tin nhận diện người bệnh sẽ được giữ kín. Chúng tôi không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Do đó, đề tài không vi phạm y đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 12 tháng (từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021) chúng tôi sinh thiết 57 trường hợp, trong đó có 2 trường hợp được sinh thiết bằng súng Bard Magnum nên chúng tôi loại khỏi nghiên cứu. Trong 55 trường hợp sinh thiết bằng súng Bard Monopty, có 1 trường hợp chỉ có 3 cầu thận trên mẫu sinh thiết nên không thể cho kết luận về giải phẫu bệnh. Như vậy tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 54/55 trường hợp (98,2%). Chúng tôi loại trường hợp này ra khỏi nghiên cứu và tiến hành phân tích 54 trường hợp có đủ số cầu thận.

Các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Tuổi trung bình của dân số là $34,1 \pm 12,9$. Tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, tuổi lớn nhất là 69 tuổi. Có 3 trường hợp bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm tỉ lệ 5,6%). Tỉ lệ nữ/nam là 1,8. Tại thời điểm thực hiện sinh thiết có 21 trường hợp phù toàn thân (38,9%). Creatinine huyết thanh ở thời điểm sinh thiết là $75,9 [62,9 - 115,7]$, eGFR (EPI-CKD) là $83,3 \pm 37,0$. Có 16 trường hợp có eGFR dưới $60 \text{ ml/phút}/1,73 \text{ m}^2$ da ở thời điểm sinh thiết (29,6%).

Chỉ định sinh thiết thận được trình bày trong bảng 2. Chỉ định sinh thiết thận nhiều nhất là tiểu protein có ý nghĩa (94,4%). Hội

chứng thận hư nguyên phát là chẩn đoán nhiều nhất ở thời điểm tiến hành sinh thiết (57,4%). Có 4 trường hợp hội chứng thận hư đi kèm bệnh lý khác (như viêm gan siêu vi B, đái tháo đường típ 2 và bệnh lý ác tính), 3 trường hợp suy thận tiến triển nhanh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 trường hợp lấy được 1 mẫu thận, 34 trường hợp lấy được 2 mẫu thận và 1 trường hợp lấy được 3 mẫu thận. Số cầu thận trong mẫu nghiên cứu là $25,3 \pm 12,1$. Các trường hợp lấy được 1 mẫu thận có số cầu thận là $16,8 \pm 6,8$ ít hơn so với các trường hợp lấy được từ 2 mẫu thận trở lên có số cầu thận là $29,9 \pm 11,9$ ($p < 0,01$) (Bảng 3). Số cầu thận nhiều nhất là 62 cầu thận. Về biến chứng sau sinh thiết, phần lớn là biến chứng nhẹ, chiếm tỉ lệ 22,2%. Chỉ có một trường hợp biến chứng nặng cần truyền máu, chiếm tỉ lệ 1,9%.

Về mối tương quan giữa lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh, chúng tôi ghi nhận sang thương thường gặp nhất ở nhóm hội chứng thận hư nguyên phát không kèm bệnh lý khác là bệnh cầu thận màng (8 trường hợp, TH) (Bảng 4). Ở nhóm bệnh nhân lupus đỏ hệ thống biến chứng thận sang thương thường gặp nhất là viêm thận Lupus class IV (6 TH). Trong 3 TH suy thận tiến triển nhanh được tiến hành sinh thiết, có 1 TH viêm cầu thận tăng sinh màng và 2 TH bệnh thận IgA. Ở nhóm bệnh nhân có Protein niệu $\geq 3 \text{ g}/24$ giờ ở thời điểm sinh thiết mà không phải lupus đỏ hệ thống biến chứng thận, chúng tôi ghi nhận 8 TH xơ hóa không đặc hiệu, 6 TH bệnh thận màng và 6 TH bệnh thận IgA (Bảng 6).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa và siêu âm bụng của dân số nghiên cứu

