

lần trở lên là 14 người bệnh (13,1%). Như vậy, trong số người bệnh bị ngã, tỷ lệ ngã nhiều lần là 45,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Goh và cộng sự. Tỷ lệ ngã trong nghiên cứu của Goh là 31%. Trong đó, tỉ lệ ngã nhiều lần chiếm 39,1% tổng số người bệnh bị ngã [5]. Trong một nghiên cứu khác về những người sau đột quỵ từ 70 tuổi trở lên ở Úc, tỷ lệ ngã được báo cáo là 36% [6]. Tỷ lệ ngã ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ rất cao.

Những người bệnh bị ngã trong phòng ngủ và trong nhà vệ sinh chiếm phần lớn trong tổng số lần ngã trong nghiên cứu. Tỷ lệ này lần lượt là 45,1% và 38,7%. Điều này liên quan đến nghiên cứu được thực hiện trong thời gian xảy ra dịch bệnh COVID 19. Hầu hết người bệnh đều dành nhiều thời gian ở nhà. Và người bệnh là người cao tuổi.

Phần lớn người bệnh ngã là do mất thăng bằng (38,7%), trượt chân (32,3%) và chóng mặt khi đứng lên (16,1%). Điều này có thể do tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp (86%) và đái tháo đường (50,5%) là hai bệnh đồng mắc chiếm tỉ lệ cao nhất trong đối tượng nghiên cứu. Tỉ lệ suy dinh dưỡng, bệnh lý khớp như thoái hóa khớp, loãng xương và Parkinson cũng khá đáng kể. Triệu chứng và biến chứng của các bệnh lý này như đau khớp, cứng khớp, hạ huyết áp tư thế, biến chứng thần kinh do đái tháo đường, biến chứng mắt...làm gia tăng nguy cơ ngã ở đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ người bệnh không bị chấn thương (32,3%) và tổn thương phần mềm (35,5%) chiếm đa số ở người bệnh sau ngã. Tỷ lệ tổn thương phần mềm chiếm hơn một nửa (52,4%) trong các loại chấn thương. Điều này phù hợp

với các nghiên cứu về ngã trước đây. Tỷ lệ gãy xương và nhập viện cao (12,9%) có liên quan đến thời gian kéo dài sau đột quỵ [7].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ngã và nguy cơ ngã ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ khá cao và có đặc điểm về hoàn cảnh ngã, vị trí ngã và chấn thương sau ngã đa dạng. Sàng lọc tình trạng ngã và nguy cơ ngã từ đó đưa ra các can thiệp dự phòng ngã là rất cần thiết đối tượng này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH, Ageing WHO, Unit LC.** WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization; 2008.
2. **James SL, Lucchesi LR, Bisignano C, et al.** The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Inj Prev.* 2020;26(Supp 1):i3-i11.
3. **Batchelor FA, Mackintosh SF, Said CM, Hill KD.** Falls after stroke. *Int J Stroke.* 2012;7(6):482-490.
4. **Yew KS, Cheng EM.** Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician.* 2015;91(8):528-536.
5. **Goh HT, Nadarajah M, Hamzah NB, Varadan P, Tan MP.** Falls and Fear of Falling After Stroke: A Case-Control Study. *PM R.* 2016;8(12):1173-1180.
6. **Mackintosh SF, Goldie P, Hill K.** Falls incidence and factors associated with falling in older, community-dwelling, chronic stroke survivors (> 1 year after stroke) and matched controls. *Aging clinical and experimental research.* 2005; 17(2):74-81.
7. **Lee KB, Lee JG, Kim BJ, et al.** The Epidemiology of Fracture in Patients with Acute Ischemic Stroke in Korea. *J Korean Med Sci.* 2019;34(22):e164. Published 2019 Jun 10. doi:10.3346/jkms.2019.34.e164

