Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 302-306

ASSESSMENT OF THE RATE AND CHARACTERISTICS OF TREATMENT CHANGES FOLLOWING RENAL BIOPSY RESULTS IN PATIENTS WITH GLOMERULAR DISEASES

Dao Thi Thu[1,2*], Do Gia Tuyen[2,3], Nghiem Trung Dung[1]

[1]*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[3]*Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 12/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Renal biopsy is the gold standard in the diagnosis of glomerular diseases, helping to guide and individualize treatment, especially treatment with immunosuppressive drugs.

Objective: To evaluate the rate and characteristics of changes in indications for immunosuppressive drug treatment after renal biopsy results in patients with glomerular diseases.

Methods: Observational cohort. Location: Center for Nephrology, Urology and Dialysis, Bach Mai Hospital. Time: From January 2024 to February 2026.

Results: A total of 554 patients were studied. The rate of patients whose immunosuppressive drug treatment was changed after renal biopsy results was 46%, and there were differences among groups of glomerular diseases. The rate of change was 100% in rapidly progressive glomerulonephritis, 74.5% in lupus nephritis, 44.7% in IgA nephropathy, 37.3% in nephrotic syndrome, and 35.1% in other glomerular diseases. Among the patients whose treatment was changed, 31.8% were started on immunosuppressive drugs, 56.9% had their immunosuppressive drug treatment intensified, 3.1% had the treatment intensity reduced, 5.1% were switched to another regimen, and 3.1% discontinued immunosuppressive drugs.

Conclusion: The rate of patients whose immunosuppressive drug treatment was changed after renal biopsy results was 46%, of whom the majority were started on or had their immunosuppressive drug treatment intensified.

Keywords: Treatment modification, renal biopsy, glomerular disease.

*Corresponding author
Email: thudhy89@gmail.com **Phone**: (+84) 967136066 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6279

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM THAY ĐỔI CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ ỨC CHẾ MIỄN DỊCH SAU KHI CÓ KẾT QUẢ SINH THIẾT THẬN Ở BỆNH CẦU THẬN

Đào Thị Thu[1,2*], Đỗ Gia Tuyển[2,3], Nghiêm Trung Dũng[1]

[1]Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 12/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Sinh thiết thận là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán các bệnh cầu thận, giúp định hướng và cá thể hoá điều trị, đặc biệt là điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch.

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ và đặc điểm thay đổi chỉ định điều trị ức chế miễn dịch sau khi có kết quả sinh thiết thận ở bệnh cầu thận.

Phương pháp nghiên cứu: Quan sát đoàn hệ. Địa điểm: Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, bệnh viện Bạch Mai. Thời gian: Tháng 1/2024 đến tháng 2/2026.

Kết quả: Tổng số có 554 bệnh nhân được nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân được thay đổi điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau khi có kết quả sinh thiết thận là 46% và có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh cầu thận. Tỷ lệ thay đổi ở viêm cầu thận tiến triển nhanh là 100%, ở viêm thận lupus là 74.5%, ở bệnh thận IgA là 44.7%, ở hội chứng thận hư là 37.3% và ở các bệnh cầu thận khác là 35.1%. Trong số các bệnh nhân được thay đổi điều trị có 31.8% bệnh nhân bắt đầu được khởi trị thuốc ức chế miễn dịch, 56.9% được tăng cường thuốc ức chế miễn dịch, 3.1% giảm cường độ, 5.1% chuyển phác đồ khác và 3.1% được ngừng thuốc ức chế miễn dịch.

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân được thay đổi điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau khi có kết quả sinh thiết thận là 46%, trong đó phần lớn là bắt đầu được khởi trị và tăng cường thuốc ức chế miễn dịch.

