

số BN thường có biểu hiện lâm sàng hôn mê của hội chứng tăng urê huyết và đây là triệu chứng lâm sàng nặng cần phải chỉ định lọc máu cấp cứu ngay. Khi so sánh hôn mê ở nhóm có NKH và không NKH thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ biểu hiện thần kinh trong NKH từ 10-70%. Tỷ lệ tử vong ở BN có rối loạn tri giác (50%) cao hơn ở BN không có rối loạn tri giác (20%). Các biểu hiện toàn thân kèm theo như suy hô hấp phải thở máy chiếm tỷ lệ 17,8%, rối loạn đông máu chiếm tỷ lệ 13,4%, đây có thể là biến chứng trong trường hợp chẩn đoán AKI chậm hoặc do bệnh lý nguyên nhân gây nên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng suy hô hấp phải thở máy, rối loạn đông máu kèm theo trong AKI giữa 2 nhóm có NKH và không NKH có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy một số đặc điểm của bệnh nhân tổn thương thận cấp tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc: AKI thường gặp ở nhóm cao tuổi (80% > 60 tuổi). Nguyên nhân thường liên quan đến nhiễm khuẩn huyết. Có tới 55% bệnh nhân có từ 2 tạng suy trở lên. Về lâm sàng thường gặp phù (13,3%), thiếu niệu-vô niệu (21,7%), tụt huyết áp < 90/60mmHg (36,7%), giảm thể tích (76,7%). Các biến chứng thường gặp là hôn mê (6,7%), suy hô hấp cần thở máy (10%), rối loạn đông cầm máu (6,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Sơn. Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. 2016; Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Philip L, Burdmann E, Mehta L; World Kidney Day Steering Committee. Acute kidney injury: global health alert. 2013; *Kidney International*, 83, pp. 372-376.
3. Lameire N, Bagga A, et al. Acute Kidney Injury: an increase global concern. 2013; *Lancet* 382 (9887), pp. 170-179.
4. Nguyễn Gia Bình. Đặc điểm lâm sàng, sinh học và điều trị suy thận cấp tiêu cơ vân. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Hồi sức tích cực và Chống độc. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.
5. Nguyễn Việt Hải. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị suy thận cấp do viêm tụy cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa chuyên ngành Hồi sức cấp cứu. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
6. Lê Thị Diễm Tuyết. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu. Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
7. Trương Anh Thư, Nguyễn Gia Bình và cs. Tình hình nhiễm khuẩn Bệnh viện tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai. 2016;52-61.
8. Dennen P, Douglas IS, Anderson R. Acute kidney injury in the intensive care unit: an update and primer for the intensivist. *Crit Care Med*. 2010;38(1):261-75.
9. Nguyễn Bách. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị suy thận cấp ở bệnh nhân cao tuổi. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Nội thân - Tiết niệu. Học viện quân Y; 2012

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lương Mạnh Hùng^{1,3}, Lê Quang Thuận², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp (AKI) sau phẫu thuật tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả phân tích trên 138 bệnh nhân được phẫu thuật và chuyển về điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại từ 04/2023 đến 03/2024. **Kết quả:** Tổn thương thận cấp sau phẫu thuật chiếm

tỷ lệ 36,9%. Tổn thương thận cấp giai đoạn 3 theo KDIGO chiếm đa số (86,8%). Chỉ số ure và creatinin trung bình sau phẫu thuật lần lượt là $12,3 \pm 5,5$ (mmol/l) và $155,4 \pm 10,4$ ($\mu\text{mol/l}$) cao hơn thời điểm nhập viện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,011$). Có 39 bệnh nhân AKI (76,4%) cần lọc máu. Vô niệu/thiếu niệu là chỉ định lọc máu thường gặp. Giá trị creatinine cao nhất ở nhóm tử vong là $484,7 \pm 26,5$ ($\mu\text{mol/l}$) cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ lọc máu ở nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống (57,7% và 10,4%, $p = 0,02$). **Kết luận:** Tỷ lệ suy thận cấp sau phẫu thuật tương đối cao, chủ yếu là giai đoạn III theo KDIGO. Trong số người bệnh có tổn thương thận cấp, tỷ lệ phải điều trị lọc máu là phổ biến. Mức độ suy thận sau phẫu thuật liên quan với tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** tổn thương thận cấp, sau phẫu thuật, lọc máu, tỷ lệ tử vong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

SUMMARY**CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY AFTER SURGERY AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL**

