

DOI: 10.59715/pntj.mp.1.4.17

Nghiên cứu nồng độ Hormon tuyến cận giáp ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Nhân Dân 115

Phạm Văn Mỹ¹, Ngô Đồng Dũng², Đàm Minh Khuê², Nguyễn Hữu Nhật³

¹Giảng viên Bộ môn Nội tổng quát, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP HCM

²Bác sĩ Khoa Nội Thận Thận - Miễn Dịch Ghép, Bệnh viện Nhân Dân 115

³Giảng viên Học Viện Quân Y

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Cường chức năng tuyến cận giáp là một biến chứng quan trọng ở bệnh nhân bệnh thận mạn và tồn tại sau ghép thận gây bệnh xương sau ghép thận, có ảnh hưởng đến chức năng thận ghép và là nguy cơ bệnh tim mạch sau ghép thận.

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh (Parathyroid Hormone - PTH) và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với một số yếu tố ở bệnh nhân ghép thận.

Đối tượng - phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang 234 bệnh nhân ghép thận, theo dõi định kỳ tại bệnh viện Nhân Dân 115. Thu thập số liệu về nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh và một số đặc điểm của bệnh nhân sau ghép thận từ tháng 08/2020 đến 08/2021.

Kết quả: Trong tổng số 234 bệnh nhân ghép thận nghiên cứu có chủ yếu là bệnh nhân nam 172 (73,5%), tuổi trung bình: $49,5 \pm 11,6$ tuổi, eGFR trung bình: $70,0 \pm 16,2$ ml/phút. Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 1T là 24 (10,3%), giai đoạn 2T là 157 (67,1%), giai đoạn 3T là 50 (21,3%), giai đoạn 4T là 3 (1,3%) và không có bệnh nhân nào giai đoạn 5T. Thời gian lọc máu trước ghép thận trung bình là $28,2 \pm 26,4$ tháng (03 - 150), thời gian ghép thận trung bình: $54,6 \pm 42,8$ (3 - 216). 17,9% BN có nồng độ PTH huyết thanh bình thường, 82,1% bệnh nhân tăng hormon tuyến cận giáp và không bệnh nhân nào có nồng độ hormon tuyến cận giáp thấp hơn bình thường. Trong nhóm BN tăng PTH có 63% tăng PTH mức độ nhẹ, 27,6% tăng PTH mức độ trung bình, 9,4% tăng PTH mức độ nặng. Nồng độ hormon tuyến cận giáp chưa thấy liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận.

Kết luận: 82,1% bệnh nhân còn tăng hormon tuyến cận giáp huyết thanh sau ghép thận. Không có mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận.

Từ khóa: Ghép thận, nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh.

Ngày nhận bài:

20/8/2022

Ngày phân biện:

20/9/2022

Ngày đăng bài:

20/10/2022

Tác giả liên hệ:

Đàm Minh Khuê

Email:

minhkhue1693@gmail.com

ĐT: 093.778.9910

Abstract

Study on parathyroid hormone concentration in kidney transplant recipients at 115 people Hospital

Background: Secondary hyperparathyroid hormone is a complication of chronic kidney disease and still exists after transplantation, leads to mineral bone disease, affects to kidney graft function and is associated with cardiovascular risk after kidney transplantation.

Objectives: To investigate the plasma parathyroid hormone (PTH) concentration and its relation to some factors of kidneytransplant recipients.

Subjects and Methods: Cross-sectional study in 234 patients after transplantation. Plasma parathyroid hormone concentration and some characteristics of patients after kidney transplant were collected at 115 People Hospital from 08/2020 to 08/2021.

Results: A total of 234 patients, male patients were 172 (73.5%), mean age were 49.51 ± 11.68 years old, and mean eGFR is 70.0 ± 16.2 ml/min. Patients with CKD stage 1T were 24 (10.3%), stage 2T were 157 (67.1%), stage 3T were 50 (21.4%), stage 4T were 3(3.1%) and no patients were stage 5T. The mean duration of dialysis prior to transplantation was 28.2 ± 26.4 months (03 - 150). The mean time since transplantation was 54.6 ± 42.8 (3 - 216) months. The mean parathyroid hormone level was 129.7 ± 84.5 pg/ml with 82.1% of patients having hyperparathyroidism, 17.9% having normal parathyroid hormone level and no patient with hypo-concentration of plasma parathyroid hormone. When the patients were classified according to iPTH concentrations following the Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) clinical practice guidelines: slight elevation was 63%, average elevation was 27.6% and severe elevation was 9.4%. We found no correlation between hyperparathyroidism and age, sex, duration since transplant, time on dialysis and eGFR.

