

tính dị biệt của khối u và khả năng kháng trị. Thứ ba, nó kích hoạt Macropinocytosis – con đường cho phép tế bào lấy các chất dinh dưỡng ngoại bào cần thiết cho sự sống còn. Và cuối cùng, nó tham gia vào quá trình cạnh tranh tế bào, loại bỏ các tế bào lân cận để mở rộng không gian phát triển. Ngoài ra, đột biến KRAS thúc đẩy sự tiến triển của khối u thông qua hoạt hóa liên tục các con đường truyền tín hiệu MAPK/ERK và PI3K/AKT; chính vì vậy, do sự thúc đẩy của đột biến gen KRAS đối với quá trình xâm lấn khối u và di căn dẫn đến những đột biến này được quan tâm như là một yếu tố tiên lượng xấu cho sự sống còn của bệnh nhân.

Nghiên cứu này còn tồn tại nhiều hạn chế do nguồn lực có hạn và cỡ mẫu nhỏ, chưa thể phản ánh đầy đủ mọi khía cạnh của một bệnh lý phức tạp như ung thư. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam công bố tỷ lệ nhiễm EBV có liên quan tới UTĐTT nguyên phát. Sự phối hợp giữa liệu pháp miễn dịch và ĐTĐ có thể là một chiến lược tiềm năng, giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị, cá nhân hóa phác đồ cho từng bệnh nhân, từ đó cải thiện tiên lượng và chất lượng sống cho người bệnh mắc UTĐTT.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phát hiện tỷ lệ dương tính với EBV trong quần thể bệnh nhân UTĐTT nguyên phát chiếm 53,9% tuy nhiên không có liên quan tới tuổi, giới hay phân loại giải phẫu bệnh. Tỷ lệ đột biến gen KRAS liên

quan tới đáp ứng điều trị đích ghi nhận là 49,01% và ghi nhận có gia tăng ở nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corallo S, Lasagna A, Filippi B, et al. Unlocking the Potential: Epstein-Barr Virus (EBV) in Gastric Cancer and Future Treatment Prospects, a Literature Review. *Pathogens*. 2024;13(9):728. doi:10.3390/pathogens13090728
2. Morrison DK. MAP kinase pathways. *Cold Spring Harb Perspect Biol*. 2012;4(11):a011254. doi:10.1101/cshperspect.a011254
3. Bedri S, Sultan AA, Alkhalaf M, Al Moustafa AE, Vranic S. Epstein-Barr virus (EBV) status in colorectal cancer: a mini review. *Hum Vaccines Immunother*. 2018;15(3): 603-610. doi:10.1080/21645515.2018.1543525
4. Gupta I, Al Farsi H, Jabeen A, et al. High-Risk Human Papillomaviruses and Epstein-Barr Virus in Colorectal Cancer and Their Association with Clinicopathological Status. *Pathogens*. 2020;9(6): 452. doi:10.3390/pathogens9060452
5. Association between Epstein-Bar virus and colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Microb Pathog*. 2023;179: 106087. doi:10.1016/j.micpath.2023. 106087
6. Đặc điểm gen KRAS, BRAF, các gen sửa chữa ghép cặp sai (MMR) và tình trạng biểu hiện protein MMR ở người bệnh ung thư đại trực tràng. Accessed March 27, 2025. <https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/2706/1776>
7. Hoài NT, Bàng MH, Song LH, et al. Đặc điểm giải phẫu bệnh và một số yếu tố liên quan đến đột biến KRAS, BRAF ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng. *J 108 - Clin Med Pharmac*. Published online June 24, 2022. doi:10.52389/ydls.v17i4. 1245

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐA NIỆU SAU PHẪU THUẬT CẮT BỎ U CẬN HẠCH

Nguyễn Duy Thanh¹, Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}
Vũ Văn Khâm¹, Đặng Thu Hiền³

