

TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN COVID-19 NẶNG VÀ NGUY KỊCH

Tô Nhuận Thủ¹, Phạm Thị Ngọc Thảo², Lê Minh Khôi^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm, xác định tỉ lệ mới mắc, các yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của tổn thương thận cấp (TTTC) ở bệnh nhân (BN) COVID-19 nặng và nguy kịch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả có phân tích trên BN được nhập viện tại Trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận được 356 BN. Tỉ lệ TTTC chiếm 59,8%, giai đoạn (GD) 2 là 13,8%, GD 3 là 23,6%. TTTC có mối liên quan độc lập với Cytokine và điều trị Colistin. Thời gian điều trị trung vị 15 ngày, có 41 trường hợp được lọc máu, thở máy xâm lấn 50,3%, truyền máu 17,42%, tử vong nội viện 35,96%. Nhóm TTTC có thời gian điều trị, tỉ lệ thở máy xâm lấn, truyền máu và tử vong nội viện cao hơn nhóm không TTTC, nhất là ở nhóm bệnh nhân TTTC giai đoạn 2, 3. **Kết luận:** TTTC thường gặp ở bệnh nhân COVID-19 nặng và nguy kịch, làm nặng thêm tình trạng bệnh, kéo dài thời gian điều trị và tăng tỉ lệ tử vong.

Từ khóa: COVID-19, tổn thương thận cấp, thay thế thận, tử vong.

SUMMARY

INCIDENCE, CHARACTERISTICS, RISK FACTORS AND EFFECTS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN SEVERE AND CRITICAL COVID-19 PATIENTS

Objective: This study aimed to describe the characteristics and to determine the incidence, risk factors and effects of acute kidney injury (AKI) in severe and critical COVID-19 patients. **Method:** We retrospectively studied COVID-19 patients admitted to the COVID-19 Intensive Care Center, University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** The study recruited 356 severe and critical COVID-19 patients. The AKI incidence was 59.8%, among which stage 2 of 13.8% and stage 3 of 23.6%. Cytokine score and colistin use were independently related to the occurrence of AKI. The median time of hospital stay was of 15 days. 14.6%, 50.3%, and 17.42% of patients required renal replacement therapy, invasive mechanical ventilation, and blood transfusion, respectively. The overall mortality was 35.96%. The patients with AKI had a longer hospital stay, higher

rate of invasive mechanical ventilation, blood transfusion, and mortality. **Conclusions:** AKI was common in severe and critical COVID-19 patients and associated with increased disease severity, prolonged hospital stay and higher mortality.

Keywords: COVID-19, acute kidney injury, renal replacement therapy, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ lần đầu tiên xuất hiện vào cuối năm 2019, COVID-19 đã nhanh chóng trở thành một đại dịch gây chết chóc nguy hiểm. Tuy là một bệnh truyền nhiễm về hô hấp, nhưng các cơ quan khác bao gồm thận thường bị ảnh hưởng. Những báo cáo đầu tiên ở Trung Quốc đã mô tả một tỉ lệ cao bệnh nhân COVID-19 có tiểu đạm, tiểu máu nhưng tỉ lệ TTTC được ghi nhận còn thấp [0]. Tỉ lệ TTTC liên quan đến COVID-19 sau đó tăng lên đáng kể và dao động tùy thuộc các báo cáo khác nhau [0], [6]. Hơn thế nữa, TTTC từ lâu đã được xem là biến chứng nghiêm trọng ở các khoa hồi sức tích cực (HSTC) [0], [0]. Vì thế, mặc dù phần lớn BN COVID-19 có triệu chứng nhẹ, chỉ khoảng 5% BN nặng cần điều trị tích cực nhưng tổn thương thận cấp ở BN COVID-19 nặng và nguy kịch là vẫn một vấn đề rất đáng được quan tâm.

Trong ba năm qua, đã có nhiều báo cáo của các tác giả nước ngoài về vấn đề nêu trên nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tương tự ở trong nước. Vì thế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này, nhằm mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm của TTTC ở BN COVID-19 nặng và nguy kịch; (2) Khảo sát các yếu tố nguy cơ của tổn thương thận cấp ở BN COVID-19 nặng và nguy kịch và (3) Khảo sát ảnh hưởng của tổn thương thận cấp trên BN COVID-19 nặng và nguy kịch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. BN từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán COVID-19 nặng và nguy kịch nhập viện tại Trung tâm Hồi sức Tích cực người bệnh COVID-19 thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 03/08/2021 đến ngày 12/09/2021.