Từ khoá: Thay đổi điều trị, sinh thiết thận, bệnh cầu thận.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cầu thận là nhóm bệnh lý có tính đa dạng cao về nguyên nhân, diễn tiến và đáp ứng điều trị. Sinh thiết thận là công cụ quan trọng để xác định bản chất tổn thương cầu thận, phân biệt giữa các thể tổn thương cần hay không cần điều trị ức chế miễn dịch, từ đó định hướng điều trị đúng [1]. Trong thực hành lâm sàng, không ít trường hợp người bệnh có biểu hiện tương tự nhau như hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp, protein niệu kéo dài, nhưng bản chất mô bệnh học lại hoàn toàn khác biệt. Điều này dẫn đến việc lựa chọn thuốc điều trị, đặc biệt là các thuốc ức chế miễn dịch, cần được cá thể hóa dựa trên mô bệnh học [2].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu định lượng giá trị điều chỉnh điều trị ức chế miễn dịch dựa vào sinh thiết thận còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: xác định tỷ lệ và đặc điểm thay đổi chỉ định điều trị sau khi có kết quả sinh thiết thận ở bệnh cầu thận.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế

Nghiên cứu quan sát đoàn hệ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 2 năm 2026. Phần hồi cứu sẽ lấy số liệu từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025, phần tiến cứu sẽ lấy số liệu từ tháng 12/2025 đến tháng 2/2026.

2.3. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm 554 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán mắc bệnh cầu thận, khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2024 đến tháng 2/2026, bệnh nhân được sinh thiết thận với mảnh sinh thiết đáp ứng tiêu chuẩn ít nhất 8 cầu thận trên hiển vi quang học và ít nhất 1 cầu thận trên miễn dịch huỳnh quang [3,4]. Loại trừ khỏi nghiên cứu bệnh nhân sau ghép thận.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Tính cỡ mẫu dựa vào nghiên cứu của tác giả Tianyi Zhang và cộng sự. Ước tính p= 0.4, độ tin cậy 95% (α= 0.05), sai số cho phép Δ= 0.05. Cỡ mẫu tối thiểu được tính như sau:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\Delta^2} = 1.962 \frac{0.4\,(1-0.4)}{0.05^2} = 368$$

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu không xác suất, lấy mẫu toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số và nội dung nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành thu thập dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu với biến số chính là thay đổi điều trị thuốc ức chế miễn dịch. Thay đổi điều trị thuốc ức chế miễn dịch được định nghĩa là thay đổi về loại thuốc ức chế miễn dịch, liều dùng, bắt đầu khởi trị thuốc ức chế miễn dịch hoặc dừng điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau khi có kết

*Tác giả liên hệ
Email: thudhy89@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 967136066 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6279

quả sinh thiết. Chúng tôi chia thành 5 loại thay đổi như sau: Bắt đầu khởi trị thuốc ức chế miễn dịch, tăng cường thuốc ức chế miễn dịch (gồm tăng liều thuốc hoặc phối hợp thêm thuốc ức chế miễn dịch mới), giảm cường độ (giảm liều thuốc hoặc giảm số loại thuốc ức chế miễn dịch), và ngừng thuốc ức chế miễn dịch. Thay đổi ức chế miễn dịch được ghi nhận tại thời điểm ra viện khi đã có kết quả sinh thiết thận hoặc lần khám lại đầu tiên sau khi có kết quả sinh thiết thận nếu lúc ra viện chưa có kết quả sinh thiết. Thay đổi điều trị dựa trên phác đồ khuyến cáo của Kdigo 2021 [5].

2.6. Xử lý số liệu:

- Bằng phần mềm SPSS 27.0

- Thống kê mô tả: biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

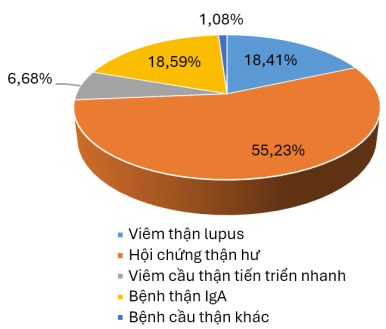
- So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Khi bình phương. Khi tần số kỳ vọng nhỏ, sử dụng kiểm định Fisher's exact.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bạch Mai phê số 261/BM-HĐĐĐ ngày 15/12/2025 phê duyệt. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của người bệnh được bảo mật theo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Phân loại chẩn đoán lâm sàng, mô bệnh học và tình trạng sử dụng ức chế miễn dịch trước sinh thiết thận



