

BN (5,9%), Xấu 0 BN.

- 32/34 BN (94,1%) liền xương các ổ gãy, khớp chày sên về đúng vị trí giải phẫu, không doãng mộng chày mác. Có 2 BN (5,9%) thoái hóa khớp chày sên.

- Gãy mắt cá sau di lệch nên được nắn chỉnh và cố định vững chắc bằng vít xoắn hoặc nẹp vít với đường mổ sau ngoài hoặc sau trong. Nền kết xương mác, mắt cá sau (nếu có) rồi đến mắt cá trong. Bắt vít cố định mộng chày mác được chỉ định khi test Cotton (+).

- Điều trị bằng phẫu thuật nắn chỉnh mở và kết hợp xương bên trong giúp BN gãy Dupuytren phục hồi được giải phẫu và chức năng cổ chân, đặc biệt khi kèm gãy mắt cá sau.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burwell H.N. và Charnley A.D.** (1965). The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement. *J Bone Joint Surg Br*, 47(4), 634–660.

2. **Verhage S.** (2019), Management of the posterior malleolus in trimalleolar fractures. 179, Leiden University, the Netherlands.

3. **Karande V., Nikumbha V.P., Desai A. et al.** (2017), "Study of surgical management of malleolar fractures of ankle in adults", *Int J Orthop Sci*, 3(3), 783–787.

4. **Bartoniček J., Rammelt S., Tuček M. et al.** (2015), "Posterior malleolar fractures of the ankle", *Eur J Trauma Emerg Surg*, 41(6), 587–600.

5. **Ma Ngọc Thành** (2010), Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Luận văn thạc sĩ y học đại học y Hà Nội.

6. **Đỗ Tuấn Anh** (2016). Kết quả phẫu thuật gãy kín xương mắt cá chân ở người trưởng thành tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học đại học y Hà Nội.

7. **Tosun B., Selek O., Gok U. et al.** (2018), "Posterior Malleolus Fractures in Trimalleolar Ankle Fractures: Malleolus versus Transyndesmal Fixation". *Indian J Orthop*, 52(3), 309–314.

8. **Mak M.F., Stern R., Assal M.** (2018). "Repair of syndesmosis injury in ankle fractures". *EFORT Open Rev*, 3(1), 24–29.

## 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

Nguyễn Thế Anh\*, Tô Hoàng Dương\*

### TÓM TẮT<sup>3</sup>

**Mục tiêu:** Phân tích đặc điểm, các yếu tố nguy cơ và tiên lượng tử vong của bệnh nhân tổn thương thận cấp. **Đối tượng và phương pháp:** 201 bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2020. Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Tuổi TB 80.1; 84.1% là nam, ngày điều trị ICU TB 14.6, tỉ lệ TV gấp 3.6 lần ở nhóm AKI so với NAKI. Tỷ lệ AKI 34.3%; mắc mới 19.4%; hồi phục 31.9%; tử vong: 40.6%. Nguyên nhân: sốc nhiễm khuẩn (52.2%), thiếu dịch (14.5%), suy tim (13%), thuốc độc với thận (8.7%). Các yếu tố nguy cơ AKI: suy đa tạng (OR 6.8), sốc (OR 4.6), nhiễm khuẩn nặng (OR 3.2). Nguy cơ tử vong: sốc (OR 13.0), suy đa tạng (OR 11.3), phải thở máy (OR 8.4), suy gan, rối loạn đông máu (OR 4.4). AKI thời điểm nặng nhất liên quan đến tỷ lệ tử vong: R (OR 2.3), I (OR 3.7), F (OR 4.5). Sốc nhiễm khuẩn làm tăng tử vong ở bệnh nhân AKI lên 3.5 lần ( $p < 0.05$ ), suy tim là 2.6 lần ( $p < 0.05$ ) và dùng thuốc độc với thận là 1.5 lần ( $p < 0.05$ ) so với nhóm NAKI. **Kết luận:** Phân độ RIFLE

đơn giản, áp dụng tốt tại các đơn vị hồi sức để đánh giá mức độ, tiến triển của tổn thương thận cấp.

