

(22mm). Với số lượng ít, chúng tôi chưa thể kết luận về mối liên hệ tuyến tính giữa biên độ há miệng và mức độ hẹp khe khớp.

Trong các đặc điểm của dấu hiệu thoái hóa khớp, thì dấu hiệu của tiêu xương đang tiến triển là chính, thể hiện bệnh nhân trong nghiên cứu đang trong giai đoạn cấp tính. Các dấu hiệu muộn hơn như gai xương, dính khớp ít gặp.

## V. KẾT LUẬN

Loạn năng khớp thái dương hàm là bệnh lý khá thường gặp, với các dấu hiệu hay gặp nhất là đau vùng khớp, đau môi các vùng cơ cắn, cơ thái dương, hạn chế há miệng và tiếng kêu vùng khớp. Phân loại chẩn đoán hiện nay có thể chia thành 5 nhóm chính: Đau vùng khớp, Đau vùng cơ, Nhào dây chằng hoặc bán trật khớp, Các tổn thương nội khớp gồm trật đĩa đệm ra trước có hoặc không hồi phục, thoái hóa khớp.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất qua khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi là thói quen ăn nhai một bên và tật nghiêng răng. Các

bất thường về hướng dẫn chuyển động hàm như hướng dẫn cắn ra trước không đủ, cản trở cắn khi đưa hàm sang bên cũng là những yếu tố nguy cơ hay gặp trong loạn năng khớp thái dương hàm. Bệnh hay gặp ở nữ giới với tỉ lệ cao gấp hai lần ở nam giới và thường ở lứa tuổi 20-40.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Klasser GD and Okeson JP (2006).** The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *The Journal of dental association*, 137 (6), p 763-771.
2. **Savabi and Nejatidanesh (2004).** Effect of Occlusal Splints on the Electromyographic Activities of Masseter and Temporal Muscles During Maximum Clenching. *Dental research Journal*, 2, p 46-78
3. **Landulpho AB, Silva WA and Vitti M. (2004).** Electromyography evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in patients with temporomandibular disorders following interocclusal appliance treatment. *The Journal of Oral Rehabilitation*, 31, p 95-98

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THẢI ĐAI SILICON SAU PHẪU THUẬT BONG VỠNG MẠC

Phùng Văn Thịnh<sup>1</sup>, Vũ Tuấn Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân đã được chẩn đoán thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có hoặc không phối hợp với phẫu thuật cắt dịch kính tại BV Mắt Trung ương. **Kết quả:** Trong tổng số 21 bệnh nhân (22 mắt, trong đó có 1 bệnh nhân tháo đai cả 2 mắt) nghiên cứu số mắt có trôi đai là nhiều nhất 10 mắt, chiếm 45,5%, số mắt có đau nhức và nhiễm trùng lần lượt là 6 (27,3%) và 4 (18,2%), trong khi chỉ có 1 mắt có ăn mòn và xâm nhập đai, 1 mắt có nguyên nhân khác (chủ động tháo đai do có 1 mắt trước đã bị ăn mòn và xâm nhập đai), 0 mắt nào có dấu hiệu thiếu máu bán phần trước. Về thời gian tháo đai sau phẫu thuật: nhóm tháo đai sớm (dưới 8 tuần) chỉ có 1 mắt (5%) và nhóm tháo đai muộn (trên 8 tuần) là 21 mắt (95%), thời gian tháo đai trải dài từ 7 tuần – 20 năm sau phẫu thuật đặt đai.

