

5. **Ngô Thị Thu Hà** (2016), "Thực trạng sâu răng, nhu cầu điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tới bệnh sâu răng của sinh viên năm nhất, trường Đại học Y Hà Nội, năm học 2015-2016", Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Hà Thị Nga** (2015). "Thực trạng sâu răng và liên quan giữa thói quen chăm sóc răng miệng với sâu răng của sinh viên Y1 trường đại học Y Hà Nội năm 2014-2015", Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Ali Almousawi và Basheer Akeel Alali** (2017), "The Prevalence of Dental Caries among students of Dentistry Colleges in Holy Kerbala Governorate/Iraq in 2017", Journal of Contemporary Medical Sciences.
8. **Ceinos, R., Bertrand, MF., Cucchi, C. et al** (2017). Hierarchizing caries risk factors among first-year university students in Nice (France): a cross-sectional study. BMC Oral Health 17, 159.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG VÔ CĂN

Nguyễn Thị Diệu Linh¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề Dậy thì sớm là sự xuất hiện các đặc tính sinh dục thứ phát (phát triển vú, hệ thống lông mu, lông nách, tinh hoàn, dương vật, mụn...) trước 8 tuổi ở bé gái hoặc có kinh nguyệt trước 9,5 tuổi ở bé gái và trước 9 tuổi ở bé trai¹. Số lượng trẻ bị dậy thì sớm ngày càng tăng cao và được dự báo sẽ còn tăng trong các năm tới, làm ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tâm lý và thể chất của trẻ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát kết quả điều trị dậy thì sớm trung ương vô căn với Triptoreline. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiền cứu. Đối tượng: Gồm 32 trẻ gái được chẩn đoán dậy thì sớm trung ương vô căn và điều trị thuốc Diphereline 3,75 mg liên tục trong 6 tháng từ 6/2023 – 10/2024 tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Kết quả** Tuổi trung bình $7,28 \pm 0,58$, nhóm từ 6 đến < 8 tuổi chiếm 2/3 (65,6%); 100% số trẻ gái có tuyến vú phát triển từ giai đoạn Tanner 2 trở lên, phân độ B2 (71,9%). Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên, trung bình: $7,33 \pm 3,34$ tháng. Nồng độ LH, FSH từ $0,93 \pm 1,42$ UI/L và $3,48 \pm 3,19$ UI/L giảm đạt mức $0,52 \pm 0,4$ UI/L và $1,14 \pm 0,73$ UI/L. Sau 6 tháng điều trị, chiều cao trung bình tăng khoảng 2,25 cm so với trước khi điều trị. Tăng chiều cao trưởng thành dự đoán khoảng 1,51 (cm). **Kết luận** Điều trị dậy thì sớm trung ương bằng Triptoreline: kìm hãm, ngừng sự phát triển của tuyến vú, kinh nguyệt và phát triển lông mu. Nồng độ LH, FSH cơ bản giảm có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng điều trị; Tăng chiều cao trưởng thành dự đoán. **Từ khóa:** dậy thì sớm, trung ương vô căn, triptorelin, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi, kết quả điều trị.

SUMMARY

STUDYING CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF IDIOPATHIC CENTRAL