**Từ khóa:** Đặc điểm, yếu tố nguy cơ, tiên lượng tử vong, tổn thương thận cấp.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE CURRENT SITUATION OF ACUTE KIDNEY INJURY BY RIFLE SCOPE INPATIENTS TREATED AT CRITICAL CARE AND POISONING CONTROL DEPARTMENT

**Objectives:** To analyze the characteristics, risk factors and mortality prognosis of patients with acute kidney injury. **Subjects and method:** 201 patients treated at the critical care and poisoning control department from March to September 2020. Descriptive prospective. **Results:** Average age 80.1; 84.1% were male, the ICU treatment day was 14.6, the rate of mortality was 3.6 times higher in the AKI group than in the NAKI group. The rate of AKI was 34.3%; 19.4% new cases; recovered 31.9%; mortality: 40.6%. Causes: septic shock (52.2%), fluid deficiency (14.5%), heart failure (13%), nephrotoxic drugs (8.7%). Risk factors for AKI: multiple organ failure (OR 6.8), shock (OR 4.6), severe infection (OR 3.2). Risk of death: shock (OR 13.0), multiple organ failure (OR 11.3), mechanical ventilation (OR 8.4), liver failure, coagulopathy (OR 4.4). The most severe AKI was associated with mortality: R (OR 2.3), I (OR

\*Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương

Email: dr.hoangduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 17/9/2021

Ngày duyệt bài: 2/10/2021

3.7), F (OR 4.5). Septic shock increased mortality in patients with AKI by 3.5 times ( $p < 0.05$ ), heart failure by 2.6 times ( $p < 0.05$ ) and nephrotoxic drugs by 1.5 times ( $p < 0.05$ ) compared with NAKI group. **Conclusion:** The RIFLE classification is simple, well applied in intensive care units to assess the extent and progression of acute kidney injury.

**Keywords:** Characteristics, risk factors, mortality prognosis, acute kidney injury.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (AKI) là một hội chứng thường gặp trên bệnh nhân hồi sức cấp cứu với tỉ lệ tử vong cao. Tỉ lệ xuất hiện AKI ở bệnh nhân Hồi sức cấp cứu từ 4 - 25%. Tỉ lệ tử vong của AKI ở bệnh nhân hồi sức từ 19 - 83%, ở bệnh nhân cần lọc máu hoặc kết hợp với suy đa tạng tử vong lên tới 50-90% [1], [2], [3]. Ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, AKI thường xảy ra với nhiều nguyên nhân: thiếu dịch, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, sốc chấn thương, sử dụng thuốc độc với thận... Trong thực tế lâm sàng, người bệnh có thể có nhiều nguy cơ và nguyên nhân AKI cùng lúc.

Phân độ RIFLE (Tác giả Bellomo và cs - năm 2004) đã được nhiều tác giả trên thế giới cũng như tại Việt Nam áp dụng đánh giá AKI trên bệnh nhân Hồi sức [4]. Phân độ này giúp người thầy thuốc chẩn đoán AKI theo từng giai đoạn nguy cơ tới giai đoạn tổn thương hoặc suy từ đó đưa ra các can thiệp điều trị phù hợp, giúp cải thiện tiên lượng của các bệnh nhân AKI. Tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô, AKI là một vấn đề cần thiết nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài:

### - Phân bố bệnh nhân theo tuổi

	Chung	NAKIN**	AKIN*	P
<b>Tuổi trung bình (năm)</b> X ± SD (min-max)	78.5±10.6 (47 - 102)	76.8±7.6 (47 - 94)	80.1±5.6 (78 - 102)	>0.05
<b>Số ngày điều trị (ngày)</b> X ± SD (min-max)	13.6 ± 7.6 (2 - 48)	12.7 ± 5.7 (2 - 35)	14.6 ± 4.6 (7 - 48)	< 0.05
<b>Tỷ lệ tử vong (%)</b>	33.8	59.4	29.5	< 0.01

