

IV. KẾT LUẬN

Vạt đảo cơ niêm mạc má là vạt linh động, có mạch máu nuôi tốt, thời gian lấy vạt ngắn, tỉ lệ thành công cao. Thông qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng vạt đảo cơ niêm mạc má có ưu thế rõ ràng trong tái tạo khuyết hồng mức độ nhỏ và vừa sau cắt ung thư khoang miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Khôi. Tái tạo khuyết hồng gần toàn bộ và toàn bộ lưỡi sau phẫu thuật trị ung thư, Sở Khoa học và Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, 2021.
2. Ayad T. "Facial artery musculomucosal (FAMM) flap". Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg, 2019; 30(2): 112-119. doi: 10.1016/j.otot.2019.04.005.
3. Copelli C, Manfuso A, Di Maio P, et al. "Myomucosal island flap in the reconstruction of oral cavity defects: Description of the surgical technique", Head and Neck, 2023;45(3):745-751. doi: 10.1002/hed.27251.
4. Khismatrao VN, Popat SP, Sharma P, et al. "Versatility of Facial Artery Musculomucosal (FAMM) Flap for Reconstruction of Oral Cavity Defects". J Maxillofac Oral Surg. 2023;22(Suppl 1):44-50. doi: 10.1007/s12663-023-01850-6. PMID: 37041950; PMCID: PMC10082859.
5. Kim JY, Kim Y, Kim EH, et al. "Initial negative resection margin versus revised negative resection margin in patients who underwent surgery without adjuvant therapy for early-stage oral tongue squamous cell carcinoma". Oral Oncol. 2024;159: 107046. doi: 10.1016/j.oraloncology.2024.107046. PMID: 39341092.
6. Liu WW, Zhang CY, Li JY, et al. "A novel classification system for the evaluation and reconstruction of oral defects following oncological surgery". Oncol Lett, 2017;14(6): 7049-7054. doi: 10.3892/ol.2017.7139. PMID: 29344134; PMCID: PMC5754834.
7. Stretton C. "Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review", Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia, 2023;2. doi: 10.21037/joma-22-34
8. Yi CR, Jeong WS, Oh TS, et al. "Analysis of Speech and Functional Outcomes in Tongue Reconstruction after Hemiglossectomy". J Reconstr Microsurg. 2020;36(7):507-513. doi: 10.1055/s-0040-1709493. PMID: 32289846.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MÔ BỆNH HỌC VÀ DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRÊN MẢNH SINH THIẾT THẬN GHÉP THEO PHÂN LOẠI BANFF 2019 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Outha Thavixay¹, Trần Ngọc Dũng¹, Nguyễn Thùy Linh¹, Trần Hoàng Anh¹, Nguyễn Trung Quân² và Lê Tài Thế^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm mô bệnh học và các dấu ấn hóa mô miễn dịch trên mảnh sinh thiết thận ghép. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 mẫu bệnh phẩm sinh thiết thận ghép tại Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2021-2025. Đánh giá mô bệnh học theo tiêu chuẩn Banff 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 39,1 ± 10,9 với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2,25/1. Thận ghép tế bào mạn tính hoạt động chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%), sau đó là thận ghép tế bào cấp (40,7%). Tổn thương mô học chủ yếu ở mô đệm kẽ và ống thận. C4d dương tính 48,4% ở các mức độ. Các dấu ấn IgA, IgM, IgG dương tính với tỷ lệ cao trên 33%, 27,5% dương tính SV40 do nhiễm vi rút Polyomavirus. **Kết luận:** Thận ghép tế bào mạn tính hoạt động là tổn thương phổ

biến nhất sau ghép gây rối loạn chức năng thận ghép, đi kèm các biến đổi mô học đặc trưng ở cầu thận, mô kẽ và ống thận. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch IgA, IgM, IgG và C4d dương tính với tỷ lệ cao và SV40 dương tính ở 27,5% trường hợp, cho thấy vai trò tầm quan trọng của hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán tổn thương thận ghép để có lựa chọn điều trị phù hợp.

