

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ LIPID MÁU TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ TẤN CÔNG PREDNISOLON Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Nguyễn Thị Hoàng Anh¹, Đào Thị Tâm Châu¹,
Nguyễn Ngọc Minh Châu¹, Nguyễn Thị Hồng Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số lipid máu trước và sau điều trị tấn công prednisolon ở bệnh nhân hội chứng thận hư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thận hư nằm điều trị tại khoa Nhi tổng hợp II Bệnh viện Trung ương Huế. Thời gian nghiên cứu từ 02/2013 đến 05/2014. **Kết quả:** Nồng độ cholesterol máu, triglycerid, LDL - C máu ở bệnh nhi HCTH trước điều trị là rất cao sau đó giảm dần sau điều trị tấn công prednisolon ($p < 0,01$). **Kết luận:** có sự biến đổi có ý nghĩa thống kê nồng độ một số chỉ số lipid máu trước và sau điều trị prednisolon ở bệnh nhân hội chứng thận hư.

Từ khóa: Chỉ số lipid máu, điều trị tấn công, prednisolon, hội chứng thận hư

ABSTRACT

STUDY ON THE LIPIDEMA CONCENTRATION BEFORE AND AFTER THE ATTACK TREATMENT OF PREDNISOLON IN PATIENTS WITH NEPHROTIC SYNDROME

Nguyen Thi Hoang Anh¹, Dao Thi Tam Chau¹,
Nguyen Ngoc Minh Chau¹, Nguyen Thi Hong Duc¹

Objective: To evaluate the change of some lipidema index before and after the attack treatment of prednisolon in patients with nephrotic syndrome. **Subject and method:** 42 patients diagnosed with nephrotic syndrome were treated in II General Pediatrics Department of Hue central hospital. Study was conducted from 2/2013 to 5/2014. **Results:** concentration of blood cholesterol, triglycerid and LDL-C in patients with nephrotic syndrome were high before treatment and decreased gradually after the attack treatment of prednisolon ($p < 0.01$). **Conclusion:** there was a statistically significant change of concentration of lipidema before and after prednisolon attack in patients with nephrotic syndrome.

Key words: Attack treatment, prednisolon, nephrotic syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư (HCTH) ở trẻ em là một tập hợp triệu chứng thể hiện bệnh lý cầu thận mãn tính thường gặp mà nguyên nhân phần lớn là vô căn (90%) [1]. Tỷ lệ mới mắc hằng năm là 2 - 7/100.000 trẻ dẫn đến tỷ lệ hiện mắc của bệnh là 15,7/100.000 dân [8]. Tăng lipid máu là một trong những triệu

chứng đặc trưng của bệnh [3]. Các nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng ghi nhận có sự liên hệ giữa tăng lipid máu và tốc độ tiến triển của bệnh. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát nồng độ lipid máu trước và sau điều trị tấn công prednisolon ở bệnh nhân hội chứng thận hư.

1. Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 12/2/2018; Ngày phản biện (Revised): 5/3/2018;

- Ngày đăng bài (Accepted): 26/3/2018

- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Kiên Hào

- Email: haotrankiem@yahoo.com; Điện thoại: 0914002329

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán HCTH đang điều trị tại khoa Nhi Tổng hợp II, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 02/2013 đến tháng 05/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhi được chẩn đoán HCTH theo tiêu chuẩn của Hội Nghiên Cứu Quốc tế về bệnh thận trẻ em[10]: Protein niệu $\geq 50\text{mg/kg/24giờ}$; Albumin máu giảm $< 25\text{g/l}$, Protein máu $< 60\text{g/l}$, Phù có thể có hoặc không.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân HCTH không điều trị đúng phác đồ, không đồng ý tham gia nghiên cứu, hội chứng thận hư kèm theo các bệnh lý khác: suy dinh dưỡng, lao các cơ quan, béo phì...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc.
- Mỗi bệnh nhân được chọn theo tiêu chuẩn

chọn bệnh sẽ được làm bilan lipid máu trước và sau 4 tuần điều trị prednisolon liều tấn công 2mg/kg/ngày .