Objectives: to describe the characteristics of acute kidney injury (AKI) after surgery at the Department of Surgical Intensive Care - Nghe An General Hospital. **Subjects and methods:** an analysis observational study included 138 patients treated at the Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Hospital from April 2023 to March 2024. **Results:** 36.9% patients developed acute kidney injury after surgery. AKI stage 3 according to KDIGO accounted for majority of the patients (86.8%). The average BUN and creatinine levels after surgery were 12.3 ± 5.5 (mmol/L) and 155.4 ± 10.4 ($\mu\text{mol/L}$), respectively, and statistically higher than the values on admission ($p = 0.011$). There were 39/51 (76.4%) AKI patients in the study required continuous hemodialysis. Anuria/oliguria were common indications for hemodialysis. The average creatinine levels in the fatal group were 484.7 ± 26.5 ($\mu\text{mol/L}$), which were statistically higher than those in the survival group ($p = 0.01$). The rate of continuous dialysis in the fatal group was statistically higher than that in the survival group (57.7% versus 10.4%, $p = 0.02$). **Conclusion:** The rate of acute kidney injury after surgery was relatively high and mainly stage III according to KDIGO. Among the patients with AKI, hemodialysis was common. The degree of AKI after surgery was related to mortality. **Keywords:** Acute kidney injury (AKI), after surgery, hemodialysis, mortality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (AKI – Acute Kidney Injury) là một hội chứng không đồng nhất được xác định bằng sự suy giảm nhanh chóng trong vài giờ đến vài ngày mức lọc cầu thận dẫn đến việc giữ lại các chất thải chuyển hóa, bao gồm ure và creatinin, kèm theo rối loạn cân bằng dịch, điện giải và toan kiềm¹. Hiện nay, AKI được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) năm 2012 dựa trên thể tích nước tiểu và creatinine huyết thanh². Tuy vậy, AKI là một hội chứng không đồng nhất, do nhiều nguyên nhân và có nhiều cơ chế bệnh sinh, xảy ra trên những nhóm bệnh nhân không đồng nhất đặc biệt là trên đối tượng bệnh nhân sau phẫu thuật, với cơ chế sinh lý bệnh đặc thù. Những nghiên cứu gần đây cho thấy lượng nước tiểu chịu ảnh hưởng của thuốc gây mê, aldosterone và vasopressin nên đặt ra giả thuyết rằng lượng nước tiểu có thể không phải là tiêu chí đáng tin cậy để chẩn đoán AKI sau phẫu thuật. Creatinine huyết là xét nghiệm thường quy, được sử dụng rộng rãi nhưng thay đổi chậm và phụ thuộc nhiều yếu tố (tuổi, giới, khối lượng cơ bắp, tốc độ dị hóa, cân bằng thanh thải và tái hấp thu ...). Do đó nhiều nghiên

cứu trên thế giới đang tập trung vào các tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như các yếu tố giúp tiên lượng sớm AKI trên bệnh nhân sau phẫu thuật³.

Tác giả Grams và cộng sự báo cáo tỷ lệ AKI trên bệnh nhân phẫu thuật là 11,8%; trong đó các yếu tố như lớn tuổi, nam giới, chủng tộc người Mỹ gốc Phi và chỉ số khối cơ thể là những yếu tố nguy cơ của AKI sau phẫu thuật⁴. Tác giả Li và cộng sự nghiên cứu trên 3499 bệnh nhân Trung Quốc cho thấy tuổi, chỉ số khối cơ thể, mức lọc cầu thận và thiếu máu là những yếu tố nguy cơ của AKI sau phẫu thuật⁵. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu mô tả đặc điểm suy thận cấp sau phẫu thuật, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá các đặc điểm của tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hữu Nghị Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên.
- Sau phẫu thuật được chuyển từ khoa Gây mê Hồi sức về điều trị tại Khoa Hồi sức Tích cực Ngoại.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh thận mạn trước đó.
- Bệnh nhân bị tổn thương thận cấp trước khi phẫu thuật.
- Bệnh nhân được lọc máu liên tục trong vòng 01 tuần trước khi phẫu thuật.
- Thời gian điều trị tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa nhỏ hơn 48 giờ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn vào nghiên cứu tất cả 138 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: 04/2023 – 03/2024.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực Ngoại – Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

2.4. Quy trình nghiên cứu. Các đặc điểm về nhân trắc học của bệnh nhân được thu thập gồm có tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index), tiền sử bệnh lý mạn tính được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Chẩn đoán được thu thập tại thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực Ngoại. Các đặc điểm trước phẫu thuật được thu thập gồm có tình trạng sốc, kháng sinh đã sử dụng, lượng dịch truyền, lượng

máu truyền. Các đặc điểm về quá trình phẫu thuật được thu thập gồm có loại phẫu thuật, vị trí phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, bệnh nhân có phẫu thuật lại hay không, lượng dịch truyền trong quá trình phẫu thuật, lượng máu truyền trong quá trình phẫu thuật. Đánh giá mức độ nặng của bệnh dựa trên thang điểm APACHE II và SOFA tại thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực Ngoại.

