

# NGHIÊN CỨU TỔN THƯƠNG MÔ BỆNH HỌC THẬN VÀ MÔ HÌNH LÂM SÀNG CỦA BỆNH LÝ CẦU THẬN Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Diễm Chi<sup>1</sup>, Lê Thy Phương Anh<sup>2\*</sup>, Nguyễn Thị Thúy Sương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hữu Sơn<sup>1</sup>, Trần Kiên Hào<sup>3</sup>, Nguyễn Đình Căn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Huế

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

<sup>3</sup>Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tổn thương mô bệnh học thận và mô hình lâm sàng của bệnh lý cầu thận ở trẻ em.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** Hội chứng thận hư đơn thuần là chẩn đoán chủ yếu trước sinh thiết thận (59,3%), tiếp đến là hội chứng thận hư không đơn thuần với 12,7%, viêm thận Schonlein Henoch, viêm thận Lupus, bệnh thận IgA, thiếu máu huyết tán, hội chứng Alport chiếm tỉ lệ lần lượt là 11,2%, 8,4%, 5,6% và 1,4% cho mỗi loại. Sau khi có kết quả mô bệnh học, tổn thương tối thiểu gặp nhiều nhất trong bệnh lý cầu thận nguyên phát (36,6%), viêm thận Lupus gặp chủ yếu với 15,5% trong nhóm bệnh lý cầu thận thứ phát. Triệu chứng đái máu và các biểu hiện ngoài thận có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh lý ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận là 38%, trong đó bệnh thận IgA có tỷ lệ thay đổi chẩn đoán thấp nhất, viêm thận Lupus và hội chứng thận hư có tỷ lệ thay đổi chẩn đoán cao nhất.

**Kết luận:** Tổn thương tối thiểu chiếm ưu thế ở nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát, viêm thận Lupus chiếm đa số ở nhóm bệnh lý cầu thận thứ phát. Đái máu và biểu hiện ngoài thận có khác biệt ý nghĩa giữa các nhóm bệnh lý cầu thận.

**Từ khóa:** bệnh lý cầu thận, hội chứng thận hư, mô bệnh học, trẻ em

## COMPREHENSION OF THE RESULTS OF ECHOCARDIOGRAPHY AND MULTISLICE COMPUTER TOMOGRAPHY WITH RESULTS OF TRUNCUS ARTERIOSUS SURGICAL IN PEDIATRIC

**Objective:** To investigate the histopathological and clinical pattern of the glomerular diseases in children.

**Method:** Cross-sectional descriptive study.

**Results:** Pure nephrotic syndrome is the main diagnosis before kidney biopsy (59.3%), followed by non-pure nephrotic syndrome with 12.7%, Schonlein Henoch nephritis, Lupus nephritis, IgA nephropathy, accounting for 11.2%, 8.4%, 5.6%, respectively. Hemolytic uremic syndrome and Alport syndrome accounted for 1.4% of each type. After being diagnosed by histopathological results, minimal change disease was most common with 36.6% in the primary group, and Lupus nephritis was found mainly with 15.5% in the secondary group. Among the clinical manifestations of glomerular diseases, hematuria, and extrarenal

Nhận bài: 15-08-2023; Chấp nhận: 10-10-2023

Người chịu trách nhiệm: Lê Thy Phương Anh

Email: lephuonganh156@gmail.com

Địa chỉ: Trường Đại học y dược Huế, Đại học Huế

manifestations were significantly different among the glomerular groups ( $p < 0.05$ ). The ratio of change in diagnosis after the renal biopsy was 38%, in which IgA nephropathy had the lowest ratio, and Lupus nephritis and nephrotic syndrome had the highest ratio.

**Conclusion:** Minimal change disease predominated in the group of primary glomerulonephritis, Lupus nephritis was the majority in the group of secondary glomerulonephritis. Hematuria and extrarenal manifestations were clinically significant differences among groups of glomerular diseases.