- Xử lý số liệu: Dựa vào phần mềm SPSS16.0, Microsoft Excel 2010. Giá trị của các biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ %. Kết quả của nồng độ chỉ số lipid được trình bày theo giá trị trung vị, và tứ phân vị: 25%, 75 %. So sánh sự khác biệt giá trị trung bình của nồng độ các chỉ số lipid máu các thời điểm T0, T4 bằng test kiểm định phi tham số Wilcoxon.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ: 1,8; Tuổi trung bình phát hiện bị HCTH là: $7,55 \pm 3,97$; nhỏ nhất là 1,5 tuổi và lớn nhất là 14 tuổi; Tỷ lệ trẻ em sống ở nông thôn gần gấp 3 lần tỷ lệ trẻ em ở thành phố.

Bảng 3.1. Phân bố HCTH theo thể bệnh

Phân bố	HCTH	n	%
Theo điều trị	Nhạy cảm corticoid	34	80,96
	Đề kháng corticoid	4	9,52
	Phụ thuộc corticoid	4	9,52
Theo lâm sàng	Đơn thuần	32	76,19
	Kết hợp	10	23,81
Theo tiến triển	Lần đầu	22	52,38
	Tái phát	20	47,62

Phần lớn bệnh nhi trong nghiên cứu đều bị HCTH đơn thuần và nhạy cảm với điều trị corticoid.

3.2. Biến đổi nồng độ lipid máu trước và sau điều trị tấn công prednisolon

Bảng 3.2. Nồng độ lipid máu ở bệnh nhân HCTH trước (T0) và sau (T4) điều trị tấn công prednisolon

Chỉ số	Thời điểm	Trung vị	Tứ phân vị	
			25%	75%
Cholesterol (mmol/l)	T0	10,12	7,32	12,80
	T4	6,22	4,77	7,82
		$p < 0,05$		
Triglycerid (mmo/l)	T0	3,79	1,73	5,43
	T4	2,97	2,18	3,86
		$p < 0,05$		

LDL - C (mmol/l)		7,30	4,37	9,60
		3,15	2,11	4,33
		p < 0,01		
HDL - C (mmol/l)		1,64	1,28	2,12
		1,67	1,20	2,48
		p > 0,05		

Nồng độ cholesterol, triglycerid và LDL - C máu bệnh nhân sau 4 tuần điều trị tấn công prednisolon thấp hơn so với trước khi điều trị. Trong khi đó, sự biến đổi nồng độ HDL - C máu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Phân loại tăng lipid máu Fredrickson

Type	T0 (n = 30)		T4 (n = 26)		p
	n	%	n	%	
I	3	10,00	13	50,00	< 0,01
IIA	4	13,33	1	3,85	
IIB	22	73,33	4	15,38	
III	1	3,34	8	30,77	

Trước điều trị tăng lipid máu type IIB chiếm tỷ lệ cao nhất (73,33%). Sau điều trị tăng lipid máu type I chiếm tỷ lệ cao nhất (50,00%); $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nhóm nghiên cứu của tôi gồm 42 bệnh nhân hội chứng thận hư tiên phát, tỉ lệ nam/nữ là 1,8. Sự khác biệt về giới này cũng tương tự một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng nam/nữ = 2,45 [5]; Hà Hùng có kết quả nam/nữ = 3,7 [4].

Tuổi phát hiện bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu tôi là $7,55 \pm 3,97$. Thấp nhất là 1,5 tuổi, trẻ phát hiện bệnh muộn nhất là 14 tuổi. Một số nghiên cứu trong nước cũng có kết quả tương tự như tôi: Nghiên cứu của Hà Hùng trên 33 bệnh nhi HCTH, tuổi trung bình bị bệnh là $6,8 \pm 3,4$, tuổi thấp nhất là 1,5 tuổi và cao nhất là 14 tuổi [4].