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

PRECOCIOUS PUBERTY GIRL CHILDREN

Introduction: Precocious puberty means the appearance of secondary sexual characteristics (breast development, pubic hair system, armpit hair, testicles, penis, acne...) before age 8 in girls or menstruation before age 9.5 in girls and before age 9 in boys¹. The number of children with precocious puberty is increasing. It is expected to grow in the coming years, greatly affecting children's psychological and physical health. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics and survey the treatment results of idiopathic central precocious puberty with Triptoreline. **Subjects and methods:** Cross-sectional description, prospective. Subjects: 32 girls diagnosed with idiopathic central precocious puberty and treated with Diphereline 3.75 mg continuously for 6 months from June 2023 to October 2024. **Results:** The average age is 7.28 ± 0.58 , the age group from 6 years old - < 8 years old accounts for 2/3 (65.6%). 100% of girls have breast development from Tanner stage 2 or higher, B2 (71.90%). Average time from first symptom appearance: 7.33 ± 3.34 months. LH and FSH concentrations from 0.93 ± 1.42 UI/L and 3.48 ± 3.19 UI/L to 0.52 ± 0.40 UI/L and 1.14 ± 0.73 UI/L. After 6 months of treatment, the average height increased by 2.25 cm compared to before treatment. The estimated adult height development is 1.51 (cm). **Conclusion:** Treatment of central precocious puberty with Triptoreline: Inhibits and stops the development of mammary glands, menstruation and pubic hair development. Basal LH and FSH concentrations decreased, which was statistically significant after 6 months of treatment. The predicted adult height boosts. **Keywords:** precocious puberty, triptorelin, Quang Ngai for children and women, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng trẻ dậy thì sớm ngày càng tăng cao và được dự báo sẽ còn tăng trong các năm tới, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tâm lý và thể chất của trẻ. Từ tháng 5/2022, bệnh viện đã điều trị 56 ca bệnh gồm 55 nữ và 1 nam. Chúng tôi chọn được 32 trẻ phù hợp với tiêu chuẩn nhận bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ dậy thì

sớm trung ương vô căn với Triptoreline tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 trẻ gái được chẩn đoán dậy thì sớm (DTS) trung ương vô căn từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024 và điều trị liên tục với thuốc Diphereline 3,75 mg trong 6 tháng.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiền cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tiêu chuẩn chẩn đoán DTS trung ương¹:
- + Xuất hiện các đặc tính sinh dục phụ trước 8 tuổi ở nữ hoặc có kinh nguyệt trước 9,5 tuổi.
- + Tăng kích thước tuyến vú từ phân độ của Tanner giai đoạn 2 trở lên.
- + Tốc độ phát triển chiều cao lớn hơn 6 cm/năm
- + Tuổi xương - tuổi thực ≥ 1 .
- + Giá trị LH huyết thanh cơ bản $> 0,3$ IU/L hoặc nghiệm pháp kích thích aGnRH dương tính với LH > 5 IU/L.

- Tiêu chuẩn loại trừ: DTS ngoại vi: u nang buồng trứng, hội chứng McCune - Albright, tăng sản thượng thận bẩm sinh. DTS trung ương có nguyên nhân: phát hiện qua MRI sọ não: hamartoma, các khối u, nang dưới nhện, có tiền sử xạ trị vùng đầu mặt cổ... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình $7,28 \pm 0,58$. Nhóm từ 6 - < 8 tuổi chiếm 65,6%; nhóm ≥ 8 tuổi chiếm 34,4%. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khám, trung bình $7,33 \pm 3,34$ tháng.

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm nồng độ LH, FSH sau test đồng vận GnRH

Nồng độ LH, FSH trong huyết thanh Trung vị (25th-75th)	Sau test 1 giờ	Sau test 2 giờ	Sau test 3 giờ
FSH (UI/L)	14,24 (9,32-17,67)	17,41 (12,35-20,22)	18,19 (13,32-23,42)
LH (UI/L)	9,9 (7,32-15,01)	10,67 (7,30-15,30)	10,62 (7,58-19,42)
Tỷ LH/FSH	0,82 (0,56-1,83)	0,61 (0,42-1,34)	0,53 (0,4-1,33)

Nhận xét: Giá trị đỉnh của LH và FSH sau kích thích giờ đầu, giờ thứ hai và giờ thứ ba đều tăng cao trên 5 IU/L.

