

3. **Nguyễn Thị Hà**, Chấp nhận của cha/me cho trẻ từ 5-11 tuổi tiêm vaccine phòng COVID-19 tại VN và một số yếu tố liên quan năm 2022, Tạp chí Y học Việt Nam, ISSN 1859-1868, tập 512 số 1 (2022), tr 104-111, <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2206>
4. **Robin M. Humble, Hannah Sell, Eve Dubé et al.** Canadian parents' perceptions of COVID-19 vaccination and intention to vaccinate their children: Results from a cross-sectional national survey . 4 October 2021 Elsevier
5. **Ke Chun Zhang, Yuan Fang, He Cao et al.** Parental Acceptability of COVID-19 Vaccination for Children Under the Age of 18 Years: Cross-Sectional Online Survey . October 2020 . JMIR Pediatrics and Parenting . DOI: 10.2196/24827
6. **Soo-Han Choi, Yoon Hee Jo, Kyo Jin Jo, Su Eun Park.** Pediatric and Parents' Attitudes Towards COVID-19 Vaccines and Intention to Vaccinate for Children . Jul 29, 2021 . Preventive & Social Medicine . <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e227>

SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA NƯỚC BỌT Ở TRẺ MẮC HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT KHỞI PHÁT

Lương Minh Hằng¹, Tống Minh Sơn¹, Trần Huy Thịnh²

TÓM TẮT

Hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) là bệnh lý cầu thận mạn tính hay gặp nhất ở trẻ em với tỉ lệ mắc mới hàng năm là 2 - 7/100000 trẻ trên tổng tỉ lệ mắc bệnh là 16/100000 trẻ. Tại Việt Nam (1981-1990) có 1414 trẻ mắc bệnh nhập Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm 46,6% tổng số bệnh nhân của Khoa Thận - Tiết niệu. Theo y văn, những trẻ mắc bệnh thận mạn tính có sự thay đổi thành phần nước bọt khi sử dụng kéo dài các loại thuốc trong điều trị bệnh tác động đến nguy cơ mắc bệnh răng miệng của trẻ. Chức năng của nước bọt, bao gồm bôi trơn, đệm, bảo vệ cho mô răng, chức năng kháng khuẩn, chức năng trong việc nếm và tiêu hóa thức ăn, có thể bị chi phối bởi thay đổi dòng chảy và thành phần sinh hóa của nước bọt. Những trẻ mắc HCTHTP khởi phát là những trẻ ở giai đoạn đầu tiên của bệnh thì sự thay đổi trong nước bọt thế nào, vào thời điểm hiện tại chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào so sánh những đặc tính của nước bọt tại hai giai đoạn diễn tiến bệnh. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả sự thay đổi chỉ số nước bọt của trẻ HCTHTP khởi phát vào thời điểm lần đầu chẩn đoán bệnh và sau 6 tháng theo dõi bệnh. Phương pháp nghiên cứu dọc tiến cứu được thực hiện ở 94 trẻ). Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tăng lưu lượng nước bọt có kích thích sau giúp cải thiện khả năng đệm nước bọt giúp giảm nguy cơ sâu răng của trẻ. Hàm lượng canxi và clo tăng, tuy nhiên hàm lượng photpho trong nước bọt lại giảm nhẹ. Nhận thấy nhóm trẻ có tái phát bệnh có lưu lượng nước bọt thấp, độ đệm nước bọt trung bình, nguy cơ mắc sâu răng, cao răng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh.

Từ khóa: hội chứng thận hư tiên phát khởi phát, lưu lượng nước bọt, độ đệm nước bọt, urê, creatinine, canxi, photpho, natri, kali, clo.