Yếu tố	Giá trị
Tuổi	34,1 ± 12,9
Giới nam n (%)	19 (35,2%)
Giới nữ	35 (64,8%)
Đặc điểm lâm sàng ở thời điểm sinh thiết n (%)	
Phù toàn thân	21 (38,9%)
Tiểu máu đại thể	1 (1,9%)
Tiểu ít	1 (1,9%)
Đặc điểm cận lâm sàng ở thời điểm sinh thiết	
Creatinin máu	75,9 [62,9 – 115,7]
eGFR	83,3 ± 37,0
eGFR < 60 ml/phút/1,73 m ² da	16 (29,6%)
Protein niệu/24 giờ	3,8 [2,1 – 6,7]
Siêu âm bụng	
Kích thước thận phải	101,3 ± 9,3
Kích thước thận trái	101,6 ± 9,7
Phân biệt vỏ tủy rõ	49 (90,7%)

Bảng 2. Chẩn đoán và chỉ định sinh thiết thận ở thời điểm sinh thiết

Chỉ định	Tần suất, tỉ lệ n (%)
Chỉ định sinh thiết thận theo Brenner	
Tiểu protein có ý nghĩa	51 (94,4%)
Tiểu máu nguồn gốc cầu thận	1 (1,9%)
Suy thận chưa rõ nguyên nhân	14 (25,9%)
Bệnh lý hệ thống biểu hiện tại thận	12 (22,2%)
Chẩn đoán ở thời điểm sinh thiết	
Hội chứng thận hư (HCTH)	31 (57,4%)
+ Kèm bệnh lý khác	4 (7,4%)
- Viêm gan siêu vi B	2 (3,7%)
- Bệnh lý ác tính	1 (1,9%)
- Đái tháo đường típ 2	1 (1,9%)
Lupus đỏ hệ thống biến chứng thận	11 (20,4%)
Hội chứng viêm thận mạn	7 (12,9%)
Suy thận tiến triển nhanh	3 (5,5%)
Suy thận chưa rõ nguyên nhân	2 (3,7%)

Bảng 3. Hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết thận qua da bằng súng bart monopty

Yếu tố	Giá trị n (%)
Số mẫu thận	
1 mẫu	19 (35,2%)
2 mẫu	34 (62,9%)
3 mẫu	1 (1,9%)
Số cầu thận	25,3 ± 12,1
Số cầu thận của các trường hợp 1 mẫu	16,8 ± 6,8
Số cầu thận của các trường hợp ≥ 2 mẫu	29,9 ± 11,9
Số cầu thận nhiều nhất	62
Số cầu thận ít nhất	5
Biến chứng	
Biến chứng nhẹ	8 (14,8%)
- Đau vùng sinh thiết	3 (5,6%)
- Tiểu máu đại thể không cần truyền máu	3 (5,6%)
- Tụ máu nhỏ không cần can thiệp	2 (3,7%)
Biến chứng nặng	
- Tiểu máu cần truyền máu	1 (1,9%)

Bảng 4. Tương quan giữa lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh

Chẩn đoán	Số TH	Kết quả giải phẫu bệnh
Hội chứng thận hư nguyên phát	27	6 TH sang thương tối thiểu (22,2%) 3 TH xơ hóa cầu thận khi trú từng phần (11,1%) 8 TH bệnh cầu thận màng (29,6%) 4 TH bệnh thận IgA (14,8%) 1 TH viêm thận lupus class III (3,7%) 5 TH xơ hóa không đặc hiệu (18,6%)
HCTH kết hợp bệnh lý khác:	4	
+ Viêm gan siêu vi B	2	2 TH xơ hóa không đặc hiệu (50%)
+ Bệnh lý ác tính	1	1 TH xơ hóa không đặc hiệu (25%)
+ Đái tháo đường	1	1 TH xơ hóa cầu thận dạng nốt (25%)
Lupus đỏ hệ thống biến chứng thận	11	1 TH xơ chai cầu thận khu trú từng phần (9,1%) 3 TH Lupus biến chứng thận class III (27,3%) 6 TH Lupus biến chứng thận class IV (54,5%) 1 TH Lupus biến chứng thận class V (9,1%)
Hội chứng viêm thận mạn	7	5 TH bệnh thận IgA (71,4%) 2 TH Lupus biến chứng thận III (28,6%)
Suy thận tiến triển nhanh	3	1 TH viêm cầu thận tăng sinh màng (33,3%) 2 TH bệnh thận IgA (66,7%)
Suy thận chưa rõ nguyên nhân	2	2 TH bệnh thận IgA (100%)

