

xu hướng giảm, tốc độ máu lắng hiệu số là  $5,21 \pm 8,34$ ; nhưng trước và sau điều trị chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 5.3. Về tác dụng không mong muốn

➢ Chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng của bài thuốc.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ankoor Shah và E. William St. Clair (2015), Rheumatoid Arthritis, Harrison's Principle of Internal Medicine 19th, 2136-2149.
2. Nguyễn Thu Hiền (2001), Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000), Mô hình bệnh tật 10 năm bệnh viện Bạch Mai.
3. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 9-35.
4. Hoàng Bảo Châu (2006), Nội khoa Y học cổ truyền, NXB Y học, 528-538.
5. Trần Ngọc Ân (2009), Bệnh thấp khớp, NXB Y học, Hà Nội, 85-100.
6. I. Biliavska, I. Stamm, T. A. Martinez-Avila, et al. (2013), Application of the 2010 ACR/EULAR classification criteria in patients with very early inflammatory arthritis: analysis of sensitivity, specificity and predictive values in the SAVE study cohort, Ann Rheum Dis, 1335-41.
7. Hoàng Thị Quế (2011), Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc "Tam tỷ thang gia giảm" điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp, Đại học y Hà Nội, Luận án tiến sỹ y học.
8. Lưu Thị Hạnh (2012), Đánh giá tác dụng bài thuốc Khương hoạt nhũ hương thang trong điều trị hỗ trợ viêm khớp dạng thấp giai đoạn II, Luận án tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội..
9. Nguyễn Thiên Quyển (2010), Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong đông y, NXB văn hóa dân tộc, Hà Nội, 520 - 528.
10. Lê Thị Liễu (2006), Nghiên cứu các giai đoạn tiến triển của bệnh viêm khớp dạng thấp qua lâm sàng và siêu âm khớp cổ tay, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Lê Hồng Phát<sup>1</sup>, Vũ Đình Thắng<sup>2</sup>

**Từ khóa:** tổn thương thận cấp, khoa hồi sức tích cực

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ mắc, giai đoạn và kết cục tổn thương thận cấp trên bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Nhân dân 115. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 BN nhập khoa hồi sức tích cực trong thời gian từ tháng 01/2020 tới tháng 06/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại khoa hồi sức là 53,33%. Trong đó, tổn thương thận cấp giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%. Nhóm bệnh nhân tổn thương thận cấp có tuổi trung vị là 66, điểm APACHE II và SOFA trung vị trong 24 giờ đầu nhập khoa lần lượt là 25 và 7, có tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 68,75% và tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch là 85%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cấp là 65% cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) so với nhóm không tổn thương thận cấp: 28,57%. Tỷ lệ điều trị thay thế thận ở bệnh nhân tổn thương thận cấp là 40%, trong đó hầu hết bệnh nhân được điều trị theo phương thức lọc máu liên tục, chiếm tỷ lệ 90,6%. **Kết luận:** Tổn thương thận cấp thường gặp ở khoa hồi sức, bệnh nhân tổn thương thận cấp có tình trạng bệnh nặng, và tử vong cao.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

**Objects:** Determine clinical characteristics, incidence, stage and outcomes of acute kidney injury in patients admitted to intensive care unit. **Methods:** Cross sectional descriptive study on 150 patients admitted to the ICU, 115 people's Hospital, from January 2020 to June 2020. **Results:** AKI occurred in 53,33% ICU patients, with KDIGO stage 3 AKI accounted for the highest proportion: 40%. Patients with AKI had median age of 66, median APACHE II score and SOFA score in the first 24 hours admitted of 25 and 7, respectively. Sepsis occurred in 68,75% patients with AKI, and 85% of AKI patients was treated with vasopressors. Mortality rate of patients with AKI was 65%, significantly higher ( $p < 0,001$ ) than those without AKI: 28,57%. The rate of renal replacement therapy in patients with AKI is 40%, the majority of which were treated by continuous modality, accounting for 90,6%. **Conclusion:** AKI is common in the ICU, patients with AKI were critically ill with increased mortality.