Từ khóa: Thận ghép thận; Mô bệnh học; Hóa mô miễn dịch; Phân loại Banff; Vi rút Polyoma.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL LESIONS AND IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS CHARACTERISTICS IN RENAL ALLOGRAFT BIOPSIES ACCORDING TO THE BANFF 2019 CLASSIFICATION AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To evaluate the histopathological and immunohistochemical markers characteristics in renal transplanted rejection biopsy specimens. **Subjects, and method study:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 91 renal allograft biopsy specimens collected at Military Hospital 103 from 2021 to 2025. Histopathological features and immunohistochemical markers were assessed according to the Banff 2019 classification. **Results:** The mean age was 39.1 ± 10.9 years, with a male-to-female ratio of approximately 2.25:1. Chronic active

¹Học viện Quân y

²Viện Y học cổ truyền Quân đội

³Viện 69, Bộ Tư lệnh Lăng

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tài Thế

Email: 01230047@daihocyhanoi.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

cellular rejection accounted for the highest proportion (51.6%), followed by acute cellular rejection (40.7%). Histopathological lesions were primarily found in the interstitium and tubules. C4d marker expression is 48.4% positive at different levels. IgA, IgM, and IgG markers showed high positivity rates over 33%, SV40 was positive in 27.5% of cases due to Polyomavirus infection. **Conclusion:** Chronic active cellular rejection was the most common lesion that lead to renal transplant dysfunction, associated with characteristic histopathological changes in the glomeruli, interstitium, and tubules. Immunohistochemical markers IgA, IgM, IgG and C4d were positive at high rates and SV40 was positive in 27.5% of cases, showing the important role of immunohistochemistry in diagnosing post-transplant renal injuries for appropriate treatment options.

Keywords: Kidney allograft rejection; Histopathology; Immunohistochemistry; Banff classification; Polyomavirus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các phương pháp điều trị bệnh nhân (BN) bị bệnh thận giai đoạn cuối, ghép thận được xem là giải pháp tối ưu do cải thiện đáng kể chất lượng sống, kéo dài tuổi thọ và giảm chi phí điều trị lâu dài (1). Mặc dù vậy, sau ghép người nhận thận ghép vẫn có thể gặp nhiều nguy cơ và rủi ro. Thận ghép là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất sau ghép thận xảy ra khi hệ miễn dịch của người nhận nhận diện thận ghép là "dị nguyên" và tấn công đào thải thận ghép. Thận ghép có thể gồm thận ghép cấp tính, mạn tính theo hai cơ chế thải ghép qua trung gian kháng thể hoặc thải ghép tế bào. Chẩn đoán tổn thương thận ghép cần kết hợp cả lâm sàng, xét nghiệm và sinh thiết thận. Các nghiên cứu đều khẳng định kết quả mô bệnh học (MBH) là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tổn thương thận ghép (1-3).

Tại Việt Nam, từ ca ghép thận đầu tiên tại Bệnh viện Quân y 103 vào năm 1992 đến nay kỹ thuật ghép thận đã trở thành thường quy cho BN mắc bệnh thận giai đoạn cuối và mang lại kết quả rất tốt cho người bệnh. Các thuốc chống thải ghép thận sử dụng đã mang lại kết quả cao cho người bệnh nhưng tỷ lệ sống sót thận ghép dài hạn vẫn chưa được cải thiện đáng kể. Nghiên cứu về đặc điểm tổn thương mô bệnh học thận sau ghép chưa nhiều và còn chưa đồng bộ. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu mô tả, đánh giá đặc điểm MBH, HMMD của các tổn thương thận thải ghép, từ đó bổ sung dữ liệu bệnh lý thận ghép nhằm góp phần hỗ trợ công tác quản lý, chăm sóc người bệnh ghép thận hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 91

mẫu gồm: Hồi cứu 77 ca (2021 – 2023) và tiến cứu 14 ca (2024 – 2025). BN đều được chẩn đoán thải ghép thận trên MBH, có đủ các tiêu bản, khối nền và thông tin kết quả chẩn đoán.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Giải phẫu bệnh và khoa tuyển chọn, chuẩn bị, điều trị, Trung tâm ghép tạng, Bệnh viện Quân y 103 từ 08/2024 đến 07/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện đáp ứng yêu cầu nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật thực hiện. Đối với nhóm BN hồi cứu, tiến hành thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án.