Conclusion: 82.1% of patients still have elevation of plasma parathyroid hormone concentration after kidney transplantation. No correlation between hyperparathyroidism and age, sex, duration since transplant, time on dialysis and eGFR.

Keywords: Kidney transplant, parathyroid hormone concentration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối gây nhiều hậu quả nghiêm trọng đòi hỏi bệnh nhân (BN) phải được điều trị bằng các biện pháp điều trị thay thế thận. Ghép thận là biện pháp điều trị tối ưu để phục hồi chức năng thận và cải thiện chất lượng cuộc sống của BN. Cường chức năng tuyến cận giáp thường gặp ở BN bệnh thận mạn, là hậu quả của sự phối hợp các rối loạn do bệnh thận mạn gây ra: tăng nồng độ phosphat máu, giảm nồng độ canxi máu, giảm tổng hợp calcitriol và một số rối loạn khác [3]. Sau ghép thận mức độ hồi phục chức năng của tuyến cận giáp phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ suy thận trước ghép thận, thời gian lọc máu trước ghép thận, mức độ cường tuyến cận giáp trước ghép thận... Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

- Khảo sát nồng độ hormon tuyến cận giáp (Parathyroid Hormone - PTH) ở BN sau ghép thận tại Bệnh Viện Nhân Dân 115.

- Tìm mối tương quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp với một số yếu tố ở BN ghép thận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 234 BN được ghép thận, điều trị và theo dõi sau ghép thận tại Bệnh Viện Nhân Dân 115. Thời gian nghiên cứu từ 08 - 2020 đến 08 - 2021.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ghép thận từ 3 tháng trở lên, điều trị và theo dõi định kỳ tại Khoa Nội Thận - Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thời điểm lấy máu xét nghiệm không đồng nhất.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mất chức năng thận ghép, đang điều trị bằng các phương pháp khác; đang sốt hoặc nhiễm trùng tiến triển; không theo dõi đầy đủ theo kế hoạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2.2. Các bước nghiên cứu

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- BN tái khám định kỳ theo lịch hẹn. Khi BN đến khám: khám lâm sàng, đánh giá tiêu chuẩn lựa chọn theo yêu cầu, lấy máu xét nghiệm.

- Tổng hợp và phân tích theo thuật toán thống kê.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Dữ liệu lâm sàng: tuổi, giới, thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận.

- Dữ liệu cận lâm sàng: ure, creatinine, PTH bằng máy xét nghiệm tự động AU 400/640 và ARCHITECT.

- Định lượng nồng độ hormon tuyến cận giáp:

+ Lấy khoảng 2 ml huyết tương (buổi sáng, nhịn đói) hòa với heparin/EDTA, sodium citrat (bảo quản > 25°C trong 24 giờ; 2 - 8°C trong 3 ngày). Xét nghiệm thực hiện trên máy DXI 800.

+ Nguyên lý: đo dựa vào nguyên lý miễn dịch điện hóa phát quang theo nguyên tắc Sandwich mẫu.

+ Giới hạn đo: 1,2 - 5.000 pg/ml; giá trị bình thường: 15 - 65 pg/ml.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:

- Mức lọc cầu thận: tính theo công thức MDRD.

* Phân độ các giai đoạn bệnh thận mạn sau ghép thận (theo hướng dẫn thực hành lâm sàng KDIGO 2017 cho chăm sóc bệnh nhân ghép thận)

• Giai đoạn 1T: Tổn thương thận với chức năng thận bình thường hay tăng, độ lọc cầu thận ≥ 90 ml/phút/1,73 m².

• Giai đoạn 2T: Tổn thương thận với năng thận giảm nhẹ, độ lọc cầu thận 60 - 89 ml/phút/1,73 m²

• Giai đoạn 3T: Tổn thương thận với năng thận giảm trung bình, độ lọc cầu thận 30 - 59 ml/phút/1,73 m²

• Giai đoạn 4T: Tổn thương thận với năng thận giảm nặng, độ lọc cầu thận 15 - 29 ml/phút/1,73 m²

• Giai đoạn 5T: Suy thận, độ lọc cầu thận <15 ml/phút/1,73m² hay lọc máu.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hormon tuyến cận giáp huyết thanh: giảm: < 15 pg/ml; bình thường 15 - 65 pg/ml; tăng: > 65 pg/ml.

* Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày theo tần suất và tỉ lệ phần trăm. Xét mối liên quan giữa nồng độ huyết thanh PTH và các yếu tố bằng phương pháp phân tích hồi qui tuyến tính. Giá trị p < 0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	172	73,5
Nữ	62	26,5
Nhóm tuổi		
< 30	9	3,8
30 - 49	107	45,7
50 - 69	113	48,3
> 70	5	2,2
BMI (kg/m ²)		
< 23	103	44,0
≥ 23	131	56,0
Thời gian lọc máu trước ghép thận (tháng)		
< 12 tháng	72	32,4
12 - 36 tháng	108	48,6
> 36 tháng	54	19,0
Thời gian ghép thận (tháng)		
< 12	14	6,0
12 - 36	88	37,6
> 36	132	56,4
Độ lọc cầu thận eGFR (ml/ph)		
1T	24	10,3
2T	157	67,1
3T	50	21,3
4T	3	1,3
5T	0	0

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là $49,5 \pm 11,6$ thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 80 tuổi.

- BMI trung bình: $22,9 \pm 2,8$ kg/m², thấp nhất là 15,2, cao nhất là 31,1.

- Độ lọc cầu thận trung bình: $70,5 \pm 16,2$ ml/phút/1,73m² da. Đa số BN đều có độ lọc cầu thận trên 60 ml/phút, chiếm tỷ lệ 77,4 %.

- Thời gian lọc máu trước ghép thận trung bình: $28,2 \pm 26,4$ (03 - 150) tháng. Đa số BN có thời gian lọc máu trên 1 năm chiếm 67,6%, trong đó chủ yếu là 12 - 36 tháng (48,6%) .

- Thời gian ghép thận trung bình: $54,6 \pm 42,8$ (3 - 216) tháng. Đa số BN có thời gian ghép thận từ 1 năm trở lên, với 220 BN, chiếm tỷ lệ 94%, trong đó tỷ lệ ghép thận > 36 tháng là chủ yếu (56,4%).

Bảng 2: Phân bố BN theo nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh.

PTH máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	42	17,9
Tăng	192	82,1
Giảm	0	0
Nồng độ trung bình	129,72 ± 84,52	

Bảng 3: Phân loại mức độ tăng PTH

Phân độ tăng PTH (pg/ml)	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ 65 - 150	121	63,0
Trung bình 150 - 300	53	27,6
Nặng > 300	18	9,4

Nhận xét: Trong 234 BN ghép thận, tỷ lệ rối loạn PTH chiếm tỷ lệ 82,1%, trong đó 100 % là tăng PTH, không có trường hợp nào giảm PTH.

Như vậy sau ghép thận hơn 2/3 BN vẫn có tình trạng tăng PTH, chiếm tỷ lệ đến 82,1%. Trong đó, chủ yếu là tăng PTH mức độ nhẹ (65-150) chiếm tỷ lệ 63%.

Bảng 4: Mối liên quan giữa PTH và giới tính

	Bình thường (n)	Tăng PTH (n)	p
Nam	27 (62,8%)	145 (75,9%)	0,061
Nữ	16 (37,2%)	46 (24,1%)	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa giới tính nam và nữ với tình trạng tăng PTH huyết thanh (p = 0,061).

Bảng 5: Mối tương quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố trên BN ghép thận (phân tích đơn biến)

Các yếu tố	Hệ số β	p
Tuổi	- 0,074	0,258
Thời gian lọc máu trước ghép thận	0,051	0,436
Thời gian ghép thận	- 0,034	0,601
eGFR	0,016	0,808

Bảng 6: Mối tương quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố trên BN ghép thận (phân tích đa biến)

Các yếu tố	Hệ số β	p
Tuổi	- 0,64	0,35
Giới tính	0,07	0,32
Thời gian lọc máu trước ghép thận	0,05	0,48
Thời gian ghép thận	- 0,02	0,80
eGFR	0,001	0,99