Chẩn đoán COVID-19 mức độ nặng và nguy kịch: theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 của Bộ Y tế, cập nhật lần thứ 5 [1].

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á - TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Khôi

Email: khoi.lm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi loại trừ BN dưới 18 tuổi, người nước ngoài, điều trị < 48 giờ, BN có sẵn bệnh thận mạn và những bệnh án có xét nghiệm không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả có phân tích.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu. Hồi cứu thông tin trên hồ sơ bệnh án điện tử, ghi nhận thông tin đầy đủ cho từng BN riêng biệt.

Lâm sàng: Thông tin BN gồm tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý và tình trạng nhập viện gồm dấu hiệu sinh tồn, mức độ hỗ trợ hô hấp khi nhập Trung tâm HSTC. BN cũng được ghi nhận các điều trị có ảnh hưởng chức năng thận, thông khí cơ học, truyền máu, điều trị thay thế thận, thời gian điều trị và kết cục.

Cận lâm sàng: Công thức máu, PT, aPTT, Fibrinogen, D-dimer, ure, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ, CRP, procalcitonin, LDH, IL-6, Ferritin, khí máu động mạch. Diễn tiến creatinin trong suốt quá trình điều trị.

Chẩn đoán tổn thương thận cấp: theo KDIGO 2012

- Giai đoạn 1: creatinin máu tăng 0,3 mg/dl trong vòng 48 giờ hoặc tăng 1,5-1,9 lần so với mức nền.
- Giai đoạn 2: creatinin máu tăng 2,0 – 2,9 lần mức nền.
- Giai đoạn 3: creatinin máu tăng hơn 3 lần mức nền hoặc lớn hơn 4 mg/dl.

Xác định mức creatinin nền: chúng tôi chọn mức creatinin thấp nhất trong quá trình điều trị là mức nền nếu giá trị này thấp hơn mức creatinin nền theo tuổi và chủng tộc mà KDIGO khuyến cáo. Ngược lại, sẽ chọn giá trị khuyến cáo của KDIGO làm mức creatinin nền.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập

bằng Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả được trình bày dưới dạng tỉ lệ hay trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh các tỉ lệ bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher, so sánh các trung vị bằng kiểm định Mann Whitney U và Kruskal Wallis. Dùng hồi qui Logistic để xem xét mối liên hệ giữa biến kết cục với một hay nhiều biến phụ thuộc. Khác biệt với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi chọn được 356 BN, nhập viện từ ngày 03/08/2021 đến ngày 12/09/2021, đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Trong đó, 213 trường hợp có TTTC và 143 trường hợp không TTTC.

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân trắc. Tuổi trung vị là 62 tuổi. Tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 100 tuổi. Nhóm từ 60-80 tuổi chiếm 45%. Tỉ lệ người cao tuổi: 58,1% tổng số BN trong đó 64,3% ở nhóm TTTC và 49% ở nhóm không TTTC ($p=0,04$). Nữ chiếm 55% dân số nghiên cứu, 54% nhóm TTTC và 56,6% nhóm không TTTC ($p=0,62$). Bệnh nền thường gặp nhất là tăng huyết áp (63,8%), đái tháo đường (46,6%) ($p > 0,05$).

3.1.2. Lâm sàng. BN có số ngày trung vị điều trị ở tuyến trước là 2 ngày (TPV: 1-5 ngày), 22% được nhập vào Trung tâm từ khoa Cấp cứu. Tình trạng nhập Trung tâm HSTC: 63,76% BN thở oxy (canula hoặc mặt nạ), 19,1% thở oxy dòng cao qua mũi (HFNC), 15,17% thở máy xâm lấn và 1,12% thở máy không xâm lấn.

Trong nghiên cứu, 58,1% BN được dùng các loại kháng sinh có ảnh hưởng chức năng thận, 41,3% có sử dụng thuốc vận mạch và 06 BN cần sử dụng thuốc cản quang.