**Keywords:** Acute kidney injury (AKI), intensive care unit (ICU)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (TTTC) là một hội chứng định nghĩa bởi sự suy giảm chức năng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Hồng Phát

Email: phatnlh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

thận cấp tính xảy ra trong vài giờ tới vài ngày, là rối loạn chức năng cơ quan thường gặp nhất ở các khoa hồi sức, liên quan với gia tăng tử vong và các biến chứng [3], [6]. Tỷ lệ bệnh nhân tại khoa hồi sức ở Việt Nam được chẩn đoán tổn thương thận cấp thay đổi từ 42,30% tới 47,90% [1], [2]. Tại Bệnh viện Nhân Dân 115, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện ở khoa hồi sức để khảo sát tình hình tổn thương thận cấp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ mắc tổn thương thận cấp và kết cục của bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Dân số đích:** Bệnh nhân nhập các khoa hồi sức tích cực.

**2.1.2. Dân số chọn mẫu:** Bệnh nhân nhập khoa hồi sức tích cực- chống độc (HSTC – CĐ) Bệnh viện Nhân Dân 115

**2.1.3. Tiêu chuẩn nhận bệnh:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi nhập khoa HSTC – CĐ từ tháng 01/2020 đến hết tháng 06/2020, bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận định kỳ và những bệnh nhân có thời gian điều trị tại khoa HSTC – CĐ  $\leq 24$  giờ tính từ khi nhập khoa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Sử dụng công thức ước lượng tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Với  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ : hằng số phân phối chuẩn là 1,96; d: sai số biên cho phép của ước lượng (0,08),  $\alpha=0,05$ ; p: tỷ lệ TTTC theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Sơn (2016) được công bố là 42,3%, chúng tôi ước lượng cỡ mẫu  $\geq 146$  bệnh nhân

**2.2.3. Quy trình nghiên cứu:** BN nhập khoa hồi sức tích cực thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, không có tiêu chuẩn loại trừ, được ghi nhận các biến số về đặc điểm lâm sàng, tiền căn, chẩn đoán, điều trị. BN được theo dõi kết cục tử vong tại khoa hồi sức hay chuyển khoa và điều trị thay thế thận nếu có. Tổn thương thận cấp được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn KDIGO 2012 dựa trên creatinine và nước tiểu. Creatinine nền được xác định bằng cách: lấy chỉ số creatinine huyết thanh gần nhất trong vòng 3 tháng trước tính từ thời

điểm nhập viện của BN. Nếu BN không có chỉ số creatinine nền thì lấy chỉ số creatinine thấp nhất trong đợt nhập viện lần này.

**2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu.** Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê R phiên bản 4.0.1. Đánh giá sự phân phối chuẩn của biến định lượng bằng phép kiểm Shapiro Wilk, nếu tuân theo luật phân phối chuẩn: trình bày biến số dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn và kiểm định sự khác biệt của các nhóm bằng phép kiểm t-test. Nếu biến định lượng không tuân theo luật phân phối chuẩn: trình bày dưới dạng số trung vị và khoảng tứ phân vị, kiểm định sự khác biệt của các nhóm bằng phép kiểm Mann-Whitney. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm dữ liệu bằng kiểm định Fisher's exact test hay phép kiểm Chi-square test.

**2.2.5. Ý đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận (quyết định số 179/HĐĐĐ-TĐHYKPNT). Nghiên cứu hoàn toàn không can thiệp và tác động vào quá trình điều trị của các bệnh nhân. Bệnh nhân hoặc thân nhân trước khi tham gia nghiên cứu sẽ được bác sĩ điều trị giải thích cặn kẽ và chỉ thu thập các số liệu sau khi có sự đồng ý của bệnh nhân hoặc thân nhân. Các thông tin cá nhân, các số liệu thu thập được chỉ dành cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật hoàn toàn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2020, tại khoa HSTC-CĐ, Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi thu nhận được 150 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ xấp xỉ: 52,7%. Tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 64. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 56,7%; trong đó số BN trên 80 tuổi chiếm 17,3%. Tăng huyết áp và đái tháo đường là bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 63,3% và 32,7%. Bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ 26,7%, tiếp theo là bệnh mạch vành chiếm 19,3%. Điểm APACHE II trung vị của dân số nghiên cứu 20 điểm. Điểm SOFA trung vị là 5 điểm. Trong dân số nghiên cứu, có một nửa bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết (75 bệnh nhân). Tỷ lệ thiếu máu chiếm hơn một phần ba dân số nghiên cứu (35,33%). Đa số BN cần được hỗ trợ hô hấp với máy thở với tỷ lệ 70% (105 BN). Tỷ lệ BN tụt huyết áp cần sử

dụng thuốc vận mạch là 61,33% (92 BN). Thời gian điều trị của tại khoa HS ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 49 ngày. Trong 150 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ tử vong chiếm 48% (72 BN).

