

phân bố không đồng đều ở các đặc điểm hình thái phôi do đó cần nhiều nghiên cứu hơn để xác nhận cũng như bổ sung thêm kết luận vào nghiên cứu của chúng tôi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **ESHRE Working group on Time-lapse technology** (2020). Good practice recommendations for the use of time-lapse technology. *Human Reproduction Open*; 2020(2): p. hoaa008.
2. **Capalbo A., et al.** (2014). Correlation between standard blastocyst morphology, euploidy and implantation: an observational study in two centers involving 956 screened blastocysts. *Hum Reproduction*; 29(6): 1173–1181.
3. **Scott K.L., Hong K.H., Scott R.T.** (2013). Selecting the optimal time to perform biopsy for preimplantation genetic testing. *Fertility and Sterility*; 100(3): 608–614.
4. **Singh S., et al.** (2019). Pregnancy rates after pre-implantation genetic screening for aneuploidy are only superior when trophectoderm biopsy is performed on hatching embryos. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*; 36: 621-628.
5. **McArthur S.J., et al.** (2005). Pregnancies and live births after trophectoderm biopsy and preimplantation genetic testing of human blastocysts. *Fertil Sterility*; 84(6): 1628–1636.
6. **Gardner D.K., Schoolcraft W.B.** (1999). Culture and transfer of human blastocysts. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 11(3): 307–311.
7. **Allen M., et al.** (2022). Post-warming embryo morphology is associated with live birth: a cohort study of single vitrified-warmed blastocyst transfer cycles. *J Assist Reprod Genetics*; 39(2): 417–425.
8. **Aoyama N., Kato K.** (2020). Trophectoderm biopsy for preimplantation genetic test and technical tips: A review. *Reprod Med Biology*; 19(3): 222–231.

KHẢO SÁT BIẾN CỐ ĐỘC TÍNH THẬN TRÊN CÁC BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH COLISTIN TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Bảo Kim¹, Nguyễn Trung Nghĩa², Nguyễn Thị Hà², Bùi Sơn Nhật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm và yếu tố nguy cơ liên quan đến biến cố độc tính thận trên các bệnh nhân được chỉ định colistin tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 61 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân sử dụng colistin từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021 tại Bệnh Viện E. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều được giám sát creatinin huyết thanh vào những ngày đầu (4-5 ngày đầu) sử dụng colistin, sau đó tần suất giảm dần; vào ngày thứ 24, tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm creatinin chỉ còn 2%. Chúng tôi ghi nhận được 18/61 bệnh nhân có xảy ra độc tính thận cấp liên quan đến sử dụng colistin (29,5%), trong đó mức độ độc tính thận nguy cơ (27,8%), tổn thương (44,4%), suy thận (27,8%) với thời gian xuất hiện độc tính thận trung vị là 9 ngày. Khả năng xảy ra độc tính thận trên bệnh nhân dùng colistin có xu hướng tăng dần theo thời gian. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng xuất hiện độc tính thận với các yếu tố: tuổi, giảm albumin huyết thanh, thời gian dùng colistin, và dùng kèm furosemid. **Kết luận:** Độc tính trên thận là một vấn đề cần lưu tâm ở những bệnh nhân sử dụng colistin, đặc biệt ở những người lớn tuổi và có thời gian dùng colistin dài cùng các tình trạng đi kèm như giảm albumin huyết thanh và dùng

kèm furosemid. Từ đó cho thấy sự cần thiết các biện pháp nhằm chỉ định thuốc và điều chỉnh liều hợp lý cá thể hóa theo chức năng thận để giảm thiểu tỉ lệ độc thận cũng như hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: colistin, độc tính thận, phản ứng có hại của thuốc