Tình trạng đai silicon trong phẫu thuật: có 17 đai không thấm máu, (77,3%), số đai thấm máu là 5 (22,7%). Trong quá trình tháo đai, có 2 mắt xảy ra tình trạng bong võng mạc tái phát (chiếm 9,1%). **Kết luận:** Trôi đai là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên tình trạng thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc. Do đó, việc thăm khám theo dõi thường xuyên và phát hiện sớm các dấu hiệu của thải đai là vô cùng quan trọng trong việc giảm tỉ lệ biến chứng nặng mà vẫn giữ được chức năng giải phẫu của võng mạc. **Từ khóa:** thải đai silicon cùng mạc, bong võng mạc.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF SILICONE SPONGE REJECTION AFTER RETINAL DETACHMENT SURGERY

**Purpose:** To describe clinical and para-clinical features of silicone sponge rejection after retinal detachment surgery. **Materials and methods:** The study was conducted on a data file of 21 patients (22 eyes) who were diagnosed with silicone sponge rejection. **Results:** Silicone extrusion registered the highest number with ten eyes (45.5%). The figures for eyes with pain and infection were six (27.3%) and four (18.2%). However, there was only one eye with erosion and intrusion; one eye with another cause (the fellow eye had erosion and intrusion before), and no eyes with anterior ischemic signs. In terms of the silicone removal time: only one case (5.0%) was

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Quốc tế Nhật Bản, Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023

classified early and required removal of the sponge within the first eight weeks following surgery, while twenty-one cases (95.0%) required sponge removal between five months and twenty years following surgery. In addition, the number of silicone sponges with non-blood staining was the highest, at 17 (77.3%). The figure for the sponge with blood staining was lower, at 5 (22.7%). After silicone sponge removal, two cases (9.1%) were recognized as retinal redetachment. **Conclusion:** Retinal detachment surgery with a silicone sponge has now been more and more prevalent due to its high effectiveness and success. Although silicone sponge rejection is at a quite low risk, it may also contribute to a number of severe consequences if left permanently. Silicone extrusion constitutes the highest figure in patients with silicone sponge rejection. Thus, regular follow-up and early detection of signs of silicone sponge rejection play a pivotal role in not only reducing the severe consequences but also attaining the anatomic function of the retina. **Keywords:** silicone sponge rejection, retinal detachment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong vông mạc (BVM) là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực. Hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh đang ngày càng có xu hướng gia tăng. Theo báo cáo của trung tâm dịch kính vông mạc – Bệnh viện Đại học Umea, Thụy Điển, số ca mắc BVM hàng năm đang có xu hướng gia tăng mạnh từ 180 ca/1 triệu dân năm 2011 lên 230 ca/1 triệu dân năm 2015. Tại Đan Mạch, trong giai đoạn từ năm 2000 – 2016 số ca bong vông mạc nguyên phát là 11769 ca. Tại Mỹ, BVM nguyên phát chiếm tỷ lệ 12 trên 100.000 dân trong cộng đồng, nguy cơ mắc hàng năm là 0,01% và nguy cơ một người 60 tuổi bị BVM là 0,6%. Tại khoa Dịch kính vông mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương, thống kê trong năm 2003, tỷ lệ bệnh nhân BVM chiếm khoảng 21,2% trên tổng số bệnh nhân điều trị nội trú và khoảng 22,7% tổng số ca phẫu thuật.

Hiện nay điều trị BVM có nhiều phương pháp, nhưng phẫu thuật đai củng mạc vẫn là phẫu thuật kinh điển được ứng dụng phổ biến tại Việt Nam và trên thế giới. Năm 1930, Gonin đã chỉ ra ba nguyên tắc để phẫu thuật thành công dựa trên bịt tất cả mọi vết rách và làm vông mạc áp trở lại bằng điện đông. Sau đó, Schepens và Arruga đã phát triển và hoàn thiện phương pháp đai củng mạc điều trị BVM có vết rách vào năm 1957.

Cùng với sự tiến bộ trong phẫu thuật đai củng mạc, các vật liệu đai độn ngày càng được phát triển mạnh mẽ nhằm hạn chế hoặc loại bỏ đi những biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật, một trong những biến chứng phẫu thuật viên lo ngại là thải đai. Các vật liệu đai có thể kể đến:

củng mạc, gelatin, cân cơ đùi, củng rốn, collagen,... tuy nhiên chúng gây ra nhiều biến chứng: ăn mòn, xâm nhập, hoặc nhiễm trùng. Năm 1937, Jess đã sử dụng một miếng gạc trong phẫu thuật bong vông mạc. Custodis đã giới thiệu vật liệu độn đai mới polyviol năm 1953, và cũng sớm bị loại bỏ do biến chứng nhiễm trùng nặng gây ra. Ông nhỏ polyethylene được Schepens và cộng sự đưa ra trong phẫu thuật đai củng mạc năm 1957, có tác dụng duy trì được sự ổn định và bền vững trên nhãn cầu, và được sử dụng trong nhiều năm. Sau đó, loại đai này cũng không được sử dụng nữa do vấn đề nhiễm trùng và ăn mòn tổ chức.