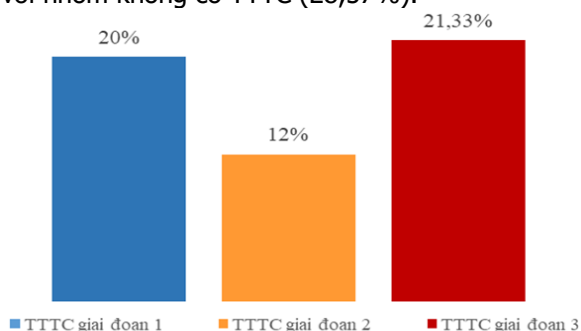
**Bảng 3.1: Các đặc điểm của dân số nghiên cứu**

Đặc điểm		Không TTTC (n = 70)	Có TTTC (n = 80)	Chung	Chỉ số p
Nữ	Số lượng - Tỷ lệ %	33 (47,14)	46 (57,50)	79 (52,67)	0,27
Tuổi (năm)	Trung vị - KTPV	60 (46-70)	66 (56-79)	64(51-74)	0,017*
Tăng huyết áp	Số lượng - Tỷ lệ %	40 (57,14)	55 (68,75)	95 (63,33)	0,193
Đái tháo đường	Số lượng - Tỷ lệ %	15 (21,42)	34 (42,50)	49 (32,67)	0,01**
Bệnh thận mạn	Số lượng - Tỷ lệ %	11 (15,71)	29 (36,25)	43 (26,67)	0,007**
Bệnh mạch vành mạn	Số lượng - Tỷ lệ %	9 (12,86)	20 (25)	29 (19,33)	0,094
Suy tim	Số lượng - Tỷ lệ %	7 (10)	11 (13,75)	18 (12)	0,673
Thiếu máu	Số lượng - Tỷ lệ %	20 (28,57)	33 (41,25)	53 (35,33)	0,147
Thở máy	Số lượng - Tỷ lệ %	45 (64,26)	60 (75)	105 (70)	0,211
APACHE II (điểm)	Trung vị - KTPV	13 (6-20)	25 (20-28)	20 (13-25)	< 0,001*
SOFA (điểm)	Trung vị - KTPV	4 (2-5)	7 (5-8)	5 (4-7)	< 0,001*
Mạch	Trung vị - KTPV	100 (90-113)	112 (100-120)	110 (92-120)	0,004*
Huyết áp trung bình	Trung vị - KTPV	71 (60-83)	50 (43-68)	60 (50-73)	<0,001*
Dùng vận mạch	Số lượng - Tỷ lệ %	24 (34,29)	68 (85)	92 (61,33)	<0,001**
Kháng sinh độc thân	Số lượng - Tỷ lệ %	9 (12,86)	13 (16,25)	22 (14,67)	0,722
Thuốc cản quang chứa I-ốt	Số lượng - Tỷ lệ %	7 (10)	7 (8,75)	14 (9,33)	1
Nhồi máu cơ tim	Số lượng - Tỷ lệ %	6 (8,57)	12 (15)	18 (12)	0,338
Xơ gan	Số lượng - Tỷ lệ %	1 (1,43)	3 (3,75)	4 (2,67)	0,623
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Số lượng - Tỷ lệ %	7 (10)	4 (5)	11 (7,33)	0,348
Nhiễm khuẩn huyết	Số lượng - Tỷ lệ %	20 (28,57)	55 (68,75)	75 (50)	<0,001**
Số ngày điều trị (ngày)	Trung vị - KTPV	4 (3-7)	4,5 (2-8)	4 (2-7)	0,85
Tử vong	Số lượng - Tỷ lệ %	20 (28,57)	52 (65)	72 (48)	<0,001**