TÓM TẮT

Đa niệu sau mổ cắt bỏ u cận hạch là một tình trạng hiếm gặp trên lâm sàng. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nữ giới 78 tuổi, tiền sử tăng huyết áp nhập viện vì đau bụng thượng vị. Bệnh nhân được chẩn đoán U sau phúc mạc, sinh thiết khối u làm hóa mô miễn dịch cho kết quả Pheochromocytoma và có tình

trạng tăng tiết catecholamin trước phẫu thuật. Chẩn đoán hình ảnh trước mổ có tình trạng tràn dịch đa màng và không có chỉ định can thiệp. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u sau phúc mạc. Sau phẫu thuật một giờ, người bệnh xuất hiện tình trạng đa niệu, kèm tụt nhanh áp lực tĩnh mạch trung tâm. Lượng nước tiểu khoảng 6000 mL/6 giờ sau mổ. Bệnh nhân được bù dịch, điện giải và sử dụng một viên desmopressin, tình trạng đa niệu sau đó cải thiện. Bệnh nhân được theo dõi và ra viện vào ngày thứ 10 sau phẫu thuật. Ca bệnh này đặt ra nhiều câu hỏi về cơ chế cũng như giải pháp điều trị cho những người bệnh mắc phải hội chứng này. **Từ khóa:** hội chứng đa niệu sau mổ, phẫu thuật u cận hạch

SUMMARY

CASE REPORT: POLYURIA AFTER

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thanh

Email: ndthanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

RESECTION OF PARAGANGLIOMA

Polyuria after resection of paraganglioma is a rare clinical condition. We report a case of a 78-year-old female patient with a history of hypertension, who was admitted to the hospital for epigastric pain. She was diagnosed with a retroperitoneal mass, and immunohistochemical analysis of the biopsy confirmed the diagnosis of pheochromocytoma, with elevated catecholamine secretion prior to surgery. Preoperative imaging also revealed multiple serous effusions, for which no intervention was indicated. The patient underwent surgical resection of the retroperitoneal tumor. One hour after surgery, she developed significant polyuria accompanied by a rapid decrease in central venous pressure. Her urine output reached 6000 mL within the first 6 postoperative hours. She was treated with intravenous fluid and electrolyte replacement, along with oral administration of 0.1 mg desmopressin, which led to marked improvement in the polyuria. The patient was monitored and discharged on postoperative day 10. This case raises important questions about the underlying mechanisms and appropriate management strategies for this rare postoperative syndrome. **Keywords:** postoperative polyuria syndrome, paraganglioma resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa niệu sau phẫu thuật là một hiện tượng lâm sàng không thường gặp nhưng có thể xuất hiện trong một số bối cảnh đặc thù, điển hình là sau ghép thận, phẫu thuật tuyến yên hoặc các can thiệp nội tiết lớn. Ở bệnh nhân ghép thận, đa niệu thường phản ánh sự tái lập chức năng lọc và bài tiết sau khi tưới máu được phục hồi ở thận ghép. Trong phẫu thuật tuyến yên, đặc biệt là cắt bỏ u tuyến yên, nguyên nhân thường là do tổn thương hoặc ức chế tiết hormone chống bài niệu (ADH), dẫn đến đái tháo nhạt thể trung ương.

Tuy nhiên, trong bối cảnh phẫu thuật cắt bỏ u cận hạch - cụ thể là pheochromocytoma - tình trạng đa niệu hậu phẫu lại hiếm khi được ghi nhận và chưa được mô tả rõ ràng về mặt sinh lý bệnh. Một số ít báo cáo đã ghi nhận hiện tượng đa niệu nặng, kéo dài sau phẫu thuật tuyến thượng thận, với lượng nước tiểu vượt quá 8-10 lít mỗi ngày trong nhiều ngày liên tiếp, kèm theo rối loạn huyết động như tụt huyết áp và giảm áp lực tĩnh mạch trung tâm (1) (2).

Cơ chế của hội chứng này được giả thiết là đa yếu tố, bao gồm sự suy giảm đột ngột nồng độ catecholamin sau mổ, rối loạn điều hòa thể tích nội mạch, gia tăng các yếu tố lợi niệu như hANP, BNP, adrenomedullin và có thể kèm theo rối loạn đáp ứng hoặc tiết ADH. Tuy vậy, tính chất hiếm gặp và diễn biến không đồng nhất của các ca bệnh khiến việc xác định nguyên nhân chính xác cũng như hướng xử trí còn nhiều tranh cãi trong thực hành lâm sàng.

Chúng tôi xin trình bày một trường hợp bệnh

nhân nữ 78 tuổi được chẩn đoán u cận hạch có tình trạng tăng tiết catecholamin và tràn dịch đa màng trước mổ, xuất hiện đa niệu nặng trong vòng 1 giờ sau mổ với tốc độ bài xuất >2000 mL/giờ, và đáp ứng rõ rệt với desmopressin 0,1 mg đường uống. Trường hợp này góp phần bổ sung dữ liệu thực tế về một hội chứng còn ít được nghiên cứu, đồng thời gợi mở các giả thiết về cơ chế bệnh sinh và định hướng điều trị phù hợp.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 78 tuổi, tiền sử tăng huyết áp phát hiện cách đây 20 năm, điều trị thường xuyên. Đợt này nhập viện vì đau bụng thượng vị âm ỉ. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính cho kết quả hình ảnh khối dạng nang hỗn hợp kích thước khoảng 78 x 75 mm, cạnh đều tụy. Bệnh nhân được sinh thiết và làm hóa mô miễn dịch cho kết quả pheochromocytoma. Xét nghiệm cho thấy tăng glucose máu và tăng adrenalin nước tiểu 64,53 ug/24 giờ (BT: 0.00 – 20 ug/24h).