Đối với nhóm tiến cứu, thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, mẫu sinh thiết đủ tiêu chuẩn được xử lý theo quy trình của khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân y 103, cố định mẫu bằng formalin trung tính với đệm và đúc trong paraffin. Phần thứ nhất tiến hành làm tiêu bản cho kính hiển vi quang học với quy trình, nhuộm HE, nhuộm PAS và nhuộm 3 màu Massion. Phần thứ hai nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) với các dấu ấn: IgA, IgG, IgM, fibrin, C3, C1q, C4d, BKV/SV40.

2.5. Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- **Đặc điểm chung BN ghép thận:** Phân tích các chỉ số: Tuổi, giới tính, thời gian sinh thiết sau ghép thận, nồng độ creatinin ($\mu\text{mol/L}$) ngay trước thời điểm sinh thiết thận.

- **Phân tích tổn thương MBH thận thải ghép:** Dựa trên các tổn thương mô bệnh học cho các thành phần: Tổn thương cầu thận, tổn thương mô đệm kẽ, tổn thương ống thận, tổn thương mạch máu theo điểm tổn thương trong tiêu chí Banff 2019 (4).

- **Phân tích kết quả dấu ấn HMMD:** Đánh giá kết quả dựa trên mức độ biểu lộ các dấu ấn IgA; IgG; IgM; fibrin; C3; C1q; SV40; C4d.

Kỹ thuật nhuộm HMMD thủ công với kháng thể đơn dòng hoặc đa dòng thương mại (Dako/Agilent, Thermo Fisher hoặc tương đương), nồng độ pha loãng theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Xử lý nhiệt dung với dịch citrate pH 6.0 và ủ với cơ chất DAB để tạo màu để bộc lộ kháng nguyên. Dấu ấn HMMD C4d dương tính theo tỷ lệ bắt màu nhuộm ở các mao mạch tương ứng (+) <10% dương tính; (++) từ 10-50% dương tính; (+++) >50% bắt màu dương tính.

2.6. Tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại tổn thương mô bệnh học: Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương MBH thận ghép dựa theo hướng dẫn phân loại Banff 2019 (4).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu định tính tỷ lệ % phân phối chuẩn với công thức trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), trung vị, tứ phân vị. Sử dụng phép kiểm định Chi-bình phương (Chi-squared test) và t-test (Student's t-test) bằng phần mềm SPSS 20.0; Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên mẫu sinh thiết theo quy trình bệnh viện và hồ sơ bệnh án không can thiệp kết quả chẩn đoán và điều trị của BN. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân Y 103 thông qua ngày 08/7/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình là $39,1 \pm 10,9$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 2,25/1. Thời gian sinh thiết thận ghép 7,0 tháng. Chỉ số creatinin tại thời điểm trước sinh thiết là $286,4 \pm 263,2 \mu\text{mol/L}$.

3.2. Kết quả hình ảnh mô bệnh học tổn thương thận ghép

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương cầu thận theo Banff 2019 (n=91)

Đặc điểm tổn thương	Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh viêm cầu thận	Không có hình ảnh	58	63,7
	Viêm dưới 25%	25	27,5
	Viêm từ 26-50%	8	8,8
Tăng sinh chất nền gian mạch	Không có hình ảnh	78	85,7
	<25%	11	12,1
	Từ 26-50%	1	1,1
	>50%	1	1,1
Bệnh cầu thận ghép	Không có hình ảnh	72	79,1
	<25%	16	17,6
	Từ 26-50%	3	3,3

Viêm cầu thận, tăng sinh chất nền gian mạch và bệnh cầu thận mức độ nhẹ dưới 25% chiếm tỷ lệ lần lượt là 27,5%, 12,1% và 17,6%.

