

Nồng độ GFs (PDGF-BB, VEGF và TGF- β 1) ở nhóm có sử dụng A-PRF cao hơn nhóm không sử dụng A-PRF có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn sớm (ngày 1, ngày 3), ở các mốc thời gian ngày 7, 14, 21 và 30 sự khác biệt không có ý nghĩa ($p>0,05$).

Xu hướng phóng thích PDGF-BB, VEGF và TGF- β 1 theo thời gian giống nhau trên cả hai nhóm: cao nhất ở ngày 1 sau phẫu thuật và giảm dần đến ngày 30.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morelli T., Neiva R., Nevins M. L., et al. (2011), "Angiogenic biomarkers and healing of leaving cellular constructs", J Dent Res, 90, pp. 456-462.
2. Raja S., Byakod G., Pudakalkatti P., et al. (2009), "Growth factors in periodontal regeneration", Int J Dent Hygiene, 7, pp. 82-89.
3. Bahammam M. A., Attia M. S., (2021), "Epression of vascular endothelial growth factor using platelet rich fibrin (PRF) and nanohydroxyapatite (nano-HA) in treatment of periodontal intra-bony defects-a randomized controlled trial", Saudi J Biol Sci, 28(1), pp. 870-878.
4. Kuru L., Griffiths G. S., Petrie A., et al. (2004), "Changes in transforming growth factor-beta1 in gingival crevicular fluid following periodontal surgery", J. Clin. Periodontol, 31, pp. 527-533.
5. Lekovic V., Milinkovic I., Aleksic Z., et al. (2011), "Platelet rich fibrin and bovine porous bone mineral vs. platelet-rich fibrin in the treatment of intrabony periodontal defects", J Periodontal Res, 47(4), pp. 409-417.
6. Gamal A. Y., Abdel Ghaffar K. A., Lacono V., J., et al. (2016), "Grevicular fluid vascular endothelial cell growth factor and platelet-derived growth factor-BB release profile following the use of perforated barrier membranes during treatment of intrabony defects: a randomized clinical trial", J Periodont Res, 51, pp. 407-416.
7. Pirebas H. G., Hendek M. K., Kisa U., et al. (2018), "Effect of titanium-prepared platelet rich fibrin on the angiogenic biomarkers in gingival crevicular fluide in infrabony defects of patients with chronic periodontitis: A randomized controlled clinical trial", Niger J Clin Pract, 21, pp. 69-75.
8. Joshi A. A., Padhye A. M., Gupta H. S., et al. (2019), "Platelet derived growth factor-BB levels in gingival crevicular fluid of localized intrabony defect sites treated with platelet rich fibrin membrane or collagen membrane containing recombinant human platelet derived growth factor-BB: A randomized clinical and biochemical study", J Periodontol, 90, pp. 701-708.

TỶ LỆ BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH Ở BỆNH NHÂN TRƯỚC - SAU MỘT NĂM GHEP THẬN

Nguyễn Lê Trung¹, Phạm Quốc Toàn¹, Nguyễn Đình Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đục thể thủy tinh ở bệnh nhân sau ghép thận một năm tại Bệnh viện Quân y 103 và bình luận một số yếu tố ảnh hưởng liên quan đến đục thể thủy tinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 111 bệnh nhân ghép thận (222 mắt) tại Bệnh viện Quân y 103, đánh giá tình trạng đục thể thủy tinh và một số yếu tố ảnh hưởng trước và sau ghép. **Kết quả:** Trước ghép thận, tỷ lệ đục thể thủy tinh là 16,2%, sau ghép tăng lên 23% ở mắt phải và mắt trái tăng từ 13,5% lên 28,8%. Các yếu tố ảnh hưởng là thời gian suy thận, thời gian lọc thận kéo dài, nồng độ ure-creatin trong máu cao, bệnh nhân đái tháo đường sau ghép thận và liều prednisolon. **Kết luận:** Trước ghép thận, tỷ lệ đục thể thủy tinh là 16,2%, sau ghép tăng lên 23% ở mắt phải và mắt trái tăng từ 13,5% lên 28,8%. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm tuổi, thời gian điều trị thận trước khi ghép, thời gian lọc máu, nồng độ urê-creatinin,

liều prednisolon và bệnh tiểu đường sau khi ghép thận. **Từ khóa:** ghép thận, đục thể thủy tinh, Bệnh viện Quân y 103