Bệnh nhân có tình trạng tràn dịch đa màng trước mổ, dịch tự do ổ bụng khoảng 33 mm, dịch màng phổi hai bên khoảng 17mm trên chụp cắt lớp vi tính và ít dịch màng tim trên siêu âm tim. Hội chẩn các chuyên khoa trước mổ không có chỉ định can thiệp.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản để phẫu thuật. Khởi mê dùng 60 mg Lidocain tĩnh mạch, 0,15 mg fentanyl, 120 mg propofol và 40 mg rocuronium. Quá trình đặt nội khí quản thuận lợi, huyết áp cao nhất 160/90 mmHg. Trong quá trình mổ bệnh nhân được theo dõi huyết áp liên tục bằng huyết áp động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) bằng catheter tĩnh mạch cảnh trong trái. Do nguy cơ về tụt huyết áp chúng tôi tiến hành đặt catheter mặt phẳng cơ dựng sống hai bên ngang mức cột sống ngực thứ 8 để giảm đau trong và sau mổ cho bệnh nhân.

Trong mổ có sự biến động huyết áp lúc chạm vào khối u, cao nhất 170/100 mmHg, được kiểm soát bằng nicardipin. Sau khi cắt bỏ khối u, tình trạng tụt huyết áp xảy ra, bệnh nhân được điều trị bằng noradrenalin 0.1 mcg/kg/p truyền liên tục và bù 1500 mL dịch tinh thể, duy trì huyết áp 120/60 mmHg.

Sau mổ bệnh nhân được theo dõi tại phòng hồi tỉnh, huyết áp lúc chuyển bệnh nhân ra phòng hồi tỉnh 120/70 mmHg, áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) 8 mmHg. Sau mổ 1 giờ: xuất hiện đa niệu nghiêm trọng (2000ml/giờ) và CVP tụt còn 2 mmHg. Bù dịch tăng cường để duy trì CVP, theo dõi và bù điện giải.

Sau 6 giờ, tình trạng đa niệu chưa cải thiện

6000 ml/6 giờ, chúng tôi tiến hành cho bệnh nhân uống một viên desmopressin. Theo dõi sau đó ghi nhận tình trạng đa niệu cải thiện rõ rệt. Lượng nước tiểu sau đó khoảng 2000 mL/18 giờ.

Sau 24 giờ, tình trạng lâm sàng cải thiện, cắt được vận mạch, chúng tôi chuyển bệnh nhân về khoa phòng theo dõi. Các ngày sau đó, lượng nước tiểu bệnh nhân duy trì khoảng 2000 – 3000 mL/ngày, và kiểm tra sau 5 ngày không còn tình trạng tràn dịch màng phổi và dịch ổ bụng. Bệnh nhân được cho ra viện vào ngày thứ 10 sau phẫu thuật.

Kết quả khí máu sau mổ:

Thông số/ Thời điểm	Ngay sau mổ	Sau mổ 4 giờ	Sau mổ 24 giờ
PH	7,29	7,34	7,47
Lactat	5,1	3,5	1,6
Na+	142	136	137
K+	3,2	3,4	3,9
Hct	43	32	33
Glucose	10	13,2	5,5

III. BÀN LUẬN

Đa niệu hậu phẫu là một hội chứng ít gặp nhưng có thể gặp trong một số bối cảnh lâm sàng nhất định như sau ghép thận, phẫu thuật tuyến yên, hoặc phẫu thuật nội tiết lớn. Trong đó, đa niệu sau phẫu thuật cắt bỏ u cận hạch là hiện tượng rất hiếm và cơ chế bệnh sinh chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Cho đến nay, mới chỉ có một số ít ca bệnh được báo cáo trong y văn quốc tế (1) (2).

