

kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể nhận thấy mối liên quan rõ ràng giữa điểm Agatston với số lượng động mạch vành bị tổn thương, các đặc điểm hình thái của tổn thương, và điểm SYNTAX. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu này là số lượng bệnh nhân ở một số nhóm còn ít, đặc biệt là nhóm đau ngực ổn định, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng phát hiện các mối liên hệ tiềm năng. Cần có các nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn để khẳng định và mở rộng kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Mức độ vôi hóa động mạch vành trên MSCT có mối liên quan thuận với mức độ tổn thương động mạch vành theo thang điểm SYNTAX trên phim chụp mạch vành qua da, cụ thể là mức độ vôi hóa càng nhiều thì điểm SYNTAX càng cao. Khi phân tích riêng từng nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, điểm Agatston cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với điểm SYNTAX ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp, trong khi ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán đau

ngực ổn định, không ghi nhận mối liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parikh P, Shah N, Ahmed H, Schoenhagen P, Fares M. Coronary artery calcium scoring: Its practicality and clinical utility in primary care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2018;85(9): 707-716. doi:10.3949/ccjm.85a.17097
2. Takashima H, Kuhara Y, Asai K, et al. The Association of Coronary Artery Calcium Score and SYNTAX Score. *American Journal of Cardiology*. 2013;111(7): 86B. doi:10.1016/j.amjcard.2013.01.216
3. Shabbir A, Virk ST, Malik J, Kausar S, Nazir TB, Javed A. Coronary Artery Calcium Score: Assessment of SYNTAX Score and Prediction of Coronary Artery Disease. *Cureus*. Jan 14 2021;13(1):e12704. doi:10.7759/cureus.12704
4. Gökdeniz T, Kalaycıoğlu E, Aykan A, et al. Value of coronary artery calcium score to predict severity or complexity of coronary artery disease. *Arq Bras Cardiol*. Feb 2014;102(2):120-7. doi:10.5935/abc.20130241
5. Takashima H, Kuhara Y, Asai K. The Association of Coronary Artery Calcium Score and SYNTAX. *The American Journal of Cardiology*. 2013;APRIL 23-26.

NGHIÊN CỨU TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ PTH MÁU VÀ CHỈ SỐ ĐỘ CỨNG ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Như Nghĩa¹, Võ Hữu Phúc^{1,2}, Lê Thanh Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng cường cận giáp ở bệnh nhân suy thận mạn điều trị lọc máu chu kỳ được chứng minh làm tăng độ cứng mạch máu trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, dữ liệu về mối tương quan trực tiếp giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch trên nhóm đối tượng này chưa có sự đồng nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá tương quan giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 91 bệnh nhân suy thận mạn có LMCK tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 06/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, độ tuổi trung bình là $49,92 \pm 11,29$. Hầu hết các đối tượng đều có tăng huyết áp (96,7%) và chỉ số khối cơ thể $< 23 \text{ kg/m}^2$ (80,2%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu và hút thuốc lá lần lượt là 8,8% và 18,7%. Thời gian lọc máu trung bình

là $50,71 \pm 50,63$ tháng. Trung vị của nồng độ PTH máu là $48,8 \text{ pg/mL}$ (Q1-Q3: $30,4-94,7$). Chỉ số baPWV có giá trị trung bình là $14,54 \pm 2,91 \text{ m/s}$. Biểu đồ cho thấy nồng độ PTH máu có mối tương quan thuận, mức độ yếu ($r=0,23$) với chỉ số baPWV. Kết quả ghi nhận có ý nghĩa thống kê ($p=0,029$). **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu ghi nhận có mối tương quan thuận giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: Suy thận mạn (STM), lọc máu chu kỳ (LMCK), nồng độ PTH máu, độ cứng động mạch.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM PARATHYROID HORMONE LEVELS AND ARTERIAL STIFFNESS INDEX IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Background: Hyperparathyroidism in patients with chronic renal failure undergoing periodic hemodialysis has been shown to increase vascular stiffness in several studies. However, data on the direct correlation between serum PTH levels and arterial stiffness index in this patient population remain inconsistent. **Objectives:** To evaluate the correlation between serum parathyroid hormone (PTH) levels and arterial stiffness index in patients with chronic renal failure (CRF) undergoing periodic hemodialysis. **Materials and methods:** A cross-