SUMMARY

CATARACTS INCIDENCE IN PATIENTS BEFORE-ONE YEAR AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Objective: To determine the rate of cataracts in patients one year after kidney transplantation at Military Hospital 103 and to comment on some factors related to cataracts. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 111 kidney transplant patients (222 eyes) at Military Hospital 103 to evaluate the cataract status and some factors affecting before and after transplantation. **Results:** Before kidney transplantation, the rate of cataracts was 16.2%; after transplantation, it increased to 23% in the right eye, and in the left eye increased from 13.5% to 28.8%. The influencing factors were the duration of renal failure, prolonged dialysis time, high blood urea-creatinine concentration, diabetes mellitus after kidney transplantation, and prednisolone dose. **Conclusion:** Before kidney transplantation, the rate of cataracts was 16.2%; after transplantation, it increased to 23% in the right eye, and in the left eye, it increased from 13.5% to 28.8%. Influencing factors

¹Bệnh viện Quân y 103 – Học viện quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Trung
Email: nguyennletrungb4@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025
Ngày duyệt bài: 27.6.2025

included age, renal treatment duration before transplantation, dialysis duration, urea-creatinine concentration, prednisolone dose, and diabetes after kidney transplantation. **Keywords:** kidney transplantation, cataract, Military Hospital 103

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau hội nghị đánh giá chất lượng kết quả bệnh thận, Hiệp hội Thận quốc gia Mỹ khẳng định: "Ghép thận vẫn được coi là phương pháp điều trị hiệu quả và tiết kiệm nhất cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối".¹ Trước khi ghép thận, bệnh nhân thường được khám tổng quát để đánh giá tổn thương các cơ quan liên quan đến bệnh thận, bao gồm cả mắt. Tuy nhiên, đánh giá toàn diện các tổn thương mắt vẫn chưa được nhấn mạnh. Bản thân bệnh nhân không thấy được tính cấp thiết thực sự. Ở giai đoạn sau ghép thận, bệnh nhân một lần nữa đánh giá cao vai trò của thị lực trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống. Trong một nghiên cứu, nhu cầu đáng được lưu tâm nhất sau khi ghép tạng là thị lực và khả năng đi lại.² Một trong những tổn thương mắt được ghi nhận phổ biến nhất ở đối tượng này là đục thể thủy tinh. Tình trạng bệnh lý này đặt ra thách thức cho bác sĩ nhãn khoa, những người phải phối hợp chăm sóc trong nhóm ghép thận. Để khắc phục những hạn chế này, chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu về chủ đề: "Xác định tỷ lệ đục thể thủy tinh và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân trước và sau khi ghép thận".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn tuyển chọn. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định ghép thận tại Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2023 đến năm 2024, được khám và theo dõi trước và sau khi ghép thận trong 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân tử vong hoặc không tiếp tục theo dõi sau ghép tại Bệnh viện Quân y 103. Bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không thu thập đủ dữ liệu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Một nghiên cứu cắt ngang đối với các giai đoạn trước và sau ghép, theo dõi dọc kết quả điều trị. Công thức sử dụng công thức nghiên cứu xác định một tỷ lệ cho cả giai đoạn trước và sau ghép.

Cách thức tiến hành: Bệnh nhân được đo thị lực hiệu chỉnh tốt nhất bằng bảng thị lực điện tử Snellen ở khoảng cách 5m. Đánh giá bán phần trước bao gồm giác mạc, tiền phòng, mống mắt, đồng tử và thể thủy tinh bằng kính hiển vi sinh học CSO (Ý). Giãn đồng tử Mydrin-P đánh

giá bán phần sau bao gồm dịch kính, gai thị và võng mạc trung tâm và ghi nhận các tổn thương ở mắt.

