

điều trị do viêm phổi, tăng huyết áp không kiểm soát và quá tải dịch khi mới 11 tuổi.

IV. KẾT LUẬN

Loạn sản xương miễn dịch Schimke (SIOD) là một rối loạn di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường hiếm gặp tổn thương đa cơ quan: xương, thận, miễn dịch, tim, mạch máu, tạo máu. Ca bệnh mô tả kiểu hình -kiểu gen gây SIOD ở Việt Nam với mục đích giúp bác sĩ nhận biết thêm một dạng đột biến gen gây hội chứng thận hư kháng thuốc ở trẻ kèm theo bất thường về hình thái đặc trưng là cổ và thân ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pedrosa AKK de V, Torres LFO, Silva ACBA da, Dantas ABL, Zuntini KL da CR, Aguiar LCB.** Rare case of nephrotic syndrome: Schimke syndrome. *Braz J Nephrol.* 2016;38:370-373. doi:10.5935/0101-2800.20160057

2. **Santangelo L, Gigante M, Stefano N, et al.** A novel SMARCAL1 mutation associated with a mild phenotype of Schimke immuno-osseous dysplasia (SIOD). *BMC nephrology.* 2014;15:41.

doi:10.1186/1471-2369-15-41

3. **Elizondo LI, Cho KS, Zhang W, et al.** Schimke immuno-osseous dysplasia: SMARCAL1 loss-of-function and phenotypic correlation. *J Med Genet.* 2009;46(1):49-59. doi:10.1136/jmg.2008.060095

4. **Lou S, Lamfers P, McGuire N, Boerkoel C.** Longevity in Schimke immuno-osseous dysplasia. *J Med Genet.* 2002;39(12):922-925. doi:10.1136/jmg.39.12.922

5. **Boerkoel CF, Nowaczyk MJ, Blaser SI, Meschino WS, Weksberg R.** Schimke immunoosseous dysplasia complicated by moyamoya phenomenon. *Am J Med Genet.* 1998;78(2):118-122. doi:10.1002/(sici)1096-8628(19980630)78:2<118::aid-ajmg4>3.0.co;2-k

6. **Lippner E, Lücke T, Salgado C, Boerkoel C, Lewis DB.** Schimke Immunoosseous Dysplasia. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., eds. *GeneReviews®.* University of Washington, Seattle; 1993. Accessed April 18, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1376/>

7. **Sarin S, Javidan A, Boivin F, et al.** Insights into the Renal Pathogenesis in Schimke Immuno-Osseous Dysplasia. *J Histochem Cytochem.* 2015;63(1):32-44. doi:10.1369/0022155414558335

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ PTH Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THẬN HÀ NỘI NĂM 2022

Trần Tiến Đạt¹, Lê Thị Diễm Hồng¹
 Ngô Trung Dũng², Nguyễn Thị Diệp²

TÓM TẮT

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối là một trong những gánh nặng y tế lớn toàn cầu với nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh, đặc biệt là cường cân giáp thứ phát. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả nồng độ PTH và khảo sát mối liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 327 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,48 ± 14,49 với 47,7% nam và 52,3% nữ. Nồng độ PTH trung bình là 731,3 ± 600,81 pg/ml, chỉ có 15,0% bệnh nhân có PTH đạt ngưỡng khuyến cáo của K/DOQI 2003 (150-300 pg/ml) và có tới 71,3% bệnh nhân có PTH vượt ngưỡng này. Bệnh nhân có PTH vượt ngưỡng khuyến cáo có liên quan thuận với thời gian thận nhân tạo chu kỳ, nồng độ phospho máu và tích số Ca × P máu. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ có nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo của K/DOQI, tỷ lệ này có liên quan thuận với thời gian thận nhân tạo chu kỳ, nồng độ phospho máu và tích số Ca × P máu.