Vì vậy, vật liệu silicon mới được ra đời để đáp ứng được tính an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật, làm cho chúng trở thành vật liệu tiêu chuẩn dùng trong phẫu thuật đai củng mạc. Mặc dù phẫu thuật đai củng mạc bằng silicon có tỷ lệ thành công về giải phẫu vông mạc áp trở lại cao, tuy nhiên sau phẫu thuật bệnh nhân vẫn có thể gặp biến chứng liên quan đến thải đai. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã báo cáo những biến chứng của phương pháp này, trong đó hay gặp nhất là trôi đai, nhiễm trùng và đau, chiếm khoảng 1,3% - 24,4%<sup>1-4</sup>. Năm 1980, Yoshizumi báo cáo tỷ lệ trôi đai là 17 trên 209 mắt (2,4%) xảy ra từ 6 ngày – 8,5 năm sau phẫu thuật<sup>5</sup>. Russo đã phân loại 31 ca nhiễm trùng củng mạc thành hai loại sớm và muộn<sup>4</sup>, trong khi Nuzzi coi đau là chỉ định tháo đai đầu tiên. Năm 1999, Oshima báo cáo 3 ca bị nhiễm khuẩn đai củng mạc với tụ cầu vàng kháng Methicillin MRSA<sup>6</sup>. Năm 2007, Lorenzano tiếp tục xác định vai trò của việc ngâm nhúng kháng sinh trước phẫu thuật<sup>7</sup>. Ngoài ra, việc đặt đai củng mạc cũng có thể dẫn đến chèn ép tưới máu bán phần trước, hoặc gây bất thường dòng chảy vông mạc: tân mạch mống mắt hay thiếu máu bán phần trước là chỉ định cho việc tháo đai<sup>8,9</sup>. Năm 2006, Lincoff đã đo và thấy có giảm lưu lượng máu nhãn cầu theo nhịp POBF trên 11 mắt PT đai củng mạc<sup>10</sup>. Các biến chứng này có thể xảy ra sau phẫu thuật trong nhiều năm, và biến chứng lo ngại nhất là BVM tái phát sau phẫu thuật tháo đai.

Tại Việt Nam, phẫu thuật đai củng mạc điều trị BVM nguyên phát đã được thực hiện từ năm 1960, nhưng chưa có nghiên cứu nào cụ thể về vấn đề này. Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thải đai silicon sau phẫu thuật bong vông mạc*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 21 bệnh nhân (22 mắt, trong đó có 1 bệnh nhân được tháo đai 2 mắt) đã được chẩn đoán thái dai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc kính điển có hoặc không phối hợp với phẫu thuật cắt dịch kính tại BV Mắt Trung ương.

**Thiết kế quy trình nghiên cứu:** Các khám nghiệm tại thời điểm nghiên cứu: đo thị lực nhìn xa không kính và có kính, đo nhãn áp, khám tình trạng bán phần trước, giãn đồng tử tối đa soi và đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc (mức độ áp của võng mạc, tăng sinh dịch kính võng mạc), làm siêu âm B đo chiều dài nhãn cầu, khám nội, chụp X quang, xét nghiệm máu. Tiến hành tháo đai, đánh giá đai silicon, và tình trạng áp của võng mạc sau tháo đai.