Tỉ lệ trẻ em ở nông thôn bị mắc bệnh nhiều hơn so với tỉ lệ trẻ em ở thành phố. Ở đây tôi chỉ ghi nhận trẻ em ở nông thôn vào nhập viện cao hơn ở thành phố chứ chưa dám khẳng định trẻ em nông thôn mắc bệnh cao hơn vì chưa có điều tra dịch tễ nào về vấn đề này.

Từ bảng 3.1 có thể nhận thấy tỉ lệ trẻ bị HCTH tiên phát nhạy cảm corticoid chiếm 80,96%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác như: Huỳnh Thị Diễm Thúy: tỉ lệ nhạy cảm là 89,7% [7]; Wong W. tỉ lệ nhạy cảm là 80,4% [11]. Nếu dựa theo lâm sàng thì HCTH được chia thành HCTH đơn thuần hay phối hợp, theo nghiên cứu của tôi, tỉ lệ trẻ bị HCTH đơn thuần là chủ yếu chiếm tỉ lệ 76,19%. Bảng 3.3 cũng nêu lên trong nghiên cứu của tôi tỉ lệ bệnh nhân tái phát và HCTH lần đầu là tương đương nhau. Vì mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên tỉ lệ này chưa đại diện được cho cộng đồng về tỉ lệ bệnh mới mắc.

4.2. Biến đổi nồng độ một số chỉ số lipid máu ở bệnh nhi HCTH trước và sau điều trị tấn công prednisolon

Kết quả ở các bảng 3.2 cho thấy tình trạng tăng cholesterol máu toàn phần, TG và LDL - C của bệnh nhi HCTH trước khi điều trị tấn công corticoid (lần lượt là 10,12 mmol/l; 3,79 mmol/l; 7,30 mmol/l). Các kết quả này cao hơn so với giá

trị lipid bình thường ở trẻ em Mỹ cũng như khuyến cáo của chương trình giáo dục cholesterol quốc gia của Mỹ (National Cholesterol Education Program - NCEP) [9].

Một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước cũng ghi nhận kết quả tương tự với nghiên cứu của tôi. Huỳnh Thị Diễm Thúy khi nghiên cứu sự biến đổi nồng độ lipid máu ở bệnh nhi HCTH trước và sau tấn công prednisolon tại bệnh viện Phụ Sản Nhi Khoa Đà Nẵng ghi nhận nồng độ cholesterol, triglycerid, LDL - C của bệnh nhi trước khi điều trị tăng cao hơn rất nhiều so với nhóm đối chứng (lần lượt là 11,3 mmol/l; 5,39 mmol/l; 7,3 mmol/l) [7]. Jamila Aliloute ghi nhận có 91,21% trẻ tăng cholesterol và 70,5% trẻ tăng triglycerid khi nghiên cứu trên 33 trẻ nhi bị hội chứng thận hư [12].

Trong nghiên cứu của tôi, nồng độ cholesterol, triglycerid, LDL - C bệnh nhi HCTH giảm dần theo thời gian điều trị tấn công prednisolon. Tuy nhiên các rối loạn trên vẫn chưa hoàn toàn trở về bình thường (lần lượt là 6,22 mmol/l; 2,97mmol/l; 3,15 mmol/l).

Nguyễn Ngọc Sáng cùng các cộng sự cũng ghi nhận sau 4 tuần điều trị tấn công prednisolon nhìn chung các chỉ số lipid máu thay đổi rõ rệt so với trước điều trị và có xu hướng trở về trị số bình thường nhưng hầu hết chưa về bình thường, đặc biệt là hai thành phần cholesterol ($6,16 \pm 2,53$ mmol/l)

và triglycerid ($2,55 \pm 1,41$ mmol/l) vẫn còn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bình thường [6].