**Keywords:** renal biopsy, nephrotic syndrome, histopathology, children

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý cầu thận là nhóm bệnh thận thường gặp nhất ở trẻ em. Nguyên nhân gây ra bệnh lý cầu thận cấp có thể do nhiễm khuẩn hoặc không do nhiễm khuẩn. Trong đó, nguyên nhân nhiễm khuẩn được biết đến nhiều nhất là viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu, tiếp đến là các vi khuẩn, virus, nấm và ký sinh trùng. Các nguyên nhân không nhiễm khuẩn thường liên quan đến các bệnh lý cầu thận nguyên phát như bệnh thận IgA, viêm cầu thận tăng sinh màng, viêm tăng sinh gian mạch và các bệnh lý hệ thống như lupus ban đỏ hệ thống, Henoch-Schönlein [1], [2]. Nếu là bệnh hệ thống có thể có các triệu chứng khác như ban hình cánh bướm ở mặt, ban xuất huyết dưới da, viêm đường hô hấp trên, đau khớp, đau bụng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của các bệnh lý cầu thận cấp lúc mới khởi bệnh biểu hiện khá giống nhau như phù, tiểu máu, tăng huyết áp và nhiều cơ sở y tế chưa có đủ điều kiện để làm các xét nghiệm chuyên sâu nên có thể dễ bị bỏ sót, dẫn đến điều trị không triệt để, làm bệnh diễn tiến mạn tính, có thể dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối. Các bệnh lý cầu thận ở trẻ em rất đa dạng, thường đòi hỏi điều trị lâu dài, bệnh hay tái phát [3]. Mức độ đáp ứng điều trị cũng như tiến triển sang bệnh thận giai đoạn cuối lại tùy thể tổn thương giải phẫu bệnh [4]. Việc biết được kết quả giải phẫu bệnh mô bệnh học thận sẽ giúp chẩn đoán chính xác bệnh nguyên, lựa chọn điều trị cũng như tiên lượng đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, không phải cơ sở y tế nào cũng thực hiện được thủ thuật sinh thiết thận. Vì vậy, nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa mô hình lâm sàng và đặc điểm mô bệnh học mô thận của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em, chúng

tôi thực hiện đề tài **“Nghiên cứu tổn thương mô bệnh học thận và mô hình lâm sàng của bệnh lý cầu thận ở trẻ em”** nhằm các mục tiêu sau:

1. Mô tả kết quả giải phẫu bệnh mô bệnh học thận của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em.
2. Trình bày mối tương quan giữa kết quả mô bệnh học thận với mô hình lâm sàng của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

71 bệnh nhi mắc bệnh lý cầu thận có chỉ định sinh thiết thận từ tháng 1/2020 đến 12/2022.

### 2.2. Địa điểm

Khoa Nhi Thần kinh- Tự kỷ- Thận- Nội tiết, Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Huế và khoa Nhi, Bệnh viện trường Đại học Y dược Huế.

### 2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Trẻ < 16 tuổi, mắc bệnh các bệnh lý cầu thận và có chỉ định sinh thiết thận, cụ thể như sau:

- Hội chứng thận hư: để kháng corticoid hoặc >10 tuổi có biểu hiện phụ thuộc corticoid hoặc có biểu hiện đái máu đại thể hoặc có biểu hiện suy thận cấp tại thận.
- Viêm cầu thận cấp có biểu hiện đái máu đại thể kéo dài quá 3 tuần hoặc có biểu hiện suy thận cấp kéo dài quá 2 tuần.
- Tiểu đạm ngưỡng thận hư dai dẳng quá 3 tháng.
- Viêm thận Lupus, viêm thận Schonlein Henoch [5], [2],[4]

**2.4. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bố mẹ hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.5. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước nghiên cứu:

- Chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Tiến hành thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm sinh thiết thận: thu thập các biến số tuổi, giới, địa dư, phù, tăng huyết áp, đái máu đại thể, thể tích nước tiểu, albumin máu, creatinine máu, protein niệu, creatinine niệu, 10 thông số nước tiểu. Chẩn đoán trước sinh thiết thận.