(\*AKI: tổn thương thận cấp, \*\*NAKI: không tổn thương thận cấp)

## 2. Đặc điểm tổn thương thận cấp

### 2.1. Tỷ lệ mắc tổn thương thận cấp

Thời điểm	Nhập khoa	Mắc mới	Tổng
<b>Tỷ lệ (%)</b>	14.9	19.4	34.3

### 2.2. Tỷ lệ các mức độ tổn thương thận cấp theo thời gian

Mức độ	Thời điểm	Vào khoa	Nặng nhất	Rời khoa	P
Bình thường (n,%)		39(56.5%)	0(0.0%)	22(31.9%)	<0.05
R(n,%)		12(17.4%)	11(15.9%)	11(15.9%)	
I(n,%)		11(15.9%)	19(27.5%)	9(13.0%)	
F(n,%)		7(10.2%)	37(56.6%)	27(39.1%)	

"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" với 02 mục tiêu:

1. Phân tích đặc điểm bệnh nhân và biến cố tổn thương thận cấp ở bệnh nhân tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc
2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân tổn thương thận cấp tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 201 bệnh nhân điều trị HSTC&CD - BV Hữu Nghị Việt Xô.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các BN điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2020

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có tiền sử suy thận mạn
- BN điều trị tại khoa Hồi sức tích cực dưới 02 ngày, không đủ số liệu nghiên cứu
- BN và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2. Thời gian nghiên cứu:** Từ 3/2020 đến 09/2020

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả.

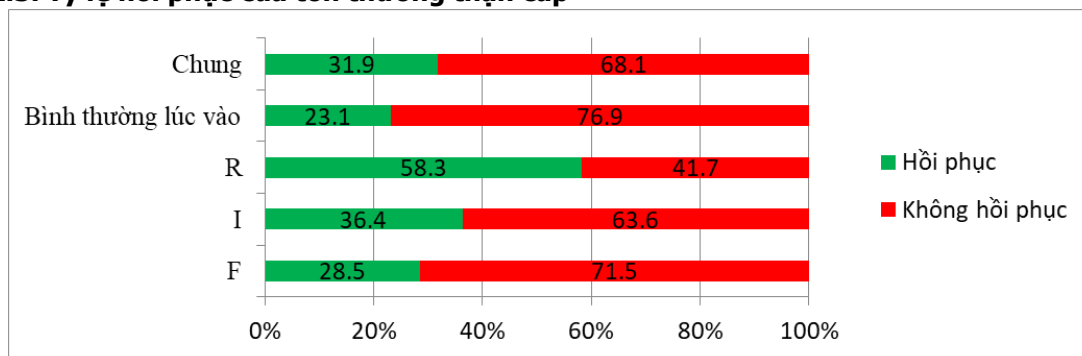
**4. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 16.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

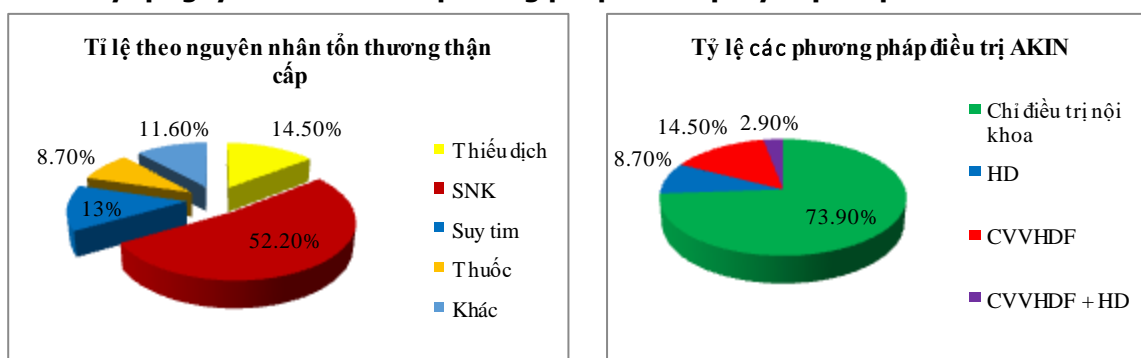
Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 201 bệnh nhân vào điều trị tại khoa HSTC&CD từ 3/2020 đến 9/2020 với những đặc điểm như sau:

**1. Đặc điểm điểm chung của nhóm nghiên cứu:**

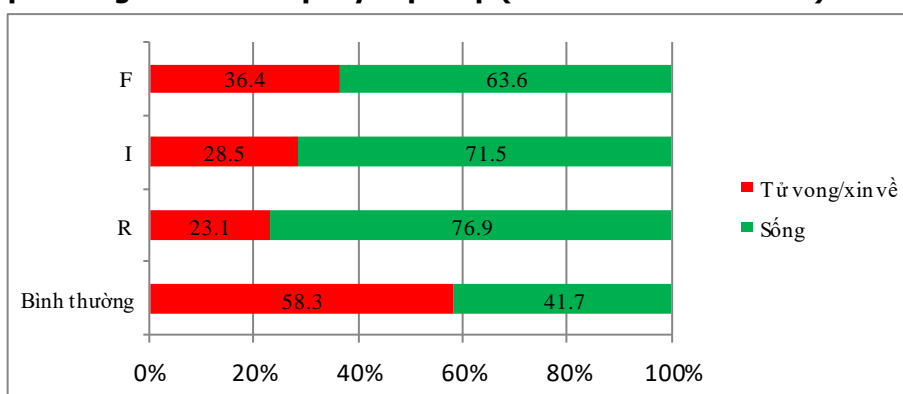
### 2.3. Tỷ lệ hồi phục của tổn thương thận cấp



### 2.4. Tỷ lệ nguyên nhân và các phương pháp điều trị suy thận cấp



### 2.5. Tỷ lệ tử vong ở các mức độ suy thận cấp (thời điểm lúc vào khoa)



## 3. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân AKI

### 3.1. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và AKI

Yếu tố nguy cơ	Hệ số beta	OR (95% CI)	P
Suy đa tạng ( $\geq 2$ tạng)	1,98	6,8(2,93- 16,10)	<0.01
Sốc	1,67	4,6(1,24- 7,25)	<0.05
Nhiễm khuẩn nặng	0,94	3,2(2,11- 5,90)	<0.05
Thiếu dịch	0,85	2,8(1,73- 7,02)	<0.01
Suy tim	0,74	2,6(1,43- 6,54)	<0.01
Suy gan, rối loạn đông máu	0,61	2,5(1,10-3,64)	<0.05
Dùng thuốc độc với thận	0,51	2,1(0,90 – 3,71)	<0.05
Thở máy	0,48	1,8(2,07- 7,10)	<0.01
Đái tháo đường/Tăng đường máu	0,46	1,60(0,41- 1,20)	<0.05
Tiêu cơ vân	0,32	1,4(2,56- 10,02)	<0.01

**3.2. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ và tử vong ở bệnh nhân AKI**

Thông số	Hệ số beta	OR (95% CI)	p
Sốc	3,402	13.0(3,26 - 36,40)	<0.001
Suy đa tạng ( ≥2 tạng)	3,113	11,3(1,01- 66,02)	<0.05
Phải thở máy	2,529	8.4(4,23 - 86,12)	<0.005
Suy gan, rối loạn đông máu	1.684	4,4(1,61 - 12,23)	<0,05
Nhiễm khuẩn nặng	1.954	2,9(0,34- 5,18)	<0,05
Suy tim	1.512	2,7(0.33- 3,39)	<0,05
ĐTĐ/ RL đường máu	1.203	2.1(0.32 – 3.2)	<0.05
Dùng thuốc độc với thận	0.812	1.5(0.32 – 3.2)	<0.05

**3.3. Liên quan giữa mức độ nặng AKI ở thời điểm nặng nhất với tử vong**

Mức độ	Hệ số beta	OR (95% CI)	p
AKI nặng nhất với NAKI			
R	0.61	2.3(1.76 – 3.41)	<0.05
I	0.83	3.7(3.13 – 6.12)	<0.05
F	1.91	4.5(4.11 – 8.72)	<0.05

