

3. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, et al (2018). Korean Society for Parenteral and Enteral Nutrition (KSPEN) Clinical Research Groups. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: a Multicenter Cross-sectional Study. J Korean Med Sci, 33(2).
4. Chu Thị Tuyết (2019). Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện, Hội thảo khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc năm 2019, Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
5. Trương Thị Thư, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An, Phạm Đức Minh (2018). Nutritional Status of Patients before Stomach Surgery in 103 Military Hospital. Tạp chí Y dược học Quân sự - No 4. 2011:44 - 50.
6. Trufa DI, Arhire LI, Grigorescu C, Mihalache L (2015). Assessment of preoperative and postoperative prealbumin in thoracic surgery - a two months experience in a Romanian university hospital Revista Română de Medicină de Laborator;23.
7. Nguyễn Thị Hằng Nga (2020). Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn trước khi nhập viện của người bệnh lao phổi tại bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019-2020. Luận văn tốt nghiệp, Đại học Y Hà Nội
8. Bùi Thị Phương (2017). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật đường tiêu hóa và mối liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp. 2017.

LIÊN QUAN GIỮA MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS

Đào Bùi Quý Quyền¹, Trầm Việt Hoà², Hoàng Trung Vinh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa mật độ xương với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh viêm thận lupus ban đỏ hệ thống đã và đang điều trị corticoid kéo dài. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus. Tất cả các bệnh nhân được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân viêm thận lupus là 28,13 ± 9,21, tỷ lệ nam là 13,3%, nữ chiếm 86,7%. Thời gian điều trị steroid trung bình là 39,44 ± 43,74 tháng. Mật độ xương liên quan có ý nghĩa với thời gian sử dụng steroid và BMI. Mật độ xương tương quan nghịch, mức độ vừa với BMI và với thời gian sử dụng steroid, hệ số tương quan là -0,454, p < 0,001. Mật độ xương không liên quan với tuổi, tình trạng suy thận ở bệnh nhân viêm thận lupus có sử dụng steroid liều cao và dài ngày. **Kết luận:** Giảm mật độ xương liên quan đến thừa cân béo phì, sử dụng steroid dài ngày ở bệnh nhân viêm thận lupus.

Từ khóa: Viêm thận lupus, mật độ xương, thời gian sử dụng steroid, BMI

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN BONE DENSITIES AND SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, TP.Hồ Chí Minh

²PKĐK Bảo Anh, Trảng Bom, Đồng Nai.

³Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đào Quý Quyền

Email: lethangviet@yahoo.co.uk

Ngày nhận bài: 6/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 30/11/2021

Ngày duyệt bài: 21/12/2021

Objectives: Investigate the relationship between bone density and some clinical and subclinical characteristics in patients with systemic lupus erythematosus who have been receiving long-term corticosteroid therapy. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 83 patients diagnosed with lupus nephritis. All patients were measured bone density by DEXA method. **Results:** The mean age of patients with lupus nephritis was 28.13 ± 9.21, the rate of male was 13.3%, female accounted for 86.7%. The mean duration of steroid treatment was 39.44 ± 43.74 months. Bone density was significantly related with duration of steroid use and BMI. Bone density is negatively correlated, moderately with BMI and with the duration of use steroid, the correlation coefficient is -0.454, p < 0.001. Bone density is not related to age, renal failure status in patients with lupus nephritis who use high-dose and long-term steroids. **Conclusion:** Decreased bone density associated with overweight and obesity, long-term steroid use in patients with lupus nephritis.