- Tiến hành sinh thiết thận dưới hướng dẫn của siêu âm bằng kim 16G, mô thận được gửi đọc tại khoa giải phẫu bệnh, Bệnh viện Nhi đồng 1. Ghi nhận chẩn đoán sau khi có kết quả mô bệnh học.

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu**

Sử dụng phần mềm SPSS

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Trong 71 bệnh nhi có bệnh lý cầu thận có chỉ định sinh thiết thận dưới hướng dẫn của siêu âm,

độ tuổi trung bình là  $9,1 \pm 3,9$  tuổi, với nhóm tuổi từ 11-15 tuổi chiếm ưu thế với 42,5%. Trẻ nam chiếm ưu thế và đa số trẻ trong nhóm nghiên cứu đến từ vùng nông thôn.

**3.2. Chẩn đoán lâm sàng trước sinh thiết**

**Bảng 1.** Chẩn đoán lâm sàng trước sinh thiết

Chẩn đoán trước sinh thiết	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm thận Schonlein Henoch	8	11,2
Viêm thận Lupus	6	8,4
Hội chứng thận hư đơn thuần	42	59,3
Hội chứng thận hư không đơn thuần	9	12,7
Bệnh thận IgA	4	5,6
Hội chứng thiếu máu huyết tán tăng ure máu	1	1,4
Hội chứng Alport	1	1,4
<b>Tổng</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

*Nhận xét:* Hội chứng thận hư đơn thuần là chẩn đoán chủ yếu trước sinh thiết thận (59,3%), tiếp đến là hội chứng thận hư không đơn thuần với 12,7%, viêm thận Schonlein Henoch, viêm thận Lupus, bệnh thận IgA, chiếm tỉ lệ lần lượt là 11,2%, 8,4%, 5,6%. Thiếu máu huyết tán tăng ure máu, hội chứng Alport chiếm 1,4% cho mỗi loại.

**3.3. Kết quả mô bệnh học của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em**

**Bảng 2.** Kết quả mô bệnh học của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em

Nhóm	Kết quả mô bệnh học	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý cầu thận thứ phát	Viêm mao mạch dị ứng	6	8,5
	Viêm thận Lupus	11	15,5
	Bệnh cầu thận xơ hóa từng phần khu trú thứ phát	1	1,4
Bệnh lý cầu thận tiên phát	Bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu	26	36,6
	Bệnh cầu thận xơ hóa từng phần khu trú	19	26,8
	Bệnh thận IgA	6	8,5
	Bệnh cầu thận tăng sinh màng	1	1,4
	Bệnh viêm cầu thận màng	1	1,4
<b>Tổng</b>		<b>71</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát (74,6%) chiếm đa số so với nhóm cầu thận thứ phát (25,4%). Trong nhóm bệnh lý cầu thận nguyên phát, tổn thương tối thiểu gặp nhiều nhất với 36,6%, trong nhóm bệnh lý cầu thận thứ phát, viêm thận Lupus gặp chủ yếu (15,5%).

### 3.4. Các đặc điểm lâm sàng của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em

**Bảng 3.** Các đặc điểm lâm sàng của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em

Nguyên nhân	Triệu chứng	Tăng huyết áp		Đái máu đại thể		Thiếu niệu		Triệu chứng ngoài thận	
		Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Viêm mao mạch dị ứng (n=6)		1	16,7	3	50	0	0	6	100
Viêm thận Lupus (n=11)		6	54,5	5	45,5	2	18,2	4	36,4
Bệnh cầu thận xơ hóa từng phần khu trú thứ phát (n=1)		0	0	1	100	0	0	0	0
Bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu (n=26)		3	11,5	0	0	2	7,7	0	0
Bệnh cầu thận xơ hóa từng phần khu trú (n=19)		5	26,3	1	5,3	1	5,3	0	0
Bệnh thận IgA (n=6)		0	0	5	83,3	0	0	0	0
Bệnh cầu thận tăng sinh màng (n=1)		1	100	0	0	0	0	0	0
Bệnh viêm cầu thận màng (n=1)		0	0	1	100	0	0	0	0
Tổng (n=71)		16	22,6	16	22,6	5	7,0	10	14,1
p		>0,05	<0,05	>0,05	<0,05				

*Nhận xét:* Trong các biểu hiện lâm sàng của các nhóm bệnh lý cầu thận, triệu chứng đái máu và các biểu hiện ngoài thận có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh lý cầu thận ( $p < 0,05$ ).