Bảng 5. Tương quan giữa kết quả giải phẫu bệnh và chẩn đoán của các trường hợp hội chứng thận hư nguyên phát hay không kết hợp bệnh lý khác

Kết quả giải phẫu bệnh	Số TH	Chẩn đoán
Sang thương tối thiểu	6	1 TH HCTH kháng steroid 3 TH HCTH lệ thuộc steroid 1 TH HCTH tái phát không thường xuyên 1 TH HCTH tái phát thường xuyên
Xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng	3	2 TH HCTH kháng steroid 1 TH HCTH tái phát thường xuyên
Bệnh cầu thận màng	8	1 TH HCTH lần đầu 3 TH HCTH kháng steroid 1 TH HCTH đáp ứng một phần steroid 2 TH HCTH lệ thuộc steroid 1 TH HCTH không dung nạp steroid
Bệnh thận IgA	4	1 TH HCTH kháng steroid 1 TH HCTH đáp ứng một phần steroid 1 TH HCTH lệ thuộc steroid 1 TH HCTH tái phát không thường xuyên
Viêm thận lupus	1	1 TH HCTH lần đầu
Xơ hóa không đặc hiệu	5	2 TH HCTH lần đầu 2 TH HCTH kháng steroid 1 TH HCTH lệ thuộc steroid

Bảng 6. Tương quan giữa mức độ tiểu protein và kết quả giải phẫu bệnh

Tiêu chí	Chẩn đoán trước sinh thiết	Kết quả giải phẫu bệnh
Protein niệu < 3 g/24 giờ	Lupus	1 TH xơ hóa cầu thận khu trú từng phần 3 TH Lupus biến chứng thận class III 3 TH Lupus biến chứng thận class IV
	Không phải lupus	1 TH sang thương tối thiểu 2 TH bệnh cầu thận màng 1 TH viêm cầu thận tăng sinh màng 7 TH bệnh thận IgA 2 TH Lupus biến chứng thận class III
Protein niệu ≥ 3 g/24 giờ	Lupus	3 TH Lupus biến chứng thận class IV 1 TH Lupus biến chứng thận class V
	Không phải lupus	5 TH sang thương tối thiểu 3 TH xơ hóa cầu thận khu trú từng phần 6 TH bệnh cầu thận màng 6 TH bệnh thận IgA 1 TH lupus biến chứng thận class III 8 TH xơ hóa không đặc hiệu 1 TH bệnh thận do đái tháo đường

IV. BÀN LUẬN

Tính hiệu quả và an toàn của sinh thiết thận qua da bằng súng tự động Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm

Sinh thiết thận dưới hướng dẫn siêu âm, do không có bộ gá gắn kim, nên bác sĩ siêu âm và bác sĩ sinh thiết cùng điều chỉnh sao cho mặt cắt đầu dò siêu âm trùng với kim, hướng kim xéo so với mặt phẳng đứng ngang cơ thể nên có thể thấy rõ đường đi của kim và đầu kim chạm vào vỏ thận. Điều này giúp cho tỉ lệ thành công cao và ít gây ra biến

chứng. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thành công cao là 98,2%. Tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi (sử dụng kim Bard Monopty) cũng tương đối đồng nhất với các nghiên cứu trong nước như của Huỳnh Ngọc Phương Thảo (Bard Magnum; 98,7%), Trần Thị Bích Hương (Bard Magnum; 97,05%), cũng như các nghiên cứu nước ngoài như Mishra (95,3%).