Bảng 1. Tỉ lệ dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng thận trong nghiên cứu (n=356)

Yếu tố	Không TTTC	TTTC	p
Kháng sinh	71,3%	88,7%	<0,001
Colistin	4,9%	41,3%	<0,001
Carbapenem	3,5%	18,3%	<0,001
Quinolon	62,9%	66,2%	0,528
Betalactam	15,4%	18,8%	0,408
Vancomycin	12,6%	37,1%	<0,001
Aminoglycosid	3,5%	18,3%	<0,001
Thuốc ức chế hệ RAA	14,7%	16,9%	0,576
Thuốc cản quang	0,7%	2,3%	0,236

Kiểm định Chi bình phương, các biến được trình bày dưới dạng tỉ lệ. RAA: hệ Renin-Angiotensin-Aldosteron.

3.1.3. Cận lâm sàng. Có 40% BN nhập viện có tình trạng giảm oxy máu nặng ($P/F < 100$), 55% BN có điểm cytokine dương tính và 58% BN có tỉ số AST/ALT > 1.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

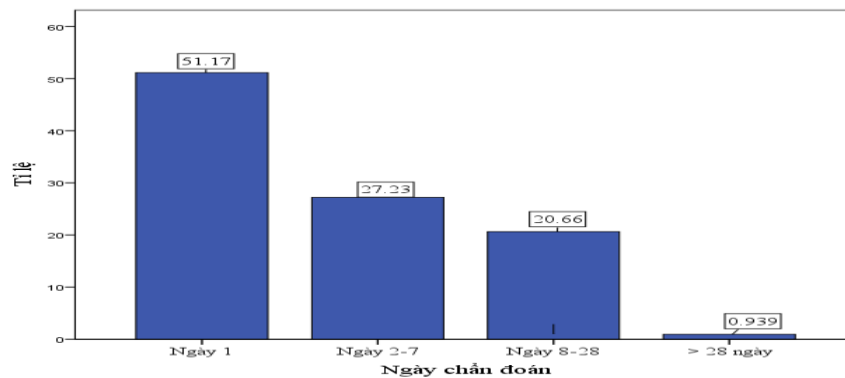
Xét nghiệm	Không TTTC	Có TTTC	p
Ure	35,95 (26,96 – 46,74)	49,13 (34,75 – 71,0)	<0,001
Creatinine	0,75 (0,62 – 0,93)	0,87 (0,66 – 1,16)	<0,001
P/F <100*	38,5%	40,4%	0,717 ^b
pH	7,45 (7,42 – 7,49)	7,44 (7,35 – 7,48)	0,012
HCO ₃ ⁻	24,7 (23,6 – 27,9)	24,6 (21,1 – 28,4)	0,048
Lactate	2,0 (1,4 – 2,6)	2,3 (1,7-2,9)	0,005
Bạch cầu	8,99 (6,4 – 12)	11,64 (8,27 – 16,99)	<0,001
Lympho	0,71 (0,47 – 1,06)	0,64 (0,45 – 0,92)	0,139
NLR	11,4 (5,94 – 19,0)	15,41 (9,42 – 25,06)	<0,001
HGB	13,1 (11,80 – 14,30)	13,2 (12,2 – 14,4)	0,227
PLT	260 (183,0 – 356,0)	246,0 (179,0 – 330,0)	0,216
Natri	134,0 (130,75 – 137,25)	134,0 (130,0 – 138,0)	0,897
Kali	3,68 (3,38 – 4,08)	3,79 (3,32 – 4,27)	0,286
Tỉ số De Ritis > 1*	59,9%	54,5%	0,327
PT	12,95 (11,97 – 14,3)	13,3 (12,0 – 15,0)	0,324
aPTT	31,6 (28,37 – 34,5)	31,1 (27,7 – 34,8)	0,433
Firbinogen	4,95 (4,17 – 5,77)	5,02 (3,97 – 5,96)	0,813
D-dimer	1004,0 (565,0– 1827,75)	1702,0 (900,0 – 4605,0)	<0,001
CRP	62,4 (32,75 – 107,05)	72,4 (34,70 – 135,1)	0,047
Procalcitonin	0,16 (0,07 – 0,39)	0,38 (0,13 – 1,33)	<0,001
Inteleukin-6	25,71 (11,57 – 40,1)	63,48 (19,44 – 192,4)	<0,001
LDH	477,3 (339,21 – 477,3)	523,1 (354,66 – 563,44)	0,001
Ferritin	1252,28 (729,8 – 1647,0)	1675,56 (835,4 – 1910,6)	<0,001
CSs dương tính*	39,2%	64,8%	<0,001 ^b

b Kiểm định Chi bình phương, còn lại dùng kiểm định Mann – Whitney U. *Biến được trình bày dưới dạng tỉ lệ, các biến còn lại được trình bày dưới dạng trung vị (tứ phân vị).