Bệnh nhân được theo dõi ghi nhận lượng nước tiểu và giá trị creatinin máu trong vòng 48 giờ sau nhập khoa Hồi sức tích cực Ngoại. Nếu bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán AKI theo KDIGO 2012 thì bệnh nhân được chẩn đoán là AKI sau phẫu thuật. Ngoài ra các kết cục khác cũng được thu thập bao gồm thời gian nằm tại Hồi sức tích cực Ngoại, kết cục tử vong.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0 Tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các giá trị trung bình và tỉ lệ % bằng t-test và Chi Square, chọn mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện hợp tác trong nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 40	39	28,3
40 - 49	12	8,7
50 - 59	14	10,1
60 - 69	25	18,1
≥ 70	48	34,8
Tổng	138	100
X ± SD	57,5 ± 20,6	

Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới tính	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Tuổi trung bình (X ± SD)	p
Nam	91	65,9	56,3 ± 20,4	0,64
Nữ	47	34,1	60,1 ± 21,3	
Tổng	138	100	57,5 ± 20,6	
Tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1				

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ

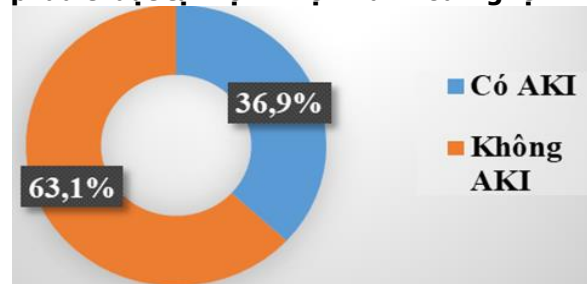
nhiều hơn so với bệnh nhân nữ.

Bảng 3. Mức độ nặng khi nhập khoa hồi sức

Thang điểm	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
SOFA	10,4 ± 3,6	15	6
APACHE II	20,6 ± 5,0	35	14
VIS	5,1 ± 1,2	10	4

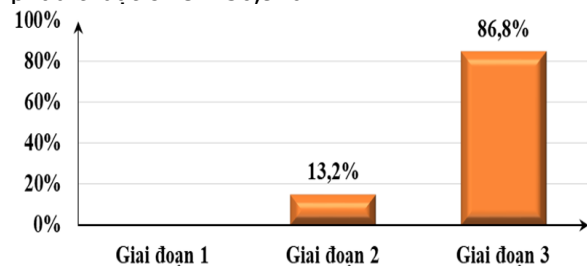
Nhận xét: Bệnh nhân nhập khoa hồi sức cấp cứu có điểm SOFA, APACHE II, VIS cao. Tỷ lệ sốc trước, trong và sau phẫu thuật đều chiếm ưu thế trong đó sốc trước phẫu thuật là chủ yếu.

3.2. Đặc điểm tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nghệ An



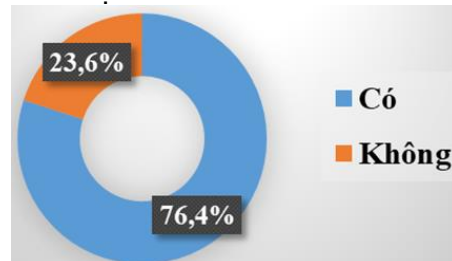
Biểu đồ 1. Tình trạng tổn thương thận cấp sau phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật chiếm 36,9%.



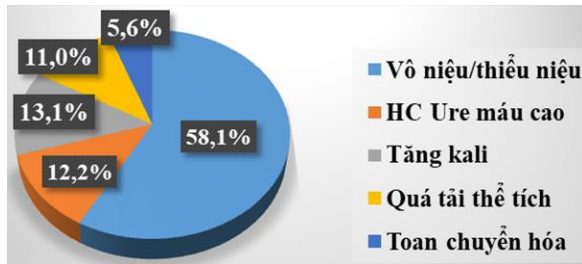
Biểu đồ 2. Mức độ tổn thương thận cấp theo KDIGO

Nhận xét: Tổn thương thận cấp giai đoạn 3 theo KDIGO chiếm tỷ lệ đa số trong nhóm có AKI sau phẫu thuật.



Biểu đồ 3. Tình trạng lọc máu liên tục

Nhận xét: Người bệnh có tổn thương thận cấp phải lọc máu liên tục chiếm tỷ lệ phổ biến 76,4%.