Bảng 6. Kết quả chiều cao tử cung trên siêu âm, MRI sọ não

Xét nghiệm	n	%
Chiều cao tử cung trên siêu âm ≥ 34 mm	17	53,1
Chiều cao tử cung trên siêu âm < 34 mm	15	46,9
Chiều cao tử cung trên siêu âm	$32,68 \pm 5,31$	

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Lý do vào viện theo nhóm tuổi

Lý do vào viện	<6 tuổi		6-<8 tuổi		≥ 8 tuổi	
	n=0	%	n=21	%	n=11	%
Lông mu	0	0	1	0,05	2	18,18
Lông nách	0	0	0	0	1	9,09
Dịch nhầy âm đạo	0	0	2	9,52	1	9,09
Kinh nguyệt	0	0	0	0	2	18,18
Vú to	0	0	21	100	11	100

Nhận xét: Lông nách, kinh nguyệt chỉ gặp ở nhóm trẻ trên 8 tuổi 9,09%, và 18,18%.

Bảng 2. Đặc điểm tuổi xương của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi xương/tháng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lớn hơn tuổi thực	32	100
Tuổi xương - tuổi thực ≤ 12	7	28
Tuổi xương - tuổi thực > 12	25	78,2

Nhận xét: 100% trẻ có tuổi xương lớn hơn tuổi thực.

3.3. Kết quả cận lâm sàng

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm nồng độ LH, FSH nền

Nồng độ trong huyết thanh Trung vị (25th-75th)	LH nền (UI/L)	FSH nền (UI/L)
	0,35 (0,1-1,07)	3,14 (1,91-4,11)

Nhận xét: Trung vị nồng độ LH, FSH nền lần lượt là 0,35 (0,1-1,07), 3,14 (1,91-4,11) UI/L.

Bảng 4. Đặc điểm test đồng vận GnRH

Test đồng vận GnRH	LH $\leq 0,30$ UI/L	LH $> 0,30$ UI/L	Tổng
Có	13	8	21 (65,6%)
Không	0	11	11 (34,4%)
Tổng	13	19	32

trung bình (mm)		
MRI sọ não bình thường	30	93,75

Nhận xét: Chiều cao tử cung ≥ 34 mm chiếm 53,10% (17/32).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 7. Tác dụng kìm hãm các đặc tính sinh dục thứ phát

Đặc điểm sinh dục	Vú to		Lông mu		Kinh nguyệt	
	Trước điều	Sau điều	Trước điều	Sau điều	Trước điều	Sau điều

phụ thứ phát	trị n	trị %	trị n	trị %	trị n	trị %	trị n	trị %	trị n	trị %
Tanner I	0	0	5	15,63	2	90,63	2	90,63	2 (6,25)	0
Tanner II	2	71,9	2	65,63	3	9,37	3	9,37		
Tanner III	9	28,1	6	18,74	0	0	0	0		
Tanner IV	0	0	0	0	0	0	0	0		

Nhận xét: Số bệnh nhân thuộc Tanner II từ 71,9% xuống 65,63%, nhóm Tanner III giảm từ 28,1% xuống còn 18,74% và xuất hiện phân nhóm Tanner I (15,63%).

Bảng 8. Sự thay đổi chỉ số khối cơ thể trước và sau điều trị

Chỉ số BMI (kg/m ²)	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	p
BMI trước điều trị	16,65±2,71	25,25	13,33	p < 0,05
BMI sau điều trị	16,88±2,21	24,58	14,11	

Nhận xét: Có sự thay đổi đáng kể về chỉ số BMI trung bình trước và sau điều trị.

Bảng 9. Sự biến đổi nồng độ hormon sinh dục trước và sau khi điều trị

Triệu chứng	Thời điểm	Giá trị trung bình	p
LH (UI/L)	Trước điều trị	0,93±1,42	p<0,05
	Sau 6 tháng điều trị	0,52±0,4	
FSH (UI/L)	Trước điều trị	3,48±3,19	p<0,05
	Sau 6 tháng điều trị	1,14±0,73	

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị bằng triptorelin, nồng độ LH, FSH cơ bản giảm một cách có ý nghĩa từ 0,93±1,42 UI/L và 3,48±3,19 UI/L xuống 0,52±0,40UI/L và 1,14±0,73UI/L với p< 0,05.