Giữa 2 nhóm TTTC và không TTTC, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số: Ure, Creatinin, pH, HCO₃, Lactate, bạch cầu, tỉ số NLR, D-dimer, CRP, Procalcitonin, IL6, LDH, Ferritin và CSs dương tính.

3.2. Đặc điểm của TTTC và các yếu tố liên quan

3.2.1. Đặc điểm TTTC. Trong nghiên cứu, 213 BN có TTTC chiếm 59,8%. Trong đó: GD 1 là 22,5%, GD 2 là 13,8% và GD 3 là 23,6%, tỉ lệ TTTC trước nhập viện là 30,6%.



Biểu đồ 1. Phân bố thời điểm chẩn đoán TTTC (N=213)

3.2.2. Các yếu tố nguy cơ TTTC

Bảng 3. Ảnh hưởng của các yếu tố nhân trắc, lâm sàng, cận lâm sàng đến TTTC (N=356)

Yếu tố	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (KTC95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Người cao tuổi	1,88 (1,22 – 2,89)	0,004	1,18 (0,66 – 2,11)	0,567

Colistin	13,68 (6,1 – 30,66)	<0,001	6,61 (2,49 – 17,56)	< 0,001
Carbapenem	7,26 (4,51 – 11,68)	<0,001	1,93 (0,98 – 3,81)	0,55
Aminoglycosid	6,19 (4,51 – 11,68)	<0,001	2,56 (0,79 – 8,27)	0,117
Vancomycin	4,09 (2,32 – 7,22)	<0,001	0,67 (0,28 – 1,59)	0,367
Ure	1,03 (1,02 – 1,04)	<0,001	1,02 (1,0 – 1,03)	0,034
Creatinin	5,18 (2,44 – 11,01)	<0,001	1,64 (0,53 – 5,14)	0,39
pH (với mỗi 0,1)	0,62 (0,48 – 0,81)	<0,001	0,86 (0,58 – 1,28)	0,465
Lactate	1,32 (1,07 – 1,65)	0,01	1,15 (0,85 – 1,53)	0,369
Bạch cầu	1,09 (1,05 – 1,14)	<0,001	1,0 (0,95 – 1,05)	0,988
Procalcitonin	1,74 (1,28 – 2,36)	<0,001	1,23 (0,92 – 1,63)	0,159
IL6 /100	3,10 (2,08 – 4,62)	<0,001	2,19 (1,43 – 3,39)	<0,001
CSs dương tính	2,86 (1,84 – 4,43)	<0,001	2,12 (1,21 – 3,73)	0,008

Phân tích hồi qui logistic

Trong mô hình hồi qui logistic, có mối liên quan độc lập giữa sử dụng Colistin, IL6 và CSs dương tính đối với nguy cơ TTTC: Colistin làm tăng nguy cơ TTTC 6,6 lần, IL-6 tăng 100 pg/ml làm tăng nguy cơ TTTC gấp 2,2 lần, CSs dương tính làm tăng nguy cơ TTTC 2,1 lần.

3.3. Kết cục điều trị và ảnh hưởng của**Bảng 4. Kết cục điều trị (n=356)**

Yếu tố	Kết quả chung	Không TTTC	TTTC	p
Thời gian điều trị (ngày)	15 (11 – 22)	15 (11 – 19)	19 (13 – 30)	<0,001 ^a
Thở máy xâm lấn	179 (50,28%)	20,3%	70,4%	<0,001
HFNC	118 (33,14%)	51,1%	21,1%	0,531
NIV	5 (1,4%)	1,4%	1,4%	0,052
Truyền máu	67 (18,82%)	3,5%	26,8%	<0,001
Truyền hồng cầu lắng	62 (17,42%)	3,5%	26,8%	<0,001
Truyền tiểu cầu	12 (3,37%)	0,7%	5,2%	0,022
Truyền huyết tương	6 (1,69%)	0,7%	2,3%	0,236
Tử vong nội viện	128 (35,69%)	9,8%	53,5%	<0,001

^a Kiểm định Mann-Whitney U, còn lại dùng kiểm định Chi bình phương

Giữa hai nhóm BN TTTC và không TTTC, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên các kết cục: thời gian điều trị, thở máy xâm lấn, truyền máu và tỉ lệ tử vong nội viện.