SUMMARY

CHANGES IN SOME SALIVA BIOCHEMICAL INDICATORS IN CHILDREN WITH PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

Primary Nephrotic syndrome (PNS) is the most common glomerular disease in children with an annual incidence rate of 2-7/100,000 children out of a total morbidity rate of 16/100,000. In Vietnam (1981-1990), 1414 children with PNS were admitted to the National Hospital of Pediatrics, accounting for 46,6% of the total number of patients in the Department of Nephrology – Urology. According to the literature, children with chronic kidney disease have changes in saliva composition when long-term use of drugs in the treatment of diseases affect the risk of children's dental disease. Saliva's functions, including lubrication, cushioning, protection for dental tissue, antibacterial functions, and functions in tasting and digesting food, can be influenced by changes in flow and biochemical composition of saliva. What is the change in salivary secretion in children with PNS who are at the first stage of the disease, at present we have not found any studies comparing the characteristics of saliva at the two stages disease progression. This study aims to describe the change in salivary index of children with PNS at the time of first diagnosis and after 6 months of follow-up. Prospective longitudinal study method was performed in 94 children. Research results show that increasing saliva flow with posterior stimulation improves salivary cushioning ability to reduce the risk of tooth decay in children. The calcium and chlorine content increased, but the phosphorus content in saliva decreased slightly. It was found that the group of children with relapsed disease had low salivary flow, average salivary buffering, and a higher risk of tooth decay and tartar compared with the group of children without recurrence.

Keywords: primary nephrotic syndrome, salivary flow, salivary buffering, urea, creatinine, calcium, phosphorus, sodium, potassium, chlorine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) là

¹Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt- Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Hằng

Email: minhhang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

bệnh lý cầu thận mạn tính hay gặp nhất ở trẻ em với tỉ lệ mới mắc hàng năm là 2 - 7/100000 trẻ trên tổng tỉ lệ mắc bệnh là 16/100000 trẻ¹. Tại Việt Nam, chưa có nhiều số liệu về tỉ lệ mới mắc hàng năm của HCTH, tuy nhiên theo số liệu nghiên cứu trong 10 năm từ 1981 đến 1990, có 1414 trẻ mắc HCTH nhập Bệnh viện Nhi Trung ương, chiếm 46,6% tổng số bệnh nhân của Khoa Thận - Tiết niệu². Theo y văn, những trẻ mắc bệnh thận mạn tính có sự thay đổi thành phần nước bọt khi sử dụng kéo dài các loại thuốc trong điều trị bệnh tác động đến nguy cơ mắc bệnh răng miệng của trẻ^{3,4}. Chức năng của nước bọt, bao gồm bôi trơn, đệm, bảo vệ cho mô răng, chức năng kháng khuẩn, chức năng trong việc nếm và tiêu hóa thức ăn, có thể bị chi phối bởi thay đổi dòng chảy và thành phần hóa sinh của nước bọt. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về sự thay đổi này ở những trẻ mắc bệnh thận mạn tính, điều này có thể giải thích do bệnh thận mạn tính trong thời gian dài có nhiều thay đổi trong miệng hơn⁵ trong khi số lượng ca bệnh ghi nhận lại tăng lên và các nha sĩ muốn tiếp cận và chăm sóc răng miệng tốt hơn cho đối tượng này⁶. Một vài nghiên cứu về thành phần nước bọt trên trẻ mắc HCTH đã được tiến hành trong 10 năm trở lại đây nhưng hầu hết chúng đều xét trên phương diện thay đổi thành phần vi khuẩn của nước bọt tác động lên tình trạng răng miệng^{7,8}. Với mong muốn đóng góp một phần số liệu đồng thời giúp định hướng cho công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng ở trẻ em để nâng cao hiệu quả cho việc phòng ngừa và điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài mô tả "sự thay đổi một số chỉ số sinh hóa nước bọt ở trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát khởi phát sau 6 tháng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em từ 3-18 tuổi được chẩn đoán hội chứng thận hư tiên phát khởi phát lần đầu tiên khám tại khoa Thận - Lọc máu bệnh viện Nhi trung ương, chưa từng được chẩn đoán và sử dụng thuốc điều trị đặc hiệu trước khi nhập khoa với những tiêu chuẩn chẩn đoán của ISKDC (International study of Kidney diseases in Children):

- Protein niệu $\geq 50\text{mg/kg/24 giờ}$
- Protein máu $<56\text{ g/l}$
- Albumin máu $<25\text{ g/l}$.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc tiến cứu theo dõi trẻ ở hai thời điểm (phát hiện bệnh, sau 6 tháng điều trị bệnh)

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: lấy toàn bộ trẻ phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán là mắc HCTH khởi phát tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, đáp ứng được quy trình thu thập nước bọt, tái khám đúng hẹn sau 6 tháng điều trị tại khoa trong thời gian từ 4/2019 đến 12/2021. Tổng số 94 trẻ em được khám và thu thập số liệu.