## ĐẶC ĐIỂM CHIỀU CAO Ở TRẺ HỘI CHỨNG THẬN HƯ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Quốc Cường<sup>1</sup>, Lê Phạm Thu Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Việc điều trị Steroid kéo dài có thể dẫn đến các tác dụng phụ

nghiêm trọng, trong đó quan trọng nhất là vấn đề thấp còi. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm chiều cao ở trẻ HCTH. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 126 trường hợp HCTH trên 2 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH bao gồm: đạm niệu 24 giờ > 50mg/kg hoặc tỉ số protein/creatinin niệu > 200 mg/mmol. Tiêu chí loại ra gồm: (1) trẻ có các bệnh lý cầu thận khác ngoài HCTH như bệnh thận IgA, Lupus đỏ hệ thống, viêm cầu thận do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn; (2) trẻ mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chiều cao như suy giáp, dậy thì sớm, suy dinh dưỡng, Thalassemia... Trẻ

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Cường

Email: drphamcuong2605@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 9.5.2024

sẽ được đo chiều cao đứng. Trẻ được hướng dẫn bỏ giày khi thực hiện đo. Đảm bảo tư thế đứng với 5 điểm chạm vào thước đo (gáy, xương vai, mông, bắp chân, gót chân). Độ chính xác của chiều cao được đo chính xác đến 0,1 cm. **Kết quả:** Trong 126 trẻ có 23 trường hợp mới chẩn đoán lần đầu và 103 trường hợp đang điều trị; có 93 trẻ nam và 33 trẻ nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2,8/1; tuổi khởi phát bệnh trung bình là  $5,8 \pm 3,9$  tuổi; có 70 trường hợp được sinh thiết thận với 49 trường hợp MCD (70,0%) và 21 trường hợp FSGS (30,0%). Ở nhóm trẻ đang điều trị, thời gian dùng Steroid trung bình là  $4,3 \pm 4,0$  năm; có 35 trẻ nhạy Steroid (34,0%), 60 trẻ kháng Steroid (58,2%) và 8 trẻ kháng Calcineurin (CsA) (7,8%); có 48 trường hợp lui bệnh (46,6%) và 55 trường hợp không lui bệnh (53,4%). Trong nhóm nghiên cứu có 39 trẻ thấp còi (31%); thời gian dùng Steroid trung bình ở nhóm thấp còi là  $5,6 \pm 4,0$  năm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với  $3,7 \pm 3,8$  năm ở nhóm có chiều cao bình thường ( $P = 0,02$ ); những trẻ dùng Steroid trên 1 năm có tỉ lệ thấp còi là 36,9%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 19,0% ở nhóm dùng Steroid dưới 1 năm ( $P = 0,04$ ); chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ trẻ thấp còi cao hơn ở nhóm trẻ mắc hội chứng Cushing so với nhóm trẻ không mắc hội chứng này (40,7% so với 22,7%,  $P = 0,04$ ) và tỉ lệ trẻ thấp còi cao hơn ở nhóm có sang thương giải phẫu bệnh là FSGS so với nhóm MCD (61,9% so với 28,6%,  $P = 0,02$ ). **Kết luận:** Tỉ lệ thấp còi trong nhóm nghiên cứu là 31,0%. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến tình trạng thấp còi ở trẻ HCTH là: thời gian dùng Steroid, biểu hiện hội chứng Cushing và loại sang thương giải phẫu bệnh. **Từ khóa:** Hội chứng thận hư, thấp còi.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF HEIGHT IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME AT CHILDREN HOSPITAL 1

**Introduction:** Nephrotic syndrome (NS) is the most common glomerular disease in children. Long-term Steroid treatment can lead to serious side effects, the most important of which is stunting. In Viet Nam, there have been no study evaluating about characteristics of height in children with NS. **Method:** We performed a cross-sectional study of 126 children with NS at Children Hospital 1 from November 2022 to June 2023. Diagnostic criteria include 24-hour proteinuria  $> 50$  mg/kg or uPCR  $> 200$  mg/mmol. Elimination criteria include: (1) children with additional glomerular disease such as IgA nephropathy, SLE, glomerulonephritis due to infection or autoimmune; (2) children with conditions that affect height such as hypothyroidism, early puberty, malnutrition, Thalassemia... Children will have their standing height measured. They are instructed to take off their shoes before taking measurements. Ensure correct posture with 5 points touching the ruler (nape, shoulder blades, buttocks, calves, heels). The accuracy of measured height is up to 0,1 cm. **Results:** In 126 children, there were 23 newly diagnosed cases and 103 cases under treatment; there were 93 male and 33 female, the male/female ratio was 2,8/1; mean age at first diagnosis was  $5,8 \pm 3,9$  years old; there were