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương mô kẽ theo Banff 2019 (n=91)

Đặc điểm tổn thương	Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm mô kẽ	Tổn thương <10%	15	16,5
	10-25%	25	27,5
	26-50%	42	46,2
	>50%	9	9,9
Xơ hóa mô đệm kẽ	Tổn thương $\leq 5\%$	46	50,5
	6-25%	34	37,4
	26-50%	11	12,1

Tỷ lệ viêm mô kẽ mức độ vừa chiếm khá cao 26,2%; xơ hóa mô kẽ chủ yếu là nhẹ và vừa.

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương ống thận theo Banff 2019 (n=91)

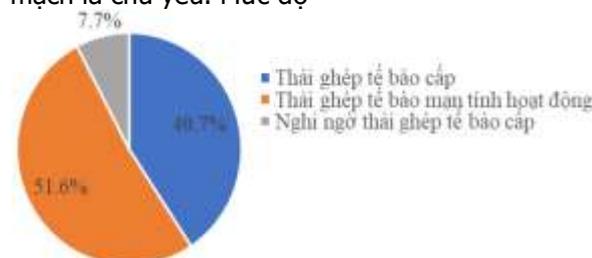
Đặc điểm tổn thương	Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm ống thận	Không viêm	33	36,3
	01-04 TB viêm/ống thận	26	28,6
	05-10 TB viêm/ống thận	28	30,8
	>10 TB viêm/ống thận	4	4,4
Teo ống thận	Tổn thương $\leq 5\%$	44	48,4
	6-25%	32	35,2
	26-50%	13	14,3
	>50%	2	2,2

Không viêm chiếm cao nhất 36,3%. Ống thận viêm và teo gặp chủ yếu mức độ nhẹ và vừa.

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương mạch máu theo Banff 2019 (n=91)

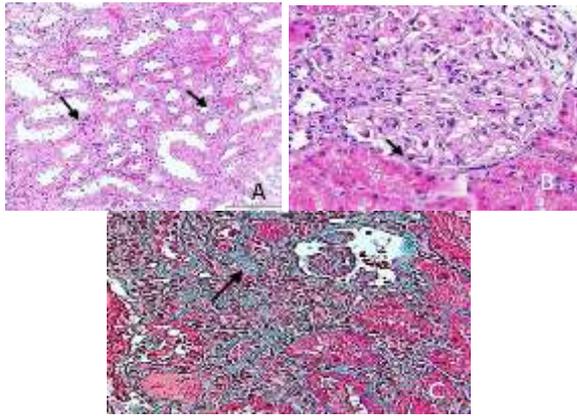
Đặc điểm tổn thương	Tiêu chuẩn đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm động mạch	Không viêm	59	64,8
	<25%	25	27,5
	26-50%	6	6,6
	>50%	1	1,1
Viêm mao mạch quanh ống thận	<10% mao mạch	47	51,6
	<5 TB viêm/mao mạch	24	26,4
	5-10 TB viêm/mao mạch	15	16,5
	>10 TB viêm/mao mạch	5	5,5
Xơ hóa nội mạch mạch	Tổn thương $\leq 5\%$	69	75,8
	6-25%	18	19,8
	26-50%	3	3,3
	>50%	1	1,1
Hyalin hóa tiểu động mạch	Không	85	93,4
	Có	6	6,6

Mao mạch quanh ống thận có viêm nhẹ chiếm tỷ lệ cao, mức độ xơ hoá nội mạc mức độ nhẹ và không phát hiện hyalin hoá tiểu động mạch là chủ yếu. Mức độ



Biểu đồ 1: Chẩn đoán xác định mô bệnh học thể ghép (n=91)

Có 40,7% thải ghép TB cấp, 51,6% thải ghép TB mạn tính hoạt động và 7,7% nghi ngờ thải ghép TB cấp.