Hiệu quả và an toàn của sinh thiết thận qua da bằng súng Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm

Bảng 7. Hiệu quả và tính an toàn qua các nghiên cứu sinh thiết thận trong nước

Tác giả	Năm (thời gian thực hiện)	Súng sinh thiết	Số bệnh nhân/ Số cầu thận trung bình	Biến chứng (%)
Lê Thanh Toàn Đặng Vạn Phước	2003 (5 tháng)	Silverman	40/ 17,4	Biến chứng nặng: 0% Biến chứng nhẹ: 17,5%.
Nguyễn Thế Thành	2009 (16 tháng)	Trucut	26/ 16,42	Không ghi nhận kết cục này
Trần Thị Bích Hương và cộng sự	2012 (24 tháng)	Bard Magnum (16G)	68/ 11	Biến chứng nặng: 0% Biến chứng nhẹ: 4,41%
Huỳnh Ngọc Phương Thảo và cộng sự	2013 (24 tháng)	Bard Magnum (16G)	75/ 20,8	Biến chứng nặng: 0% Biến chứng nhẹ: 2,6%
Vương Tuyền Mai Phạm Nữ Nguyệt Quế	2013 (6 tháng)	Bard Magnum (16G)	148	Biến chứng nặng: 4,7% Không biến chứng nặng : 95,3%
Chúng tôi	2021 (12 tháng)	Bard Monopty (16G)	54/ 25,3	Biến chứng nặng: 1,9% Biến chứng nhẹ: 22,2%

Số cầu thận trung bình lấy được trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,3 cầu thận. Số cầu thận lấy được nhiều nhất là 62 cầu thận (2 lần đâm kim, lấy được 2 mẫu thận). Đây là số cầu thận thu được khá cao, giúp đưa ra kết quả chính xác, đặc biệt có ý nghĩa đối với

những trường hợp tổn thương khu trú như xơ chai cầu thận khu trú từng vùng hoặc xếp loại viêm thận do Lupus theo ISN/RPS 2003 mà sự khác biệt giữa Class III và Class IV dựa vào tỉ lệ cầu thận có tổn thương tăng sinh trên mẫu sinh thiết. Số cầu thận trong

ngiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo 2013 (20,8 cầu thận), và nhiều hơn so với nghiên cứu của Lê Thanh Toàn và Đặng Vạn Phước (17,4 cầu thận), Nguyễn Thế Thành (16,42 cầu thận), Trần Thị Bích Hương 2012 (11 cầu thận), Horvatic (11,9 cầu thận). Số cầu thận trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Huỳnh Ngọc Phương Thảo và cao hơn so với tác giả Trần Thị Bích Hương có lẽ do tỉ lệ bệnh nhân suy thận trong nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Huỳnh Ngọc Phương Thảo thấp hơn so với tác giả Trần Thị Bích Hương. Tỉ lệ suy thận tại thời điểm sinh thiết trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,6%, của tác giả Huỳnh Ngọc Phương Thảo là 29,3% và của tác giả Trần Thị Bích Hương là 51,47%. Tỉ lệ thành công trong các lần đâm kim tương đối cao, với số lần đâm kim lấy được số mẫu tương ứng là 52/54 trường hợp (chiếm tỉ lệ 96,3%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp đâm kim 3 lần nhưng chỉ lấy được 1 mẫu

(1,9%) và có 1 trường hợp đâm kim 2 lần nhưng chỉ lấy được 1 mẫu (1,9%).

Tỉ lệ biến chứng nhẹ và biến chứng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Ngọc Phương Thảo và Trần Thị Bích Hương nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vương Tuyết Mai và Phạm Nữ Nguyệt Quế (Bảng 7). Nguyên nhân là do định nghĩa biến chứng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Hương và Huỳnh Ngọc Phương Thảo, nhưng khác với tác giả Vương Tuyết Mai và Phạm Nữ Nguyệt Quế. Trong nghiên cứu của tác giả Vương Tuyết Mai và Phạm Nữ Nguyệt Quế, biến chứng nặng được định nghĩa là khi có đái máu đại thể hoặc bệnh nhân có máu tụ hoặc chảy máu đến mức ảnh hưởng đến huyết động cần truyền máu và/hoặc nút thông động tĩnh mạch, can thiệp ngoại khoa. Tuy nhiên, biến chứng sau sinh thiết thận trong nghiên cứu của chúng tôi lại khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới (bảng 8).

