

Bảng 5. So sánh tỷ trọng xương tại huyết ổ răng sau 1 tháng, 4 tháng, 8 tháng

	n	$\bar{X} \pm SD$ sau 1 tháng	$P_{1-2}$ $P_{1-3}$ $P_{2-3}$	$\bar{X} \pm SD$ Sau 4 tháng	$P_{1-2}$ $P_{1-3}$ $P_{2-3}$	$\bar{X} \pm SD$ Sau 8 tháng	$P_{1-2}$ $P_{1-3}$ $P_{2-3}$
Nhóm 1	30	1260,70 ± 71,55	0,027	1340,57 ± 61,31	0,015	1412,87 ± 60,40	0,053
Nhóm 2	60	1307,57 ± 89,32	0,000	1391,06 ± 97,41	0,000	1459,04 ± 82,66	0,029
Nhóm 3	60	1415,85 ± 102,57	0,000	1450,60 ± 126,54	0,029	1465,29 ± 117,20	0,746
Chung	150	1342 ± 110,32	0,000	1401,77 ± 110,83	0,000	1452,36 ± 95,96	0,04

Nhận xét: Sau 8 tháng phẫu thuật nhổ răng, tỷ trọng xương tại huyết ổ răng của nhóm 2 và nhóm 3 tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Như vậy, phương pháp nhổ răng ghép PRF và nhổ răng ghép PRF + DDM có kết quả tương đương nhau và đều có tỷ trọng xương tại huyết ổ răng cao hơn.

#### KẾT LUẬN

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 29,9 ± 6,5, từ 20 – 45 tuổi. Nữ nhiều hơn nam.
- Chỉ số độ khó của RKHD mọc lệch ngầm tương đương nhau ở cả 3 nhóm (6-10 điểm).
- Mức độ đau: Fibrin giàu tiểu cầu có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật, đặc biệt trong 24h đầu sau phẫu thuật.
- Mức độ sưng nề: Nhóm 1 có mức độ sưng nề trung bình cao nhất, nhóm 3 có độ sưng nề trung bình thấp nhất.
- Tỷ trọng xương sau phẫu thuật: tỷ trọng xương tại huyết ổ răng của nhóm 2 và nhóm 3 tương đương nhau và cao hơn nhóm 1.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Cát, (1977). “Sự hình thành và phát triển răng”, Răng Hàm Mặt, 1, Nhà xuất bản Y học, trang 73 - 89.
2. Lê Bá Anh Đức (2014). “Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó”, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Ghanaati S, Booms P, Orłowska A, et al, (2014). “Advanced platelet-rich fibrin: a new concept for cell-based tissue engineering by means of inflammatory cells”. The Journal of oral implantology;40(6):679–89.
4. Davis VL, Abukabda AB, Radio NM, et al, (2014). “Platelet-rich preparations to improve healing. Part II: platelet activation and enrichment, leukocyte inclusion, and other selection criteria”, The Journal of oral implantology. 2014;40(4):511 - 21.
5. Um, I.W, Kim, Y. K, & Mitsugi, (2017). “Deminerlized dentin matrix scaffolds for alveolar bone engineering”. The Journal of Indian Prosthodontic Society, 17(2), 120.

## THỰC TRẠNG VÔI HOÁ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN

VŨ THỊ HƯƠNG<sup>1</sup>, NGUYỄN NGỌC QUANG<sup>2</sup>,  
KHÔNG NAM HƯƠNG<sup>1</sup>, ĐỖ GIA TUYẾN<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 303 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn các giai đoạn từ I-V chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 đến khám điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021. Bệnh nhân được làm siêu âm tim qua thành ngực để đánh giá tình trạng vôi

hoá van động mạch chủ theo thang điểm Yousry. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 52,85 ± 15,37, nam giới chiếm 60,4%; nguyên nhân gây bệnh thận mạn do viêm cầu thận (viêm cầu thận mạn) là phổ biến nhất 62,4%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ là 31,7%. Trong đó vôi hóa mức độ nhẹ 87,5%; vôi hóa mức độ vừa 8,3%; mức độ nặng 4,2%. Tỷ lệ vôi hóa tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn bệnh thận mạn, tỷ lệ vôi hóa cao nhất ở nhóm BN giai đoạn V (64,1%); giai đoạn III-IV có 22,2%. Có

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Hương  
Email: huongvu201078@gmail.com  
Ngày nhận: 10/8/2021  
Ngày phản biện: 16/9/2021  
Ngày duyệt bài: 29/9/2021

sự liên quan (tương quan) thuận giữa mức độ nặng của bệnh thận mạn, tăng nồng độ phospho, PHT và tích số calci-phospho với tình trạng vôi hoá van động mạch chủ.