Thu thập thông tin: Gửi thư xin ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu cho trẻ và gia đình. Gửi bộ câu hỏi phỏng vấn đền phụ huynh của trẻ để thu thập thông tin về cá nhân, đặc điểm bệnh.

Các bước thu thập số liệu:

- Bước 1: Hướng dẫn bệnh nhân trẻ em buổi sáng thu thập nước bọt cần ăn sáng và chải răng trước 7h sáng và từ 7- 9h sáng không ăn uống gì để thu thập nước bọt.

- Bước 2: Xác định bệnh nhân trẻ em trong vòng 120 phút trước khi thu thập nước bọt không được ăn cũng như uống bất cứ thứ gì, không được nhai kẹo cao su, không chải răng hoặc sử dụng các loại nước súc miệng. Thời gian lấy nước bọt vào khoảng 9 giờ đến 11 giờ sáng, không vận động mạnh. Bệnh nhân trẻ em cảm giác thoải mái, không có áp lực, lo lắng trước khi tiến hành lấy nước bọt.

- Bước 3: Cho bệnh nhân trẻ em súc miệng bằng nước sạch tinh khiết 10 phút trước khi tiến hành lấy nước bọt để loại trừ các chất dư thừa còn trong miệng.

- Bước 4: Cho bệnh nhân trẻ em ngồi thẳng (bệnh nhân ngồi ở tư thế thoải mái nhất, hai mắt để mở, tốt nhất để trẻ nhắm hai mắt ở tư thế nghỉ ngơi, đầu hơi nghiêng nhẹ về phía trước).

- Bước 5: Yêu cầu bệnh nhân trẻ em nuốt hết tất cả lượng nước bọt trong miệng trước khi bắt đầu thu thập.

- Bước 6: Cho bệnh nhân trẻ em nhai một thỏi kẹo sáp paraffin không mùi không vị (kích thước 0,5 x 0,5cm), kích thích sự tiết nước bọt

- Bước 7: Thu thập nước bọt của bệnh nhân trẻ em vào một cốc nhựa tiệt trùng có vạch chia thể tích (1/10ml), cứ 30 giây nhổ một lần hoặc khi nào bệnh nhân thấy nước bọt trong miệng đầy, cần nhổ. Thu thập nước bọt trong vòng 5 phút.

- Bước 8: Đo lưu lượng nước bọt có kích thích của trẻ (ml/phút). Lưu lượng nước bọt có kích thích của trẻ được đánh giá theo thang điểm sau (Tukia Kulmala, 1993): $<0,7\text{ ml/phút}$: lưu lượng nước bọt rất thấp. $0,7-1\text{ ml/phút}$: lưu lượng nước bọt thấp. $>1\text{ml/phút}$: lưu lượng nước bọt trung bình.

- Bước 9: Đo khả năng đệm nước bọt của bệnh nhân trẻ em theo bộ đo tiêu chuẩn CAT21 Buf Risk Test of saliva của hãng MORITA Nhật Bản. Sau đúng 5 phút xác định khả năng đệm

của nước bọt bằng cách so sánh màu của ống đựng nước bọt với màu của bảng mẫu hằng cung cấp. Đọc kết quả khả năng đệm của nước bọt khi so sánh với bảng chỉ thị: pH trong khoảng 4,0-4,8: màu hiển thị là vàng/cam: độ đệm nước bọt thấp, nhóm nguy cơ sâu răng cao. pH trong khoảng 5.0-5.5: màu hiển thị là đỏ cam/đỏ hổ phách: độ đệm nước bọt trung bình, nhóm nguy cơ sâu răng trung bình. pH trong khoảng 5.8- 6.5: màu hiển thị là đỏ/tím: độ đệm nước bọt cao, nhóm nguy cơ sâu răng thấp.

- Bước 10: Lấy 2ml nước bọt cho vào ống nghiệm tiêu chuẩn, giữ ở nhiệt độ phòng (tối đa là 30-90 phút), sau đó cần bảo quản trong hộp lạnh 4 độ C để tránh sự phát triển của vi khuẩn và sự giáng hóa thứ cấp của các phân tử có trong nước bọt (không quá 6 giờ) và vận chuyển đến labo xét nghiệm hóa sinh, đông lạnh (bảo quản ở nhiệt độ từ -20°C trở xuống nếu chưa phân tích sau 6 giờ lấy mẫu). Dùng xét nghiệm hóa sinh để định lượng nồng độ urê, creatinin, canxi, phosphate, xét nghiệm điện giải để định lượng natri, kali, chloride, phân tích hóa học bởi một máy phân tích hóa-miễn dịch^{9,10}. Chúng tôi sử dụng hệ thống phân tích Cobas 8000, của hãng Roche - Hitachi (Đức) và việc đo lường được tiến hành trong labo xét nghiệm y học trường Đại học Y Hà Nội. Ghi lại các chỉ số trên phiếu thu thập nước bọt.

