>34 UI/ml và anti-TPO (-) hay ≤34 UI/ml lần lượt là 95,1% và 4,9%.

Nồng độ T3 trung bình là 69,05 ± 24,93 ng/dl.

Nồng độ FT4 trung bình là 0,78 ± 0,27 ng/dl.

Nồng độ TSH trung bình là 35,90 ± 34,21 µIU/ml.

Tỷ lệ suy giáp lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto là 73,2%. Trong đó suy giáp lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có anti-TPO (+) là 68,3%, ở nhóm anti-TPO (-) là 4,9%.

Bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có tăng cả cholesterol, triglycerid và LDL-C trong đó tăng chủ yếu là cholesterol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tiến Hưng** (2009). "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số nguyên nhân hay gặp ở bệnh nhân suy giáp tại tuyến", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Trần Thị Bích Liên** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto", Luận Văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Akamizu T, Amino N** (2017), "Hashimoto's thyroiditis", https://www.thyroidmanager.org.

4. **Anca Staii, Mirocha S, Todorova-Koteva K, et al** (2010). "Hashimoto thyroiditis is more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state". Thyroid Res, 3 (1), 11.

5. **Değirmencioğlu S, Vural P, Özderya A, et al** (2018). "VCAM1 (T-1591C and T-833C) and E-selectin S128R polymorphisms are not risk factors for Hashimoto's thyroiditis.". Arch Clin Exp Med, 3 (3), 138 - 142.

6. **Jabrocka-Hybel A, Skalniak A, Piątkowski J, et al** (2018). "How much of the predisposition to Hashimoto's thyroiditis can be explained based on previously reported associations?". J Endocrinol Invest, 41 (12), 1409 - 1416.

7. **Ruggeri R M, Trimarchi F, Giuffrida G, et al** (2017). "Autoimmune comorbidities in Hashimoto's thyroiditis: different patterns of association in adulthood and childhood/adolescence". Eur J Endocrinol, 176 (2), 133 - 141.

8. **Siriweera E H, Ratnatunga N V** (2010). "Profile of Hashimoto's Thyroiditis in Sri Lankans: Is There an Increased Risk of Ancillary Pathologies in Hashimoto's Thyroiditis?". J Thyroid Res, 124264.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CALCI, PHOTPHO, PTH DO SUY THẬN MẠN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN TIẾT NIỆU – LỌC MÁU, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

TRẦN THỊ TUYẾT

Bệnh viện Hữu nghị

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) không chỉ tổn thương thận mà có nhiều các biến chứng khác kèm theo, trong đó biến chứng rối loạn calci – phospho và cường tuyến cận giáp thứ phát (CCGTP) gây tăng parathyroid hormone (PTH) là một trong những biến chứng muộn và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Mục tiêu: 1. Đánh giá tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị.

2. Mô tả mối liên quan giữa tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH với các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân (BN): 66 BN suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC), lọc máu chu kỳ 3 lần/ tuần, đang dùng màng lọc Low - Flux 6 lần.

- Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, cắt ngang

- Xử lý số liệu thống kê: Dựa theo các thuật học thống kê y học phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Nghiên cứu 66 bệnh nhân lọc máu chu kỳ 3 buổi/ tuần bằng màng lọc Lowflux chế độ lọc máu HD chúng tôi thấy: Nồng độ calci máu toàn phần hiệu chỉnh TB, phospho máu TB, tích Ca x P trung bình, PTH máu trung bình và

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Tuyết

Email: tuyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận: 12/7/2021

Ngày phản biện: 20/8/2021

Ngày duyệt bài: 09/9/2021

trung vị lần lượt là: 2,35 ± 0,19 (mmol/l); 1,66 ± 0,57 (mmol/l); 3,92 ± 1,41 (mmol²/l²); 373,44 ± 557,55; 172,9 (8,05 ÷ 2992) (pmol/l). Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH máu > 300 pmol/l, nồng độ calci máu hiệu chỉnh > 2,5 mmol/l, nồng độ photpho máu > 1,78 mmol/l, tích Ca x P > 4,4 mmol²/l² chiếm tỉ lệ lần lượt là: 28,5%; 20,6%; 37,4%; 33,5%. Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH máu > 300 pmol/l, nồng độ calci máu hiệu chỉnh > 2,5 mmol/l, nồng độ photpho máu > 1,78 mmol/l, tích Ca x P > 4,4 mmol²/l² lọc máu trên 5 năm cao hơn bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Kết luận: Bệnh nhân lọc máu chu kỳ càng nhiều năm dẫn đến tình trạng rối loạn calci, photpho, tích Ca x P, PTH càng nặng nề.