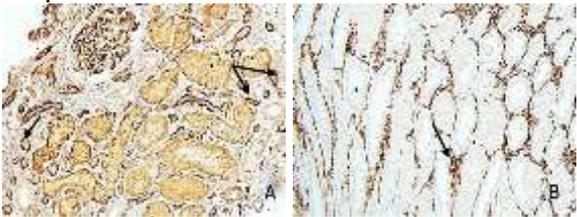


Hình 1: Hình ảnh tổn thương thận thái ghép trên hiển vi quang học

A - Thái ghép cấp qua trung gian TB T Grade 1A Viêm mô kẽ chiếm 26-50% vùng vỏ thận không xơ = i2, 5-10 TB lympho/ống thận = t2 (mũi tên). HE x 20.

B- Thái ghép dịch thể mạn tính hoạt động, dày mao mạch, tăng sinh tế bào gian mạch. HE x 40.

C - Xơ hóa mô đệm kẽ mức độ ci2 (mũi tên), nhuộm 3 màu Masson x40.



Hình 3: Tổn thương mao mạch quanh ống thận và viêm mô kẽ

A – Phản ứng C4d dương tính ở mao mạch ống thận (mũi tên); Nhuộm HMMD, C4d x40.

B – Viêm mô kẽ i2 (mũi tên); Nhuộm HMMD CD45 x40.

3.3. Kết quả biểu hiện dấu ấn HMMD trên mảnh sinh thiết thận ghép



Biểu đồ 2: Kết quả biểu hiện dấu ấn hóa mô miễn dịch C4d (n=91)

Kết quả dấu ấn C4d trên mảnh sinh thiết thận ghép có 48,4% dương tính, trong đó 26,4% dương tính 1 (+); 16,5% dương tính 2 (+); 5,5% dương tính 3 (+).

Bảng 2: Kết quả về tỷ lệ các chỉ số đánh giá hoá mô miễn dịch (n=91)

Chỉ số	Dương tính		Âm tính		Không ghi nhận	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
IgA	31	34,1	45	49,5	15	16,5
IgG	30	33,0	47	51,6	14	15,4
IgM	32	35,2	44	48,4	15	16,5
fibrin	20	22,0	51	56,0	20	22,0
C3	8	8,8	77	84,6	6	6,6
C1q	4	4,4	83	91,2	4	4,4
SV40	25	27,5	56	61,5	10	11,0

Các dấu ấn IgA, IgM và IgG có tỷ lệ dương tính cao nhất, lần lượt là 34,1%, 35,2% và 33,0%. Trong khi đó, các dấu ấn liên quan đến bổ thể như C3 và C1q có tỷ lệ dương tính thấp, chỉ 8,8% và 4,4%. SV40 dương tính ở 27,5% trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung và đặc điểm bệnh lý

Đôi tượng nghiên cứu: Ở nhóm người bệnh cho thấy tuổi trung bình là 39,1 ± 10,9 tuổi và tỷ lệ nam/nữ = 2,25/1 là tương đương với các nghiên cứu khác. Nhóm BN trong lứa tuổi lao động từ 30 – 50 tuổi. Tỷ lệ thái ghép ở nam cao hơn gấp 2,5 lần nữ giới. Thời gian sinh thiết sau ghép thận ghi nhận là khoảng 7,0 tháng phù hợp với các báo cáo về mức độ đáp ứng và xuất hiện rối loạn sau ghép. Chỉ số creatinin tại thời điểm trước sinh thiết là 286,4 ± 263,2 μmol/L cho thấy rối loạn chức năng lọc của thận ghép là đáng kể và nghĩ đến thái ghép thận, cần sinh thiết để củng cố chẩn đoán lâm sàng.