**Từ khóa:** Vôi hoá van động mạch chủ, Bệnh thận mạn tính, Bệnh viện Bạch Mai

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF AORTIC VALVE CALCIFICATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

A cross-sectional descriptive study of 303 patients with CKD all stages I -V according to KDIGO 2012 at Bach Mai Hospital from August, 2020 to Jun, 2021. Patients underwent transthoracic echocardiography to evaluate aortic valve calcification using Yousry scale. The average age is  $52.85 \pm 15.37$  years old, in which male accounted for 60.4%. The most common (common) cause of CKD is chronic glomerulonephritis. Prevalence of AVC is 31.7%. Among patients with AVC, the degree of mild, moderate and severe AVC is 87.5%; 8.3% and 4.2% respectively. Severity of AVC increase with more advanced stages of CKD, percentage of AVC in stage V is the highest (64.1%): in stages III-IV accounted 22.2% (the statistical rate is 22.2%). Higher serum phospho, PTH and calci\*phospho concentrations are positive association with AVC.

**Keywords:** Aortic Valve Calcification, Chronic Kidney Disease, Bach Mai Hospital.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỉ lệ mắc lớn và tử vong cao trên toàn thế giới, chi phí điều trị lớn, gây nhiều biến chứng nghiêm trọng trong đó biến chứng tim mạch là thường gặp và nặng nề nhất. Trong các biến chứng tim mạch, biến chứng vôi hoá van tim khá thường gặp do hậu quả của các rối loạn trong bệnh thận mạn, đặc biệt là tình trạng cường cận giáp thứ phát. Tỉ lệ gặp vôi hoá van tim và tiến triển của vôi hoá van trong bệnh thận mạn thành hẹp hở có triệu chứng ảnh hưởng huyết động nhanh hơn các bệnh nhân không mắc bệnh thận mạn 10-20 năm<sup>[1,2]</sup>. Tỉ lệ gặp vôi hoá van động mạch chủ cao hơn van hai lá. Nếu được phát hiện sớm, theo dõi điều trị kịp thời sẽ giúp làm giảm tỉ lệ biến chứng nặng. Hiện nay ở Việt Nam đã có khá nhiều nghiên cứu về tăng huyết áp, suy tim, bệnh mạch vành và mạch ngoại biên ở bệnh nhân BTM. Nhưng chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về vấn đề vôi hoá van tim. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu mô tả thực trạng vôi hoá van động mạch chủ và một số yếu tố liên quan ở

bệnh nhân BTM.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng: Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bệnh thận mạn ở bất kỳ giai đoạn nào theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng của KDIGO 2012. Loại trừ BN có tổn thương thận cấp tính, cắt tuyến cận giáp hoặc khối u ác tính rõ ràng, các bệnh đồng thời ảnh hưởng đến tình trạng canxi và vôi hóa mô mềm như sarcoidosis, đa u tủy, HIV và amyloidosis cũng như các BN có các bệnh lý van tim hậu thấp.

Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

**Cách chọn mẫu:** Nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu: n = 271

Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

**Công cụ thu thập thông tin:** Bệnh án thu thập số liệu được xây dựng sẵn.

**Phương pháp thu thập thông tin:** Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu → hỏi bệnh và khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm máu (creatinin, công thức máu, calci, phospho, PHT), siêu âm doppler tim qua thành ngực → thu thập thông tin.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử bệnh thận và các bệnh lý khác.
- Huyết áp, chiều cao, cân nặng.
- Xét nghiệm Creatinin, công thức máu, mỡ máu, calci, phospho, PHT, albumin).

Siêu âm tim:

- Đánh giá kích thước và chức năng tâm thu thất trái
- Đánh giá tình trạng vôi hoá và mức độ vôi hoá van động mạch chủ.