***Từ khóa:** Rối loạn Ca, Photpho, tích Ca x P, PTH*

SUMMARY

STUDY ON CALCIUM, PHOTPHATE AND PARATHYROID HORMON IN CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS WITH HEAMODIALYSIS AT THE DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, UROLOGY - DIALYSIS, HUU NGHI HOSPITAL

Background: End-stage renal failure (ESRD) not only damages the kidneys but also has many other complications, in which complications of calcium-phosphorus disorders and secondary hyperparathyroidism (CCGTP) cause increased parathyroid Hormone is one of the late complications and causes many serious consequences.

Objectives:

1. Evaluation of calcium, phosphorus, and PTH disorders in patients with cyclic hemodialysis at the Department of Nephrology, Urology - Dialysis, Huu Nghi Hospital.

2. Describe the relationship between calcium, phosphorus, and PTH disorders with related factors.

Subjects and methods: Patients: 66 patients with end-stage renal failure (ESRD), dialysis cycles 3 times/week, using low-flux membranes 6 times.

Research methods: Prospective, cross-sectional study

Processing statistical data: Based on the medical statistics softwave spss 20.0

Results: Studying 66 patients on dialysis 3 times/week with Lowflux filter in HD dialysis mode, we found: The adjusted total blood calcium concentration, mean blood phosphorus, mean Ca x P, mean and median blood PTH are: 2.35 ± 0.19 (mmol/l), respectively; 1.66 ± 0.57 (mmol/l); 3.92 ± 1.41 (mmol²/l²); 373.44 ± 557.55; 172.9 (8.05 ÷ 2992) (pmol/l). The proportion of patients with blood PTH concentration > 300 pmol/l, adjusted blood calcium concentration > 2.5 mmol/l, blood phosphorus > 1.78 mmol/l, Ca x P > 4.4 mmol²/l² accounted for: 28.5%; 20.6%; 37.4%; 33.5%. Proportion of patients with blood PTH concentration > 300 pmol/l, corrected blood calcium concentration > 2.5 mmol/l, blood phosphorus concentration > 1.78 mmol/l, Ca x P > 4.4 mmol² /l² on dialysis over 5 years is higher than patients on dialysis less than 5 years, the difference is statistically significant with p < 0.05.

Conclusion: The more years patients undergo dialysis, the more severe the disorders of calcium, phosphorus, Ca x P, and PTH.

***Keywords:** Ca, Phosphorus, Ca x P, PTH*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn calci, phospho, PTH xuất hiện từ giai đoạn sớm của quá trình suy thận mạn, khi mức lọc cầu thận (MLCT) giảm < 60 ml/phút/1,73 m2. Bệnh đặc trưng bởi sự tăng sản tuyến cận giáp trạng và sự tăng tiết PTH, dẫn đến bệnh lý xương và rối loạn chuyển hóa muối khoáng ở bệnh nhân suy thận mạn (STM). [1-3]

Rối loạn calci, phospho, PTH dẫn đến tình trạng lắng đọng calci ngoài xương ở nhóm bệnh nhân lọc máu chu kỳ, đặc biệt calci hoá ở mạch máu như mạch vành gây hẹp mạch vành đưa đến suy vành, nhồi máu cơ tim gây các biến chứng tim mạch – một nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các trung tâm thận nhân tạo lớn trên thế giới. Ngoài ra, bệnh còn gây loạn dưỡng xương, đau xương, đau khớp, gãy xương bệnh lý, loét da do lắng đọng calci (calciphylaxis), ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. [1-4]

Theo báo cáo ở Mỹ trong 10 năm gần đây, cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn 3 – 4 chiếm tỷ lệ rất cao, trên 80%, tỷ lệ CCGTP ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ khoảng 45 – 50%.[5]

Tại Khoa Thận tiết niệu - Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị điều trị lọc máu cho 90 bệnh nhân STMGĐC nhưng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về những biến chứng muộn và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng trong suy thận mạn, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích:

1. Đánh giá tỷ lệ rối loạn calci, photpho, PTH ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị.