Về kết quả chẩn đoán mô bệnh học:

Quan sát thấy 36,3% mẫu bệnh phẩm có viêm cầu thận trên mô bệnh học, phần lớn ở mức độ nhẹ và 20,9% có biểu hiện bệnh cầu thận ghép ở mức độ nhẹ hoặc vừa. Kết quả tổn thương mô đệm kẽ cho thấy viêm mô đệm kẽ có 83,5% có tổn thương từ 10% trở lên. Về kết quả tổn thương ống thận, viêm ống thận chủ yếu ở mức độ nhẹ, với gần 60% trường hợp có từ 1–10 TB viêm/ống; teo ống thận mức độ nhẹ đến vừa chiếm 85%. Viêm động mạch gặp ở 35,2% BN, phần lớn ở mức độ nhẹ đến vừa, gây tổn thương nội mạc và hẹp lòng mạch do thâm nhiễm lympho T. Viêm mao mạch quanh ống thận xuất hiện với tỷ lệ cao, chủ yếu ở mức độ nhẹ (<10% mao mạch và <5 TB viêm/mạch chiếm hơn 77%). Điều này dẫn đến tổn thương nội mạc, phù nề và hẹp lòng mạch. Theo nghiên cứu của tác giả Novotny (2021) báo cáo 72/881 trường hợp có viêm động mạch trong vòng 12 tháng đầu sau ghép. Viêm động mạch là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự phát triển của bệnh cầu thận

ghép bất kể sự hiện diện của kháng thể đặc hiệu với người cho (5).

Kết quả chẩn đoán xác định MBH và kết quả biểu hiện dấu ấn HMMD: Dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định tổn thương MBH trên mảnh sinh thiết thận ghép, tỷ lệ thải ghép mạn tính hoạt động và thải ghép cấp lần lượt là 51,6% và 40,7%, phản ánh phân bố tổn thương trong nhóm BN có chỉ định sinh thiết. Khi đối chiếu triệu chứng lâm sàng và tăng creatinin kéo dài có thể làm sai lệch tỷ lệ so với quần thể ghép thận chung. Tác giả Sindhu Chandran, Roslyn B. Mannon (2022) báo cáo tỷ lệ thải ghép TB cấp dao động từ 5% đến 15% trong năm đầu sau ghép (6). Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trên nhóm BN được chẩn đoán xác định thải ghép, do đó tỷ lệ BN thải ghép cấp/mạn cao hơn so với các nghiên cứu khác. Ngoài ra, chúng tôi chưa đối chiếu kết quả xét nghiệm DSA để khẳng định chẩn đoán nên có thể ghi nhận tỷ lệ đó. Bởi vì DSA dương tính là một trong các chỉ tiêu cho thải ghép dịch thể.

Kết quả biểu hiện các dấu ấn HMMD có tỷ lệ dương tính đáng kể, gồm IgA (34,1%), IgG (33,0%), IgM (35,2%), fibrin (22,0%), C3 (8,8%) và C1q (4,4%). C4d dương tính ở 48,4% trường hợp, trong đó phần lớn ở mức độ nhẹ đến vừa (1+ và 2+). Tỷ lệ dương tính cao với các globulin miễn dịch gợi ý vai trò của phức hợp miễn dịch và tổn thương viêm sau ghép trong cơ chế bệnh sinh. C4d dương tính với tỷ lệ cao nhất là 48,4% cho thấy mức độ đáp ứng miễn dịch, có tổn thương thải ghép qua trung gian kháng thể khá cao. Điều này thể hiện mức độ thải ghép mạn tính qua trung gian kháng thể là thường xuyên có ở các đối tượng ghép thận. Mức độ của các đáp ứng miễn dịch ở mức độ nhẹ cho thấy các thuốc ức chế miễn dịch và các phác đồ cơ bản đã đáp ứng được yêu cầu kiểm soát thải ghép. Những vẫn có những đợt hoạt động xảy ra có thể do các yếu tố khác cùng tác động ví dụ như tình trạng tăng huyết áp, yếu tố cơ địa, tâm lý hoặc có các bệnh lý đi kèm khác như bệnh viêm nhiễm, đái tháo đường... Để xác định chính xác hơn các tổn thương do thải ghép qua trung gian kháng thể mạn tính hoạt động và không hoạt động, cần thiết làm thêm các xét nghiệm mức độ DSA huyết thanh và tiến hành phân tích siêu cấu trúc (SCT) mô thận ghép như khuyết nghị từ các Hội nghị Banff 2015 (7), Banff 2017 (8) và Banff 2019 (4).