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, thận nhân tạo chu kỳ, PTH, Parathyroid Hormone

SUMMARY

SURVEY OF PTH IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT HANOI NEPHROLOGY HOSPITAL IN 2022

End-stage renal disease is one of the major global health burdens with many complications affecting the patient's quality of life, specifically secondary hyperparathyroidism. **Objectives:** Describe PTH levels and investigate the association between PTH levels and a number of clinical and subclinical factors in the end-stage renal disease patients on dialysis. **Methods:** Cross-sectional study on 327 end-stage renal disease patients on maintenance hemodialysis at Hanoi Kidney Hospital in 2022. **Results:** The average age of patients was 54.48 ± 14.49 years with 47.7% male and 52.3% female. The average PTH concentration was 731.3 ± 600.81 pg/ml, only 15.0% of patients had PTH reaching the recommended threshold of K/DOQI 2003 (150-300 pg/ml) and up to

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Thận Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: tiendat.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024

71.3% Patients whose PTH exceeds this threshold. Patients with PTH exceeding the recommended threshold are positively associated to the duration of hemodialysis, blood phosphorus concentration and blood Ca × P product. **Conclusion:** The majority of hemodialysis patients have PTH concentrations exceeding the recommended threshold of K/DOQI 2003. This rate is positively associated to the duration of hemodialysis, blood phosphorus concentration and blood Ca × P product.

Keywords: End-stage renal disease, maintenance hemodialysis, PTH, Parathyroid Hormone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một tình trạng bệnh lý tiến triển gặp ở trên 1/10 dân số toàn cầu và có xu hướng gia tăng. Bệnh thận mạn được dự đoán sẽ đứng thứ 5 trong các nguyên nhân tử vong trên toàn cầu vào năm 2040 [1]. Điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối cho đến nay đã có nhiều tiến bộ, các phương pháp điều trị thay thế thận như thận nhân tạo chu kỳ, thẩm phân phúc mạc, ghép thận ngày càng được triển khai rộng rãi, trong đó thận nhân tạo vẫn là phương pháp phổ biến nhất.

Trong nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ rất hay gặp tình trạng cường cận giáp thứ phát, đặc trưng bởi tình trạng tăng hoạt động chức năng của tuyến cận giáp làm tăng nồng độ PTH (Parathyroid Hormone), nhằm đáp ứng việc chức năng thận bị suy giảm gây mất cân bằng calci - phospho trong cơ thể. Hậu quả của tình trạng này là loạn dưỡng xương, nguy cơ gãy xương cao do nhuyễn xương, viêm xương xơ nang và loãng xương. Cường cận giáp trạng thứ phát còn dẫn đến lắng đọng calci ngoài xương, đặc biệt calci hóa ở mạch máu như mạch vành gây hẹp mạch vành dẫn đến suy vành, nhồi máu cơ tim và các biến chứng tim mạch, điều này làm cho tiên lượng của bệnh nhân bệnh thận mạn trở nên xấu hơn.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về cường cận giáp thứ phát thông qua việc đánh giá các chỉ số calci, phospho, PTH, đặc biệt là trên đối tượng bệnh nhân điều trị thay thế thận. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tình trạng cường cận giáp của nhóm bệnh nhân này chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả nồng độ PTH và khảo sát mối liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội từ tháng 01/2022

đến hết 12/2022:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuổi trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối, điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ, chưa được ghép thận.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đợt cấp của bệnh thận mạn; đang trong tình trạng nhiễm trùng, viêm; hoặc mắc kèm các bệnh lý: viêm khớp, bệnh hệ thống, bệnh lý ác tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện theo thời gian nghiên cứu.

- Các biến số, chỉ số nghiên cứu:
+ Lâm sàng: giới tính, tuổi, BMI, thời gian thận nhân tạo chu kỳ

+ Cận lâm sàng: Hemoglobin, glucose, ure, creatinine, acid uric, cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C, HDL-C, calci toàn phần, phospho, PTH.

+ Calci hiệu chỉnh (mmol/L) = Calci toàn phần (mmol/L) + 0,02× (40–Albumin (g/L)).