70 cases that get kidney biopsy with 49 MCD (70,0%) and 21 FSGS (30,0%). In the children who were under treatment, the average time of using Steroid was  $4,3 \pm 4,0$  years; there were 35 Steroid-sensitive cases (34,0%), 60 Steroid-resistant cases (58,2%) and 8 Calcineurin (CsA)-resistant cases (7,8%); there were 48 remission cases (46,6%) and 55 cases of no remission (53,4%). In the research group, there were 39 cases of stunting (31%); average duration of Steroid use in the stunted group was  $5,6 \pm 4,0$  years, significantly higher than  $3,7 \pm 3,8$  years in the normal height group ( $P = 0,02$ ); stunting rate of children who used Steroid over 1 year was 36,9% significantly higher than 19,0% in children who used Steroid less than 1 year ( $P = 0,04$ ); we also note that stunting rate was higher in children who have Cushing syndrome than in children who doesn't (40,7% compared to 22,7%,  $P = 0,04$ ) and stunting rate in children with pathology result of FSGS was higher than those with MCD (61,9% compared to 28,6%,  $P = 0,02$ ). **Conclusion:** Stunting rate in the study group was 31,0%. Clinical and sub-clinical factors that affect stunting condition in children with NS are duration of Steroid use, Cushing syndrome and pathology result on kidney biopsy.

**Keywords:** Nephrotic syndrome, stunting.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư là bệnh lý cầu thận thường gặp nhất ở trẻ em. Việc điều trị Steroid kéo dài có thể dẫn đến các tác dụng phụ nghiêm trọng, trong đó quan trọng nhất là vấn đề thấp còi. Nhận biết được các yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao của trẻ trong quá trình điều trị bệnh HCTH sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời nhằm cải thiện chiều cao sau cùng cho trẻ. Trên thế giới đã có một vài nghiên cứu về tình trạng thấp còi ở trẻ HCTH [2],[3],[4],[5]. Trong khi đó tại Việt Nam hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá chiều cao ở trẻ HCTH. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá đặc điểm chiều cao ở trẻ HCTH. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- Xác định tỉ lệ hoặc giá trị trung bình các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ HCTH.

- Xác định tỉ lệ thấp còi ở trẻ HCTH và sự phân bố theo tuổi, giới, huyết áp, liều điều trị và thời gian dùng Steroid, tình trạng Cushing, dạng lâm sàng HCTH, mức độ đáp ứng điều trị, mức độ tiểu đạm, nồng độ albumin máu và kết quả giải phẫu bệnh (nếu có).

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhi  $> 2$  tuổi mới được chẩn đoán hoặc đang điều trị HCTH tại khoa Thận – Nội Tiết bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/11/2022 đến ngày 30/06/2023.

**Tiêu chí chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán HCTH theo tiêu chuẩn [1]:

- Tiểu đạm  $\geq 50$  mg/kg/ngày hoặc PCR niệu  $\geq 2$  mg/mg hoặc  $\geq 200$  mg/mmol.
- Albumin máu  $< 2,5$  g/dL.

**Tiêu chí loại trừ:** (1) trẻ có các bệnh lý cầu thận khác ngoài HCTH như bệnh thận IgA, Lupus đỏ hệ thống, viêm cầu thận do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn; (2) trẻ mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chiều cao như suy giáp, dậy thì sớm, suy dinh dưỡng, Thalassemia...