- Bước 11: Phân tích và so sánh các định lượng, chỉ số nêu trên bằng những phương pháp thống kê thích hợp.

- Bước 12: Sau 6 tháng, khám các chỉ số răng miệng và thu thập nước bọt của những trẻ trong nhóm mắc HCTHTP khởi phát (các bước lặp lại như trên).

3. Thời gian địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2019 đến tháng 12/2021

Địa điểm nghiên cứu: Khoa thận - lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương Hà Nội, Số 18/879

2. Sự thay đổi các chỉ số nước bọt ở trẻ mắc HCTHTP khởi phát sau 06 tháng theo dõi

Bảng 1. Sự thay đổi các chỉ số nước bọt ở trẻ mắc HCTHTP khởi phát sau 06 tháng theo dõi có tái phát bệnh (n=45)

Các chỉ số	Lần 1				Lần 2				p-value
	mean	SD	median	min-max	mean	SD	median	min-max	
Lưu lượng nước bọt kích thích (ml/phút)	0,70	0,30	0,6	0,3-1,6	0,83	0,37	0,80	0,5-3,0	0,0303
Độ đệm (pH)	4,96	0,33	4,8	4,8-6,5	5,21	0,47	5,0	4,8-6,5	0,0001
Urê (mmol/L)	5,43	4,76	4,1	1,1-32,0	4,78	1,93	4,4	2,1-9,1	0,1920
Creatinin (μmol/L)	3,51	6,20	2,0	0-39	3,04	2,52	2,0	1-14	0,3109
Canxi (mmol/L)	1,06	0,30	1,06	0,16-1,81	1,36	0,45	1,33	0,49-3,18	0,0002

Đường La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội số NCS17/ĐHYHN-HĐĐĐ ngày 27 tháng 03 năm 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu trên 94 trẻ mắc HCTHTP khởi phát sau 6 tháng theo dõi bệnh có những đặc điểm: đa số trẻ thuộc nhóm tuổi 7-12 (44 trẻ chiếm 46,8%) và 3-6 tuổi (42 trẻ chiếm 44,7%); số lượng trẻ ở độ tuổi 13-18 chiếm tỉ lệ rất ít (8 trẻ chiếm 2,1%). Về diễn tiến bệnh: Có 45/94 trường hợp trẻ bị tái phát chiếm 47,9% và 49/94 trường hợp trẻ không tái phát bệnh chiếm 52,1%. Về thể bệnh: đa số trẻ trong nhóm theo dõi sau 6 tháng từ thể nhạy cảm corticosteroid đã tiến triển bệnh sang thể phụ thuộc corticosteroid (48 trẻ chiếm 51,1%), tiếp theo là nhóm trẻ có tiến triển bệnh là thể kháng thuốc corticosteroid (27 trẻ chiếm 28,7%), và nhóm trẻ duy trì thể nhạy cảm corticosteroid có số trẻ ít nhất (19 chiếm 20,2%). Về tình trạng điều trị (liều prednisolon và thuốc điều trị kết hợp): đa số là trẻ vẫn đang tiếp tục điều trị thuốc (81/94 trường hợp chiếm 86,2%), chỉ có 13/94 trường hợp dừng điều trị thuốc chiếm 13,8%. Có 27 trẻ (chiếm 28,7%) trẻ sử dụng kết hợp thuốc Cyclosporin trong điều trị khi trẻ chuyển sang thể kháng corticosteroid.

Do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và sự phân chia đối tượng nghiên cứu ở các nhóm không đồng đều, nên chúng tôi chỉ tiến hành mô tả, so sánh sự thay đổi các chỉ số nước bọt ở hai nhóm: có tái phát bệnh (45 trẻ) và không tái phát bệnh (49 trẻ), những nhóm trẻ khác chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn và đưa ra những kết luận sau.