Bảng 8. Biến chứng qua các nghiên cứu sinh thiết thận ngoài nước

Tác giả	Năm	Thiết kế nghiên cứu	Số bệnh nhân/ Số sinh thiết	Biến chứng ghi nhận
Korbert S.M. et al	2014	Hồi cứu	1055 bệnh nhân	Biến chứng nhẹ (đau hông lưng, tiểu máu đại thể, tụ máu quanh thận): 8,1% Biến chứng nặng (cần truyền máu, can thiệp nội mạch, can thiệp ngoại khoa, nhiễm trùng huyết, tử vong): 6,6%
Pombas B. et al ⁽⁷⁾	2019	Hồi cứu (T1/1998 – T12/2017)	661 sinh thiết thận (42 – 68 tuổi)	Biến chứng nặng: 1,5% Biến chứng nhẹ: 15,1% Tụ máu quanh thận (biến chứng nhẹ): thường gặp Cần truyền máu (biến chứng nặng): thường gặp
Poggio E.D. et	2020	Tổng quan (T1/1983-	118.064 (tuổi 30 – 79)	Đau tại vị trí sinh thiết: 4,3% Khối máu tụ: 11%

al ⁽⁶⁾		T3/2018)	sinh thiết	Tiểu máu đại thể: 3,5% Chảy máu phải truyền máu: 1,6% Can thiệp cầm máu: 0,3% Tử vong: 0,06%
Torigoe K. et al ⁽⁹⁾	2021	Hồi cứu (T4/2017 – T9/2020)	238 bệnh nhân	Giảm Hb \geq 10%: 13,1% Tụt huyết áp: 3,8% Truyền máu: 0,8% Tắc động mạch thận, cắt thận, hay tử vong: 0%
Chúng tôi	2021	Hồi cứu (T3/2020 – T3/2021)	54 bệnh nhân	Đau vùng sinh thiết: 13% Tiểu máu đại thể: 5,5% Tụ máu quanh thận: 3,7% Tiểu máu đại thể cần truyền máu: 1,9%

Nhìn chung, tỉ lệ biến chứng nặng sau sinh thiết trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, chỉ chiếm tỉ lệ 1,9%. Do đó, sinh thiết thận bằng súng tự động Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật có tính an toàn.

Tương quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh thận

Bệnh thận IgA là sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh cầu thận không phải lupus đỏ hệ thống (13/43 trường hợp sinh thiết, chiếm tỉ lệ 30,2%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, số trường hợp bệnh thận IgA trong nhóm hội chứng thận hư nguyên phát là 4, trong nhóm hội chứng viêm thận mạn là 5, trong nhóm suy thận tiến triển nhanh là 2 và trong nhóm suy thận chưa rõ nguyên nhân là 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự một nghiên cứu hồi cứu của các tác giả Ba Lan. Trong nghiên cứu của tác giả Perkowska-Ptasinska A. và cộng sự, tác giả khảo sát 9394 trường hợp sinh thiết thận từ năm 2009 đến năm 2014 tại Ba Lan. Tác giả ghi nhận sang thương giải phẫu bệnh thận thường gặp nhất ở người trưởng thành là bệnh thận IgA (chiếm tỉ lệ 20%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm hội chứng thận hư nguyên phát có bệnh cầu thận màng chiếm tỉ lệ cao nhất với 29,6% (8/27 trường hợp HCTH nguyên phát). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Rivera F. và Perkowska-Ptasinska A. Trong 2 nghiên cứu này, sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân hội chứng thận hư trưởng thành và cao tuổi đều là bệnh cầu thận màng. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của tác giả Golay V., Ismail M.I., Huỳnh Ngọc Phương Thảo và Nguyễn Bách. Tác giả Golay V. và Nguyễn Bách có sang thương thường gặp nhất là sang thương tối thiểu. Trong khi đó, Ismail M.I. và Huỳnh Ngọc Phương Thảo có sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất là xơ chai cầu thận khu trú từng vùng⁽⁴⁾. Như vậy, không có sự thống nhất với kết quả giải phẫu bệnh trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát giữa các nghiên cứu trong nước và so với các nghiên cứu nước ngoài. Ngoài ra, số lượng sinh thiết thận trong các nghiên cứu trong nước còn thấp, do đó, cần có một phân tích đa trung tâm hoặc số lượng mẫu lớn hơn để có được tỉ lệ sang thương giải phẫu bệnh chính xác ở

nhóm bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát.