Biểu đồ 4. Chỉ định lọc máu liên tục

Nhận xét: Vô niệu/thiếu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất.

Bảng 4. Môi liên quan tổn thương thận cấp và kết cục người bệnh

Chỉ số trung bình	Kết cục		p
	Sống	Tử vong	
Creatinin nhập khoa (mmol/l)	106,2 ± 23,5	177,8 ± 28,6	0,023
Creatinin cao nhất (mmol/l)	184,9 ± 18,5	484,7 ± 26,5	0,01

Nhận xét: Chỉ số creatinin thời điểm nhập khoa và giá trị cao nhất ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương tự với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Dương Phước Đông năm 2018⁶, Nguyễn Thùy Dương, Lê Thị Diễm Tuyết và cộng sự (2021): tuổi trung bình: 56,1 ± 18,8 tuổi (nhỏ nhất là 19 tuổi, cao nhất là 90 tuổi), tỉ lệ nam giới chiếm 70,4%⁷. Nghiên cứu của Renato và cộng sự (2015): độ tuổi trung bình của người bệnh tổn thương thận cấp lọc máu bằng phương pháp SLED là 54,2 ± 17 (tuổi). Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn và cộng sự (2016) là 59,0%⁸.

4.1.2. Mức độ nặng khi nhập viện. Điểm SOFA và điểm APACHE II trung bình của người bệnh tại thời điểm nhập khoa hồi sức lần lượt là 10,4 ± 3,6 và 20,6 ± 5,0 (điểm). Điểm VIS tại thời điểm nhập khoa hồi sức là 5,1 ± 1,2 (điểm). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh (2021): ở nhóm người bệnh tổn thương thận cấp, điểm SOFA trung bình lúc vào viện là 6,7 và điểm APACHE II trung bình là 23⁹. Nghiên cứu của Quách Hồng Giang (2021) trên nhóm người bệnh sau phẫu thuật: điểm VIS có trung vị là 5, điểm SOFA, APACHE II trung bình lúc về khoa hồi sức là 8,6 ± 2,5 và 18,6 ± 6,6¹⁰. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương tự so với các tác giả nêu trên.

4.2. Đặc điểm tổn thương thận cấp sau phẫu thuật

4.2.1. Tỷ lệ tổn thương thận cấp. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Melo và cộng sự thực hiện tổng hợp từ 92 nghiên cứu bao gồm người bệnh nhập ICU từ năm 2005 – 2015 từ 60 quốc gia phát triển (1.057.332 người bệnh) và từ 33 quốc gia đang phát triển (34.539 người bệnh) sử dụng tiêu chuẩn RIFLE, AKIN và KDIGO để chẩn đoán AKI. Tỷ lệ AKI ở 38 nghiên cứu nước phát triển là 39,3% và ở 18 nghiên cứu nước đang phát triển là 35,1%². Như vậy, tỷ lệ AKI trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với tác giả nêu trên tuy nhiên lại thấp hơn tỷ lệ AKI trong nghiên cứu của Quách Hồng Giang (2021) với 64,0%¹⁰.

4.2.2. Mức độ tổn thương thận cấp và chỉ định lọc máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Dương và cộng sự (2021): chỉ định lọc máu vì vô niệu/thiếu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất với 57,4% tổng số chỉ định, cụ thể ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu là 55,4% và thẩm tách máu cấp cứu kéo dài là 60,2%. Chỉ định lọc máu do tăng ure máu (chiếm 13,5%). Tiếp theo là chỉ định tăng kali máu (chiếm 12,8%), quá tải thể tích (chiếm 11,8%). Ít xuất hiện hơn là chỉ định do toan chuyển hóa chiếm 4,2%⁷.

4.2.3. Môi liên quan giữa tổn thương thận cấp và kết cục người bệnh. Tỷ lệ người bệnh sống chiếm 67,5% cao hơn so với tỷ lệ tử vong 37,5%. So sánh giữa hai nhóm kết cục của người bệnh cho thấy giá trị creatinine trung bình lúc nhập viện của nhóm người bệnh tử vong cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023 < 0,05$. Đồng thời mức độ creatinine trung bình cao nhất ở nhóm người bệnh tử vong cũng cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01 < 0,05$. Như vậy có thể kết luận rằng, người bệnh có chức năng thận xấu hơn tại thời điểm nhập khoa HSCC có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan giữa suy thận cấp cần lọc máu và tỷ tử vong tại bệnh viện. Tổn thương thận cấp tính có thể đi kèm với tổn thương phổi cấp tính, suy gan và các cơ quan khác, đặc biệt ở những người bệnh nguy kịch. Levy và cộng sự (2016) đã tiến hành nghiên cứu thuần tập tại Bệnh viện Yale-New Haven, Mỹ trên 357 người bệnh chia làm 2 nhóm: 183 người bệnh mắc AKI và 174 người bệnh không mắc AKI để đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận cấp và tỷ lệ tử vong cho kết quả tỷ lệ tử vong là 34% ở người bệnh mắc AKI so với chỉ 7% ở người bệnh không mắc AKI. Phân tích tỷ suất chênh cho thấy tỷ lệ tử vong tăng gấp 5,5 lần ở nhóm AKI. Lassnigg