Biểu đồ 1. Phân loại bệnh cầu thận theo chẩn đoán lâm sàng

Chúng tôi chia bệnh nhân nghiên cứu thành 5 nhóm theo chẩn đoán lâm sàng: nhóm 1 là viêm thận lupus, nhóm 2 là hội chứng thận hư (không do lupus), nhóm 3 là viêm cầu thận tiến triển nhanh, nhóm 4 là bệnh thận IgA và nhóm 5 là các bệnh cầu thận khác. Hội chứng thận hư chiếm tỷ lệ cao nhất 55.23%, sau đó là bệnh thận IgA và viêm thận lupus với tỷ lệ lần lượt là 18.59% và 18.41%.

Bảng 1. Tình trạng sử dụng ức chế miễn dịch trước sinh thiết thận

Ức chế miễn dich					
Chẩn đoán					
Nhóm 1 (102)	***Nhóm 2 (306)***	***Nhóm 3 (6)***	***Nhóm 4 (103)***	***Nhóm 5 (37)***	***Tổng (554)***
Corticoid					
83 (81.4%)	237 (77.5%)	3 (50%)	7 (6.8%)	3 (8.1%)	333 (60.1%)
Corticoid phối hợp ức chế miễn dịch					
19 (18.6%)	41 (13.4%)	0 (0%)	1 (1%)	0 0(%)	61 (11%)
Ức chế miễn dich					
Chẩn đoán					
Nhóm 1 (102)	***Nhóm 2 (306)***	***Nhóm 3 (6)***	***Nhóm 4 (103)***	***Nhóm 5 (37)***	***Tổng (554)***
Không sử dụng					
0 (0%)	28 (9.2%)	3 (50%)	95 (92.2%)	34 (91.9%)	160 (28.9%)

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị ức chế miễn trước khi sinh thiết tương đối cao chiếm 71.1%, trong đó có 60.1% bệnh nhân dùng corticoid đơn thuần và 11% bệnh nhân được điều trị corticoid phối hợp với thuốc ức chế miễn dịch khác.

Bảng 2. Phân loại mô bệnh học

Phân loại mô bệnh học	n (%)
Bệnh cầu thận nguyên phát	
Tổn thương tối thiểu	201 (36.3 %)
Bệnh thận IgA	125 (22.6 %)
Xơ hoá cầu thận ổ cục bộ	32 (5.8 %)
Bệnh thận màng tiên phát	39 (7.0%)
Bệnh thận màng tăng sinh tiên phát	6 (1.1%)
Bệnh kháng thể kháng màng đáy cầu thận	2 (0.4%)
Bệnh cầu thận thứ phát	
Viêm thận lupus	117 (21.1%)
Bệnh thận do đái tháo đường	5 (0.9%)
Bệnh thận amyoid	6 (1.1%)
Viêm mạch ANCA	1 (0.2%)
Viêm cầu thận cryoglobulin	1 (0.2%)
Viêm cầu thận liên quan đến nhiễm trùng	1 (0.2%)
Thể khác	
Viêm cầu thận tăng sinh gian mạch	10 (1.8%)
Viêm cầu thận tăng sinh nội mạch	1 (0.2%)
Xơ hóa cầu thận mạn tính	2 (0.4%)
Toan hóa ống thận	1 (0.2%)
Viêm cầu thận tăng sinh liềm	4 (0.7%)

Tổn thương tối thiểu là thể mô bệnh học hay gặp nhất (36.3%), sau đó là bệnh thận IgA và viêm thận lupus với tỷ lệ lần lượt là 22.6% và 21.1%