+ Chỉ số Ca × P (mmol²/L²) = Calci hiệu chỉnh (mmol/L) × Phospho máu (mmol/L)

- Khuyến cáo của K/DOQI 2003 ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần đạt: PTH 150-300 pg/mL, calci hiệu chỉnh 2,1-2,5 mmol/L, phospho máu 1,13-1,78 mmol/L, Chỉ số Ca × P < 4,4 mmol².L² [2].

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các phương pháp thống kê y học phù hợp, kiểm định có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

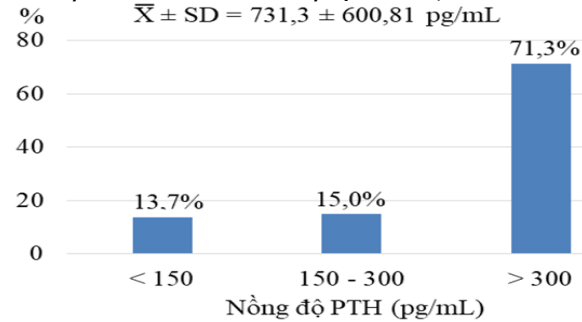
3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. 327 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội đã được lựa chọn vào nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)	X±SD (Min-Max)
Giới tính	Nam	156	47,7
	Nữ	171	52,3
Tuổi	<40	50	15,3
	40-59	147	44,9
	≥60	130	39,8
BMI (kg/m ²)	<18,5	84	25,7
	18,5-22,9	211	64,5
	23-24,9	23	7,0
	≥25	9	2,8

Thời gian thận nhân tạo chu kỳ (năm)	<5	136	41,6	7,11±5,21 (0,25-27)
	≥5	191	58,4	
Tổng		327	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,21 ± 13,59, tuổi thấp nhất là 21 và cao nhất là 91. Trong đó, phổ biến ở nhóm 40 – 59 tuổi và nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tương ứng 44,9% và 39,8%. Tỷ lệ nam/nữ = 0,91/1. Nhóm có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%, nhóm nhẹ cân chiếm tỷ lệ khá cao 25,7%. Thời gian thận nhân tạo chu kỳ trung bình là 7,11 ± 5,21 năm, nhỏ nhất là 3 tháng, lớn nhất là 27 năm. Bệnh nhân có thời gian thận nhân tạo chu kỳ trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao 58,4%.



Biểu đồ 1. Nồng độ PTH theo phân loại của K/DOQI

Nhận xét: Nồng độ PTH trung bình là 731,3 ± 600,81 pg/mL. Bệnh nhân có nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo (>300 pg/mL) chiếm tỷ lệ cao 71,3%. Chỉ có 15,0% bệnh nhân có nồng độ PTH nằm trong ngưỡng khuyến cáo (150 – 300 pg/mL).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)	
Calci hiệu chỉnh (mmol/L)	< 2,1	59	18,0
	2,1 – 2,5	254	77,7
	> 2,5	14	4,3
Phospho máu (mmol/L)	< 1,13	38	11,6
	1,13 – 1,78	96	29,4
	> 1,78	193	59,0
Ca x P (mmol²/L²)	< 4,4	178	54,4
	≥ 4,4	149	45,6
Hemoglobin (g/L)	< 110	230	70,3
	≥ 110	97	29,7
Cholesterol (mmol/L)	< 5,2	260	79,5
	≥ 5,2	67	20,5
Triglycerid (mmol/L)	< 1,7	172	52,6
	≥ 1,7	155	47,4
HDL-C (mmol/L)	< 1,1	178	54,4
	≥ 1,1	149	45,6
LDL-C (mmol/L)	< 3,4	245	74,9
	≥ 3,4	82	25,1
Acid uric^a	Không tăng	49	15,0
	Tăng	278	85,0

^aKhoảng tham chiếu acid uric ở nam: 182-420 μmol/L, nữ: 150-360 μmol/L

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có nồng độ calci hiệu chỉnh nằm trong ngưỡng khuyến cáo, chiếm 77,7%. Tuy nhiên chỉ có 29,4% bệnh nhân có nồng độ phospho máu trong ngưỡng khuyến cáo, phần lớn bệnh nhân có nồng độ phospho máu > 1,78 mmol/L, chiếm 59,0%. Tích số Ca x P vượt mức khuyến cáo chiếm tỷ lệ khá cao, gặp ở 45,6% bệnh nhân.