cộng sự (2004) nghiên cứu người bệnh hậu phẫu sau mổ tim cho thấy nguy cơ tử vong tăng gấp đôi đối với những người bệnh không có thay đổi hoặc tăng nhẹ (<0,5 mg/dl) creatinin 48 giờ sau phẫu thuật so với những người bệnh có mức creatinin giảm nhẹ trong suốt thời gian phẫu thuật. Trong một nghiên cứu tương tự, Loef và cộng sự (2005) cho thấy mối liên quan giữa mức tăng creatinin 25% trong tuần hậu phẫu đầu tiên và tỷ lệ tử vong ngắn và dài hạn (> 8 năm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được kết quả tương tự với các tác giả nêu trên. Mức độ creatinin càng cao thì tỷ lệ tử vong càng nhiều, đây có thể là một chỉ số tiên lượng được nguy cơ tử vong đối với người bệnh có tổn thương thận cấp sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật còn chiếm tỷ lệ tương đối cao. Hầu hết người bệnh có tổn thương thận cấp giai đoạn III theo KDIGO, và 76,4% số đó phải lọc máu ngoài cơ thể. Mức độ tổn thương thận cấp càng nhiều thì tỷ lệ tử vong càng cao đòi hỏi cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời cải thiện tiên lượng, tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Skorecki K (2016), "Brenner and Rector's The

- Kidney tenth edition", 1, pp. 958-1011.
2. Khwaja A. (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clin Pract*, 120(4), c179-184.
 3. Bell S. và Prowle J. (2019). Postoperative AKI—Prevention Is Better than Cure?. *JASN*, 30(1), 4–6.
 4. Hahn R.G. (2010). Volume kinetics for infusion fluids. *Anesthesiology*, 113(2), 470–481.
 5. Grams M.E., Sang Y., Coresh J. và cộng sự. (2016). Acute Kidney Injury After Major Surgery: A Retrospective Analysis of Veterans Health Administration Data. *Am J Kidney Dis*, 67(6), 872–880.
 6. Nguyễn Trường Sơn (2016). Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn chuyên khoa II. Khoa Y – Đại học Quốc Gia TP HCM.
 7. Hà Hoàng Kiệm (2023). Lọc máu điều trị thay thế thận. *Bệnh thận tiết niệu*, Nhà xuất bản Y Học, tr. 115.
 8. Lê Thị Diễm Tuyết (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
 9. Nguyễn Thế Anh, Tô Hoàng Dương (2021). Đánh giá thực trạng tổn thương thận cấp theo thang điểm RIFLE ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực và chống độc. *Tạp chí Y học Việt Nam*; 508(1).
 10. Quách Hoàng Giang (2021). Yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược TP HCM.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG SAU ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU CẦN THƠ

Nguyễn Tấn Lực¹, Bùi Tiến Công^{2,3}, Mai Trọng Khoa^{2,3}, Cao Văn Trung², Nguyễn Tiến Mạnh³, Nguyễn Hải Yến³, Phạm Văn Thái^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá một số biến chứng sau điều trị ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 257 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật và điều trị I-131 tại bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 11 lần nam giới, tuổi trung bình là 44,5 ± 11,8. Kết quả mô

bệnh học chiếm cao nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là giai đoạn I. Biến chứng sau phẫu thuật cao. Biến chứng sớm thường gặp sau điều trị I-131 là khô miệng (25,3%) và viêm dạ dày (22,2%). Chưa phát hiện biến chứng muộn do điều trị I-131. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, biến chứng

SUMMARY

EVALUATE THE COMPLICATIONS OF DIFFERENT THYROID CANCER PATIENTS AFTER TREATMENT AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate complications after treatment of differentiated thyroid cancer patients at Can Tho Oncology Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study of 257 differentiated thyroid cancer patients after surgery and treatment with radioactive iodine (RAI) from July 2016 to June 2022 at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The

¹Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024