Trong nhóm bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát, có 6 trường hợp là sang thương tối thiểu (22,2%) và 3 trường hợp là xơ chai cầu thận khu trú từng vùng (11,1%). Theo hướng dẫn của KDIGO cho điều trị bệnh cầu thận, chỉ có các trường hợp sang thương tối thiểu và xơ chai cầu thận là được khuyến cáo điều trị đầu tay đơn trị liệu với corticoid⁽⁵⁾. Bệnh cầu thận màng được khuyến cáo không điều trị đầu tay đơn trị liệu với corticoid. Bệnh thận IgA được khuyến cáo điều trị hỗ trợ bằng ức chế men chuyển/ức chế thụ thể ít nhất 6 tháng trước khi quyết định dùng thuốc ức chế miễn dịch tùy vào nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn. Như vậy, tỉ lệ những người đơn trị liệu với steroid nếu được sinh thiết trước khi tiến hành điều trị là 33,3%. Điều đó gợi ý rằng, có khoảng 67,7% bệnh nhân được điều trị corticoid không theo khuyến cáo. Việc điều trị không theo khuyến cáo có thể dẫn đến các tác dụng phụ không mong muốn do sử dụng steroid như hội chứng cushing, đục thủy tinh thể, đái tháo đường do thuốc, nhiễm trùng cơ hội, ... Chúng tôi ghi nhận 13 trường hợp có biểu hiện hội chứng cushing ở nhóm hội chứng thận hư nguyên phát (chiếm tỉ lệ 48,1%). Và trong nhóm bệnh nhân có biểu hiện hội chứng cushing, có 13/19 trường hợp là hội chứng thận hư nguyên phát (68,4%). Như vậy, việc sinh thiết thận sớm ở bệnh nhân hội chứng thận hư ở người trưởng thành là cần thiết vì sẽ giảm được các tác dụng không mong muốn của việc sử dụng steroid.

Việc có kết quả giải phẫu bệnh trên những đối tượng hội chứng thận hư đi kèm với bệnh lý khác có ý nghĩa quan trọng vì sẽ giúp quyết định sử dụng corticoid hay ức chế

miễn dịch một cách kịp thời. Ví dụ như các trường hợp hội chứng thận hư trên bệnh nhân đái tháo đường nhưng không rõ là bệnh thận do đái tháo đường, hoặc hội chứng thận hư trên bệnh nhân viêm gan. Các trường hợp hội chứng thận hư đi kèm với viêm gan siêu vi, nếu sang thương giải phẫu bệnh là sang thương tối thiểu hoặc xơ chai cầu thận khu trú từng vùng có thể xem như hội chứng thận hư nguyên phát và điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch kết hợp điều trị viêm gan siêu vi. Nếu sang thương giải phẫu bệnh là bệnh cầu thận màng hay viêm cầu thận tăng sinh màng trên bệnh nhân viêm gan siêu vi B, C hoạt động thì không có chỉ định sử dụng ức chế miễn dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp hội chứng thận hư kết hợp với viêm gan siêu vi B, có kết quả giải phẫu bệnh là xơ hóa không đặc hiệu và bệnh viêm gan siêu vi B không đang hoạt tính. Do đó, chúng tôi xem như hội chứng thận hư nguyên phát là điều trị bằng steroid kết hợp với thuốc kháng siêu vi B nhằm ngăn bùng phát viêm gan siêu vi B do corticoid. Chúng tôi có một trường hợp hội chứng thận hư kèm đái tháo đường típ 2 nhưng không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận do đái tháo đường trên lâm sàng. Khi sinh thiết, chúng tôi ghi nhận giải phẫu bệnh là bệnh thận do đái tháo đường do đó không có chỉ định dùng steroid hoặc ức chế miễn dịch. Như vậy, nhờ vào kết quả giải phẫu bệnh thận, chúng tôi quyết định có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch hoặc steroid trên những đối tượng này hay không. Qua đó, cải thiện được dự hậu của những bệnh nhân này