Phốtpho (mmol/L)	5,14	1,73	4,9	0,3-10,5	5,41	2,09	4,7	2,1-11,5	0,2301
Natri (mmol/L)	10,6	5,49	9,0	4-29	11,1	3,39	11,0	4-18	0,3212
Kali (mmol/L)	24,23	7,42	23,2	9,3-43,5	22,21	5,83	21,7	12,8-39,7	0,0680
Clo (mmol/L)	19,83	8,27	18,0	3,0-52,0	24,33	7,41	23,0	12-41	0,0024

***mean**: Giá trị trung bình; **SD** (Standard deviation): Độ lệch chuẩn; **median**: trung vị; **min**: giá trị nhỏ nhất; **max**: giá trị lớn nhất.

Sự thay đổi các chỉ số nước bọt của trẻ sau 6 tháng theo dõi có tái phát bệnh được thể hiện ở Bảng 1: Lưu lượng nước bọt kích thích ở lần khám thứ 2 cao hơn lần thứ nhất (0,70 và 0,83), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ đậm của nước bọt cũng tăng lên ở lần khám thứ 2 (4,96 và 5,21), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thành phần nước bọt: hàm lượng canxi trong nước bọt ở lần khám thứ 2 tăng hơn

so với lần khám thứ nhất (1,06 và 1,36), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hàm lượng clo trong nước bọt ở lần khám thứ 2 cũng tăng với lần khám thứ nhất (19,83 và 24,33), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bên cạnh đó các chỉ số hàm lượng urê giảm xuống (5,43 và 4,78), creatinin giảm xuống (3,51 và 3,04), hàm lượng photpho tăng lên (5,14 và 5,41), hàm lượng natri tăng lên (10,60 và 11,10), hàm lượng kali giảm xuống (24,23 và 22,21) nhưng sự khác biệt giữa hai lần khám của những chỉ số này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Sự thay đổi các chỉ số nước bọt ở trẻ mắc HCTHTP khởi phát sau 06 tháng theo dõi không tái phát (n=49)

Các chỉ số	Lần 1				Lần 2				p-value
	mean	SD	median	min-max	mean	SD	median	min-max	
Lưu lượng nước bọt kích thích (ml/phút)	0,86	0,37	0,80	0,4-2,0	0,94	0,30	0,90	0,5-2,0	0,0053
Độ đậm (pH)	5,07	0,44	4,8	4,6-6,2	5,25	0,40	5,0	4,80-6,20	0,0000
Urê (mmol/L)	4,67	3,63	3,7	0,2-20,9	5,77	3,33	5,2	2,6-21,7	0,0585
Creatinin (μ mol/L)	4,28	5,03	3,0	0-21	2,92	1,74	2,0	1,0-8,0	0,0389
Canxi (mmol/L)	1,03	0,33	0,98	0,11-1,95	1,28	0,39	1,31	0,5-2,54	0,0003
Phốtpho (mmol/L)	5,80	2,95	5,0	2,0-16,5	4,78	1,78	4,8	2,2-10,3	0,0269
Natri (mmol/L)	10,87	7,30	8,0	2,0-40,0	12,10	4,87	11,0	5-25	0,1299
Kali (mmol/L)	23,0	5,57	24,0	1,4-33,7	23,47	6,01	22,9	10,8-38	0,3364
lo (mmol/L)	21,78	6,19	22	12-38	22,84	6,86	22	11-48	0,2273

mean: Giá trị trung bình; **SD** (Standard deviation): Độ lệch chuẩn; **median**: trung vị; **min**: giá trị nhỏ nhất; **max**: giá trị lớn nhất.