SUMMARY

REVIEW OF COLISTIN UTILISATION AT E HOSPITAL

Objectives: Evaluate the characteristics and the potential risk factors of nephrotoxicity in colistin-treated patients at E hospital. **Study population and methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 61 medical records of patients using colistin from January 2021 to December 2021 at E hospital. **Results:** All patients were checked for blood creatinine during the first 4-5 days of colistin administration, then the frequency rapidly dropped; by day 24, only 2% of patients received tests for creatinine. We identified 18/61 individuals (29.5%) who experienced acute nephrotoxicity as a result of colistin usage, with the degree of risk nephrotoxicity (27.8%), damage (44.4%), and renal failure (27.8%), and a median duration of nephrotoxicity of 9 days. The probability of nephrotoxicity in colistin patients increases over time. The following indicators have a statistically significant link with the probability of nephrotoxicity: age, reduced serum albumin, length of colistin therapy, and concomitant usage of furosemid. **Conclusion:** Nephrotoxicity is a challenge in colistin-treated patients, particularly those who are older, have a long history of colistin usage, and have concomitant diseases such as elevated blood bilirubin and reduced serum albumin. It, therefore, demonstrates the

¹Trường đại học Y Dược, ĐHQGHN

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Nghĩa

Email: nghiahsc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023

necessity for measures to prescribe medications and modify the dose correctly, customized based on renal function, in order to reduce the risk of nephrotoxicity and the efficacy of therapy for patients.

Key words: colistin, nephrotoxicity, adverse drug reactions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù hiệu quả của colistin đã được công nhận trong nhiều thập kỷ, nhưng tỷ lệ độc tính thận, thời gian dẫn đến độc tính thận và các yếu tố nguy cơ vẫn chưa được xác định rõ ràng, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trong những năm gần đây. Đồng thuận Quốc tế năm 2019 về sử dụng polymixin đã ước tính tỷ lệ phát sinh độc tính trên bệnh nhân sử dụng colistin là 20-50% [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ này đã được báo cáo rất dao động trong các nghiên cứu riêng lẻ, từ 0% đến 60%. Thời gian trung bình khởi phát độc tính thận cũng khác nhau, tuy nhiên hầu hết các trường hợp đều xảy ra trong vòng 2 tuần đầu, thường gặp nhất là sau 5 đến 7 ngày điều trị. Nhiều yếu tố nguy cơ gây độc tính thận liên quan đến colistin đã được báo cáo, bao gồm thời gian điều trị bằng colistin kéo dài, sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho thận, tuổi cao, cân nặng cao hơn không phụ thuộc vào liều lượng, mức độ nghiêm trọng của các bệnh lý nền, chức năng thận ban đầu, hạ albumin máu, điểm Charlson cao, và các bệnh mãn tính đi kèm như đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bệnh gan mãn tính và tăng huyết áp [1,2]. Các đặc điểm về tổn thương thận cấp liên quan đến sử dụng colistin khác nhau giữa các quần thể nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm và yếu tố nguy cơ liên quan đến biến cố độc tính thận trên các bệnh nhân được chỉ định colistin tại bệnh viện E.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tương cắt ngang

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên được chỉ định sử dụng colistin bệnh viện E từ 1/2021 đến 10/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: HSBA không tiếp cận được. Bệnh nhân sử dụng colistin <3 ngày. Bệnh nhân tử vong.

Phương pháp thu thập số liệu:

Đặc điểm BN: Tuổi, giới, cân nặng, thời gian sử dụng colistin, đặc điểm chức năng thận.

Đặc điểm biến cố độc tính thận: Tỷ lệ có xét nghiệm creatinin theo thời gian, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc thận, đặc điểm về thời gian khởi phát độc tính, đặc điểm về mức độ độc tính

thận, các yếu tố nguy cơ liên quan đến độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin.

Phân loại mức độ độc tính thận theo RIFLE [3]

Phân mức độ RIFLE	MLCT hoặc creatinin huyết thanh (hth)
R-risk (nguy cơ)	Tăng creatinin hth 1,5 lần hoặc giảm GFR ≥ 25%
I-injury (tổn thương)	Tăng creatinin hth 2 lần hoặc giảm GFR ≥ 50%
F-failure (suy thận)	Tăng creatinin hth 3 lần hoặc giảm GFR ≥ 75%

Xử lý dữ liệu. Số liệu được nhập, quản lý và xử lý bằng EpiData, Microsoft 2016 và SPSS Statistic 25. Kiểm định thống kê đối với biến liên tục có phân phối chuẩn được so sánh bằng kiểm định t-test cho 2 mẫu độc lập; biến liên tục có phân phối không chuẩn được so sánh bằng kiểm định phi tham số Mann-Whitney U; các biến định tính được so sánh tỉ lệ bằng kiểm định Chi-Square cho 2 mẫu độc lập. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