Biến nghiên cứu: Biến nghiên cứu chính là hình thái đục thể thủy tinh, theo phân loại Buratto.³ Các biến độc lập bao gồm các phân nhóm tuổi (18-30, 31-40, 41-50 và >50), giới tính (nam hoặc nữ) và một nhóm nguyên nhân gây suy thận (viêm cầu thận mạn, thận đa nang, tăng huyết áp, viêm bể thận), các bệnh toàn thân đi kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường do bác sĩ nội khoa chẩn đoán sau khi khám ghép và ghi chép theo hồ sơ bệnh án điện tử tại bệnh viện, nhiễm trùng toàn thân sau ghép thận theo hồ sơ bệnh án điện tử tại khoa hồi sức sau ghép). Thuốc điều trị các bệnh toàn thân (thuốc tăng huyết áp, thuốc đái tháo đường), liều dùng thuốc (mg/ngày). Thuốc ức chế miễn dịch (phác đồ thuốc, phối hợp thuốc), liều dùng thuốc (mg/ngày) và nồng độ thuốc tacrolimus (ng/ml).

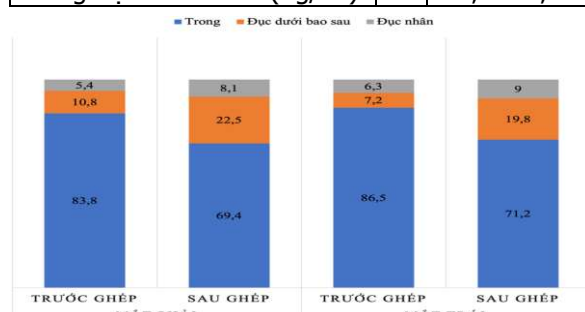
Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học BVQY 103, số 89a/CNChT-HĐĐĐ ngày 22/5/2024. Nhóm nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trước và sau ghép thận

Các chỉ số nghiên cứu	n	Tỷ lệ % hoặc ($\bar{X} \pm SD$)
Giới: Nam	84	75,9
Nữ	27	24,1
Nhóm tuổi: 18-30	27	24
31-40	52	46,8
41-50	19	17,1
> 50	13	11,8
Nguyên nhân suy thận	66	59
Viêm cầu thận mạn	23	21
Tăng huyết áp	11	10
Viêm thận bể thận	11	10
Thận đa nang	11	10
Thời gian phát hiện suy thận	54	48,7
≤ 24 tháng	24	21,6
25 – 60 tháng	33	29,7
≥ 61 tháng		
Các phương pháp điều trị thay thế thận	92	82,9
Lọc máu chu kỳ	6	5,4
Lọc màng bụng	13	11,7
Không lọc		
Thời gian lọc máu trước ghép	54	49
< 12 tháng	27	24
12-36 tháng	13	12
37- 60 tháng	17	14
> 60 tháng		

Urea (mmol/L)	111	22,6 ± 2,9
Creatinine (mmol/L)	111	885,1 ± 26,3
Tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân sau ghép thận	20	18
Đái tháo đường sau ghép	6	5,4
Phác đồ sử dụng thuốc ức chế miễn dịch		
Tacrolimus+MMF+Prednisolon	84	75,7
Tacrolimus + MMF	15	13,5
Tacrolimus + mTor	6	5,4
Tacrolimus+mTor+Prednisolon	6	5,4
Liều lượng thuốc ức chế miễn dịch		
Tacrolimus (mg/ ngày)	111	5,2 ± 2,0
mTor (mg/ngày)	6	0,8 ± 0,4
MMF (mg/ngày)	103	1550,9±377,4
Prednisolon (mg/ngày)	90	4,3 ± 1,8
Nồng độ Tacrolimus (ng/ml)	111	6,2 ± 1,9



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các hình thái đục thể thủy tinh trước - sau ghép thận