Bảng 10. Đặc điểm chiều cao, tuổi xương trước và sau điều trị

Tuổi xương	Trước điều trị	Sau điều trị	p
	Trung bình		
Chiều cao	128,78 ±6,19	131,03 ±5,97	p<0,05
Tuổi xương (năm)	9,40 ±0,92	9,60 ±0,82	p<0,05
Chênh lệch tuổi xương so với tuổi thực	2,30 ±0,98	2,10 ±0,97	p<0,05
Chiều cao dự đoán trưởng thành (cm)	159,35 ±8,68	160,86 ±8,79	p<0,05

Nhận xét: Tuổi xương trung bình sau 6 tháng điều trị tăng khoảng 0,2; Chiều cao trưởng thành dự đoán tăng thêm 1,51 cm so với trước điều trị.

Bảng 11. Tác dụng không mong muốn của thuốc Triptoreline

Tác dụng phụ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đau chỗ tiêm	9	28,13
Đỏ da	2	6,25

Nhận xét: Sưng, đau chỗ tiêm chiếm 28,13% (9/32), đỏ da ít gặp hơn 6,25% (2/32).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. 4.32 trẻ gái, độ tuổi từ 6 - < 8 tuổi chiếm 65,6%; nhóm ≥ 8 tuổi chiếm 34,4%. Tuổi trung bình là 7,28 ± 0,58. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đình Lễ và cộng sự⁶, Nguyễn Minh Châu, Hoàng Thị Diễm Thúy². Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi đi khám trung bình: 7,33 ± 3,34 tháng, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Lễ và cộng sự⁷ là 6,86 ± 1,09 tháng và thấp hơn của Lê Ngọc Duy⁴ với 8,9 ± 1,5 tháng. Kết quả ở cả 3 nghiên cứu cho thấy DTS ở trẻ gái thường kín đáo và ít được cha mẹ nhận biết nên thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi đến khám trung bình khoảng 6 tháng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác có triệu chứng đến khám vì vú to, có kinh nguyệt như: Lê Duy Ngọc⁴ (86,20%, 10,90%), Nguyễn Đình Lễ⁶ (82,71%, 11,10%). Trẻ gái, vú to là yếu tố dễ phát hiện nên thường đến khám nhiều nhất.

Đặc điểm tuổi xương. 100% trẻ có tuổi xương lớn hơn tuổi thực. Kết quả này cũng phù hợp với ý văn và các tác giả Nguyễn Đình Lễ⁶, Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diễm Thúy² khi nhận thấy trẻ phát triển chiều cao nhanh so với tuổi và đều trên 6 cm/năm, tuổi xương lớn hơn tuổi thực.

4.3. Kết quả cận lâm sàng

Nồng độ LH, FSH nền và đặc điểm test đồng vận GnRH. Nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ LH, FSH nền lần lượt là 0,35 (0,1-1,07), 3,14 (1,91-4,11) UI/L. Trong số này, tỉ lệ LH nền ≤ 0,30 UI/L chiếm 40,60% (13/32) trẻ. Tỉ lệ LH nền > 0,3 UI/L là 59,40% (19/32), và 11/19 trẻ không cần phải làm test đồng vận GnRH. Nghiên cứu của các tác giả khác: Rihwa Choi và cộng sự³, trên 1958 trẻ em Hàn Quốc, giá trị điểm cắt của LH để chẩn đoán DTS trung ương là ≥ 5,0 UI/L và thường lớn hơn gấp 2 lần giá trị LH cơ bản. Điều này cho thấy trong chẩn đoán DTS trung ương, bên cạnh các triệu chứng lâm sàng, định lượng nồng độ LH, FSH, estradiol cơ bản ban đầu cũng rất quan trọng. Trong đó, LH có giá trị chẩn đoán cao hơn so với FSH, Estradiol.