2. Mô tả mối liên quan giữa tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH với các yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2. Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng lọc máu chu kì tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện: Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ 3 buổi/tuần, thời gian mỗi buổi lọc 4 giờ, phương pháp thẩm tách máu HD – hemodialysis bằng màng lọc lowflux và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân có bệnh lý cường cận giáp trạng tiên phát và các bệnh lý tuyến cận giáp (viêm, u, ung thư). Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tuyến cận giáp trạng.
- Bệnh nhân có bệnh lý ác tính (U lympho Hodgkin, U lympho Non Hodgkin, Kahler…).
- Bệnh nhân bị các bệnh lý viêm mạn tính đi kèm: Viêm khớp dạng thấp, Lupus ban đỏ hệ thống, bệnh Crohn, viêm gan các loại, hội chứng Sjogren, suy giáp.
- Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch như: HIV, nhiễm các vius khác.
- Bệnh nhân đang có viêm nhiễm cấp tính (viêm não cấp, nhiễm virus Influenza…). Bệnh nhân bất động kéo dài hơn 1 tháng do các nguyên nhân khác nhau. Bệnh nhân không hợp tác hoặc bỏ cuộc trong quá trình nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2021

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 66 bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ tại khoa Thận tiết niệu - Lọc máu, chúng tôi đã thu được kết quả như sau:

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu 66 bệnh nhân cho kết quả: Bệnh nhân nam, nữ chiếm tỉ lệ lần lượt là: 78,8%; 21,2%. Tuổi TB là: 71 ± 13,8 tuổi. Thời gian điều trị trung vị là 4 năm (ngắn nhất là 0,8 năm, dài nhất là 15 năm).

2. Đặc điểm về nguyên nhân gây STMGĐC

Nguyên nhân STMGĐC trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu hay gặp nhất là bệnh tăng huyết áp chiếm 53%, sau đó đến bệnh đái tháo đường chiếm 24,2%, viêm cầu thận mạn chiếm 15,2%, bệnh thận đa nang chiếm 4,5%, nguyên nhân ít gặp nhất là bệnh viêm thận bể thận 3,0%.

3. Đặc điểm rối loạn calci, phospho, Ca x P, PTH của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho và Ca x P trung bình phân bố theo giới tính.

Nghiên cứu 66 bệnh nhân cho kết quả PTH máu trung bình là: 373,44 ± 557,55 (pmol/l)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nam	Nữ	Total	p
Nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh TB (mmol/l)	2,33 ± 0,19	2,44 ± 0,18	2,35 ± 0,19	< 0,05
Nồng độ phospho TB (mmol/l)	1,63 ± 0,54	1,77 ± 0,65	1,66 ± 0,57	> 0,05
Tích Ca x P trung bình ($mmol^2/l^2$)	3,79 ± 1,32	4,33 ± 1,62	3,9 ± 1,41	< 0,05
Nồng độ PTH máu trung vị (pmol/l)	143,35 (8,05 ÷ 2781)	437,9 (29,51 ÷ 2992)	172,9 (8,05 ÷ 2992)	< 0,05

Nhận xét: Nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, Ca x P trung bình và PTH máu TB của nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nhóm bệnh nhân nam, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Nồng độ phospho máu trung bình của bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam, không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 2. Nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, Phospho và Ca x P máu trung bình, PTH máu TB giữa các nhóm phân bố theo số năm lọc máu

Chỉ tiêu nghiên cứu	< 5 năm	≥ 5 năm	Total	p
Nồng độ calci toàn phần máu hiệu chỉnh TB (mmol/l)	2,3 ± 0,19	2,4 ± 0,19	2,35 ± 0,19	< 0,05
Nồng độ phospho máu TB (mmol/l)	1,5 ± 0,47	1,84 ± 0,62	1,66 ± 0,57	< 0,05
Tích Ca x P trung bình ($mmol^2/l^2$)	3,47 ± 1,13	4,4 ± 1,52	3,9 ± 1,41	< 0,05
Nồng độ PTH máu trung vị (pmol/l)	145 (15,51 ÷ 800,3)	256,55 (8,05 ÷ 2992)	172,9 (8,05 ÷ 2992)	< 0,05

Nhận xét: Nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho và Ca x P máu trung bình của nhóm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm cao hơn nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Nồng độ PTH máu trung bình, trung vị của bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 5 năm cao hơn nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