\*\* : phép kiểm Chi bình phương

**3.2. Đặc điểm bệnh nhân tổn thương thận cấp.** Trong dân số nghiên cứu, có 80 BN được chẩn đoán TTTC, chiếm tỷ lệ 53,33%. Trong đó, TTTC giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất: 21,33% (32/150 BN). Tổn thương thận cấp giai đoạn 1 và 2 chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 20% (30/150 BN) và 12% (18/150 BN). BN có TTTC đa số là nữ (57,5%), có tuổi trung vị là 66 (56-79) cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,017$ ) so với nhóm không TTTC là 60 (46-70). Tỷ lệ bệnh nhân TTTC có tiền căn đái tháo đường cao gấp hai lần tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường không có TTTC (42,50% so với 21,42%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ . Tương tự, tỷ lệ bệnh nhân TTTC có tiền căn bệnh thận mạn cao hơn gấp hai lần bệnh nhân có bệnh thận mạn không mắc TTTC với tỷ lệ lần lượt là 36,25% so với 15,71% ( $p = 0,007$ ). Tại thời điểm nhập khoa hồi sức, nhóm BN TTTC có tần số mạch 112 lần/phút (100-120) cao hơn đáng kể ( $p = 0,004$ ) so với nhóm không TTTC là 100 lần/phút (90-113). Ngoài ra, huyết áp trung bình của nhóm BN có TTTC cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) so với nhóm không TTTC, lần lượt là 50 (43-68) so với 71 (60-83). Các thang điểm bệnh nặng trong nhóm TTTC như APACHE II là 25 (20-

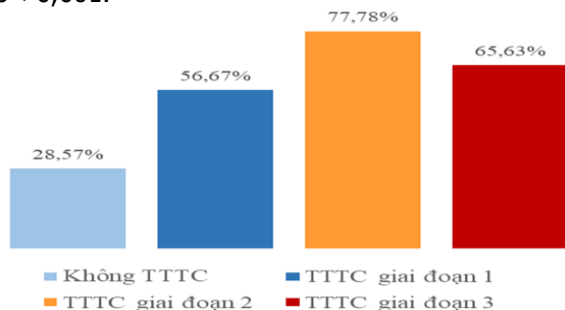
28) và SOFA là 7 (5-8), đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) so với nhóm không TTTC, lần lượt là 13 (6-20) và 4 (2-5). Đa số BN có TTTC phải được điều trị với thuốc vận mạch (85%), cao hơn hai lần so với nhóm không TTTC (34,29%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nhóm BN có TTTC có tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn huyết (68,75%) cao hơn đáng kể ( $p < 0,001$ ) so với nhóm không có TTTC (28,57%).



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại khoa HSTC-CD theo từng giai đoạn**

Tỷ lệ tử vong ở nhóm BN được chẩn đoán tổn thương thận cấp là 65%. Tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm bệnh nhân TTTC giai đoạn 2: 77,78% (14 bệnh nhân). Nhìn chung, bệnh nhân

ở tất cả các giai đoạn TTTC đều có tỷ lệ tử vong cao hơn hai lần so với nhóm không TTTC (28,57%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .



**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân TTTC theo từng giai đoạn**

Tỷ lệ điều trị thay thế thận chung ở bệnh nhân có TTTC là: 40%. Nhóm BN TTTC giai đoạn 2 có tỷ lệ điều trị thay thế thận cao nhất 55,56%. Trong các trường hợp thay thế thận, có 3 bệnh nhân được điều trị với phương thức ngắt quãng (9,4%) và 29 bệnh nhân được điều trị lọc máu liên tục (90,6%).

#### IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC-CD là 53,33%, cao hơn với kết quả của các nghiên cứu trong nước như của Phan Thị Xuân (47,9%) hay của Nguyễn Trường sơn (42,3%)[1], [2]. Sự khác biệt này có lẽ tới từ việc sử dụng các tiêu chuẩn khác nhau để chẩn đoán TTTC. Hai nghiên cứu trên thực hiện ở Bệnh viện Chợ Rẫy sử dụng tiêu chuẩn AKIN để chẩn đoán và phân độ TTTC, đồng thời có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu khi tác giả Phan Thị Xuân thực hiện trên BN hồi sức được điều trị colistin tĩnh mạch. Nghiên cứu của tác giả Srisawat và Hoste sử dụng tiêu chuẩn KDIGO để chẩn đoán TTTC cho tỷ lệ mắc TTTC gần tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, lần lượt là 52,9% và 57,3%[4], [8].