3.2. Tỉ lệ bệnh nhân được thay đổi điều trị sau khi sinh thiết thận

Bảng 3. Tỷ lệ thay đổi điều trị sau sinh thiết thận theo từng nhóm bệnh

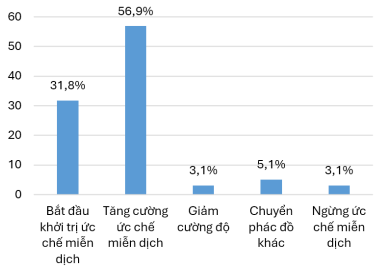
Chẩn đoán					
Nhóm 1	**Nhóm 2**	**Nhóm 3**	**Nhóm 4**	**Nhóm 5**	**Tổng**
Thay đổi					
76 (74.5%)	114 (37.3%)	6 (100%)	46 (44.7%)	13 (35.1%)	255 (46%) **%CI:41.9-50.2%**

Không thay đổi					
26 (25.5%)	192 (62.7%)	0 (0%)	57 (55.3%)	24 (64.9%)	299 (54%)
Tổng					
102	306	6	103	37	554
p					
p (Fisher's exact) < 0.001					

Tỷ lệ bệnh nhân được thay đổi điều trị ức chế miễn dịch sau sinh thiết thận là 46 %, và có sự khác biệt về tỷ lệ thay đổi này giữa các nhóm bệnh cầu thận.

3.3. Đặc điểm thay đổi điều trị sau sinh thiết thận

3.3.1. Đặc điểm thay đổi điều trị ở nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 2. Đặc điểm thay đổi điều trị ở nhóm nghiên cứu

Đặc điểm thay đổi điều trị chủ yếu là tăng cường miễn dịch (56.9%) và bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch (31.8%).

3.3.2. Đặc điểm thay đổi điều trị theo từng nhóm bệnh

Bảng 3. Đặc điểm thay đổi điều trị theo từng nhóm bệnh

Đặc điểm				
Chẩn đoán				
Nhóm 1 (n=76)	***Nhóm 2 (n=114)***	***Nhóm 3 (n=6)***	***Nhóm 4 (n=46)***	***Nhóm 5 (n=13)***
Bắt đầu khởi trị				
0 (%)	23 (20.2%)	3 (50%)	43 (93.5%)	12 (92.3%)
Tăng cường				
70 (92.2%)	70 (61.4%)	2 (33.3%)	2 (4.3%)	1 (7.7%)
Giảm cường độ				
2 (2.6%)	4 (3.5%)	1 (16.7%)	1 (2.2%)	0 (0%)
Chuyển phác đồ				
3 (3.9%)	10 (8.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ngừng ức chế miễn dịch				
1 (1.3%)	7 (6.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
p				
p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001

Bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng là viêm thận lupus và hội chứng thận hư loại thay đổi điều trị gặp chủ yếu là tăng cường điều trị ức chế miễn dịch. Ngược lại, bắt đầu khởi trị miễn dịch là loại thay đổi thường gặp ở nhóm bệnh thận IgA và các bệnh cầu thận khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại chẩn đoán lâm sàng, mô bệnh học và tình trạng sử dụng ức chế miễn dịch trước sinh thiết thận

Trong số 554 bệnh nhân nghiên cứu, có 306 (55.23 %) bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng có hội chứng thận hư, 103 (18.59 %) bệnh nhân chẩn đoán bệnh thận IgA, 102 (18.41%) bệnh nhân viêm thận lupus, 37 (6.68%) bệnh cầu thận khác và 6 (1.08%) bệnh nhân chẩn đoán viêm cầu thận tiến triển nhanh. Như vậy có thể thấy trong các chỉ định sinh thiết thận có 3 chỉ định thường gặp đó là hội chứng thận hư, viêm thận lupus và bệnh thận IgA. Trong nghiên cứu về mô bệnh học bệnh cầu thận của tác giả Hoàng Thị Thanh Huyền [6] cũng cho thấy hội chứng thận hư và viêm thận lupus chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu, với tỷ lệ gặp lần lượt là 38.2% và 39.7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm các bệnh lý cầu thận nguyên phát thì tổn thương tối thiểu chiếm tỷ lệ cao nhất 36.3%, sau đó là bệnh thận IgA (22.6%). Nhận định này cũng tương tự của tác giả Hoàng Anh Tuấn [7] và Nguyễn Thị Minh Thức [8].