Keywords: Lupus nephritis, bone Density, duration of use steroid, BMI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thận lupus là bệnh lý mô tả nhu mô thận tổn thương (cầu thận, ống thận và kẽ thận) do phức hợp miễn dịch lắng đọng. Biểu hiện lâm sàng thận thường phát triển đồng thời hoặc ngay sau khi khởi phát bệnh lupus ban đỏ. Các biểu hiện ban đầu bệnh thận thay đổi từ protein nhẹ, tiểu máu vi thể đến protein niệu kiểu thận hư, trụ niệu, tăng huyết áp trầm trọng, phù ngoại biên, và suy thận cấp [3]. Muộn hơn có thể gây tổn thương thận không hồi phục biểu hiện bằng suy thận mạn tính. Sử dụng steroid liều cao, kéo dài là chỉ định cho bệnh nhân viêm thận lupus,

ngay cả khi bệnh nhân có giảm mức lọc cầu thận. Việc bắt buộc sử dụng corticoid điều trị liều cao, kéo dài duy trì để kiểm soát bệnh khó tránh khỏi nhiều tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt là tác dụng phụ gây loãng xương do thuốc [2]. Trên bệnh nhân viêm thận lupus có nhiều yếu tố liên quan đến tỷ lệ và mức độ thiếu xương, loãng xương. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa mật độ xương và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm thận đã và đang điều trị corticoid kéo dài.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 83 người bệnh được chẩn đoán Viêm thận lupus.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021.

- Nơi nghiên cứu: Khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm thận lupus đang được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện.

- Đã và đang sử dụng corticoid

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ::

- Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa.

- Bệnh nhân viêm nhiễm nặng như viêm phổi, viêm tụy cấp....

- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang có phân tích

- Tính cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu các chỉ số: glucose, ure, creatinine, albumin, protein..., nước tiểu 10 chỉ tiêu, siêu âm thận, protein niệu 24 giờ. Tính mức lọc cầu thận theo công thức MDRD.

- Bệnh nhân được đánh giá mật độ xương bằng phương pháp DEXA tại cổ xương đùi.

- Dựa vào kết quả thu được đã tính mối liên quan giữa mật độ xương và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 3. Phân tích mối tương quan đa biến giữa mật độ xương và một số yếu tố

Yếu tố	Mật độ xương				
	r	R ²	α	β	p
BMI	- 0,454	0,206	0,402	0,017	0,001
Thời gian điều trị steroid				- 0,001	0,017

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân viêm thận lupus là 28,13 ± 9,21, tỷ lệ nam là 13,3%, nữ chiếm 86,7%. Thời gian điều trị steroid trung bình là 39,44 ± 43,74 tháng.

Bảng 1. Liên quan mật độ xương với nhóm tuổi

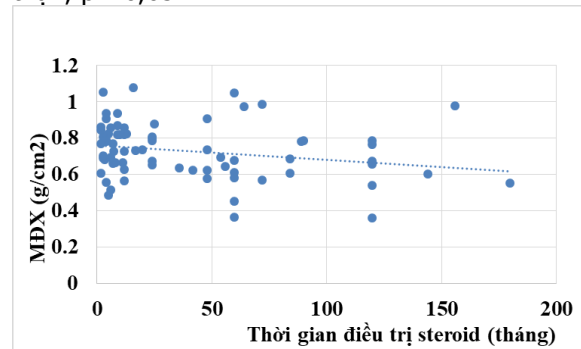
Nhóm tuổi (năm)	Mật độ xương (g/cm ²)	Min-Max
≤ 30 (n=55)	0,72 ± 0,13	0,36-1,05
31-40 (n=16)	0,77 ± 0,17	0,48-1,07
> 40 (n=12)	0,67 ± 0,17	0,36-0,98
pANOVA	0,184	

Không có sự khác biệt về mật độ xương giữa các nhóm tuổi, p> 0,05.

Bảng 2. Liên quan với tình trạng suy thận

Đặc điểm mức lọc cầu thận	Mật độ xương (g/cm ²)	Min-Max
MLCT < 60 (ml/phút/1,73m ²), (n=52)	0,71 ± 0,16	0,36-1,05
MLCT ≥ 60 (ml/phút/1,73m ²), (n=31)	0,74 ± 0,15	0,39-1,02
P	0,284	

Không có sự khác biệt về giá trị trung bình mật độ xương giữa các nhóm có và chưa có suy thận, p> 0,05.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa mật độ xương và thời gian điều trị steroid

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ không chặt chẽ giữa MDX và thời gian sử dụng steroid, r=-0,23, p< 0,05.