Điểm nổi bật trong hình này là tỷ lệ đục thể thủy tinh sau ghép cao hơn đáng kể so với trước ghép thận, đặc biệt là ở bao sau ($p < 0,05$, khi bình phương). Kết quả phân tích tương quan được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Môi liên quan đa biến của đục thể thủy tinh với các yếu tố trước ghép

Đục thể thủy tinh	OR	95% KTC	p
Tuổi	1,0	0,97-1,1	>0,05
Nguyên nhân gây suy thận	1,4	0,7-2,6	>0,05
Thời gian phát hiện suy thận*			
≤24	1		
25-60	0,7	0,2-1,0	>0,05
≤61	1,3	1,1-1,7	<0,05
Thời gian điều trị lọc máu*			
<12	1		
12-36	4,25	0,2-9,3	>0,05
37-60	8,8	0,3-2,8	>0,05
>60	5,3	2,5-11,1	<0,05
Phương pháp điều trị thay thế thận	0,5	0,4-2,7	>0,05
Ure*	2,5	1,7-3,3	<0,05
Creatinin*	1,3	1,1-2,2	<0,05

Nhận xét: Những yếu tố có liên quan đến

tình trạng đục thể thủy tinh bao gồm thời gian phát hiện suy thận từ tháng thứ 61 trở lên, thời gian điều trị lọc máu kéo dài trên 60 tháng, nồng độ ure máu và nồng độ creatinin.

Bảng 3. Môi liên quan đa biến của đục thể thủy tinh với các yếu tố sau ghép: hồi qui logistic

Các đặc điểm	Đục thể thủy tinh		
	OR	95% KTC	p
Đái tháo đường*	1,4	1,2- 1,6	<0,05
Nhiễm khuẩn sau ghép	0,4	0,6 – 0,7	>0,05
Tacrolimus + MMF	0,1	0,2- 0,5	>0,05
Tacrolimus+ức chế mTor	0,3	0,5- 0,8	>0,05
Tacrolimus+MMF+Pred	0, 2	0,5 – 0,6	>0,05
Tacrolimus + ức chế mTor + Pred	0,4	0,3 – 0,6	<0,05
Liều Pred (mg/ngày)*	1,6	1,2- 1,8	<0,05
Liều Tacrolimus (mg/ngày)	0,4	0,6 – 0,8	>0,05
Liều ức chế mTor (mg/ngày)	0,2	0,3-0,4	>0,05
Liều MMF (mg/ngày)	0,1	0,5-0,7	>0,05
Nồng độ thuốc Tacrolimus (ng/ml)	0,02	0,1- 0,3	>0,05

(MMF: Mycophenolate mofetil; mTor: Target of rapamycin; Pred: prednisolon)

Nhận xét: những yếu tố liên quan đến tình trạng đục thể thủy tinh sau ghép tháng thứ 12 bao gồm tuổi, tình trạng mắc đái tháo đường sau ghép và phác đồ sử dụng 3 thuốc có Prednisolon cũng như liều sử dụng Prednisolon hàng ngày.

IV. BÀN LUẬN

Cải thiện thị lực là yếu tố quan trọng giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau ghép thận. Ở Việt Nam, phần lớn là bệnh nhân có thu nhập thấp, ít được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần xác định tỷ lệ đục thể thủy tinh trong nhóm dân số này và chỉ ra một số yếu tố liên quan trước và sau ghép thận để tạo cơ sở dữ liệu thông tin cho bác sĩ và bệnh nhân.

Tỷ lệ đục thể thủy tinh ở bệnh nhân ghép thận. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ra rằng tỷ lệ đục thể thủy tinh trước khi ghép thận là 16,2%, trong đó 10,8% bị đục thể thủy tinh dưới bao sau, 5,4% đục nhân ở mắt phải. Ở mắt trái bị đục thể thủy tinh dưới bao sau là 7,2% và 6,3% đục nhân (Hình 1). Tỷ lệ đục thể thủy tinh trong các nghiên cứu trước đây khác nhau. Lý do cho sự khác biệt này là độ tuổi của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với độ tuổi của đối tượng nghiên cứu của các tác giả trên và một số tiêu chí được chọn trong các nghiên cứu trước đây đã bị loại trừ trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của