Theo tác giả Cerel¹ nếu giá trị LH > 0,3 IU/L mà các triệu chứng khác của DTSTU rõ ràng có thể khẳng định chẩn đoán. Ngược lại nếu LH ≤ 0,3 IU/L cần chỉ định làm nghiệm pháp kích thích GnRH. Sau test đồng vận GnRH giá trị đỉnh của cả LH và FSH sau kích thích giờ đầu, giờ thứ hai và giờ thứ ba đều tăng cao trên 5 IU/L. Đỉnh LH tăng cao ở 120 sau tiêm test thuốc. Tỷ lệ LH/FSH đỉnh khi kích thích GnRH tăng trên 0,66. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Duy Ngọc⁴ khi tiến hành test kích thích GnRH và kết quả LH tăng cao đáng kể qua từng thời điểm với đỉnh LH sau tiêm Triptorelin 120 phút ở cả hai giới. Tác giả Huỳnh Thị Vũ Quỳnh⁸ cho thấy test đồng vận GnRH (GnRH_a) có độ chính xác cao với LH đỉnh > 5,0 UI/l (bằng phương pháp miễn dịch hoá phát quang trực tiếp) chẩn đoán dậy thì sớm trung ương với độ nhạy 76,0%, độ đặc hiệu 100%.

Hình ảnh siêu âm và MRI sọ não. Yếu tố tuổi xương, kích thước và hình dạng tử cung thay đổi trong quá trình phát triển dậy thì được theo dõi sự tiến triển trên lâm sàng và siêu âm. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Đình Lễ⁶ (34,46 ± 1,66 mm), Lê Ngọc Duy⁴ (39,9±8,4 mm). Giá trị chiều cao tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi > 34 mm là giá trị phát triển ở mức dậy thì cho mọi trẻ gái và được nhiều tác giả sử dụng ở Việt Nam cũng như trên thế giới^{1,2}, sự khác nhau giữa các nghiên cứu chủ yếu dựa vào giá trị chiều cao tử cung để đánh giá trẻ gái DTS trung ương.

Tất cả trẻ đều chụp MRI, kết quả bình thường (73,75%); 2/32 (6,25%) trẻ bất thường là nang màng nhện vùng trên yên, viêm xoang. Kết quả này phù hợp với y văn, các tác giả trong nước và ngoài nước; hầu hết DTS trung ương ở bé gái là vô căn (90,0%) trong khi đó ở bé trai thường do u não.

4.4. Kết quả điều trị

Hiệu quả điều trị trên các đặc tính sinh dục thứ phát. Bảng 7 cho thấy về phát triển tuyến vú, sau điều trị phân độ Tanner không thay đổi hoặc giảm đáng kể, số bệnh nhân thuộc Tanner II từ 71,9% xuống 65,63%, nhóm Tanner III giảm từ 28,1% xuống còn 18,74% và xuất hiện phân nhóm Tanner I (15,63%). Đặc điểm phát triển lông mu giữ nguyên so với trước điều trị. Hai trường hợp trẻ trước điều trị có kinh nguyệt thì sau điều trị hết hoàn toàn. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diệu Thúy², Lê Ngọc Duy⁴. Điều này được giải thích là do trong quá trình dậy thì sẽ chịu tác động của trục hạ đồi-tuyến yên-sinh dục và trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận. Trong khi sự phát triển của vú, kinh

nguyệt, dịch nhầy âm đạo chịu tác động của estrogen do buồng trứng tiết ra thì sự phát triển lông mu, mụn chịu sự tác động của androgen do tuyến thượng thận tiết ra. Lông mu có thể vẫn tiến triển vì aGnRH không có hiệu quả trên sự sản xuất androgen tuyến thượng thận.