**Phương pháp đo chiều cao cho trẻ:** Trẻ sẽ được đo chiều cao đứng. Trẻ được hướng dẫn bỏ giày khi thực hiện đo. Đảm bảo tư thế đứng với 5 điểm chạm vào thước đo (gáy, xương vai, hông, bắp chân, gót chân). Độ chính xác của chiều cao được đo chính xác đến 0,1 cm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 8 tháng, từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023 tại khoa Thận – Nội Tiết bệnh viện Nhi Đồng 1, chúng tôi ghi nhận 126 trường hợp HCTH thỏa tiêu chuẩn chọn vào nhóm nghiên cứu. Trong đó, có 23 trường hợp mới chẩn đoán lần đầu và 103 trường hợp đang điều trị. Trong nhóm nghiên cứu có 70 trẻ được sinh thiết thận với kết quả gồm 49 trường hợp MCD (70,0%) và 21 trường hợp FSGS (30,0%).

**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng chung ở nhóm nghiên cứu**

<b>Tuổi (n = 126)</b>	10,2 ± 4,2 tuổi (nhỏ nhất là 24 tháng, lớn nhất là 16 tuổi)	
<b>Tuổi mắc bệnh (n = 126)</b>	5,8 ± 3,9 tuổi (nhỏ nhất là 13 tháng, lớn nhất là 15,9 tuổi)	
<b>Giới (n = 126)</b>	Nam (n = 93)	73,8%
	Nữ (n = 33)	26,2%
<b>Nơi cư trú (n = 126)</b>	Thành phố Hồ Chí Minh (n = 20)	15,9%
	Các tỉnh khác (n=106)	84,1%
<b>Tổng số bệnh nhân (n=126)</b>	Mới chẩn đoán (n=23)	18,3%
	Đang điều trị (n=103)	81,7%
<b>Tình trạng phù (n = 126)</b>	Không phù (n = 58)	46,0%
	Phù nhẹ (n = 14)	11,1%
	Phù trung bình – nặng (n = 54)	42,9%
<b>Trị số huyết áp (n = 126)</b>	Bình thường (n = 55)	43,7%
	Huyết áp cao (n = 21)	16,7%
	Tăng huyết áp (n=50)	39,6%
<b>Biến chứng (n=23)</b>	Sốc giảm thể tích (n=7)	5,6%
	Nhiễm trùng (n = 14)	11,1%
	Tăng đông (n = 2)	1,6%

**Nhận xét:** Tại thời điểm tham gia nghiên cứu, hơn 80% bệnh nhân đã từng được chẩn

đoán HCTH. Tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, tỷ lệ biến chứng là 18,3%.

**Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng nhóm đang điều trị**

<b>Thời gian mắc bệnh (n = 103)</b>	4,4 ± 4,0 năm (lâu nhất là 12,8 năm)	
<b>Tình trạng Cushing (n=103)</b>	Có (n = 59)	57,3%
	Không (n = 44)	42,7%
<b>Thời gian dùng Steroid (n = 94)</b>	4,3 ± 4,0 năm (lâu nhất là 12,6 năm)	
<b>Dùng Steroid liều cao (n = 94)</b>	Có (n = 50)	53,2%
	Không (n = 44)	46,8%
<b>Thời gian ngưng Steroid (n = 9)</b>	0,1 ± 0,4 năm	
<b>Phân loại HCTH (n = 103)</b>	Nhạy Steroid (n = 35)	34,0%
	Kháng Steroid (n=60)	58,2%
	Kháng Cyclosporin (n=8)	7,8%
<b>Mức đáp ứng điều trị (n=103)</b>	Lui bệnh (n=48)	46,6%
	Không lui bệnh (n=55)	53,4%

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là HCTH kháng Steroid và vẫn chưa đạt lui bệnh. Tại thời điểm tham gia nghiên cứu có 9 bệnh nhân đã ngưng Steroid.