Sariyeva là 50,7% và của Wang chiếm 33,8%. Đối tượng nghiên cứu của tác giả có thời gian mắc bệnh kéo dài và tuổi cao. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Sariyeva, nhiều bệnh khác về mắt gây đục thể thủy tinh, chẳng hạn như bệnh tăng nhãn áp hoặc viêm màng bồ đào.^{4,5}

Sau khi ghép thận, kết quả của chúng tôi phát hiện ra rằng tỷ lệ đục thể thủy tinh ở mắt phải là 30,6% và ở mắt trái là 28,8%, trong đó sự khác biệt về hình thái đục thể thủy tinh dưới bao sau có ý nghĩa thống kê (Hình 1). Nguy cơ phát triển đục thể thủy tinh cao ở những người dùng steroid liều cao, dài hạn và thuốc ức chế miễn dịch có chứa chất ức chế calcineurin như tacrolimus. Ngoài ra, những người mắc bệnh tiểu đường sau đây cũng có thể có nguy cơ cao hơn. Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tỷ lệ đục thể thủy tinh sau ghép thận dao động từ 23% đến 58%.⁶

Kết quả của chúng tôi tương tự như Ginu ở mức 20,4%, thấp hơn Beridan ở mức 57,1%, nhưng cao hơn nghiên cứu của Sandhu ở mức 8%.⁷⁻⁹ Tỷ lệ Beridan cao như vậy là do đối tượng nghiên cứu đã lớn tuổi, trung bình là 53,4 tuổi. Tuổi tác là một trong những yếu tố chính gây ra đục thể thủy tinh. Trong nghiên cứu của Sandhu, các tác giả đã đưa những bệnh nhân đã phẫu thuật đục thể thủy tinh trước đó vào.

Các yếu tố ảnh hưởng trước ghép thận.

Càng lớn tuổi, bệnh nhân suy thận càng có nhiều khả năng bị đục thể thủy tinh do tiếp xúc lâu dài với tia cực tím, tích tụ độc tố và dùng thuốc như corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch. Nghiên cứu trước đây đã xác nhận rằng tuổi tác là một yếu tố liên quan đến đục thể thủy tinh. Do phải chạy thận nhân tạo trong thời gian dài ở những bệnh nhân suy thận, nguy cơ bị đục thể thủy tinh ở độ tuổi sớm hơn có thể tăng lên do tiếp xúc nhiều lần với tia cực tím trong quá trình chạy thận. Chúng tôi không thấy ý nghĩa khi thực hiện hồi quy đa biến với yếu tố tuổi tác (Bảng 2). Nghiên cứu của chúng tôi giải thích rằng hầu hết những người tham gia vẫn còn trẻ, vì vậy tỷ lệ đục thể thủy tinh liên quan đến tuổi tác không cao. Sức mạnh thận gây ra tình trạng tăng amonioc máu khiến urê đi vào thể thủy tinh. Sau khi thẩm phân, nồng độ urê trong dịch thủy dịch nhanh chóng cân bằng với huyết thanh, trong khi urê được giải phóng khỏi thể thủy tinh rất chậm, dẫn đến tình trạng giữ urê và mất cân bằng thẩm thấu. Nước di chuyển từ dịch thủy dịch vào thể thủy tinh để duy trì cân bằng thẩm thấu. Thẩm phân lặp đi lặp lại gây mất cân bằng định kỳ, do đó mức urê trong thể thủy tinh vẫn cao và nước tích tụ bên trong thể thủy tinh. Quá

trình này cuối cùng dẫn đến đục thể thủy tinh thẩm thấu. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy mối liên quan giữa đục thể thủy tinh và nồng độ urê và creatinin trong máu (Bảng 2). Nghiên cứu của Luo cũng chỉ ra yếu tố thời gian thẩm phân kéo dài gây ra đục thể thủy tinh.¹⁰ Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tuyên bố của tác giả rằng đục thể thủy tinh có ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo kéo dài hơn 60 tháng (Bảng 2). Đi kèm với kết quả rối loạn chỉ số sinh hóa máu là thời gian suy thận. Thời gian suy thận kéo dài càng lâu thì thành phần sinh hóa máu thay đổi, thành phần dinh dưỡng thay đổi và dẫn đến tổn thương thể thủy tinh. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi phát hiện ra yếu tố thời gian suy thận kéo dài hơn 61 tháng. (Bảng 2).