Dựa trên kết quả mô bệnh học, có 131 bệnh nhân chiếm 23.7% được chẩn đoán mắc bệnh cầu thận thứ phát do các bệnh lý toàn thân như viêm thận lupus (21.1%), bệnh thận do đái tháo đường (0.9%), bệnh thận amyloid (1.1%), viêm mạch ANCA (0.2%), viêm cầu thận cryoglobulin (0.2%) và viêm cầu thận liên quan đến nhiễm trùng (0.2%). Kết quả trên cho thấy viêm thận lupus là bệnh cầu thận thứ phát phổ biến nhất tại cơ sở của chúng tôi [4]. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả Tianyi Zhang [9] và Hoàng Thị Thanh Huyền [6]. Mặc dù chẩn đoán lâm sàng có 102 bệnh nhân mắc viêm thận lupus nhưng kết quả sinh thiết thận cho thấy có 117 bệnh nhân có tổn thương trên mô bệnh học là viêm thận lupus, như vậy trong nhóm viêm thận lupus có 15 bệnh nhân có thay đổi chẩn đoán so với dự đoán ban đầu, từ đó có thể thấy vai trò quan trọng của sinh thiết thận trong việc chẩn đoán xác định bệnh lý cầu thận.

Trong nhóm viêm thận lupus 100% bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch trước khi sinh thiết thận, trong đó có 81.4% bệnh nhân sử dụng corticoid đơn thuần và 18.6% bệnh nhân được điều trị bằng corticoid phối hợp với thuốc ức chế miễn dịch khác. Ngược lại trong nhóm bệnh nhân trên lâm sàng hướng tới IgA chỉ có 6.8% bệnh nhân có dùng corticoid, tương tự ở nhóm bệnh cầu thận khác tỷ lệ bệnh nhân dùng corticoid cũng rất thấp (8.1%). Tỷ lệ điều trị corticoid trong nhóm hội chứng thận hư là 77.5%, điều trị corticoid phối hợp với ức chế miễn dịch khác chiếm 13.4% và có 9.2 % bệnh nhân không sử dụng ức chế miễn dịch. Trong số 6 bệnh nhân viêm cầu thận tiến triển nhanh có 3 bệnh nhân được sử dụng corticoid dựa theo chẩn đoán lâm sàng và 3 bệnh nhân không điều trị ức chế miễn dịch.

4.2. Tỷ lệ và đặc điểm thay đổi chỉ định điều trị sau khi sinh thiết thận

Sau khi có kết quả sinh thiết thận có 255 (46%) bệnh nhân được thay đổi phác đồ điều trị ức chế miễn dịch. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Peter Schnuelle [10], khi nghiên cứu về sinh thiết thận trong chẩn đoán bệnh thận cho thấy chẩn đoán mô học từ sinh thiết thận có tác động trực tiếp đến điều trị hoặc ảnh hưởng đáng kể đến hướng điều trị tiếp theo của bệnh nhân trong khoảng 40–60% trường hợp. Tương tự, một nghiên cứu hồi cứu tại Trung Quốc trên 300 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn, trong đó 150 bệnh nhân được sinh thiết thận. Kết quả cho thấy trong số 150 bệnh nhân được sinh thiết thận có 40.7% bệnh nhân có thay đổi điều trị nhờ kết quả sinh thiết [9].