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng ở nhóm nghiên cứu**

<b>Đạm niệu trên que Dipstick (n = 126)</b>	Không tiểu đạm (n = 37)	29,4%
	Tiểu đạm ít (n = 17)	13,5%
	Tiểu đạm nhiều (n = 72)	57,1%
<b>Đạm niệu 24 giờ và uPCR (n = 126)</b>	Không tiểu đạm (n = 27)	21,4%
	Có tiểu đạm (n = 21)	16,7%
	Tiểu đạm ngưỡng thận hư (n = 78)	61,9%
<b>Natri máu (n = 126)</b>	134,2 ± 3,9 mEq/L	
<b>Canxi máu (n=126)</b>	1,1 ± 0,1 mEq/L	
<b>Albumin máu (n=126)</b>	2,5 ± 1,2 g/dL	
<b>Giảm Albumin máu (n = 126)</b>	Không (n = 56)	44,6%
	Có (n = 70)	55,4%
<b>GFR (n = 126)</b>	132,7 ± 39,1 ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> da	
<b>GFR &lt;90 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da (n=126)</b>	Không (n = 111)	88,1%
	Có (n = 15)	11,9%
<b>Sang thương giải phẫu bệnh (n = 70)</b>	MCD (n = 49)	70,0%
	FSGS (n = 21)	30,0%
<b>AST máu (n = 126)</b>	28,4 ± 12,6 UI/L	

<b>ALT máu (n = 126)</b>	20,9 ± 16,6 UI/L
<b>Đường huyết (n=126)</b>	4,7 ± 0,8 mmol/L

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có tiểu đạm ngưỡng thận hư, có sang thương

giải phẫu bệnh là MCD. Các chỉ số Natri, Canxi và đường huyết trong giới hạn bình thường.

### 3.3. Đặc điểm chiều cao và mối liên quan giữa tình trạng thấp còi với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

**Bảng 3.4: Mối liên quan giữa đặc điểm chiều cao với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng**

Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng		Chiều cao		P
		Bình thường	Thấp so với tuổi	
Tổng số bệnh nhân (n = 126)		n = 87	n = 39 (31,0%)	
Nhóm tuổi (n = 126)	Dưới 5 tuổi (n = 24)	17	7 (29,2%)	0,8
	Từ 5 đến 10 tuổi (n = 24)	18	6 (25,0%)	
	Trên 10 tuổi (n = 78)	52	26 (33,3%)	
Giới (n = 126)	Nam (n = 93)	63	30 (32,3%)	0,7
	Nữ (n = 33)	24	9 (27,3%)	
Mức huyết áp (n = 126)	Bình thường (n = 55)	39	16 (29,1%)	0,9
	Huyết áp cao (n = 21)	15	6 (28,6%)	
	Tăng huyết áp (n = 50)	33	17 (34,0%)	
Liều Steroid (mg/kg/ngày)		1,1 ± 1,0	1,1 ± 0,8	0,9
Thời gian dùng Steroid (năm)		3,7 ± 3,8	5,6 ± 4,0	0,02**
Thời gian dùng Steroid	Dưới 1 năm (n = 42)	34	8 (19,0%)	0,04*
	Trên 1 năm (n = 84)	53	31 (36,9%)	
Hội chứng Cushing (n = 103)	Không (n = 44)	34	10 (22,7%)	0,04*
	Có (n = 59)	35	24 (40,7%)	
Dạng lâm sàng HCTH (n = 103)	Nhạy Steroid (n = 35)	27	8 (22,8%)	0,2
	Kháng Steroid (n = 60)	38	22 (36,7%)	
	Kháng Cyclosporin (n = 8)	4	4 (50,0%)	
Giải phẫu bệnh (n = 70)	MCD (n = 49)	35	14 (28,6%)	0,02*
	FSGS (n = 21)	8	13 (61,9%)	
Mức đáp ứng điều trị (n = 126)	Mới chẩn đoán (n = 23)	18	5 (21,7%)	0,6
	Không lui bệnh (n = 55)	36	19 (34,5%)	
	Lui bệnh (n = 48)	33	15 (31,2%)	
Tiểu đạm (n = 126)	Không (n = 27)	21	6 (22,2%)	0,3
	Ít (n = 21)	12	9 (42,9%)	
	Ngưỡng thận hư (n = 78)	54	24 (30,8%)	
Nồng độ Albumin máu (g/dL) (n = 126)		2,5 ± 1,2	2,5 ± 1,2	0,8

\*: phép kiểm chi bình phương, \*\*: phép kiểm T – test chiều cao ở trẻ HCTH từ lúc chẩn đoán đến 10 tuổi nhận thấy Steroid làm giảm tốc độ tăng trưởng phụ thuộc theo liều và việc sử dụng đồng thời các thuốc ức chế miễn dịch khác như Cyclophosphamide hay Chlorambucil sẽ làm giảm tác động này.