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa nồng độ PTH huyết thanh với tuổi, thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận và độ lọc cầu thận.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 234 BN ghép thận, nồng độ PTH huyết thanh trung bình là 129,7 ± 84,5 pg/ml, 17,9% BN có nồng độ PTH huyết thanh bình thường, 82,1% BN có tăng nồng độ PTH, không có BN nào giảm PTH. Độ lọc cầu thận ước đoán trung bình là 70,5 ± 16,2 ml/phút/1,73m² da, có 77,4 % BN ở giai đoạn 1T và 2T nghĩa là chức năng thận sau ghép hồi phục rất tốt trên 60 ml/ph, tuy nhiên cường tuyến cận giáp sau ghép thận vẫn xuất hiện và kéo dài với thời gian điều trị sau ghép thận trung bình là 54,6 ± 42,8 tháng. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện bởi Madhumati và cộng sự có 106 BN ghép thận từ 6 tháng trở lên có 55% BN thuộc giai đoạn 1T, 2T và tỉ lệ tăng PTH là 66% với thời gian điều trị sau ghép thận trung bình là 12,8 tháng [13]. Nghiên cứu của Lê Văn Toàn trên 92 BN ghép thận tại Học Viện Quân Y có độ lọc cầu thận trên 60ml/ph chiếm tỷ lệ 52,1% và tỉ lệ tăng PTH là 66,3%. Như vậy, trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ tăng PTH cao hơn 2 nghiên cứu trên gần 20%, điều này có thể là do thời gian lọc máu của chúng tôi lâu hơn nghiên cứu của Lê Văn Toàn, đa số BN có thời gian lọc máu trên 1 năm (67,6%), trong khi đó Lê Văn Toàn chủ yếu là lọc máu dưới 1 năm (55,4%) . Mặc dù eGFR của chúng tôi cao hơn 2 nghiên cứu trên nhưng tỷ lệ tăng PTH vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn, điều này cũng không mâu thuẫn vì

khi chúng tôi tìm mối tương quan giữa nồng độ PTH với eGFR thì không thấy có sự tương quan có ý nghĩa thống kê. Nồng độ PTH không tương quan với eGFR trong nghiên cứu chúng tôi cũng giống như kết quả của nghiên cứu của Madhumati và Lê Văn Toàn.

Nguyễn Thị Kim Thủy và CS nghiên cứu nhóm BN lọc máu chu kỳ thấy nồng độ hormon tuyến cận giáp trung bình cao hơn rất nhiều ($324,6 \pm 287,3$ pg/ml) ($p < 0,001$) [2], tương đương với kết quả của Botha J.F, Botha J.R (1997) [6]. Theo Ohood Abass Ibrahim (2016), nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh nhóm BN sau ghép thận không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [8]. Như vậy sau ghép thận thành công, chức năng thận hồi phục, nồng độ PTH của nghiên cứu chúng tôi trung bình là $129,7 \pm 84,5$ pg/ml giảm hơn nhiều so với nồng độ PTH ở nhóm BN lọc máu chu kỳ, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê vì chúng tôi không có khảo sát được nồng độ PTH của BN trước ghép và khi tìm mối tương quan của PTH với thời gian lọc máu trước ghép thận thì cũng không thấy tương quan ($p = 0,436$).

Tony Amin và CS (2016) nghiên cứu trên 679 BN sau ghép thận ít nhất 3 tháng, kết quả cho thấy 10% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh trong giới hạn bình thường, 90% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh cao hơn giá trị bình thường [5]. Nghiên cứu của Douthat W.G, Carlos Raul Chiurchui, Pablo Ulises Massari ở Argentina (2012) cho thấy cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỷ lệ lớn. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận, 58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp cao > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết [7].

Như vậy, tỷ lệ tăng PTH huyết thanh trong nghiên cứu chúng tôi là 82,1% tương đối cao hơn so với các nghiên cứu khác. Khi phân loại mức độ tăng PTH thì chúng tôi nhận thấy chủ yếu là nhóm tăng PTH mức độ nhẹ (65 - 150 pg/ml) chiếm 63%, mức độ tăng PTH trung bình chiếm 27,6% và tăng PTH nặng (> 300 pg/ml) chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 9,4%. Nghiên cứu của Douthat W.G, Carlos Raul Chiurchui, Pablo Ulises Massari ở Argentina (2012) cho thấy cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỷ lệ lớn. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận,

58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp cao > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết [7]. Nghiên cứu cắt ngang của R. Marcen và cộng sự trên 509 BN ghép thận cho thấy tỷ lệ tăng PTH sau ghép là 77,6%, trong đó có 22,4% tăng PTH nhẹ, 23,3% tăng PTH trung bình và 6,8% tăng PTH nặng [10]. Kết quả này cũng tương đồng với chúng tôi.