Bảng 2 cho thấy sự thay đổi các chỉ số nước bọt của trẻ sau 6 tháng theo dõi không có tái phát bệnh: Lưu lượng nước bọt kích thích ở lần khám thứ 2 cao hơn lần thứ nhất (0,86 và 0,94), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ đậm của nước bọt cũng tăng lên ở lần khám thứ 2 (5,07 và 5,25), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thành phần nước bọt: hàm lượng canxi trong nước bọt ở lần khám thứ 2 tăng hơn so với lần khám thứ nhất (1,03 và 1,28), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhưng hàm lượng creatinin ở lần khám thứ 2 lại giảm so với lần khám thứ nhất (4,28 và 2,92), hàm lượng photpho ở lần khám thứ 2 cũng giảm xuống so với lần khám thứ nhất (5,80 và 4,78), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bên cạnh đó các chỉ số hàm lượng urê tăng lên (4,67 và 5,77), hàm

lượng natri tăng lên (10,87 và 12,10), hàm lượng kali tăng lên (23,00 và 23,47), clo tăng lên (21,78 và 22,84) nhưng sự khác biệt giữa hai lần khám của những chỉ số này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, trẻ nam có tỉ lệ mắc hội HCTHTP lần đầu cao hơn nữ, kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác thực hiện ở Việt Nam cũng như nước ngoài về đặc điểm dịch tễ mắc hội chứng thận hư gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, tỷ lệ trai/gái là 3/1⁵. Về diễn tiến bệnh: do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn (6 tháng) nên tỉ lệ không tái phát bệnh của chúng tôi cao (49/94 trẻ chiếm 52,1%), tái phát bệnh có 45/94 trẻ chiếm 47,9% khác với những nhận định trước đó về HCTHTP: bệnh có tỉ lệ tái phát rất cao, chỉ có khoảng 10-20% trẻ bị một lần, 30-40% tái phát không thường xuyên, 40-50% tái phát thường xuyên, chính những diễn tiến kéo dài, mạn tính đã dẫn đến trẻ có

hiều biến chứng như giảm khả năng miễn dịch, nhiễm khuẩn, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải, loãng xương, suy thận mạn tính...

Bảng 1 cho thấy lưu lượng nước bọt kích thích ở lần khám thứ 2 cao hơn lần thứ nhất (0,70 và 0,83), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ đậm của nước bọt cũng tăng lên ở lần khám thứ 2 (4,96 và 5,21), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đây là một dấu hiệu khả quan để có thể giảm nguy cơ sâu răng của nhóm trẻ. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về nước bọt của trẻ mắc HCTHTP nhưng một số nghiên cứu trên trẻ khỏe mạnh như nghiên cứu của Cao Hữu Tiến (2002) trên 97 trẻ em 12 tuổi cho thấy lưu lượng nước bọt kích thích càng cao, khả năng đậm càng tốt thì nguy cơ sâu răng thấp ($p < 0,05$), nghiên cứu của Lê Võ Yến Nhi (2006) trên trẻ 12 tuổi cũng kết quả: lưu lượng nước bọt càng lớn thì pH nước bọt càng cao, khả năng đậm càng tốt và mảng bám cũng giảm dần. Tuy nhiên lưu lượng nước bọt vẫn nằm trong khoảng lưu lượng nước bọt thấp và độ đậm nước bọt trung bình. Chỉ số urê trong nước bọt được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với chỉ số của trẻ bình thường ($5,26 \pm 0,47$) nhưng chỉ số creatinin của chúng tôi thấp hơn chỉ số của trẻ bình thường ($12,39 \pm 1,77$) trong nghiên cứu của Davidovich E và CS năm 2009. Tuy tới thời điểm này chưa có báo cáo nào tại Việt Nam cũng như trên Thế giới về nồng độ urê và creatinin trong nước bọt của trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát được công bố nhưng các nghiên cứu về nồng độ hai chất này trong nước bọt của trẻ có bệnh thận, đặc biệt là bệnh thận mạn tính, đều nhận thấy có sự tăng lên đáng kể urê và creatinin trong nước bọt kèm theo sự tăng urê và creatinin trong huyết thanh so với trẻ khỏe mạnh cùng độ tuổi. Hàm lượng canxi của chúng tôi cao hơn so với trẻ bình thường ($0,45 \pm 0,04$ mmol/L) nhưng hàm lượng photpho thì tương đương trẻ bình thường ($5,10 \pm 0,37$ mmol/L) trong nghiên cứu của Davidovich E và CS năm 2009. Hàm lượng canxi, photpho trong bảng thể hiện sự tăng về số lượng cũng là một dấu hiệu về việc tăng nguy cơ trẻ có cao răng. Nhìn các chỉ số điện giải nước bọt (natri, kali, clo) thì chúng tôi thấy chỉ số clo tăng và cao hơn chỉ số clo trong nước bọt của trẻ khỏe mạnh (16,00 mmol/L), clo tăng sẽ làm tăng nguy cơ sâu răng cho trẻ.