Donatti và cộng sự [2] đã thực hiện một nghiên cứu để đánh giá chiều cao sau cùng ở những người trưởng thành mắc hội chứng thận hư nhạy Steroid lúc nhỏ tại Brazil. Kết quả nghiên cứu ghi nhận các vấn đề liên quan đến HCTH không tác động đến chiều cao sau cùng của trẻ khi trưởng thành.

Göknar và cộng sự [4] nghiên cứu trên 265 trẻ HCTH điều trị Steroid để đánh giá sự thay đổi về tỉ lệ béo phì, thừa cân và tốc độ tăng trưởng ở trẻ HCTH. Các tác giả kết luận rằng tình trạng

**Nhận xét:** Các yếu tố làm tăng tỉ lệ thấp còi có ý nghĩa thống kê bao gồm: mắc hội chứng Cushing, dùng Steroid kéo dài và có dạng giải phẫu bệnh là FSGS.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu có 39 trường hợp thấp so với tuổi (chiếm 31,0%).

Về tác động của Steroid lên chiều cao của trẻ HCTH, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy:

Ribeiro và cộng sự [6] đã tiến hành một nghiên cứu để đánh giá tác động của Prednison lên sự tăng trưởng ở trẻ em mắc HCTH tại Thụy Sĩ. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tăng trưởng có tương quan nghịch với liều Steroid tích lũy (P < 0,01). Chiều cao sau cùng thấp hơn ở nhóm nhận liều Steroid > 0,2 mg/kg/ngày (P < 0,01). Hung và cộng sự [5] theo dõi sự phát triển

thừa cân, béo phì và chậm tăng trưởng ở trẻ HCTH có thể cải thiện theo thời gian.

Emma và cộng sự [3] thực hiện nghiên cứu theo dõi tiến triển chiều cao ở trẻ SDNS và FRNS kết luận trong suốt khoảng thời gian tiền dậy thì, trẻ mất 0,5 chỉ số độ lệch chuẩn về chiều cao nhưng trẻ sẽ bắt kịp về tăng trưởng sau khi ngưng Steroid.

Simmonds và cộng sự [7] nghiên cứu sự tăng trưởng của 41 trẻ SDNS trong thời gian trung bình 4,2 năm. Nghiên cứu cho thấy liều tích lũy Steroid khoảng 0,75 mg/kg/ngày chưa có ảnh hưởng bất lợi trên việc giảm tăng trưởng chiều cao. Ở những trẻ với liều tích lũy trung bình > 0,75 mg/kg/ngày, một số trẻ giảm tăng trưởng chiều cao trong suốt quá trình điều trị Steroid liều cao tuy nhiên việc giảm liều Steroid sau đó cho phép trẻ bắt kịp về tăng trưởng.

Ribeiro và Hung chỉ kết luận rằng việc điều trị Steroid kéo dài làm ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao của trẻ nhưng không đưa ra kết luận về chiều cao sau cùng khi trẻ trưởng thành liệu có bị ảnh hưởng hay không. Các nhà nghiên cứu còn lại một lần nữa khẳng định điều trị Steroid kéo dài làm giảm tốc độ tăng trưởng chiều cao tuy nhiên họ cho thấy thêm rằng việc đạt lui bệnh và ngưng dùng Steroid sẽ giúp cải thiện tình trạng thấp còi và cho đến tuổi trưởng thành thì chiều cao cũng không có khác biệt so với dân số chung.