Khi tìm mối tương quan giữa một số yếu tố trước sau ghép thận với nồng độ PTH huyết thanh bằng phân tích hồi quy đơn biến, rồi phân tích đa biến, chúng tôi ghi nhận không có mối tương quan nào giữa các biến phụ thuộc: tuổi, giới tính, thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian gian ghép thận, eGFR với biến độc lập là nồng độ PTH huyết thanh. Trong nghiên cứu của Lê Văn Toàn thì PTH có liên quan với thời gian lọc máu trước ghép thận, tương quan thuận mức độ vừa có ý nghĩa thống kê ($r = 0,36$ và $p = 0,001$) nghĩa là thời gian lọc máu càng dài thì PTH càng tăng; không thấy tương quan với tuổi, giới, thời gian ghép thận và eGFR [1]. Một nghiên cứu khác của Kalokola và cộng sự trên 85 BN ghép thận thì cũng không ghi nhận tăng PTH có tương quan với thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận và eGFR [9].

Giai đoạn đầu bệnh thận, khi nồng độ canxi máu giảm, nồng độ hormon tuyến cận giáp tăng, bệnh thận mạn càng kéo dài làm cho tình trạng cường tuyến cận giáp kéo dài, đến giai đoạn nhất định làm biến đổi cấu trúc tuyến cận giáp. Vì vậy, sau khi ghép thận, nồng độ canxi không giảm, nhưng nồng độ hormon tuyến cận giáp vẫn tăng kéo dài. Trên thế giới, nhiều trung tâm đề nghị cắt tuyến cận giáp để điều trị tình trạng cường tuyến cận giáp kéo dài sau ghép thận. Tuy nhiên, chúng tôi chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa PTH và thời gian sau ghép. Một số nghiên cứu cho thấy, cường tuyến cận giáp sau ghép thận chiếm tỷ lệ cao, mức độ tăng hormon tuyến cận giáp chủ yếu liên quan với thời gian điều trị suy thận trước ghép và mức độ hormon tuyến cận giáp tăng trong giai đoạn trước ghép [7], [9]. Trong 365 BN tại thời điểm ghép thận thấy 58% BN có nồng độ hormon tuyến cận giáp > 250 pg/ml; 12,4% tăng canxi huyết [7]. Theo Fredrick (2013) [9], nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở thời điểm 6 tháng sau ghép thận giảm thấp hơn so với vừa

ghép, giảm từ 19 - 71%. Nhiều nghiên cứu đề cập đến mối liên quan giữa nồng độ hormon tuyến cận giáp huyết thanh với chức năng thận ghép cho thấy nồng độ hormon tuyến cận giáp và mức lọc cầu thận trước và sau ghép biến đổi rất rõ theo xu hướng ngược nhau: khi mức lọc cầu thận cải thiện, nồng độ hormon tuyến cận giáp giảm dần [4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, mối quan hệ đó chưa thể hiện.

Nghiên cứu chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác đều cho thấy có sự tăng nồng độ PTH kéo dài sau ghép thận. Cường tuyến cận giáp trước ghép có mối liên quan với cường tuyến cận giáp sau ghép thận [14], có thể PTH tăng nhưng mức độ tăng không trầm trọng bằng nhóm BN lọc máu chu kỳ. Thời gian lọc máu trước ghép ngắn hay ghép thận đón đầu khi bệnh nhân chưa đến giai đoạn lọc máu có thể làm giảm nguy cơ cường tuyến cận giáp sau ghép thận.

Cường tuyến cận giáp thứ phát kéo dài gây nên bệnh xương chyen hóa mà biểu hiện là đau xương và gãy xương. Các receptor PTH đã được chứng minh có mặt ở tim, và trong phòng thí nghiệm, PTH gây nên phì đại cơ tim. Phì đại cơ tim thất trái có thể thấy ở 70% BN bệnh thận mạn giai đoạn cuối có tăng nồng độ PTH. Tuy nhiên, một nghiên cứu phân tích đã cho thấy bằng chứng mối liên quan giữa PTH và bệnh tim mạch hay tỷ lệ tử vong không rõ ràng [12]. Trong nghiên cứu EVOLE, việc sử dụng Cinacalcet ở những BN tăng PTH mức độ trung bình - nặng đang lọc máu không làm giảm đáng kể nguy cơ tử vong hay các biến cố tim mạch [11].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 234 BN ghép thận đang theo dõi định kỳ tại bệnh viện Nhân Dân 115 chúng tôi rút ra một số kết luận:

- 17,9% BN có nồng độ PTH huyết thanh bình thường, 82,1% BN có PTH tăng và không có BN nào có nồng độ PTH thấp hơn bình thường.