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hữu Phúc

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025

sectional analytical study was conducted on 91 CRF patients undergoing MHD at Vinh Long General Hospital from June 2024 to March 2025. **Results:** The study population had an approximately equal male-to-female ratio, with a mean age of 49.92 ± 11.29 years. Most patients had hypertension (96.7%) and a body mass index (BMI) of $<23 \text{ kg/m}^2$ (80.2%). The prevalence of dyslipidemia and smoking was 8.8% and 18.7%, respectively. The mean dialysis duration was 50.71 ± 50.63 months. The median serum PTH level was 48.8 pg/mL (Q1-Q3: 30.4–94.7). The mean brachial-ankle pulse wave velocity (baPWV) was $14.54 \pm 2.91 \text{ m/s}$. A weak positive correlation ($r = 0.23$) was observed between serum PTH levels and baPWV, which was statistically significant ($p = 0.029$). **Conclusion:** This preliminary study indicates a weak positive correlation between serum PTH levels and arterial stiffness index in CRF patients undergoing periodic hemodialysis.

Keywords: Chronic renal failure (CRF), periodic hemodialysis, serum PTH levels, arterial stiffness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ cứng động mạch – biểu hiện bằng tình trạng thành mạch dày và mất đàn hồi – là một yếu tố then chốt trong bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn. Quá trình xơ cứng động mạch thường liên quan mật thiết với vôi hóa thành mạch (đặc biệt lớp áo giữa), dẫn đến giảm tính đàn hồi của động mạch. Chỉ số vận tốc sóng mạch (pulse wave velocity – PWV) đo được giữa động mạch cánh tay và cổ chân (baPWV) là một phương pháp không xâm lấn để đánh giá độ cứng động mạch. Giá trị PWV càng cao chứng tỏ động mạch càng xơ cứng. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy độ cứng động mạch có giá trị dự báo độc lập đối với nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong. Thật vậy, hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu đã xếp vận tốc sóng mạch chủ vào nhóm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tiên lượng tim mạch.¹ Ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo, PWV tăng cao có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tử vong do tim mạch.² Như vậy, đánh giá độ cứng động mạch mang ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn.

Rối loạn chuyển hóa khoáng và xương do suy thận mạn đóng vai trò chính trong biến chứng tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, đặc trưng bởi các bất thường về calci, phosphat, hormone tuyến cận giáp (PTH) và vitamin D, cùng với bệnh xương và vôi hóa mạch máu. PTH tăng cao gây tăng tạo xương và tiêu xương nhưng đồng thời cũng góp phần vào quá trình vôi hóa mạch máu. Thật vậy, các rối loạn khoáng trong suy thận mạn (tăng phosphat, calci, PTH và FGF23) được xem là các yếu tố nguy cơ “không truyền thống” thúc đẩy vôi hóa

mạch sớm ở bệnh nhân suy thận.³ Mối liên hệ giữa PTH và độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận mạn đã được nghiên cứu ngày càng nhiều trong thời gian gần đây. Một số dữ liệu gợi ý rằng tình trạng cường cận giáp thứ phát có thể liên quan đến xơ cứng mạch máu và nguy cơ tim mạch tăng. Chẳng hạn, một phân tích trên 4.472 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3–4 cho thấy nhóm có PTH $> 70 \text{ pg/mL}$ có tỷ lệ mắc các biến cố tim mạch cao hơn có ý nghĩa so với nhóm PTH bình thường, độc lập với calci, phosphat và các yếu tố nguy cơ khác.⁴ Tuy vậy, mối quan hệ nhân quả giữa PTH và độ cứng động mạch chưa được hiểu rõ hoàn toàn và có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhiễu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm làm sáng tỏ hơn mối tương quan giữa nồng độ PTH máu và độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị lọc máu chu kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo tại Khoa lọc máu, Bệnh viện Đa khoa Vinh Long từ tháng tháng 06 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc suy thận mạn, có chỉ định và đang được điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo theo khuyến cáo của KDIGO.⁵ Đồng thời, ổn định với lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần (9-12 giờ/tuần) trong ba tháng gần đây.