Quy trình phẫu thuật: chuẩn bị bệnh nhân, gây tê cạnh nhãn cầu bằng Lidocain 2% 4ml, sát khuẩn vùng da quanh ổ mắt bằng Povidine 5%. Thường bóc tách kết mạc vùng thái dương dưới, dùng kéo cắt rời và tháo đai. Thăm khám củng mạc dưới và xung quanh vị trí đai, khâu lại kết mạc bằng chỉ 7/0, kết thúc quá trình phẫu thuật. Chụp ảnh đai củng mạc sau khi tháo, gửi bệnh phẩm đai củng mạc về khoa vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn (với trường hợp nhiễm trùng đai).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thái dai silicon

Các nguyên nhân	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
Trôi đai	10	45,5
Nhiễm trùng	4	18,2
Thiếu máu bán phần trước	0	0
Đau nhức	6	27,3
Ăn mòn đai và xâm nhập đai	1	4,5
Nguyên nhân khác	1	4,5
Tổng	22	100

Trong tổng số 22 mắt nghiên cứu: số mắt có trôi đai là nhiều nhất 10 mắt, chiếm 45,5%, số mắt có đau nhức và nhiễm trùng lần lượt là 6 (27,3%) và 4 (18,2%), có 1 mắt có ăn mòn và xâm nhập đai, 1 mắt có nguyên nhân khác (chủ động tháo đai do có 1 mắt trước đã bị ăn mòn và xâm nhập đai), 0 mắt nào có dấu hiệu thiếu máu bán phần trước.

Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác: một trong những nguyên nhân hay gặp của thái dai silicon là trôi đai qua kết mạc. Ba nghiên cứu lớn về tháo đai (với số lượng tháo đai từ 46 – 72) cho thấy trôi đai là nguyên nhân phổ biến nhất hoặc phổ biến

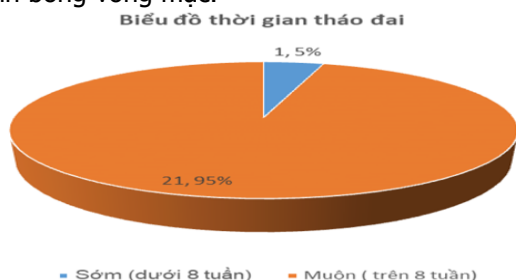
thứ hai<sup>9</sup>.

Các biến chứng ăn mòn và xâm nhập đai, thiếu máu bán phần trước thì tỉ lệ ít gặp do vật liệu đai đã chuyển sang vật liệu silicon an toàn hơn các vật liệu trước đây như củng mạc, gelatin, cân cơ đùi, polyviol,... và sự cải thiện về kĩ thuật mổ.

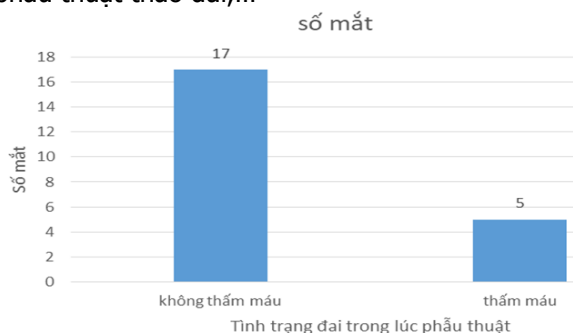
**Kết quả nuôi cấy vi khuẩn đai silicon:** Trong tổng số 5 mắt tháo đai do nguyên nhân nhiễm trùng làm kết quả nuôi cấy thì có 1 mắt (chiếm tỉ lệ 20%) cho kết quả dương tính với trực khuẩn mũ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*). Sau phẫu thuật bong võng mạc đặt đai củng mạc mắt trái 1 tuần, bệnh nhân đau nhức kèm đỏ mắt, và được điều trị bằng kháng sinh và solumedrol 40mg 2 ống/ ngày truyền tĩnh mạch trong 2 tuần. Bệnh nhân không đỡ đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương thấy: cương tụ toàn bộ, phù kết mạc, nhiều tiết tổ vàng nhầy đặc, lác ngoài, khám đáy mắt thấy có ổ củng mạc hoại tử trắng vị trí 11 giờ, kích thước 5 lần đường kính đĩa thị, bờ không rõ ranh giới, xét nghiệm máu: bạch cầu 14,4 G/L, trong đó tăng chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính 9,2 G/L. Bệnh nhân được nhập viện và tiến hành tháo đai: gây tê, sát khuẩn mắt bằng Povidine 5% nhiều lần, bóc tách kết mạc vùng mũi trên và dưới có rất nhiều tiết tổ mũ vàng trào ra từ khoang dưới kết mạc, tiến hành làm sạch, rạch rộng, để hở vết mổ kết mạc, đai củng mạc tháo ra được làm xét nghiệm vi sinh nuôi cấy vi khuẩn cho kết quả dương tính với trực khuẩn mũ xanh *P.aeruginosa*. Bệnh nhân được điều trị tích cực bằng kháng sinh, chống viêm tại mắt, và kháng sinh truyền tĩnh mạch liều cao nhóm cephalosporin thế hệ 3 trong 10 ngày. Sau điều trị, bệnh nhân không còn cương tụ kết mạc và tiết tổ, ổ hoại tử củng mạc khu trú bờ rõ, võng mạc áp tốt. Nhiễm trùng với *P. aeruginosa* thường ít gặp hơn, thực tế tác nhân nhiễm trùng hay gặp nhất là nhóm vi khuẩn Gram dương cư trú quanh vùng mi mắt như: tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus* hoặc tụ cầu da *Staphylococcus epidermis*<sup>6</sup>.