3.2. Mối liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ PTH và một số yếu tố lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Nồng độ PTH			p ^a
	Nam	n	>300 pg/mL	
Giới	Nam	156	9,6%	0,001
	Nữ	171	17,5%	
Tuổi	< 40	50	6,0%	0,025
	40 – 59	147	13,6%	
	≥ 60	130	16,9%	
BMI (kg/m²)	< 18,5	84	19,0%	0,313
	18,5 – 22,9	211	12,8%	
	23 – 24,9	23	8,7%	
	≥ 25	9	0%	
Thời gian thận nhân tạo chu kỳ (năm)	< 5	136	17,7%	0,000
	≥ 5	191	11,0%	

Nhận xét: Tỷ lệ nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn ở nhóm bệnh nhân nữ, tương ứng là 80,8% và 62,6%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,001. Nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo

cũng được tìm thấy có mối liên quan với tuổi của bệnh nhân, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm < 40 tuổi, tiếp đến là nhóm 40 – 59 tuổi và nhóm ≥ 60 tuổi (p = 0,025). Nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo ở nhóm thận nhân tạo

^aKiểm định Phi và Cramer's V

chu kỳ ≥ 5 năm là 80,1% cao hơn đáng kể so với nhóm < 5 năm là 58,8% với p = 0,000.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố cận lâm sàng

Cận lâm sàng	Nồng độ PTH				p ^a
	< 150 pg/mL	150 – 300 pg/mL	> 300 pg/mL		
Calci hiệu chỉnh (mmol/L)	< 2,1	11,9%	13,6%	74,6%	0,123
	2,1 – 2,5	13,3%	17,7%	69,0%	
	> 2,5	19,0%	2,4%	78,6%	
Phospho máu (mmol/L)	< 1,13	23,6%	21,8%	54,5%	0,001
	1,13 – 1,78	10,5%	23,3%	66,3%	
	> 1,78	12,4%	9,1%	78,5%	
Ca × P (mmol ² /L ²)	< 4,4	14,7%	22,6%	62,7%	0,000
	≥ 4,4	12,7%	6,0%	81,3%	
Hemoglobin (g/L)	< 110	13,4%	15,2%	71,3%	0,964
	≥ 110	14,4%	14,4%	71,1%	
Cholesterol (mmol/L)	< 5,2	12,3%	15,4%	72,3%	0,319
	≥ 5,2	19,4%	13,4%	67,2%	
Triglycerid (mmol/L)	< 1,7	14,5%	15,7%	69,8%	0,821
	≥ 1,7	12,9%	14,2%	72,9%	
HDL-C (mmol/L)	< 1,1	12,9%	15,2%	71,9%	0,890
	≥ 1,1	14,8%	14,8%	70,5%	
LDL-C (mmol/L)	< 3,4	14,3%	14,7%	71%	0,879
	≥ 3,4	12,2%	15,9%	72%	
Acid uric ^b	Không tăng	25,4%	11,9%	62,7%	0,116
	Tăng	11,2%	15,7%	73,3%	