- Trong nhóm BN tăng PTH có 63% tăng PTH mức độ nhẹ, 27,6% tăng PTH mức độ trung bình, 9,4% tăng PTH mức độ nặng.

- Nồng độ PTH huyết thanh chưa thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào với giới tính, tuổi, thời gian lọc máu trước ghép thận, thời gian ghép thận và eGFR.

6. KIẾN NGHỊ

- Cần theo dõi nồng độ PTH định kỳ theo khuyến cáo của KDIGO trên đối tượng BN ghép thận bởi vì tăng PTH kéo dài sau ghép thận chiếm tỷ lệ cao, có liên quan đến gãy xương, đau xương và góp phần gây nên bệnh tim mạch và tử vong.

- Đây là một nghiên cứu cắt ngang nên có nhiều hạn chế trong việc đánh giá mối tương quan giữa nồng độ PTH với một số yếu tố trước và sau ghép thận. Cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu theo dõi trước và sau ghép thận về các rối loạn khoáng xương cũng như các kết cục lâm sàng trên BN ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Lê Văn Toàn, Bùi Văn Mạnh, (2013), “Nồng độ hormon TCG ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh Viện Quân Y 103”, Tạp chí Y Dược Học Quân Sự số chuyên đề ghép tạng, pp. 77-82.
2. Nguyễn Thị Kim Thủy, (2011), “Nồng độ Ca, P, hormon tuyến cận giáp huyết thanh và tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ”, Tạp chí Y học Thực hành, 771 (6) pp. 25-35.
3. Nguyễn Hoàng Thanh Vân, (2015), Nghiên cứu nồng độ beta-crosslaps, hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế, pp. 30-35.

Tiếng Anh

4. Amin T, Coates P T, Barbara J, Hakendorf P, et al, (2016), “Prevalence of Hypercalcaemia in a Renal Transplant Population: A Single Centre Study”, Int J Nephrol, 2016 pp. 7126290.
5. Amin T, Coates P T, Barbara J, Hakendorf P, et al, (2016), “Prevalence of hypercalcaemia in a renal transplant population: a single centre study”, International journal of nephrology, 2016 pp.
6. Botha J, (1997), “Parathyroid function after successful renal transplantation”, South African Journal of surgery Suid-afrikaanse Tydskrif vir Chirurgie, 35 (3), pp. 113-116.
7. Douthat W G, Chiurciu C R, Massari

- P U, (2012), “New options for the management of hyperparathyroidism after renal transplantation”, *World Journal of Transplantation*, 2 (3), pp. 41.
8. Ibrahim O A, Modawe G A, AbdElkarim A, (2016), “Assessment of calcium phosphorus and parathyroid hormone in sudanese patient with renal transplantation”, *J Med Biol Sci Res*, 2 pp. 1-4.
 9. Kalokola F M. Serum calcium, phosphate and parathyroid hormone levels in kidney transplant recipients: University of Nairobi, 2014.
 10. Marcén R, Ponte B, Rodríguez-Mendiola N, Rodríguez A F, et al. Secondary hyperparathyroidism after kidney transplantation: a cross-sectional study. *Transplantation proceedings* 2009;2391-2393.
 11. Moe S M, et al, (2015), “Effects of cinacalcet on fracture events in patients receiving hemodialysis: the EVOLVE trial”, *Journal of the American Society of Nephrology*, 26 (6), pp. 1466-1475.
 12. Palmer S C, et al, (2011), “Serum levels of phosphorus, parathyroid hormone, and calcium and risks of death and cardiovascular disease in individuals with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis”, *Jama*, 305 (11), pp. 1119-1127.
 13. Rao M, et al, (2012), “Fibroblast growth factor and mineral metabolism parameters among prevalent kidney transplant patients”, *International Journal of Nephrology*, 2012 pp.
 14. Torres A, Rodriguez A, Concepción M T, Garcia S, et al, (1998), “Parathyroid function in long-term renal transplant patients: importance of pre-transplant PTH concentrations”, *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 13 (suppl_3), pp. 94-97.