Sau phẫu thuật tháo đai: nhóm nghiên cứu nhận thấy có 2 trường hợp bong võng mạc tái phát, chiếm tỉ lệ 9,1%: một trường hợp do có sự tăng sinh dịch kính võng mạc giai đoạn C P1, bong võng mạc xảy ra ngay trong quá trình phẫu thuật, và bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt dịch kính bơm dầu silicon nội nhãn; một trường hợp còn lại bong võng mạc tái phát xảy ra sau phẫu thuật 2 tháng do có vết rách võng mạc chu biên mới xuất hiện, và trường hợp này bệnh nhân cũng được xử trí phẫu thuật cắt dịch

Kính bong võng mạc.

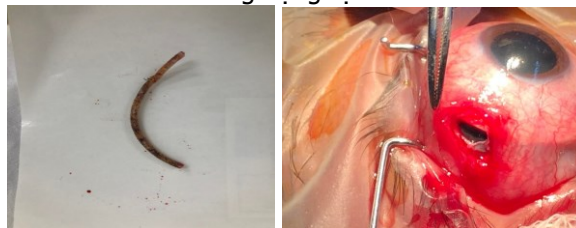


**Thời gian tháo đai:** chúng tôi phân loại thành tháo đai sớm (dưới 8 tuần) và tháo đai muộn (trên 8 tuần) dựa theo phân loại của Russo<sup>4</sup>: chỉ có 1 mắt tháo đai sớm (dưới 8 tuần) do nhiễm trùng đai với *P.aeruginosa* và 21 mắt còn lại là tháo đai muộn, trải dài từ 5 tháng – 20 năm sau phẫu thuật đặt đai silicon. Thời gian tháo đai có sự khác nhau giữa các bệnh nhân có thể được giải thích do: trường hợp tháo đai sớm là do bệnh nhân có nhiễm trùng toàn thân và các triệu chứng biểu hiện nhiễm trùng tại mắt rõ rệt (đỏ, tiết tố, lác ngoài, đau nhức mắt); các trường hợp còn lại bệnh nhân đi khám hay được chẩn đoán là viêm kết mạc nhiều lần và được điều trị bằng các thuốc kháng sinh chống viêm nên các triệu chứng có thuyên giảm, làm che lấp đi một tình trạng thải đai thật sự, ngoài ra cũng có thể kể đến nguyên nhân khác như: việc e ngại tình trạng bong võng mạc tái phát có thể xảy ra sau phẫu thuật tháo đai,...