^aKiểm định Phi và Cramer's V

^bKhoảng tham chiếu acid uric ở nam: 182-420 μmol/L, nữ: 150-360 μmol/L

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH > 300 pg/mL ở nhóm phospho máu > 1,78 mmol/L cao hơn so với nhóm phospho máu 1,13 – 1,78 mmol/L và phospho máu < 1,13 mmol/L. Cũng như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH > 300 pg/mL ở nhóm có Ca × P ≥ 4,4 mmol²/L² cao hơn so với nhóm có Ca × P < 4,4 mmol²/L², khác biệt có ý nghĩa thống kê. Không có mối liên quan giữa nồng độ PTH với calci hiệu chỉnh, hemoglobin, acid uric và các chỉ số lipid máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 54,48 ± 14,49, phân bố giới tính gần như cân bằng với 47,7% nam và 52,3% nữ. Độ tuổi này tương đương với các nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thanh Minh là 49,28 ± 15,60 [3], Ngô Đức Kỳ là 50,31 ± 17,03 [4], Nguyễn Minh Tuấn là 51,55 ± 16,44 [5] và các nghiên cứu nước ngoài của Janjua T.K. là 55,85 ± 13,95 [6], Seyedzadeh A. là 59,3 ± 14,2 [7]. Điều này có thể thấy thận nhân tạo chu kỳ đang ngày càng phát triển đồng bộ tại các cơ sở y tế của nước ta, giúp kéo dài tuổi thọ của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Nhóm bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI)

bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%, tuy nhiên nhóm nhẹ cân còn chiếm tỷ lệ khá cao 25,7%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ, chỉ số BMI thấp có liên quan tới tăng nguy cơ tử vong, do đó hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng đối với bệnh nhân đóng vai trò quan trọng.

Thời gian thận nhân tạo chu kỳ của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 7,11 ± 5,22 năm, lâu nhất là 27 năm, thấp nhất là 3 tháng, bệnh nhân có thời gian thận nhân tạo chu kỳ trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao 58,41% tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [3], [4], [5], [6], [7]. Thời gian thận nhân tạo chu kỳ là yếu tố quan trọng cần lưu tâm khi bàn luận so sánh giữa các nghiên cứu. Hiện nay, ngày càng nhiều bệnh nhân có thời gian thận nhân tạo chu kỳ rất dài, điều này một phần do thận nhân tạo đã được triển khai rộng rãi, điều kiện kinh tế và hiểu biết của người dân ngày càng được nâng cao nên số bệnh nhân được điều trị bằng thận nhân tạo ngày càng tăng và hơn nữa các kỹ thuật theo dõi, xử lý các biến chứng của lọc máu ngày càng tốt hơn.

Hướng dẫn thực hành lâm sàng của K/DOQI 2003 đưa ra khuyến cáo ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ cần

đạt: PTH 150-300 pg/mL, calci hiệu chỉnh 2,1-2,5 mmol/L, phospho máu 1,13- 1,78 mmol/L; chỉ số $Ca \times P < 4,4 \text{ mmol}^2.L^2$ [2]. Các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ có mức PTH vượt ngưỡng khuyến cáo chiếm tỷ lệ cao. Theo các tác giả trong nước Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Đăng Quốc, Vũ Đăng Mạnh báo cáo tỷ lệ này tương ứng là 57,4%, 49,1%, 68,9% [4] [5] [8], các tác giả nước ngoài Janjua T.K., Seyedzadeh A. báo cáo tỷ lệ này tương ứng là 40,54%, 41,4% [6] [7]. Như vậy so sánh các nghiên cứu khác nhau của các tác giả trong và ngoài nước, nồng độ PTH ở bệnh nhân đều tăng cao, nhưng mức độ tăng có khác nhau, điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu khác nhau về chủng tộc, thời gian mắc bệnh, thời gian thận nhân tạo chu kỳ và điều trị nội khoa khác nhau. Kết quả của chúng tôi có tới 71,25% bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ có mức PTH vượt ngưỡng khuyến cáo, đây là con số đáng báo động, việc theo dõi, kiểm soát và điều trị biến chứng cường cận giáp cần phải được hết sức lưu ý.