### 3.5. Mức độ thay đổi chẩn đoán trước và sau sinh thiết thận

**Bảng 4.** Mức độ thay đổi chẩn đoán trước và sau sinh thiết thận

		Chẩn đoán trước sinh thiết thận							Tổng
		HS	L	THDT	THKDT	IgA	TMHT	Alport	
Chẩn đoán sau sinh thiết thận	HS	6	0	0	0	0	0	0	6
	L	2	5	0	3	0	1	0	11
	TTTT	0	0	25	1	0	0	0	26
	XHTPKT	0	1	13	4	0	0	1	19
	IgA	0	0	2	0	4	0	0	6
	VCTTSM	0	0	0	1	0	0	0	1
	VCTM	0	0	1	0	0	0	0	1
	XHCTTP	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Tổng</b>		<b>8</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>71</b>

(Ghi chú: HS- viêm thận Schonlein Henoch, L- viêm thận Lupus, TTTT- tổn thương tối thiểu, XHTPKT- xơ hóa từng phần khu trú, IgA- bệnh thận IgA, VCTTSM- viêm cầu thận tăng sinh màng, VCTM- viêm cầu thận màng, XHCTTP- xơ hóa cầu thận thứ phát, THDT- hội chứng thận hư đơn thuần, THKDT- hội chứng thận hư đơn thuần, TMHT- hội chứng thiếu máu huyết tán tăng ure máu, Alport- Hội chứng Alport)

**Bảng 5.** Tỷ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận

Thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Có	27	38,0
Không	44	62,0
Tổng	71	100,0

*Nhận xét:* Tỷ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận là 38%.

#### IV. BÀN LUẬN

Ở bảng 1, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hội chứng thận hư không đơn thuần là chẩn đoán chủ yếu trước sinh thiết thận (59,3%), tiếp đến là hội chứng thận hư không đơn thuần với 12,7%, viêm thận Schonlein Henoch, viêm thận Lupus, bệnh thận IgA, chiếm tỉ lệ lần lượt là 11,2%, 8,4%, 5,6%. Thiếu máu huyết tán tăng ure máu, hội chứng Alport chiếm 1,4% cho mỗi loại.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đức ghi nhận các chẩn đoán trước sinh thiết là: hội chứng thận hư 46,9%, viêm cầu thận cấp 15,6%, Lupus ban đỏ 21,9%, đái máu tái diễn 12,5%, suy thận chưa rõ nguyên nhân 3,1% [6].

Nghiên cứu của Lee SA ở 318 trường hợp cho thấy các chẩn đoán lâm sàng trước sinh thiết bao gồm : 114 bệnh nhân (35,9%) bất thường nước tiểu không triệu chứng, 44 bệnh nhân (13,9%) tiểu máu đơn độc, 70 bệnh nhân (22,0%) tiểu máu kèm protein niệu; 93 bệnh nhân (29,3%) hội chứng thận hư; 57 bệnh nhân (18,0%) với viêm cầu thận cấp; 38 bệnh nhân (11,9%) có viêm thận Henoch Schönlein; 4 bệnh nhân (1,2%) với viêm thận Lupus; và 12 bệnh nhân (3,7%) mắc các bệnh lý khác, chẳng hạn như suy thận cấp, hội chứng Alport, hội chứng tán huyết tăng ure máu ...[7]

Như vậy, chẩn đoán lâm sàng của các bệnh lý cầu thận trước sinh thiết thận cũng khá phong phú. Trong đó hội chứng thận hư vẫn là một trong các chẩn đoán thường gặp nhất.