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các tình trạng cường tuyến cận giáp khác như u tuyến cận giáp, hội chứng đa u nội tiết... và các nguyên nhân khác gây cường cận giáp thứ phát ngoài bệnh thận mạn.

Bệnh nhân chuyển qua ghép thận hoặc thăm phân phúc mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa lọc máu, Bệnh viện Đa khoa Vinh Long trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 91 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi ($\text{TB} \pm \text{ĐLC}$), giới tính (nam, nữ), trình độ học vấn (dưới THCS, từ

THCS trở lên), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB $\pm$ ĐLC; ≥ 23 ; < 23), hút thuốc lá (có/không), rối loạn lipid máu (có/không), tăng huyết áp (có/không), thời gian lọc máu (tháng).

Đánh giá độ cứng động mạch thông qua đo vận tốc sóng mạch tại vị trí cánh tay – cổ chân (baPWV). Là biến định lượng, đơn vị m/s.

Định lượng nồng độ PTH máu: là biến định lượng, đơn vị pg/mL.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích đánh giá mối tương quan

giữa nồng độ PTH máu và độ cứng động mạch thông qua hồi quy tuyến tính với kiểm định tương quan Pearson.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.200.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

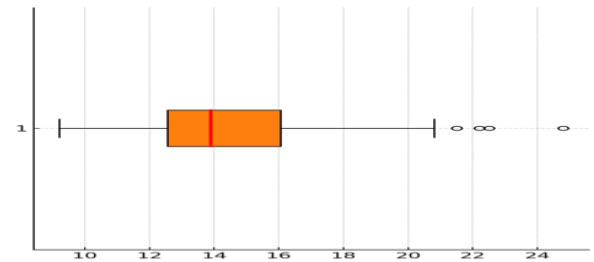
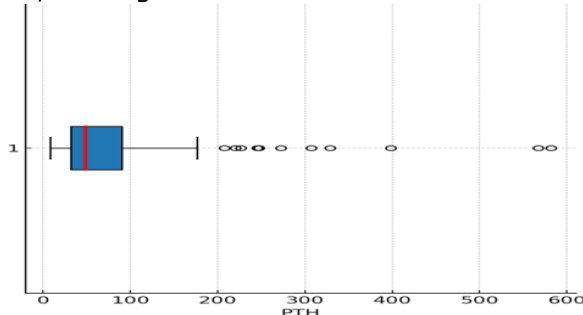
Trong thời gian từ tháng 07/2023 đến tháng 02/2025, có tổng cộng 91 bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (N=91)

Đặc điểm		Nam (n=48)	Nữ (n=43)	Chung (n=91)	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Tuổi	≥ 60	9 (18,7)	11 (25,6)	20 (22,0)	0,432 ^a
	< 60	39 (81,3)	32 (74,4)	71 (78,0)	
	TB $\pm$ ĐLC	47,19 $\pm$ 12,47	52,98 $\pm$ 8,99	49,92 $\pm$ 11,29	0,012 ^b
Trình độ học vấn	Dưới THCS	9 (18,8)	18 (41,9)	27 (29,7)	0,016 ^a
	Từ THCS trở lên	39 (81,3)	25 (58,1)	64 (70,3)	
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	TB $\pm$ ĐLC	21,07 $\pm$ 3,56	20,82 $\pm$ 2,55	20,95 $\pm$ 3,11	0,697 ^b
	≥ 23	10 (20,8)	8 (18,6)	18 (19,8)	0,790 ^a
	< 23	38 (79,2)	35 (81,4)	73 (80,2)	
Hút thuốc lá	Có	17 (35,4)	0 (0)	17 (18,7)	$< 0,001^a$
	Không	31 (64,6)	43 (100)	74 (81,3)	
Tăng huyết áp	Có	44 (93,6)	43 (100)	87 (96,7)	0,243 ^a
	Không	3 (6,4)	0 (0)	3 (3,3)	
Rối loạn lipid máu	Có	1 (2,1)	7 (16,3)	8 (8,8)	0,024 ^a
	Không	47 (97,9)	36 (83,7)	83 (91,2)	
Thời gian lọc máu chu kỳ (tháng)	TB $\pm$ ĐLC	55,56 $\pm$ 62,43	45,3 $\pm$ 32,77	50,71 $\pm$ 50,63	0,337 ^b