Tỷ lệ thay đổi điều trị có sự khác nhau giữa các nhóm chẩn đoán lâm sàng, ở nhóm viêm thận lupus có 76 (74.5%) bệnh nhân được thay đổi điều trị, trong số đó có tới 70 (92.2%) bệnh nhân được tăng cường thuốc ức chế miễn

dịch. Điều này cho thấy đánh giá lâm sàng ban đầu chưa đủ để xác định chính xác mức độ tổn thương thận và chiến lược điều trị phù hợp. Nhận định này của chúng tôi thống nhất với tác giả Hsieh YP, khi nghiên cứu trên 131 bệnh nhân lupus được sinh thiết thận, tác giả đưa ra kết luận rằng biểu hiện lâm sàng đơn thuần không thể dự đoán chính xác tổn thương mô học của thận, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có protein niệu mức thận hư hoặc dưới mức thận hư, kết quả sinh thiết đã dẫn đến việc tăng cường điều trị ức chế miễn dịch ở 43% bệnh nhân protein niệu mức thận hư và 53% bệnh nhân protein niệu dưới mức thận hư [11]. Trong nhóm viêm cầu thận tiến triển nhanh, kết quả mô bệnh học cho thấy có 2 bệnh nhân viêm cầu thận tăng sinh liềm, 2 bệnh nhân viêm cầu thận kháng màng đáy, 1 bệnh nhân tăng sinh gian mạch qua phức hợp miễn dịch, 1 tăng sinh gian mạch, do đó cả 6 bệnh nhân đều được thay đổi phác đồ ức chế miễn dịch. Như vậy viêm thận lupus và viêm cầu thận tiến triển nhanh là những chẩn đoán lâm sàng có tỷ lệ điều chỉnh điều trị cao nhất sau sinh thiết. Trong số chẩn đoán lâm sàng hướng tới bệnh thận IgA có 44.7% bệnh nhân được thay đổi điều trị, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Turner và cộng sự [12], trong nghiên cứu của Turner chỉ có 6% bệnh nhân IgA được thay đổi điều trị sau sinh thiết. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Turner được thực hiện trước khi áp dụng phân loại Oxford và các khuyến cáo điều trị hiện tại. Trong nhóm hội chứng thận hư chỉ có 37.3% bệnh nhân thay đổi điều trị, nguyên nhân ở nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân trẻ tuổi mới được chẩn đoán hội chứng thận hư và đã khởi trị corticoid trước sinh thiết chiếm số lượng lớn và ở nhóm này hầu hết tổn thương mô bệnh học là tổn thương tối thiểu do đó không có sự thay đổi điều trị sau sinh thiết.

Loại thay đổi gặp chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là tăng cường ức chế miễn dịch (56.9%). Kết quả cho thấy những bệnh nhân thay đổi thuốc trong nhóm viêm thận lupus và hội chứng thận hư chủ yếu là được tăng cường ức chế miễn dịch với tỷ lệ lần lượt là 92.2% và 61.4%. Trong nhóm bệnh thận IgA và các bệnh cầu thận khác, bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch là loại thay đổi chính. Có 7 bệnh nhân được giảm cường độ và 8 bệnh nhân được ngừng ức chế miễn dịch dựa vào kết quả sinh thiết thận, trong số bệnh nhân được ngừng ức chế miễn dịch có 6 bệnh nhân được chẩn đoán thận hư thứ phát do amyloid. Các bệnh nhân amyloid này đều có biểu hiện lâm sàng là hội chứng thận hư, với độ tuổi trung niên hoặc cao tuổi, dao động từ 58 đến 64 tuổi, đã điều trị corticoid nhưng không đáp ứng, như vậy việc sàng lọc căn nguyên thứ phát luôn cần đặt ra với những trường hợp thận hư lớn tuổi và trong những thăm dò cận lâm sàng thì sinh thiết thận chính là vũ khí quan trọng nhất, giúp tránh sử dụng ức chế miễn dịch không cần thiết do việc điều trị ức chế miễn dịch ở những trường hợp này không đem lại hiệu quả điều trị ngược lại gây tốn kém và gây tác dụng phụ cho bệnh nhân. Dựa vào những kết quả trên chúng tôi nhận thấy sinh thiết thận có vai trò xác lập phác đồ ức chế miễn dịch ở bệnh thận IgA và hội chứng thận hư, vai trò điều chỉnh phác đồ ở viêm thận lupus và hội chứng thận hư.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân được thay đổi điều trị sau khi có kết quả sinh thiết thận là 46%, trong đó phần lớn là bắt đầu được khởi trị và tăng cường ức chế miễn dịch. Nghiên cứu đã cho thấy vai trò của sinh thiết thận trong việc phân biệt bệnh cầu thận nguyên phát và thứ phát, phân biệt các tổn thương hoạt động và mạn tính từ đó giúp định hướng và điều chỉnh phác đồ thuốc ức chế miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Moroni, G.; Calatroni, M.; Donato, B.; Ponticelli, C. Kidney Biopsy in Pregnant Women with Glomerular Diseases: Focus on Lupus Nephritis. J. Clin. Med. 2023, 12 (5), 1834. https://doi.org/10.3390/jcm12051834.