Về kết quả mô bệnh học của nhóm bệnh lý cầu thận, ở bảng 2, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát (74,6%) chiếm đa số so với nhóm cầu thận thứ phát (25,4%). Trong nhóm bệnh lý cầu thận nguyên phát, tổn thương tối thiểu gặp nhiều nhất với 36,6%, trong nhóm

bệnh lý cầu thận thứ phát, viêm thận Lupus gặp chủ yếu (15,5%).

Nghiên cứu của Huỳnh Thoại Loan từ năm 2008 đến 2010 ở 262 trẻ cho thấy tỉ lệ các nhóm tổn thương tối thiểu là 24,05%, viêm thận Lupus là 23,66%, xơ hóa từng phần khu trú là 17,94%, IgA là 11,45%, viêm cầu thận Henoch Schonlein là 3,44%, viêm cầu thận tăng sinh màng 1,53%, viêm cầu thận màng là 1,53%.[8]

Một nhóm các nhà nghiên cứu Hàn Quốc đã công bố kết quả sinh thiết thận ở 318 trẻ trong vòng 27 năm như sau: Bệnh thận IgA hay gặp nhất với 27,9%, tiếp đến là bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu 21,3%, bệnh cầu thận tăng sinh màng là 7,2% và bệnh cầu thận xơ hóa cục bộ từng phần là 3,4%. Trong nhóm viêm cầu thận thứ phát, viêm thận Schonlein Henoch chiếm 12,2% trong khi viêm thận Lupus là 1,5%.[7]

Một nghiên cứu ở Morocco trong 16 năm ở 112 trẻ cho thấy: Bệnh thận nguyên phát chiếm 59,8% trường hợp, với tỷ lệ bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu chiếm ưu thế trong 40,2% trường hợp. Bệnh thận thứ phát chiếm 27,7% các trường hợp, với chủ yếu là viêm thận Lupus (11,6%), tiếp theo là viêm thận Henoch-Schonlein (6,2% trường hợp) và viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu (3,6%). Có một trường hợp bị viêm cầu thận màng liên quan đến virus viêm gan B. Viêm cầu thận mãn tính chiếm 12,5% các trường hợp. [9]

Do đặc điểm chủng tộc, điều kiện cơ sở vật chất có thể khác nhau giữa các khu vực, tuy nhiên, nhìn chung, nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát chiếm đa số trong các bệnh lý cầu thận, và bệnh thận tổn thương tối thiểu là kết quả mô bệnh học thường gặp nhất.

Khi tìm hiểu về mô hình lâm sàng của các bệnh lý cầu thận ở trẻ em, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tăng huyết áp chung trong nhóm nghiên cứu

là 22,6%. Không có sự khác biệt về triệu chứng tăng huyết áp giữa các bệnh lý cầu thận ( $p>0,05$ ). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đức, tỉ lệ tăng huyết áp trong các đối tượng sinh thiết thận là 31,3% [6]. Xét về nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát mà chủ yếu là bệnh hội chứng thận hư, chúng tôi tìm thấy trong nghiên cứu của Phan Ngọc Hải tỉ lệ tăng huyết áp là 13,9% [10], và nghiên cứu Nguyễn Văn Sang có 10,8% trẻ có biểu hiện tăng huyết áp [11]. Kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Thái Thiên Nam về viêm thận Lupus ở trẻ em, tỉ lệ tăng huyết áp chiếm 50% [12]. Tăng huyết áp là triệu chứng thường gặp trong các bệnh lý cầu thận. Tăng huyết áp có thể do các cơ chế tại cầu thận cũng như ngoài cầu thận. Các yếu tố do thận như sự giảm albumin máu dẫn đến giảm áp lực keo, giảm mức lọc cầu thận, kích hoạt hệ Renin- Angiotensin- Aldosteron làm giữ muối nước, co mạch gây tăng huyết áp; hoặc các tổn thương xơ hóa tại cầu thận cũng góp phần gây tăng huyết áp [13, 14]. Gần đây, phản ứng feedback giữa albumin niệu và các quai thận cũng góp phần gây tăng huyết áp [14]. Các cơ chế khác ngoài thận như sử dụng các thuốc gây tăng huyết áp (corticoid, cyclosporine A), yếu tố di truyền, chế độ ăn uống và các yếu tố xơ vữa mạch máu [13]. Vì vậy, triệu chứng tăng huyết áp không phải là triệu chứng đặc trưng cho nhóm bất kỳ bệnh lý cầu thận nào.