Bảng 5. Ảnh hưởng của TTTC trên kết cục điều trị (N=356)

So sánh	Thở máy xâm lấn		Truyền máu		Tử vong nội viện	
	OR	p	OR	p	OR	p
TTTC giai đoạn 1 với không TTTC	2,0 1,08 – 3,71	0,027	1,84 0,52 – 6,56	0,347	1,95 0,88 – 4,34	0,1
TTTC giai đoạn 2 với không TTTC	23,58 9,61 – 57,89	<0,001	8,95 2,96 – 27,01	<0,001	13,36 6,05 – 29,52	<0,001
TTTC giai đoạn 3 với không TTTC	106,14 31,26 – 360,34	<0,001	25,09 9,32 – 67,5	<0,001	50,32 22,41 – 112,96	<0,001

Phân tích hồi qui logistic với biến độc lập là giai đoạn TTTC là biến thứ bậc.

TTTC giai đoạn 2, 3 có ảnh hưởng đáng kể trên kết cục điều trị của người bệnh.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu.**

Giới nữ chiếm 55%. Theo nhiều nghiên cứu về TTTC tại khoa HSTC, nam giới là nguy cơ TTTC, có thể do giới nam có tỉ lệ bệnh tim mạch, thuốc lá... cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

nữ chiếm ưu thế hơn nên có thể vì vậy phân tích về giới giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 62, của nhóm không TTTC là 59, nhóm TTTC là 63, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,009). Các nghiên cứu về TTTC ở BN nặng thường có độ

tuổi trung bình trên trong khoảng 50-70. Về mặt sinh lý, khi tuổi cao đồng nghĩa dự trữ thận giảm dần, nhiều yếu tố nguy cơ tổn thương thận cũng bắt đầu xuất hiện và tăng dần theo tuổi như các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường... cũng là nhóm bệnh nền thường gặp nhất trong nghiên cứu này cũng như nhiều nghiên cứu tương tự.

BN trong nghiên cứu có trung vị số ngày điều trị tại tuyến trước là 2 ngày, 22% nhập từ khoa Cấp cứu. Điều này thể hiện các BN nặng được chuyển đến HSTC khá kịp thời. Đây là cả một sự nỗ lực trong bối cảnh của TP. Hồ Chí Minh ở đợt dịch COVID-19 thứ tư.

4.2. Đặc điểm của TTTC và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ TTTC trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,8% (GD 1 là 22,5%, GD 2 là 13,8% và GD 3 là 23,6%). Các báo cáo ban đầu cho thấy tỷ lệ TTTC không đáng kể. Sau đó, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy tính phổ biến của nó, có khả năng ảnh hưởng đến hơn 20% BN nhập viện và hơn 50% tại khoa HSTC [0]. Nhưng tỷ lệ này lại rất thay đổi ở các nghiên cứu khác nhau. Sự dao động này có thể do khác biệt mức độ nặng của bệnh ở các dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50% BN cần thở máy xâm lấn trong quá trình điều trị, nghiên cứu của Jyotsana Thakkar, TTTC chiếm đến 75% nhưng tỷ lệ thở máy xâm lấn trong quá trình điều trị lên đến 97%. Hơn nữa, ARDS, bệnh cảnh ở các BN COVID-19 nguy kịch, từ lâu đã được công nhận là có mối liên quan với TTTC thông qua mỗi tương tác phổi - thận.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 109 BN TTTC trước nhập viện, chiếm 30,6% tổng số BN và 50% nhóm BN TTTC. Trong số này, diễn tiến TTTC giai đoạn 3 là 37,8% và tử vong 40,4%. Điều này cho thấy TTTC cần được tầm soát, điều trị thích hợp và theo dõi sát ngay từ thời điểm nhập khoa HSTC.