Bảng 2 cho biết lưu lượng nước bọt kích thích ở lần khám thứ 2 cao hơn lần thứ nhất (0,86 và 0,94), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Độ đậm của nước bọt cũng tăng lên ở lần khám thứ 2 (5,07 và 5,25), sự khác biệt giữa hai lần khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đây là dấu hiệu tốt để giảm nguy cơ sâu răng cho những bệnh nhân ở giai đoạn ổn định của bệnh HCTHTP, nếu duy trì để bệnh không tái phát thì có thể giảm nguy cơ mắc bệnh răng miệng cho trẻ. Hàm lượng photpho giảm cũng là dấu hiệu để giảm nguy cơ cao răng cho nhóm trẻ này. Tuy nhiên những chỉ số này mới được khám và thu thập ở 6 tháng đầu tiên sau khi điều trị bệnh lần đầu, cần có những nghiên cứu với thời gian dài, cỡ mẫu lớn để có thể đưa ra kết luận chính xác.

So sánh giữa bảng 1 và bảng 2 chúng tôi có những nhận định lưu lượng nước bọt kích thích ở nhóm trẻ có tái phát bệnh (0,70 và 0,83) thấp hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh (0,86 và 0,94), độ đậm nước bọt ở nhóm trẻ có tái phát bệnh (4,96 và 5,21) thấp hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh (5,07 và 5,25). Điều này cho thấy những trẻ có tái phát bệnh sau 06 tháng điều trị có nguy cơ sâu răng cao hơn trẻ không tái phát bệnh. Hàm lượng urê của nhóm trẻ có tái phát bệnh giảm (5,43 và 4,78) trong khi hàm lượng urê ở nhóm trẻ không tái phát bệnh lại tăng (4,67 và 5,77) cũng khiến cho nhóm trẻ có tái phát bệnh có nguy cơ sâu răng cao hơn. Hàm lượng canxi ở nhóm trẻ có tái phát bệnh (1,06 và 1,36) tăng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh (1,03 và 1,28), hàm lượng photpho ở nhóm trẻ có tái phát bệnh (5,14 và 5,41) tăng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh (5,80 và 4,78), điều này có thể cho thấy trẻ có tái phát bệnh có nguy cơ cao răng nhiều hơn so với trẻ không có tái phát bệnh sau 06 tháng điều trị. Xem chỉ số điện giải nước bọt thì chúng tôi thấy hàm lượng clo của nhóm trẻ có tái phát bệnh (19,83 và 24,33) tăng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh (21,78 và 22,84). Hàm lượng clo tăng làm tăng nguy cơ sâu răng của trẻ có tái phát bệnh. Có thể thấy nhóm trẻ có tái phát bệnh có nguy cơ sâu răng, cao răng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh sau 6 tháng điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thành phần nước bọt của trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát khởi phát tại Khoa Thận- Lọc máu Bệnh viện Nhi Trung Ương chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Việc tăng lưu lượng nước bọt có kích thích sau giúp cải thiện khả năng đậm nước bọt giúp giảm nguy cơ sâu răng của trẻ. Hàm lượng canxi và clo