Sự thay đổi chỉ số khối cơ thể trước và sau điều trị. Kết quả ở bảng 8 cho thấy chỉ số khối cơ thể trung bình sau điều trị có tăng so với trước điều trị ($p < 0,05$). Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diệu Thúy². Tác giả Lê Ngọc Duy⁴ khi so sánh các giá trị này với các thời điểm sau điều trị 6 tháng và những năm tiếp theo cho thấy không có sự khác biệt, như vậy chưa có bằng chứng là có sự ảnh hưởng đến chỉ số khối cơ thể sau khi điều trị bằng triptorelin. Theo nhiều nghiên cứu, việc tác động lên chỉ số khối cơ thể của thuốc đồng vận Gonadotropin còn nhiều bàn cãi. Nguyên nhân được đưa ra có thể là do sự khác biệt về tuổi, giới, chủng tộc, chế độ ăn uống, hoạt động thể lực và cân nặng trước điều trị. Mặt khác nhiều cứ về tác động lên chỉ số khối cơ thể thường theo dõi liên tục ít nhất 12 tháng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế về thời gian, nên cần có sự theo dõi dài hơn.

Hiệu quả điều trị trên sự biến đổi nồng độ hormon sinh dục. Sau 6 tháng điều trị bằng triptorelin, chúng tôi ghi nhận nồng độ LH, FSH cơ bản giảm một cách có ý nghĩa thống kê từ $0,93 \pm 1,42$ UI/L xuống $0,52 \pm 0,40$ UI/L và từ $3,48 \pm 3,19$ UI/L xuống $1,14 \pm 0,73$ UI/L. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Ngọc Duy⁴, Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diệu Thúy². Đặc biệt nồng độ LH giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị là chỉ số cận lâm sàng quan trọng, được ứng dụng khi thực hành lâm sàng giúp đánh giá hiệu quả của thuốc Triptorelin trong điều trị dậy thì sớm. Ngoài ra, tác giả khác Vũ Thị Như Quỳnh⁸ cũng nghiên cứu kết quả nồng độ LH sau điều trị trong đánh giá đáp ứng với thuốc Triptorelin. Đo nồng độ LH một mẫu ngẫu nhiên, nếu LH < 0,10 mUI/ml trước liều thuốc kế tiếp cũng được chấp nhận là một dấu hiệu ức chế tốt. Tuy nhiên, nếu LH > 0,10 mUI/ml cũng không nói lên tình trạng chưa ức chế đầy đủ, đặc biệt là trong năm đầu điều trị. Cần kết hợp thêm các dấu hiệu lâm sàng.

Đặc điểm chiều cao, tuổi xương trước và sau điều trị. Tuổi xương trung bình sau 6 tháng điều trị tăng khoảng 0,2 (tuổi), tại 2 thời điểm là $9,40 \pm 0,92$ và $9,6 \pm 0,82$. Sự chênh lệch (tuổi xương - tuổi thật) sau 6 tháng điều trị từ $2,30 \pm 0,98$ giảm xuống $2,10 \pm 0,97$; chiều cao trung bình tăng khoảng 2,25 cm so với trước khi

điều trị. Chiều cao trưởng thành dự đoán tăng thêm 1,51 cm so với trước điều trị. Kết quả cũng tương tự các tác giả Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diệu Thúy² khi ghi nhận tuổi xương trung bình sau 6 tháng điều trị tăng 0,5 (tuổi), sự chênh lệch tuổi xương giảm từ $1,97 \pm 1,16$ xuống $1,81 \pm 1,21$. Tác giả Lê Duy Ngọc⁴ ghi nhận chiều cao trưởng thành tăng ý nghĩa sau 12 tháng.

Tác dụng không mong muốn của thuốc Triptoreline. Nghiên cứu của chúng tôi, sưng, đau chỗ tiêm chiếm 28,13% (9/32), đỏ da ít gặp hơn 6,25% (2/32) trẻ. Không ghi nhận áp xe nơi tiêm, mẩn ngứa hay ra máu âm đạo. Tác giả Nguyễn Minh Châu, Huỳnh Thị Diệu Thúy² cũng ghi nhận một vài tác dụng phụ như: sưng đau nơi tiêm là 1,9%, ra máu âm đạo là 3,9%. Tác giả Erica A. Eugster⁵ cũng ghi nhận không có tác dụng mong muốn đáng kể. Các tác dụng phụ được báo cáo phổ biến nhất là phản ứng tại chỗ tiêm thường nhẹ và tự khỏi.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi đến khám vì vú phát triển nhanh, có kinh nguyệt; 100% tuổi xương lớn hơn tuổi thật. LH > 0,3 IU/L có giá trị chẩn đoán dậy thì sớm, và có giá trị chẩn đoán cao hơn so với FSH, Estradiol. Chụp MRI hầu hết chưa phát hiện bất thường. Điều trị dậy thì sớm trung ương bằng Triptoreline gây kim hãm, ngừng sự phát triển của tuyến vú, kinh nguyệt và phát triển lông mu. Nồng độ LH, FSH cơ bản giảm một cách có ý nghĩa sau 6 tháng điều trị; chiều cao trung bình