4. Đánh giá mục tiêu điều trị rối loạn calci, phospho và PTH

Bảng 3. Tỉ lệ phần trăm mức độ rối loạn calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho, tích Ca x P và PTH máu

Chỉ tiêu	Mức độ	< 5 năm	≥ 5 năm	Tổng	p
2,1 ≤ Calci toàn phần hiệu chỉnh ≤ 2,5 (mmol/l)	Thấp	9,6%	2,5%	6,3%	P < 0,05
	Trong mục tiêu	78,8%	65,4%	73,1%	
	Cao	10,6%	32,1%	20,6	
1,13 ≤ Phospho ≤ 1,78 (mmol/l)	Thấp	21,1%	13,1%	17,3%	P < 0,05
	Trong mục tiêu	54,7%	34,5%	45,3%	
	Cao	24,2%	52,4%	37,4%	
Ca x P ≤ 4,4 $mmol^2/l^2$	Trong mục tiêu	80%	51,2%	66,5%	P < 0,05
	Cao	20%	48,8%	33,5%	
150 ≤ PTH ≤ 300 (pmol/l)	Thấp	51,6%	36,9%	44,7%	P <0,05
	Trong mục tiêu	33,7%	19%	26,8%	
	Cao	14,7%	44%	28,5%	

Nhận xét: Tỉ lệ phần trăm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm có calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho, tich Ca x P, PTH máu cao hơn ngưỡng điều trị lớn hơn nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 66 bệnh nhân có độ tuổi từ 29 đến 71 tuổi, trung bình là: 71 ± 13,8 (tuổi). Có kết quả nghiên cứu như trên là do Bệnh viện Hữu Nghị điều trị chủ yếu cho cán bộ hưu trí có tuổi đời từ 55 tuổi trở lên.

Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu có 52 (78,8%) bệnh nhân nam và 14 (21,2%) bệnh nhân nữ, có sự chênh lệch tỉ lệ bệnh nhân nam và nữ cao là do tính đặc thù của Bệnh viện Hữu Nghị.

2. Các nguyên nhân STMGĐC:

Theo tác giả Nguyễn Đức Lộc, Trần Thị Bích Hương (2012) nguyên nhân STMGĐC hay gặp nhất là VCTM 34,4%.[6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân STMGĐC gặp nhiều nhất là tăng huyết áp 53% và nguyên nhân gặp ít nhất là viêm thận bể thận chiếm tỉ lệ thấp nhất 3%. Có kết quả nghiên cứu như trên là do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp nhiều năm.

3. Rối loạn Calci, Phospho, Ca x P, PTH ở bệnh nhân nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy.

Bảng 1 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho máu trung bình lần lượt là: 2,35 ± 0,19; 1,66 ± 0,57 (mmol/l). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Suguru Yamamoto và CS (2018) có nồng độ calci, phospho máu trung bình lần lượt là: 2,22 ± 0,15 (mmol/l); 1,74 ± 0,32 (mmo/l).[7] Bảng 1 cho thấy nồng độ PTH máu trung bình và trung vị của bệnh nhân nghiên cứu là: 373,44 ± 557,55; 172,9 (8,05 ÷ 2992) (pmol/l) cao hơn nghiên cứu của tác giả Suguru Yamamoto và Cs (2018) có kết quả là: 126 (77÷192). [7] Như vậy, tình trạng cường cận giáp trạng của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chưa được kiểm soát, vẫn còn nhiều bệnh nhân có nồng độ PTH máu rất cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) nghiên cứu trên 66 bệnh nhân lọc máu chu kỳ có nồng độ PTH trung bình là: 324 ± 287,23 (14,12 ÷ 1344) pmol/l. [8]

Bảng 1 cho thấy nồng độ calci máu toàn phần hiệu chỉnh TB và tích Ca x P trung bình của nhóm bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, nhưng nồng độ phospho máu TB của 2 nhóm bệnh nhân này khác nhau không có ý nghĩa thống với p > 0,05. Điều này cho thấy, tình trạng rối loạn calci, photpho của bệnh nhân nữ tiến triển nhanh hơn nhóm bệnh nhân nam.