### 3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu làm sạch, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các trắc nghiệm thống kê để đánh giá sự khác nhau giữa các tỷ lệ. Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  được sử dụng trong thống kê suy luận.

### 4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Bạch Mai và được hội đồng duyệt thông qua đề cương nghiên cứu của Đại học Y Hà Nội. Số

liệu trong nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 303 đối tượng, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $52,85 \pm 15,37$ , tuổi nhỏ nhất 17, lớn nhất 87 tuổi; nam giới chiếm 60,4%.

#### 1. Thực trạng vôi hóa van động mạch chủ ở bệnh nhân bệnh thận mạn

\*Tỷ lệ vôi hóa và mức độ vôi hóa van động mạch chủ ở bệnh nhân BTM:

- Tỷ lệ BN có vôi hóa van động mạch chủ là 31,7% (96 BN). Trong đó đa số là vôi hóa mức độ nhẹ 87,5%; tỷ lệ vôi hóa mức độ vừa 8,3%; mức độ nặng 4,2%.

- Tỷ lệ hở van động mạch chủ là 9,9%, trong đó 6,9% hở nhẹ; 3,0% hở vừa.

- Tỷ lệ hẹp van động mạch chủ 1,0%, trong đó 1 trường hợp hẹp nhẹ; 2 trường hợp hẹp vừa.

Bảng 1. Tình trạng vôi hóa van động mạch chủ phân bố theo đặc điểm tuổi, giới của ĐTNC

Đặc điểm		Không vôi hóa		Vôi hóa		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	126	68,9	57	31,1	0,81*
	Nữ	81	67,5	39	32,5	
Nhóm tuổi	<30	18	72,0	7	28,0	0,25*
	30-45	54	76,1	17	23,9	
	>45-60	68	68,7	31	31,3	
	>60	67	62,0	41	38,0	
Tổng		207	68,3	96	31,7	

\*Test Chi-square

Tỷ lệ vôi hóa ở nam giới 31,1% thấp hơn so với nữ giới 32,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ vôi hóa tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi 38,0%; 45-60 tuổi là 31,3%; thấp nhất là nhóm dưới 30 tuổi 28,0%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng vôi hóa bệnh thận mạn

Bảng 2. Tình trạng vôi hóa van động mạch chủ phân bố theo giai đoạn CKD

Giai đoạn bệnh thận mạn	Không vôi hóa		Vôi hóa		p
	n	%	n	%	
Giai đoạn I	8	100	0	0	<0,01**
Giai đoạn II	17	89,5	2	10,5	
Giai đoạn III	90	80,4	22	19,6	
Giai đoạn IV	64	74,4	22	15,6	
Giai đoạn V	28	35,9	50	64,1	
Tổng	207	68,3	96	31,7	
Mức lọc cầu thận TB±SD	$36,48 \pm 22,07$		$19,64 \pm 15,31$		<0,01

\*\*Fisher-exact test

· · Man-whitney test

Tỷ lệ vôi hóa tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn thận mạn, tỷ lệ vôi hóa cao nhất ở người bệnh giai đoạn V (64,1%); giai đoạn III-IV có 22,2% người bệnh vôi hóa; tỷ lệ vôi hóa thấp nhất ở nhóm người bệnh giai đoạn nhẹ (giai đoạn I - II); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mức lọc cầu thận trung bình ở nhóm không vôi hóa là  $36,48 \pm 22,07$  cao hơn so với nhóm có vôi hóa  $19,64 \pm 15,31$ ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3. Mối liên quan giữa thiếu máu và tình trạng vôi hóa van động mạch chủ

Thiếu máu	Không vôi hóa		Vôi hóa		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không	109	77,9	31	22,1	<0,01*
Có	98	60,1	65	39,9	
Tổng	207	68,3	96	31,7	

\*Test Chi-square

Tỷ lệ thiếu máu chung trong nhóm nghiên cứu là 53%. Tỷ lệ vôi hóa ở BN thiếu máu là 39,9% cao hơn so với nhóm không thiếu máu 22,%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 4. Tình trạng vôi hóa van động mạch chủ phân bố theo tích số Calciphospho, PTH, nồng độ phospho