Ở nhóm bệnh lý cầu thận tiên phát, phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng đái máu đại thể. Ở nhóm bệnh lý cầu thận thứ phát, tỉ lệ đái máu đại thể chiếm tỉ lệ cao. Có sự khác biệt có ý nghĩa về triệu chứng đái máu giữa các nhóm bệnh lý cầu thận ( $p<0,05$ ). Trong các phân nhóm lâm sàng, các nhà khoa học dựa vào triệu chứng đái máu đại thể phân nhóm nguyên nhân của hội chứng thận hư tiên phát. Hội chứng thận hư không kèm viêm cầu thận phần lớn là hội chứng thận hư vô căn như bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu, bệnh cầu thận xơ hóa từng phần khu trú. Hội chứng thận hư có kèm viêm cầu thận trên sinh thiết (và xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, trụ tế bào) hay gặp bệnh cầu thận màng, bệnh thận tăng sinh màng, bệnh thận IgA...[15]. Do đó, triệu chứng đái máu đại thể là một triệu

chứng có giá trị giúp nhận định nhóm nguyên nhân của các bệnh lý cầu thận.

Phần lớn bệnh nhân ở các nhóm bệnh lý cầu thận không có tình trạng thiếu niệu, vô niệu (bảng 3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đức với 21,9% bệnh nhân thiếu niệu [6].

Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm bệnh lý thứ phát có các biểu hiện ngoài thận, trong khi nhóm bệnh lý cầu thận nguyên phát không có biểu hiện ngoài thận. Đáng chú ý, có 7/11 bệnh nhân viêm thận Lupus không có biểu hiện ngoài thận, điều này dễ dẫn đến bỏ sót bệnh trong các cơ sở không có điều kiện làm các xét nghiệm chuyên sâu về nhóm bệnh lý thận.

Đánh giá mức độ thay đổi chẩn đoán trước và sau sinh thiết thận, ở bảng 4 chúng tôi nhận thấy: chẩn đoán hội chứng thận hư đơn thuần là chẩn đoán có nhiều thay đổi nhất sau sinh thiết thận, chẩn đoán bệnh thận IgA có tỉ lệ phù hợp giữa chẩn đoán lâm sàng với chẩn đoán sau sinh thiết là 100%. Tỉ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận là 38%.

Theo nghiên cứu của Huỳnh Thoại Loan và Trần Thị Kim Anh, chẩn đoán hội chứng thận hư và viêm thận Lupus là hai chẩn đoán trước sinh thiết có nhiều thay đổi nhất sau sinh thiết thận [16], [8]. Tỉ lệ thay đổi chẩn đoán trong nghiên cứu của Trần Thị Kim Anh là 10% [16]. Theo nghiên cứu của Pilaian, tỉ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết là 47% [17]. Tỉ lệ này khác nhau giữa cách định hướng chẩn đoán, phương tiện xét nghiệm cận lâm sàng của các cơ sở y tế có khác nhau, kinh nghiệm của các bác sĩ khác nhau. Tuy nhiên, sinh thiết thận và đọc mô bệnh học đã cho thấy vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định các bệnh lý cầu thận, từ đó đưa ra cơ sở cho việc lựa chọn các phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Trong các bệnh lý cầu thận có chỉ định sinh thiết thận ở trẻ em, tổn thương tối thiểu gặp nhiều nhất trong nhóm bệnh lý cầu thận nguyên phát, viêm thận Lupus gặp chủ yếu trong nhóm bệnh lý cầu thận thứ phát. Triệu chứng đái máu và các biểu hiện ngoài thận là