**3.4. Liên quan giữa các nhóm bệnh với tử vong**

Nhóm bệnh	Hệ số beta	OR (95% CI)	p
Sốc nhiễm khuẩn	0.71	3.5(2.45 – 5.74)	<0.05
Suy tim	0.73	2.6(2.13 – 3.80)	<0.05
Thiếu dịch	-0.02	1.03(0.45 - .31)	>0.05
Thuốc độc với thận	1.01	1.51(1.15 – 2.70)	<0.05
Khác	0.31	1.71(0.57 – 3.12)	>0.05

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung.** Tuổi trung bình của bệnh nhân tương đối cao (78.5±10.6 tuổi) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu khác: Đặng Thị Xuân (2016) là 55.3 tuổi [5], Lê Diễm Tuyết (2010) là 51.2 tuổi [6], Uchino là 67 tuổi [7]

Bệnh nhân AKI điều trị Hồi sức trung bình 14.6± 4.6 ngày, dài hơn bệnh nhân NAKI là 12.7± 5.7 (p<0.05). Như vậy, AKI cấp là một yếu tố kéo dài thời gian điều trị hồi sức của bệnh nhân.

Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân AKI là 40.6% cao hơn nhóm NAKI là 29.5%, OR 3.6, p<0.01. Nói cách khác bệnh nhân AKI có nguy cơ tử vong cao gấp 3.6 lần so với bệnh nhân NAKI. Tỉ lệ này tương đương với tác giả Lê Thị Diễm Tuyết là 52,5% [6].

**2. Đặc điểm tổn thương thận cấp**

**2.1. Tỉ lệ mắc tổn thương thận cấp.** Tỉ lệ AKI của mẫu nghiên cứu là 34.3%, trong đó tỉ lệ trước lúc vào khoa là 14.9%, mắc mới tại khoa Hồi sức là 19.4%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (2016) (tỉ lệ 45.5%) [5] nhưng tương tự Uchino S. với tỉ lệ AKI là 35.7% [7].

**2.2. Tỉ lệ các mức độ tổn thương thận cấp theo thời gian.** Có 39 (56.5%) bệnh nhân xuất hiện AKI trong quá trình điều trị tại Khoa Hồi sức. Có 50 (72.5%) bệnh nhân có tiến triển

AKI cấp tăng lên trong quá trình điều trị. Nhìn chung, mức độ AKI cấp tăng dần trong giai đoạn đầu, sau đó phân bố theo 02 chiều hướng: giảm dần và phục hồi hoặc tăng lên và không hồi phục. Đặng Thị Xuân (2016) chỉ ra tỉ lệ AKI cấp tiến triển khác nhau giữa các mức độ. Với mức độ AKI lúc vào viện: Rvv (26,7%) – Ivv (24,3%) – Fvv (30,6%), sau khi tiến triển, các mức độ suy thận nặng nhất là độ Rmax (24,7%) – Imax (28,6%) – Fmax (chiếm tỉ lệ cao nhất 46,7%) [5]. Nghiên cứu của Hoster E. A. (2006) thấy AKI cấp chiếm 67,2% bệnh nhân hồi sức, trong đó 45% xuất hiện sau vào viện [2].

**2.3. Tỷ lệ hồi phục của AKI cấp.** Tỷ lệ phục hồi sau AKI cấp chung là 31.9%, trong đó phục hồi nhiều nhất là nhóm R (58.3%), tiếp theo là nhóm I (36.4%), nhóm F (28.5%), thấp nhất là nhóm bình thường lúc vào khoa (23.1%). Tác giả Đặng Thị Xuân (2016) thấy có 104 bệnh nhân (40,8%) hồi phục chức năng thận, 151 bệnh nhân (59,2%) chức năng thận chưa hồi phục khi ra viện hoặc tử vong. Có sự khác nhau về tỉ lệ hồi phục ở các mức độ AKI với p<0,001.