Cơ chế bệnh sinh của đa niệu sau cắt u tuyến thượng thận được giả thuyết là liên quan đến nhiều yếu tố phức tạp, bao gồm thay đổi đột ngột nồng độ catecholamin trong huyết tương, đáp ứng bù trừ của các hệ thống hormone điều hòa thể tích như ADH, hANP, BNP, và hoạt động lợi niệu trực tiếp hoặc gián tiếp của các peptide như adrenomedullin (2) (3).

Ở bệnh nhân của chúng tôi, trước phẫu thuật có biểu hiện hội chứng tăng catecholamin kéo dài (adrenalin niệu tăng cao), điều này có thể gây tăng tái hấp thu nước tại ống góp thận thông qua tăng cAMP nội bào. Sau khi loại bỏ khối u là nguồn tiết catecholamin chủ yếu, sự suy giảm đột ngột nồng độ các catecholamin có thể dẫn đến giảm cAMP tại các tế bào ống góp, làm suy giảm khả năng tái hấp thu nước tự nhiên tại nephron, từ đó gây ra tình trạng đa niệu đột ngột (4).

Một yếu tố quan trọng khác là sự tham gia của các peptid lợi niệu nội sinh như hANP và BNP – vốn được tiết ra từ nhĩ và thất trái khi có thay đổi áp lực đổ đầy. Các peptid này hoạt động

theo cơ chế đối kháng với hệ renin-angiotensin-aldosteron, làm giãn mạch, tăng lọc cầu thận và ức chế tái hấp thu natri và nước tại ống lượn xa, từ đó gây lợi niệu. Trong nghiên cứu của Tobe và cộng sự, nồng độ hANP và BNP tăng cao sau mổ và duy trì mức cao đến ngày hậu phẫu thứ 13, tương quan với tình trạng đa niệu kéo dài (2).

Mặc dù nồng độ ADH huyết tương không giảm rõ rệt trong các ca bệnh được mô tả, khả năng xảy ra tình trạng đái tháo nhạt thể trung ương mức độ nhẹ hoặc giảm đáp ứng với ADH ở ống góp là điều không thể loại trừ. Việc cải thiện lâm sàng nhanh chóng sau khi dùng desmopressin 0,1 mg - một chất tương tự ADH tổng hợp - trong ca bệnh của chúng tôi cho thấy vai trò sinh lý bệnh quan trọng của con đường ADH trong kiểm soát tình trạng này. Điều đáng lưu ý là dù nồng độ ADH không giảm, sự thiếu hụt chức năng có thể xảy ra do ức chế trước đó kéo dài bởi catecholamin hoặc stress phẫu thuật, từ đó gây ra tình trạng "tương đối thiếu hụt ADH" (5).

Ngoài ra, một yếu tố nữa cần được đề cập là tổn thương chức năng ống thận, được gợi ý thông qua sự tăng cao β 2-microglobulin niệu trong các báo cáo tương tự. Tổn thương ống thận nhẹ có thể làm giảm khả năng đáp ứng với ADH hoặc ức chế tái hấp thu nước, góp phần vào bệnh cảnh đa niệu (2) (5).

Đặc biệt trong ca bệnh này, sự hiện diện của tràn dịch đa màng trước mổ có thể phản ánh tình trạng rối loạn cân bằng dịch và nội môi mạn tính do tình trạng tăng tiết catecholamin, từ đó khiến cơ thể phản ứng quá mức khi cân bằng bị thay đổi đột ngột sau mổ.

Về mặt điều trị, ngoài bù dịch và điện giải tích cực có kiểm soát, sử dụng desmopressin - dù không thường quy trong hậu phẫu - có thể xem xét ở những bệnh nhân có biểu hiện đa niệu, đặc biệt nếu không có bằng chứng quá tải thể tích. Tuy nhiên, cần theo dõi sát đề phòng nguy cơ hạ natri máu do giữ nước.

IV. KẾT LUẬN

Đa niệu sau phẫu thuật cắt bỏ u cận hạch là một biến chứng hiếm gặp nhưng có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến huyết động, điện giải và tiên lượng hậu phẫu. Trong ca bệnh này, các yếu tố góp phần bao gồm: sự thay đổi catecholamin sau mổ, rối loạn điều hòa peptid lợi niệu, tổn thương chức năng ống thận, và đáp ứng không đầy đủ của hệ thống ADH nội sinh.