Chỉ số	Không vôi hóa		Vôi hóa		p
	n	%	n	%	
Calciphospho					
Bình thường	198	73,6	71	26,4	<0,01*
Tăng	9	26,5	25	73,5	
Calci-phospho TB ± SD	$2,44 \pm 0,86$		$3,11 \pm 1,51$		<0,01
PTH					
Bình thường	192	92,8	15	7,2	<0,01*
Tăng	54	56,3	42	42,7	
PTH TB±SD	$14,28 \pm 17,10$		$42,50 \pm 38,07$		<0,01
Nồng độ phospho					
Bình thường	198	96,7	9	4,3	<0,01*
Tăng	68	70,8	28	29,2	
Phospho TB±SD	$1,18 \pm 0,38$		$1,54 \pm 0,61$		<0,01

\*Test Chi-square

· · Man-whitney test

Tỷ lệ vôi hóa ở nhóm đối tượng có tích số calciphospho tăng 73,5% cao hơn so với nhóm có tích số calci-phospho bình thường 26,4%. Tích số calci-phospho TB ở nhóm không vôi hóa 2,44 thấp hơn so với nhóm có vôi hóa 3,11; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ vôi hóa ở người bệnh có chỉ số PTH tăng cao hơn hẳn so với người bệnh có chỉ số PTH bình thường (42,7% và 7,2%). PTH trung

binh ở nhóm không vôi hóa 14,28 thấp hơn so với nhóm có vôi hóa 42,5; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ vôi hóa nhóm có nồng độ phospho tăng 29,2% cao hơn nhóm người bệnh có nồng độ phospho bình thường 4,3% ; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Bảng 5. Khác biệt về rối loạn mỡ máu giữa nhóm bệnh nhân vôi hóa van ĐMC và nhóm bệnh nhân không vôi hóa van động mạch chủ

Rối loạn mỡ máu		Không vôi hóa		Vôi hóa		p
		n	%	n	%	
Cholesterol	Bình thường	131	67,5	63	32,5	0,69*
	Tăng	76	69,7	33	30,3	
Tryglycerid	Bình thường	132	69,1	59	30,9	0,70*
	Tăng	75	67,0	37	33,0	
HDL-C	Bình thường	182	69,5	80	30,5	0,28*
	Giảm	25	61,0	16	39,0	
LDL-C	Bình thường	155	67,7	74	32,3	0,68*
	Tăng	52	70,3	22	29,7	
Tổng		207	68,3	96	31,7	

\*Test Chi-square

Chưa tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ vôi hóa van ĐMC ở các nhóm BN có mỡ máu cao/ bình thường,  $p > 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### 1. Tỷ lệ vôi hoá van động mạch chủ

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có vôi hóa van động mạch chủ là 31,7% (96 BN). Trong 96 người bệnh vôi hóa van ĐMC, đa số BN vôi hóa mức độ nhẹ 87,5%; tỷ lệ vôi hóa mức độ vừa 8,3%; mức độ nặng 4,2%. Tỷ lệ vôi hóa tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn thận mạn, cao nhất ở BN giai đoạn V (64,1%); giai đoạn III-IV có 22,2% người bệnh vôi hóa; thấp nhất ở nhóm người bệnh giai đoạn nhẹ (giai đoạn I - II). Nghiên cứu của Rong và cộng sự<sup>[3]</sup> trên nhóm đối tượng CKD tất cả các giai đoạn cho kết quả tỉ lệ vôi hoá van ĐMC là 22,9% nhưng không chia rõ các mức độ vôi hoá van ĐMC. Maher E.R., Young G. và cs (1987)<sup>[4]</sup> khảo sát bằng siêu âm tìm trên 87 BN BTMT giai đoạn III - V tại Bệnh viện Charing Cross ở Anh đã ghi nhận 28% bị vôi hóa van ĐMC. Theo kết quả nghiên cứu của Lidia Martínez Fernández<sup>[5]</sup> cũng trên nhóm BN CKD 3-5 tỉ lệ vôi hoá van ĐMC là 30%. Như vậy, so với các nghiên cứu có cùng nhóm đối tượng BN bệnh thận mạn ở các giai đoạn, tỉ lệ vôi hoá van ĐMC của chúng tôi là gần tương đương.