Về nồng độ các khoáng xương, phần lớn bệnh nhân của chúng tôi có nồng độ calci hiệu chỉnh nằm trong ngưỡng khuyến cáo, chiếm 77,7%. Tuy nhiên chỉ có 29,4% bệnh nhân có nồng độ phospho máu trong ngưỡng khuyến cáo, phần lớn bệnh nhân có nồng độ phospho máu tăng vượt ngưỡng 1,78 mmol/L, chiếm 59,0%. Các tác giả Vũ Đăng Mạnh, Janjua T.K. và Seyedzadeh A. cũng báo cáo phospho máu vượt ngưỡng khuyến cáo với tỷ lệ cao, lần lượt là 36,5%, 40,54%, 41,4% [8] [6] [7]. Các kết quả này khác với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do chế độ điều trị và chế độ ăn kiêng thực phẩm chứa phospho cũng như hiệu quả lọc máu ở mỗi bệnh nhân là khác nhau.

Bên cạnh đó chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có tích số $Ca \times P$ cao hơn mức khuyến cáo là 45,57%, tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Minh là 48,47% [3]. Như vậy tỷ lệ tăng phospho và tích số $Ca \times P$ ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ của chúng tôi là rất cao, điều này cảnh báo nguy cơ tử vong của bệnh nhân có liên quan đến tim mạch là rất lớn. Hậu quả của tăng phospho máu dẫn đến cường cận giáp trạng thứ phát, tiến tới lắng đọng và lan tràn calci hóa khi tích số $Ca \times P$ tăng lên. Tăng $Ca \times P$ là yếu tố nguy cơ gây calci hóa mô mềm, da, lắng đọng Ca ở niêm mạc, tổ chức liên kết, tại các tạng và đặc biệt hệ thống tim mạch gây rối loạn nhịp tim, rối loạn chức năng thất trái, hẹp động mạch chủ, suy tim sung huyết và tử vong [9].

4.2. Mỗi liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở

bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. Để làm rõ nguyên nhân, cơ chế tăng nồng độ PTH ở bệnh nhân bệnh thận mạn thận nhân tạo chu kỳ, chúng tôi khảo sát mối liên quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

Khi phân tích nồng độ PTH theo tuổi và giới tính, chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nam và nữ ($p < 0,05$), với tỷ lệ nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo ở nhóm nam (80,8%) cao hơn nhóm nữ (62,65%). Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Vũ Đăng Mạnh cho kết quả không có mối liên quan giữa nồng độ PTH với giới tính [8]. Trong thực hành lâm sàng, chỉ định điều trị và chạy thận nhân tạo cho người cao tuổi có thể khác với bệnh nhân trẻ tuổi. Ví dụ, các loại đường tiếp cận mạch máu được sử dụng trong chạy thận nhân tạo ở người cao tuổi bị ảnh hưởng bởi độ tuổi và giới tính. Thời gian điều trị theo quy định và lưu lượng máu được chỉ định khác nhau đáng kể giữa nhóm tuổi già và trẻ hơn. Do đó, sự khác biệt về tính đầy đủ và hiệu quả của việc điều trị cũng như chỉ định chạy thận nhân tạo giữa nam và nữ ở các nhóm tuổi cần được nghiên cứu sâu hơn ở các nhóm dân số cụ thể [10].

Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo ở nhóm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ trên 5 năm là 80,1% cao hơn nhóm dưới 5 năm là 58,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu trong nước và ngoài nước cũng cho kết quả thời gian thận nhân tạo chu kỳ càng dài, tỷ lệ nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo càng cao, điều này cho thấy chúng ta cần đặc biệt chú ý kiểm soát nồng độ PTH ở nhóm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ lâu năm.