Trong nghiên cứu ghi nhận có 27,5% mẫu dương tính với SV40, là dấu hiệu gợi ý bệnh thận do Polyomavirus. Nhiễm Polyomavirus ở thận ghép có biểu hiện mô học tương tự thải ghép

cấp nhưng yêu cầu điều trị hoàn toàn khác biệt. Nghiên cứu cho thấy việc phát hiện SV40 bằng HMMD giúp chẩn đoán phân biệt và định hướng quá trình điều trị, quản lý về sau (6).

Trong nghiên cứu, chúng tôi chưa có dữ liệu về xét nghiệm DSA nên vẫn chưa phân tích chi tiết kết quả của thải ghép dịch thể. Vì thế chúng tôi chưa có nhiều bàn luận nhiều về tỷ lệ thải ghép dịch thể. Trong nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi sẽ tổng hợp và kết hợp thêm các dấu hiệu lâm sàng, kết quả DSA, MBH, HMMD và SCT để làm rõ hơn hình thái tổn thương thận ghép.

V. KẾT LUẬN

Thải ghép TB mạn tính hoạt động nhẹ đến vừa chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương mô bệnh học với hình ảnh viêm mô đệm kẽ, teo ống thận và viêm động mạch nổi bật. Các dấu ấn miễn dịch IgA, IgM, IgG và C4d cho thấy vai trò của cả miễn dịch dịch thể và TB trong cơ chế thải ghép. Có 27,5% trường hợp dương tính với SV40, gợi ý bệnh thận do Polyomavirus là một nguyên nhân quan trọng cần phân biệt với thải ghép cấp để định hướng điều trị thích hợp. Hóa mô miễn dịch là kỹ thuật hỗ trợ chẩn đoán rất hữu ích trong đánh giá nguyên nhân rối loạn chức năng thận ghép.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng gửi lời cảm ơn đến Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y đã tạo điều kiện hỗ trợ cho tôi trong quá trình nghiên cứu, đảm bảo số liệu khách quan, khoa học và chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội ghép tạng Việt Nam (VSOT).** Hướng dẫn ghép thận Việt Nam. Nhà xuất bản y học; 2017.
2. **I. J, Mubarak M.** Pathology of Renal Transplantation. In: Mubarak M, editor. Topics in Renal Biopsy and Pathology [Internet]. InTech; 2012 [cited 2025 Jul 6]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/topics-in-renal-biopsy-and-pathology/pathology-of-renal-transplantation>
3. **Nankivell BJ.** Rejection of the Kidney Allograft. N Engl J Med. 2010;
4. **Loupy A, Haas M, Roufosse C, Naesens M, Adam B, Afrouzian M, et al.** The Banff 2019 Kidney Meeting Report (I): Updates on and clarification of criteria for T cell- and antibody-mediated rejection. Am J Transplant. 2020 Sep; 20(9):2318–31.
5. **Novotny M, Hrubá P, Kment M, Voska L, Kabrtová K, Slavcev A, et al.** Intimal Arteritis and Microvascular Inflammation Are Associated With Inferior Kidney Graft Outcome, Regardless of Donor-Specific Antibodies. Front Med. 2021;8:781206.
6. **Chandran S, Mannon RB.** T cell-mediated rejection in kidney transplant recipients:

The end(point) is also the beginning. Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg. 2022 Mar;22(3):683–4.

7. **Loupy A, Haas M, Solez K, Racusen L, Glotz D, Seron D, et al.** The Banff 2015 Kidney Meeting Report: Current Challenges in Rejection Classification and Prospects for Adopting Molecular Pathology. Am J Transplant. 2017 Jan;17(1):28–41.

8. **Haas M, Loupy A, Lefaucheur C, Roufosse C, Glotz D, Seron D, et al.** The Banff 2017 Kidney Meeting Report: Revised diagnostic criteria for chronic active T cell-mediated rejection, antibody-mediated rejection, and prospects for integrative endpoints for next-generation clinical trials. Am J Transplant. 2018 Feb;18(2):293–307.