BMI và thời gian sử dụng steroid là những yếu tố tương quan độc lập với MĐX. Cả 2 yếu tố này đều có mối tương quan nghịch với MĐX.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa mật độ xương với tuổi: Đo mật độ xương bằng kỹ thuật DEXA là phương pháp dùng để đo mật độ xương, không xâm lấn, đơn giản và nhanh chóng. Kỹ thuật này là sử dụng một nguồn tia X kép có năng lượng thấp đi qua một vùng xương cần đo mật độ xương (thường là cột sống hay cổ xương đùi), do tia X bị hấp thụ khi đi qua xương, nên mô xương nào có đậm độ càng cao thì tia X đi xuyên qua mô nó càng thấp, nếu mật độ xương thấp thì tỷ lệ tia X xuyên qua cao. Kỹ thuật đo mật độ xương giúp nhận định được mô xương nào có độ khoáng thấp, đánh giá tình trạng loãng xương và nguy cơ gãy xương. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đo tại cổ xương đùi, chúng tôi chưa thấy mối liên quan giữa MĐX với nhóm tuổi. Giảm MĐX thường liên quan đến tuổi cao, chỉ định đo MĐX được khuyến cáo ở nữ trên 50 tuổi và nam trên 60 tuổi. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tuổi trung bình chỉ là 28 tuổi, lứa tuổi trẻ do vậy không có sự khác biệt về MĐX giữa các nhóm tuổi là hoàn toàn hợp lý.

4.2. Liên quan đến chức năng thận: Rối loạn chuyển hóa khoáng xương là biến chứng thường gặp của bệnh thận mạn (BTM), bắt đầu ở giai đoạn sớm của BTM. Ở giai đoạn 3 của BTM, thận bị tổn thương không thể bài tiết phospho hay chuyển vitamin D thành calcitriol, tăng hoạt động tuyến cận giáp bù trừ. Tăng PTH và giảm calcitriol, được tìm thấy ở 40% bệnh nhân có mức lọc cầu thận (MLCT) 40-50ml/phút, và 80% bệnh nhân có mức lọc cầu thận dưới 20ml/phút. Tăng FGF-23 cũng được thấy ở BTM giai đoạn sớm. Tiến trình của bệnh thận mạn cuối cùng liên quan đến mất bù đối với suy giảm mức lọc cầu thận, cuối cùng đưa đến việc tăng phospho máu, bệnh xương, canxi hóa ngoài xương. Hiện nay loạn dưỡng xương do thận là một thành tố của rối loạn hệ thống rối loạn xương và khoáng xương - BTM. Để đánh giá và chẩn đoán xác định loạn dưỡng xương do thận cần thiết phải sinh thiết xương. Diễn giải kết quả sinh thiết xương trong đánh giá loạn dưỡng xương do thận có thể sử dụng ba thuật ngữ mô học là chu chuyển xương, khoáng hóa và thể tích (hệ thống TMV). Hệ thống phân loại TMV cung cấp những mô tả thích hợp về lâm sàng của các bệnh về xương cơ bản được đánh giá trên mô bệnh học, giúp định nghĩa sinh lý bệnh và những

khuyến cáo điều trị. Chu chuyển xương phản ánh tốc độ tái tạo xương, bình thường song hành cùng lúc 2 quá trình: hủy xương và tạo xương. Chu chuyển xương bị ảnh hưởng chủ yếu bởi các hormon, cytokine, các kích thích cơ học và các yếu tố phát triển liên quan đến sự hồi phục, hoạt động hủy xương và tạo xương. Giảm MĐX thường gặp ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5 (khi mức lọc cầu thận < 15 ml/phút). Trong nghiên cứu này, 52 bệnh nhân có MLCT < 60 ml/phút chỉ có 4 bệnh nhân có MLCT < 15 ml/phút còn lại là gần 60 ml/phút do vậy chúng tôi chưa thấy sự khác biệt. Tuy nhiên, giá trị trung bình của MĐX ở nhóm suy thận thấp hơn nhóm không suy thận (0,71 so với 0,76 g/cm²), (Bảng 2).