Các yếu tố ảnh hưởng sau ghép thận.

Chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân dùng liều prednisolone trung bình từ 4,3-1,8 mg/ngày có liên quan đến các tổn thương (Bảng 3). Trong các nghiên cứu trước đây, đục thể thủy tinh dưới bao sau ở cả hai mắt phát triển ở 45% đối tượng với thời gian trung bình là 7,4 tháng và một nghiên cứu cắt ngang khác phát hiện ra tỷ lệ mắc bệnh là 87,5% trong khoảng từ 6 đến 48 tháng sau khi ghép thận.^{7,10} Nguy cơ đục thể thủy tinh được cho là phụ thuộc vào liều lượng. Ở giai đoạn trước khi ghép, thuốc ức chế miễn dịch chống đào thải đã được xác định là một yếu tố nguy cơ gây đục thể thủy tinh trước khi ghép. Các nghiên cứu đã xác nhận rằng nồng độ tacrolimus trong máu ở những bệnh nhân ghép thận có liên quan đến tình trạng đục thể thủy tinh.^{9,10} Nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện thấy đục thể thủy tinh có liên quan đến nồng độ và liều lượng tacrolimus. Các yếu tố liên quan đến đục thể thủy tinh được theo sau bởi bệnh tiểu đường sau ghép. Đây là một yếu tố nguy cơ đã được xác định rõ ràng đối với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nguy cơ biến chứng tim mạch do xu hướng không dung nạp glucose. Điều này thúc đẩy đục thể thủy tinh nhanh hơn, đặc biệt là ở những mắt đã bị đục thể thủy tinh trước khi ghép.^{7,10}

Hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi là thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ cho thấy mối liên quan giữa đục thể thủy tinh với các yếu tố nguy cơ nhưng không xác nhận mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố toàn thân trước và sau khi ghép thận.

V. KẾT LUẬN

Trước ghép thận, tỷ lệ đục thể thủy tinh là 16,2%, sau ghép tăng lên 23% ở mắt phải và mắt trái tăng từ 13,5% lên 28,8%. Các yếu tố ảnh hưởng là thời gian suy thận, thời gian lọc

thận kéo dài, nồng độ ure-creatin trong máu cao, bệnh nhân đái tháo đường sau ghép thận và liều dùng prednisolone.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin cảm ơn toàn thể nhân viên Khoa Mắt và Khoa Thận, cùng Ban Giám đốc Bệnh viện Quân y 103 đã hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johansen KL, Chertow GM, Foley RN, et al.** US Renal Data System 2020 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*. 2021-04-01 2021;77(4): A7-A8. doi:10.1053/j.ajkd.2021.01.002
2. **Thomas AG, Ruck JM, Chu NM, et al.** Kidney transplant outcomes in recipients with visual, hearing, physical and walking impairments: a prospective cohort study. *Nephrol Dial Transplant*. Jul 1 2020;35(7): 1262-1270. doi:10.1093/ndt/ gzf164
3. **Buratto L, Apple DJ.** Phacoemulsification: principles and techniques. Slack Incorporated; 2003.
4. **Wang TJ, Wu CK, Hu CC, Keller JJ, Lin HC.** Increased risk of co-morbid eye disease in patients with chronic renal failure: a population-based study. *Ophthalmic Epidemiol*. Jun 2012;19(3): 137-43. doi:10.3109/09286586.2012. 680531
5. **Sariyeva Ismayilov A, Aydin Guclu O, Erol HA.** Ocular manifestations in hemodialysis patients and short-term changes in ophthalmologic findings. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2021;25(2):204-210.
6. **Albert K, Sennesael J, Haentjens P.** Incidence and risk factors for posttransplant subcapsular cataract: a long-term retrospective cohort study. *Transplant Proc*. Nov 2011;43(9):3465-9. doi:10.1016/j.transproceed.2011.10.007
7. **Berindán K, Nemes B, Szabó RP, Módis L, Jr.** Ophthalmic Findings in Patients After Renal Transplantation. *Transplant Proc*. Sep 2017;49(7): 1526-1529. doi:10.1016/j.transproceed.2017.06.016
8. **Sandhu JS, Kansal S, Bajwa GS, Sandhu J.** Ocular changes in renal allograft recipients and patients of chronic kidney disease. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. Nov 2014;25(6):1285-9. doi:10.4103/1319-2442.144269
9. **Ginu PM, Sati A, Murari T, Kaushik J, Mishra SK, Sharma VK.** Ocular manifestations in renal allograft recipients: An Indian perspective. *Indian J Ophthalmol*. Apr 2021;69(4):900-905. doi:10.4103/ijo.IJO_1120_20
10. **Luo LH, Xiong SH, Wang YL.** Results of cataract surgery in renal transplantation and hemodialysis patients. *Int J Ophthalmol*. 2015;8(5):971-4. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2015.05.21