Có 11 trường hợp được chẩn đoán lupus đỏ hệ thống biến chứng thận trước sinh thiết. Trong đó 10 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là viêm thận lupus, 1 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là xơ hóa cầu thận khu trú

từng vùng. Đối với nhóm bệnh nhân có chẩn đoán xác định lupus đỏ hệ thống biến chứng thận từ trước sinh thiết (bệnh cầu thận thứ phát), sang thương giải phẫu bệnh thường nhất là viêm thận lupus class IV chiếm tỉ lệ 54,5% (6/11 trường hợp). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo với viêm thận Lupus class IV chiếm 17/22 trường hợp lupus đỏ hệ thống biến chứng thận. Như vậy, viêm thận class IV là sang thương thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân lupus đỏ hệ thống biến chứng thận. Ngoài ra, chúng tôi có 3 trường hợp chưa được chẩn đoán lupus đỏ hệ thống trước sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là viêm thận lupus. Trong 3 trường hợp này, có 2 trường hợp biểu hiện viêm thận mạn và xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính, ngoài ra không có bất kỳ triệu chứng nào khác để chẩn đoán lupus theo tiêu chuẩn hội thấp khớp học Hoa Kỳ năm 1997. Tuy nhiên, nếu áp dụng tiêu chuẩn của hội thấp khớp Châu Âu và hội thấp khớp Hoa Kỳ 2019, 2 bệnh nhân này có ANA dương nên được dùng các tiêu chuẩn thêm vào⁽²⁾. Trong tiêu chuẩn thêm vào tại thận, 2 bệnh nhân này có tiểu protein niệu > 0,5g/24 giờ (được 4 điểm) và sinh thiết thận ghi nhận viêm thận lupus class III (10 điểm). Như vậy, tổng điểm của cả 2 bệnh nhân này là 10 điểm (vì trong nhóm tiêu chuẩn thận lấy tiêu chí có điểm cao nhất). Theo hướng dẫn này, tổng điểm ≥ 10 điểm sẽ được chẩn đoán là lupus đỏ hệ thống, tuy nhiên, cần có ít nhất một tiêu chuẩn về mặt lâm sàng. Do đó, cả hai trường hợp này chưa thể chẩn đoán lupus đỏ hệ thống. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận một trường hợp có biểu hiện hội chứng viêm thận mạn kèm suy thận có đột biến gen của hội chứng Alport dạng dị hợp tử. Bệnh nhân này có xét nghiệm kháng thể kháng nhân

(ANA) và kháng thể kháng chuỗi xoắn kép DNA (anti ds DNA) đều âm tính. Khi sinh thiết thận, kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận lupus đỏ hệ thống biến chứng thận class III. Trường hợp của bệnh nhân này là trường hợp viêm thận lupus chỉ khu trú tại thận (renal limited lupus – like nephritis, RLLLN). Hiện có khoảng 40 trường hợp viêm thận lupus chỉ khu trú tại thận được báo cáo⁽¹⁾. Tiên lượng của những bệnh nhân này tùy thuộc vào biểu hiện lâm sàng của họ. Trường hợp của chúng tôi khá đặc biệt vì người bệnh ngoài biểu hiện viêm thận lupus người bệnh còn có đột biến gen của hội chứng Alport dạng dị hợp tử. Đột biến dạng dị hợp tử này không gây bệnh, do đó, bệnh nhân không có những biểu hiện của hội chứng Alport như giảm thính lực, giảm thị lực. Theo y văn, nếu người bệnh có đột biến biểu hiện hội chứng Alport, người bệnh sẽ có biểu hiện viêm thận, giảm thính lực, giảm thị lực ở độ tuổi từ 20 – 25 tuổi. Bệnh nhân của chúng tôi chỉ có biểu hiện viêm thận và đột biến dị hợp tử do đó, chúng tôi quyết định tiến hành sinh thiết thận để xem nguyên nhân dẫn đến tình trạng viêm thận mạn và suy thận của người bệnh là gì.