các biểu hiện lâm sàng có khác biệt ý nghĩa giữa các bệnh lý cầu thận. Tỷ lệ thay đổi chẩn đoán sau sinh thiết thận là 38%, trong đó bệnh thận IgA có tỷ lệ thay đổi chẩn đoán thấp nhất, viêm thận Lupus và hội chứng thận hư có tỷ lệ thay đổi chẩn đoán cao nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhalla K, Gupta A, Nanda S et al.** Epidemiology and clinical outcomes of acute glomerulonephritis in a teaching hospital in North India. *J Family Med Prim Care* 2019;8(3):934-937. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_57\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_57_19)
2. **Phadke KD, Goodyer P, Bitzan M.** Manual of Pediatric Nephrology. Springer 2014:141-145.
3. **Fogo AB, Kashgarian M.** Diagnosis Atlas of Renal Pathology. Elsevier 2017:19-294.
4. **Fogo AB.** Pediatric Nephrology. Springer 2017:706-742.
5. **BỘ Y TẾ.** Tiếp cận chẩn đoán đái máu. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý thường gặp ở trẻ em 2015:412.
6. **Nguyễn Thị Hồng Đức, Trần Kiên Hải, Nguyễn Thị Diễm Chi, Nguyễn Đình Cân, Nguyễn Hoàng Minh, Huỳnh Ngọc Linh, Phạm Nguyên Cường,** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương mô bệnh học trong bệnh cầu thận trẻ em. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường* 2020;43:78-83.
7. **Lee SA, KIm MS, Kim SC et al.** Clinical and Pathological Findings of Renal Biopsy in Children: Outcomes from a Single Center Over 27 Years. *Child Kidney Dis* 2017;21(1):8-14. <https://doi.org/10.3339/jkspn.2017.21.1.8>
8. **Huỳnh Thoại Loan.** Sinh thiết thận tại bệnh viện Nhi đồng 1. *Tạp chí Y học thực hành* 2010;10(739):99-105.
9. **Souilmi F, Houissaini TS, Alaoui H et al.** Indications and results of renal biopsy in children: A single-center experience from Morocco. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2015;26(4):810-815. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.160225>
10. **Phan Ngọc Hải.** Nghiên cứu biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng thận hư ở trẻ em theo diễn tiến điều trị giai đoạn tấn công. Đại học Y dược Huế 2014.
11. **Nguyễn Văn Sang.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát trẻ em tại bệnh viện sản nhi Bắc Giang. *Tạp chí Khoa học & Công nghệ* 2018;87(11):9-12.
12. **Thái Thiên Nam.** Nghiên cứu lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm thận Lupus ở trẻ em. Đại học Y Hà Nội 2018.
13. **Shatat IF, Becton LJ, Woroniecki RP.** Hypertension in Childhood Nephrotic Syndrome. *Front Pediatr* 2019;7:287. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00287>
14. **Haas ME, Aragam K, Emdin CA et al.** Genetic Association of Albuminuria with Cardiometabolic Disease and Blood Pressure. *Am J Hum Genet* 2018;103(4):461-473. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2018.08.004>
15. **Niaudet P.** Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of nephrotic syndrome in children. *Uptodate.com*, 2020.
16. **Trần Thị Kim Anh, Trần Nguyễn Như Uyên, Vũ Huy Trụ.** Khảo sát đặc điểm các trường hợp sinh thiết thận tại bệnh viện Nhi đồng 2. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2021;2(25):14-20.
17. **Pilania RK, Venkatech GV, Nada R et al.** Renal Biopsy in Children-Effect on Treatment Decisions: A Single-Center Experience. *Indian J Pediatr* 2021;88(10):1036-1039. <https://doi.org/10.1007/s12098-021-03721-9>