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng nồng độ PTH với tăng phospho máu và tăng tích số $Ca \times P$, kết quả này tương đồng với nhiều tác giả trong và ngoài nước [7]. Điều này cho thấy việc giảm phospho máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối là một biện pháp quan trọng góp phần giảm nồng độ PTH máu. Bệnh nhân bệnh thận mạn luôn có xu hướng dư thừa phospho máu do mức lọc cầu thận giảm gây giảm lọc và giảm bài tiết phospho qua thận. Tăng phospho máu gây kích thích làm tăng tiết PTH. Để làm giảm phospho máu chúng tôi khuyến nghị xem xét chặt chẽ chế độ ăn cho bệnh nhân, duy trì chức năng thận tồn dư, sử dụng thuốc giảm phospho máu không có calci, dự phòng và điều trị tình trạng cường cận giáp.

Hạn chế trong thiết kế nghiên cứu của chúng

tôi là nồng độ PTH và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng được khảo sát tại một thời điểm. Cần có thêm các nghiên cứu theo dõi động học của các xét nghiệm PTH, calci, phospho tại nhiều thời điểm trong quá trình quản lý, điều trị bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân bệnh thận mạn thận nhân tạo chu kỳ có nồng độ PTH vượt ngưỡng khuyến cáo của K/DOQI 2003.

- Bệnh nhân có PTH vượt ngưỡng khuyến cáo có liên quan thuận với thời gian thận nhân tạo chu kỳ, nồng độ phospho máu và tích số Ca x P máu.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự hỗ trợ kinh phí của đề tài khoa học và công nghệ cấp cơ sở của Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội mã số CS.22.12.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kovesdy C.P.** (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl*, 12(1), 7–11.
2. **National Kidney Foundation** (2003). K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*, 42(4 Suppl 3), S1-201.
3. **Nguyễn Thanh Minh** (2021), Nghiên cứu rối loạn xương, khoáng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 lọc máu chu kỳ, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y

- Dược - Đại học Huế.
4. **Ngô Đức Kỳ** (2021). Khảo sát nồng độ hormon tuyến cận giáp ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. 506(2), 166–169.
 5. **Nguyễn Minh Tuấn** (2020), Nghiên cứu nồng độ osteoprotein, parathyroid hormone huyết tương, tổn thương động mạch cảnh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế.
 6. **Janjua T.K., Mukhtar K.N., Naveed A.K., et al.** (2019). Frequency of maintenance hemodialysis patients meeting K/DOQI criteria for serum calcium, phosphorus, calcium phosphorus product and PTH levels; a single institutional experience from Pakistan: a cross sectional study. *Pan Afr Med J*, 33, 183.
 7. **Seyedzadeh A., Tohidi M.R., Golmohamadi S., et al.** (2022). Prevalence of Renal Osteodystrophy and its Related Factors among End-stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis: Report from Imam Reza Referral Hospital of Medical University of Kermanshah, Iran. *Oman Med J*, 37(1), e335.
 8. **Vũ Đăng Mạnh** (2019), Khảo sát nồng độ PTH, calci, phospho huyết tương và mật độ xương trên bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ, Thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội.
 9. **Wajeh Y. Quinibi** (2004), Consequences of hyperphosphatemia in patients with end-stage renal disease, *Kidney International*, Vol 66, Suppl 90: pp S8 – S12. .
 10. **Pham H.V., Tran N.V., Thai T.T., et al.** (2024). Gender and age differences in KDIGO treatment targets among people on maintenance hemodialysis: Findings from a tertiary hospital in Vietnam. *Medicine*, 103(4), e37088.

NHU CẦU VÀ KHẢ NĂNG CHI TRẢ CHO DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN PHÚ VANG, TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Vũ Thị Cúc¹, Nguyễn Thị Minh Anh¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Nguyễn Phú Bình², Võ Văn Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhu cầu và khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người cao tuổi tại huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế và phân tích các yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 637 người cao tuổi tại huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023. Phỏng vấn trực tiếp người cao tuổi bằng bộ câu hỏi soạn sẵn để đánh giá nhu cầu và khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Kết quả nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có 45,1% người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà. Phần lớn người cao tuổi không có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Các yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà từ mô hình hồi quy logistic đa biến bao gồm:

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Phú Yên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Cúc

Email: vtcuc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024