### 2. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng vôi hoá van động mạch chủ

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Tỷ lệ vôi hóa ở người bệnh có chỉ số PTH tăng cao hơn hẳn so với người bệnh có chỉ số PTH bình thường (42,7% và 7,2%). Nồng độ PTH trung bình ở nhóm không vôi hóa là 14,28 thấp hơn so với nhóm có vôi hóa 42,5. Có sự tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ PTH và mức độ vôi hoá van ĐMC qua phân tích hồi quy tuyến tính. Tỷ lệ vôi hóa van ĐMC ở nhóm có nồng độ phospho tăng là 29,2% cao hơn nhóm người bệnh có nồng độ phospho bình thường 4,3% . Có sự tương quan tuyến tính thuận giữa nồng độ phospho và mức độ vôi hoá van. Tỷ lệ vôi hóa van ĐMC ở nhóm đối tượng có tích số calci-phospho tăng là 73,5% cao hơn so với nhóm có tích số calci-phospho bình thường 26,4%. Calci-phospho TB ở nhóm không vôi hóa (2,44) thấp hơn so với nhóm có vôi hóa (3,11). Phân tích hồi quy tuyến tính cũng cho thấy có sự tương quan thuận giữa tích số phospho-calci và mức độ vôi hoá van ĐMC. Tỷ lệ vôi hóa ở nhóm đối tượng tăng calci và calci bình thường gần như tương đương nhau (31,9% và 30,9%); nồng độ calci máu trung bình ở nhóm không vôi hóa 2,32, nhóm vôi hóa 2,28.

Một nhánh nhỏ của nghiên cứu MESA<sup>[6]</sup> tập trung vào nhóm 439 BN bị CKD ghi nhận: Nồng độ phospho máu nằm trong giới hạn bình thường ở 95% số BN nghiên cứu; là  $< 4,5$  mg/dl ( $3,6 \pm 1,2$ ). Mặc dù vậy, vẫn có sự tương quan tuyến tính giữa tăng nồng độ phospho máu và tỉ lệ vôi hoá van ĐMC cũng như vôi hoá van hai lá và ĐMC ngược. Các tác giả phân tích rằng, do phospho có tác dụng gây calci hoá trực tiếp trên cơ trơn mạch máu, kích thích giải phóng PHT, ngăn chặn sự hoạt hoá vitamin D. nên nồng độ phospho cao thúc đẩy mạnh mẽ quá trình calci hoá, tuy nhiên nồng độ chưa cao vượt ngưỡng nhưng có xu hướng tăng dần cũng có thể bắt đầu quá trình vôi hoá khi có sự hiện diện của các yếu tố hiệp đồng khác, gây ra các hậu quả trên lâm sàng. Nghiên cứu của Lidia Martínez Fernández nghiên cứu trên 397 BN người Tây Ban Nha với các giai đoạn bệnh thận mạn tương tự nghiên cứu của chúng tôi cho biết: Nồng độ PTH là  $118,6 \pm 125,67$ , có mối tương quan tuyến tính giữa tăng PTH và tích số calci - phospho với vôi hoá van động mạch chủ. Như vậy, kết quả các nghiên cứu trên cũng tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi; Cho thấy có sự tương quan tuyến tính thuận giữa phospho, PTH, tích số calci phospho với tình trạng vôi hoá van động mạch chủ.

## KẾT LUẬN

Tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ là 31,7%, trong đó tỉ lệ vôi nhẹ chiếm hầu hết (87,5%). Tỷ lệ vôi hóa van động mạch chủ tăng dần theo mức độ nặng của các giai đoạn bệnh thận mạn. Vôi hoá van động mạch chủ chưa gây hẹp hở van động mạch chủ một cách đáng kể. Nguy cơ vôi hóa van động mạch chủ tăng ở giai đoạn bệnh thận mạn nặng: ở đối tượng CKD giai đoạn V tỉ lệ vôi hoá van động mạch chủ cao gấp 22,32 lần (95%CI: 4,92-101,32) so với nhóm đối tượng giai đoạn I - II. Nguy cơ vôi hóa động mạch chủ cao hơn ở đối tượng có tích số Calciphospho tăng, nồng độ phospho và PTH máu tăng. Phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy có sự tương quan thuận giữa mức độ tăng PTH, phospho và tích số calci phospho với tình trạng vôi hoá van động mạch chủ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yousry, M.**, et al., Real-time imaging required for optimal echocardiographic assessment

of aortic valve calcification. Clinical physiology and functional imaging, 2012. 32(6): p. 470-475.