TTTC có liên quan độc lập với Cytokine và Colistin: nhiễm SAR-CoV-2 liên quan đến việc kích hoạt phản ứng viêm gọi là "cơn bão Cytokine", là một trong nhiều cơ chế tác động trên thận của SAR-CoV-2. Hơn nữa, vai trò trung tâm của Cytokine trong nhiễm khuẩn nặng, tổn thương đa cơ quan đã được thừa nhận. Một điểm đáng lưu ý là nồng độ Cytokine trong COVID-19 được cho là thấp hơn trong nhiễm khuẩn huyết. Ngoài ra, tại các khoa HSTC, khoảng 20% các loại thuốc được kê đơn có thể gây độc thận theo nhiều cơ chế khác nhau. Trong đó có Colistin, một kháng sinh đã từng được ngưng sử dụng vì độc tính trên thận cao. Theo nghiên cứu của tác giả Phan Thị Xuân, tỷ lệ

TTTC ở BN sử dụng Colistin là 49,7%.

4.3. Kết cục điều trị và ảnh hưởng của TTTC. Tỷ lệ BN TTTC được RRT trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,3%. Tỷ lệ này cũng thay đổi theo nhiều nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của J. Hirsch là 46,6% [6]. Trong điều kiện chống dịch có nhiều khó khăn, chỉ định này còn tùy thuộc điều kiện trang thiết bị và nhân lực của từng đơn vị điều trị.

Sở với nhóm không TTTC, nhóm TTTC có tỷ lệ tử vong, thời gian điều trị, tỷ lệ truyền máu, tỷ lệ thở máy xâm lấn cao hơn đáng kể, nhất là nhóm TTTC giai đoạn 2, 3. Tỷ lệ tử vong cao ở BN TTTC nặng cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác [6], có thể lên đến 80% ở nhóm BN cần RRT. Từ đó cho thấy vai trò của việc phòng ngừa và điều trị kịp thời thích hợp cho các BN có nguy cơ TTTC, nhằm cải thiện kết cục và giảm chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 356 BN COVID-19 nặng và nguy kịch nhập viện tại Trung tâm Hồi sức Tích cực người bệnh COVID-19 thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, dựa trên tiêu chuẩn KDIGO, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TTTC là 59,8%, tỷ lệ TTTC trước nhập viện là 30,6%, GD 3 chiếm 23,6%. Cytokine và Colistin có mối liên quan độc lập với nguy cơ TTTC. Tỷ lệ tử vong chung là 35,69%. Nhóm TTTC có tỷ lệ tử vong, thời gian điều trị, nhu cầu truyền máu và thở máy xâm lấn cao hơn nhóm không TTTC. Các chỉ số này đặc biệt tăng cao ở những BN TTTC giai đoạn 2 và 3. Những ghi nhận này một lần nữa cho thấy công tác dự phòng, phát hiện sớm, điều trị thích hợp TTTC ở BN nặng cần được chú ý nhằm góp phần cải thiện kết cục của người bệnh cũng như giảm thiểu chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới (SAR-CoV-2). 2021.
- Phan Thị Xuân.** Tỷ lệ tổn thương thận cấp và các yếu tố nguy cơ tổn thương ở bệnh nhân hồi sức sử dụng Colistin đường tĩnh mạch. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2015;19(1):297-302.
- Koyner JL, Topf J, Lerma E.** Handbook of Critical Care Nephrology. 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021:14, 115-6.
- Chen YT, Shao SC, Hsu CK, et al.** Incidence of acute kidney injury in COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. Critical Care. 2020;24(1):1-4.
- Nadim MK, Forni LG, Mehta RL, et al.** COVID-19-associated acute kidney injury: consensus report of the 25th Acute Disease Quality Initiative (ADQI) Workgroup. Nature reviews nephrology.