4.3. Liên quan với thời gian sử dụng corticosteroid: Chúng tôi đã tìm thấy mối tương quan giữa MĐX với thời gian sử dụng steroid, $p < 0,05$. Đây là mối tương quan nghịch, điều này cho thấy MĐX càng giảm khi thời gian dùng steroid càng dài. Giảm mật độ xương và gãy xương xuất hiện sớm trong quá trình điều trị bằng corticoid, do vậy phát hiện sớm yếu tố nguy cơ và can thiệp sớm là rất cần thiết [4]. Uống hằng ngày hơn 5mg prednisolon hay liều corticoid tương đương có thể dẫn tới giảm mật độ xương và tăng nhanh nguy cơ gãy xương trong quá trình điều trị. Mật độ xương có thể giảm tới 10-15% sau 1 năm điều trị corticoid. Ở bệnh nhân dùng corticoid thường hay giảm sớm mật độ xương, chủ yếu ở các vùng xương xốp như xương cột sống và xương sườn, nhưng cũng cả ở các vùng xương khác của cơ thể [6],[7]. Mới đây, các nghiên cứu chứng tỏ rằng nguy cơ gãy xương tăng lên nhanh chóng, trong vòng 3 tháng đầu dùng thuốc và nguy cơ này trở về bình thường sau khi ngừng dùng thuốc. Người ta thấy rằng, nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân dùng corticoid đã tăng cao ngay khi chỉ số T-score thấp hơn -1,5.

4.4. Liên quan với BMI: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BMI có mối tương quan nghịch với MĐX. Giảm MĐX gặp ở người thừa cân, béo phì [1],[5]. Nhiều bằng chứng cho thấy mô mỡ có tác động tiêu cực đến sức mạnh của xương, kết luận này ngược lại với những nghiên cứu trước đây là mô mỡ đóng vai trò bảo vệ xương. Mô mỡ không chỉ là một kho năng lượng đơn thuần mà mô mỡ còn tiết ra một số adipokine và các yếu tố viêm làm thay đổi 2 quá trình tái hấp thu xương. Nhiều kết quả nghiên cứu kết luận béo phì có liên quan đến những rối loạn mãn tính như hội chứng chuyển hóa, rối loạn chuyển hoá lipid máu và tiểu đường type 2,

làm giảm sức mạnh của xương và gia tăng nguy cơ gãy xương ở người béo phì [1]. Ngoài ra, những năm gần đây nhiều nghiên cứu đã kết luận insulin có tác dụng trực tiếp lên tế bào xương. Các mô hình động vật thí nghiệm cho thấy insulin làm giảm sự phân hóa và giảm tạo xương, dẫn đến số lượng tế bào xương thấp và giảm khối lượng xương. Những dữ liệu này cùng với việc xương mong manh dễ gãy ở những bệnh nhân bị thiếu insulin do bệnh tiểu đường t₁, đã dẫn đến giả thuyết rằng thiếu insulin làm giảm chất lượng xương. Tuy nhiên, do sự liên quan chặt chẽ giữa béo phì và kháng insulin nên khó phân biệt các tác động độc lập của bệnh béo phì và kháng insulin trên xương. Một số nghiên cứu kết luận có mối liên quan giữa nồng độ insulin trong máu và mật độ xương, độc lập với BMI. Ngược lại, một số nghiên cứu khác cho thấy mất mối liên quan giữa insulin và MĐX sau khi điều chỉnh BMI, kháng insulin có thể ảnh hưởng đến MĐX thông qua các tác động gián tiếp, ví dụ như trọng lượng cơ thể. Một số nghiên cứu cho thấy không liên quan hoặc thậm chí là mối liên quan nghịch giữa kháng insulin và MĐX.