SỰ THAY ĐỔI KHỚP CĂN Ở TRẺ SAU KHI GẮN CHỤP THÉP TIỀN CHẾ THEO KỸ THUẬT HALL TECHNIQUE

Đào Thị Hằng Nga¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹, Lê Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Thị Thu Hà², Đoàn Thị Yên Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian ổn định khớp cắn sau khi gắn chụp thép tiền chế bằng kỹ thuật Hall technique. **Thiết kế nghiên cứu:** 35 trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được đánh giá về những thay đổi kích thước dọc khớp cắn sau khi gắn chụp thép tiền chế. Các phép đo kích thước dọc khớp cắn được thực hiện ở các thời điểm trước khi điều trị, ngay sau khi điều trị, sau khi điều trị 1 tuần, sau khi điều trị 4 tuần. **Kết quả:** Vào tuần thứ tư, sự thay đổi kích thước dọc cho thấy sự chênh lệch còn 0.03 ± 0.46 (mm) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sự thay đổi về OVD (occlusal vertical dimension) sau khi gắn chụp thép tiền chế theo kỹ thuật Hall technique sẽ ổn định sau 4 tuần. **Từ khóa:** Hall Technique, khớp cắn, chụp thép tiền chế.

SUMMARY

CHANGES OF OCCLUSAL AFTER PLACEMENT OF A PREFORMED METAL CROWN USING THE HALL TECHNIQUE

Objectives: To evaluate the time taken the occlusion settles following the placement of a preformed metal crown using the Hall technique. **Study design:** 35 children fulfilling the inclusion criteria were evaluated for changes in occlusal vertical dimension following the placement of a preformed metal crown using the Hall technique. The OVD measurements were taken before treatment, immediately post treatment, then at one - and four - weeks post treatment. **Results:** At the fourth week, the OVD measurement showed a statistically significant difference (p value < 0.05). **Conclusion:** Changes in occlusion following the placement of a Hall crown settles in four weeks. **Keywords:** Hall technique; Occlusion; Preformed Metal Crown

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hằng Nga

Email: hangnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là căn bệnh phổ biến ở trẻ em, trên toàn thế giới có tới trên 530 triệu trẻ em bị sâu răng sữa.¹ Tại Việt Nam, kết quả điều tra sức khỏe răng miệng trên toàn quốc năm 2019, tỷ lệ trẻ từ 6-8 tuổi bị sâu răng sữa là 86,4%.²

Nhiều loại vật liệu phục hồi khác nhau đã được sử dụng trong nha khoa trẻ em để kiểm soát sâu răng hàm sữa ở trẻ em. Một trong những vật liệu phục hồi bền nhất, tồn tại lâu và tương đối rẻ hiện nay là chụp kim loại tiền chế.⁶

Hall technique là phương pháp kiểm soát sâu răng hàm sữa đặc thù ở trẻ em sử dụng chụp thép tiền chế theo triết lý xâm lấn tối thiểu. Phương pháp này đặt chụp mà không mài sửa soạn mặt nhai dẫn đến sự gia tăng kích thước dọc. Tuy nhiên các nghiên cứu chỉ ra rằng sự thay đổi này chỉ diễn ra trong khoảng 2 – 4 tuần, sau đó khớp cắn được tái lập với sự thay đổi không đáng kể và hầu như không ảnh hưởng đến khớp thái dương hàm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ 4 – 8 tuổi có răng hàm sữa sâu mức độ tổn thương ICDAS 4, ICDAS 5 được điều trị bằng kỹ thuật Hall Technique tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện đào tạo Răng Hàm Mặt và khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện đa khoa Đức Giang, Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ từ 4 – 8 tuổi có ít nhất 1 tổn thương sâu răng hàm sữa mức độ ICDAS 4, ICDAS 5 được điều trị phục hồi thân răng theo kỹ thuật Hall technique.

- Trẻ khỏe mạnh không mắc các bệnh toàn thân liên quan đến rối loạn phát triển về thể chất và tinh thần. Không mắc các bệnh cấp tính hoặc bệnh lý chưa được kiểm soát.