**2.4. Tỷ lệ các nguyên nhân và phương pháp điều trị suy thận cấp.** Nguyên nhân hàng đầu gây AKI cấp là sốc nhiễm khuẩn (52.2%), tiếp đó là thiếu dịch (14.5%), suy tim (13%), thuốc (8.7%), nguyên nhân khác (11.6%). Tỷ lệ căn nguyên sốc nhiễm khuẩn chiếm đa số tương đồng với các nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (2016) là 43.9% [5], nghiên cứu

BEST, các tác giả đã nhận thấy 47,5% bệnh nhân AKI cấp liên quan với tình trạng sốc nhiễm khuẩn, 34% liên quan với phẫu thuật lớn, 27% liên quan với sốc tim, 26% liên quan với thiếu thể tích và 19% liên quan với sử dụng thuốc [7].

Có 73.9% bệnh nhân AKI cấp được điều trị điều trị bằng các phương pháp nội khoa, trong khi 26.1% bệnh nhân được phối hợp điều trị với các phương pháp lọc máu (14.5% CVVHDF, 8.7% HD và 2.9% là phối hợp cả 2 phương pháp lọc). Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định lọc máu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Đặng Thị Xuân (2016): 26.1% so với 34.5% [5]. Tác giả Aboisaif N.Y. (2005) thấy 38,8% bệnh nhân AKI cần lọc máu, bệnh nhân AKI nặng hơn thì tỉ lệ phải lọc máu cao hơn: R(28,3%) – I(50,5%) – F(58%) [1].

**2.5. Tỷ lệ tử vong ở các mức độ suy thận cấp (thời điểm lúc vào khoa).** Tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm bình thường (58.3%), tiếp sau là nhóm mức độ F (36.4%). Tỷ lệ tử vong thấp nhất ở nhóm mức độ R (23.1%)

### 3. Các yếu tố nguy cơ và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân AKI

**3.1. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và AKI.** Suy đa tạng là một bệnh cảnh nặng nề nhất của bệnh nhân hồi sức, đó đó nó cũng là yếu tố làm tăng AKI cấp lên 6.8 lần, tiếp theo đó là tình trạng sốc (nhiễm khuẩn, sốc tim...) với OR là 4.6 và nhiễm khuẩn nặng với OR là 3.2. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (suy đa tạng: OR là 7.3, sốc: OR là 2.5, nhiễm khuẩn nặng: OR là 2.1) [5]

Tuy nhiên, ở nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân gần như toàn bộ là người cao tuổi, nên yếu tố tuổi cao bị "triệt tiêu" và không thấy được là yếu tố nguy cơ gây AKI cấp như trong nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (tuổi cao có OR là 1.8) [5].

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra 02 yếu tố khác có liên quan đến nguy cơ AKI cấp là: dùng thuốc độc với thận (OR là 2.1) và đái tháo đường/rối loạn tăng đường máu (OR là 1.6)

**3.2. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ và tử vong ở bệnh nhân AKI.** Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra các yếu tố có liên quan nhất đến tử vong trên bệnh nhân AKI là: sốc (OR 13.0), suy đa tạng (OR 11.3), phải thở máy (OR 8.4). So sánh với kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (2016), kết quả của chúng tôi có những khác biệt nhất định. Về mặt thứ tự OR cao đến thấp của Đặng Thị Xuân là: phải thở máy (OR 34.1), sốc (OR 11.0), suy đa tạng (OR 8.3) [5]. Về mặt các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra thêm các yếu tố liên quan chặt chẽ đến tử

vong của bệnh nhân AKI cấp là nhiễm khuẩn nặng (OR 2.9), suy tim (OR 2.7), đái tháo đường/rối loạn đường máu (OR 2.1), dùng thuốc độc với thận (OR 1.5). Điều này có thể lý giải do đặc thù nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần mắc nhiều bệnh phối hợp và chức năng thận đã bị suy giảm theo tuổi do đó các biến đổi có thể ảnh hưởng lớn hơn rất nhiều đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.