V. KẾT LUẬN

- Mật độ xương liên quan có ý nghĩa với thời gian sử dụng steroid và BMI. Mật độ xương tương quan nghịch, mức độ vừa với BMI và với thời gian sử dụng steroid, hệ số tương quan là -0,454, p < 0,001.

- Mật độ xương không liên quan với tuổi, tình trạng suy thận ở bệnh nhân viêm thận lupus có sử dụng steroid liều cao và dài ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Giang, Lê Anh Thư, Nguyễn Hải Thủy (2018). Nghiên cứu mật độ xương ở phụ nữ trên 45 tuổi thừa cân, béo phì. Tạp chí Y Dược Học, Trường Đại học Y Dược Huế, 8 (3): 107 -111.
2. Boone JB, Wheless L, Camai A, et al. (2021). Low prevalence of bone mineral density testing in patients with systemic lupus erythematosus and glucocorticoid exposure. *Lupus*. 30(3): 403-411.
3. Guo C, Fu R, Zhou M, et al. (2019). Pathogenesis of Lupus Nephritis: RIP3 Dependent Necroptosis and NLRP3 Inflammasome Activation. *J Autoimmun*. 103: 102286.
4. Li EK, Zhu TY, Hung VY, et al. (2010). Ibandronate increases cortical bone density in patients with systemic lupus erythematosus on long-term glucocorticoid. *Arthritis Res Ther*. 12(5): R198.
5. Palermo A, Tuccinardi D, Defeudis G, et al. (2016). BMI and BMD: The Potential Interplay between Obesity and Bone Fragility. *Int J Environ Res Public Health*. 13(6): 544.
6. Resende AL, dos Reis LM, Dias CB, et al. (2014). Bone Disease in Newly Diagnosed Lupus Nephritis Patients. *PLoS One*. 9(9): e106728.
7. Turcotte AF, O'Connor S, Morin SN, et al. (2021). Association between obesity and risk of fracture, bone mineral density and bone quality in adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 16(6): e0252487.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE BỆNH NHÂN TRƯỚC VÀ SAU NỘI SOI PHẾ QUẢN GÂY MÊ

Vũ Dũng¹, Ngô Quý Châu^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân trước và sau khi nội soi phế quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được soi phế quản tại Trung tâm Hô Hấp- Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2020 đến 7/2021. **Kết quả:** Ngay sau khi soi phế quản, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm

rõ rệt, đa số bệnh nhân phải nằm nghỉ tại giường. Sau soi 0h, chất lượng cuộc sống bệnh nhân ở bậc 1 vẫn nhiều nhất chiếm 40%, tiếp theo là bậc 0 chiếm 31.7%, bậc 2 chiếm 23.3%, bậc 3 chiếm 3.3%. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân ở 24h sau soi bậc 1 chiếm nhiều nhất chiếm 55%, tiếp theo là bậc 2 chiếm 21.7%, bậc 0 chiếm 18.3%. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân giảm đi sau khi soi phế quản nhưng trở về gần như lúc trước khi soi phế quản sau 24 giờ.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, Soi phế quản

SUMMARY

QUALITY OF LIFE RELATED TO PATIENT HEALTH BEFORE AND AFTER BRONCHOSCOPY UNDER ANAESTHESIA

Objectives: Review the quality of life related to the health of patients before and after bronchoscopy.

¹Bệnh viện Saint Paul

²Bệnh viện Tâm Anh

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quý Châu

Email: vudungdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 20/11/2021

Ngày duyệt bài: 16/12/2021