tăng khoảng 2,25 cm và chiều cao trưởng thành dự đoán tăng thêm 1,51 cm so với trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carel J.-C., Léger J. (2008), "Precocious puberty: Clinical practice", The New England Journal of Medicine, 358, pp. 2366-2377.
2. Nguyễn Minh Châu, Hoàng Thị Diệu Thúy (2020), "Đánh giá điều trị dậy thì sớm trung ương thông qua nghiệm pháp kích thích Gonadotrophin trên trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 2", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 24 (Phụ bản số 3), tr. 67-75.
3. Choi R., (2021), "Time Points for Gonadotropin-Releasing Hormone Stimulation Test Results in Korean Children", J. Clin. Med, 10, pp. 252-258.
4. Lê Ngọc Duy (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dậy thì sớm trung ương, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. trang số
5. Erica A. Eugster (2019), "Treatment of Central Precocious Puberty", Journal of the Endocrine Society, 3(5), pp. 965-972.
6. Nguyen Dinh Le, Dang Van Chuc, Tran Huy Duy (2021), "Clinical and Paraclinical Features of 81 Girls with Central Precocious Puberty at Hai Phong Children's Hospital in 2018-2019", Journal of Pediatric Research and Practice, 5 (2), pp. 10-21.
7. Nguyễn Hồ Đan Nguyên và cộng sự (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ số siêu âm tử cung buồng trứng trong dậy thì sớm ở trẻ gái", Tạp chí Nội tiết đái tháo đường, số 41, tr.118-124.
8. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh, Phạm Lê Anh, Phạm Thị Minh Hồng và cs (2017), "Giá trị của LH, FSH và tỉ số LH/FSH nền trong chẩn đoán dậy thì sớm trung ương", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 3 (Phụ bản số 21), tr. 166-174.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VẬN TỐC SÓNG MẠCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN CAO TUỔI

Trần Hòa^{1,2}, Trương Phi Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm vận tốc sóng mạch và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 05/2024 đến tháng 03/2025 được đo vận tốc sóng mạch (PWV) cảnh - đùi và ghi nhận lại. **Kết quả:** Tổng số 80 bệnh nhân,

tuổi trung bình là $67,65 \pm 5,79$ tuổi. Giá trị PWV trung bình là $11,37 \pm 2,65$ m/s và có 67,5% trường hợp tăng PWV. Bệnh nhân tăng huyết áp có giá trị PWV trung bình cao hơn so với không tăng huyết áp, với $12,11 \pm 2,49$ m/s so với $9,76 \pm 2,29$ m/s. Bệnh nhân ở nhóm tăng PWV có tỷ lệ mắc tăng huyết áp (81,5% so với 42,3%), đái tháo đường (44,4% so với 26,9%) cao hơn nhóm có PWV không tăng. **Kết luận:** Bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn cao tuổi có giá trị vận tốc sóng mạch tăng cao khá phổ biến với khoảng 67,5% trường hợp. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ có liên quan đến sự gia tăng vận tốc sóng mạch. **Từ khóa:** Hội chứng động mạch vành mạn, cao tuổi, vận tốc sóng mạch.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF PULSE WAVE VELOCITY AND RELATED FACTORS IN

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2025

Ngày duyệt bài: 26.5.2025