Kết quả của nghiên cứu tương tự thực hiện bởi tác giả Uchino Shigehiko và cộng sự (2005) nhận thấy nguy cơ độc lập liên quan tới tử vong bệnh viện của AKI cấp là bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch (OR:1,95; 95% CI: 1,50-2,55; p=0,001), phải thở máy (OR; 2,11; 95% CI: 1,58-2,82; p 0,001), sốc nhiễm khuẩn (OR: 1,36; 95% CI: 1,03-1,79; p=0,03), sốc tim (OR: 1,41; 95% CI: 1,05-1,90; p=0,02), hội chứng gan thận (OR: 1,87; 95% CI: 1,07-3,28; p=0,03), sốc tim (OR: 1,41; 95% CI: 1,05-1,90; p=0,02), hội chứng gan thận (OR: 1,87; 95% CI: 1,07-3,28; p=0,03) [7].

**3.3. Liên quan giữa mức độ nặng AKI ở thời điểm nặng nhất với tử vong.** Về cơ bản, mức độ AKI cấp tại thời điểm nặng nhất có liên quan đến tỷ lệ tử vong, mức độ tổn thương càng nặng thì tỷ lệ tử vong càng cao. Cụ thể, trị số OR (P) tử vong trên nhóm bệnh nhân tổn thương mức độ R, I, F lần lượt là: 2.3 (p<0.05), 3.7 (p<0.05) và OR 4.5 (p< 0.05). Điều này cũng phù hợp với diễn biến bệnh của từng bệnh nhân, đó là ở thời điểm bệnh nhân bệnh nặng nhất trong đó có tình trạng AKI cấp, khả năng tiên lượng tử vong sẽ chính xác nhất.

Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả và phân tích của một số tác giả. Tác giả Đặng Thị Xuân (2016) chỉ ra trị số OR tương ứng với các mức độ R, I, F lần lượt là: 1,9; 2,2 và 5,2 [5]. Theo Hoster E.A, nếu đánh giá theo RIFLEmax thì các mức độ AKI theo phân độ RIFLE đều làm tăng nguy cơ tử vong so với bệnh nhân NAKI: độ I: OR 1,4 (95% CI:1,02- 1,88; p=0,037), độ F: OR 2,7 (95% CI:2,03 – 3,55; p<0,001) [2].

**3.4. Liên quan giữa các nhóm bệnh với tử vong.** Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn làm tăng tử vong ở bệnh nhân AKI cấp lên 3.5 lần (p<0.05), suy tim là 2.6 lần (p<0.05) và dùng thuốc độc với thận là 1.5 lần (p<0.05) so với nhóm NAKI. Thiếu dịch và các nguyên nhân khác không liên quan có ý nghĩa với tỷ lệ tử vong.

Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu. Tác giả Đặng Thị Xuân đã nhiễm khuẩn làm tăng tử vong ở bệnh nhân nặng có AKI lên 2,1 lần

(95% CI: 1,13 – 3,8; p <0,05), suy gan - rối loạn đông máu làm tăng 2,8 lần (95% CI: 1,15 – 6,7; p <0,001). Nhóm bệnh tim mạch và viêm tụy cấp không rõ mối liên quan với tỷ lệ tử vong [5]. Phân tích của Schrier Robert W chỉ ra tỷ lệ AKI cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn tử vong lên tới 70% so với AKI cấp đơn thuần là 45%.

## V. KẾT LUẬN

Phân độ RIFLE đơn giản, áp dụng tốt tại các đơn vị hồi sức để đánh giá mức độ, tiến triển của AKI