**Tình trạng đai trong lúc phẫu thuật:** chúng tôi chia ra làm 2 nhóm: không thấm máu, thấm máu. Số lượng nhóm không thấm máu chiếm nhiều nhất (17/22 đai silicon), nhóm thấm máu có 5 đai. Trong số 5 mắt có thấm máu, chúng tôi nhận thấy đây đều là nhóm bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt: đỏ mắt, đau nhức mắt kèm với tình trạng nhiễm trùng, trong đó: 1 bệnh nhân bị ăn mòn củng mạc và 1 bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nặng và có kết quả cấy máu dương tính với trực khuẩn mủ xanh *P. aeruginosa*. Có thể lí giải điều này do kỹ thuật mổ và vật liệu đai silicon ngày

càng an toàn được ra đời, giúp hạn chế được nhiều các biến chứng nặng tại mắt.



Hình ảnh đai thẩm máu (ảnh trái), xâm nhập đai và ăn mòn củng mạc (ảnh phải) ở một BN nam 38 tuổi.

#### IV. KẾT LUẬN

Ngày nay việc phẫu thuật bằng đai silicon ngày càng phổ biến do có tỉ lệ áp võng mạc thành công cao và ít các biến chứng nặng như trước đây. Tỉ lệ thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc thường rất thấp, tuy nhiên vẫn có thể gây nên các biến chứng nghiêm trọng đối với bệnh nhân nếu để đai silicon lâu dài trong mắt, trong đó trôi đai là nguyên nhân phổ biến nhất. Mặc dù phẫu thuật đai củng mạc vẫn là lựa chọn đầu tay trong điều trị bong võng mạc, tuy nhiên do những biến chứng có thể xảy ra của phẫu thuật này mà hiện nay các phẫu thuật viên có xu hướng chuyển sang phẫu thuật cắt dịch kính điều trị bong võng mạc, điều này cũng góp phần làm giảm tỉ lệ thải đai silicon. Ngoài ra, việc theo dõi định kỳ và phát hiện các dấu hiệu sớm của thải đai sau phẫu thuật sẽ góp phần giảm tỉ lệ các biến chứng nặng mà vẫn có thể giữ được chức năng giải phẫu võng mạc của bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Deutsch J, Aggarwal R, Eagling E.** Removal of scleral explant elements: a 10-year retrospective study. *Eye*. 1992;6(6):570-573.
2. **Lindsey PS, Pierce LH, Welch RB.** Removal of scleral buckling elements: causes and complications. *Archives of ophthalmology*. 1983; 101(4): 570-573.
3. **Roldán-Pallarés M, del Castillo Sanz JL, Awad-El Susi S, Refojo MF.** Long-term complications of silicone and hydrogel explants in retinal reattachment surgery. *Archives of ophthalmology*. 1999;117(2):197-201.
4. **Russo CE, Ruiz RS.** Silicone sponge rejection: early and late complications in retinal detachment surgery. *Archives of ophthalmology*. 1971; 85(6):647-650.
5. **Yoshizumi MO.** Exposure of intrascleral implants. *Ophthalmology*. Nov 1980;87(11):1150-1154.
6. **Oshima Y, Ohji M, Inoue Y, et al.** Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections after scleral buckling procedures for retinal detachments associated with atopic dermatitis. *Ophthalmology*. 1999;106(1):142-147.
7. **Lorenzano D, Calabrese A, Fiormonte F.**

Extrusion and infection incidence in scleral buckling surgery with the use of silicone sponge: to soak or not to soak? An 11-year retrospective analysis. *European journal of ophthalmology*. 2007; 17(3):399-403.

8. **Bronner G, Zarbin MA, Bhagat N.** Anterior ischemia after posterior segment surgery.

*Ophthalmology Clinics of North America*. 2004;17(4):539-543, vi.