Về nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy không có khác biệt về liều Steroid tích lũy ở trẻ có chiều cao bình thường và trẻ thấp so với tuổi, cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thấp còi ở nhóm trẻ không lui bệnh so với nhóm trẻ lui bệnh dù rằng nhóm trẻ không lui bệnh có ghi nhận tỉ lệ thấp còi cao hơn (34,5% so với 31,2%). Tuy nhiên, có sự khác biệt về thời gian dùng Steroid trung bình ở 2 nhóm cụ thể ở nhóm bình thường là  $3,7 \pm 3,8$  và nhóm thấp còi là  $5,6 \pm 4,0$  ( $P = 0,02$ ). Đồng thời chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ thấp còi cao hơn đáng kể ở trẻ dùng Steroid hơn 1 năm so với trẻ dùng dưới 1 năm (37,0% so với 19,0%) ( $P = 0,04$ ).

Sở dĩ chúng tôi không ghi nhận tác động của liều dùng Steroid lên chiều cao ở trẻ HCTH, trái ngược với kết quả của các nghiên cứu trước đây là vì thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là cắt ngang mô tả nên có một tỉ lệ rất cao những trẻ mắc bệnh trong thời gian rất ngắn (dưới 1 năm) và đang trong giai đoạn tấn công được xếp vào nhóm dùng Steroid liều cao mà những trẻ này có chiều cao bình thường so với dân số chung. Chính điều này đã dẫn đến kết luận có phần

thiếu chính xác về mối liên quan giữa liều dùng Steroid và chiều cao ở trẻ mắc HCTH. Tương tự các nhà nghiên cứu trước đây đều kết luận sự phát triển chiều cao sẽ cải thiện khi ngưng điều trị Prednison nhưng vì những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số đều đang điều trị Prednison (tấn công hoặc duy trì), chỉ có 9 bệnh nhân đã ngưng Steroid nên chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tỉ lệ thấp còi ở nhóm trẻ lui bệnh và không lui bệnh.

Chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ thấp còi nhỏ hơn đáng kể giữa HCTH nhạy Steroid (22,8%) so với SRNS và HCTH kháng Cyclosporin (36,7% và 50,0%) nhưng lại không có ý nghĩa thống kê, có lẽ vì cỡ mẫu ở các nhóm chưa đủ lớn. Tuy vậy, kết quả này cũng cho thấy cần lưu ý đến sự phát triển chiều cao ở những trẻ HCTH có dạng lâm sàng không nhạy Steroid.

Kết luận về thời gian tiếp xúc với Steroid càng kéo dài, mức độ ảnh hưởng đến chiều cao càng tăng của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Hơn nữa chúng tôi nhận thấy chỉ cần tiếp xúc với Steroid trên 1 năm đã có thể ảnh hưởng đến chiều cao của trẻ trong khi Hung và cộng sự [5] ghi nhận mốc thời gian sử dụng Steroid gây ảnh hưởng lên chiều cao là 3 năm.

Chúng tôi cũng ghi nhận một tỉ lệ trẻ thấp còi cao hơn ở nhóm trẻ có hội chứng Cushing so với nhóm không có hội chứng này (40,7% so với 22,7%),  $P = 0,04$ . Kết quả này một lần nữa khẳng định tác động của Steroid lên sự phát triển chiều cao của trẻ.

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỉ lệ thấp còi ở 2 dạng giải phẫu bệnh khác nhau, ở trẻ có kết quả sinh thiết là MCD tỉ lệ thấp còi thấp hơn rõ rệt so với FSGS (28,6% so với 61,9%). Kết quả này có thể là vì dạng giải phẫu bệnh MCD có tỉ lệ nhạy Steroid cao hơn do đó có thời gian dùng cũng như liều tích lũy Steroid thấp hơn nên ít bị ảnh hưởng đến tốc độ phát triển chiều cao hơn là dạng giải phẫu bệnh FSGS.

Khi phân tích mối liên quan giữa chiều cao và các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về chiều cao giữa các nhóm tuổi, giới tính, các mức huyết áp, nồng độ albumin máu và mức độ tiểu đạm.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thấp còi trong nhóm nghiên cứu là 31,0%.

Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến tình trạng thấp còi ở trẻ HCTH là: thời gian dùng Steroid, biểu hiện hội chứng Cushing và loại sang thương giải phẫu bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Quang (2020). "Hội chứng thân hư trẻ em". Phác đồ điều trị nhi khoa 2020, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y Học TP.HCM, pp. 836-847.
2. Donatti T. L., Koch V. H. (2009). "Final height of adults with childhood-onset steroid-responsive idiopathic nephrotic syndrome". *Pediatr Nephrol*, 24 (12), pp. 2401-8.
3. Emma F., Sesto A., Rizzoni G. (2003). "Long-term linear growth of children with severe steroid-responsive nephrotic syndrome". *Pediatr Nephrol*, 18 (8), pp. 783-8.
4. Gökner N., Webb H., Waters A., et al. (2021). "Long-term obesity prevalence and linear growth in children with idiopathic nephrotic syndrome: is normal growth and weight control possible with steroid-sparing drugs and low-dose Steroid for relapses?". *Pediatr Nephrol*.
5. Hung Y. T., Yang L. Y. (2006). "Follow-up of linear growth of body height in children with nephrotic syndrome". *J Microbiol Immunol Infect*, 39 (5), pp. 422-5.
6. Ribeiro D., Zawadzinski S., Pittet L. F., et al. (2015). "Effect of glucocorticoids on growth and bone mineral density in children with nephrotic syndrome". *Eur J Pediatr*, 174 (7), pp. 911-7.
7. Simmonds J., Grundy N., Trompeter R., et al. (2010). "Long-term steroid treatment and growth: a study in steroid-dependent nephrotic syndrome". *Arch Dis Child*, 95 (2), pp. 146-9.

## ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ỔN ĐỊNH CÓ TĂNG ÁP PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2023-2024

Dương Thị Chúc Linh<sup>1,2</sup>, Võ Phạm Minh Thu<sup>2</sup>

*Từ khóa:* hội chứng overlap, tăng áp phổi, COPD.

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng ngưng thở khi ngủ rất thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi nhưng do tình trạng hô hấp nổi trội nên hội chứng này thường bị bỏ qua hoặc không được quan tâm đúng mức. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong giai đoạn ổn định có tăng áp phổi. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 71,60 ± 10,08 với 92,9% là nam, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân (27,7%), hưu trí (17,9%). 93,8% bệnh nhân có hút thuốc lá với số gói thuốc lá – năm là 32,79 ± 11,13, 69,6% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp/năm. Tỷ lệ hội chứng ngưng thở khi ngủ chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi (79,5%). Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi và số gói thuốc – năm, BMI và mức độ tăng áp phổi ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Hội chứng ngưng thở khi ngủ bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi chiếm tỷ lệ khá cao (79,5%). Cần có sự theo dõi, hỗ trợ điều trị để tránh các nguy cơ, biến chứng nguy hiểm cho nhóm bệnh nhân này.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Phạm Minh Thu

Email: vpmthu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH PULMONARY HYPERTENSION AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

**Background:** Obstructive sleep apnea syndrome is very common in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease and pulmonary hypertension, due to the predominant respiratory condition, this syndrome is often overlooked or not noticed. **Objective:** To survey the characteristics of obstructive sleep apnea syndrome in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension at Kien Giang Provincial General Hospital in 2023 - 2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 112 patients with chronic obstructive pulmonary disease in the stable phase with pulmonary hypertension. **Results:** The average age was 71.60 ± 10.08 years old with 92.9% male, main occupations were farmers (27.7%), pensioners (17.9%). 93.8% of patients smoked cigarettes with the number of cigarette packs-year being 32.79 ± 11.13, 69.6% of patients had ≥ 2 exacerbations/year. The rate of sleep apnea syndrome was high in stable COPD patients with pulmonary hypertension (79.5%). Statistically significant association between the rate of obstructive sleep apnea in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension and number of medication packs - years, BMI and severity of pulmonary hypertension ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Sleep apnea syndrome in stable chronic obstructive pulmonary disease patients with pulmonary hypertension was quite high (79.5%). Monitoring and