tăng, tuy nhiên hàm lượng photpho trong nước bọt lại giảm nhẹ. Nhận thấy nhóm trẻ có tái phát bệnh có lưu lượng nước bọt thấp, độ đậm nước bọt trung bình, nguy cơ mắc sâu răng, cao răng cao hơn so với nhóm trẻ không tái phát bệnh. Những nhóm trẻ khác cần tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để có thể đưa ra kết luận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eddy AA, Symons JM.** Nephrotic syndrome in childhood. *Lancet Lond Engl.* 2003;362(9384):629-639. doi:10.1016/S0140-6736(03)14184-0
2. **Lê Nam Trà, Trần Đình Long, Đỗ Bích Hằng.** Tình hình bệnh thận, tiết niệu của trẻ em được điều trị tại Viện Nhi 1981-1990. *Kỷ Ủy Công Trình Nhi Khoa.* Published online 1994:161-162.
3. **Blue C, Isringhausen K.** Raising Oral Health Awareness Among Nephrology Nurses. 2011;85(2):7.
4. **Mihalaş E, Matricala L, Chelmuş A, Gheţu N, Petcu A, Paşca S.** The Role of Chronic Exposure to Amoxicillin/Clavulanic Acid on the Developmental Enamel Defects in Mice. *Toxicol Pathol.* 2016;44(1):61-70. doi:10.1177/0192623315610822
5. **Nikiforuk G.** Understanding Dental Caries. *Krager;* 1985.
6. **Martins C, Siqueira WL,** Guimarães Primo LSS. Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol Berl Ger.* 2008;23(4):619-624. doi:10.1007/s00467-007-0718-5 Babu NSV, Jana S.
7. **Kaczmarek U, Wrzyszczyk-Kowalczyk A, Jankowska K, et al.** Oral health conditions in children with idiopathic nephrotic syndrome: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2020;20(1):213. doi:10.1186/s12903-020-01197-1
8. **Harambat J, van Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ.** Epidemiology of chronic kidney disease in children. *Pediatr Nephrol Berl Ger.* 2012;27(3):363-373. doi:10.1007/s00467-011-1939-1
9. **Laine M.** The effect of repeated sampling on paraon-stimulated salivary flow rates in menopausal women. *Arch Oral Biol.* Published online 1999:3.
10. **Chiappin S, Antonelli G, Gatti R, De Palo EF.** Saliva specimen: A new laboratory tool for diagnostic and basic investigation. *Clin Chim Acta.* 2007;383(1-2):30-40. doi:10.1016/j.cca.2007.04.011

THỰC TRẠNG KÊ ĐƠN THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BVTW QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2019

Trần Thị Lan Anh¹, Mai Đức Anh², Lê Thị Thu Hằng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh mạn tính được thăm khám chủ yếu trong điều trị ngoại trú tại các bệnh viện đa khoa ở nước ta. Kê đơn thuốc ngoại trú phù hợp về phác đồ và liều dùng sẽ góp phần đáng kể giúp người bệnh kiểm soát huyết áp tốt và giảm tình trạng nhập viện. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích phân tích các liệu pháp kê đơn và liều sử dụng trong điều trị ngoại trú bệnh THA tại bệnh viện. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đơn thuốc điều trị ngoại trú được chẩn đoán bệnh tăng huyết áp lưu tại khoa Dược bệnh viện TWQĐ 108, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Liệu pháp đa trị liệu là liệu pháp có tỷ lệ điều trị cao nhất (78%) trong tổng số các liệu pháp điều trị và có chi phí trung bình cho một đơn thuốc cao nhất: 364.688 đồng. Đơn thuốc được kê kết hợp 3 nhóm ARB + BB + CCB có tỷ lệ số đơn nhiều nhất, tương ứng 10,05%. Thuốc ramipril là thuốc được kê đơn trị liệu cao nhất. Các nhóm thuốc

CCB và ARB có liều PDD/DDD gần bằng 1, đúng với liều khuyến cáo trong khi nhóm ACE-I có liều kê đơn chưa phù hợp với khuyến cáo. **Kết luận:** Phần lớn các đơn thuốc trong mẫu nghiên cứu áp dụng kê đơn đa trị liệu. So sánh liều kê đơn với liều DDD có sự khác nhau giữa các nhóm thuốc.

SUMMARY

PRESCRIBING FOR HYPERTENSIVE OUTPATIENTS IN THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL IN 2019

Background: Hypertension is one of the chronic diseases mainly examined in outpatient at general hospital in Vietnam. To prescribe an appropriate regimen treatment and average prescribed daily doses (PDD) not only helps to control blood pressure well, but also reduces hospitalization. The aim of this study is to analyze the prescription pattern and PDD in hypertensive outpatients in a general hospital. **Materials and methods:** Retrospective prescriptions of outpatient at the Pharmacy Department of the 108 military central Hospital, using cross-sectional descriptive methods. **Results:** Polytherapy (78%) was leading trend of antihypertensive therapy for outpatients and average cost was 364.688 VND. The most frequent of antihypertensive class to be prescribe were combine ARB + BB + CCB. In monotherapy, ramipril was highest prescribed. The average PDD/DDD ratio of CCB and ARB was approximately 1, in accordance with the recommendation while ACE-I was

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Công ty cổ phần dược phẩm Hải Phòng

³Văn phòng đại diện công ty TNHH Bayer Việt Nam tại Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lan Anh

Email: tranlananh7777@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022