[2] Glassock, R. J. The Pathogenesis of Idiopathic Membranous Nephropathy: A 50-Year Odyssey. Am. J. Kidney Dis. Off. J. Natl. Kidney Found. 2010, 56 (1), 157–167. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.01.008.

[3] Heptinstall's Pathology of the Kidney, Seventh edition.; Jennette, J. C., Olson, J. L., Silva, F. G., D'Agati, V. D., Eds.; Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer: Philadelphia, 2015.

[4] poyanmehr. Kidney Biopsy From Needle to Report: The Basics. GlomCon (pubs). https://pubs.glomcon.org/kidney-biopsy-from-needle-to-report-the-basics/ (accessed 2025-07-11).

[5] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney Int. 2021, 100 (4S), S1–S276. https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.05.021.

[6] Hoàng, T. T. H. Mô Tả Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Có Đối Chiếu Với Mô Bệnh Học Của Bệnh Nhân Cầu Thận Tại Bệnh Viện Bạch Mai. Master's thesis, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam, 2020.

[7] Hoàng, A. T. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Mô Bệnh Học Của Bệnh Nhân Hội Chứng Thận Hư Nguyên Phát Điều Trị Tại Khoa Thận Tiết Niệu Bệnh Viện Bạch Mai. Master's thesis, Đại học Y Hà Nội, 2015.

[8] Nguyễn, T. M. T. Nghiên Cứu Đặc Điểm Mô Bệnh Học Miễn Dịch Huỳnh Quang và Mối Liên Quan Với Lâm Sàng, Sinh Hoá Máu Của Một Số Bệnh Cầu Thận Nguyên Phát ở Người Lớn. Master's thesis, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam, 2019.

[9] Zhang, T.; Yang, X.; Zhang, M.; Zhou, W.; Jin, Y.; Zhou, H.; Zhou, Y.; Wang, Q.; Mou, S. Effects of Receiving Renal Biopsy on the Prognosis of Chronic Kidney Disease Patients with Impaired Renal Function. BMC Nephrol. 2023, 24 (1), 56. https://doi.org/10.1186/s12882-023-03097-2.

[10] Schnuelle, P. Renal Biopsy for Diagnosis in Kidney Disease: Indication, Technique, and Safety. J. Clin. Med. 2023, 12 (19), 6424. https://doi.org/10.3390/jcm12196424.

[11] Hsieh, Y. P.; Wen, Y. K.; Chen, M. L. The Value of Early Renal Biopsy in Systemic Lupus Erythematosus Patients Presenting with Renal Involvement. Clin. Nephrol. 2012, 77 (1), 18–24. https://doi.org/10.5414/cn107094.

[12] Turner, M. W.; Hutchinson, T. A.; Barré, P. E.; Prichard, S.; Jothy, S. A Prospective Study on the Impact of the Renal Biopsy in Clinical Management. Clin. Nephrol. 1986, 26 (5), 217–221.