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abosaif N. Y., Tolba Y. A., et al. (2005)**, "The outcome of acute renal failure in the intensive care unit according to RIFLE: model application, sensitivity, and predictability", *Am J Kidney Dis*, 46(6), pp. 1038-48.
2. **Hoste E. A., Clermont G., et al. (2006)**, "RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis", *Crit Care*, 10(3), pp. 12.
3. **Metnitz P. G., Krenn C. G., et al. (2002)**, "Effect of acute renal failure requiring renal replacement therapy on outcome in critically ill patients", *Crit Care Med*, 30(9), pp. 2051-8.
4. **Bellomo R., Ronco C., et al. (2004)**, "Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group", *Crit Care*, 8(4), pp. R204-12.
5. **Đặng Thị Xuân, Hà Trần Hưng và cộng sự (2016)**, Nghiên cứu áp dụng phân độ RIFLE trong đánh giá mức độ, tiến triển và tiên lượng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức, Đại học Y HN.
6. **Lê Thị Diễm Tuyết (2010)**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp trong hồi sức nội khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. **Uchino S., Kellum J. A., et al. (2005)**, "Acute renal failure in critically ill patients: a multinational, multicenter study", *JAMA*, 294(7), pp. 813-8.
8. **Salgado G., Landa M., et al. (2014)**, "Acute renal failure according to the RIFLE and AKIN criteria: a multicenter study", *Med Intensiva*, 38(5), pp. 271-7.

## ẢNH HƯỞNG CỦA VẬT LIỆU LÀM MÃO RĂNG LÊN CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG NHA CHU Ở RĂNG CỐI LỚN HÀM TRÊN ĐÃ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA

Nguyễn Công Kiều Trang\*, Đoàn Minh Trí\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của các vật liệu chế tác mão khác nhau (toàn sứ và hợp kim sứ) lên tình trạng nướu tại vị trí cạnh mão. **Đối tượng và phương pháp:** 20 bệnh nhân có nhu cầu phục hồi răng cối lớn hàm trên sau khi điều trị nội nha tại khu điều trị 3, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh được lựa chọn để tham gia nghiên cứu. Các đối tượng được chia thành 2 nhóm: 10 bệnh nhân ở nhóm mão toàn sứ, 10 bệnh nhân ở nhóm mão sứ kim loại. Các thông số nha chu được ghi nhận ngay sau khi gắn mão, 45 ngày sau gắn mão và 90 ngày sau khi gắn mão. **Kết quả:** Các thông số lâm sàng nha chu tại các thời điểm sau khi gắn phục hình, 45 và 90 ngày không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mão toàn sứ và mão sứ - kim loại. Phục hình mão răng có làm gia tăng nhẹ chỉ số mảng bám và chỉ số nướu ở cả hai nhóm nhưng không có sự khác biệt ý nghĩa (p > 0,05). **Kết luận:** Không có sự khác biệt về ảnh hưởng sứ và hợp kim lên chỉ số mô nướu quanh răng khi thực hiện phục hình mão răng.

**Từ khóa:** Mão toàn sứ, mão sứ kim loại, chỉ số lâm sàng nha chu.

\*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Kiều Trang

Email: drnguyentrang0308@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 30/9/2021

Ngày duyệt bài: 11/10/2021

### SUMMARY

#### THE EFFECT OF DENTAL MATERIALS INFLUENCE ON PERIODONTAL PARAMETERS OF THE UPPER MAXILLARY MOLAR HAD BEEN ENDODONTIC TREATMENT AND CROWN PROSTHESIS

**Objective:** To evaluate the effectiveness of types of dental materials (all-porcelain and porcelain -fused to metal crowns) using to make crowns influence on the gingival tissues around crowns. **Material and methods:** 20 patients with the upper maxillary molars had been root canal treatment at the Clinical Department 3, Faculty of Odonto Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City, recruited in the study. The subjects were divided into 2 groups, included 10 -subject group was treated with all-porcelain crowns and 10 -remain group treated with porcelain-fused to metal crowns. Periodontal parameters were recorded immediately after crown cementations, 45 and 90 days subsequently. **Results:** The periodontal clinical parameters at the time of crown cementations, 45 and 90 days after fixed crowns showed no statistically significant differences between two groups using all-porcelain crown and porcelain – fused to metal crowns. Crown prostheses caused to lightly increasing the plaque index and gingival index in both groups but there were no statistically significant differences (p > 0.05). **Conclusion:** There were no significant differences in the effects of using all-porcelain or