Nồng độ HDL - C máu của bệnh nhân HCTH trước và sau điều trị là bình thường (1,64 mmol/l và 1,67 mmol/l) và sự khác biệt HDL - C máu giữa hai thời điểm này là không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả như: Huỳnh Thị Diễm Thúy [7], Kari A. J. và cộng sự [10].

Theo bảng 3.3 trước điều trị rối loạn lipid ở bệnh nhi HCTH hay gặp nhiều nhất là type IIB theo phân loại Fredrickson. Tỷ lệ rối loạn lipid máu typ IIB giảm dần sau 4 tuần điều trị từ 73,33% còn 15,38%. Điều này tương ứng với mô tả rối loạn lipid máu hay gặp, phù hợp với những nghiên cứu khác [2], [7]. Sau 4 tuần điều trị, tăng lipid typ I tăng lên và chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 10,00% tăng lên thành 50,00%).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhi HCTH và biến đổi lipid máu trước và sau điều trị tấn công prednisolon tôi rút ra một số kết luận sau:

Nồng độ cholesterol máu, triglycerid, LDL - C máu ở bệnh nhi HCTH trước điều trị là rất cao sau đó giảm dần sau điều trị tấn công prednisolon ($p < 0,01$).

Nồng độ HDL - C ở bệnh nhân HCTH thay đổi không có ý nghĩa thống kê giữa hai thời điểm trước và sau điều trị tấn công prednisolon ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Vụ Khoa học và Đào tạo (2007), "Hội chứng thận hư tiên phát", *Nhi khoa giáo trình đào tạo hệ bác sĩ đa khoa*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 80 – 84.
2. Hồ Viết Hiếu, Nguyễn Hữu Châu Đức (2006), "Nghiên cứu về rối loạn lipid máu trong hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(2), tr. 08 - 14.
3. Hồ Viết Hiếu (2012), "Hội chứng thận hư tiên phát", *Giáo trình sau đại học nhi khoa*, Tập 4, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr.150 - 157.
4. Hà Hùng (2002), *Nghiên cứu một số chỉ số lipid máu trong hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế, tr. 66 – 70.
5. Nguyễn Ngọc Sáng (2002), "Hội chứng thận hư tiên phát tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng trong 10 năm (1990 - 1999)", *Tạp chí Y học thực hành*, 2, tr. 52 - 56.
6. Nguyễn Ngọc Sáng, Đỗ Mạnh Toàn, Vũ Hoàng Kim Thành và cs (2004), "Nghiên cứu sự biến đổi một số thành phần lipid máu trong hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em", *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ hai*, tr. 707 - 709.
7. Huỳnh Thị Diễm Thúy (2013), *Nghiên cứu sự*

- biến đổi nồng độ lipid máu ở bệnh nhân hội chứng thận hư trước và sau điều trị tấn công prednisolone tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế, tr. 60 - 80.
8. Ali A., Ali D., Mehran H. et al (2008), Idiopathic Nephrotic Syndrome in Iranian Children, *Indian Pediatrics*, 45, pp. 52 - 53.
 9. Haney E . M. (2007), Screening and Treatment for Lipid Disorders in Children and Adolescents: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Forc, *Pediatrics*, 120(1), pp. 189 - 200.
 10. Kari J. A., Tashkandi M., Medhat M. A. et al (2012), Lipoprotein (a) and Other Dyslipidemia in Saudi Children with Nephrotic Syndrome (SSNS and SRNS), *Journal of Health Science*, 2(6), pp. 57 - 63.
 11. Wong W. (2007), Idiopathic nephrotic syndrome in New Zealand children, demographic, clinical features, initial management and outcome after twelve-month follow-up: Results of a three-year national surveillance study, *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, pp. 337 - 341.
 12. Jamila Alioute (2010), *Syndrome nephrotique chez l'enfant*, Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie FES, pp. 40 - 75.