Việc điều trị bằng desmopressin 0,1 mg đường uống cho kết quả cải thiện rõ rệt, gợi ý vai trò của liệu pháp thay thế ADH trong xử trí những trường hợp đa niệu sau mổ có nghi ngờ

đái tháo nhạt thể trung ương hoặc rối loạn đáp ứng ống thận. Tuy nhiên, để xác định cơ chế bệnh sinh chính xác và tối ưu hóa điều trị, cần thêm nhiều nghiên cứu có đối chứng với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blietz CE, Doehn C, Sommerauer M, Suttman H, Jocham D. [Postoperative polyuria after laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma]. *Aktuelle Urol.* Tháng Chín 2006;37(5):369–71.
2. Tobe M, Ito K, Umeda S, Sato A, Adaniya N, Tanaka Y, và c.s. Severe polyuria after the

resection of adrenal pheochromocytoma. *Int J Urol.* Tháng Chạp 2010;17(12):1004–7.

3. Jougasaki M, Wei CM, Aarhus LL, Heublein DM, Sandberg SM, Burnett JC. Renal localization and actions of adrenomedullin: a natriuretic peptide. *Am J Physiol.* Tháng Tư 1995;268(4 Pt 2):F657–663.
4. Yasuda G, Umemura S, Jeffries WB. Effect of epinephrine on cAMP accumulation in cultured rat inner medullary collecting duct cells. *Am J Physiol.* Tháng Hai 1997;272(2 Pt 2):F192–197.
5. Boccara G, Mann C, Guillon G. Secretion of vasopressin from a human pheochromocytoma. *Ann Intern Med.* 15 Tháng Sáu 1998;128(12 Pt 1):1049.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHỦ KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2023

Lê Thanh Toàn¹, Lê Vĩnh Hoàng Long², Cà Thị Mỹ Linh³,
Trần Ngọc Hoan¹, Dương Thị Ngọc Châu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) suy thận mạn (STM) đang lọc máu chủ kỳ (LMCK) tại Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện 132 BN LMCK tại khoa Thận nhân tạo BVCR từ tháng 4/2023 đến tháng 5/2023. Đánh giá TTDD theo thang điểm SGA-DMS, BMI, các xét nghiệm cận lâm sàng. **Kết quả và bàn luận:** Theo SGA-DMS có 72,26% BN suy dinh dưỡng (SDD), theo BMI có 34,85% BN SDD. SDD liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố: học vấn, ăn trong LMCK, thời gian LMCK (>5 năm), có từ 2 bệnh lý kèm theo, giảm albumin, giảm prealbumin, giảm hemoglobin, giảm lympho. Các yếu tố giới tính, nghề nghiệp, bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp liên quan không có ý nghĩa thống kê với SDD. **Kết luận:** Tỷ lệ SDD ở BN STM LMCK rất cao, cần thực hiện các phương pháp tầm soát sớm, để can thiệp kịp thời.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy thận mạn, lọc máu chủ kỳ, SGA-DMS, BMI.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS AT CHO RAY HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trung tâm Y tế quận Phú Nhuận, Tp. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 7A, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Toàn

Email: ck2hvyqylethan@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Objective: This study aims to determine the nutritional status and associated factors in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing maintenance hemodialysis at Chợ Rẫy Hospital in 2023. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 132 patients receiving maintenance hemodialysis at Chợ Rẫy Hospital, from April 2023 to May 2023. Nutritional status was assessed using the Subjective Global Assessment-Dialysis Malnutrition Score (SGA-DMS), Body Mass Index (BMI), and various laboratory tests. **Results:** According to the SGA-DMS scale, 72.26% of patients were classified as malnourished, whereas BMI assessment indicated that 34.31% of patients had malnutrition. Statistically significant factors associated with malnutrition included educational level, eating during hemodialysis, duration of hemodialysis (>5 years), presence of at least two comorbidities, reduced albumin, reduced prealbumin, low hemoglobin levels, and decreased lymphocyte count. Conversely, gender, occupation, diabetes mellitus, and hypertension showed no statistically significant association with malnutrition. **Conclusion:** The prevalence of malnutrition among patients with CKD undergoing maintenance hemodialysis is alarmingly high. Early screening and timely nutritional interventions are necessary to improve patient outcomes.

Keywords: Nutritional status, chronic kidney disease, maintenance hemodialysis, SGA-DMS, BMI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (CKD=Chronic Kidney Disease) là một bệnh thường gặp. Tại Mỹ tỷ lệ người trưởng thành mắc bệnh khoảng 15%, trong đó 80% bệnh nhân không được chẩn đoán (1) và suy thận mạn giai đoạn cuối (ESRD=end - stage renal disease) khoảng 2/1000 với 71% lọc máu chủ kỳ và 29% được ghép thận.