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ BẾN CÁT NĂM 2024

Đỗ Văn Trang¹, Đỗ Hà Ngọc Trâm², Đỗ Hà Phương³, Nguyễn Đức Cảnh⁴, Nguyễn Thanh Thuận⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế thành phố Bến Cát năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 622 hồ sơ bệnh án điều trị nội trú được chọn ngẫu nhiên trong năm 2024. Trong số này, 316 hồ sơ (50,8%) có sử dụng ít nhất một kháng sinh và được đưa vào phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ chiếm 53,8%, nam 46,2% (P = 0,196). Mẫu được chia thành hai nhóm tuổi: trẻ em (<18 tuổi, n = 86) và người lớn (≥18 tuổi, n = 230), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố bệnh lý nhiễm khuẩn giữa hai nhóm (P

= 0,001). Nhiễm khuẩn đường hô hấp là bệnh lý phổ biến nhất (60,4%), tiếp theo là nhiễm khuẩn tiêu hóa (13,6%). Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu, đơn trị được sử dụng chủ yếu (77,8%), với nhóm beta-lactam chiếm ưu thế (83,7%), đặc biệt trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp. Việc lựa chọn kháng sinh đơn trị ban đầu có sự khác biệt theo loại nhiễm khuẩn (P = 0,001). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lựa chọn kháng sinh và bệnh nền đi kèm (P = 0,115). Có 3 trường hợp suy thận cấp không được điều chỉnh liều phù hợp. Có 99 trường hợp sử dụng phối hợp kháng sinh, chủ yếu là beta-lactam phối hợp với macrolid hoặc quinolon, tập trung ở bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa. Một số ít trường hợp sử dụng ba loại kháng sinh đồng thời. Thời gian dùng kháng sinh trung bình là $5,7 \pm 3$ ngày; nhóm nhiễm khuẩn hô hấp có thời gian điều trị dài nhất ($6,4 \pm 3,2$ ngày, P = 0,001). Hiệu quả điều trị cho thấy 82,3% bệnh nhân khỏi hoặc cải thiện triệu chứng, 6,3% chuyển viện, không ghi nhận ca tử vong. Nhóm nhiễm khuẩn tiêu hóa có tỷ lệ chuyển viện cao nhất (11,6%). Ngoài ra, phát hiện 6 trường hợp sử dụng ceftriaxone truyền chung dung dịch Ringer Lactate – có nguy cơ kết tủa calci, đặc biệt ở trẻ em và người cao tuổi. **Kết luận:** Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu

¹Trường Cao đẳng Y tế Bình Dương

²Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

⁴Trung tâm Y tế thành phố Bến Cát

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Trang

Email: dovantrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025