- 2020;16(12):747-764.
6. **Ng JH, Hirsch JS, Hazzan A, et al.** Outcomes among patients hospitalized with COVID-19 and acute kidney injury. *American Journal of Kidney Diseases.* 2021;77(2):204-215.
 7. **Srisawat N, Sileanu FE, Murugan R, et al.** Variation in Risk and Mortality of Acute Kidney Injury in Critically Ill Patients: A Multicenter Study. *American Journal of Nephrology.* 2015;41(1):81-88.
 8. **Thakkar J, Chand S, Aboodi MS, et al.** Characteristics, Outcomes and 60-Day Hospital Mortality of ICU Patients with COVID-19 and Acute Kidney Injury. *Kidney360.* 2020; 1(12):1339-1344.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC VÀ SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRÊN BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Thu Hằng¹, Vũ Thị Thuý¹

TÓM TẮT

Hen phế quản là một bệnh có đặc điểm là viêm mạn tính niêm mạc phế quản. Điều trị hen phế quản là một vòng lặp lại liên tục của quá trình đánh giá, điều trị, xem xét đáp ứng và thay đổi phác đồ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú nhằm mục tiêu khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị hen phế quản để đưa ra dữ liệu thực tế về sử dụng thuốc trong thực hành lâm sàng. Trong tổng số 106 lượt khám, 100% bệnh nhân được kê LABA-ICS; 63,20% được kê salmeterol; 38,68% được kê formoterol; 63,20% được kê fluticasone; 38,68% được kê budesonide. Chức năng hô hấp trên bệnh nhân hen phế quản ngoại trú không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong thời gian 1 năm điều trị. Nghiên cứu sẽ góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị và kiểm soát hen phế quản.

Từ khóa: hen phế quản, LABA, ICS, FEV1, FVC, PEF

SUMMARY

MEDICATION PATTERNS AND LUNG FUNCTION IN ASTHMA PATIENTS: AN OBSERVATIONAL STUDY

Asthma is a disease characterized by chronic inflammation of the bronchial mucosa. The asthma management cycle for personalized asthma care consists of review, assessment and adjustment. An observational study was conducted on asthma outpatients with the aim of providing practical data of medication use. Out of 106 visits, 100% of patients were prescribed LABA-ICS. Salmeterol, formoterol, fluticasone and budesonide were prescribed most, accounted for 63,20%; 38,68%; 63,20% and 38,68% respectively. Respiratory functions did not change statistically during one year of treatment. The study will contribute to improving the effectiveness of asthma treatment and control.

Keywords: asthma, LABA, ICS, FEV1, FVC, PEF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh có đặc điểm là viêm mạn tính niêm mạc phế quản làm tăng phản ứng của phế quản thường xuyên với nhiều tác nhân kích thích, dẫn đến co thắt lan toả cơ trơn phế quản. Sự co thắt phế quản không cố định, thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc giãn phế quản. Trên lâm sàng, HPQ biểu hiện với các triệu chứng như thở khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Bệnh biến đổi theo mùa, nặng khi tiếp xúc yếu tố nguy cơ hoặc thay đổi thời tiết. Các triệu chứng này có liên quan với sự biến đổi của luồng không khí thở ra do tình trạng tắc nghẽn đường thở (phù nề niêm mạc, co thắt cơ trơn, tăng tiết đờm) [1].

Hen phế quản là một bệnh mãn tính dẫn đến tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh cao trong thế giới ngày nay. Theo số liệu WHO 2019 ước tính, hen phế quản ảnh hưởng 262 triệu người và gây ra 455.000 trường hợp tử vong. Phần lớn các trường hợp tử vong xảy ra ở các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình, nơi mà việc chẩn đoán và điều trị còn gặp nhiều khó khăn [2]. Để quản lý hiệu quả hen phế quản đòi hỏi phải điều trị lâu dài, điều này có ảnh hưởng đến chi phí của liệu pháp và sự tuân thủ của bệnh nhân [3].

Các khuyến cáo hiện hành của Việt Nam và thế giới đều khuyến cáo quản lý hen phế quản theo từng bậc [1],[4]. Các nhóm thuốc thường được sử dụng trong điều trị bao gồm nhóm kích thích beta-adrenergic tác dụng ngắn (SABA) và tác dụng kéo dài (LABA), nhóm kháng cholinergic tác dụng ngắn (SAMA) và tác dụng kéo dài (LAMA), corticoid đường hít (ICS) với mục đích điều trị dự phòng và điều trị duy trì. Corticoid đường uống (OCS) được dùng trong trường hợp những bệnh nhân hen nặng. Bệnh nhân mắc hen phế quản cần điều trị lâu dài và cần sử dụng nhiều thuốc cùng một lúc [4].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị hen

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hằng

Email: thuhang@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022