Bảng 1 cho thấy nồng độ PTH máu trung binh của nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nhóm bệnh nhân nam có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có kết quả như trên có thể do nhóm bệnh nhân nữ có tình trạng loãng xương do thiếu hụt estrogen kết hợp, dẫn đến tình trạng rối loạn

calci, phospho và cường cận giáp trạng tiến triển nhanh hơn.

Bảng 2 cho thấy nồng độ calci toàn phần hiệu chỉnh, phospho, tích Ca x P máu TB, PTH máu trung bình của nhóm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm cao hơn nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường, Doãn Thị Thư Nghĩa (2014). [9] Như vậy, bệnh nhân lọc máu càng lâu năm thì tình trạng rối loạn calci, phospho, PTH, cường cận giáp trạng, loạn dưỡng xương càng nặng. Cường cận giáp trạng thứ phát xuất hiện từ sớm trong giai đoạn tiến triển của bệnh thận mạn tính và tỉ lệ tăng dần cùng với sự suy giảm MLCT. Khi MLCT < 60 ml/ phút/1,73 m², nồng độ PTH tăng rõ, nồng độ caltriol bắt đầu giảm nhưng nồng độ Ca và P máu vẫn duy trì ở mức bình thường cho đến khi MLCT < 20 ml/ phút/ 1,73 m².[1]

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có calci máu toàn phần hiệu chỉnh thấp, trong mục tiêu, cao lần lượt là: 6,3%; 73,1% và 20,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) có tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ calci máu toàn phần hiệu chỉnh trong mục tiêu là: 63,64%. Tỉ lệ bệnh nhân có phospho máu, Ca x P cao chiếm tỉ lệ lần lượt là 37,4%; 33,5%.[8] Sự khác nhau này có thể do quá trình lọc máu, thành phần dịch lọc, quan trọng hơn là những rối loạn nội tiết thứ phát xuất hiện trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối như PTH, vitamin D, FGF-23, hormone sinh dục..., nhất là rối loạn PTH.

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH cao hơn ngưỡng mục tiêu điều trị là:28,5%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường và Cs (2014). [9] Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) cũng cho kết quả tương tự là 28%.

Bảng 3 cũng cho thấy tỉ lệ phần trăm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm có calci toàn phần máu hiệu chỉnh, phospho, tich Ca x P, PTH máu cao hơn ngưỡng điều trị lớn hơn nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả nghiên cứu này cũng đương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường và Cs (2014). [9]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi càng chứng minh rằng, bệnh nhân lọc máu càng nhiều năm thì tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH càng nặng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 66 bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ 3 lần/ tuần bằng màng lọc lowflux tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị, chúng tôi thấy:

Nồng độ calci máu toàn phần hiệu chỉnh TB, phospho máu TB, tích Ca x P trung bình, PTH máu trung bình và trung vị lần lượt là: 2,35 ± 0,19 (mmol/l); 1,66 ± 0,57 (mmol/l); 3,92 ± 1,41 (mmol²/l²); 373,44 ±557,55; 172,9 (8,05 ÷ 2992) (pmol/l). Tỉ lệ phần trăm calci máu toàn phần hiệu chỉnh, phosphosh máu, tích Ca x P, PTH cao hơn ngưỡng điều trị lần lượt là: 20,6%, 37,4%; 33,5%; 28,5%.

Bệnh nhân nữ có nồng độ PTH máu TB cao hơn bệnh nhân nam có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH máu > 300 pmol/l, nồng độ calci máu hiệu chỉnh > 2,5 mmol/l, nồng độ photpho máu > 1,78 mmol/l, tích Ca x P > 4,4 mmol²/l² lọc máu trên 5 năm cao hơn bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Gia Tuyển, Đỗ Trường Minh**. Cường cận giáp thứ phát. Bệnh học Nội khoa Thận - Tiết niệu Tập 2. Nhà Xuất Bản Y Học - 2021; Tr:178 - 196.

2. **Daniel W. Coyne, Derek S. Larson, and James A. Delmez**. Bệnh xương. Sổ tay thận nhân tạo Tập 2. Biên dịch BSCKI Nguyễn Thanh Hùng;Tr 126 - 153.