2. **Baglin A.**, 1977, Ann med Interne Paris.

3. **Rong, S.**, et al., Risk factors for heart valve calcification in chronic kidney disease. Medicine, 2018. 97(5).

4. **Mahe E.R., Young G., Smyth-Walsh B.** et al. (1987). Aortic and mitral valve calcification in patients with end-stage renal disease. Lancet (London, England), 2(8564), 875–877.

5. **Lidia Martinez Fernández** et al, (Risk factors associated with valvular calcification in patients with chronic kidney disease. Analysis of NEFRONA study:Nefrologia. (2021); 41(3): (337-346).

6. **Robyn L. McClelland**, Ten-Year Coronary Heart Disease Risk Prediction Using Coronary Artery Calcium and Traditional Risk Factors: Derivation in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis with Validation in the Heinz Nixdorf Recall Study and the Dallas Heart Study, JACC; Volume 66, Issue 15, 13 October 2015, Pages 1643-1653.

# NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP NHIỄM TRÙNG LAN TỎA DO NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA

NGUYỄN HỮU TRÍ - *Bệnh viện Phổi Trung ương*

## TÓM TẮT

*Báo cáo 2 trường hợp, bệnh nhân 55 tuổi và 65 tuổi không có tiền sử suy giảm miễn dịch, đều có tổn thương nhiễm trùng, xét nghiệm máu số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh cho vi khuẩn thông thường, tuy nhiên bệnh không thuyên giảm, nhiễm trùng lan tỏa. Bệnh nhân đã được xác định căn nguyên vi khuẩn Mycobacteria ngoài lao và được điều trị theo phác đồ, tiến triển tốt và khỏi bệnh.*

**Từ khóa:** Vi khuẩn Mycobacteria.

## SUMMARY

*Two case reports, 55-year-old and 65-year-old patients with no history of immunodeficiency, both having infectious lesions, high white blood cell counts and high neutrophil count. The patients were treated by antibiotics for common bacteria, yet symptoms did not subside and infections were widespread. The patients were diagnosed with nontuberculous mycobacteria (NTM), and were adjusted to the new treatment protocol, then recovered well.*

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hữu Trí

Email: tribvl@yahoo.com

Ngày nhận: 13/8/2021

Ngày phản biện: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 28/9/2021

**Keywords:** Nontuberculous mycobacteria.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Mycobacteria* ngoài lao (nontuberculous mycobacteria: NTM) là tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội, đến nay đã phân lập được khoảng 200 loài. NTM không lây truyền trực tiếp từ người sang người, mà lây nhiễm từ ngoài môi trường. Nhiễm trùng do NTM có xu hướng ngày càng tăng, hay gặp ở người có hệ thống miễn dịch suy giảm hoặc bất thường về đáp ứng miễn dịch tế bào, đôi khi gặp ở người không có bằng chứng bất thường về hệ miễn dịch. NTM gây bệnh tại phổi chiếm khoảng 80% và ngoài phổi khoảng 20%. Nhiễm trùng ngoài phổi hay gặp các tổn thương ở da, mô mềm, hạch, cơ, xương, khớp, bao gân và nhiễm trùng lan tỏa<sup>[1]</sup>. Bệnh thường tiến triển mạn tính với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không đặc hiệu do vậy việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Xét nghiệm nuôi cấy NTM khó do cần môi trường, điều kiện nuôi cấy đặc biệt, có thể có kết quả dương tính giả do nhiễm NTM từ ngoài, xét nghiệm mô bệnh học không điển hình. Việc điều trị cũng gặp khó khăn do phải phối hợp nhiều thuốc, thời gian điều trị kéo dài, nhiều tác dụng phụ do thuốc, nguy cơ tử vong cao ở những bệnh nhân nhiễm trùng lan tỏa<sup>[2]</sup>.