^aPearson Chi-Square hoặc Fisher exact test, ^bIndependent Samples Test

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, độ tuổi trung bình là 49,92 $\pm$ 11,29 và đa phần có trình độ học vấn từ mức THCS trở lên (70,3%). Hầu hết các đối tượng đều có tăng huyết áp (96,7%) và chỉ số khối cơ thể < 23 kg/m² (80,2%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu và hút thuốc lá lần lượt là 8,8% và 18,7%. Thời gian lọc máu trung bình là 50,71 $\pm$ 50,63 tháng.



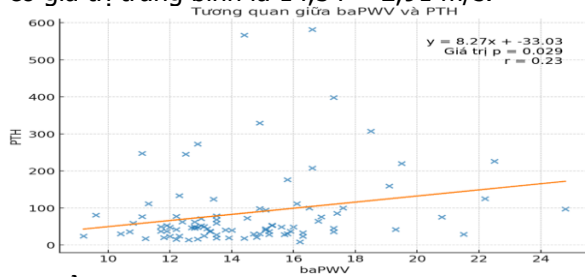
Biểu đồ 1. Phân bố nồng độ PTH máu và chỉ số baPWV

Nhận xét: Dựa vào biểu đồ boxplot, có thể thấy nồng độ PTH máu tồn tại nhiều giá trị ngoại vị cao và không có phân phối chuẩn. Ngược lại, baPWV tuy tồn tại một số giá trị ngoại vị nhưng phân bố vẫn tuân luật theo xấp xỉ phân phối chuẩn (p Shapiro-Wilk và p Kolmogorov-Smirnov lần lượt là 0,318 và 0,714, đều $> 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm về nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch

Chỉ số	Trung vị (Q1-Q3)	TB ± ĐLC	GTNN	GTLN
PTH (pg/mL)	48,8 (30,4-94,7)	87,25±105,09	8,4	581,7
baPWV (m/s)	13,9 (12,5-16,1)	14,54±2,91	9,2	24,8

Nhận xét: Trung vị của nồng độ PTH máu là 48,8 pg/mL (Q1-Q3: 30,4-94,7). Chỉ số baPWV có giá trị trung bình là 14,54 ± 2,91 m/s.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ PTH máu và chỉ số baPWV

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy nồng độ PTH máu có mối tương quan thuận, mức độ yếu ($r=0,23$) với chỉ số baPWV. Kết quả ghi nhận có ý nghĩa thống kê ($p=0,029$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 91 bệnh nhân suy thận mạn đang LMCK tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long trong thời gian từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 đã chứng minh có mối tương quan thuận giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch đo bằng vận tốc sóng mạch tại vị trí cánh tay-cổ chân ($r=0,23$ và $p=0,029$).

Kết quả của chúng tôi tương đồng với ghi nhận của một số nghiên cứu khác. Thật vậy, Kato et al. (2023) ghi nhận PTH có mối tương quan độc lập với vận tốc sóng mạch (PWV) ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo.⁶ Điều này phù hợp với giả thuyết rằng cường cận giáp thứ phát góp phần thúc đẩy xơ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Về phương diện sinh lý bệnh, PTH cao kéo dài có thể ảnh hưởng đến hệ tim mạch thông qua nhiều cơ chế. Trực tiếp, PTH có thụ thể trên tế bào cơ trơn thành mạch và tế bào nội mô. Nồng độ PTH tăng cao mạn tính có thể gây co mạch, tăng sinh cơ trơn và giảm giãn mạch qua nội mô, dẫn đến tăng huyết áp và độ cứng mạch. PTH cũng được cho là làm tăng tính nhạy cảm của mạch máu với các chất co mạch như angiotensin II và giảm sản xuất nitric oxide ở tế bào nội mô, gây rối loạn chức năng nội mô. Gián tiếp, PTH thúc đẩy quá trình vôi hóa mạch máu. Trong tình trạng cường cận giáp thứ phát, sự huy động calci và phosphat từ xương tăng lên, cùng với