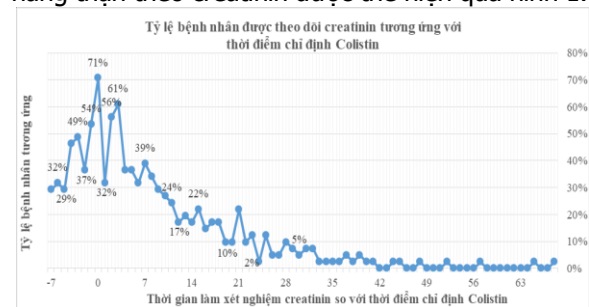
Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 5. Đặc điểm chung của bệnh nhân được chỉ định dùng colistin

Chỉ tiêu nghiên cứu	Kết quả
Giới tính: Nam	50 (82%)
Tuổi	59 (45-74)
Cân nặng (kg)	56,76 ± 10,86
Thời gian sử dụng colistin (ngày)	15 ± 11
Đặc điểm chức năng thận của bệnh nhân	
Độ thanh thải Clcr ngay trước chỉ định colistin (ml/phút)	86,22 (46,75-133,44)

Đặc điểm theo dõi chức năng thận.

Trước khi sử dụng colistin, tất cả 61 bệnh nhân (100%) được đánh giá chức năng thận theo creatinin huyết thanh. Trong quá trình điều trị với colistin, tỷ lệ số bệnh nhân có theo dõi chức năng thận theo creatinin được thể hiện qua hình 1.

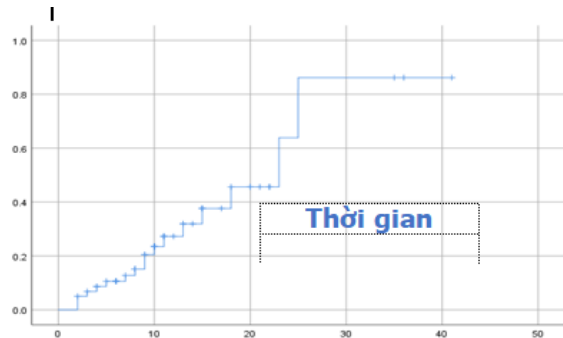


Hình 1. Tỷ lệ có xét nghiệm creatinin theo thời gian

Đặc điểm độc tính thận
Bảng 6. Đặc điểm độc tính thận của mẫu nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Kết quả
Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính (n,%)	18 (29,5%)
Thời gian khởi phát độc tính (ngày)	9 (4 - 21)
Phân loại mức độ độc tính thận	
- Nguy cơ (n,%)	5 (27,8%)
- Tổn thương (n,%)	8 (44,4%)
- Suy (n,%)	5 (27,8%)

Để mô tả cụ thể hơn về nguy cơ độc tính thận, chúng tôi sử dụng phân tích Kaplan – Meyer biểu diễn đường cong tích lũy độc tính theo thời gian kể từ khi bắt đầu dùng thuốc (hình 2)



Hình 2. Đồ thị Kaplan-Meier mô tả xác suất tích lũy độc tính thận theo thời gian

Nhận xét: Xác suất ước tính xảy ra độc tính thận trên bệnh nhân dùng colistin có xu hướng tăng dần theo thời gian, khoảng 15% sau 1 tuần, khoảng 35% sau 2 tuần và hơn 80% sau 4 tuần.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin

Bảng 7. So sánh đặc điểm giữa nhóm có và không xuất hiện ĐT

Đặc điểm	Nhóm ĐT (n = 18)	Nhóm không ĐT (n = 43)	p	OR (95% CI)
Đặc điểm bệnh nhân				
Giới tính nam (n=50)	15 (83,3%)	24 (81,4%)	1,000	1,14(0,27 – 4,91)
Tuổi	75,5(67,8 – 80,5)	50 (37 – 67)	0,001	
Cân nặng (kg)	56,4 ± 9,0	58,7 ± 13,4	0,505	
Chức năng thận nền Clcr (ml/phút)	93,8 ± 57,7	95,2 ± 72,2	0,945	
Bệnh lý nền				
Đái tháo đường (n=10)	4 (22,2%)	6 (14,0%)	0,462	1,76(0,43 – 7,19)
Tăng huyết áp (n=15)	5 (27,8%)	10 (23,3%)	0,750	1,27(0,36 – 4,43)
Xơ gan (n=1)	-	1 (2,3%)	1,000	1,02(0,98 – 1,07)
Tình trạng đi kèm				
Tăng bilirubin huyết thanh (n = 36)	14 (77,8%)	22 (51,2%)	0,054	3,34 (0,95 – 11,80)
Giảm albumin huyết thanh (n=40)	16 (88,9%)	24 (55,8%)	0,013	6,33(1,29-31,01)
Sốc nhiễm khuẩn (n=11)	4 (22,2%)	7 (16,34%)	0,717	1,47(0,37 - 5,81)
Đặc điểm về sử dụng thuốc				
Liều duy trì hàng ngày (MIU)	4,83 ± 1,62	4,86 ± 2,4	0,965	
Liều cao ≥ 9 MIU/ngày (n=7)	-	7 (16,3%)	0,093	1,19 (1,05 – 1,36)
Liều tích lũy	59,86 ± 14,11	58,24 ± 8,88	0,117	
Tổng số ngày dùng colistin	17 (9,8 – 29)	10 (8 – 15)	0,007	
Đặc điểm thuốc dùng kèm				
Furosemid (n=37)	17 (94,4%)	20 (46,5%)	0,000	19,55 (2,39 – 160,28)
Thuốc vận mạch (n=34)	13 (72,2%)	21 (48,8%)	0,094	2,72 (0,83 – 8,97)
Amphotericin B (n=1)	1 (5,6%)	0	0,295	0,94(0,84 – 1,06)
Corticosteroid (n=18)	6 (33,3%)	12 (27,9%)	0,672	1,29(0,39 – 4,22)
Thuốc cản quang đường tĩnh mạch (n=15)	4 (22,3%)	11 (25,6%)	1,000	0,831 (0,22 – 3,07)
ACEI/ARB (n=23)	10 (55,6%)	13 (30,2%)	0,063	2,88(0,93 – 8,97)
NSAIDs (n=2)	0	2 (4,7%)	1,000	1,05(0,98 – 1,17)
Vaproic acid (n=3)	2 (11,1%)	1 (2,3%)	0,205	5,25(0,98 – 1,12)

Kháng sinh nhóm aminoglycosid (n=4)	0	4 (9,3%)	0,310	1,10 (1,00 - 1,21)
Ciprofloxacin (n=19)	8 (44,4%)	11 (25,6%)	0,147	2,33(0,73 - 7,39)
Teicoplanin (n=2)	0	2 (4,7%)	1,000	1,049 (0,98 - 1,12)

IV. BÀN LUẬN

Tất cả các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có xét nghiệm creatinin trước dùng colistin với tỷ lệ 71% vào ngày chỉ định colistin và 54% trước sử dụng colistin 1 ngày. Các bệnh nhân được giám sát creatinin huyết thanh vào những ngày đầu (4-5 ngày đầu) sử dụng colistin, sau đó tần suất về sau giảm dần, vào ngày thứ 24, tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm creatinin chỉ còn 2%. Nghiên cứu của của Ko và cộng sự báo cáo rằng trong số 54,6% bệnh nhân có AKI có 70% xảy ra sớm (trong vòng 7 ngày đầu của đợt điều trị), 30% còn lại xảy ra sau 7 ngày [4]. Như vậy, việc theo dõi creatinin chặt chẽ trong vòng 14 ngày đầu có thể giúp phát hiện ra độc tính trên thận của colistin và có những can thiệp kịp thời.

Chúng tôi ghi nhận được 18/61 bệnh nhân có xảy ra độc tính thận cấp khi sử dụng colistin (29,5%) dựa theo tiêu chuẩn RIFLE. Đồng thuận Quốc tế năm 2019 về sử dụng polymixin đã ước tính tỉ lệ phát sinh độc thận trên bệnh nhân sử dụng colistin là 20-50% [1]. Tuy nhiên, tỉ lệ này đã được báo cáo rất dao động trong các nghiên cứu riêng lẻ, từ 0% đến 60%. So sánh với một số nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn RIFLE trên thế giới như nghiên cứu của Al-Abdulkarim (2020) [5], Ozel (2019) [6], Omrani (2015) [7] thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ xuất hiện độc tính thấp hơn. Sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu này có thể là do việc sử dụng các định nghĩa khác nhau về AKI, bao gồm các quần thể bệnh nhân khác nhau, chế độ liều sử dụng, và sự hiện diện của các yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn như sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho thận khác. Trong các nghiên cứu ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Dương Thanh Hải [8] và Điều Thị Ngọc Châu [9] có tỷ lệ độc tính thận theo tiêu chuẩn RIFLE lần lượt là 22,9% và 21,4%, khá tương đồng với tỷ lệ 29,5% mà chúng tôi ghi nhận được.