Nhóm bệnh nhân TTTC có độ tuổi cao hơn, mắc nhiều bệnh nền hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm này phù hợp với các hướng dẫn điều trị trước đây khi tuổi cao, tiền căn đái tháo đường, bệnh thận mạn được xem là những yếu tố làm gia tăng nguy cơ mắc TTTC[5]. Bệnh nhân TTTC có điểm APACHE II và SOFA cao hơn, đồng thời có huyết áp trung bình thấp hơn và tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch chiếm đa số. Thận là một trong những cơ quan nhận lượng máu tới nhiều nhất, do đó tình trạng tụt huyết áp kéo dài làm giảm lưu lượng máu tới thận, phối hợp với việc sử dụng thuốc vận mạch

liều cao và các cơ chế điều hòa ngược quá mức của cầu thận - ống thận nhằm nâng huyết áp lên càng làm nặng thêm tình trạng co mạch máu thận. Giảm tưới máu thận gây suy giảm chức năng thận, quá tải thể tích tuần hoàn và ứ đọng các chất chuyển hóa bất lợi với cơ thể, thúc đẩy thêm tình trạng bệnh nặng, tụt huyết áp và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân. Hơn hai phần ba BN TTTC có nhiễm khuẩn huyết. Theo tác giả Srisawat, nhiễm khuẩn huyết làm gia tăng nguy cơ tổn thương thận cấp với OR 1,21 (1,03-1,42)[8]. Cơ chế gây làm suy giảm chức năng thận và tổn thương thận do nhiễm khuẩn huyết không chỉ dừng ở giảm tưới máu mà gần đây còn được ghi nhận có liên quan tới các stress oxy hóa trực tiếp lên ống thận cùng tình trạng đáp ứng viêm quá mức.

Trong dân số nghiên cứu, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân TTTC là 65%, cao hơn gấp hai lần so với nhóm không TTTC là 28,57% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu tại Phần Lan ghi nhận tỷ lệ tử vong 90 ngày giữa hai nhóm BN có tổn thương thận cấp và không có tổn thương thận cấp lần lượt là 33,70% và 16,60% [7]. Ngoài ra, nghiên cứu này còn cho thấy sự gia tăng tuyến tính tỷ lệ tử vong 90 ngày tương ứng với các giai đoạn tổn thương thận cấp, với tỷ lệ tử vong tương ứng với từng giai đoạn tổn thương thận cấp 1, 2, và 3 lần lượt là 29,30%, 34,10% và 39%. Tổn thương thận cấp làm gia tăng tử vong có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không TTTC. Cơ chế làm gia tăng của TTTC có thể thông qua nhiều con đường như: việc hồi sức dịch và tình trạng thiếu niệu ở bệnh nhân TTTC sẽ dẫn tới quá tải thể tích, toan chuyển hóa và rối loạn điện giải, tất cả đều góp phần làm tăng tử vong. Đáp ứng viêm toàn thân trong TTTC cũng đồng thời dẫn tới những biến chứng lên các cơ quan khác, như ARDS. Tương tự như bệnh thận mạn, những chất chuyển hóa không được đào thải ra trong TTTC có thể làm suy giảm miễn dịch và tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn. Cuối cùng, việc phải thay đổi liều các loại thuốc trong TTTC phức tạp và thường dẫn đến thất bại điều trị hoặc các biến cố do tác dụng không mong muốn của thuốc.