tăng phosphat máu do suy thận, tạo điều kiện cho calci-phosphat lắng đọng tại thành mạch. Các tế bào cơ trơn mạch máu có thể chuyển dạng thành kiểu nguyên bào xương dưới tác động của sản phẩm phospho-calcic và các cytokine viêm, lắng đọng chất nền dạng xương trong thành mạch.

Ngược lại, không phải tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận mối liên hệ rõ ràng giữa nồng độ PTH và chỉ số độ cứng động mạch. Tác giả Turgutkaya et al. (2021) khi nghiên cứu trên 51 bệnh nhân bệnh thận mạn đã không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa PTH và PWV.⁷ Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ ra rằng chỉ có khoảng 5% (tương đương r^2) biến thiên của chỉ số độ cứng động mạch có thể được giải thích bởi sự thay đổi của PTH, gợi ý rằng PTH chỉ là một trong nhiều yếu tố ảnh hưởng đến độ cứng mạch ở nhóm bệnh nhân này. Sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu gợi ý rằng mối quan hệ PTH – độ cứng mạch rất phức tạp và có thể bị điều biến bởi các yếu tố như tình trạng phosphat, kiểm soát huyết áp, và hiện diện của đái tháo đường. Thật vậy, nghiên cứu của Kato ghi nhận tương tác có ý nghĩa của bệnh đái tháo đường, cụ thể, ảnh hưởng của PTH lên PWV khác biệt giữa nhóm có và không có đái tháo đường.⁶ Đồng thời, có thể thấy hầu hết các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều ghi nhận tình trạng tăng huyết áp. Từ lâu, tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây xơ cứng động mạch, cùng với tuổi cao, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, đây là những yếu tố góp phần chính làm giảm đàn hồi động mạch. Ở bệnh nhân lọc máu, tăng huyết áp rất phổ biến và khó kiểm soát do nhiều cơ chế (giữ muối nước, hoạt hóa hệ renin-angiotensin, giảm tính đàn hồi mạch máu do ure huyết). Do đó, ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng huyết áp cao kéo dài có thể đã thúc đẩy độ cứng động mạch ở hầu hết bệnh nhân, làm lu mờ phần nào tác động riêng lẻ của PTH. Hệ quả là dù PTH có tăng cao, đóng góp của nó vào độ cứng mạch chỉ biểu hiện mức độ tương quan khiêm tốn. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa PTH và xơ cứng mạch có thể không tuyến tính hoặc cần thời gian dài để biểu hiện. PTH có thể ảnh hưởng lên mạch máu thông qua trung gian vôi hóa mạch, một quá trình tiến triển mạn tính. Nếu quá trình vôi hóa này diễn ra trong nhiều năm, thì việc đo PWV tại một thời điểm duy nhất có thể chưa phản ánh đầy đủ tác động tích lũy của PTH. Ngoài ra, biến thiên sinh học cá thể và các yếu tố di truyền có thể khiến đáp ứng mạch máu với

PTH khác nhau giữa các bệnh nhân, càng làm giảm hệ số tương quan quan sát được.