Trung vị thời gian khởi phát độc tính thận được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là vào ngày thứ 9, khoảng tứ phân vị 4 - 21 ngày. Kết quả này là phù hợp với một vài nghiên cứu về độc tính thận của colistin được thực hiện trước đó, theo đó, độc tính thận được báo cáo xuất hiện chủ yếu trong vòng 1-2 tuần đầu điều trị. Tuy nhiên, thời gian trung bình khởi phát độc tính thận cũng được ghi nhận là khác nhau giữa

các nghiên cứu. Nghiên cứu tại Bệnh viện nhân dân Gia Định năm 2020 ghi nhận thời gian khởi phát độc tính thận 4 ngày (3-5), có thể do liều duy trì hàng ngày cao 6 MIU (4,5 -8) [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độc tính thận đã được phân loại thành ba mức độ: "Nguy cơ," "Tổn thương," và "Suy," chiếm tỷ lệ tương ứng là 27,8%, 44,4%, và 27,8%. Kết quả này cho thấy phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi gặp độc tính ở mức độ "Tổn thương" tương đồng với các kết quả được báo cáo bởi tác giả Omrani [7]. Trái lại, Temocin và Al-Abdulkarim đã báo cáo tỷ lệ cao hơn ở mức độ "Nguy cơ" và "Suy" [5]. Điều này có thể là do đặc điểm tổn thương thận gây ra bởi colistin, hoặc có thể do hạn chế về thời gian theo dõi bệnh nhân chưa đủ lâu trong tất cả các nghiên cứu đã được công bố.

Về các yếu tố nguy cơ của độc tính thận, khi so sánh đặc điểm giữa 2 nhóm có và không xuất hiện độc tính thận, chúng tôi nhận thấy về đặc điểm bệnh nhân, chỉ có tuổi và tỷ lệ bệnh nhân giảm albumin huyết thanh ở nhóm xuất hiện độc tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xuất hiện độc tính. Bệnh nhân trong nhóm xảy ra độc tính thận có tuổi (trung vị 75,5), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xảy ra độc tính với trung vị tuổi là 50. Lý giải điều này có thể do các bệnh nhân có tuổi càng cao thì chức năng thận suy giảm kết hợp với việc sử dụng thêm colistin, một thuốc có độc tính thận, dẫn đến nguy cơ độc tính tăng cao. Các nghiên cứu của tác giả Ozel [6] và Temocin cũng đề xuất tuổi cao là một yếu tố nguy cơ làm tăng độc tính thận trên bệnh nhân. Các bệnh nhân có tình trạng giảm albumin huyết thanh chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm có độc tính thận. Nguy cơ độc tính thận trên các bệnh nhân này là cao hơn có ý nghĩa thống kê, tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (CI 95%) của chỉ số này là 6,33. Nghiên cứu của Omrani [7] và Jacobbe đã chỉ ra giảm albumin huyết thanh là một yếu tố nguy cơ của độc tính trên thận. Tổng số ngày dùng colistin cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007 < 0,05$. Các thuốc dùng kèm có liên quan độc tính thận bao gồm: furosemid, thuốc vận mạch, amphotericin B, corticosteroid, thuốc cản quang đường tĩnh mạch, ACEI/ARB, NSAIDs, kháng sinh nhóm aminoglycosid và ciprofloxacin. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận

các bệnh nhân có độc tính thận có tỉ lệ dùng kèm furosemid cao hơn các bệnh nhân không có độc tính thận, 94,4% so với 46,5% ($p=0,000<0,05$). Yếu tố nguy cơ tương tự cũng được báo cáo là có liên quan tới khả năng xuất hiện độc tính thận trong nghiên cứu của Gul và cộng sự.