3. **Wang AYM, Akizawa T, Bavanandan S,** et al. 2017 Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) Guideline Update Implementation: Asia Summit Conference Report. Kidney Int Rep. 2019;4(11):1523-1537. doi:10.1016/j.ekir.2019.09.007

4. **Joy MS, Karagiannis PC, Peyerl FW**. Outcomes of secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease and the direct costs of treatment. J Manag Care Pharm. 2007;13(5):397-411. doi:10.18553/jmcp.2007.13.5.397

5. **Nguyễn Thị Thu Hải**. Cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Kỹ thuật thận nhân tạo nâng cao. Nhà xuất bản Y học, Năm 2019; Tr 207-217.

6. **Nguyễn Đức Lộc, Trần Thị Bích Hương**. Đánh giá hiệu quả lọc máu khi tái sử dụng quả lọc ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ năm 2010. Y học TP Hồ Chí Minh. Phụ bản số 3. 2012.

7. **Yamamoto S, Karaboyas A, Komaba H,** et al. Mineral and bone disorder management in hemodialysis patients: comparing PTH control practices in Japan with Europe and North America: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). BMC Nephrol. 2018;19(1):253. doi:10.1186/s12882-018-1056-5

8. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân.** Nghiên cứu nồng độ Beta-Crosslaps, hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh nhận mạn giai đoạn cuối. Luận văn Tiến sĩ Y học Trường Đại học Y Dược Huế. Năm 2015; tr 70 - 71.

9. **Nguyễn Duy Cường, Doãn Thị Thư Nghĩa,** Nội K. Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Thái Bình. Tạp chí Y học thực hành (914) số 4/2014; tr 19 - 21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CETUXIMAB KẾT HỢP HÓA CHẤT TRONG UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN IV KHÔNG ĐỘT BIẾN RAS/BRAF TẠI BỆNH VIỆN K

HÀ THÀNH KIÊN[1], NGUYỄN HỮU THẮNG[2], HOÀNG ĐỨC THÀNH[1], ĐÀO VĂN TÚ[1]

[1]Bệnh viện K

[2] Trường Đại học Y Hà Nội Trường

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của cetuximab kết hợp hóa chất trong ung thư đại trực tràng giai đoạn IV không đột biến RAS/BRAF. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 30 BN chẩn đoán ung thư đại trực tràng giai đoạn IV không đột biến RAS/BRAF tại Bệnh viện K từ tháng 7/2017 tới 7/2021, điều trị phác đồ cetuximab kết hợp với mFOLFOX6 hoặc FOLFIRI. Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 60%, trung vị thời gian sống thêm không tiên triển (PFS) là 13,0 tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 25 tháng. Tác dụng phụ hay gặp nhất là viêm da trứng cá (83%), trong đó mức độ 1-2 chiếm 63,6%; các tác dụng phụ khác đa số ở mức độ nhẹ (1-2). Kết luận: cetuximab kết hợp hóa chất cho tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm PFS, OS kéo dài, độc tính chấp nhận được.

***Từ khóa*: cetuximab, ung thư đại trực tràng**

Chịu trách nhiệm: Hà Thành Kiên
Email: kienhathanh.hmu@gmail.com
Ngày nhận: 02/8/2021
Ngày phản biện: 27/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/2021

SUMMARY

Aims: to evaluate results, side effects of cetuximab and chemotherapy in treating patients with stage IV, RAS/BRAF wild-type colorectal cancer. Patients and methods: The retrospective observational study based on 30 stage IV, RAS/BRAF wild-type colorectal cancer patients treated by cetuximab in combination with mFOLFOX6 or FOLFIRI in hospital K from 7/2017 to 7/2021. Results: overall response rate (ORR) was 60%, the median progression-free survival (PFS) was 13 months, the median overall survival (OS) was 25 months. The most common side effect was dermatitis acneiform (83%) and grade 1-2 occurred in 63.6% of the patients. Most of the other side effects was grade 1-2. Conclusion: cetuximab and chemotherapy associated with high response rate, long survival time and tolerable toxicity in treating patients with stage IV, RAS/BRAF wild-type colorectal cancer.

***Keywords*: cetuximab, colorectal cancer**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh ung thư phổ biến, hàng năm có trên 1,9 triệu ca mới mắc và có trên 900000 ca tử vong trên toàn thế giới [1]. Mặc dù ung thư đại trực tràng đang có xu hướng được chẩn đoán ở giai đoạn sớm nhiều hơn, tuy nhiên vẫn có gần 15% bệnh nhân phát hiện bệnh giai đoạn IV [2]. Bệnh nhân ung thư