Tỷ lệ điều trị thay thế thận ở BN khoa hồi sức là 40%. Trong đó, hầu hết BN được khởi động điều trị thay thế thận khi TTTC giai đoạn 2 (chiếm 55,56%), kế tiếp là giai đoạn 1 (36,67%) và ít khi việc điều trị thay thế thận trì hoãn đến khi BN xuất hiện TTTC giai đoạn 3 (chiếm 34,38%). Kết quả này gần tương tự với tỷ lệ điều trị thay thế thận theo nghiên cứu của tác

giả Nguyễn Trường Sơn thực hiện tại khoa Hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy: 42,40% [1]. Các nghiên cứu khác tại các khoa hồi sức ngoài nước có tỷ lệ điều trị thay thế thận trên bệnh nhân TTTC thấp hơn khá nhiều, rơi vào khoảng 12% [4]. Các chỉ định điều trị thay thế thận tuyệt đối bao gồm: toan chuyển hóa nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, tăng kali máu nặng, phù phổi không đáp ứng điều trị nội khoa hay xuất hiện các biến chứng của hội chứng ure huyết cao,... Tuy nhiên khi BN xuất hiện các biến chứng này thì chỉ định thay thế thận đã muộn và ít có khả năng cải thiện dự hậu của BN. Bệnh nhân nhập khoa hồi sức hầu hết có tình trạng bệnh lý nội khoa nặng nề phối hợp như sốc nhiễm khuẩn, suy tim cấp, suy đa tạng; do đó điều trị lọc máu liên tục sớm có khả năng hỗ trợ các cơ quan như giảm quá tải dịch, lấy đi những chất trung gian thúc đẩy quá trình viêm, giảm tích tụ các chất chuyển hóa có hại với cơ thể.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại khoa hồi sức là 53,33%. Trong các bệnh nhân tổn thương thận cấp, theo phân loại KDIGO, tổn thương thận cấp giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%. Nhóm bệnh nhân tổn thương thận cấp có tuổi trung vị là 66, điểm APACHE II và SOFA trung vị trong 24 giờ đầu nhập khoa lần lượt là 25 và 7, có tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 68,75% và tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch là 85%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cấp là 65% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương thận cấp: 28,57% Tỷ lệ điều trị thay thế thận ở bệnh nhân tổn thương thận cấp là 40%,

trong đó hầu hết bệnh nhân được điều trị theo phương thức lọc máu liên tục, chiếm tỷ lệ 90,6%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Sơn (2016), Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Chợ Rẫy, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Phan Thị Xuân (2015), "Tỷ lệ tổn thương thận cấp và các yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức sử dụng colistin đường tĩnh mạch", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16, tr. 25-29.
3. De Mendonça A., Vincent J., Suter P., et al (2000), "Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA score", Intensive Care Med. 26(7), pp. 915-921.
4. Hoste E.A., Bagshaw S.M., Bellomo R., et al (2015), "Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study", Intensive Care Med. 41(8), pp. 1411-1423.
5. Kellum J.A., Lameire N., Aspelin P., et al (2012), "Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury", Kidney International Supplements. 2(1), pp. 1-138.
6. Linder A., Fjell C., Levin A., et al (2014), "Small acute increases in serum creatinine are associated with decreased long-term survival in the critically ill", Am J Respir Crit Care Med. 189(9), pp. 1075-1081.
7. Nisula S., Kaukonen K.M., Vaara S.T., et al (2013), "Incidence, risk factors and 90-day mortality of patients with acute kidney injury in Finnish intensive care units: the FINNAKI study", Intensive Care Med. 39(3), pp. 420-428.
8. Srisawat N., Kulvichit W., Mahamitra N., et al (2019), "The epidemiology and characteristics of acute kidney injury in the Southeast Asia intensive care unit: a prospective multicentre study", Nephrol Dial Transplant. 35(10), pp. 1729-1738.

## GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT KIM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN U SAU PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Thúy Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của kỹ thuật sinh thiết kim dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u sau phúc mạc tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** 37 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u sau phúc mạc dựa vào lâm sàng,

siêu âm và cắt lớp vi tính, được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính bằng kim cắt lõi bán tự động kích thước 16G hoặc 18G trước phẫu thuật tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện K. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu mô bệnh học sau sinh thiết và sau phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** 100% các bệnh nhân đều lấy được mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, trong đó có 29 trường hợp có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết ác tính và 8 trường hợp có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết là lành tính. Có 3 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu nhỏ không triệu chứng, 1 trường hợp

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thúy Hằng  
Email: hangvu280586@gmail.com  
Ngày nhận bài: 3.2.2023  
Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023  
Ngày duyệt bài: 7.4.2023