V. KẾT LUẬN

Độc tính trên thận là một vấn đề cần lưu tâm ở những bệnh nhân sử dụng colistin, đặc biệt ở những người lớn tuổi và có thời gian dùng colistin dài cùng các tình trạng đi kèm như tăng bilirubin huyết thanh, giảm albumin huyết thanh. Từ đó cho thấy sự cần thiết các biện pháp nhằm chỉ định thuốc và điều chỉnh liều hợp lý cá thể hóa theo chức năng thận để giảm thiểu tỉ lệ độc thận cũng như hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tsuji BT, Pogue JM, Zavascki AP, et al.** International Consensus Guidelines for the Optimal Use of the Polymyxins: Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy (ACCP), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), Infectious Diseases Society of America (IDSA), International Society for Anti-infective Pharmacology (ISAP), Society of Critical Care Medicine (SCCM), and Society of Infectious Diseases Pharmacists (SIDP). *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2019;39(1):10-39. doi:10.1002/phar.2209
2. **Nation RL, Rigatto MHP, Falci DR, Zavascki AP.** Polymyxin Acute Kidney Injury: Dosing and Other Strategies to Reduce Toxicity. *Antibiotics.*

- 2019;8(1):24. doi:10.3390/antibiotics8010024
3. **Lopes JA, Jorge S.** The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. *Clin Kidney J.* 2013;6(1):8-14. doi:10.1093/ckj/sfs160
4. **Ko H ja, Jeon M hyok, Choo E ju, et al.** Early Acute Kidney Injury Is a Risk Factor That Predicts Mortality in Patients Treated with Colistin. *Nephron Clin Pract.* 2011;117(3):c284-c288. doi:10.1159/000320746
5. **Al-Abdulkarim DA, Alzuwayed OA, Al Ammari M, Al Halwan S, Al Maklafi N, Thomas A.** Colistin-induced Nephrotoxicity in a Tertiary Teaching Hospital. *Saudi J Kidney Dis Transplant.* 2020;31(5):1057. doi:10.4103/1319-2442.301171
6. **Ozel AS, Ergönül Ö, Korten V.** Colistin nephrotoxicity in critically ill patients after implementation of a new dosing strategy. *J Infect Dev Ctries.* 2019;13(10):877-885. doi:10.3855/jidc.11413
7. **Omran AS, Alfahad WA, Shoukri MM, et al.** High dose intravenous colistin methanesulfonate therapy is associated with high rates of nephrotoxicity; a prospective cohort study from Saudi Arabia. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2015;14:3. doi:10.1186/s12941-015-0062-8
8. **Hải DT.** Nghiên cứu độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Dược học. Trường Đại học Dược Hà Nội; 2016.
9. **Châu ĐTN.** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh colistin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ. Trường Đại học Dược Hà Nội; 2018.
10. **Hoa PTM.** Khảo sát tình hình sử dụng colistin từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2020 tại Bệnh viện nhân dân Gia Định. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ. Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh; 2021.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG KHỐI U BUỒNG TRỨNG XOẮN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trịnh Hùng Dũng¹, Đào Nguyên Hùng¹,
Nguyễn Văn Hải¹, Lê Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khối u buồng trứng xoắn (UBTX). **Đối tượng và phương pháp:** 36 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định khối u buồng trứng xoắn Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2019 đến 12/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $31,86 \pm 10,76$, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20-35

(61,11%). Đa số bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật trước đó (72,22%). Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng hạ vị. Buồn nôn, nôn là triệu chứng cơ năng thường gặp thứ hai (47,21%). Khi thăm khám, 100% bệnh nhân đều sờ thấy khối u. Khối u kích thước 5-10cm thường sờ thấy khi thăm khám (83,33%). Các khối u buồng trứng xoắn ở bên phải thường gặp hơn (66,67%). Phần lớn là hình ảnh trống âm (41,67%) và hỗn hợp âm (36,11%) với sự mất tín hiệu mạch (50%) hoặc giảm tín hiệu mạch (25%) trên siêu âm. Kích thước khối u có tỷ lệ xoắn cao nhất là 5-10cm. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy khối u buồng trứng xoắn có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng thường gặp nhất ở lứa tuổi sinh đẻ. Đau bụng và buồn nôn, nôn là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân khối UBTX. Trên siêu âm, kích thước

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng

Email: bshung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023