9. **Deokule S, Reginald A, Callear A.** Scleral explant removal: the last decade. *Eye*. 2003;17(6):697-700.
10. **Lincoff H, Stopa M, Kreissig I.** Cutting the encircling band. Vol 262006.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ TỬ VONG Ở CÁC BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN NHIỄM COVID-19 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA NỘI THẬN – MIỄN DỊCH GHÉP BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Đàm Minh Khuê<sup>1</sup>, Lê Thị Hồng Vũ<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thuý Quỳnh Mai<sup>1</sup>, Phan Văn Báu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Vào năm 2020, Covid-19 đã bùng phát và trở thành đại dịch trên toàn cầu, làm hơn 6,9 triệu người tử vong trên thế giới và hơn 40 ngàn người tử vong tại Việt Nam tính đến đầu năm 2023 (<https://covid19.who.int/>). Tỷ lệ tử vong của dân số chung ở Việt Nam do Covid-19 là 1,9% tính đến cuối năm 2022 (<https://covid19.gov.vn/>), tuy nhiên, đối với các bệnh nhân (BN) đang có bệnh nền như bệnh thận mạn chưa lọc máu, BN đang chạy thận định kỳ, lọc màng bụng hay đang có thận ghép và phải dùng thuốc ức chế miễn dịch, nhiễm Covid-19 làm tăng tỉ lệ tử vong lên hàng chục lần [2]. Khoa Thận Nội – Miễn Dịch Ghép của Bệnh viện Nhân dân 115 hiện đang điều trị ngoại trú cho nhiều đối tượng bệnh nhân như bệnh thận mạn chưa lọc máu, bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng hay theo dõi sau ghép thận. Chúng tôi nghiên cứu đề tài "Khảo sát tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115" nhằm đánh giá tình hình trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp trên những bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115 đã từng được chẩn đoán nhiễm Covid-19 từ tháng 04/2021 đến tháng 10/2022 với hai mục tiêu là khảo sát tỷ lệ tử vong của các nhóm bệnh nhân này và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong. **Kết quả:** Có 998 bệnh nhân tử vong từ tháng 04/2021 đến tháng 10/2022. Chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong chung là 19,8% trong đó tỷ lệ tử vong của 4 nhóm bệnh nhân suy thận mạn chưa lọc máu, chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận nhiễm Covid-19 lần lượt là 20,2%, 23,7%, 28,6% và 2,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

**Kết luận:** Tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân sau ghép thận nhiễm Covid-19 là thấp nhất là 2,9%, tỷ lệ tử vong chung là 19,8%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong trong mẫu nghiên cứu bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

**Từ khóa:** COVID-19, Suy thận mạn, Chạy thận nhân tạo, Ghép thận, Lọc màng bụng, Tử vong, WHO, Bệnh viện Nhân Dân 115.

### SUMMARY

#### MORTALITY RATE IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AFTER COVID- 19 INFECTION IN NEPHROLOGY

#### DEPARTMENT OF 115 PEOPLE'S HOSPITAL

**Background/Aims:** The mortality rate of the general population in Vietnam due to Covid-19 is 1.9% (<https://covid19.gov.vn/>), however, for patients with chronic kidney disease, patients on routine dialysis, peritoneal dialysis or kidney transplant recipients, Covid-19 infection increases the mortality rate by dozens of times. The Department of Nephrology of 115 People's Hospital is currently following a wide range of patients such as non-dialysis chronic kidney disease, hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. We conducted the study "Mortality rate in outpatients with chronic kidney disease after covid-19 infection in Nephrology department of 115 People's Hospital." to assess the mortality rate our site. **Methods:** A retrospective study describing a series of cases on outpatients at the Department of Nephrology at People's 115 Hospital who were diagnosed with Covid-19 from April 2021 to October 2022. With two objectives are to survey the mortality rate of these patients after Covid-19 infection and to find out some factors could be related to the mortality rate. **Results:** The study included 998 outpatients from April 2021 to October 2022. We recorded an overall mortality rate of 19.8%, in which the mortality rate of 4 groups of non-dialysis chronic kidney disease patients, hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplant recipients after Covid-19 infection are 20.2%, 23.7%, 28.6% and 2.9%, respectively. The difference is statistically significant with  $p < 0.05$ . Factors that increase the risk of death in the study sample include: female gender, advanced age and not

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân Dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Minh Khuê

Email: minhkhue1693@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023