Hội chứng viêm thận mạn trong nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp bệnh nhân này sau khi khám sức khỏe phát hiện có tiểu protein hoặc tiểu máu hoặc cả hai nhưng không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng (như phù, tiểu máu đại thể) kèm hay không kèm suy thận ở thời điểm sinh thiết. Các bệnh nhân này được theo dõi một thời gian 3 – 6 tháng và ghi nhận tiểu protein bắt đầu tăng dần nên được tiến hành sinh thiết thận. Trong nhóm này, sang thương giải phẫu bệnh thường gặp nhất là bệnh thận IgA (chiếm tỉ lệ 71,4%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Perkowska-Ptasinska A. và cộng sự, sang thương thường gặp nhất ở

nhóm hội chứng viêm thận cũng là bệnh thận IgA (31,3%).

Trong nghiên cứu của Trần Thị Bích Hương, tác giả đã thực hiện sinh thiết an toàn 14 trường hợp suy thận tiến triển nhanh, đã lọc thận nhân tạo, nhưng kích thước thận còn tốt trên siêu âm, giúp cải thiện điều trị và đưa một số bệnh nhân ra khỏi lọc thận. Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp suy thận tiến triển nhanh, trong đó, có 1 trường hợp đã vào lọc máu và 2 trường hợp còn lại chưa vào lọc máu. Đối với trường hợp suy thận tiến triển nhanh có lọc máu, ở thời điểm sinh thiết, bệnh nhân này có creatinine huyết thanh là 768,8 $\mu\text{mol/L}$ (với eGFR là 6 ml/phút/1,73 m² da). Kết quả sinh thiết ghi nhận sang thương viêm cầu thận tăng sinh màng. Bệnh nhân được điều trị với cyclophosphamide kết hợp với corticoid, giúp cải thiện dần chức năng thận và bệnh nhân ra khỏi lọc thận sau 2 tháng. Cả 3 trường hợp suy thận tiến triển nhanh này đều không ghi nhận biến chứng sau sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết thận qua da bằng súng sinh thiết lõi tự động Bard Monopty dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật hiệu quả và an toàn. Việc sinh thiết thận giúp ích nhiều cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh thận. Nên tiến hành sinh thiết sớm trên những bệnh nhân bệnh thận, đặc biệt là những bệnh nhân trưởng thành bị hội chứng thận hư, để tránh các tác dụng phụ không mong muốn do sử dụng steroid. Cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để có thể biết được mô hình bệnh tật bệnh lý cầu thận tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amir J, Sheikh S, Amir A (2019). Renal limited lupus-like nephritis – A case report an review of literature. Canadian Journal of General Internal Medicine, 14(1):29-34
2. Aringer M, Costenbader K, Daikh D et al (2019). 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythromatosus. Arthritis Rheumatol, 71(9):1400-1412
3. Emmett M, Fenves AZ, Schwartz JC (2016). Approach to the patient with kidney disease. In: Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA et al. Brenner and Rector's the Kidney. Elsevier, 1:754-778
4. Ismail MI, Lakouz K, Abdelbary E (2016). Clinicopathological correlations of renal pathology: A single center experience. Saudi J Kidney Dis Transpl, 27(3):557-562
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2021). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney Int, 100(4s):S1-S276
6. Poggio ED, McClelland RL, Blank KN et al (2020). Systematic review and meta-analysis of native kidney biopsy complications. Clin J Am Soc Nephrol, 15(11):1595-1602
7. Pombas B, Rodríguez E, Sánchez J et al (2020). Risk factors associated with major complications after ultrasound guided percutaneous renal biopsy of native kidneys. Kidney Blood Press Res, 45(1):122-130
8. Torigoe K, Muta K, Tsuji K et al (2021). Safety of renal biopsy by physicians with short nephrology experience. Healthcare (Basel), 9(4):1-8