Về ý nghĩa lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng PTH – một hormone vốn được quan tâm chủ yếu trong quản lý bệnh xương do suy thận – cũng có thể được xem là một dấu ấn liên quan đến mạch máu. Sự tăng nhẹ của độ cứng động mạch song hành với PTH cao cho thấy việc theo dõi định kỳ chỉ số PWV hoặc các thang đo độ cứng mạch khác có thể hữu ích trong đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân lọc máu. Những bệnh nhân có PTH máu rất cao có thể thuộc nhóm nguy cơ xơ cứng mạch và biến cố tim mạch cao hơn, từ đó cần được chú trọng điều trị tích cực.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được thảo luận. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu cắt ngang mô tả mối tương quan tại một thời điểm, do đó không thể suy diễn quan hệ nhân quả. Mặc dù chúng tôi quan sát thấy PTH cao gắn liền với độ cứng động mạch tăng, nhưng không thể khẳng định chắc chắn rằng PTH cao gây ra xơ cứng động mạch hay ngược lại, hoặc có yếu tố trung gian nào khác. Để làm rõ điều này cần các nghiên cứu dọc theo thời gian hoặc can thiệp chủ động vào nồng độ PTH. Thứ hai, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và mang tính đơn trung tâm, các đặc điểm dân số (ví dụ: tuổi trung bình, tỷ lệ đái tháo đường, mức kiểm soát huyết áp) có thể khác biệt so với quần thể ESRD chung. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường khá cao, điều này có thể làm tăng độ cứng động mạch chung và giảm biên độ quan sát tác động của PTH.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu ghi nhận có mối tương quan thuận giữa nồng độ PTH máu và chỉ số độ cứng động mạch ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sipahioglu MH, Kucuk H, Unal A, et al.** Impact of arterial stiffness on adverse cardiovascular outcomes and mortality in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int.*2012; 32(1):73-80. Doi: 10.3747/pdi.2010.00186.
2. **Shoji T, Emoto M, Shinohara K, et al.** Diabetes mellitus, aortic stiffness, and cardiovascular mortality in end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol.*2001;12(10):2117-2124. Doi: 10.1681/asn.V12102117.
3. **Palit S, Kendrick J.** Vascular calcification in chronic kidney disease: role of disordered mineral metabolism. *Curr Pharm Des.*2014;20(37):5829-33. Doi: 10.2174/1381612820666140212194926.
4. **Bhuriya R, Li S, Chen SC, McCullough PA, Bakris GL.** Plasma parathyroid hormone level and prevalent cardiovascular disease in CKD stages 3 and 4: an analysis from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis.*2009;53(4 Suppl 4):S3-10. Doi: 10.1053/j.ajkd.2008.11.029.
5. **Kidney DIGO.** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.*2024; 105(4s): S117-s314. Doi: 10.1016/j.kint.2023. 10.018.
6. **Kato K, Nakashima A, Morishita M, Ohkido I, Yokoo T.** Parathyroid hormone levels and pulse wave velocity in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.*2023;27(3): 552-561. Doi: 10.1111/1744-9987.13957.
7. **Turgutkaya A, Aşçı G.** The association between HbA1c and arterial stiffness among non-diabetic patients with chronic kidney disease. *J Vasc Bras.*2021;20:e20200245. Doi: 10.1590/1677-5449.200245.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DỊCH RỬA PHẾ QUẢN CỦA BỆNH NHÂN GIẶN PHẾ QUẢN SAU LAO PHỔI

Nguyễn Hồ Lam^{1,2,3}, Nguyễn Đình Lộc¹, Trần Văn Ngọc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giãn phế quản (GPQ) khá thường gặp ở dân số Châu Á, đặc biệt là giãn phế quản sau lao (GPQSL). GPQSL có liên quan diễn tiến bệnh nặng hơn, suy giảm chức năng phổi nhanh hơn GPQ do các

nguyên nhân khác. Tại Việt Nam chưa có nhiều dữ liệu về GPQSL. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra liệu GPQSL ở Việt Nam có đặc điểm như thế nào cũng như có sự khác biệt nào so với GPQ do các nguyên nhân khác không? **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và dịch rửa phế quản của bệnh nhân (BN) GPQSL tại Việt Nam ở người trưởng thành; so sánh đặc điểm của BN GPQSL với BN GPQ do nguyên nhân khác. **Đối tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả các BN người lớn với GPQ ổn định được nội soi phế quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 05/2022 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Ghi nhận 46 trường hợp (33,1%) thoả tiêu chuẩn chẩn đoán GPQSL trong tổng số 139 trường hợp GPQ ngoài đợt cấp. BN GPQ trong nghiên

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Lam

Email: bsholam1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025